

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ ŠTÚDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Martina Vyletelová

**Terapeutické využitie miestnosti Snoezelen u osôb
s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím.**

Praha 2015

Vedúci diplomovej práce: PhDr. Peter Pavlis, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITÄT PRAG

MASTER, KOMBINIERTES STUDIUM

2013–2015

DIE MASTERARBEIT

Martina Vyletelová

**Therapeutische Verwendung von Snoezelen für
Personen mit schweren und schwersten geistigen
Behinderungen.**

Prag 2015

Leiter der Masterarbeit: PhDr. Peter Pavlis, CSc.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktorú som vypracovala samostatne. Všetku použitú literatúru a ostatné zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a uvádzam v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 06.03.2015

Meno autorky

Pod'akovanie

Chcela by som sa poďakovať PhDr. Petrovi Pavlisovi, CSc., vedúcemu mojej diplomovej práce za metodickú pomoc, pripomienky a ústretový prístup pri vedení mojej diplomovej práce.

Ďakujem tiež všetkým klientom s ktorými som spolupracovala, za ich trpezlivosť a spoluprácu.

Anotácia

Diplomová práca sa zaoberá terapeutickým využitím miestnosti snoezelen u osôb s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou.

Teoretická časť nám poskytuje informácie o koncepte snoezelen, o terapeutických možnostiach využitia tejto metódy, ako aj o samotnej mentálnej retardácii.

V praktickej časti popisujeme konkrétne prípady spolupráce klienta a pedagóga v miestnosti snoezelen a na ich spracovanie používame kvalitatívny prieskum.

Kľúčové slová

Anamnéza, cieľ, individuálny prístup, kazuistika, mentálna retardácia, multisenzorická miestnosť, snoezelen, terapia.

Annotation

Die Arbeit befasst sich mit der therapeutischen Anwendung von "Snoezelen"-Räumen für Personen mit schwerer und schwerster geistiger Retardierung.

Der theoretische Teil informiert zunächst über das Konzept „Snoezelen“ und danach über dessen therapeutische Verwendung. Nachfolgend werden die verschiedenen Stufen geistiger Beeinträchtigung beschrieben.

Im praktischen Teil werden spezifische Fälle der Zusammenarbeit zwischen Klient/-in und Therapeut/-in im "Snoezelen"-Raum verwendet und anhand qualitativer Forschungsverfahren untersucht.

Schwerpunkte

Fallstudie, geistige Retardierung, Geschichte, individueller Zugang, multisensorischer Raum, Snoezelen, Therapie, Ziele.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČASŤ.....	10
1 SNOEZELLEN	10
1.1 Teoretické vysvetlenie pojmu snoezelen.....	10
1.2 Vznik a vývoj koncepcie snoezelen	11
1.3 Zásady a princípy snoezelen	12
1.4 Neurofyziologické východiská snoezelen.....	15
1.4.1 Zrakové východiská	16
1.4.2 Suchové východiská.....	16
1.4.3 Čuchové a chuťové východiská	17
1.4.4 Hmatové východiská.....	18
1.4.5 Proprioreceptory	18
1.4.6 Polohovo-rovnovážny orgán	19
1.5 Miestnosť snoezelen	20
1.6 Ciele snoezelen	21
2 TERAPEUTICKÁ STAROSTLIVOSŤ.....	23
2.1 Teoretické vymedzenie pojmu snoezelen, Snoezelen ako terapia	23
2.2 Teoretické ciele	24
2.3 Terapeutické metódy.....	26
2.4 Terapeutické prístupy a procesy.....	27
2.5 Organizácia a štruktúra terapie.....	28
2.6 Možnosť využitia terapeut. metód u osôb s mentálnou retardáciou.....	29
2.6.1 Bazálna stimulácia	30
2.6.1.1 Somatické podnety	30
2.6.1.2 Vibračné podnety	31
2.6.1.3 Vestibulárne podnety	31
2.6.1.4 Čuchové a chuťové podnety	31
2.6.1.5 Zrakové a sluchové podnety	31
2.6.1.6 Komunikačné a sociálno-emocionálne podnety	31
2.6.2 Colorterapia	32
2.6.3 Aromaterapia	33

3 MENTÁLNA RETARDÁCIA	34
3.1 Teoretické vymedzenie pojmu mentálna retardácia	34
3.2 Výskyt a príčiny vzniku	35
3.2.1 Genetická podmienenosť mentálnej retardácie.....	35
3.2.2 Teratogénne faktory	36
3.2.3 Postnatálne poškodenie mozgu	36
3.3 Klasifikácia mentálnej retardácie	36
3.3.1 Ľahká mentálna retardácia IQ 50-69 (F70).....	38
3.3.2 Stredne ťažká mentálna retardácia IQ 35-49 (F71).....	38
3.3.3 Ťažká mentálna retardácia IQ 20-34 (F72)	39
3.3.4 Hlboká mentálna retardácia IQ nižšie ako 20 (F73)	40
3.3.5 Iná mentálna retardácia (F78)	40
3.3.6 Nešpecifikovaná mentálna retardácia (F79)	40
PRAKTICKÁ ČASŤ	41
4 TERAPEUTICKÉ VYUŽITIE MIESTNOSTI SNOEZELÉN U OSÔB S ŤAŽKÝM A HLBOKÝM MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.....	41
4.1 Cieľ a metódika výskumu	41
4.2 Výskumý súbor.....	42
4.3 Popis miestnosti snoezelen v domove Munzach.....	44
4.4 Vlastné šetrenie.....	45
4.4.1 Kazuistika 1	45
4.4.1.1 Snoezelen 1	47
4.4.2 Kazuistika 2.....	53
4.4.2.1 Snoezelen 2	53
4.4.3 Kazuistika 3.....	61
4.4.3.1 Snoezelen 3	63
4.4.4 Kazuistika 4.....	68
4.4.4.1 Snoezelen 4	69
4.5 Prezentácia údajov výskumného šetrenia.....	70
4.6 Záver výskumu šetrenia	75
ZÁVER.....	84
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV	85
ZOZNAM OBRÁZKOV, GRAFOV A TABULEK.....	87
ZOZNAM PRÍLOH	89

ÚVOD

Pretože si nie sme stále dostatočne vedomí ako osoby s ťažkým a hlbokým postihnutím vnímajú vlastnú identitu a ako prežívajú hĺbku emócií, zamerala som moju prácu na bližšie prebádanie tých podnetov, ktoré pôsobia stimulujuco na všetky zmysly. Pre každého človeka bez rozdielu je totiž dôležité mať dostatok všemožných podnetov, vďaka ktorým rastie, vyvíja sa a mení. Na túto myšlienku reagovali zakladatelia konceptu snoezelen, ktorí vytvorili podnetné prostredie podporujúce rozvoj každého jednotlivca.

Vzhľadom k tomu, že už niekoľko rokov pracujem s osobami s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou, je v mojom pracovnom a osobnom záujme prispieť k zlepšeniu kvality ich života, čo ale nie je jednoduchou úlohou. Po oboznámení sa s konceptom snoezelen mi bolo od začiatku jasné, že je to jedna z vynikajúcich možností na splnenie mojich úloh. Táto myšlienka ma zaujala natoľko, že som sa bez váhania rozhodla tejto problematike venovať v predkladanej diplomovej práci.

Diplomová práca je písaná monografickým postupom a poskytuje zjednotený súhrn dát k danej problematike. Je rozdelená na časť teoretickú a praktickú, tvoria ju celkovo štyri kapitoly. Teoretická časť práce zahŕňa tri kapitoly a k jej vypracovaniu bola využitá analýza odborných prameňov a internetových zdrojov.

Prvá kapitola nás oboznamuje so vznikom konceptu snoezelen, jeho zásadami, metódami, miestnosťou snoezelen ako aj neurofyziologickými východiskami. V záverečnej časti tejto kapitoly popisujeme miestnosť snoezelen a ciele tejto metódy.

V druhej kapitole sa na koncept snoezelen pozeráme z terapeutického pohľadu a možnosťami jeho využitia u osôb s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou.

Posledná kapitola teoretickej časti sa stručne zaoberá okruhom osôb s mentálnou retardáciou, vymedzuje jeho definície, etiológiu a klasifikáciu.

Praktická časť práce je zároveň poslednou kapitolou predloženej práce a zahŕňa vlastné šetrenie s následným vyhodnotením. K naplneniu cieľa bola použitá metóda kvalitatívneho šetrenia pomocou pozorovania, kazuistiky a aplikácie metód snoezelen u klientov s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 SNOEZELLEN

Diplomová práca sa zaoberá terapeutickým využitím miestnosti Snoezelen u osôb s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou a preto je nevyhnutné vymedzenie základných pojmov – Snoezelen, terapia a mentálna retardácia.

1.1 Teoretické vymedzenie pojmu snoezelen

Pojem snoezelen (vyslovuj snuzelen) poznajú väčšinou pedagogickí pracovníci z pracovného prostredia, v bežnej populácii sa s ním často nestretávame. Týmto názvom pomenovávame multifunkčnú metódu ako aj miestnosť, ktorá sa od bežného prostredia odlišuje svojim celkovým zjavom a atmosférou (Biermann, 2005).

Výraz Snoezelen vznikol z kombinácie dvoch holandských slov „snuffelen“ čo prekladáme ako „čuchať“ a „doezelen“ čo znamená „driemať“. V slovenskom jazyku nemáme pre tento výraz vhodný ekvivalent, preto sa v bežnej praxi používa pôvodné označenie (Filatová, Janků, 2010).

Čuchanie je prirodzenou potrebou človeka, kedy prostredníctvom zmyslov získavame informácie zo sveta okolo nás. Driemaním zase tlmíme časť sensorických vzruchov, ktoré náš mozog pravidelne prijíma (Fudaly, Fudalyová, 2002).

Mertens (2003) pod týmto pojmom chápe navodenie pocitu uspokojenia a pohody prostredníctvom multisenzorického podnecovania, ku ktorému dochádza v špeciálne zariadenom prostredí.

Môžeme ho chápať aj ako možnosť využitia voľného času pre jednotlivcov s rôznym druhom a stupňom postihnutia, ktorí sa týmto spôsobom môžu odpútať od bežného prostredia a spoznať iný priestor, ktorý im ponúka nadobudnutie nových skúsenosti (Švarcová, 2006).

Ako uvádza ISNA¹, pod pojmom snoezelen sa skrýva multifunkčná koncepcia ktorá sa realizuje v obzvlášť príjemnom a upravenom priestore, ktorý vytvára pocit uvoľnenia a pohody, stimuluje a prebúdzá záujem, vyvoláva spomienky, znižuje pocity úzkosti a strachu, vyvoláva pocity istoty a bezpečia, podporuje rozvoj vzťahov a socializáciu, prináša radosť (www.isna.de, 2007 In: Filatová, Janků 2010).

1.2 Vznik a vývoj koncepcie snoezelen

Vznik konceptu snoezelen siaha do roku 1966 minulého storočia, kedy dvaja americkí psychológovia Cleland a Clark založili miestnosť „Senzory Cafeteria“ (zmyslová sebaobsluha), v ktorej skúmali podporu a rozvoj komunikačných schopností, ako aj zmeny správania osôb s rôznym druhom postihnutia. Tieto premeny boli podnietené zrakovými, sluchovými, kinestetickými, hmatovými a inými podnetmi v prispôsobených miestnostiach (Filatová, Janků, 2010).

V sedemdesiatych rokoch minulého storočia boli zariadenia pre osoby s mentálnym postihnutím v Holandsku čoraz viac konfrontované s problematikou zamestnávania osôb s ťažkým mentálnym postihnutím. Tento problém vznikol kvôli nedostatku aktivít primeraných práve pre túto kategóriu osôb. Činnosti pre osoby s ľahkým mentálnym postihnutím nemali pre osoby s ťažkým postihnutím žiadny zmysel (Verheul, 2003).

Hlavnou myšlienkou bolo nájdenie komunikačného kanála, ktorý by umožnil lepšiu spoluprácu medzi osobami s postihnutím a intaktnými osobami. To sa podarilo holandským odborníkom Janovi Hulsegegeovi a Alovi Verheulovi, ktorí vychádzali z výskumu Clelanda a Clarka. V ústavných podmienkach rozvíjali senzorickú činnosť ako voľno časovú aktivitu u osôb s ťažkým mentálnym postihnutím. Následne vzniklo v Holandsku „Centrum Snoezelen“ pod vedením Al Verheula, ktoré má v súčasnosti rozlohu cca 350m² (Filatová, Janků, 2010).

Al Verheul sa zaslúžil o ďalší rozvoj a popularizáciu snoezelenu a zároveň je aj autorom prvej knihy „Snoezelen, een adere wereld“ z roku 1986 (Snoezelen - iný svet). Aj keď nie je autorom koncepcie, je považovaný za jeho „otca“.

