



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Vliv muzikoterapie na poruchy spánku**

Autor: Kamila Padertová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2014



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice  
Fakulty of Education  
Department of Health Education

## **Bachelor Thesis**

### **The effect of music therapy on sleep disorders**

Author: Kamila Padertová

Study program: Specialization in Education

Study of programme: Health Education

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, April 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Kamila Padertová

Název bakalářské práce: Vliv muzikoterapie na poruchy spánku

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

Předmětem mé bakalářské práce je výzkum vlivu muzikoterapie při poruchách spánku. Práce vznikla ve spolupráci s MUDr. Pavlem Dohnalem, primářem oddělení spánkové poradny v českobudějovické nemocnici a MUDr. Marcelou Kalnou, privátní psychiatrickou. Práce ověřuje, zda by tato metoda mohla být přínosem pro pacienty, kteří se dlouhodobě s touto problematikou obracejí na lékaře. Důležitá je i zmíněná zpětná vazba nejen testovaných, ale i zdravotního personálu. V teoretické části vycházím z poznatků o celkovém vlivu hudby na psychiku člověka. Věnuji se problematice zvládnutí nejen spánkového deficitu, ale i stresu a napětí s ním spojenému. V praktické části se zaměřuji na vlastní experimentální šetření související s aplikací muzikoterapeutického programu u vybraných pacientů trpících některou z diagnóz poruch spánku. Výzkumem dokazuji, že relaxace, meditace s hudbou a individuální přístup jsou účinné psychoterapeutické prostředky, kterými lze přispět k navození optimální duševní rovnováhy člověka a zlepšení kvality spánku.

Klíčová slova: muzikoterapie, muzikoterapeut, psychoterapie, stimulace, relaxace, terapie, stres, spánek, spánková porucha,

## Bibliographic Identification

Name and Surname: Kamila Padertová

Title of Bachelor Thesis: : The effect of music therapy on sleep disorders

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

The year of defense: 2014

### Abstract:

In my work I study the influence of music therapy on sleeping disorders. There were two persons who cooperated in preparation of the work: MUDr. Pavel Dohnal, head of Department for Sleeping Disorders Counseling in the hospital of Czech Budweis and MUDr. Marcela Kalná, private psychiatrist. The aim of the work is to verify whether the method could be helpful for the patients who contact doctors regarding this issue for long time. Both the feedback of tested people and hospital staff is very important. In the theoretical part I draw information from the knowledge about the music influence to the mental state of mind. I describe the managing of sleep deficit and stress itself with correlation to the tension.

In the practical part I focus on the experimental research which deals with application of music therapy project on the chosen patients suffering one of the sleeping disorders. I prove that relaxation, meditation with music and individual approach are efficient psycho therapeutic tools which can contribute to optimal mental balance of a man and they can help to improve the quality of sleeping too.

Keywords: music therapy, music therapist, psychotherapy, stimulation, relaxation, therapy, stress, sleep, sleeping disorder,

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Vliv muzikoterapie na poruchy spánku“ vypracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. Ludmily Peřinové, Ph.D., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské - diplomové - rigorózní - disertační práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných ... fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Poděkování:

Tímto děkuji PhDr. Ludmile Peřinové, Ph.D. za odborné vedení, moudré rady a ochotu při vypracování bakalářské práce. Zároveň velké poděkování patří primáři MUDr. Pavlovi Dohnalovi a MUDr. Marcele Kalné za jejich čas při konzultacích a i cenné odborné rady, které mi vždy poskytli.

V neposlední řadě také děkuji všem, kteří se podíleli na praktickém šetření, podstoupili testování a zodpovědně přistupovali k celému výzkumu.

# Obsah

1. ÚVOD .....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE .....	11
2.1. MUZIKOTERAPIE .....	11
2.1.1. HISTORICKÝ VÝVOJ MUZIKOTERAPIE.....	12
2.1.2. DRUHY MUZIKOTERAPIE.....	16
2.2. MUZIKOTERAPEUT .....	17
2.3. MELODIE A RYTMUS .....	19
2.4. PSYCHOTERAPIE .....	20
2.4.1. DRUHY PSYCHOTERAPIE .....	21
2.4.2. CÍLE PSYCHOTERAPIE .....	22
2.5. STIMULACE A RELAXACE .....	22
2.6. TERAPIE A JEJÍ DRUHY .....	24
2.7. VLIV HUDBY NA PSYCHICKOU A FYZICKOU STRÁNKU ČLOVĚKA ..	25
2.8. PORUCHY SPÁNKU A JINÉ ZÁTĚŽOVÉ SITUACE (stres, napětí...)	26
2.9. MOŽNOSTI A VLIV MUZIKOTERAPIE V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH MEDICÍNSKÉ PÉČE .....	31
3. PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
3.1. CÍL PRÁCE .....	33
3.2. POSTUP PRÁCE.....	33
3.3. ODBORNÉ OTÁZKY .....	33
3.4. METODIKA .....	34
3.5. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÝCH SOUBORU .....	34
3.6. ORGANIZACE PRAKTICKÉHO ŠETŘENÍ.....	35
4. VÝSLEDKY .....	36
4.1. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.2. POPIS STAVU PSYCHICKÝCH POCITŮ.....	52
4.3. ROZHOVOR S PRIM. MUDr. PAVLEM DOHNALEM a MUDr. MARCELOU KALNOU.....	61
5. DISKUSE.....	63
6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:.....	68

8. PŘÍLOHY .....	70
8.1. PŘÍLOHA Č. 1 .....	70
8.2. PŘÍLOHA Č. 2 .....	72



# 1. ÚVOD

„Kdo chce pochopit hudbu, nepotřebuje ani tak sluch, jako srdce“ (Jiří Mahen)

Na přednáškách muzikoterapie jsem zjistila, že mě tento obor oslovil, a proto jsem si vybrala toto téma k bakalářské práci. Velký dík patří PhDr. Ludmile Peřinové, Ph.D., která se muzikoterapii věnuje řadu let. Umí zaujmout nejen studenty, ale i širokou veřejnost svými znalostmi, prezentací a podáním.

Vzhledem k tomu, že jsem od svých čtyř let navštěvovala Základní uměleckou školu v Trhových Svinech, kde jsem kromě hry na klavír a akordeon sólově a sborově zpívala, mám k hudbě silný vztah. Jsem přesvědčena, že hudba léčí, ale při špatném výběru může člověku navodit nepříjemné pocity. Proto je velmi důležitá správná volba hudebního materiálu. Muzikoterapie je poměrně mladou vědní disciplínou a tak je stále co prozkoumávat. Nicméně v dnešní hektické době, kdy přibývá pacientů s různými psychickými poruchami či poruchami spánku, je každé prohloubení poznatků o terapii přínosem.

Téma jsem si vybírala i s ohledem na své pracovní zkušenosti. Osm let jsem pracovala ve farmacii jako medicínský reprezentant a navštěvovala jsem převážně psychiatrické léčebny a neurology. Setkala jsem se proto s různými druhy terapií a zároveň jsem si vyslechla mnoho odborných zkušeností a poznatků lékařů, kteří s pacienty denně pracují. Uvědomila jsem si jak závažnost duševního onemocnění, tak i náročnost práce lékařů i terapeutů. Recidiva nemoci je sedmdesáti procentní. Proto je obrovskou motivací pro lékaře získat informace o nových druzích terapií, které jsou ve světě využívány a věřit v uzdravení většího počtu pacientů.

Zaujalo mě nové oddělení v českobudějovické krajské nemocnici, zabývající se poruchou spánku. Nejedná se jen o ambulantní část, ale i lůžkovou, kde je primářem MUDr. Dohnal, se kterým jsem se často setkávala. Na tomto oddělení se zabývají převážně pacienti, kteří trpí výpadkem dechu ve spánku, tzv. spánkovou apnoe. Tito pacienti jsou vyšetřeni na polysomnografickém přístroji a na EEG. Po dobu osmi hodin je monitorována činnost orgánů ve spánku. Pacienti, kteří trpí dlouhodobou insomnií, docházejí též na oddělení poruch spánku, ale nebývají přijati k hospitalizaci. Nejdůležitější je přijít na příčinu a začít problém včas řešit. Nedostatek spánku nebo špatná kvalita má za následek mimo jiné zhoršení koncentrace a soustředění.

Domnívám se, že by muzikoterapie mohla obtíže spojené se stresem a usínáním částečně vyřešit nebo alespoň minimalizovat.

Vhodně vybraná hudba snižuje hladinu stresových hormonů, pozitivně ovlivňuje imunitu, vegetativní funkce, srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motoriku a termoregulaci. Používá se často také ke zmírnění bolesti, úzkosti a strachu (např. při chirurgických nebo stomatologických zákrocích). Sama mám kladnou zkušenost s poslechem hudby a zároveň snížením strachu a odreagováním u svého stomatologa. Vyberu si vždy hudbu, která je mi blízká a nesoustředím se jen na zákrok, ale především na tóny, které slyším. Pak jsem často překvapená, že je zákrok u konce a chvíle strávené v křesle nevnímám tak dramaticky. To je právě takzvaná receptivní muzikoterapie, která léčí pouze poslechem.

Nejspíš i tato osobní zkušenost je pro mě výzvou a nadějí, že čím více se o muzikoterapii bude mluvit a široká veřejnost bude informovaná, tím více pomůže dalším lidem s jejich problémem. Je už tolik studií, kdy je vliv hudby na jedince prokazatelně úspěšný, že nemám důvod této metodě nevěřit. Proč je lidem v kómatu pouštěna do sluchátek jejich oblíbená hudba? Proč miminko reaguje na hudbu, kterou matka poslouchala v těhotenství? Jsem prostě přesvědčená, že hudba léčí, a proto budu chtít svým výzkumem přesvědčit i potenciální čtenáře této bakalářské práce

Po zkušenostech ze své profese, kdy jsem přihlížela hojnému předepisování psychofarmak, jejichž užívání je mnohdy neopodstatněné, se přikláním k alternativnějším způsobům léčby. Mám pocit, že je to jistý trend, navštěvovat psychiatra a užívat antidepressiva. Lidé v dnešní době příliš nezvládají krizové situace a místo odreagování at' už hudbou či sportem raději polknou pilulku. Pokusím se tuto problematiku řešit s pacienty, kteří trpí neorganickou poruchou spánku, dále u depresivních pacientů, kteří mají nespavost jako duální diagnózu. Třetí skupinou budou matky na mateřské dovolené, které se neléčí, ale stěžují si na nespavost. V praktické části provádím analýzu průběhu, reakcí a výsledku svého šetření.

V závěrečné části vyhodnocuji a shrnuji poznatky a pomocí přehledných grafů se pokusím prokázat blahodárný vliv hudby na psychiku člověka a zlepšení poruch spánku.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

### 2.1. MUZIKOTERAPIE

*„Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“ (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009, s.19 )*

Definice muzikoterapie dle Association of Professional Music Therapists in Great Britain APMT – (Sdružení Kvalifikovaných Muzikoterapeutů v Anglii), které bylo založeno pro ochranu jejich práv a vzdělání v roce 1976 zní takto:

*„Muzikoterapie je taková forma péče, během níž vzniká vzájemný vztah mezi pacientem a terapeutem. Umožní navodit u pacienta takové změny, aby mohla být započata léčba. Terapeut pracuje s různými pacienty, dětmi i dospělými, kteří mohou mít emocionální, fyzické, mentální nebo psychické poruchy. V klinickém setkání se terapeut s pomocí tvořivého využití hudby snaží o interakci, nabízí hudební zážitky a aktivitu a vede pacienta k dosažení terapeutických cílů, stanovených podle jeho patologie.“ (APMT, 2001)*

Každý zvuk má silnou moc současně jak uzdravující, tvůrčí, pozitivní i negativní a stejně tak ničící. Dokáže vyléčit, ale ve výjimečných případech dokáže i zabít. Kolik jen zvuků se denně dostane k našim uším! A kolik vibrací proniká skrze naše tělo a způsobuje hluboké změny v organismu na poli psychickém, fyzickém, duchovním i emocionálním současně! Uvědomíme si, kolik informací nese v sobě již samotný lidský hlas! ( ROMANOWSKA, 2005)

Muzikoterapie má na posluchače převážně utišující a uklidňující vliv. Umožňuje zahledět se do svého nitra a regenerovat se. Výzkumy dokázaly, že po 10 minutách poslechu vhodně vybrané, terapeuticky působící hudby mizí u většiny osob únava, stres a volněji se jim dýchá. Zpomaluje se také srdeční činnost. Muzikoterapie kromě

likvidace únavy tlumí negativní emoce jako zlost, nechut', agresi. Pomáhá při práci, bolesti a usnadňuje odpočinek. Je proto využívána rovněž jako podpůrná léčba v případě mnoha onemocnění. Vede k vnitřní harmonii, zvyšuje odolnost organismu, uvolňuje vlastní účinné obranné mechanismy. Nejenže umožňuje bránit se před nemocemi, ale nezdědka vede k samovyléčení dokonce dlouhotrvajících chorob. Podle Barbary Romanowske se efekt dostaví zvláště tehdy, když je uskutečňováno trojfázové uzdravování: tělo-mysl-duše. (ROMANOWSKA, 2005)

Terapeutickým prostředkem receptivní (pasivní) muzikoterapie je poslech hudby. Může se jednat o reprodukovanou hudbu, která využívá širokou škálu různých stylů klasické a moderní hudby. Kromě reprodukované hudby může terapeut využít i živé produkce, která pacientovi zprostředkuje vizuální zážitek. Při poslechu se nemusí jednat pouze o hudbu, ale také o zvuky přírody, šumy nebo ticho. Receptivní muzikoterapie se doporučuje především u psychotických onemocněních, při odbourávání psychických bloků nebo také pro uvolnění svalů. Muzikoterapeut musí brát v úvahu aktuální stav klienta a jeho hudební zkušenosti. (LINKA, 1997)

Aktivní muzikoterapií označujeme situaci, kdy se pacient aktivně zapojuje do průběhu terapie. Může se projevat vlastním hlasem nebo hrou na jednoduché hudební nástroje. Většinou se jedná o různé rytmické nástroje (bubínky, tamburiny, Orffův instrumentář apod.), méně často o strunné a dechové nástroje (kytara, flétna). Další možností je používání okolních předmětů (židle, stoly) nebo vlastní tělo. Je velmi těžké hrát nebo zpívat podle nějaké předlohy, proto je pro aktivní muzikoterapii typická improvizace. Pomocí improvizace může pacient sdílet své pocity, postoje a názory a tím se zlepšuje i jeho sebehodnocení a komunikační schopnosti. (ZELEIOVÁ, 2007)

### **2.1.1. HISTORICKÝ VÝVOJ MUZIKOTERAPIE**

Již od nepaměti jsou hudba, tóny a rytmus využívány jako léčebný prostředek. Původně byla hudba využívána ke komunikaci s nadpřirozenými silami, v boji proti úzkosti a nemocem. Například v pravěku lidé používali při léčení a magickém zaklínání hole, kterými silou tloukli do dutého kmene nebo kamene, k tomu zpíval šaman a umocňoval tak magický vliv tohoto rytmu. Dynamika a tempo strhávaly ostatní zúčastněné k živelnému pohybu. Postupným vývojem byly zdokonalovány hudební nástroje. Každý kmen měl vlastní rituály, hudba byla vybírána k určitému druhu onemocnění. (ŠIMANOVSKÝ, 2007)

V knize Psychologie Otty Čačky mě zaujal článek o recepci hudby, který pojednává o tom, že i v dobách starých Řeků dokázalo umění, hudba, či bohoslužba navodit „změny stavu vědomí“ člověka. Nejednou se posluchač dokázal odpoutat od reality a stal se aktérem událostí. ( ČAČKA, 1999)

Pravěk: Počátky cíleného působení zvuku a hudby na člověka musíme hledat již v období prehistorickém. Teoriemi o vzniku řeči a zpěvu se již několik staletí zabývají nejrůznější odborníci. Jsou mezi nimi zastánci názoru, že člověk nejdříve vydával zpěvné hrdelní zvuky, ze kterých se později vyvinula artikulovaná řeč. Řada odborníků předpokládá, že hudba pramení přímo z řeči. Nejčastější shoda však panuje v teoriích, které poukazují na společný pramen řeči a hudby. Pro význam prvotní hudby je důležitá především lidská vokalizace. (muzikoterapie, 2014, online)

Lidský hlas byl (a je) nejpřírodnější a nejpůvodnější hudební nástroj člověka. Hudba a rytmus jako léčebné prostředky jsou lidmi používány už od nepaměti. Proto není nepravdivé tvrzení, že je muzikoterapie stará jako lidstvo samo. Původně byla hudba chápána hlavně jako forma komunikace s nadpřirozenými silami, jako způsob, kterým se lidé snažili zapůsobit na bohy a demony ve prospěch svého kmene nebo jedince. Byl to způsob boje s úzkostí a s chorobami. Při magickém léčení byl hlavní rytmus, který býval doprovázen hrou na tělo (tleskání, dupání apod.), jakož i hrou na jednoduché hudební nástroje (např. tlučením dvou kamenů o sebe, hra na dutá dřeva, později jednoduché bubny či kostěné flétny). Měnila se při tom opakovaně intenzita a tempo a to vše bylo umocněno šamanovým zpěvem. (ŠIMANOVSKÝ, 2001)

Starověk: Terapii hudbou znaly téměř všechny starověké civilizace. Ve Starém zákoně najdeme zmínky o vyléčení krále Saula z depresivních stavů za pomoci hry na harfu. V Egyptě plavili své nemocné po Nilu na loďkách za doprovodu uklidňující hudby. Řekové chápali význam hudby také jako prevenci v oblasti mentální hygieny, kde hudba pomáhá vytvářet rovnováhu mezi psychickou a somatickou složkou člověka. Hudební terapii se zabývali i myslitelé, jako byl Pythagoras, Platon, Aristoteles. Starořecký filozof, matematik a hudební teoretik Pythagoras vytvořil hudebně-léčebnou metodu. Tato metoda byla založena na myšlence hudební harmonie, která zprostředkovává propojení vesmírné a vnitřní harmonie člověka. Tradují se zvěsti o Pythagorově zázračném uzdravování prostřednictvím hudby. Magické účinky hudby jsou popisovány také v řeckém bájesloví a básnictví, např. Odysseus byl očarován zpěvem Sirén, Orfeus na cestě za dívkou Euridiké ničil hudbou podsvětí. Římané

převzali tradici muzikoterapie od Řeků a velký římský lékař Galeos doporučoval hudbu například jako protijed při hadím uštknutí. (ŠIMANOVSKÝ, 2001)

**Středověk:** Po pádu říše římské tradice terapie hudbou v západní Evropě postupně upadá do zapomnutí. Ve středověku se od využití muzikoterapie upouští a je jen málo zmínek o terapii pomocí hudby. V tomto období nebylo velké pochopení pro duševně nemocné, proto se k léčbě využívalo působení duchovní hudby, která měla očišťovat a vyhánět „zlé duchy.“ V křesťanství hudba sehrávala obecně uklidňující a náboženskou funkci v rámci různých církevních obřadů. (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992)

**Renesance a novověk:** Muzikoterapie se opět dostává do centra pozornosti, ale ne pod výrazem muzikoterapie. Anglický lékař R. Buton se zaměřoval na využití hudby při duševních poruchách a francouzský lékař A. Paré studoval možnosti působení hudby na chirurgicky léčené pacienty. (ŠIMANOVSKÝ, 2007)

V 17. a 18. století se objevuje stále více teorií a praktických metod. Objevila se nová koncepce léčení hudbou pod názvem iatromusica (z řeckého iareia – léčení). Hlavním představitelem byl německý jezuita A. Kircher, univerzitní profesor a znalec medicíny, hudby, tajných písem, astrologie, astronomie, fyziky, geografie, psychologie i teologie, který zkoumal léčivé účinky hudby a došel k závěru, že lidská duše i zvuk jsou složeny z elementárních částic, které mohou vzájemně rezonovat. Princip uzdravení pomocí hudby vycházel z představy vibrací způsobovaných hudbou – ty z nemocného těla podle této teorie vypuzovaly jedovaté látky. Za nejpřínosnější se považoval rytmus, proto byly komponovány speciální léčebné skladby tanečního charakteru. Anglický lékař R. Brocklesby napsal první ucelenou publikaci o systému muzikoterapie. Na Slovensku lékař I. R. Ambro napsal spis o léčení hudbou používaný v medicíně. E. A. Nicolai se zabýval somatickými reakcemi na poslech hudby, zejména změnami tepu a rytmu dýchání. Přiznává, že hudba může uvolňovat afekty, a tak terapeuticky působit. (LINKA, 1997)

**19. a 20. století:** V některých psychiatrických léčebnách byla praktikována léčba hudbou ve formě aktivního zaměstnání za pomoci hudebního doprovodu. Ve 2. polovině 19. století se muzikoterapii nedařilo, byla zavržena jako šarlatánství. Až teprve na přelomu století se opět objevují snahy využít muzikoterapii v medicíně. V historickém kontextu využití zvuku a hudby, v cílené snaze působení na člověka. Byl po dlouhá staletí kladen důraz na propojení fyziologické, psychické a sociální roviny. Platí to v oblasti teorie (filozofického přístupu) i praxe. Ukázkových příkladů je možné

najít celou řadu. Rituály různých kmenů mají celostní charakter – hudba zde bývá zpravidla nosným prvkem celkového působení a prožívání v úzkém spojení s dalšími faktory dalšími (tancem, pohybem, vztahovými rolemi, popřípadě využitím katalyzátoru v podobě psychotropních látek). V asijských duchovních a medicínských systémech je hudba považována za jednu z nejvýznamnějších duchovních aktivit a vlivu zvuku a hudby je široce a cíleně využíváno. Výjimkou nejsou ani muzikoterapeutické koncepty Pythagora nebo Aristotela zdůrazňující propojení psychické a somatické dimenze lidského organismu a integrující možnosti působení hudby v tomto směru. (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

Novodobá muzikoterapie se začala po druhé světové válce rozvíjet do podoby dnešní léčebně - speciálně – sociálně - pedagogické a psychoterapeutické koncepce. Stalo se tak zvláště zásluhou klinických empirických výzkumů ve Spojených státech amerických a v Evropě. V dnešní době je muzikoterapie uznávaná jako vědecká disciplína aplikovaná ve více než čtyřiceti zemích světa. (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

Po dlouhá staletí byla hudba spojována pouze s náboženstvím, různými církevními obřady a kultovými slavnostmi. Kouzelníci a kněží potřebovali využívat jedinečného emocionálního vlivu hudby na lidi. V dávných dobách byla hudba výsadou vládnoucích lidí. Lidoví hudebníci hrající k tanci byli ve středověku pronásledováni jako „nástroj ďábla“ a byli odstrčeni mezi společenskou spodinu. (BARVÍK, 1962)

Česká muzikoterapeutická asociace (Czech Music Therapy Association – CZMTA) byla založena v roce 2008 praktikujícími muzikoterapeuty z řad lékařů, psychologů, psychoterapeutů, speciálních pedagogů a hudebníků s dlouholetou praxí v oblasti muzikoterapie.

