

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2021-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Mezerová

Snoezelen terapie u osob s mentálním postižením

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2021-2022

BACHELOR THESIS

Kateřina Mezerov

Snoezelen therapy for people with mental disabilities

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Karkořov, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování: Děkuji Mgr. Martině Karkošové, Ph.D. za cenné rady a připomínky k této práci. Dále i za její velkou trpělivost a vstřícnost.

Anotace

Tato práce je zaměřena na seznámení se s formou terapie Snoezelen a její možné využití v rámci podpory fungování jedinců s mentální retardací. Terapie bude představena jako forma práce s těmi, kdo mentálním postižením trpí, ale i přímo metoda terapie, které jsou tito jedinci za konkrétními účely vystavováni.

Klíčová slova

- 1. Bazální stimulace**
- 2. Historie**
- 3. Mentální retardace**
- 4. Metoda práce s klientem**
- 5. Pozitivní dopady**
- 6. Typologie terapeutického přístupu**
- 7. Snoezelen**

Annotation

This work is focused on getting acquainted with the form of Snoezelen therapy. It is possible to use in support of the functioning of individuals with mental retardation. Therapy will be introduced as a form of work with those who suffer from mental disabilities, but also directly the method of therapy to which these individuals are exposed for specific purposes.

Keywords:

- 1. Basal stimulation**
- 2. History**
- 3. Mental retardation**
- 4. Method of working with the client**
- 5. Positive impacts**
- 6. Typology of therapeutic approach**
- 7. Snoezelen**

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST TEXTU	3
1. VYMEZENÍ POJMU SNOEZELLEN	3
1.1. Snoezelen jako metoda práce s klientem.....	3
1.2. Snoezelen jakožto terapie.....	5
2. SNOEZELLEN TERAPIE	8
2.1. Historický vývoj.....	9
2.2. Typologie terapeutického přístupu.....	10
2.3. Bazální stimulace	12
2.4. Snoezelen nabídka v České republice (Snoezelen – možnosti v ČR).....	13
3. NEJČASTĚJI ZASTOUPENÍ KLIENTI VE SNOEZELLEN TERAPII	16
3.1. Cílová skupina - mentálně postižení	16
3.2. Možné pozitivní dopady terapie	18
1 PRAKTICKÁ ČÁST TEXTU	20
4. METODIKA PLÁNOVANÉHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	20
4.1. Vymezení problému	20
4.2. Cíl empirického šetření	20
4.3. Výzkumné hypotézy.....	20
4.4. Stanovené výzkumné otázky	21
4.5. Metoda sběru dat	21
4.6. Výzkumný vzorek	22
5. DATA ZÍSKANÁ VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM	23
5.1. Kazuistické šetření I.....	23
5.1.1. Výchozí informace o klientovi	23
5.1.2. Anamnéza.....	23
5.1.3. Aktuální stav	28
5.1.4. Predikce do budoucna	29
5.2. Kazuistické šetření II.....	30
5.2.1. Výchozí informace o klientovi	30
5.2.1. Anamnéza.....	32

5.2.1.	Aktuální stav	37
5.2.2.	Predikce do budoucna	38
6.	VYHODNOCENÍ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	40
6.1.	Zaznamenané pozitivní dopady Snoezelen terapie na klienta č. 1	40
6.2.	Zaznamenané pozitivní dopady Snoezelen terapie na klienta č. 2	41
6.3.	Komparace změn nastalých u obou sledovaných klientů.....	42
	ZÁVĚR.....	44
	SEZNAM ZDROJŮ	45

Úvod

Společnosti vyspělých zemí jsou tvořeny nikoli pouze jedinci - obyvateli, jež lze označovat takzvaně za intaktní, tedy za „zdravé“, bez diagnózy onemocnění či poruchy různého charakteru a závažnosti. Taktéž se ve všech zemích běžně objevují osoby, které mezi intaktní populaci nespádají, a to z nejrůznějších důvodů. Jejich diagnózy mohou být jak somatického, tak i psychického původu. Tito jedinci zpravidla potřebují specifické přístupy k vlastní osobě, proto, aby byli (alespoň do určité míry) schopni běžně fungovat, vyžadují více pozornosti, úpravu podmínek běžné interakce s okolím, nebo dokonce využití speciálních pomůcek rozvojového či kompenzačního charakteru.

Je naprosto jasné, že osoba, která je například zcela slepá, bude potřebovat úpravu jak prostředí, v němž se pohybuje (například dodržování pravidla neposouvání předmětů v jejich okolí, jelikož jsou na uspořádání těchto věcí závislí v tom ohledu, že jim znalost jejich umístění zvyšuje možnost bezpečného pohybu apod.), tak i v řadě situací vyšší míru pozornosti (ať už se jedná o procesy edukace podobných jednotlivců, nebo například o jejich zajišťování běžných denních potřeb, kdy kupříkladu nákup potravin může znamenat aktivitu, která dané osobě zabere větší časovou dotaci než zdravému člověku a u níž v určitých případech bude nutné, aby lidé v okolí brali na nakupujícího zvláštní ohledy). Co se týče vybavení prostředí, v němž se jedinec se smyslovým postižením zraku pohybuje, toto bude taktéž klást nároky na specifické předměty, pomůcky aj. V případě snahy to, aby se dítě s postižením zraku vyvíjelo, bude zapotřebí mu nabídnout možnost alternativního zdroje informací v podobě využívání knih s Braillovým písmem atp.

Nejen v případě postižení smyslů, nebo jednotlivých fyzických částí organismu jedince je pak nutné s výše popsanými potřebami člověka počítat. Taktéž i u osob s postižením jejich psychiky je vhodné zabývat se tím, jakými způsoby je možné podporovat jejich rozvoj a usnadňovat jejich fungování ve světě, do něžž se tyto narodily.

V předkládaném dokumentu bude pozornost soustředěna právě na jedince s diagnózou psychiatrického rázu. Konkrétně se bude jednat o ty, jimž byla stanovena diagnóza mentálního postižení oficiálně uváděného pod označením mentální retardace.

Na možnosti podpory fungování jedinců s mentální retardací bude nahlíženo ve vztahu k využívání takzvaného snoezelenu, který je v současnosti jako možnost nabízen taktéž i v České republice.

Snoezelen bude v teoretické části textu představen nejen jako možná metoda práce s těmi, kdo mentálním postižením trpí, ale taktéž i přímo coby metoda terapie, již mohou být za konkrétními účely tito jedinci vystavováni.

Kromě definice snoezelenu, jeho charakteristiky, zmínění historického vývoje, možné typologie daného přístupu s ohledem na různé faktory, zmínky o nabídce snoezelenu občanům České republiky, cílových skupin jeho působení a pozitivních výsledků, jichž lze podobným působením dosáhnout, bude teoretická část dokumentu obsahovat taktéž i informace o takzvaných bazálních stimulacích, s nimiž je právě snoezelen úzce spjatý.

Na teoretickou polovinu dokumentu, v níž budou prezentovány poznatky čerpané ze zdrojů knižního či online charakteru, jež se vyjadřují právě ke snoezelenu a jeho souvislostem, pak bude navázáno empirickým šetřením.

Empirické zkoumání autora bude vycházet z teoretických informací – na tyto bude navazovat. Hlavním zdrojem dat pro něj ovšem bude autorem provedené kazuistické šetření, jež proběhne celkem u dvou různých osob. Jejich společnou charakteristikou bude právě diagnóza mentální retardace různého stupně závažnosti (hloubky).

Cílem textu jako celku je snaha o potvrzení metody terapie snoezelen coby účinného nástroje pro terapii osob s mentálním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST TEXTU

Teoretická část dokumentu vychází z rešerše odborných zdrojů. Konkrétně takových, které se ve svém obsahu vyjadřují k pojmu Snoezelen buď v obecné rovině, nebo v přímé souvislosti s Českou republikou.

Vedle vymezení samotného termínu Snoezelen a představení historických souvislostí jeho vzniku a dalšího fungování budou teoreticky zakotveny zejména body možných diagnostických skupin klientů, na něž lze za pomoci této terapie působit a možné pozitivní dopady podobné aplikace, jež lze oprávněně očekávat. Kromě Snoezelenu je dalším zásadním pojmem, s nímž bude v dokumentu nakládáno zejména slovní spojení takzvaných bazálních stimulací.

Teoretická část dokumentu sestává z celkem tří hlavních kapitol.

1. Vymezení pojmu Snoezelen

První kapitola obsahuje poznatky získané rešerší relevantních zdrojů, které se vztahují k samotnému pojmu snoezelen. V jednotlivých pododdílech kapitoly bude nejprve tato terapie vymezena jako možná metoda práce s klientem. Dále bude na daný pojem nahlédnuto jakožto na jednu z možností terapie, kterou mohou jedinci s různými diagnózami podstupovat.

V rámci přístupu ke snoezelenu coby terapii bude představena stručná historie daného konceptu, možná kategorizace (typologie) daného přístupu ke klientovi v terapeutickém procesu, stejně jako bude zmíněna i nabídka možností snoezelenu v České republice. Součástí prvního teoretického oddílu dokumentu bude taktéž představení pojmu bazální stimulace coby konceptu úzce propojeného s tím, který je označován jako snoezelen.

1.1. Snoezelen jako metoda práce s klientem

Jak ve své publikaci uvádějí autoři Bendová se Ziklem (2011, s. 115), snoezelen je možné využívat coby pedagogickou metodu, která podporuje edukaci žáků (obecně jedinců) s diagnózou mentálního postižení. V daném ohledu je tedy možné snoezelen nahlížet coby metodu práce s klientem, nikoli přímo jako terapii, jelikož terapeutická činnost není náplní výkonu profese běžného pedagoga.

Ke snoezelenu coby metodě práce s klientem je možné poznamenat, že se jedná o multifunkční metodu: „*kteřá se realizuje v obzvláště příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, přičemž jejím cílem je vyvolání smyslových pocitů.*“ (Ponechalová, 2021) Základem metody práce je tedy předpřipravené, specificky upravené, prostředí, do nějž klient, s ním má být danou metodou pracováno, přichází (vstupuje).

Jak potvrzují Bendové se Ziklem (2011, s. 155), snoezelen představuje jak metodu, tak se pod jeho označením skrývá taktéž právě i prostředí – toto prostředí je realizováno za účelem smyslové stimulace klienta coby jednotlivce.

Metodu snoezelenu je možné aplikovat na široké spektrum klientely. Cílovými skupinami mohou být v tomto ohledu jedinci s nejrůznějšími typy postižení (ať už se jedná o postižení tělesné, mentální, kombinované/vícenásobné), stejně tak ale i osoby s vývojovými poruchami, poruchami chování a učení, jedinci po traumatickém poranění mozku, osoby autistické, osoby s diagnózou demence, případně jinými psychickými poruchami, nebo obecně pacienti trpící nejrůznějšími chronickými onemocněními (Ponechalová, 2021). (O tom, jaké populace klientů jsou snoezelenu vystavováni v rámci terapie bude v dokumentu hovořeno v kapitole číslo 2, kde bude dále zdůrazněn význam snoezelenu zejména pro ty, kdo mají stanovenou diagnózu mentálního postižení.)

Janků (2010 In: Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 41) upozorňují, že v případě Snoezelen metody je nutné, aby tato byla vždy přizpůsobována individuálním potřebám konkrétního klienta.

