

# Mentálně handicapovaní klienti a možnosti terapeutické péče

Ivana Janečková

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana JANEČKOVÁ**

Osobní číslo: **H09223**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Mentálně handicapovaní klienti a možnosti  
terapeutické péče**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části zpracovat etiologii, diagnostiku a klasifikaci mentální retardace. Popsat typy zařízení v ČR pro mentálně handicapované klienty. Definovat možnosti a využívání terapeutických metod u mentálně handicapovaných klientů.**

**V praktické části metodou dotazníkového šetření zjistit míru využití jednotlivých metod ve vybraných zařízeních. Výsledky z šetření poskytnout pro evaluační účely vedoucím pracovníkům.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

LUDÍKOVÁ, Libuše et al. 2005. Kombinované vady. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

ŠICKOVÁ-FABRICE, Jaroslava, 2002. Základy arteterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.

VALENTA, Milan, 2007. Dramaterapie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1819-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. 2007. ZOOTERAPIE ve světle objektivních příznaků. České Budějovice: DONA. ISBN 978-80-7322-109-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Karafiátová**

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2. 9. 2012

.....*Janišková Ivana*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užívá-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá terapeutickými metodami u mentálně postižených a jejich využitím v praxi. Práce je rozdělena na dvě části - část teoretickou a část praktickou. Teoretická část popisuje mentální retardace, její etiologii, diagnostiku a klasifikaci. Seznamuje s ústavní péčí o mentálně handicapované a jejich pracovních možnostech. Popisuje terapeutické metody, které se u mentálně handicapovaných využívají.

Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření míru využití terapeutických metod u mentálně handicapovaných ve vybraných zařízeních v ČR. Popisuje důvody využívání těchto metod.

Klíčová slova: mentální retardace, terapeutická metoda, arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie

## **ABSTRACT**

This thesis deals with therapeutic methods for mentally handicapped and their use in practice. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes mental retardation, its etiology, diagnostic and classification. It includes institutional care for mentally handicapped and their job opportunities. It describes therapeutic methods that are used for mentally handicapped.

The practical part detects, from questionnaire examination, how much are the therapeutic methods used for mentally handicapped in selected institutions in the Czech Republic. These institutions provide social services for mentally handicapped. In the practical part is also described why these methods are using.

Keywords: mental retardation, therapeutic method, art therapy, canis therapy, hippotherapy, music therapy, drama therapy, occupational therapy

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Michaele Karafiátové, která mi v průběhu zpracování bakalářské práce poskytovala mnoho užitečných rad a připomínek.

Děkuji také všem, kteří mi poskytli informace potřebné k vypracování této bakalářské práce.

Velké díky patří i mé rodině, která mě podporovala materiálně i psychicky.

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 9         |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>1 HISTORICKÝ POHLED NA POSTOJE SPOLEČNOSTI<br/>K MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝM JEDINCŮM .....</b> | <b>11</b> |
| <b>2 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>   | <b>13</b> |
| 2.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....  | 13        |
| 2.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE .....   | 15        |
| 2.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE .....   | 17        |
| 2.4 VÍCENÁSOBNÉ POSTIŽENÍ .....  | 19        |
| <b>3 STÁTNÍ ZAŘÍZENÍ PRO MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÉ.....</b>                                       | <b>20</b> |
| 3.1 PÉČE O MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÉ Z POHLEDU HISTORIE .....                                     | 20        |
| 3.2 FORMY PÉČE V ZAŘÍZENÍCH PRO MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÉ .....                                   | 21        |
| <b>4 TERAPEUTICKÉ METODY U MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝCH.....</b>                                   | <b>22</b> |
| 4.1 ARTETERAPIE .....  | 22        |
| 4.2 CANISTERAPIE.....  | 23        |
| 4.3 HIPOTERAPIE.....   | 24        |
| 4.4 MUZIKOTERAPIE .....  | 26        |
| 4.5 DRAMATERAPIE .....   | 27        |
| 4.6 ERGOTERAPIE.....   | 29        |
| <b>5 VZDĚLÁNÍ A MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ MENTÁLNĚ<br/>HANDICAPOVANÝCH.....</b>            | <b>30</b> |
| 5.1 VÝCHOVA V ZAŘÍZENÍCH PRO MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÉ .....                                      | 30        |
| 5.2 PŘEDŠKOLNÍ VÝCHOVA A VZDĚLÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ .....                              | 30        |
| 5.3 ODBORNÁ UČILIŠTĚ A PRAKTICKÉ ŠKOLY .....   | 32        |
| 5.4 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝCH .....  | 32        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>6 METODIKA PRÁCE.....</b>   | <b>35</b> |
| 6.1 CÍLE PRÁCE .....   | 35        |
| 6.2 METODY PRÁCE.....  | 36        |
| 6.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....  | 37        |
| 6.4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....   | 38        |
| 6.5 DISKUZE.....   | 71        |
| <b>ZÁVĚR .....</b>   | <b>77</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>  | <b>79</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>   | <b>81</b> |
| <b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>  | <b>82</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK.....</b>   | <b>84</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>  | <b>86</b> |



## ÚVOD

Ve své bakalářské práci s názvem Mentálně handicapovaní klienti a možnosti terapeutické péče jsem se zabývala arteterapií, canisterapií, hipoterapií, muzikoterapií, dramaterapií a ergoterapií u mentálně handicapovaných klientů. K tomuto tématu mě přivedla odborná praxe, v rámci které jsem se dostala do domova pro mentálně handicapované. Zde jsem se také poprvé setkala s terapeutickými metodami, které se mohou u mentálně handicapovaných využívat. Tyto terapie mě zaujaly natolik, že jsem se o nich chtěla dozvědět více. Pomocí této bakalářské práce jsem chtěla zjistit, jak často se tyto terapie u mentálně handicapovaných klientů provádí a zda je frekvence provádění terapií dostatečná. Dále jsem zjišťovala, z jakého důvodu se právě tyto terapie provádí. Ve své práci jsem využila metodu kvalitativního i kvantitativního výzkumu, použila jsem techniky dotazník, rozhovor a odbornou literaturu.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisuji historický pohled na mentálně handicapované, pojem mentální retardace, její etiologii, diagnostiku a stupně mentální retardace. Dále zde popisuji státní zařízení pro mentálně handicapované, formy péče, které jsou k dispozici, a změny po roce 1989, které fungování těchto zařízení ovlivnily. V další kapitole jsem popsala jednotlivé terapie, kterými se ve své práci zabývám. Jako poslední jsem v teoretické části uvedla možnosti vzdělání mentálně handicapovaných a jejich uplatnění na trhu práce.

V praktické části jsem využila techniky dotazník a rozhovor. Dotazníky byly rozdány zaměstnancům čtyř státních zařízení pro mentálně handicapované. Neuvádím zde názvy zařízení, neboť si ředitelé těchto zařízení přáli zůstat v anonymitě a já jejich přání respektuji. Dotazník byl zaměřen na frekvenci využívání jednotlivých terapií a na důvody, které vedou k využívání těchto terapií. Rozhovory jsem prováděla s různými terapeuty, jejichž jména zde také neuvádím a byly zaměřeny na zjištění, kolikrát týdně by měly být jednotlivé terapie prováděny, aby měly význam.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HISTORICKÝ POHLED NA POSTOJE SPOLEČNOSTI K MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝM JEDINCŮM

Již od počátku lidské společnosti byli jejími členy i jedinci, kteří se od ostatních odlišovali vzhledem, smyslovými, tělesnými či duševními chorobami. V důsledku toho se jednotlivci i celá společnost musela s takto odlišnými členy vyrovnávat. Jak se měnila společnost, měnil se i její přístup k nim. Změna společnosti úzce souvisí s kulturou, neboť kultura určuje, co je žádoucí a nežádoucí, a ovlivňuje posuzování různých jevů. Zároveň jedince ochraňuje před neznámým a nebezpečným světem a zabezpečuje mu ochranu a přežití. Podmínkou je však podřízení se normám společnosti, ve které jedinec žije. Každá společnost tedy ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám. Jedinci, kteří se nějak odlišují, jsou bráni za cizí a nebezpečné.

V antickém Řecku a Římě byla kultura založena na souladu krásy těla a ducha. Hodnota člověka byla tedy posuzována podle těchto kritérií. To mělo za následek, že i rodina často ukryvala tělesně postižené dítě. Jako příčiny narození postiženého dítěte byly brány negativní a neznámé vlivy. Bylo to především uhrnutí matky nebo její nemravné chování před narozením dítěte. Narozené dítě bylo potom považováno za nebezpečné (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 1999).

Ve středověku byli „blázni a šílenci“ bráni jako šťastlivě vyvolení, na které shlédl bůh, ale zároveň byli považováni za „zplozence ďáblovy“. V raném středověku nebyly mentální poruchy brány jako nemoc, ale jako posedlost zlým duchem, která zasluhovala trest. Proto by u mnohých jedinců, kteří byli upáleni z čarodějnictví, dnes diagnostikovali mentální retardaci. I přesto však byly zřizovány klášterní hospitály, které slouží jako útulky pro staré, nemohoucí a duševně nemocné. O tyto jedince se staral mnich s medicínskou přípravou. V této době se také vyskytovaly tzv. lodě bláznů. Městská rada vyhnala duševně nemocné jedince, aby pluli za svým rozumem na poutní místa. Zároveň se tak chránili před osudem, který stihl jejich spoluobčany. Jedinci se také hodnotili podle toho, jaký užitek mohli přinést skupině. Tak docházelo k usmrcování „neužitečných členů“. Především ve staré Spartě můžeme najít zmínky o tom, že nemluvnata, u kterých se předpokládala nízká vojenská zdatnost, byla shazována ze skály. Později byly postižené děti označovány za nevzdělané a byla jim zajišťována jen základní ošetrovatelská péče (Ludíková, et al., 2005; Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 1999; Valenta, Müller, 2003).

V období renesance se objevila první klasifikace duševních poruch, ve které jsou intelektové poruchy odděleny od jiných duševních poruch. Toto rozčlenění napsal lékař Felix Platter ve svém díle Pojednání o nemocech ducha. Oddělil zde od sebe poruchy vědomí, psychózy a mentální retardaci. Renesance je spojena především se jménem J. A. Komenského, který hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Zvláště v posledních dvou stoletích se objevují pokusy o pomoc. V současné době tato linie pokračuje rozvojem speciálně pedagogické péče. I dnes je však mentálně handicapovaný člověk často chápán jako objekt soucitu definovaný svým postižením. Takže opět určitým způsobem odlišný jedinec, který potřebuje zvláštní péči. Bohužel se i dnes objevují názory, že mentálně handicapovaní jedinci jsou jen hloupé postavy bez vlastní vůle, bez citů a měli by být zavřeni do ústavu. Někteří lidé je často berou za něco divného a snad i ošklivého. Dřívější pojmenování stupně jejich postižení, jako např. debilita, idiotie, imbecilita, je často zneužíváno jako vulgarismus (Valenta, Müller, 2003).

## 2 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

V překladu z latiny znamená mentální retardace opožděnost mentálního vývoje. Pojem mentální retardace byl přijat v roce 1959 na mezinárodní konferenci WHO v Miláně. Janků (2010, s. 12) uvádí následující definici od Vágnerové: „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti.*“ Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými a jejich počet stále stoupá. Tento růst bývá vysvětlován i jako důsledek zlepšení péče pediatrů o novorozence. Díky stále lepší péči zůstávají na živu i děti, které by dříve zemřeli. Odhaduje se, že v České republice žije asi 300 tisíc osob s mentální retardací (Švarcová, 2011; Janků, 2010).

### 2.1 Etiologie mentální retardace

Pokud se narodí dítě s mentálním postižením nebo je u něj v pozdější době zjištěno mentální postižení, jedna z prvních otázek, které okolí dítěte napadne, je proč. Kde je příčina tohoto postižení? Znat příčinu je pro rodiče a okolí dítěte důležité jednak z důvodu, aby se při případném dalším těhotenství nenarodilo opět postižené dítě, ale také proto, že chtějí nalézt nějakého viníka. Někoho, kdo může za postižení jejich dítěte. Toto přání jim však lékaři splnit nemohou. Většinou nelze jednoznačně a snadno určit příčinu (Švarcová, 2011).

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá vzhledem k množství vlivů, které mohou ohrozit zdravý růst plodu, ale i vzhledem k tzv. biologickým faktorům (nemoci, úrazy, infekce), které působí na vývoj jedince v pozdější době. V závislosti na časovém působení tedy dělíme příčiny na (Černá, et al., 2008) :

#### **Prenatální příčiny**

Příčiny působící na plod od početí do narození. Do této kategorie řadíme dědičné vlivy – hereditární. Zde patří nemoci zděděné po předcích, které vedou k mentální retardaci, ale i nedostatek vloh k určité činnosti. Ke genetickým příčinám dochází vlivem mutagenních faktorů k mutaci genů, k aberaci chromozomů nebo změnám v jejich počtu. Dále do prenatálních příčin řadíme environmentální faktory a onemocnění matky v době těho-

tenství. Obecně platí, že čím dříve k patologii dojde, tím větší následky to bude pro zdraví dítěte mít. Tedy blastopatie a embryopatie je horší než fetopatie. Patří sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, přímá intoxikace embrya nebo plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky a jiné. Svou roli při vzniku mentální retardace hraje i nedostatek plodové vody a vrozené vady lebky a mozku (Valenta, Müller, 2003).

### **Perinatální příčiny**

Vlivy působící těsně před, během nebo těsně po porodu. Patří sem předčasný porod, nízká porodní váha, poškození mozku při porodu. Dalším faktorem je také porod v termínu, při kterém se vyskytly komplikace jako asfyxie či hypoxie poškozující převážně centrální nervovou soustavu. K poškození během porodu může dojít vlivem abnormalit porodních cest nebo plodu samotného. Rizikovým faktorem je vyšší věk rodičky (Ludíková, et al., 2005).

### **Postnatální příčiny**

Jsou to příčiny působící po narození. Existuje mnoho vlivů, které mohou po narození narušit správný vývoj dítěte. Patří sem zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningoencefalitida), virózy, traumata způsobené mechanickými vlivy, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholová demence, schizofrenie a jiné. Ke snížení intelektu může dojít i při vyrůstání dítěte v nevyhovujícím prostředí. Intelligenční kvocient se v takovémto případě může snížit až o 20 bodů. Stav se může upravit, pokud dojde včas k saturaci potřeb (Valenta, Müller, 2003).

Dále dělíme příčiny na endogenní a exogenní.

### **Endogenní příčiny**

Neboli vnitřní příčiny. Do této kategorie řadíme již dříve zmíněné příčiny genetické a dědičné neboli hereditární.

### **Exogenní příčiny**

Neboli vnější příčiny, které dále dělíme:

Anorganické příčiny, kam řadíme příčiny fyzikální, jako jsou mechanické působení, vlivy záření, a příčiny chemické což jsou například léčiva, jedy či chemické látky.

Biologické příčiny, kterými se myslí působení virů, bakterií, plísní a negativní vlivy symbiotické způsobené soužitím matky a plodu (Ludíková, et al., 2005).

I když se věda zabývá příčinou mentální retardace ve velké míře, asi u 80% mentální retardace je příčina jejího vzniku stále nejasná. Dalo by se tedy říci, že je tento výzkum teprve na počátku (Švarcová, 2011).

## 2.2 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika je dlouhodobý proces, jehož cílem je zjistit, jakou poruchou jedinec trpí. Na základě stanovené diagnózy je možné upravit výchovu a prostředí dítěte tak, aby se dítě co nejlépe vyvíjelo a vada byla co nejlépe kompenzována. Je důležité zkoumat dítě jak po stránce biologické, tak i psychické a sociální. Ke stanovení diagnózy mentální retardace je nutné provést podrobné psychologické vyšetření, případně i neurologické a psychiatrické. Diagnostikou se však nezabývají jen psychologové, pedagogové a lékaři, ale i rodiče dítěte, když se zamýšlejí nad vývojem dítěte, jeho úspěchy a neúspěchy, schopnostmi a možnostmi. I samotné dítě může být součástí diagnostického procesu, pokud je schopno vypovídat o svých projevech a potřebách (Švarcová, 2011).

Při diferenciální diagnostice mentální retardace je důležité odlišit tuto poruchu od jiných, které ji mohou napodobovat. Jsou to především:

- Smyslové vady (hlavně poruchy sluchu).
- Poruchy řeči (vývojová dysfázie, mutismus).
- ADHD, ADD syndrom (lehká mozková dysfunkce), specifické poruchy učení.
- Psychická, kulturní deprivace.
- Syndrom týraného či zneužívaného dítěte.
- Jiné duševní poruchy jako dětská schizofrenie, aj.

Základem diagnostiky je anamnéza, kterou diagnostik získává informace od rodiny jedince, odborníků, kteří s jedincem pracují, a pokud je to možné i od jedince samotného. Diagnostika zajímá především anamnéza rodová, pomocí které zjišťuje možnou dědičnost. Dále anamnéza perinatální pro zjištění etiologie. Zdravotní anamnéza zjišťující prodělané onemocnění a současné problémy. Výchovná a vývojová zabývající se úrovní dosažených vědomostí a vývojem dítěte. A v neposlední řadě anamnéza rodinná, která zjišťuje vztahy v rodině (Valenta, Müller, 2003).

Jedna z nejdůležitějších a nejstarších diagnostických metod je pozorování. Pozorování by mělo být dlouhodobé a probíhat v přirozeném prostředí pozorované osoby. Pozorovatel

by se měl vyhnout subjektivnímu zkreslení pozorovaného (Valenta, Müller, 2003; Švarcová, 2011).

Rozhovor je metoda náročná na zkušenost, komunikační dovednosti, osobnostní vlastnosti a empatii diagnostika. Nevýhodou je, že metoda rozhovoru je použitelná až u jedinců ze středně těžkou mentální retardací. Rozhovor musí být veden na mentální úrovni jedince. Klientům dětského věku tykáme a oslovujeme je jménem, na které jsou zvyklí. Dospělým jedincům tykáme nebo vykámé dle zvyklosti. Diagnostik využívá prostředků nonverbální komunikace, jako je mimika, pohazení a hlavně úsměv. Důležitá je pozitivní zpětná vazba a chválení klienta. Vhodné je použít loutku či hračku jako prostředníka pro rozhovor.

Analýza produktů činnosti je poměrně častá diagnostická metoda. Nejvíce se využívá analýza písma, dětské hry a kresby. Analýzou písma se zabývá grafologie a patografie. Grafologie je zaměřena na diagnostiku osobnosti. Patografie zkoumá vady písma. Při analýze hry se diagnostik zaměřuje převážně na to, zda je hra v souladu s ontogenetickým vývojem jedince, nebo zda došlo k její retardaci či urychlení. Při analýze kresby nás stejně jako u analýzy hry zajímá, zda kresba odpovídá ontogenetickému vývoji. Dětská kresba odráží grafomotorické schopnosti dítěte, vizuomotorickou koordinaci, vztahy v rodině, aj. Podle stupně mentální retardace se kresba liší od normy (Valenta, Müller, 2003).

Součástí diagnostiky jsou testy inteligence. Inteligenční testy jsou zaměřeny na zkoumání základních mentálních a psychomotorických funkcí a na zjišťování poměru verbálních a neverbálních složek. Nesmíme zapomínat, že dítě s mentální retardací se obtížně přizpůsobuje změnám a nesnadno navazuje kontakt s neznámými osobami. Výsledek rozumových schopností může být tedy zkreslený. Švarcová (2011, s. 34) říká, že: „*Ve skutečnosti testy mohou fungovat jen při respektování tří základních podmínek: testování provádí zkušený psycholog, používá se dobře standardizovaný individuální test, dítě nemá závažné smyslové a emocionální poruchy a dítěti vyhovuje prostředí, v němž je test zadáván. Pouze v tomto případě je možné počítat s přiblížením k jisté míře vrozených schopností, které se v budoucnosti projeví*“. Při opakovaných vyšetřeních můžeme získat rozdílné výsledky, neboť hodnoty IQ kolísají. Záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici testovaného jedince, na formě kladení otázek a kvalitě testu.

Diagnostika by neměla být zaměřena pouze na nedostatky jedince v různých oblastech psychického vývoje, ale i na zjišťování jejich individuálních zvláštností a schopností. Pokud se tedy u dítěte objeví vlohy pro určitou činnost, mohou se stát nosným segmentem jeho dalšího vývoje (Švarcová, 2011).



### 2.3 Klasifikace mentální retardace

Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient (dále jen IQ), který zavedl W. Stern. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni a mezi chronologickým věkem. V současné době se používá Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která byla přijata roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti následujících kategorií (Švarcová, 2011).

#### **Lehká mentální retardace**

U lehké mentální retardace, dříve nazývané také lehká mentální subnormalita, lehká slabomyslnost či debilita, dosahuje IQ asi 50-69. Mentální věk odpovídá úrovni 10-11letého dítěte. Do této kategorie řadíme asi 80-85 % jedinců s mentální retardací, tedy většinu. Jedinec se vyvíjí téměř normálně a postižení je diagnostikováno většinou až v předškolním věku nebo s nástupem do školy, kdy dítě neprospívá. Má problémy se čtením, psaním a logickým uvažováním a s teoretickou prací. Lehce mentálně retardovaný jedinec dokáže užívat řeč v běžném životě a verbálně komunikovat bez problémů. V dětském věku bývá vývoj řeči opožděný. Většinou tyto děti chodí do zvláštních škol, ale mohou navštěvovat i normální školu. Vyučí se praktickému řemeslu a provádí nenáročnou manuální práci. Většina z nich je schopna se o sebe postarat a vést samostatný nezávislý život. V ojedinělých případech se mohou objevit i jiné vady, jako je epilepsie, autismus, poruchy chování nebo tělesné postižení (Švarcová, 2011; Kozáková, 2005).

#### **Středně těžká mentální retardace**

Dříve nazývaná střední mentální abnormalita, střední slabomyslnost nebo imbecilita. IQ dosahuje hodnot 35-49 a odpovídá mentálnímu věku 4-9 let dítěte. Do této kategorie řadíme asi 10 % postižených jedinců. Postižení je diagnostikováno již v kojeneckém věku nebo začátkem batolecího věku. U středně těžké mentální retardace se již objevuje problém s řečí, neboť rozvoj chápání a užívání řeči je poměrně výrazně opožděn. Řeč je obsahově chudá, agramatická, artikulace je neobratná a přetrvává dyslalie. Jedinci se středně těžkou mentální retardací většinou navštěvují pomocnou školu, neboť jsou sice schopni naučit se základy čtení, psaní a počítání, ale vyšší nároky nejsou schopni splnit. V dospělosti jsou schopni vykonávat nenáročnou manuální práci za předpokladu, že je jim práce strukturována a mají odborný dohled. Někteří jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou schopni vést plně samostatný život, ale ve většině případů potřebují podporu. Často je zde

diagnostikováno tělesné postižení či neurologické postižení, převážně epilepsie (Švarcová, 2011; Ludíková, et al., 2005).

### **Těžká mentální retardace**

Dříve také označována termíny těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost, idiotie nebo idioimbecilita. Hodnota IQ je 20-34 a mentální věk jedinců se pohybuje v rozmezí 18 měsíců až 3,5 roku. Tento stupeň mentální retardace bývá diagnostikován asi u 5 % jedinců s mentální retardací. Těžká mentální retardace se v mnohém podobá středně těžké mentální retardaci, ale problémy jsou výraznější. V oblasti neuropsychického vývoje je zde značné omezení, stejně jako v oblasti řeči. Výchova a vzdělání těchto jedinců je omezená a většina se nenaučí ani číst, psát a počítat. Čím dříve se však s výchovnou a vzdělávací péčí začne, tím lépe na tom jedinec bude. Jedinec je schopen vypěstovat si jednoduché hygienické návyky a návyky sebeobsluhy. Velmi často je diagnostikováno kombinované postižení, tělesné deformity, smyslové vady a poruchy motoriky. Včasná rehabilitační péče napomáhá zvýšení samostatnosti, zlepšení motoriky a celkovému zkvalitnění života (Švarcová, 2011; Kozáková, 2005; Ludíková, et al., 2005).

### **Hluboká mentální retardace**

U jedince s hlubokou mentální retardací, dříve nazývanou těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost, těžká idiotie nebo idiotie, dosahuje IQ hodnot nižších než 20 %. Do této kategorie řadíme necelé 1 % mentálně retardovaných jedinců, jejich mentální věk odpovídá 18 měsícům a méně. Neuropsychický vývoj je celkově omezený, schopnost porozumět řeči, požadavkům a instrukcím je velmi omezena. Jedinci rozumí maximálně jednoduchým požadavkům. Komunikují pouze neverbálně, vyjadřují libé a nelibé pocity pláčem, neartikulovanými výkřiky, úsměvem. Často provádí pravidelné mimovolné pohyby celého těla. Většinou jsou imobilní, inkontinentní a neschopni postarat se o své základní potřeby, proto potřebují stálý dohled a dopomoc. Jejich vzdělání a výchova je značně omezena, ale je možné rozvíjet jejich motoriku a komunikační dovednosti pomocí speciálních metod (Švarcová, 2011; Ludíková, et al., 2005; Kozáková, 2005; Valenta, Müller, 2003).

