



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

Muzikoterapie pro seniory

Autor: Petra Slunečková

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

Music Therapy for Seniors

Author: Petra Slunečková
Study program: Specialization in Education
Field of study: Health Education
Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, April 2014

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá využitím muzikoterapie v životě seniorů. Cílem práce je zmapovat možnosti využití muzikoterapeutických přístupů u seniorů a na základě výzkumného šetření a vyhodnocení získaných dat doporučit vhodné muzikoterapeutické prostředky.

Obsahem teoretické části je charakteristika muzikoterapie - pojem, definice, druhy a formy, vývoj muzikoterapie - historie, metody a techniky. V rámci kapitoly využití muzikoterapie u seniorů je charakterizována tato věková skupina, změny vyvolané stárnutím, nejčastější onemocnění a využití muzikoterapie v domech pro seniory.

Ve výzkumné části je provedena analýza získaných dat, která jsou graficky zpracována, vyhodnocena a dle výsledků šetření jsou doporučeny vhodné muzikoterapeutické prostředky ke zlepšení života seniorů.

Klíčová slova: muzikoterapie, muzikoterapeut, hudba, senioři.

Abstrackt

This bachelor thesis deals with the use of music therapy in the lives of seniors. The target of this thesis is to map the possibilities of using music therapy ways with seniors and to recommend a suitable music therapy resources on the basis of the research and evaluation of obtained dates.

The theoretical part describes the term “the music therapy”, e.g. concept, definition, types and forms, the development of music therapy, the history, methods and techniques. This age group is defined in the chapter about the use of music therapy by elderly people and also the changes caused by aging, the most common diseases and using music therapy at the retirement homes are described here.

The research part analyses obtaines dates which are graphically processed and evaluated and according to the results of the investigation proper ways of the therapy are recommended to improve the lives of seniors.

Key words: music therapy, music therapy, music, seniors.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Muzikoterapie pro seniory“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou pedagogickou, 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 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 odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 25. 4. 2014

Petra Slunečková

Poděkování:

Děkuji moc vedoucí bakalářské práce, PhDr. Ludmile Peřinové, Ph.D. za cenné rady, účinnou pomoc, ochotu a odborné vedení této bakalářské práce.

Petra Slunečková

Obsah:

1. Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
2. Charakteristika muzikoterapie	10
2.1. Pojem muzikoterapie, muzikopatogenie a fonopatogenie.....	10
2.2. Definice muzikoterapie	11
2.3. Druhy a formy muzikoterapie	12
2.4. Hudební nástroje v muzikoterapii	14
3. Vývoj muzikoterapie	15
3.1. Historie léčebných účinků hudby	15
3.2. Muzikoterapie v Čechách.....	18
3.3. Metody a techniky muzikoterapie	19
3.4. Muzikoterapie a medicína	21
4. Využití muzikoterapie u seniorů.....	26
4.1. Seniori – charakteristika věkové skupiny	26
4.2. Změny vyvolané stárnutím.....	30
4.3. Nejčastější onemocnění ve vyšším věku	32
4.4. Muzikoterapie v domech pro seniory.....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	38
5. Cíle bakalářské práce a metody výzkumného šetření.....	38
5.1. Metody a techniky bakalářské práce	38
5.2. Analýza získaných dat od respondentů	41
5.2.1. Domov pro seniory Sue Ryder, Praha.....	41
5.2.2. Domov pro seniory Sue Ryder, Praha.....	42
5.2.3. Domov pro seniory, Velké Meziříčí	45
5.2.4. Domov pro seniory, Pelhřimov.....	46

5.2.5.	Domov seniorů Mistra Křišťana, Prachatice	47
5.2.6.	Domov pro seniory Elišky Purkyňové, Praha.....	48
5.2.7.	Seniorpark, Pečice okres Příbram	50
5.2.8.	Dům s pečovatelskou službou, Čekanice.....	51
5.2.9.	Domov pro seniory, Pernink	52
5.2.10.	Domov důchodců, Ústí nad Orlicí	53
5.2.11.	Domov pro seniory, Kladno a Alzheimercentrum Pohoda, Nové Strašecí...	54
5.3.	Grafické zpracování získaných informací.....	57
5.4.	Souhrnné zhodnocení výsledků šetření	66
6.	Závěr.....	70
7.	Seznam použitých zdrojů.....	71

1. Úvod

„Je možné, že existují emanace, které jsme ještě dosud nepoznali.

Pamatujete si, jak se kdy posmívali elektrickému proudu a „neviditelným vlnám“?

Naše vědění o člověku je stále ještě v plenkách.“

Albert Einstein

Ještě donedávna byla zejména v tzv. východní Evropě muzikoterapie považována za šarlatánství, nevědecký obor. K pomalému rozvoji této disciplíny v Československu po druhé světové válce proto negativním způsobem přispěl dlouhodobý komunistický režim a materialistická ideologie. Naštěstí od 90. let 20. století se i v českém prostředí muzikoterapie jako vědní hraniční disciplína rychle rozvíjí a postupně se rozšiřují mantinely její vícestranné využitelnosti a působnosti, přesahující psychiatrické a psychologicko-klinické kontexty směrem ke speciální pedagogice, předškolní a školní edukaci, péči o seniory a významné sféře prevence. Proto i obor „výchova ke zdraví“ logicky zahrnuje zájem o tuto problematiku.

Pro vypracování této bakalářské práce jsem se nejprve seznámila s dostupnou odbornou literaturou. Poznatky z ní získané jsou popsány v teoretické části práce, ve které se zabývám pojmem, definicí, druhy, formami, vývojem, historií a metodami muzikoterapie. V rámci kapitoly Využití muzikoterapie u seniorů je charakterizována tato věková skupina, změny vyvolané stárnutím, nejčastější onemocnění a využití muzikoterapie v domech pro seniory. Ve výzkumné části, jejíž cílem je zmapovat možnosti pracovníků zabývajících se muzikoterapií a využitím muzikoterapeutických přístupů u seniorů, je provedena analýza získaných dat. Na základě výzkumného šetření jsou doporučeny vhodné muzikoterapeutické prostředky ke zlepšení kvality života seniorů.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Charakteristika muzikoterapie

2.1. Pojem muzikoterapie, muzikopatogenie a fonopatogenie

Muzikoterapie jako pojem je původu řecko-latinského. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba. Řecké slovo *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat (Mátejová, Mašura, 1992).

„V současné době je o muzikoterapii velký zájem, který na základě vědeckého opodstatnění stále vzrůstá. Podle Americké muzikoterapeutické asociace (1998) neznamena pojem muzikoterapie pouhé „léčení hudbou“, ale znamená „pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 23).

Lidskému zdraví může hudba nebo jiný zvuk prospívat, chovat se k němu neutrálně, nebo může někdy škodit. Pro takovéto případy navrhl Arne Linka termíny – muzikopatogenie (poškození hudbou) a fonopatogenie (poškození zvukem). Do termínu muzikopatogenie lze zahrnout takové hudební působení, které neúnosně ruší, nepříjemně dráždí a obtěžuje. Jedná se např. o tyto vlivy:

- špatná nebo nevyhovující hudba;
- hudba hraná na rozladěný nástroj;
- hudba hraná nekvalitně nebo příliš hlučně;
- dobrá hudba, ale vnímaná za nepříznivých okolností;
- hudba poslouchaná ve spěchu nebo v situaci vyžadující bezodkladné řešení;
- hudba nadměrně dávkovaná vnuceným poslechem téže skladby mnohokrát za sebou;

Patří sem také náhlé střídání rozmanitých televizních znělek a hudebního doprovodu při reklamách, který je často až brutální, nepřírozený a násilný, střídají se různá tempa, tóniny a protichůdné nálady, což samozřejmě nepřispívá ba dokonce škodí sluchu, nervům a celkové psychické rovnováze.

Muzikopatogenie a fonopatogenie se v současné době uplatňují prostřednictvím nadměrného hluku, dalších zvukově agresivních činitelů při poslechu hlavně moderní

neumělecké hudby, nadbytečností hudebních a různých zvukových podnětů, lze je označit – akustickým smogem (Linka, 1997).

Tyto problémy se snaží řešit nové vědní obory – akustická resp. hudební ekologie.

2.2. Definice muzikoterapie

Muzikoterapie je vědeckou disciplínou, která se nachází v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou, hudební teorií, filozofií a estetikou. Její charakter souvisí se všeobecnou medicínou, psychiatrií, psychologií a pedagogikou. Z tohoto lze usuzovat na různé teoretické orientace a výchozí pozice muzikoterapie (Zeleviová, 2007).

Muzikoterapeutická praxe se vlivem různých kultur značně odlišuje, proto není možné vytvořit jednu obecně přijímanou definici muzikoterapie. Mezinárodně akceptovaná je definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996:

„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 a kol., 2009, s. 27).

Podle profesora, skladatele, hudebního vědce a teoretika Arneho Linky je muzikoterapie *„jakékoliv uplatnění hudby v zájmu lidského zdraví“* (Linka, 1997, s. 41).

Dle analýzy současných definic vytvořil Kantor charakteristické znaky muzikoterapie:

- využívá hudební zkušenosti (hudba, hudební elementy, zvuky);
- není vyžadováno hudebních vzdělání ani zkušenosti klienta;
- hudba může mít různé kvality (např.: komunikační, emocionální, kreativní, a pod.);
- zahrnuje vždy osobnost klienta i terapeuta a jejich vzájemný vztah;
- měla by být aplikována kvalifikovaným a kompetentním muzikoterapeutem;

- je využívána u populace nejrozličnějších věkových skupin a má své indikace i kontraindikace;
 - může vyvolat pozitivní změny v celém lidském organismu;
 - muzikoterapeutické cíle nemají hudební povahu, ale zahrnují širokou oblast terapeutického působení (léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí, komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládání bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj);
 - může být organizována dle různých uspořádání terapeutické situace (individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní apod.);
 - definice poukazují na rozvoj terapeutického vztahu prostřednictvím hudebních zkušeností a komunikace;
 - je systematický proces zahrnující diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci;
 - její teorie i praxe jsou podmíněny kulturou, ve které je praktikována;
 - využívá se v různých institucích (medicínská, vzdělávací, psychiatrická, gerontologická, apod.);
 - v rámci muzikoterapie jako profese vznikají různé muzikoterapeutické asociace.
- (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

„Muzikoterapie je léčebně-výchovná metoda vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání.“ (Mátejová, Mašura, 1992, s. 16)

2.3.Druhy a formy muzikoterapie

Muzikoterapii je možné třídit z různých hledisek. Podle individuálního posouzení vzhledem ke způsobu práce s hudbou se dělí na aktivní a receptivní (pasivní, poslechovou) muzikoterapii.

Aktivní muzikoterapie – je více kreativní, jedinec vyvíjí sám hudební aktivitu vokálně nebo instrumentálně pomocí terapeuta, spolupacientů nebo terapeutického týmu (hraje,

zpívá, nebo vyťukává rytmus na různé nástroje nebo na tělo apod.). Využití aktivní muzikoterapie vychází z možností a schopností pacientů. Pro společný zpěv jsou velmi oblíbené lidové písně, nebo lidové ukolébavky, melodizované říkanky. Je třeba však zvážit vhodnost textu vzhledem k tomu, v jakém stavu se pacient nachází.

Receptivní muzikoterapie – při ní se využívá reprodukováná hudba z různých zvukových nosičů, popř. terapeutem nebo skupinou spolupacientů (klientů) hudba živě produkovaná, event. formou tzv. hromadných terapeutických koncertů, které se využívají především ve velkých léčebnách. Jedinec hudbu pouze vnímá, je tedy v dané chvíli pasivní, nebo může pracovat s dalšími smysly, než je sluch a využít zvukovou představivost, vizualizaci, pohyb, tanec, apod. Pro receptivní muzikoterapii se může hodit téměř každá hudba, ale zdaleka ne pro každého a ne vždy. Je důležité, komu, kdy, kde, za jakých okolností a k jakému medicínskému účelu je určena. Častým repertoárem je vážná hudba a to obvykle barokní, rokoková, klasicistní, romantická nebo ještě impresionistická event. postimpresionistická a doporučuje se použít hudbu bez zpívaného textu pro lepší emocionální zážitek (neboť konkrétně mířené slovo může odvést recipientovu pozornost od čistě abstraktně-hudebního sdělení). Toto se nemusí vztahovat na zpěv v jazyce, který pacient neovládá a slovům tedy nerozumí. V rámci receptivní MT ovšem může být využita jakákoli jiná hudba (etnická, new age a relaxační, zábavná apod.), odpovídá-li dané psychologické situaci a zejména pak vkusové orientaci klienta.

„Hudba je uměním rovnováhy, mezi dnem a nocí, silou a slabostí, bolestí a radostí, životem a smrtí.“ (Rueger, 2003, s. 311)

Podle počtu klientů v průběhu určité terapeutické procedury lze muzikoterapii dělit na individuální, skupinovou nebo hromadnou, z nichž každá má své přednosti. Skupinovou a hromadnou muzikoterapii lze dohromady nazvat kolektivní muzikoterapie.

Individuální muzikoterapie – terapeut se věnuje pouze jednomu klientovi, výhodou je větší intimita a diskrétnost a hodí se pro pacienty uzavřené, nesmělé, bázlivé apod.

Skupinová muzikoterapie – terapeut pracuje s několika klienty. Lze ji uskutečnit v rámci *fixních (uzavřených) skupin* (klienti v rámci ústavní nebo ambulantní péče absolvují celý cyklus muzikoterapeutických procedur) nebo v rámci *variabilních (otevřených) skupin* (proměnlivé personální složení skupiny i počtu jejich členů, třídění např. podle věku, pohlaví, podle druhu onemocnění).

Hromadná muzikoterapie – pracuje se s většími skupinami lidí shromážděných z určitého společného popudu nebo náhodně; příkladem mohou být již zmíněné terapeutické koncerty. (Linka, 1997).

Muzikoterapeut řídí nebo provází celý proces muzikoterapeutického setkání, za který je zodpovědný, sleduje klientovy potřeby, ale nepřebírá zodpovědnost za klientovo rozhodování. Vstupuje do vztahu s klientem a určuje efektivní použití konkrétní muzikoterapeutické metody a techniky. (Zelevá, 2007).

Místnost určená k muzikoterapii by neměla připomínat ordinaci, kde dominuje bílá nebo krémová barva, stejně tak by nebylo vhodné pestré nebo příliš křiklavé vybavení. Naopak by tato místnost měla být útulná a působit uklidňujícím dojmem tak, aby se klienti zbytečně nerozptylovali a cítili se příjemně (Linka, 1997).

2.4. Hudební nástroje v muzikoterapii

Hra na hudební nástroje se využívá v aktivní muzikoterapii. Nejvíce se uplatňují snadno ovladatelné rytmické a melodické nástroje, jejichž prostřednictvím mohou vytvářet vlastní hudbu i hudebně neškolení klienti. Protože mnozí z nich na ně nikdy nehráli, je důležité postupné sblížení s těmito nástroji, zvláště při hudebně-improvizačních technikách. Z hlediska použití v muzikoterapii lze hudební nástroje rozdělit do několika skupin:

- tradiční laděné nástroje – klavír, kytara, párová hra na jednom nástroji
- Orffův instrumentál – dětské bubínky a tympány, zvonečky, ozvučená dřívka, dětské činely, kastaněty, dřevěné klepače, maracas (rumba koule), tamburíny, triangel, dětská zvonkohra, určité části bicí soupravy apod.
- etnické nástroje – bonga, šamanské bubny, djembe, tampuru, pakhavaj, ocean drum, deštné hole, bambusové flétničky, gongy, zvonce, tibetské mísy, apod.
- nástroje vlastní výroby – různá dřívka, zvonečky na šňůře, rolničky, mušličky nebo různé přírodniny a předměty, které vydávají zajímavé zvuky.
- kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů – specifické doplňky a úpravy hudebních nástrojů, které mohou využít klienti s omezením hybnosti. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

3. Vývoj muzikoterapie

3.1. Historie léčebných účinků hudby

Muzikoterapie je jedna z léčebných metod, která má dlouhodobou tradici, přestože její vývoj prošel během historie několika změnami a byl občas přerušen. Vzhledem k tomu, že vešla v soulad s moderní vědou, patří z tohoto pohledu k poměrně „mladým metodám“. Léčení lidí hudbou nebo za spoluúčasti hudby je doloženo již ve starověku u různých populací, které spolu často vzájemně ani nekomunikovaly a je velmi pravděpodobné, že bylo používáno již v prehistorických dobách. Od pradávna se hudba využívala k navození potřebné atmosféry při obřadech, ceremoniích a společenských událostech různého druhu. Byla využívána k ovlivnění např. citění, smýšlení a rozhodování lidí, měla i magickou moc komunikovat s božstvy a démony ve snaze konejšit je nebo pomáhat člověku k úspěchu v lovu nebo boji, překonávat přírodní síly a zahánět nemoc i smrt (Linka, 1997).

„Etnické rituály plnily roli psychosociální hygieny. Jejich léčivý aspekt spočíval v uvolňování emocí. Protože fyziologie a funkčnost sluchového orgánu jsou těsně propojeny s neurovegetativním systémem a projevy emocí jsou vyjadřovány tělesně, jednota hudby, tance a rituálu umožňovala uvolnění. Dnes bychom hovořili o léčbě psychosomatických poruch.“ (Zeleviová, 2007, s. 17).

Léčení hudbou se objevilo už u starověkých Židů, Peršanů, Babyloňanů, Asyřanů a samozřejmě i Řeků a Římanů. Například sám starořecký filozof Pythagoras hudbou zázračně léčil, vytvořil hudebně léčebnou metodu, jejíž funkcí bylo zprostředkovat hudební harmonii mezi vesmírnou harmonií a vnitřní harmonií člověka.

Platon a Aristoteles zpracovali dva muzikoterapeutické postoje z hlediska volby prostředků. Platonův „etický princip“ – navozuje žádoucí psychický stav hudbou stejného ladění (je-li třeba někoho rozveselit, zahraje se mu něco veselého) naopak Aristotelův „katarzní přístup“ - navozuje žádoucí psychický stav hudbou protichůdného ladění (je-li třeba někoho rozveselit, zahraje se mu něco smutného, aby si mohl prožít svůj smutek a vyplavit jej ze sebe). Veselé hudby k odstranění smutných nálad se může použít u lehčích a krátkodobých případů (zapojení platonského principu), ale u případů těžších, závažnějších a trvalejších tak lze učinit až v pozdějších stádiích déletrvajícího léčebného procesu za použití aristotelské katarze, teprve potom je možné použít hudbu, která je

v souladu se žádoucím stavem pacienta (Linka, 1997). Neplatí to však stoprocentně, vždy vycházíme z individuálních potřeb klienta.

V době středověku a za renesance zájem o léčení hudbou vymizel, ale na území dnešního Turecka dle doložených zpráv patřila ke stálému personálu v nemocnicích skupina zpěváků a hudebníků.

V 17. století vynikl mezi muzikoterapeuty jezuita Athanasius Kircher, který se domníval, že nemoci organismu vznikají disharmonií tělesných šťáv. Uzdravování vidí v tom, že vzduch rozvířený hudbou vyvolává chvění těla, tím vzniká teplo a choroboplodné jedy jsou z těla vypuzovány póry ven (Linka, 1997).