Práce zmiňovanou metodou probíhá v rámci snoezelen místností, jejich využívání by vždy mělo reflektovat následující základní principy práce s klientem (Ponechalová, 2021):

- Individuální přístup – vycházeno je z aktuálních potřeb klienta, z jeho vlastních schopností a možných předpokladů (právě klientovi by měli v místnosti působící podněty co nejlépe vyhovovat);

- Možnost volby/výběru – klient sám se rozhoduje, z něj samotného vychází iniciativa; průvodce klienta plně respektuje, sám se přizpůsobuje jeho rozhodnutím (volbám), stejně jako i klientově tempu tak, aby tento byl schopen registrovat na něj působící podněty, na jejichž základě dochází u osoby k utváření nového zážitku – zcela nepřijatelným prvkem při práci metodou snoezelen je spěch či dokonce nátlak vyvíjený na klienta (tyto mohou totiž poškozovat vytváření pozitivního vztahu na úrovni klient – terapeut, který je pro práci danou metodou zásadním);
- Nedirektivita (nedirektivní přístup) – tato se manifestuje skrze dobrovolnost a nepřítomnosti nátlaku, kdy se klient po snoezelen místnosti může pohybovat zcela volně, díky čemuž má možnost prozkoumávat prostředí, v němž se aktuálně nachází;
- Správně určená časová délka – v základu lze hovořit o vhodném časovém rozpětí v intervalu třiceti, maximálně pětáctyřiceti minut na jeden pobyt klienta ve Snoezelen místnosti (i v tomto bodu je ovšem nutné vycházet zejména z potřeb konkrétního klienta, z jeho reakcí) – namísto délky jednoho pobytu jednotlivci více profitují z pravidelnosti působení snoezelenu; jako zásadní body, od něhož je nutné délku pobytu odvozovat je zejména ten fakt, že pobyt nesmí být přerušen náhle; vhodným vodítkem pro ukončení pobytu ze strany průvodce je pak ztráta zájmu klienta, pokles jeho nadšení z provozovaných aktivit

1.2. Snoezelen jakožto terapie

Snoezelen v sobě zahrnuje: a) nabídku primárních vzruchů prezentovanou klientovi v příjemné atmosféře, přičemž tyto vzruchy byly vědomě zvoleny, b) primární aktivaci klientů orientovanou zejména na smyslové zkušenosti – tato tak může probíhat na základě působení zvuků, světla, vůní, pocitů, nebo dokonce chutí, c) možnost zažívat okolní svět ze strany těch jedinců, které nelze řadit do skupiny intaktních osob (jedná se o ty, kdo jsou v určitém ohledu „jiní“) (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 41).

Zmiňovaná aktivizace osob bývá přitom směřována často k populaci osob s mentálním postižením těžkého rázu (srov. např. Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 41).

V návaznosti na informace prezentované v podkapitole 1.1. textu je možné upozornit, že byť samotná metoda Snoezelen může sloužit pouze jako rozšiřující nástroje práce se žákem s mentálním postižením, je samozřejmě taktéž možné u jedinců s mentálním postižením zařadit do jejich individuálního vzdělávacího programu terapii probíhající ve snoezelen prostředí (Bendová a Zíkl, 2011, a. 116).

Výhodou Snoezelen terapie je například fakt, že tato může být efektivně kombinována s odlišnými terapiemi (terapeutickými koncepcemi) (Niehoff, 2007 In: Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 47). (Jako zcela zásadní koncepce související těsně právě se Snoezelen terapií bude v podkapitole 2.3. předkládaného dokumentu představena tematika takzvaných bazálních stimulací.)

O snoezelenu coby terapii pak bude více informací uvedeno v následující, druhé, kapitole dokumentu, která bude taktéž zaměřena teoreticky.

Prvky působení snoezelenu u těch, kdo jsou jim vystaveni coby podnětům vyvolávají takzvané *sensations*, tedy smyslové pocity, které fungují jak uklidňujícím způsobem, tak také i jako stimulanty (Ponechalová, 2021).

Snoezelen může fungovat v praxi – s ohledem na konkrétní zvolenou cílovou skupinu klientů, stejně jako i na základě svého zaměření či odborné kvalifikace těch, kdo fungují jako průvodci – jako terapie (jedná se tedy v určitém ohledu o terapeutický přístup ke klientovi), ovšem taktéž i jako plnohodnotný způsob trávení volného času, nebo dokonce jako způsob edukace (zde je možné hovořit o pedagogicko-podpůrném přístupu k žactvu) (Ponechalová, 2021).

Metodu snoezelenu využívají ve své praxi odborníci různých profesí, k nimž patří například léčebná pedagogika, speciální pedagogika, psychoterapie, psychologie, fyzioterapie, rehabilitace, nebo vychovatelství (Ponechalová, 2021). Zdaleka ne všichni tito odborníci však mohou své konání ve vztahu k snoezelenu provádět v režimu terapeutickém, nejsou-li pro podobnou činnost vyškoleni (více o možnosti užívání snoezelenu ve formě terapie bude uvedeno v kapitole číslo 2 textu). Snoezelen coby právoplatná terapeutická metoda uplatňovaná vůči klientovi: „*má svůj řád, systém i pravidla.*“ (Filatová a Janků, 2010, s. 18)

Pro účely předkládaného dokumentu bude v jeho dalších částech věnována pozornost snoezelenu coby terapeutickému přístupu, možnosti trávení volného času a podpůrné edukace jednotlivce či skupiny žáků budou opomíjeny.

2. Snoezelen terapie

V pořadí druhá teoretická kapitola dokumentu je specificky zaměřená již na Snoezelen coby možnost terapie, nikoli obecněji pojímané metody práce s klientem, která nemusí být vždy právě terapeutického rázu.

Jak bylo již doloženo v první kapitole předkládaného dokumentu, metoda Snoezelen a snoezelen terapie jsou odlišnými fenomény. Ve druhém teoretickém oddílu dokumentu bude pozornost soustředěna právě na Snoezelen terapii a jejich jednotlivé charakteristiky, z nichž bude věnován prostor prezentaci poznatků týkajících se historického vývoje snoezelenu, možné typologie terapeutického přístupu v jeho rámci, dále pak také termínu bazálních stimulací a konceptu, který se pod daným označením skrývá. Kromě toho bude v rámci kapitoly taktéž krátce pohovořeno o možnostech snoezelenu v České republice.

Na úvod kapitoly je možné zmínit, že – podobně jako tomu bylo i v případě metody snoezelenu – lze Snoezelen terapeutické působení považovat za vhodné na následující cílové skupiny klientů (Ponechalová, 2021):

- Na osoby s mentálním postižením;
- Na jedince s vícenásobným postižením
- Na osoby s diagnózou demence;
- Na jedince trpící autistickými poruchami;
- Na ty, kdo se potýkají s poruchami řeči;
- Na osoby s postižením smyslů;
- Na jedince z řad osob s poruchami učení a chování;
- Obecně na ty, kdo mají stanovenou psychiatrickou diagnózu obecně.

Snoezelen coby terapie představuje vymezování snoezelenu v jeho užším kontextu, kdy tato je řazena – s ohledem na neurofyziologický základ – k terapiím psychomotorickým a jako takové může být řízena pouze lékařem, nebo snoezelen terapeutem (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 45). Zatímco tedy coby pouhá metoda může být snoezelen částečně zapojován do procesů práce se žákem například ze strany pedagoga, v případě terapie toto již není možné, pro její provádění v praxi je zapotřebí speciálně erudovaného odborníka na danou problematiku.

Snoezelen terapie je integrovaná taktéž do terapeutického konceptu fyzioterapie a ergoterapie (viz například metoda senzorycké integrace, která je užívána ve všech zmiňovaných terapeutických přístupech) (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 45). Uváděné tak opětovně potvrzuje fakt, že je možné snoezelen terapii kombinovat s dalšími terapeutickými přístupy, jelikož s některými z nich se do značné míry překrývá co do pole svého působení (lze najít řadu společných tématy i postupů práce v odlišných terapeutických přístupech).

2.1. Historický vývoj

Američtí psychologové Cleland a Clark jsou prvními osobami, které vytvářejí (mikro)teorii vícesmyslového prostředí (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 47). Tito v roce 1966 prezentují výsledky vlastního výzkumu, který byl orientován na: „*možnosti podpory a rozvoje komunikačních schopností a dovedností a změny chování díky vybraným podnětům vybraných vjemů u osob s vývojovými vadami, hyperaktivitou, mentální retardací a autismem.*“ (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 39).

Cleland a Clark svůj výzkum prováděli ve vhodným způsobem upravených místnostech, v nichž osobám s výše zmiňovanými diagnózami poskytovali podněty zrakového, sluchového, taktilního, kinestetického či jiného charakteru – dle názoru výzkumníků tyto podněty měly působit coby první logické kroky k rozvoji osobnosti klientů (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 39).

Uváděné konání autorů výzkumného šetření bylo prováděno pod označením *sensory cafeteria* (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 39).

Cleland s Clarkem referují na základě svého konání o tom, že u zkoumaných osob dochází skrze působení zvolených smyslových podnětů ke zlepšování jejich komunikace, stejně jako i ke změnám na úrovni chování jednotlivce (Ponechalová, 2021).

Výše prezentovanou teorii dále v období 70. let 20. století rozpracovávají holandsští autoři Ad Verheul a Jan Hulsegge – právě oni jsou dnes považováni za zakladatele metody Snoezelen (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 47).

Zmiňovanými autory v Holandsku byla metoda nejprve aplikovaná coby volnočasová spontánní aktivita určená pro populaci těžce vícenásobně postižených klientů; samotný pojem Snoezelen vznikl přitom spojením nizozemských slov označujících jednak čichání/zkoumání

(„snuffelen“) a jednak odpočívání/relaxování („doželen“) (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 47). C anglicky mluvících zemích je pro Snoezelen přitom rozšířeno označení pojmem *multisensory environment*, což v předkladu znamená multisenzorické, vícesmyslové prostředí (Snoezelen a multisensory environment jsou považována za synonymní označení) (Ponechalová, 2021).

Jak se lze dočíst u Ponechalové (2021): „*Snoezelen začínal jako koncept relaxačních místností poskytujících širokou škálu smyslových zkušeností, které zvyšují kvalitu života jednotlivce*“

Jak již bylo zmíněno v předchozích oddílech dokumentu, v současnosti podobný přístup a vymezení snoezelenu již neplatí, jelikož aktuálně její působení lze využívat za účelem terapie klientů z řad populací vyznačujících se nejrůznějšími diagnózami. Stejně tak je možné snoezelen využívat taktéž i pro osoby zcela zdravé, tedy pro jedince spadající do běžné populace, nebo pro děti docházející do předškolního stupně vzdělávání (do mateřských škol) (srov. Ponechalová, 2021).

