

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy



Iveta Červinková

Využití metody Snoezelen u osob s mentální retardací

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Potměšilová, Ph.D.

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Uničově 16. února 2012

.....
Iveta Červinková

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Potměšilové Ph.D. za podporu, pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji za spolupráci pracovníkům a uživatelům služeb Stacionáře Jasněnka v Uničově.

Obsah

Úvod	5
1 Vymezení pojmů	7
1.1 Mentální retardace	7
1.2 Etiologie mentální retardace	9
1.3 Klasifikace mentální retardace	12
1.4 Osobnost jedince s mentální retardací	14
1.5 Zvláštnosti vnímání u osob s mentální retardací	18
2 Terapeutické přístupy k osobám s mentální retardací	22
2.1 Speciálně pedagogické terapie	23
2.2 Přehled používaných terapeutických metod	25
3 Metoda Snoezelen	29
3.1 Vznik a vývoj metody Snoezelen	30
3.2 Cílová skupina	30
3.3 Možnosti využití metody Snoezelen	31
3.4 Prostředí a zásady práce	32
4 Analýza využití metody Snoezelen u osob s mentální retardací	36
4.1 Cíle výzkumu	37
4.2 Použité metody a techniky	38
4.3 Charakteristika zkoumaného zařízení	40
4.4 Popis místnosti Snoezelen	46
4.5 Charakteristika zkoumaného souboru	46
4.6 Případové studie	47
4.7 Výsledky šetření	65
5 Opatření ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen	70
5.1 Místnost Snoezelen	70
5.2 Vybavení místnosti Snoezelen	72
5.3 Personální zabezpečení	72
5.4 Dokumentace	73
Závěr	74
Použitá literatura	76
Elektronické zdroje	77
Přílohy	78

Úvod

Problematika osob s mentální retardací z hlediska využití terapeutických přístupů a netradičních technik při práci s nimi se stále více dostává do popředí mého profesionálního zájmu. Osob s mentální retardací neustále přibývá a lze předpokládat, že tento jev bude mít i v budoucnu vzrůstající tendenci vzhledem ke snižující se novorozenecké úmrtnosti způsobené zkrácením zdravotnické péče. Protože si lidé s mentální retardací přinášejí do života výrazné znevýhodnění, je úkolem společnosti poskytnout jim takovou formu péče a pomoci, která umožní rozvoj jejich osobnosti, uspokojí jejich základní lidské potřeby a v co největší míře naplnění jejich práva na prožití plnohodnotného života. Konkrétním úkolem lidí, kteří provádějí přímou péči o jedince s mentální retardací, ať už ve školských, zdravotnických nebo sociálních zařízeních, je hledání a uplatňování takových forem a metod práce, které jim budou prospěšné a přínosné.

Jednou z mnoha netradičních technik práce s osobami s mentální retardací je aplikování metody Snoezelen. Tato metoda má své kořeny v Holandsku, kde se úspěšně rozvíjí od 70. let minulého století a u nás se stává také stále populárnější. Metoda Snoezelen je založena na integrovaném přístupu s cílem aktivní stimulace lidských smyslů ve speciálně upraveném multisenzorickém prostředí. Právě užití metody Snoezelen u osob s mentální retardací a především posouzení kvality jejího provádění ve vybraném zařízení sociálních služeb se stalo stěžejním tématem mé práce.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části se zabývám vymezením pojmů mentální retardace, její etiologií a klasifikací, dále charakteristikou osob s mentální retardací se zaměřením na zvláštnosti vnímání, protože znalost této problematiky je jedním ze základních předpokladů pro úspěšnou realizaci metody Snoezelen. Ve druhé kapitole se věnuji terapeutickým přístupům, které jsou dnes běžně při práci s těmito jedinci využívány. O metodě Snoezelen pojednává třetí kapitola, ve které je uveden souhrn dostupných informací o vzniku a vývoji uvedené metody, jsou zde předloženy základní definice metody Snoezelen a možnosti jejího využití vzhledem k různým cílovým skupinám, je zde popsáno prostředí, ve kterém se metoda realizuje a také principy a zásady jejího použití.

Cílem praktické části bakalářské práce je analyzovat současný stav užívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka v Uničově. Tomuto cíli se věnuje čtvrtá kapitola práce,

která také pojednává o výzkumném šetření a použitých technikách výzkumu, podává informace o jmenovaném zařízení sociálních služeb a užívaném multismyslovém prostředí v tomto zařízení.

Na základě analýzy výsledků výzkumu jsem v závěru práce předložila návrhy na uskutečnění změn, které by podle mého názoru vedly ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen u osob s mentální retardací ve Stacionáři Jasněnka.

1 Vymezení pojmů

Od počátku lidstva se ve společnosti objevovali jedinci se zdravotním postižením. Tito lidé byli nápadní svou odlišností od majoritní populace a pro svou odchylku byli považováni za méněcenné nebo přinejmenším nepotřebné. Nelehkou pozici mezi ostatními zastávali lidé se sníženými rozumovými schopnostmi – lidé s mentální retardací.

Osoby s mentální retardací tvoří specifickou a jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně postiženými občany. Problematikou mentální retardace ve vztahu k výchově a vzdělávání se zabývá speciálně pedagogický vědní obor psychopedie (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

S pojmem **mentální retardace** úzce souvisí pojem **mentální postižení**, který někteří autoři považují za synonymum, např. Švarcová (2006), Černá, Novotný Zemková (1982), Jakabčic, Požár (1995), jiní (Valenta, Müller, 2007) hovoří o pojmu v širším slova smyslu, který je jako střešní pojem používán pro označení jedinců s IQ pod 85 na rozličném etiologickém podkladě (Kozáková, 2005). Vašek k tomu dodává, že pojem mentální postižení má uplatnění zejména ve školní praxi, na rozdíl od mentální retardace s IQ pod 75 (Černá a kol., 2008).

S probíhající humanizací ve společnosti a především v oblasti péče o mentálně postižené občany se některé termíny používané v souvislosti s problematikou mentální retardace staly postupně společensky nepřijatelnými (debilita, imbecilita apod.). Je tedy potřeba hledat termíny nové, které by se nezaměřovaly pouze na vymezení stupně postižení, ale aby například zohledňovaly míru podpory a péče, kterou tato osoba potřebuje. S ohledem na osobnost individua se také doporučuje používat na veřejnosti místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení člověk - osoba s mentálním postižením (Janků, 2010).

Dále v textu budou uváděny pojmy: mentální retardace a osoby s mentální retardací, vyjma doslovných citací autorů odborné literatury.

1.1 Mentální retardace

Mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován. Stanovení jednoznačné definice tohoto pojmu se tak jeví značně obtížné. Proto existuje v současnosti v naší i světové literatuře řada definic mentální

retardace. Přitom nejednotnost v označení defektu vyplývá z různých hledisek a teoretických postojů jednotlivých autorů (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Mentální retardace znamená v překladu z latiny opožděnost mentálního vývoje („mens“ = mysl, rozum; „retardare“ = opožďovati se). Tento název byl závazně přijat zástupci jednotlivých vědních oborů na mezinárodní konferenci v Miláně v roce 1959, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace (WHO). Termín byl přijat pro svou všestrannost, širokospektrálnost a interdisciplinární charakter zasahující všechny oblasti života postiženého jedince po celý jeho život.“ (Janků 2010, s. 11).

V roce 1977 byla v terminologickém speciálně pedagogickém slovníku UNESCO uvedena první definice mentální retardace v tomto znění: *„Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě.“ (Pipeková, 2006, s. 56).*

Valenta, Müller (2007, s. 16) uvádějí, že *"mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií."*

Podle Švarcové (2006, s. 28) se za osoby s mentální retardací považují *„...takoví jedinci, (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“*

Mezi nejvýstižnější definice mentální retardace patří definice podle Dolejšího (in Janků, 2010, s. 11): *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“*

Často uváděná je také definice mentální retardace podle Vágnerové (in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 13): *„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného*

defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti. Hlavními znaky jsou:

- 1. Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.*
- 2. Postižení je vrozené.*
- 3. Postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. vzdělávacích, výchovných a terapeutických vlivů. “*

1.2 Etiologie mentální retardace

Švarcová (2006) uvádí, že při narození dítěte s mentální retardací nebo při jejím pozdějším odhalení se rodiče dítěte i osoby blízké často ptají po příčinách této skutečnosti. Většinou žádají od lékařů vysvětlení, proč a jak k tomuto poškození došlo. Snaží se najít viníka a také je zatěžuje obava, aby se situace neopakovala při dalším těhotenství. Žádný viník nebo snadno zjištělná a jednoznačná příčina však neexistují. Neustálým hledáním viny tam, kde žádná vina neexistuje, je cesta do slepé uličky a tímto přístupem pak trpí celá rodina včetně samotného dítěte s mentální retardací, které, ať už bylo příčinou jeho stavu cokoli, je vždycky bez viny.

Přesná příčina mentální retardace tedy není doposud známa. Dříve se přisuzovalo postižení dítěte nadpřirozeným jevům, jako forma trestu pro rodiče, kteří odmítali Boha, nebo šílenství považovali jako dar věčného dětství. V dnešním moderním světě již došlo k poznání mnohých příčin mentální retardace a díky tomu tak došlo ke zlepšení jejich péče a rozvoje. Mentální retardaci nepovažujeme za nemoc, ale spíše jako stav, většinou nezvratný, který se v průběhu života mění (Janků, 2010).

Valenta a Müller (2007, s. 58) se vyjadřují k etiologii mentální retardace takto: „*Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních – endogenních či vnějších – exogenních, o mentálním postižení*

vrozeném či získaném, o vlivech prenatalních (působících před porodem, perinatálních (působících během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působících v průběhu života). Nutno podotknout, že i když věda při objasnění příčin mentálního postižení vykonala velký díl práce, stále ještě nejsme schopni dopátrat se příčiny poruchy přibližně u třetiny osob s mentálním postižením.“

Černá a kol. (2008, s. 84) uvádí: „*Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací.*“

Podle Švarcové (2006) je nutno hledat vnitřní příčiny mentální retardace již v genetice, v systému pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Za vnější faktory považuje takové činitele, které mohou způsobit mentální retardaci od početí, v průběhu těhotenství, během porodu i v poporodním období a dále pak v raném dětství. Přitom podotýká, že exogenní faktory nemusí být nutně bezprostřední příčinou poškození mozku plodu dítěte, mohou však plnit roli činitele, který spouští projevy zakódované patologie nebo ovlivňuje její průběh.

Renotierová a Ludíková (2006, s. 163) předkládají jako nejčastější příčiny mentální retardace: „*...následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, jiné a nespecifické etiologie.*“

Za možnou příčinu vzniku mentální retardace byl v minulosti považován také císařský řez či protrahovaný porod. U obou případů se však jednalo o mýtus, protože dnes již víme, že císařský řez je pro dítě spíše jednodušší cestou na svět a u protrahovaného porodu, pokud nedojde k mechanickému poškození mozku nebo hypoxii, nemá délka porodu nějaký vliv na vznik mentální retardace. Naopak se za mýtus nepovažuje názor, že u žen nad 35 let narůstá s přibývajícím věkem i procento pravděpodobnosti vzniku mentální retardace u dítěte. To je charakteristické například u Downova syndromu (Valenta a Müller, 2007).

Výzkum příčin vzniku mentální retardace ještě není zdaleka ukončen. Podle názoru odborníků je věda teprve na jeho počátku, vždyť všechny doposud známé a uváděné příčiny vzniku mentální retardace vyvolávají zhruba jednu čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, především v pásmu lehkého poškození, má neznámý původ (Matulay in Švarcová, 2006).

Přehled nejrůznějších příčin vzniku mentální retardace shrnuje Slowík (2007, s. 46) v následující tabulce:

Tabulka 1. Klasifikace příčin vzniku vad a poruch (Slowík, 2007, s. 46).

Exogenní (vnější) faktory	
prenatální	všechny faktory ovlivňující vývoj jedince v období od početí do porodu, zejména vlivy: fyzikální (úrazy, škodlivé záření apod.) chemické (působení jedů, některých látek, drog apod.) nutriční (nesprávná výživa) biologické (virové a bakteriální infekce) psychické a sociální (stres, sociálně-patologické prostředí)
perinatální perinatální (pokračování)	všechny negativní a rizikové okolnosti probíhající při porodu nebo krátce po narození, nejčastější jsou: mechanické poškození plodu nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie) infekce jiné komplikace
postnatální	Všechny reálné možné příčiny vzniku vad a poruch v období po narození – jde o stejné negativní vlivy jako v prenatálním období, které však už působí na organismus jedince přímo.
Endogenní (vnitřní) faktory	
genetické	chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy nezávisle na dědičných vlivech – např. Downův syndrom) genové mutace (dědičně přenosná změna genetických informací; vady mohou být dědičné autozomálně – např. fenylylketonurie, nebo vázané na pohlaví – např. daltonismus)
ostatní	dispozice (většinou dědičné, projeví se však pouze při výskytu určitého spouštěcího vlivu) změna reaktivity (změna citlivosti jedince na běžné podněty – např. alergie, anafylaxe, astma) problémy imunity (celkově snížená obranyschopnost organismu)

1.3 Klasifikace mentální retardace

Podle Janků (2010) se složitost definování mentální retardace odráží také v rovině její klasifikace. Původní klasifikace mentální retardace vycházely především z výzkumů lékařského rázu, tedy neurologie, psychiatrie a pediatrie. Tento pohled rozděluje mentální retardaci na **primární** a **sekundární** mentální retardaci, kdy za primární se považuje mentální retardace vrozená nebo získaná v brzkém věku následkem orgánového poškození mozku. Za sekundární mentální retardaci je považována především demence (snížení intelektu od původní kapacity minimálně o 20% v průběhu života) a dále mentální retardaci získaného charakteru vyplývající z výchovné zanedbanosti.

Nejčastěji je používán klasifikační systém mentální retardace podle stupňů dle dosaženého inteligenčního kvocientu. Bartoňová, Bazalová a Pipeková (2007, s. 14) uvádějí, že: *„Orientačně se jednotlivé stupně mentálního postižení ohraničují inteligenčním koeficientem (IQ). Ten je charakterizován jako disproporce chronologického a mentálního věku. V platnosti je členění mentální retardace dle desáté decentní revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, má jako první označení písmeno F. Oddíl F70 až F79 je věnován jednotlivým stupňům mentální retardace.“*

Janků (2010) uvádí stupně mentální retardace podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině označovaná zkratkou MKN – 10, přičemž číslo 10 vyjadřuje její desátou, momentálně platnou aktualizaci) takto:

F70: Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

F71: Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

F72: Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

F73: Hluboká mentální retardace (IQ 0 – 19)

Pod označením F:78 a F79 je ještě zařazena *jiná* respektive *nespecifikovaná* mentální retardace. Do kategorie jiné mentální retardace se zahrnují jedinci, u kterých je stanovení intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u osob s autismem nebo s poruchami chování. Kategorie nespecifikované mentální retardace se používá v případech, kdy je mentální retardace

prokázána, ale zároveň není k dispozici dostatek informací pro zařazení jedince do ostatních kategorií (Švarcová 2006).

Kromě stupně mentální retardace rozlišuje tato klasifikace také odlišné nebo poruchové jednání osob s mentální retardací, jako je agrese, sebepoškození, negativní citová vazba, apod.).

Valenta, Müller (2007), Švarcová (2006) uvádí tyto charakteristické znaky pro jednotlivé stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace

U jedince s lehkou mentální retardací je patrný opožděný vývoj v řeči, který však není překážkou při dorozumívání. Většina jedinců je plně nezávislá v sebeobsluze a v praktických domácích dovednostech, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a pohybovat se v sociálně nenáročném prostředí bez omezení a problémů. Mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním a při teoretické práci ve škole. Obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním, nejsou schopni vyrovnat se s požadavky manželství a výchovy dětí, řešit problémy plynoucí z nezávislého života jako je získání nebo udržení si zaměstnání, zajištění si úrovně bydlení, zdravotní péče apod. Mohou se projevit také přidružené chorobné stavy, jako je autismus a jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Středně těžká mentální retardace

Myšlení a řeč jsou výrazně omezené. Podobně je omezena schopnost sebeobsluhy. Možnosti vzdělávání se omezují na minimum. V dospělosti jsou tito jedinci obvykle schopni vykonávat jednoduchou strukturovanou manuální práci pod odborným dohledem. Většina prokazuje vývoj schopnosti k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednodušších sociálních aktivitách. Pro tuto skupinu osob je charakteristická rozdílnost v povaze schopností. Často se vyskytují tělesná postižení, autismus nebo epilepsie.

Těžká mentální retardace

Tato kategorie je v mnohém podobná předchozí kategorii, snížená úroveň schopností je však v této skupině mnohem výraznější. Již v předškolním věku je patrné výrazné opoždění psychomotorického vývoje, dovednost sebeobsluhy je výrazně a trvale limitovaná, řečový vývoj se pozastavil před tvorbou samostatných slov. Osoby s těžkou

mentální retardací trpí značným stupněm poruchy motoriky a poruchami chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování a agresí.

Hluboká mentální retardace

Jedinci s hlubokou mentální retardací vyžadují trvalou péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Vyznačují se často motorickými i senzorickými postiženími, většina osob této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Častá je také inkontinence. Komunikace je rozvinuta nejvýše na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Běžné jsou rovněž těžké neurologické poruchy. Ve většině případů lze u těchto jedinců určit organickou etiologii.

V návaznosti na předešlou klasifikaci lze ještě doplnit, že psychopedická terminologie diferencuje chování osoby z hlediska typu mentální retardace na typ eretický - hyperaktivní, verzatilní, neklidný a typ torpidní - hypoaktivní, apatický, netečný (Valenta, Müller, 2007).

1.4 Osobnost jedince s mentální retardací

Osoby s mentální retardací jsou specifickou skupinou, která se vyznačuje řadou odlišností od běžné populace. Vývoj v jednotlivých etapách života je opožděn a ovlivněn především rozsahem a hloubkou mentálního postižení, dobou jeho vzniku, etiologií postižení, přidruženými vadami dalšími faktory. Celkové poškození neuropsychického vývoje přináší změny v oblasti poznávacích procesů, zasahuje oblast emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu a chování a projevuje se také v oblasti motoriky (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Janků (2010), Valenta, Müller, (2007) uvádějí specifické znaky osobnosti s mentální retardací, které se mohou v různé variabilitě a hierarchii u těchto osob vyskytovat: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilita a rigidita chování, zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků, snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění a nerovnoměrnosti v psychosexuálním vývoji, nerovnováha aspirace a výkonu, snížená mechanická a zejména logická paměť, těkavá pozornost, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, poruchy v interpersonálních a skupinových vztazích a v komunikaci, emocionální labilita, impulzivita, hyperaktivita nebo hypoaktivita, poruchy

vizuomotoriky a pohybové koordinace, ulpívání na detailech a malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům.

Uvedené příznaky však netvoří celistvý syndrom, kterým se vyznačuje každá osoba s mentální retardací. Řada z uvedených příznaků nemusí být u konkrétní osoby vůbec přítomna (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Švarcová (2006, s. 39-40) uvádí, že: „*Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejich individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je rovnoměrný.*“

Odborná literatura (Janků, 2010; Švarcová, 2006; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, ad.) rozděluje zvláštnosti osob s mentální retardací do několika oblastí:

- a) psychické zvláštnosti (vnímání, myšlení, řeč, paměť, pozornost)
- b) zvláštnosti emocionální sféry a vůle
- c) sebehodnocení a aspirace

a) Psychické zvláštnosti

Janků (2010) uvádí, že člověk, který prochází normálním neuropsychickým vývojem, se skrze poznávání dostává postupně od konkrétního myšlení k abstraktnímu a k myšlení logickému. K tomu Švarcová (2006) podotýká, že právě u jedince s mentální retardací je oslabena jedna ze základních funkcí lidské psychiky a to potřeba poznávat okolní svět. Také podle Valenty a Müllera (2007) je postižení kognitivních procesů primárním specifikem osoby s mentální retardací a to jak po stránce poznání bezprostředního (smyslového), tak po stránce zprostředkovaného (myšlení, řeč).

Základem vnímání je utváření podmíněných reflexů. U zdravých dětí se tento proces děje automaticky a rychle. U dětí s mentální retardací však dochází k odlišnostem a vývoj je tak poznamenán pomalostí v závislosti na stupni postižení (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010). O zvláštnostech smyslového vnímání osob s mentální retardací pojednává více kapitola 1.5.

„Myšlení jedince s mentálním postižením je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze.

Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 37).

Nástrojem myšlení je podle Janků (2010) lidská mluva. **Řeč** má velký vliv na rozvoj jedince, zvláště jeho rozumové stránky. Sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět se u dětí s mentální retardací vytváří později než u dětí zdravých. U těchto osob jsou patrné nedostatky v rozvoji fonemického sluchu a nedostatky v artikulaci. Mluvnická skladba řeči je nedokonalá a lze konstatovat, že komunikační schopnost může být více či méně narušena ve všech jazykových složkách zastoupených ve formální i obsahové stránce řeči. Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) dodávají, že slovní zásoba u těchto dětí je v mladším školním věku výrazně menší než u zdravých dětí stejného věku. Aktivní slovní zásoba je velmi chudá, málo používají přídavných jmen, sloves a spojek, více používají zájmen místo jmenování osob.

Také **paměť** u osob s mentální retardací vykazuje určitá specifika. Tito jedinci si vše nové osvojují pomalu a až po mnohačetném opakování. Zapamatované si vybavují nepřesně, naučené pak rychle zapomínají a získané vědomosti neumí uplatnit v praxi. Převažuje u nich především mechanická paměť (Valenta, Müller, 2007).