Arne Linka (1997) rozděluje muzikoterapii v 18. a zčásti 19. století na dvě hudebně léčebné koncepce a to fyzikálně-fyziologickou a psychofyziologickou. Koncepce fyzikálně-fyziologická se orientuje na působení zvuků a zvukových vln na tělo. Psychofyziologická koncepce se zabývá působením hudby na lidskou duši. V druhé polovině 18. století se v některých francouzských nemocnicích hrálo pravidelně na varhany z léčebných důvodů a ředitelství pařížských nemocnic ustanovilo svého učitele hudby k léčbě choromyslných, jehož pěvecká aktivita měla až zázračné účinky.

Novodobá muzikoterapie se začala velmi rozvíjet po druhé světové válce. Vliv na její vývoj měly klinické a empirické výzkumy ve Spojených státech amerických a v Evropě (zvláště západní), velký zájem byl o odbornou muzikoterapeutickou literaturu. Pokusy o léčení duševně nemocných hudbou se ale objevily už na rozhraní 19. – 20. století v USA, Anglii a Rusku. Protože zájem o muzikoterapii stále rostl, začala vznikat specializovaná výzkumná a léčebná střediska (např. Rakouská společnost pro podporu muzikoterapie). V současné době je muzikoterapie aplikována v mnoha zemích světa různým způsobem a intenzitou.

Muzikoterapeutická profese začala vznikat v polovině 20. století spolu s prvními muzikoterapeutickými asociacemi v USA, Velké Británii a Austrálii, v 60. letech v Holandsku, Argentíně, Brazílii, Japonsku, Dánsku, Norsku a Uruguayi, v 70. letech v Izraeli, Kolumbii, Francii, Finsku, Jižní Africe, Kanadě, Rakousku, Švédsku, Itálii, Novém Zélandě, Portoriku a Španělsku, v 80. letech v Belgii, Švýcarsku, Polsku, Skotsku, Maďarsku a Číně, začátkem 90. let v Řecku a dalších zemích včetně České republiky.

„Hudba umí katapultovat mysl, tělo a srdce do současnosti rychleji než kterýkoliv jiný prostředek, jaký znám.“ (Campbell, 2008, s. 64)

Hudba spolu s terapií je velmi ovlivněna kulturou, proto mnoho zemí má svou muzikoterapeutickou tradici ovlivněnou místními zvyky, znalostmi a sociálně-kulturním zázemím, vznikají různé muzikoterapeutické koncepce, které může každá země obohatit o nové podoby. Velmi důležitá je vzájemná komunikace a spolupráce na mezinárodní úrovni, aby vývoj muzikoterapie probíhal souvisle za využití tradic hudební léčby různých zemí. Tímto se zabývají různé mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení jako je např.: Světová federace muzikoterapie, Evropská muzikoterapeutická konfederace a Evropská asociace studentů muzikoterapie.

Světová federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFMT) byla založena v roce 1985 a je nejvýznamnější mezinárodní organizací. K jejím úkolům patří:

- podporování výměny informací o muzikoterapii;
- pořádání mezinárodních kongresů;
- identifikování rozdílů v pojetí muzikoterapie a rozlišování specifik muzikoterapeutické teorie i praxe v jednotlivých zemích;
- rozvíjení mezinárodní spolupráce mezi muzikoterapeutickými asociacemi, muzikoterapeuty a příbuznými profesemi;
- rozvíjení povědomí veřejnosti o muzikoterapii;
- rozšiřování počtu odborných publikací o muzikoterapii;
- podporování všech aspektů muzikoterapeutického výzkumu;
- vytváření doporučení pro muzikoterapeutickou praxi, vzdělávání a výcvik muzikoterapeutů, jejich etické chování, profesní registraci aj.

Evropská muzikoterapeutická konfederace (European Music Therapy Confederation, EMTC) byla založena v roce 1990 a jejím záměrem je podporovat vzájemné porozumění a výměnu muzikoterapeutických zkušeností. Napomáhá rozvíjet muzikoterapeutickou praxi v evropských zemích.

Evropská asociace studentů muzikoterapie (European Association of Music Therapy Students, EAMTS) byla založena v roce 2002 a její hlavní cíle jsou:

- vytváření rozsáhlé komunikační sítě;
- organizování a informování o všech aktuálních událostech, sympoziích, konferencích apod.;
- organizování studentských sympozií;

- podporování muzikoterapeutických projektů;
- podporování účasti studentů na muzikoterapeutických výzkumech;
- medializace mezinárodních projektů;
- finanční podpora účasti studentů na kongresech o muzikoterapii;
- rozvíjení povědomí o muzikoterapii na mezinárodní úrovni.

Prostřednictvím EAMTS probíhá komunikace na úrovních:

- mezi studenty (půlroční setkání a prostřednictvím internetových stránek EAMTS);
- mezi školami (výměnné studijní pobyty);
- mezi profesionálními muzikoterapeuty a studenty (spoluúčast na výzkumných projektech a programech);
- mezi profesionálními muzikoterapeuty a organizacemi, které projevují zájem o muzikoterapii. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

3.2.Muzikoterapie v Čechách

Českou republiku proslavila ve světě naše hudba, ale čeští muzikoterapeuti nejsou v zahraničí téměř známí, přestože jejich práce byla v určité době srovnatelná s mnohými zahraničními muzikoterapeuty. Muzikoterapie v České republice byla vědecky doložena v šedesátých letech 20. století a začala se využívat nejdříve v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích, na Foniatrické klinice Miloše Semana a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu v Praze. Rozvoj české muzikoterapie podpořila Jitka Vodňanská, která se jí věnovala v Protialkoholické léčebně v Praze U Apolináře k léčení alkoholiků a toxikomanů. Rovněž působila ve Středisku péče o mládež a rodinu. S dalšími psychoterapeuty se podílela na vývoji české muzikoterapie, který byl ovlivněn psychodynamickými modely muzikoterapie. Představitelem antroposoficky orientované muzikoterapie v Čechách je Josef Krček. Mnozí muzikoterapeuti používají své vlastní muzikoterapeutické metodiky. O rozvoj muzikoterapie u nás se zasloužila řada osobností z oblasti psychoterapie, geriatrické péče nebo logopedie. Velký zájem o ni byl zaznamenán po roce 1989 v pedagogice a speciální pedagogice.

V roce 1975 byla založena první muzikoterapeutická organizace s názvem „Pracovní skupina pro muzikoterapii“ a v roce 2003 „Sekce muzikoterapie

a dramaterapie“, dnes se nazývá „Sekce muzikoterapie“. Několik let působila „Sekce muzikoterapie České hudební společnosti“ (ČHS ukončila svou činnost v 2004) a v roce 2008 vznikla Česká muzikoterapeutická asociace.

Dne 24. 4. 2012 vznikla Muzikoterapeutická asociace České republiky, o. s. (CZMTA) sloučením původní České muzikoterapeutické asociace, o. s. (CZMTA) s Českou asociací muzikoterapie a dramaterapie, o. s. (ČAMAD). Muzikoterapeutická asociace ČR působí na území ČR v oblasti: sociálních služeb, zdravotnictví, výchovy a vzdělávání a v občanském sektoru. Z jejích stanov mimo jiné vyplývá, že usiluje o prosazení muzikoterapie jako rovnocenného oboru ostatním vědám a o změnu legislativních podmínek pro rozvoj muzikoterapeutické profese, vytváří a reviduje profesní a etické standardy muzikoterapeutické profese, zveřejňuje jejich aktuální podobu, sdružuje muzikoterapeuty a občany se zájmem o obor a jeho rozvoj apod. (<http://www.musictherapy.cz/index.php/czmta/stanovy>)

Muzikoterapie se aplikuje a pomáhá v psychoterapii, ve zdravotnických, školských a sociálních zařízeních, velmi se využívá u klientů s psychiatrickým onemocněním, mentální retardací, tělesným postižením, autismem, poruchami chování, psychogeriatrickými poruchami nebo u dětí v kojeneckých ústavech apod. Pro další vývoj muzikoterapie v České republice je velmi nutná legislativní úprava a intenzivní spolupráce s muzikoterapeutickými organizacemi a zahraničními instituty. V současné době muzikoterapie v České republice prochází velkým rozvojem a během několika let se tak může stát seriózním partnerem ostatních zemí v Evropě (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

3.3. Metody a techniky muzikoterapie

Muzikoterapeuti využívají tyto základní metody – typy hudebních zkušeností:

- hudební improvizace;
- hudební interpretace;
- kompozice;
- poslech hudby.

Je mnoho způsobů a variací, jak lze muzikoterapeutické metody upravit nebo pozměnit. Tyto metody a techniky se často kombinují a prolínají s dalšími jinými terapeutickými přístupy (např. tanečně-pohybovou terapií, arteterapií, dramaterapií).

Hudební improvizace – znamená vytváření hudby za pomoci hudebních nástrojů, hry na tělo nebo pomoci zpěvu. Úkolem terapeuta je vytvořit emocionálně příznivé prostředí, které bude motivovat a podporovat klienta k jeho vlastnímu hudebnímu vyjádření. Klient tak může pomocí hry vyjádřit své pocity, které mu dělají problém sdělit je verbálně, a terapeut se snaží porozumět improvizované hře klienta na základě svých pocitů, které v něm tato hra vyvolala.

Hudební interpretace – klient se učí nebo provádí předkomponovanou nebo vokální hudbu. Rovněž může reprodukovat nějaký druh hudební formy sloužící jako model. Nemusí se jednat pouze o reprodukování skladeb, ale také o hudební aktivity a hry, kde klient provádí předem určené role nebo chování. Důležitý je předem připravený plán a dodržování základních pravidel, které určí terapeut nebo skupina. Hudební interpretace je vhodná u klientů, kteří se potřebují naučit porozumět a přizpůsobit se myšlenkám a pocitům jiných a zároveň se sami učí zachovat si svou vlastní identitu.

Kompozice hudby – znamená vytváření písní, textů, různých instrumentálních skladeb nebo druhů hudebních produktů. Důležitá je aktivita ze strany klienta, který se podílí dle vlastních schopností na tomto kreativním procesu. Kompozice hudby ve skupině podněcuje učení, sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností a vzájemnou kooperativnost a komunikaci.

Poslech hudby – klient naslouchá hudbě (živé nebo reproduované, vokální nebo instrumentální) a přitom na ni verbálně nebo neverbálně reaguje. Poslech oblíbené hudby klientovi pomáhá sdělovat své potíže, usnadňuje komunikaci a vzájemnou spolupráci mezi terapeutem a klientem. Hudba vyvolává u klienta různé vzpomínky, asociace a podněty, proto by ho měl muzikoterapeut při poslechu sledovat a po té mu dát prostor pro jeho reflexi (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Důležitá může být rovněž role vnímané hudby při psychosomatické relaxaci.

3.4. Muzikoterapie a medicína

O mnohostranné využití hudby v medicíně je v dnešní době velký zájem, který stále vzrůstá. Pro mnoho lidí je muzikoterapie přitažlivá už tím, že není bolestivá, namáhavá, nepříjemná nebo nepohodlná na rozdíl od různých zdravotních zákroků. Aby člověk pookřál na těle i na duchu, může se pro každého hodit zcela jiná hudba a to podle nálady jedince, jeho aktuální kondice a momentálního psychického naladění. Každý tedy potřebuje pro svou mentální hygienu takovou hudbu, která ho oslovuje, ztotožňuje se s ní a tak zvaně jí rozumí. Muzikoterapie může prohloubit a pozměnit mnoho dosavadních náhledů na lidskou psychiku a přispět k hlubšímu poznání vztahů či spojení mezi duševní (psychickou) a tělesnou (somatickou) stránkou člověka. Právě hudba mívá na člověka velký citový vliv a ovlivňuje jeho psychiku. Duševní stav člověka se podílí na tělesných nemocech. Že psychika a somatika jsou na sobě závislé, bylo shledáno např. u cukrovky, hypertenze, žaludečních nebo dvanácterníkových vředů, u rakoviny a u dalších chorob. Tuto závislost lze laicky vyjádřit sloganem „všechny nemoci jsou od nervů“ (Linka, 1997).

„Když začneme sjednocovat mysl a tělo v jediný celek a převezmeme zodpovědnost za vlastní zdraví, přibude nám sebedůvěry. Začneme-li rozvíjet svou znovu nalezenou hudební moudrost, možná zjistíme, že daleko účinněji a kreativněji lze používat starší modely léčení.“ (Campbell, 2008, s. 79).

Ve 30. letech vznikla psychosomatická medicína, která se pokusila sjednotit pohled biomedicínský a psychosociální. Od dob jejího vzniku prošel vývoj psychosomatického myšlení mnohými změnami a nyní přesahuje oblast medicíny a psychoterapie. V současnosti je snaha o přístupu k člověku ve zdraví a nemoci jako celku, nikoliv pouze k nemoci nebo problému. Pozornost se tedy soustřeďuje na člověka v jeho životním příběhu a jeho současné životní situaci (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Hudbu vnímá dítě už v prenatálním období, když ji jeho matka poslouchá nebo se jí věnuje a později zpěv maminky dává plodu pocit bezpečí a ochrany. Dle výzkumu ve skupině novorozenců, kteří poslouchali vokální hudbu, ukolébavky nebo dětské písničky, byl zaznamenán nižší úbytek na váze až o 50 %, děti potřebovaly méně umělé výživy a poklesla u nich úroveň stresu. Výzkum také ukázal, že ještě nenarozené dítě

nevnímá pouze hudbu, ale rovněž citový obsah matčina hlasu a možná dokonce i význam jejích slov (Campbell, 2008).

Určitý druh hudby může jedince stimulovat, uklidňovat, konejšit, relaxovat, inspirovat, rovněž může svým způsobem nahrazovat mezilidské vztahy, nedostatek lásky, uznání, může dávat životu smysl, příležitost ke společenskému kontaktu apod. Její účinky na člověka mohou působit rozmanitě, někdy i protichůdně a to i když se jedná o stejného jedince v různých obdobích. Hudba může působit rovněž jako uspávací prostředek, musí být však hrána jemně, tiše, mírně a v pomalém tempu. Takové reprodukováné hudbě by se měli vyhnout řidiči, kteří jsou unavení a riskují, že usnou během stereotypní jízdy.

Jako preventivní prostředek je rovněž možné využívat hudbu i u zdravých lidí, kteří jsou momentálně přetížení, přepracovaní, deprimovaní, citově strádající, neklidní, opuštění, zarmoucení apod. Právě hudba jim může nahrazovat chybějící radost, štěstí, lásku nebo mezilidské vztahy, které postrádají a zklamaní lidé pomocí ní se mohou odreagovat a odplavit své depresivní pocity.

V lékařství lze hudbu využít i k určitým diagnostickým účelům. Při psychiatrických a psychologických vyšetřeních navozuje důvěru u nesmělých, ostýchavých, málomluvných nebo uzavřených pacientů, z jejichž bezděčné reakce na přiměřený hudební podnět lze usuzovat na druh nebo pokročilost poruchy, nemoci apod. Toto se však netýká pacientů, kteří jsou zcela nemuzikální. Pacientům, kteří opouštějí psychiatrickou léčebnu nebo jim končí ambulantní psychiatrická léčba, je někdy doporučováno, aby i v soukromí nadále pokračovali s muzikoterapií a tím udržovali a prohlubovali léčebný efekt, kterého pomocí hudby dosáhli. Z heteromuzikoterapie (s terapeutem) přecházejí na muzikoautoterapii (bez odborné terapeutické supervize).

V psychiatrii a pediatrii se v léčebném slova smyslu používá hudba při odstraňování neuróz a funkčních poruch, psychogenně podmíněných pohybových postižení, řečových vad (koktavost, zajíkvost), dyslektického čtení a dysgrafického psaní, vývojové opožděnosti, mentální retardace, různých zlovyků, dále při léčbě autismu, agorafobie, klaustrofobie, některých psychóz a dalších onemocnění. Muzikoterapie byla také aplikována při léčbách Alzheimerovy nebo Parkinsonovy nemoci, arytmií srdce aj.

Na pozitivní účinky hudby, zejména hudby W. A. Mozarta a jeho současníků poukazuje Campbell: *„Je možné, že pokud rozvíjíme vlastní schopnost naslouchat, dokážeme probudit svého ducha, aktivovat imunitní systém, a tím pádem vyléčit svoje pochroumané tělo a roztržštěnou mysl? Mozartův efekt není žádný všelék,*

ale obsahuje klíč, jímž se může každý z nás otevřít, aby účinněji slyšel svět – a aby se uzdravil.“ (Campbell, 2008, s. 63)

Na základě vyhodnocených výzkumů některých ruských vědců, kteří se zabývali zkoumáním lidových léčebných praktik a rituálů přírodních národů doprovázených hudbou, bylo publikováno, že vhodně zvolený rytmus při zařikávání šamanů a léčitelů za účelem zastavení krváčení má své opodstatnění, protože je přenášen na chod srdce a tím je regulován.

K udržení duševní vyrovnanosti je možné uplatnit hudbu v oblasti gerontologie, geriatrie nebo u osob s různými tělesnými postiženími, silně slabozrakých, nevidomých, kde působením hudby se sice nezlepší fyzický stav, ale vliv hudby ochraňuje před případnými psychickými poruchami, které by mohly během času vést k somatickým onemocněním.

„Jestli sníte za bílého dne nebo se nacházíte v emocionální, nesoustředěné náladě, deset až patnáct minut Mozarta nebo barokní hudby v pozadí vám pomůže upevnit vědomé uvědomění a mentální uspořádání.“ (Campbell, 2008, s. 68)

Vhodně zvolená hudba může současně uklidňovat jak léčebný personál, tak i pacienty. Na očním oddělení strakonické nemocnice začali v 80. letech používat při očních operacích hudbu jako uklidňující kulisu. Díky zahraničním zkušenostem si oční mikrochirurgové, jejichž činnost vyžaduje obrovskou koncentraci, sami mohli ověřit, že hudba značně uvolňuje napětí nejen celého operačního týmu, ale rovněž pacientů. Mnoho pacientů potvrdilo, že hudba eliminující ruchy na operačním sále, je pro ně velmi příjemná. Osvědčila se hudba vážná i populární, ale nesmí být hlasitá a vtíravá, aby nemohla odvádět pozornost operačního týmu.

Hudba využívá medicínské uplatnění také v otorinolaryngologii, kde je úspěšně využívána při úbytku sluchových vlastností jednotlivců, například při pravidelném poslechu hudebních rozhlasových pořadů napsalo mnoho posluchačů Českého rozhlasu děkovné dopisy, kde psali, že hudba údajně zabránila jejich úplnému ohluchnutí.

Mnozí lékaři, kteří hudbu provozují i profesionálně, potvrdili její význam jako důležitou protiváhu k častým setkáváním s lidmi trpícími strádáním a utrpením. A mnoho lékařů, kteří se sami muzikoterapii přímo nevěnují, se z osobní zkušenosti přesvědčilo o relaxačních, uklidňujících, povzbuzujících a jiných pozitivních účincích hudby. To působí ve prospěch muzikoterapie, stejně jako pokusy lékařů z konce minulého století, kteří pomocí tehdy nejmodernějších měřících přístrojů dokazovali na dobrovolnících

prokazatelný pozitivní účinek hudby na lidský organizmus. Arne Linka poukazuje na zkušenost americké armády za druhé světové války, kde se hudba výborně osvědčila jako skvělý prostředek proti velmi častým sebevraždám zdeprimovaných vojáků (Linka, 1997).