2.2. Typologie terapeutického přístupu

V rámci snoezelen terapie je možné rozlišovat její podoby například v závislosti na tom, jaký je v jejím rámci využíván konkrétní typ místnosti – snoezelen místností totiž existuje hned několik možných druhů a jako takové se logicky určité místnosti hodí pro různé využití (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 48). Konkrétně lze jmenovat následující typy místností, s nimiž snoezelen pracuje (tedy možnosti multismyslových místností) (Filatová a Janků, 2010, s. 38-43):

- Bílý pokoj – snoezelenu z hlediska svého charakteru odpovídá nejčastěji, jeho využití je indikováno u dětí s těžšími mentálními vadami (případně s kombinovanými poruchami); smyslem daného typu snoezelenu je původně relaxace;
- Šedý pokoj – jeho cílem je redukce podnětů (díky tomu je pokoj dokonce zvukotěsný); cílovou skupinou klientů coby uživatelů daného typu pokoje jsou děti s poruchami soustředění a pozornosti;
- Tmavý pokoj – jeho stěny strop i podlaha mohou být až černé; za cíl si využití tohoto typu pokoje klade maximalizaci vizuální stimulace klienta;
- Zvukovou místnost – tato je obložená dřevem a zvukotěsná (kvůli oproštění od nežádoucích hluků zvnějšku), klient zde může procvičovat schopnosti zvukové

diferenciace – cílovou skupinou jsou tedy zejména děti s potřebou zlepšování sluchové percepce/diferenciace, případě jedinci s poruchami sluchu;

- Interaktivní místnost – obsahuje řadu spínačů s různými výstupy; jako takové podporuje místnost rozvoj kognitivních schopností dítěte (jeho kognitivní analýzy a syntézy); dále jsou zde přítomny také dotekové tabule – manipulace s nimi rozvíjí hmatovou diferenciaci a svalovou kontrolu;
- Vodní prostředí – místnost obsahuje bazén naplněný vodou, díky němuž je působeno na rozvoj propriocepce jedince, uvědomování si jeho vlastního organismu, pohybu (obecně je zde podporován psychomotorický vývoj klienta);
- Virtuální prostředí – zde zapojený počítač vytváří v místnosti efekty trojrozměrného charakteru, zatímco klient skrze užívané brýle a rukavice může nejen navštívit, ale taktéž i sám vytvářet virtuální svět (místnosti tohoto typu – jejich prostředí – patří prozatím k nejméně ověřovaným, ovšem skýtají v sobě do budoucna značný potenciál); cílovou skupinou mohou být jak klienti s psychomotorickým postižením, tak také i smyslovými defekty;
- Přenosné prostředí – toto je zastoupeno menším zařízením o rozloze maximálně dvou metrů čtverečních (podobné systému závěsů stimulačních pomůcek u kojenců nad jejich hlavou); cílovou skupinou využívání tohoto typu snoezelenu jsou osoby různého věku s pohybovými postiženími (neschopné pohybu, upoutané na lůžko apod.);
- Inkluzivní prostředí – toto znamená vytvoření prostředí, v němž se postižení jedinci setkávají s jedinci intaktními (například na verandě apod.) a pro něž jsou v souladu s principy snoezelenu vybrány pečlivě pomůcky působící na smysly;
- Proměnlivý pokoj – hlavní jeho hodnotou je možnost proměny tak, aby se uživatelé (klienti) s postupem času nezačínalo v jeho prostředí nudit z důvodu detailního obeznámení (taktéž je označována jako „tvárný“ pokoj); pokoj je vhodný v případě zvláštních událostí, jimž jej lze přizpůsobit (například slavnostem apod.);
- Sociální prostředí – vhodné pro navozování vztahů a ventilaci emocí při speciálních příležitostech (kromě samotných klientů, kteří zde mohou pobývat za přítomnosti rodičů jej lze užívat taktéž i personálem – pro porady, za účelem relaxace aj);
- Nebo také hybrid multismyslovou místnost – zde v rámci jediného pokoje mohou být zastoupena různá prostředí (cíleně utvořená), což vede k vyšší míře flexibility prostředí, je možné takto bojovat proti stereotypii.

Jak k nabízené typologii uvádí autorka Janků (2018, s. 34): „*Variabilita místnosti, které odpovídají multismyslovému konceptu Snoezelen je nezměrná.*“

Je ovšem nutné upozornit, že pouhá existence takzvaného multismyslového pokoje (prostředí) ještě není totéž, co snoezelen, nejedná se o zcela shodný koncept, pouze o jeho výchozí prvek, přičemž snoezelen metoda práce či dokonce terapie bývají koncepčně odlišnými fenomény (Filatová a Janků, 2010, s. 15).

Proto, aby docházelo ke skutečnému naplňování konceptu snoezelenu se všemi jeho možnostmi a přínosy (pozitivními dopady) totiž nestačí pouze zařídit multismyslově působící prostředí (místnost), ale je zároveň nutné dbát taktéž i na strukturování a celkovou promyšlenost práce s klientem v jejím prostředí tak, aby bylo předcházeno pasivitě klienta, jeho podnětové disorientaci, zahlcení vjemy či dokonce k chaosu – podobné situace totiž mohou vést až k negativitě či agresi uživatele místnosti (snoezelen není v žádném případě „odkladištěm“ pro člověka s diagnózou některého z postižení) (Filatová a Janků, 2010, s. 18).

Dále je možné hovořit o působení snoezelenu individuální versus skupinovou formou. Druhý možný přístup ke klientovi z hlediska existujících typů vychází tedy z faktu, že snoezelen je z hlediska svých principů buď individuálním, či skupinovým přístupem ke klientovi (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 44).

V případě individuálního přístupu je možné uvést, že tento: „*se využívá na osobnější bázi a má výhodu zejména ve vytvoření a budování vzájemného vztahu mezi klientem a průvodcem.*“ (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 44)

Ponechalová (2021) pak ke skupinovým pobytům zmiňuje, že tyto jsou charakteristické potřebným časem proto, aby v jejich rámci mohla probíhat skupinová dynamika a jejich trvání by tedy mělo být v rozmezí 45 – 60 minut, nikoli kratším. Možnosti využití snoezelenu za účelem kladení důrazu na skupinovou interakci pak ve své publikaci potvrzují také například Fertaľová s Ondroiuvou, 2020, s. 50). Autor Mertens (2003 In: Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 50) upozorňuje, že v případě práce s větším počtem klientů naráz v jedné místnosti je zásadním prvkem práce ve snoezelenu sledování jejich rozmístění a vzájemného interagování (které by mělo být podporováno).

2.3. Bazální stimulace

U Bendové se Ziklem (2011, s. 116) je možné se dočíst informaci o tom, že: „*Do prostředí snoezelen lze také vhodně začlenit práci s konceptem bazální stimulace.*“

Samotná bazální stimulace je konceptem postaveným na poznatcích neuropsychologického vývoje s pozorností směřovanou zejména na prenatální a raně dětský vývoj člověka (Bendová a Zikl, 2011, s. 116). Konkrétním základním předpokladem, z něž bazální stimulace vychází je fakt, že: „*každá lidská bytost má svou jedinečnou strukturu, která může být rozvíjena jen tehdy, je-li zajištěn přísun podnětů, které pozitivně ovlivňují její vývoj.*“ (Bendová a Zikl, 2011, s. 116)

Pro jedince s mentálním postižením je bazální stimulace přínosnou z toho důvodu, že tyto osoby mají dle odborníků omezené možnosti interakce s okolím a jsou tedy na podnětech, které by jejich vývoj podporovaly, omezováni a jejich vývoj je doslova blokován (Bendová a Zikl, 2011, s. 116).

Bazální stimulace je postavena na využívání vjemů somatického, vestibulárního a vibračního charakteru, kdy tyto vjemy jsou opět aplikovány s respektem k možnostem konkrétního klienta – v případě dětí s poruchami hybnosti je možné daným způsobem dopomáhat podobným jedincům k tomu, aby byli schopni vnímat sebe samotné (Bendová a Zikl, 2011, s. 116).

S tím, jak u jedince dochází k nárůstu jeho bazálních zkušeností pak mohou být dříve zmiňované vjemy dále rozšiřovány o vjemy smyslové, na jejichž základě lze u dětí podporovat zlepšení jejich vnímání okolí a interakčních (komunikačních) partnerů (Bendová a Zikl, 2011, s. 116).

Bazální stimulaci jako součást práce s klienty v rámci snoezelenu pak zmiňují ve své publikaci taktéž například autorky Filatová a Janků (2010, s. 47).

2.4. Snoezelen nabídka v České republice (Snoezelen – možnosti v ČR)

V případě České republiky je možné uvést, že zde má Snoezelen své odborné i vědecké zázemí od 9. let 20. století, kdy v roce 1997 je jeho problematika již vyučována na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně (na Katedře speciální pedagogiky) (Janků, 2018, s. 17).

Jak ve své publikaci upozorňují autorky Filatová a Janků (2010, s. 8): „*Popularita metody Snoezelen v naší zemi stále roste. Můžeme se domnívat, že za to může fakt zkvalitňování systému péče o postižené nejen v ústavních zařízeních, ale také v zařízeních školských i jinde.*“ Daný komentář tedy poukazuje na fakt, že snoezelen není v České republice aktuálně ojedinělým fenoménem, ale naopak se jedná o koncept, který „prorůstá“ do řady odvětví pomáhajících profesí a také do různých konkrétních typů zařízení (institucí), jež pomoc člověku – ať již v rovině terapeutické, zážitkové, pedagogické či jiné – nabízejí na základě poskytování nejrozličnějších služeb.

Snoezelen je využíván v celé řadě zařízení, na řadě různých míst, což logicky vyplývá z již samotného faktu šíře potenciální klientely, jež může být jeho působení vystavena a o níž bylo již v textu dříve hovořeno. Na tomto místě je možné pouze v souhrnu upozornit na fakt, že v souhrnu lze působení snoezelenu vystavovat osobu s různými diagnózami, schopnostmi, zkušenostmi a samozřejmostí je též působení na různé věkové kategorie, do nichž klienti spadají.

Ke konkrétním zařízením, v nichž se lze s využíváním snoezelenu setkávat, lze jmenovat zejména následující (Ponechalová, 2021):

- Speciální mateřské školy;
- Speciální základní školy;
- Domovy sociálních služeb;
- Integrovaná centra;
- Denní stacionáře;
- Rehabilitační centra;
- Hospice;
- A některé další.

O tom, že snoezelen dnes již existuje skutečně v řadě různých zařízení fungujících na území České republiky, se lze přesvědčit například u autorek Filatové a Janků (2010, s. 29), které již před více než deseti lety ve své publikaci prezentují výčet institucí, v nichž snoezelen funguje v rámci moravskoslezského kraje – výčet čítá přes třicet různých míst zahrnujících jak mateřské či základní školy, tak také stacionáře, speciální školy, domovy pro zdravotně postižené osoby, dětské domovy, školská poradenská zařízení aj. (autorky samy v publikaci upozorňují, že se jedná pouze o výběr institucí, jelikož je možné se snoezelenem se setkávat

v řadě dalších). Není důvod se domnívat, že podobná situace panuje v České republice pouze v rámci jednoho z jejích krajů.

3. Nejčastěji zastoupení klienti ve Snoezelen terapii

Ve třetím teoretickém hlavním oddílu dokumentu bude přiblížena cílová skupina mentálně postižených osob jako hlavní populace, na níž je působení snoezelenu zaměřeno, která z něj může zásadním způsobem profitovat.

Za tímto účelem bude nejprve mentální postižení (mentální retardace) definováno. Dále pak budou uvedeny poznatky podporující tvrzení o tom, že Snoezelen je pro populaci mentálně retardovaných osob efektivní terapií, jíž je vhodné dané jedince vystavovat. Jako poslední pak budou ve zvláštním pododdílu uvedeny informace o tom, jaké konkrétní pozitivní dopady Snoezelen na osoby s mentální retardací může mít.

3.1. Cílová skupina - mentálně postižení

Na úvod podkapitoly je vhodné nejprve vymežit samotný pojem mentální postižení. Mentální postižené je nejčastěji definováno s ohledem na diagnózu takzvané mentální retardace (srov. např. Bendová a Zikl, 2011, s. 9).

Mentální retardace představuje: *„značně podprůměrné obecné intelektuální fungování zároveň s nedostatečným adaptačním chováním.“* (Mackintosh, 2000 In: Valenta, Michalík a Lečbých, 2018, s. 40) Podle *Mezinárodní klasifikace nemocí* je možné o mentální retardaci hovořit jakožto o: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“* (MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze))

Mentální retardace může u konkrétních osob nabývat různého stupně závažnosti, konkrétně jsou tyto rozlišovány na základě hloubky této retardace.

Odborníci tedy rozlišují mentální retardaci lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou (srov. např. Černá, 2015, s. 103), z nichž každá u svého nositele předznamenává poněkud odlišný profil jeho možného fungování (například v oblasti vzdělávání, v sociálních vztazích aj.)

V případě diagnózy lehké mentální retardace se intelekt jedince (jeho výše IQ) pohybuje mezi 50 až 69 body škály a podobná osoba v dospělém věku dosahuje mentální úrovně maximálně devíti- a dvanáctiletého jedince, což v praxi vede k obtížím s výukou tak, jak je běžně vedena ve školách; přesto mnozí dospělí jedinci s danou diagnózou je zapojeno do pracovního procesu, tito bývají taktéž schopni udržovat sociální vztahy (lze v jejich souvislosti hovořit o přispívání k životu společnosti) (MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze)). Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopné značné samostatnosti a nezávislosti v rovině sebezpečí, práce i domácích dovedností (jedná se o osoby vychovatelné i vzdělavatelné) (Orel, 2016, s. 233).