### **Jiná mentální retardace**

Nelze určit stupeň intelektové retardace obvyklými metodami, protože jedinec trpí přidruženým sensorickým nebo somatickým poškozením. Jedná se například o jedince nevidomé, neslyšící, s autismem, s tělesným postižením (Švarcová, 2011; Ludíková, et al., 2005).

### Nespecifikovaná mentální retardace

O nespecifické mentální retardaci mluvíme, pokud je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, abychom mohli jedince zařadit do určité kategorie mentální retardace (Švarcová, 2011).

## 2.4 Vícenásobné postižení

Dosud není jednoznačně určen pojem, který by vyznačoval jedince s více druhy postižení. V České republice jsou nejvíce využívány termíny vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady, které jsou brány jako synonyma. Ani v zahraničí neexistuje jasně definovaný termín. V anglických zemích se používá pojem multiple handicap nebo severe/multiple disabilities. V německých zemích je nejčastěji užívaným pojmem schwerstmehrfachbehinderung. Na Slovensku je preferován termín viacnásobné postihnutie nebo viaceré chyby. Jedná se o sdružování několika postižení u jednoho jedince, která se navzájem ovlivňují (Ludíková, et al., 2005).

Nejednoznačná je také kategorizace vícenásobného postižení. Většinou je přítomno několik postižení současně, a tak je těžké zařadit jedince do určité kategorie. Pro představu použiji kategorizaci dle Jasenského, který pro členění používá princip dominantního postižení:

1. Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení.
2. Mentální postižení s tělesným postižením.
3. Mentální postižení se sluchovým postižením.
4. Mentální postižení s chorobou.
5. Mentální postižení se zrakovým postižením.
6. Mentální postižení s obtížnou vychovatelností.
7. Smyslové a tělesné postižení.
8. Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (In Ludíková, et al., 2005).

Mnozí autoři tvrdí, že nejčastěji je základem kombinovaného postižení mentální retardace, protože nejvíce kombinovaných vad souvisí s poškozením mozku a centrální nervové soustavy (Ludíková, et al., 2005).

### 3 STÁTNÍ ZAŘÍZENÍ PRO MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÉ

Rodina je pro jedince s mentální retardací nejlepší prostředí. S narozením takto postiženého dítěte však přichází také trauma a ne všichni rodiče jsou schopni se s touto skutečností vyrovnat a o své dítě se postarat. Často se stává, že rodiče zaujmou přespříliš ochranný přístup nebo naopak dítě odmítnou. Mnohdy se zaměří jen na uspokojení biologických potřeb dítěte. Opačný přístup je tehdy, pokud rodiče kladou na dítě nadměrné nároky a snaží se jej vychovat tak, aby bylo co nejméně odlišné od svých vrstevníků. Nejlepší přístup je, pokud rodiče a rodina berou dítě takové, jaké je (Fischer, Škoda, 2008).

Pokud se rodiče rozhodnou dát dítě do ústavu sociální péče, je to pro ně většinou velmi těžké rozhodnutí, které mohou provázet výčitky svědomí či pocit selhání. Ústavy sociální péče jsou určeny pro jedince s těžším stupněm mentální retardace a pro jedince, kteří trpí zároveň tělesným nebo smyslovým postižením a těžším stupněm mentální retardace. Jedinci s lehčím stupněm mohou být přijati pouze, pokud se prokáže, že opravdu potřebují ústavní péči.

#### 3.1 Péče o mentálně handicapované z pohledu historie

Do roku 1989 byla zařízení pro mentálně handicapované spíše jako zdravotnická zařízení. Ústavy se zaměřovaly na zdravotní stránku jedince a na psychickou a sociální se zapomínalo. Převážná část zaměstnanců byli zdravotníci. Po roce 1989 se tento přístup změnil. Zařízení začala být zaměřena spíše na sociální stránku. Výrazně vzrostl počet pedagogických pracovníků a snížil se počet zdravotníků. Mnozí zdravotníci si dodělali pomaturitní pedagogickou specializaci. Nový postoj můžeme definovat třemi základními trendy - integrace, normalizace a humanizace.

##### **Integrace**

Má za úkol začlenit mentálně handicapované jedince do společnosti. Umožnit jim být její součástí a zapojit se do různých sociálních aktivit dle jejich schopností. Součástí integrace je například zřízení denních a týdenních stacionářů či rehabilitační třídy pomocných škol.

##### **Normalizace**

Znamená, že i mentálně postižení mohou žít „normálním životem“. Mohou mít přátele, navštěvovat školu, najít zaměstnání odpovídající jejich schopnostem. Úkolem společnosti je, aby vytvořila takové podmínky, které jim to umožní.

## Humanizace

Humanizaci chápeme jako rovnoprávný přístup k mentálně handicapovaným jedincům. Jsou jim vytvořeny vhodné podmínky a poskytována potřebná péče. Humanizace se projevuje jak v komunikaci, tak v chování k mentálně handicapovaným (Franiok, 2008).

### 3.2 Formy péče v zařízeních pro mentálně handicapované

Zřizovatelem ústavů sociální péče jsou u nás nejčastěji orgány státní správy a samosprávy. Péče je poskytována v ústavech pro mládež a pro dospělé. V ústavu pro mládež jsou umístěni jedinci od tří let do doby, než ukončí školní docházku či přípravu na povolání, nejdéle však do 26 let. Poté jsou přemístěni do ústavů pro dospělé. V praxi se však často setkáváme s tím, že v ústavech pro mládež jsou ubytováni i jedinci starší 26 let. Ústavy jsou s denní, popř. týdenním stacionářem nebo celoročním pobytem.

V **Denním stacionáři** jsou klienti jen část dne, kdy se o ně nemá kdo postarat, a zbytek dne tráví doma se svou rodinou. Je zaměřen na různé druhy terapií, rehabilitace, volnočasové aktivity, vzdělávací aktivity apod. **Týdenní stacionář** znamená, že klienti jsou přes týden ubytováni v ústavu a přes víkend jsou u své rodiny. Toho využívají často lidé, kteří se o své příbuzné mohou starat jen po část dne či přes víkend. Tato zařízení jim tedy umožní věnovat se svým povinnostem a ve volném čase se starat o své příbuzné. Denní a týdenní stacionáře navštěvují většinou klienti s lehčím stupněm postižení.

**Celoroční pobyt** je určen pro klienty s těžším stupněm mentálního postižení, kteří potřebují celodenní péči. Tito klienti mohou navštěvovat různé výchovné a vzdělávací aktivity. Klienti jsou rozděleni do skupin podle rozumových schopností. Jedinci s nejlehčím handicapem navštěvují speciální vzdělávací zařízení. Jedincům s těžším handicapem jsou poskytovány vzdělávací aktivity zaměřené na rozvoj řeči, smyslového vnímání a sebeobsluhy. Jedincům s nejtěžším stupněm handicapu je poskytována fyzioterapeutická, rehabilitační a speciální terapie.

Některé ústavy nabízejí svým klientům **chráněné bydlení**. Jedná se o místnosti či byty, ve kterých jsou klienti ubytováni po jednom až třech. Klienti si tyto byty či místnosti sami udržují a sami si vaří. Personál ústavu jim pomáhá jen v nejnutnějších případech (Fischer, Škoda, 2008).

## 4 TERAPEUTICKÉ METODY U MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝCH

Terapie jsou nedílnou součástí péče o mentálně handicapované jedince. Jsou to procesy, jejichž cílem je zmírnění nebo odstranění nežádoucích potíží nebo jejich příčin. Aby byly terapie účinné a byly správně prováděny, provádějí je proškolení terapeuti. Všechny níže uvedené terapie ovlivňují mentálně handicapované jedince v oblasti psychické, fyzické i sociální (Müller, et al., 2005).

### 4.1 Arteterapie

V širším slova smyslu arteterapie znamená léčbu uměním obecně a stává se tak nadřazeným pojmem pro dramaterapii, muzikoterapii, taneční terapii apod. V užším slova smyslu arteterapie znamená léčbu pomocí výtvarného umění. My zde budeme popisovat arteterapii v užším slova smyslu. V arteterapii je hlavním léčebným prostředkem výtvarný projev klientů. Nejde tedy o vytvoření díla, které by bylo umělecky hodnotné a dokonalé, ale o samotný proces tvorby, při kterém má klient prožitek z kreativního tvoření (Potměšilová, et al., 2010; Šičková-Fabrice, 2002; Hegarová, © 2010).

Arteterapie receptivní používá jako prostředek terapie umělecké dílo, které vybere terapeut. Klient se při vnímání díla do něj musí vcítit, vyjádřit své vlastní emoce. Při receptivní arteterapii se navštěvují galerie, promítají se diapozitivy apod.

Arteterapie produktivní používá konkrétní výtvarné činnosti, jako je malba, modelování, kresba apod.

Podle počtu klientů se arteterapie dělí na:

Individuální arteterapii, kdy má arteterapeut na starosti jednoho klienta. Tato forma arteterapie je vhodná pro jedince, kteří potřebují úplnou pozornost terapeuta nebo pokud by jedinec svým chováním nějak narušoval či ohrožoval celou skupinu. Výhodou je, že terapeut naváže s klientem úzký vztah a může se mu plně věnovat.

Při skupinové arteterapii má terapeut na starost několik klientů, což je pro něj obtížnější a nemá na klienty tolik času jako při individuální. Klienti si však mohou navzájem pomáhat, vytvářejí se nové vztahy a prohlubují se již vzniklé a kreativnější klienti jsou inspirací pro ty méně kreativní. Velkou výhodou je i to, že za stejnou dobu je terapie poskytnuta více klientům.

Při prvním setkání se klient seznamuje s prostředním a s terapeutem. Stejně tak se i arteterapeut musí seznámit s klientem a zjistit, jak dlouho u terapie udrží pozornost. Většinou to bývá hodinu. Po úvodním seznámení nastává výběr tématu a instrukce. Arteterapeut vybírá téma podle klientely. U mentálně handicapovaných klientů jsou vhodné metody, které probíhají hmatově, jako je například modelování. Vhodné jsou také techniky, jejichž cílený artefakt se může vystavit nebo sloužit jako dárek či prodejní materiál. V některých případech je vhodné, aby se sám arteterapeut zapojil do terapie. Může pomoci klientovi začít tím, že mu poradí nebo sám začne výrobek vytvářet. Někdy také může pomoci dokončit výtvar. Pokud arteterapeut zasahuje do výtvaru klienta, vždy to musí být s jeho souhlasem. Arteterapie má za následek zlepšení komunikace, socializace, rozvoj kreativity, rozvoj jemné motoriky, empatie, posílení sebeovládání a vůle. Pomocí arteterapie klient také vyjádří své emoce. Na závěr arteterapeutického sezení terapeut společně s klientem zhodnotí vyrobený výtvarný produkt (Šiřková-Fabrici, 2002; Potměšilová, et al., 2010).

## 4.2 Canisterapie

Velemínský et al. (2007, s. 60) uvádí: „*Galajdová (1999) definuje canisterapii jako označený způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody*“. Pes je jak výborný společník, tak výchovný prostředek pro klienta. Canisterapie má širokou klientelu. Pro zlepšení psychosociálního zdraví se používá u klientů s mentálním, smyslovým a tělesným postižením. Využívá se také v logopedii, psychologii, psychiatrii, geriatrii aj. Přestože se canisterapie praktikuje u široké skupiny klientů, existují i kontraindikace, jako jsou alergie, astma, akutní onemocnění, otevřené rány či kynofobie.

Účastníky canisterapie jsou canisterapeut a pes, kteří tvoří canisterapeutický tým. Dále interdisciplinární tým odborníků, klient, dobrovolník, rodina a veterinární lékař. **Canisterapeut a pes** musí mezi sebou mít velmi úzký vztah a spolupracovat spolu. Aby mohl canisterapeutický tým provádět terapii, musí úspěšně absolvovat canisterapeutické zkoušky. **Interdisciplinární tým** tvoří odborníci z řad psychologů, psychiatrů, lékařů, speciálních pedagogů a jiných odborníků zabývajících se prací s klienty. **Klient** nebo jeho zákonný zástupce musí s canisterapií souhlasit a nesmí být k účasti nucen. **Dobrovolník**, který nevlastní psa, ale umí pracovat s klienty a je v canisterapii proškolen, zajišťuje organizaci canisterapie. **Rodina** může podat důležité informace o klientovi a společně s klientem pro-

žívají příjemné prožitky a podporují jej. V ústavním zařízení roli rodiny zastávají odborní pracovníci. **Veterinární lékař** dohlíží na zdravotní stav psa.

Podle počtu zúčastněných klientů se canisterapie dělí na individuální a skupinovou.

**Individuální canisterapie** znamená setkání jednoho klienta s jedním nebo více canisterapeutickými týmy. Výhodou je možnost přizpůsobení terapie individuálním potřebám klienta, intenzivnější kontakt klienta se psem a omezení rušivých vlivů okolí. Nevýhodou je časová náročnost při potřebě canisterapie u více klientů.

**Skupinová canisterapie** zahrnuje setkání většího počtu klientů s několika psy. Je nutné zvolit vhodný poměr klientů a psů a dbát na to, aby byli zapojeni všichni klienti stejnou měrou. Důležité je správné rozvržení aktivit přímo se psy a aktivit využívajících pouze psí téma, aby měli psi dostatek odpočinku. Výhodou je uspokojení větší skupiny klientů a možnost přiřadit ke každému klientovi psa, který mu bude nejvíce vyhovovat.

Pes má na člověka velké množství účinků. Prostřednictvím vycházek či závodů se psem je klient motivován k pohybu, zlepšuje se koordinace a síla v končetinách, rovnováha při stání a chůzi. Při péči o psa, např. hlazením, česáním či manipulací s různými druhy zapínání obojků, se zlepšuje jemná motorika. Při polohování dochází k uvolnění svalstva a hlubokému dýchání. Po stránce psychické pes nabízí pocit blízkosti, působí protistresově, nabízí útěchu a povzbuzení. Při použití malého psa se u klienta objeví ochranné a pečovatelské postoje, při použití velkého psa má klient pocit bezpečí. Kontakt se psem vyvolává u klienta smích, dobrou náladu a uvolnění. Pokud se klient o psa stará, vyvolává to v něm pocit zodpovědnosti a samostatnosti. Canisterapie podporuje také sociální potřeby. Usnadňuje komunikaci s klientem, podporuje sociální kontakt mezi klientem a jeho okolím. Usnadňuje společné hledání řeči a rozvíjí nonverbální komunikaci. Prostřednictvím cílené hry a plnění úkolů se zvyšuje soustředění. Pozorováním psa se rozvíjí pozorovací schopnosti a klient se učí, jak se má chovat ke zvířatům. K nácviku sebeovládání je možné využít chvíle, kde pes nemá být rušen, jako je například krmení psa či jeho odpočinek (Anon, © 2008; Velemínský, et al., 2005).

### 4.3 Hipoterapie

Hipoterapie je rehabilitační metoda využívající pohybu koně a jeho přenosu na člověka, spolu s psychologickým působením jízdy na koni. Při hipoterapii se využívá trojdimenzionálního pohybu koně. Při pohybu se koňský hřbet pohybuje nahoru a současně do stran,



dopředu i dozadu. Tyto pohyby vytvoří nestabilitu jezdce a toho terapie využívá. Řídící centra se snaží s touto nestabilitou vyrovnat a reagují na ni tak, aby byla zachována požadovaná poloha. Hipoterapie pomáhá v oblasti fyzické, psychické, emocionální a sociální. Už jen to, že se jedinec setká s koněm, cítí pod sebou koňské tělo a vnímá jeho teplo a energii, vyvolává u mentálně handicapovaných silné, většinou pozitivní emoce. Jízda na koni zlepšuje také celkové psychické rozpoložení. Jedinec relaxuje, je uvolněný a odpouští si od problémů, které jej trápí. Dochází k psychickému uvolnění a ztrátě zábrán. Zlepšuje se koncentrace pozornosti a schopnosti adaptace, neboť se jedinec soustředí na pohyby svého koně a přizpůsobuje se jim. Jízdou na koni stoupnou v očích svých i svého okolí a zvýší se tak jejich sebevědomí a pocit vlastní ceny. Hipoterapie je vhodná u klientů, kteří mají problém s komunikací, neboť chápou, že sami takové velké zvíře nezvládnou. Jediná možnost je komunikovat jak se zvířetem, tak s dospělou osobou. Je dobré tohoto stavu využít a začít budovat s klientem bližší vztah (Velemínský, et al., 2007; Müller, et al., 2005).

Účastníky hipoterapie jsou cvičitel, fyzioterapeut, pomocník, klient, lékař a kůň. Cvičitel má za úkol starat se o psychickou a fyzickou pohodu koně. Připravuje jej na modelové situace při terapii. Během terapie koně vede a sleduje jeho reakce. Fyzioterapeut určuje, zda je hipoterapie pro klienta vhodná či nikoliv. Stanoví délku ježdění a případné aktivity mimo jízdu samotnou. Určí polohu klienta v sedle, která bude vyhovující. Pomocník jde vedle koně a klienta na koni jistí. V případě nebezpečí pádu jej stáhne ze hřbetu. Klient se na terapii dostaví vhodně oblečený a připravený psychicky i fyzicky. Kontraindikací je akutní onemocnění, krvácení, zhoršení stavu, osteoporóza, strach z koně, agresivita, nezhojené rány. Lékař indikuje terapii, sleduje, vyhodnocuje efekt terapie a vede zdravotní záznam. Kůň musí být ochotný ke spolupráci. Klidně přistupuje k rampě a trpělivě stojí při nasedání. Kůň pro hipoterapii musí být spolehlivý a pozorný, učenlivý, schopný snášet monotónní práci v kroku, obtížné situace řeší bez paniky, nekulhá či nemá jiné poruchy pohybu a má zdravý hřbet (Velemínský, et al., 2007).

Před samotnou hipoterapií je tedy potřeba připravit si koně, pomůcky a prostředí. Kůň musí být zdravý, klidný a vyběhaný. Nasadíme mu veškeré potřebné pomůcky, jako gelovou podložku, textilní podložku, podložku s madly, uzdičku, apod. Prostor musí být klidný, ohrazený a s co nejméně rušivými vlivy. Při příchodu klienta je nutné přivítání se s koněm. Orientačně se zkontroluje zdravotní stav klienta a nasadí se mu přílba. Poté nastává nejnebezpečnější část hipoterapie, nasedání na koně. Klient může křičet, tleskat, výskat a jinak vyjadřovat své pocity, kůň musí být v naprostém klidu a nepohnout se. Klient může

na koni sedět, ležet hlavou na zádi, viset přes hřbet koně či jet v asistovaném sedu se zdravou osobou. Kůň od rampy ustupuje krok po kroku, aby měli pomocníci čas zařadit se po bok koně. Poté začíná vlastní terapie. Délka hipoterapie je rozdílná podle individualit klienta. U někoho dojde ke svalové odpovědi za pár minut, u jiného o něco později. Aby byl vyvolán pozitivní efekt, měla by se hipoterapie provádět 2x – 3x týdně po dobu 30 – 40 minut. Jakmile je organizmus klienta vyčerpán, nemá cenu v terapii pokračovat, neboť reakce na další pohybovou stimulaci jsou poznamenány únavou a tudíž nejsou kvalitní. Po samotné terapii nastává sesedání, které je stejně jako nasedání jednou z nejobtížnějších částí terapie. Kůň musí stát po celou dobu v klidu a být trpělivý. Po sesednutí je klientovi sundána helma a provede se zápis do dokumentace. Následuje rozloučení a odchod z jízdárny (Pipeková, Vítková, 2000; Velemínský, et al., 2007; Lantelme, © 1997 - 2011).

#### 4.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie neboli léčba hudbou cíleně využívá zvuku a hudby k terapeutickým účelům. Je prováděna u velké řady nemocí, postižení a rizikových situací. Do těchto skupin patří například různá duševní onemocnění, mentální retardace, tělesná postižení, zraková a sluchová postižení a mnoho dalších. Muzikoterapii využívají i jedinci bez klinické diagnózy, kteří v muzikoterapii vidí atraktivní strávení volného času. Tato terapie má však i své kontraindikace, neboť hudba vždy stimuluje emoce. Proto musí terapeut vždy zvážit, jestli je u klienta muzikoterapie vhodná a popřípadě jaká hudba je vhodná. Dle počtu klientů se muzikoterapie dělí na individuální, skupinovou do cca 15 klientů a hromadnou, kdy je přítomna velká skupina klientů. Při hromadné terapii je oslabena vazba mezi klientem a terapeutem, proto se příliš nevyužívá. Možná je také kombinace předešlých metod.

Podle způsobu, kterým se klient zapojí, se muzikoterapie dělí na aktivní a receptivní.

Při **aktivní muzikoterapii** se klient zapojuje převážně zpěvem, hrou na tělo či hrou na hudební nástroj. Hudební nástroje si mohou vytvořit i sami klienti. Další způsoby aktivní muzikoterapie jsou psaní písní a samotné hudební vystoupení.

**Receptivní muzikoterapie** je založena na poslechu hudby klientem. Hudba může být improvizována muzikoterapeutem nebo reprodukována. Při improvizaci může muzikoterapeut, popřípadě i více muzikoterapeutů reagovat na dění ve skupině a hudbu měnit. Improvizativní muzikoterapie však vyžaduje od terapeuta určité hudební a improvizativní schopnos-

ti. Reprodukovaná muzikoterapie tedy není tak náročná, ale je zapotřebí dobré technické vybavení. Při poslechu musí muzikoterapeut vzít v úvahu, jakou hudbu klient preferuje a jak dlouho udrží pozornost. Hudba by měla být vybrána podle terapeutického záměru.

Základní technikou muzikoterapie je hudební improvizace, která má diagnostický i terapeutický účel. V případě diagnostického účelu hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek, jako je hlas či pohyb, zastupuje hráčovo alter ego, ve kterém se promítají klientovy pocity, emoce a myšlenky. Individuální improvizace poukazuje na problémy jednotlivce, jeho osobnost, sebepojetí a prožívání. Při skupinové improvizaci vychází najevo vztahy mezi klienty, jejich sociální interakce, postavení ve skupině a schopnost neverbální komunikace. Terapeutické využití improvizace umožňuje jedinci svobodné prozkoumávání nových způsobů chování, vyjadřování, komunikace a sociálních interakcí. Jak se mění chování klienta v hudební improvizací skupině, mění se i jeho chování ve skutečném životě. (Kantor, © 2007-2011; Müller, et al., 2005)

#### 4.5 Dramaterapie

Dramaterapii řadíme společně s dalšími terapeutickými či výchovnými metodami, jako jsou například teatroterapie či psychodrama, mezi tzv. paradivadelní systémy. Paradivadelní systémy jsou postupy, které nechápou divadlo jen jako umění, ale navíc používají divadelní a dramatické prostředky k edukačním a terapeutickým cílům. Valenta a kol. (2006, s. 7) definuje dramaterapii takto: „*Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní disciplína), v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně-sociálního růstu a integrace osobnosti*“ (Valenta, et al., 2006).

Dramaterapie má širokou klientelu. Od mentálně handicapovaných klientů, přes jedince s poruchami chování až po gerontologické klienty. Největší část klientely tvoří jedinci s mentálním handicapem. Dramaterapie pomáhá svým klientům zlepšit sociální interakci, zvládat své emoce a chování a poznat své omezení i možnosti. Během terapie se klienti uvolní, posilují svou sebedůvěru a rozvíjí svou představivost i koncentraci.

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace. Improvizace totiž nejlépe odráží klientovo nitro, dovoluje mu vyjádřit, co zrovna prožívá, je svobodná v experimentování s různými rolami a má blíže ke skutečnému životu než strukturovaný tvar. V dramaterapii

jsou tři typy improvizací. Plánovaná, kdy se klient dopředu rozhodne, jakou roli v improvizaci zaujme, ale má na seznámení se z rolí málo času. Neplánovaná improvizace, kdy se klient může rozhodnout, jestli roli přijme nebo ne. Poslední je nepřipravená improvizace, která je zcela mimo plán a klient dopředu nezná roli ani situaci.

Další prostředky dramaterapie jsou mimická a řečová cvičení, dramatická hra, verbální hra a hra v roli, scénář, mýty a příběhy, práce s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, hra s loutkami a maňásky, pohyb, pantomima, hra s objekty, kresba, simulace a charakterizace.

Dramaterapie může být realizovaná různými formami. První formy jsou rozděleny dle toho, zda klient na terapii dochází nebo je hospitalizován. Patří sem ambulantní forma, kdy klienti dochází do určeného zařízení, a forma klinická, kdy jsou klienti hospitalizováni. Další dělení se řídí dle počtu klientů. Patří sem skupinová terapie a individuální terapie. V České republice se využívá spíše skupinová dramaterapie.