„Hudba provází lidský život doslova od kolébky ke hrobu (a připomínáme-li si určitou významnou osobnost, pak vlastně i za hrob), jak slouží potřebám různě profilovaných sociálních skupin, například generací, tříd či celých národů, jak se váže na určitá prostředí typu města, vesnice, lázní či rekreačních osad, atd.“ (Fukač, 1989, s. 115)

Franěk (2009) uvádí, že dle výsledků fyziologických měření je možné odlišit emocionální reakce klientů na určité části skladeb při jejich poslechu. Úseky „smutné“ hudby vyvolávaly velké změny v rychlosti tepu srdce, krevního tlaku a kožní teploty. Úseky s emocí „strachu“ způsobily změny v rychlosti průtoku krve a hudba s emocí „štěstí“ vyvolávala největší změny v rychlosti dechu. Výsledky měření dále ukazují, že emoce, které posluchači identifikují v hudbě, jsou emoce skutečně prožívané. Při poslechu určitých míst v skladbách mohou lidé prožívat velmi intenzivní emocionální reakce (mrazení v zádech, „husí kůže“, smích, pláč, apod.) to proto, že hudba je velmi účinný prostředek k evokaci vzpomínek z různých životních období, na osoby nebo události, které hrály v životě jedince důležitou úlohu a měly silný emocionální náboj.

„Síla muzikoterapie spočívá v tom, že emoce, které jsou velmi bolestivé, a proto jsou často potlačovány, mohou být neverbálním způsobem prožité a zažité. Mluvit o nich by mohlo vyvolat příliš velký odpor, ale zahrát je, je mnohem snadnější.“ (Zeileiová, 2007, s. 68).

V mnohých případech, které se vztahují k muzikoterapii, nemusí jít o léčení jako takové, ale o určitou medicínskou aplikaci hudby, která tiší bolest, může napomoci diagnóze nebo působit preventivně. Jsou to jistě blahodárné, nikoliv přímo léčivé účinky. Například vhodně vybraná hudba ve stomatologické ordinaci může snižovat bolest při zákroku, ale neuzdraví poškozený chrup, stejně jako u tělesně postižených jedinců může hudba usnadnit, zpříjemnit nebo obohatit život, neodstraní však jejich handicap. Vhodné hudební a zvukové podněty odvádějící pozornost od bolesti nebo přímo bolest snižující se využívají i v chirurgii, gynekologii a porodnictví, kde hudba má funkci uklidňující. V takovýchto případech se nejedná o „léčení hudbou“ (tzn. prostřednictvím hudby),

ale spíše o „lечение s hudbou“ (tzn. za pomocné příjemné spoluúčasti hudby). Neznamená to však, že by hudba nemohla působit v jiných případech přímo léčivě, ale protože v medicíně není jiný vhodný termín k neléčebným aplikacím pomocí hudby, řadíme je též k muzikoterapii.

Podle Zeleiové (2007) hudba aplikovaná v nemocničním prostředí spíše „léčí atmosféru“ než přímo nemocné. Ale výzkumy ukázaly jasně, že hudba má pozitivní vliv na snižování úzkosti, strachu a psychického napětí. Aplikace hudby se využívá většinou na celých odděleních – tedy plošně než individuálně, a to formou reprodukováné hudby, kterou pacienti poslouchají. Je stále více případů, kdy muzikoterapie může ovlivnit celkové zdraví ve smyslu jeho udržení, posílení nebo znovuoobnovení a je směřována stejně jako verbální psychoterapie.

„Ale i pouhý poslech hudby se velmi hodí k procvičování trpělivosti. Soustředěné, cílevědomé sledování proudu hudby, kdy čekáte na melodické vrcholy, vnímáte stoupajícího napětí a hodnotíte, jak dalece se potvrdila vaše posluchačská očekávání – to vše pročistí mysl.“ (Rueger, 2003, s. 278)

Linka uvádí, že hudba léčí několika způsoby, které se mohou navzájem prolínat a kombinovat:

- esteticky (náladotvornost, citová působivost, naladění nebo přeladění psychiky)
- akusticky (potřebné tónové frekvence)
- jako druh činnostní terapie (léčba zaměstnáním)
- společensky (záminka mezilidského kontaktu)
- sugestivně (vědomí „jsem léčen“ už samo o sobě přináší určité zlepšení)

Léčba hudbou bývá často kombinována s jinými psychoterapeutickými, arteterapeutickými technikami, se spánkovou terapií, sugescí, hypnózou, ale také s fyzikální, vodní nebo medikamentózní léčbou. Poslech hudby kombinovaný se spontánní výtvarnou tvorbou pacientů podněcuje jejich aktivaci, koncentraci, kreativitu a tím vede k uklidnění a k uvolnění od zbytečných zábran. Také v rehabilitačních zařízeních je využívána reprodukováná hudba jako příjemná a vítaná podpora při nápravných cvičeních pacientů, která je motivuje, aktivizuje a zlepšuje jim náladu.

„Vy si zvolíte s decentní hrdostí znalce vhodnou gramofonovou desku nebo cédéčko, pohodlně se uvelebíte do křesla nebo se dáte do lehké práce, která vám jde

od ruky. Hudební impulzy se pak pro vás stávají dávkami energie, které pomohou nabít vaši vnitřní baterii.“ (Rueger, 2003, s. 55)

V dnešním lékařství je možné zaznamenat nahrazování farmakoterapie (léčby chemickými prostředky, léky apod.) i hudbou, s čímž se lze setkat např. ve stomatologii, psychoterapii, ale i v jiných případech. Jako nevýhody léků bývá uvedena:

- možnost otravy pacienta v důsledku záměny, předávkování nebo zneužití léku;
- možnost návyku pacienta na lék tzn. vznik toxikomanie;
- možnost vedlejších nežádoucích účinků léku.

Vzhledem k objektivitě je třeba uvést i výhody léků:

- jejich užití nezabere téměř žádný čas;
- pacient nemusí být k užití léku psychicky směřován a připravován;
- u mnoha lidí má pilulka takovou moc, že se stav pacienta zlepší dříve, než nastane její skutečný účinek.

Je vhodnější zvolit jiný postup, než požit chemické medikamenty, ale záleží na podmínkách a okolnostech, v kterých se člověk nachází. „Hudba není aspirin“, je nutné proto při její aplikaci přihlížet k osobním vlastnostem léčených lidí, protože chemické a psychické procesy se řídí odlišnými zákonitostmi (Linka, 1997).

„Léčení hudbou může být rovněž součástí holistického přístupu, který kombinuje zvukovou terapii (poslech, zpěv, tónování či monotónní zpěv) s úpravami jídelníčku, cvičením a meditací.“ (Campbell, 2008, s. 203)

4. Využití muzikoterapie u seniorů

4.1.Senioři – charakteristika věkové skupiny

Stáří je přirozené období lidského života a každý člověk je povinen se na něj připravit, stejně tak jako společnost musí vytvořit podmínky pro důstojný život seniorů. Problémy starých lidí nelze řešit samostatně, ale v návaznosti nebo souvislosti s problémy celé společnosti. Proto se tímto tématem zabývá řada organizací, konferencí a dokumentů jako například: Mezinárodní akční plán, Zásady Spojených národů pro starší občany, Společnost pro každý věk, Montreálská deklarace, VIII. Konference Klubu UNESCO,

Světové shromáždění o stárnutí a stáří, Madridský plán pro problematiku stárnutí, EURAG (Evropský svaz starší generace), dokument Zdraví pro všechny do roku 2000 a nejnovější aktualizace Zdraví pro všechny v 21. století s evropskou variantou Zdraví 21, Evropský program zdravotní výchovy pro seniory a se seniory, Stárnout zdravě v České republice apod.

Světová zdravotnická organizace definuje toto období takto: „*stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Haškovcová, 2010, s. 20).

Podle Haškovcové (2010) se pro druhou polovinu lidského života v současné době nejčastěji používá toto členění:

45 - 59 let – střední nebo též zralý věk

60 – 74 let – vyšší věk nebo ranné stáří

75 – 89 let – stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří

90 let a výše – dlouhověkost

Chronologický věk je věk jedince vyjádřený časem, který uplynul od jeho narození do současné chvíle jeho života. Má spíše sociální a právní význam než biologický. Biologický věk souvisí s funkčním stavem orgánů v porovnání se standardním stavem v určitém věku, jedná se o pojetí fyziologické a bývá lepší informací o skutečném stavu stárnutí. V současné době se prodlužuje průměrná délka života a dnešní senioři jsou na tom celkově lépe než stejně staří lidé v minulé generaci. Například dnešní sedmdesátníci jsou zdatní po tělesné i duševní stránce jako pětasedesátníci, nebo dokonce jako šedesátníci před 30 lety. V souladu s těmito zjištěními mohou staří lidé dosahovat lepších výsledků než ti mladší, a to v kategoriích, jako jsou emocionální inteligence a moudrost, kde se projevuje jejich výhoda životní a historické zkušenosti. Podobné je to v určitých oblastech umění a vysoce odborných profesních znalostí. Například starší skladatelé, dirigenti a spisovatelé patří často k těm nejlepším. Pouze pokud profese vyžaduje tělesnou sílu nebo neustálé přeučování, představuje stáří určité omezení, což je jedna ze slabých stránek stáří. Naproti tomu k silným stránkám stáří patří například sebevědomí a životní spokojenost. Starší lidé mají překvapivě dobrou schopnost úspěšně si uspořádat život ve stále se zmenšujícím prostoru a za neustále se zhoršujícími tělesnými předpoklady. Staří lidé jsou mistři v tom, jak se vyrovnávat se životem. (Gruss, 2009).

Každý člověk stárne už od narození a každý stárne jinak. Stárnutí je proces diskontinuitní, což znamená, že v některých životních obdobích stárne člověk rychleji a v jiných pomaleji. Kalendářní věk často není identický s věkem biologickým konkrétního jedince. Je doloženo, že mnozí lidé jsou schopni udržet si značnou fyzickou a intelektuální obratnost až do pozdního věku. (Roslawski, 2005).

Stárnutí, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času, lze považovat za normální. Naopak stárnutí patologické závisí na různých poškozeních vznikajících v důsledku nemocí a působením mnoha faktorů, ve kterých člověk žije. Stále znovu se objevuje otázka, jak by společnost a jednotlivci mohli přispět a pomoci k vytvoření lepšího stáří. Na tuto otázku neexistuje snadná odpověď, jedná se o spojení různých faktorů: biologických, psychických a společenských. (Gruss, 2009).

Rueger (2003) poukazuje na to, že žijeme v době, ve které se na stáří nepohlíží jako na vrchol naplněného života, ale bohužel spíše jako na nedostatek. Podle něj existuje teorie, dle které se úpadek společnosti projevuje v zanedbávání jejích starých členů a v neúměrné shovívavosti vůči mladým. Z této teorie vyplývá, že jsme trvale na sestupu, a proto je třeba starším lidem znovu vydobýt místo a význam, které jim náleží – na základě zásluh o společnost a na základě jejich životních zkušeností. V jiných kulturních oblastech nikdy nebyl zpochybněn respekt k důstojnosti a moudrosti.

Stáří samo o sobě je „takové, jaké je“, ale interpretace toho, co to je stáří a jaké to je být starý, může být různá a může být i protichůdná, a to nejen historicky, ale i aktuálně. Dokonce i v průběhu života se týž člověk dívá na stáří různou optikou, rozdílně jej přijímá a hodnotí. Jedním z faktorů, který se podílí na negativním image stáří, jsou informace, že dlouhodobě nemocní a umírající senioři stojí naše zdravotnictví hodně peněz. Nebývá však dopovězeno, že lidé umírají i v mladších věkových kategoriích a že náklady na jejich péči jsou rovněž vysoké. Ve vysokém věku se logicky umírá častěji, ale to rozhodně nemůže být používáno jako diskriminující argument. V médiích je mnoha odborníky konstatováno, že senioři jsou představováni jako výrazně nesoběstační až nemohoucí lidé, kteří jsou zbyteční, osamocení a všestranně strádající. Za této situace se senioři cítí být příslušníky obtížné generace. Senioři by rozhodně neměli jen pasivně přijímat vnucenou roli bezmocných, nemohoucích a obtížných lidí, ale osobním a mediálně zviditelněným příběhem ukazovat, že jsou sice starší, ale jinak „stejní“. Zkušenost, kterou obsahuje staré dobré přísloví: „co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš“, už v dnešní době přestává

platit, protože je nezbytně nutné získávat, vstřebávat a učit se stále novým efektivnějším dovednostem po celý život. (Haškovcová, 2010).

V dnešní době se všechno výrazně mění a i pohled na vyšší věk a stáří doznává proměny. Počet starých lidí byl po celá staletí relativně malý, ale v posledních 60 letech trvale a dramaticky roste. Lidé žijí déle a odborníci hovoří o tzv. inflaci stáří. Poukazují na to, že toto označení není pěkné, ale je pravdivé a mělo by být důvodem k tomu, abychom dokázali vytvořit prostor pro realizaci individuálních cílů zdravých seniorů a zajistili síť kvalitních služeb, které budou určeny nejen zdravým, ale samozřejmě také nesoběstačným či nemocným seniorům. (Haškovcová, 2010).

Gruss (2009) uvádí, že vysoké stáří přestalo být něčím neobvyklým či výjimečným a stalo se přirozenou součástí života. Lidský život je delší a předvídatelnější. Právě prodlužování průměrné délky života je jedním z největších výdobytků moderní doby. Pravděpodobnost, že se lidé dožijí vysokého věku, se ve vyspělých zemích světa zvyšuje díky lepším životním podmínkám, stále rostoucímu ekonomickému blahobytu a také díky lékařskému výzkumu a péči. Perspektiva dlouhého a aktivního života je pro každého člověka velmi příznivá, celkové stárnutí společnosti však může být zároveň důvodem k obavám. Kombinace stále méně mladých a naopak stále více starých lidí narušuje funkčnost zdravotních a sociálních systémů, což má následně vliv na ekonomický rozvoj, společenské soužití a na průběh života jednotlivců. V budoucnosti se stále méně mladých lidí bude muset starat a pečovat o stále více lidí dříve narozených. Bezbrannost, tělesná a duševní sešlost ve vysokém stáří je pro každou generaci výzvou k dalšímu výzkumu a inovacím.

Záleží na každém člověku, zda se pokusí eliminovat a kompenzovat ty vlastnosti, které on sám nebo jeho rodina považuje za nepříjemné. Každý senior by měl věnovat zvýšenou pozornost pěstování harmonie, aby byla zachována i v době, kdy se s věkem dostavuje určitý pokles čilosti, musí šetřit silami a investovat je účelně. Toto by se mu mnohem lépe dařilo, kdyby znal pozitiva stáří, kterým není bohužel stále věnována náležitá pozornost. Jedná se především o trpělivost, rozvahu, životní nadhled, větší stálost v názorech a vztazích a odpovědnější přístup ke svěřeným úkolům. Jestliže se někdy hovoří o moudrosti stáří, pak se má na mysli nejen životní zkušenost a z ní plynoucí obezřetnost, ale také suverenita v uvažování. Výsledky studií ukazují, že navzdory různým potížím není intelektuální úroveň seniorů výrazně poškozena a může dokonce vzrůstat. (Haškovcová, 2010).

4.2.Změny vyvolané stárnutím

Stárnutí organismu je fyziologický proces, který postihuje všechny struktury organismu a může být zpomalen nebo naopak urychlen. Velmi důležitou roli sehrává prevence, a tedy zvolení zdravého způsobu života. Činnosti zpomalující proces stárnutí by měly být aplikovány u všech osob staršího věku, protože jsou pro ně ze zdravotního hlediska užitečné. Stárnutí způsobuje v lidském těle různé tělesné a funkční změny. Mění se postava, způsob a rychlost pohybu, ochabující svalstvo postupně ztrácí sílu. Snižuje se citlivost regulačních mechanismů a schopnost přizpůsobit se proměnlivým podmínkám prostředí, snižuje se odolnost vůči působení škodlivých bakterií, virů a také psychických stresů. (Roslawski, 2005).

Mezi rokem 60. – 65. začíná tzv. třetí věk. V této životní etapě dochází k různým změnám organismu.

Změny ve vnější podobě:

- Tělesná výška se od 40 – 50 let snižuje o cca 1 cm za desetiletí vlivem snižování výšky těla obratlů. Trup se stává silnějším a naopak končetiny slabšími. Často dochází ke zvýraznění páteřní křivky.
- Způsob chůze se mění, lidé dělají kratší kroky.
- Kůže ztrácí elasticitu a přizpůsobivost vzhledem ke změnám kolagenu a tím se tvoří vrásky.
- Vlasy rostou pomaleji, více vypadávají a následkem poklesu melaninu šedivěji.
- Nehty jsou silnější, objevuje se drážkování.

Změny tělesného složení:

- Úbytek svalové hmoty, tím dochází ke snížení síly a fyzického výkonu.
- Klesá obsah vody v těle a často dochází k dehydrataci.
- Tuková hmota narůstá a mění se její rozložení, ukládá se hlavně v oblasti trupu.
- Kostní hmota slábne, vzniká osteoporóza a zvyšuje riziko zlomenin.
- Orgány zmenšují svou velikost a hmotnost. Zrak a sluch snižují svou funkci jako první. Dochází k postupné ztrátě chrupu.

Změny psychiky

U starších lidí dochází ke snížení intelektuálních schopností, k nimž patří řešení různých problémů, menší spontánnost v myšlení, změna verbálního vyjadřování, zhoršení paměti - hlavně zapamatování si událostí, které se staly v nedávné době. Paměť se s přibývajícím věkem stále více soustřeďuje na minulost. K psychickým změnám patří také změna charakteru a osobnosti. Osobnost se mění pouze vlivem patologických stavů jako například demence. Zhoršuje se ale přizpůsobivost a strach z nových událostí nebo situací. Někteří senioři jsou mnohem méně adaptabilní, proto často trvají na svých návycích a stereotypech, jsou pak přecitlivělí a chybí jim empatie. Také odchodem do důchodu nastávají u mnohých lidí změny hodnot v životě, zvláště když se v něm orientovali především na práci a aktivitu. S tím je samozřejmě spojen úbytek sociálních vazeb a pokles ekonomických příjmů. (Vigué, 2006).

Plnohodnotný a kvalitní život seniorů řeší národní a nadnárodní programy týkající se zdravého stárnutí, které je nutné uvést do praxe. Konkrétní rady se nacházejí v dokumentech označovaných jako příprava na stáří. Rozlišuje se příprava dlouhodobá, střednědobá a krátkodobá.

Dlouhodobá příprava na stáří je celoživotní, má být součástí všech výchovných a vzdělávacích programů již od útlého věku. Lze využít pevných citových vazeb prarodičů s vnoučaty, v období školních let posilovat pozitivní obraz stáří, je vhodná výchova k odpovědnému manželství či partnerství, k výchově dětí, stejně jako k pěstování trvalého respektu vůči seniorům. Patří sem i univerzity třetího věku, které formou dialogu generací posilují mezigenerační vztahy.

Střednědobá příprava na stáří může začít v době, kdy do nástupu do důchodu zbývá cca 10 let ekonomicky aktivního života. Každý člověk by se měl pomalu připravovat na třetí věk a položit si včas otázku, čím se bude zabývat, až nebude moci dělat to, co je dosud jeho prioritní náplní profesního života.