¹ ISNA- International Snoezelen Association

Postupne sa snoezelen rozšíril takmer do celej Európy, hlavne v Holandsku, Anglicku, Francúzsku a neskôr aj u nás, na Slovensku a v Čechách (Orieščíková, Hřčová, 2010).

V roku 2002 založil Ad Verheul a Prof. Dr. Krista Mertens medzinárodnú organizáciu združujúcu odborníkov a priateľov snoezelen - ISNA "International Snoezelen Association", ktorej hlavným cieľom je spolupráca s domácimi ako aj zahraničnými zástupcami, zverejňovanie prác na internete, v tlači, produkcia kníh s tematikou snoezelen a vytvoriť bohatú sieť na možnosti vzdelávania v tejto oblasti. Neoddeliteľnou súčasťou je aj vytváranie nových konceptov nielen pre osoby so zdravotným postihnutím, ale aj s demenciou, s paliatívnou starostlivosťou a iných. (www.isna.de).

V dnešnej dobe sa pôvodná myšlienka snoezelenu mierne zmenila, keďže už nejde len o voľno časové aktivity pre osoby s ťažkým mentálnym postihnutím, ale spĺňajú aj funkciu relaxačnú a terapeutickú. Okrem osôb s ťažkým postihnutím je veľmi vhodná pre deti s autizmom, poruchami správania, pre klientov po operáciách mozgu alebo iných mozgových úrazoch, s duševnými poruchami, ako aj pre klientelu vyššieho veku- seniorov s Parkinsonovou, Alzheimerovou chorobou alebo inými typmi demencie.

1.3 Zásady a princípy snoezelen

Príjemná, nestresujúca atmosféra, pokojná hudba, zaujímavé svetelné objekty, príjemná vôňa a rôzne iné materiály- aj pomocou týchto faktorov sa vytvorí špecifické prostredie, ktoré klientom umožní prijímať a spracovávať zmyslové podnety podľa ich možností a schopností.

Zmyslových zážitkov by nemalo byť súčasne veľa, ale majú byť o to hlbšie. Na dosiahnutie účinku ponúkame podnety selektívne a redukuje zbytočné stimulácie. Zmyslové podnety sa klientom prispôsobujú tak, aby každý jednotlivец s mentálnym postihnutím mohol nadobudnúť nové skúseností a prežívať príjemné pocity, ktoré v bežnom živote nemá možnosť získať (Švarcová, 2006).

Základným princípom snoezelenu je „*niets moet alles mag*“ – „*nič sa nemusí, všetko je dovolené*“. Táto zásada súvisí s pôvodným zámerom tejto koncepcie a vzťahuje sa ako na slobodu správania sa, tak aj pohybu v miestnosti (Hulsegge, Verheul, 1997).

„Práve v snoezelenu je všetko dovolené, tu nikto nikoho k ničomu nenúti, naopak, každý si robí práve to, čo v danú chvíľu chce. Vlastne dobrovoľnosť využitia ponuky je veľmi dôležitá. Hlavným cieľom teda nie je zlepšenie výkonu či naučenie sa niečomu novému, ale hodnota spočíva vo využití voľného času, v rôznych aktivitách alebo len príjemnom uvoľnení. Spája myšlienku dynamiky a relaxu. Zmysel vidíme v príjemnej atmosfére, vyvolávaní kladných emócií, zážitku a v možnosti získania skutočného medziľudského kontaktu“ (Truschková 2007, s.90-91).

Hlavnou pracovnou zásadou v miestnosti snoezelen je individuálny prístup. Nikdy nesmieme klientovi vnucovať naše pocity, mali by sme rešpektovať hranice uspokojovania jeho potrieb, brať do úvahy jeho predpoklady a individuálne schopnosti. Aj u klientov s ťažkými, hlbokým a viacnásobným postihnutím je možné zachytiť celú škálu pocitov a prejavov (Filatová, Janků, 2010).

Veľmi dôležitým princípom ktorý musíme mať stále na pamäti, je budovanie a rozvíjanie komunikácie a vzťahu k osobe s mentálnym postihnutím, ktorý by mal byť založený na vzájomnej dôvere. Klientela s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou je v oblasti verbálnej komunikácie ťažko postihnúť, preto je dôležité zameranie sa na neverbálne signály tela. Telesný kontakt sa stáva veľmi významnou formou komunikácie. Dotykmi, tlakom alebo pohybom tela môžeme u klienta vyvolať rôzne pocity, ktorými vyvolávame spokojnosť, akceptáciu, ale naopak aj odmietnutie alebo zmätenosť (Mertens, 2003).

Ďalším významným predpokladom na vytvorenie príjemnej atmosféry je zvýšená empatia pracovníka, čiže snaha vcítiť sa do klientovej situácie, ktorá je nápomocná k vytvoreniu útulnej a príjemnej atmosféry (Orieščiková, Hrčová, 2010).

Iniciatíva vychádza od klienta, zamestnanec sa jeho voľbe prispôsobuje. Ak sa začne zamestnávať s rôznymi predmetmi akceptujeme jeho voľbu. Tempo vnímania a spracovania podnetov sú u klientov značne odlišné a individuálne, preto musíme nechať návštevníkovi dostatok času či už na zachytenie a spracovanie vnemu, alebo na vytvorenie nového zážitku. Z toho vyplýva, že aj časové rozpätie snoezelenu je individuálne podľa potrieb klienta. Napríklad ak dochádza ku klesaniu nadšenia z aktivít, je to signálom pre sprievodcu, ktorý by mal vedieť tieto signály správne interpretovať (Orieščiková, Hrčová, 2010).

Najdôležitejšie je, aby sa návštevník v miestnosti snoezelen cítil bezpečne, sebaisto a príjemne. Pracovník sa celý čas prispôsobuje, nezasahuje do klientovho prežívania a ani ho neupravuje podľa vlastných predstáv. Či sa tak bude cítiť závisí aj od vyššie spomenutých predpokladov (Hulsegge, Verheul, 1997).

Zásady práce v miestnosti snoezelen zhrnula profesorka Mertensová nasledovne:

- Vždy rešpektovať intímny a osobný priestor klienta.
- Nikdy na neho nenaliehať, neponáhľať sa, pretože nedokážeme odhadnúť jeho reakcie a čas na spracovanie podnetov.
- Terapia by mala mať svoj priebeh- začiatok/privítanie, priebeh a koniec/ rozlúčenie.
- Pracovník by sa mal s klientom poznať, byť v užšom kontakte a vzťahu s ním.
- Dôležité sú aktuálne informácie o momentálnom ale aj celkovom stave klienta, všímať si signály tela.
- Pracovník by mal mať možnosť pozorovať, sledovať a aktivovať vytýčené ciele, zmysly a vlastnosti klienta. Musí byť schopný využívať rôznych uhlov pohľadu na danú problematiku, prijímať a analyzovať závery.
- Sledovať vývoj a reakcie klienta za určitý časový úsek. Dobu si prispôsobuje svojim a klientovým možnostiam.
- Sledovať neverbálne ukazovatele pozitívneho efektu.
- Nehodnotiť len pozitívne prejavy, ale aj negatívne- ako ľahostajnosť, inertnosť, plač, údiv, neschopnosť prispôsobenia sa, pozvoľnú a pomalú adaptáciu, prejavy mimiky, krik, atď.
- Rešpektovať zmeny prostredia. Cesta do miestnosti snoezelen a naspäť do domáceho prostredia má tiež svoj význam.
- Individuálny prístup, vhodný výber podnetov.
- Pre vzťah terapeuta a klienta sú dôležité telesné kontakty, dotyky a ich formy. Hranice nie sú dané, všetci by mali nájsť to, čo je pre nich prirodzené, čo zvládajú, atď.(In: Filatová, Janků, 2010).

1.4 Neurofyziologické východiská snoezelenu

Ľudské zmysly sú neodmysliteľným prostriedkom poznania. Podľa Vitáskovej (2007) sú zmysly prvým stupňom poznávania okolitého sveta a to je nevyhnutnou podmienkou prežitia človeka.

Pomocou zmyslov vnímame okolitý svet a zachytené podnety spracovávajú príslušné centrá v mozgovej kôre. Takýmto spôsobom spoznávame prostredie, získavame nové skúsenosti, vytvárame si o svete ucelenú predstavu, učíme sa a rozvíjame svoju osobnosť (Orieščíková, Hrčová, 2010).

U osôb s mentálnou retardáciou je tento proces spomalený až výrazne obmedzený v dôsledku poškodenia centrálného nervového systému. Osoba s mentálnym postihnutím nie je schopná zachytiť a spracovať zmyslové podnety v takej kvalite a množstve ako zdravý jedinec, čo vplýva na spôsob myslenia, vytváranie skúseností, utvárania predstáv o prostredí, možnosti poznávania ako aj na celú osobnosť človeka (Orieščíková, Hrčová, 2010).

Aby sme mohli v miestnosti snoezelen poskytnúť podnety na primeranej úrovni ktorými by klienti získavali a rozvíjali svoje osobné skúsenosti, musíme poznať zákonitosti vnímania a osobitosti vo vnímaní u týchto osôb. Na tomto procese sa podieľajú tri hlavné systémy a to receptory, dostredivé dráhy a centrum v mozgovej kôre (Mertens, 2003).

Zmyslové orgány (receptory) reagujú na určité špecifické vzruchy z vnútorného aj vonkajšieho prostredia. Skupina nervových buniek za receptormi ďalej odvádza získané informácie dostredivými nervovými dráhami, vedúce do jednotlivých častí mozgovej kôry. V mozgovej kôre je skupina neurónov (detektorov), ktoré privedené informácie analyzujú dostredivými dráhami. Iná skupina nervových buniek (kombinátory) rozložené informácie rozpoznáva, skladá a kombinuje (Mertens, 2003).

Nie všetky rozložené informácie sú opäť syntetizované—je to približne 10% informácii rozložených detektormi. Takýmto spôsobom dochádza k selektívnej rekonštrukcii informácii zachytených receptormi. Centrá na spracovanie senzorických a motorických podnetov sa nachádzajú vo vonkajšej časti mozgovej kôry v prednom mozgu (Gschwend, 2003).

Aby celý proces vnímania prebiehal bez ťažkostí, musia byť jednotlivé nervové spojenia využívané neustále. To sa môže dosiahnuť neustálym opakovaním a precvičovaním. Kombináciou nových a v minulosti získaných skúseností vznikajú „*vnemové modely*“, ktoré človeku pomáhajú pri utváraní komplexného obrazu o sebe samom a o svete (Mertens, 2003).

1.4.1 Zrakové vnímanie

Zrakom človek získava najviac informácií o vonkajšom prostredí. Stimulom pre oko je svetlo ako elektromagnetické vlnenie, ktoré prechádza optickým systémom oka, následne je zachycované čapíkmi na sietnici a získaná informácia sa odvádza do tylového laloku v mozgovej kôre (Gschwend, 2003). Zrakové vnímanie taktiež zabezpečuje schopnosť rozlíšiť figúru od pozadia, farby, veľkosti, tvary a zisťovanie priestorových vzťahov.

U osôb s mentálnym postihnutím sa zrakové vnímanie vyvíja pomalšie a s určitými zvláštnosťami. Množstvo zrakových vnemov v mozgu narastá pomalším tempom následkom nedostatočného vytvárania dostatočného množstva spojov. Nedostatok zrakových podnetov spôsobuje depriváciu a pôsobí na ďalší vývin dieťaťa prehĺbením mentálnej retardácie. Nedostatočné rozvíjanie myslenia sa u detí prejaví aj v nedostatočnej diskriminácii farieb. Nedostatky vo vnímaní sa ďalej prejavujú i v priestorovej orientácii, keď dieťa nevníma priestor komplexne, ale postupne. Narušené je aj vnímanie kontúr a rozlišovanie figúry od pozadia, diferenciácia tvarov a veľkostí, kedy majú jedinci problémy pri hľadaní a nachádzaní predmetov v priestore (Vitásková, 2007).

Ešte výraznejšie odlišnosti v zrakovom vnímaní majú jednotlivci s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím. Vnímanie a spracovanie zrakových podnetov je u nich príliš pomalé a pomerne zložité, pretože podnety nepôsobia priamo na telo, ale z diaľky. Ich vnímanie je preto obmedzené na vysoko kontrastné predmety, svetlé a tmavé. Veľké ťažkosti majú aj s fixáciou predmetu a sledovaním pohybujúcich sa predmetov (Valenta, 2007).