Dramaterapie může probíhat v různé intenzitě. U mentálně handicapovaných klientů s celoročním pobytem většinou probíhá dvakrát týdně po dobu 30 minut. Při sestavování terapeutického plánu musí terapeut brát v úvahu různá specifika klientů. Obecná struktura dramaterapeutického sezení je následující:

Terapeut se se skupinou pozdraví, aby tak navázal kontakt se skupinou i s každým členem zvlášť. Poté následuje rozcvička. Většinou se jedná o rozcvičku fyzickou, která je zaměřená na uvolnění svalstva, ale i na správné hluboké dýchání. Někdy může být i rozcvička spíše psychická. Následuje otevření hracího prostoru. Vhodné je začít opakujícím se rituálem jako například stáhnutí vymyšlené opony, za níž je imaginární svět. Následuje nastartování hry. V této fázi musí dramaterapeut do hry začlenit veškeré impulsy, které se u klientů objeví. Často se zde objevuje rezistence u klientů, kteří mají obavu z vlastní tvořivé aktivity, kterou hra vyžaduje. V další fázi proběhne hra samotná. Lze ji rozdělit na personifikaci, neboli vstup do rolí, strukturovanou hru v roli a nestrukturovanou hru v roli. Strukturovaná hra pracuje s jednou situací a jedním tématem společným pro skupinu. V nestrukturované hře se pracuje s několika situacemi současně. Po ukončení hry následuje uzavření hracího prostoru. Opět se může použít imaginární opona, která se zatáhne a za ní zůstane imaginární svět. Provádí se rekapitulace terapie, která nemusí být jen verbálně, ale třeba i kresbou nebo pohybem. Závěr nemusí vést k vyřešení klientových problémů, ale dává mu dostatek času, aby přešel z bezpečného imaginárního světa do reálného (Valenta, 2007).

## 4.6 Ergoterapie

V doslovném překladu znamená ergoterapie léčba prací. Müller a kol. (2005, s. 253) však definuje ergoterapii takto: „*Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Jako terapeutický prostředek využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které pomáhají k obnově postižených funkcí*“.

Ergoterapii dělíme na:

**Ergoterapii cílenou na postiženou oblast**, kdy se ergoterapeut zaměřuje na cvičení a trénování postižené oblasti jejím aktivním zapojením.

**Ergoterapii zaměřenou na nácvik soběstačnosti** je soustředěna na nácvik aktivit denního života, které bezmyšlenkovitě vykonáváme každý den jako je koupání, osobní hygiena, jídlo, pohyb, použití WC.

**Oblast předpracovní rehabilitace** připravuje zdravotně postižené na výkon pracovního povolání.

**Ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové fyzické kondice** využívá aktivit, které jedince mohou bavit, naplní jeho volný čas a prospívají mu (Müller, et al., 2005).

Podle počtu klientů rozlišujeme ergoterapii individuální a skupinovou. Individuálně vedená terapie vede k rozvoji mentálně handicapovaných klientů. Skupinová ergoterapie je prováděna v různých dílnách, jako je tkalcovská dílna, oděvní, keramická, dřevařská atd. Cílem skupinové ergoterapie je rozvoj určité oblasti, určitých dovedností a schopností.

Ergoterapie má za cíl nácvik soběstačnosti a samostatnosti, zlepšení jemné a hrubé motoriky, koordinace a pohyblivosti, udržování dobrého fyzického i psychického stavu, rozvoj smyslové percepce a myšlení, zlepšení soustředěnosti a pozornosti, zlepšení paměti, posílení sebehodnocení, zlepšení schopnosti učit se, zlepšení komunikace, rozvoj estetického vnímání, kladného vztahu k práci a sociálních vazeb. Ergoterapeutických cílů se nejlépe dosahuje prostřednictvím rukodělných činností, např. práce s textilem, kovem, papírem.

S ergoterapií se překrývá činnostní terapie. Rozdíl mezi ergoterapií a činnostní terapií je ten, že ergoterapie si klade za cíl nějaký konkrétní výrobek, kdežto činnostní terapie má za cíl činnost samotnou (Janků, 2010).

## 5 VZDĚLÁNÍ A MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝCH

Výchova a vzdělání osob s mentálním postižením je celoživotní proces, který je možné provádět přímo v rodině, v ústavním zařízení sociální péče a ve vzdělávacím zařízení. Protože jsou poznávací procesy u mentálně handicapovaných značně omezeny, je nutné neustálé rozvíjení, opakování a prohlubování znalostí a dovedností a neustálého vedení. Podle řady pedagogů je učení hlavní a nejúčinnější terapií u mentální retardace. Dříve mentálně handicapovaní jedinci mohli být osvobozeni od školní docházky. Dnes jsou podle nového školského zákona č. 561/2004 Sb. povinni absolvovat školní docházku, která by odpovídala jejich schopnostem (Franiok, 2008; Fischer, Škoda, 2008).

### 5.1 Výchova v zařízeních pro mentálně handicapované

Má několik složek výchovy. **Rozumová výchova** má za úkol pomocí bezprostředního poznání rozvíjet myšlení a poznání. Pod rozumovou výchovu spadá také výchova mravní a společenská a výchova řeči, která umožňuje komunikaci klienta s prostředím. **Výchova smyslová**, jejímž cílem je rozvoj všech smyslových analyzátorů, je úzce spjata s výchovou rozumovou. Rozvíjí chuťové, zrakové, sluchové, čichové a hmatové vnímání. Zlepšuje paměť a cvičí pozornost a představivost. Smyslová výchova se provádí pomocí didaktických her, na procházkách nebo při manipulaci s předměty. **Výchova estetická** má psychický účinek na citovou a estetickou oblast a umožňuje klientům seberealizaci. Probíhá v zájmových kroužcích zaměřených na hudbu, pohyb a výtvarnou činnost. **Tělesná výchova** je prováděna formou pravidelného cvičení, pohybových her, různých sportovních disciplín a rehabilitace. Slouží ke zlepšení tělesné zdatnosti, obratnosti a koordinace pohybů. Napomáhá také k rozvoji ukázněnosti a samostatnosti. **Pracovní výchova** pomáhá klientům získat dovednosti, návyky a poznatky (Fischer, Škoda, 2008).

### 5.2 Předškolní výchova a vzdělání dětí s mentální retardací

Děti předškolního věku s mentální retardací mohou navštěvovat speciální mateřskou školu denního nebo interního typu, běžnou mateřskou školu nebo speciální třídu pro mentálně retardované děti při běžné mateřské škole. Důležité je, aby byl zachován vliv rodiny na vývoj dítěte. Mateřská škola tedy úzce spolupracuje s rodinou. V mateřské škole je dítěti poskytována soustavná individuální péče v kolektivu i mimo něj. U dítěte je rozvíjena řeč, myšlení, hrubá a jemná motorika, sociální a citový vývoj.

### **Základní škola**

Dítě s mentální retardací školního věku může navštěvovat různá speciální vzdělávací zařízení. Pokud trpí dítě lehkým stupněm mentální retardace, může navštěvovat i běžnou základní školu. Dítě má k dispozici speciálního pedagogického pracovníka, který mu pomáhá. Učí se podle speciálně upraveného programu. V takovémto případě je na uvážení rodičů či opatrovníka, zda dítě toto vzdělání zvládne nebo ne.

### **Základní škola praktická**

Další možností je základní škola praktická, dříve nazývána zvláštní. Tuto školu navštěvují děti s lehkou mentální retardací, které by nezvládly běžnou školu základní. Tuto školu navštěvují žáci po dobu 9 let. Učební plán obsahuje předměty jako v základní škole, ale nevyučují se cizí jazyky. Naopak je zde zařazeno mnoho hodin pracovního vyučování pro osvojení pracovních dovedností.

### **Základní školu speciální**

Dříve nazývanou pomocnou, navštěvují děti, které by nezvládly běžnou ani praktickou základní školu. Základem je výchovná a vzdělávací činnost zaměřená na vědomosti, dovednosti a znalosti důležité v praktickém životě. Škola by měla žáky naučit základnímu triviu, tedy čtení, psaní a počítání. Pro některé žáky je tento požadavek poměrně obtížný, ale pro budoucí život nezbytný. Žáci tuto školu navštěvují deset let a po jejím ukončení by měly být schopni maximální možné samostatnosti a nezávislosti a zapojení se do běžného života. Mohou také pokračovat ve studiu na praktické škole a vyučit se tak řemeslu, které by zvládly. Existuje i možnost navštěvovat přípravný stupeň pomocné školy. Ten je pro jedince, kteří mají těžší stupeň mentální retardaci a pomocnou školu by nezvládly. Tato příprava trvá tři roky a v každém ročníku musí žák splnit určitá kritéria, aby mohl postoupit dále.

Součástí speciální školy je také **rehabilitační třída**, kterou navštěvuje čtyři až šest dětí s těžkým stupněm mentální retardace. U těchto dětí se objevuje i mnoho dalších omezení jako poruchy motoriky a komunikačních dovedností. Rozvoj psychiky souvisí s rozvojem tělesných funkcí, a proto je žákům poskytována kromě vzdělání i rehabilitační péče. Využívají se alternativní metody komunikace jako nonverbální komunikace, znaková řeč Makaton, sociální čtení atd. Pro těžké postižení však nelze počítat s osvojením trivia. Žáci dochází do rehabilitační třídy deset let a tyto třídy jsou plně propojeny s třídami pomocnými (Fischer, Škoda, 2008).

### **5.3 Odborná učiliště a praktické školy**

Po ukončení zvláštní, pomocné či běžné základní školy mohou žáci s mentální retardací pokračovat ve studiu v odborných učilištích nebo praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou.

Jedinci s mentální retardací mohou navštěvovat také večerní školy. Jedná se o celoživotní vzdělání, které zřizují občanská sdružení. Jedinci chodí do školy většinou dvakrát týdně na dvě hodiny. Vyučuje se ve zvláštních nebo pomocných školách nebo v prostorách ústavu. Jedinci s mentální retardací tak mají možnost vhodně využít svůj volný čas a zároveň se setkat s ostatními lidmi stejného či podobného postižení (Fischer, Škoda, 2008).

### **5.4 Pracovní uplatnění mentálně handicapovaných**

Jako pro většinu lidí je i pro mentálně handicapované jedince práce nepostradatelnou součástí života. Možnost pracovat a mít práci zvyšuje sebeúctu, sebevědomí a pracující mentálně handicapovaný jedinec stoupne i v očích nepostižených spoluobčanů. Jedinec navazuje nové sociální kontakty, rozšiřuje si okruh svých zájmů, zlepšuje a rozšiřuje dovednosti a schopnosti. Práce také dává možnost zase o něco více kontrolovat svůj život a zapojit se do normální společnosti.

#### **Podporované zaměstnání**

Je časově omezená služba určená mentálně handicapovaným lidem, kteří hledají placené zaměstnání. Podporován je jak mentálně handicapovaný jedinec, tak jeho zaměstnavatel. Důležitý je nejen zácvik a podpora pracovníka, ale také potřeba koordinovat jeho schopnosti a zájmy s požadavky zaměstnavatele. Tato služba nepomáhá jen najít jedinci práci, ale také si tuto práci udržet. Zácvik probíhá přímo na pracovišti. Pro přijetí mentálně handicapovaného jedince ostatními spolupracovníky je lepší zařadit jen jednoho pracovníka s postižením než větší počet (Valenta, Müller, 2003; Černá, et al., 2008).

#### **Chráněné pracovní místo**

Je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro zdravotně postiženého jedince po dohodě s úřadem práce. Úřad práce může zaměstnavateli poskytnout příspěvek na toto pracovní místo. Na oplátku zaměstnavatel musí chráněné pracovní místo provozovat alespoň dva roky od uzavření smlouvy (Černá, et al., 2008).



**Pracovní asistence**

Pracovní asistent napomáhá jak zdravotně postiženému pracovníkovi, tak zaměstnavateli. Vybírá zaměstnání, které je pro pracovníka vhodné, pomáhá mu se zácvikem, se zvládnutím pracovních povinností, se zařazením se do kolektivu, s nácvikem cesty do zaměstnání a zpět, vyjednává se zaměstnavatelem o pracovním místě. Podle toho, jaké dělá pracovník pokroky, stahuje se asistent pomalu do pozadí (Černá, et al., 2008; Tesařová, © 2005).

**Chráněná pracovní dílna**

Je pracoviště, které je přizpůsobeno zaměstnávání zdravotně postižených osob, přičemž zdravotně postižených pracovníků musí být alespoň 60 % z celého počtu. Po dohodě s chráněnou pracovní dílnou úřad práce poskytne příspěvek. Stejně jako u chráněného pracovního místa je však podmínkou, aby chráněná pracovní dílna fungovala alespoň dva roky (Černá, et al., 2008).

**Pracovní rehabilitace**

Pomáhá zdravotně postiženým jedincům najít vhodné zaměstnání a připravit je na toto povolání teoreticky i prakticky. Dále také pomáhá udržet si již získané zaměstnání, změnit jej a vytvářet vhodné podmínky pro výkon zaměstnání. Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce (Černá, et al., 2008).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODIKA PRÁCE

Bakalářská práce se zabývá terapeutickými metodami, jako je canisterapie, hipoterapie, arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a ergoterapie u mentálně handicapovaných klientů žijících ve státních ústavech sociální péče.

### 6.1 Cíle práce

K tématu této závěrečné práce byly stanoveny následující dva cíle.

**Cíl č. 1 - provést šetření, jaké terapeutické metody jsou nejvíce a nejméně využívány ve vybraných státních zařízeních pro mentálně handicapované klienty v jednom týdnu.**

- **H01** - domnívám se, že arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie jsou využívány v plné míře jako terapeutické metody ve všech vybraných státních zařízeních.

K této hypotéze se vztahuje tato položka v dotazníku (č. 7).

- **HA1** - domnívám se, že arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie nejsou využívány v plné míře jako terapeutické metody ve všech vybraných státních zařízeních.

K této hypotéze se vztahuje tato položka v dotazníku (č. 7).

Tabulka 1: Minimální využití terapií

| Terapie       | Týdně |       |
|---------------|-------|-------|
| Arteterapie   | 2x    | 100 % |
| Canisterapie  | 1x    | 100 % |
| Hipoterapie   | 2x    | 100 % |
| Muzikoterapie | 1x    | 100 % |
| Dramaterapie  | 1x    | 100 % |
| Ergoterapie   | 3x    | 100 % |

K tomuto cíli a jeho hypotézám jsem vytvořila tabulku, ve které je uvedeno, kolikrát týdně by měly být jednotlivé terapie u mentálně handicapovaných minimálně prováděny, aby byly účinné. Při získávání potřebných informací jsem se opírala o odbornou literaturu a provedla strukturovaný rozhovor s odborníky (viz příloha č. 1).

**Cíl č. 2 - analyzovat důvody výběru využití jednotlivých terapeutických metod u mentálně handicapovaných klientů ve vybraných zařízeních.**

- **H2** - domnívám se, že arteterapie bude preferována pro ekonomickou nenáročnost. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 8, 9).
- **H3** - předpokládám, že canisterapie bude preferována pro dobré všeobecné výsledky. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 10, 11, 12).
- **H4** - domnívám se, že hipoterapie bude využívána z důvodu hipoterapeutického centra v blízkosti zařízení. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 13, 14, 15).
- **H5** - předpokládám, že muzikoterapie bude využívána z důvodu využitelnosti receptivní (pasivní) muzikoterapie u všech klientů. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 16, 17, 18).
- **H6** - domnívám se, že dramaterapie bude využívána pro atraktivnost pro klienty. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 19, 20).
- **H7** - předpokládám, že ergoterapie bude využívána pro přirozenost a praktičnost. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 21, 22, 23, 24).

**6.2 Metody práce**

Potřebná data byla získána pomocí kvantitativního šetření, metodou anonymního dotazníkového šetření. V minimálním rozsahu bylo využito kvalitativního šetření, metodou strukturovaného rozhovoru. Rozhovor v této bakalářské práci neprokazuje žádnou hypotézu, ale byl použit jako pilotáž ke stanovení dílčí míry zkoumaného problému (položka č. 7). Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na zpracovaném formuláři. Na tyto otázky odpovídají námi vybraní respondenti. Mými respondenty byly pouze ženy, zaměstnankyně čtyř státních zařízení pro mentálně handicapované v Olomouckém kraji, nejčastěji se středoškolským vzděláním a/nebo pomaturitním specializačním studiem v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii. Téměř všichni respondenti mají pro svou práci kvalifikaci a ve svém oboru pracují nejčastěji 5 nebo 20 let a více. Pracují převážně na pozici všeobecné sestry nebo sociální pracovnice (položky č. 1-6).

Veškeré údaje potřebné k sestavení dotazníku jsem získala prostudováním odborné literatury a rozhovory s odborníky.

Dotazník (viz příloha č. 2) obsahoval 24 otázek sestavených tak, abych získala informace potřebné k dosažení cílů této závěrečné práce. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné. Mnou sestavený dotazník obsahoval následující formy otázek:

- Uzavřené otázky – tyto otázky nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých si respondent vybere odpověď podle vlastního uvážení. Pokud má na výběr dvě možnosti, jsou to otázky dichotomické, při více variantách to jsou otázky polytomické (položky č. 1 - 3, 5, 8, 10, 12-16, 18-24).
- Polouzavřené otázky – jsou kombinací uzavřené a volné otázky, kdy je nabídka odpovědí doplněna o možnost „jiné, jiná odpověď“ (položky č. 4, 6, 7).
- Filtrační otázky – s jejich pomocí eliminujeme respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku (položky č. 11, 17) (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Obecným informacím se v tomto dotazníku věnovaly položky číslo 1-6. K prvnímu cíli i jeho hypotézám, kterým jsem chtěla zjistit, jaké terapeutické metody jsou nejvíce, a nejméně využívány ve vybraných státních zařízeních pro mentálně handicapované klienty za jeden týden, se vztahovala položka číslo 7. K druhému cíli a jeho hypotézám, pomocí kterého jsem chtěla zjistit, z jakého důvodu jsou jednotlivé terapeutické metody u mentálně handicapovaných klientů využívány, se vztahují položky číslo 8-24.

### 6.3 Organizace šetření

Před samotným sestavením dotazníku jsem musela získat potřebné informace k sestavení položky č. 7. Tyto informace jsem získala prostudováním literatury a rozhovory s odborníky, kteří jednotlivé terapie provádí. Po získání těchto informací byl dotazník sestaven, schválen vedoucí bakalářské práce a rozdán. Šetření probíhalo v průběhu února 2012. Celkem bylo zhotoveno a rozdáno 90 dotazníků, z nichž se vrátilo 86. Návratnost tedy byla 95,55 %. Pouze 6 dotazníků bylo nutné vyřadit pro neúplnost či nepřesnost vyplnění. Zbytek dotazníků mohl být vyhodnocen.

Sesbíraná data jsem převedla do tabulek a grafů, které byly vytvořeny pomocí Microsoft Word a Microsoft Excel a následně popsány. V tabulce bylo využito absolutní četnosti (dále jen N) a relativní četnosti (dále jen %). Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří v položce odpověděli na stejnou odpověď. U některých položek udává celkový počet odpovědí. Relativní četnost nám říká, jak velká část z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu. Data byla vložena do výsečových grafů.

## 6.4 Výsledky šetření

**Položka č. 1 – „Pohlaví“, položka č. 2 – „Nejvyšší dokončené vzdělání mimo obor“**

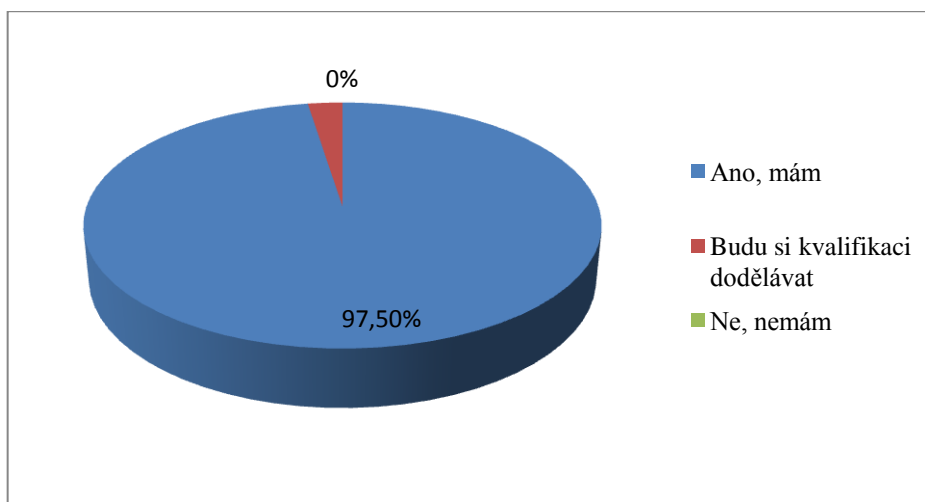
Tyto položky se nevztahují k hypotézám, proto jsem je uvedla v příloze (viz příloha č. 3).

**Položka č. 3 „Máte pro svou práci kvalifikaci nebo si ji teprve budete dodělávat?“**

Tabulka 2: Kvalifikace respondentů

|  | N         | %          |
|--|-----------|------------|
| Ano, mám.  | 78        | 97,50      |
| Ne, nemám.   | 0         | 0          |
| Ne, nemám, ale budu si tuto kvalifikaci dodělávat. | 2         | 2,50       |
| <b>Celkem</b>                                      | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 1: Kvalifikace respondentů



Třetí položka zjišťovala, zda mají respondenti kvalifikaci pro svou profesi. Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) zvolilo 78 respondentů (97,5 %) odpověď ano, mám. Zbylí 2 respondenti (2,5 %) uvedli, že si tuto kvalifikaci budou teprve dodělávat. Odpověď ne, nemám, nezvolil ani jeden respondent.

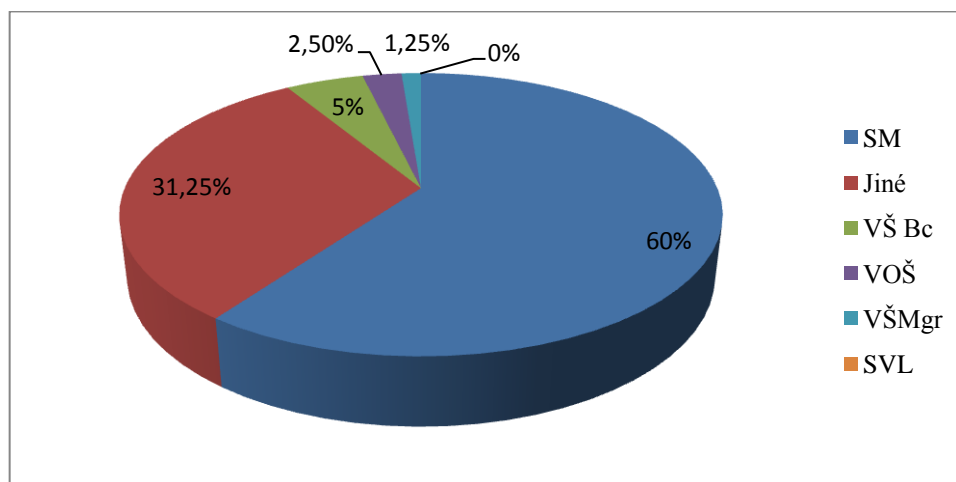
**Závěr** – Téměř všichni respondenti mají pro svou práci kvalifikaci.

**Položka č. 4 - Nejvyšší dokončené vzdělání v oboru/ uveďte typ studia, či specializace:**

Tabulka 3: Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů v oboru, ve kterém pracují

|                                     | N         | %          |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Středoškolské s výučním listem/ SVL | 0         | 0          |
| Středoškolské s maturitou/SM        | 48        | 60         |
| Vyšší odborné/VOŠ                   | 2         | 2,50       |
| Vysokoškolské bakalářské/VŠ Bc      | 4         | 5          |
| Vysokoškolské magisterské/VŠ Mgr    | 1         | 1,25       |
| Jiné                                | 25        | 31,25      |
| <b>Celkem</b>                       | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 2: Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů v oboru, ve kterém pracují



Položkou č. 4 jsem chtěla zjistit, jaké mají respondenti nejvyšší dokončené vzdělání v oboru, ve kterém pracují. Středoškolské s výučním listem neuvedl žádný z respondentů. Středoškolské s maturitou má 48 respondentů (60 %), z toho 14 má střední zdravotnickou školu a 34 absolvovalo střední pedagogickou školu, 2 respondenti (2,50 %) mají vyšší odbornou školu, obor speciální pedagogika, 4 respondenti (5 %) mají bakalářské vzdělání, obor speciální pedagogika, 1 respondent (1,25 %) je magistr v oboru speciální pedagogika. Možnost jiné uvedlo 25 respondentů (31,25 %) – pomaturitní specializační studium - ošetrovatelská péče v psychiatrii.