S bezprostředním vnímáním a poznáním souvisí také další kognitivní funkce osobnosti a tou je **pozornost**. Pozornost lze rozlišovat na záměrnou, která je vázána na vůli a má charakter podmíněného reflexu a nepodmíněnou pozornost, která se zaměřuje na silné podněty. Záměrná pozornost u osob s mentální retardací vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost, snadnou unavitelnost a sníženou schopnost jedince zaměřit se na více činností. Pozornost je tak udržitelná jen v krátkých časových intervalech (15-20 minut), po které musí následovat relaxace (Janků, 2010).

b) Zvláštnosti emocionální sféry

Podle Švarcové (2006) je emocionalita jednou z nejvýznamnějších oblastí osobnosti, která výrazným způsobem ovlivňuje její prožívání a chování. Ve většině případů jsou osoby s mentální retardací emočně nevyspělé s menší schopností ovládat se v porovnání se svými zdravými vrstevníky. Janků (2010) dodává, že u těchto osob se běžně rozvíjejí zejména nižší city, které slouží k uspokojování základních potřeb, oproti vyšším citům, které slouží k uspokojování duchovních potřeb. Janků (2010) dále předkládá specifika emocionální sféry osoby s mentální retardací:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení, chybí jemné citové odstíny a detailní nuance,
- neadekvátnost dynamiky a intenzity citů směrem k podnětům, vnímání je buďto povrchní nebo neúměrně silné,
- egocentrismus, egoistické chování podstatně ovlivňuje hodnoty a postoje,
- nedostatečné řízení citů intelektem (nekorigovanost citů vzhledem k situaci, neschopnost kompenzace neuspokojených potřeb náhradní činností),
- opožděnost obecně, obtížné vytváření vyšších citů (svědomí, pocit povinnosti, pocit odpovědnosti, soucit,...),
- živelné převládání nižších elementárních potřeb postupující s věkem (závisí samozřejmě na hloubce postižení),
- rozvoj patologických citových projevů – neadekvátní výkyvy nálad – dysforie – mohou směřovat až do euforických a manických stavů, popřípadě jsou doprovázeny lhostejností a apatií.

Dalším z důležitých rysů osobnosti je **vůle**, která se projevuje v uvědoměném a cílevědomém jednání. Valenta, Müller (2007, s. 39) uvádí, že: „*Ve volních projevech jedinců s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností.*“

c) Sebehodnocení a aspirace

Vágnerová (in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) uvádí, že jak každý člověk vnímá okolní svět, vnímá i sám sebe, svůj zevnějšek, své vlastnosti a utváří si tak o sobě určitou představu. Sebepojetí formuje povahové rysy, ovlivňuje dynamickou stránku osobnosti, jednání a chování osoby. Podle jmenovaných autorek sebepojetí osobnosti u dětí s mentální retardací ovlivňují protikladné výchovné vlivy v rodině a ve škole. Zvýšené sebehodnocení těchto osob souvisí s jejich nedostatečným intelektuálním rozvojem a celkovou nezralostí osobnosti.

Podle Dolejšího (in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) se osoba s mentální retardací vyznačuje také specifickou **aspirací** s příznačným výkyvem směrem k podhodnocování nebo nadhodnocování. Takové chování je motivováno obavami

z neúspěchu a snahou vyhnout se náročnějším úkolům, na druhé straně tam, kde se jedná o plánované jednání, o úvahu o svých možnostech a o podmínkách dané situace může docházet k nerealistickému hodnocení svých schopností a uplatňování nerealisticky vysoké aspirace.

1.5 Zvláštnosti vnímání u osob s mentální retardací

Základem poznávání člověka jsou jeho smysly. Lidský sensorický systém tvoří 5 základních smyslů. Zrak, který umožňuje zpracovávat zrakové podněty, sluch - zprostředkovává zvuk a udržuje rovnováhu, čich a chuť - díky nimž rozpoznáváme nejrůznější pachy a chutě a dále je to hmat, jehož pomocí můžeme vnímat teplotu, umožňuje nám fyzický kontakt. Jednotlivé smysly jsou navzájem provázány, přijímají informace z vnějšího prostředí a ty jsou prostřednictvím nervové soustavy přenášeny do mozku. U osob s mentální retardací dochází ke změně psychických funkcí osobnosti. Odlišné poznávání reality, přijímání a vyhodnocování podnětů z okolí, vnímání a speciálně sensorická percepce, vede k odlišnému myšlení a tím také k odlišným reakcím. Celkově je pro vnímání osoby s mentální retardací charakteristická jeho inaktivita a nediferencovanost (Janků, 2010).

Bartoňová, Bazalová a Pipeková (2007, s. 22) uvádějí, že: „*Vnímání, jako vývojově primární a jednodušší poznávací funkce, je ve značné míře ovlivňováno úrovní rozumových schopností. Opožděná, omezená schopnost vnímání, charakteristická pro děti s mentální retardací, má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje.*“

Zrakové vnímání u jedince s mentální retardací

Zrakové vnímání patří mezi nejdůležitější lidské schopnosti, je důležitým zdrojem informací a umožňuje jedinci orientovat se v prostředí a rozpoznávat nové objekty. Dítě s mentální retardací se učí vnímat vše kolem sebe stejně jako zdraví jedinci. Vše však závisí na hloubce a typu mentálního postižení, které komplikuje vývoj centrální nervové soustavy, což často značně ovlivňuje prvotní fázi „učení se vidět“. Poruchy zraku spojené s mentální retardací mohou u těchto jedinců vyvolávat zrakovou deprivaci, která značně ovlivňuje další vývoj dítěte (Janků, 2010).

Švarcová (2006) uvádí, že dítě s mentální retardací se při pohledu na předmět nebo jev spokojuje pouze s jeho poznáním a nezajímá se aktivně o jeho podstatu a funkci. Všimá si celku, nikoli detailů.

Rovněž diferenciaci barev patří k složitějším myšlenkovým operacím závislých na stupni postižení. Nejvíce odlišné je potom vnímání prostoru, kdy zdravé dítě vnímá prostor globálně, kdežto dítě s mentální retardací jej vnímá postupně, čímž se ztěžuje jeho orientace. Je porušeno chápání perspektivy, překrývání kontur, nerozlišuje polostíny a má potíže oddělit figuru od pozadí. Pro vnímání podnětů má tedy pro osobu s mentální retardací největší význam nápaditost, tvar, barva a velikost podnětu (Janků, 2010).

Sluchové vnímání u jedince s mentální retardací

Podle Švarcové (2006) hraje v psychickém vývoji každého jedince sluchové vnímání značnou roli, protože bezprostředně souvisí s rozvojem řeči. Jestliže se diferenciací podmíněné spoje ve sluchovém receptoru vytvářejí pomalu, vede to k opožděnému vývoji řeči, což zase způsobuje opoždění psychického vývoje. Je tedy pravděpodobné, že se u jedinců s poškozenou nervovou soustavou vytváří schopnost rozlišovat hlásky se zpožděním a s obtížemi v závislosti na stupni postižení.

Janků (2010, s. 61) k uvedené problematice uvádí: „*Mezi jeden z nejdůležitějších faktorů sluchového vnímání patří neodmyslitelně také vnímání lidské řeči, které je ovšem pro mentálně postižené jedince, právě z důvodu postižené rozumové složky a myšlení, zvláště specifické.*“ A dále dodává, že: „*Schopnost sluchového vnímání se vyvíjí podle většiny odborníků mezi prvními ze všech operací a procesů vnímání.*“

Sluchové vnímání u jedince s mentální retardací je značně modifikováno. To je způsobeno brzkým vývojem sluchového receptoru a mozkových center v prenatálním období vývoje dítěte, která se vyvíjí v souladu se spolupůsobícím mentálním postižením. To, co dítě slyší a vnímá jako zvuk, je závislé na kvalitě a kvantitě podmíněných spojů, které se vytvořily v mozkové kůře. Tento proces je ovlivněn vývojem CNS, etiologií postižení, dobou jeho vzniku i typem deficitu. Podobně jako proces vidění, je i slyšení naučeným procesem rozlišování zvuků, u dětí s mentální retardací se však synapse vytvářejí pomaleji než u zdravého jedince a s velkými nedostatky a zvláštnostmi. Stav sluchového vnímání ovlivňuje podle odborníků také vnímání času, prostoru a polohy vlastního těla (Janků, 2010).

„*Nedokonalé počítky a vjemy jsou právě těmi základními příčinami, které u těchto dětí brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení.*“ (Švarcová, 2006, s. 45).

Taktilní vnímání u jedince s mentální retardací

Podle Janků (2010) je ze všech smyslů k poznávání okolního světa vybaven nejlépe hmat, který má svá čidla rozmístěna po celém těle. Ta neustále vysílají do mozku zprávy o bezprostředním styku lidského těla s okolím. Taktilní vnímání a poznávání je součástí somatosenzorického systému, který rozlišuje dotyky a jejich kvalitu. Dotyk je potom primitivní formou neverbální komunikace, s níž se setkáváme i u zvířat. U osob s mentální retardací bývá relativně nejméně poškozeno právě hmatové vnímání spolu s čichovým a chuťovým vnímáním. Dotyk je snad právě proto pro osoby s mentální retardací velmi významným komunikačním prvkem.

Přesto však lze u osob s mentální retardací pozorovat určitá specifika, která vysvětluje Dolejší (in Janků, 2010, s. 65): „U *zdravého novorozence fungují všechny smyslové orgány do jisté míry správně, ovšem již u dítěte nedonošeného tyto funkce zaostávají. U těžce retardovaných dětí trvá i po čtvrtletí silný stisk, doprovázející úchopový reflex, který jinak u intaktních dětí slábne, neboť počáteční primitivní úchop je nahrazován inervací ruky z vyšších mozkových center, umožňujících vykonávat množství nejrůznějších pohybů. U těžkých forem vývojové retardace bývají již tyto prvotní reflexy porušeny. Průchod mozkových drah z kožních receptorů bývá značně modifikován a změněn. Dítě s mentálním deficitem má problém s rozlišováním informací z různých kožních receptorů, ať už se jedná o bolest, teplo či chlad, změny povrchových struktur, atd.*“

Čichové a chuťové vnímání u jedince s mentální retardací

Janků (2010) uvádí, že přestože patří čichové i chuťové vnímání mezi základní smyslová vnímání člověka, nejsou (zejména u osob s mentální retardací) v popředí zájmu jeho zkoumaných oblastí. Chuť i čich jsou velmi často pokládány za nedůležité lidské smysly, i když patří do základní pětice nejpodstatnějších sensorů. Přitom informace, které nám tyto smysly zprostředkovávají, jsou bezprostředně důležité pro lidský život. Pokud bychom necítili kouř při požáru, chuť čerstvého nebo zkaženého jídla, líbivé vůně nebo podezřelé pachy, ztratili bychom nejen spoustu pozitivních a negativních emočních zážitků, ale mohli bychom se navíc vystavovat nebezpečným a neidentifikovatelným podmínkám prostředí. Rozvoj čichového a chuťového vnímání má tedy velký význam v adaptaci jedince, protože umožňuje rozpoznání nebezpečí a rizikových situací v životě každého člověka.

„Vnímání vůní i nelibých pachů může ovlivnit lidskou psychiku a přimět CNS, díky aktivaci a stimulaci různých center a oblastí, pracovat lépe a neustále se cvičit, což je obzvláště u osob s mentální retardací velmi důležité. Na druhou stranu ale můžeme předpokládat, že právě v souvislosti s operacemi myšlení a schopnostmi čichového a chuťového vnímání, bude osoba s mentálním deficitem prokazovat určité opoždění minimálně v rámci vztahů poznávání a rozlišování vůní a chutí.“ (Janků, 2010, s. 69).

2 Terapeutické přístupy k osobám s mentální retardací

Předmětem zájmu společenských vědních disciplín zabývajících se problematikou osob s mentální retardací je především výchovně vzdělávací proces zaměřený na socializaci těchto osob, které jsou z důvodu svého postižení znevýhodněny ve společenském životě. Důležitou součástí procesu socializace jsou pak mimo jiné i terapeutické přístupy k výše zmíněným osobám (Müller, 2005).

Podle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2000) se terapií rozumí léčení tělesných nebo duševních poruch a poruch chování. Podle zaměření pak existuje celá řada terapeutických přístupů.

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tyto přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově znevýhodněných osob apod.) Přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 125).

Etymologie termínu terapie vychází z řecko-latinského původu, který odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání a cvičení (Müller, 2005).

Müller (2005) uvádí, že terapie by měly být prováděny vyškolenými profesionály – terapeuty, kteří jsou v této oblasti patřičně vzděláváni. Každý takto kvalifikovaný odborník může v rámci jednotlivých terapií používat nejrůznější metody, prostředky, ale zároveň by měl dodržet určité zásady, ve kterých platí, že:

- jednotlivé terapie by měly probíhat vždy na stejném místě a podobném čase,
- měly by mít určitou organizační formu (např. individuální, skupinovou, rodinnou, párovou apod.),
- odpovídají určité orientaci terapeuta (jeho přístup i metody práce by měly mít předem zvolenou koncepci),
- závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta (zdali jde o dítě nebo dospělého, zdali bude nasazena léčba kauzální, jejíž úkolem je odstranit příčiny,

nebo symptomatická, jež odstraňuje či zmírňuje nevhodné doprovodné projevy apod.),

- terapie mohou být prvotně zaměřeny na somatické nebo psychické změny u klienta,
- mohou být zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně, takže může být dosahováno nejen prospěšné změny, ale také zmenšováno riziko vzniku dalších potíží a napomáháno směrem k původnímu stavu.

Podle Janků (2010) lze obecně terapie rozlišovat podle využívání bazálních prostředků na:

- chirurgickou terapii
- farmakoterapii
- fyzioterapii
- psychoterapii

2.1 Speciálně pedagogické terapie

Využívání terapií u osob s mentální retardací není trendem pouze současné doby. Jejich uplatňování se objevuje již od počátku snah, kdy docházelo k institucionálně zajištěné péči o osoby, které se vymykaly zdravé populaci. Již tehdy si mnozí uvědomovali, že například práce na zahradě má na klienty těchto institucí blahodárné účinky. V průběhu vývoje speciální pedagogiky, která se problematikou osob s mentální retardací zabývá především, dochází k rozvoji nových, speciálně pedagogických terapií, kde je aplikována řada praktických a teoretických východisek (Müller, 2005).

Valenta a Müller (2007) upozorňují na fakt, že terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby s mentální retardací vykazují určitá specifika, která jsou determinována:

- charakterem jejich postižení a z něho vyplývajících potřeb,
- jejich vývojovými zvláštnostmi a z nich vyplývajících potřeb,
- osobností terapeuta, jeho schopností a orientace na určitou metodu,
- zaměřením a možnostmi instituce, v níž jsou realizovány (zda se jedná o ambulanci, stacionář, komunitu atd.).

Podle Janků (2010) je jedním z hlavních zdrojů speciálně pedagogických terapií, a tedy terapií využitelných i pro práci s osobami s mentální retardací, považována psychoterapie, protože využívá mnoha prostředků, které jsou speciální pedagogice blízké.

Procházka a Norcross (in Müller, 2005, s. 15) podávají definici psychoterapie: *„Psychoterapii lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“*

Cíle speciálně pedagogických terapií jsou úzce spjaty s obecnými psychoterapeutickými cíli, které jsou zaměřeny na nastolení duševní rovnováhy organismu, odstranění příčin poruch nebo zabránění jejich rozvoje a také s obecnými cíli speciální pedagogiky, jež se zaměřují zejména na individuální rozvoj jedince, jeho maximální míru socializace a integrace (Janků, 2010). Obecně pak strukturuje terapeutické cíle ve speciální pedagogice Müller (2005):

- cíle zaměřené k potřebám klientů (odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních nebo stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vzhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládnání emocí, apod.),
- cíle stanovené vzhledem k orientaci a schopnostem terapeuta (zde se jedná zejména o naplánování použití a zacílení té které metody práce),
- cíle stanovené podle zaměření instituce, v níž terapie probíhají (plánování s ohledem na socioterapeutické zaměření léčebné komunity).

Terapie se ve speciální pedagogice zaměřují zejména na tři oblasti. První z nich je smyslové vnímání, druhou oblastí jsou procesy spojené s představivostí, asociacemi a symbolickým znázorňováním a třetí oblastí jsou kontexty a vztahy související s myšlením, nejvíce pak procesy abstraktních logických soudů a úsudků. (Janků, 2010)

Podle Müllera a Valenty (2007) jsou terapie využitelné pro práci s osobami s mentální retardací především charakteru činnostního. To znamená, že ke svým cílům (terapeutickým, formativním, preventivním) primárně využívají speciálních lidských činností (např. hry, psychomotoriky, práce, kontaktu se zvířetem, umění apod.) Podle zvolených terapeutických prostředků se terapie ve speciální pedagogice dají třídit do následujících základních skupin:

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- terapie s účastí zvířete,
- expresivní terapie.

Valenta (2005) ještě uvádí další využitelné terapeutické přístupy, které pocházejí z jiných oborů, jako je rodinná terapie, terapeutická komunita, skupinová rozhovorová sezení a skupiny setkání.

2.2 Přehled používaných terapeutických metod

Terapie hrou

Tato terapie využívá hru jako prostředku pomoci lidem a hlavně dětem v okamžicích, kdy je potřeba změnit jejich chování, myšlení a emoce vhodným a společensky přijatelným směrem. Hra je nejdůležitější formativní prostředek ve vývoji člověka. Tento prostředek může mít ráz výchovný, diagnostický a také terapeutický. Pomocí hry se jedinec seznamuje s okolním světem, formuje se jeho charakter, umožňuje mu jeho sebepoznání. Hra je také velmi důležitým nástrojem v práci terapeuta, pro kterého se obecně vžil pojem herní specialista. Pomocí hry se terapeutovi daří s klientem navázat vztah, snáze se mu s ním komunikuje a dosahuje pozitivních změn (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

U terapie hrou prováděné s dětmi s mentální retardací je nutno počítat s omezujícími specifiky jejich motivace ke hře, která se odvíjejí jednak od primárních deficitů v psychomotorice, ale také od negativních vlivů prostředí. Vhodné sociální prostředí a přiměřeně aktivizující výchovné podmínky mohou tyto motivační nedostatky do určité míry eliminovat (Valenta, Muller, 2007).

Činnostní a pracovní terapie

Hornáková (in Pipeková, Vítková a kol., 2001) uvádí, že činnostní a pracovní terapie jsou dva vzájemně se doplňující terapeutické postupy, kdy činnostní terapie využívá pro terapeutické působení běžné práce v domácnosti, na zahradě, manipulaci se surovinami a různým materiálem, přičemž výsledek samotné práce nebo výsledný výrobek není tak důležitý a má až druhotný význam. Jde především o to, co se děje během pracovní

činnosti. Pracovní terapie (ergoterapie) naopak využívá práce k dosažení zadaného úkolu, k výsledku práce, ke konkrétnímu výrobku.

Česká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii jako profesi, která „...prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení.“ Votava (2009) k tomu dodává, že pod pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které jsou součástí jeho identity. Pro podporu participace jedince využívá ergoterapie specifické metody a techniky, nácvik konkrétních činností, poradenství či přizpůsobení prostředí.

Podle Janků jsou prostřednictvím ergoterapie u osob s mentální retardací sledovány následující cíle a úkoly: nácvik soběstačnosti a samostatnosti, nácvik a zlepšení jemné a hrubé motoriky, udržování dobré psychické i fyzické kondice, rozvoj smyslové percepce a myšlení, zlepšování soustředěnosti a pozornosti, rozvoj kognitivní a paměťové složky osobnosti, posílení sebehodnocení a sebepečení nenásilnou formou, zvyšování schopnosti učení a nabízení alternativních výchovně vzdělávacích metod a technik, rozvoj estetického vnímání, rozvoj kladného vztahu k práci, rozvoj sociálních vazeb, upevňování zdravých, zachovalých složek osobnosti, schopností a dovedností jedince, upevňování hodnot z pohledu mravní a morální zodpovědnosti a kultury člověka a zlepšení komunikace verbální, neverbální, sociální, alternativní, atd. Předpokladem úspěchu této terapie je především nutnost individuálního přístupu, trpělivost, důslednost, soustavnost a časté cvičení a opakování. U dětí s mentální retardací je pak nejpoužívanější technikou hra a přirozené konkrétní prostředky, kterými je motivována a ovlivňována zejména emocionální složka osobnosti. Děti jsou hrou více stimulovány a často imitují každodenní práce či profese, ale i sebeobsluhu a hygienu.

Psychomotorická terapie

Psychomotorika vznikla z řeckého psyché = duše a z latinského motorius = pohybový. Podle Opatřilové (2005, s. 108) „...je to souhrn pohybových projevů člověka, jeho volní i mimovolní pohybové činnosti, která odráží okamžitý psychický stav člověka (normální: mimika, smích, pláč, gestikulace; patologický: akinéza – znehybnění, třes, grimasy apod.)“.

Psychomotorickou terapií je nazývána široká škála činností, které přesahují do ostatních terapeutických aktivit. Jedná se o metodu, jejíž prioritou je ovlivňování duševních procesů jedince za pomoci podněcování motorických činností. Psychomotorická terapie využívá specifických pohybových technik, jako je psychogymnastika, pantomima, tanec a taneční terapie, relaxace, pohybové hry a jógová cvičení (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Terapie s účastí zvířete

Terapie za účasti zvířete (zooterapie, animoterapie) zaujímá mezi terapiemi ve speciálně pedagogické praxi výjimečné postavení a to především tím, že vedle člověka se na tomto procesu podílí ještě jiný živý tvor. Může jít o jakákoli společenská zvířata, nejčastěji se však jedná o psy (tuto terapii nazýváme canisterapii) nebo o koně (hipoterapie, v širším slova smyslu hiporehabilitace). Podle Eisertové (2011) se dá canisterapie definovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Je prováděna formou individuální a skupinovou. Při canisterapii dochází k rozvoji jemné a hrubé motoriky, je podněcována verbální i neverbální komunikace, orientace v prostoru, zvyšuje se motivace podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje se interakce mezi klientem a osobami z jeho okolí. Naproti tomu hiporehabilitace je zastřešujícím a nadřazeným názvem pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním (také mentálním) postižením. Jedná se o terapii, která slouží k léčbě pohybových poruch, dále jsou to aktivity s využitím koní (AVK), které působí především v oblasti pedagogiky a v sociálních službách, následují terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP) pro působení v oblasti psychoterapie a parajezdecví, jako sportovní disciplína (Jiskrová, Casková, Dvořáková, 2010).