1.4.2 Sluchové vnímanie

Impulzom na sluchové vnímanie je mechanické vlnenie ktorého frekvencia je 1-20 000 Hz. Zvukové vlny sa zachycujú ušnicou, prechádzajú zvukovodom až do

vnútorného ucha kde sa nachádza slinivka -vlastný sluchový orgán. Z neho vychádzajú nervové dráhy (z oboch uší) do oboch spánkových lalokov v mozgovej kôre (Mertens, 2003). Sluch je najvýznamnejším prostriedkom komunikácie a jeho úlohou je aj nasmerovanie pozornosti zraku na zdroj informácií (Wrede, 2000).

V súvislosti so sluchovým vnímaním sa u jednotlivcov s mentálnym postihnutím nevytvárajú dostatočné spoje, následkom čoho dochádza k oneskorenému vývinu sluchového vnímania, reči a psychického vývinu. Charakteristickou je aj nedostatočná analyticko-syntetická činnosť ktorá spôsobuje nedostatočné rozoznávanie foném alebo tónov v hudbe. Stav sluchu má vplyv aj na vnímanie času a polohy tela v priestore (Vitásková, 2007).

Sluchové vnímanie u osôb s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím je výrazne odlišné. Zachytávanie ako aj spracovávanie impulzov je komplikované a prejavuje sa neschopnosťou reagovať na mnohotvárne zvuky z okolia. Zameriava sa skôr na vnímanie rytmov, ktoré sa od seba výrazne odlišujú (Valenta, 2007).

1.4.3 Čuchové a chuťové vnímanie

Obidva receptory sú úzko prepojené a nazývame ich *chemoreceptory*. Podávajú nám informácie ako o vonkajšom prostredí tak aj o vlastnom tele. Ako uvádza Mertens (2003), receptory v sliznici nosovej dutiny reagujú na chemické látky z okolitého prostredia a vďaka nim diferencujeme mnoho druhov vôní. Chuťové receptory sú zamerané na rozpoznávanie sladkej, slanej, kyslej a horkej chuti. Olfaktorický a gustatorický systém sa navzájom dopĺňa pri rozpoznávaní vôní a chutí.

V porovnaní s inými zmyslovými orgánmi je čuchové a chuťové vnímanie u osôb s mentálnym postihnutím poškodené menej. Podľa Vitáskovej (2007) sa čuchové a chuťové vnímanie nevyvíja rovnomerne, charakteristická je najmä znížená schopnosť diferenciacie vôní a chutí. Čuchová percepcia u osôb s Downovým syndrómom je nižšia nielen v porovnaní s intaktnou populáciou, ale aj v porovnaní s inými osobami s mentálnym postihnutím. Znížená schopnosť rozpoznávania vôní vplýva aj na rozvoj citov a myslenia.

Osoby s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím nerozoznávajú rýchlo meniace sa vône. Reagujú len na tie, ktoré sa výrazne líšia od iných (Valenta, 2007).

1.4.4 Hmatové vnímanie

Receptorom pre taktilné podnety je koža, ktorá je najväčším zmyslovým orgánom. *Mechanoreceptory* a *termoreceptory* uložené v koži reagujú na tlak, ťah, teplotu a bolesť. *Mechanoreceptory* získavajú informácie o hĺbke a sile podnetu, umiestnené v malých skupinách v spodnej časti pokožky. Dotyk je realizovaný pasívnou alebo aktívnou cestou. Aktívny spôsob vnímania je intenzívnejším a ľahšie zapamätateľným, pretože je vyvíjaný aktivitou jedinca. *Termoreceptory* nám slúžia k rozlíšeniu tepla a chladu, kedy prevažujú receptory citlivých na chlad. Citlivosť na teplotu je premenlivá a závisí od troch faktorov: od teploty kože, rýchlosti teplotných zmien a plochy, na ktorú vzruch pôsobí. Pri nižšej teplote kože je prah citlivosti na teplo vyšší a pri pôsobení na menšie plochy kože je citlivosť na teplo vyššia (Mertens, 2003).

Hmatové vnímanie je u osôb s mentálnym postihnutím poškodené najmenej, no napriek tomu sa vyskytujú odlišnosti oproti intaktným jednotlivcom. Jednotlivci majú spomalené tempo vnímania a zníženú citlivosť na dotyk, teplotu a bolesť. Problémy sa vyskytujú aj s rozlišovaním informácií zachytených jednotlivými kožnými receptormi. Dotyk je aj napriek tomu významným prostriedkom komunikácie a je nevyhnutnou súčasťou pre ďalší sociálny, emocionálny a inteligenčný rozvoj. Pri jeho nedostatku dochádza k haptickej deprivácii, čo negatívne ovplyvňuje osobnosť jednotlivca s mentálnym postihnutím (Vitásková, 2007).

Osoby s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím nemajú vytvorenú predstavu o vlastnom tele, ich predstava je nediferencovaná a nedokážu vnímať svoje telo ako celok. Citlivosť na impulzy je výrazne znížená a nie sú schopní interpretovať dotyk ruky ako významný kontakt (Valenta, 2007).

1.4.5 Proprioceptory

Sú zabudované v šľachách a svaloch a sú základnou kostrou ľudského tela. Umožňujú nám ťahať a sťahovať svaly a následné vykonanie pohybu. Zachytené informácie z *proprioceptorov* sú spracovávané v čelovom a temnom laloku mozgovej kôry a poskytujú nám údaje o tom, ako sa jednotlivé časti tela navzájom správajú (Gschwend, 2003).

Osoba s ťažkým a hlbokým postihnutím trávi väčšinu času v sede alebo v ležiacej polohe, čím je jej odobratá možnosť získať skúsenosti, ktoré nadobudne

dieťa pri plazení alebo zdravý človek pri státí a chôdzi. Nedokáže si vytvoriť žiadnu predstavu o meniacej sa záťaži a odpore podlahy voči telu, čo v praxi znamená, že jedinec nedokáže správne vnímať vlastné telo (Valenta, 2007).

1.4.6 Polohovo-rovnovážny orgán

Polohovo-rovnovážny orgán sa nachádza vo vnútornom uchu a mozgu a sprostredkúva informácie o polohe a pohybe, čo človeku poskytuje údaje o pozícií a pohybe v priestore. Vestibulárne podnety a podnety zachytené proprioreceptormi sú odvádzané tými istými dráhami a spracovávané v rovnakej časti mozgu, čím vzniká *vestibulárno-proprioreceptívny* systém. Tento spôsob vnímania poskytuje človeku pocit istoty a bezpečnosti (Wrede, 2000; Gschwend, 2003).

Jedinec s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím nemá predstavu o polohe svojho tela v priestore, najmä ak sa jedná o ležiaceho človeka, ktorý nedokáže zmeniť polohu z horizontálnej do vertikálnej a naopak. Takisto nedokáže rýchle vnímať zmeny pohybu hlavy a tela smerom dole, hore alebo dookola (Valenta, 2007).

Hmatové vnímanie, vnímanie polohy a pohybu tela patrí k najelementárnejším formám vnímania, bez ktorých by človek neprežil. Schopnosť vnímať a spracovávať tieto druhy podnetov je daná každému človeku (Valenta, 2007).

Komplexné zmyslové vnímanie je teda výsledkom kooperácie viacerých zmyslov, ktoré sú v úzkom prepojení a na ich spracovaní sa musia podieľať obidve mozgové hemisféry (Wrede, 2000).

Pri snoezelene sú aktívne tri funkčné oblasti:

- dostredivé dráhy odvádzajúce podnety do mozgu,
- centrá mozgovej kôry, v ktorých sú informácie spájané do zmysluplného celku,
- odstredivé dráhy, kde sa vytvára energia na reakciu vegetatívneho a motorického systému.

Predpokladá sa, že pri snoezelen sa viac aktivuje práve pravá časť mozgu. Vznikajú nové dojmy, pocity a zážitky, ktoré sa vytvárajú vďaka špeciálne vytvorenému prostrediu. Snoezelen tak dáva zmyslovým podnetom inú kvalitu (Mertens, 2003).

1.5 Miestnosť snoezelen

Vybavenie miestnosti snoezelen si inštitúcie prispôsobujú vlastnej klientele, pre ktorých je miestnosť zrealizovaná. Medzi najčastejšie používané patrí biela z dôvodu lepšieho vyniknutia optických a svetelných efektov. Ďalšou výhodou bielej miestnosti je možnosť rýchleho a jednoduchého prevedenia zmien, napríklad doplnením drobných predmetov ako sú farebné látky na stenách, strope, pohovkách, farebné vankúše, prikrývky a podobne (Filatová, Janků, 2010).

K jej základnému vybaveniu patrí kobercová alebo iná krytina, po ktorej sa môžu klienti pohybovať na boso a dodáva tak útulnú, príjemnú atmosféru. Okná sa zatemňujú závesmi alebo žalúziami, pre pôžitok intímneho osvetlenia počas celého dňa (Filatová, Janků, 2010).

Medzi vhodné druhy zariadenia na ktoré môžeme klientov uložiť patria posteľ (najčastejšie vodná), pohovky, matrace na zemi, relaxačný vak, závesná sieť, a iné. Vodná posteľ umožní rovnomerné rozloženie telesnej váhy, ktoré má práve u osôb s ťažkým telesným postihnutím tráviacich väčšinu času v sediacej alebo ležiacej polohe, obrovský význam. Podporuje prirodzené držanie tela, nosným rozložením na vodnej posteli sa ľahšie ovláda telo ako aj koordinácia pohybov. Možnosť rozohriať posteľ na teplotu 25-30 °C vplýva na uvoľnenie a zlepšenie krvného obehu, prepojenie na hudobné zariadenie zase vytvára príjemné vibrovanie (Opatřilová, 2005).

Základná miestnosť snoezelen ktorú popisuje Verheul a Mertens (2003) musí spĺňať nasledovné požiadavky:

- musí mať optimálnu teplotu (22-24 °C),
- musí mať možnosť dobrého vetrania a príjemne voňať,
- musí byť správne technicky a materiálne vybavená,
- musí byť správne osvetlená (In: Filatová, Janků, 2010).

Nevyhnutnou súčasťou miestnosti je kvalitné technické vybavenie, ktoré nám pomáha stimulovať všetky ľudské zmysly. V nasledujúcej tabuľke (Tabuľka č.1) uvádzame niektoré prvky, ktoré pravdepodobne nájdeme v každej miestnosti snoezelen. Vďaka napredujúcej technike sa na trhu objavujú stále nové a dokonalejšie pomôcky, ale ich využiteľnosť závisí od kreativity pracovníkov ako aj finančných možností zariadenia (Fowler, 2008).

Tabuľka 1: Technické vybavenie a jeho pôsobenie

Pomôcka	Funkcia	Druh stimulácie
Aromatická lampa	Stimulácia pomocou vonných olejčekov	Čuchová
Bublínkový valec	S bublinkami alebo s voskom	Zraková, vibračná, sluchová
Deky, vankúše, polohovacie pomôcky	Zaisťujú pohodlie pri relaxácií, používame ich aj na polohovanie klientov	Hmatová
Farebné bodové svetlá	Používame na farebné ladenie celej miestnosti	Zraková
Hviezdičkový koberec	Koberec so svetelnými efektmi	Zraková, hmatová
Prehrávač hudby a reproduktory	Pomocou výberu hudby nabudzujeme čas relaxácie a aktivity	Sluchová, vibračná
Stroboskop (disko guľa)	Svetlom dopadajúcim na stroboskop sa odrážajú na steny a podlahy odlesky	Zraková
Svetelné vlákna	Vlákna so svetelným efektom	Zraková, hmatová
Taktilné steny	Obložené rôznymi predmetmi (rôzne koberčeky, šuštiace látky, zvončeky, vrecúška s prírodninami)	Hmatová, zraková, sluchová, čuchová
Zrkadlá	Umožňujú klientom sebapozorovanie	Zraková, Hmatová

1.6 Ciele snoezelen

Najvyšším cieľom koncepcie snoezelen by malo byť za každých okolností vytvorenie prostredia, ktoré je odlišné, zážitkové a neočakávané a ktoré by mohlo pomôcť vyriešiť konkrétny a individuálny problém človeka (Filatová, Janků, 2010).

Od svojho vzniku prešla metóda snoezelen rôznymi zmenami a aktuálne je na celom svete považovaná za:

- voľno časovú ponuku,
- podpornú edukačnú metódu,
- terapeutickú metódu (Filatová, Janků, 2010).

Cieľom **snoezelen ako voľnej ponuky** má byť relaxácia, pokoj, uvoľnenie fyzického a psychického napätia, zamestnanie zmyslov a výber príjemných aktivít, ponuka nových zážitkov. Voľnočasová ponuka bola prvotným zámerom koncepcie Snoezelen (Filatová, Janků, 2010).