*„Na velké časové ploše se tak ukazuje, že pro umění je typická koexistence různých typů uměleckých děl, že člověk k těmto typům přistupuje podle toho, co je pro něho v dané chvíli užitečné“ (ČAČKA, 1999, s.216).*

*„Je blízko doba, kdy si lidé budou hudbu vybírat stejně pečlivě, jako si začínají vybírat potravu. Když tato doba nadejde, pak hudba bude hlavním zdrojem léčby problémů jednotlivce i společnosti. Následně vývoj lidstva mimořádně postoupí“ (HALPERN, 2005, s.80).*

## 2.1.2. DRUHY MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapii lze dělit z různých hledisek.

- a) komunikativní – vede ke zlepšování mezilidských vztahů, integraci, kooperaci. V dnešní době často využívána, protože vzhledem k pokroku techniky, kdy lidé sedí několik hodin u počítače nastává problém s osobním kontaktem. Vyjadřování a slovní zásoba populace je mnohdy alarmující.
- b) reaktivní – na základě pozitivní reakce na hudbu se eliminují negativní emoce v lidské psychice.
- c) regulativní – založena na regulaci napětí.

Podle počtu klientů:

- a) individuální muzikoterapie – účastní se pouze jeden klient a terapeut se mu intenzivně věnuje
- b) kolektivní muzikoterapie (tzv.skupinová) vhodné do 15 osob, které buď tvoří skupinu fixní (např. lidé, kteří nastoupili současně do kurzu, léčení, ambulance...) nebo skupinu variabilní (s proměnlivým personálním složením skupiny). Do kolektivní muzikoterapie patří i tzv. hromadná muzikoterapie, které se může zúčastnit méně jak 30 klientů, nebo i více (např. při terapeuticky motivovaném koncertě. Počet účastníků není omezen).

Dále rozlišujeme :

- a) hudební autoterapie – sebeléčba
- b) hudební heteroterapie – zde působí terapeut na klienta

Z hlediska účasti na terapii:

- a) **AKTIVNÍ** (expresivní) – *„při aktivní muzikoterapii pracuje klient s hudebním nástrojem nebo hlasem, spoluúčinkovat s ním může terapeut či spolupacienti. Aktivní muzikoterapie může zahrnovat též aktivity spojené s pohybem, tancem, dramatizací, výtvarným projevem, poetikou a podobně.“* (ZELEIOVÁ, 2007, s.27)



b) PASIVNÍ (receptivní) – „představuje poslechové aktivity, při kterých terapeut nabízí s určitým terapeutickým záměrem hudbu, a to buď reprodukovanou, nebo prostřednictvím vlastní hry na hudební nástroje.“ (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009, s.31)

„U receptivní muzikoterapie je pozornost zaměřena především na poslech hudby, zvuků, šumů nebo ticha. Většinou využívá bohatou fonotéku klasické i moderní hudby.“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 142)

Výběr hudby je vždy velice důležitý, nesprávná volba by mohla působit antiterapeuticky. (ZELEIOVÁ, 2007)

Receptivní muzikoterapie se často využívá ve spojení s nejrůznějšími relaxačními technikami.

Skupiny se mohou dělit podle dalších ukazatelů:

- podle věku
- pohlaví
- náboženství
- druhu onemocnění.

## **2.2. MUZIKOTERAPEUT**

Muzikoterapeut vytváří hudebně a emocionálně příznivé prostředí, které podporuje hudební vyjadřování klienta. Osobnost muzikoterapeuta by měla disponovat těmito povahovými rysy:

- lidskost
- empatičnost
- inteligence
- diskrétnost
- kvalifikovanost
- dodržování etického kodexu

## Etický kodex muzikoterapeuta

- Měl by nést osobní zodpovědnost za terapeutické úkony a osoby, s nimiž vstupuje do terapeutického vztahu.
- Chrání bezpečí a nejlepší zájmy pacientů.
- Pracuje na základě jednoznačné domluvy s pacientem.
- Jedná v souladu se schválenými standardy, vztahujícími se k jeho specifické roli.
- Měl by si být vědom stupně závislosti klienta, doprovázející terapeutický vztah.
- Neprovádí terapie, pro které není kompetentní.
- Je zodpovědný za pacientovu fyzickou bezpečnost během terapie. Má znát zdravotní potřeby jedince, které mohou vyžadovat urychlený přístup lékařské pomoci.
- Zavazuje se k diskrétnosti informací.
- Rozšiřuje hranice svých znalostí a dovedností.
- Pacientům je dána stejná příležitost k ohodnocení jejich stavu a léčbě bez ohledu na jejich rasovou, náboženskou nebo etnickou příslušnost, pohlaví, sexuální orientaci (MUSIC THERAPY WORLD, 2000, on-line).

Muzikoterapeut potřebuje mít nejen dobré hudební znalosti a dovednosti, ale také vědět, jak tyto dovednosti využívat v praxi. Požadavky na profesní přípravu muzikoterapeuta určují jednotlivé muzikoterapeutické vzdělávací programy v součinnosti s příslušnými muzikoterapeutickými asociacemi. Nacházíme velké rozdíly v kurikulech muzikoterapeutických programů, neboť většina zemí si určuje vlastní standardy pro vzdělávání muzikoterapeutů. Některé programy odborné přípravy se zaměřují pouze na doplňující postgraduální vzdělávání odborníků pomocných profesí, jiné přijímají a vzdělávají studenty bez blíže specifikovaných požadavků (většina postgraduálních programů).

V některých zemích jsou vypracovány požadavky a doporučení, která musí splňovat akreditované muzikoterapeutické vzdělávací programy. „*Například podle Americké muzikoterapeutické asociace (2005) spadají profesionální kompetence muzikoterapeuta do tří hlavních oblastí – jedná se o hudební, klinické a muzikoterapeutické základy.*“ (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009, s.68)

### 2.3. MELODIE A RYTMUS

Melodie je výrazová forma. Podle Rudolfa Steinera je melodie "pravou hudebností" v hudbě. Základním prvkem, díky kterému se vytváří melodie, je tón. Každý tón vlastní hudební svět, tzv. tóninu. Hudba žije mezi jednotlivými tóny ve svém vlastním živlu: čase. (KRČEK, 2008)

Tón C - podle R. Steinera je tón C dnešním základním tónem. Symbolizuje mohutnost, sílu, pevnost.

Tón D - reprezentuje pohyblivost. Skrývá v sobě velké terapeutické možnosti. Étericky laskavé, opatrné, jemné (vyvádí pacienta z jeho jednostrannosti).

Tón E - niterní tón, most mezi člověkem a vesmírem.

Tón F - tón lásky. Vlídny, zahřívající, odbourává blokády.

Tón G - vážný, nejasný, zahloubaný, vyvolává vzpomínky.

Tón A - sluneční tón, důvěra, pomoc, hledání sebe sama.

Tón H - nejasný, neuchopitelný, nepochopitelný, uklidňující.

Prostřednictvím rytmu je melodie formována v čase. Poslechneme-li si melodii bez rytmu, slyšíme, jak tóny ztrácejí svou pozemskost. Jsou možné různé rytmické stavby a každá má svůj charakter. Obecně platí, že čím delší tóny, tím více jednotvárnosti a tím větší relaxace pro náš mozek. Kratší noty více vyprávějí, nutí k ostražitosti. (KRČEK, 2008)

Při terapii se tempa využívá pomocí různých rytmických cvičení. Klidný posluchač se musí vzchopit, aby udržel tempo. Rychlý se musí brzdit. Tato cvičení mají velký vliv na hysterické děti a děti s astmatem. Hysterické děti se cvičeními učí překonávat práh, který před nimi znovu a znovu vyvstává. Změny tempa vyvolávají vnitřní potřebu těla se přizpůsobovat. Toho se využívá u problémů s dechem (astma, zánět průdušek...). V hlasitém tónu je napjatá naše vůle, napětí je zvýšeno, musíme se angažovat, nejsme uvolněni. V tichém tónu jsme naproti tomu osvobozeni. Je možný odstup a napětí je nižší. (KRČEK, 2008)

## 2.4. PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky – pomocí rozhovoru s klientem (pacientem), sugescemi, nácvikem, vyjadřováním emocí.

Psychologických terapií je mnoho druhů – některé se snaží odstranit příčiny problému, jiné příčiny nezkuumají a řeší pouze projevy. Psychoterapie se může zúčastnit klient individuálně, v páru (např. manželé) nebo i ve skupině. (KRATOCHVÍL, 2006)

Psychoterapeutem se nemůže stát každý, kdo chce, i když se to často děje. „Pravý“ psychoterapeut má vysokoškolské vzdělání v medicíně nebo psychologii. Má několikaletou praxi ve zdravotnickém zařízení, postgraduálně studoval a absolvoval psychoterapeutický výcvik. (KRATOCHVÍL, 2006)

Psychoterapií lze léčit, zlepšovat, ale i ublížit. Zkušený psychoterapeut dokáže určit diagnózu z lidského hlasu. Lidský hlas je odrazem emocí, psychického i fyzického stavu, psychického a duševního zdraví. Zdravý hlas (a současně zdravý člověk) se dá rozpoznat skrze jeho všestrannost:

- Citlivost
- Výraznost
- Jasnost tónu
- Průraznost
- Upřímnost
- Vhodnou hlasitost
- Bez napětí
- Vitalitu
- Plnost
- Síla životní energie, které si nelze nevšimnout

Možnost hlasového projevu má pozitivní vliv na naše zdraví, učí porozumění s ostatními, usnadňuje vyjádření emocí a pocitů a v neposlední řadě posiluje sebejistotu každého jedince. Schopnost rozpoznávání charakteru hlasového projevu, jak svého, tak ostatních lidí, může v mnoha směrech napomoci při různých potížích. Rozpoznání hlasové charakteristiky vede také k sebeuvědomění a učí umění naslouchat. Díky hlasovému projevu je možné často rozpoznat skutečné, skryté významy slov. (ROMANOWSKA, 2005)

### 2.4.1. DRUHY PSYCHOTERAPIE

Neexistuje pouze individuální a skupinová terapie, jak se mnozí domnívají, ale jako každá věda se i psychoterapie neustále rozvíjí. Můžeme ji posuzovat z mnoha hledisek. Uvedu některá z nich, která mě zaujala v knize Stanislava Kratochvíla „Základy psychoterapie“.

Při direktivní psychoterapii působí terapeut na pacienta a přímo usměřuje jeho myšlení, postoje a chování. Dává mu příkazy, rady a vyžaduje splnění určitých úkolů. V nedirektivní psychoterapii bývá psychoterapeut spíše katalytickým činitelem. Pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci, vytváří příznivou atmosféru a vyhýbá se udělování rad, sugescí nebo projevování vlastního názoru. Extrémnímu případu nedirektivní psychoterapie se říká též „mhm terapie“ : terapeut neřekne ani slovo, nevyjádří ani souhlas ani nesouhlas, pouze mnohoznačné nic neříkající „mhm.“ (KRATOCHVÍL, 2006)

Psychoterapie symptomatická se zaměřuje na chorobný příznak a psychoterapie kauzální se snaží odstranit a zjistit příčinu. K symptomatické psychoterapii se velmi kriticky stavějí hlubinné směry. (KRATOCHVÍL, 2006)

„Podpurná psychoterapie se nesnaží měnit osobnost člověka, ale poskytuje porozumění, pomoc a pochopení osobnosti. Zdůrazňuje hlavně pozitivní rysy, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly. Pomáhá při zvládnání aktuálních problémů a situací. Rekonstrukční psychoterapie usiluje o přestavbu osobnosti, nejen hlubší analýzou jejího utváření ale závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.“ (KRATOCHVÍL, 2006)

- **Individuální psychoterapie** - zahrnuje pouze vztah terapeut-klient. Terapie se snaží pomoci lidem lépe porozumět. Terapeut se snaží působit na klienta pozitivně a motivovat ho, aby se klient lépe vypořádal s nároky každodenního života. Je často první formou odhalení a léčení například deprese.
- **Skupinová psychoterapie** - je formou psychoterapie, kde terapeut pracuje s dvěma nebo více klienty. Při skupinové terapii je výhodou, že se členové skupiny mohou poučit ze zkušeností ostatních, dále pozorováním a zpětnou vazbou. Tak je skupinová terapie prospěšná, klient se lepší nejen s intervencí terapeuta. Důležitý je přímý kontakt s terapeutem a ostatními členy, ale zároveň

se doporučuje zanechat dostatečný prostor, aby se každý mohl pohodlně usadit. Vhodné je kruhové sezení.

- **Rodinná (párová) psychoterapie** - terapie pomáhá najít vhodné způsoby komunikace mezi partnery či rodinnými příslušníky, kteří řeší individuální problémy. Terapie je přínosná pro rodinu, ve které je cítit napětí a nervozita. Členové rodiny si svůj problém uvědomují a chtějí na něm všichni společně pracovat.

#### 2.4.2. CÍLE PSYCHOTERAPIE

Existují dvě výrazně odlišné formulace cílů psychoterapie

- a) *„Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků. Pacient přichází s jistými obtížemi a úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým nebo – dokonaleji – terapií kauzální, odstraňující příčinu. Někteří autoři zpřesňují tento cíl jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti prožitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily.“* (KRATOCHVÍL, 2006, s. 101)
- b) *„Cílem psychoterapeuta je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. Podle příslušné teorie osobnosti se analyzují např. intrapsychické konflikty, sledují patologické fixace libida nebo patologické stereotypy v interpersonálních vztazích, usiluje se o korekci postojů. Osobnost se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek. Významnost zlepšení nebo vyléčení se posuzuje podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoli podle změn v symptomatice.“* (KRATOCHVÍL, 2006, s.102)

#### 2.5. STIMULACE A RELAXACE

Stimulace je dnes běžnou součástí života každého z nás. Všechny věkové kategorie bez ohledu na vzdělání nebo pohlaví používají prostředky, které alespoň

chvíli navodí skvělou náladu. Mladší generace si dopřeje své „dunění“ a hlasité decibely. Starší asi sáhnou k alkoholu nebo k mírnějšímu hudebnímu žánru. Člověk nemůže být neustále ve formě. A občas je dobré se duševně nebo duchovně „dobít“, Není to známka slabosti, a není důvod se za to stydět. Rueger doporučuje s hrdostí usednout do křesla, nebo se zapojit do práce a vybrat vhodnou hudbu. Jednotlivé tóny se potom stávají dávkami energie a navodí pozitivní myšlení. (RUEGER, 1991)

Relaxace je stav, který uvolňuje v lidském těle svalové a psychické napětí. Zároveň je součástí psychohygieny a zdravého životního stylu. Pomáhá nabrat energii, zregenerovat tělo a duši, oprostít se od aktuálních problémů a starostí. Měla by v dnešní uspěchané době být součástí každého člověka. Při relaxaci dělá člověk většinou činnost, která ho baví, nebo je mu příjemná. Zbavuje se tak stresu a únavy a může tím předejít mnoha zdravotním komplikacím. (WRIGHTOVA, 1998)

Relaxace je základem nebo nezbytným doplňkem terapie mnoha psychických nemocí a poruch – od neuróz až po psychotická onemocnění a závislosti. Při správně prováděné relaxaci dochází k uvolnění stresu z buněk, které pak mohou přijímat dostatečné množství potřebného kyslíku, vody a jiných důležitých živin, mohou se přirozeně regenerovat. U dlouhodobého (chronického) stresu dochází k jakémusi uzavření buněk a následkem toho může dojít k tělesnému poškození. (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

*„Relaxace je účinná léčba. Urychluje zotavení po jakékoli nemoci a navíc může vzniku mnoha nemocí předejít. Jako zázrakem odstraní bolesti svalů, které jsou napjaté k prasknutí. Uvolní stres se všemi jeho rozličnými projevy, poruchami trávení počínajíc a srdečními obtížemi končíc.“ (WRIGHTOVÁ, 1998, s.7)*

#### **K nejčastějším relaxačním technikám patří**

- autogenní trénink
- dechová cvičení
- kresba nebo jiná tvořivá činnost
- poslech relaxační hudby

Poslech relaxační hudby, neboli receptivní muzikoterapie, je disciplína, kterou se budu aktivně zabývat v praktické části této práce.

Klienti leží nebo sedí na podložkách, místo a polohu si zvolí sami. Měli by mít pocit jistoty a svobody (neměli by ležet v těsné blízkosti). Muzikoterapeut by měl navodit příjemnou atmosféru. Měl by hudbu provázet svým klidným hlasem, který klienty zharmonizuje. Důležité je upozornit posluchače na to, aby se nesoustředili na

obsah hudby. Cílem je navodit a uvědomit si vnitřní pohodu, klid v duši a příjemně si odpočinout. Toto sezení trvá v rozmezí od 15 do 20 minut, delší může trvat od půl do tři čtvrtě hodiny. Může být zakončeno dechových cvičením. Na závěr se klienti vyjadřují k průběhu relaxace, sdělují své pocity. Písemně, ústně, kresbou, či jiným způsobem. (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER 2009)

## 2.6. TERAPIE A JEJÍ DRUHY

Chtěla bych ve své práci zmínit i jiné druhy terapií, které se mohou kombinovat s postupy jiných expresivních terapeutických přístupů např. arteterapií, poetoterapií, biblioterapie psychodramatem, tanečně pohybovou terapií, atd.

V kombinaci s metodami jiných terapií může hudba sloužit:

- ke snížení napětí během terapeutické činnosti
- k navození určité atmosféry, nálady
- ke zvýšení představivosti a koncentrace
- k relaxaci a odvedení pozornosti od rušivých kognitivních procesů
- k posílení exprese a výrazu klientů
- k vytvoření struktury v čase ( při pohybové činnosti...)
- jako alternativa verbální komunikace (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

Jelikož ve své výzkumné části nebudu aplikovat na klientech jiné druhy terapií, podrobněji jsem se jim nevěnovala. Uvedu pouze dva druhy terapií, které lze s muzikoterapií kombinovat.