V obou případech zvířata napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti nebo mohou uspokojovat potřeby jistoty a bezpečí (Müller, 2005). Třebaže má terapeutické využití zvířat v České republice zatím velice krátkou historii (prudký rozvoj byl zaznamenán až po roce 1990), jsou české odborné společnosti zabývající se zooterapií začleněny do mezinárodních organizací a podílejí se na mezinárodních vědeckých výzkumech v této oblasti (Nerandžič, 2006).

Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou podle Müllera a Valenty (2007) postavené na expresi – výrazu. V obecné rovině se jedná o terapeutické využití specifických expresivních projevů uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby, buď vnímáním a prožíváním jejich výsledků, nebo aktivní účastí na jejich procesech. Zdrojem většiny expresivních terapií je tedy umění se svými prostředky, metodami, technikami a formami. Podle toho, zda je pracováno s uměním hudebním, dramatickým, literárním, výtvarným nebo tanečním, je expresivní terapie rozdělována na muzikoterapii, dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, biblioterapii a arteterapii.

Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou terapeutické metody, které lze vymezit tím, že používají prostředky dramatického umění, například svébytného inscenačního prostoru, improvizací hru v roli, nonverbální pohybové prostředky, symbolická gesta a podobně. Biblioterapie využívá pro své terapeutické působení čtení a předčítání literárního textu a také dokončování či tvorbu nového textu (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Za neznámější a nejpoužívanější expresivní terapie lze považovat muzikoterapii a arteterapii. V muzikoterapii se jako terapeutického prostředku využívá hudební umění a to jednak ve formě receptivní (vnímání a prožívání hudby) a také ve formě aktivní hudební tvorby. U jedinců s mentální retardací je za vhodnou formu považována především skupinová aktivní muzikoterapie. Za arteterapii je považováno terapeutické působení pomocí výtvarného umění, přičemž pro arteterapii je nejdůležitější samotný proces tvorby se všemi psychologickými a speciálně pedagogickými aspekty, méně už samotný výsledek výtvarného úsilí klienta (Valenta a Müller, 2007).

3 Metoda Snoezelen

Při práci s osobami s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace se hledají nové formy a metody práce s netradičními technickými prostředky, které vycházejí z možností, schopností a zájmů těchto osob. Jednou z těchto forem, jež si našla cestu i do našich zařízení pro osoby s mentální retardací (školských nebo sociálních), je tzv. Snoezelen. Termín Snoezelen vznikl ze dvou holandských slov „snuffelen“, což znamená čichat a „doezelen“ znamená podřimovat. V českém jazyce není pro tento výraz odpovídající ekvivalent, proto se používá označení „Snoezelen“ (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Janků (2010) uvádí, že metoda multismyslové stimulace Snoezelen je alternativní speciálně pedagogickou metodou, eventuálně terapií, která si již našla své místo v edukaci osob se speciálními potřebami. Jejím hlavním principem je vybudování speciálního prostředí, které se dokonale odlišuje od prostředí běžného. Tím má na mysli podnětné prostředí, které uspokojuje individuální potřeby osob, zejména skrze stimulaci nejen pěti základních smyslů. Snoezelen se aktuálně uplatňuje v edukaci osob s mentální retardací.

Pojem Snoezelen se v literatuře objevuje ve dvou dimenzích. Jednak je takto označována samotná metoda - koncept (speciálněpedagogická, terapeutická) a jednak je takto označována samotná místnost (speciálně vytvořené prostředí), ve které je metoda aplikována. Často je samotná metoda nazývána termínem Snoezelen a prostředí pak jako multismyslová (multisenzorická) nebo psychorelaxační místnost (www.muzikohrani.cz).

„Snoezelen by tedy mohl být definován jako integrovaný přístup, aplikovaný odborným personálem v rámci denních činností a péče, s cílem aktivní stimulace skrze světelné, zvukové, čichové a chuťové podněty. Podstatou této metody je poskytnutí individuální a přirozeně návazné sensorické stimulace v přijatelném a nestresujícím prostředí, bez potřeby rozvoje vyšších kognitivních oblastí, kupříkladu logických a abstraktních procesů myšlení a paměti.“ (Janků, 2010, s. 126).

Opařilová (2005) uvádí, že metoda Snoezelen je určena především pro těžce mentálně postižené jedince, kterým se snaží nabídnout přiměřené aktivity. Jedná se většinou o jedince, kteří jen málo využívají jiných aktivit a tráví převážnou část dne na pokojích ve speciálních zařízeních nebo doma.

3.1 Vznik a vývoj metody Snoezelen

První základy metody snoezelen byly vytvořeny v sedmdesátých letech minulého století, kdy dva američtí psychologové Cleland a Clark informovali odbornou veřejnost o svém výzkumu možnosti podpory a rozvoje komunikačních schopností a dovedností a změny chování u osob s vývojovými vadami, hyperaktivitou, mentální retardací a autismem díky působení vybraných podnětů smyslových vjemů. Takto postiženým jedincům byly ve vhodně upravených místnostech poskytovány sluchové, zrakové, kinestetické, hmatové a další podněty. Na tyto snahy navazují nizozemští odborníci Ad Verheul a Jan Hulsegge, kteří v podmínkách ústavní péče rozvíjejí tuto činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro osoby s těžším mentálním a kombinovaným postižením. Hlavní myšlenkou se stala výstavba speciálních pokojů výrazně se lišících od normálního prostředí, ve kterých byly uplatňovány smyslové podněty pro aktivaci smyslového vnímání. Po prvotním úspěchu a se vzrůstajícím zájmem o tuto metodu vzniklo v Holandsku Centrum Snoezelen, které je také místem setkávání odborníků a konání konferencí na téma Snoezelen. Původním konceptem Snoezelenu bylo vytvořit prostředí, jež poskytuje dostatek stimulačních podnětů, relaxaci a pozitivní zážitky, ovšem bez dalších návazných požadavků na klienta. V hlubším slova smyslu je však možno dojít k myšlence, která je založena na právech začlenění jedince s jakýmkoliv postižením do společnosti tím, že se účastní aktivit, jež mu přinášejí radost a kterých se chce sám účastnit a reálně je vyhledává (Filatova, Janků, 2010).

Podle Janků (2010) již dnes existují místnosti Snoezelen v mnoha speciálních školách a zařízeních po celém světě. Na základě výzkumu, který provedla tato autorka v roce 2007, došla ke zjištění, že v České republice byla metoda snoezelen v tomto roce používána již v 77 školských a sociálních zařízeních (Janků, 2010).

3.2 Cílová skupina

Podle Opatřilové (2005) je metoda Snoezelen určena pro jedince s nejtěžšími formami postižení. „*U těžce zdravotně postižených jedinců se vychází z toho, že při vnímání a poznávání svého okolí jsou odkázáni na primární smyslové vjemy a odpovídající doprovodné pocity a pohyby, proto tato metoda předpokládá rozvoj vnímání vázané výlučně na tělo.*“ (Opatřilová, 2010, s. 123).

Verheul (in Janků 2010) uvádí, že metoda Snoezelen je určena zvláště klientům s těmito typy diagnóz: tělesné, mentální, smyslové a kombinované vady, duševní poruchy, psychózy, deprese, neurologické poruchy, Parkinsonův syndrom, skleróza multiplex, ad., demence, poruchy chování a emocí u dětí a mládeže (agresivita, poruchy emocionální a volní složky, ad.), syndrom ADHD, ADD (poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity), LMD a specifické vývojové poruchy učení, diagnózy v geriatrické problematice, atd.

Metoda Snoezelen je využívána u všech věkových skupin, čili dimenze věku je neomezená, lze ji aplikovat s jistými specifiky od narození až po stáří člověka (Janků, 2010).

3.3 Možnosti využití metody Snoezelen

Opatřilová (2005) sleduje touto metodou poskytování široké nabídky využití, a to jako náplň volného času, jako prostředek uvolnění, jako podpora seberealizace, jako respektování zájmů těžce postižených osob nebo jako speciální podpůrnou metodu ve formě prenatální a senzomotorické terapie.

Pro využití Snoezelenu jako náplně volného času je nejdůležitější především vytvořit klidné a příjemné prostředí, nepřehltit jedince příliš mnoha podněty a zážitky, ale zaměřit se na jednotlivé smysly zvlášť. Zároveň by se mělo dbát na to, aby byl klientovi ponechán dostatek volnosti a času, aby měl možnost si zvolit činnosti, které mu jsou příjemné. K dispozici by proto měly být předměty, materiály, které v jedinci aktivují, zájem a potřebu si na tyto věci sáhnout, ohmatat si je, lehnout si na ně a podobně (Opatřilová, 2005).

Janků (2010) k tomu dodává, že u osob s mentální retardací se metoda Snoezelen uplatňuje spíše jako podpůrné pedagogické opatření a využití volného času. V rámci tohoto směru se Snoezelen využívá jako prostředek uvolnění, podpora seberealizace, snížení agresivního a autoagresivního chování, podpora vnímání, emocionality, poznávání, komunikace, motoriky, ale také socializace a integrace do sociálních struktur.

Opatřilová (2005) pokládá za hlavní cíl metody Snoezelen uvolnění jako protiklad napětí. Apeluje na uvědomění, že i těžce zdravotně postižený prožívá napětí a stres, jež může způsobit například přítomnost cizích lidí v jeho blízkosti, rušivé projevy ostatních osob, hluk nebo nové prostředí, ve kterém se nedokážou orientovat a podobně. Reakcí na

tyto rušivé vlivy mohou být projevy agresivity, hyperaktivity, různé stereotypy apod. Snoezelen svou atmosférou má být místem, kde dojde k uklidnění a uvolnění prostřednictvím hudby a příjemného tlumeného světla.

Snoezelen jako prostředek seberealizace vnímá Švarcová (2000) v tom, že sama podstata užití této metody vyžaduje svými nároky takové zacházení s člověkem, jež ho akceptuje takového jaký je. Respektuje jeho vůli a jeho projevy, uznává jeho často nejjednodušší možnosti aktivity a bere ho jako něco cenného. Na rozdíl od mnoha rozmanitých situací, kterým se má člověk s postižením přizpůsobit, jsou pomocí metody Snoezelen navozovány situace, které jsou pro něho vhodné.

Snoezelen jako respektování zájmů těžce postižených: i přesto, že se nám mohou zdát některé projevy těžce postižených zvláštní, nebo nevhodné, může se jednat o jejich vlastní projev radosti, prožitku. Protože nás toto chování ruší, dáváme mu nálepku „rušivé“, přitom pokud budeme tyto projevy brát podle jiných norem pozitivně, může to na těžce postiženého člověka mít dobrý vliv. Proto je důležité uvědomit si, že se těžce zdravotně postižení nemají a nemusí přizpůsobovat životu ve speciálních zařízeních, ale my bychom měli vycházet vstříc jejich potřebám (Švarcová, 2000).

Opatřilová (2005) chápe podstatu snoezelenu v umožnění hlubokých diferencovaných a izolovaných pocitů a vjemů, při kterých dochází k uvědomění si vlastního těla a smyslových zážitků. Vše musí probíhat ve stavu relaxace a v příjemné poloze. Během působení metody se poskytují strukturované podněty, ze kterých si jedinec sám vybere. Apeluje se také na dobrovolnost se zdůrazněním hodnoty volného času a zotavení. Udržuje mezilidský kontakt k těžce postiženým.

3.4 Prostředí a zásady práce

Základním prostředkem použití metody snoezelen je speciálně upravená místnost o velikosti v průměru 25 m², většinou v bílém provedení, vhodně doplněná barevnými látkami na stropě nebo stěnách, lehátky, polštáři a podobně. Podlaha místnosti by měla být pokryta koberci, korkem nebo tvrdou pryží. Místnost musí mít odpovídající teplotu (22 – 24 °C), musí být dobře větratelná a příjemně voňavá. Osvětlení by mělo být tlumené, asi do 50 luxů. Důležitým faktorem je také bezpečnost. Místnost samotná by neměla mít žádné ostré rohy a hrany. Schody nebo zešikmené plochy musí být viditelně označeny. Vhodné je také umístění madel a úchytnů na stěnách. Pokud jsou v místnosti umístěna zrcadla, měla by být nerozbitná (Janků, 2010). Dále se v těchto místnostech

objevuje vodní lůžko, které je vyhříváno na teplotu asi 25 - 30 °C, teplo urychluje uvolnění a zlepšuje krevní oběh. Lůžko se přizpůsobí tělu a rovnoměrně rozloží tělesnou váhu, což je u postižených jedinců, kteří většinu času leží nebo sedí, příjemné a velice přínosné. Hydraulický princip vodní matrace umožňuje páteři zcela automaticky zaujmout své přirozené držení a krev může volně cirkulovat. Vodní lůžko hraje také důležitou roli při přenosu zvuku a hudby. Mnohé mají zabudované reproduktory, které umožňují přenášet jemné vibrace (Opatřilová, 2005).

Dvojice autorek Filatova, Janků říká k prostředí, ve kterém se metoda používá následující: „*Místnost Snoezelen musí být šokující, výjimečný a nečekaný zážitek, na který budou Vaši uživatelé myslet ještě pár hodin (ne-li dnů) po pobytu. Představte si cestu do pohádky – za devatero horami a devatero řekami se zjevila přenádherná krajina atd. ..., tak nějak by měl vypadat vstup do Snoezelenové místnosti. Místnost samotná je už svět kouzel, místo, kde procitne vaše fantazie..., kde znovu začneme snít a těšíme se na čas, který v prostorách můžeme strávit.*“ (Filatova, Janků, 2010, s. 73).

Pro stimulaci jednotlivých smyslů se využívají speciální pomůcky. Například pro vizuální vnímání se používají světélkující tubusy naplněné vodou nebo voskem, dále pohybující se reflektory způsobující světelné efekty na stěnách, barevná světla, světélkující a fosforeskující vlákna, bublifuky a podobně. Sluchové vnímání je podněcováno různými zabudovanými stereosystémy, které umožňují poslech relaxační a aktivační hudby, ale také doprovodnými nástroji, zvukovými hračkami, zvonkohrami a dalšími zvukovými pomůckami. Pro taktilní vnímání slouží právě vodní lůžko, dále různé závěsné pomůcky taktilního charakteru, panáči, bouchací pytle, sedáky a podobně. Pro stimulaci čichu jsou využívány aromatické lampy s vonnými oleji a vonné svíčky nebo difuzéry. Zklidňující účinky má například vůně pomeranče, citrónu, meduňky lékařské, eukalyptu nebo levandule. Některé vůně vyvolávají zážitky a aktivují paměť, jako například skořice v souvislosti s atmosférou Vánoc. V neposlední řadě lze využívat pro stimulaci čichových vjemů také „zásobník“ pomůcek, který bude sloužit k rozlišování základních chutí (Janků, 2010).

Podle dvojice autorek Filatova, Janků (2010) sleduje využívání různorodých pomůcek tyto cíle: zprostředkování určitého obsahu nebo informace, aktivizaci příjemců, realizaci metodických představ terapeuta a zlepšení určitých rámcových a institučních podmínek.

V tomto speciálně upraveném prostředí nejsou smysly zaměstnávány komplexně. Osoba, na kterou je metoda zaměřena, se může soustředit jen na některé smyslové podněty, například na podněty stimulující pouze hmat. Smyslových zážitků by nemělo být mnoho, ale měly by být hluboké. Zbytečné podněty by měly být redukovány a podněty by měly být nabízeny selektivně. Tyto pocity by měly být pro jedince příjemné a měly by mu přinášet nové zkušenosti. Takové, se kterými by se v běžném životě nesetkal (Švarcová, 2006).

Činnosti v místnosti by měly probíhat individuálně. Jejich cílem je uspokojovat emocionální, fyzické a duševní potřeby člověka. Všechny aktivity probíhající ve Snoezelenu by měly vycházet z přání a potřeb daného jedince. Prostředí by mělo být klidné, nestresující, mělo by zbavovat úzkosti, vyvolávat pocit bezpečí a jistoty (Janků, 2010).

Podle Švarcové (2000) má být snoezelen svou atmosférou místem, kde je možno nechat vše za sebou a příjemně se uvolnit. Klidná hudba a tlumené světlo přispívají k působivé atmosféře. Dále je nutno uplatňovat zásadu „nic se nemusí a všechno je dovoleno“. To znamená, že klientovi je umožněno provádět takové činnosti, které si sám vybere, které se mu zrovna líbí a to takovým způsobem, který uzná sám za vhodné.

Neméně důležitou roli při užití metody Snoezelen hraje osobnost terapeuta nebo spíše „průvodce“, který je s klientem - partnerem (osobou se zdravotním postižením) v místnosti přítomen. Může to být speciální pedagog, psychoterapeut, psycholog, vychovatel, fyzioterapeut, pečovatel a další. Měl by to být člověk, jenž se vyznačuje sympatií a emocionálním teplem, má schopnost empatie, je trpělivý, kreativní a umí dostatečně motivovat. Měl by partnera dostatečně znát a vycházet ze znalosti jeho diagnózy a problémů z ní vyplývajících. Měl by mít dovednost partnera vnímat, respektovat jeho potřeby a rozumět jeho verbálním i neverbálním projevům. Měl by také mít znalosti o faktorech, které ovlivňují percepci a dovednost vést empatický rozhovor (Janků, 2010).

Nejdůležitější charakteristiky multismyslové místnosti Snoezelen shrnuje Filatova a Janků (2010) do následujících bodů:

1. Každá místnost Snoezelen v sobě koncentruje velké množství vjemů na poměrně malém prostoru, přičemž kvalita i kvantita podnětů by měla být variabilní

v závislosti na individuálním využití místnosti. Je třeba si však dávat pozor, aby uživatelé místnosti nebyli množstvím sensorických podnětů zbytečně zahlceni.

2. Stěžejní myšlenkou metody Snoezelen je zážitek. Místnost by proto měla být kouzelná, ohromující, tajemná, unášející a vždy trochu jiná.
3. Každý pobyt v místnosti musí mít svůj individuální cíl, který vychází z potřeb uživatele.
4. V souladu s myšlenkou „nic se nemusí a vše je dovoleno“ je potřeba uživateli poskytnout možnost volby a svobodného rozhodnutí, co a jak v místnosti bude dělat.
5. Pobyt ve Snoezelen místnosti by měl vyvolávat zpětný efekt pozitivního rázu, vytvořený pozitivními emocemi a uspokojením vlastních potřeb.

Abychom však v místnosti Snoezelen pracovali správně, je nutno dodržovat zásady práce, které je možno podle uvedených autorek strukturovat následovně:

- hlavní zásadou práce ve Snoezelen místnosti je individuální přístup,
- průvodce/terapeut by měl vždy respektovat životní prostor uživatele,
- terapeut by neměl nikdy spěchat nebo od uživatele vyžadovat určité reakce,
- každá lekce by měla mít svůj řád (začátek, přivítání, průběh, konec, hodnocení, rozloučení),
- terapeut a uživatel by se měli navzájem znát a být spolu v úzkém vztahu,
- terapeut by měl mít schopnost empatie, měl by umět vnímat signály těla uživatele a pozorovat jeho reakce během lekce i jejich vývoj z hlediska delšího časového období,
- nelze očekávat stejné reakce na určitý podnět u různých uživatelů,
- při hodnocení úspěšnosti nelze vycházet pouze z pozitivních projevů uživatele (úsměv, spokojenost, dobrá nálada, atd.), důležitým aspektem jsou také negativní projevy (pláč, údiv, lhostejnost, nervozita, atd.),
- důležité jsou tělesné kontakty mezi terapeutem a uživatelem, je potřeba však najít vzájemnou hranici přirozenosti (Filatova a Janků, 2010).

V rámci Snoezelenu je možné využívat i dalších technik a postupů, jako je rehabilitační činnost, bazální stimulace, aromaterapie, muzikoterapie, zrakovou terapii a jiné aktivity.

4 Analýza využití metody Snoezelen u osob s mentální retardací

Až do nedávných časů převládal názor, že mentální retardace je postižení trvalého a neměnného rázu a převládala skepse nad potřebou pedagogického, psychologického, terapeutického a jiného působení za účelem rozvoje osobnosti jedinců s tímto postižením. Z výsledků mnoha šetření však vyplývá, že v řadě případů lze u těchto osob vhodně zvoleným záměrným působením dosáhnout výrazného zlepšení rozumových schopností. Významnou roli přitom hraje nejen znalost jejich individuálních schopností a prognóza vývoje, ale také nutnost reagovat na měnící se sociálně-ekonomické podmínky péče o osoby s mentální retardací a potřeba neustále hledat prostředky, které mohou být tomuto procesu rozvoje nápomocny.

Jednou z možností práce s osobami s mentální retardací, u které bylo již pozitivní působení prokázáno, je využívání metody Snoezelen jako podpory smyslové percepce, ať už u jednotlivých smyslů, nebo jejich kombinací. Praktická část mé bakalářské práce pojednává o praktickém využívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka v Uničově, který poskytuje sociální služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením. Na základě analýzy současného stavu praktického využívání této metody ve zmíněném zařízení je dále vyhodnocena úroveň jejího provádění s následným doporučením pro úpravu podmínek jejího provádění a celkového zkvalitnění procesu působení metody na uživatele zařízení.