Cieľom **snoezelen ako podpornej edukačnej metódy** je podpora procesu výchovy a vzdelávania v nasledujúcich oblastiach: relaxácia a upokojenie detí, redukcia senzorickej deprivácie (prevažne taktilnej), zníženie a zvládanie hyperaktivity, rozvoj sústredenia a pozornosti. Medzi možné ciele využiteľné v edukácii žiakov spadá podpora seberealizácie, zníženie agresívneho alebo autoagresívneho správania, rozvoj kognitívnych schopností, motoriky a verbálnej komunikácie, socializácia, integrácia a iné (Filatová, Janků, 2010).

A posledným cieľom je využitie metódy **snoezelen ako terapeutickej metódy** na zlepšenie, kompenzáciu alebo odstránenie primárneho alebo sekundárneho postihnutia, ktorá sa môže uskutočňovať v kombinácií s inými liečbami alebo terapeutickými koncepciami. Ide o dôkladne premyslenú, cielenú intervenciu v rôznych špecifických oblastiach, ktorá sa individuálne prispôbuje každému jednotlivcovi (Filatová, Janků, 2010). V krajinách, kde Snoezelen zatiaľ nie je oficiálne uznanou terapeutickou metódou, hovoríme o **snoezelen ako terapeuticko-orientovanej metóde**.

2 TERAPEUTICKÁ STAROSTLIVOSŤ

„Hlavnou a najúčinnjšou terapiou mentálnej retardácie je učenie“

skúsenosť mnohých špeciálnych pedagógov (Švarcová, 2000, s. 55).

Vzhľadom k tomu, že táto diplomová práca sa týka činnosti špeciálneho pedagóga, budú terapeutické metódy charakterizované v súvislosti s týmto odborom.

2.1 Teoretické vymedzenie pojmu terapia, Snoezelen ako terapia

Všeobecne platí, že mentálne postihnutie má trvalý charakter a nedá sa vyliečiť. Všetky terapeutické metódy teda slúžia len k podpore prijateľného rozvoja takto postihnutých osôb (Vágnerová, 2008).

Za terapeutické prístupy môžeme teda všeobecne považovať také spôsoby odborného a cieleného konania človeka s človekom, ktoré smeruje k odstráneniu, k zmierneniu nežiaducich problémov alebo k odstráneniu ich príčin k istej prospešnej zmene (Müller, 2005).

Či je snoezelen aj terapeutickou metódou sa vyjadrili Slevin a McClelland v roku 1999, ktorí poukazovali na názor Hulsegge a Verheula (1989) v tomto znení: *„...existuje veľa vysvetľujúcich definícií, ktoré popisujú čo presne metóda snoezelen je, ale len prostredníctvom slov čiastočne odovzdanej predstavy nie je možné povedať, čo presne sa pod týmto pojmom myslí. Nakoniec len osobný zážitok a skúsenosť nám môže poskytnúť skutočný obraz o tejto metóde...“* (In: Filatová, Janků, 2010, s.44).

Vyššie spomenutí autori dospeli k názoru, že snoezelen môžeme považovať za terapiu vtedy, keď sledujeme terapeutické ciele, keď má pozitívny terapeutický efekt na jedinca a ak je jej hodnota minimálne v reorganizácii, prípadne v explorácií alebo v ďalšom vývine jednotlivca. Musíme si zároveň uvedomiť, že v priebehu každej terapie musí dochádzať k zmenám v správaní a prežívaní jednotlivca (Filatová, Janků, 2010).

Odborné zázemie terapeuta, plánovaný a cielený postup založený na komplexnej diagnostike klienta, spätná väzba, evaluácia a efektivita plynúca z tejto činnosti sú fakty, ktoré musíme brať do úvahy ak chceme metódu snoezelen využívať ako terapiu (Filatová, Janků, 2010).

Pokiaľ máme teda v pláne využívať snoezelen ako terapiu, musíme spĺňať nasledujúce podmienky:

- musí obsahovať naplánovaný, systematický a jasný cieľ,
- musí byť založený na komplexnej diagnostike klienta,
- priebeh musí byť sledovaný a hodnotený, musí viesť k naplánovanému cieľu,
- musí nasledovať spätná väzba a zistenie efektivity,
- cieľ stanovujeme na možnostiach klienta, terapeuta a prostredia,
- terapia musí vychádzať z psychoterapie (Filatová, Janků, 2010).

2.2 Terapeutické ciele

Špeciálne pedagogické terapie slúžia ako špecifický druh pomoci pri problémoch vychádzajúcich zo sociálne adaptačných alebo kultúrnych odlišností, kedy sa zameriavajú na dôsledky tých problémov, ktoré sa prejavujú v znížených schopnostiach seberealizácie v živote, čiže vo vzdelaní, bývaní, práci, voľno-časových aktivitách, alebo nadväzujú na medicínsku liečbu ochorenia, dopĺňajú ju (Müller, 2005).

Müller (2005) ďalej zdôrazňuje dôležitosť stanovenia terapeutického cieľa, ktorý sa zameriava vzhľadom

- k potrebám klientov (uvoľnenie, podpora seba hodnotenia, komunikácie, odstránenie frustrácie, atď.),
- k schopnostiam a orientáciám terapeuta (konkretizácia metódy),
- k možnostiam, ktoré ponúka inštitúcia.

Medzi ďalšie prostriedky, ktoré slúžia k splneniu cieľa patrí autentický vzťah medzi klientom a terapeutom, empatia, spontánnosť, emotívnosť, improvizácia, kreativita, neverbálna komunikácia, ktorá dopĺňa komunikáciu verbálnu, alebo funguje samostatne (Müller, 2005).

Ciele snoezelen ďalej rozdeľujeme na primárne a sekundárne:

Primárne:

- odbúravanie stresu a agresie
- znovu vybavenie a oživenie spomienok
- nájdenie pokoja duše
- aktivácia, prebudenie záujmov
- vyváženie a nájdenie vlastného tempa
- odstup od denných problémov
- ciele a nové vnímanie (Snoezelen Basismodul1)²

Sekundárne:

- zlepšenie životnej kvality a duševného stavu
- podporovanie kontaktov a komunikačných možností
- podporovanie dôvery
- rozšírenie skúseností
- podpora vlastného seba hodnotenia
- zvýšenie koncentrácie a uvoľnenia sa
- lepšie spoznanie seba samého (Snoezelen Basismodul1)

Tieto ciele môžeme zovšeobecniť do oblastí ktoré podporujeme na:

- bazálne podráždenia
- kinestetickú stimuláciu
- vizuálne vnímanie
- auditívne vnímanie
- čuchové a chuťové vnímanie
- koncentráciu a pozornosť
- ticho a uvoľnenie
- kontakt a dôveru
- fantáziu a kreativitu
- vnímanie vlastného tela (Snoezelen Basismodul1)

² Snoezelen Basissmodul 1 –materiál zo základného kurzu Snoezelen absolvovaný vo Švajčiarsku.

2.3 Terapeutické metódy

Koncepcia snoezelen nám taktiež dovoľuje spojenie s inými terapiami alebo terapeutickými metódami, ktoré môžu túto metódu vhodne a zaujímavo doplniť. Müller (2005) venoval vo svojej publikácii pozornosť nižšie uvedeným metódam.

Muzikoterapia je jednou z najčastejšie využívaných terapií práve z dôvodu vytvorenia akusticky vyhovujúceho prostredia v miestnosti snoezelen. Muzikoterapeutické postupy môžeme využívať ako skupinovo, tak aj individuálne. Veľmi obľúbené sú napríklad spev, hra na nástroje, počúvanie hudby. Rytmické hry majú zároveň vplyv na zlepšovanie komunikácie, uvoľnenie a vyjadrovanie pocitov

Dramaterapia sa v miestnosti môže použiť s cieľom vyriešiť nejaký sociálny problém, na nácvik sociálnej role, ako pomoc pri začlenení a resocializácii. Učenie sa textov, dramatizácia a hranie divadla zároveň napomáhajú pri precvičovaní pamäti, k zvýšeniu pozornosti, zlepšovaniu sústredenia.

Biblioterapia či už aktívna alebo pasívna, či počúvanie cez prehrávač alebo predčítavanie textu je veľmi často využívanou metódou, kedy aj samotné vybavenie a pôsobenie miestnosti napomôže poslucháčovi zapojiť viac svojej fantázie a predstavivosti ako kdekoľvek inde.

Aromaterapia je v podstate stálou súčasťou miestnosti snoezelen. Terapeut by mal mať poznatky o pôsobení rôznych špecifických vôní na organizmus, aby u klienta nedopatrením nevyvolal nežiaduce účinky. Odporúča sa využívanie éterických olejčiekov, vonných tyčiniek a lúčok.

Arteterapia a *ergoterapia* je v miestnosti využiteľná vtedy, ak na to máme utvorené vhodné podmienky, poprípade pracujeme s menším počtom klientov a pod odborným dohľadom ergoterapeuta alebo arteterapeuta.

Animoterapia, čiže terapia zvieratkami dokáže v ľuďoch často vytvárať pocity, ktoré nie sme žiadnymi inými spôsobmi schopní vyvolať. Funkcia animoterapie je teda čisto emotívna, pôsobí na emocionálnu citovú zložku osobnosti.

Psychomotorická terapia je skupina terapeutických prístupov, ktorých prioritou je pomocou telesnej stimulácie pozitívne vplyvať na duševné procesy človeka. Medzi použiteľné techniky patrí pantomíma, hra, tanec, improvizácia pohybom.

Terapiu hrou definujeme ako zámernú, cieľavedomú a odbornú aplikáciu prostriedkami hry, používajúcu s účelom pomôcť osobám zmeniť ich správanie, emócie, myslenie, alebo osobnostnú štruktúru individuálne a spoločensky prijateľným smerom.

Alternatívne terapeutické metódy sú v miestnosti snoezelen tiež často úspešne využívané. Spadajú sem podporné, facilitačné a rehabilitačno-masážne metódy:

- z podporných je najčastejšie využívaný koncept bazálnej stimulácie,
- pod facilitačné a rehabilitačno-masážne spadajú metódy pohybové a masáže, ako metóda Bobathova, Veronicy Sherborne, Vojtova, terapia objatím, loptičkovanie, orofaciálna stimulácia a iné.

2.4 Terapeutické prístupy a procesy

Podľa počtu klientov môžeme terapiu rozdeliť na *individuálnu* alebo *skupinovú*.

Pri *individuálnej* sa terapeut venuje len jednému klientovi a vzniká medzi nimi úzky vzťah založený na dôvere. Terapeut vstupuje do sveta klienta na základe empatie, skúsenosti a dlhodobého poznania jedinca.

Na *skupinovej* terapii sa zúčastňuje viacero klientov súčasne a jeho výhodou je podpora a rozvoj vzťahov v skupine, vzájomná interakcia a socializácia. Úlohou terapeuta je skupinu riadiť a byť nápomocný klientom v situačnej orientácii a vo vnímaní seba a iných osôb.

Metóda *reedukácie* je súhrnom všetkých špeciálno-pedagogických postupov, ktoré sú zamerané na postihnutú funkciu a zlepšovanie jej činností. Ich pôsobením sa rozvíja tá funkcia, ktorá bola znížená alebo obmedzená. Prístup zameraný na rozvoj funkcie postihnutej bez podporného využitia iných, nazývame prístupom monosenzoriálnym. Prístup multisenzoriálny je taký, ktorý využíva aj zdravé funkcie ako pomocné činitele.

Metóda *kompensácie* zahŕňa postupy, ktoré zdokonaľujú a zlepšujú výkonnosť iných, čiže nie postihnutých funkcií.

A metóda *rehabilitácie* nadväzuje na reedukáciu a kompenzáciu a upravuje spoločenské a pracovné vzťahy jedinca (Pipeková, 1998).

Každý terapeutický proces má svoj priebeh a prebieha v určitom prostredí. Pre všetky terapie vždy platí nasledovné:

- majú organizačnú formu,
- zodpovedajú orientácii terapeuta ,
- prebiehajú v určitom čase a priestore,
- závisia od veku klienta, príčinách problémov a symptómov,
- zameriavajú sa na somatické alebo psychické zmeny klienta,
- pôsobia liečivo, preventívne a rehabilitačne (Müller, 2005).

Dodržiavanie nasledujúcich princípov nám pomáha zaistiť úspešný priebeh terapeutického procesu:

- Kvalitná diagnostika tímom odborníkov, ako aj aktuálny zdravotný stav klienta sú nevyhnutné informácie, ktoré berie terapeut počas celého priebehu terapie do úvahy.
- Klientovi dávame počas celého procesu dostatok priestoru na vyjadrenie sa. Všímame si všetky vysielané signály a adekvátne reagujeme, nemali by zostať bez povšimnutia.
- Zvolené činnosti vyberáme podľa skúseností a veku klienta. Preferujeme materiály, ktoré majú súvislosť s jeho životom, sú mu blízke, má k nim pozitívny vzťah, ale zároveň musia vyhovovať aj naturelu terapeuta.
- Dodržiavame prirodzenú postupnosť základných fáz ako nadviazanie kontaktu, uvoľnenie, motivácia, hlavná terapeutická činnosť, atď. (Müller, 2005).