Arteterapie je psychoterapeutická metoda, kterou je možné praktikovat jak ve formě receptivní (vnímání uměleckých děl) tak vlastní tvorbou. Díky této metodě je možné vyjádřit emoce, jenž jedinec jiným způsobem vyjádřit neumí. (PECHOVÁ, 2009)



Psychodrama je improvizované zjednodušené divadlo využívané k psychotherapeutickým účelům. Účinkuje v něm pacient (protagonista) a psychodramatický tým. Aby mohl pacient předvést své přání, zážitky postoje i fantazii má k dispozici protagonistu. Protagonisté jsou většinou spolupacienti. Psychodrama je často využíváno při hospitalizacích u neuróz. (KRATOCHVÍL, 2006)

## 2.7. VLIV HUDBY NA PSYCHICKOU A FYZICKOU STRÁNKU ČLOVĚKA

Většina z nás s potěšením poslouchá hudbu, aniž si plně uvědomuje její vliv. Někdy na nás hudba působí příjemně, jindy třeba i nepříjemně. Ať už je naše reakce jakákoli, hudba má účinky na duševní a tělesný stav člověka. Abychom pochopili jak hudbou léčit, musíme se hlouběji zamyslet nad tím, jak vlastně působí. Nemusíme být ani příliš muzikální, jde ve výsledku o to, abychom dosáhli kýžených efektů. O tom, že hudba působí na psychiku člověka není pochyb. Zvyšuje produktivitu práce, hlavně v nudných a monotónních provozech. Hudba ovlivňuje i zákazníkům výběr v obchodě při nakupování, ve stravovacích zařízeních a různých službách. (HALPERN, 2005)

*„Hudba může aktivovat základní životní energii, snížit náklonnost ke stresům, ovlivnit léčbu a vyrovnat aktivitu levé a pravé strany mozku. Je-li doprovázena představami, může pomoci snížit bolest.“* (HALPERN, 2005)

*„Už mnohokrát bylo prokázáno, že mozkové vlny lze upravovat jednak pomocí hudby, jednak zvuků, které člověk sám vydává. Normální vědomí sestává z beta vln, jež vibrují v rozmezí od 14 do 20 Hz. Beta vlny se objevují, když se ve vnějším světě soustředíme na běžné činnosti nebo když prožíváme silné negativní emoce.“* (RUEGER, 2003, s.44)

Příliš vysoký hluk v domácnosti, který vydávají různé domácí spotřebiče, brzdí výrazně u dětí vývoj smyslových, vnímacích a motorických schopností v prvních dvou letech života. Hluk dává dětem impulz, který je uzavírá do sebe. Dospívající jedinci žijící v hlučné domácnosti napodobují chování dospělých a u dětských zvyků zůstávají déle, než děti z klidných domovů. Hluk potlačuje jejich objevovací, vyjadřovací a kreativní schopnosti. (HALPERN, 2005)

*„Zvukové vlny se přenášejí pomocí tkání, poněvadž voda, která nás z převážné části tvoří, je dokonalým vodičem. Jsme proto jako zvláštní hudební nástroj, protože každý atom, orgán, každá částice, buňka, tkáň či libovolná část těla neustále vysílá*

duchovní, fyzické, emocionální a myšlenkové vlny. Pro terapeuta, který léčí pomocí zvuku, je základním ukazatelem při stanovení diagnózy lidský hlas. Je jako zvuk, který vychází z nástroje, a díky němu můžeme rozpoznat psychický a fyzický stav pacienta.“ (ROMANOWSKA, 2005, s.81).

Hudba ovlivňuje dýchání. Zpravidla se nadechneme pětadvacetkrát až pětatřicetkrát za minutu. Optimální je hlubší, pomalejší dýchání, protože přispívá ke klidu, k ovládnutí vlastních emocí, hlubšímu přemýšlení a především k lepšímu metabolismu. Mělké, rychlé dýchání může vést k povrchnímu a roztěkanému myšlení, impulzivnímu chování a k tendenci dělat chyby. Hudba zmírňuje svalové napětí a zlepšuje pohyb a koordinaci těla. Prostřednictvím autonomní nervové soustavy spojují sluchové nervy vnitřní ucho s ostatními svaly v těle. Síla, pružnost a tonus svalů jsou v důsledku toho ovlivňovány zvukem a vibrací. Veškeré zvuky a hudba mají mírný vliv i na termoregulaci. Transcendentní hudba v nás může rozproudit teplo. Hlasitá hudba s výrazným rytmem nám dokáže zvednout teplotu o několik desetin stupňů. Jemná hudba se slabším rytmem je schopna ji snížit. Hudba tohoto efektu dosahuje tak, že ovlivňuje krevní oběh, pulz, dýchání a pocení. Jak pozoroval Igor Stravinskij „bicí a basy....fungují jako ústřední topení.“ (ROMANOWSKA, 2005)

Anesteziologové tvrdí, že hladina stresových hormonů v krvi se výrazně snižuje u jedinců, kteří poslouchají relaxační uvolňující, náladovou hudbu – v některých případech hudba dokonce nahrazuje potřebu medikace. K těmto hormonům patří adrenokortikotropin, prolaktin a lidský růstový hormo. (RUEGER, 2003)

Hudba může také:

- posilovat paměť a schopnost učit se
- zvýšit pracovní výkonnost
- podporovat sexualitu a romantičnost
- podporovat trávení
- podporovat výdrž
- navodit pocit bezpečí a pohody

## **2.8. PORUCHY SPÁNKU A JINÉ ZÁTĚŽOVÉ SITUACE (stres, napětí...)**

Kvalitu spánku ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z nejčastějších je například stres. Jedná se o odezvu živého organismu, který je vystaven nepříznivým životním podmínkám (stresorům), mající za cíl zachování homeostázy a zabránění poškození

nebo smrti. Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres je tedy stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž – fyzickou nebo psychickou. (ŠONKA, 1993)

Neorganická nespavost (insomnie), je definována jako obtížné nebo opožděné usínání. Buzení v průběhu spánku, předčasného probouzení nebo v podobě špatné kvality spánku. Potíže trvající déle než měsíc a opakující se třikrát týdně. (BORZOVÁ, 2009)

### **Druhy stresu:**

- Eustres – pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším a nebo lepším výkonům. Pozitivní stres (příkladem může být odjezd na dovolenou, svatba...)
- Distres – nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění, nespavost. Negativní stres, např. nespavost.
- Stresor – příčina stresu, tzn. cokoliv, co vychyluje fyzickou a mentální rovnováhu, negativní životní faktory.
- Fyzikální faktory: prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota...
- Události: narození dítěte, úmrtí, únos, znásilnění, válka, setkání, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role...
- Zodpovědnost: nezaplacené účty, nedostatek peněz...
- Práce nebo škola: zkoušky, dopravní špička, termíny úkolů
- Frustrace, nesplněná očekávání
- Osobní vztahy: konflikt, nevěra, zklamání, týrání
- Životní styl: přejídání, nezdravé složení stravy, kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek spánku...
- Vystavení stresu v raném věku může trvale zvýšit odpověď na stres, např. u zneužívaných dětí (HERMAN, DOUBEK, 2008).

Stres je závažná duševní porucha, která vzniká nejčastěji u jedinců, kteří v minulosti netrpěli psychickými obtížemi, ale momentálně jsou vystaveni výrazně

stresující události. Jedná se o fyzický nebo duševní stres. (RABOCH, PAVLOVSKÝ, 2006)

### **Obecný adaptační syndrom**

Stres je nespecifická reakce na fyzické, mentální a chemické reakce těla. Stresovou reakcí je generalizovaný adaptační syndrom (GAS), kdy na stresovou situaci reaguje vylučováním adrenalinu a noradrenalinu. Tyto hormony vyvolávají celkový stav nabuzení, zvyšují krevní tlak a dechovou frekvenci, zrychlují srdeční činnost a metabolismus. Tělo je pak celkově připraveno k akci. V době, kdy mohl člověk reagovat na stresovou situaci útokem či útekem, plnil tento systém svůj účel. V moderní době je ale tato reakce vlivem sociálního prostředí potlačována a nevyužité chemické změny se hromadí v organismu a mohou jej poškodit. (HERMAN, DOUBEK, 2008)

K poruchám spánku bych se ještě vrátila, protože jde o civilizační problém, který postihuje stále větší počet obyvatel. Střídání období klidu a aktivity je základní vlastností všeho živého na Zemi. I rostliny a prvoci mají denní cykly aktivity a odpočinku a platí zde pravidlo, že čím je živočich vyvinutější, tak i kvalita spánku je horší.

Spánek lze charakterizovat jako *„stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svojí kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu.“* (PRAŠKO a kol., 2004, s 31)

Pro zlepšení kvality spánku se doporučuje dodržovat „Desatero spánkové hygieny“

1. Od pozdního odpoledne (4–6 hodin před usnutím) nepít kávu, černý či zelený čaj, colu nebo různé energetické nápoje a omezte jejich požívání během dne. Působí povzbudivě a ruší spánek.
2. Vynechat večer těžká jídla a poslední pokrm zařadit 3–4 hodiny před ulehnutím.
3. Lehká procházka po večeři může výrazně zlepšit spánek. Naopak cvičení 3–4 hodiny před ulehnutím již může spánek narušit.
4. Po večeři neřešit důležitá témata, která mohou vyvolat rozruch a neklid. Naopak se snažit příjemnou činností zbavit stresu a připravit se na spánek.
5. Nepít večer alkohol, který zhoršuje kvalitu spánku.
6. Nekouřit, zvláště ne před usnutím a v době nočního probuzení. Nikotin také organismus povzbuzuje.

7. Postel i ložnici užívat pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi, v posteli nejezte, nečtěte si a přes den ani neodpočívejte).
8. V místnosti na spaní minimalizovat hluk (a jiné rušivé vlivy) a zajistit vhodnou teplotu (nejlépe 18–20° C).
9. Uléhat a vstávat každý den (i o víkendu) ve stejnou dobu  $\pm$  15 minut.
10. Omezit pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalovat, postel neslouží k přemýšlení, nýbrž spaní. (NEVŠÍMALOVÁ, ŠONKA, 1997)

### **Spánek má tři důležité fáze:**

- BDĚLOST
- NON REM
- REM

*„Spánek je rytmicky se vyskytující stav charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a změněnou, resp. sníženou kognitivní činností. Spánek je okamžitě reverzibilní.“ (ŠONKA a kol., 2004, s.25)*

*„Spánek není neměnný stav, ale řada opakujících se cyklů, které představují rozličné fáze mozkové a tělesné činnosti.“ (KNOBLOCH, 1975, s.47)*

Za normální spánek u dospělého, zdravého jedince, se považuje usnutí v rozmezí 15-30 minut a spaní po dobu 6-8 hodin. Je přijatelné, že se maximálně 3x za noc vzbudí, ale ráno si tento stav většinou nepamatuje. Děje v mozku při usínání a spánku jsou zkoumány již několik desetiletí. Dříve se vědci domnívali, že spánek je pasivní stav, kdy mozek „vypne“. Dnes je známo, že spánek je aktivní děj, během kterého dochází v mozku k výrazným změnám. Dá se říci, že se pouze mozek přepíná do jiného režimu. Neztrácí vědomí od vnějšího světa, proto nespádneme z postele, když se během spánku pohybujeme a dokážeme se přizpůsobit podmínkám, velikosti prostoru a klimatickým podmínkám. (BORZOVÁ, 2009)

Muzet a Ehrhart jsou vědci z bioklimatického výzkumného centra ve Francii, kteří dokázali studiemi, že i slabší hluk, kterému je osoba ve spánku vystavena, ovlivňuje negativně srdce a cévy. (HALPERN, 2005)

Na univerzitě ve Stanfordu měřili působení hluku na spánek. Prokázali, že i pokusné osoby, které nevěděly o tom, že byly během spánku vystaveny hluku, následující den podávaly podstatně menší výkon. (HALPERN, 2005)

*„ Spánek má několik důležitých funkcí: umožňuje fyzickou i psychickou obnovu, zvyšuje odolnost proti nemocem, pomáhá ukládání naučeného do paměti, emoční konsolidaci zážitků. Normální spánek má význam také pro zdravý růst organismu, regeneraci tkání a hojení, reguluje imunitní funkce.“ ( PRAŠKO a kol., 2004, s. 20)*

Uvedla bych ještě několik spánkových jevů:

➤ Hypnagogické záškuby – náhlé, rychlé záškuby svalstva končetin objevující se během usínání. Až sedmdesát procent populace má s tímto jevem zkušenost.

➤ Hypnagogické pseudohalucinace – tzv. „nepravé halucinace“. Při usínání se uvolní snový automatismus, člověk ještě nespí, je v kontaktu s realitou, ale vidí v místnosti cizí osoby nebo předměty. Je ve své posteli a zároveň překvapen tím, co se s ním děje.

➤ Chrápání (ronchopatie) – v populaci běžné a narůstající věkem. Když je chrápání nepravidelné může být i příznakem vážnějšího problému – syndromu spánkové apnoe.

➤ Bruxismus – skřípání zubů, během spánku se stahují žvýkácí svaly.

➤ Somnilogie – mluvení ze spaní (jev častější u dětí).

➤ Somnambulismus – náměsíční lidé. Komplexní motorické chování v době spánku.

➤ Spánková opilost – jedinec se chová dezorientovaně, mluví z cesty nebo má nekoordinované pohyby.

➤ Spánková obrna – člověk se probudí, je plně orientovaný, ale nemůže se po dobu pár desítek sekund pohnout. (ŠONKA, 2004)

Čím podpoříme kvalitu spánku?

*„Usínání podporuje šero, ticho, u někoho rytmické pohyby nebo zvuky, šumění deště, vodopádu, příjemné teplo. Nejlépe se obvykle spí ve své posteli, což je dáno zvykem. Zvykáme si na místo, rozměry, pérování, okolní nábytek, umístění okna a podobně.“ (PRAŠKO a kol., 2004, s. 17)*

Skladby hodící se podle Halperna k usínání jsou např. Schubert – Ave Maria, Schumann – Snění (z Dětské scény, opus 15).

## 2.9. MOŽNOSTI A VLIV MUZIKOTERAPIE V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH MEDICÍNSKÉ PÉČE

Počet muzikoterapeutických výzkumů v medicínských oborech je v současné době velmi rozsáhlý. (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

➤ Chirurgie a traumatologie – poslech hudby snižuje hladinu stresových hormonů a úzkost. Eliminuje vedlejší účinky medikace, snižuje srdeční pulz, stabilizuje krevní tlak, redukuje pooperační bolest a potřebu anestetik, podporuje proces uzdravení.

➤ Porodnictví – receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují bolest, strach, úzkost a snižují délku porodu i subjektivní vnímání délky porodu. Slouží pro zaměření pozornosti (v rámci Lamazeho technik) a regulaci dýchání, podporují pozitivní prožitky po narození dítěte, zvyšují pohodlí a pocity spokojenosti novorozence, ovlivňují dilatační dobu.

➤ Neonatologie – poslech hudby pomáhá zvyšovat přírůstek váhy a stabilizovat pohyby dítěte, snižuje podrážděnost, pláč a stres dítěte, pomáhá při krmení a respiraci (zvyšuje hladinu kyslíku), stimuluje vývoj, snižuje délku hospitalizace.

➤ Pediatrie – receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují úzkost, odstraňují symptomy stresu, usnadňují komunikaci s dítětem a zjišťují informace ve vztahu k nemoci, pomáhají rodinám s potížemi, které jsou spojeny s onemocněním dítěte.

➤ Fyzioterapie – receptivní a aktivní hudební zkušenosti strukturují rytmické pohyby, zlepšují motorické funkce, posilují požadované pohybové vzorce, snižují svalovou tenzi, zvyšují motivaci pro terapii, podporují efektivitu akupunktury.

➤ Pneumologie – receptivní a aktivní hudební zkušenosti zlepšují respiraci a vitální kapacitu, redukují úzkost spojenou s medicínskými procedurami (např. bronchoskopie).

➤ Onkologie – receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují bolest a úzkost, pomáhají odvrátit pozornost od nemoci, pomáhají vyjádřit pocity ve vztahu k nemoci, rozvíjejí pocit kontroly a snižují bezmocnost, pomáhají pacientům vyrovnat se s následky nemoci a procesem umírání, pomáhají rodinám pacientů se zvládnutím potíží spojených s onemocněním.

➤ Ošetřovatelství – receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují úzkost, bolest a pocity nepohodlí, rozvíjejí pocit kontroly, pomáhají odvrátit pozornost od

nemoci, zvyšují kvalitu okolního prostředí a celkové péče, zlepšují náladu. (KANTO, LIPSKÝ, WEBER, 2009)

Hudba se využívá v dnešní době i v psychiatrii a významnou roli hraje muzikoterapie při léčbě alkoholiků a toxikomanů. Reprodukovaná hudba je s velkým úspěchem používána i v některých rehabilitačních zdravotnických zařízeních a je doporučována v rámci rekonvalescence.



## **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1. CÍL PRÁCE**

Cílem mé práce je zjistit, zda pomocí muzikoterapie můžeme zmírnit či odstranit problematiku nespavosti. Také mě zajímalo, jak hudba působí na pacienty, kteří se léčí pro neorganickou poruchu spánku a tvořili první skupinu nebo na pacienty, kteří trpí depresemi, úzkostmi a jako duální diagnózu řeší nespavost. Tito pacienti docházejí na psychiatrii a převážně užívají antidepressiva s hypnotickým účinkem. Jsou to pacienti paní doktorky Marcely Kalné. Třetí skupinou, která je mi nejbližší, jsou matky na mateřské dovolené, které spí málo a nekvalitním spánkem. Ty neužívají žádná hypnotika ani jiná léčiva na spaní. Zodpovědnost, strach a noční buzení potomka je častým tématem rodiček a bohužel má za následek únavu, podrážděnost a úzkost.

### **3.2. POSTUP PRÁCE**

- Sestavení obsahu práce, příprava dotazníků a ujasnění cílů
- Nastudování a analýza odborné literatury (muzikoterapie, poruchy spánku)
- Výběr vhodných a ochotných respondentů
- Stanovení a naplánování termínů a místa k muzikoterapeutickému programu
- Podrobná analýza z dotazníků, znázorněna přehlednými grafy
- Závěr, samotné zhodnocení výzkumu

### **3.3. ODBORNÉ OTÁZKY**

*Otázky, na které budu hledat odpověď, v rámci celého projektu: Statisticky pak znázorním v grafech výsledky*

1. Je možné pomocí muzikoterapie zlepšit kvalitu spánku?
2. Budou se respondenti i po skončení praktického šetření nadále věnovat muzikoterapii?

### **3.4 METODIKA**

Praktické šetření probíhalo pomocí poslechu, rozhovoru a pozorování. Ke sběru informací jsem použila poslech hudby a dva druhy dotazníků. K poslechu jsem využila nejen klasickou hudbu od Schumanna – Snění (Dětské scény, opus 15) a následně skladbu od Schuberta – Ave Maria, ale i hudbu relaxační. Všichni dostali dotazník, který vyplnili před poslechem a po poslechu (viz. příloha č. 1). Vystihoval jejich psychický stav. Druhý dotazník se týkal mimo jiné kvality, kvantity spánku a získané důvěry k receptivní muzikoterapii (viz. příloha č. 2). Tento dotazník jsem rozdala na posledním setkání.

### **3.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÝCH SOUBORU**

Celkem budu vycházet z počtu 30 testovaných, kteří zodpověděli otázky ohledně poruch spánku - 26 žen a 4 muži ve věkovém rozmezí 20 – 60 let. Rozdělila jsem je do tří skupin po deseti klientech. Na muzikoterapeutické lekce docházelo v rámci tří skupin celkem 30 klientů. Scházeli jsme se od prosince 2013 do března 2014. Celkem došlo k sedmi lekcím.

První skupinu tvořilo 7 žen a 3 muži. Jedná se o pacienty MUDr. Kalné, kteří se léčí pro neorganickou poruchu spánku. Nemají žádnou jinou psychiatrickou diagnózu a proto byla i pro paní doktorku zkouška této terapie výzvou. Nechce dlouhodobě předepisovat hypnotika. Setkávala jsem se s nimi pravidelně po dobu necelých třech měsíců. Celkem proběhlo sedm sezení. Dotazník vystihující psychické pocity dostali vždy před poslechem a po poslechu. Druhý dotazník dostali a zároveň vyplnili na závěrečném setkání. Jednalo se o dotazník, který blíže specifikoval jejich potíže se spánkem a zjišťoval získaný vztah k muzikoterapii.

Druhá skupina byla složena z 9 žen a 1 muže. Tito respondenti byli opět vybráni na doporučení psychiatričky MUDr. Kalné. Pacienti trpí depresemi, úzkostmi, které mají často duální diagnózu nespavost. Pacienti užívají antidepresiva s hypnotickým účinkem anebo sedativní antipsychotika. Protože nebylo vždy možné uskutečnit setkání v plném počtu, za pomoci CD nahrávky, kterou ode mě obdrželi, se věnovali autoterapii v domácím prostředí.

Třetí skupina se skládala z 10 žen, které se scházejí v mateřském centru Nebojsa v Trhových Svinech a v době trvání výzkumu byly na mateřské dovolené.

### **3.6. ORGANIZACE PRAKTICKÉHO ŠETŘENÍ**

Jednotlivé terapie jsem realizovala s každou skupinou samostatně v období od prosince 2013 do března 2014. Samotný poslech trval vždy maximálně 20 minut. Poté byl prostor k relaxaci a k diskuzi. Všem testovaným jsem rozdala dotazník, který vystihuje jejich emoce před terapií a po terapii.