Jak již bylo popsáno ve třetí kapitole, která obecně pojednává o metodě Snoezelen a jejím využití, lze tuto metodu při práci s osobami s mentální retardací aplikovat různými způsoby: jako činnost pro vyplnění volného času, jako prostředek uvolnění, jako podporu seberealizace, jako projev respektování zájmů těžce postižených osob nebo jako speciální podpůrnou metodu ve formě prenatální nebo senzomotorické terapie. Všechny tyto způsoby využívání metody Snoezelen jsou prokazatelné také při její aplikaci ve Stacionáři Jasněnka s výjimkou jejího užití jako činnosti, která by měla být náplní volného času. Jedná se totiž o zařízení poskytující sociální služby ambulantně, kdy si jeho uživatelé za službou docházejí z důvodu uspokojování své sociální potřeby a dosažení svého osobního cíle, nikoli z důvodu náplně volného času.

4.1 Cíle výzkumu

Problematiku metody Snoezelen a její praktické využití při práci s osobami s mentální retardací jsem si zvolila jako téma své bakalářské práce především proto, že se již 15 let profesně zaměřuji na výchovu a vzdělávání osob s mentálním postižením a kombinovanými vadami v zařízení Jasněnka, nejdříve jako učitelka ve speciální mateřské škole, později jako asistentka speciálního pedagoga v základní škole speciální a nyní pracuji na pozici pracovníka v sociálních službách. Během své praxe jsem vždy inklinovala k různým netradičním metodám a technikám práce s výše zmíněnou cílovou skupinou. Pokoušela jsem se do své práce zařadit prvky z oblasti dramaterapie a muzikoterapie. Jistou dobu jsem také vedla integrovaný dramatický kroužek složený z dětí našeho stacionáře a sousední mateřské školy. Proto jsem uvítala snahy mých kolegyně zřídit v zařízení multisenzorickou místnost. V té době jsem však byla na mateřské a rodičovské dovolené, z těchto důvodů jsem se s touto metodou začala blíže seznamovat až po návratu do zaměstnání. Proto jsem se rozhodla spojit zpracování své bakalářské práce s tematikou metody Snoezelen, neboť se chci touto metodou dále zabývat a využívat ji správným a efektivním způsobem při práci s uživateli stacionáře, případně jakýchkoli dalších osob, kterým by byla tato metoda prospěšná. V tomto smyslu jsem si také stanovila osobní profesní cíl na nejbližší období a sice přispět ke zkvalitnění a zprofesionalizování užívání metody Snoezelen při práci s osobami s mentální retardací ve Stacionáři Jasněnka v Uničově. Zpracování bakalářské práce mi poskytne základ pro získání teoretických znalostí a praktických dovedností, které mi pomohou dosáhnout mého profesního cíle a povedou také ke zkvalitnění života našich uživatelů.

Cílem výzkumu je analyzovat současný stav užívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka.

Dílčí cíl:

Na základě analýzy získaných výsledků navrhnout soubor opatření, jejichž realizace povede ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen v uvedeném zařízení.

K naplnění cíle výzkumné části byly stanoveny tyto výzkumné teze:

VT1: Aplikace metody Snoezelen má na uživatele stacionáře pozitivní vliv.

VT2: Metoda Snoezelen je ve Stacionáři Jasněnka prováděna v souladu s obecně uznávanými principy jejího provádění.

4.2 Použité metody a techniky

V empirické části je využita metoda kvalitativního přístupu s použitím následujících technik šetření:

- Teoretická analýza.
- Případové studie.
- Dlouhodobé přímé pozorování.
- Rozhovor.

Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 17) definují kvalitativní přístup jako „... *proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Charakteristika technik výzkumného šetření:

Teoretická analýza

V této části výzkumné práce se jedná především o seznámení se se současným stavem poznání dané problematiky. Stěžejní postavení zde zaujímá především studium odborné literatury a odborných textů prostřednictvím internetu. Významnou roli hrají také konzultace, porady a rozhovory s odborníky, kteří se danou problematikou zabývají (Chráska, 1993).

Teoretická analýza byla zaměřena na studium problematiky mentální retardace, způsobů definování pojmu mentální retardace, vymezení příčin jejího vzniku, klasifikace mentální retardace a charakteristik osobnosti jedince s mentální retardací. V další etapě teoretické analýzy jsem se zaměřila na studium podstaty metody Snoezelen a jejího využití při práci s osobami s mentální retardací. Během období teoretické přípravy práce jsem uskutečnila několik rozhovorů s pracovníky, kteří metodu Snoezelen využívají v praxi a také jsem absolvovala kurz o realizaci lekcí ve Snoezelen místnostech, který pořádalo vzdělávací centrum Bazalsnuz v Ostravě.

Případové studie

Případová studie – kazuistika byla původně záležitostí lékařské vědní disciplíny, jenž měla za úkol popisovat léčebné metody. Později se však rozšířila také do ostatních vědních oborů jako je právo, psychologie nebo pedagogika. Jedná se o metodu spočívající v důkladném studiu všech dostupných písemných i jiných materiálů o zkoumaném subjektu a následném analyzování získaných dat. Ve společensko-vědních oborech kazuistika zpravidla obsahuje rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu a prognózu vývoje, popis užitých intervenčních metod, případně další informace o zkoumaném subjektu (Valenta, Müller, 2007).

Pro sestavení kazuistik byla se svolením zkoumaných jedinců prostudována jejich osobní dokumentace, kterou mi poskytlo zařízení sociálních služeb, ve kterém výzkum probíhal. Informace byly následně doplněny poznatky sociálního pracovníka zařízení a dalších pracovníků v přímé péči. V závěru kazuistik uvádím záznamy z prováděných činností v místnosti Snoezelen s jednotlivými uživateli.

Dlouhodobé přímé pozorování

Při sběru dat ve výzkumné části práce byla využita technika přímého dlouhodobého nestandardizovaného pozorování, které probíhalo od září 2010 do června 2011.

Pozorování lze podle Chrásky (1993) považovat za jednu z nejstarších a nejpoužívanějších metod získávání dat o realitě. Přímým dlouhodobým pozorováním se myslí taková situace, kdy je pozorovatel v přímém a dlouhodobém kontaktu s pozorovaným subjektem v interakci s jevy, které zkoumá, přičemž za dlouhodobost je považováno časové období, které přesahuje jednu časovou jednotku, po které pozorování trvá. Za nestandardní jsou považována běžná pozorování, která jsou vždy ve větší nebo menší míře poznamenána intuitivním přístupem a subjektivitou pozorovatele. Nestandardizované pozorování však klade vysoké nároky na výzkumníka. Na rozdíl od standardizovaného pozorování, kdy jsou přesně vypočítány a definovány elementární jevy a jsou určeny třídy hodnot, do nichž jsou jevy klasifikovány, kdy jsou přesně stanoveny znaky a jejich kategorie a výsledky různých jednotek různými pozorovateli jsou srovnatelné. U nestandardizovaného pozorování je určen pouze cíl pozorování a v jeho průběhu je možno podle potřeby upravovat volbu sledovaných elementárních jevů, eventuelně i navrženou hypotézu.

Pozorování probíhalo u zkoumaného vzorku uživatelů během jejich pobytu v multisenzorické místnosti Snoezelen. Jednalo se o pozorování průběhu činností a reakcí a chování uživatelů během aplikace metody.

Rozhovor

Pro ucelení pohledu na zkoumanou problematiku byl proveden rozhovor s pracovníkem aplikujícím metodu Snoezelen ve zvoleném zařízení a rozhovor s vybraným uživatelem, se kterým je metoda Snoezelen prováděna. Podle Chrásky (1993) je rozhovor metodou shromažďování dat o zkoumané realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem. Pro účely výzkumu byl využit standardizovaný rozhovor – rozhovor s předem připravenými formulacemi otázek v daném pořadí, kdy tazatel zaznamenává odpovědi dotazovaných bez vlastního komentáře (Chráska, 1993).

Rozhovor s pracovníkem používajícím metodu Snoezelen byl strukturován do několika základních témat, která se zabývají průběhem terapie, reakcí uživatelů na metodu Snoezelen, naplněním očekávání terapeuta, jeho hodnocením současného stavu, vizemi rozvoje metody v zařízení a jeho celkovým hodnocením přínosu metody Snoezelen pro uživatele Stacionáře Jasněnka. Pro rozhovor s vybraným uživatelem byly využity jednoduché slovní formulace otázek s přihlédnutím k intelektovým schopnostem dotazovaného. Oba rozhovory byly uskutečněny v červnu 2011. Záznamy z rozhovorů jsou uvedeny v přílohách č. 1 a 2 této práce.

4.3 Charakteristika zkoumaného zařízení

Výzkum probíhal ve Stacionáři Jasněnka v Uničově. Stacionář Jasněnka je zařízením sociálních služeb zřízeným dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

Poslání a cíle Stacionáře Jasněnka, cílová skupina:

„Posláním Stacionáře Jasněnka je poskytování ambulantní sociální služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením. Při poskytování sociální služby směřujeme k rozšíření osobních možností uživatelů služby, k podpoře jejich sociálního začleňování, k využívání jejich přirozených vztahových vazeb a k zapojení uživatelů do místního společenství a společenského života. Při naší činnosti vycházíme z individuálních potřeb

každého uživatele a klademe důraz na dodržování lidských práv a svobod.“
(www.jasnenka.cz.).

Cílem sociální služby ve Stacionáři Jasněnka je pomáhat uživatelům služby vést plnohodnotný život srovnatelný se životem jejich vrstevníků. Cílovou skupinu tvoří osoby s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 3 – 45 let. Charakteristickými znaky této skupiny je ohrožení sociálním vyloučením ze společnosti, dále snížení soběstačnosti v základních životních dovednostech – zajistit si vlastními silami péči o svou osobu, používat veřejných míst a služeb, zajistit si vzdělávání a práci - a snížení schopnosti a dovednosti uplatňovat vlastní práva (www.jasnenka.cz.).

Poskytované služby:

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- Základní sociální poradenství.
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
- Poskytnutí stravy.
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Sociálně terapeutické činnosti.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba obsahuje tyto fakultativní činnosti:

- Doprava uživatelů.
- Fyzioterapeutická péče.

Místo poskytování služby:

Název zařízení: Stacionář Jasněnka
Zřizovatel: Občanské sdružení Jasněnka
Adresa: Jiráskova 772, Uničov 783 91
Kapacita zařízení: 35 uživatelů
Provozní doba: v pracovní dny od 6,30 do 16,30 hodin.

Sociální služba je poskytována v objektu ve vlastnictví občanského sdružení Jasněnka. Objekt tvoří jednopatrová budova s terasou a zahradou, přístupovými komunikacemi s parkovištěm a garáží. Budova je bezbariérová, dobře přístupná uživatelům pěšky i

osobní či veřejnou dopravou, v klidném prostředí uvnitř města. Objekt je funkčně dobře uspořádán a splňuje nejvyšší nároky na dostatek světla, tepla a prostornosti. Všechny prostory jsou bezbariérově upraveny, vybavení je zařízeno podle standardních hygienických norem a přizpůsobeno uživatelům s těžkým kombinovaným postižením. Přístup do vyššího patra budovy je možný vnitřním výtahem. Uživatelé mají k dispozici v dostatečném množství a kvalitě kompenzační a speciální pomůcky, didaktické pomůcky, audio a videotechniku, výpočetní techniku, speciální terapeutické dětské hřiště, vybavení pro sport a zábavu a dostatek spotřebního materiálu pro různé aktivity.

Organizační členění:

Stacionář je organizačně členěn na prostory pro individuální i skupinovou práci, místnosti pro výchovné a aktivizační činnosti, místnosti pro fyzioterapii, herny a společenské místnosti. Uživatelé jsou dle věku rozděleni do výchovných skupin pro děti předškolního věku a do skupin pro dospělé.

Informace o poskytované službě:

Podrobné informace o poskytované sociální službě lze získat v kanceláři stacionáře na adrese zařízení nebo na internetových stránkách www.jasnenka.cz. Zdrojem informací může být také propagační tištěný leták pro širokou veřejnost. Organizace každý rok vydává veřejně přístupnou výroční zprávu.

Průběh poskytované služby:

Vstup uživatele do služby se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zařízení je konkretizován a podrobně upraven závaznými dokumenty organizace, zejména dokumenty: Jednání se zájemcem o sociální službu, Postup uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby ve Stacionáři Jasněnka a řadou dalších interních norem. Všechny informace o poskytované službě jsou zájemci podávány takovým způsobem a formou, aby jim zájemce dostatečně porozuměl. Na základě těchto informací se zájemce rozhoduje, zda služba splňuje jeho požadavky a zda ji využije nebo ne. Následuje proces vlastního přijetí, kdy je mezi poskytovatelem a uživatelem uzavřena jednoznačná a srozumitelná smlouva o poskytované sociální službě. Organizace může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud a) neposkytuje danou sociální službu, o kterou osoba žádá, nebo b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá, nebo c) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděla

organizace v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy. Smlouva o poskytování sociální služby zahrnuje všechny důležité aspekty poskytování služby - rozsah služby, místo a čas poskytování služby, výše úhrady a způsob jejího placení, výpovědní důvody a lhůty, dobu platnosti smlouvy a další.

Po uzavření smlouvy o poskytování sociální služby dochází ke konkrétnímu procesu poskytování sociální služby ve Stacionáři Jasněnka. Jeho průběh je ovlivňován mnoha faktory jednak ze strany uživatele (změna potřeb, změna osobních cílů, změna zdravotního stavu, atd.), ale také poskytovatele sociální služby (nabídka služeb, metodologie, atd.). Největší vliv na proces poskytování služby má zapojení uživatele do rozhodování o využití nabízené služby spolu s individuálním plánováním poskytované služby (www.jasnenka.cz).

Metody práce s uživatelem:

Metody práce s uživatelem služby jsou voleny s ohledem na jeho fyzické a psychické možnosti a na způsobu jeho osobního života. Metody práce s uživatelem vycházejí z jeho individuálního plánu, který je vypracován po uzavření smlouvy o poskytované službě. Metody práce s uživatelem se dělí z několika hledisek. Základní dělení lze provést dle tzv. „potřebnosti uživatele“ neboli jeho závislosti na pomoci druhé fyzické osoby na metody základní péče, metody rehabilitační a aktivizační a metody podpory osobních cílů uživatele. Dle potřeb uživatele, kapacitních možností zařízení a individuálního plánu práce se volí metody práce individuální a skupinové.

Organizace využívá k dosahování stanovených cílů tyto metody práce:

- organizace činností v malých skupinách,
- uplatnění multidisciplinární týmové práce uvnitř organizace,
- využívání externích spolupracovníků (fyzické osoby, odborná veřejnost, spolupracující organizace),
- zapojování dobrovolníků a studentů-praktikantů do činnosti organizace.

Prostředky poskytování služby:

Organizace využívá při poskytování sociální služby tyto prostředky:

- aktivity s cílenou výukou (příprava na školní vyučování, udržování školních vědomostí, získávání nových poznatků nad rámec školní výuky),

- pracovní terapie v rámci poskytovatele (pracovně terapeutická dílna – keramika, tkaní, ruční práce), cvičná kuchyňka,
- zájmové kroužky (dramatický, sportovní),
- výtvarné práce (kreslení, výrobky z papíru, drobných materiálů atd.),
- nácvik používání běžného technického vybavení (audiovizuální technika, mikrovlnná trouba, žehlička, varná konvice, pračka atd.),
- péče o zahradu a okolní prostředí (pěstování zeleniny, květin, sečení a úklid trávy, zalévání, sklízení ovoce, udržování pořádku apod.),
- péče o domácnost (udržování pořádku, domácí práce, stolování, malování, výzdoba),
- účast na akcích pro osoby se zdravotním postižením, případně jejich pořádání (diskotéky, sportovní soutěže, přehlídky zájmové činnosti),
- organizace sportovních činností (abylimpiády, cyklovýlety, turistické vycházky),
- pořádání výletů (poznávací, do kin, do divadel atd.),
- pořádání pobytů (rekreační, rehabilitační),
- využívání běžně dostupných služeb (obchody, kina, divadla, bazén, sportovní akce, restaurace, knihovna, výstavy, apod.),

Individuální plánování:

Poskytování sociální služby ve Stacionáři Jasněnka vychází od prvopočátku až do konce poskytování služby z individuálního plánování činností, které je prováděno společným úsilím pracovníků stacionáře a uživatele samotného. Individuální plánování směřuje k naplnění osobního cíle uživatele, kterého chce uživatel prostřednictvím poskytování služby dosáhnout. Z nabídky základních i fakultativních činností poskytovatele si uživatel vybírá ty, které potřebuje a u kterých mu vyhovuje způsob jejich zajištění. S každým uživatelem se průběh poskytování služby plánuje individuálně a za jeho účasti (zákonného zástupce) a také se průběžně vyhodnocuje. Výsledkem plánování je tvorba Individuálního plánu uživatele.

Zapojení uživatele do rozhodování o využití služby:

Jednou z nejdůležitějších zásad poskytování sociální služby je vytvářet v zařízení příležitosti k uplatnění vlastní vůle uživatele, k možnosti podílet se na plánování a průběhu poskytování služby, k možnosti vyjádřit se ke kvalitě poskytované služby apod. V zařízení dochází pravidelně k rozhovorům mezi uživateli a pracovníky za účelem

společného vyhodnocování průběhu služby a případné úpravy průběhu služby. V průběhu poskytování služby se požadavky uživatele mohou měnit, přehodnocují se osobní cíle a tím se mění také charakter poskytované služby, který se přizpůsobuje potřebám uživatele. Uživatelé, nebo jejich zákonní zástupci mohou sdělovat své připomínky a hodnocení přímo pracovníkům organizace, nebo prostřednictvím dotazníků na kvalitu poskytované služby. Uživatelé jsou informováni o možnosti kdykoliv vznést náměty, připomínky nebo stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby.

Pracovníci organizace:

Pracovníci organizace jsou buď v pracovně právním vztahu jako kmenoví zaměstnanci, nebo smluvně ujednaní na základě poskytování služeb za úplatu (dohody o vykonané práci nebo o pracovní činnosti), dále odborní (externí) pracovníci a dobrovolní pracovníci. Organizace obsazuje místa stálých zaměstnanců vzhledem k poskytovaným službám a proklamovaným cílům organizace. Účelně je doplňuje ostatními smluvními pracovníky tak, aby se ekvivalentně doplňovali a vytvářeli komplexní a dobře fungující tým. Na činnosti organizace se podílejí také dobrovolní pracovníci, kteří vypomáhají nebo sami poskytují organizaci služby určitého charakteru. Organizace umožňuje dobrovolným pracovníkům užívat stejných práv a povinností, jaká mají zaměstnanci v pevném pracovním poměru, v souvislosti s podílem pracovníka na plánování a hodnocení efektivitu poskytovaných služeb a činností s tím souvisejících. Dobrovolní pracovníci jsou evidováni a pracují na základě dohody o spolupráci s dobrovolným pracovníkem, kde se s organizací dohodnou na podmínkách, za jakých budou v organizaci pracovat.

Financování zařízení:

Provoz Stacionáře Jasněnka financuje jeho zřizovatel - občanské sdružení Jasněnka. Jako nestátní nezisková organizace získává finanční prostředky ze zdrojů státní správy a samosprávy především formou dotací od Ministerstva práce a sociálních věcí ČR prostřednictvím Krajského úřadu v Olomouci, dále získává sdružení finanční prostředky formou dotací od města Uničova a okolních obcí. Velkou část finančních prostředků na pokrytí výdajů spojených s poskytováním sociální služby ve stacionáři získává sdružení od sponzorů a zhruba jednu pětinu výdajů pokrývají platby uživatelů. Sdružení se také uchází o finanční příspěvky nejrozličnějších grantových organizací, jako jsou nadace a fondy, ze kterých se snaží získat finanční podporu na konkrétní projekty, jež nelze

financovat pomocí státní dotace, ale které jsou pro rozvoj organizace důležité (www.jasnenka.cz.).

4.4 Popis místnosti Snoezelen

Místnost pro Snoezelen je umístěna v rohové části budovy a nesousedí s žádnou místností, ve které probíhá jiná činnost s uživateli, takže průběh aplikace metody není narušován vnějšími vlivy. Okna místnosti vedou do zahrady. Přístup je bezbariérový. Venkovními roletami je umožněno zatemnění místnosti i při otevřených oknech, takže dostatečné odvětrávání je zajištěno. Podlahová plocha místnosti má zhruba 16 m² a je pokrytá kobercem. Místnost vymalována bílou barvou zajišťuje nejlepší podklad pro světelné efekty. Místnosti dominuje vodní lůžko s termostatem, který udržuje teplotu vody na 25°C. Teplá voda je důležitá pro příjemný pocit a celkové uvolnění. Nad lůžkem visí drapérie z jemné látky, jež navozuje pocit bezpečí podobně jako u plodu v prenatálním období. Na polici na stěně za lůžkem je umístěn kvalitní přehrávač hudby s dálkovým ovládním pro reprodukci relaxační hudby nebo zvuků. U stropu v pravé části místnosti je zavěšena disko koule s motorkem. V opačné části místnosti stojí vodní bublinkový válec. Na různých místech jsou dále umístěny lampy s různými světelnými efekty, jako je plazmová koule, lampy s lávovým efektem, světelná vlákna a aroma lampy pro stimulaci čichu. Na jedné stěně je umístěno zrcadlo s vypouklými polokoulemi pro odraz světla. Na další stěně je do výše pasu přilepen koberec, kam se pomocí suchých zipů zavěšují nejrůznější pomůcky pro hmatovou stimulaci. V rohu místnosti se nachází menší skříň s policemi, kde jsou uloženy další pomůcky a hračky pro rozvoj sluchové a hmatové stimulace (gumové a plyšové hračky, zvukové hračky, molitanové míčky, šterchátka, masážní ježci a další).