2.5 Organizácia a štruktúra terapie

Pre terapeutické využitie koncepcie *snoezelen* je dôležité a prvoradé stanovenie a premyslenie nasledujúcich úkonov.

Stanovenie cieľa pokladáme za primárnu úlohou, kedy si musíme uvedomiť, či budeme realizovať *snoezelen* ako terapiu, alebo ako podpornú či voľnočasovú aktivitu. Po rozhodnutí je potrebné stanoviť individuálny cieľ hodín pre konkrétneho klienta. Môže sa jednať o ciele ako napríklad: zlepšenie koncentrácie, zmiernenie napätie, a uvoľnenia, zlepšenie jemnej motoriky, zlepšenie sociálnych vzťahov.

K vymedzeniu cieľa vychádzame z aktuálnej diagnostiky, súčasného psychického a fyzického stavu, z informácií od iných odborníkov a od personálu, príslušníkov rodiny alebo od samotného klienta, pokiaľ nám ich je schopný verbálne poskytnúť sám (Filatová, Janků, 2010).

Časové rozloženie do jednotiek a etáp znamená v praxi rozloženie hlavného cieľa na čiastočné úlohy, ktoré sa plnia na jednotlivých hodinách. Plnenie čiastočných úloh nie je náhodné, ale rovnako ako hlavný cieľ, systematicky rozložené a naplánované. Závery sa používajú pre evaluáciu pri záverečnom vyhodnotení. Samotná hodina by mala obsahovať nasledovné časti: privítanie (rituál), aktívnu a následne relaxačnú časť, záver (rituál) a spätnú väzbu (Filatová, Janků, 2010).

Obsah celého priebehu snoezelen súvisí so stratégiou organizácie a využitím konkrétnej technickej pomôcky a techniky. Terapiu je možné robiť individuálne, alebo skupinovo, pri čom treba dbať na individualitu klientov. Je podstatné, aby sa klienti navzájom nerušili, spolupracovali a pri skupinovej terapii je dôležité posúdiť, či je týmto spôsobom možné dospieť k vytýčenému cieľu (Filatová, Janků, 2010).

Významným faktorom je aj *výber pomôcok*, ktorý nemôžeme nechať na náhodu. Prečo? Pretože by sme mali mať na mysli jednu zo zásad, že snoezelen by mal byť aj zážitkový. Použitím všetkých pomôcok na prvých hodinách môže nemotivačne vplývať na klientelu, ktorá stratí záujem, očakávanie, objavovanie a začne sa nudiť (Filatová, Janků, 2010).

Na *záver, vyhodnotenie a evaluáciu* nesmieme zabudnúť nikdy a je to jediné možné ukončenie pobytu, ktoré očakáva aj klient. Výhodou je zachovať určitý stereotyp záverečného vyhodnocovania a pokiaľ je možné, vyžadovať od klienta spätnú väzbu. Terapeut si sám môže vymyslieť nejaké rituály na zahájenie a ukončenie terapie. Konečná evaluácia by mala byť objektívnym zhrnutím terapie (Filatová, Janků, 2010).

Nevyhnutnou súčasťou je písomná evidencia pobytu v miestnosti snoezelen, ktorá by mala obsahovať všetky vyššie spomenuté položky, dlhodobé a čiastočné ciele, obsah, organizáciu, použité pomôcky a evaluáciu (Filatová, Janků, 2010).

2.6 Možnosť využitia terapeutických metód u osôb s mentálnou retardáciou

Vychádzame z toho, že jednotliviec s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou sa nachádza v stave extrémne redukovaných aktivít. Klient je obmedzený na najelementárnejšie životné úlohy spojené často s jeho telom. Nemôže rozvíjať žiadne kontakty s okolím, okolitý svet pre neho takmer neexistuje. Túto bariéru sa môžeme pokúsiť čiastočne naštrbiť pomocou bazálnej stimulácie (Vítková, 2001).

2.6.1 Bazálna stimulácia

Je pedagogicko-psychologickým konceptom vychádzajúcim z toho, že jedinec s ťažkým a hlbokým postihnutím sa nachádza v stave extrémne redukovaných aktivít, je obmedzený na najelementárnejšie životné úlohy spojené s vlastným telom. Okolitý svet pre neho takmer neexistuje a ten ho nedokáže primerane akceptovať. Pomocou bazálnych (základných) podnetov (stimulácia) môžeme u klienta dosiahnuť aspoň čiastočné otvorenie sa tejto individuálnej izolácie (Vítková, 2001).

Profesor Andreas Fröhlich (autor tejto metódy) sa zaoberal podporou senzorickej komunikácie u detí s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím, kde možnosť verbálneho dorozumievania sa bola prakticky nulová. Autorovi sa podarilo s klientmi nadviazať veľmi úspešne komunikáciu na báze somatickej, vestibulárnej a vibračnej (In: Vítková, 2001). Pri bazálnej stimulácii teda vychádzame z toho, že centrálna nervová sústava má schopnosť sa do určitej miery adaptovať, pokiaľ budú jej kôrové oblasti dostatočným spôsobom aktivované.

2.6.1.1 Somatické podnety

Primárna telesná skúsenosť sa vyvíja dotykom. Pomocou somatických podnetov týkajúcich sa celého organizmu môžeme doceliť prvú skúsenosť s vlastným telom. Používať sa môže masážna technika rukami, alebo inými pomôckami, kedy je najdôležitejšie, aby telo klienta dostávalo jednoduché, zreteľné a jasné informácie, a aby dotyky mali primeraný tlak. Cieľom masáže stimulujúcej dýchanie podporujeme pravidelné, pokojné a hlboké dýchanie, zlepšenie okysličenia tkanív, čo paralelne ovplyvňuje aj ich funkciu (Vítková, 2001).

2.6.1.2 Vibračné podnety

Podnecovanie vibráciami sa vzťahuje na svalstvo a kožu, kedy zasahuje len časť ľudského tela. Použitím vibrácie po dĺžke tela sa navodí intenzívny pocit v nosných častiach a kĺboch. Vnímanie chvenia upokojuje a vyvoláva spomienky na pocity vibrácie a chvenia v prenatálnom živote (Vítková, 2001). Použiť môžeme masážne pomôcky, vibračné vankúše, alebo vodné lôžko napojené na reproduktory, kedy pomocou tela vnímame rytmus.

2.6.1.3 Vestibulárne podnety

Sprostredkovávajú nám informáciu o polohe a pohybe celého tela v priestore. Primeraný podnet má vplyv na stabilitu udržania tela a normalizuje tonus. V zásade hovoríme o pomalých, kmitavých pohyboch po dĺžke a šírke tela, pohyboch na terapeutickom valci, lopte, ktoré sa môžu stať uvoľneným „tancovaním“ v rytme hudby (Vítková, 2001).

2.6.1.4 Čuchové a chuťové podnety

V prvých mesiacoch nášho života bol čuch a chuť spôsobom našej komunikácie a interakcie s matkou. O podnety v tejto oblasti preukazujú osoby s ťažkým postihnutím záujem. Stimuláciu chuti môžeme navodiť natretím pier potravinou výraznej chuti (med, marmeláda, čokoláda, jogurt), ktorú smie osoba zlízať. Čuchové bunky dráždime pomocou vonných esencií nakvapkaných na kus látky, pomocou aromatickej lampy, alebo aj živými rastlinami (Vítková, 2001).

2.6.1.5 Sluchové a zrakové podnety

Zraková stimulácia sa prelína s vyššie spomenutými postupmi. Zrakové podnety ponúkame na kontrastnom pozadí, od ktorého sa musia výrazne odlišovať. K stimulácii sluchu je možné využiť hranie na hudobnom nástroji, použitie prehrávača alebo spievanie. Spev a hudba sú prirodzenou súčasťou aj iných cvičení zameraných na pohyb alebo vnímanie polohy v rytme (Vítková, 2001).

2.6.1.6 Komunikačné a sociálno- emocionálne podnety

Sú v našom každodennom živote. Každá naša snaha smerom k osobe s ťažkým a hlbokým postihnutím, naše dotyky a pohyby a vnímanie týchto elementov vyúsťuje do emotívneho zafarbenia všetkých týchto skúseností, z ktorých vzniká sociálna skúsenosť (Vítková, 2001).

2.6.2 Colorterapia

Množstvo výskumov dokázalo, že svetlo má na organizmus liečebné účinky. Aj tradičná medicína využíva svetlo a svetelnú energiu vo svojej praxi, napríklad pri liečení nespavosti, depresii, krvného tlaku, migrénach, astmatických problémoch, atď. V 70 a 80 rokoch minulého storočia vedci dokázali, že farba vplýva nielen na vidiacich, ale aj farboslepých a nevidiacich ľudí (www.svetlozeny.sk)

Odborníci v colorterapii hovoria, že vnútorné orgány v našom tele vibrujú v určitých frekvenciách, a farby s rovnakou frekvenciou zodpovedajú určitým oblastiam nášho tela. Liečba farbami sa využíva aj pri práci s postihnutými ľuďmi, deťmi, pri poruchách učenia, sústredenia, autizme, poruchách správania, kedy ale bežné spôsoby liečby nenahrádza, len je jej vhodným doplnkom (Webster, 2007).

Pri práci v miestnosti snoezelen je veľmi dôležité, aby terapeut ovládal pôsobenie základných farieb na telo a z týchto znalostí vychádzal pri príprave terapeutickej hodiny. Webster (2007) niektoré z nich popísal nasledovne.

Červená povzbudzuje, vzrušuje a posilňuje celé telo, aktivuje krvný obeh a zmysly. Môže byť vhodne využitá pri problémoch so zrakom, sluchom, čuchom, hmatom a chuťou, ako aj pri depresiách, ochrnutiach, zápale pľúc a iných.

Oranžová pozitívne pôsobí na metabolizmus, trávenie, vytvára pocit pohody a spokojnosti. Medzi ochorenia, na ktoré má liečebný vplyv, patrí napríklad epilepsia, depresie, problémy s močovým systémom, prechladnutia, a iné.

Žltá poskytuje energiu svalovej a nervovej sústave, mozgu a čistí krvný a lymfatický systém, pečeň, črevá a pľeť. Zároveň podporuje veselú náladu čo sa odzrkadľuje na duševnom stave jedinca. Medzi ochorenia na ktoré žltá farba vplýva môžeme zaradiť depresie, tráviace ťažkosti, ekzémy, ochrnutie.

Zelená povzbudzuje rast svalov a kostí, uvoľňuje napätie a podporuje pohodu a klud. Zároveň má liečebný vplyv na srdcové ochorenia, bolesti chrbtice, týfus, vredy, sennú nádchu, bolesti hlavy.

Modrá je farbou s chladivým účinkom čo liečivo pôsobí na zapálené orgány, mierni emocionálne problémy a prispieva k oddychnutiu mysle. Z medicínskeho hľadiska pomáha liečiť mŕtvicu, popáleniny, nespavosť, bolesti hlavy, epilepsiu, zápal, vredy, detskú obrnu.

Fialová vyživuje a čistí krv, povzbudzuje slezinu a rast kostí. Má pozitívny vplyv na epilepsiu, otras mozgu, nervové poruchy, nespavosť a iné ochorenia.

2.6.3 Aromaterapia

V aromaterapii sa používajú éterické oleje z rôznych rastlín, ktoré podporujú naše zdravie a pocit spokojnosti. Masáž pomocou éterického oleja, kúpeľ, inhalácie, alebo len vôňa z odparovača môžu mať veľmi pozitívny efekt na telo, náladu, zdravie a na odstránenie bolesti.

Práca s aromatickými olejmi vyžaduje zodpovedný výber a použitie každého oleja. Okrem iného musíme vedieť kde a kedy sa môže konkrétny olej alebo substancia nanášať, aby sme dosiahli čo najpozitívnejší efekt. Aromaterapia je prirodzená cesta na udržanie zdravého tela a ducha (Harding, 2003).

Orieščíková a Hrčová (2010) vo svojej publikácii Snoezelen popísali niektoré esencie a ich vplyvy na organizmus, vid' tabuľka č.2.

Tabuľka 2: Arómy a ich vplyv

Účinok Druh arómy	anti-depresívne	zbavenie strachu	uvoľnenie upokojenie	povzbudenie oživenie zvýšenie pozornosti	zrýchlenie dýchania	antisepticky
Bazalka	X		X	X	X	X
Eukalyptus				X	X	X
Citrón	X			X		X
Grapefruit	X			X	X	
Jazmín	X		X	X		
Kamilka			X			X
Levanduľa			X	X		X
Mandarínka	X	X	X	X		
Medovka			X	X		
Pomaranč	X		X			
Ruža	X		X			
Rozmarín				X		X

3 MENTÁLNA RETARDÁCIA

V poslednej kapitole teoretickej časti diplomovej práce sa stručne zaoberáme mentálnou retardáciou.