Krátkodobá příprava na stáří má být realizována 3 – 5 let před plánovaným odchodem do důchodu. V této době je vhodné zamyslet se např. nad výměnou bytu za menší,

pohodlnější, v nižším patře nebo s výtahem, v blízkosti dospělých dětí, s dostupností praktického lékaře, s možností dopravy apod.

4.3. Nejčastější onemocnění ve vyšším věku

K nejmladším oborům a specializacím v medicíně patří gerontologie a geriatrie. **Gerontologie** je nauka, která se zabývá stárnutím organismu, a **geriatrie** se věnuje poznatkům o stáří, jeho chorobách včetně léčení. Cílem prevence v geriatrii je snaha o vytvoření takových podmínek, aby senioři mohli prožít stáří co nejkvalitněji. Geriatrie se především snaží o:

- udržení soběstačnosti a schopnosti samostatně žít;
- zabránění selhání rodinné péče o její staré členy;
- zabránění nebo zpomalení klesající kvality života;

Geriatrickou prevenci lze rozdělit na primární a sekundární.

Primární prevence jsou opatření, která může realizovat každý jedinec včetně představitelů mladších věkových kategorií. K primární prevenci patří boj proti kouření, proti obezitě, důležitá je prevence úrazů, osteoporózy, apod.

Sekundární prevence zahrnuje konkrétní lékařské vyšetření jako například: screeningová vyšetření různých druhů karcinomů, endoskopické vyšetření zažívacího traktu, urologické kontroly apod. (Dienstbier, Procházková, 2011).

Stáří není to samé co nemoc, proto nelze vinit z nemocí pouze pokročilý věk. Ve vysokém věku se projevují různá onemocnění, která jsou ve stáří rizikovým faktorem. Nejčastěji se jedná o onemocnění jako:

Kardiovaskulární onemocnění – např.: arterioskleróza, ischemická choroba srdeční, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, angina pectoris, infarkt myokardu, hluboká žilní trombóza, embolie do plicnice, cévní mozková příhoda – iktus.

Onemocnění dýchacího systému – např.: chronická obstrukční plicní nemoc, záněty plic – pneumonie, tuberkulóza plic (TBC).

Onemocnění trávicího ústrojí – např.: v horní části trávicího ústrojí (jícnová dysfagie, hiatová hernie), vředová choroba, onemocnění tlustého střeva a konečníku, zácpa a průjem, onemocnění jater (hepatitida - žloutenka, toxické poškození jater léky, jaterní

cirhózy - tvrdnutí), onemocnění slinivky břišní, žlučníku a žlučových cest (pankreatitida – zánět slinivky břišní, cholelitiáza – žlučnickové kameny).

Onemocnění ledvin a močových cest – akutní selhání ledvin, transplantace ledvin.

Diabetes mellitus – cukrovka.

Nádorová onemocnění – např.: rakovina plic, tlustého střeva, konečníku, prostaty, žaludku, tlustého střeva, konečníku, prsu, dělohy, prostaty.

Neurologická onemocnění – Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, demence.

Nemoci pohybového ústrojí – např. osteoporóza – ubývání kostní hmoty (kosti křehnou), revmatoidní artritida – onemocnění pojiva, osteoartróza – opotřebení hyalinní chrupavky v kloubu.

S narůstajícím věkem přibývají důvody ke vzniku bolesti v různých oblastech těla. Kromě fyzických příčin (tlak, teplo, mechanická poranění) způsobují bolest rovněž příčiny z vnitřního prostředí a psychické vlivy. Rozlišuje se akutní a chronická bolest.

Akutní bolest vychází většinou z jednoho místa (např. kloubu), řeší se bezprostředním léčebným zásahem, má velkou intenzitu a bývá provázena vedlejšími projevy (slzení, pocení, tachykardie apod.).

Chronická bolest trvá týdny, vede k emočním změnám (úzkostné stavy, deprese), může jí provázet nechutenství, poruchy spánku nebo chátření (Dienstbier, Procházková, 2011).

Staří lidé trpívají zvýšenou únavností, poruchami spánku, rozmrzelostí, problémem zůstává důvodný nebo bezdůvodný smutek, poruchy rovnováhy, poruchy koncentrace pozornosti a paměti. Také citová labilita jako je plačtivost, lítostivost, stejně jako paličatost, vzdorovitost a negativistické projevy ke všemu se vyskytují častěji u starých a nemocných osob. Tyto nepopulární vlastnosti a charakteristiky nepostihují každého stárnoucího člověka vždy a v plné míře. Někdo může být stížen tím, jiný oním psychickým neduhem. (Haškovcová, 2010).

Nejvýraznějším znakem velkého úbytku duševních schopností velmi starých lidí je nárůst demencí, které s sebou vysoký věk přináší. Studie věnované stáří potvrdily, že v populaci sedmdesátiletých je demence diagnostikována u méně než 5 % lidí, v populaci osmdesátiletých je to již téměř 15 % a u devadesátiletých téměř polovina. (Gruss, 2009).

Haškovcová (2010) uvádí, že byla určitou dobu studována psychika starších a starých nemocných lidí, kterým byla poskytována určitá zdravotnická pomoc nebo sociální péče. Dominovala problematika zájmu o praktickou fyzickou a poté i psychickou

soběstačnost. Následně začali být sledováni i zdraví stárnoucí a staří lidé a to byl předpoklad k vytvoření konceptu zdravého a úspěšného stárnutí.

V dnešním zdravotnictví se zvláště starší lidé těžko orientují nejen z důvodů praktických (slučování nebo rušení některých ambulantních i lůžkových zařízení atd.), ale i „ideových“. Často, až když jsou nemocní přicházejí na to, že už je minulostí paternalistický přístup lékařů a dalších zdravotníků k pacientům a že na nový přístup – partnerský nejsou připraveni. „Paternalistický“ (otcovský, příp. rodičovský) model vztahu mezi lékařem a pacientem měl několika staletý vývoj, byl charakterem ochránářský a pacient věřil svému lékaři, řídil se jeho radami a doporučeními. S rozvojem medicíny a budováním komplikovaných zdravotních systémů začal v posledních desetiletích vznikat model „profesionálního partnerství“ mezi lékařem a pacientem. Výhodou tohoto systému je, že nemocný člověk se může aktivně účastnit na léčebném plánu a ze závislého a ochraňovaného pacienta se stává partner.

Haškovcová dále upozorňuje na nedostatky současného systému zdravotní péče o seniory. Poukazuje na neujasněnou koncepci, problémy s financováním, které nemotivuje praktické lékaře k návštěvní službě v domově seniorů, a zejména, že chybí provázanost jednotlivých typů zdravotnické péče a transparentní návaznost na sociální služby. Nemoc velmi zasahuje do života člověka a jejím vlivem se mění oblast emotivity, při dlouhodobé nemoci může dojít ke změnám v chování, k defektu některých stránek osobnosti a pacient se může cítit nešťastný. Mnoho nemocných seniorů neupozorňuje včas na své potřeby, protože nechtějí uznat počínající nemoc, jiní proto, že její počátek přehlédli. Část seniorů naopak ze svých chorob doslova žije a uchylují se do nemoci proto, že nikde jinde je nečeká slovo porozumění a přívětivá náruč. Praktičtí lékaři mohou potvrdit, že mnoho starých lidí přichází do ordinace s nejrůznějšími obtížemi, ale ve skutečnosti však především proto, že si chtějí popovídat. Každý člověk není schopen vyrovnat se s různými obtížemi ve stáří. Někdo k tomu potřebuje pomoc druhých lidí, někdo ji odmítá.

Gruss (2009) konstatuje, že dosud nebylo možné předvídat, kdy dojde k převratným lékařským objevům, které by mohly zásadně proměnit a zlepšit prevenci, diagnózu a terapii různých chorob stáří, jako např. onemocnění krevního oběhu, rakovinu nebo neurodegenerativní onemocnění. Molekulární a systémová biologie umožňuje porozumět příčinám vzniku a vývoji onemocnění, čímž je možné připravit cestu pro cíleně zaměřenou a individualizovanou diagnózu a pro výběr terapeutických metod. Každý

jedinec by mohl mít šanci snížit riziko vzniku onemocnění a těšit se z delšího života ve zdraví navzdory tomu, co předvídají v současné době hodně populární scénáře stárnutí populace. Základem zdravého života je, udržovat si fyzickou kondici. Prostřednictvím tělesné činnosti se zlepšuje funkce tělesných orgánů a mozku. Pokud je ve stáří udržováno tělo v dobré kondici vhodným a přiměřeným pohybem, výsledkem je, že si tělesná aktivita a koordinace nárokují méně duševní aktivity. A zbývá tak více duševní kapacity pro jiné účely.

Podle Haškovcové (2010) je proces stárnutí zákonitý, a proto je třeba ho plně respektovat. Od konce minulého století je rozvíjen koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří, který je založen na přesvědčení, že každý lidský život je možné v současnosti nejen prodlužovat, ale také zkvalitňovat a tím je možné oddálit příchod případných nemocí nebo je stlačit do krátkého časového období „na konci stáří“. Nejen senioři by měli dbát na všechna doporučení týkající se zdravého způsobu života a vyvarovat se všech známých rizikových faktorů (např. vysoký cholesterol, vysoký krevní tlak, kouření apod.), které se významně podílí na vzniku civilizačních chorob. Každý by měl zvážit, čemu se může nadále věnovat a co ponechá stranou. Lidé s přibývajícím věkem nemají většinou chuť něco měnit a začínají být pohodlní. Měli by však cíleně posilovat pružnost ve všech směrech. Vhodnými prostředky k udržení nebo rozvoji pružnosti je především pohyb, neulpívání v myšlenkových stereotypích, vstřícnost k novým podnětům a duševní gymnastika. Je nutné změnit životní postoje, protože se tím zlepší kvalita života.

4.4.Muzikoterapie v domech pro seniory

Senioři mohou využívat sociálních služeb v rámci různých zařízení, která jsou pro ně určena. V těchto zařízeních jsou jim kromě přechodných nebo dlouhodobých pobytů a stravování nabízeny i pomoc při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, různé sociálně terapeutické činnosti, aktivizační programy, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání různých ostatních záležitostí. Domovy pro seniory poskytují podle zákona č. 108/2006 Sb. „*pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“ (Haškovcová, 2010, s. 235).

Většina zařízení a domů pro seniory je v současné době pěkně vybavena. Základní filosofie péče vychází z celostního pojetí člověka jako jedinečné lidské bytosti s biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. Seniorům jsou nabízeny další doprovodné služby (kadeřnictví, manikúra, pedikúra, malé prodejny, apod.), rehabilitační nebo speciální místnosti určené pro kolektivní cvičení a masáže. Pravidlem jsou odborně řízené terapeuticko-zábavné činnosti včetně nových forem různých aktivit. (Haškovcová, 2010).

Vlivem společenské izolace, minimálního počtu aktivit a odcizování se světu vznikají u seniorů deprese, k jejichž odstraňování či kompenzaci jsou nabízeny různé programy, které podporují činnost, tvořivost a vzájemnou komunikaci apod. Vhodným a účinným prostředkem jsou terapeutické aktivity, které mají aktivní podíl na léčbě, usnadňují vzájemnou komunikaci, zvyšují rovnoprávnost v rozhodování, kolektivnost, sociální učení, rituály a hlavně setkávání všech pacientů s personálem (Linka, 1997).

Mnoho zařízení v současné době nabízí svým klientům celou řadu aktivačních terapií jako je ergoterapie (pracovní terapie), arteterapie (léčba uměním), dramaterapie (disciplína využívající dramatických a divadelních prostředků), zooterapie (léčba za pomoci a podpory zvířat) nebo právě muzikoterapie.

Muzikoterapie se využívá v mnoha zařízeních pro seniory, protože zlepšuje „psychosomatickou“ odolnost klientů tak, že např. snižuje bolest, tenzi a navozuje pocit uvolnění. Je mnoho způsobů, jak toho dosáhnout, stejně tak jako každý muzikoterapeut má svůj vlastní specifický postup a pojetí. Významnou roli mohou hrát terapeutické hudební aktivity při stimulaci kognitivních funkcí a udržování duševního zdraví. Mohou stimulovat mentální funkce prostřednictvím učení se novým dovednostem či písničkám (melodii a textu), což seniorům napomáhá zlepšovat nebo udržovat paměť.

Rovněž tanec je pro starší lidi, kterým to zdravotní stav umožňuje, nejenom vítanou pohybovou aktivitou, ale také společenskou událostí, v rámci níž je podmiňována zejména dovednost komunikační, mizí pocit izolovanosti, roste zdravé sebevědomí. Muzikoterapie a taneční terapie se ukazují jako velmi účinné pro zachování soběstačnosti, dobrého psychického a fyzického stavu i u seniorů s demencí, na invalidním vozíku, nebo také u seniorů ve velmi pokročilém věku. Proto jsou v mnoha zařízeních pořádány společenské večery s tancem – věnované právě seniorům.

Psychiatrií, psychoterapií a muzikoterapií u seniorů se zabýval doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc., který konkrétně muzikoterapii prováděl jako primář

gerontopsychiatrického oddělení Polikliniky v Horních Beřkovicích. Působil také na 3. Lékařské fakultě Karlovy univerzity, v Ústavu pro humanitní výchovu a etiku, na psychiatrickém oddělení v Praze 1 a v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů. Od roku 1975 pravidelně pořádal přednášky pro geriatry a internisty v rámci Aktivizačních metod ve stáří. V terapiích uplatnil své praktické hudební schopnosti díky ovládání hry na kytaru a violoncello. Publikoval mnoho studií v různých odborných časopisech a ve stati „Mentální aktivace v podmínkách gerontopsychiatrických léčeben“ z roku 1984 uvedl jednu z definic muzikoterapie, podle které se dá slovy postihnout jako: *„pečlivě předepsaná dávka hudby bud' poslechem, nebo spoluúčastí, ordinovaná pod lékařským dohledem a ovlivňující nejrůznější funkce organismu. Skutečná muzikoterapie začíná až tehdy, kdy se cíleně použijí hudební praprvky: melodie, rytmus a harmonie“* (Linka, 1997, s. 139).

Stejně jako všichni lidé, tak i senioři v zařízeních dlouhodobé péče mají různé sociální a emoční potřeby, které ovlivňují jejich život. Mnoho z nich v zařízeních pro seniory ztratilo svůj domov, svoji roli ve společnosti, své blízké osoby a mnozí začínají rovněž ztrácet i své fyzické či psychické schopnosti. Tyto skutečnosti mohou vést k jejich negativnímu sebehodnocení, uzavírání se do sebe a k pocitu osamění. Protože hudba byla součástí života mnoha seniorů, může muzikoterapie značně přispívat ke zvyšování sebedůvěry a zprostředkování kontaktů s druhými. Nejprve může být kontakt uskutečněn pomocí individuálních interakcí klienta a muzikoterapeuta, později může být rozšířen v rámci menších či větších skupin.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Cíle bakalářské práce a metody výzkumného šetření

Cílem výzkumné části této bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zmapovat možnosti pracovníků zabývajících se muzikoterapií a využití muzikoterapeutických přístupů u seniorů. Dále na základě výzkumného šetření a vyhodnocení získaných dat doporučit vhodné muzikoterapeutické prostředky ke zlepšení kvality života seniorů.

5.1. Metody a techniky bakalářské práce

1. Vyhledání a studium odborné literatury.
2. Stanovení cíle a úkolů BP.
3. Vytvoření koncepce bakalářské práce na základě konzultací s vedoucí práce.
4. Vyhledání testované skupiny muzikoterapeutů.
5. Tvorba dotazníku.
6. Provedení šetření formou dotazníků.
7. Vyhodnocení získaných dat a prezentace výsledků.
8. Definování závěrů z provedeného výzkumu.

Dotazník

Po sestavení konceptu této práce a vymezení cílů jsem sepsala na základě konzultací s vedoucí bakalářské práce strukturovaný dotazník, který byl vytvořen tak, aby co nejlépe vypovídal o samotných muzikoterapeutech a jejich muzikoterapeutickém přístupu v daném zařízení se seniory.

Dotazník má tři části, první část se týká osobnosti muzikoterapeuta, druhá část organizace muzikoterapeutické práce a ve třetí části se mohli respondenti vyjádřit k muzikoterapeutické práci se seniory, co považují za obtížné a zda jsou uspokojení se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů v této oblasti.

Tento dotazník jsem rozeslala do 28 domovů pro seniory a různých zařízení určených této věkové skupině, které uvádějí na svých webových stránkách muzikoterapii

v nabídce aktivit pro seniory. Zpět se vrátilo 11 vyplněných dotazníků. Několik respondentů se omluvilo a napsalo, že nemohou bohužel dotazník vyplnit, protože neabsolvovali žádný muzikoterapeutický kurz, nemají hudební vzdělání a klientům je umožněn při pravidelných nebo občasných setkáních „pouze“ poslech CD, zpěv nebo tanec za doprovodu živé či reprodukované hudby, případně vlastní produkce na nějaký hudební nástroj.

Dotazník, který byl zaslán respondentům:

Jmenuji se Petra Slunečková a jsem studentkou III. ročníku Katedry výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Muzikoterapie pro seniory“, proto Vás velmi prosím o vyplnění uvedeného dotazníku, který je určen jako podklad k vytvoření výzkumné části uvedené bakalářské práce.

Dotazník pro muzikoterapeuty

Dotazník má tři části. Část III. nechám na Vás, zda se budete chtít k tomuto vyjádřit, ale byla bych velmi ráda i za její vyplnění. V záhlaví dotazníku Vás prosím o uvedení Vašeho jména (stačí i křestní jméno) v případě, že ho mohu uvést ve své bakalářské práci. Jestliže si nepřejete uvést své jméno, uveďte, prosím, alespoň pohlaví. Rovněž si Vás dovoluji poprosit o uvedení Vašeho věku.

Jméno:

Pohlaví:

Věk:

I. Osobnost muzikoterapeuta

- 1) Jak dlouhou máte v muzikoterapii praxi?
- 2) Jaké je Vaše vzdělání? (středoškolské, vysokoškolské)
- 3) Jaké je Vaše vzdělání v oblasti psychoterapie (středoškolské, vysokoškolské, různé semináře nebo kurzy)?
- 4) Jaké je Vaše hudební vzdělání (ZUŠ resp. LŠU, soukromá výuka, profesionální hudební škola – konzervatoř apod., katedra hudební výchovy PF)? V případě, že jste autodidakt, uveďte to, prosím.

- 5) Absolvoval/a jste v minulosti před muzikoterapeutickou praxí nějaké muzikoterapeutické kurzy? (Můžete prosím uvést které?)
- 6) Navštěvujete pravidelně nějaké muzikoterapeutické kurzy? (Pokud ano, prosím, blíže je specifikujte).
- 7) V případě, že jste obdržel/a certifikát na nějakém muzikoterapeutickém kurzu, specifikujte jaký.
- 8) Na jaký hudební nástroj hrajete?
- 9) Vyučujete někde muzikoterapii?
- 10) Ovlivňuje Vaši práci nějaká odborná literatura z oblasti muzikoterapie?