Jedinci se středně těžkou mentální retardací dosahují IQ v rozmezí 35 až 49 bodů škály a v dospělém věku tak bývají na úrovni maximálně 6 až 9 letých osob; tito jedinci bývají zřetelně vývojově opožděni již v dětství; při snaze je pro ně možné dosáhnout určité hranice nezávislosti a soběstačnosti (dovednou komunikovat a je možné je do určité míry vzdělávat), byť coby dospělí vyžadují různý stupeň podpory proto, aby mohli pracovat nebo se jinak zapojovat do dění ve společnosti (MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze)).

Jedinci s těžkou mentální retardací dosahují IQ v rozmezí 20 až 34 bodů škály, kdy v dospělém věku se pohybují na mentální úrovni maximálně šestiletých osob – kvůli tomu vyžadují trvalou podporu ze strany okolí (MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze)). Tyto osoby nejsou příliš vzdělavatelné, ale je možné je vychovávat (srov. Slowík, 2016, s. 116).

V případě hluboké mentální retardace je IQ jedince ne vyšší než 20 bodů a mentálně tedy nikdy osoba nepřesáhne tříleté dítě – v praxi jsou tito jedinci nesamostatní, potřebují pomoc se základními úkony, jako je pohyb, komunikaci či udržování hygieny (MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze)).

Cílovou klientelou využívání terapie Snoezelen jsou například jedinci s těžkým a dokonce i hlubokým stupněm mentální retardace (Bendová a Zíkl, 2011, s. 102) – pro děti s danými diagnózami bývá snoezelen indikován coby jedna z možných alternativních terapií (podobně jako je tomu i v případě terapie označované jako bazální stimulace).

Tělesné postižení, smyslové postižení, mentální postižení, kombinované postižení, demence, duševní poruchy (psychózy, deprese, ...), neurologické poruchy (roztroušená skleróza, Parkinsonův syndrom, ...), LMD, specifické vývojové poruchy učení, ADD a ADHD syndromy, nebo také geriatrické diagnózy (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 47).

Co je konkrétně nutné zlepšovat za pomoci (nejen snoezelen) terapeutického postupu u jedinců s diagnózou mentální retardace vyplývá již ze samotných charakteristik jednotlivých stupňů daného mentálního postižení. Zatímco v případě mírného stupně je vhodné podporovat klienta v jeho co největším zapojení do society, u těžkých stupňů je vhodné rozvíjet alespoň základní procesy vnímání a komunikace jednotlivců.

3.2. Možné pozitivní dopady terapie

Snoezelen terapie může mít u klientů, kteří ji podstupují, pozitivní dopady na jejich vnímání, a to jak taktilní (hmatové), tak také i sluchového a zrakového (Bendová a Zikl, 2011, s. 116).

Podle autorů Zrubákové a Bartošoviče (2019, s. 42) je možné při využití snoezelen terapie u klienta očekávat pozitivní dopady na jeho kognitivní funkce (pozornost), jeho psychické prožívání (snoezelen dokáže zbavovat své uživatele strachu a naopak navozuje u jednotlivců prožitky pocitu pohody); dále je možné očekávat, že snoezelen bude v klientovi vyvolávat pocity spokojenosti, bezpečí, bude snižovat jeho dráždivost, ovlivňovat pozitivně jeho sociální vztahy a bude vyvolávat vzpomínky – toto vše ovšem platí pouze za předpokladu, že je nabídka snoezelenu vytvořena cíleně s ohledem na konkrétního klienta, jeho problematiku a aktuální stav.

Pozitivních dopadů je tedy oprávněně možné očekávat celou řadu. Řada z nich byla zmíněna již v rámci podkapitoly 2.2. dokumentu, v níž byla pozornost směřována k možným typům snoezelenu na základě rozdílnosti využití odlišných druhů místností pro smyslovou aktivaci (zde bylo možné se dozvědět o pozitivních dopadech na kognici, smyslové vnímání, psychomotoriku, propriocepci, pohybovou koordinaci a další oblasti fungování člověka s postižením, stejně jako i jednotlivců intaktních).

Na tomto místě tak budou pozitiva využívání snoezelenu pro jeho klienty pouze bodově shrnuta v následujícím výčtu (Filatová a Janků, 2010, s. 50):

- Uvolnění (relaxace) klienta;
- Snížení míry projevovaného agresivního chování jedince;
- Stejně tak i snížení manifestované míry autoagresivního chování uživatele;
- Podpora seberealizace jednotlivců;
- Podpora vnímání klientů;
- Rozvoj kognitivních schopností klienta;
- Rozvoj motoriky (zejména motoriky jemné) u uživatele;
- Podpora emocionality jedince;
- Podpora socializace klienta (potažmo jeho integrace);
- A případné další.

Autor Mertens (2003 In: Fertařová a Ondriová, 2020, s. 50) uvádí k možnostem pozitivního dopadu působení snoezelenu na klienta následující:

- Zlepšení schopnosti uvolnění klienta;
- Zvýšení iniciativy jedince;
- Navýšení jeho spontánnosti;
- Snížení (auto)agrese;
- Snížení projevů stereotypního chování;
- Nárůst vytrvalosti jedince (zlepšení jeho schopnosti setrvat u určité aktivity);
- Zlepšení schopnosti navazování kontaktu (tedy interakce s okolím).

Jak vyplývá z prezentovaných výčtů, tak snoezelen má coby terapeutická metoda práce s klientem předpoklady k pozitivnímu působení na jednotlivce (popřípadě skupinu) jak v rovině jako smyslového vnímání, tak i v oblastech sociálních projevů a psychického fungování.

1 PRAKTICKÁ ČÁST TEXTU

Praktická část dokumentu navazuje na prezentované teoretické poznatky, jež byly obsahem teoreticky zaměřené části textu. Na tyto je v jeho druhé polovině navázáno vlastním empirickým šetřením autora.

Praktická část textu – shodně, jako je tomu v případě jeho teoreticky orientované poloviny – sestává opět ze tří hlavních oddílů (kapitol).

4. Metodika plánovaného výzkumného šetření

Čtvrtá kapitola textu jako celku obsahuje hlavní informace o tom, jakým způsobem autor vymezil vlastní výzkumné šetření prováděné v oblasti problematiky, jež je vymezena již samotným titulem dokumentu jako celku, tedy v oblasti využívání snoezelen terapie u osob s mentálním postižením.

Hlavní náplní kapitoly jsou tedy informace týkající se metodiky výzkumného šetření autora.

4.1. Vymezení problému

Problém, který je empirickou činností autora řešen je možné prezentovat coby zhodnocení snoezelen terapeutického přístupu – jejích možných přínosů – ve vztahu ke konkrétně zvolené cílové skupině klientů, kterými jsou osoby se středně těžkým a těžkým mentálním postižením (s diagnózou středně těžké či těžké mentální retardace).

4.2. Cíl empirického šetření

Cílem výzkumného šetření je snaha o potvrzení metody terapie snoezelen coby účinného nástroje pro terapii osob s mentálním postižením.

4.3. Výzkumné hypotézy

Hlavní výzkumnou hypotézou, jejíž potvrzení či vyvrácení je ve výzkumném šetření ve středu zájmu autora empirického šetření je následující vyjádření: **Snoezelen terapie vede ke zlepšení stavu klientů s diagnózou mentální retardace různé závažnosti (hloubky), přičemž tato zlepšení jsou okem pozorovatelnými změnami, které lze u konkrétních klientů potvrdit osobami v jejich okolí.**

4.4. Stanovené výzkumné otázky

Z vytvořené výzkumné hypotézy vycházejí pak následující dílčí výzkumné otázky, na něž bude během zisku dat o osobách zvoleného vzorku účastníků výzkumného šetření taktéž ze strany autora výzkumu orientována snaha nalézt odpovědi:

- Jaké konkrétní změny lze u osob se středně těžkou/těžkou mentální retardací zaznamenat v rovině jejich fyzického fungování (hrubé či jemné motoriky)?
- K jakým pozitivním změnám může terapie snoezelen u osob se středně těžkou/těžkou mentální retardací vést v rovině jejich komunikace s okolím?
- Které pozitivní dopady působení terapie snoezelen u osob se středně těžkou/těžkou mentální retardací je možné zaznamenat v oblasti jejich sociálního fungování?
- Jaké žádoucí změny na základě působení terapie snoezelen na osoby se středně těžkou/těžkou mentální retardací lze u těchto klientů zaznamenávat v oblasti fungování jejich smyslů (jejich smyslového vnímání)?
- Které případné pozitivní změny na základě působení terapie snoezelen na osoby se středně těžkou/těžkou mentální retardací lze u jednotlivců podstupující danou terapii detekovat v rovině jejich psychického ladění (nálady či prožívání)?

4.5. Metoda sběru dat

Za účelem naplnění stanoveného cíle výzkumného snažení autora bude využito metody kazuistického šetření. Tato budou pro dokument provedena celkem dvě.

Kazuistické šetření, označované jako kazuistika nebo též případová studie je metodou kvalitativních výzkumných strategií, pro níž jsou konkrétní data získávána z řady různých zdrojů (může e jednat o rozhovor s jedincem, jeho pozorování, rozhovor s osobami v jeho okolí,

studium dokumentace týkající se konkrétní osoby aj.) na základě jejíhož užití si lze učinit komplexní obrázek o konkrétním případě (Chrastina, 2019, s. 43).

4.6. Výzkumný vzorek

S ohledem na specifčnost zkoumaného problému a výrazné omezení populace z níž mohou být pro empirické šetření voleni jeho účastníci, byli klienti, jejichž data budou prezentována v kapitole číslo 5 předkládaného dokumentu, zvoleni na základě oslovení jednoho z denních stacionářů působících na území České republiky. Stacionář byl zvolen s ohledem na fakt, že tento pečuje převážně právě o jedince s diagnózou mentální retardace a v rámci nabídky služeb klientům je těmto umožněno zapojit se taktéž právě do snoezelen terapie.

Po oslovení stacionáře byli jeho vedením osloveni rodinní příslušníci pečující o klienty do stacionáře běžně umístěvané. Tito pak na základě vlastního vyjádřeného souhlasu s participací na výzkumném šetření byli v interakci s autorem předkládaného šetření dotazováni na základní informace o konkrétním klientovi stacionáře, kterého mají v péči, stejně tak na základě jejich souhlasu byl proveden nestrukturovaný rozhovor s terapeutem, pod jehož vedením se klient účastní snoezelen terapie a zároveň bylo umožněno krátké pozorování samotného klienta.

Výzkumný vzorek empirického šetření čítá v tomto případě celkem dvě osoby – 2 klienty zvoleného denního stacionáře – z nichž jeden má stanovenou diagnózu středně těžké mentální retardace a druhý pak diagnózu těžké mentální retardace. Pro oba klienty shodně platí, že jsou či v minulosti byli účastníci snoezelen terapie.

5. Data získaná výzkumným šetřením

V páté kapitole dokumentu jsou prezentovány konkrétní informace ke každému z účastníků výzkumného šetření zvláště v rámci takzvaných kazuistických šetření, jež sestávají z prvotního uvedení základních informací o konkrétní osobě (zde je nutné upozornit, že jména byla pro účely výzkumného šetření změněna proto, aby byla zachována anonymita zúčastněných), z anamnézy klienta, popisu jeho současného stavu a také stručné predikce do budoucna.