4.5 Charakteristika zkoumaného souboru

Vybraný zkoumaný soubor tvoří 3 jedinci, kteří docházejí do Snoezelenu ve stacionáři již více než jeden rok. Výběr jedinců do zkoumaného souboru byl proveden na základě doporučení pracovnice, která má s metodou Snoezelen v zařízení nejvíce zkušeností. Všichni jedinci vykazují mentální retardaci ve středně těžkém až hlubokém stupni, což představuje typický vzorek pro celou cílovou skupinu uživatelů stacionáře. K základnímu postižení se ještě v řadě případů přidružují další smyslová nebo tělesná postižení. V níže uvedené tabulce je předložena stručná charakteristika zkoumaného souboru.

Tabulka 2. Přehled zkoumaných uživatelů.

Jméno	Věk	Diagnóza
Marek	5	Těžký stupeň mentální retardace, DMO kvadruparetická forma, sekundární epilepsie, atrofie zrakového nervu.
Zdeněk	21	Středně těžký stupeň mentální retardace, DMO diparetická forma.
Blanka	26	Lehká mentální retardace, strabismus, depresivní porucha.

4.6 Případové studie

Kazuistiky byly vypracovány na základě analýzy osobní dokumentace uživatelů, psychologických a neurologických vyšetření. Dále bylo využito rozhovoru s uživatelem, terapeutem a dlouhodobého pozorování uživatelů přímo v místnosti Snoezelen. Ve své práci jsem jména uživatelů změnila. Všechny použité údaje jsem získala s písemným souhlasem zákonných zástupců uživatelů a také s ústním souhlasem uživatelů samotných (u dospělých uživatelů).

Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Jméno: Marek

Věk: 5 let

Diagnóza: Těžký stupeň mentální retardace, DMO - centrální hybná porucha s kvadruspasticitou a sekundární epilepsií, atrofie zrakového nervu.

Speciálně pedagogická anamnéza:

Sociální chování – Marek se adaptoval na nové prostředí stacionáře velice dobře, bez problémů. V současné době navštěvuje stacionář 18 měsíců. Změny prostředí vyhledává. Má rád společnost, rád pobývá ve společnosti ostatních dětí (sestra, členové blízké rodiny), ale i dospělých. K ostatním dětem má vztahy pozitivní. Svá přání a potřeby vyjadřuje gesty, pomocí úst. Například pití a jídlo - otevírá ústa, potřebu spát vyjadřuje

nespokojeností - „mrčánkováním“, potřebu přestat cvičit vyjadřuje vztekáním, radost vyjadřuje pomrkáváním a úsměvem. Pozitivně reaguje na osoby, které s ním tráví hodně času.

Komunikace a chápání řeči – Marek nepoužívá při komunikaci slova, avšak objevuje se u něho snaha o hlasový projev v rámci vyjádření spokojenosti, reakce na známou osobu, reakce na potřebu jídla – neartikulované zvuky, slabika Áááááá. Na své jméno reaguje úsměvem. Když chce vyjádřit své potřeby, kope nohama, otvírá ústa a pohybuje horními končetinami. Oční kontakt neudrží.

Kognitivní schopnosti – Marek se velmi rychle unaví, pozornost udrží maximálně 15 minut, potom potřebuje odpočinek. Zajímá se především o činnosti, které jsou spojené se sluchovým vnímáním. Všechny činnosti zvládá jen s pomocí. Marek nemá vytvořené žádné početní představy, nerozlišuje velikosti, nepoznává zvířata. Má rád zpěv písní.

Motorika – hrubá motorika: je schopen se přetočit na břicho a zpět, s pomocí se přitahuje do sedu, stoj zvládá s pomocí a oporou, na chvíli udrží hlavu ve vzpřímené poloze, v poloze na zádech a na břicho zvedá hlavu, při cvičení na balóně otáčí hlavu na stranu. Samostatný sed nezvládá. Jemná motorika: dlaňový úchop předmětu je velmi dobrý, pevný. Preferuje levou ruku. Psací potřebu uchopuje do celé dlaně a pouze na krátkou dobu. O grafomotorické činnosti nejeví zájem. Všechny činnosti vykonává s pomocí.

Sebeobsluha – potřebuje úplnou pomoc při všech úkonech osobní hygieny. Jí pouze mixovanou stravu, pije z kojenecké lahve.

Motivace – Nejúčinnější odměnou je pro něho pochvala, někdy čokoláda (Kinder tyčinky).

Orientace - v prostoru se orientuje dobře, dobře se také adaptuje na změny prostředí.

Percepce – Pozitivně reaguje na hlasitou hudbu a zvuky hudebních nástrojů. Také dobře reaguje na taktilní podněty vyvolané drsnými předměty.

Záznamy z prováděných činností: terapie probíhá 2 krát týdně.

Září 2010:

Cíl terapie:

- snaha o uvolnění, adaptace na prostředí
- rozvoj sluchového vnímání

- zraková stimulace

Průběh terapie: Marek byl při prvním kontaktu v místnosti snoezelen nejistý. Zpočátku se mu nelíbilo i na vodním lůžku. Postupně byl znovu na lůžko pokládán, po několika opakováních se nebránil. V dalších lekcích se více rozhlížel kolem sebe. Marek má rád písničky z večerníčků, které jsme pouštěli pro navození příjemné atmosféry. Na podporu zrakové stimulace jsme používali světelné předměty. Marek měl za úkol sledovat tyto předměty, snažit se jich dotknout či uchopit. Na konci měsíce přijal Marek pobyty v místnosti pozitivně.

Říjen 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj motoriky
- zraková stimulace
- vestibulární stimulace

Průběh terapie: Navázali jsme opět na předešlé techniky z měsíce září. Opět manipulace se světelnými předměty. Marek zatím manipulaci nezvládá, ale kontrast světla a tmy vzbuzuje jeho pozornost. Předměty sleduje. Vydrží jen chvíli. Předměty jsou mu pokládány do rukou za pomoci asistenta. Marek má rád pohupování, rád se natřásá v náručí, projevuje se hlasitým smíchem. Nadále je třeba podporovat rozvoj jemné motoriky a zrakovou stimulaci. Pokud se s Markem jednotlivé činnosti opakují, dokáže více spolupracovat.

Listopad 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj zrakového vnímání
- bazální stimulace
- rozvoj jemné motoriky

Průběh terapie: Terapie se zúčastnil pouze 2 krát, byl nemocný. Opět proběhlo cvičení pro zrakovou stimulaci. Marek sledoval plastovou rybku vloženou v bublinkovém válci. Sledoval její pohyb. To se mu líbilo, snažil se válece dotýkat. Na vodním lůžku jsme prováděli bazální stimulaci. Po nemoci byl asi ještě oslaben a masáž mu byla příjemná tak, usnul.

Prosinec 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- zraková stimulace
- rozvoj komunikačních schopností

Průběh terapie: Marka jsme seznámili s novou říkankou „Hruška“.

Spadla hruška na travičku, tlesk, plesk, bum.

Ježečkovi na hlavičku, tlesk, plesk, bum.

Ježeček se zlobil hned, tlesk, plesk, bum.

Zato celou hrušku sněd. Tlesk, plesk, bum.

Marek reagoval na báseň pozitivně, líbila se mu manipulace s tamburínou, úder prováděl rukou (dopomoc). Při úderu „bum“ vykřikoval. S říkankou jsme pracovali celý měsíc s různými obměnami činností. (houpání v síti, hra na Orfovy nástroje, hra na tělo...). Dále jsme s Markem prováděli zrakovou stimulaci. Marek manipuloval se světelným míčem. Snažil se ho zachytit a odrazit dál. O činnosti projevoval zájem. Pobyt na vodním lůžku si oblíbil. Mírně ho pohupujeme a zpíváme. Vždy se usmívá, líbí se mu propojení pohybu se zpěvem.

Leden 2011:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- vestibulární podněty

Průběh terapie: Marka jsme houpali v síti a toto houpání doprovázeli říkankami a zpěvem. Marek má zpěv a houpání rád, po celou dobu se usmíval, nebo si broukal. Poprvé jsme zaznamenali negativní reakci při spuštění hracího klavírku. Marek se začal vztekat. Po rozmluvě s maminkou jsme zjistili, že od malinka nemá klavír rád. Jiné zvukové hračky mu však nevadí. Dále jsme polohovali Marka na gymnastickém míči. Marek se snažil zvednout hlavu a podívat se na svítící hračku. U Marka dochází k lepšímu vnímání a reakcím na dané podněty. Je na něm patrné, že se mu pobyt v místnosti líbí.

Únor 2011:

Marek byl celý měsíc hospitalizován v nemocnici.

Březen 2011:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- bazální stimulace
- rozvoj čichového vnímání
- stimulace chuťových vjemů

Průběh terapie: Marek byl v nemocnici 6 týdnů. Opět jsme si připomněli báseň Hruška. Na již známou báseň dobře reagoval, bouchal rukama, broukal si. Masáže má rád, někdy při nich usíná. Při čichové stimulaci jsme nabízeli Markovi očichávat vůni krému, citrónové esence a dále přičichl k vůni borovice (stroměček z auta). Prozatím jsme nezaznamenaly žádnou reakci. Marek o vůně zájem nejevil. Na podporu sluchového vnímání jsme používali speciální pytlíky naplněné různým obsahem. Pytlíčky šustí, jsou různých velikostí, naplněné rozmanitým materiálem. Při této činnosti pracuje pouze s pomocí. Nevydrží však dlouho, preferuje hry s hudebními nástroji. Při ochutnávce rád s chutí olizoval sladké lízátko, studené nápoje rád nemá, ochutnal i citrón. Za odměnu si dolízal lízátko.

Duben 2011:

Cíl terapie:

- relaxace
- stimulace zrakového vnímání
- vestibulární podněty
- hra na tělo

Průběh terapie:

Opět jsme prováděli bazální stimulaci, Marek má doteky velice rád. Dále bylo prováděno cvičení na gymnastickém míči. To už se Markovi tolik nelíbilo, nechtěl příliš spolupracovat, proto jsme toto cvičení nahradily houpáním v závěsné houpačce, to se Markovi líbí. Zpěv a hra na tamburínu, bubínek, rolničky má rád. Marek se snaží více spolupracovat, některé aktivity ho zajímají více, jiné méně. Při vstupu do místnosti je vždy usměvavý a je na něm vidět, že se na činnosti těší.

Květen 2011:

Cíl terapie:

- somatická stimulace
- masáž pomocí masážních pomůcek různé struktury
- zrakové a sluchové podněty
- stimulace sluchového vnímání

Průběh terapie:

Marek byl uložen na vodní posteli a šimrán peříčkem, byl natřen vonným olejem a namasírován froté žínkou a speciální pomůckou (gumovým ježkem a dalšími). Opět si to užíval. Dále proběhla stimulace zrakového vnímání, kde Marek pozoroval pohyb rybičky ve vodním sloupci. Baterkou jsme svítily na třpytivý závěs, který se krásně leskl, to vzbudilo Markovu pozornost, za závěs chytal a cinkal s ním. Dále jsme si prohlíželi obrázky zvířátek a zpívali písně. Opět ze strany Marka pozitivní reakce.

Červen 2011:

Cíl terapie:

- stimulace sluchového vnímání
- stimulace hmatová
- stimulace zrakového vnímání
- stimulace čichových vjemů

Průběh terapie:

S Markem jsme opakovali již známou báseň Hruška. Marek reagoval pozitivně. Pohupoval se, rozhazoval rukama. Před sebou měl nabídnuté hudební nástroje, měl snahu po nich sahat. Zrak jsme stimulovali pomocí vodního válce, sledováním rybiček, osvětlováním předmětů baterkou. Přehazování osvětlených kamenů z misky do misky. Marek se snažil, zejména aktivity s baterkou ho zajímaly. Marek je v místnosti spokojený. Při přesunu ze třídy do multisenzorické místnosti se usmívá, je na něm znát, že se na připravené aktivity těší. Je to pro něj určitě příjemná změna.

Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Jméno: Zdeněk

Věk: 21 let

Diagnóza: Středně těžký stupeň mentální retardace, DMO diparetická forma.

Speciálně pedagogická anamnéza:

Sociální chování – Zdeněk nemá potíže s adaptací na nové prostředí, kolektiv ostatních vrstevníků vyhledává, ale preferuje spíše kolektiv dospělých osob. S ostatními vrstevníky má dobrý vztah. Do činností svých vrstevníků se zapojuje částečně, spíše čeká na vyzvání ke hře a činnosti. Chápe pouze pravidla jednoduchých her. Ve svém volném čase rád poslouchá hudbu, povídá si s ostatními. Svá přání a potřeby dokáže slovně vyjádřit.

Komunikace a chápání řeči – Zdeněk se dokáže sám slovně vyjadřovat, reaguje na své jméno, dokáže vyjádřit svá přání a potřeby, oční kontakt udrží. Vydrží poslouchat čtení pohádky i příběhy a chápe jejich obsah, přečtený text dokáže částečně převyprávět.

Kognitivní schopnosti – Zdeněkova pozornost při hře není příliš vysoká, není schopen samostatné práce, kvůli své pozornosti a slabé vůli není schopen v práci pokračovat a dokončit ji. Soustředí se jen krátkodobě a musí být neustále povzbuzován. Jemná motorika není příliš dobrá, psací potřeby drží toporně, psaní samostatně nezvládá, jedná se spíš o jednoduché grafomotorické cvičení, rychle se unaví.

Motorika – Samostatnou chůzi nezvládá, k přesunům používá mechanický vozík, jednoduché cviky dokáže napodobit, má dominantní PHK. Házení zvládá s pomocí. Neprojevuje zájem o grafomotorické činnosti, psací potřebu drží toporně.

Sebeobsluha – potřebuje částečnou pomoc při úkonech osobní hygieny. Zvládne si rozepnout zip, tkaničky rozváže. Při činnostech (jako je mytí rukou, čištění zubů, česání, holení, sprchování) vyžaduje pomoc druhé osoby. Pije ze sklenice a při stolování používá lžiči.

Motivace – Nejúčinnější odměnou je pro něho pochvala, hmotná odměna, poslech písní.

Orientace - Ve známém prostředí se orientuje dobře, dokáže rozlišit denní dobu (ráno, večer, odpoledne).

Percepce – Pozitivně reaguje na hudbu a zvuky hudebních nástrojů. Také dobře reaguje na taktilní podněty, rád se dotýká věcí, které mají různý povrch, dokáže je pojmenovat.

Záznamy z prováděných činností: terapie probíhá 1 krát týdně.

Září 2010:

Cíl terapie:

- snaha o uvolnění, adaptace na prostředí
- taktilní stimulace
- zraková stimulace

Průběh terapie: Zdeňkovi nečinil první kontakt s prostředím žádné potíže. Vše si zvědavě prohlížel. Na vodním lůžku si byl trochu nejistý, po ubezpečení však získal větší jistotu. Zdeněk se rád dotýká předmětů, prohlíží si je. Pozornost je však krátkodobá a předměty často střídal. Dokáže dobře spolupracovat.

Říjen 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj motoriky
- zraková stimulace
- hra s loutkou, plyšáky
- rozvoj komunikačních schopností

Průběh terapie: Tento měsíc jsme se věnovali příběhu o zvířátkách - Farma. Motivace zvířaty se prolínala do všech činností. Zdeněk reagoval velice dobře. Stavěl pro zvířata ohrádky, musel zvířata rozeznávat podle srsti a hmatem (koníček- plyšový, kočka, pes, kráva...) Celou místnost jsme polepili obrázky zvířat. Povídali jsme si příběh: „Brémští muzikanti“ Zdeněk měl za úkol vybírat z látkových pytlíků krmivo pro určitá zvířata. Kočka a pes- granule, koník- seno, jablko...) Potřeboval slovní podporu, ale do činností byl zapojen a moc se mu to líbilo. Je vhodné nadále podporovat rozvoj jemné motoriky (otevírání pytlíků a sypání do misek mu činilo trochu potíže). Přesto působil velmi spokojeně. Zdeněk má rád, když se mu někdo věnuje individuálně.

Listopad 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj zrakového vnímání

- rozvoj jemné motoriky
- stimulace chuťových vjemů

Průběh terapie: Dále jsme pokračovali v motivaci – Farma zvířat. Tento měsíc jsme přidávali do činností nové prvky. Oblékali jsme se jako farmáři. Zdeněk se snažil obléci rukavice, klobouk s dalšími částmi oděvu potřeboval dopomoc. Mluvili jsme o tom, jak se o zvířata starat. Česali jsme plyšovým zvířatům srst, nalévali vodu do misek. Zdeněk byl po celou dobu činnostmi zaujat. Při stimulaci chuťových vjemů jsme ochutnávali různé druhy ovoce a zeleniny a zároveň si říkali, které zvířátko je má rádo. Po celou dobu se neprojevoval negativně a pěkně spolupracoval. Na závěr lekce jsme vždy uskutečnili relaxaci na vodním lůžku s jemnou masáží olivovým olejem.

Prosinec 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- stimulace čichových vjemů
- vestibulární stimulace

Průběh terapie: Dále jsme pokračovali v motivaci – Farma zvířat. Tentokrát jsme se zaměřili na rozvoj čichového vnímání. Zdeněk měl za úkol rozlišit v miskách různé druhy potravin, esencí. (citrón, pomeranč, ocet, kolínská, čokoláda...) Tyto jednotlivé vůně se snažil pojmenovat. S pomocí to zvládl a měl za úkol roztřídit jednotlivé vůně podle toho, zda jsou mu příjemné, či nepříjemné. Do misek chytal, olizoval je. Bylo na něm znát, že mu to činí radost. Dále jsme si povídali o zvířatech, k čemu nám slouží. Hráli jsme si na koně. Zavěsila jsem Zdenka do závěsné houpačky a jemně ho houpala, hopsali jsme, točily se do kruhu. Zároveň jsme si zpívali písně, což má Zdeněk velmi rád. Po celou dobu pobytu v místnosti opět spolupracoval a vždy se ptá, kdy znovu přijde.

Leden 2011:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- zraková stimulace
- vibrační stimulace
- taktilní stimulace
- rozvoj komunikačních dovedností

Průběh terapie: Motivací, která nás provázela po celý měsíc, byla hra na „Na ledové království“. Zdeněk příběh vyslechl a pokusil se s pomocí o jeho převyprávění. Snažil se přiřazovat a pojmenovávat hmatem teplou a studenou vodu, která byla umístěna v malých plastových láhvích. Třídil je do 2 skupin podle teploty. Vodu následně naléval do velké misky. V krabici měl připravený led. Mluvili jsme o tom, jaké má vlastnosti. Zdeněk se projevuje v místnosti podstatně aktivněji než ve třídě. Velice mu svědčí individuální péče. I maminka nám při rozhovoru v šatně sdělila, že jí stále doma vykládá, co s tetou dělal a že je plný zážitků. Kostkou ledu jsme jezdili po kůži rukou, led jsme rozpouštěli teplou vodu. Následně měl Zdeněk za úkol hledat po místnosti jednotlivé postavy z pohádky, které byly vystřiženy z papíru. Skládali jsme Ledové království z kostek. U této činnosti potřeboval pomoc, stále se ujišťoval, zda postupuje správně. Zdeněk má větší snahu o samostatnost. Snažil se sám odšroubovat uzávěr láhve. Největší motivací je pro něj pochvala před maminkou.

Únor 2011:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- rozvoj zrakového vnímání
- taktilní stimulace

Průběh terapie: Dále jsme navázali na motivaci z předchozího měsíce. Hra na hudební nástroje. Co zní „ledově“ a který nástroj připomíná zimu? (triangl, rolničky, drhlo...) Zazpívání písně, kterou Zdeněk zná z hodin hudební výchovy - Zima je tu. Zdeněk rád zpívá. Hra na nástroje se mu líbila. Zdeněk se zmínil, že nechce jít dnes na vodní postel, že je nachlazený a bolí ho hlava. Po celou dobu lekce byl unavený. Proto jsem ho položila na vak, přikryla dekou a povídali jsme si o příběhu Ledové královny. Zdeněk usnul. Nechala jsem ho odpočívat. V dalších lekcích jsme pokračovali v taktilní stimulaci. Zdeněk rozeznával druhy látek (samet, manšestr, silon...) vyjadřoval se k tomu, které povrchy mu jsou příjemné a nepříjemné. Následně jsme si vyráběli Ledovou královnu. Z venku jsme si nasbírali sníh a vytvářeli kuličky a následně je rozpouštěli na radiátoru. Po celou dobu byl Zdeněk aktivní a snaživý. Když si s něčím nevěděl rady, byla mu poskytnuta pomoc.

Březen 2011:

- rozvoj zrakového vnímání

- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- rozvoj komunikativních dovedností

Průběh terapie: Motivací nám byla dovolená u moře. Zdeněk nikdy u moře nebyl, a tak jsme si vyprávěli o tom, jak to u moře vypadá. Na stěnách jsme měli připevněné obrázky moře, koupajících se lidí, racků. Na zemi jsme měli velký igelit, na kterém byl vysypaný písek. Ten Zdenka zaujal hned. Vyráběli jsme si z písku hrad. Byl úplně nadšený a rozhazoval ho úplně všude. Po hře s pískem jsme ho společně zametli. Vyprávěli jsme si o tom, jak moře vypadá, jak se pluje na lodi. Papírovou lodičku si vybarvil. Malování rád nemá, tak si ji jen tak lehce počmáral. Poté jsme se plavili na moři – vodní posteli a hráli si na bouřku. Zpočátku se objevovala nejistota. Zdeněk chtěl, abych si lehla vedle něj a držela ho. Dělalí jsme vlny. Na závěr jsme si pouštěli zvuky vody a Zdeněk relaxoval. V dalších setkáních se oblékal do nafukovacího kruhu a prstovými barvami kreslil na velký balicí papír moře. Vše bylo podtrženo relaxační hudbou. I přesto, že měl na sobě zástěru, tak se pěkně zašpinil. Zdeněk je po celou dobu terapie velice snaživý.