II. Organizace muzikoterapeutické práce

- 1) Využíváte kolektivní muzikoterapii? (ano – ne)
- 2) Využíváte individuální muzikoterapii? (ano – ne)
- 3) Využíváte aktivní muzikoterapii? (ano – ne)
- 4) Využíváte receptivní muzikoterapii? (ano – ne)
- 5) V případě, že využíváte aktivní muzikoterapii, s kolika klienty pracujete?
- 6) S jakými hudebními nástroji pracujete v případě aktivní muzikoterapie?
- 7) V případě aktivní muzikoterapie využíváte pěvecké činnosti?
- 8) V případě receptivní muzikoterapie využíváte reprodukovanou hudbu?
- 9) V případě receptivní muzikoterapie využíváte živě produkovanou hudbu?
- 10) Kde se odehrává muzikoterapie – můžete uvést konkrétně (např. jídelna, společenská nebo jiná místnost apod.)?
- 11) Jak často muzikoterapii ve Vašem zařízení realizujete (např. 1x týdně)?
- 12) Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání?
- 13) Jaký je celkový cíl muzikoterapie Vaší práce se seniory?
- 14) Vnímáte nějaké pozitivní změny na svých klientech od doby, kdy s nimi realizujete muzikoterapeutický program?
- 15) Máte pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní Vámi vynaložené energii? (Můžete vyjádřit procentuálně – přibližně).

III. Doplnující otázky

- 1) Co byste chtěli doplnit v kontextu Vaší muzikoterapeutické práce se seniory?
- 2) Co považujete za obzvláště obtížné, příp. co zásadně komplikuje či znemožňuje Vaši práci?

- 3) Jste uspokojeni současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů (např. kurzy, literatura, apod.)?

5.2. Analýza získaných dat od respondentů

5.2.1. Domov pro seniory Sue Ryder, Praha

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Anna, věk: 27 let.

Praxe v muzikoterapii: **2 roky.**

Vzdělání: **vysokoškolské – psychologie.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **zatím ne.**

Hudební vzdělání: **konzervatoř.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí::

Edukační muzikoterapie (PedF UK Praha, Matěj Lipský, 320 hodin),

Víkendový kurz – Z. Šimanovský,

Workshop – J. Moreno,

Úvod do MT v londýnském Nordoff-Robbins centru,

a mnoho dalších v rámci různých konferencí.

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **nepravidelně,**

získala certifikát Edukační muzikoterapie.

Hraní na hudební nástroj: **bicí nástroje a perkuse, kytara, klavír.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano, mnoho čerpá z české i zahraniční literatury.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ne.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ano.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **7 – 12.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **kytara – muzikoterapeut,**

klienti – především perkuse.

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano občas.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **místnost, která slouží pro různé skupinové činnosti klientů.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 x za 2 týdny.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **45 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory:

- **aktivizace, podpora sociálního kontaktu klientů, umožnit prožitek radosti ze společně stráveného času a radosti z hudby, podpora sebevědomí a kladného sebehodnocení,**
- **podpora sounáležitosti skupiny,**
- **umožnění vyjádření emocí, sebevyjádření,**
- **procvičování kognitivních funkcí,**
- **procvičování motoriky.**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na **100 %**. Uvedla, že její práci zkomplikovaly jednak změna místnosti pro muzikoterapii v důsledku povodní, tak narůstající počet klientů, kteří měli o muzikoterapii zájem, a nebylo možné všem vyhovět. Nejedná se však o zásadní komplikaci a problém se dá řešit. Dále uvedla, že není spokojena se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů.

5.2.2. Domov pro seniory Sue Ryder, Praha

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Hana, věk: 25 let.

Praxe v muzikoterapii: **2 roky.**

Vzdělání: **vysokoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **vystudovala jednooborovou psychologii**

na Pedagogické fakultě UK,

je frekventantkou psychoterapeutického výcviku INSTEP (skupinová

psychoterapie, integrace SUR a gestalt směru) – 3. rokem.

Absolvovala vybrané semináře o práci s tělem, se sny, apod.

Hudební vzdělání: ZUŠ – 1. a 2. cyklus hry na klavír, 1. cyklus sólového zpěvu, sborový zpěv, 2 roky hra na saxofon, samouk ve hře na kytaru.

Muzikoterapeutické kurzy před praxí:

Dvouletý výcvik u Matěje Lipského Edukační muzikoterapie.

Před studiem muzikoterapie navštívila vybrané kurzy, např. u Zdeňka Šimanovského.

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech:

Podle časových možností a zajímavostí nabídky, snaží se nejméně jednou za půl roku navštívit nějaký kurz. Oblíbené má např. kurzy Markéty Gerlichové či Matěje Lipského, kteří jí jsou blízcí svým přístupem. Pravidelně jezdí na skupinová setkání ohledně supervize a intervize.

Získala certifikát z dvouletého studia Edukační muzikoterapie u Matěje Lipského.

Hraní na hudební nástroj: **klavír, začátečník kytara.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **nepřímo.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano – skupinová forma muzikoterapie.**

Využití individuální muzikoterapie: **ano (méně).**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ano (minimálně).**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **pracuje se třemi skupinami v počtu max. do 10 klientů, ideální počet je 6 – 7 klientů, záleží na složení skupiny.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **kytara, piano, bubínky, vajíčka, perkuse, shanti zvonkohra, foukací klávesová harmonika.**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano velmi, při práci se seniory je zpívání velmi důležité a zároveň je také oblíbenou činností.**

Využití reprodukováné hudby při receptivní muzikoterapii: **ano minimálně, jedná se o**

písničky na přání klientů, dále někdy využívá nahrané zvuky různých hudebních nástrojů a někdy klasickou hudbu či improvizace na téma lidových písní Jiřího Pazoura.

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano občas (hra na shanti zvonkohry).**

Kde se odehrává muzikoterapie:

- 1. skupina: místnost určená k denním aktivitám,**
- 2. skupina: kulturní místnost dle přání klientů,**
- 3. skupina: muzikoterapeutická místnost dle přání klientů.**

Individuální muzikoterapie v pokoji klientky (záleží na mobilitě klienta a na jeho přání).

Jak často je muzikoterapie realizována: **s každou skupinou a individuální 1 x týdně,**

- 3. skupina 1x za 2 týdny.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **45 minut (1 hodina je dle praxe maximum).**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **bezpečný a svobodný prostor k vyjádření svých emocí a potřeb, ale také vyjádření své osobnosti.**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano, záleží také na frekvenci setkání – častější setkání, tzn. 1x týdně umožňuje návaznost sezení, práce je intenzivnější. Při skupinách s delší frekvencí je především důležité „tady a teď“.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii, ale číselně se vyjádřit nedá. Uvedla, že v dotazníku je opomíjena supervize, kterou vnímá jako velmi důležitou pro práci muzikoterapeuta, ale i celkově v pomáhajících profesích, a proto ji využívá.

Obtížná je pro ni oblast, kdy v některých případech může dojít k tomu, že účast ve skupině se pro klienta stává kontraindikací. V takovém případě je nutné s klientem spolupráci ukončit. Velmi těžká jsou pro ni úmrtí klientů nebo zhoršující se zdravotní stav vzhledem k náročnosti témat. I z těchto důvodů je velmi cenná supervize, či vedení skupiny ve dvou, což umožňuje tato témata sdílet, hovořit o nich, nebýt na ně sám.

Dále uvedla, že současná nabídka možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů není příliš bohatá a rozhodně by si tato problematika zasloužila více pozornosti.

5.2.3. Domov pro seniory, Velké Meziříčí

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede žena, věk: 49 let.

Praxe v muzikoterapii: **5 let.**

Vzdělání: **vysokoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **vysokoškolské.**

Hudební vzdělání: **konzervatoř.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ano (Zdeněk Šímanovský, PhDr. Stejskalová).**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ano (PhDr. Stejskalová),**

obdržela Certifikát o absolutoriu.

Hraní na hudební nástroj: **klavír, akordeon.**

Vyučování muzikoterapie: **ano.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ano.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ano.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **8 – 12 ve skupině.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **Orffovy nástroje, bicí**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **terapeutická místnost.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **denně.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **20 – 40 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **zachování dosud fungujících funkcí,**

psychoterapie, trénink komunikace a paměti – zvyšování kvality života ve stáří.

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano**.

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na 10 až 20 %.

Uvádí, že muzikoterapie je velmi silná efektivní terapeutická metoda. Obtížná je příprava na terapii (struktura, osnova, postup), komplikací jsou technické překážky (např. nevyhovující terapeutické prostory) a je spokojena se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů.

5.2.4. Domov pro seniory, Pelhřimov

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Lucie, věk: 30 let.

Praxe v muzikoterapii: **4,5 roku, pracuje jako sociální pracovníce a užívá pouze prvky muzikoterapie.**

Vzdělání: **vysokoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **kurz v rámci studia na VŠ, samostudium.**

Hudební vzdělání: **soukromá výuka – sborový zpěv, hlasová práce.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ano, seminář „Terapeutická práce se seniory“ – 8 hodin.**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne.**

Hraní na hudební nástroj: **ne.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano (inspirace).**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ne.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ano.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **5 – 10.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **běžně – zpěv s doprovodem hudby s CD, občas – kytara, basa, varhany.**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **společenská místnost, zahradní altánek.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 x týdně receptivní muzikoterapie,
1x měsíčně aktivní muzikoterapie.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **45 – 60 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **posilování paměti, celkově je cílem relaxace, uvolnění a zábava (hudba je mezi klienty oblíbená).**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **nejedná se o odbornou muzikoterapii, každopádně poslech hudby a zpěv má na uživatele pozitivní vliv.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na 50 %, ke své činnosti by potřebovala zakoupit muzikoterapeutické pomůcky (nástroje – triangly, bubínky, paličky aj.).

Za velmi obtížné považuje to, že aktivity probíhají ve společenské místnosti, kde není možné zajistit absolutní klid, nejsou prostory, kde by se mohla zařídit chybějící terapeutická místnost a dále, že nemá muzikoterapeutický výcvik (jako sociální pracovnice by neměla vykonávat funkci aktivizačního pracovníka bez příslušného vzdělání). Uvedla, že dlouhodobé kurzy jsou drahé, krátkodobé trvají jen několik hodin, kde si účastník udělá sice představu, ale není kvalifikován k vykonávání muzikoterapie.

5.2.5. Domov seniorů Mistra Křišťana, Prachatice

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede žena, věk: 28 let.

Praxe v muzikoterapii: **2 roky.**

Vzdělání: **vysokoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **semináře.**

Hudební vzdělání: **základní umělecká škola.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ne.**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne**.

Hraní na hudební nástroj: **klávesy**.

Vyučování muzikoterapie: **ne**, v DS vede kroužek zpívání.

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano**.

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano**.

Využití individuální muzikoterapie: **ano**.

Využití aktivní muzikoterapie: **ano**.

Využití receptivní muzikoterapie: **ano**.

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **8 – 16**.

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **dřívka, činely, bubínek, „mořská voda“, dešťová hůl**.

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano**.

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano**.

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano**.

Kde se odehrává muzikoterapie: **aktivizační místnost**.

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 – 2 x týdně**.

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **1,5 hodiny**.

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **trénink paměti, jemná motorika, působení na smysly**.

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano**.

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii, ale nemůže posoudit současnou nabídku možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů.

5.2.6. Domov pro seniory Elišky Purkyňové, Praha

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Vít, věk: 49 let.

Praxe v muzikoterapii: **10 let**.

Vzdělání: **vyšší odborné**.

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **semináře, kurzy**.

Hudební vzdělání: **konzervatoř**.

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ano, (kurzy PhDr. Marina Stejskalová)**.

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne**.

Hraní na hudební nástroj: **klavír, flétny**.

Vyučování muzikoterapie: **ne**.

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano (Zdeněk Šimanovský)**.

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano**.

Využití individuální muzikoterapie: **ano**.

Využití aktivní muzikoterapie: **ano**.

Využití receptivní muzikoterapie: **ano**.

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **5 – 25**.

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **Orffův instrumentář, „etnické nástroje“**.

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano**.

Využití reprodukováné hudby při receptivní muzikoterapii: **ano**.

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano**.

Kde se odehrává muzikoterapie: **jídlna, společenská nebo jiná místnost**.

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 x týdně (1. skupina), 1x měsíčně (2. skupina)**.

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **30 – 60 minut**.

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **radost**.

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano, klienti se těší na setkání, stali se dobrými přáteli**.

Respondent má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jemu vynaložené energii naplno.

Na doplňující otázky dotazníku, co by chtěl respondent doplnit v kontextu jeho muzikoterapeutické práce se seniory, co považuje za obzvláště obtížné a zda je uspokojen se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů, nebylo odpovězeno.

5.2.7. Seniorpark, Pečice okres Příbram

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede žena, věk: 32 let.

Praxe v muzikoterapii: **3 měsíce.**

Vzdělání: **vysokoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **vysokoškolské.**

Hudební vzdělání: **autodidakt.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ne.**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne.**

Hraní na hudební nástroj: **kytara.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ne.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ne.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ano.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **až 10.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **Orffovy rytmické nástroje.**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukováné hudby při receptivní muzikoterapii: **ne.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **jídlna.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 x týdně.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **45 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **naplnění volného času, uvolnění, dobrá nálada, trénink paměti.**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano, zpěv přináší dobrou náladu.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na cca 70 %.

Na doplňující otázky dotazníku, co by chtěla respondentka doplnit v kontextu její muzikoterapeutické práce se seniory, co považuje za obzvláště obtížné a zda je uspokojena se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů, nebylo odpovězeno.

5.2.8. Dům s pečovatelskou službou, Čekanice

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Jitka, věk: 41 let.

Praxe v muzikoterapii: **6 let.**

Vzdělání: **středoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **kurz muzikoterapie.**

Hudební vzdělání: **ne.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **Aktivizační program – zaměřený na muzikoterapii.**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne.**

Hraní na hudební nástroj: **ne.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ne.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ne.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **12 – 20.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **Orffovy nástroje (triangl, bubínek, činely, rumba koule, rolničky, chřestidla, zvonkohra).**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ne.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ne.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **společenská místnost.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **2 x měsíčně.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **60 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **pobavit, zazpívat si, zahrát na hudební nástroje, zapojí se i klienti s alzheimerovou chorobou.**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano, na program se vždy těší, baví je to a jsou spokojení. Rozčilené klienty muzikoterapie krásně zklidní.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na 100 %, využívají i karaoke na písně v aranžmá tzv. dechovky, neboli lidovky, což má u klientů velký ohlas. Nic se jí nezdá obtížné, „když se chce, tak všechno jde“. Uvedla, že je spokojena se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů.

5.2.9. Domov pro seniory, Pernink

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Lenka, věk: 26 let.

Praxe v muzikoterapii: **2 roky.**

Vzdělání: **středoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **kurzy.**

Hudební vzdělání: **ne.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ano.**

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **nepravidelně.**

Hraní na hudební nástroj: **ne.**

Vyučování muzikoterapie: **ne.**

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano.**

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano.**

Využití individuální muzikoterapie: **ne.**

Využití aktivní muzikoterapie: **ano.**

Využití receptivní muzikoterapie: **ne.**

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **6 – 12.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **ne.**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ne**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ne**.

Kde se odehrává muzikoterapie: **ergoterapeutická místnost**.

Jak často je muzikoterapie realizována: **1 x týdně**.

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **30 minut**.

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **uvolnění klientů, navázání kontaktu s ostatními klienty, forma dechového cvičení, vyvolání hezkých pocitů a vzpomínek**.

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano, komunikativnost, otevřenost, dobré pocity, klienti se na „něco“ těší**.

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na cca 67 %. Dále uvedla, že kurzy jsou velmi drahé, v západních Čechách jich je velmi málo, hodně informací čerpá z internetových stránek.

5.2.10. Domov důchodců, Ústí nad Orlicí

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Karolína, věk: 23 let.

Praxe v muzikoterapii: **2 roky**.

Vzdělání: **vyšší odborné**.

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **semináře**.

Hudební vzdělání: **v rámci pedagogické školy**.

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ne**.

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ano, (kurzy PhDr. Mariny Stejskalové), obdržela certifikát Muzikoterapie a pohybová terapie**.

Hraní na hudební nástroj: **flétna, klavír**.

Vyučování muzikoterapie: **ano**.

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ano**.

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano**.

Využití individuální muzikoterapie: **ne**.

Využití aktivní muzikoterapie: **ano**.

Využití receptivní muzikoterapie: **ano**.

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **15 – 20 klientů.**

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **Orffovy nástroje: dřívka, bubínek, činely, triangel.**

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano.**

Využití reprodukované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano.**

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ne.**

Kde se odehrává muzikoterapie: **společenská místnost – tělocvična.**

Jak často je muzikoterapie realizována: **2 x měsíčně.**

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **60 minut.**

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **uvolnění, odreagování se, procvičení paměti, kontakt s lidmi.**

Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano.**

Respondentka má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jí vynaložené energii na cca 80 %. V rámci muzikoterapeutické práce by chtěla se seniory zorganizovat návštěvu nějakého muzikálu nebo pozvat známou osobnost. Za obzvláště obtížné považuje handicapy některých klientů. Je spokojena se současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů.

5.2.11. Domov pro seniory, Kladno a Alzheimercentrum Pohoda, Nové Strašecí

I. Osobnost muzikoterapeuta – muzikoterapii vede Václav, věk: 48 let.

Praxe v muzikoterapii: **4 roky.**

Vzdělání: **středoškolské.**

Vzdělání v oblasti psychoterapie: **ne**, v této oblasti ho učí život. Vše se odvíjí od

dlouholeté nemoci jeho maminky, která má cca 10 let diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu a posledních 5 let je umístěna ve specializovaných zařízeních. Po tomto umístění zjistil, že tato zařízení užívají pro klienty muzikoterapii v různých formách a nabídl jim spolupráci. Kromě toho je v pravidelném kontaktu s odborným personálem, často maminku navštěvuje a pozoruje chod zařízení včetně reakcí klientů.

Hudební vzdělání: **LŠU, soukromá výuka.**

Muzikoterapeutické kurzy před praxí: **ne**.

Pravidelná účast na muzikoterapeutických kurzech: **ne**.

Hraní na hudební nástroj: **akordeon, kytara, klávesy**.

Vyučování muzikoterapie: **ne**.

Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie: **ne (zatím)**.

II. Organizace muzikoterapeutické práce

Využití kolektivní muzikoterapie: **ano**.

Využití individuální muzikoterapie: **ano**, maminka má ráda dechovou hudbu a hudbu z 50.– 60. let. Do zařízení koupil přehrávač a personál nahrávky pouští při vstávání a před spánkem. Jde opět o pozitivní podněty. Reprodukovanou hudbu doplňuje o zahrání na harmoniku nebo kytaru, což se osvědčilo rovněž proti smutné náladě klientů.

Využití aktivní muzikoterapie: **ano**.

Využití receptivní muzikoterapie: **ne**.

Kolik klientů se zúčastní aktivní muzikoterapie: **20 – 30 klientů**.

Využití hudebních nástrojů při aktivní muzikoterapii: **harmonika, klávesy, kytara**.

Využití pěvecké činnosti při aktivní muzikoterapii: **ano**.

Využití reprodukováné hudby při receptivní muzikoterapii: **ne**.

Využití živě produkované hudby při receptivní muzikoterapii: **ano**.

Kde se odehrává muzikoterapie: **jídlna, společenská místnost při individuální muzikoterapii u klienta**.

Jak často je muzikoterapie realizována: **15 x ročně** (dle dohody s příslušnými pracovníky zařízení, ve kterých pracuje jako dobrovolník).

Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání: **70 - 120 minut**.

Celkový cíl muzikoterapie práce se seniory: **zlepšení nálady klientů, připomenutí známých písniček**.

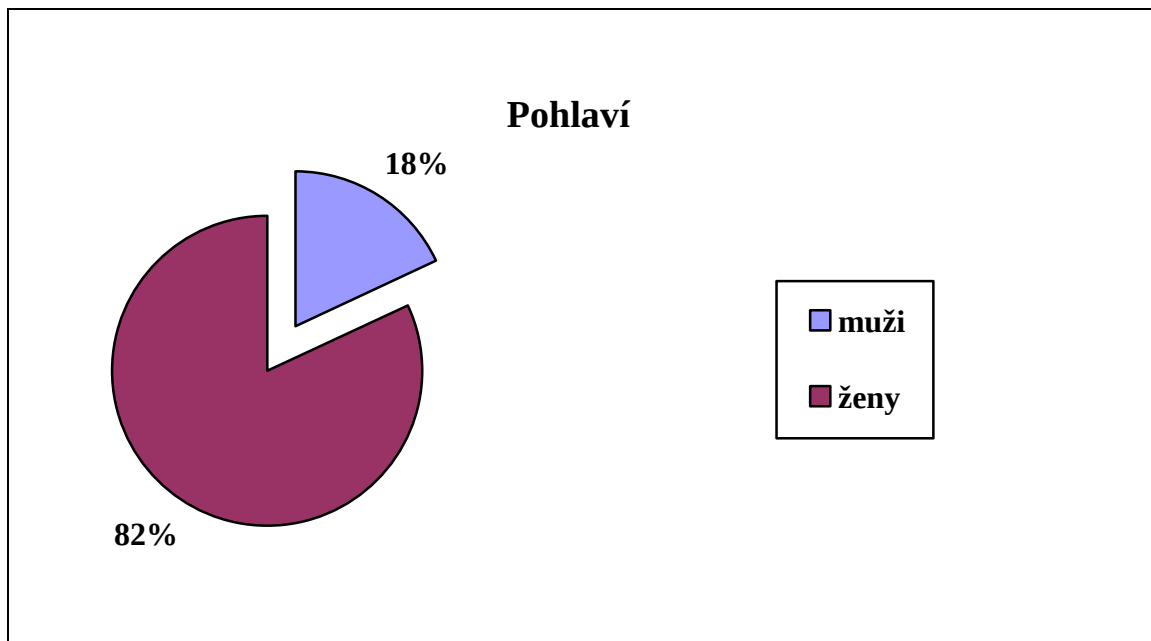
Pozitivní změny na klientech od doby realizace muzikoterapeutického programu: **ano**, při samotné reprodukci jsou klienti pozitivní, veselí a zcela jistě dobrá nálada a pocity doznívají i po ukončení akce. Zda u osob s Alzheimerovou chorobou mohou být dlouhodobé pozitivní změny, je otázka spíše pro lékaře.

Respondent má pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jím vynaložené energii, pozitivní ohlasy jsou potvrzeny zájmem klientů o další podobné akce.

Uvedl, že ze své pozice může rozšiřovat repertoár a pokračovat ve výborné spolupráci s příslušnými pracovníky z obou zařízení. Na otázku, jak je uspokojen současnou nabídkou možností vzdělávání muzikoterapeutů z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů odpověděl, že jako externí muzikoterapeut využívá praktických několikaletých zkušeností.

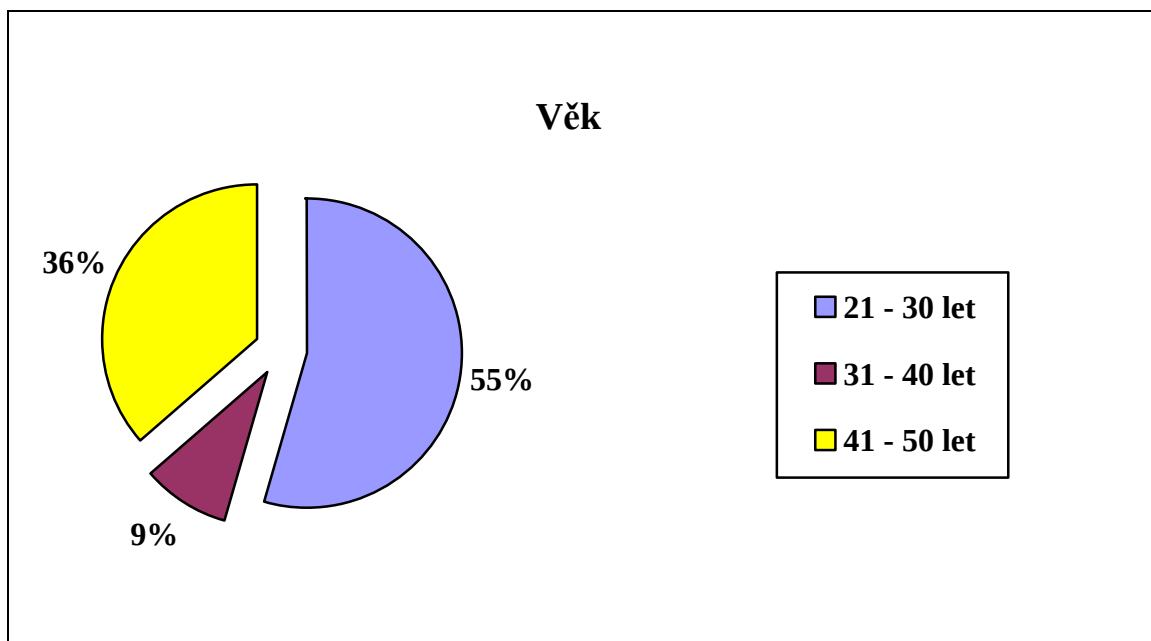
5.3. Grafické zpracování získaných informací