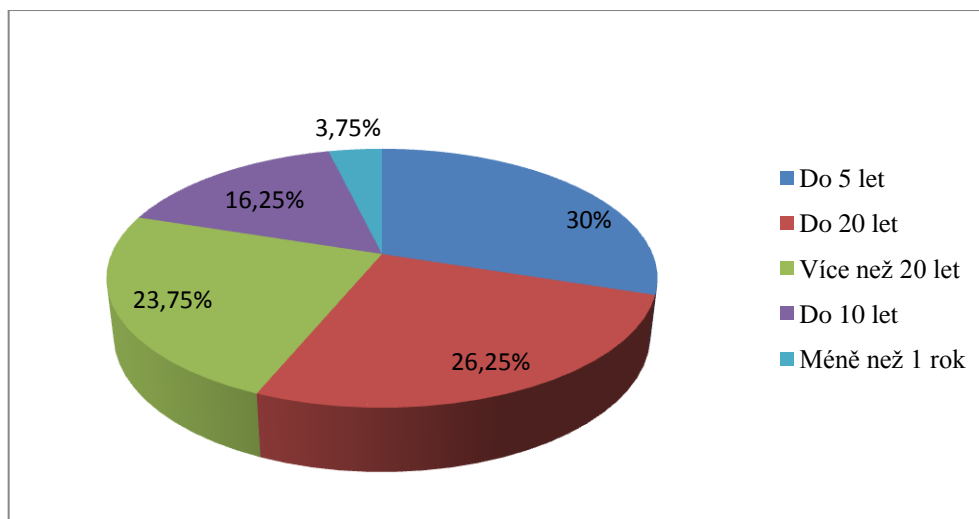
**Závěr** – Většina respondentů má nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské.

**Položka č. 5 - Délka praxe v zařízeních pro handicapované jedince:**

Tabulka 4: Délka praxe respondentů v zařízení pro mentálně handicapované

|                 | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|-----------------|-----------|------------|
| Méně než 1 rok  | 3         | 3,75       |
| Do 5 let        | 24        | 30         |
| Do 10 let       | 13        | 16,25      |
| Do 20 let       | 21        | 26,25      |
| Více než 20 let | 19        | 23,75      |
| <b>Celkem</b>   | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 3: Délka praxe respondentů v zařízení pro mentálně handicapované



Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) pracují v zařízení pro mentálně handicapované 3 respondenti (3,75 %) méně než 1 rok, 24 respondentů (30 %) pracuje v zařízení do 5 let, 13 respondentů (16,25 %) do 10 let, 21 respondentů (26,25 %) do 20 let, 19 respondentů (23,75 %) více než 20 let.

**Závěr** – Respondenti mají pěti či víceletou praxi. Méně než rok pracuje ve svém oboru zanedbatelné množství respondentů.

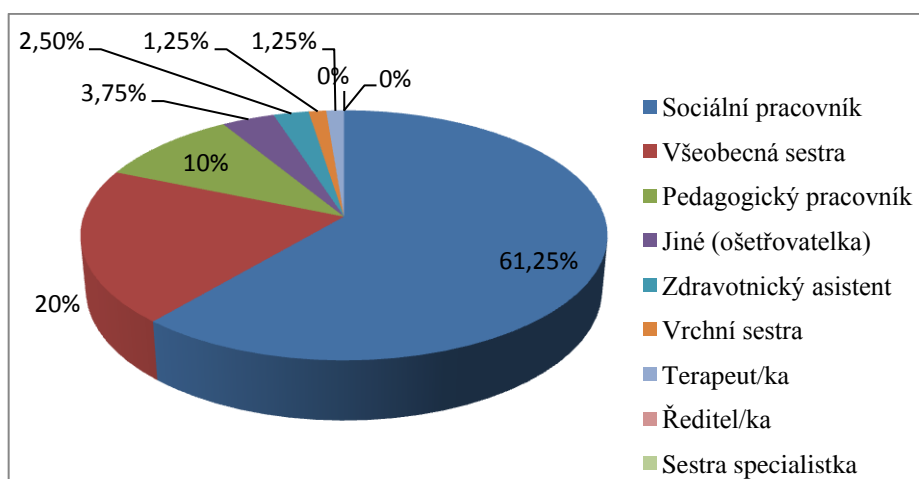


### Položka č. 6 - „Pracovní pozice v současné době v zařízení pro mentálně handicapované klienty:“

Tabulka 5: Pracovní pozice respondenta v zařízení pro mentálně handicapované klienty

|                                | N         | %          |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Ředitel/ka                     | 0         | 0          |
| Zdravotnický asistent          | 2         | 2,50       |
| Všeobecná sestra               | 16        | 20         |
| Sestra specialista             | 0         | 0          |
| Pedagogický pracovník          | 8         | 10         |
| Vrchní sestra                  | 1         | 1,25       |
| Sociální pracovník/pracovnice  | 49        | 61,25      |
| Terapeut/ka (Fyzioterapeut/ka) | 1         | 1,25       |
| Jiné (doplňte) ošetřovatelka   | 3         | 3,75       |
| <b>Celkem</b>                  | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 4: Pracovní pozice respondenta v zařízení pro mentálně handicapované klienty



Šestou položkou jsem zjišťovala pracovní pozici respondentů v zařízení pro mentálně handicapované. Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) nebyl ani jeden respondent ředitel/ka, 2 respondenti (2,50 %) pracují jako zdravotničtí asistenti, 16 respondentů (20 %) pracuje jako všeobecná sestra, jako sestra specialista nepracuje žádný respondent. Dalších 8 respondentů (10 %) pracuje na pozici pedagogického pracovníka, 1 respondent (1,25 %) jako vrchní sestra, Nejčastěji respondenti pracují jako sociální pracovníci, tuto odpověď zvolilo 49 respondentů (61,25 %), 1 respondent (1,25 %) pracuje jako terapeut, 3 respondenti (3,75 %) zvolili možnost jiné, ve které uvedli, že pracují jako ošetřovatelky.

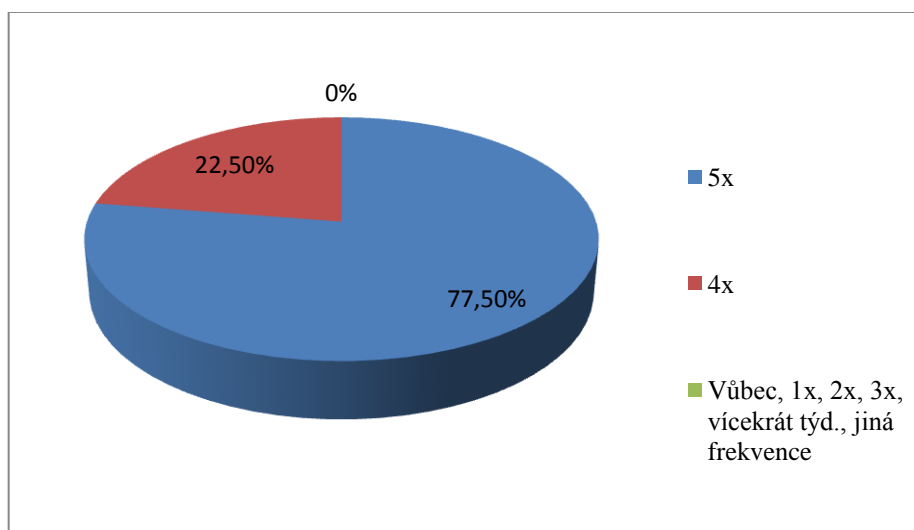
**Závěr** – Nejvíce respondentů pracuje na pozici sociální pracovnice nebo všeobecné sestry.

**Položka č. 7 – Kolikrát v jednom týdnu je využívána ve Vašem zařízení terapeutická metoda arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie?**

Tabulka 6: Využití arteterapie v jednom týdnu

|   | N         | %          |
|---|-----------|------------|
| Vůbec, 1x, 2x, 3x, vícekrát týdně, jiná frekvence | 0         | 0          |
| 4x  | 18        | 22,50      |
| 5x  | 62        | 77,50      |
| <b>Celkem</b>                                     | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 5: Využití arteterapie v jednom týdnu



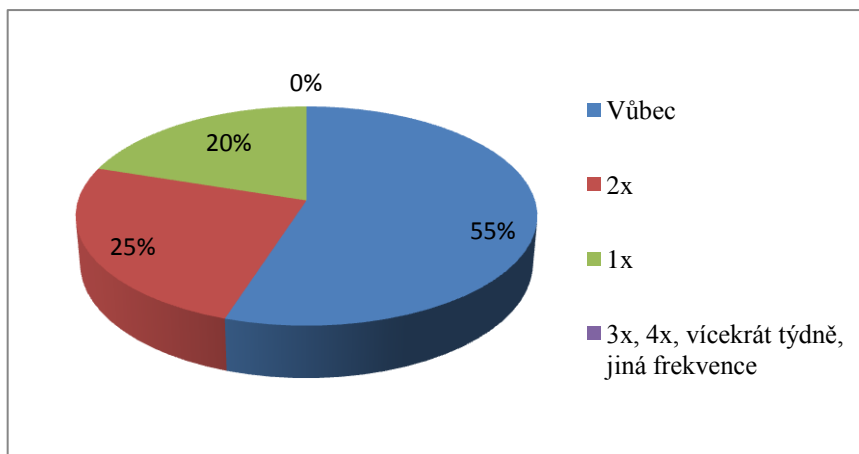
Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) odpovědělo 18 respondentů (22,50 %), že se v jejich zařízení arteterapie provádí 4x týdně, 62 respondentů (77,50 %) 5x týdně. Možnosti vůbec, 1x, 2x, 3x, vícekrát měsíčně a jiná frekvence ne zvolil žádný z respondentů.

**Závěr** – nejčastěji je arteterapie využívána 5x týdně.

Tabulka 7: Využití canisterapie v jednom týdnu

|  | N         | %          |
|--|-----------|------------|
| 3x, 4x, vícekrát týdně, jiná frekvence | 0         | 0          |
| Vůbec                                  | 44        | 55         |
| 1x                                     | 16        | 20         |
| 2x                                     | 20        | 25         |
| <b>Celkem</b>                          | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 6: Využití canisterapie v jednom týdnu



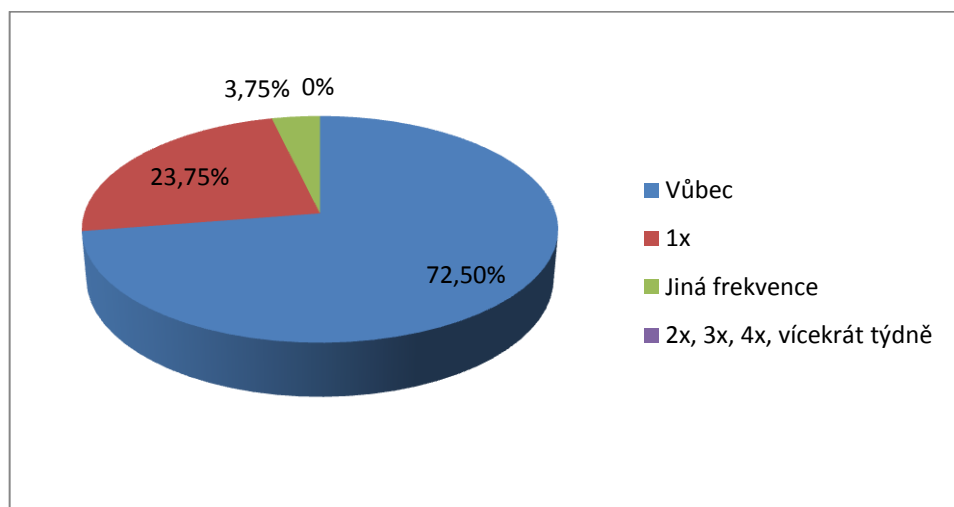
Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) odpovědělo 44 respondentů (55 %), že se u nich canisterapie nevyužívá, 16 respondentů (20 %) využívá canisterapii 1x týdně, 20 respondentů (25 %) 2x týdně. 3x, 4x týdně, vícekrát týdně a možnost jiná frekvence nezvolil žádný respondent.

**Závěr** – nejčastější odpověď byla, že canisterapie se neprovádí vůbec.

Tabulka 8: Využití hipoterapie v jednom týdnu

|                            | N         | %          |
|----------------------------|-----------|------------|
| 2x, 3x, 4x, vícekrát týdně | 0         | 0          |
| Vůbec                      | 58        | 72,50      |
| 1x                         | 19        | 23,75      |
| Jiná frekvence             | 3         | 3,75       |
| <b>Celkem</b>              | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 7: Využití hipoterapie v jednom týdnu



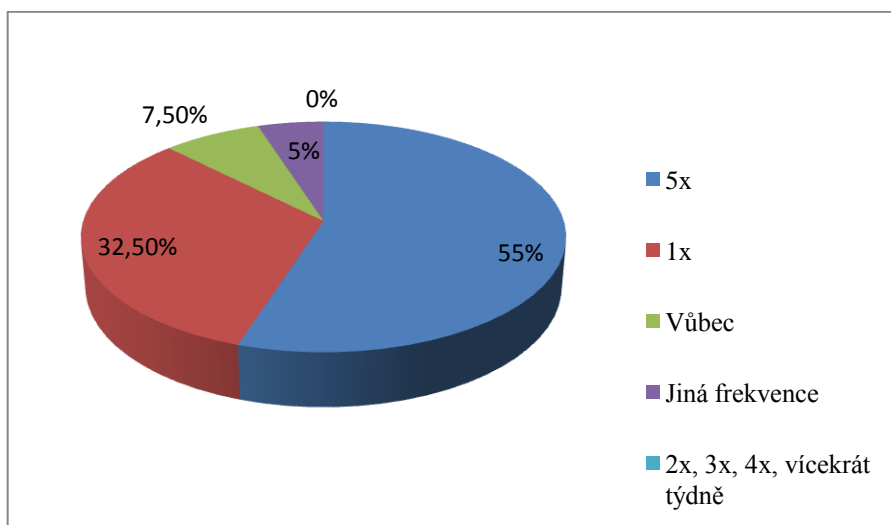
Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) nevyužívá hipoterapii v jejich zařízení 58 respondentů (72,50 %), 1x týdně ji využívá 19 respondentů (23,75 %). Možnost jiná frekvence zvolili 3 respondenti (3,75 %). Zde uvedli, že se v jejich zařízení provádí hipoterapie 1x za dva týdny. Možnost 2x, 3x, 4x a vícekrát měsíčně neuvedl žádný respondent.

**Závěr** – Respondenti nejčastěji odpověděli, že hipoterapie se neprovádí vůbec.

Tabulka 9: Využití muzikoterapie v jednom týdnu

|                            | N         | %          |
|----------------------------|-----------|------------|
| 2x, 3x, 4x, vícekrát týdně | 0         | 0          |
| Vůbec                      | 6         | 7,50       |
| 1x                         | 26        | 32,50      |
| 5x                         | 44        | 55         |
| Jiná frekvence             | 4         | 5          |
| <b>Celkem</b>              | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 8: Využití muzikoterapie v jednom týdnu



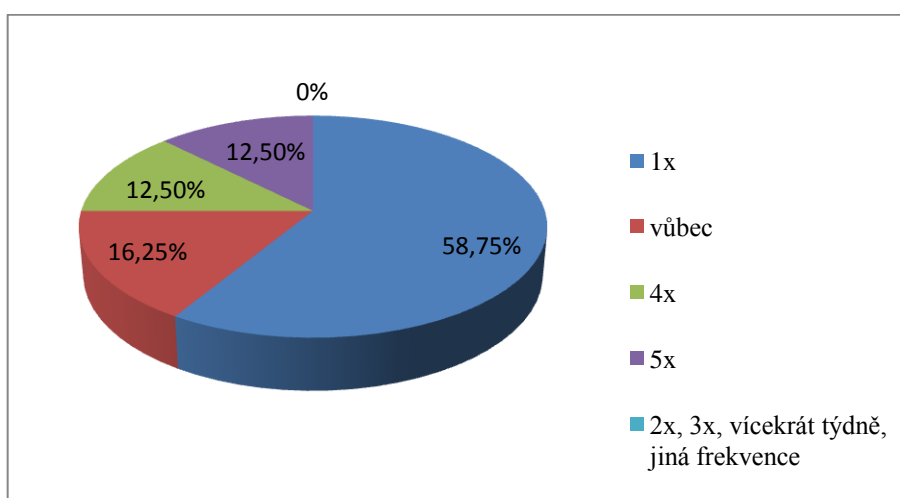
Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (7,50 %), že se v jejich zařízení muzikoterapie nevyužívá. 26 respondentů (32,50 %) zvolilo možnost 1x týdně, 44 respondentů (55 %) 5x týdně. Možnost jiná frekvence zvolili 4 respondenti (5 %), kde uvedli, že muzikoterapii provádí 1x za dva týdny.

**Závěr** – nejčastější frekvence provádění muzikoterapie je 5x týdně.

Tabulka 10: Využití dramaterapie v jednom týdnu

|  | N         | %          |
|--|-----------|------------|
| 2x, 3x, vícekrát týdně, jiná frekvence | 0         | 0          |
| Vůbec                                  | 13        | 16,25      |
| 1x                                     | 47        | 58,75      |
| 4x                                     | 10        | 12,50      |
| 5x                                     | 10        | 12,50      |
| <b>Celkem</b>                          | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 9: Využití dramaterapie v jednom týdnu



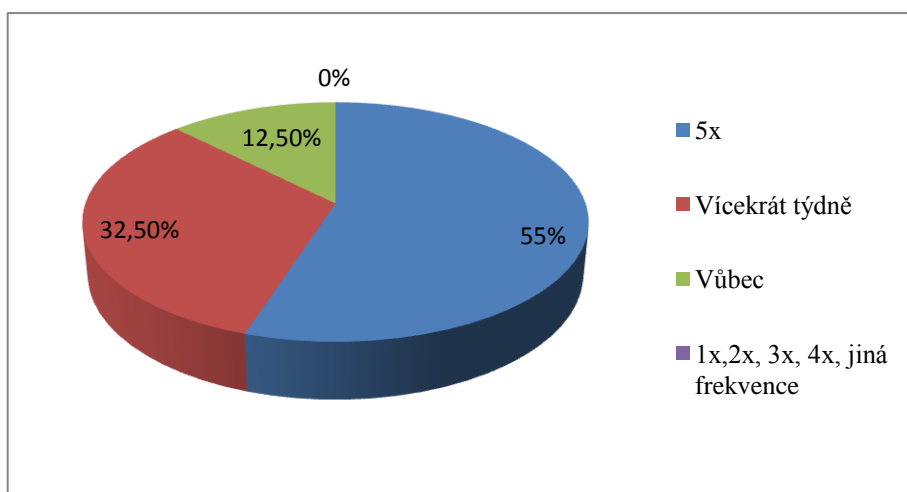
Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) nevyužívá dramaterapii 13 respondentů (16,25 %), 47 respondentů (58,75 %) zvolilo možnost 1x týdně, 10 respondentů (12,50 %) 5x týdně, stejně tak 10 respondentů (12,50 %) zvolilo možnost 4x týdně. Možnost 2x, 3x, vícekrát týdně a jiná frekvence nezvolil žádný respondent.

**Závěr** – nejčastěji se dramaterapie provádí jednou za týden.

Tabulka 11: Využití ergoterapie v jednom týdnu

|                               | N         | %          |
|-------------------------------|-----------|------------|
| 1x,2x, 3x, 4x, jiná frekvence | 0         | 0          |
| Vůbec                         | 10        | 12,50      |
| 5x                            | 44        | 55         |
| Vícekrát týdně                | 26        | 32,50      |
| <b>Celkem</b>                 | <b>80</b> | <b>100</b> |

Graf 10: Využití ergoterapie v jednom týdnu



Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) ergoterapii nevyužívá vůbec 10 respondentů (12,50 %), 44 respondentů (55 %) využívá ergoterapii 5x týdně, vícekrát týdně zvolilo 26 respondentů (32,50 %). Možnost 1x, 2x, 3x, 4x týdně a jiná frekvence nezvolil žádný respondent.

**Závěr** – ergoterapie se nejčastěji provádí 5x týdně.

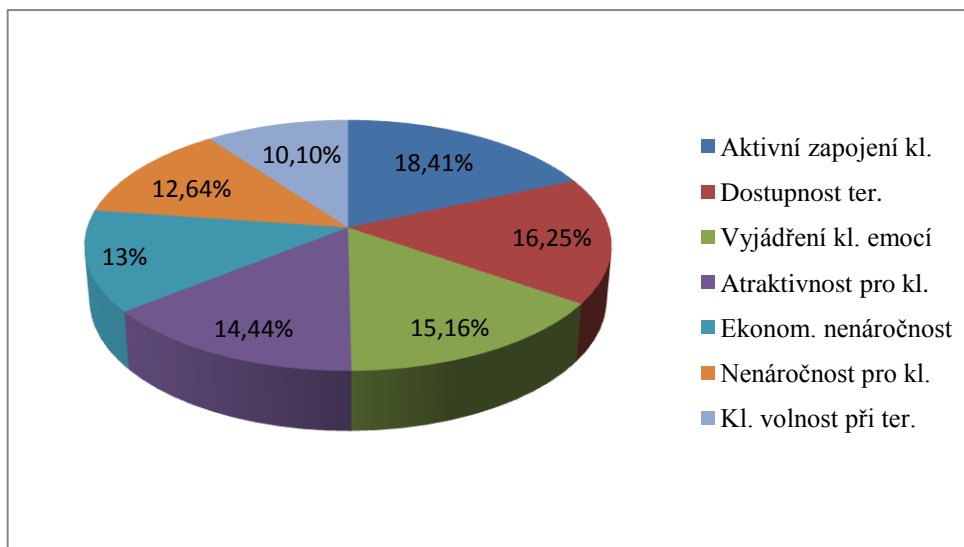
**Položka č. 8 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody arteterapie.**

Položka č. 8 zjišťovala výhody a nevýhody arteterapie. Relativní četnost (N) zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 u nevýhod.

Tabulka 12: Výhody arteterapie

|  | N          | %          |
|--|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost                   | 36         | 13         |
| Snadná dostupnost terapie                | 45         | 16,25      |
| Atraktivnost pro klienty                 | 40         | 14,44      |
| Nenáročnost pro klienty                  | 35         | 12,64      |
| Aktivní zapojení klientů                 | 51         | 18,41      |
| Klientova volnost při vykonávání terapie | 28         | 10,10      |
| Možnost vyjádření klientových emocí      | 42         | 15,16      |
| <b>Celkem</b>                            | <b>277</b> | <b>100</b> |

Graf 11: Výhody arteterapie



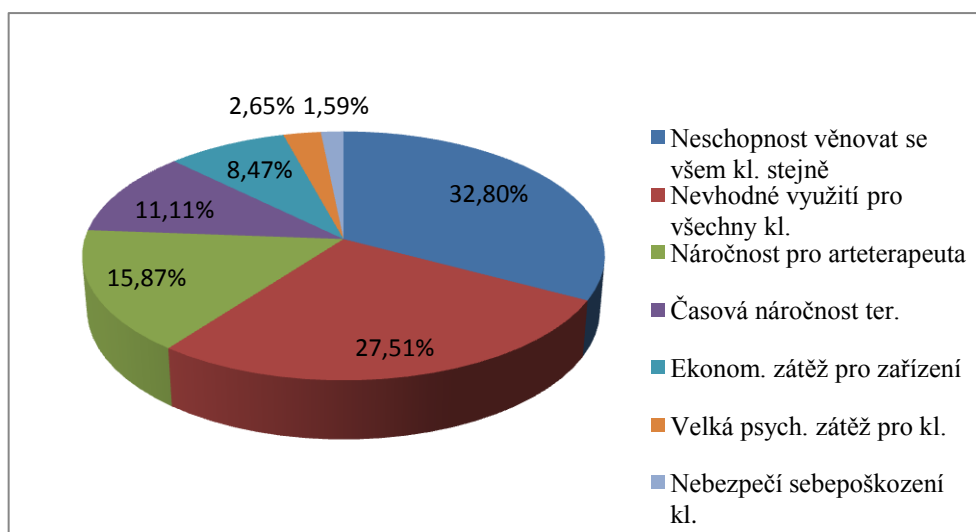
Z celkového počtu 277 odpovědí (100 %) vybralo ekonomickou nenáročnost jako výhodu arteterapie 36 respondentů (13 %), snadnou dostupnost terapie 45 respondentů (16,25 %), atraktivnost pro klienty 40 respondentů (14,44 %), nenáročnost pro klienty 35 respondentů (12,64 %), aktivní zapojení klientů 51 respondentů (18,41 %), klientovu volnost při vykonávání terapie zvolilo 28 respondentů (10,10 %), možnost vyjádření klientových emocí 42 respondentů (15,16 %).

**Závěr** – největší výhody arteterapie jsou snadná dostupnost, atraktivnost pro klienty, jejich aktivní zapojení a možnost vyjádřit prostřednictvím arteterapie emoce.