Duben 2011:

- rozvoj chuťového vnímání
- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- rozvoj čichového vnímání

Průběh terapie: Opět jsme navázali na motivaci – Dovolená u moře. Zdeňka jsem seznámila s různými druhy ovoce (ananas, avokádo, kiwi...). Zdeněk si s pomocí ovoce rozkrájel příborovým nožem a ochutnával jej a přičichával k němu. K jednotlivým druhům přiřazoval správný obrázek. Pak jsme si hráli s vodou v malém nafukovacím bazénku. Zdeněk se převlekl do plavek, natřel se opalovacím krémem a nasadil si brýle. Zapnula jsem reflektory a vyhřívali jsme se na sluníčku. Zdeněk měl potíže s oblékáním, poskytla jsem mu pomoc. Začal být i více tvořivý a vymýšlel si, co by si dal dobrého k jídlu. Po ukončení času, se mu ani nechtělo zpět mezi ostatní. Projevil zájem, že by si chtěl vzít na dovolenou do Snoezelenu i kamarádku Jarmilu.

Květen 2011:

- rozvoj komunikačních dovedností

- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- vestibulární podněty

Průběh terapie: Opět jsme pokračovali v motivaci Dovolená u moře.

Dělali jsme společně vítr pomocí fénu a rozfoukávali jsme papírové kuličky. Potom jsme si hráli na foukanou a foukali do papírových kuliček pusou. Líbilo se mu to, ale příliš dlouho u této činnosti nevydržel. Stále chtěl zapínat fén. Dávali jsme rybičku do válce a sledovali jsme, jak se pohybuje. Zdeněk se houpal v síti. Ochutnávali jsme zmrzlinu. Zdeněk ji nabíral do misek a zdobil parapíčkem. Povídali jsme si o tom, co vše můžeme na dovolené dělat. Kreslili jsme pohled pro maminku. To se docela snažil, přestože nerad kreslí. Pohled odnesl domů. Opět snaživý. Někdy je potřeba více ho motivovat a udržet jeho zájem třeba změnou činností, či drobnou obměnou.

Červen 2011:

- rozvoj komunikačních dovedností
- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- rozvoj chuťového vnímání
- vibrační stimulace
- rozvoj čichového vnímání

Průběh terapie: Motivace po celý měsíc – Procházka lesem. Na zemi větvičky jehličnanu, šišky, listy. Zdeněk měl za úkol rozlišovat vůně jehličí, listů. Dostal za úkol nakrájet žampion, poté jsme si ho usmažili s vajíčkem, ochutnávka. Zdeňkovi to nechutnalo. Co v lese vidíme. Zdeněk do lesa moc nemůže, kvůli vozičku a bariérám. Jaká zvířata v lese žijí. Zatáhli jsme žaluzie a dělali jsme noc v lese. Zpočátku jsem ho nechala v tichosti ve tmě. To se mu nelíbilo. Potom jsme napodobovali zvuky zvířat pomocí Orffových nástrojů. Buben- medvěd, rolničky – veverka. V poslední den terapie jsme nechali Zdeňka zvolit, co by chtěl sám dělat. Vyslovil přání, že by se chtěl opalovat a koupat. Tak jsme si vzali sluneční brýle, natřeli se krémem a pouštěli si hudbu Daniela Nekonečného. Zdeněk byl velice spokojený, houpal se v síti.

Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza:

Jméno: Blanka

Věk: 26 let

Diagnóza: Lehká mentální retardace, strabismus, depresivní porucha.

Speciálně pedagogická anamnéza:

Sociální chování – Vzhledem k depresivním stavům se u ní vyskytovaly potíže s adaptací. Kolektiv vrstevníků vyhledává, nejraději je v kolektivu dospělých lidí. Do činností se zapojuje podle nálady, někdy je třeba ji k činnostem přemlouvat, čeká na vyzvání. Chápe pravidla jednoduchých her. Ve volném čase se věnuje poslechu hudby, plete náramky a košíky. Zvládá jednoduché činnosti v domácnosti, utře nádobí, uvaří si čaj.

Komunikace a chápání řeči - Blanka komunikuje slovně, na své jméno reaguje a dokáže vyjádřit své přání. Oční kontakt udrží, slovní zásoba je přiměřená, porozumění je dobré. Vydrží poslouchat příběh a částečně jej převyprávět, obsahu rozumí.

Kognitivní schopnosti – Pozornost při činnostech je docela dobrá, je schopná samostatně vykonávat jednoduché činnosti (utírání nádobí, pracuje s keramickou hlinou). Dokáže třídit předměty a přiřazovat je dle tvaru, barev, skládá jednoduché puzzle. Zvládá opis textu, ale bez porozumění, ráda maluje.

Motorika – hrubá motorika je na velmi dobré úrovni, zvládá chůzi po rovině, ze schodů. Poskoky, dokáže napodobit jednoduché cviky, hraje si s míčem, plave, zvládá jízdu na kole, bruslí, ráda tancuje. Velmi ráda se věnuje pracovním činnostem (keramika, malování na sklo, pletení košíků a další).

Sebeobsluha – zvládne se sama obléknout i svléknout, rozepne si zip, zaváže tkaničky. Samostatně si umyje ruce, vyčistí zuby, osprchuje se. Stolování zvládá samostatně, používá příbor, pije ze sklenice.

Motivace – Pochvala, uznání, malý dáreček.

Orientace - Ve známém prostředí se orientuje dobře, v neznámém potřebuje pomoc, orientuje se v čase, umí určit čas na hodinách. Objevují se u ní obtíže s adaptací na nové prostředí a osoby.

Percepce – Na sluchové, zrakové, hmatové a chuťové podněty reaguje pozitivně.

Záznamy z prováděných činností: terapie probíhá 2 krát týdně.

Září 2010:

Cíl terapie:

- snaha o uvolnění, adaptace na prostředí
- rozvoj sluchového vnímání
- zraková stimulace

Průběh terapie:

Blanka měla zpočátku zábrany. Neprojevovovala příliš nadšení, stále se ptala, co budeme dělat. Věděla jsem, že Blanka má potíže s přijetím nových věcí a adaptací na nové prostředí. V první lekci jsem Blanku seznámila s tím, co zde budeme dělat. Vyzkoušela si lehnout na vodní postel a namasírovala jsem jí ruce, což má velmi ráda. Pouštěla jsem na uvolnění relaxační hudbu. Další setkání již nebylo takové nervózní. Blanka má zájem dotýkat se pomůcek a zkoušet jejich funkčnost. Opět jsme provedli masáž a zapálili aroma - lampičku s vůní, kterou Blanka vybrala.

Říjen 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj motoriky
- zraková stimulace
- hra s loutkou, plyšáky
- rozvoj komunikačních schopností

Průběh terapie: Tento měsíc jsme se věnovali příběhu o zvířátkách - Farma. Blanka má doma kocoura a vyprávěla mi, jak se o něj stará. Hrály jsme si spolu zvířátkové pexeso, což má Blanka v oblíbenosti a skládala puzzle s motivem koně. Blanka měla za úkol roztřídit jednotlivé druhy potravy ke zvířatům, kterými se živí. To zvládla dobře. Povídaly jsme si spolu o tom, jak to na farmě vypadá, jak se o zvířata starat. Blanka rozeznávala jednotlivé povrchy se zavázanýma očima. Potřebovala slovní dopomoc. Blanka si mohla vždy na konci lekce zvolit, co by chtěla dělat. Každé setkání se chtěla nechat namasírovat. K tomu jsme pouštěly relaxační hudbu.

Listopad 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj zrakového vnímání

- rozvoj jemné motoriky
- stimulace chuťových vjemů
- rozvoj čichového vnímání

Průběh terapie: Dále jsme pokračovali v motivaci – Farma zvířat. Blanka vyjádřila přání, aby s ní mohla do místnosti i její nejlepší kamarádka Helena. Děvčatům jsem vyhověla. Blanka více spolupracovala a byla veselejší. Blanka se oblékala do oblečení farmáře a pomáhala i své kamarádce, která to sama nezvládá. Do gumáků jsem jim dala různě velké předměty a ony měly hádat co to asi je. To je velmi bavilo a smály se. Po té jsme ochutnávaly ovoce. Děvčata si při přípravě ovoce do misek navzájem pomáhala. V dalším setkání přišla Blanka sama, ale mluvila o tom, že to bylo s Helou „fajn“. Vyprávěly jsme si příběh „Brémští muzikanti“ a ten, jsme následně skládaly podle dějové posloupnosti. Na závěr opět masáž. Blanka spolupracovala a byla milá.

Prosinec 2010:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- stimulace čichových vjemů
- vestibulární stimulace
- rozvoj zrakového vnímání

Průběh terapie: Dále jsme pokračovali v motivaci – Farma zvířat. Tentokrát jsme se zaměřili na rozvoj čichového a chuťového vnímání a zrakovou simulaci. Povídala jsem si s Blankou o tom, jak některá zvířata mění barvu, aby se uchránila před nebezpečím. Pomocí barevných světél jsme osvětlovaly místnost do různých barev. Blanka si tyto barvy sama volila. Zůstala na konec u zelené barvy. Tu chtěla v místnosti ponechat. Dále jsme si povídaly, jakou barvu má které ovoce a následně jsme k nim přičichávaly a ochutnávaly je. Blanka po celou dobu spolupracovala a byla aktivní. Počáteční nervozita opadla.

Leden 2011:

Cíl terapie:

- rozvoj sluchového vnímání
- zraková stimulace
- vibrační stimulace
- taktilní stimulace

- rozvoj komunikačních dovedností

Průběh terapie: Motivací, která nás provázela po celý měsíc, byla hra na „Na ledové království“. Blanka si příběh vyslechla a pomocí obrázku ho skládala podle dějové posloupnosti. Obrázky si vymalovala. Opět si chtěla zvolit osvětlení místnosti. Snažila se ji nasvítit jako ledové království a zvolila modrou barvu. Dále se zavázanýma očima vytahovala z pytlíku láhve s vodou horkou a studenou. Společně jsme ji nalévaly do mísy a rozpouštěly led. Blanka se po celou dobu zapojovala. Několikrát vznesla návrh, že by to chtěla ukázat své kamarádce Hele, na niž je hodně fixovaná. Ledem jsme se potíraly a sledovaly, jak se rozpouští. Blanka si sama vybrala hudbu, kterou chtěla poslouchat, místo masáže si sama zvolila houpání v síti. Blanka se často vyptává, co bude následovat, někdy nerada zkouší nové činnosti. Přestože, je zpočátku odmítá, mnohdy si je posléze oblíbí.

Únor 2011:

Cíl terapie:

- vibrační stimulace
- rozvoj zrakového vnímání
- taktilní stimulace

Průběh terapie: Dále jsme navázali na motivaci z předchozího měsíce. Hra na hudební nástroje. Co zní „ledově“ a který nástroj připomíná zimu? (triangl, rolničky, drhlo...) K pobytu v místnosti jsme opět přizvaly Helu. Hrály jsme na drumbeny (hudební nástroj podobný bubnu) hru Pošli mi rytmus. Blanka musela posílat rytmus, musela sledovat, kdy je ke hře vyzvaná mrknutím očí. Děvčata dobře spolupracovala. Poté jsme si vyráběly kuličky ze sněhu a rozpouštěly je na radiátoru. Blanka byla aktivnější ve společnosti Heleny. Stále vtipkovala. Dále jsem děvčata položila na podložku a pomocí masážního a vibračního strojku jsem jim stimulovala chodidla a následně provedla masáž chodidel olivovým olejem. Pak poznávaly látky podle hmatu. Obě dívky byly spokojené a velmi aktivní.

Březen 2011:

- rozvoj zrakového vnímání
- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace

- rozvoj komunikativních dovedností

Průběh terapie: Blance se jít nechtělo, poslední dny je velmi pasivní až plačtivá. Helena, její kamarádka ze školy, je v nemocnici a Blanka to velmi špatně snáší, je na ni příliš fixovaná. Nakonec se mnou odchází a chce si povídat o tom, co bude dělat, až se Hela vrátí. Nasvítily jsme si místnost a Blanka se houpala v síti. Potřebovala si popovídat. Nechala jsem ji zvolit si činnost sama. Tím, že si popovídala, se trochu zklidnila a odešla zpět za ostatními. Helena se vrátila do stacionáře po 14 dnech. Blance se zlepšila nálada. Vzala jsem na terapii obě dívky. Blanka byla spokojená. Mluvily jsme o dovolené. Děly hrad z písku, to se děvčatům líbilo a plánovaly si společně cestu k moři. Blanka byla jako vyměněná, spolupracovala a komunikovala. Hledaly po místnosti předměty, které patří a které nepatří na dovolenou k moři. Malovaly prstovými barvami moře. Vzájemně spolupracovaly.

Duben 2011:

- rozvoj chuťového vnímání
- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- rozvoj čichového vnímání

Průběh terapie: Opět jsme navázali na motivaci – Dovolená u moře. S Blankou jsme třídily ovoce, které roste u nás a které v cizích zemích. Připravené ovoce ochutnávala. Zapálila jsem aroma lampu, Blanka si zvolila citrusovou vůni. A hrály jsme si na moře a opalování. Přikládala jsem Blance zahřátý parafín na záda, jako že je zahřátý od sluníčka. V písku jsme dělaly stopy a hledaly rozdílly. Poslouchaly jsme zvuky z otevřeného okna, kdo jich slyší nejvíc. Blanka si přála opět masáž na vodním lůžku. Spolupracovala dobře. U Blanky se občas vyskytují výkyvy nálad. Když je v nepohodě stále mluví o stejných tématech, která jsou pro ni důležitá, jako je její kamarádka Hela nebo hodinky, které Blanka sbírá. Je vhodné ji nechat pro adaptaci vždy chvíli vypovídat, lépe potom spolupracuje.

Květen 2011:

- rozvoj komunikačních dovedností
- rozvoj zrakového vnímání
- taktilní stimulace

- vestibulární podněty

Průběh terapie: Opět jsme pokračovali v motivaci Dovolená u moře.

Dělali jsme společně vítr pomocí fénu a rozfoukávali papírové kuličky. Potom jsme si hráli na foukanou a foukali do papírových kuliček pusou. Líbilo se jí to. Foukala si do vlasů a na mě. Ráda si fouká vlasy po umytí. Ochutnávaly jsme zmrzlinu a Blanka kousek připravila i pro Helu. Dále kreslila pohledy pro maminku a Helu. Povídaly jsme si o tom, co plánuje na prázdniny. Pomocí světel jsme si nasvítily místnost. Blanka měnila různé barvy světel, posílaly jsme si barevné měnící se koule a zapnuly si disco kouli a Blanka pozorovala pohybující se světla. Vše jsme měly podbarvené relaxační hudbou. Blanka spolupracovala, relaxovala a byla klidná.

Červen 2011:

- rozvoj komunikačních dovedností
- rozvoj sluchového vnímání
- taktilní stimulace
- rozvoj chuťového vnímání
- vibrační stimulace
- rozvoj čichového vnímání

Průběh terapie: Motivace po celý měsíc – Procházka lesem. Na zemi větvičky jehličnanu, šišky, listy. Blanka měla za úkol rozlišovat vůně jehličí, listů. Vyráběly jsme kytičky z přírodnin. Vše jsme podbarvily CD zvuky zvířat a ptáků. U toho jsme s Blankou rozlišovaly jednotlivá zvířata. Hrála si na noc v lese. Blanka nechtěla úplnou tmu. Rozsvítily jsme tedy baterku. Hrála si s ní a moc jí to zaujalo. Prohledávala místnost za tmy s pomocí baterky a snažila se osvětlit všechny světelné předměty. Blance se to líbilo. Zvolila si na závěr masáž olivovým olejem, dále jsem jí pomocí vibračního strojku masírovala plošky nohou a horní končetiny. Pak ochutnávala ovoce, které roste v lese - jahody, ostružiny. Blanka spolupracovala. Již dokáže odhadnout, co ji při činnostech čeká. Není již taková uzavřená. Dokáže si sama určit, kterými činnostmi se bude zabývat.

4. 7 Výsledky šetření

Výzkumné šetření probíhalo zhruba jeden rok, od září 2010 do září 2011, ve Stacionáři Jasněnka v Uničově. Cílem výzkumu bylo analyzovat současný stav užívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka a na základě získaných výsledků navrhnout změny, které povedou ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen v uvedeném zařízení. K dosažení základního cíle byly formulovány výzkumné teze, k jejichž ověření byla využita metoda kvalitativního výzkumu s použitím teoretické analýzy, případových studií, pozorování a rozhovoru.

Metoda Snoezelen je jako alternativní podpůrná metoda práce s osobami s mentální retardací ve Stacionáři Jasněnka používána od roku 2008. Tehdy byla ke zbudování multisenzorického prostředí využita málo frekventovaná místnost, která především svým umístěním a přístupem v budově stacionáře vyhovovala požadavkům nerušeného místa pro aplikaci metody Snoezelen. Místnost byla vybavena vodní postelí a základními světelnými a hudebními pomůckami a následně využívána spíše jako relaxační místnost. Teprve později se začalo s metodou Snoezelen pracovat také jako s edukační metodou pro rozvoj smyslového vnímání. Do místnosti docházeli v nepravidelných intervalech prakticky všichni uživatelé stacionáře v rámci tzv. aktivizačních činností, které jsou uživatelům nabízeny v mezích základních činností poskytované služby. Během doby se vyprofilovala skupina uživatelů, kteří do Snoezelen místnosti začali chodit pravidelněji podle stanoveného rozvrhu. Někteří uživatelé neměli o pobyt v místnosti zájem, nebo se v místnosti necítili dobře, a dál tedy do místnosti nedocházeli.

Jednotlivé terapeutické jednotky během zkoumaného období trvaly zpravidla 45 minut. Dle individuálních potřeb uživatelů byla doba pobytu v místnosti zkracována nebo naopak prodlužována, pokud bylo dosahováno žádaného efektu a ukončením v přesném časovém rozvrhu by byl přerušen zážitek z prožívání uživatele. Terapeutické lekce probíhaly jednou týdně individuálně i skupinově pod vedením pracovníka, který s uživatelem provádí i jiné činnosti (prozatím není v zařízení specializovaný pracovník). Uživatelé ze zkoumaného vzorku docházeli do místnosti častěji individuálně než se skupinkou. U všech uživatelů jsem zaznamenala pozitivní projevy spojené s vědomím, že se bude konat terapeutická lekce ve Snoezelenu. Uživatelé se na pobyt těšili. Samotné lekce se skládají z úvodní části, která obsahuje přivítání a domluvu na tom, jaké činnosti se bude uživatel věnovat, dále z aktivní části, kdy se pracuje s určitými specifickými

pomůckami, následuje relaxační část pro zklidnění. Na závěr lekce se provede společné zhodnocení lekce (pro zajištění zpětné vazby) a provede se rituál rozloučení. Aktivní a relaxační část je většinou stejně dlouhá, ale jejich délka se může přizpůsobit momentální náladě. Během lekcí je využívána doteková terapie s prvky bazální stimulace, dále relaxace, práce se světelnými pomůckami, činnosti pro uvědomování si vlastního těla, pracuje se se zvukovými a hmatovými pomůckami.

Reakce uživatelů během lekcí jsem zaznamenávala do poznámek o průběhu terapie, které jsou součástí jednotlivých kazuistik. Uživatelé reagovali na pobyt v místnosti různým způsobem. Marek byl při prvním kontaktu v místnosti nejistý, nevydržel dlouho u činnosti, nejoblíbenější u něj byly světelné efekty, pohupování na vodním lůžku spojené s masážemi. Nejevil však žádný zájem o vonné podněty. Naopak Zdeněk neměl s novým prostředím žádné potíže, na podněty reagoval pozitivně, oblíbil si činnosti na motivy zvířat, rád komunikoval s terapeutem a vykládal o různých tématech. Nerad zůstával v klidu, potřeboval neustálý pohyb. Na pobyt v místnosti se vyloženě těšil. Další sledovanou uživatelkou byla Blanka. Ta měla s adaptací na prostředí místnosti největší potíže, vzhledem ke svým občasným depresivním náladám, které však byly překonány relaxačními činnostmi a zklidňováním s masážemi. Masáže si nakonec tak oblíbila, že je vyžadovala téměř každou lekci. Chtěla také být v místnosti společně se svou kamarádkou. Její přítomnost výrazně podněcovala Blančinu vůli provádět nové činnosti, kdežto sama spíše vyhledávala již činnosti známé, u nových činností byla vždy trochu nervózní. Na světelné i zvukové podněty reagovala časem pozitivně. Během doby pozorování u ní došlo k výraznému zklidnění. Všichni uživatelé si návštěvy ve Snoezelen místnosti oblíbili a pokračují v pravidelných pobytech i nadále.

Podle mých zjištění z pozorování mohu konstatovat, že specifické prostředí Snoezelenu a zprostředkování záměrných primárních podnětů vyvolává hluboký prožitek, který by jedinec s mentální retardací neměl v běžném životě šanci prožít. Umožňuje jim také zažít radost a úspěch, dochází k rozvoji smyslového vnímání, zlepšuje se koncentrace, jemná motorika, dochází k uvolnění svalového tonu a zlepšení dýchání. Vlivem snahy verbálně projevit své pocity a úzkým kontaktem s terapeutem dochází také k rozvoji komunikačních schopností. Pobyt ve Snoezelen místnosti měl u uživatelů také jednoznačný vliv na potlačení projevů negativního chování a vedlo k celkovému zklidnění.

Uvedená zjištění potvrzují také rozhovory s terapeutem a uživatelem, kdy bylo konstatováno, že uživatelé se na pobyt v místnosti těší, přijímají činnosti ve Snoezelenu pozitivně a chtějí v této činnosti i nadále pokračovat. Dle vyjádření terapeuta dochází po pravidelných lekcích většinou ke zlepšení reakcí uživatelů na jednotlivé podněty a atmosféra v místnosti a nabízené aktivity podněcují dítě ke spontánní činnosti. U uživatelů došlo během sledovaného období k rozvoji smyslového vnímání, nelze však jednoznačně prokázat, že tento vývoj je způsoben pouze užíváním metody Snoezelen, neboť se tito uživatelé účastní také jiných aktivit a je s nimi pracováno podle jejich individuálních potřeb, které s rozvojem kognitivních schopností většinou souvisí.