Při prvním setkání, seznámení a představení celého programu jsem klienty seznámila s muzikoterapeutickým programem. U vybraných tří skupin jsem použila muzikoterapeutické metody, které byly přiměřené věku a dané situaci nejhodnější. Před zahájením jsem se snažila vytvořit pro každou skupinu vhodné prostředí: Vyvětraný prostor, kde byla příjemná pokojová teplota. Podložky rozmístěné po místnosti vždy tak, aby měl každý dostatečný prostor a zároveň dobře slyšel. Šlo mi především o řízenou relaxaci pomocí hudby - uvolnění napětí, harmonizaci, kompenzaci duševní únavy a pozitivní vnímání své osoby, navození příjemných pocitů zúčastněných a dostatečnou motivaci. Zde byl důležitý právě individuální přístup ke skupinám.

Správně zvolenou hudbou lze úspěchu dosáhnout během pár minut. Bohužel ne každá hudba je lékem pro všechny lidi a zároveň na všechna psychická onemocnění. Kdyby tomu tak bylo, tak by se v psychiatrických léčebnách a na neurologických odděleních každé ráno pustila hudba, která by vyléčila všechny pacienty.

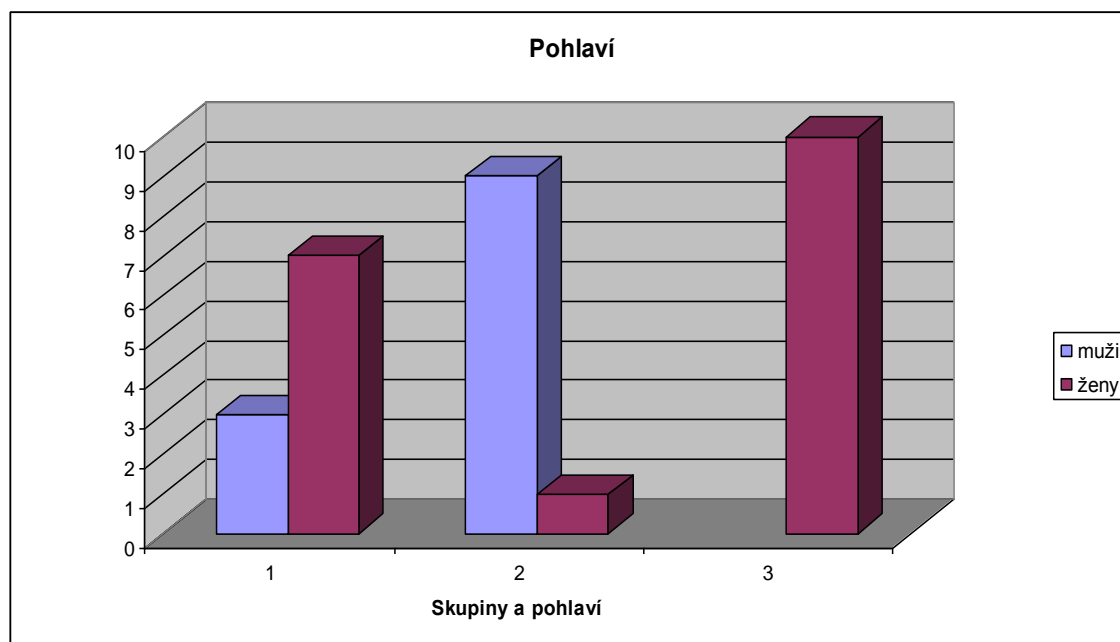
## 4. VÝSLEDKY

Ve výzkumném šetření jsou zřejmé odpovědi jednotlivých recipientů. Snažila jsem se vše podchytit na přehledných sloupcových grafech, které jsem zpracovávala programem Microsoft Excel s využitím jeho matematických a grafických funkcí. Hodnoty v grafech jsou vyjádřeny číselně. Jednotlivé tři skupiny jsou barevně odlišeny.

### 4.1. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole vyhodnocuji odpovědi z dotazníků. Sestavila jsem dva dotazníky. První dotazník se týká poruchy spánku a druhý dotazník psychických pocitů před a po terapii.

Graf č. 1 - Pohlaví



Popis grafu č. 1.

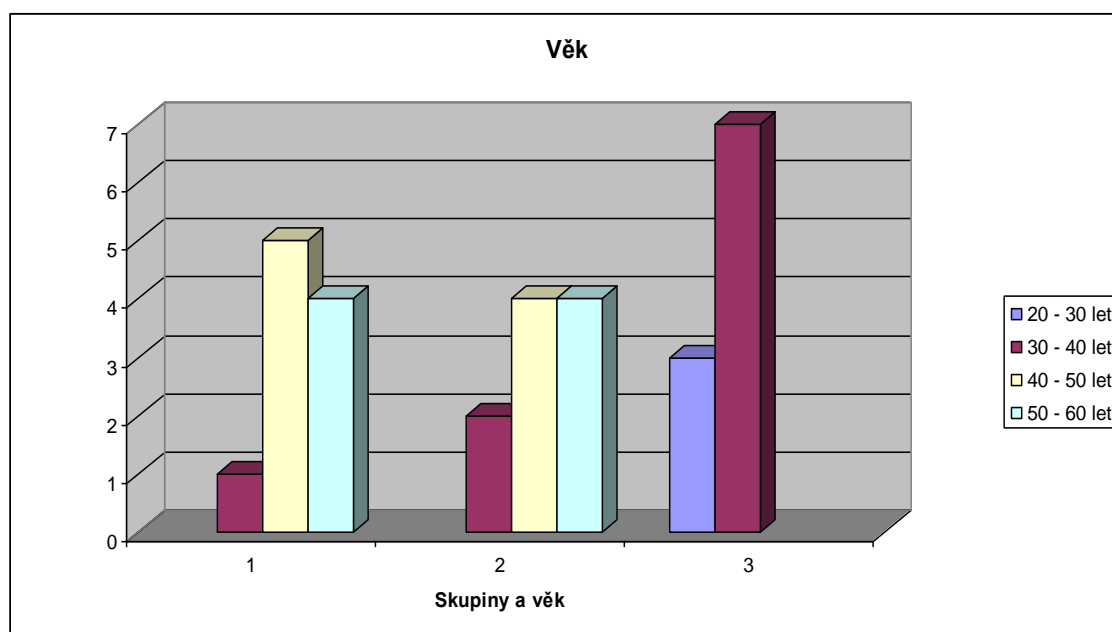
Graf č. 1 popisuje složení skupin dle pohlaví respondentů. Receptivní muzikoterapie se účastnilo celkem 30 klientů, 26 žen a 4 muži, kteří byli rozděleni do tří skupin. Svislá

osa uvádí počet dotazovaných, vodorovná osa znázorňuje jednotlivé skupiny. Barevně jsou ve sloupcovém grafu rozlišeni muži i ženy.

- I. skupina – sedm žen a tři muži
- II. skupina – devět žen a jeden muž
- III. skupina – deset žen

Svislá osa uvádí počet dotazovaných, vodorovná osa znázorňuje jednotlivé skupiny. Barevně jsou ve sloupcovém grafu rozlišeni muži i ženy.

Graf č. 2 - Věkové rozmezí

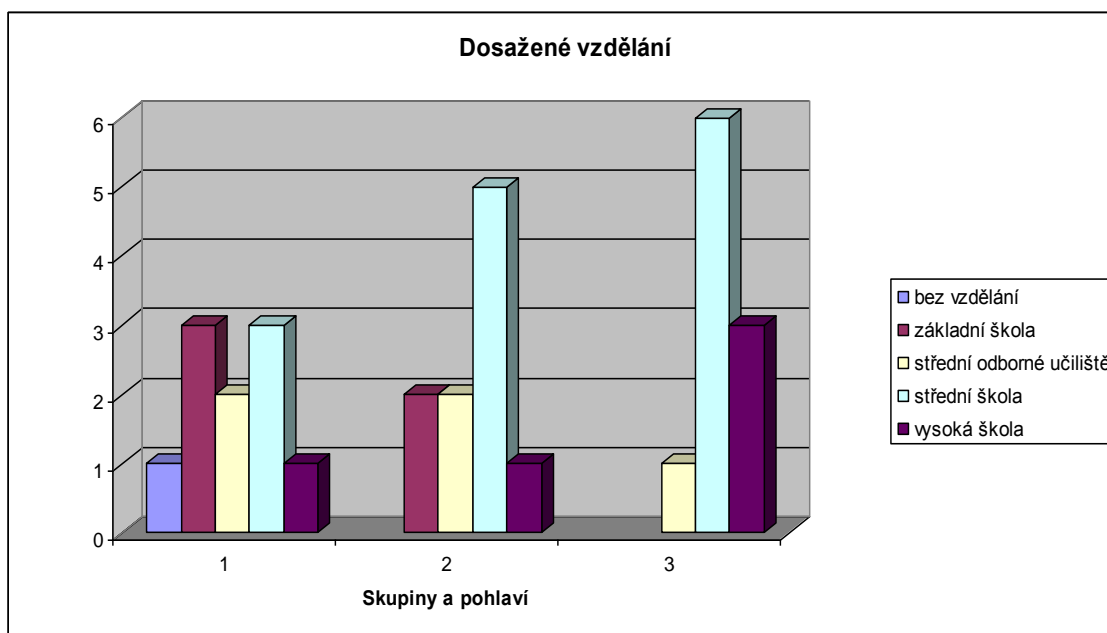


Popis grafu č 2.

Graf č. 2 označuje věkové rozmezí dotazovaných. Svislá osa znázorňuje počet a vodorovná osa rozdělení do skupin. Barvy rozlišují věk.

- I. skupina – pět probandů ve věkovém rozmezí 40 - 50 let, čtyři v rozmezí 50 - 60let a jeden ve věku mezi 30 – 40 lety.
- II. skupina – po čtyřech osobách v rozmezí 40 – 50 let a 50-60 let a dva zúčastnění ve věku 30 – 40 let.
- III. skupina - sedm žen ve věku mezi 30 – 40 let a pouze tři jsou do třiceti let.

Graf č. 3 - Dosažené vzdělání

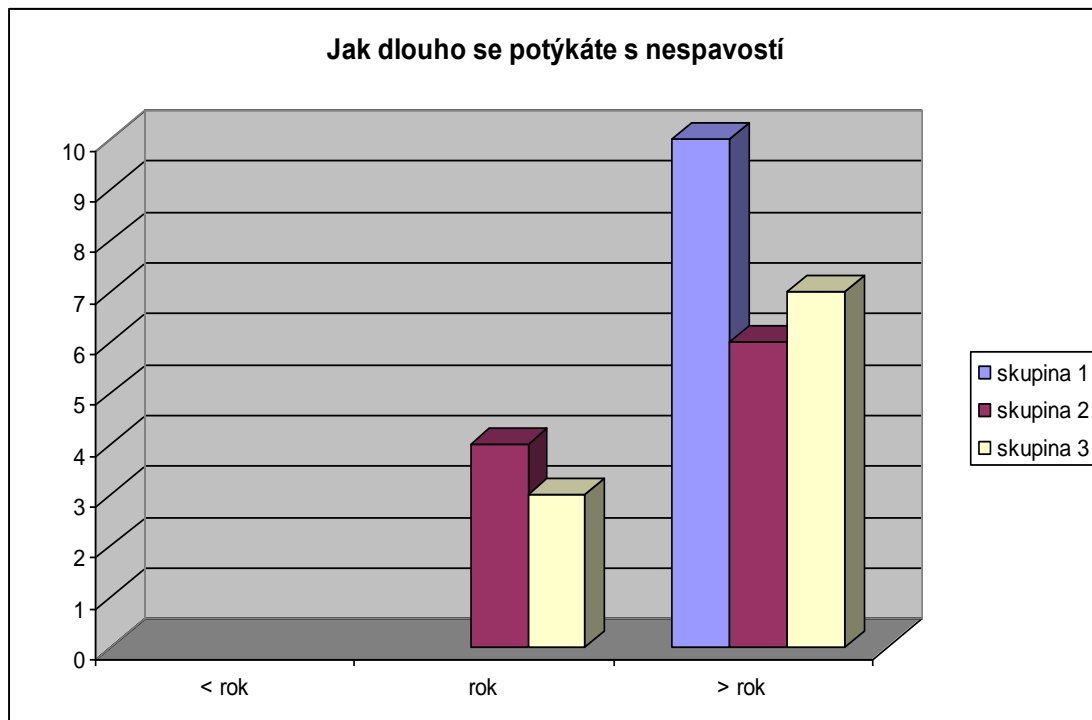


Popis grafu č. 3: Dosažené vzdělání

Z grafu č. 3 vyplývá jakého vzdělání dosáhli dotazovaní. Svislá osa vyznačuje počet a vodorovná rozdělení třech skupin. Díky barevnému rozlišení rozpoznáme jakého vzdělání kdo dosáhl.

- I. skupina – tři dosáhli pouze základního vzdělání, dva se vyučili řemeslem, tři mají střední školu s maturitou a jeden vysokoškolské vzdělání.
- II. skupina – dva pouze základní školu, dva učiliště, pět střední školu a jeden vysokoškolské vzdělání.
- III. skupina – šest žen střední školu s maturitou, tři ženy vysokou školu a jedna učiliště s výučním listem.

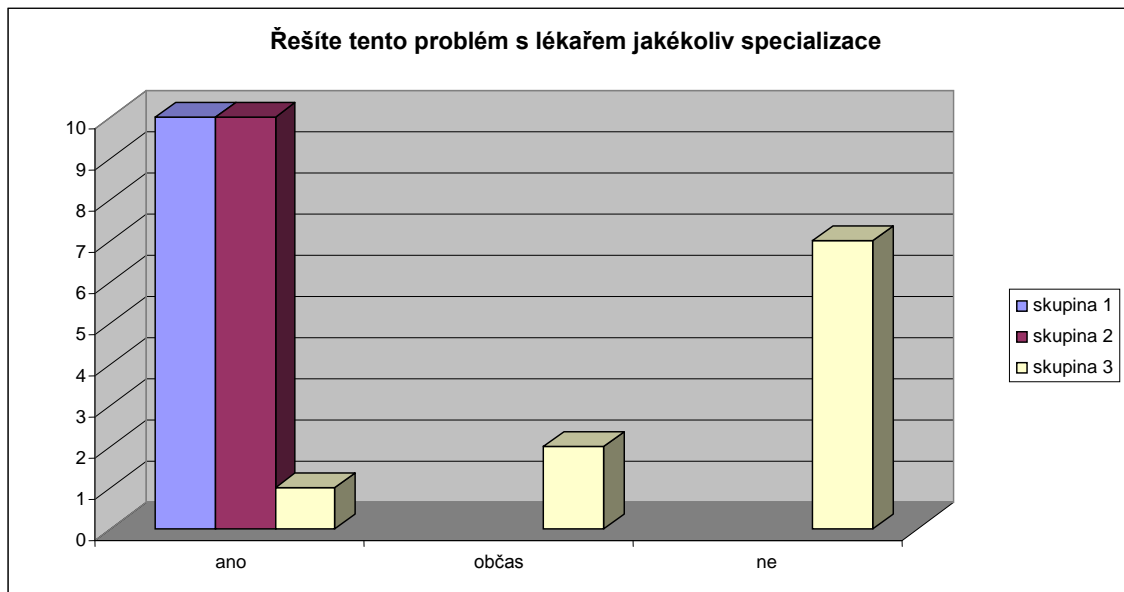
Graf č.4 - Dotazníková otázka č. 1 (Jak dlouho se potýkáte s nespavostí?)



Popis grafu č. 4. Svislá osa označuje počet respondentů a vodorovná odpovědi na otázku č. 1.

- I. skupina – jednoznačná odpověď všech deseti osob, že již několik let špatně spí
- II. skupina – taktéž převažovala dlouhotrvající nespavost, kterou zodpovědělo šest osob, čtyři osoby řeší tento problém jeden rok.
- III. skupina - ze třetí skupiny tři ženy odpověděly rok a sedm žen více jak jeden rok

Graf č. 5 - Dotazníková otázka č. 2 (Řešíte tento problém s lékařem jakékoliv specializace?)

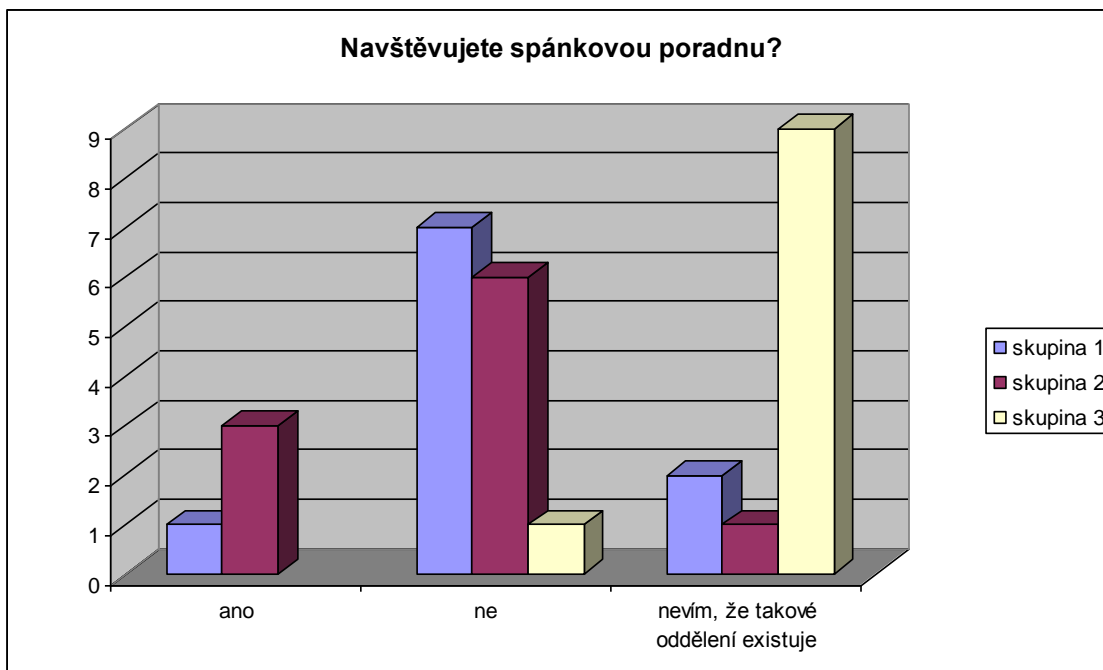


Popis grafu č. 5. Svislá osa znázorňuje četnost jednotlivých odpovědí a na vodorovné jsou odpovědi na otázku. U každé odpovědi jsou tři sloupce, označující skupinu, každý je pro lepší orientaci označen jinou barvou.

- I. skupina - deset osob odpovědělo, že ano, že tento problém s lékařem řeší.
- II. skupina - deset osob odpověděla, že tento problém s lékařem řeší.
- III. skupina – sedm žen odpovědělo, že se s daným problémem zatím u lékaře nesvěřily, dvě ženy o nespavosti hovořily s obvodním lékařem a jedna nikdy situaci s odborníkem neřešila.



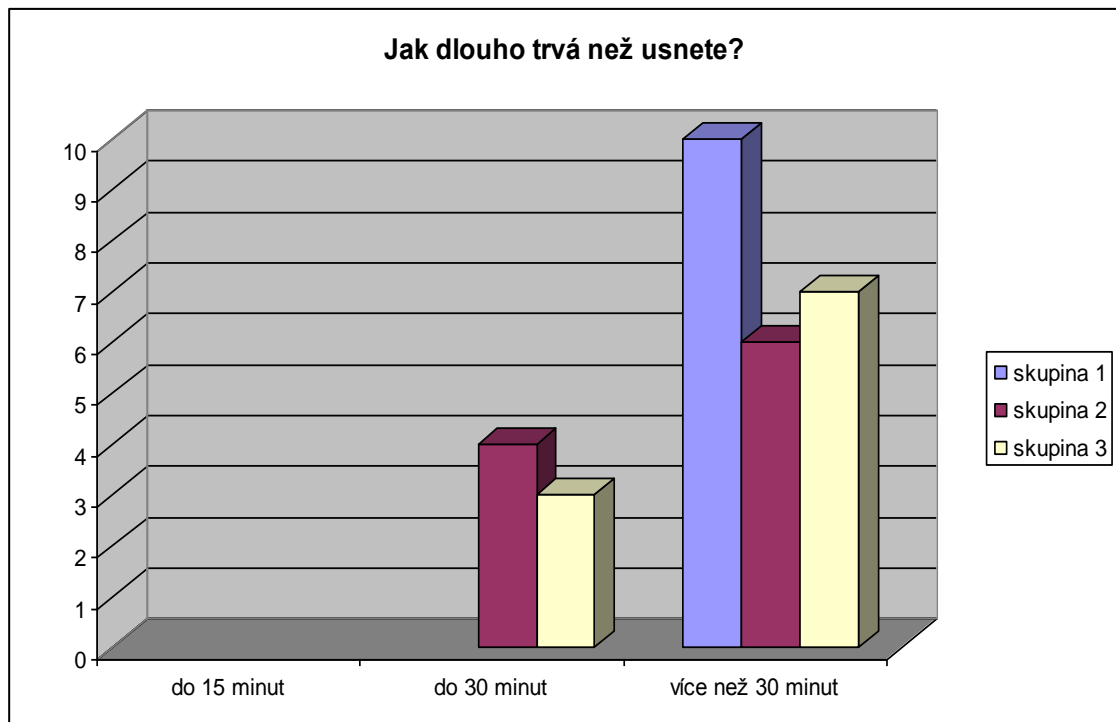
Graf č. 6 - Dotazníková otázka č. 3 (Navštěvujete spánkovou poradnu?)