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



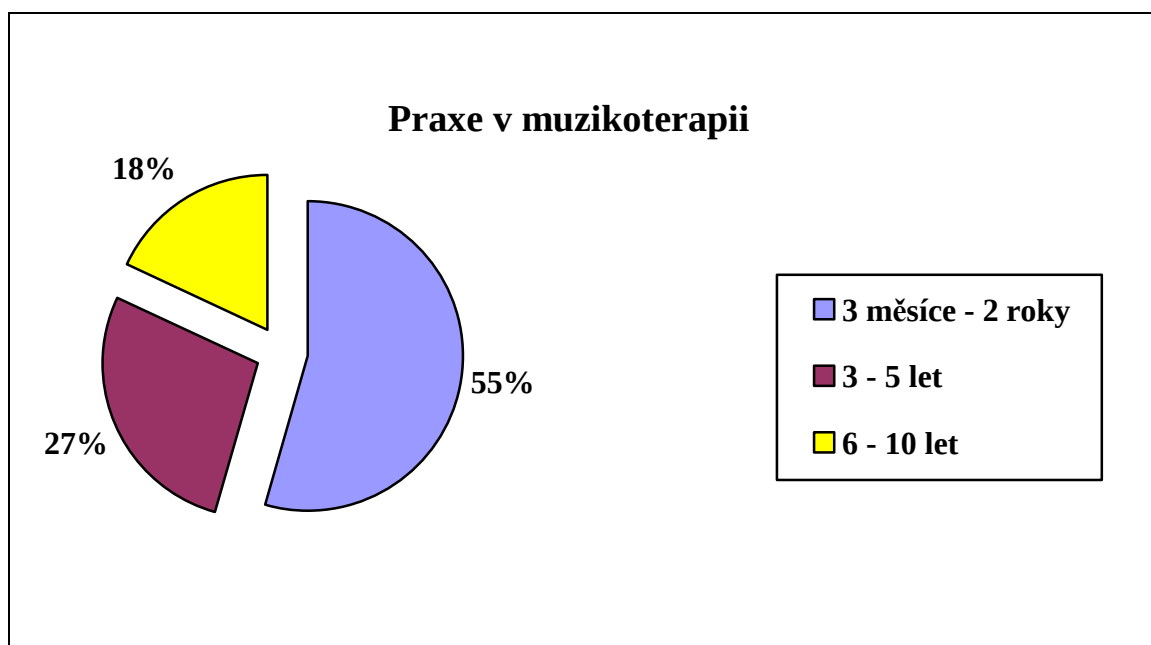
Zdroj: vlastní

Graf č. 2 – Věk respondentů



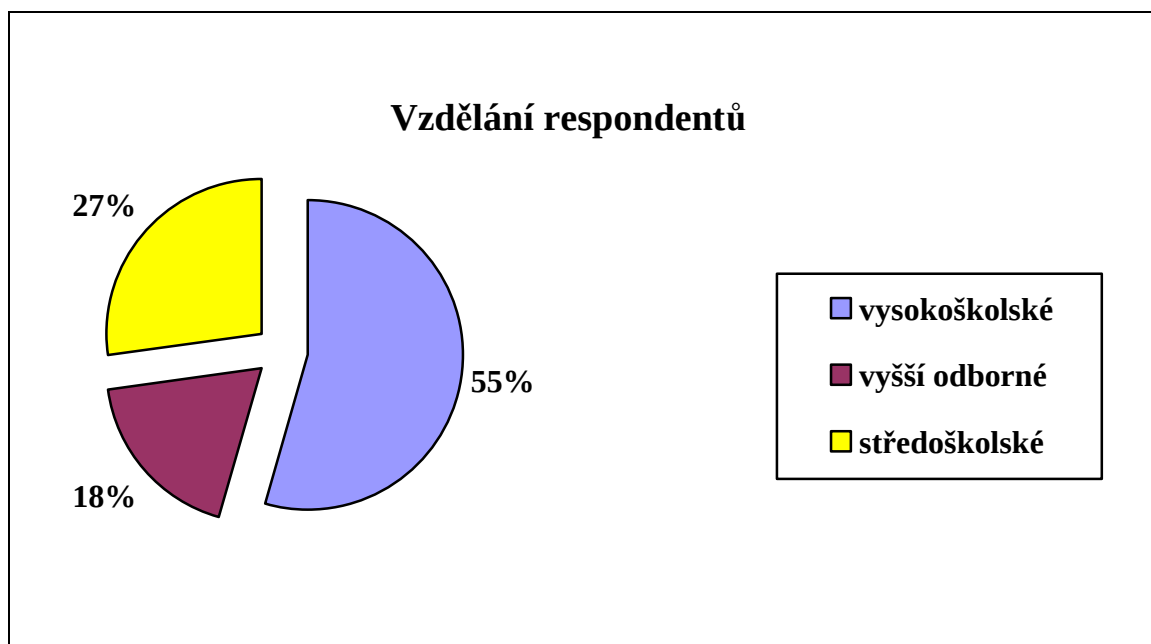
Zdroj: vlastní

Graf č. 3 – Praxe respondentů v muzikoterapii



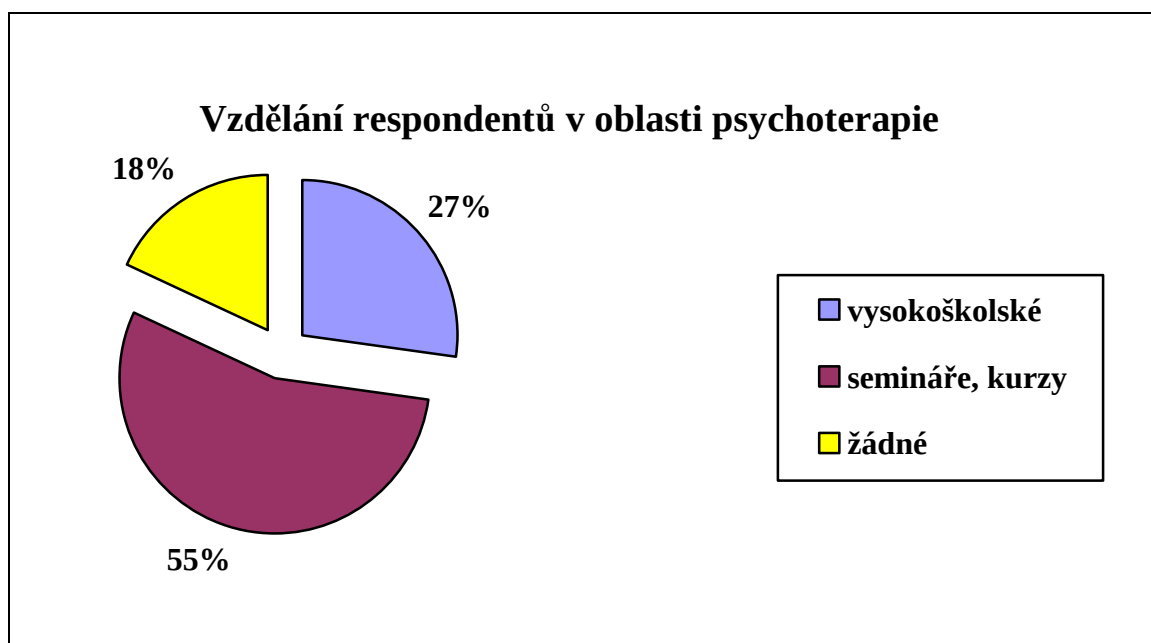
Zdroj: vlastní

Graf č. 4 – Vzdělání respondentů



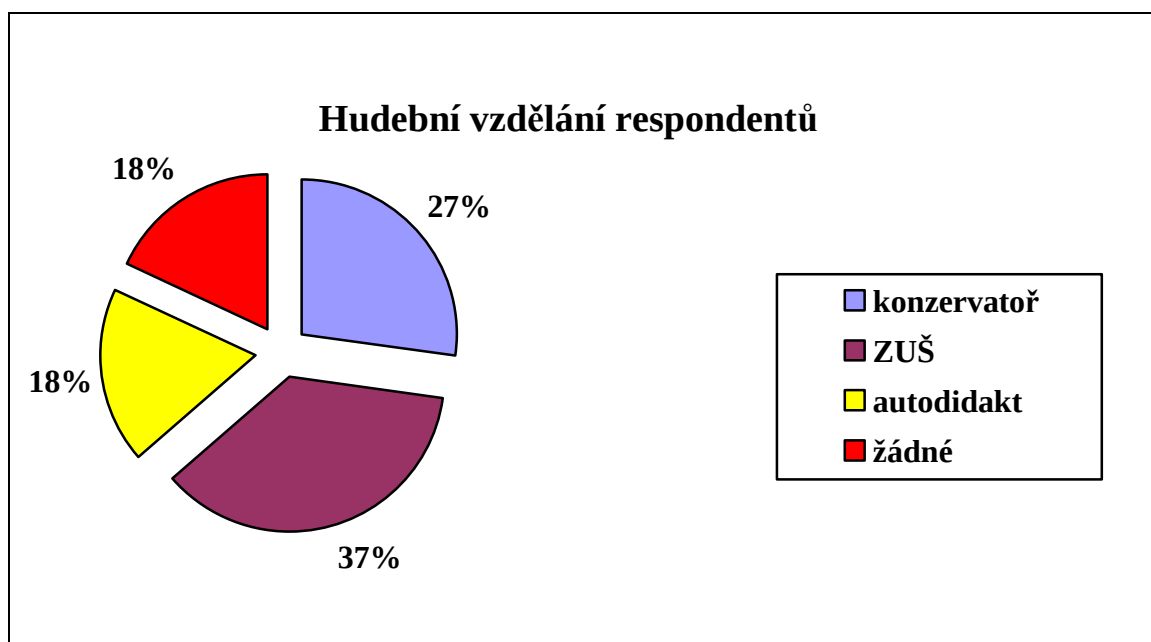
Zdroj: vlastní

Graf č. 5 – Vzdělání respondentů v oblasti psychoterapie



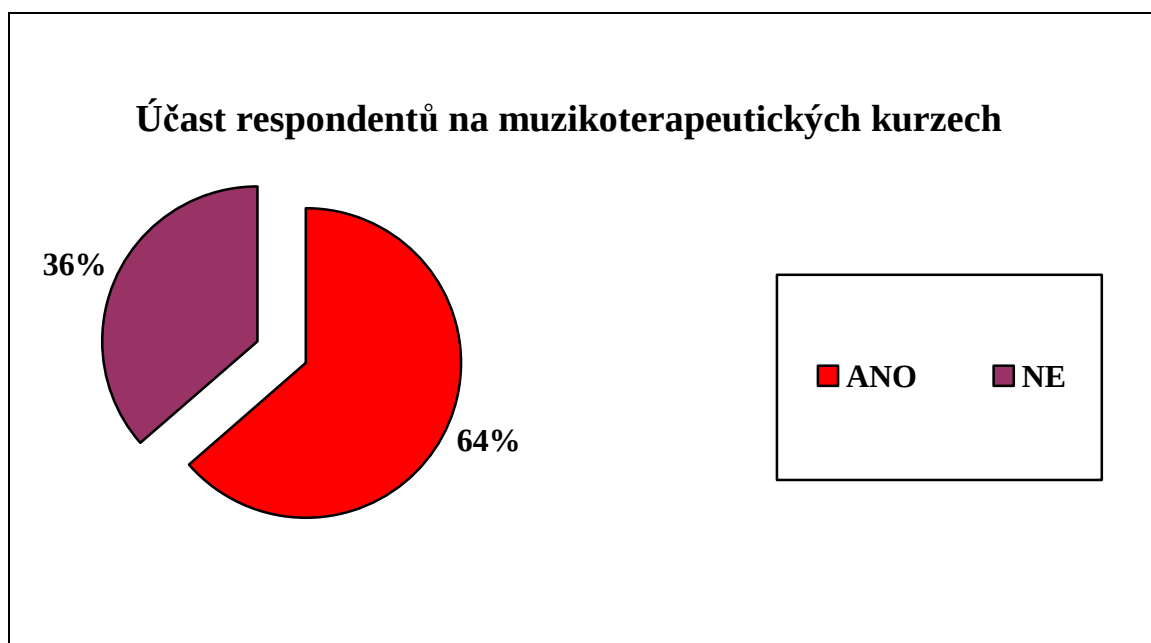
Zdroj: vlastní

Graf č. 6 – Hudební vzdělání respondentů



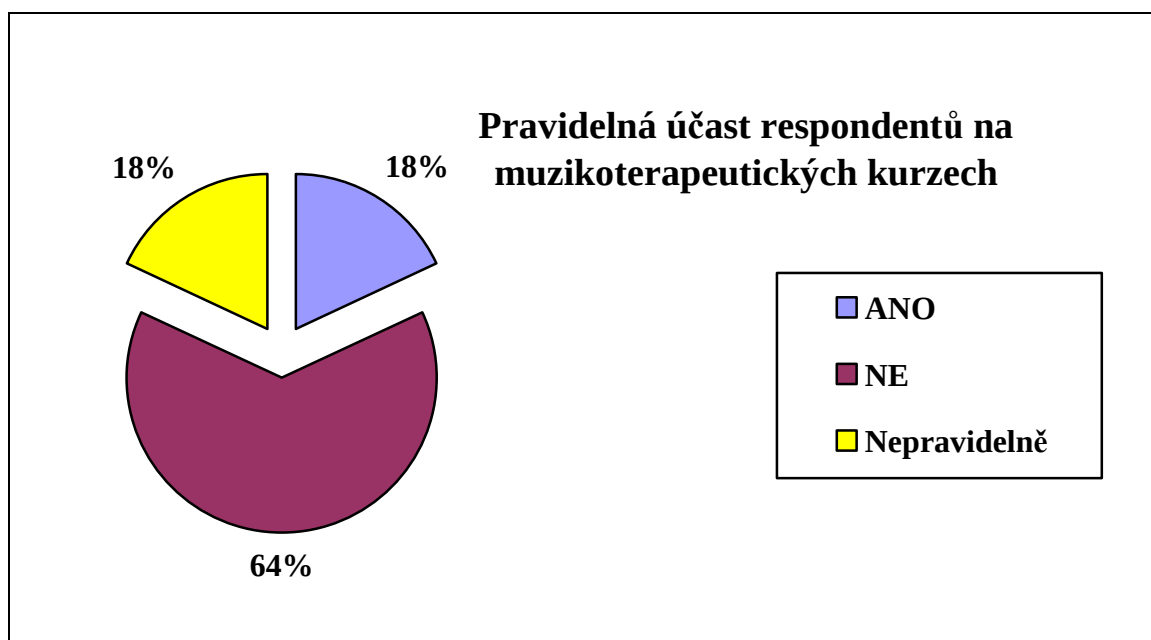
Zdroj: vlastní

Graf č. 7 – Účast respondentů na muzikoterapeutických kurzech před praxí



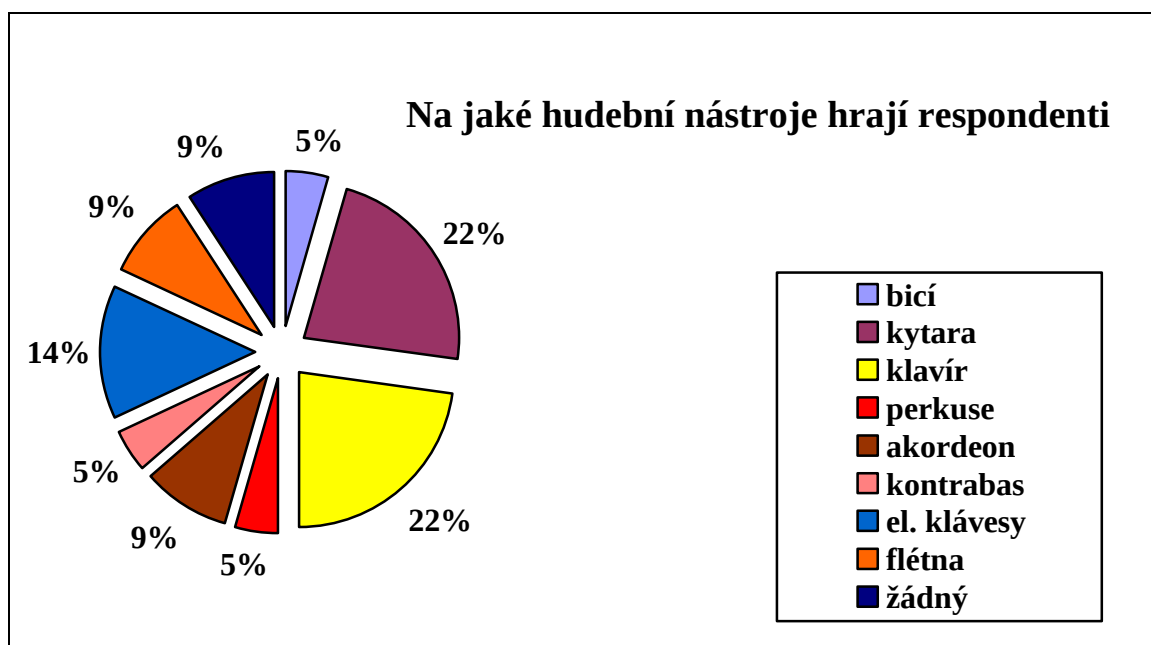
Zdroj: vlastní

Graf č. 8 – Pravidelná účast respondentů na muzikoterapeutických kurzech

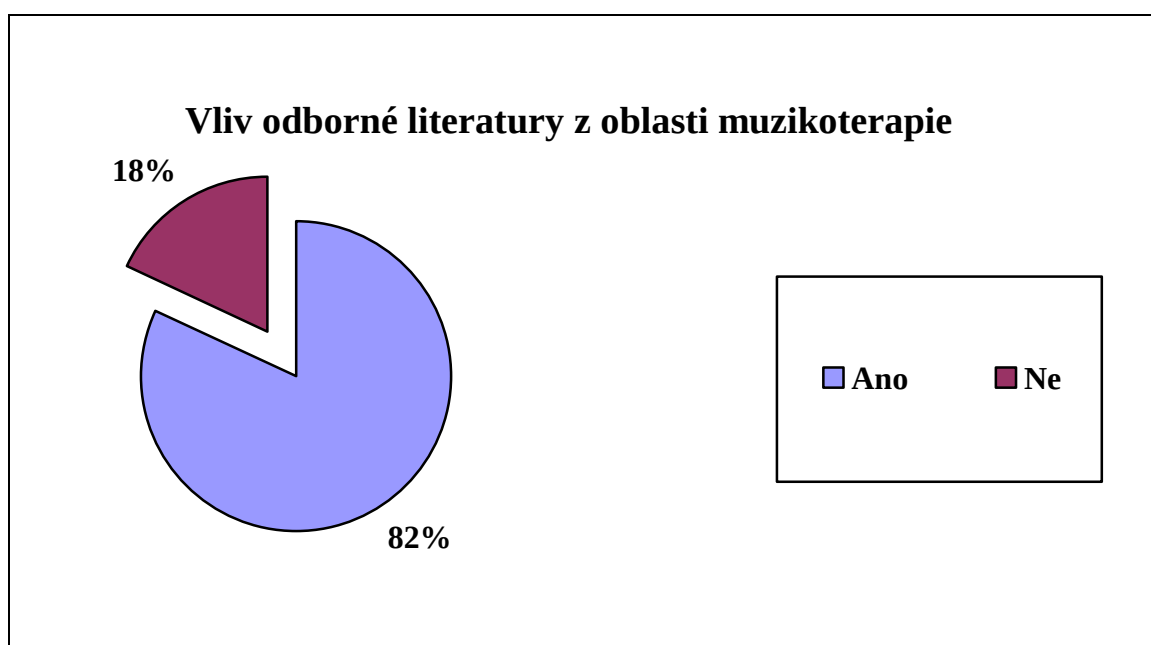


Zdroj: vlastní

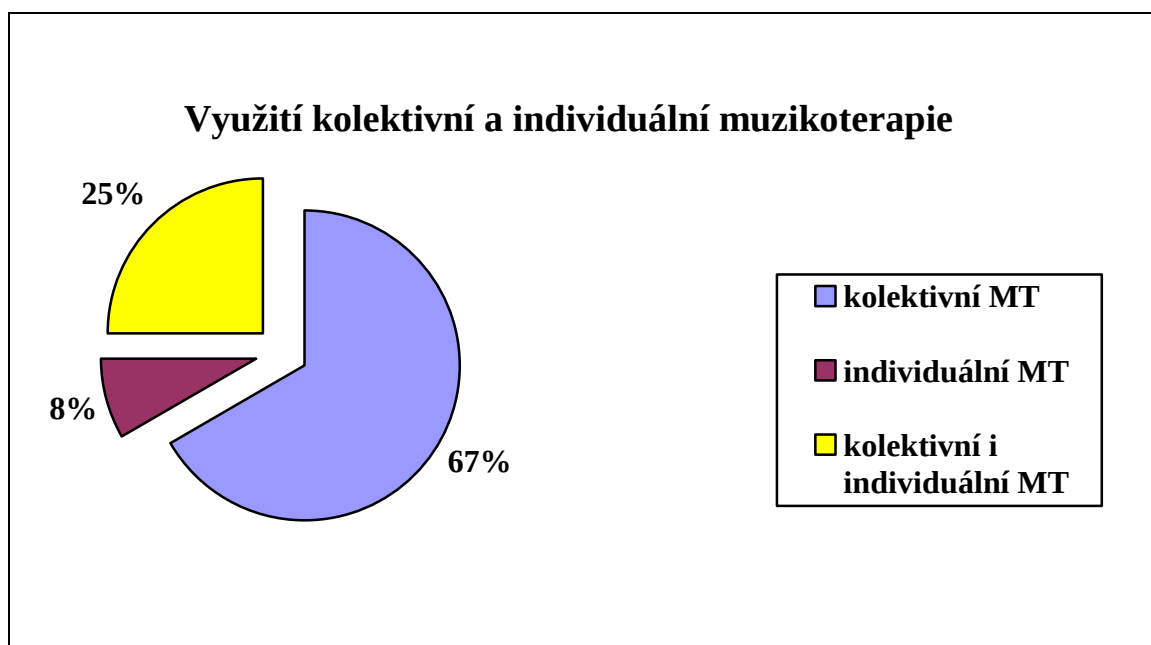
Graf č. 9 – Na jaké hudební nástroje hrají respondenti