V rámci anamnézy a popisu současného stavu konkrétní osoby je přitom reflektováno právě působení snoezelen terapie – uváděny jsou případné pozitivní změny, které bylo možné dle osob blízkých klientovi zaznamenat po jeho zapojení do terapeutického procesu v kontrastu (komparaci) s tím, jakým způsobem se tento jedinec projevoval v minulosti, tedy před zahájením terapeutického působení.

5.1. Kazuistické šetření I

5.1.1. VÝCHOZÍ INFORMACE O KLIENTOVI

Pohlaví:	žena.
Věk:	21 let
Diagnóza:	těžká mentální retardace.
Jméno:	Alice.
Délka probíhající či již proběhlé snoezelen terapie:	3 měsíce.

5.1.2. ANAMNÉZA

Osobní anamnéza

Alice byla dítětem narozeným předčasně. Porod matky proběhl ve 35. týdnu těhotenství. Dítě vážilo 1,9 kg a měřilo 34 cm. Porod byl vyvolán lékařem s ohledem na výsledky ultrazvuku plodu, u nějž hrozila zástava oxygenace z důvodu omotání pupeční šňůry kolem dýchacích cest.

Během porodu došlo k asfyxii dítěte. Po narození Apgar skóre u dítěte na hodnotě 7 – Alice byla oživována ošetřujícím lékařem, porodníkem.

Po narození dítě zůstává v nemocnici další tři týdny v inkubátoru. Matka již v porodnici upozorněna na fakt, že její potomek může mít dlouhodobé nežádoucí následky na zdraví z důvodu komplikací před, během i po porodu.

Zdravotní anamnéza

Již od raného dětství vykazuje potíže v oblasti kognitivní. Její chápání světa odpovídá v současnosti přibližně pětiletému dítěti. V rámci vývoje řeči a myšlení jako takového se Alice výrazně opožďovala od svých vrstevníků již přibližně v jednom roce života.

K jejímu zdravotnímu stavu navíc přibyla komplikace v podobě občasných epileptických záchvatů, které se u dívky začínají manifestovat v devíti letech. V současnosti díky užívané medikaci tyto záchvaty již žena nemá (poslední zaznamenán před pěti lety).

Alice taktéž trpí postižením zraku v podobě tupozrakosti na levé oko, u pravého zjištěna krátkozrakost vyjádřené lékařem potřebou korekce v hodnotě 3 dioptrií. Pro alespoň částečkou korekci zrakové vady nosí Alice brýle.

Žena je alergická na sóju a kiwi. V rámci běžného fungování nemá sklony k infekčním onemocněním, jako jsou chřipka či jiné virózy. Žena nebyla pozitivně testována na Covid-19 ani jedenkrát v uplynulých dvou letech. Nikdy nemusela být dlouhodobě hospitalizována v nemocnici z důvodu operativního či jiného složitějšího chirurgického zákroku, případně dlouhodobého onemocnění. Během svého života měla zlomené zápěstí na levé ruce (ve věku 12 let, z důvodu pádu při jednom z epileptických záchvatů).

Alice není inkontinentní.

Rodinná anamnéza

Alice se narodila jako druhé z dětí sezdaných rodičů. Její starší sestře je aktuálně 24 let a nemá stanovenou žádnou psychiatrickou diagnózu, stejně tak netrpí závažným či dlouhodobým onemocněním somatického charakteru – mladou ženu lze považovat za zcela zdravou.

Třetím potomkem v rodině je mladší bratr Alice, v současnosti ve věku 12 let – v jeho případě se (na rozdíl od předchozích dvou dětí) jednalo o rodiči neplánovaného potomka. Ani v případě bratra nebyla dítěti stanovena jakákoli diagnóza postižení či dlouhodobého onemocnění. Chlapec pouze trpí krátkozrakostí, pro její řešení využívá optického aparátu brýlí.

Matka Alice je v současnosti ve věku 46 let. Funguje jako vedoucí pobočky pošty ve městě, v němž rodina žije. Pracuje na plný úvazek, přičemž s postiženou dcerou přichází do kontaktu pouze o víkendech. Alice je umístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením ve vzdálenosti přibližně dvacet kilometrů od místa bydliště rodičů. Sem byla dívka umístěna již v předškolním věku, kdy matka nezvládala péči o dítě se speciálními nároky vyplývajícími z jeho postižení jak mentálního, tak i tělesného. Matka Alice trpí migrenózními stavy, které se u ní objevují v četnosti přibližně dvakrát měsíčně. Kromě toho má stanovenou diagnózu nízkého krevního tlaku.

Otec mladší dcery je aktuálně ve věku 49 let. Pracuje na plný úvazek jako správce sítě pro firmu zabývající se marketingem a reklamou. Svůj pracovní úvazek může z poloviny naplňovat v rámci home office režimu (tento je ze strany muže využíván zejména v případech, kdy nejmladší potomek potřebuje zařídit záležitosti ve škole, v rámci volnočasových aktivit apod.). Je to právě otec, kdo se synem zůstává doma v případě, že tento onemocní. Sám otec má stanovenou diagnózu vysokého cholesterolu, jinak je zdrav.

Sociální anamnéza

Rodina Alice žije (kromě dívky samotné) na shodné adrese, a to včetně nejstaršího potomka, starší sestry Alice – tato v současnosti studuje vysokou školu v hlavním městě, ovšem v době volna se navrácí k rodičům, kde o víkendech absolvuje návštěvu mladší sestry v domově pro zdravotně postižené a snaží se rodičům pomáhat s péčí o nejmladšího bratra.

Rodiče se zbývajícími dvěma dětmi žijí v bytě 4+1, který mají v osobním vlastnictví. Rodina dále vlastní dva osobní automobily. Každé z dětí – včetně Alice – má své spořicí konto, které mu rodiče založili již v dětství (na bydlení, svatbu či jiné budoucí potřeby). V případě

Alice z daného konta bývají již nyní občasně čerpány ekonomické prostředky, z nichž je hrazena péče o ní v zařízení sociální péče.

Alice sama žije tedy v domově pro zdravotně postižené osoby, kde je umístěna dlouhodobě (v současnosti se jedná o téměř dvacet let jejího zdejšího pobytu). V rámci pobytu v zařízení byla Alice vedena ke vzdělávání, byla zde vychovávána, stejně jako jí ze strany zařízení byla zajišťována potřebná péče a terapie zlepšující (či minimálně udržující) její stav a životní úroveň. Taktéž byla u Alice odborníky v zařízení řešena problematika její epilepsie a zrakových vad.

Do zařízení se rodiče rozhodli dítě umístit v jeho necelých pěti letech, jelikož nezvládali péči o dítě, zejména s ohledem na agresivní projevy, které Alice vůči okolí i sobě samotné projevovala. V rodině docházelo ke střetům mezi oběma sestrami, které vyvolávala právě Alice. Poté, co sestře vyrazila Alice dva přední zuby, byla konzultována s odborníky speciálně pedagogického centra možnost umístění dítěte mimo rodinu. Matka s otcem se po půlročním rozmýšlení rozhodli na dané řešení přistoupit. Od té doby mladší z dcer v pravidelných intervalech navštěvují, a to minimálně dvakrát měsíčně, vždy o jednom z víkendových dní (zpravidla se jedná o sobotu). Kromě rodičů dojíždí do zařízení taktéž starší sestra Alice. Rodiče s sebou na návštěvy berou i nejmladšího z potomků, jeho ovšem Alice nepoznává, jelikož neměla možnost se s ním v rodině setkat. Většinou na něj vůbec nereaguje.

Alice je člověkem vyžadujícím s ohledem na míru dosaženého intelektu – téměř neustálý dozor. Také z toho důvodu byla rozhodnutí o její umístění mimo rodinu učiněna (matka by za přítomnosti mladší dcery vůbec nemohla docházet do zaměstnání a rodina by si nemohla dovolit léčebné/terapeutické procedury, které dnes již mladá žena po celý svůj život potřebuje). Díky umístění do zařízení sociální péče mají oba rodiče možnost plně se pracovně angažovat a rodina tak finanční nestrádá, přičemž je o Alici postaráno.

Z hlediska sociálního tak Alice přichází do kontaktu nejčastěji se svými pečovateli, odborníky z různých oblastí (psychologem, speciálním pedagogem, oftalmologem aj.). Dále pak její sociální okolí tvoří další obyvatelé domova pro osoby se zdravotním postižením – převážná většina těchto rezidentů má stanovenou psychiatrickou diagnózu, ať už se jedná o mentální retardaci, demenci či jinou problematiku, díky níž jsou v zařízení situováni.

Dvakrát měsíčně pak mladá žena přichází do kontaktu se členy své biologické rodiny, ovšem pouze na několik hodin (buď se jedná o dopoledne, nebo naopak odpoledne). Na tyto po

krátký časový úsek – tedy přibližně zmiňovanou polovinu dne – reaguje zpravidla pozitivně. Při dlouhodobějším společném pobytu na jednom místě má Alice sklon k agresivním manifestacím v chování a jednání. Také proto byly s vedením zařízení stanoveny návštěvy na 3 – 4 hodiny maximální délky, přičemž musí být v tomto rozmezí minimálně dvě krátké pauzy v interakcích (například na svačinu), jelikož s narůstající únavou Alice tíhne právě k (auto)agresivitě.

S okolím Alice reaguje spíše málo, jelikož její vyjadřovací schopnosti nedosahují vysoké úrovně. Rozvoj její řeči se ustálil přibližně na čtvrtém roku věku z hlediska běžného vývoje člověka. Ovšem Alice má problémy s artikulací a její okolí tak může mít problém s porozuměním, což opětovně vede k agresivně laděným reakcím ze strany mladé ženy. Z tohoto důvodu má pro interakci s personálem zařízení k dispozici obrázkový komunikační systém, kdy za pomoci individuálně přizpůsobených kartiček je Alice zvyklá komunikovat i v situacích, kdy skutečně hovoří (její řečová promluva je doprovázena ukázáním na určitý obrázek/kartičku či jeho zvednutím tak, aby byla sdělovaná informace podpořena a nedocházelo ke komunikačnímu šumu, který u Alice vyvolává frustraci).

Pedagogická/pracovní anamnéza

Z hlediska pedagogického Alice nastoupila do základního vzdělávání ve věku sedmi let na doporučení dětského psychologa. Její vstup do systému povinného vzdělávání byl tedy o rok odložen. Alice od prvního ročníku dochází do základní školy praktické, kam je doprovázena zaměstnancem domova pro osoby se zdravotním postižením.

Základní vzdělání dívka ukončila v osmnácti letech, její docházka do povinného stupně školského systému trvala deset let. Následně byla Alice zapojena do docházky na praktickou školu dvouletou, kde ovšem bylo její studium ukončeno již v prvním roce. Díky emoční nestálosti a nevhodnosti afektivních projevů bylo pedagogy shledáno, že dívka nebude z docházky do praktické školy profitovat.

K danému faktu se přiklonilo také vedení domova pro osoby se zdravotním postižením a komunikovalo jej rodičům dívky. Na základě doporučení tak byla její docházka v dalším vzdělávání ukončena - bylo shledáno, že mladá žena nebude nikdy schopná žít samostatně, a to ani například v rámci takzvaného chráněného bydlení. Rozvoj praktických životních dovedností, k němuž by byla právě na praktické škole dvouleté pedagogy vedena, tak nebude

mít možnost dostatečně uplatnit, jelikož o ní bude po zbytek jejího života nutné pečovat druhými osobami (ideálně odborníky s potřebným vzděláním a zkušenostmi).

Alice má tedy dokončené pouze základní vzdělání. V současnosti pobývá v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde je jí za úplatu poskytována veškerá potřebná péče. Alice nemá potřebné znalosti, dovednosti a ani osobnostní předpoklady pro to, aby mohla ve svém dospělém životě vykonávat pracovní povinnosti spojené s jakoukoli profesí. Nikdy se tedy nestane aktivní součástí pracovního trhu ani běžného, ani chráněného. Do konce svého života bude závislá na pomoci a podpoře svého okolí. Na tuto skutečnost byla její rodina upozorněna ještě před ukončením docházky Alice do praktické školy dvouleté (zde strávila pouhé tři měsíce) a rodiče si jsou dané skutečnosti vědomi.