Popis grafu č. 6. Svislá osa vyznačuje četnost odpovědí a vodorovná osa odpovědi na otázku. Každá skupina má sloupec jiné barvy, aby bylo z grafu zřejmé, zda dotazovaní navštěvují spánkovou poradnu.

- I. skupina – jeden dotazovaný navštěvuje spánkovou poradnu, sedm odpovědělo, že ne a dva vůbec nevědí, že takové oddělení existuje.
- II. skupina – tři lidé navštěvují spánkovou poradnu, šest odpovědělo, že ne a jeden o takové poradně nikdy ani neslyšel.
- III. skupina – devět žen o takové poradně též nikdy neslyšelo a jedna žena odpověděla, že spánkovou poradnu nenavštěvuje.

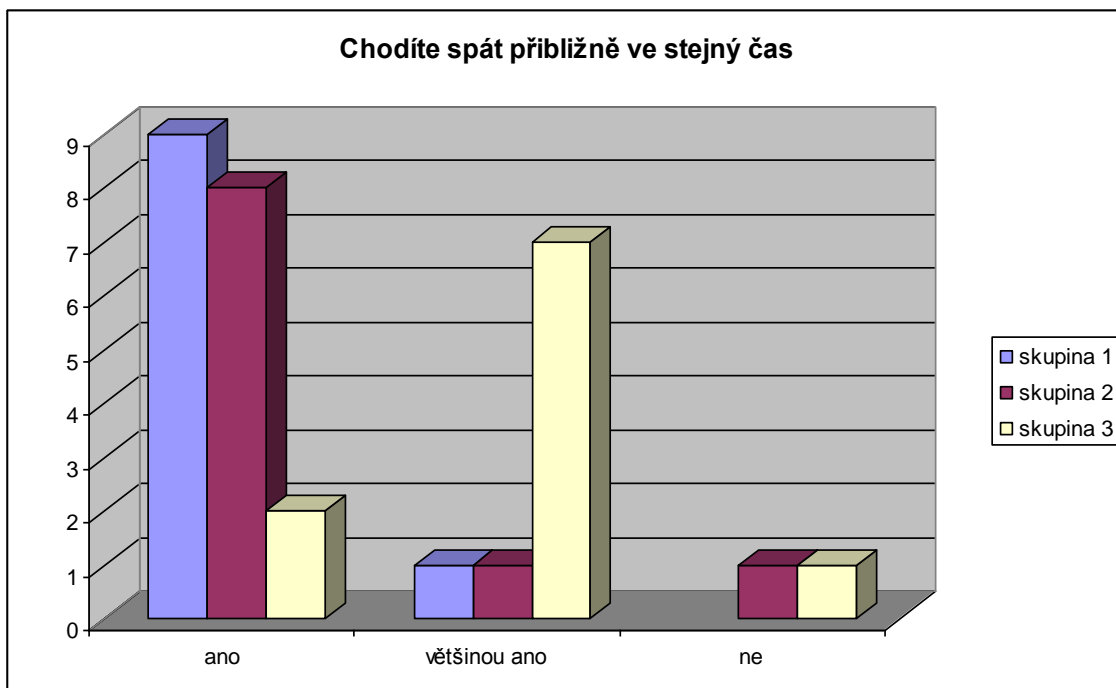
Graf č. 7 - Dotazníková otázka č. 4 (Jak dlouho trvá, než usnete)



Popis grafu č. 7. Svislá osa znázorňuje četnost odpovědí a vodorovná osa odpovědi na otázku.

- I. skupina – deset osob odpovědělo jednoznačně, že usíná déle, než 30 minut.
- II. skupina – šest osob usíná déle jak 30 minut a čtyři lidé usnou do 30 minut.
- III. skupina – sedm žen usíná více jak 30 minut a tři ženy do půl hodiny.

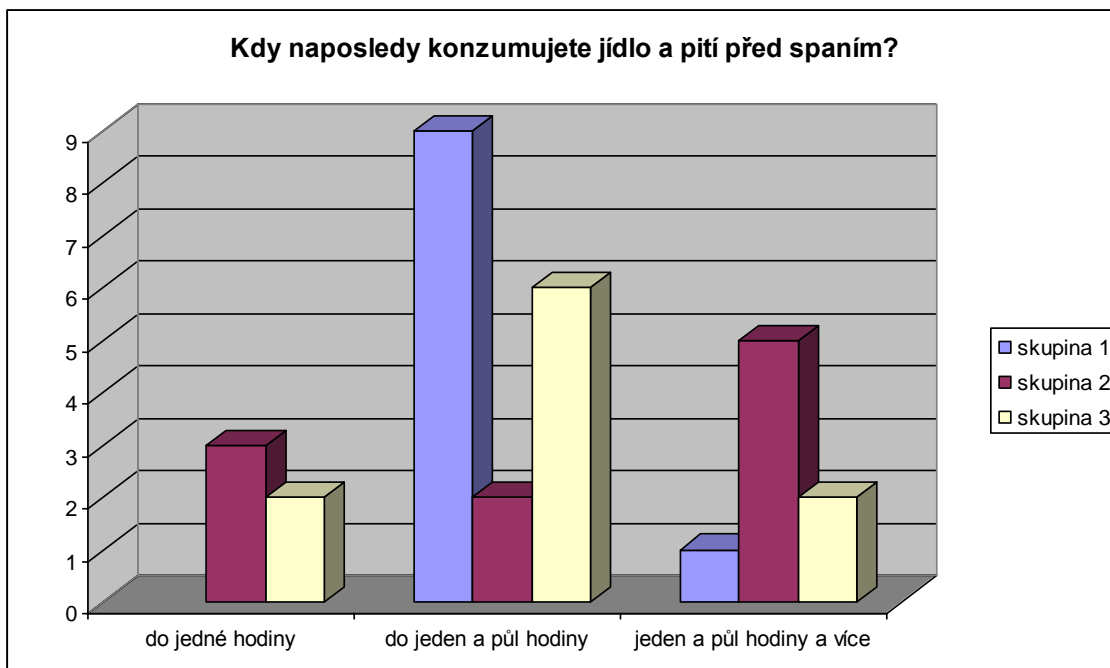
Graf. č. 8 - Dotazníková otázka č. 5 (Chodíte spát přibližně ve stejný čas?)



Popis grafu č. 8. Svislá osa popisuje četnost jednotlivých odpovědí a vodorovná osa odpovědi na otázku.

- I. skupina – devět osob chodí spát ve stejný čas. Jeden dotazovaný uvedl, že většinou ano.
- II. skupina – osm probandů odpovědělo, že uléhá ve stejný čas a jedna osoba nedodrží stejný čas a jeden respondent odpověděl, že většinou ano.
- III. skupina – sedm žen odpovědělo, že většinou chodí spát ve stejný čas. Dvě ženy vždy dodržují stejný čas ke spánku a jedna odpověděla, že ne.

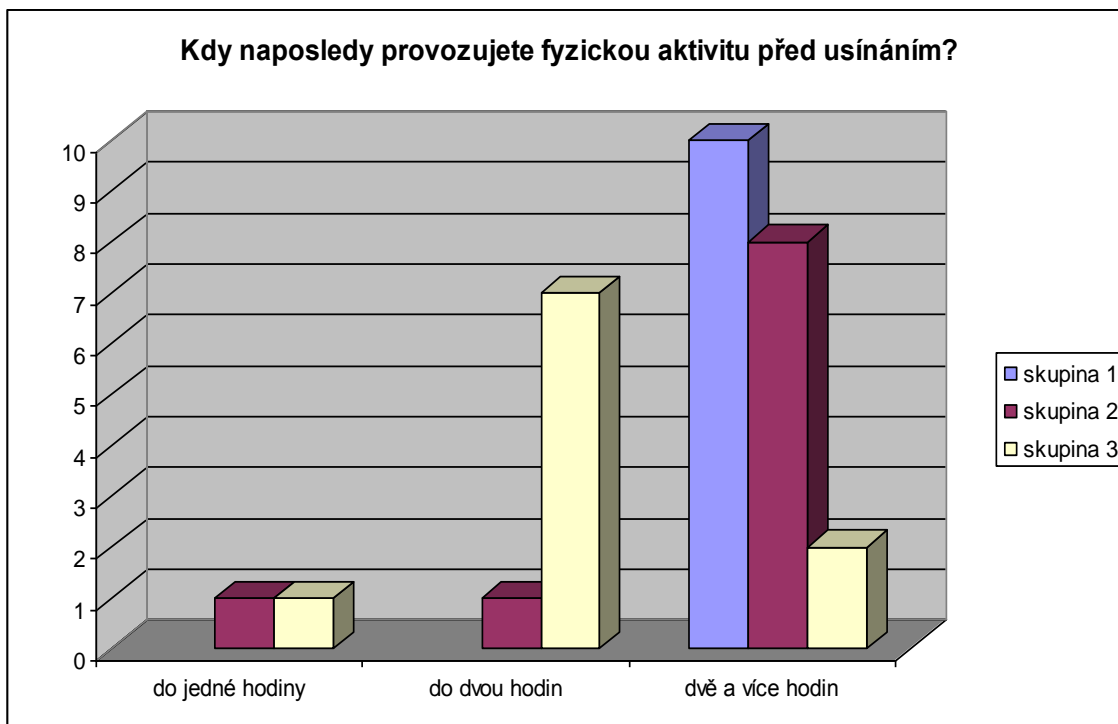
Graf č. 9 - Dotazníková otázka č. 6 (Kdy naposledy konzumujete jídlo, pití před spaním?)



Popis grafu. č. 9 Svislá osa znázorňuje četnost odpovědí a vodorovná osa jednotlivé odpovědi na otázku č. 6.

- I. skupina – devět osob nekonzumuje jídlo ani pití hodinu a půl před spaním jedna osoba dokonce dvě hodiny.
- II. skupina – pět lidí z druhé skupiny déle než 1,5 hodiny pře spaním nejí, dva klienti méně než hodinu a půl před spánkem a zbylí tři do jedné hodiny před ulehnutím nepožívají pití ani jídlo.
- III. skupina – šest žen ze třetí skupiny do devadesáti minut před spánkem nic nekonzumuje. Déle než jeden a půl hodiny před spaním jí pouze dvě ženy a další dvě nejí déle než hodinu před spánkem.

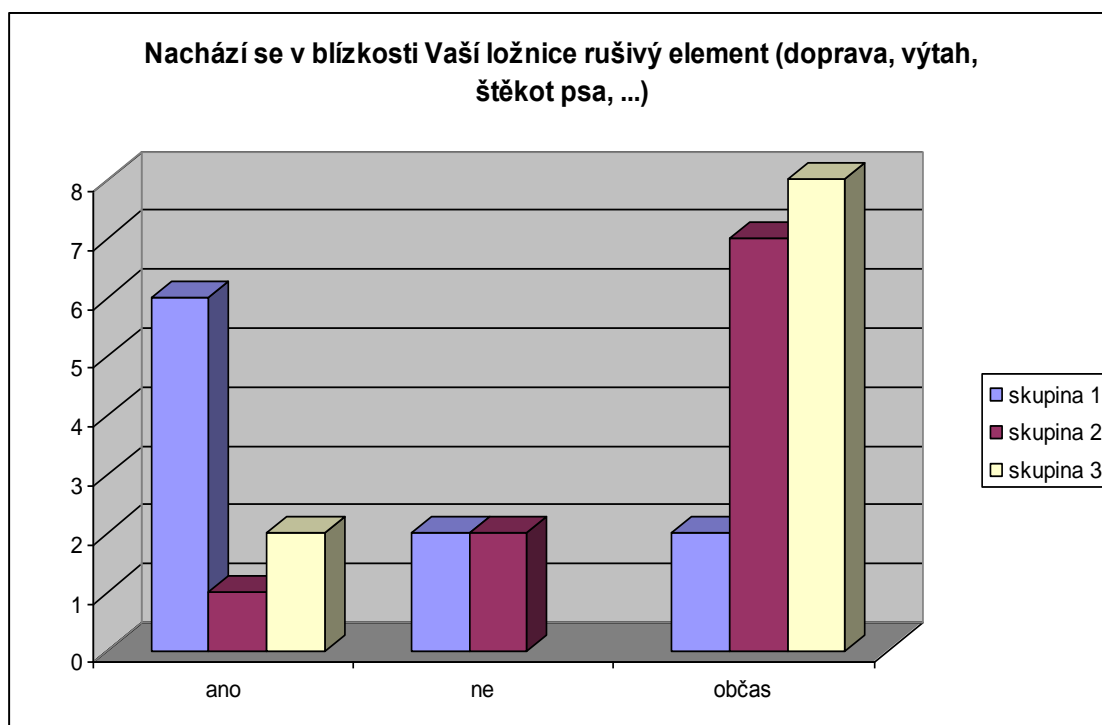
Graf č. 10 - Dotazníková otázka č. 7 (Kdy naposledy provozujete fyzickou aktivitu před usínáním?)



Popis grafu č. 10 Svislá osa označuje četnost odpovědí a vodorovná odpovědi na dotazníkovou otázku č. 7.

- I. skupina – deset členů z první skupiny odpovědělo, že fyzickou aktivitu provozují déle jak dvě hodiny před samotným usínáním.
- II. skupina - osm lidí fyzickou aktivitu provozuje déle jak dvě hodiny před spaním, jeden provádí fyzickou aktivitu do jedné hodiny před ulehnutím a zbývající dotázaný z druhé skupiny do dvou hodin.
- III. skupina – dvě dotazované ženy jsou fyzicky aktivní více jak dvě hodiny před spánkem a jedna žena do hodiny před usínáním. Sedm žen do dvou hodin před usínáním neprovozuje žádnou fyzicky náročnou aktivitu.

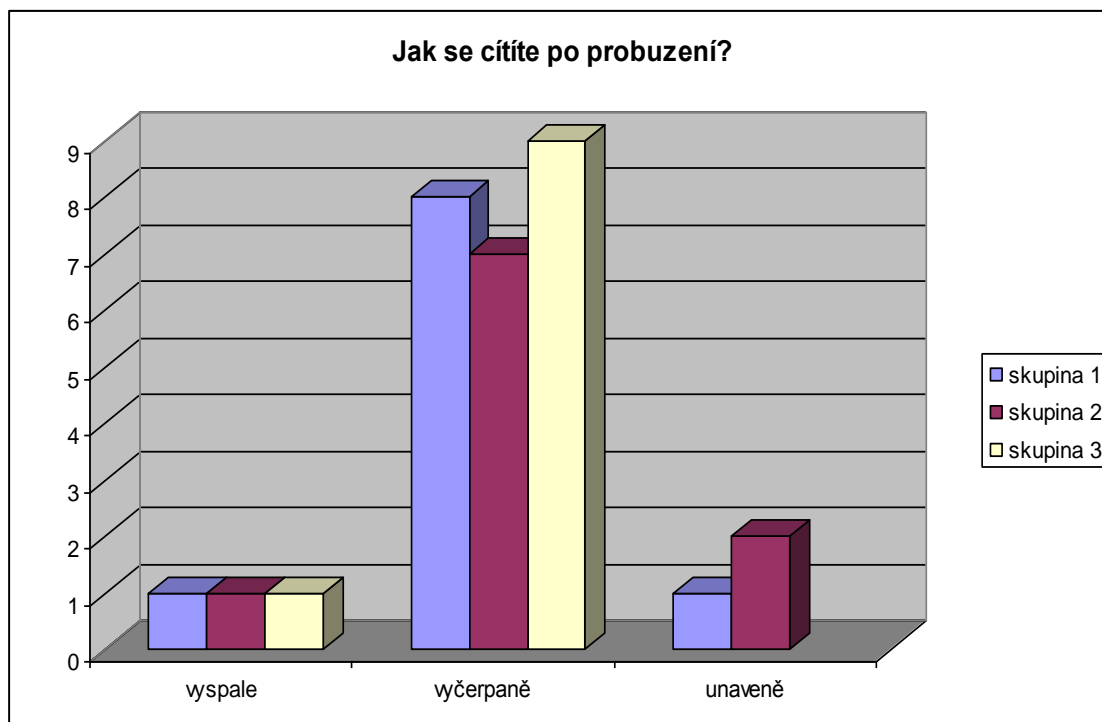
Graf č. 11 - Dotazníková otázka č. 8 (Nachází se v blízkosti Vaší ložnice nějaký rušivý element - doprava, výtah, štěkot psa...?)



Popis Grafu č. 11. Svislá osa znázorňuje četnost jednotlivých odpovědí a vodorovná odpovědi na dotazníkovou otázku č. 8.

- I. skupina – šest osob z první skupiny zaznamenalo v blízkosti své ložnice rušivé elementy, dva nezaznamenali a dva uvádějí, že občas ano.
- II. skupina - sedm dotazovaných z druhé skupiny občas zpozorovalo rušivý podnět ve svém okolí, jeden ano a dva neuvádí žádný ruch ve svém okolí.
- III. skupina - osm žen má negativní zkušenosti s ruchem a dvě ženy jen občas.

Graf č. 12 - Dotazníková otázka č. 9 (Jak se cítíte po probuzení?)

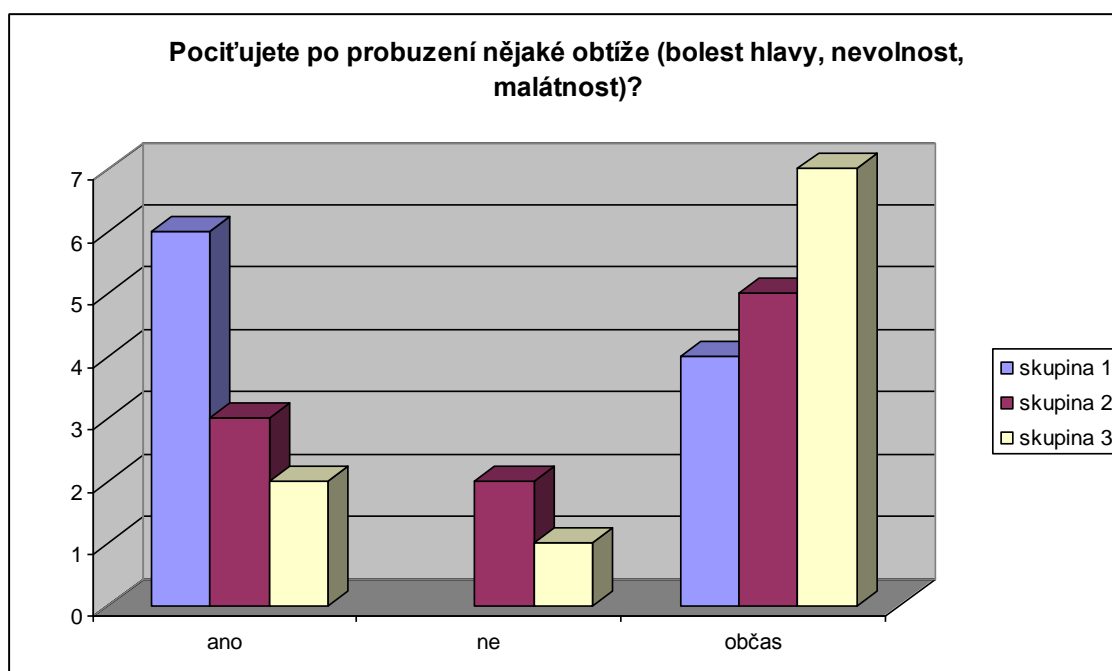


#### Popis Grafu č. 12

Svisle uvádím četnost a vodorovně odpovědi na otázku č. 9. První skupina je modrý sloupec, druhá skupina je červený a třetí skupina je žlutý.

- I. skupina – osm lidí, se po probuzení cítí vyčerpaně, pouze jeden odpověděl, že se cítí vyspale, a jeden je unavený.
- II. skupina – ve druhé skupině odpovědělo sedm lidí, že jsou ráno vyčerpaní, dva se cítí unaveně a pouze jeden vyspale.
- III. skupina - devět dotazovaných se cítí po probuzení vyčerpaně a jeden vyspale.