Na základě mého pozorování a rozhovoru vedeného s terapeutem (vybraným pracovníkem, který metodu používá) a vybraným uživatelem jsem došla k závěru, že užívání metody Snoezelen má na uživatele stacionáře (osoby s mentální retardací) pozitivní vliv, rozvíjí jejich poznávací schopnosti, přináší jim pozitivní prožitky a tím obohacuje jejich život. **Výzkumná teze č. 1 se tedy potvrdila.**

Při posuzování pravdivosti výzkumné teze č. 2, tedy jestli je metoda Snoezelen ve sledovaném zařízení prováděna v souladu s obecně uznávanými principy jejího provádění, je nutno si položit otázku, jaké jsou ve skutečnosti obecně uznávané principy a techniky užívání této metody. Jelikož metoda Snoezelen není samostatným vědním oborem s přesně definovanými zásadami, technikami a postupy, je možno při jejím užívání vycházet z doporučení a návodů v odborné literatuře autorů, kteří se touto metodou zabývají a také ze zkušeností pracovišť, kde metodu aplikují v praxi. Koncept Snoezelen nevyužívá specifických metod charakteristických pouze pro Snoezelen, uplatňují se zde přístupy jiných metod a terapií, jako je bazální stimulace, míčkování, muzikoterapie a další, pouze prostředí, ve kterém se s jedincem pracuje, je jedinečné a specifické. Konečný efekt je do značné míry ovlivněn také kreativitou a fantazií pracovníků, kteří metodu používají, je závislý na tom do jaké míry terapeuté znají individualitu uživatele, jak dokážou vnímat uživatelské potřeby, jak se umí vcítit do jeho momentální nálady a tomu všemu přizpůsobit prováděné činnosti.

Z hlediska hodnocení kvality provádění metody Snoezelen je potřeba zvlášť analyzovat prostředí, ve kterém se metoda aplikuje, tou je samotná Snoezelen místnost a její vybavení, a zvlášť analyzovat úroveň prováděných činností. Jak vyplynulo z rozhovoru s terapeutem, metoda Snoezelen se v zařízení začala zavádět s potřebou rozšíření aktivit pro skupinu uživatelů s těžkou až hlubokou mentální retardací a jako

prostředek pro zklidnění a relaxaci hyperaktivních jedinců. To přineslo podle terapeuta pozitivní výsledky, a potvrdila se tak jeho očekávání, že tato metoda má při práci s osobami s mentální retardací své opodstatnění. Pro činnosti ve Snoezelen místnosti jsou pracovníky využívány běžné terapeutické postupy jako je doteková terapie, bazální stimulace, prvky muzikoterapie, dramaterapie a další techniky. Pracovníci jsou v těchto technikách vzděláváni v odborných akreditovaných kurzech a praktických seminářích. Na základě svých zkušeností, znalostí a výsledků mého pozorování mohu konstatovat, že úroveň prováděných činností pracovníky zařízení je uspokojivá. Pozitivně hodnotím také snahu pracovníků dále se v provádění Snoezelen metody zdokonalovat a hledat nové možnosti pro zefektivnění jejího působení.

Pro analýzu prostředí, ve kterém Snoezelen probíhá, vycházíme z principů, že správná poloha místnosti zbavená rušivých vlivů vnějšího prostředí, její dobrá přístupnost, dostatečná velikost a odpovídající vybavení jsou základními atributy pro správné fungování metody Snoezelen. Umístění místnosti ve stacionáři je po všech stránkách vyhovující, jak již bylo popsáno v kapitole 4.4. Také přístupnost místnosti a další podmínky, jako je možnost odvětrání, zatemnění a podobně, jsou vyhovující.

Místnost je dnes využívána prakticky všemi pracovníky v přímé péči, neboť tato metoda nevyžaduje speciálního vzdělání a může ji aplikovat prakticky každý. Ukazuje se však, že práce na budování multisenzorické místnosti a její následné používání a aplikování metody Snoezelen probíhalo zpočátku spíše živelně a bez hlubšího porozumění uvedené problematice a bylo vedeno spíše snahou pracovníků zařízení přinést uživatelům služeb v Jasněnce něco nového. Z toho vyplývá určitá nepromyšlenost, která provázela vybavování místnosti světelnými, zvukovými a dalšími prvky a pomůckami. Inspirací pro vybavení místnosti byly především fotografie jiných místností získané z internetu a odborných časopisů. Pokus umístit do místnosti všechny prvky běžně se ve Snoezelen prostředí vyskytující vedla k určité neuspořádanosti v rozvržení prvků a také k jejich zbytečné nedimenzovanosti, jež způsobila nedostatečnou velikost místnosti. Některé prvky se ukazují spíše nevhodnými nebo neefektivními, jako jsou třeba často poruchové světelné hadice nebo nevhodně umístěná discokoule v rohu místnosti, jejíž světelné odrazy jsou uživatelům spíše nepříjemné. Místnost by bylo naopak potřeba ještě dovybavit jinými prvky, například měkkým nábytkem, projektorem, hmatovými a vonnými pytlíky, atd.

Dle výsledků mého pozorování i názoru terapeuta, se jeví jako určitý nedostatek celého procesu praktikování metody Snoezelen v zařízení, nedostatečná velikost Snoezelen místnosti. To se projevilo především při manipulaci s uživateli s omezenou hybností, u kterých je zapotřebí při přesunu na vodní lůžko použít zvedací zařízení. Přístup k lůžku je omezený a po uložení uživatele na lůžko není zase kam umístit zvedák nebo vozík. Velkou část místnosti zabírá právě vodní lůžko. Některým uživatelům však podle vyjádření terapeuta nedělá polohování na lůžku dobře, přitom k dosažení podobného efektu by stačilo využít tzv. měkký nábytek – sestavy, jejichž výplň tvoří kopleňové kuličky, nebo houpačí síť. Na jejich umístění do místnosti už však nezbývá žádné místo. Další problém nastává ve skupinové terapii při relaxaci, protože při jakékoli pohybové činnosti si uživatelé navzájem překáží.

Dalším nedostatkem v místnosti je elektroinstalace. Všechny světelné i zvukové prvky vyžadují připojení k elektrické síti různě dlouhými kabelem, mnohdy je nutno délku ještě nastavovat prodlužovacími kabelem ke stávajícímu rozvržení elektrických zásuvek. I když jsou tyto kabely vedeny pokud možno co nejvíce po obvodech místnosti, není tento způsob připojení prvků ideální jak z hlediska bezpečnosti, tak z hlediska estetiky, poněvadž dochází k narušování celkového dojmu z prostředí.

I přes uvedené nedostatky však lze konstatovat, že místnost samotná i její materiální vybavení odpovídá účelu, pro který byla zřízena.

Z hlediska prostředí, ve kterém je metoda Snoezelen prováděna a z hlediska úrovně činností v něm prováděných jsem došla k závěru, že metoda Snoezelen je ve Stacionáři Jasněnka aplikována ve shodě s obecně uznávanými principy užití této metody.
Výzkumná teze č. 2 se potvrdila.

5 Opatření ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen

Dle závěrů výzkumného šetření je metoda Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka užívána ve shodě s obecně uznávanými principy užití této metody, má na uživatele stacionáře pozitivní vliv, uživatelé jsou s jejím prováděním spokojeni a na terapeutické lekce se těší. Aplikace této metody tedy plní svůj účel a přináší kýžený efekt. Přesto bych chtěla předložit své návrhy na zkvalitnění užívání této metody v uvedeném zařízení, které se týkají samotné místnosti Snoezelen a jejího vybavení, personálního zabezpečení a záznamů o vykonávané činnosti.

5.1 Místnost Snoezelen

V souvislosti s tvrzením uvedeným v úvodním odstavci této kapitoly se nabízí otázka, jestli je potřeba na zavedeném systému provádění metody něco měnit, nebo postačí pouze sledovat vývoj v této oblasti a zapracovávat nové přístupy, techniky a dále vybavovat místnost novými pomůckami? Podle mého názoru to nestačí, naopak stávající situaci bych navrhla upravit zcela zásadním způsobem a to přemístěním multisenzorického prostředí do jiné, svou velikostí lépe vyhovující místnosti. Tím by se vytvořily podmínky pro odstranění nedostatků, o kterých jsem se zmínila v předchozí kapitole. Získala by se také nová příležitost vybudovat Snoezelen místnost podle předem promyšleného záměru, který by zohledňoval všechny požadavky na bezproblémový chod místnosti, což by vedlo k větší efektivnosti užívané metody. Pro zřízení multisenzorického prostředí byla na počátku využita jediná volná místnost v budově, nebylo tedy možno zkoumat, do jaké míry je tato místnost vyhovující. Organizační změny v zařízení, k nimž došlo v posledním období, přinesly možnost využití jiné vhodnější místnosti. Tuto příležitost je potřeba využít.

Dalším argumentem pro jinou místnost je nutnost ukryt rozvody elektroinstalace do stěn místnosti, což vyžaduje stavební úpravy a s tím spojené výdaje. Není však vhodné investovat do nevyhovující místnosti.

Nejdůležitějším předpokladem pro vybudování nové místnosti je získat pro tento záměr souhlas vedení organizace, protože je nutno počítat s finančními náklady, které bude potřeba vynaložit na úpravu místnosti ještě před jejím zařizováním. Finanční prostředky lze dnes získat především prostřednictvím grantových programů českých i zahraničních nadací a společností nebo formou sponzorských příspěvků. Celkový

rozpočet na vybudování nové Snoezelen místnosti by nemusel být tak velký, neboť vybavení stávající místnosti by se využilo. Největší část výdajů by tvořily stavební práce spojené s instalací elektrorozvodů, dále při úpravě omítek a nátěrů a úpravě povrchů. Další výdaje by byly spojené s pořízením nových světelných, zvukových a jiných prvků, které by doplnily doposud používané vybavení.

V případě získání souhlasu k provedení zamýšlené změny, bychom se dostali na samotný začátek našeho záměru, tedy zřízení nové multimyslové místnosti, tentokrát však s respektováním logické posloupnosti jednotlivých kroků. Nejdříve je nutno vypracovat si plánec místnosti s rozvržením jednotlivých prvků vybavení tak, jak bude v konečném výsledku místnost vypadat. Tento plánec pak bude sloužit jako podklad pro jednotlivá řemesla. Bylo by dobré prodiskutovat plánec s odborníky na výstavbu Snoezelenu, kteří nám mohou poskytnout cenné rady tak, abychom se mohli vyhnout zbytečným chybám. Plánek je nutno konzultovat také s řemeslníky, zejména s elektrikáři. V této etapě přípravy je nutno promyslet následující oblasti:

- elektroinstalace
- topení
- klimatizace
- úprava omítek pro nátěr
- úprava povrchu podlahy
- zatemnění
- rozvržení místnosti
- instalace techniky
- rozmístění nábytku a pomůcek

Elektroinstalaci je nutno navrhnout a vybudovat s několika okruhy pro nezávislé užívání různě rozmístěné světelné techniky. Elektroinstalace musí být zabudována ve zdech místnosti. Rozmístění jednotlivých zásuvek a vypínačů je nutno naplánovat společně s projektantem a elektrikářem. Topení v místnosti by mělo být regulovatelné termostatickými hlavami. Klimatizace dnes již patří ke standardnímu vybavení místnosti, navíc je možno pořídit a používat nejrůznější filtry s antialergickou, antivirovou a antibakteriální ochranou. Úprava omítek pro nátěry by se měla provést vždy, zejména pokud chceme kvalitním otěruvzdorným nátěrem dosáhnout lepších výsledků. Volba odstínu barvy je také velmi důležitá. Pro náš záměr bych navrhovala kombinaci bílé a zelené nebo modré. Úpravu povrchu podlahy je zapotřebí nechat na odborníkovi.

V zamýšlené místnosti je položené starší lino, které již jeví známky opotřebovanosti a bude jej nutné strhnout. V konečném výsledku bude na podlaze položen koberec. Pro zatemnění použijeme stávající venkovní rolety, jedna roleta by se ještě pořídila. Takto bude místnost připravena po stavebních úpravách k jejímu zařizení.

5.2 Vybavení místnosti Snoezelen

V původním plánu místnosti, kdy plánujeme rozvržení jednotlivých prvků, musíme rozvrhnout místnost tak, aby bylo zohledněno místo pro ležení, polosed a sezení, pro houpání, také pro uložení vozíku a zvedáku, případně jiné kompenzační pomůcky. Pro vybavení místnosti by se použil stávající nábytek i s vodním lůžkem doplněný o tzv. měkký nábytek, který by umožňoval větší flexibilitu, možnost měnit uspořádání místnosti v závislosti na různých potřebách jednotlivých uživatelů. Měkký nábytek by měl být netradičních tvarů, různých povrchů i náplní, měl by být variabilní a musí splňovat nároky na hygienu. Nevhodná je kůže i koženka. Oproti stávající místnosti by se mohla v nové místnosti umístit i houpací síť.

Hudební a světelná technika se z větší části použije ze stávající místnosti a doplní se o některé další prvky, jako je projektor, který v místnosti umožňuje navozovat atmosféru východu slunce, hvězdného nebe, moře, vodního světa a dalších, dále potom o světelnou síť, která se instaluje na stropu místnosti a navozuje představu hvězdného nebe. K jednomu používanému vodnímu sloupci by se pořídil ještě jeden až dva a všechny by se umístily k zrcadlové stěně, která světelný efekt znásobí.

Do vybavení místnosti bychom nově zařadily i hmatové a vonné pytlíky a některé drobné pomůcky pro stimulaci hmatu a čichu dle aktuální nabídky trhu. Jiné prvky, které jsou sice efektní, ale pro uživatele jsou třeba rušivé a odvádějí pozornost nebo jsou nepříjemné, budou vyřazeny.

5.3 Personální zabezpečení

Jak již bylo uvedeno, místnost využívají všichni pracovníci v přímé péči, kteří zde vykonávají činnost dle svého uvážení. To však nedává záruku kvalitního provádění metody, protože jednotliví pracovníci nejsou v uvedené metodě patřičně proškoleni a inspiraci pro svou činnost nacházejí především v literatuře a na internetových stránkách. Mým návrhem pro zkvalitnění užívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka je vyčlenění jednoho až dvou pracovníků, kteří by se uvedené metodě věnovali soustavněji

a hlouběji. Tito pracovníci by se proškolili v odborných kurzech, získali by praktické dovednosti během stáží u jiných organizací a následně budou plnit roli dohlížitelů, kteří budou provádění metody odborně zabezpečovat buď sami, nebo proškolí ostatní pracovníky.

Za důležité zde považují, že tito pracovníci nebudou vybráni vedením stacionáře, ale bude to umožněno vykonávat někomu, kdo se chce touto metodou sám důkladněji zabývat. Tím bude vytvořen předpoklad pro úspěšnost celého procesu.

5. 4 Dokumentace

Poslední z mých návrhů na zkvalitnění užívání metody Snoezelen ve Stacionáři Jasněnka se týká písemných záznamů o prováděné činnosti. V dosavadní praxi se žádné písemné záznamy o aplikaci metody, o jejím průběhu u jednotlivých uživatelů, o plánování a hodnocení činnosti neprovádějí. Pokud však chápeme Snoezelen jako terapeutický, relaxační nebo edukační prostředek, přičemž každý z uživatelů může multismyslové prostředí užívat jiným způsobem, vyžaduje tento prvek respektu individuality určitý způsob přípravy pobytu ve Snoezelen místnosti. Je zapotřebí u každého uživatele stanovit dlouhodobý cíl, kterého chceme pomocí působení metody Snoezelen u uživatele dosáhnout a jeho časové rozložení do jednotlivých hodin. Také stanovit obsah hodiny, její organizaci, zamyslet se nad výběrem a přípravou pomůcek, které během pobytu použijeme a rovněž v určitých časových úsecích hodnotit průběh dosahování cíle. Tyto skutečnosti by se měly zaznamenávat formou jednoduché dokumentace se stanovením podmínek, za jakých bude dokumentace vedena s ohledem na ochranu osobních údajů uživatelů. Záznamy o prováděné činnosti ve Snoezelenu mohou sloužit nejen pracovníkům, kteří budou metodu provádět, ale také ostatním pracovníkům v přímé péči, kteří mohou informace využít při své práci s uživateli.

Závěr

Lidé s různým stupněm mentální retardace byli v minulosti předmětem předsudků a negativních postojů společnosti, které pramenily zejména z jejich odlišnosti od majoritní populace. Tento jev se však s postupným uplatňováním principů humanizace a demokracie stává ve vyspělém světě minulostí a naopak se do popředí zájmu dostávají snahy lidem s jakýmkoli zdravotním postižením, tedy i mentální retardací, zajistit takové podmínky, které jim umožní prožít smysluplný a v rámci individuálních možností i plnohodnotný život. Některé mezinárodní úmluvy a deklarace tuto povinnost smluvně zavázaným státům přímo nařizují. Otevírá se tím prostor pro uplatnění různorodých forem péče a podpory, jež povedou k uspokojení základních lidských potřeb a k rozvoji osobnosti lidí s mentální retardací.

Jednou z uznávaných a stále více využívaných technik práce s těmito jedinci je metoda Snoezelen, která se uplatňuje zvláště u skupiny osob s těžkou až hlubokou mentální retardací a to díky svým speciálním podmínkám a postupům. Specificky upravené multismyslové prostředí využívající záměrných sensorických podnětů napomáhá vybudovat pomocný můstek v komunikaci mezi těžce postiženými a zdravými lidmi. Pobyt ve Snoezelen místnosti umožňuje takovým lidem prožít hluboký zážitek, o který by byli v běžném životě ochuzeni. Během uplynulých desetiletí se došlo k poznání, že tato metoda přispívá k celkovému uvolnění, podporuje seberealizaci, napomáhá snížení agresivního chování, rozvíjí smyslové vnímání, emocionalitu, komunikaci a motoriku, ale také přispívá k lepší socializaci a integraci do sociálních struktur.

Od svého vzniku prošla metoda Snoezelen řadou proměn. Dnes je svými zastánci považována jednak za volnočasovou aktivitu, ale také jako podpůrnou edukační metodu a v neposlední řadě jako právoplatnou terapeutickou metodu s respektováním všech postupů a zásad charakteristických pro jakoukoli formu terapie.

Smyslem mé bakalářské práce bylo pomocí teoretické analýzy poznatků problematiky jedinců s mentální retardací a problematiky užití terapeutických metod se zaměřením na metodu Snoezelen zmapovat aktuální stav užívání této metody ve Stacionáři Jasněnka v Uničově, který poskytuje sociální služby uživatelům s mentálním postižením a kombinovanými vadami.

Cílem práce bylo zhodnotit kvalitu provádění metody Snoezelen a na základě analýzy získaných výsledků navrhnout a předložit soubor opatření, jež povedou ke zkvalitnění užívání metody Snoezelen v uvedeném zařízení.

Průzkumem se potvrdilo, že způsob provádění metody Snoezelen v uvedeném zařízení je v souladu s uznávanými principy a postupy a její aplikace má na uživatele stacionáře, tedy osoby s mentální retardací, pozitivní vliv. Domnívám se také, že realizace mnou navržených nápravných opatření by pomohla zajistit další úspěšný rozvoj a dosažení vyšší úrovně kvality užívání metody Snoezelen u osob s mentální retardací ve Stacionáři Jasněnka.

Použitá literatura

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-7315-161-4.

ČERNÁ, M. et al. 2008. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Universita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-1565-3.

EISERTO VÁ, J., ŠVESTKOVÁ, R. 2011. *Pobytové a volnočasové aktivity se zaměřením na problematiku canisterapie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějovicích. ISBN 987-80-7394-294-6.

FILATOVA, R., JANKŮ, K. 2010. *Snoezelen*. 1. vyd. Ostrava: Tiskárna Kleinwachter. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRANIOK, P., KALEJA, M., ZEZULKOVÁ, E. 2010. *Transformace speciálních vzdělávacích potřeb v kontextu kurikulárních dokumentů*. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-921-6.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1314-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

CHRÁSKA, M. 1993. *Základy výzkumu v pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství University Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-287-0.

JANKŮ, K. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-915-5.

JISKROVÁ, I., CASKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, T. 2010. *Hiporehabilitace*. 1. vyd. Brno: Mendelova universita v Brně. ISBN 978-807375-390-0.

KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0991-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2699-1.

NERANDŽIČ, Z. 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros nakladatelství. ISBN 80-00-01809-8.

- OPATŘILOVÁ, D. 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita v Brně. ISBN 80-210-3819-5.
- PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. et al. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. 2003. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0873-2.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie*. 3.vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2.
- VOTAVA, J. 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická universita v Liberci. ISBN 978-80-7372-449-8.

Elektronické zdroje

- PLECHÁČKOVÁ, M. *Snoezelen - multismyslová relaxační místnost* [online]. 2009, poslední revize 29. 9. 2009 [cit. 2011-08-22]. Dostupné z <www.muzikohrani.cz>.
- Občanské sdružení jasněnka. *Průběh poskytované služby ve Stacionáři Jasněnka* [online]. 2011, poslední revize 5. 7. 2011 [cit. 2011-11-15]. Dostupné z <www.jasněnka.cz>.
- Občanské sdružení jasněnka. *Veřejný závazek občanského sdružení Jasněnka* [online]. 2011, poslední revize 8. 6. 2011 [cit. 2011-11-10]. Dostupné z <www.jasněnka.cz>.

Příloha č. 1: Rozhovor s terapeutem (doprovázejícím pracovníkem)

1. Oblast: očekávání terapeuta

1. Jaká očekávání jste měli v začátcích užívání místnosti Snoezelen?

Očekávala jsem větší rozšíření nabídky činností pro uživatele. A to především pro klienty s těžkým postižením, kteří nemají možnost větší zábavy a jsou většinou závislí na pomoci jiných osob. Pro tyto uživatele není snadné neustále vymýšlet činnosti tak, aby se zaktivizovali a nezůstávali opomíjeni. Dalším mým očekáváním bylo využívat tuto místnost ke zklidnění hyperaktivních dětí.