O jakékoli pracovní anamnéze ve smyslu výkonu pracovních povinností zaměstnaneckých (či podnikatelských) tedy nelze v případě Alice hovořit. Stejně tak dále nelze předpokládat postup - rozvoj - ve sféře pedagogické anamnézy, tedy dalšího vzdělávání.

5.1.3. AKTUÁLNÍ STAV

Alice již dosáhla svého maxima z hlediska toho, co si dokáže osvojit v rovině znalostí a dovedností.

Aktuálně se její pečovatelé sněží řešit zejména oblast emočních reakcí, kdy při jejím zklidnění by bylo možné usnadnit Alici interakci se sociálním okolím, včetně její vlastní rodiny (lze předpokládat, že v budoucnu bude Alice závislá nejen na podpoře rodičů, ale také i vlastních sourozenců, minimálně v rovině finanční, jelikož péče o její osobu bude nutná i nadále).

Mladá žena působí poněkud rozmrzele, bez většího zájmu o své okolí. Oblečena je do čistých šatů, ovšem tyto jsou poněkud chaoticky uspořádané (chybí jeden zapnutý knoflík, blůza vypadá, jako kdyby nikdy nebyla vyžehlená apod.).

Během vzájemné interakce nepodává druhé osobě ruku. Namísto odpovědi na pokládané otázky spíše „vede svou vlastní řeč“, která se v mnohém podobá dětskému žargonu (žvatlání malých dětí). Po několika málo minutách se vrací do svého pokoje bez zájmu o další interakci a bez rozloučení.

Z hlediska intervenčních strategií a postupů je Alice zapojena do ergoterapie a do arteterapie, kdy je ovšem možné aby nakládala pouze s některými pomůckami. Díky tomuto opatření je předcházeno tomu, aby (například štětcem) ublížila sobě, nebo někomu z jejího okolí.

Právě s ohledem na snahu o zlepšení emočních reakcí Alice - tak, aby tyto lépe odpovídaly podnětů, jež je vyvolávají a nenabývaly afektivní povahy - byla Alice zařazena mezi ty klienty domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří mohou benefitovat ze snoezelen terapie, které je jim nabízena.

Alice na setkávání se svým „průvodcem“ v podobě školeného terapeuta s psychologickým vzděláním dochází jednou týdně. Samotná setkávání v multisenzorické místnosti probíhají po dobu přibližně třiceti minut a ze strany terapeuta je dbáno na to, aby byly eliminovány ty zrakové vjemy, u nichž hrozí výrazné riziko spuštění epileptického záchvatu (byť poslední podobný záchvat Alice zažila před více než pěti lety).

Ve snoezelenu je u Alice využíváno zejména bílého pokoje, kdy hlavním cílem je relaxace klientky z důvodu snahy o snižování míry projevů agrese v běžném fungování. Dále je pak snaha též pozitivně působit na zrakové vnímání, které je u Alice oslabené kvůli zrakovým vadám, s nimiž se musí vrovňovat.

5.1.4. PREDIKCE DO BUDOUCNA

Jak již bylo zmíněno v předcházejících oddílech kazuistiky číslo 1, u Alice není možné do budoucna očekávat její postup hlediska úrovně dosaženého vzdělání (lze pouze očekávat možnou redukci nežádoucích emočních projevů a chování s nimi spojeném), lze pouze působit na mladou ženu způsobem, kdy bude tato i nadále „vychovávána“ tak, aby bylo její zapojení do sociálního fungování – minimálně v rámci domova pro osoby se zdravotním postižením - co nejadaptivnější a žena nebyla nucená trávit svůj dospělý život izolovaná od druhých osob, včetně členů vlastní rodiny.

Rodina po celá léta o mladší z dcer projevuje zájem, byť není tato běžnou součástí jejího každodenního života. Na základě vyjádření rodičů by tito byli ochotni například s dcerou vyrazit společně na celodenní výlet, ovšem pouze za předpokladu, že by takovou událost byla Alice schopná emočně zvládnout bez zbytečné agresivity.

S ohledem na pedagogickou anamnézu taktéž není možné očekávat, že by svůj dospělý život Alice mohla trávit plněním pracovních povinností vycházejících z výkonu určité profese. Podle současného zhodnocení psychologa není Alice vhodná ani pro zařazení do chráněného pracovního trhu (zde ovšem v budoucnu lze doporučit ještě opakované přezkoumání, aby nebyla žena ochuzena o možnost participace na pracovních procesech alespoň právě v rámci chráněného trhu práce).

Vzhledem k projevům Alice, jež vedou její okolí k tomu, že žena je pouze minimálně zapojovaná do sociální interakce, lze taktéž z hlediska osobního života mladé ženy předpokládat, že tento nebude partnersky naplněn. Momentálně projevy Alice nenaznačují, že by měla zájem o to seznámat se s osobami opačného pohlaví, přítele tedy zřejmě v nejbližší době mít Alice nebude.

Podle terapeutky na snoezelen reaguje Alice pozitivně. Při jejím pobytu zde nebylo zaznamenáno žádné agresivně orientované chování. Dívka se zajímá o podnět, které jsou jí zde zprostředkovávány a na pravidelná setkávání s terapeutkou se těší.

Během tří měsíců, kdy je Alice do terapie snoezelen zapojena, si její rodiče všimli, že lépe udržuje oční kontakt při návštěvách. Personál z domova pro zdravotně postižené osoby navíc uvádí částečný pokles agrese, kterou běžně mladá žena projevovala (například v situaci, kdy je na ní znatelná únava, se odebere na lůžko bez toho, aby přitom křičela na ostatní). Tyto změny jsou prozatím ovšem pouze malého rozsahu a je tedy otázkou, zda se podaří díky snoezelenu agresivitu u Alice ještě výrazněji potlačit a lépe tak Alici socializovat, zapojit více do interpersonálních interakcí.

5.2. Kazuistické šetření II

5.2.1. VÝCHOZÍ INFORMACE O KLIENTOVI

Pohlaví:	muž.
Věk:	23 let.
Diagnóza:	středně těžká mentální retardace.

Jméno:

Tomáš.

Délka probíhající či již proběhlé snoezelen terapie:

6 měsíců.

5.2.1. ANAMNÉZA

Osobní anamnéza

Tomáš je dítětem narozeným dva týdny před stanoveným datem. Matka dítěte během gravidity - v prvním trimestru - užívala opakovaně alkohol. Dle slov lékaře teprve ve čtvrtém měsíci těhotenství zjistila, že čeká potomka. Po tomto zjištění žena uvádí, že alkohol přestala konzumovat.

Chlapec se narodil bez porodních komplikací. Po narození měřil 45 cm a vážil 2,47 kg. Po narození je propuštěn druhý den i s matkou do domácího ošetřování (dítě nebylo nutné sledovat, nevykazovalo výraznější známky nedonošenosti ani zdravotní komplikace).

V raném věku se dítě vyvíjelo bez zásadnějších odchylek jak po fyzické, tak i psychické stránce. V předškolním věku ovšem zaznamenány odlišnosti vůči vrstevníkům. S podezřením na vývojové opoždění je chlapec na doporučení pedagožky působící v mateřské škole odeslán na vyšetření dětským psychologem v pedagogicko-psychologické poradně. Zde dítěti stanovena diagnóza středně těžké mentální retardace.

Zdravotní anamnéza

Během svého života – zejména ve věku mladšího školního věku – Tomáš prodělal řadu zranění, která si přivodil nejčastěji v kolektivu vrstevníků (v herních činnostech, při sportování). Mladý muž měl tedy ještě v dětském věku zlomené levé předloktí, naražený levý kotník, stejně jako i malíček a prsteníček pravé ruky, u lékaře byl vyšetřován též pro naraženou kostrč a během dospívání (ve věku 13 let) si dokonce zlomil i klíční kost.

Žádné z uváděných zranění nevyžadovalo operaci a dlouhodobou hospitalizaci v nemocnici. V nemocnici ovšem Tomáš strávil týden ve věku devatenácti let kvůli operaci zaníceného apendixu.

V dětství ani během dospívání netrpěl Tomáš na virózy či jiná onemocnění infekčního charakteru. Během loňského roku byl pozitivně testován na Covid-19, ovšem onemocnění prodělal téměř bezpříznakově. Ve věku osmi let prodělal pouze plané neštovice.

Tomáš nemá prokázáno žádnou alergii na potraviny či jiné alergeny. Z důvodu dalekozrakosti (v případě obou očí vyjádřenou hodnotou dvou dioptrií) běžně nosí korekční zrakový aparát v podobě brýlí.

Rodinná anamnéza

Otec Tomáše je neznámý (matka jej žádnému z lékařů ani jiných odborníků, s nimiž Tomáš přicházel do kontaktu, neuvádí). Jeho zdravotní či jinou anamnézu tedy není možné poskytnout, jelikož ani matka sama si není jistá, kdo je biologickým otcem jejího syna.

Matka Tomáše je aktuálně ve věku 43 let a má za sebou protialkoholní léčbu v jedné z komunit fungujících na území České republiky. Žena je závislá na alkoholu od svých sedmnácti let. Během doby, kdy počala svého syna, žila jako člověk bez domova. Na ulici, mezi dalšími podobně situovanými jedinci. Alkohol byl z její stránky v nadměrných dávkách přijímán na denní bázi.

S užíváním alkoholu matka končí po zjištění vlastní gravidity. Během těhotenství žije u svých rodičů a dochází ambulantně do protialkoholní léčebny. Po narození syna se – přibližně v jeho devíti měsících – opět uchyluje k užívání alkoholu, syna opouští a opětovně žije na ulici až do doby, kdy je Tomášovi dvanáct let. V této době se na vlastní žádost přihlašuje do programu protialkoholního léčení probíhajícího nikoli na ambulantní bázi, ale formou komunity, b níž tráví žena několik měsíců.

V dětství se o Tomáše starají matčini rodiče, tedy děda s babičkou. Chlapec bydlí s nimi v bytě 2+1 na sídlišti menšího města v Jižních Čechách. Chlapec je s prarodiči doma až do věku čtyř let (babička je v invalidním důchodu z důvodu karpálních tunelů a může tedy s dítětem trávit čas doma). Dědeček Tomáše pracuje v jeho dětství jako strojní inženýr pro firmu vyrábějící auta. V průběhu času se muž rekvalifikuje na daňového účetního. Daňovou evidenci svých klientů s postupem času spravuje z domova tak, aby s narůstajícím věkem měl možnost se o chlapce i nadále starat.

Matčini prarodiče sami měli pouze jednoho potomka, Tomášovu matku, tudíž z rodinného kruhu se setkává chlapec prakticky pouze se svými prarodiči. Jeho okruh rodinných kontaktů je úzký.

Během celého Tomášova života se žádný muž nepřihlásil k jeho otcovství, syna se nikdo tímto způsobem nepokusil kontaktovat či se s ním dokonce osobně sejit.

Prarodiče zvládli po celou dobu života Tomáše i sebe samotné finančně zabezpečit. Zároveň přitom přispívali na konto pro svou dceru, které ovšem toto nebylo po dlouhou dobu svěřeno právě s ohledem na fakt, že se mladá žena rozhodla žít mimo domov v naprosto nevyhovujících podmínkách, kde se její rodiče obávali, že by jí mohly být peníze zcizeny, nebo by kvůli nim mohla být ohrožována na životě.