Graf č. 13 - Dotazníková otázka č. 10 (Pocitujete po probuzení nějaké obtíže? Např. nevolnosti, bolesti hlavy....)

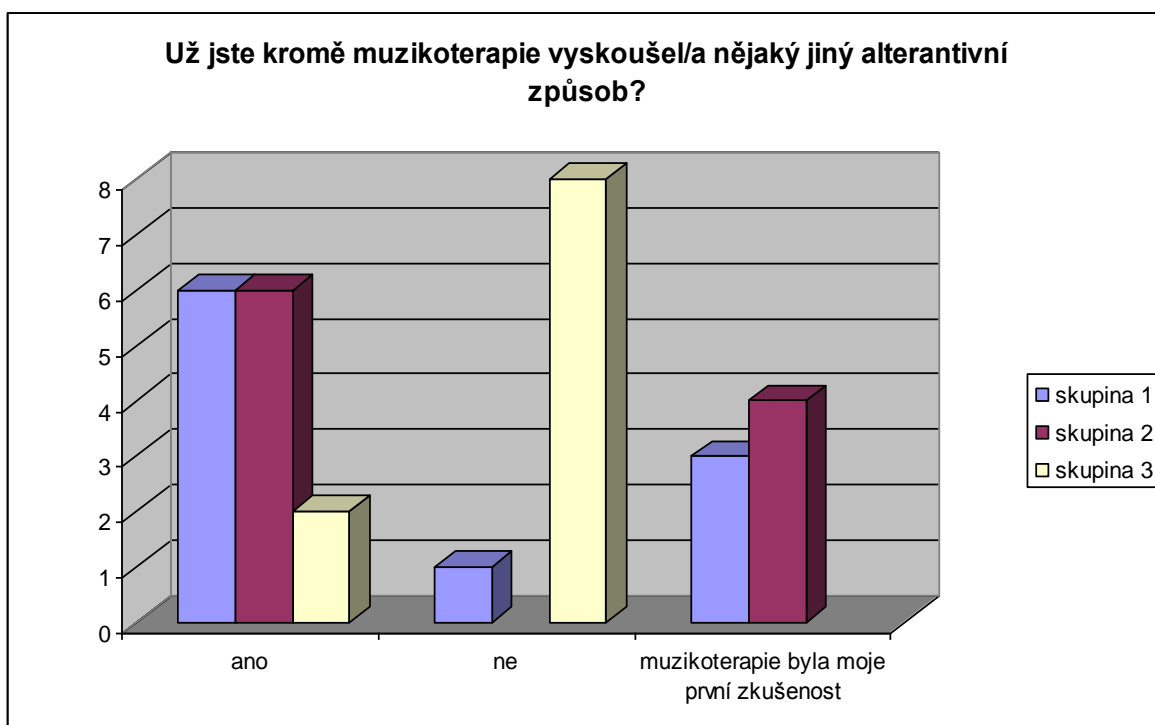


Popis grafu č. 13. Svislá osa označuje četnost odpovědí a vodorovná odpovědi na otázku č. 10.

- I. skupina – šest lidí odpovědělo, že má po ránu nevolnosti. Čtyři uvádí, že občas se necítí po ránu dobře.
- II. skupina – pět respondentů odpovědělo, že mají občas potíže po probuzení, tři uvádějí, že mají potíže pravidelně a pouze dva jsou po probuzení bez obtíží.
- III. skupina – sedm lidí se občas necítí po ránu dobře. Dva odpověděli, že ano a pouze jeden uvedl, že žádné nevolnosti nemá.



Graf č. 14 - Dotazníková otázka č. 11 (Už jste kromě muzikoterapie vyzkoušela nějaký jiný alternativní způsob?)

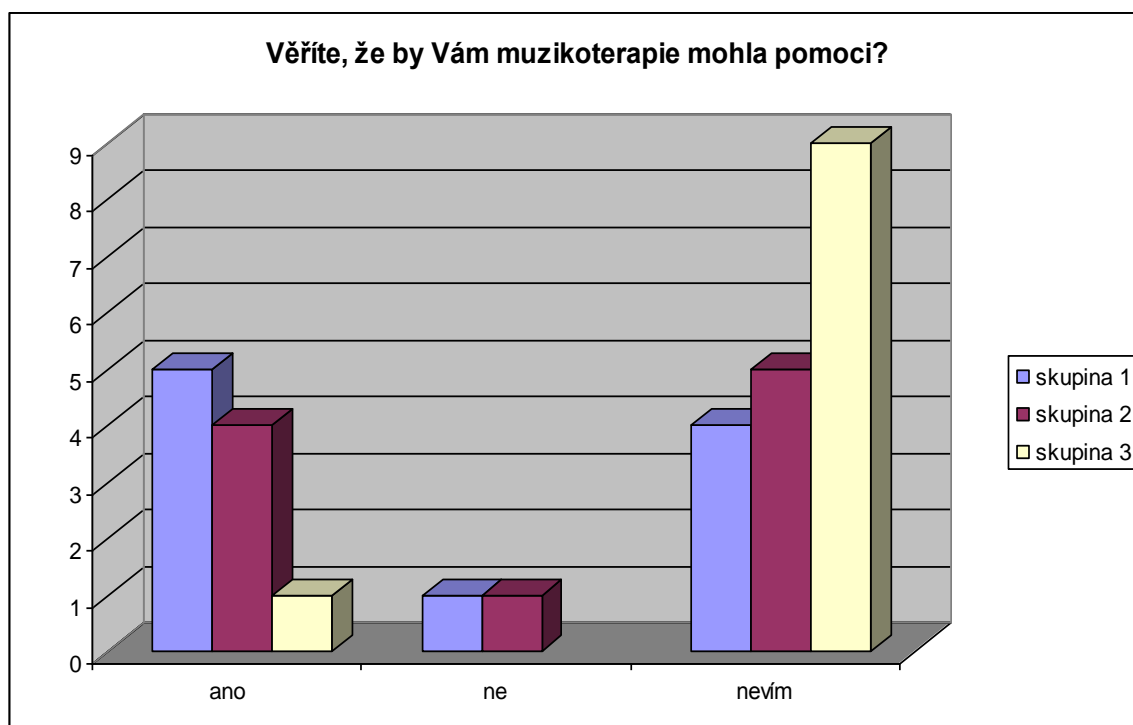


Popis grafu č. 14

Svislá osa uvádí četnost jednotlivých odpovědí a vodorovná osa odpovědi na otázku č. 11.

- I. skupina – šest z deseti dotazovaných již vyzkoušelo i jiné alternativní metody, pro tři byla muzikoterapie první zkušeností a jeden uvedl, že nemá žádné zkušenosti s alternativními metodami.
- II. skupina – šest lidí uvedlo, že má zkušenost, a čtyři se poprvé setkali s muzikoterapií.
- III. skupina – osm dotazovaných nikdy nevyzkoušelo žádnou alternativní metodu a dvě ženy uvedly, že ano.

Graf č. 15 - Dotazníková otázka č. 12 (Věříte, že by Vám muzikoterapie mohla s nespavostí pomoci?)

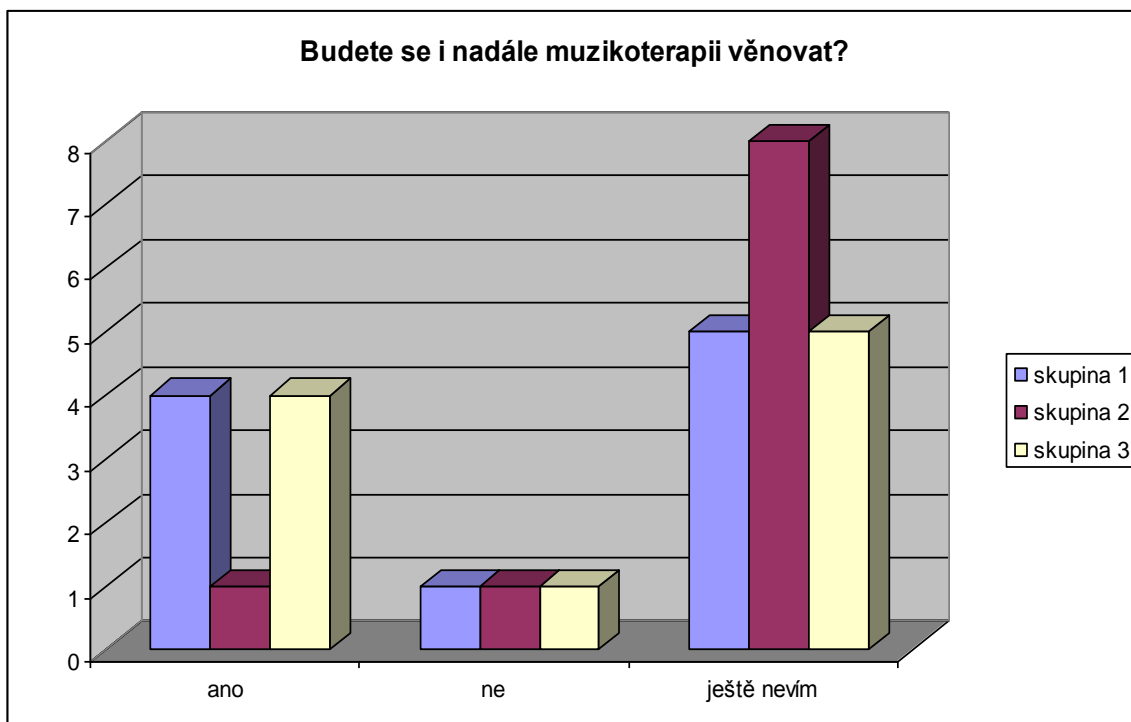


Popis grafu č. 15

Svislá osa znázorňuje četnost odpovědí respondentů a vodorovná jednotlivé odpovědi na otázku č. 12.

- I. skupina – pět lidí odpovědělo, že má důvěru k těmto terapiím, čtyři respondenti nevědí a jeden nedůvěřuje těmto možnostem.
- II. skupina - pět lidí neví, zda jim to může pomoci. Čtyři věří, že ano a jeden má opačný názor.
- III. skupina – devět žen odpovědělo, že neví, zda jim to může pomoci, a pouze jedna z nich projevila důvěru.

Graf č. 16 - Dotazníková otázka č. 13 ( Budete se i nadále muzikoterapii věnovat?)

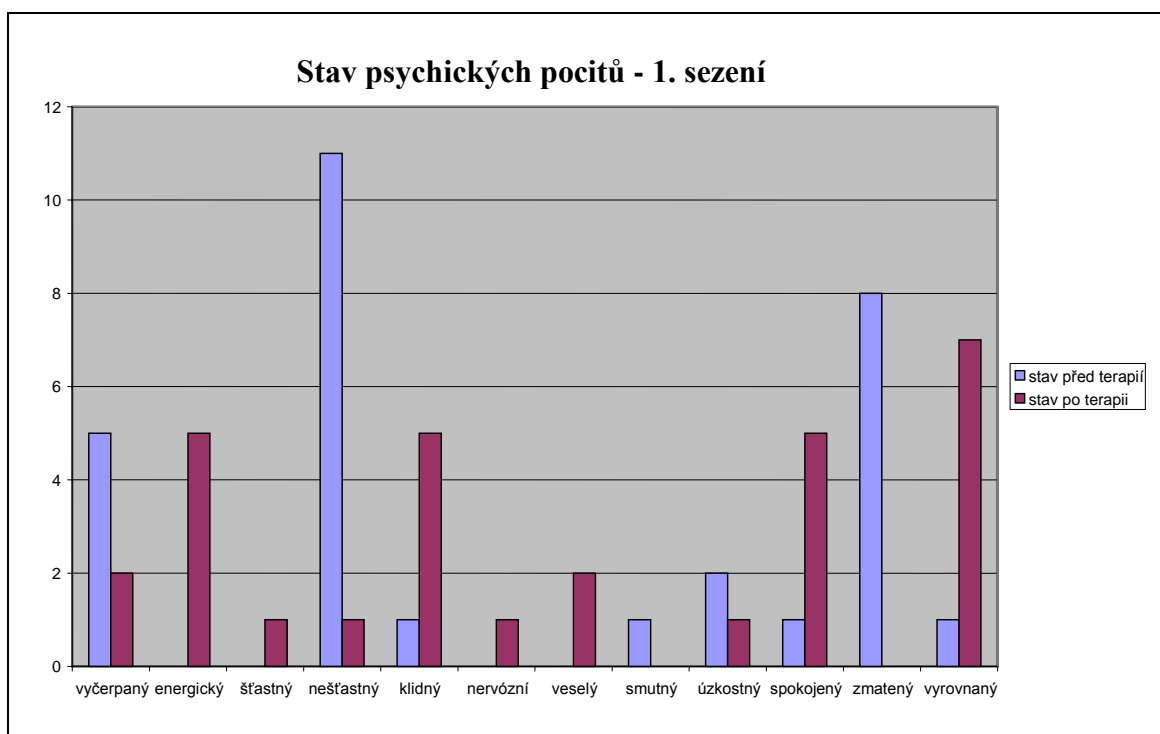


Popis grafu č. 16. Na svislé ose je četnost jednotlivých odpovědí a na vodorovné ose jsou odpovědi na dotazníkovou otázku č. 13.

- I. skupina – pět respondentů odpovědělo, že ještě neví, čtyři, že se budou nadále receptivní muzikoterapii věnovat a pouze jeden odpověděl, že ne.
- II. skupina - osm osob se vyjádřilo, že ještě neví a po jednom hlasu, ano i ne.
- III. skupina – pět žen ještě neví, čtyři odpověděly, že ano a jedna, že se nebude muzikoterapii nadále věnovat.

## 4.2. POPIS STAVU PSYCHICKÝCH POCITŮ

Graf č. 17 - Psychické pocity před a po terapii – první sezení



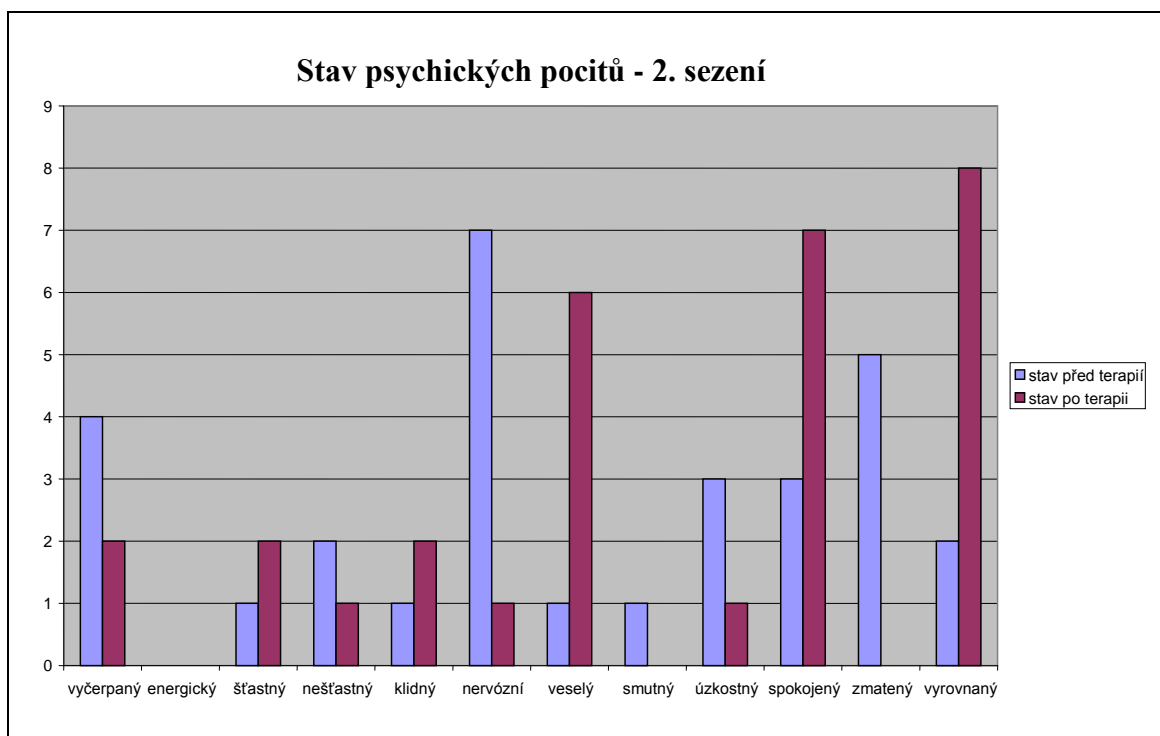
Popis grafu č. 17

Na svislé ose je četnost jednotlivých psychických pocitů všech třiceti klientů a na vodorovné ose jsou jmenovány psychické pocity. Klient se vyjádřil těsně před zahájením terapie a po ukončení. Tento graf jsem se rozhodla nerozdělovat na tři skupiny, ale naopak výsledky vyjádřit v jednom grafu. Předmětem této práce není rozlišovat psychiatrické diagnózy, ale vliv muzikoterapie na soubor pocitů ovlivňujících nespavost.

Při našem prvním setkání jsem se rozhodla pouštět převážně relaxační hudbu, která by měla vyvolat příjemné pocity a navodit relaxační atmosféru. Dotazník, který všichni obdrželi, vyplnili před poslechem a na závěr sezení. Psychické pocity se před poslechem a po poslechu výrazně lišily. Na počátku sezení odpovídala většina probandů, že se cítí vyčerpaně, nervózně, zmateně a podobně. Po ukončení došlo ke zřetelnému poklesu negativních pocitů, naopak se zvýšila četnost odpovědí: klidný, veselý, spokojený a vyrovnaný. Negativní emoce by mohly být do určité míry způsobeny nejistotou a neznalostí průběhu sezení v rámci receptivní muzikoterapie. I to je pravděpodobně důvod, proč deset jedinců odpovědělo, že je nervózních a osm

zmatených. Věřila jsem, že před dalším setkáním už tyto emoce prožívat nebudou, nebo alespoň ne v tak vysokém počtu.

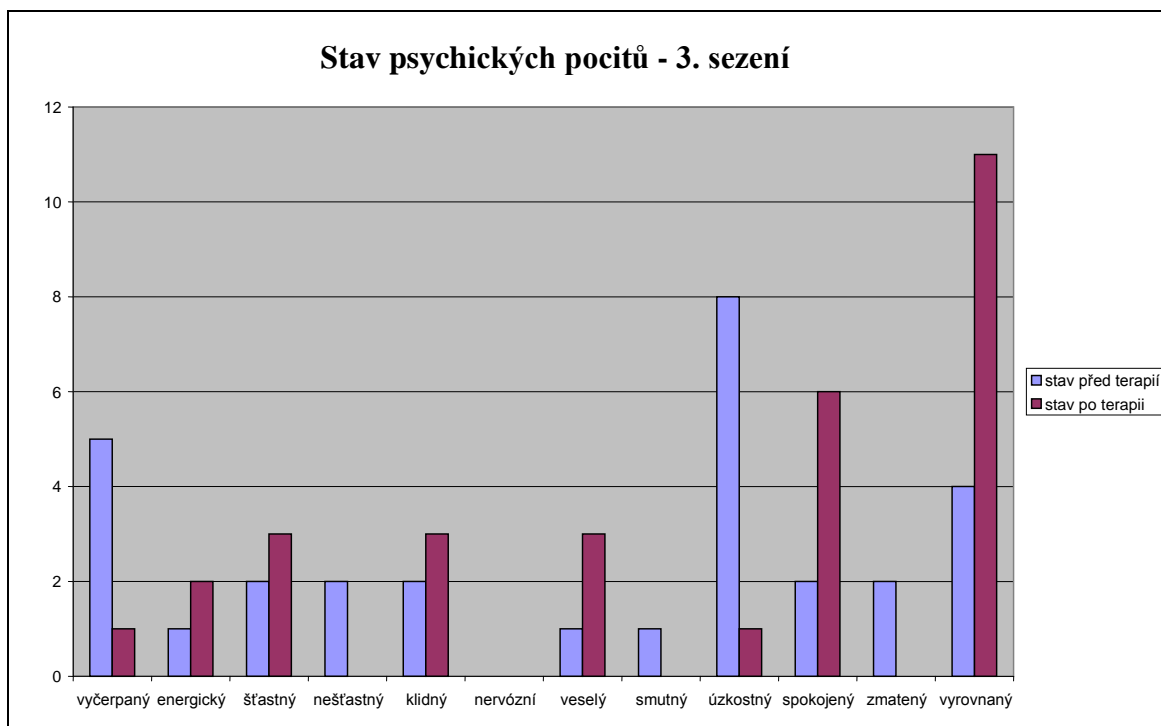
Graf č. 18 - Psychické pocity před a po terapii – druhé sezení



Popis grafu č. 18

Na druhém setkání už jsem chtěla posluchače seznámit nejen s relaxační hudbou, kterou jsme již poslouchali, ale i s hudbou klasickou. Rozhodla jsem pro skladbu Malá noční hudba mého oblíbeného hudebního skladatele W.A Mozarta. Dotazník, který vystihuje psychické pocity všech zúčastněných, jsem opět rozdala před i po poslechu, abych věděla, v jakém psychickém rozpoložení se nachází posluchači na počátku i při ukončení sezení. Překvapilo mě, že i při druhém setkání stále sedm osob vyjádřilo nervozitu a pět zmatenost. Dle mého názoru je možné do určité míry tyto odpovědi přisuzovat jejich zdravotnímu stavu a diagnóze na kterou mě paní doktorka Kalná upozornila. Společně jsme ovšem věřily, že se stav jejich pacientůlepší. Po poslechu už byly pocity zúčastněných výrazně lepší. Zmatený se necítil nikdo a nervózní pouze jedna osoba. To považuji za úspěch. Převažovala odpověď jako: veselý, spokojený a vyrovnaný.