2. Naplnilo se vaše očekávání?

Myslím, že se má očekávání naplnila více, než jsem si sama představovala. Nejdříve jsme místnost opravdu více používali ke zklidnění, relaxaci a uvolnění, čehož se následně využívalo třeba při fyzioterapii. Později jsme začali v místnosti provádět i činnosti, které vedly ke stimulaci jednotlivých smyslů v rámci rozvoje poznávání a zdá se, že jsme dosáhli i určitého pokroku.

3. Kterí uživatelé do Snoezelen místnosti docházejí?

Nejčastěji tuto místnost využívají uživatelé s poruchou hybnosti, dále autistické děti a klienti s hyperaktivitou. Primárním postižením je samozřejmě mentální retardace.

4. Jaké techniky práce využíváte?

Využíváme dotekovou terapii s prvky bazální stimulace. Dále relaxaci, práci se světelnými pomůckami, činnosti pro uvědomování si vlastního těla, pracujeme se zvukovými a hmatovými pomůckami a také využíváme prvky dramaterapie, na tu se více zaměřujeme v poslední době.

5. Jak reagují uživatelé na nabídku aktivit?

Tady je nutno podotknout, že se uživatelé do značné míry podílejí na výběru činností, sami si určují, co je jim příjemné a co by chtěli dělat. V činnostech, které jim příjemné nejsou, se nepokračuje.

6. Zažila jste ve své praxi, že by někdo z uživatelů odmítal pobyt v místnosti, nebo že by mu byly prováděné aktivity nepříjemné?

Ano, u některých uživatelů jsem se setkala i s negativní reakcí. Někteří nechtěli do Snoezelen místnosti docházet zpočátku vůbec, protože je přítmí v místnosti zneklidňovalo, ale to bylo způsobeno spíše nezkušeností z naší strany. Postupnou úpravou podmínek byla tato překážka odstraněna. Někdo odmítal pobyt na vodním lůžku, protože to s ním houpalo, dalšímu byly nepříjemné světelné odlesky točící se zrcadlové koule. U uživatelů s diagnostikovanou epilepsií se vyhýbáme světelné projekci na zdech.

7. Došlo po určité době u uživatelů ke změnám?

Po pravidelné terapii dochází většinou ke zlepšování reakcí uživatelů na jednotlivé podněty. Atmosféra v místnosti a nabízené aktivity podněcují dítě ke spontánní činnosti.

8. Vyhovuje Vám způsob uspořádání místnosti?

Bohužel musím konstatovat, že je škoda, že v době, kdy jsme se do budování místnosti pustili, nebyla k dispozici žádná větší místnost a museli jsme se přizpůsobit této místnosti. Takže uspořádání všech prvků v místnosti neodpovídá mým představám, ale s tím se asi zatím nedá nic dělat.

9. Měla byste nějaké nápady na zlepšení?

Co se týče vybavení, myslím, že po prvotním zařízení místnosti se v dalším doplňování pomůcek i některých efektních prvků už nepokračovalo a to je škoda. Mezitím se na trhu objevily i další pomůcky, které by mohly činnost v místnosti zpestřit. Například bych pořídila dešťovou hůl, světelná vlákna, zvonkohru, dále bych rozšířila počet hmatových a vonných pytlíků, líbilo se mi dovybavit místnost sedacími vaky. Pořídila bych CD se zvuky z přírody (moře, vítr, les...) a asi nejvíce bych uvítala, kdybychom mohli do místnosti pořídít projektor.

10. Upřednostňujete při práci více formu individuální nebo skupinovou?

Upřednostňuji formu individuální, protože na všechno je více času i prostoru a kontakt s jedním uživatelem je hlubší. Ale používáme i formu skupinovou a to hlavně pro relaxační činnosti, kdy jsou v místnosti maximálně tři uživatelé a to z toho důvodu, že více by se jich do místnosti ani nevešlo.

11. Vzděláváte se v této oblasti?

Ano, ale doposud jsem se vzdělávala spíše samostudiem. Vyhledávám informace na internetu, případně v odborných publikacích. Myslím ale, že nám scházejí praktické dovednosti a zkušenosti, a proto jsem se přihlásila na kurz o využívání metody Snoezelen.

12. Zapojují se do terapie i rodiče uživatelů? Pokud ano, jakým způsobem?

Prozatím ne. Rodiče jsme do terapie nezapojili.

13. Jak tato terapie působí na Vás samotné, přináší Vám uspokojení?

Vnímám pozitivní vlivy terapie i na mne samotnou. Ráda se této činnosti věnuji. Je to něco úplně jiného a vnímám také vděčné reakce uživatelů, což se například u nácviku oblékání nedá očekávat.

14. Umožnila Vám tato terapie více prohloubit vztah k uživatelům?

Myslím si, že ano. Hlavně během individuálních lekcí, kdy se často dostávám do přímého fyzického kontaktu s uživatelem, provádíme různé věci společně, komunikujeme spolu a více se navzájem poznáváme.

15. Domníváte se, že došlo prostřednictvím této terapie ke zkvalitnění života uživatelů?

Určitě ano. Každé takové rozšíření činností je samozřejmě velice pozitivní, umožňuje to jedincům zažívat nové zkušenosti a jejich život to značně obohatí.

Příloha č. 2 - Rozhovor s Blankou (uživatelka služeb Stacionáře Jasněnka)

1. Líbí se ti místnost, kam chodíš na Snoezelen?

Ano líbí se mi.

2. Co se ti tam líbí?

Teplá postel, lampa, světelné kuličky a moc se mi líbí ten třpytivý závěs.

3. Co se ti tam nelíbí?

Mně se líbí všechno.

4. Jak často do Snoezelenu chodíš?

Chodím vždycky ve středu po svačině.

5. Býváš tam raději sama nebo s kamarády?

Mně je to jedno, ale chtěla bych tam být s Davidem. (Blančin přítel ze stacionáře)

6. Co tam ráda děláš?

Líbí se mi masáže a poslouchání hudby, a když mi pustíš ty světýlka na zed', to je moc hezké.

7. Co tam děláš nerada?

Nechtěla bych tam v noci spát.

8. Můžeš se sama rozhodnout, co v místnosti budeš dělat?

Jo, můžu.

9. Cítíš se ve Snoezelenu příjemně nebo nepříjemně?

Je to tam dobrý, příjemný.

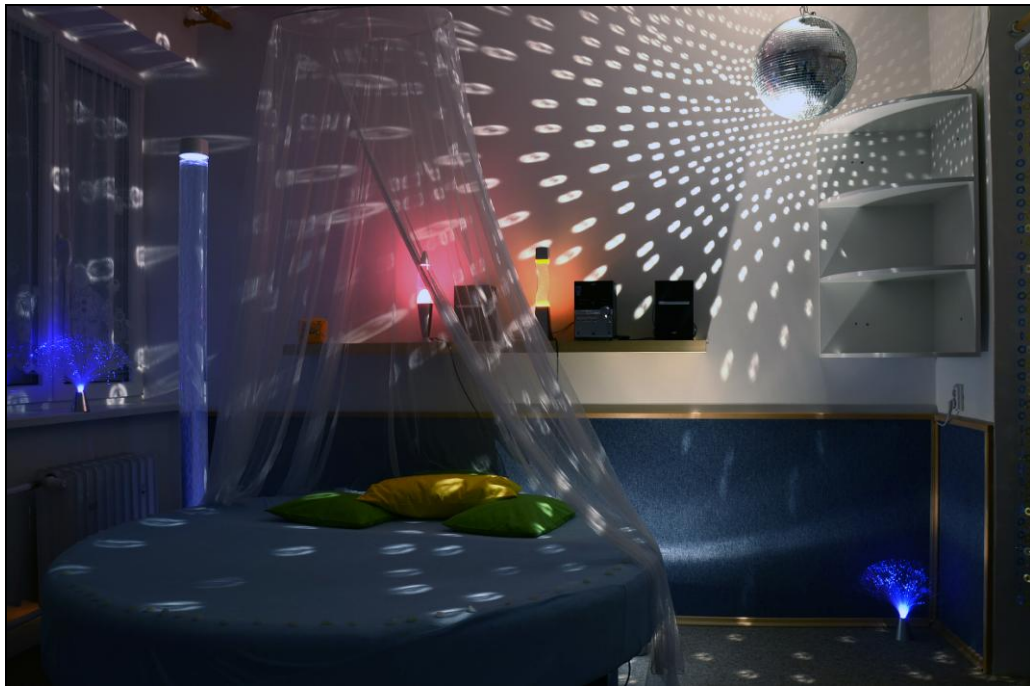
10. Cítíš se po Snoezelenu unavená nebo odpočatá?

Cítím se odpočatá. Masáž mi pomáhá a nic mě pak nebolí.

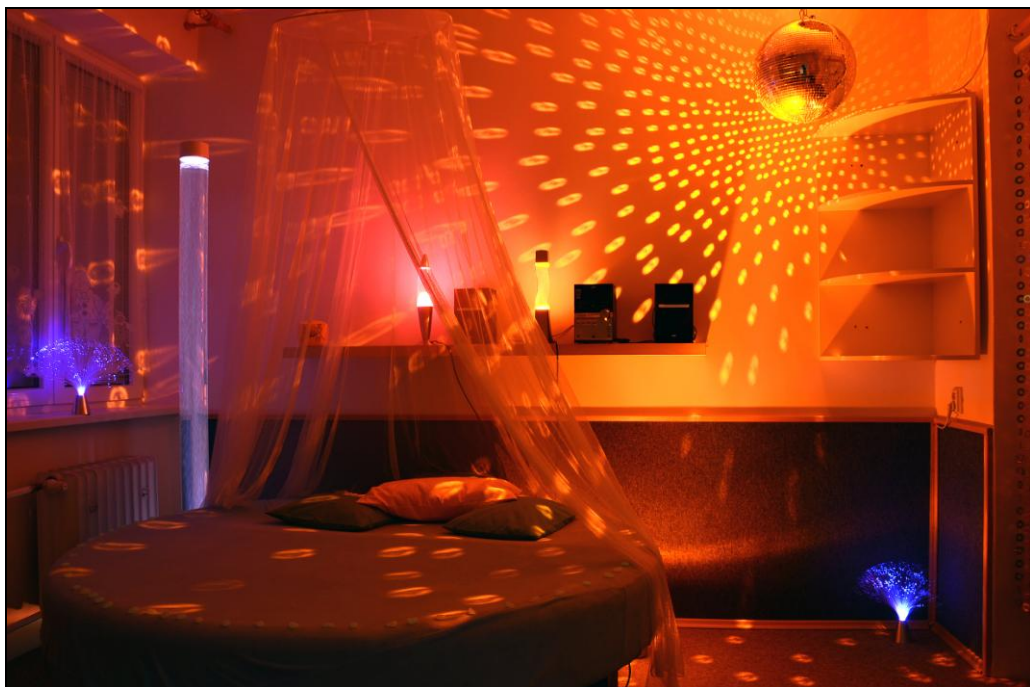
11. Chceš tam chodit i nadále?

Ano, chci.

Příloha č. 3 Fotodokumentace



Obr. č. 1: Snoezelen místnost, Stacionář Jasněnka, Uničov



Obr. č. 2: Snoezelen místnost, Stacionář Jasněnka, Uničov



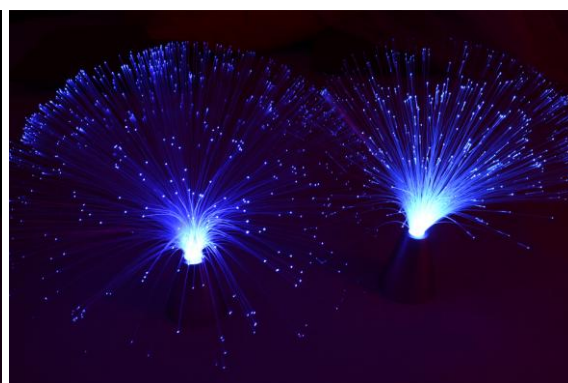
Obr. č. 3: Snoezelen místnost, Stacionář Jasněnka, Uničov



Obr. č. 4: Světelné pomůcky - Snoezelen místnost, Stacionář Jasněnka, Uničov



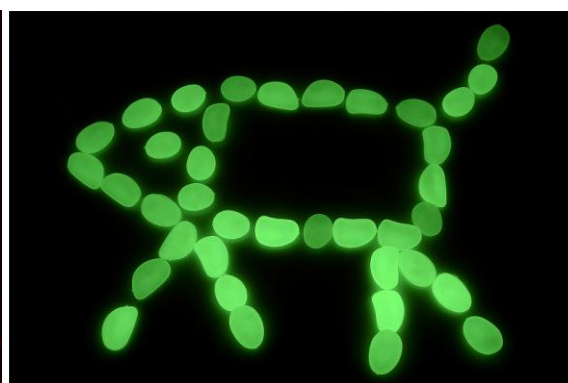
Obr. č. 5: Plazmová koule
Stacionář Jasněnka, Uničov



Obr. č. 6: Světelná vlákna
Stacionář Jasněnka, Uničov



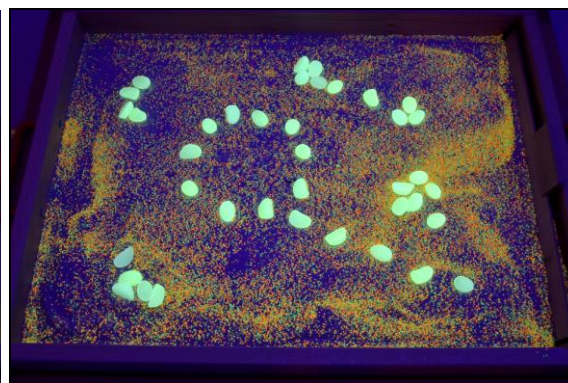
Obr. č. 7: Lávové lampy
Stacionář Jasněnka, Uničov



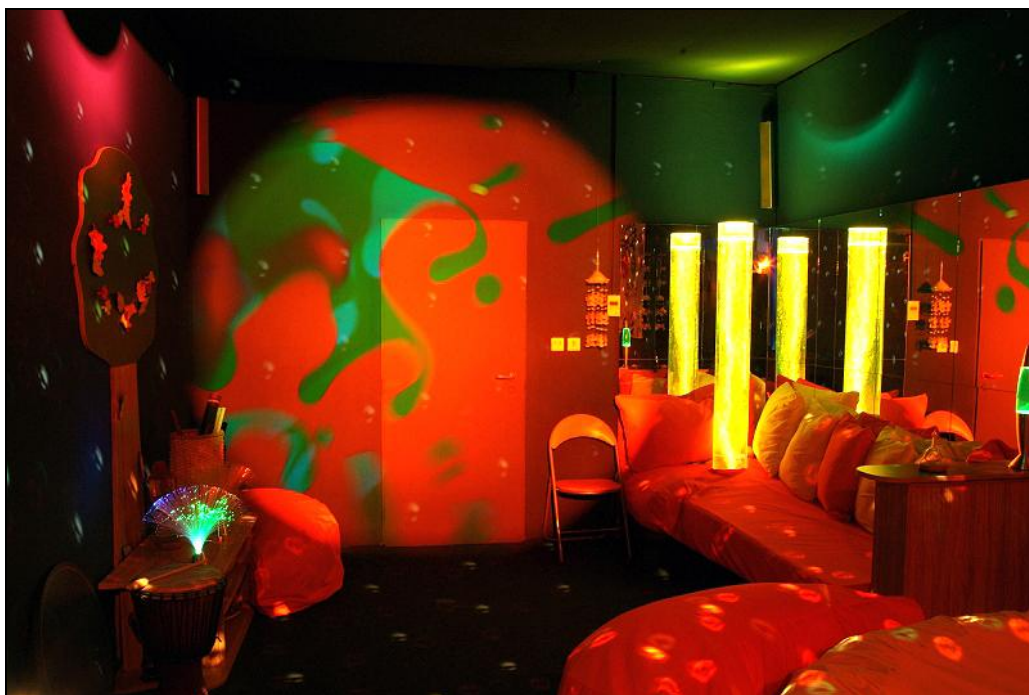
Obr. č. 8: Světelné kameny
Stacionář Jasněnka, Uničov



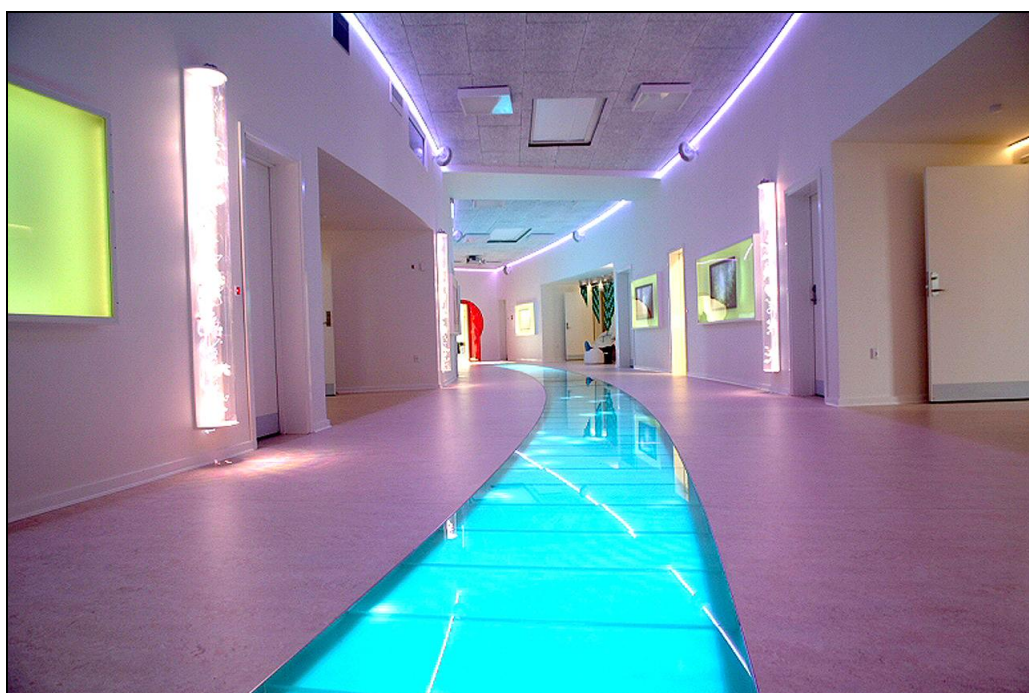
Obr. č. 9: Světelná pískovnička
Stacionář Jasněnka, Uničov



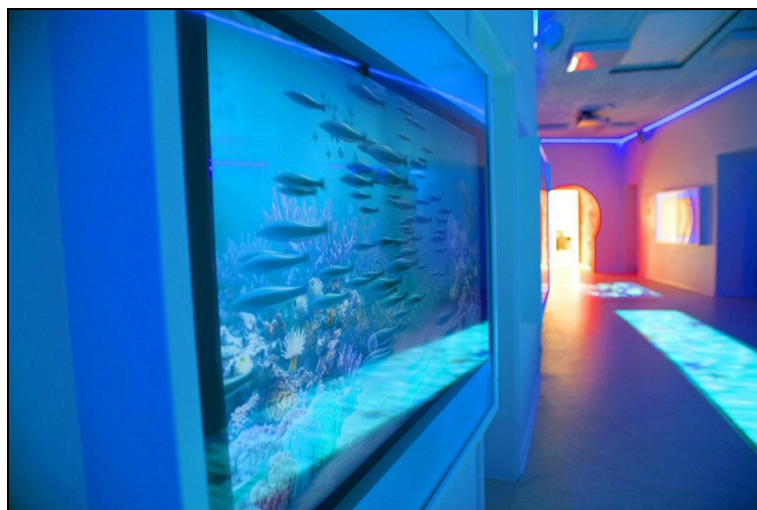
Obr. č. 10: Světelná pískovnička
Stacionář Jasněnka, Uničov



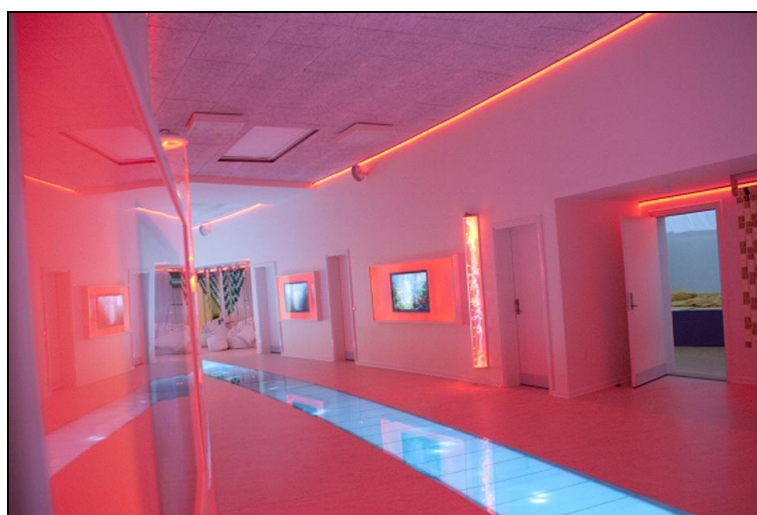
Obr. 11: Snoezelen místnost, Občanské sdružení DUO, Ostrava



Obr. 12: Ukázka úpravy prostředí dle konceptu Snoezelen,
The Golden Horn – Snoezelen Centre, Dánsko



Obr. 13: Ukázka úpravy prostředí dle konceptu Snoezelen, The Golden Horn – Snoezelen Centre, Dánsko



Obr. 14: Ukázka úpravy prostředí dle konceptu Snoezelen, The Golden Horn – Snoezelen Centre, Dánsko