Dle rodičů Tomášovy matky se jejich dcera rozhodla pro odchod z domova, kde byla očekávaným a milovaným dítětem proto, že se v dospívání „chytla špatné party“. Dle slov matky její dcera toužila studovat střední oděvní školu, ovšem s manželem rozhodli, že bude pro její budoucnost lepší studovat na gymnáziu. Zde dívka nijak zvlášť nevynikala. V šestnácti letech si našla staršího přítele, který ji přivedl k závislosti na alkoholu (který ji opatroval). Rodiče Tomášovy matky se snažili s dcerou několikrát spojit, ovšem tato neměla zájem a kontaktovala je až v době, kdy již věděla, že je těhotná.

Sociální anamnéza

Tomáš s prarodiči (a zpočátku také se svou matkou) žil (žije v bytě 2+1 na sídlišti. Prarodiče vlastní osobní vůz, který umí řídit jen jeho dědeček. Díky tomu se s prarodiči Tomáš opakovaně mohl vydávat na společné výlety – například s prarodiči pravidelně pořádají návštěvu zoologické zahrady jedenkrát ročně, dříve taktéž společně jezdili například i do aquaparku či na jiná místa.

Kromě prarodičů se Tomáš během dětství setkával s řadou jejich přátel odborného věku. Vyrůstal tak zejména v přítomnosti dospělých osob. S těmito nikdy neměl problém v interakci, považovali jej dle vyjádření babičky „za roztomilého“.

Širší sociální okruh kontaktů se u Tomáše začíná formovat teprve po jeho vstupu do vzdělávací soustavy, tedy do mateřské a následně také i základní školy. V jejich rámci prakticky poprvé přichází chlapec do kontaktu se svými vrstevníky (dříve s nimi interagoval pouze omezeně, například po krátkou dobu na dětském hřišti).

Z hlediska finančního prarodiče uvádějí, že si nikdy nemohli dovolit drahé věci nebo například dovolené, ovšem chlapci nechybělo jídlo, oblečení ani pomůcky do školy. O Vánocích a narozeninách dostával řadu dárků a také v případě zájmu o volnočasové koníčky jej s manželem podporovali (byli ochotni koupit mu vybavení, pomůcky apod.).

V současnosti má dědeček dva roky před odchodem do penze, ovšem uvažuje o předčasném odchodu, jelikož má našetřeno na stáří pro sebe i svoji manželku.

Změna v sociálním fungování Tomáše nastává v době jeho dospívání, kdy v roce, v němž nastoupil do druhého stupně základní školy, se k rodičům vrátila jeho biologická matka. Tato požádala rodiče s tím, aby si mohla odvyknout alkoholu a vrátit se zpět domů. Rodiče souhlasili pouze za předpokladu, že léčba dcery nebude probíhat v místě bydliště, tedy ambulantní formou, ale v komunitě mimo bydliště a že dítě (které měli po celou dobu v péči) bude se ženou interagovat až poté, co nebude užívat alkohol a společně se s prarodiči chlapce domluví, jakým způsobem mu vše vysvětlí.

Matka se po několika měsících vrací z protialkoholního léčení. Následně si nachází zaměstnání (žije se prozatím jako pomocná síla ve fast foodu) a rekvalifikuje se na švadlenu. K životu na ulici a ke starým známým se již nevrací, zůstává se synem doma. S rodiči se ovšem domlouvá, že i nadále zůstanou Tomášovými zákonnými zástupci (tento stav se mění až s patnáctým rokem věku chlapce, kdy matka žádá o svěřeni do péče).

Pedagogická/pracovní anamnéza

Tomáš nastupuje do předškolního vzdělávání ve věku čtyř let. V této době je zapsán do mateřské školy fungující přímo na sídlišti, v němž s prarodiči dlouhodobě žije.

V mateřské škole nemá problémy v rámci kolektivu, ovšem třídní učitelka si všimá zvláštností jeho individuálních projevů. Tomáš například v porovnání se spolužáky užívá mnohem méně slov v rámci své aktivní slovní zásoby. Taktéž se projevuje jako emočně méně vyžralý – bývá plačtivý i při mírných podnětech (díky těmto projevům svých prarodičů a jejich blízkému okolí připadal chlapec „roztomilým“).

Pedagožka sděluje své podezření na možné psychické zaostávání dítěte a doporučí prarodičům s Tomášem navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu.

Dětský psycholog ve školském poradenském zařízení pedagogicko-psychologické poradny po provedení vyšetření IQ u dítěte stanovuje diagnózu středně těžké mentální retardace.

Po dvou letech strávených v mateřské škole je speciálně pedagogickým centrem, do nějž s vnukem prarodiče pravidelně docházeli a spolupracovali zde s psychopedem, logopedem a dalšími odborníky, je zákonným zástupcům dítěte navržen odklad školní docházky Tomáše o další rok. Na základě tohoto odkladu je prarodičům sděleno, že by Tomáš mohl následně být integrován do běžné školy, nikoli zařazen do základní školy speciální (nejedná se však o stoprocentně jistý krok).

Prarodiče nakonec s posunutím nástupu vnuka do základní školy souhlasí.

Po třech letech stráveným v předškolním vzdělávacím zařízení Tomáš skutečně nastupuje do běžné základní školy, ovšem nikoli do její běžné třídy, ale je mu doporučeno zařazení do kolektivu spolužáků, pro něž je v základní škole v blízkosti jeho bydliště otevřena třída pro jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Do této má docházet pouze asi třetina počtu žáků tak, jak jsou tito umisťováni do běžných tříd a navíc zde mají působit nikoli běžní pedagogové, ale také i pedagogové speciální.

Do zmíněné třídy prarodiče Tomáše zapisují opět na doporučení speciálně pedagogického centra. Zde zákonným zástupcům sděleno, že Tomáš zde bude lépe prospívat, ovšem nebude zcela izolován od zdravých vrstevníků, jelikož tito docházejí do shodné školy.

Tomáš ukončuje první stupeň základní školy s hodnocením v rozmezí 2-3 ve všech předmětech. Na druhém stupni pokračuje ve speciálně vyčleněné třídě základní školy v kolektivu většiny známých spolužáků.

Základní vzdělání je v případě druhého stupně u Tomáše prodlouženo o jeden další rok. Tomáš tak končí povinnou školní docházku ve věku 17 let. Od druhého stupně se na vzdělávání syna podílí již také jeho matka, která pravidelně dochází do školy, se synem se věnuje jeho domácí přípravě a dokonce se zapojuje také do interakce s odborníky ze speciálně

pedagogického centra a pedagogicko-psychologické poradny, jejichž služby jak její syn, tak i ona samotné využívají.

Po skončení základního vzdělávání je matce Tomáše doporučeno zapsání syna do praktické dvouleté školy, v níž by měl být mladý muž dál veden k rozvoji svých – zejména praktických životních – dovedností tak, aby bylo možné alespoň do určité míry počítat s jeho samostatností v dospělém životě.

Tento krok matka se synem za souhlasu prarodičů dítěte činí. Tomáš dvouletou praktickou školu dokončí během tří let a během své docházky je mu nabídnuta možnost chráněného bydlení, v němž by nežil s rodiči/prarodiči, ale obýval by samostatné prostory a o společné prostory (kuchyň, chodbu, obývací) by se dělil s dalšími osobami, které jsou do podobného způsobu fungování zařazeni.

Již pátým rokem tedy Tomáš funguje samostatně právě v rámci chráněného bydlení, přičemž je zapojen také do chráněného trhu práce. V dílnách, kde dochází k výrobě řady charitativních předmětů, pomáhá mladý muž s obsluhou strojů a úklidem, pod odborným vedením a dohledem svého nadřízeného tak, aby byl chráněn před případným úrazem či jinou újmou na pracovišti.

5.2.1. AKTUÁLNÍ STAV

Tomáš je s ohledem na svůj dosažený kalendářní věk nižšího věku. Na první pohled působí klidně a vyrovnaně.

Odpovídá na kladené otázky, ovšem jeho reakce jsou pomalejší, než s jakými se lze setkávat u intaktní populace dospělých. Taktéž slovní zásoba je poměrně úzká. Tomáš reaguje na okolní požadavky a vyjádření směrem k jeho osobě zpravidla krátkými jednoduchými větami.

Příliš neprojevuje emoce, které nejsou znatelné ani na jeho výrazu tváře (nelze u něj „odečítat“, jak se cítí, nebo na co aktuálně myslí).

Mladý muž je při setkání čistě oblečený – má vyprané a vyžehlené šaty – podává ruku na pozdrav a klidně odpovídá na otázky, které jsou mu kladeny.

Během půlhodinového rozhovoru se zasměje pouze jedenkrát, negativní emoce nedává najevo vůbec.

V chráněném bydlení aktuálně žije v bytě se svojí partnerkou, s níž se seznámil při jedné z návštěv speciálně pedagogického centra před rokem a půl. Společně žijí asi tři měsíce. Při dotazu na její osobu Tomáš odpovídá, že ji má rád, ale více svou reakci nerozvádí, nesnaží se o přítelkyni aktivně mluvit.

Tomáš se pravidelně setkává jak se svými prarodiči – ti jej navštěvují zejména o víkendech – tak i s matkou, která se u něj zastaví asi dvakrát týdně (doprovází ho například na nákup, asistuje mu při úklidu apod.). Mladý muž většinu svých potřeb dokáže zvládat zajistit sám, pouze například a žehlením mu pomáhají matka nebo přítelkyně, jelikož tuto dovednost si dostatečně neosvojil.

Tomáš již šestým měsícem využívá nabídku, která mu byla v rámci péče o osoby zařazené do chráněného bydlení, nabídnuta, a to možnost zapojení do procesu snoezelen terapie. Tato v případě Tomáše je cílena zejména na snahu o rozvoj sociálních interakcí, které jsou pro Tomáše složitější z toho důvodu, že od malička příliš nedává najevo své emoce. Okolí na něj tak často reaguje odmítavě, ačkoli s osobami, které jsou Tomášovi blízké, muž vychází bez problémů a rád se s nimi účastní nejrůznějších aktivit (viz již dříve zmiňovaný fotbal). Lepší schopnost sociální interakce by Tomášovi mohla dopomoci například v zařizování potřebných záležitostí na úřadech, nebo - v případě, že by ztratil zaměstnání na chráněném trhu práce - by mu poskytovala vyšší míru jistoty na běžném pracovním trhu, do nějž by se mohl v takové situaci zapojit.

Snoezelen terapie tedy u Tomáše neřeší jeho akutní problémy v konkrétní sféře jeho fungování, ale je směřována spíše do oblasti rozvoje potenciálu daného jedince, jako nástroj možného zlepšování jeho budoucnosti.

5.2.2. PREDIKCE DO BUDOUCNA

Tomáš je v současnosti finančně nezávislý na svých prarodičích i matce. Tito mu dopomáhají jen v případě, že si chce pořídit (zakoupit) něco zvláštního či výrazně dražšího - příkladem toho jsou kopačky, které si pořídil, aby se mohl vrátit k hraní fotbalu, jemuž se věnoval ještě jako dítě.

Vzhledem k tomu, že Tomáš byl během svého života schopen zapojit se do pracovního procesu na úrovni, kdy je za výkon svých povinností finančně odměňován a také byl schopen seznámit se se ženou, s partnerkou, s níž již aktuálně sdílí bydliště, je možné do budoucna předpokládat, že bude jako dospělý muž ve svém životě značně samostatnou osobou, na níž bude nutné částečně dohlížet jak v soukromém, tak i profesním životě.

Chráněné bydlení je možné pro Tomáše považovat za vhodnou volbu, stejně jako i participaci na chráněném pracovním trhu. V případě nízkokvalifikovaných pracovních pozic by Tomáš pravděpodobně zvládl vykonávat pracovní povinnosti i mimo chráněný trh práce, ovšem pouze za předpokladu, že by na podobném pracovním místě zaměstnavatel projevil ochotu zajistit dohled nad Tomáše ručící za jeho zdraví, nebo například dohlížející na to, aby nečinil Tomáš nevhodná rozhodnutí (nenechal se okolím zneužívat, manipulovat apod.).