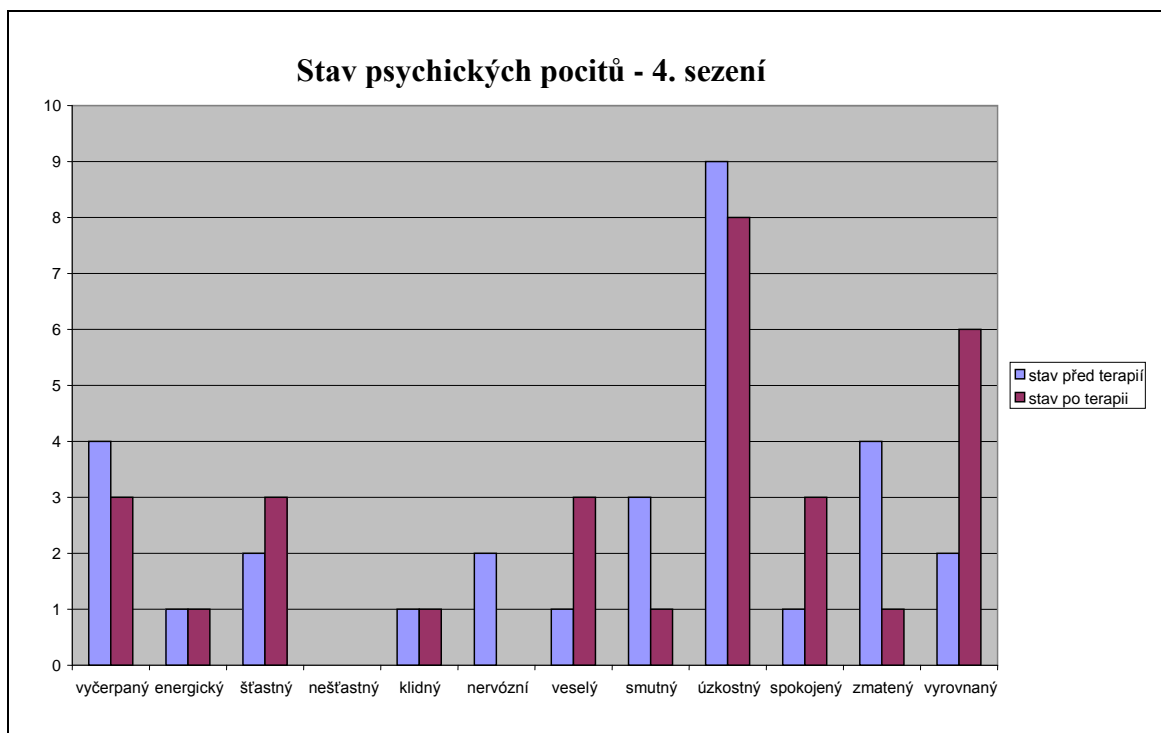
Graf č. 19 - Psychické pocity před a po terapii – třetí sezení



Popis grafu č. 19

Na třetím sezení už byla atmosféra mnohem uvolněnější a nebylo cítit napětí a nervozita zúčastněných. Před poslechem poměrně často zaznělo, že se cítí vyčerpaní a úzkostní. Nejsem kompetentní osoba, abych zde hodnotila zdravotní stav probandů, ale spíše zlepšení psychického stavu a emocí po jednotlivých sezeních. Při tomto sezení jsem dala zúčastněným možnost vybrat si skladby a styl, který chtějí poslouchat. Velmi mě potěšilo, že v závěrečných odpovědích už pocity byly mnohem pozitivnější. Z původních osmi úzkostných byl pouze jeden posluchač s tímto pocitem, stejně tak z pěti vyčerpaných tuto odpověď po poslechu uvedl pouze jeden. Dokonce jedenáct osob se cítilo po sezení v rámci receptivní muzikoterapie vyrovnaně a šest spokojeně.

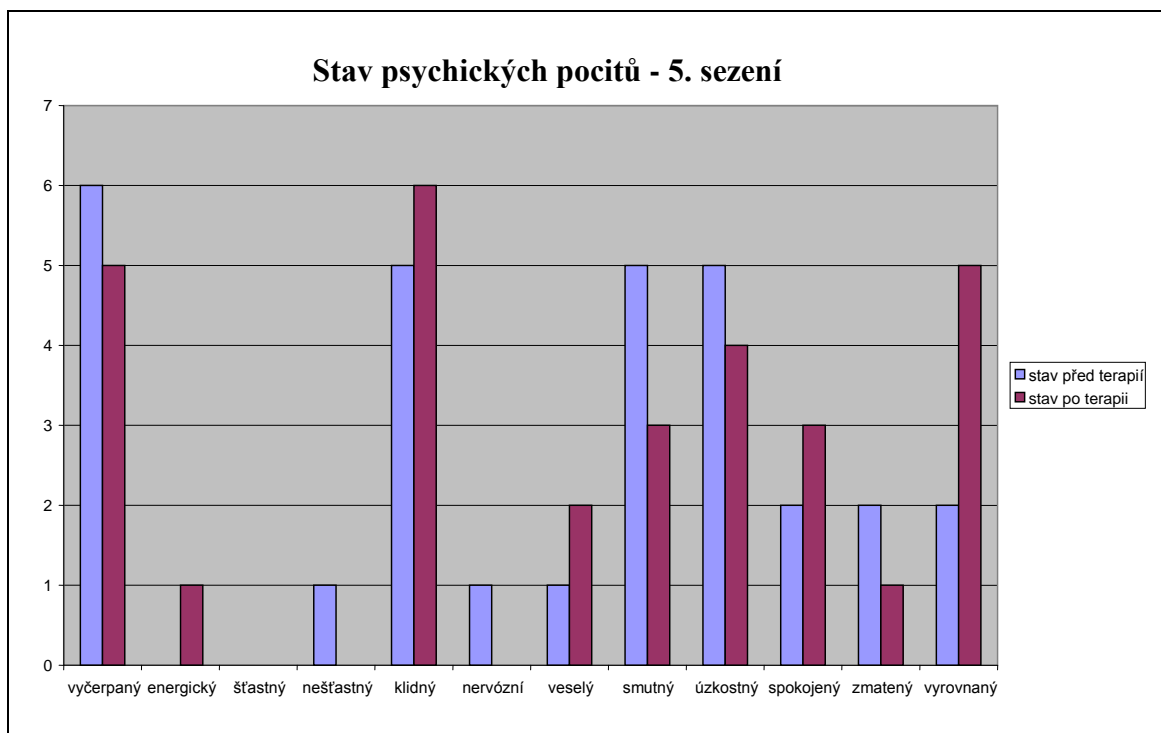
Graf č. 20 - Psychické pocity před a po terapii – čtvrté sezení



Popis grafu č. 20

Na čtvrtém setkání jsme se společně domluvili, že dáme přednost pouze klasické hudbě a to od hudebních skladatelů: F. Schubert, R. Schumann, a L. V. Beethoven. Poslech trval přibližně 20 minut a opět probíhal v naprosto klidném, příjemném prostředí. Devět osob se dostavilo na sezení i přes aktuální úzkostný stav, čtyři jedinci zmatení a čtyři vyčerpaní, naladění zbylých zúčastněných bylo vesměs pozitivní (energický, šťastný, spokojený a vyrovnaný). Odpovědi po ukončení poslechu byly výrazně kladnější, až na úzkostné jedince. Tam se pocity zlepšily pouze u jednoho. Graf umožňuje sledování vlivu poslechu hudby a relaxace na psychický stav člověka.

Graf č. 21 - Psychické pocity před a po terapii – páté sezení

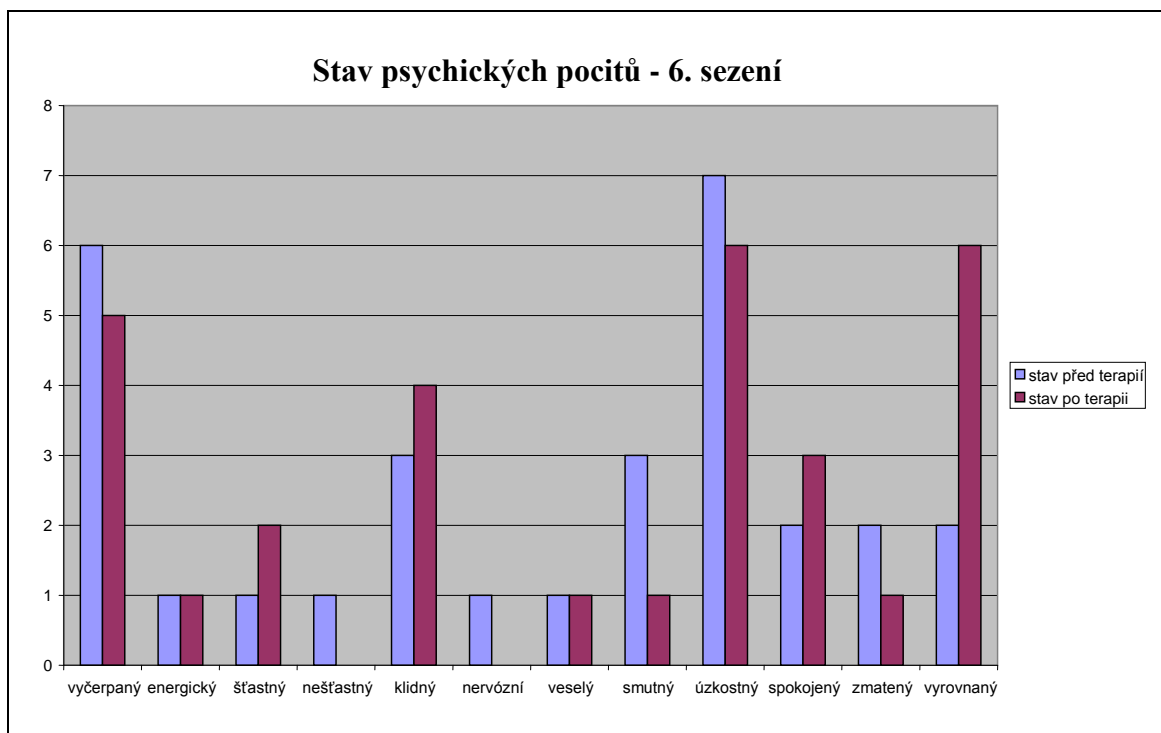


Popis grafu č. 21

Na pátém sezení už byla atmosféra naprosto přirozená, uvolněná a dokonce jsem zaznamenala i spřátelení členů a těšení se na muzikoterapii jako na společenskou událost. I výpovědi z dotazníků tomu napovídají. Kromě šesti osob, které se cítí vyčerpaně a pěti smutných a pěti úzkostných dorazily ostatní s dobrou náladou. Opět jsem nechala výběr hudby na klientech a shodli jsme se na klasické, vážné hudbě. Tentokrát od Ludwiga van Beethovena – Klavírní sonáta cis–moll. Měsíční svit. Po ukončeném poslechu a vyplněním dotazníku bylo možné vycítit zvláštní harmonii a klid, který se mi v dotaznicích potvrdil. Klid, spokojenost a vyrovnanost byly odpovědi, které převládaly.



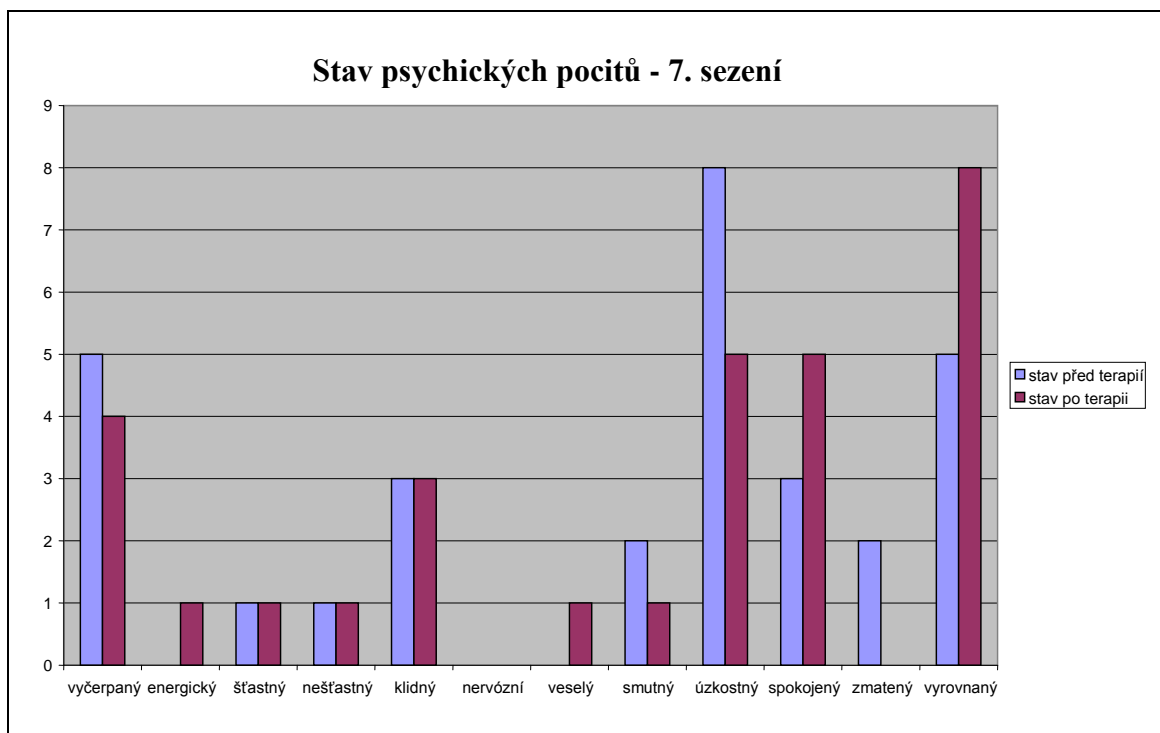
Graf č. 22 - Psychické pocity před a po terapii – šesté sezení



Popis grafu č. 22

Šesté setkání, tudíž předposlední, bylo zajímavé i tím, že někteří klienti donesli svoji hudbu s tím, zda bychom ji mohli poslouchat společně, protože na ně působí velmi kladně. Jednalo se o autora A. VIVALDIHO, The Four Seasons. Z třiceti osob dorazilo šest vyčerpaných, sedm úzkostných a tři smutné, ostatní se cítily převážně spokojeně, energicky, šťastně a vesele. Vždy po poslechu dochází k výraznému zlepšení pocitů.

Graf č. 23 - Psychické pocity před a po terapii – sedmé sezení



Popis grafu č. 23

Na posledním setkání uvedlo pouze pět klientů, že se cítí vyčerpaně a osm prožívá úzkosti. Pět osob je vyrovnaných, tři klidné a tři spokojené. Po poslechu už spokojenost uvedlo pět osob a vyrovnanost osm. Toto setkání bylo opravdu plné emocí už tím, že jsme se setkali naposled.

Z výsledků jsem byla mile překvapena, protože negativní emoce a pocity, které někteří uváděli před terapií, se po poslechu vyskytovaly vždy u méně osob. Dotazovaní měli dobrý pocit z toho, že objevili pro ně nový způsob relaxace a našli si čas sami na sebe.

Po dvacetiminutovém poslechu byl ponechán prostor pro diskusi a případné dotazy. Dle vyjádření několika zúčastněných byly jejich pocity natolik příjemné, že neměli potřebu komunikovat verbálně. Naopak někteří měli potřebu vyjádřit své emoce. Pro příklad cituji některé z vět, které zazněly.

Citace:

„Je mi moc fajn a to jsem ani netušil, že mám vztah k vážné hudbě.“

„Děkuji, otevřela jste mi oči a asi i uši. Tvrдила jsem, že vážnou hudbu nikdy a netušila jsem, že je poslech takový zážitek. Naposled jsem se s tím setkala na Základní škole v hodinách hudební výchovy, kde jsem se coby pubertáčka tvářila, že je to děsné!“

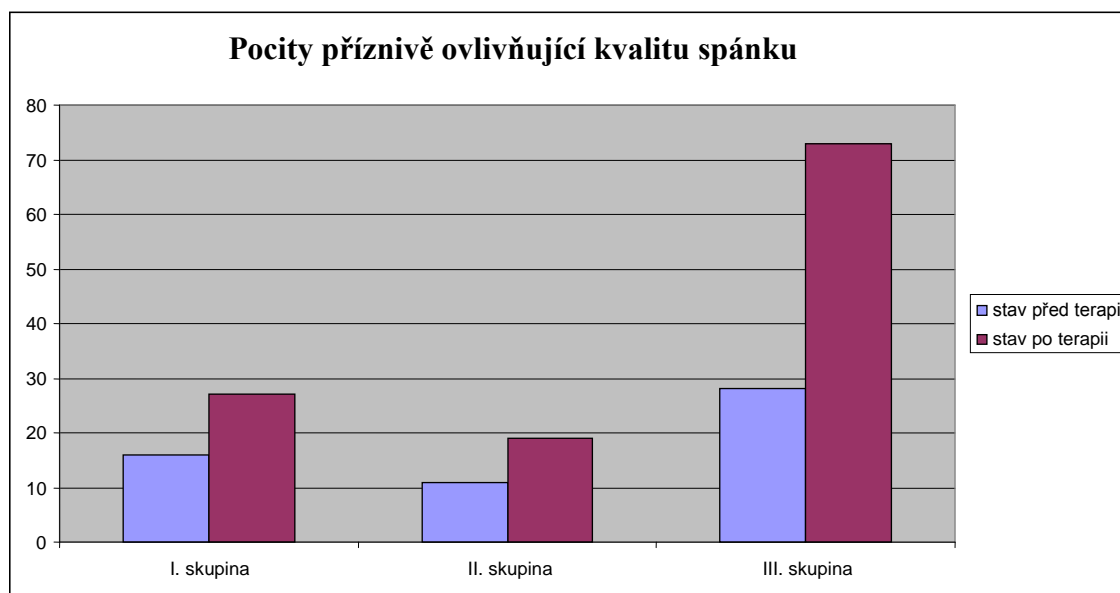
„Začínám věřit v pozitivní působení hudby, protože se mi při poslechu vybavovaly nejkrásnější životní zážitky a jsem tak příjemně naladěna, zároveň i unavena, že poslouchat dalších deset minut, tak usínám s úsměvem na rtech.“

„Nenuťte nás mluvit, prosím! Ještě bych spíš poslouchala a snila.“

„Teď by se mi spalo krásně, tak jsem zvědavá, jak usnu večer.“

Z následné diskuse také vyplynulo, že problémy ohledně spánku se u některých skutečně zlepšily. Dotazovaní přikládají hlavní důvod tomu, že se naučili před samotným usínáním relaxovat, uklidnit se a poslouchat příjemnou hudbu.