Tabulka 13: Nevýhody arteterapie

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| Náročnost na přípravu pro arteterapeuta           | 30         | 15,87      |
| Neschopnost věnovat se všem klientům stejně       | 62         | 32,80      |
| Časová náročnost terapie                          | 21         | 11,11      |
| Ekonomická zátěž pro zařízení                     | 16         | 8,47       |
| Nevhodné využití pro všechny klienty              | 52         | 27,51      |
| Nebezpečí sebepoškození pro klienta               | 3          | 1,59       |
| Velká psychická (emoční) zátěž kladená na klienta | 5          | 2,65       |
| <b>Celkem</b>                                     | <b>189</b> | <b>100</b> |

Graf 12: Nevýhody arteterapie



Z celkového počtu 189 odpovědí (100 %) zvolilo jako nevýhodu arteterapie náročnost na přípravu pro arteterapeuta 30 respondentů (15,87 %), neschopnost věnovat se všem klientům stejně 62 respondentů (32,80 %), časovou náročnost terapie 21 respondentů (11,11 %), ekonomickou zátěž pro zařízení 16 respondentů (8,47 %), nevhodné využití pro všechny klienty 52 respondentů (27,51 %), nebezpečí sebepoškození pro klienta 3 respondenti (1,59 %), velkou psychickou (emoční) zátěž kladenou na klienta 5 respondentů (2,65 %).

**Závěr** - největší nevýhodou arteterapie je neschopnost věnovat se všem klientům stejně a nevhodnost pro všechny klienty.

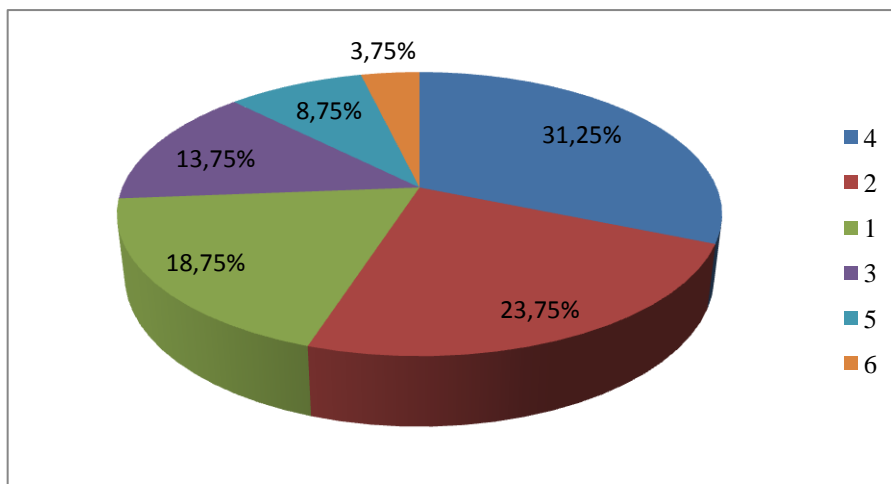
**Položka č. 9 - Jaká je podle Vás ekonomická náročnost arteterapie? Zakroužkujte číslo 1-6, přičemž 1 je nejméně a 6 nejvíce ekonomicky náročná.**

Tabulka 14: Ekonomická náročnost arteterapie

|               | N         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| 1             | 15        | 18,75      |
| 2             | 19        | 23,75      |
| 3             | 11        | 13,75      |
| 4             | 25        | 31,25      |
| 5             | 7         | 8,75       |
| 6             | 3         | 3,75       |
| <b>Celkem</b> | <b>80</b> | <b>100</b> |



Graf 13: Ekonomická náročnost arteterapie



Touto položkou jsem chtěla zjistit míru ekonomické náročnosti arteterapie. Respondenti mohli zvolit pořadí od 1 do 6, přičemž 1 znamenala nejméně ekonomicky náročná a 6 nejvíce ekonomicky náročná. Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) u arteterapie pořadí 1 zvolilo 15 respondentů (18,75 %), pořadí 2 zvolilo 19 respondentů (23,75 %), pořadí 3 vybralo 11 respondentů (13,75 %), pořadí 4 zvolilo 25 respondentů (31,25 %), pořadí 5 zvolilo 7 respondentů (8,75 %), pořadí 6 vybrali 3 respondenti (3,75 %).

**Závěr** – nejčastěji bylo zvoleno pořadí 1, 2, 4 což značí malou až středně těžkou ekonomickou zátěž.

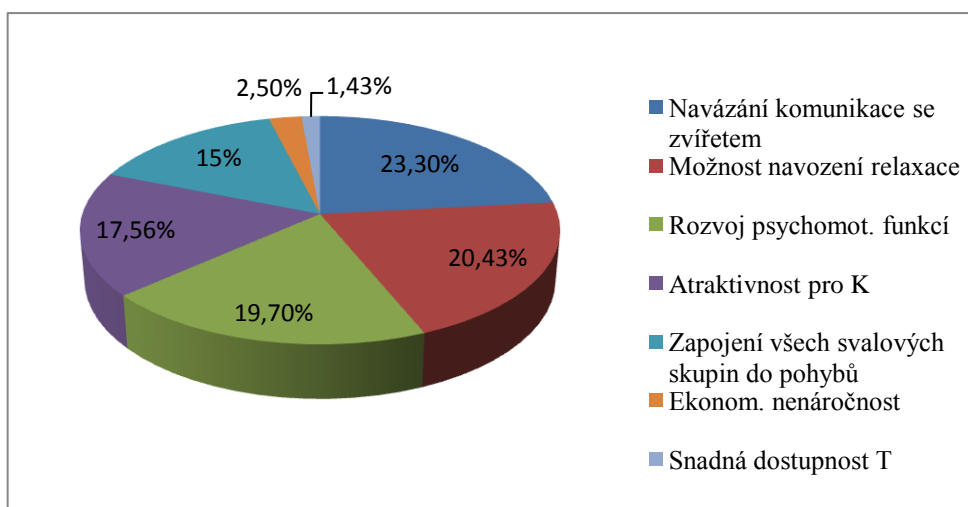
**Položka č. 10 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody canisterapie.**

Tato položka zjišťovala výhody a nevýhody canisterapie. Relativní četnost (N) zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 u nevýhod.

Tabulka 15: Výhody canisterapie

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost                    | 7          | 2,50       |
| Snadná dostupnost terapie                 | 4          | 1,43       |
| Atraktivnost pro klienty                  | 49         | 17,56      |
| Možnost navození relaxace                 | 57         | 20,43      |
| Navázání komunikace se zvířetem           | 65         | 23,30      |
| Rozvoj psychomotorických funkcí           | 55         | 19,70      |
| Zapojení všech svalových skupin do pohybů | 42         | 15         |
| <b>Celkem</b>                             | <b>279</b> | <b>100</b> |

Graf 14: Výhody canisterapie



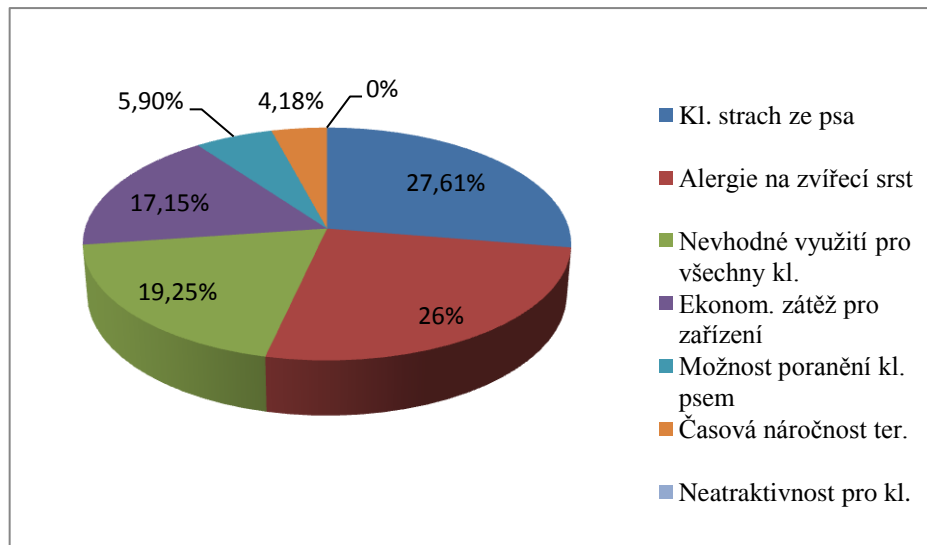
Z celkového počtu 279 odpovědí (100 %) zvolilo ekonomickou nenáročnost 7 respondentů (2,50 %), snadnou dostupnost terapie 4 respondenti (1,43 %), atraktivnost pro klienty zvolilo 49 respondentů (17,56 %), možnost navození relaxace 57 respondentů (20,43 %), navázání komunikace se zvířetem 65 respondentů (23,30 %), rozvoj psychomotorických funkcí 55 respondentů (19,70 %), zapojení všech svalových skupin do pohybů 42 respondentů (15 %).

**Závěr** – největší výhody canisterapie jsou navázání komunikace se zvířetem, možnost navození relaxace a rozvoj psychomotorických funkcí u klienta.

Tabulka 16: Nevýhody canisterapie

|                                      | N          | %          |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Alergická reakce na zvířecí srst     | 62         | 26         |
| Ekonomická zátěž pro zařízení        | 41         | 17,15      |
| Časová náročnost terapie             | 10         | 4,18       |
| Klientův strach ze psa               | 66         | 27,61      |
| Nevhodné využití pro všechny klienty | 46         | 19,25      |
| Neatraktivnost pro klienty           | 0          | 0          |
| Možnost poranění klienta psem        | 14         | 5,90       |
| <b>Celkem</b>                        | <b>239</b> | <b>100</b> |

Graf 15: Nevýhody canisterapie



Z celkového počtu 239 odpovědí (100 %) zvolilo jako nevýhodu alergickou reakci na zvířecí srst 62 respondentů (26 %), ekonomickou zátěž pro zařízení 41 respondentů (17,15 %), časovou náročnost terapie 10 respondentů (4,18 %), klientův strach ze psa zvolilo 66 respondentů (27,61 %), nevhodné využití pro všechny klienty 46 respondentů (19,25 %), neatraktivnost pro klienty nezvolil žádný respondent, možnost poranění klienta psem 14 respondentů (5,90 %).

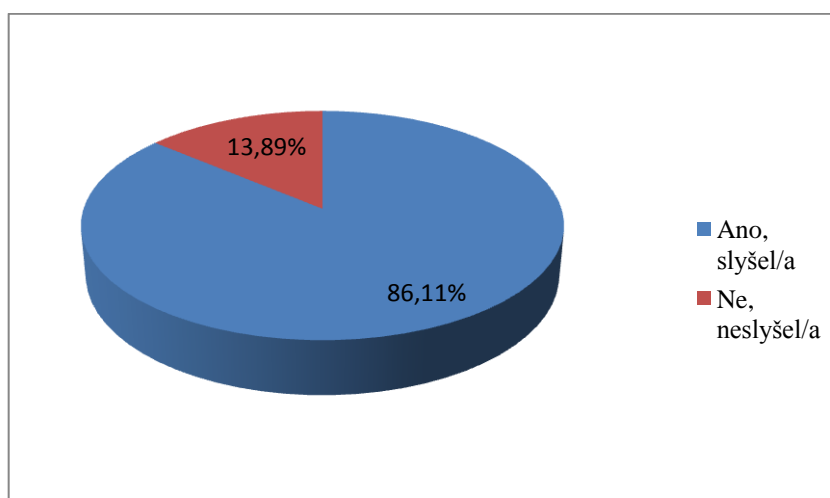
**Závěr** – nejzásadnějšími nevýhodami canisterapie jsou klientův strach ze psa a jeho možná alergie na zvířecí srst.

**Položka č. 11 - Slyšel/a jste někdy o výsledcích, které canisterapie u mentálně handicapovaných měla?**

Tabulka 17: Setkání respondentů s účinky canisterapie

|               | N         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| Ano, slyšela  | 31        | 86,11      |
| Ne, neslyšela | 5         | 13,89      |
| <b>Celkem</b> | <b>36</b> | <b>100</b> |

Graf 16: Setkání respondentů s účinky canisterapie



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se canisterapie provádí.

Z celkového počtu 36 respondentů (100 %) slyšelo o účincích canisterapie 31 respondentů (86,11 %). Z toho 14 respondentů ví o účincích canisterapie z médií, 2 respondenti ze školení, 11 respondentů ze zařízení, ve kterém pracují, a 4 respondenti z literatury. Pouze 5 respondentů (13,89 %) o účincích canisterapie neslyšelo.

**Závěr** – téměř všichni respondenti slyšeli o pozitivních výsledcích canisterapie.

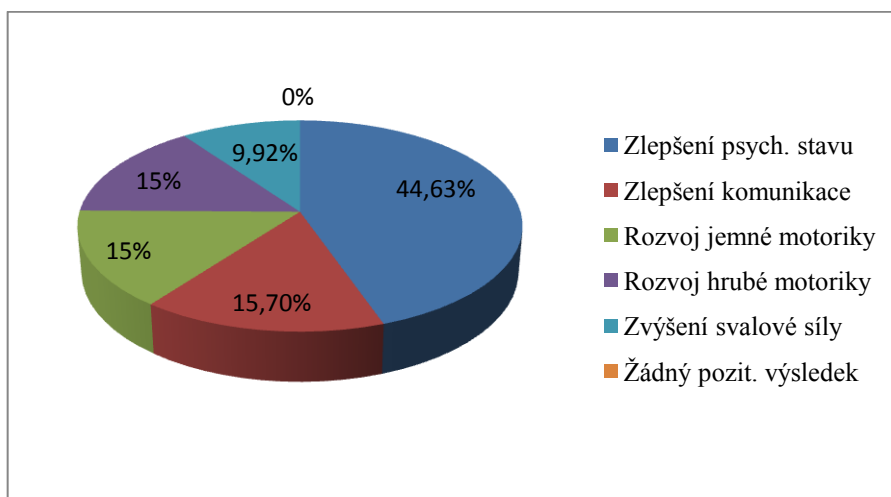
**Položka č. 12 Jaké jste slyšel/a, že měla canisterapie výsledky?**

Tato položka zjišťovala, s jakými pozitivními a negativními výsledky canisterapie se respondenti setkali. N zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u pozitivních výsledků a 4 možnosti u negativních výsledků.

Tabulka 18: Pozitivní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli

|                            | N          | %          |
|----------------------------|------------|------------|
| Rozvoj jemné motoriky      | 18         | 15         |
| Rozvoj hrubé motoriky      | 18         | 15         |
| Zvýšení svalové síly       | 12         | 9,92       |
| Zlepšení komunikace        | 19         | 15,70      |
| Zlepšení psychického stavu | 54         | 44,63      |
| Žádný pozitivní výsledek   | 0          | 0          |
| <b>Celkem</b>              | <b>121</b> | <b>100</b> |

Graf 17: Pozitivní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli



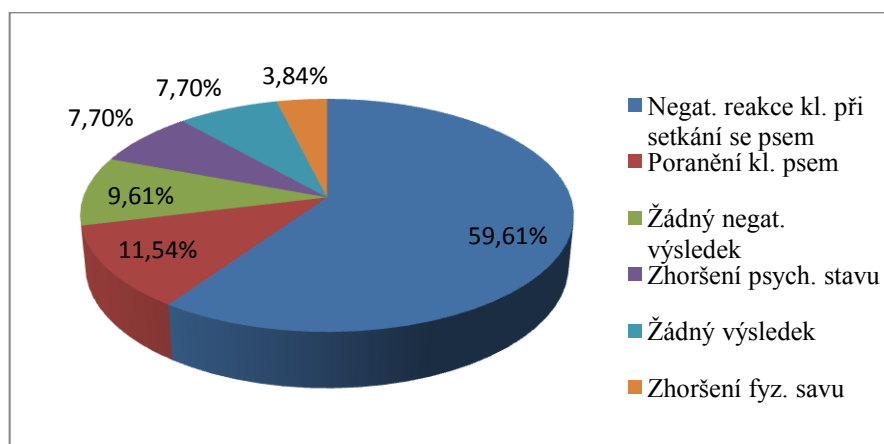
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se canisterapie provádí, a kteří slyšeli o účincích canisterapie. Z celkového počtu 121 odpovědí se 18 respondentů (15 %) setkali s rozvojem jemné motoriky, stejný počet respondentů se setkal s rozvojem hrubé motoriky, 12 respondentů (9,92 %) zaznamenalo u klientů zvýšení svalové síly, 19 respondentů (15,70 %) zlepšení komunikace, 54 respondentů (44,63 %) zlepšení psychického stavu. Ani jeden z respondentů neodpověděl, že by žádný pozitivní výsledek nepřišel.

**Závěr** – nejčastější pozitivní výsledek canisterapie je zlepšení klientova psychického stavu.

Tabulka 19: Negativní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli

|  | N         | %          |
|--|-----------|------------|
| Zhoršení psychického stavu                     | 4         | 7,70       |
| Zhoršení fyzického stavu                       | 2         | 3,84       |
| Negativní reakce klienta při setkání se psem   | 31        | 59,61      |
| Poranění klienta psem a následný strach ze psů | 6         | 11,54      |
| Žádný výsledek se nedostavil                   | 4         | 7,70       |
| Žádný negativní výsledek                       | 5         | 9,61       |
| <b>Celkem</b>                                  | <b>52</b> | <b>100</b> |

Graf 18: Negativní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli



U negativních výsledků canisterapie s celkového počtu 52 odpovědí (100 %) zvolili 4 respondenti (7,70 %) zhoršení psychického stavu, 2 respondenti (3,84 %) zhoršení fyzického stavu, 31 respondentů (59,61 %) zaznamenalo negativní reakci klienta při setkání se psem, 6 respondentů (11,54 %) zažilo případ, kdy canisterapeutický pes poranil klienta, 4 respondenti (7,70 %) nezaznamenali žádný výsledek canisterapie u klienta a 5 respondentů (9,61 %) se z žádným negativním výsledkem nesešlo.

**Závěr** – nejčastější negativní výsledek canisterapie je negativní reakce klienta při setkání se psem.

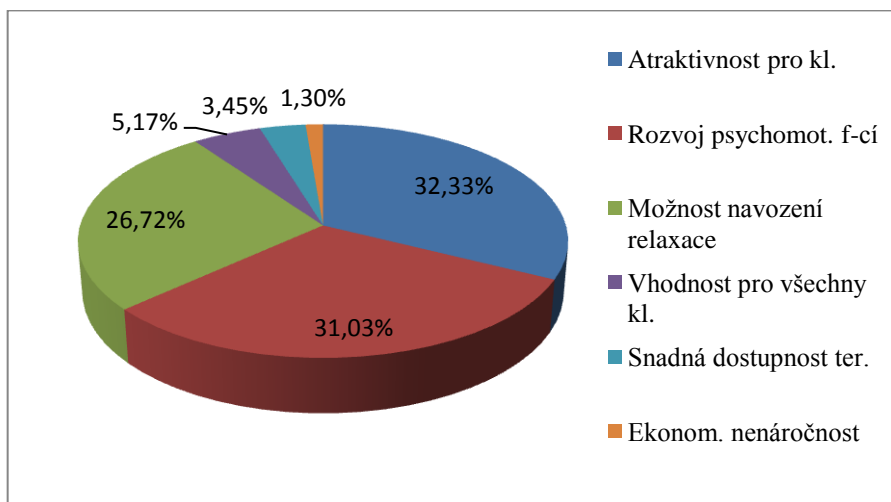
**Položka č. 13 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* hipoterapie.**

Položka číslo 13 zjišťovala výhody a nevýhody hipoterapie. N zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 možnosti u nevýhod.

Tabulka 20: Výhody hipoterapie

|                                 | N          | %          |
|---------------------------------|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost          | 3          | 1,30       |
| Snadná dostupnost terapie       | 8          | 3,45       |
| Atraktivnost pro klienty        | 75         | 32,33      |
| Rozvoj psychomotorických funkcí | 72         | 31,03      |
| Možnost navození relaxace       | 62         | 26,72      |
| Vhodnost pro všechny klienty    | 12         | 5,17       |
| <b>Celkem</b>                   | <b>232</b> | <b>100</b> |

Graf 19: Výhody hipoterapie



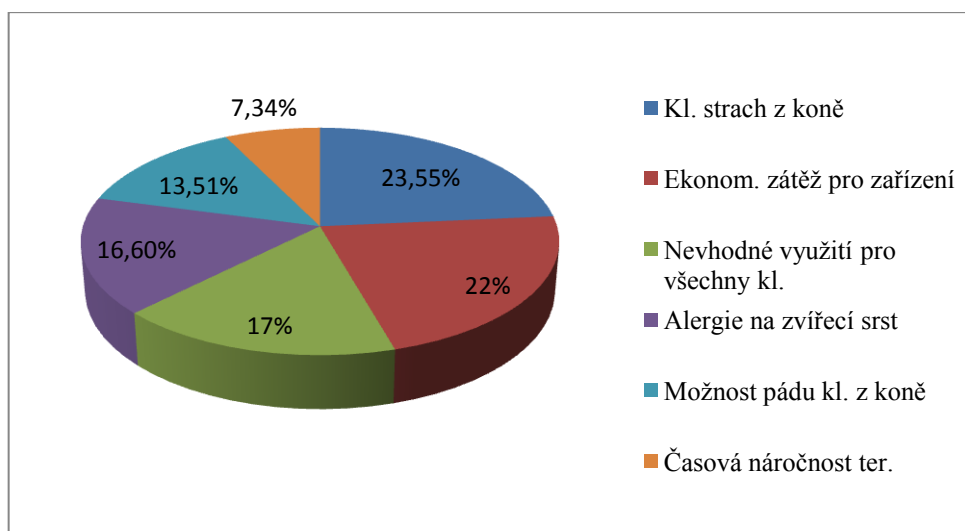
Z celkového počtu 232 odpovědí (100 %) zvolili ekonomickou nenáročnost 3 respondenti (1,30 %), snadnou dostupnost terapie zvolilo 8 respondentů (3,45 %), atraktivnost pro klienty 75 respondentů (32,33 %), rozvoj psychomotorických funkcí 72 respondentů (31,03 %), možnost navození relaxace 62 respondentů (26,72 %), vhodnost pro všechny klienty 12 respondentů (5,17 %).

**Závěr** – největšími výhodami hipoterapie jsou atraktivnost pro klienty, rozvoj psychomotorických funkcí a možnost navození relaxace.

Tabulka 21: Nevýhody hipoterapie

|                                      | N          | %          |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Alergická reakce na zvířecí srst     | 43         | 16,60      |
| Ekonomická zátěž pro zařízení        | 57         | 22         |
| Časová náročnost terapie             | 19         | 7,34       |
| Nevhodné využití pro všechny klienty | 44         | 17         |
| Klientův strach z koně               | 61         | 23,55      |
| Možnost pádu klienta z koně          | 35         | 13,51      |
| <b>Celkem</b>                        | <b>259</b> | <b>100</b> |

Graf 20: Nevýhody hipoterapie



U nevýhod hipoterapie byl celkový počet odpovědí 259 (100 %). Alergii na zvířecí srst zvolilo 43 respondentů (16,60 %), ekonomickou zátěž pro zařízení 57 respondentů (22 %), časovou náročnost terapie 19 respondentů (7,34 %), nevhodné využití pro všechny klienty 44 respondentů (17 %), klientův strach z koně 61 respondentů (23,55 %) a možnost pádu klienta z koně 35 respondentů (13,51 %).

**Závěr** – největší nevýhody hipoterapie jsou klientův strach z koně a ekonomická zátěž pro zařízení.

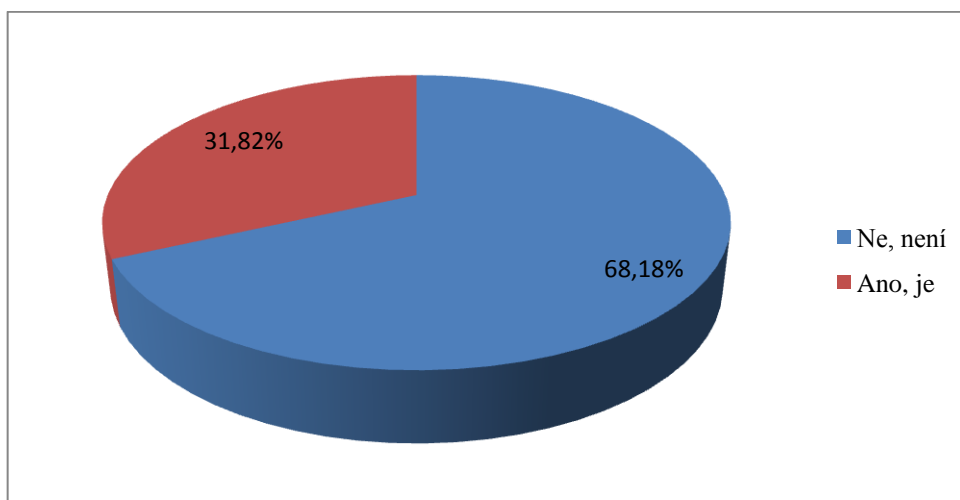


**Položka č. 14 - Je v blízkosti Vašeho zařízení hipoterapeutické centrum nebo jiné místo, kde se hipoterapie provádí?**

Tabulka 22: Blízkost hipoterapeutického centra u respondentova zařízení

|               | N         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| Ano, je       | 7         | 31,82      |
| Ne, není      | 15        | 68,18      |
| <b>Celkem</b> | <b>22</b> | <b>100</b> |

Graf 21: Blízkost hipoterapeutického centra u respondentova zařízení



Na tuto položku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se hipoterapie provádí. Z celkového počtu 22 respondentů (100 %) 7 respondentů (31,82 %) zvolilo, že hipoterapeutické centrum se nachází poblíž zařízení, 15 respondentů (68,18 %) nemá poblíž jejich zařízení hipoterapeutické centrum.