Graf č. 10 – Vliv odborné literatury z oblasti muzikoterapie na respondenty

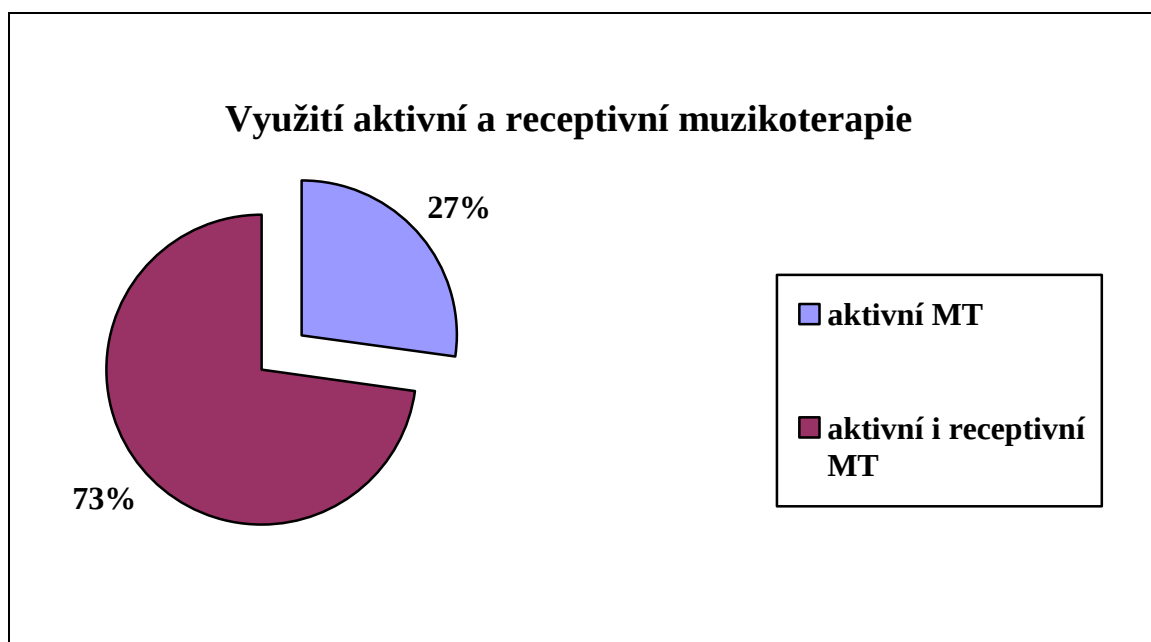


Graf č. 11 – Využití kolektivní a individuální muzikoterapie



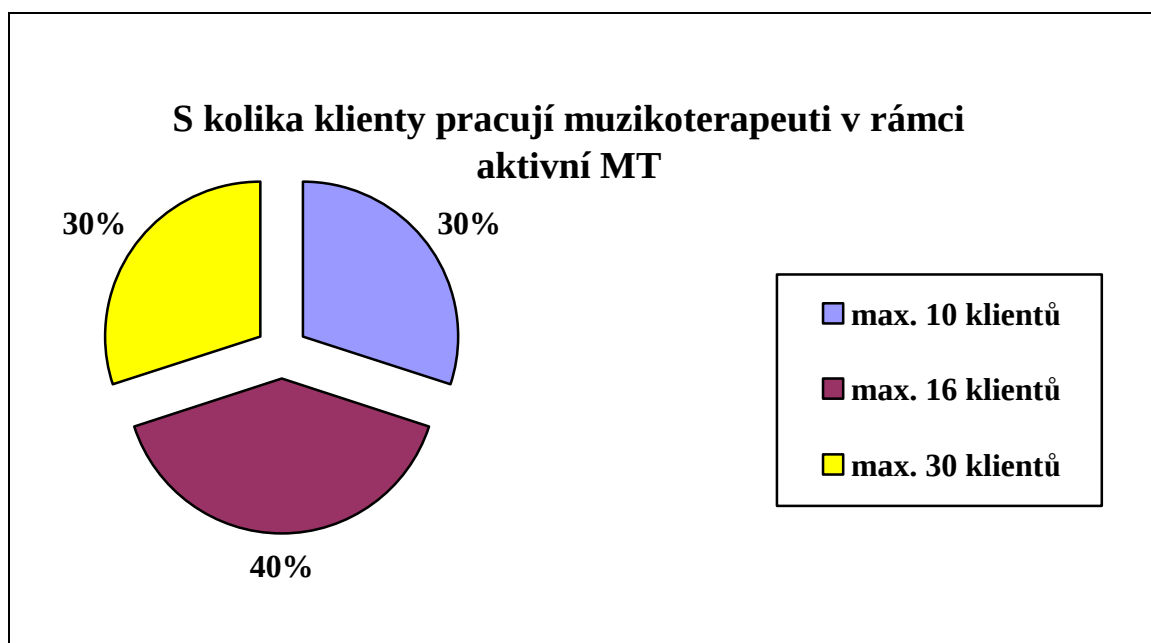
Zdroj: vlastní

Graf č. 12 – Využití aktivní a receptivní muzikoterapie



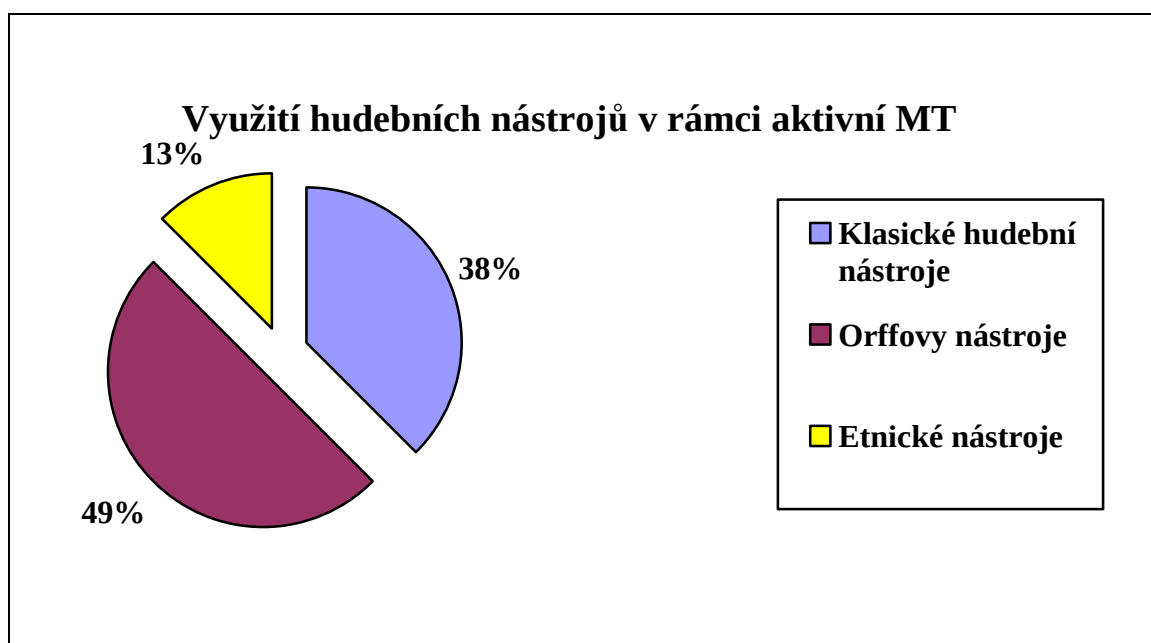
Zdroj: vlastní

Graf č. 13 – S kolika klienty pracují muzikoterapeuti v rámci aktivní MT



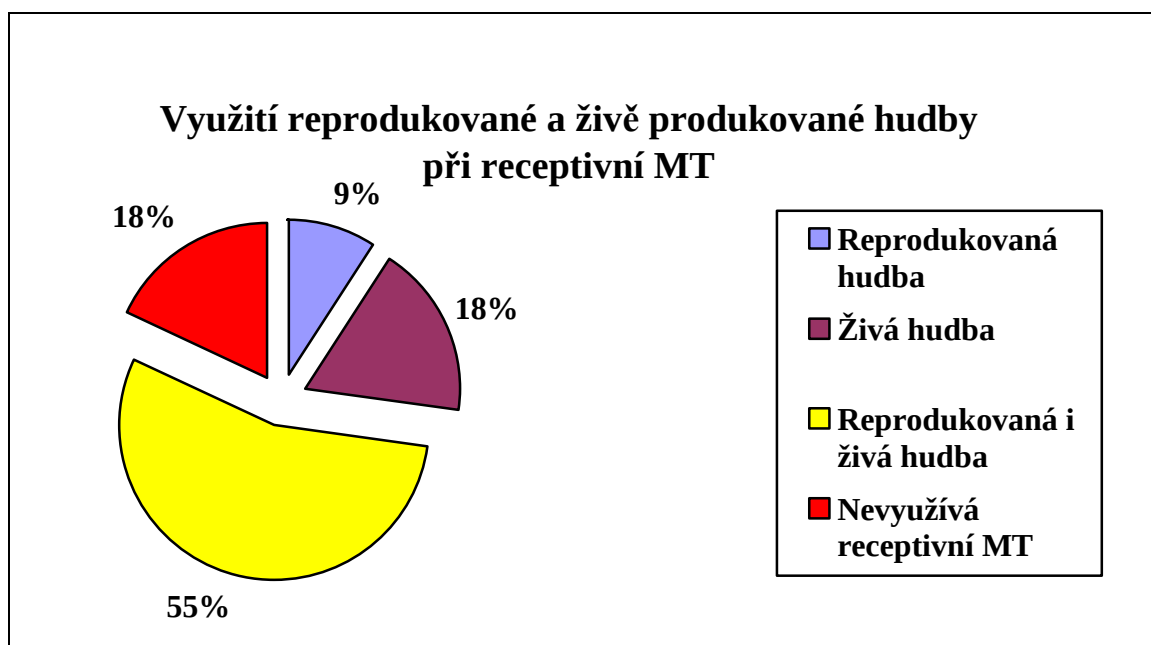
Zdroj: vlastní

Graf č. 14 – Využití hudebních nástrojů v rámci aktivní MT

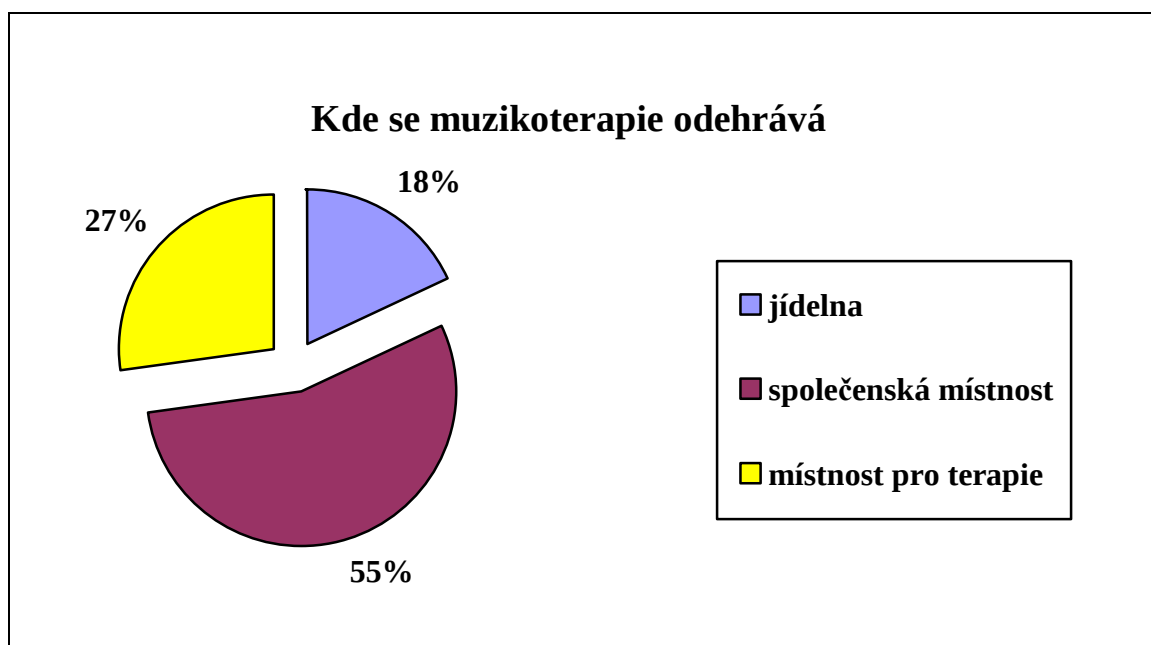


Zdroj: vlastní

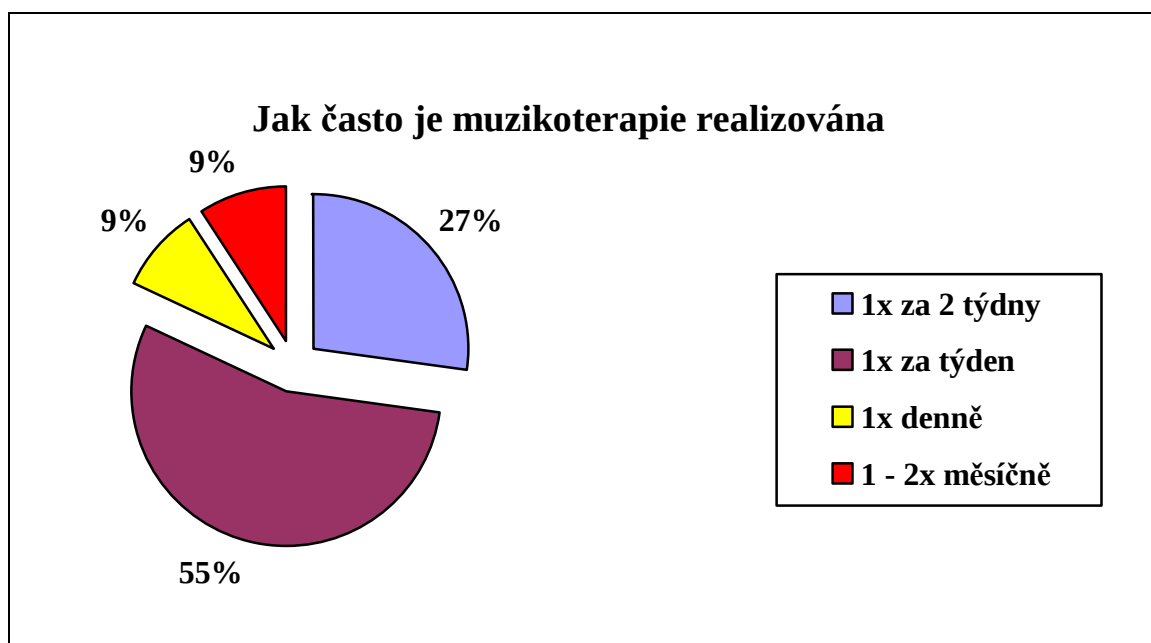
Graf č. 15 – Využití reprodukované a živě produkované hudby při receptivní MT



Graf č. 16 – Kde se muzikoterapie odehrává

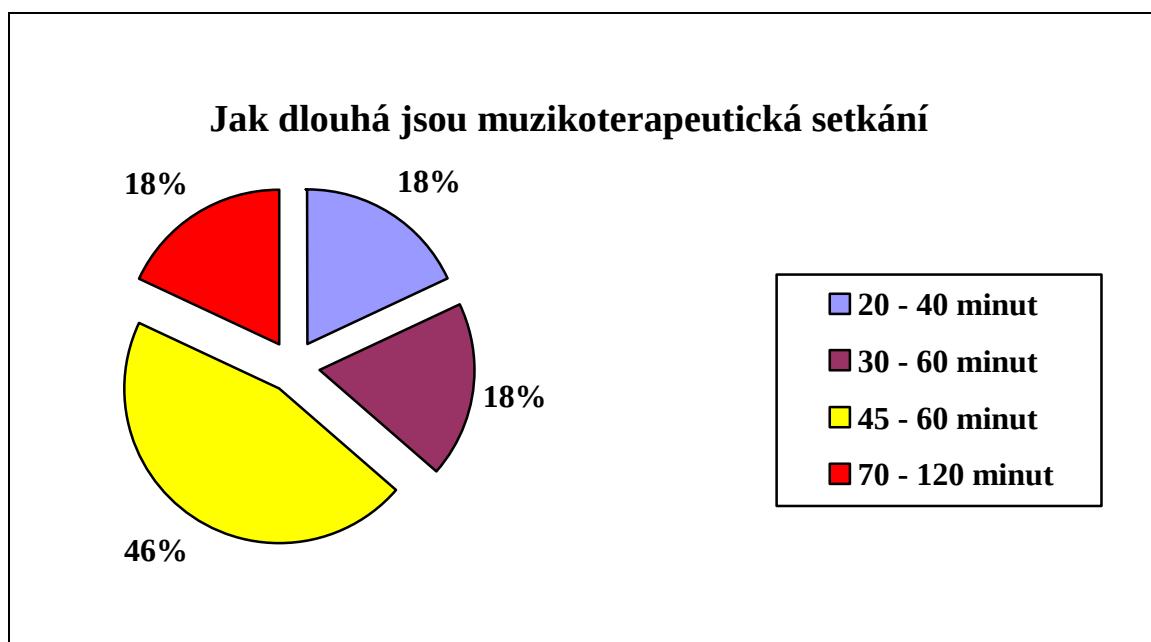


Graf č. 17 – Jak často je muzikoterapie realizována



Zdroj: vlastní

Graf č. 18 – Jak dlouhá jsou muzikoterapeutická setkání



Zdroj: vlastní

5.4. Souhrnné zhodnocení výsledků šetření

Grafické zpracování získaných informací ukazuje, že muzikoterapií pro seniory v zařízeních pro ně určených se nejvíce zabývají ženy ve věku 21 – 30 let. Praxi v muzikoterapeutické činnosti má nejvíce muzikoterapeutů v rozmezí 3 měsíce až 2 roky. Někteří uvedli, že se zabývají muzikoterapií v Domech pro seniory nebo dalších zařízeních jako externí zaměstnanci a někteří tuto činnost vykonávají jako sociální pracovníci. Vzdělání má nejvíce muzikoterapeutů vysokoškolské a v oblasti psychoterapie získává většina muzikoterapeutů vzdělání v rámci různých kurzů nebo seminářů. Hudební vzdělání uplatňuje při své činnosti většina muzikoterapeutů ze studia základní umělecké školy, někteří vystudovali konzervatoř.

Před zahájením praxe v muzikoterapeutické činnosti většina terapeutů absolvovala muzikoterapeutické kurzy, přičemž kurzů s touto tematikou se terapeuti zúčastňují nyní spíše nepravidelně. Mnoho z nich velmi ovlivňuje odborná literatura z oblasti muzikoterapie. Někteří uvedli, že čerpají i ze zahraniční literatury, jiní využívají k získání informací internet a další poukazují na to, že odborné literatury týkající se oblasti muzikoterapie pro seniory je nedostatek.

V zařízeních pro seniory je využívána hlavně kolektivní muzikoterapie, individuální muzikoterapie je aplikována dle přání jednotlivých klientů. Při své činnosti využívají muzikoterapeuti střídavě aktivní i receptivní muzikoterapii. Při využití aktivní muzikoterapie se ukazuje jako optimální pracovat se skupinou do 16 klientů.

Z dotazníků dále vyplynulo, že muzikoterapeuti pracují v rámci aktivní muzikoterapie s různými hudebními nástroji. Nejvíce jsou využívány Orffovy nástroje (dřívka, činely, bubínky, vajíčka, triangel, rumba koule, rolničky, chřestidla, shanti zvonkohra) a tradiční hudební nástroje (kytara, elektrofonické klávesy, klavír, akordeon, foukací klávesová harmonika, bicí, kontrabas), někdo využívá rovněž etnické nástroje (dešťové hole, mořská voda, tibetské mísy). Z výzkumu je zřejmé, že i klienti v rámci aktivní muzikoterapie sami hrají na hudební nástroje.

Všichni oslovení muzikoterapeuti uvedli, že ve svých zařízeních využívají při aktivní muzikoterapii pěvecké činnosti s doprovodem živě produkované hudby, nebo za doprovodu reprodukované hudby z CD. Zpěv je u klientů velmi oblíben.

V rámci receptivní muzikoterapie využívají muzikoterapeuti jak reprodukovanou tak i živě produkovanou hudbu. V některých zařízeních pouští klientům písně dle jejich přání nebo využívají nahrané zvuky různých hudebních nástrojů, klasickou hudbu či lidové písně a někde se receptivní muzikoterapie vůbec nevyužívá.

Průběh muzikoterapie se odehrává převážně ve společenských místnostech, což se nejvíce jeví jako vhodné z důvodu vyrušování při terapii. Muzikoterapeutická setkání probíhají dle výsledku výzkumu většinou jednou týdně a trvají 45 – 60 minut. Počet realizovaných muzikoterapeutických setkání a doba trvání závisí na tom, zda se jedná o skupinovou nebo individuální muzikoterapii. Při individuální muzikoterapii záleží na mobilitě klienta a především na jeho přání.

Na základě poskytnutých dat lze dále konstatovat, že hlavními cíli muzikoterapie určené pro seniory jsou především:

- aktivizace, psychoterapie, relaxace, uvolnění, zábava;
- procvičování kognitivních funkcí a motoriky;
- trénink komunikace a paměti;
- vyjádření emocí, sebevyjádření;
- podpora sociálního kontaktu klientů, sebevědomí a kladného sebehodnocení;
- prožitek radosti ze společně stráveného času, radosti z hudby a ze zpěvu, vyvolání hezkých pocitů a vzpomínek;
- zachování dosud fungujících funkcí;
- zvyšování kvality života ve stáří.

Všichni dotazovaní vnímají pozitivní změny na svých klientech od doby, kdy s nimi realizují muzikoterapeutická setkání a mají pocit, že pozitivní zpětná vazba ze strany klientů je adekvátní jejich vynaložené energii. Muzikoterapie je velmi silná efektivní terapeutická metoda a má u klientů velký ohlas.

Výzkum také ukázal, že muzikoterapeuti nejsou uspokojeni se současnou nabídkou literatury a možností vzdělávání z hlediska využívání muzikoterapie u seniorů (např. nabídka kurzů je malá, jsou finančně náročné, krátkodobé a po jejich absolvování chybí kvalifikace pro výkon muzikoterapie). Z dotazníků některých muzikoterapeutů vyplývá, že někteří respondenti se dle mého názoru muzikoterapií velmi odborně zabývají a je znát, že ve větších městech mají k dispozici lepší dostupnost z hlediska možností získávat informace prostřednictvím vzdělání nebo nabídkou kurzů. V některých zařízeních chybí

terapeutické místnosti. Společenské nebo jiné místnosti, ve kterých muzikoterapie probíhá, jsou nevyhovující (vyrušování pracujícím personálem, hluk apod.). Respondenti v některých případech rovněž poukázali na to, že mají pro svou činnost k dispozici nedostatek muzikoterapeutických pomůcek (např. Orffovy nástroje apod.) a že je opomíjena supervize, která je pro práci muzikoterapeuta velmi důležitá.

Po analýze všech získaných informací lze doporučit každému, kdo se chystá muzikoterapii pro seniory uvést do praxe nebo se touto terapií již zabývá, následující:

- Vysokoškolské vzdělání, nejlépe s psychoterapeutickým zaměřením.
- Hudební vzdělání v rámci ZUŠ, konzervatoře nebo alespoň jako autodidakt.
- Pravidelnou účast na muzikoterapeutických kurzech. Samozřejmě záleží na finančních možnostech a prioritách jednotlivých zařízení, kde jsou muzikoterapeuti zaměstnáni.
- Ovládání hry na hudební nástroj.
- Studium odborné literatury, byť v současné době není bohužel dostatek námětů s tématem muzikoterapie a senioři.
- Kolektivní muzikoterapii. Individuální muzikoterapii používat dle přání, potřeby a možnostech klienta.
- Aktivní muzikoterapii – tedy působení zvuku, rytmu, melodie a harmonie. Receptivní muzikoterapii využívat rovněž dle přání klienta nebo dle možností muzikoterapeuta.
- Maximální počet klientů při aktivní muzikoterapii do 16 klientů.
- Využívat Orffovy nástroje v rámci aktivní muzikoterapie.
- Při receptivní muzikoterapii používat reprodukovanou i živě produkovanou hudbu.
- Muzikoterapii pořádat jedenkrát týdně - opět záleží na přání klienta, možnostech muzikoterapeuta nebo konkrétního zařízení.
- Muzikoterapeutické setkání realizovat po dobu 45 – 60 minut.

Muzikoterapeuti by měli při své práci klást důraz na senzorickou oblast (vnímání, stimulace), kognitivní oblast (trénování paměti, motivace, intelektuální stimulace), oblast identity (důstojnost, sebedůvěra, smysluplné vyplnění volného času), sociální oblast (komunikace, podpora, nové role, nové zkušenosti), emoční oblast (emoční zážitky,

sdílení, smysluplná a podnětná aktivita) a na oblast zlepšení kvality života (radost, motivace, nové výzvy, procvičování motoriky, pocit bezpečí, kulturní zážitky, sociální kontakt).

Rovněž je důležitá zpětná vazba ze strany klientů, kteří by neměli být přehlčeni mnoha podněty a mohli se soustředit v rámci terapie na jednu konkrétní činnost. Čas na tuto činnost by měl být dostatečně dlouhý, aby se v ní klienti stačili orientovat, ale ne dlouhý příliš, aby je nezačala obtěžovat.

Nedostatek kurzů, literatury a supervize pro muzikoterapeuty v této oblasti je námětem pro odborníky, kteří se touto tematikou zabývají na vědecké úrovni.

Lze konstatovat, že muzikoterapie je velmi oblíbená metoda používající jako terapeutického prostředku hudbu, hlas, rytmus a vše co s tímto souvisí. Mým úmyslem bylo představit ji v rámci této práce jako jednu z možností, jak tuto terapii použít pro zlepšení a obohacení života seniorů.

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat možnosti pracovníků zabývajících se muzikoterapií a využití muzikoterapeutických přístupů u seniorů. Dále na základě výzkumného šetření a vyhodnocení získaných dat doporučit vhodné muzikoterapeutické prostředky ke zlepšení kvality života seniorů. K získání dat byl použit strukturovaný dotazník, poté byly získané informace zpracovány graficky a v souhrnném zhodnocení.

Domnívám se, že cíle této bakalářské práce byly naplněny. Poznatky o muzikoterapii v ní uvedené bude možné využít jako zdroj informací nejen pro všechny pomáhající profese, které se seniory pracují, ale také pro různá zařízení určená pro tuto věkovou skupinu, která by chtěla tuto metodu uvést do praxe. Tato práce může být rovněž využita jako zpětná vazba pro zařízení, kde byl výzkum realizován.

Demografický vývoj ukazuje, že dochází vlivem prodlužování délky života při současném poklesu natality k nárůstu procentuálního zastoupení seniorů v populaci. Téma „Muzikoterapie pro seniory“ je tedy aktuální a zaslouží si pozornost ze strany odborné i laické veřejnosti. Pomocí této terapie je dosahováno uvolňování zátěžových stavů organismu, jsou příznivě ovlivňovány fyziologické procesy v lidském organismu, dochází k navození pozitivních změn v oblasti tělesné, duševní, emoční, energetické, duchovní a tím vlastně muzikoterapie působí jako lék. V současné době se rychle rozvíjí a získává si stále větší oblibu při práci s klienty nejen věkové kategorie, jako jsou senioři.

Muzikoterapie pro seniory – jak výzkum prokázal - nemá patřičné zázemí v nabídce kurzů a publikací a tím tato bakalářská práce poukazuje na nutnost zabývat se hlouběji též touto otázkou.

7. Seznam použitých zdrojů

Campbell, Don: Mozartův efekt. Praha: Eminent 2008. 271 s. ISBN 978-80-7281-336-0.

Dienstbier, Zdeněk – Procházková, Zdenka: Ó, sladké stáří. Praha: Radix 2011. 176 s. ISBN 978-80-87573-00-6

Gruss, Petr: Perspektivy stárnutí. Praha: Portál 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6

Haškovcová, Helena: Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain team 2010. 365 s. ISBN 978-80-8710-919-9.

Franěk, Marek: Hudební psychologie. Praha: Karolinum 2009. 238 s. ISBN 978-80-246-0965-2

Fukač, Jiří: Mýtus a skutečnost hudby. Praha: Supraphon 1989. 262 s. ISBN 80-7039-011-5.

Kantor, Jiří – Lipský, Matěj – Weber, Jana: Základy muzikoterapie. Praha: Grada 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

Linka, Arne: Kapitoly z muzikoterapie. Rosice u Brna: Gloria 1997. 155 s. ISBN 80-901834-4-1.

Mátejová, Zlatica: Základy teorie a praxe muzikoterapie. Bratislava: SPN 1993. 138 s. ISBN 80-223-0401-8.

Roslawski, Adam: Jak zůstat fit ve stáří. Brno: Computer Press, a.s. 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4

Rueger, Christoph: Domácí hudební lékárnička. Praha: Ikar 2003. 327 s. ISBN 80-249-0200-1.

Vigué, Jordi: Zdraví pro třetí věk. Čestlice: Rebo Productions, 2006. 270 s.
ISBN 80-7237-536-2

Zeileiová, Jaroslava: Muzikoterapie – východiska, koncepty, principy a praxe. Praha: Portál 2007. 254 s. ISBN 978-807367-237-9.

Muzikoterapeutická asociace České republiky 2013 /online/. Praha: Stanovy
Muzikoterapeutické asociace České republiky /cit. 2013-11-27/. Dostupné z WWW:
<<http://www.musictherapy.cz/index.php/czmta/stanovy>>.