Matka i prarodiče v souvislosti s absolvováním snoezelen terapie ze strany Tomáše uvádějí, že tento se v posledních dvou měsících začal častěji usmívat, což pro něj až do nynějška bylo zcela netypickým projevem. Mladý muž taktéž zvládl svou první návštěvu České pošty zcela bez asistence, a to před dvěma týdny, kdy si zde měl vyzvednout balíček.

Tomášovo okolí tedy zpozorovalo určité pozitivní změny v jeho projevech. Matka muže i její rodiče doufají, že - pokud nedojde k ještě dalšímu zlepšení - budou alespoň tyto drobné změny udržitelné do budoucna.

6. Vyhodnocení empirického šetření

Šestý hlavní oddíl dokumentu obsahuje shrnutí dat tak, jak tato byla prezentován v jeho předchozí - páté - kapitole. Souhrn zde bude proveden s ohledem na výzkumnou hypotézu a také jednotlivé výzkumné otázky tak, jak tyto byly definovány v podkapitolách 4.3. a 4. 4. textu (v metodické části jeho empirické poloviny).

Kromě reakcí na výzkumné otázky a potvrzení či vyvrácení výzkumné hypotézy budou taktéž oba případy uživatelů snoezelen terapie z řad osob s mentálním postižením v samostatné podkapitole vzájemně stručně komparovány.

6.1. Zaznamenané pozitivní dopady Snoezelen terapie na klienta č. 1

Stanovenou výzkumnou hypotézu bylo možné na základě provedeného kazuistického šetření u klientky číslo 1 - tedy u Alice - potvrdit/vyvrátit, a to na základě vyjádření zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří zaznamenali změnu v emočních projevech klientky směrem k lepšímu zvládnání pro ni frustrujících (náročných) situací.

V rovině fyzického fungování klienta - jeho hrubé či jemné motoriky - s těžkou mentální retardací nebylo lze po jeho tříměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat žádné zásadní změny, jelikož klientka v dané oblasti fungování nevykazovala výrazné problémy a působení snoezelen terapie tak nebylo orientovaná na danou sféru zájmu.

V rovině komunikace klienta s těžkou mentální retardací lze po jeho tříměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat změny v podobě schopnosti vhodnějšího způsobu vysílání signálů okolnímu prostředí (konkrétně namísto křiku coby oznámení únavy klientky tato jednoduše zvolila odebrat se na lůžko bez toho, aby další osoby vyváděla z rovnováhy svými komunikačními projevy).

V oblasti sociálního fungování klienta s těžkou mentální retardací lze po jeho tříměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat změny v podobě schopnosti udržování očního kontaktu během vzájemné interakce a také dlouhodobého vyvarování se agrese vůči okolí v případě samotné snoezelen terapeutky, která podobný zážitek s klientkou nemusela absolvovat ani jedenkrát.

V oblasti smyslového vnímání klienta s těžkou mentální retardací lze po jeho tříměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat žádoucí změny v podobě fixace zraku na podněty, které klientku zajímají (viz již zmiňovaný oční kontakt s druhými osobami během interpersonálních interakcí, ale nejen v podobných případech).

Ve sféře psychického ladění (nálady, případě též prožívání) klienta s těžkou mentální retardací lze po jeho tříměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat žádoucí změny v podobě projevení radosti z možnosti další návštěvy snoezelenu a zejména pak v poklesu agresivních projevů vycházejících za akutně zažívané tenze a frustrace klientky, která na podobné stavy v minulosti měla tendenci reagovat právě (auto)agresivními sklony.

6.2. Zaznamenané pozitivní dopady Snoezelen terapie na klienta č. 2

Stanovenou výzkumnou hypotézu bylo možné na základě provedeného kazuistického šetření potvrdit/vyvrátit taktéž u klienta číslo 2 - Tomáše - u nějž si v souvislosti s pravidelnými setkáními se snoezelen terapie členové jeho rodiny všimli vyšší míry schopnosti projevení kladných emocí navenek (úsměv) a taktéž potvrdili, že Tomáš v posledních týdnech zvládl samostatně úkol, který byl pro něj v předchozích obdobích jeho života náročným (návštěva České pošty).

V rovině fyzického fungování klienta – jeho hrubé či jemné motoriky – se středně těžkou mentální retardací lze po jeho šestiměsíčním absolvování snoezelen terapie taktéž (podobně jako i v případě první klientky terapeutického působení) nebyly zaznamenány výraznější změny. Ani Tomáš netrpěl zásadními potížemi v rámci sebeobsluhy, jež by zapříčiňovala právě jemná motorika, a tudíž na danou sféru zájmu nebyl při terapii kladen důraz (do budoucna lze u Tomáše sledovat, zda díky snoezelenu dojde k jeho zlepšení hrubé motoriky například na základě jeho schopnosti vyhýbat se úrazům, s nimiž měl v minulosti řadu zkušeností).

V rovině komunikace klienta se středně těžkou mentální retardací lze po jeho šestiměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat změny v podobě schopnosti verbální domluvy potřebné k samostatnému vyřízení záležitostí na úřadech, stejně jako i v rozvoji neverbálních komunikačních signálů, kdy se Tomáš naučil dávat najevo svou radost úsměvem na tváři.

V oblasti sociálního fungování klienta se středně těžkou mentální retardací lze po jeho šestiměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat změny v podobě bezproblémového absolvování pochůzky, při níž v minulosti byl prozatím vždy doprovázen jinou dospělou osobou. (Stejně tak je možné částečně přisuzovat pozitivní vliv snoezeleny schopnosti Tomáše kooperovat se svou přítelkyní, s níž se před několika málo měsíci sestěhoval do společného bydlení.)

V oblasti smyslového vnímání klienta se středně těžkou mentální retardací nebylo lze po jeho šestiměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat žádné výrazné změny, jelikož Tomáš neměl ani v minulosti zásadní problémy se smyslovým vnímáním, na něž by byla pozornost snoezelen terapeuta specificky orientována.

Ve sféře psychického ladění (nálady, případě též prožívání) klienta se středně těžkou mentální retardací lze po jeho šestiměsíčním absolvování snoezelen terapie zaznamenat žádoucí změny v podobě jejich projevů navenek - u Tomáše není možné tvrdit, že by radost nebyl schopen prožívat i v minulosti, ovšem teprve v posledních měsících ji umí dát najevo svému okolí za pomoci výrazu tváře.

6.3. Komparace změn nastalých u obou sledovaných klientů

V obou případech klientů s diagnózou mentálního postižení (mentální retardace) různého stupně bylo prokázáno, že po opakovaných návštěvách snoezelen terapeuta - absolvování snoezeleny coby vědomě vedené terapie - tito vykazují pozitivní změny v rovině svého chování vůči okolí. Stejně tak je možné na základě informací prezentovaných v jednotlivých kazuistikách usuzovat, že došlo u obou mentálně postižených klientů snoezeleny k úpravě jejich prožívání směrem k jeho harmonizaci a k nárůstu samostatnosti v plnění základních životních úkonů během všedních dnů.

Obě prezentované kazuistiky se odlišují jak v pohlaví klienta, tak i v diagnóze, které byla klientům stanovena (tedy v hloubce mentálního postižení). Klienti, jež byly v případových studiích představeni, jsou v obou případech podporováni ve svém běžném životě svými rodinami, byť – s ohledem na okolnosti – tato podpora probíhá odlišnými způsoby a v různé míře.

Zatímco v případě klientky se těžkou mentální retardací snoezelen přispěl zejména k ustálení jejího emočního prožitku a reakci na něj (k určitému útlumu agresivních projevů, které byly po celý život pro ženu charakteristickými), u klienta se středně těžkou mentální retardací došlo k navýšení jeho schopnosti interakce se sociálním okolím, jež je podporována jeho dovednostmi projevovat prožívané emoce navenek.

Zásadní odlišnost obou prezentovaných případů pak tkví taktéž i v délce snoezelen terapie, kterou prozatím klienti podstoupili. Při komparaci tohoto faktoru je možné hovořit o tom, že u první klientky bylo pozorovatelné změny dosaženo v kratším časovém intervalu (rychleji), a to i přes její závažnější diagnózu, než je tomu v případě klienta se středně těžkou mentální retardací. Zároveň je ovšem nutné upozornit, že zatímco nevhodné projevy první klientky opakovaně ohrožovaly na zdraví nejen ji samotnou, ale také její okolí, u druhého klienta podobné destruktivní chování nebylo manifestováno nikdy (ve druhém případě se tedy jedná o výsledky terapie spíše v jakýchsi dílčích úpravách).

Závěr

V textu, který je zde předkládán bylo představeno téma snoezelenu jakožto metody práce s klientem v rámci pomáhajících profesí, přičemž důraz byl kladen zejména na jeho možné terapeutické využití, k němuž je možné se uchýlit za předpokladu, že jsou pro podobnou aplikaci splněny potřebné podmínky (s požadovanou odborností snoezelen terapeuta v čele).

Vedle definice, charakteristik, stručné historie a taktéž objasnění stávající situace panující v České republice text zahrnoval také praktickou část, která na dříve zmiňované teoretické poznatky navázala.

Jak v teoretické, tak i v praktické části textu byla pozornost působení snoezelenu (jeho možných pozitivních dopadů) směřována zejména k populaci klientů s mentálním postižením (s diagnózou mentální retardace).

Empiricky zaměřená část dokumentu obsahovala informace týkající se hned dvou konkrétních klientů, kterým byla diagnóza mentální retardace stanovena a kteří zároveň měli možnost aktivně se zapojit právě do snoezelen terapie.

Byť každý z klientů pocházel z odlišného rodinného zázemí, každý je odlišného pohlaví se má stanovenou odlišnou diagnózu co do závažnosti svého mentálního postižení, v obou případech bylo možné vysledovat pozitivní působení snoezelen terapie na dané osoby.

Tyto změny byly patrné jak v sociální úrovni fungováním, tak také i v psychickém rozpoložení klientů, což lze považovat za vhodný způsob péče o podobně postižené jedince, jelikož snaha o jejich zapojení do fungování běžné společnosti často ztroskotává právě na jejich psychické nerovnováze a sociální neobratnosti.

S ohledem na zjištěné výsledky, jichž bylo během poměrně krátké doby za pomocí snoezelen terapie u klientů s mentálním postižením dosaženo, je možné na tomto místě vyslovit závěr, že metoda terapie snoezelen byla potvrzena coby účinný nástroj vhodný pro intervenci u klientů s mentálním postižením (těch, kterým byla stanovena diagnóza mentální retardace různé hloubky).

Seznam zdrojů

1. PONECHALOVÁ, Daniela. *Co je Snoezelen – teoretický úvod*. 3lobit o. z., 2021 [cit. 2022-02-05]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>.
2. BENDO VÁ, Petra, ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
3. BUŽGOVÁ, Radka, SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0584-7.
4. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
5. FERTALOVÁ, Terézia, ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
6. FILATOVÁ, Renata, JANKŮ, Kateřina. *Snoezelen*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 970-80-260-01115-7.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 978-80-247-1314-4.
8. HUTYROVÁ, Miluše, RŮŽIČKOVÁ, Veronika (eds.). *Perspektivy společného vzdělávání: V. olomoucké speciálněpedagogické dny, sborník příspěvků z konference XVIII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami, V. konference mladých vědeckých pracovníků. 14. a 15. března 2017 v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5430-6.
9. CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study – a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.
10. JANKŮ, Kateřina. *Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě, 2018. ISBN 978-80-7510-335-2.
11. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.
12. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

13. MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (česká verze). *Prohlížeč struktury klasifikace: F70-F79 – Mentální retardace* [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70>.
14. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
15. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
16. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
17. VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.
18. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, BARTOŠOVIČ, Ivan. *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2207-3.

Bibliografické údaje:

Jméno autora: Kateřina Mezerová

Obor: Andragogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Snoezelen terapie u osob s mentálním postižením

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 16

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.