3.1 Teoretické vymedzenie pojmu

Výraz *mentálna retardácia* sa začal oficiálne používať od druhej polovice minulého storočia. Toto pomenovanie nahradilo termíny ako oligofrénia³ a slaboduchosť. Stupne postihnutia boli vo vyššie spomenutom období označované ako debilita, imbecilita a idiocia (Nývtová, 2010).

Na používaní termínu mentálna retardácia sa dohodli odborníci zaoberajúci problematikou osôb s poruchami intelektu na konferencii Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)⁴ v roku 1959 v talianskom Miláne.

Popisuje sa veľmi ťažko, lebo jej príznaky sú individuálne a škála príčin veľmi rôznorodá (Slowík, 2010). Za hlavné znaky sú považované nedostatočný rozvoj reči a myslenia, obmedzená schopnosť učenia sa a z toho vyplývajúca problematická adaptácia na bežné životné podmienky (Vágnerová, 2008).

Mentálnu retardáciu opisuje Vágnerová (2008) ďalej ako súhrnné označenie vrodeného postihnutia rozumových schopností, ktoré sa prejavujú neschopnosťou porozumieť okoliu a v požadovanej miere sa mu prispôbiť. Je definovaná, ako neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývinu, menej ako 70% normy, aj napriek prijateľnému spôsobu výchovy.

V medzinárodnej kvalifikácii chorôb (MKCH-10) je označená pojmom „*duševná zaostalosť*“, spadá pod kapitolu „*Duševné poruchy a poruchy správania*“ a pokladá sa za nedokončenie alebo zastavenie vývinu intelektu. Prejavuje sa počas vývinovej periódy a charakterizujú ju poškodenia schopností patriace k celkovej úrovni inteligencie. Postihnutie je trvalé, čiže nezvratné (Slowík, 2010).

³ Oligofrénia - oneskorený duševný vývoj v období prenatalnom, perinatálnom alebo v rannom postnatálnom (Švarcová, 2011).

⁴ WHO- World Health Organization

Horná hranica dosiahnuteľného rozvoja je daná závažnosťou, príčinou defektu a individuálne špecifickou vhodnosťou pôsobenia prostredia výchovného, výučbového a terapeutického (Vágnerová, 2008).

Vašek chápe mentálne postihnutie „ako nedostatočnú schopnosť meniť informácie na poznatky, v dôsledku toho aj transformovať veci a udalosti do symbolických foriem, tieto uchovávať, s takto transformovanými informáciami zmysluplne narábať a participovať na udalostiach.“ (Vašek, 2011, s.183).

Mentálne postihnutie bolo v roku 2002 definované Americkou asociáciou pre mentálne postihnutie (AAMR)⁵ ako neschopnosť charakterizovanú významnými obmedzeniami v adaptívnom správaní a intelektovom funkcionovaní. Tieto obmedzenia sa týkajú v prvom rade adaptívnych schopností v oblasti pojmovej, praktickej a sociálnej inteligencie (www.zdravie.sk).

3.2 Výskyt a príčiny vzniku

Osoby s mentálnym postihnutím tvoria jednu z najväčších skupín medzi všetkými postihnutými. Na základe kvalifikovaných odhadov sa uvádza, že v súčasnosti tvoria 3% populácie, z čoho má 2,6% osôb ľahkú a zhruba 0,1-0,2% populácie ťažkou a hlbokú mentálnu retardáciu (Švarcová, 2011).

Príčinou vzniku mentálneho postihnutia je postihnutie centrálnej nervovej sústavy (ďalej CNS), ku ktorej môže dôjsť rôznym spôsobom, čo sa prejaví kvalitatívne a kvantitatívne v klinickom obraze. Ide o multifaktoriálne podmienené postihnutie, na ktorého vzniku sa podieľa porucha genetických dispozícií vedúca k narušeniu CNS a zároveň najrôznejšie exogénne faktory, ktoré spôsobia poškodenie mozgu v ranej fáze vývinu (Vágnerová, 2008).

3.2.1 Genetická podmienenosť mentálnej retardácie

V tomto prípade je základom porucha štruktúry alebo funkcie genetického aparátu. Často ide o syndróm, ktorého jedným z príznakov je mentálne postihnutie.

⁵ American Association on Mental Retardation, dnes už ako AAIDD American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Americká asociácia pre mentálne a vývinové postihnutia)

Vágnerová (2008) popisuje delenie z genetického hľadiska nasledovne:

- poruchy na báze odlišného počtu alebo štruktúry autozómov (trizómia 21.chromozómu),
- na báze odlišného počtu alebo štruktúry pohlavných chromozómov (syndróm lomového X u chlapcov),
- na báze onemocnenia génovou poruchou (poškodenie mozgu patologickými metabolitmi , napr. u fenylketonúrie),
- polygénne podmienené obmedzenie intelektového vývoja, kedy má jedinec malý počet funkčných génov potrebných na rozvoj mentálnych schopností.

3.2.2 Teratogénne faktory

Tieto faktory, poškodzujúce normálny vývoj dieťaťa, pôsobia prostredníctvom organizmu matky. Môžu byť:

- fyzikálne (príkladom je nedostatok kyslíka, ionizujúce žiarenie, mechanické poškodenie hlavičky dieťaťa pri pôrode),
- chemické (lieky, alkohol alebo iné drogy),
- biologické (vírusové a mikrobiálne), (Vágnerová, 2008).

3.2.3 Postnatálne poškodenie mozgu

Postnatálne poškodenie mozgu je v ranom veku spôsobené zápalovým onemocnením, otravou, úrazom a podobne. Do tejto kategórie spadajú postihnutia vzniknuté približne do 1,5-2 rokov dieťaťa (Vágnerová, 2008).

3.3 Klasifikácia mentálnej retardácie

Mentálnu retardáciu môžeme klasifikovať z rozličných hľadísk, kvantitatívneho, kvalitatívneho, podľa etiológie alebo iných. V minulosti sa napríklad členili osoby a mentálnym postihnutím podľa vzdelávateľnosti na vzdelávateľné a nevzdelávateľné. Túto klasifikáciu ale dnes nemôžeme z hľadiska *práv na vzdelanie pre všetkých*⁶ akceptovať (Pipeková, 2006).

⁶ Vyhláška MŠMT ČR.: § 8 odst.6 vyhlášky č.73/2005 Sb., o vzdelávaní detí, žaku a studentu se speciálními vzdělávacími potřebami a detí, žaku a studentu mimořádně nadaných v znění novely č.147/2011

V súčasnej špeciálno-pedagogickej praxi je najčastejšie používané kvantitatívne hodnotenie, ktorého číselná hodnota je istým orientačným znakom na určenie stupňa mentálneho postihnutia, kedy sa tieto stupne ohraničujú inteligenčnými kvocientmi- IQ (Vašek, 1994).

Kvantitatívne hodnotenie inteligencie poskytuje len globálny odhad schopností, určujúci pozíciu osoby s mentálnym postihnutím k populačnej norme. Hodnota priemerného výkonu je 100, hranica mentálneho postihnutia je na hodnote IQ 70 (Vágnerová, 2008).

Nasledujúca tabuľka (Tabuľka č.3) uvádza rozdelenie jednotlivých stupňov mentálnej retardácie podľa MKCH-10 z roku 1992, s nadobudnutou platnosťou od 1.1.1993. Mentálna retardácia spadá do odboru psychiatrie a je značená kódovým písmenom F, F70-F79 (Vítková, 2004).

Pridávame aj rozmedzie hodnôt IQ, ktoré je pre konkrétne pásmo charakteristické, ale len orientačné, lebo žiadna hodnota nemôže zachytiť celé rozpätie kvalitatívnych znakov rozumových schopností. (Vágnerová, 2008).

Najznámejším a najpoužívanejším vyjadrením inteligenčnej úrovne je IQ zavedený W. Sternom, ktorý vyjadruje vzťah medzi mentálnym (dosiahnutý výkon v úlohách zodpovedajúcich určitému vývojovému stupňu) a chronologickým vekom (In: Švarcová, 2011).

$$IQ = \frac{Mentalni(Vek)}{Chronologicky(Vek)} * 100$$

Tabuľka 3: Stupne mentálneho postihnutia podľa SZO (WHO) MKCH-10

Kódové čísla	Slovné označenie	Pásmo v IQ
F 70	Ľahká mentálna retardácia	50-69
F 71	Stredne ťažká mentálna retardácia	35-49
F 72	Ťažká mentálna retardácia	20-34
F 73	Hlboká mentálna retardácia	0-19
F 78	Iná mentálna retardácia	
F 79	Nešpecifikovaná mentálna retardácia	

3.3.1 Ľahká mentálna retardácia IQ 50-69 (F70)

Do tejto kategórie spadá prevažná väčšina osôb s mentálnou retardáciou, je diagnostikovaná u 80-85% jedincov s postihnutím. Ich mentálny vek sa pohybuje približne na úrovni 10-11 rokov (Švarcová, 2011).

Uvažovanie týchto jedincov dosiahne aj v dospelosti úroveň detí stredného školského veku. Rešpektovanie základných pravidiel logiky je možné, ale nie sú schopní myslieť abstraktne. Myslenie a reč sú konkrétne, vývin reči oneskorený, ale účelne využiteľný v každodennom živote. Ich verbálny prejav je jednoduchší, obsahovo chudobný, chýba väčšina abstraktných pojmov, používajú krátke, jednoduché vety a niekedy sa objavujú nepresnosti v sémantickom a syntaktickom charaktere prejavu. Ich výslovnosť nie je bezchybná.

Somatické postihnutie je ojedinelé, motorický vývin oneskorený. Vývin sebaobsluhy býva v porovnaní s normou omnoho pomalší, ale väčšina z nich dosiahne úplnú nezávislosť v osobnej starostlivosti a v praktických domácich schopnostiach.

V citovej oblasti je častá impulzivnosť, afektívna labilita, úzkosť, zvýšená sugestibilita, emočná nezrelosť.

Vzdelávací program základnej školy nie sú schopní zvládnuť úplne, výchova a vzdelávanie by malo byť prispôsobená ich možnostiam a na kompenzáciu nedostatkov. V dospelosti môžu dosiahnuť určitý stupeň samostatnosti, potrebujú ale dohľad a oporu. Často sú pracovne začlenení, v zamestnaní by sa mali vyžadovať skôr praktické ako teoretické schopnosti.

V sociokultúrnom kontexte sa dôsledky postihnutia prejavia hlavne keď je osoba s postihnutím sociálne a emočne nezrelá, napr. neschopnosť vyrovať sa požiadavkám manželstva a výchovy detí, zaistenie úrovne bývania, finančného zabezpečenia, zdravotnej starostlivosti atď. (Švarcová, 2011).

3.3.2 Stredne ťažká mentálna retardácia IQ 35-49 (F71)

Je diagnostikovateľná približne u 10% osôb s postihnutím a ich mentálny vek sa pohybuje na úrovni dieťaťa vo veku medzi 4-8 rokov (Švarcová, 2011).

Uvažovanie jedincov sa dá prirovnať k mysleniu detí v predškolskom veku, ktoré nerešpektujú pravidlá logiky. Rozvoj chápania a reči je výrazne oneskorený, variabilný, ako aj ich konečné schopnosti sú veľmi individuálne. Niektorí jedinci sú schopní jednoduchej konverzácie, kým iní sa nenaučia rozprávať vôbec, ale môžu

porozumieť verbálnym inštrukciám a dorozumievať sa pomocou gestikulácie. Verbálny prejav hovoriacich jedincov je veľmi chudobný, agramatický, nesprávne artikulovaný.

Motorický vývin je výrazne oneskorený, ale osoby s postihnutím bývajú úplne mobilné. Často sa vyskytujú neurologické ochorenia, epilepsia.

V citovom prejave je pozorovateľná nestálosť nálady, skratovité jednanie, impulzivita.

Vzdelávacie možnosti sú veľmi limitované, ale pri kvalifikovanom pedagogickom vedení si niektorí dokážu osvojiť základy trivía⁷. Špeciálne vzdelávacie programy môžu jedincom poskytnúť rozvíjanie ich potenciálu, osvojenie základných vedomostí a praktických schopností. V dospelosti môžu vykonávať jednoduché pracovné úkony, nezávislé na presnosti a rýchlosti, ale len pod odborným dohľadom.

Samostatný život je v dospelosti možný len veľmi zriedka, prevažne potrebujú trvalý dohľad. Väčšina jedincov má schopnosti k nadviazaniu kontaktov, ku komunikácií a zúčastňujú sa na jednoduchých sociálnych aktivitách (Švarcová, 2011).