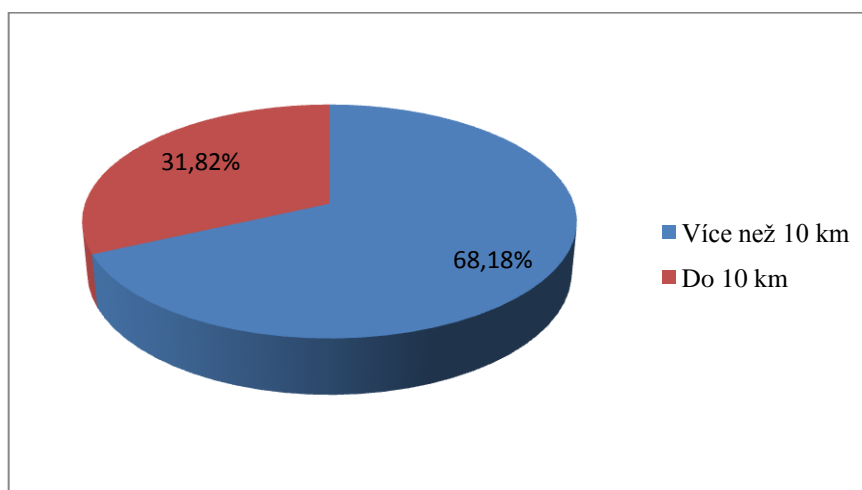
**Závěr** – většina hipoterapeutických center nebo míst, kde se hipoterapie provádí, není v blízkosti zařízení pro mentálně handicapované.

**Položka č. 15 - Jak je hipoterapeutické centrum vzdáleno?**

Tabulka 23: Vzdálenost hipoterapeutického centra od respondentova zařízení

|                | N         | %          |
|----------------|-----------|------------|
| Do 10 km       | 7         | 31,82      |
| Více než 10 km | 15        | 68,18      |
| <b>Celkem</b>  | <b>22</b> | <b>100</b> |

Graf 22: Vzdálenost hipoterapeutického centra od respondentova zařízení



Na položku č. 15 odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se hipoterapie provádí. Z celkového počtu 22 respondentů (100 %) 7 respondentů (31,82 %) zvolilo, že hipoterapeutické centrum je od zařízení, kde pracují, vzdáleno do 10 km. Druhou možnost, tedy že hipoterapeutické centrum je vzdáleno více než 10 km od zařízení, zvolilo 15 respondentů (68,18 %).

**Závěr** – většina hipoterapeutických center nebo míst, kde se hipoterapie provádí, je od zařízení pro mentálně handicapované vzdáleno přes 10 kilometrů.

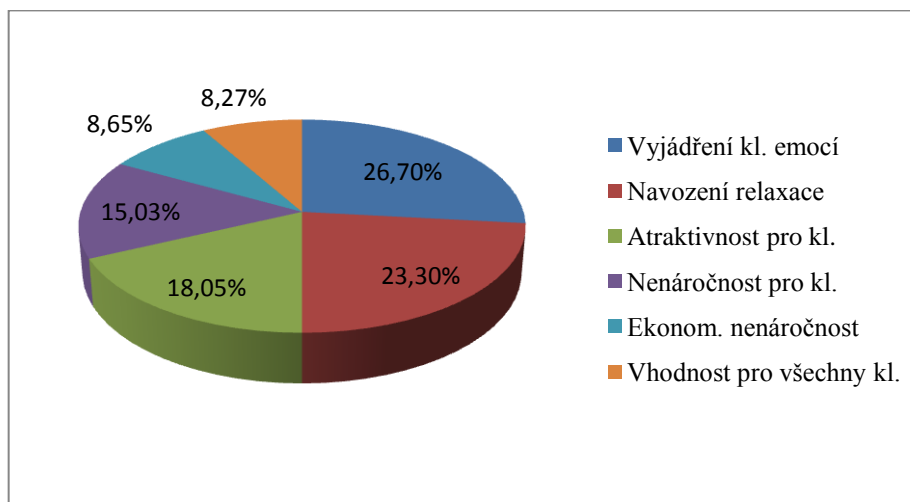
**Položka č. 16 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* muzikoterapie.**

Položka č. 16 zjišťovala výhody a nevýhody muzikoterapie. N zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 možnosti u nevýhod terapie.

Tabulka 24: Výhody muzikoterapie

|                                     | N          | %          |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost              | 23         | 8,65       |
| Atraktivnost pro klienty            | 48         | 18,05      |
| Nenáročnost pro klienty             | 40         | 15,03      |
| Možnost navození relaxace           | 62         | 23,30      |
| Možnost vyjádření klientových emocí | 71         | 26,70      |
| Vhodnost pro všechny klienty        | 22         | 8,27       |
| <b>Celkem</b>                       | <b>266</b> | <b>100</b> |

Graf 23: Výhody muzikoterapie



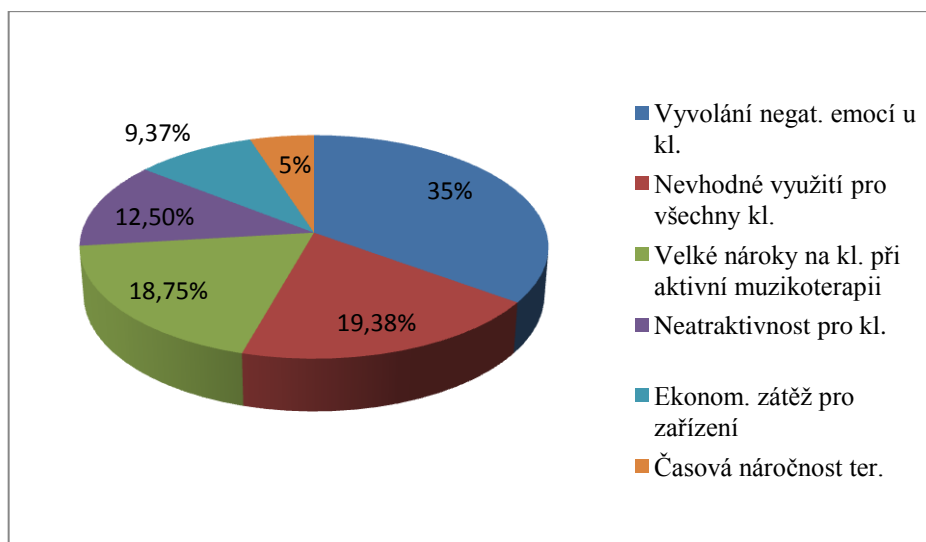
Z celkového počtu 266 odpovědí (100 %) jako výhodu muzikoterapie zvolilo ekonomickou nenáročnost 23 respondentů (8,65 %), atraktivnost pro klienty 48 respondentů (18,05 %), nenáročnost pro klienty 40 respondentů (15,03 %), možnost navození relaxace 62 respondentů (23,30 %), možnost vyjádření klientových emocí 71 respondentů (26,70 %), vhodnost pro všechny klienty 22 respondentů (8,27 %).

**Závěr** – jako největší výhody muzikoterapie respondenti zvolili možnost vyjádření klientových emocí a možnost navození relaxace.

Tabulka 25: Nevýhody muzikoterapie

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| Možnost vyvolání negativních emocí u klienta      | 56         | 35         |
| Neatraktivnost pro klienty                        | 20         | 12,5       |
| Časová náročnost terapie                          | 8          | 5          |
| Nevhodné využití pro všechny klienty              | 31         | 19,38      |
| Ekonomická zátěž pro zařízení                     | 15         | 9,37       |
| Velké nároky na klienta při aktivní muzikoterapii | 30         | 18,75      |
| <b>Celkem</b>                                     | <b>160</b> | <b>100</b> |

Graf 24: Nevýhody muzikoterapie



Z celkového počtu 160 odpovědí (100 %) uvedlo možnost vyvolání negativních emocí u klienta 56 respondentů (35 %) jako nevýhodu muzikoterapie, 20 respondentů (12,50 %) uvedlo neatraktivnost pro klienty, 8 respondentů (5 %) časovou náročnost terapie, 31 respondentů (19,38 %) nevhodné využití pro všechny klienty, 15 respondentů (9,37 %) ekonomickou zátěž pro zařízení a velké nároky na klienta při aktivní muzikoterapii uvedlo 30 respondentů (18,75 %).

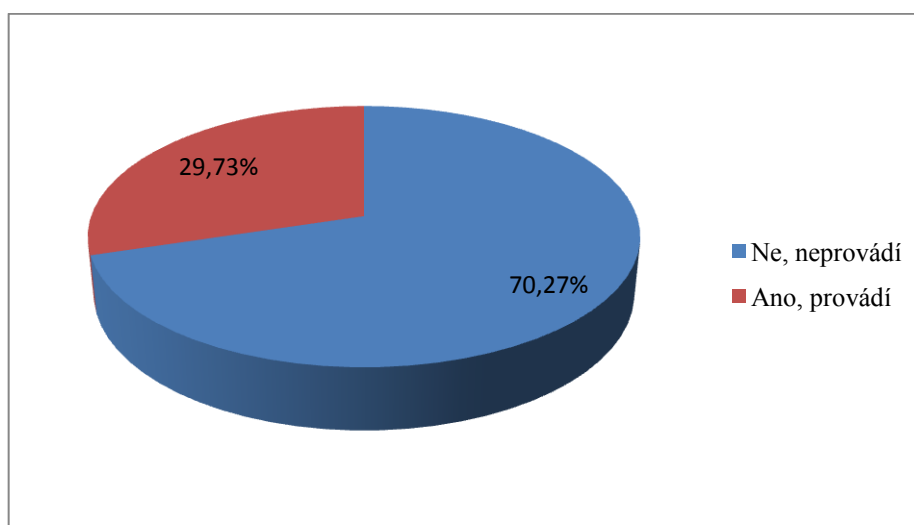
**Závěr** – největší nevýhodou muzikoterapie je možnost vyvolání negativních emocí u klienta.

**Položka č. 17 - Provádí se receptivní (pasivní) muzikoterapie ve Vašem zařízení u všech klientů?**

Tabulka 26: Využití receptivní muzikoterapie v respondentově zařízení u všech klientů

|               | N         | %          |
|---------------|-----------|------------|
| Ano, provádí  | 22        | 29,73      |
| Ne, neprovádí | 52        | 70,27      |
| <b>Celkem</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |

Graf 25: Využití receptivní muzikoterapie v respondentově zařízení u všech klientů



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se muzikoterapie provádí. Z celkového počtu 74 respondentů (100 %) 22 respondentů (29,73 %) uvedlo, že se v jejich zařízení pasivní muzikoterapie provádí u všech klientů, 52 respondentů (70,72 %) odpovědělo záporně.

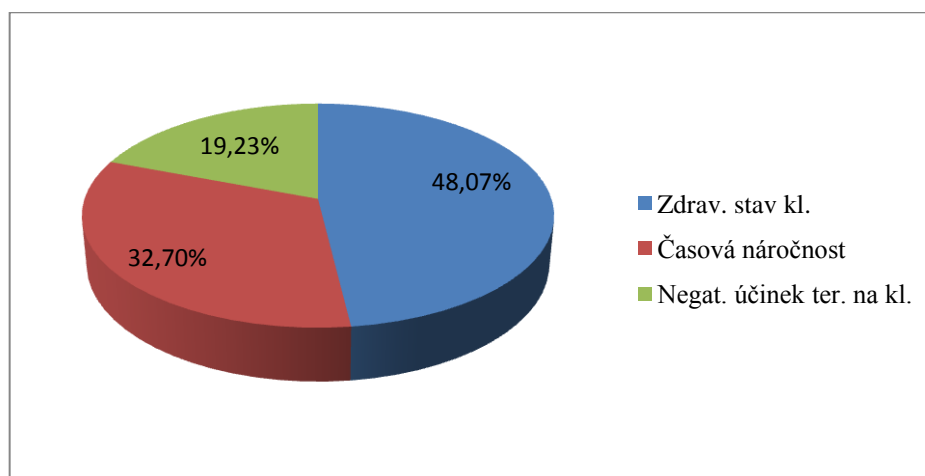
**Závěr** – ve většině případů se pasivní muzikoterapie u všech klientů neprovádí.

**Položka č. 18 - Receptivní (pasivní) muzikoterapii u některých klientů neprovádíme z důvodu:**

Tabulka 27: Důvod nevyužívání receptivní muzikoterapie u všech klientů v respondentově zařízení

|   | N         | %          |
|---|-----------|------------|
| Časová náročnost                          | 17        | 32,70      |
| Zdravotní stav klienta                    | 25        | 48,07      |
| Negativní účinek muzikoterapie na klienta | 10        | 19,23      |
| <b>Celkem</b>                             | <b>52</b> | <b>100</b> |

Graf 26: Důvod nevyužívání receptivní muzikoterapie u všech klientů v respondentově zařízení



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předešlé otázce uvedli, že se pasivní muzikoterapie neprovádí u všech klientů. Z celkového počtu 52 respondentů (100 %) uvedlo jako důvod časovou náročnost 17 respondentů (30,90 %), zdravotní stav klienta 25 respondentů (50,90 %), negativní účinek muzikoterapie na klienta uvedlo 10 respondentů (18,20 %).

**Závěr** – nejčastěji se pasivní muzikoterapie neprovádí u všech klientů z důvodu zdravotního stavu klienta.

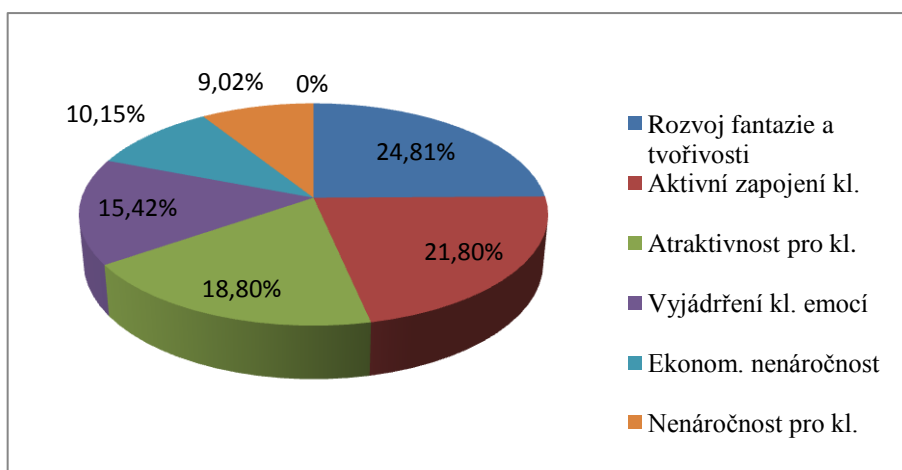
#### **Položka č. 19 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody dramaterapie.**

Položka č. 19 zjišťovala výhody a nevýhody muzikoterapie. N zde tvoří počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 možnosti u nevýhod.

Tabulka 28: Výhody dramaterapie

|                                     | N          | %          |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost              | 27         | 10,15      |
| Aktivní zapojení klientů            | 58         | 21,80      |
| Atraktivnost pro klienty            | 50         | 18,80      |
| Nenáročnost pro klienty             | 24         | 9,02       |
| Rozvoj fantazie a tvořivosti        | 66         | 24,81      |
| Možnost vyjádření klientových emocí | 41         | 15,42      |
| Vhodnost pro všechny klienty        | 0          | 0          |
| <b>Celkem</b>                       | <b>266</b> | <b>100</b> |

Graf 27: Výhody dramaterapie



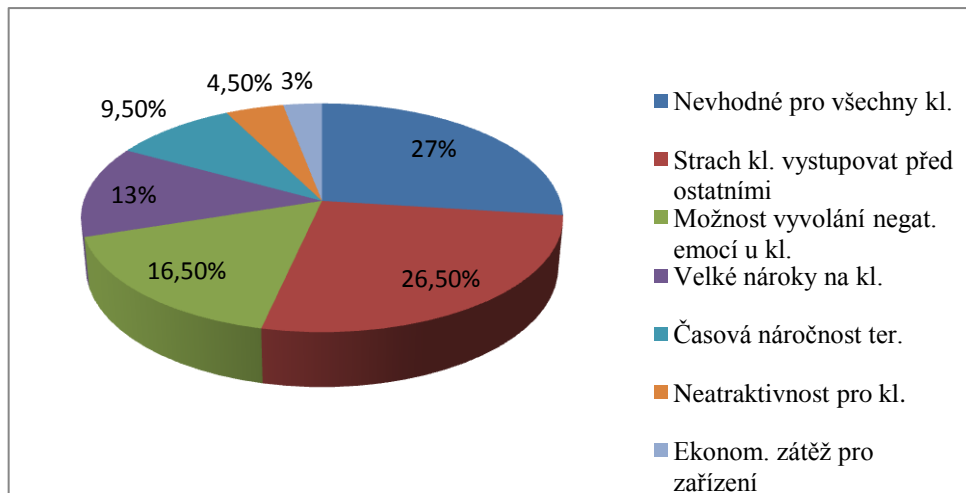
Z celkového počtu 266 odpovědí (100 %) uvedlo ekonomickou nenáročnost 27 respondentů (10,15 %), aktivní zapojení klientů 58 respondentů (21,80 %), atraktivnost pro klienty 50 respondentů (18,80 %), nenáročnost pro klienty 24 respondentů (9,02 %), rozvoj fantazie a tvořivosti 66 respondentů (24,81 %), možnost vyjádření klientových emocí 41 respondentů (15,42 %). Vhodnost pro všechny klienty ne zvolil žádný respondent.

**Závěr** – jako největší výhody dramaterapie respondenti uvádí rozvoj fantazie a tvořivosti, aktivní zapojení klientů a atraktivnost pro klienty.

Tabulka 29: Nevýhody dramaterapie

|  | N          | %          |
|--|------------|------------|
| Možnost vyvolání negativních emocí u klienta | 33         | 16,50      |
| Neatraktivnost pro klienty                   | 9          | 4,50       |
| Časová náročnost terapie                     | 19         | 9,50       |
| Nevhodné využití pro všechny klienty         | 54         | 27         |
| Strach klientů vystupovat před ostatními     | 53         | 26,50      |
| Ekonomická zátěž pro zařízení                | 6          | 3          |
| Velké nároky na klienta                      | 26         | 13         |
| <b>Celkem</b>                                | <b>200</b> | <b>100</b> |

Graf 28: Nevýhody dramaterapie



Z celkového počtu 200 odpovědí (100 %) 33 respondentů (16,50 %) zvolilo možnost vyvolání negativních emocí u klienta, neatraktivnost pro klienty vybralo 9 respondentů (4,50 %), časovou náročnost terapie 9 respondentů (9,50 %), nevhodné využití pro všechny klienty 54 respondentů (27 %), strach klientů vystupovat před ostatními 53 respondentů (26,50 %), ekonomickou zátěž pro zařízení 6 respondentů (3 %), velké nároky na klienta 26 respondentů (13 %).

**Závěr** – největší nevýhody dramaterapie jsou nevhodné využití pro všechny klienty a klientův strach vystupovat před ostatními.

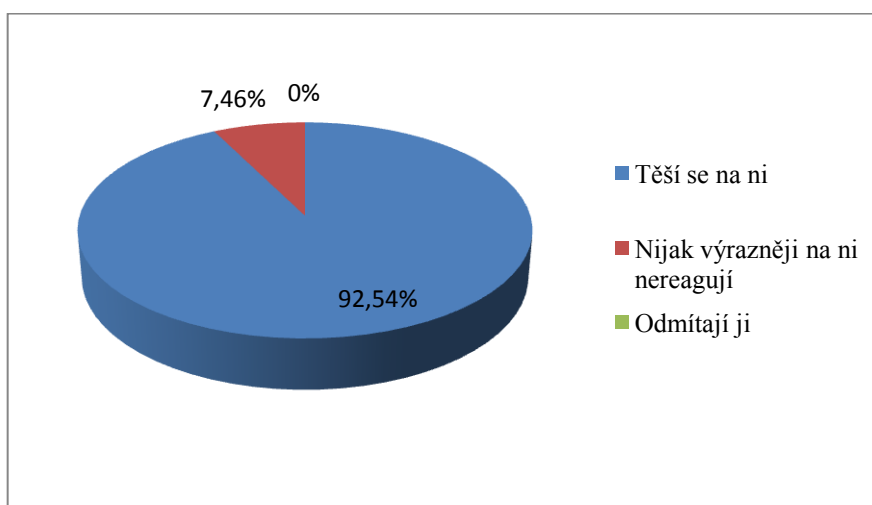


**Položka č. 20 - Jak Vaši klienti na dramaterapii reagují?**

Tabulka 30: Reakce klientů na dramaterapii v respondentově zařízení

|                                 | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Těší se na ni                   | 62        | 92,54      |
| Nijak výrazněji na ni nereagují | 5         | 7,46       |
| Odmítají ji                     | 0         | 0          |
| <b>Celkem</b>                   | <b>67</b> | <b>100</b> |

Graf 29: Reakce klientů na dramaterapii v respondentově zařízení



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se dramaterapie využívá. Z celkového počtu 67 respondentů (100 %) uvedlo 62 respondentů (92,54 %), že se klienti na dramaterapii těší, 5 respondentů (7,46 %) uvedlo, že jejich klienti na dramaterapii nijak zvlášť nereagují. Žádný respondent se nesetkal s odmítnutím dramaterapie klientem.

**Závěr** – téměř ve všech případech se klienti na dramaterapii těší.

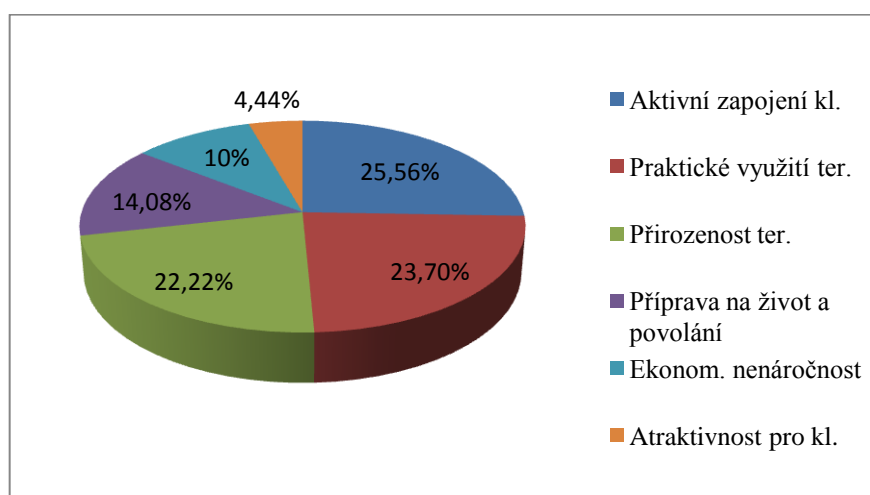
**Položka č. 21 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* ergoterapie.**

U této položky tvoří N počet odpovědí. Respondenti mohli zvolit maximálně 4 možnosti u výhod a 4 možnosti u nevýhod.