Graf č. 24 – Pocity příznivě ovlivňující kvalitu spánku

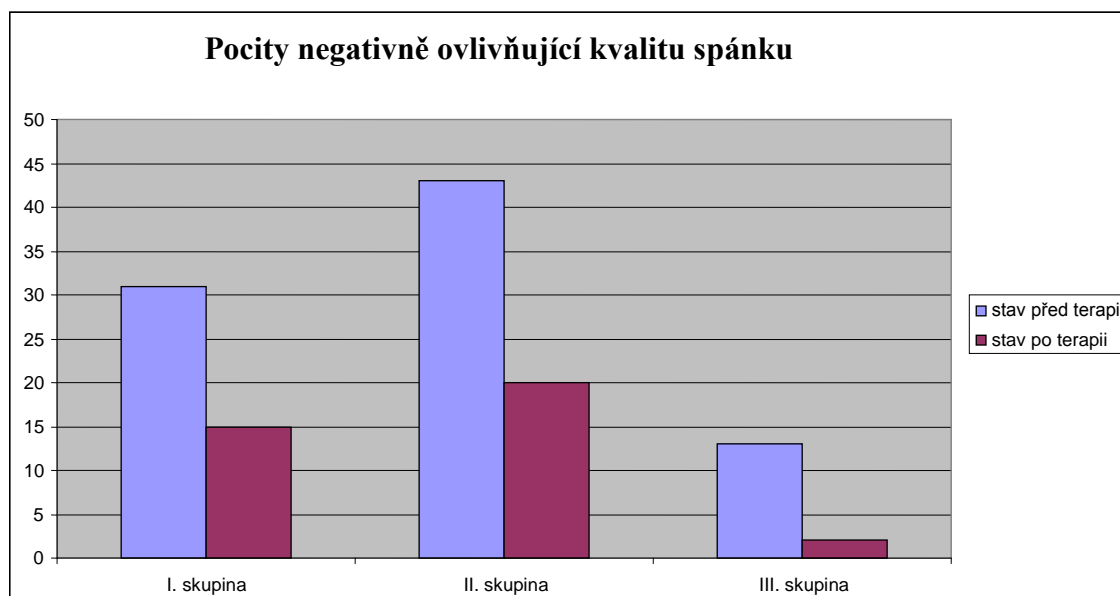


Popis grafu č. 24

Svislá osa znázorňuje četnost pocitů příznivě ovlivňujících kvalitu spánku (vyrovnaný, spokojený, šťastný, klidný) zaznamenaných během všech sezení.

Vodorovná osa znázorňuje rozdělení dle skupin. Z grafu č. 24 je patrné, že u třetí skupiny měla muzikoterapie největší vliv na zlepšení pocitů, které příznivě ovlivňují kvalitu spánku.

Graf č. 25 – Pocity negativně ovlivňující kvalitu spánku



Popis grafu č. 25

Svislá osa znázorňuje četnost pocitů negativně ovlivňujících kvalitu spánku (nešťastný, nervózní, smutný, úzkostný) zaznamenaných během všech sezení. Vodorovná osa znázorňuje rozdělení dle skupin. Z grafu č. 25 je patrné, že u všech skupin došlo k poklesu pocitů negativně ovlivňujících kvalitu spánku.

#### **4.3. ROZHOVOR S PRIM. MUDr. PAVLEM DOHNALEM a MUDr. MARCELOU KALNOU**

**Myslíte si, že by byla muzikoterapie přínosem pro pacienty, kteří dlouhodobě řeší potíže s nespavostí?**

MUDR. Dohnal Pavel

Cituji: „Nejsem přesvědčen o účinnosti této terapie, ale nebráním se novým možnostem. Nejsou to pro mě příliš validní informace bez využití přístrojů. Výborným ukazatelem by bylo například polysomnografické vyšetření či EEG. Ale takový výzkum by byl velmi nákladný a zároveň by vyžadoval dlouhodobé šetření. Nabízím Vám možnost využít tuto nabídku při diplomové práci.

MUDr. Kalná Marcela

Cituji: „Ano, určitě bych uvítala, kdyby se v Českých Budějovicích tyto možnosti pro pacienty nabízely. Samostatné použití muzikoterapie je vhodné u občasných poruch spánku, vyvolaných např. krátkodobým životním problémem nebo u prosté neorganické nespavosti. U vážnějších poruch spánku, které doprovázejí celou řadu jiných psychiatrických diagnóz, je nutné použití psychofarmak. Avšak pomocí muzikoterapie můžeme v některých případech dosáhnout i snížení gramáže zvoleného psychofarmaka. Jakákoliv nefarmakologická podpora spánku je velice užitečná, dalo by se to v jisté míře připojit ke zdravému životnímu stylu, kdy každý den je poměrně velice stresový, doba je uspěchaná a na spoustu lidí dopadají důsledky ekonomické krize. Samostatné použití muzikoterapie je tedy vhodné jen u občasných potíží, potíží situačních a pokud jde o onemocnění jako takové - přispívá ke kombinatorní terapii společně s farmaky“.

**Setkal/a jste se již někdy s muzikoterapií?**

MUDr. Dohnal Pavel

Cituji: „Nesetkal a ani si nejsem vědom, zda někde na kongrese tato nabídka byla. Zabývám se převážně pacienty, kteří trpí výpadky dechu ve spánku, tzv. apnoiky, takže tam by, předpokládám, ani sebelepší hudba nepomohla.“

MUDr. Kalná Marcela

Cituji: „S muzikoterapií jsem se setkala v rámci psychoterapeutického výcviku pana Prof. Knoblocha - Integrovaná psychoterapie“.

**Jsou pacienti s touto problematikou vůbec ochotní zúčastňovat se terapií a zkoušet i jiné metody, než jen spoléhat na medikaci?**

MUDr. Dohnal Pavel

Cituji: „ Obávám se, že je pro ně pohodlnější přijít k lékaři, který předepíše hypnotika, či jiné léky a spoléhat plně na jejich účinnost. Ale nechci odpovídat za ně. Je to pouze můj názor a pohled na věc. U nás ví, že po napojení na přístroje budou znát celou diagnostiku a jejich problém se začne okamžitě řešit. U terapií je to samozřejmě běh na dlouhou trať a navíc si myslím, že tam, kde je prokázán patologický problém, tak na terapii je již pozdě.“

MUDr. Kalná Marcela

Cituji: „Většina pacientů je ze svého problému už tak unavená a vyčerpaná, že je ochotna vyzkoušet cokoliv, jen aby se jim ulevilo. Ale jedná se spíše o pacienty, kteří trpí úzkostnými a depresivními stavy, které mají za následek potíže s usínáním a celkově kvalitou spánku. Tam využití terapie považuji za přínosné.“

## 5. DISKUSE

V této kapitole vyhodnocuji odpovědi z dotazníků. Sestavila jsem dva dotazníky. První dotazník nabízí 13 otázek a je zaměřen na problematiku nespavosti. Na základě tohoto dotazníku a následně vytvořených grafů byly monitorovány různé vlivy a podněty, včetně zažitých návyků, které by mohly souviset s kvalitou spánku. Z uvedených grafů je také možné vyzorovat, že dotazovaní z první skupiny i přesto, že ve většině případů dodržují správné zásady pro kvalitní spánek, mají s nespavostí potíže. I to poukazuje na potřebu soustavné lékařské péče. Druhý dotazník vystihuje psychické pocity před a po terapiích.

Před samotným výzkumem jsem si stanovila dvě otázky, na které jsem během celého šetření hledala odpověď. Otázky byly sestaveny dříve, než jsem zjistila, jak nízká je informovanost společnosti o muzikoterapii.

Odborná otázka č. 1

Je možné pomocí muzikoterapie zlepšit kvalitu spánku?

Po šetření se ukázalo, že vhodně vybraná hudba může výrazně přispět k lepšímu spánku. Jak jsem se již zmiňovala v teoretické části, tak muzikoterapie je velmi individuální záležitost a podle toho je k ní nutné přistupovat. Reakce zúčastněných na jednotlivých sezeních a také vyjádření pocitů prostřednictvím dotazníku je jasným ukazatelem, že citlivější a vnímavější osoby v tomto oboru našly zalíbení. Problém shledávám v tom, že v bližším okolí Českých Budějovic nejsou žádní erudovaní muzikoterapeuti, kteří by pravidelné kurzy pořádali. Paní doktorku Marcelu Kalnou problematika využití muzikoterapie v praxi zaujala a zároveň by přivítala možnost podpořit léčbu svých pacientů muzikoterapií.

Odborná otázka č. 2.

Budou se probandi i po skončení praktického šetření nadále věnovat muzikoterapii?

Díky této bakalářské práci jsem zjistila, že v okolí žádné muzikoterapeutické kurzy neprobíhají. Více jak 30% zúčastněných by uvítalo, kdyby měli možnost někam

na terapie docházet. Protože v krajském městě ani blízkém okolí se žádné podobné kurzy nekonají, pokusila jsem se všem podat maximum informací ohledně autoterapie. Tato metoda je výhodná v tom, že si každý ve svém soukromí zvolí hudbu, která mu vyhovuje a navodí příjemný pocit. Zaujme polohu, ve které se cítí pohodlně a zajistí si nikým a ničím nerušený poslech.



## 6. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je možné pomocí muzikoterapie zlepšit kvalitu spánku. Pro toto téma jsem se rozhodla nejen z důvodu, že mám kladný vztah k hudbě, ale zároveň se od porodu svého prvního dítěte potýkám s nespavostí. V naší hektické a uspěchané době je často opomíjena duševní hygiena. Velká část lidí si neumí najít čas pro sebe, pro relaxaci a uvolnění. Relaxace a uvolnění do velké míry eliminují stres, únavu a v konečném důsledku mohou vést k celkovému zlepšování zdravotního stavu. Neměli bychom zapomínat, že se psychický stav velmi výrazně odráží i na stavu fyzickém. Po kvalitním odpočinku či spánku se lépe koncentrujeme a dosahujeme lepších pracovních výsledků.

Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se pokusila charakterizovat pojem muzikoterapie, psychoterapie, relaxace, stimulace, poruchy spánku a další. Čerpala jsem z odborné literatury a internetových zdrojů. Šetření v rámci praktické části probíhalo na dvou místech a zúčastnilo se ho celkem třicet osob, které jsem rozdělila do třech skupin po deseti.

První skupinu tvořilo deset pacientů, kteří dochází na psychiatrii pro neorganickou poruchu spánku. V druhé skupině byly taktéž pacienti MUDr. Marcely Kalné. Ti se léčí s depresemi a úzkostnými stavy, které mají za následek špatné usínání a zhoršenou kvalitu spánku. Třetí skupinou byly matky na mateřské dovolené, které se pro nespavost neléčí, ale potíže se po porodu zhoršují. Setkávám se s nimi v mateřském centru Nebojsa v Trhových Svinech. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že poté co jsem se stala matkou, se zhoršila kvalita i kvantita mého spánku. Byla pro mě výzva pokusit se přesvědčit ostatní o pozitivním vlivu muzikoterapie a zároveň navrhnout tento alternativní způsob, který může pomoci a rozhodně neublíží. Hudba snižuje psychickou tenzi a navozuje pocit klidu, uvolnění a relaxace.

Během praktického šetření jsem byla nemile překvapena, že veřejnost vůbec nezná termín „muzikoterapie“ a až na výjimky se s tím nikdy nikde nesešla. I přes to, že je muzikoterapie považována za poměrně mladý obor, domnívala jsem se, že v nemocnicích se touto problematikou někdo zabývat bude. Opak byl pravdou. Ze své profese vím, že se muzikoterapeutické lekce konají v psychiatrických a odvykacích léčebnách. Dokonce v dětské psychiatrické léčebně v Opařanech je muzikoterapeutická dílna. Měla jsem možnost se výuky zúčastnit a velmi mě to zaujalo. I děti s poruchami

jako je ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti) se pomocí hudby zklidnily a věnovaly se některé tvořivé činnosti.

Jsem přesvědčená, že by muzikoterapie byla přínosem i pro pacienty, kteří trpí nespavostí. Na dotazníkovou otázku, zda respondenti věří, že by jim mohla muzikoterapie pomoci s problematikou nespavosti odpovědělo 33,3% dotázaných, že věří, že by jim muzikoterapie mohla pomoci, 60% odpovědělo, že neví a 6,7%, že v účinky muzikoterapie na jejich nespavost nevěří. Na otázku, zda se budou i nadále muzikoterapii věnovat odpovědělo 30% dotázaných, že ano, 60%, že neví a pouze 10%, že určitě ne.

Praktické šetření dále poukázalo na největší účinnost receptivní muzikoterapie u žen ze třetí skupiny. Našly si čas samy pro sebe a naučily se relaxovat a navodit příjemné pocity před ulehnutím. U první skupiny je vliv na zlepšení psychických pocitů před a po terapii nejméně patrný. I ve druhé skupině byl zaznamenán pouze mírný pokles negativních emocí po každém sezení. Tyto výsledky připisuji tomu, že pacienti MUDr. Marcely Kalné jsou kompenzovaní na léčích, a proto receptivní muzikoterapii lze doporučit spíše jako podpůrnou léčbu.

Dle mého názoru z mé práce vyplývá, že i když muzikoterapie problém s nespavostí v některých případech zcela neodstraní, tak alespoň poukáže na možné využití pro zlepšení pocitů klidu, pohody a vyrovnanosti. Tím muzikoterapie může výrazně přispět ke zdravému životnímu stylu.

Lidé trpící nespavostí jsou většinou ochotni vyzkoušet jakékoliv možnosti, které by pomohly vyřešit jejich problém. Nebylo tedy obtížné je k účasti na muzikoterapeutických sezeních přesvědčit.

Samozejmě jsem neočekávala, že by po sedmi setkáních všichni měli kvalitní spánek a zlepšení psychiatrických diagnóz. Ovšem to, co jsem od výzkumného šetření očekávala, se z větší části potvrdilo. Výrok „*hudba je lékem na trápení duše*“ (Horatius) tedy plně vystihuje můj celkový dojem z této práce.

Při analýze grafů, sestavených z otázek a odpovědí uvedených v dotaznících, a společné diskuze jsem došla k závěru, že i během dvaceti minut lze psychické pocity u některých osob pozitivně změnit. Dle mého názoru, kdyby se vnímavější lidé mající psychické potíže, věnovali pravidelně receptivní muzikoterapii, bylo by možné výrazně a dlouhodobě zlepšit jejich vyrovnanost, psychickou pohodu a koncentraci. I systematické provádění autoterapie by mělo mít jednoznačně příznivý vliv na jedince a je důležitou součástí duševní hygieny a péči o své zdraví.

Ráda bych doporučila všem, kteří at' už trpí nespavostí, úzkostmi nebo jinou psychiatrickou diagnózou, aby nespolehali pouze na účinnost předepsaných léků, ale aby se sami aktivně podíleli na odstranění problému. Vždy je vhodné začít řešit problém jako je například vyčerpanost a únava nejprve přirozeným či alternativním způsobem a až když nedochází ke zlepšení, vyhledat odborníka a zahájit léčbu. Je prokázáno, že psychický stav velmi úzce souvisí s fyzickým. Proto bychom všichni měli věnovat více času sami sobě, svým zájmům a příjemným věcem.

Tato práce mě velmi obohatila a jsem vděčná za zkušenosti a informace, které jsem načerpala. Pevně věřím, že se muzikoterapie bude dále rozvíjet a za pár let budou lekce již běžně dostupné. Příznivé působení muzikoterapie mě natolik zaujalo, že do budoucna zvažuji možnost absolvování muzikoterapeutického kurzu s následným navázáním spolupráce s lékaři, kteří by tuto službu pro pacienty uvítali.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

- BARVÍK, M., *Jak poslouchat hudbu*. Praha: ROH. 1962, 138 s. ISBN 24-068-62.
- BORZOVÁ, C. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada. 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
- ČAČKA, O. *Psychologie imaginativní výchovy*, Brno. 1999, 384 s. ISBN 80-7239-034-1.
- HALPERN, S., LINGERMAN H. *Muzikoterapie léčivá síla hudby*. 1.vydání. Bratislava: Vydavatelství Eko-konzult. 2005, 194 s. ISBN 80-8079-044-2.
- HERMANN, E. , DOUBEK, P. *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf. 2008, 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada. 1993, 376 s. ISBN 80-7169-027-9.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vydání. Praha: Portál. 2006, 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
- KRČEK, J. *Musica Humana-úvod do muzikoterapie*. Hranice: Fabula. 2008, 191 s. ISBN 978-80-86600-50-5.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria. 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- MÁTEJOVÁ, Z. , MAŠURA, S. *Muzikoterapia v specialnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 1992. ISBN 80-08-00315-4.
- NEVŠÍMALOVÁ, L., ŠONKA, K. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Grada. 1997, 256 s. ISBN 80-85800-37-3.
- PECHOVÁ, M. *Muzikoterapie z pohledu specifických poruch učení a chování*. Diplomová práce, 2009. PF JU České Budějovice.
- PRAŠKO, J. , ČERVENÁ, K. ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. Praha: Portál. 2004, 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
- RABOCH, J. , PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton. 2006, 204 s. ISBN 80-7254-746-1.

ROMANOWSKA, B. *Muzikoterapie, ladičky a léčení zvukem*. Frýdek Místek: Alpress, s. r. o. 2005, 184 s. ISBN 80-7362-067-7.

RUEGER, J. *Domácí hudební lékárnička*. Praha: Ikar. 2003, 328 s. ISBN 80-249-0200-1.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 2. vydání. Praha: Portál. 2001, 248 s. ISBN 80-7178-557-1.

ŠONKA, K. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Portál. 1993, 81s. ISBN 80-85800-01-2.

WRIGHTOVÁ, J. *Umění relaxovat*. Praha: Ikar. 1998, 95s. ISBN 80-7202-274-1.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. 1.vydání. Praha: Portál. 2007, 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

### **Internetové zdroje**

Integrity Way. Music Therapy as Treatment for Drug Addiction. (on-line). (cit. 2014-03-10). Dostupné z WWW: <http://www.musictherapyworld.net/2000>.

Muzikoterapie (online).(cit.2014-04-10). Dostupné z [WWW.http://muzikoterapie.cz](http://muzikoterapie.cz)

### **Diskografie: CD**

BEETHOWEN, L., Klavírní sonáta cis moll, Měsíční svit – Kolekce klasika pro dětská ouška – BEETHOWEN DĚTEM (MediaWay, 2008)

ČECH, M., Syrix - Panova flétna(Relax with instrumental hits). 2000. Master Music s. r. o.

MOZART, W.A., Malá noční hudba, KUSCHEL KLASSIK 1 – MUSIK FUR DIE KLASSISCHEN MOMENTE (Sony Music Entertainment, 1996)

SCHUBERT, F., Ave Maria, Kolekce klasika pro dětská ouška – Ukolébavky pro nejmenší (MediaWay, s.r.o. , 2008)

SCHUMAN, R., Snění (dětský sen), Kolekce klasika pro dětská ouška – Ukolébavky pro nejmenší (MediaWay,s.r.o., 2008)

VIVALDI, A., *Le Yuattro Stagioni*. Made in Czechoslovakia: Supraphon. 1992.

## 8. PŘÍLOHY

### 8.1. PŘÍLOHA Č. 1

Varianta: **před poslechem**

Označte, prosím, křížkem jednu z níže uvedených emocí, která u Vás v současné chvíli převládá:

Vyčerpaný	
Energický	
Šťastný	
Nešťastný	
Klidný	
Nervózní	
Veselý	
Smutný	
Úzkostný	
Spokojený	
Zmatený	
Vyrovnaný	

Varianta: **po poslechu**

Označte, prosím, křížkem jednu z níže uvedených emocí, která u Vás v současné chvíli převládá:

Vyčerpaný	
Energický	
Šťastný	
Nešťastný	
Klidný	
Nervózní	
Veselý	
Smutný	
Úzkostný	
Spokojený	
Zmatený	
Vyrovnaný	

## 8.2. PŘÍLOHA Č. 2

1. **Jak dlouho se potýkáte s nespavostí?**
  - a) rok
  - b) méně jak jeden rok
  - c) několik let
  
2. **Řešíte tento problém s lékařem jakékoliv specializace?**
  - a) ano
  - b) ne
  - c) občas
  
3. **Navštěvujete spánkovou poradnu?**
  - a) ano
  - b) ne
  - c) ani jsem nevěděl/a, že takové oddělení existuje
  
4. **Jak dlouho trvá, než usnete?**
  - a) do 15 min
  - b) do 30 min
  - c) více jak 30 min
  
5. **Chodíte spát přibližně ve stejný čas?**
  - a) ano
  - b) většinou ano
  - c) ne
  
6. **Kdy naposledy konzumujete jídlo a pití před spaním?**
  - a) do 1 hod
  - b) do 1,5 hod
  - c) 1,5 hod a více
  
7. **Kdy naposledy provozuje fyzickou aktivitu před usínáním?**
  - a) do 1 hod
  - b) do 2 hod
  - c) 2 hod a více
  
8. **Nachází se v blízkosti Vaší ložnice nějaký rušivý element (např. výtah, doprava, štěkání psa, sousedé....)**
  - a) ano
  - b) ne
  - c) občas



- 9. Jak se cítíte po probuzení?**
- a) vyspale
  - b) vyčerpaně
  - c) unaveně
- 10. Pocit'ujete po probuzení nějaké obtíže (např. bolest hlavy, nevolnost, malátnost...)**
- a) ano
  - b) ne
  - c) občas
- 11. Už jste kromě muzikoterapie vyzkoušel/a nějaký jiný alternativní způsob?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) muzikoterapie byla moje první zkušenost
- 12. Věříte, že by Vám muzikoterapie mohla pomoci?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- 13. Budete se i nadále muzikoterapii věnovat?**
- a) ano
  - b) ne
  - c) ještě nevím