3.3.3 Ťažká mentálna retardácia IQ 20-34 (F72)

Táto kategória zahŕňa asi 5% jedincov s mentálnym postihnutím a ich mentálny vek je v pásme 18. mesiacov až 3,5 roku (Švarcová, 2011).

Ľudia s ťažkým mentálnym postihnutím sú schopní chápať len základné súvislosti a vzťahy na úrovni batolaťa. Je výrazne obmedzená úroveň všetkých schopností, ako aj reči. Komunikácia je obmedzená na výslovnosť nesprávne artikulovaných slovných výkrikov alebo výrazov, ktoré používajú nepresne, respektíve generalizovane. Niekedy nekomunikujú verbálne vôbec.

Osoby zároveň trpia ťažšími stupňami poruchy motoriky a inými pridruženými chybami, ktoré preukazujú výskyt klinicky signifikantného poškodenia alebo nesprávneho vývinu CNS. Častými sú aj neurologické príznaky ako epilepsia.

Citová oblasť je celkovo poškodená, afektívne sféry a časté seba poškodzovanie.

Aj napriek značnému obmedzeniu výchovy a vzdelávania, môže včasná systematická a samozrejme dostatočne kvalifikovaná rehabilitačná, vzdelávacia a výchovná starostlivosť významne prispieť k rozvoju ich motoriky, rozumových schopností, komunikačných zručností, samostatnosti a tým k celkovému zlepšeniu kvality ich života.

⁷ Trivium-čítanie, písanie, počítanie

Osoby s ťažkou mentálnou retardáciou potrebujú trvalý dohľad a starostlivosť (Švarcová, 2011).

3.3.4 Hlboká mentálna retardácia IQ je nižšie ako 20 (F73)

Osôb s hlbokou mentálnou retardáciou je menej ako 1% z celkovej populácie postihnutých. Ich IQ sa nedá presne zmerať, ale úroveň mentálneho veku sa pohybuje do 18 mesiacov (Švarcová, 2011).

Vo väčšine prípadov sa jedná o jednotlivcov s viacnásobným postihnutím. Ich poznávacie schopnosti sa takmer nerozvíjajú (neschopnosť porozumieť reči, požiadavkám, inštrukciám) a ich schopnosti sú ohraničené na možnosť diferencovať známe a neznáme podnety a reagovať rudimentárnou neverbálnou komunikáciou (úsmev, plač, radosť).

Motorika je výrazne obmedzená, mnoho klientov je imobilných. Pridruženie zmyslových a telesných chýb, ako aj iných neurologických príznakov je veľmi časté. Jedinci bývajú inkontinentní a majú nepatrnú, alebo skôr žiadnu schopnosť vykonať nejaké základné potreby (Vágnerová, 2008).

Možnosti ich výchovy a vzdelávania sú veľmi obmedzené, ich cieľom je podľa možností jedinca rozvíjať motoriku, komunikačné schopnosti a iné prejavy. Pri vhodnom dohľade, vedení a dosiahnutí najzákladnejších zrakovo-priestorovo-orientačných schopností je možné, že sa jedinec dokáže nepatrným dielom podieľať na praktických samoobslužných výkonoch.

Osoby sú komplexne závislé na starostlivosti a umiestňované do domov sociálnej starostlivosti (Švarcová, 2011).

3.3.5 Iná mentálna retardácia (F78)

Táto kategória by mala byť oslovená vtedy, ak je stanovenie intelektovej retardácie nemožné kvôli pridruženým somatickým, alebo senzorickým postihnutiam. Jedná sa prevažne o osoby s autizmom, s poruchami správania, nevidiacich, nepočujúcich, atď. (Švarcová, 2011).

3.3.6 Nešpecifikovaná mentálna retardácia (F79)

Sa diagnostikuje vtedy, keď je mentálna retardácia potvrdená, ale pre nedostatok informácií nie je možné klienta zaradiť do vyššie spomenutých kategórií (Švarcová, 2011).

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 Terapeutické využitie miestnosti snoezelen u osôb s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím.

4.1 Cieľ a metodika prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zistiť možnosti terapeutického využitia miestnosti snoezelen u klientov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím.

Prieskumná časť diplomovej práce je spracovaná monografickou metódou. Pre dosiahnutie cieľa bolo nutné splniť nasledujúce úlohy:

1. Načrpanie teoretických vedomostí z rôznorodých zdrojov zaoberajúcich sa tematikou snoezelen, možností využitia a vplyvu tohto konceptu u klientov s mentálnym postihnutím.
2. Načrpanie praktických zručností aplikáciou metódy snoezelen.
3. Vhodná voľba sledovaného súboru klientov a zariadení na zistenie účinku terapie.
4. Formulovanie prieskumných otázok.

Vychádzajúc z cieľa a úloh prieskumu formulujeme nasledovné otázky prieskumu:

1. Podporuje snoezelen u klientov s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou ich záujem o okolie?
2. Ovplyvňujú nové podnety a impulzy v miestnosti snoezelen pozitívne kvalitu života klienta s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím?
3. Stabilizuje alebo sa zlepšuje stav klienta s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím dôsledným terapeutickým pôsobením v miestnosti snoezelen?

Na vedomie sa musí brať skutočnosť, že významnosť skúmania nie je univerzálna, ale vzťahuje sa na dva objekty. Prvým sú individuálne reakcie konkrétnych osôb s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím a druhým individuálna aplikácia metód snoezelen špeciálnym pedagógom.

4.2 Prieskumný súbor

Pre spracovanie prieskumnej časti diplomovej práce bol zvolený kvalitatívny prieskum, ktorému predchádzalo štúdium a analýza odbornej literatúry, vzdelávanie v odbore, vlastné poznatky a skúsenosti s používaním metódy snoezelen u osôb s mentálnym postihnutím.

K získaniu potrebných informácií boli použité techniky priameho krátkodobého, dlhodobého a štruktúrovaného pozorovania (v zariadení s celoročnou starostlivosťou), obsahová analýza, analýza dokumentu, prirodzený experiment a kazuistika.

Pedagogické *pozorovanie* patrí medzi najrozšírenejšie a súčasne najstaršie metódy pre získavanie dát v pedagogickej realite. Z ohľadu časovej náročnosti delíme pozorovanie na krátkodobé a dlhodobé. Krátkodobými sa označujú pozorovania trvajúce krátku časovú jednotku (jednu vyučovaciu hodinu), dlhodobými označujeme prerušované pozorovania. Pri štruktúrovanom pozorovaní pozorovateľ používa pozorovací nástroj (schéma, formulár) s presne určenými kategóriami javov, ktoré chce pozorovať (Švec, 1998).

Obsahová analýza teórie vychádza z literatúry, ktorá sa venuje danej problematike.

Vychádzanie z *analýzy dokumentov* zameraných na osobnú a rodinnú anamnézu, zdravotnícku dokumentáciu a dokumentáciu pedagogického personálu o aktuálnom stave klienta, je neodmysliteľné.

Metóda snoezelen sa aplikovala *prirodzeným experimentom* a výberom činností adekvátnych individuálnym zvláštnostiam každého klienta. Na základe experimentu a analýzy výsledkov je možné stanoviť preferencie v činnostiach.

Kazuistika je popis jednotlivých prípadov, ako napríklad vznik, priebeh, vyliečenie choroby a môže sa týkať nielen jednotlivca, ale aj celej skupiny alebo inštitúcie (Hartl, Hartlová, 2004).

Charakteristika miesta prieskumu a prieskumnej vzorky

Vlastné šetrenie prebiehalo na pracovisku, kde pôsobím 8 rokov ako zdravotná sestra a z toho piaty rok ako študent špeciálnej pedagogiky.

Domov *Haus Munzach* v meste Liestal (Švajčiarsko) bol založený pred 40 rokmi. Jedná sa o inštitúciu, ktorá okrem bývania ponúka osobám s telesným a psychickým postihnutím možnosť vzdelávať sa. Ku dnešnému dňu poskytuje strechu nad hlavou 32 klientom, ktorým pedagogickú a zdravotnícku starostlivosť zabezpečuje 50 členný kvalifikovaný tím.

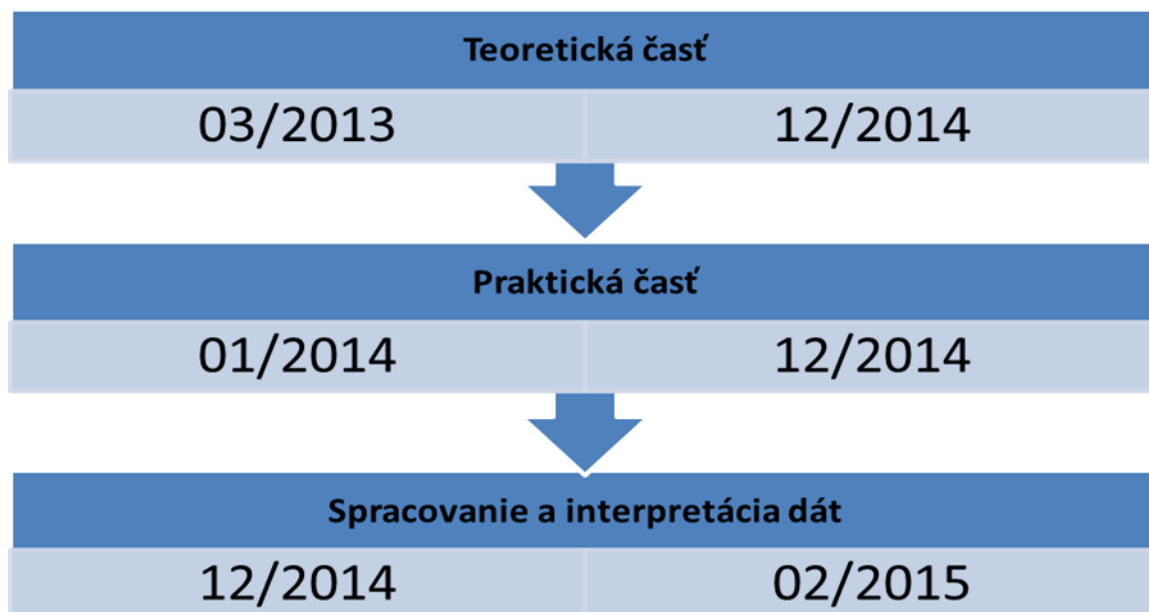
K získaniu potrebných dát k diplomovej práci boli vybraté 4 klientky, s ktorými som v pracovnom kontakte od začiatku môjho pôsobenia. Skúmanie prebiehalo formou pozorovania pri aplikácii metódy *snoezelen* v miestnosti *snoezelen* (výnimočne v terapeutickom bazéne) po dobu 12 mesiacov (Tabuľka č.4).

Etika prieskumu

Realizácia prieskumu ako aj uverejnenie informácií vychádzali zo súhlasného postoja zákonných zástupcov vybratých klientov a riaditeľky domova. Ďalej boli všetci zainteresovaní ubezpečení, že všetky získané a použité informácie použijem len na účely diplomovej práce. V súlade s tým sú mená klientov zmenené.

Zber dát

Tabuľka 4: Časový harmonogram prieskumného šetrenia



4.3 Popis miestnosti snoezelen v domove Munzach

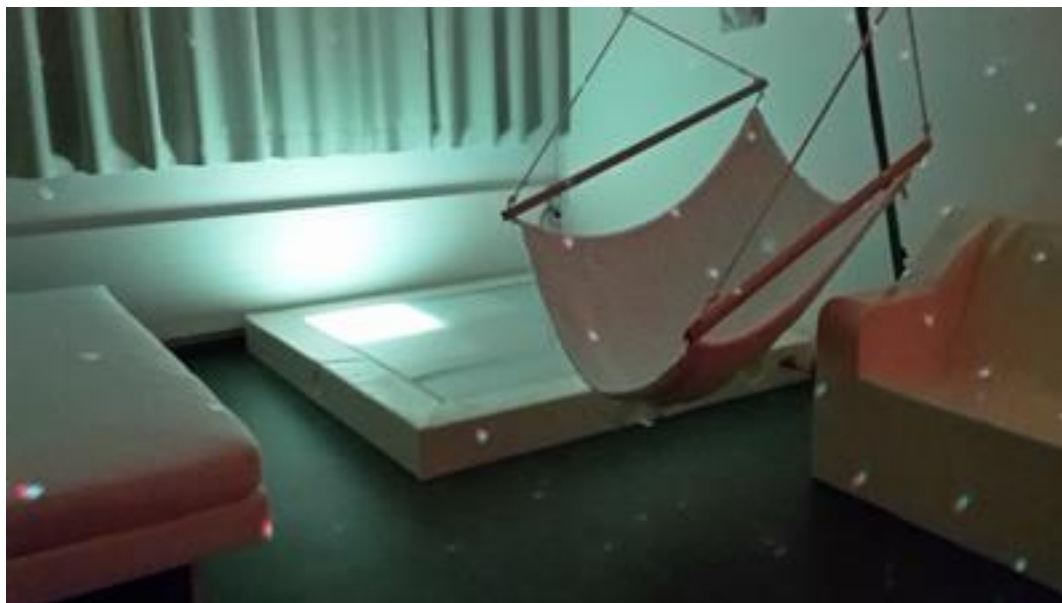
Miestnosť snoezelen majú pracovníci k dispozícií od decembra 2013, ktorú sa inštitúcií podarilo zriadiť vďaka sponzorským darom. Táto miestnosť (Obrázok 1) je zariadená ako pre individuálnu, tak aj skupinovú terapiu na prvom poschodí budovy s bezbariérovým prístupom. Takmer celá laď v béžovo-bielej farbe. Na tmavej podlahe sú k dispozícií svetielkujúci koberec a zvukovo-svetelný panel (Obrázok 2).