Tabulka 31: Výhody ergoterapie

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| Ekonomická nenáročnost                                  | 27         | 10         |
| Aktivní zapojení klientů                                | 69         | 25,56      |
| Atraktivnost pro klienty                                | 12         | 4,44       |
| Přirozenost terapie                                     | 60         | 22,22      |
| Praktické využití terapie                               | 64         | 23,70      |
| Příprava na život a potenci-<br>onální budoucí povolání | 38         | 14,08      |
| <b>Celkem</b>   | <b>270</b> | <b>100</b> |

Graf 30: Výhody ergoterapie



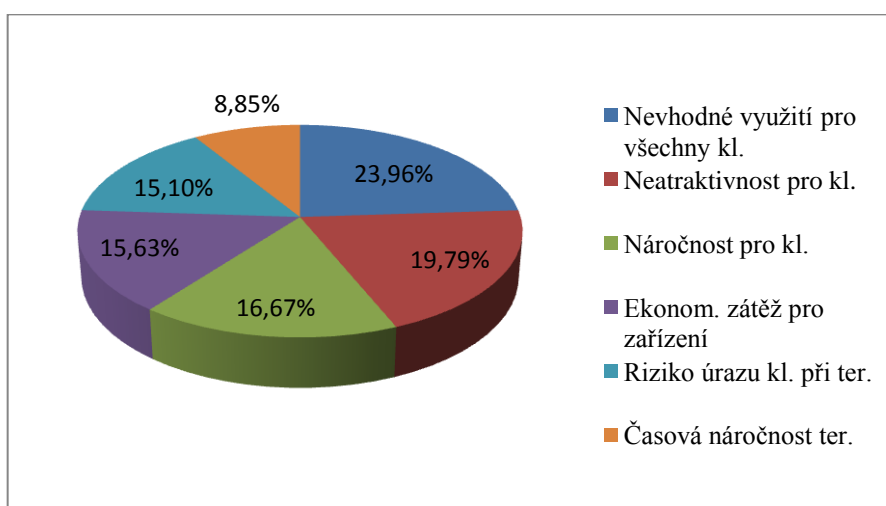
Z celkového počtu 270 odpovědí (100 %) vybralo možnost ekonomická nenáročnost 27 respondentů (10 %), 69 respondentů (25,56 %) aktivní zapojení klientů, 12 respondentů (4,44 %) atraktivnost pro klienty, 60 respondentů (22,22 %) přirozenost terapie, 64 respondentů (23,70 %) praktické využití terapie, 38 respondentů (14,08 %) příprava na život a profesionální budoucí povolání.

**Závěr** – hlavními výhodami ergoterapie jsou aktivní zapojení klientů, přirozenost a praktické využití ergoterapie.

Tabulka 32: Nevýhody ergoterapie

|                                      | N          | %          |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Ekonomická zátěž pro zařízení        | 30         | 15,63      |
| Časová náročnost terapie             | 17         | 8,85       |
| Nevhodné využití pro všechny klienty | 46         | 23,96      |
| Náročnost pro klienty                | 32         | 16,67      |
| Neatraktivnost pro klienty           | 38         | 19,79      |
| Riziko úrazu klienta při terapii     | 29         | 15,10      |
| <b>Celkem</b>                        | <b>192</b> | <b>100</b> |

Graf 31: Nevýhody ergoterapie



Z celkového počtu 192 odpovědí (100 %) uvedlo ekonomickou zátěž pro zařízení 30 respondentů (15,63 %), 17 respondentů (8,85 %) zvolilo časovou náročnost terapie, 46 respondentů (23,96 %) nevhodné využití pro všechny klienty, 32 respondentů (16,67 %) náročnost pro klienty, 38 respondentů (19,79 %) neatraktivnost pro klienty, 29 respondentů (15,10 %) riziko úrazu klienta při terapii.

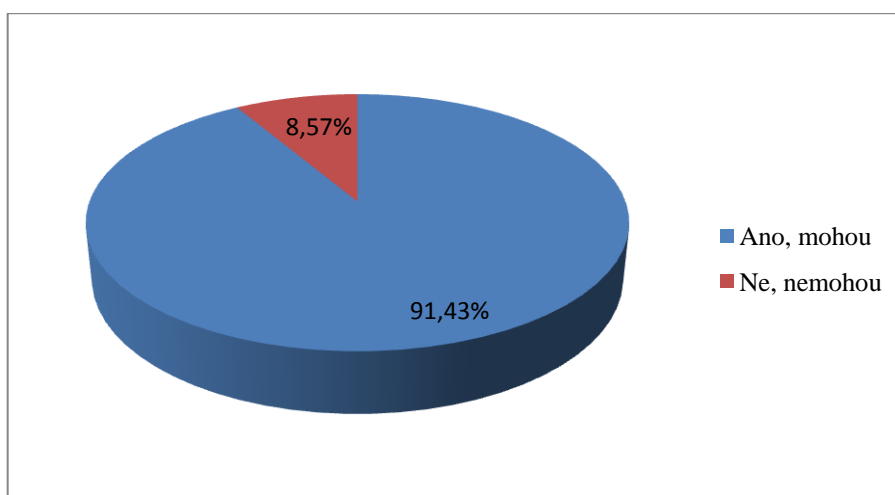
**Závěr** – hlavními nevýhodami ergoterapie jsou nevhodné využití pro všechny klienty a neatraktivnost pro klienty.

**Položka č. 22 - Mohou podle Vás klienti uplatnit prvky ergoterapie i mimo ergoterapii samotnou?**

Tabulka 33: Možnost klientů podle respondentů uplatnit prvky ergoterapie i mimo ergoterapii samotnou

|               | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---------------|-----------|------------|
| Ano, mohou    | 64        | 91,43      |
| Ne, nemohou   | 6         | 8,57       |
| <b>Celkem</b> | <b>70</b> | <b>100</b> |

Graf 32: Možnost klientů podle respondentů uplatnit prvky ergoterapie i mimo ergoterapii samotnou



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se ergoterapie provádí. Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) odpovědělo 64 respondentů (91,43 %), že klienti mohou využívat prvky ergoterapie i mimo terapii samotnou, 6 respondentů (8,57 %) odpovědělo záporně.

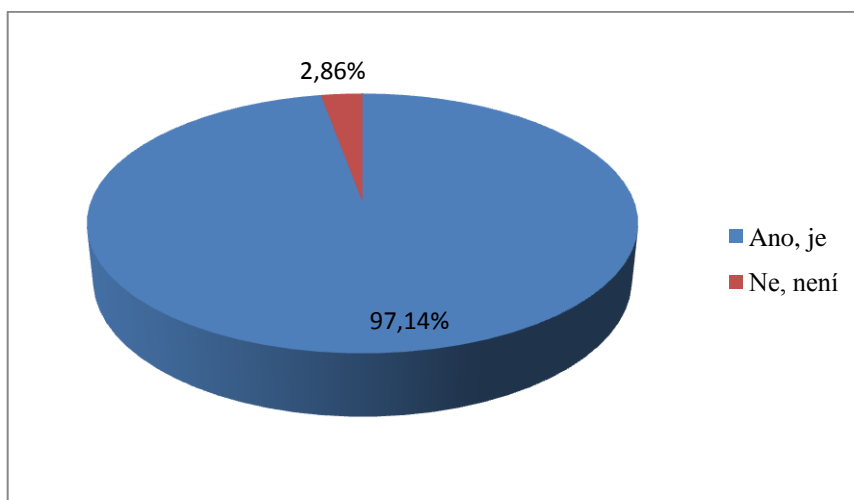
**Závěr** – převážná většina respondentů si myslí, že prvky ergoterapie jsou uplatnitelné i mimo ergoterapii samotnou.

**Položka č. 23 - Je podle Vás ergoterapie přirozený proces? (Prvky ergoterapie jsou součástí života)**

Tabulka 34: Přirozenost ergoterapie podle respondentů

|               | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---------------|-----------|------------|
| Ano, je       | 68        | 97,14      |
| Ne, není      | 2         | 2,86       |
| <b>Celkem</b> | <b>70</b> | <b>100</b> |

Graf 33: Přirozenost ergoterapie podle respondentů



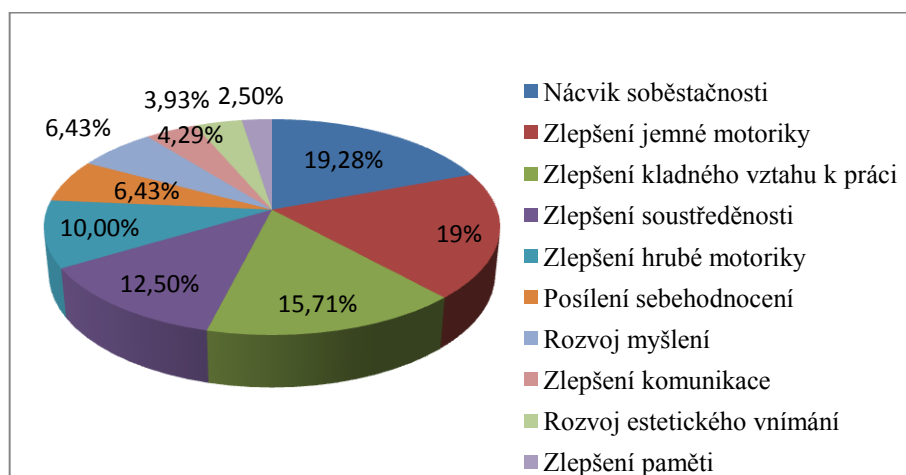
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se ergoterapie provádí. Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) 68 respondentů (97,14 %) odpovědělo kladně, pouze 2 respondenti (2,86 %) odpověděli záporně.

## Položka č. 24 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle vás účinky ergoterapie.

Tabulka 35: Účinky ergoterapie

|                                | N          | %          |
|--------------------------------|------------|------------|
| Nácvik soběstačnosti           | 54         | 19,28      |
| Zlepšení jemné motoriky        | 53         | 18,93      |
| Zlepšení hrubé motoriky        | 28         | 10         |
| Zlepšení soustředěnosti        | 35         | 12,50      |
| Rozvoj kladného vztahu k práci | 44         | 15,71      |
| Posílení sebehodnocení         | 18         | 6,43       |
| Rozvoj estetického vnímání     | 11         | 3,93       |
| Rozvoj myšlení                 | 18         | 6,43       |
| Zlepšení paměti                | 7          | 2,50       |
| Zlepšení komunikace            | 12         | 4,29       |
| <b>Celkem</b>                  | <b>280</b> | <b>100</b> |

Graf 34: Účinky ergoterapie



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, v jejichž zařízení se ergoterapie provádí. Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) zvolilo 54 respondentů (19,28 %) nácvik soběstačnosti, 53 respondentů (19 %) zlepšení jemné motoriky, 28 respondentů (10 %) zlepšení hrubé motoriky, 35 respondentů (12,50 %) zlepšení soustředěnosti, 44 respondentů (15,71 %) zlepšení kladného vztahu k práci, 18 respondentů (6,43 %) posílení sebehodnocení, 11 respondentů (3,93 %) rozvoj estetického vnímání, 18 respondentů (6,43 %) rozvoj myšlení, 7 respondentů (2,50 %) zlepšení paměti, 12 respondentů (4,29 %) zlepšení komunikace.

**Závěr** – nejčastějšími účinky ergoterapie jsou nácvik soběstačnosti, zlepšení jemné motoriky a rozvoj kladného vztahu k práci.

## 6.5 Diskuze

Teoretickou část jsem začala historickým pohledem na postoje společnosti k mentálně handicapovaným jedincům pro lepší pochopení vývoje přístupu společnosti k takovýmto jedincům. Popis mentální retardace, její příčiny, klasifikace i diagnostika jsou důležité pro pochopení jedinců, u nichž se jednotlivé terapie provádí. Nejdůležitější část teorie tvoří popis terapeutických metod, kterými se v této bakalářské práci zabýváme. Pochopení principu jednotlivých terapií je nezbytné pro praktickou část a tedy pro samotnou práci. Poslední dvě kapitoly se věnují formám výchovy a vzdělání mentálně handicapovaných a možnostem jejich pracovního uplatnění. Potřebnou literaturu jsem sháněla ve třech dostupných knihovnách a na internetu. K problematice mentálního handicapu a terapeutickým metodám jsem našla poměrně mnoho literatury, ale jen omezené množství se do této práce hodilo. Informace se také ve velké míře opakovaly v několika literaturách. Další informace jsem získávala rozhovory s odborníky. Setkala jsem se s klinickou psychologou, která má sama mentálně handicapované dítě a o problematiku terapeutických metod se aktivně zajímá. S její pomocí jsem získala kontakty na terapeuty, se kterými jsem následně udělala rozhovory a s některými terapeuty měla i možnost přihlížet, jak terapii provádí.

Na začátku této bakalářské práce jsem si stanovila 2 cíle a k nim 8 hypotéz, které budou níže analyzovány. Pro naše účely jsem použila nulovou, alternativní a kauzální hypotézu. Cíle jsou následující:

### **1. Provést šetření, jaké terapeutické metody jsou nejvíce a nejméně využívány ve vybraných státních zařízeních pro mentálně handicapované klienty v jednom týdnu.**

**H01** - domnívám se, že arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie jsou využívány v plné míře jako terapeutické metody ve všech vybraných státních zařízeních.

K této hypotéze se vztahuje tato položka v dotazníku (č. 7).

**HA1**- domnívám se, že arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie nejsou využívány v plné míře jako terapeutické metody ve všech vybraných státních zařízeních.

K této hypotéze se vztahuje tato položka v dotazníku (č. 7).

Pomocí rozhovoru s terapeutů a prostudováním odborné literatury jsem zjistila, že muzikoterapie, canisterapie a dramaterapie by měly být prováděny alespoň 1x týdně (100 %), arteterapie a hipoterapie by měly být prováděny minimálně 2x týdně (100 %) a ergoterapie alespoň 3x týdně.

Domnívala jsem se, že arteterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Má hypotéza se potvrdila, neboť arteterapie je využívána nejčastěji 5x týdně, a to v 77,50% zastoupení. Ve zbylých 22,50 % se arteterapie provádí 4x týdně. Na základě procentuálního vyjádření (graf č. 5) tuto hypotézu **přijímáme**. Arteterapie je tedy využívána ve velké míře. Podle odpovědí respondentů v položce č. 8 jedním z důvodů může být snadná dostupnost pomůcek potřebných pro arteterapii. Vždyť barvy, štětce, papír a jiné pomůcky najdeme v každém papírnictví. Také poměrně nízká cena těchto pomůcek a fakt, že arteterapie klienty baví, jsou zajisté dalšími důvody.

Domnívala jsem se, že canisterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Tato hypotéza se nepotvrdila vzhledem k tomu, že největší počet respondentů, a to v 55% zastoupení canisterapii neprovádí vůbec. Dle výsledku tohoto procentuálního vyjádření (graf č. 6) hypotézu **zamítáme**. To je pro mě zajímavé zjištění, neboť jsem předpokládala, že právě canisterapie bude jednou z nejvíce využívaných metod. Je snad důvodem možná alergická reakce klienta na psí srst? Podle respondentů, kterých jsem se v položce č. 10 ptala na nevýhody canisterapie, je toto jedním z negativ. Také fakt, že někteří klienti se psů bojí, může vést zařízení k nevyužití terapie.

Předpokládala jsem, že hipoterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Dle výsledku procentuálního vyjádření (graf č. 7) vyplývá, že hipoterapie ve většině zařízení není využívána vůbec, a to v 72,50% zastoupení. Proto stanovenou hypotézu **zamítáme**. Hipoterapie je tedy nejméně využívanou metodou. Tomu zajisté dopomáhá možný klientův strach z tak velkého zvířete, jak uvádějí respondenti v položce č. 13. Také poměrně velká ekonomická zátěž je nezanedbatelným kritériem.

Domnívala jsem se, že muzikoterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Tato hypotéza se potvrdila, neboť dle procentuálního vyjádření (graf č. 8) je nejčastěji muzikoterapie využívána 5x týdně, a to v 55% zastoupení. Další nejčastější odpověď byla provádění muzikoterapie 1x týdně, a to v 32,5% četnosti. Proto stanovenou hypotézu **přijímáme**. Muzikoterapie je tedy jednou z nejvíce využívaných metod. Tomu přispívá zjištění, že klienti mohou prostřednictvím hudby vyjádřit své emoce, jak uvedli



respondenti v položce č. 16. Muzikoterapie tak dává pečujícím možnost lépe poznat své klienty a klienti mohou vyjádřit, jak se zrovna cítí. Při poslechu hudby navíc mohou relaxovat.

Domnívala jsem se, že dramaterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Z procentuálního vyjádření (graf č. 9) je patrné, že tato hypotéza se potvrdila. Dramaterapie je nejčastěji využívána 1x týdně, a to v 58,75% zastoupení. Provádění dramaterapie s frekvencí 4x a 5x týdně zvolili respondenti v 25% četnosti. Dle výsledku procentuálního vyjádření tuto hypotézu **přijímáme**. Je jedním z důvodů využívání dramaterapie rozvoj fantazie a tvořivosti u klientů? Podle klientů, kterých jsem se v položce č. 19 ptala na výhody dramaterapie, je toto velké pozitivum. Vždyť kde lépe klient zhmotní své sny a imaginární světy než na podiu. Klient je tak do terapie aktivně zapojen a dává do ní kus sebe.

Předpokládala jsem, že ergoterapie bude využívána v plné míře ve vybraných státních zařízeních. Tato hypotéza se potvrdila, neboť ergoterapie je využívána nejčastěji 5x týdně, a to v 55% zastoupení. Na druhém místě se nejčastěji ergoterapie provádí vícekrát týdně, a to v 32,50% četnosti. Na základě tohoto procentuálního vyjádření (graf č. 10) stanovenou hypotézu **přijímáme**. Ergoterapie je tedy také využívána velmi často. Myslím, si že k tomu přispívá možnost klientů využít prvky ergoterapie i v běžném životě nebo v práci. To mi potvrdili i respondenti v položce č. 21. Vždyť i koupání nebo čištění zubů je druhem ergoterapie a klient ji využívá každý den.

Můžeme tedy shrnout, že nejvíce využívána je arteterapie, dále pak ergoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a canisterapie. Nejméně využívána je hipoterapie.

## **2. Analyzovat důvody výběru využití jednotlivých terapeutických metod u mentálně handicapovaných klientů ve vybraných zařízeních.**

- **H2** - domnívám se, že arteterapie bude preferována pro ekonomickou nenáročnost. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 8, 9).
- **H3** - předpokládám, že canisterapie bude preferována pro dobré všeobecné výsledky. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 10, 11, 12).
- **H4** - domnívám se, že hipoterapie bude využívána z důvodu hipoterapeutického centra v blízkosti zařízení. K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 13, 14, 15).

- **H5** - předpokládám, že muzikoterapie bude využívána z důvodu využitelnosti receptivní (pasivní) muzikoterapie u všech klientů.  
K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 16, 17, 18).
- **H6** - domnívám se, že dramaterapie bude využívána pro atraktivnost pro klienty.  
K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 19, 20).
- **H7** - předpokládám, že ergoterapie bude využívána pro přirozenost a praktičnost.  
K této hypotéze se vztahují tyto položky v dotazníku (č. 21, 22, 23, 24).

## **H2 - domnívám se, že arteterapie bude preferována pro ekonomickou nenáročnost.**

Z procentuálního vyjádření (graf č. 13) je patrné, že respondenti nejčastěji volili pořadí 4, což značí středně těžkou ekonomickou náročnost a to v 31,25% zastoupení. Dále respondenti nejčastěji volili ve velmi shodném počtu pořadí 1, 2, 3, a to v 56,25% četnosti. Tato pořadí vyjadřují malou ekonomickou náročnost arteterapie. Ekonomickou zátěž pro zařízení jako nevýhodu arteterapie zvolilo pouze 8,47 % respondentů (graf č. 12), což je zanedbatelný počet. Na základě těchto procentuálních vyjádření stanovenou hypotézu **přijímáme**. Jak už jsem zmínila dříve, pomůcky potřebné k arteterapii jsou lehce dostupné a ne příliš drahé. V porovnání s ostatními terapiemi je arteterapie poměrně levnou záležitostí.

## **H3 - předpokládám, že canisterapie bude preferována pro dobré všeobecné výsledky.**

Předpokládala jsem, že většina respondentů slyšela o pozitivních účincích canisterapie, které má na klienta. Převážná většina respondentů, v cca 86% zastoupení slyšela o účincích canisterapie. Jako nejčastější pozitivní výsledek uváděli zlepšení psychického stavu, a to v 44,63% četnosti. Další nejčastější výsledky byly zlepšení komunikace a rozvoj jemné a hrubé motoriky v cca 15% zastoupení. Pozitivních výsledků bylo 1x více než negativních. Negativní reakce klienta při setkání se psem byla volena jako nejčastější negativní výsledek, a to v 59,61% četnosti. Dle výše uvedeného procentuálního vyjádření (grafy č. 16, 17, 18) stanovenou hypotézu **přijímáme**. O canisterapii se hovoří poměrně často. Myslím, že je to jedna z nejvíce diskutovaných terapeutických metod a jedna z mála terapií, o které má i veřejnost alespoň nějaké povědomí. Můžeme o ní slyšet v televizi, rádiu nebo se dočíst na internetu, časopisech a knihách.

**H4 - domnívám se, že hipoterapie bude využívána z důvodu hipoterapeutického centra v blízkosti zařízení.**

Předpokládala jsem, že hipoterapie bude prováděna převážně v těch zařízeních, která mají ve své blízkosti hipoterapeutické centrum. Na základě procentuálního vyjádření (graf č. 21, 22) stanovenou hypotézu **zamítáme**, neboť 68,18 % respondentů uvedlo, že hipoterapeutické centrum se v jejich blízkosti nenachází a je vzdáleno více než 10 km. To mě překvapilo, neboť jsem očekávala, že většina zařízení, která hipoterapii využívají, budou mít hipoterapeutické centrum v blízkosti. Toto zjištění ukazuje, že některá zařízení se snaží svým klientům dopřát hipoterapii i přesto, že dojíždění do vzdáleného hipoterapeutického centra je ekonomicky i časově nevýhodné.

**H5 - předpokládám, že muzikoterapie bude využívána z důvodu využitelnosti receptivní (pasivní) muzikoterapie u všech klientů.**

Z procentuálního vyjádření (graf č. 25,26) vyplývá, že v 70,27% četnosti se receptivní muzikoterapie neprovádí u všech klientů. Nejčastěji je to z důvodu zdravotního stavu klienta (48,07% zastoupení). Dále pak z časové náročnosti muzikoterapie (32,70% zastoupení) a negativního účinku muzikoterapie na klienta (19,23% zastoupení). Proto stanovenou hypotézu **zamítáme**. U muzikoterapie je velkou nevýhodou schopnost hudby vyvolat u klienta negativní emoce. Proto si musí muzikoterapeut dobře promyslet, který klient je na tuto terapii vhodný. Většinou se problém projeví v průběhu terapie. Pak je tedy důležité rozhodnout se, zda stačí pouze využít jiné hudby, nebo je nutné klienta z terapie zcela vyloučit.

**H6 - domnívám se, že dramaterapie bude využívána pro atraktivnost pro klienty.**

Téměř většina respondentů (92,54% četnost) uvádí, že jejich klienti se na dramaterapii těší. Z toho tedy usuzuji, že je pro klienty dramaterapie atraktivní. Neatraktivnost pro klienty jako nevýhoda dramaterapie byla zvolena pouze 4,50% četnosti. Atraktivnost pro klienty jako výhoda dramaterapie je zastoupena 18,80% četností. Dle výsledků tohoto procentuálního vyjádření (graf č. 27, 28, 29) stanovenou hypotézu **přijímáme**. Při dramaterapii se klient může pochlubit tím, co se naučil. Dochází tedy ke zlepšení sebehodnocení a zvýšení sebevědomí. Z vlastní zkušenosti vím, že není nic lepší než stát na podiu a užívat si potlesk. Koho by tedy nebavilo vymýšlet příběh nebo hrát s loutkami, když je poté náležitě odměněn.

**H7 - předpokládám, že ergoterapie bude využívána pro přirozenost a praktičnost.**

Na základě procentuálního vyjádření (graf č. 32, 33, 34) stanovenou hypotézu **přijímáme**, neboť 91,43 % respondentů uvedlo, že prvky ergoterapie jsou uplatnitelné i mimo ergoterapii samotnou. Stejně tak většina respondentů, a to v 97,14% zastoupení souhlasí, že prvky ergoterapie jsou součástí běžného života. Jako nejčastější účinky ergoterapie respondenti zvolili nácvik soběstačnosti (19,28% zastoupení), zlepšení jemné motoriky (18,93% četnost) a rozvoj kladného vztahu k práci (15,71% zastoupení). Všechny tyto tři účinky jsou využitelné v běžném životě a pomáhají klientovi snadněji nalézt a vykonávat povolání pro něj vhodné.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem Mentálně handicapovaní klienti a možnosti terapeutické péče jsem se zaměřila na problematiku využívání terapií – arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie u mentálně handicapovaných klientů.

Teoretická část v první kapitole popisuje historický pohled společnosti na mentálně handicapované klienty. Chtěla jsem znát, jak se v průběhu času měnil přístup k mentálně handicapovaným. Další kapitola se věnuje pojmu mentální retardace, jejím příčinám, diagnostice a klasifikaci. Toto téma jsem zde uvedla pro lepší pochopení klientů s mentální retardací. Třetí kapitola popisuje zařízení pro mentálně handicapované klienty, změny, které se udály po roce 1989 a ovlivnily tak péči o mentálně handicapované klienty. Tato kapitola mi pomohla pochopit, jak zařízení pro mentálně handicapované fungují, a co klientům nabízejí. V další kapitole jsou blíže popsány jednotlivé terapeutické metody, kterými se v této práci zabýváme a bez jejichž pochopení by tato práce nemohla vzniknout. Jsou to arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie. Uvádím zde, čím se jednotlivé terapie zabývají, jaké jsou jejich formy a jaké mají účinky na klienty. Poslední kapitola popisuje, jaké jsou možnosti výchovy a vzdělávání mentálně handicapovaných klientů a možnosti a uplatnění mentálně handicapovaných na trhu práce.

V praktické části jsem ověřovala a vyhodnocovala stanovené cíle a hypotézy. Pro jejich realizaci byla použita metoda dotazníkového šetření. Získané údaje jsem převedla do tabulek a grafů. Mým prvním cílem bylo zjistit, zda se terapie využívají v takové míře, aby měly na klienta účinek. Dalším cílem práce bylo zjistit důvody vedoucí k využívání terapií. Na základě výše uvedených informací mohu říct, že dané cíle byly splněny.

Při zpracování této práce jsem se dozvěděla spoustu nových informací jak o mentálně handicapovaných a systému péče o ně, tak o terapeutických metodách, které se využívají. Některé poznatky mě překvapily, jiné upevnily můj názor. Jsem ráda, že se mi potvrdil názor, že zařízení se snaží svým klientům zajistit co nejlepší péči a co nejpříjemnější prostředí. I při návštěvách zařízení jsem pocítila, že zaměstnanci se snaží udělat si na své klienty vždy čas, poskytnout jim pomoc, radu nebo si s nimi jen tak popovídat. Mrzí mě však, že možnost využívání terapií je tolik závislá na penězích. Toto je bohužel problém, který byl, je, bude a není v mé moci ho vyřešit. Myslím si, že by měl stát více přispívat zařízením pro mentálně handicapované, neboť tyto terapie jsou nedílnou součástí péče o mentálně handicapované klienty a mají velký význam pro jejich vývoj tělesný, psychický i sociální.

Na základě tohoto bych chtěla dát ředitelům zařízení alespoň návrh do praxe, jak získat potřebné peníze.

Doporučení pro praxi

- velmi důležité jsou manažerské schopnosti, proto by měl být ve vedení zařízení člověk, který tyto schopnosti má,
- vhodné je zřídit nadační fond, na který mohou zájemci přispět,
- den otevřených dveří je také možnost, jak přiblížit veřejnosti život mentálně handicapovaných a zároveň získat finanční příspěvek,
- pozváním známé osobnosti přilákáte veřejnost a věřím, že i sama celebrita finančně přispěje,
- pokud se ve vašem zařízení provádí muzikoterapie či dramaterapie, je možné nacvičit a předvést vystoupení nejen pro zábavu klientů, ale i pro podporu zařízení,
- sportovní den konaný ve Vašem zařízení zapojí klienty více do společnosti a taktéž dává veřejnosti možnost darovat finanční příspěvek,
- samozřejmě pozvání zástupce úřadu či jiného orgánu, který řídí rozpočet, může pozitivně ovlivnit finanční stránku zařízení.

Na závěr tedy můžu jen říct, že snad budou terapie u mentálně handicapovaných prováděny alespoň v takové míře, jako je tomu doposud. Doufám, že informační leták se základními informacemi o jednotlivých terapiích, který jsem vytvořila, dopomůže k tomu, aby se některá zařízení pokusila bojovat o finanční příspěvek na další terapii pro své klienty a vnesla jim tak do života více naděje a radosti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### MONOGRAFIE

BÁRTLOVÁ, Silvie, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-416-X.

ČERNÁ, Marie, et al., 2008. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělání osob s mentálním postižením: Inkluzivní vzdělání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením*. Ostravská univerzita v Ostravě: Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-622-2.

JANKŮ, Kateřina, 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostravská univerzita v Ostravě: Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-915-5.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2005. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0991-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše, et al., 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1154-7.

MÜLLER, Oldřich, et al., 2005. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ, 2000. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Paido edice pedagogické literatury: Brno. ISBN 80-85931-83-4.

POTMĚŠILOVÁ, Petra, et al., 2010. *Expresivní terapeutické metody-cesta ke změně v institucionální výchově: Arteterapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2652-5.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.

VALENTA, Milan, 2007. *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1819-4.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2003. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, Milan, et al., 2006. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1358-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSOVÁ a Stanislav ŠTECH, 1999. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, et al., 2007. *ZOOTERAPIE ve světle objektivních příznaků*. České Budějovice: DONA. ISBN 978-80-7322-109-6.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Anon. *Cíle canisterapie*. Canisterapie.info. [online]. © 2008 [cit. 2012-01-25]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/cile-canisterapie/>

HEGAROVÁ, Eva. *Arteterapie*. Maut.cz. [online]. © 2010 [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.maut.cz/cz/clanek-11-2/main-top>

KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie - popis některých muzikoterapeutických technik*. Muzikoterapie.cz. [online]. © 2007-2011 [cit. 2012-01-25]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeuticky-technik>

LANTELME, Věra, 2009. *Léčba koňmi: 8. Hipoterapie – modifikace terapie trenérem a volbou koně, délka aplikace*. Equichannel.cz. [online]. © 1997-2011 [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-8-hipoterapie-modifikace-terapie-terenem-a-volbou-kone-delka-aplikace>

TESAŘOVÁ, Petra. *Alternativní možnosti zaměstnávání mentálně postižených*. Zamestnatmp.czweb.org [online]. © 2005 [cit. 2012-01-25] Dostupné z: <http://zamestnatmp.czweb.org/podzam.htm>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| IQ     | Intelligenční kvocient.        |
| N      | Absolutní četnost.             |
| %      | Relativní četnost.             |
| SVL    | Středoškolské s výučním listem |
| SM     | Středoškolské s maturitou      |
| SVL    | Středoškolské s výučním listem |
| VŠ Bc  | Vysokoškolské bakalářské       |
| VŠ Mgr | Vysokoškolské magisterské      |

**SEZNAM GRAFŮ**

|   |    |
|---|----|
| Graf 1: Kvalifikace respondentů .....   | 38 |
| Graf 2: Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů v oboru, ve kterém pracují .....                      | 39 |
| Graf 3: Délka praxe respondentů v zařízení pro mentálně handicapované .....                           | 40 |
| Graf 4: Pracovní pozice respondenta v zařízení pro mentálně handicapované klienty .....               | 41 |
| Graf 5: Využití arteterapie v jednom týdnu .....  | 42 |
| Graf 6: Využití canisterapie v jednom týdnu .....   | 43 |
| Graf 7: Využití hipoterapie v jednom týdnu .....  | 43 |
| Graf 8: Využití muzikoterapie v jednom týdnu .....  | 44 |
| Graf 9: Využití dramaterapie v jednom týdnu .....   | 45 |
| Graf 10: Využití ergoterapie v jednom týdnu .....   | 46 |
| Graf 11: Výhody arteterapie .....   | 47 |
| Graf 12: Nevýhody arteterapie .....   | 48 |
| Graf 13: Ekonomická náročnost arteterapie .....   | 49 |
| Graf 14: Výhody canisterapie .....  | 50 |
| Graf 15: Nevýhody canisterapie .....  | 51 |
| Graf 16: Setkání respondentů s účinky canisterapie .....  | 52 |
| Graf 17: Pozitivní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli .....                         | 53 |
| Graf 18: Negativní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli .....                         | 54 |
| Graf 19: Výhody hipoterapie .....   | 55 |
| Graf 20: Nevýhody hipoterapie .....   | 56 |
| Graf 21: Blízkost hipoterapeutického centra u respondentova zařízení .....                            | 57 |
| Graf 22: Vzdálenost hipoterapeutického centra od respondentova zařízení .....                         | 58 |
| Graf 23: Výhody muzikoterapie .....   | 59 |
| Graf 24: Nevýhody muzikoterapie .....   | 60 |
| Graf 25: Využití receptivní muzikoterapie v respondentově zařízení u všech klientů .....              | 61 |
| Graf 26: Důvod nevyužívání receptivní muzikoterapie u všech klientů v<br>respondentově zařízení ..... | 62 |
| Graf 27: Výhody dramaterapie .....  | 63 |
| Graf 28: Nevýhody dramaterapie .....  | 64 |
| Graf 29: Reakce klientů na dramaterapii v respondentově zařízení .....                                | 65 |
| Graf 30: Výhody ergoterapie .....   | 66 |
| Graf 31: Nevýhody ergoterapie .....   | 67 |

---

|   |    |
|---|----|
| Graf 32: Možnost klientů podle respondentů uplatnit prvky ergoterapie i mimo ergoterapii samotnou ..... | 68 |
| Graf 33: Přirozenost ergoterapie podle respondentů .....  | 69 |
| Graf 34: Účinky ergoterapie .....   | 70 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1: Minimální využití terapií .....  | 35 |
| Tabulka 2: Kvalifikace respondentů .....  | 38 |
| Tabulka 3: Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů v oboru, ve kterém pracují .....                   | 39 |
| Tabulka 4: Délka praxe respondentů v zařízení pro mentálně handicapované.....                         | 40 |
| Tabulka 5: Pracovní pozice respondenta v zařízení pro mentálně handicapované klienty.....             | 41 |
| Tabulka 6: Využití arteterapie v jednom týdnu .....   | 42 |
| Tabulka 7: Využití canisterapie v jednom týdnu .....  | 42 |
| Tabulka 8: Využití hipoterapie v jednom týdnu .....   | 43 |
| Tabulka 9: Využití muzikoterapie v jednom týdnu .....   | 44 |
| Tabulka 10: Využití dramaterapie v jednom týdnu .....   | 45 |
| Tabulka 11: Využití ergoterapie v jednom týdnu .....  | 45 |
| Tabulka 12: Výhody arteterapie .....  | 46 |
| Tabulka 13: Nevýhody arteterapie.....   | 47 |
| Tabulka 14: Ekonomická náročnost arteterapie.....   | 48 |
| Tabulka 15: Výhody canisterapie .....   | 49 |
| Tabulka 16: Nevýhody canisterapie .....   | 50 |
| Tabulka 17: Setkání respondentů s účinky canisterapie .....   | 52 |
| Tabulka 18: Pozitivní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli .....                      | 53 |
| Tabulka 19: Negativní výsledky canisterapie, o kterých respondenti slyšeli .....                      | 54 |
| Tabulka 20: Výhody hipoterapie .....  | 55 |
| Tabulka 21: Nevýhody hipoterapie.....   | 56 |
| Tabulka 22: Blízkost hipoterapeutického centra u respondentova zařízení .....                         | 57 |
| Tabulka 23: Vzdálenost hipoterapeutického centra od respondentova zařízení.....                       | 58 |
| Tabulka 24: Výhody muzikoterapie .....  | 59 |
| Tabulka 25: Nevýhody muzikoterapie.....   | 60 |
| Tabulka 26: Využití receptivní muzikoterapie v respondentově zařízení u všech klientů.....            | 61 |
| Tabulka 27: Důvod nevyužívání receptivní muzikoterapie u všech klientů v respondentově zařízení ..... | 61 |
| Tabulka 28: Výhody dramaterapie .....   | 62 |
| Tabulka 29: Nevýhody dramaterapie.....  | 63 |

---

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 30: Reakce klientů na dramaterapii v respondentově zařízení .....                                     | 65 |
| Tabulka 31: Výhody ergoterapie .....  | 66 |
| Tabulka 32: Nevýhody ergoterapie.....   | 67 |
| Tabulka 33: Možnost klientů podle respondentů uplatnit prvky ergoterapie i mimo<br>ergoterapii samotnou ..... | 68 |
| Tabulka 34: Přirozenost ergoterapie podle respondentů.....  | 69 |
| Tabulka 35: Účinky ergoterapie .....  | 70 |
| Tabulka 36: Pohlaví a vzdělání respondentů .....  | 95 |

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Rozhovory s terapeuty

P II: Dotazník

P III: Položka č. 1, 2

## **PŘÍLOHA P I: ROZHOVORY S TERAPEUTY**

### **Rozhovor s arteterapeutem - využití arteterapie**

Jaké je Vaše vzdělání?

*Vysokoškolské, obor arteterapie.*

Jak dlouho terapii provádíte?

*Čtrnáct let.*

Kolikrát týdně si myslíte, že musí být arteterapie minimálně prováděna, aby byla účinná?

*Minimálně dvakrát týdně.*

### **Rozhovor s canisterapeutem - využití canisterapie**

Jaké je Vaše vzdělání?

*Absolvoval jsem kurz pracovníků sociálních služeb a samozřejmě mám složeny canisterapeutické zkoušky.*

Jak dlouho terapii provádíte?

*V roce 2007 jsem si udělal kurz, takže šest let, ale se psy pracuji mnohem déle.*

Kolikrát týdně si myslíte, že musí být canisterapie minimálně prováděna, aby byla účinná?

*Nejčastěji docházím do zařízení jedenkrát týdně. To je také minimum, aby měla terapie účinek. Důležitá je také pravidelnost.*

### **Rozhovor s hipoterapeutem - využití hipoterapie**

Jaké je Vaše vzdělání?

*Udělala jsem si kurz hipoterapie.*

Jak dlouho terapii provádíte?

*Už deset let, ale to bylo jen neoficiálně. Oficiálně pět let.*

Kolikrát týdně si myslíte, že musí být hipoterapie minimálně prováděna, aby byla účinná?

*Aby měla hipoterapie význam, měla by být dvakrát týdně po dobu alespoň 20 minut.*

## **Rozhovor s muzikoterapeutem - využití muzikoterapie**

Jaké je Vaše vzdělání?

*Mám magistra ze speciální pedagogiky a hudební výchovy v Olomouci plus kurz muzikoterapie na vysoké škole.*

Jak dlouho terapii provádíte?

*Tři roky.*

Kolikrát týdně si myslíte, že musí být muzikoterapie minimálně prováděna, aby byla účinná?

*Měla by být minimálně jedenkrát za týden.*

## **Rozhovor s ergoterapeutem - využití ergoterapie**

Jaké je Vaše vzdělání?

*Vystudovala jsem na Univerzitě J. E. Purkyně, obor Ergoterapie (bakalář).*

Jak dlouho terapii provádíte?

*Ergoterapii vykonávám 2, 5 roku.*

Kolikrát týdně si myslíte, že musí být ergoterapie minimálně prováděna, aby byla účinná?

*Čím častěji, tím lépe, ale tři dny v týdnu je minimum.*



## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jmenuji se **Ivana Janečková** a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který Vám nezabere více jak 10 minut Vašeho času.

Všechny získané údaje budou zpracovány **výhradně anonymně**. Získané poznatky z Vašich zkušeností budou využity pro účely zpracování mé bakalářské práce, která se zabývá analýzou možností využití terapeutické péče u handicapovaných jedinců.

Vámi zvolenou odpověď **označte křížkem, pokud nebude napsáno jinak**.

U některých otázek je jen jedna možnost výběru u jiných zase více možností s určením pořadí důležitosti.

*Velmi děkuji za Vaše odpovědi a čas, který tomuto šetření budete věnovat!*

**Ivana Janečková**

---

### Položka č. 1 - Pohlaví

- Muž
- Žena

### Položka č. 2 - Nejvyšší dokončené vzdělání mimo obor:

- Základní
- Středoškolské s výučním listem
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské

### Položka č. 3 - Máte pro svou práci kvalifikaci nebo si ji budete dodělávat?

- Ano, mám
- Ne, nemám.
- Ne, nemám, ale budu si tuto kvalifikaci dodělávat.

*Pokud máte kvalifikaci pro svou práci v zařízení, pokračujte v další odpovědi v položce č.4.*

### Položka č. 4 - Nejvyšší dokončené vzdělání v oboru/ uveďte typ studia, či specializace:

- Středoškolské s výučním listem.....
- Středoškolské s maturitou.....
- Vyšší odborné.....
- Vysokoškolské bakalářské.....

- Vysokoškolské magisterské.....
- Jiné (uveďte typ specializačního vzdělávání).....

**Položka č. 5 - Délka praxe v zařízeních pro handicapované jedince:**

- Méně než 1 rok
- Do 5 let
- Do 10 let
- Do 20 let
- Více než 20 let (doplňte počet roků praxe).....

**Položka č. 6 - Pracovní pozice v současné době v zařízení pro handicapované klienty:**

- Ředitel/ka
- Zdravotnický asistent
- Všeobecná zdravotní sestra
- Sestra specialista
- Pedagogický pracovník
- Vrchní sestra
- Sociální pracovník/pracovnice
- Terapeut/ka (Fyzioterapeut/ka)
- Jiné (doplňte).....

**Položka č. 7 - Kolikrát v jednom týdnu je využívána ve Vašem zařízení terapeutická metoda arteterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie?**

| <b>Využití terapie za týden (Vyberte z každého sloupce pouze jednu možnost a výběr zakroužkujte)</b> |       |    |    |    |    |    |                |                |
|--|-------|----|----|----|----|----|----------------|----------------|
| <b>Arteterapie</b>   | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |
| <b>Canisterapie</b>  | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |
| <b>Hipoterapie</b>   | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |
| <b>Muzikoterapie</b>   | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |
| <b>Dramaterapie</b>  | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |
| <b>Ergoterapie</b>   | vůbec | 1x | 2x | 3x | 4x | 5x | Vícekrát týdně | Jiná frekvence |

**Položka č. 8 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* arteterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce)**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Snadná dostupnost terapie
- Atraktivnost pro klienty
- Nenáročnost pro klienty
- Aktivní zapojení klientů
- Klientova volnost při vykonávání terapie
- Možnost vyjádření klientových emocí

**Nevýhody**

- Náročnost na přípravu pro arteterapeuta
- Neschopnost věnovat se všem klientům stejně
- Časová náročnost terapie
- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Nebezpečí sebepoškození pro klienty
- Velká psychická (emoční) zátěž kladená na handicapovaného klienta

*Na následující položku odpovězte pouze, pokud se u Vás arteterapie provádí.*

**Položka č. 9 - Jaká je podle Vás ekonomická náročnost arteterapie? Zakroužkujte číslo 1-6, přičemž 1 je nejméně a 6 nejvíce ekonomicky náročná.**

1      2      3      4      5      6

**Položka č. 10 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* canisterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce).**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Snadná dostupnost terapie
- Atraktivnost pro klienty
- Možnost navození relaxace
- Navázání komunikace se zvířetem
- Rozvoj psychomotorických funkcí
- Zapojení všech svalových skupin do pohybů

**Nevýhody**

- Alergická reakce na zvířecí srst
- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Časová náročnost terapie
- Klientův strach ze psa
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Neatraktivnost pro klienty
- Možnost poranění klienta psem

Na následující položku odpovězte pouze, pokud se u Vás canisterapie **provádí**.

**Položka č. 11 - Slyšel/a jste někdy o výsledcích, které canisterapie u mentálně handicapovaných měla?**

- Ano, slyšel/a, kde?.....
- Ne, neslyšela

*Pokud Vaše odpověď byla NE, NESLYŠELA, přejděte na položku č. 13*

**Položka č. 12 Jaké jste slyšel/a, že měla canisterapie výsledky? (Můžete volit maximálně 4 možnosti)**

**Pozitivní výsledky**

- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj hrubé motoriky
- Zvýšení svalové síly
- Zlepšení komunikace
- Zlepšení psychického stavu
- Žádný pozitivní výsledek

**Negativní výsledky**

- Zhoršení psychického stavu
- Zhoršení fyzického stavu
- Negativní reakce klienta při setkání se psem
- Poranění klienta psem a následný strach ze psů
- Žádný výsledek se nedostavil
- Žádný negativní výsledek

**Položka č. 13 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* hipoterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce).**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Snadná dostupnost terapie
- Atraktivnost pro klienty
- Rozvoj psychomotorických funkcí
- Možnost navození relaxace
- Vhodnost pro všechny klienty

**Nevýhody**

- Alergická reakce na zvířecí srst
- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Časová náročnost terapie
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Klientův strach z koně
- Možnost pádu klienta z koně

*Na následující položky č. 14, 15 odpovězte pouze, pokud se u Vás hipoterapie **provádí**.*

**Položka č. 14 - Je v blízkosti Vašeho zařízení hipoterapeutické centrum nebo jiné místo, kde se hipoterapie provádí?**

- Ano, je
- Ne, není

**Položka č. 15 - Jak je hipoterapeutické centrum vzdáleno?**

- do 10 km
- více než 10 km

**Položka č. 16 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* muzikoterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce).**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Atraktivnost pro klienty
- Nenáročnost pro klienty
- Možnost navození relaxace
- Možnost vyjádření klientových emocí
- Vhodnost pro všechny klienty

**Nevýhody**

- Možnost vyvolání negativních emocí u klientů
- Neatraktivnost pro klienty
- Časová náročnost terapie
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Velké nároky na klienty při aktivní muzikoterapii

*Na následující položku odpovězte pouze, pokud se u Vás arteterapie **provádí**.*

**Položka č. 17 - Provádí se receptivní (pasivní) muzikoterapie ve Vašem zařízení u všech klientů?**

- Ano, provádí
- Ne, neprovádí

*Na následující otázku odpovězte pouze, pokud vaše předešlá odpověď byla **NE**.*

**Položka č. 18 - Receptivní (pasivní) muzikoterapii u některých klientů neprovádíme z důvodu:**

- Časové náročnosti
- Zdravotního stavu klienta
- Negativního účinku muzikoterapie na klienta

**Položka č. 19 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* dramaterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce).**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Aktivní zapojení klientů
- Atraktivnost pro klienty
- Nenáročnost pro klienty
- Rozvoj fantazie a tvořivosti
- Možnost vyjádření klientových emocí
- Vhodnost pro všechny klienty

**Nevýhody**

- Možnost vyvolání negativních emocí u klientů
- Neatraktivnost pro klienty
- Časová náročnost terapie
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Strach klientů vystupovat před ostatními
- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Velké nároky na klienty

Na následující položku odpovězte pouze, pokud se u Vás dramaterapie **provádí**.

**Položka č. 20 - Jak Vaši klienti na dramaterapii reagují?**

- Těší se na ni
- Nijak výrazněji na ni nereagují
- Odmítají ji

**Položka č. 21 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás *výhody* a *nevýhody* ergoterapie. (Můžete volit maximálně 4 možnosti z každého sloupce).**

**Výhody**

- Ekonomická nenáročnost
- Aktivní zapojení klientů
- Atraktivnost pro klienty
- Přirozenost terapie
- Praktické využití terapie
- Příprava na život a potencionální budoucí povolání.

**Nevýhody**

- Ekonomická zátěž pro zařízení
- Časová náročnost
- Nevhodné využití pro všechny klienty
- Náročnost pro klienty
- Neatraktivnost pro klienty
- Riziko úrazu klienta při terapii

Na následující položky č. 22, 23, 24 odpovězte pouze, pokud se u Vás ergoterapie **provádí**.

**Položka č. 22 - Mohou podle Vás klienti uplatnit prvky ergoterapie i mimo ergoterapii samotnou?**

- Ano, mohou.
- Ne, nemohou.

**Položka č. 23 - Je podle Vás ergoterapie přirozený proces? (Prvky ergoterapie jsou součástí života)**

- Ano, je.
- Ne, není.

**Položka č. 24 - Z následující nabídky vyberte, jaké jsou podle Vás účinky ergoterapie.**

(Můžete volit maximálně 4 možnosti)

- nácvik soběstačnosti
- zlepšení jemné motoriky
- zlepšení hrubé motoriky
- zlepšení soustředěnosti
- rozvoj kladného vztahu k práci
- posílení sebehodnocení
- rozvoj estetického vnímání
- rozvoj myšlení
- zlepšení paměti
- zlepšení komunikace

## PŘÍLOHA P III: POLOŽKA Č. 1, 2

Cílem položky č. 1 a položky č. 2 bylo zjistit pohlaví respondentů a jejich nejvyšší dokončené vzdělání mimo obor, ve kterém pracují. Výsledek byl jednoznačný - 80 respondentů, tedy 100 % byly ženy, z nichž možnost základní vzdělání nevedla ani jedna. Středoškolské s výučním listem uvedlo 29 respondentů (36,25 %). Nejčastější odpověď byla středoškolské s maturitou. Tuto možnost zvolilo 45 respondentů (56,25 %). Pouze 1 respondent (1,25 %) má vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské bakalářské 3 respondenti (3,25 %), vysokoškolské magisterské 2 respondenti (2,50 %).

Tabulka 36: Pohlaví a vzdělání respondentů

| <b>Pohlaví respondentů</b>          | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Žena                                | 80        | 100        |
| Muž                                 | 0         | 0          |
| <b>Vzdělání respondentů</b>         |           |            |
| Základní                            | 0         | 0          |
| Středoškolské s výučním listem/ SVL | 29        | 36,25      |
| Středoškolské s maturitou/SM        | 45        | 56,25      |
| Vyšší odborné/VOŠ                   | 1         | 1,25       |
| Vysokoškolské bakalářské/VŠ Bc      | 3         | 3,75       |
| Vysokoškolské magisterské/VŠ Mgr    | 2         | 2,50       |
| <b>Celkem</b>                       | <b>80</b> | <b>100</b> |