Medzi pomôcky na sedenie a polohovanie patria: vodná dvojité postel', variabilná hojdačka, dvojité kreslo bez vibrácií, čalúnená štorcová a obdĺžniková základňa z ktorej vychádza veľký bublinkový valec a bublinková pologuľa. V pozadí valca je rohové zrkadlo, ktoré znásobuje efekty.

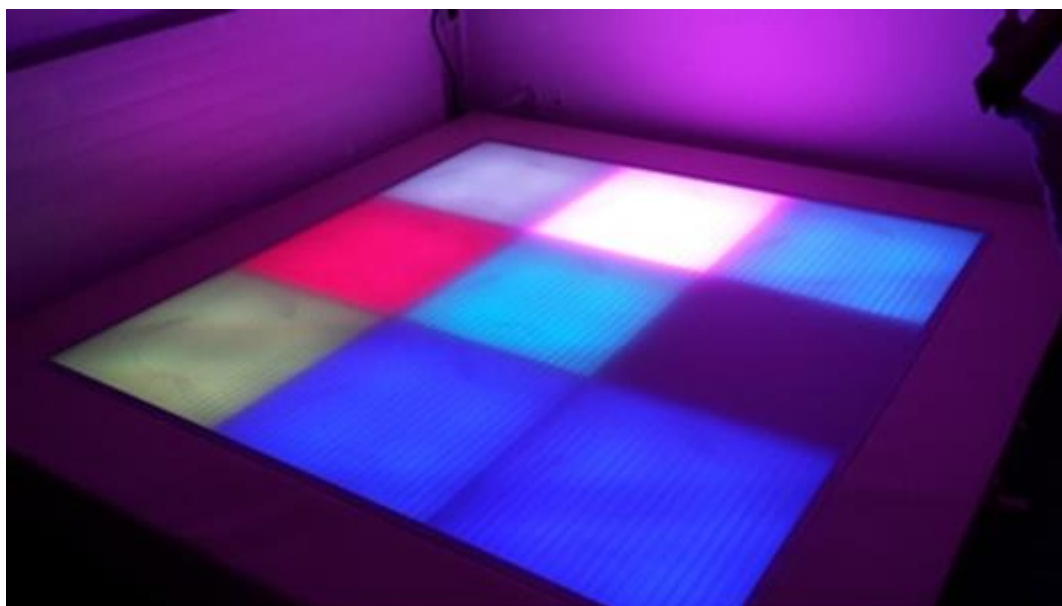
K pomôckam pôsobiace na zrakové podnety radíme: visiaci záves, optické vlákna so svetelným zdrojom, zo stropu visiacu zrkadlovú diskovú guľu a svetelný projektor.

Nevyhnutnou súčasťou vybavenia sú polohovanie pomôcky, deky, vankúše a samozrejmosťou rôzne senzorické pomôcky s ktorými sa v miestnosti pracuje.

Obrázok 1: Miestnosť snoezelen v domove Munzach



Obrázok 2: Zvukovo-svetelný panel



4.4 Vlastné šetrenie

V kazuistikách budeme vychádzať z osobnej a rodinnej anamnézy, zo zdravotného a aktuálneho stavu klientov. Do vlastného šetrenia boli zaradené za účelom objasnenia stanovenia cieľov snoezelen a čiastočného oboznámenia sa so životnými dráhami klientov, kedy každá epocha života zanechala v nich stopy a vplyva na ich budúcnosť.

Zároveň musíme zopakovať, že metóda snoezelen nie je vo Švajčiarskej konfederácii uznanou terapeutickou metódou, preto ju môžeme aplikovať ako terapeuticky orientovanú metódu.

O terapeuticky orientovanej metóde snoezelen hovoríme vtedy, keď je jednotka snoezelen realizovaná kvalifikovaným pracovníkom (pedagógom s kvalifikáciou v oblasti snoezelen) ako intervencia na zlepšenie, kompenzáciu alebo odstránenie primárnych alebo sekundárnych obmedzení v rôznych diagnostikovateľných oblastiach. Predpokladom je diagnóza s aktuálnymi informáciami o klientovi, cieľovo orientované použitie metódy a dokumentovanie konečného stavu (Mertens, 2003).

Fotodokumentácie priložené k praktickej časti práci sa nevyhotovovali počas jednotiek snoezelen, aby nedošlo k narušeniu ich priebehu. Za pochopenie ďakujeme.

4.4.1 Kazuistika 1

Meno: Júlia

Vek: 49 rokov

Diagnóza:

- cerebrálna paréza
- mentálna retardácia
- epilepsia
- subkortikálne myoklónie⁸
- mikrocefália⁹
- zvýšený svalový tonus
- operovaný ileus¹⁰
- akné rosacea¹¹

Osobitosti: žalúdočná sonda, suprapubický¹² močový katéter, výška 142cm/45kg

Antiepileptická liečba: Timonil, Rivotril, Phenhydan, Kepra,

Ďalšia medikamentózna liečba: Florinef, Nexium, Perenterol, Lioresal, L-carnitene, Transipeg, Maltofer, Vit. D3, Calcium (podávanie liekov každé štyri hodiny)

Rodinná anamnéza

Obidvaja rodičia sú zosnulí, otec umrel pred 20 rokmi a matka v januári 2015 vo veku 85 rokov. Klientka mala troch súrodencov, všetko starších bratov, jeden z nich si vo veku 32 rokov siahol na život. Iné rodinné ochorenia a životné udalosti nie sú známe. Najmladší z bratov je zákonným zástupcom klientky, v týždenných intervaloch navštevuje sestru a má k nej veľmi pekný vzťah. Klientka bola napriek ťažkému postihnutiu rodinou prijatá, láskou vychovávaná a s matkou mala veľmi dobrý a úzky vzťah.

⁸ Myoklonus sú krátke mimovoľné záškľby jednotlivých svalov alebo svalových skupín.

⁹ Mikrocefália je vývinová porucha postihujúca centrálny nervový systém, ktorá sa prejavuje zaostávaním v raste mozgu.

¹⁰ Ileusom označujeme nepriechodnosť čriev, zauzlenie.

¹¹ Rosacea je chronické zápalové kožné ochorenie postihujúce hlavne tvár.

¹² Suprapubický katéter sa zavádza cez dutinu brušnú.

Osobná anamnéza

Slečna Júlia sa narodila z poslednej gravidity matky (celkový počet gravidít neznámy). Okolnosti pôrodu ako aj informácie o možnom predpôrodnom diagnostikovaní postihnutia dieťaťa nie sú k dispozícii. Júlia vyrastala v rodinnom prostredí. Od 6-15 rokov navštevovala základnú školu špeciálnu a od 15-18 rokov chodila do denného centra, kde sa pravidelne stretávala mládež s rôznymi druhmi postihnutia. Po dovŕšení dospelosti bola Júlia presťahovaná do domova pre osoby s postihnutím, kde žije do dnešného dňa.

Júlia si vychutnáva spoločnosť ľudí, či sa jedná o rodinných príslušníkov alebo cudzie osoby, ktorých obdarováva častým úsmevom (v minulosti aj spontánnym objatím). Rada počúva hudbu a hovorené slovo. V mladšom veku si bola schopná pohmkávať melódiu jednoduchých detských pesničiek celý deň. Z verbálnych slov dokáže zreteľne vysloviť slovo „mama“.

Zdravotný a aktuálny stav klienta

Júliin zdravotný stav bol po celú dobu stabilný, okrem zriedkavých prechladnutí a epileptických záchvatov netrpela žiadnym závažným ochorením. Mobilita bola čiastočne obmedzená (prejdenie krátkych vzdialeností s podporou, hrubá motorika horných končatín) verbálne komunikovala pomocou nezreteľných synonym.

V roku 2010 sa jej zdravotný stav výrazne zhoršil, čoho pôvodnou príčinou bola epilepsia. Po epileptickom záchvate jej svalové tonusy neustupovali, skôr naopak. Tento stav pretrvával hodiny a ani medicínskou liečbou nedošlo k pozitívnej zmene. Júlia musela byť pohotovostne hospitalizovaná v epileptickej klinike v Zürichu, kde pobudla dva týždne. V tomto období prijímala stravu ešte per orálne. Počas pobytu schudla osem kilogramov a schopnosť pohybovať sa. Následkom veľkej straty hmotnosti musela byť hospitalizovaná v nemocnici v Liestale. Počas tohto obdobia jej bol operovaný ileus, zavedená žalúdočná sonda cez dutinu brušnej steny a suprapubický katéter (predtým čiastočná inkontinencia moču a stolice). Po dvoch mesiacoch sa jej zdravotný stav stabilizoval a bola prepustená domov. Klientka je od tej doby nemobilná, inkontinentná, stravu prijíma len žalúdočnou sondou (nebezpečenstvo zadusenía sa). Posledné štyri roky užíva klientka každé štyri hodiny rôzne antiepileptiká a po celú dobu nemala epileptický záchvat. Júlia má nepravidelný rytmus a zvýšenú potrebu spánku aj počas dňa.

Mobilita a aktivita

Júlia je každý deň mobilizovaná do špeciálne - polohovateľného, na mieru upraveného invalidného vozíka. Pohyb dolných končatín je pozorovateľný pri svalovom tonuse (subkortikálne myoklónie). Jedným z mála aktívnych pohybov je hryzenie ukazovákov na horných končatinách, škrípanie zubami, pohyb hlavou a svalmi tváre.

Klientka sa zúčastňuje (je prítomná) na spoločných činnostiach poskytovaných oddelením (výlet, dovolenka, prechádzka, spoločné sledovanie televízie, posedenie s čítaním pri krbe alebo iných podľa dennej ponuky) a na aktivitách organizovaných pracovným ateliérom domova (vnímanie, muzikoterapia, dramaterapia, biblioterapia), pokiaľ to jej zdravotný stav dovoľuje.

4.4.1.1 Snoezelen 1

- Ciele:** - uvoľnenie svalstva
- vestibulárne podnety
 - somatické podnety
 - vibračné podnety
 - vizuálne podnety
 - sluchové podnety
 - komunikačné a sociálno-emocionálne podnety
 - redukcia bolesti

Plánovanie jednotiek v snoezelen: vzhľadom na prevažnú pasivitu klientky počas dňa sme sa zamerali na aktívnu terapiu v miestnosti snoezelen, na aktivovanie klientky v oblasti spolupráce, pozornosti, vnímania, koncentrácie, jemnej a hrubej motoriky.

Farbu sme preferovali červenú a žltú. Červená patrí medzi obľúbené farby klientky a vyhovovala nám z dôvodu nášho cieľa. Táto farba povzbudzuje, vzrušuje a posilňuje celé telo, aktivuje krvný obeh a zmysly. Žltá poskytuje energiu svalovej sústavy, podporuje veselú náladu a môže pozitívne vplyvať na depresie, ekzémy, ochrnutie, tráviace ťažkosti. Júlia má zdravotné problémy vo všetkých vymenovaných oblastiach.

Vzhľadom na hlavný cieľ klientku aktivovať, bol aj výber **hudby** primeraný tomuto cieľu. Preferovali sme klientkine CD.

Výber a použitie **pomôcok** bol prispôsobený konkrétnym jednotkám v miestnosti. Hlavnú tematiku sme rozdelili na hlavné ročné obdobia- jar, leto, jeseň a zimu. Každé z tém sme venovali 10 plánovaných jednotiek.

Po celú dobu sa preferovala **individuálna terapia**.

Tabuľka 5: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014

Dĺžka plánovanej jednotky v minútach	Cieľové zameranie konkrétnej terapeutickej jednotky	Počet jednotiek
35´	Zoznámenie sa s miestnosťou	1
40´	Spoznávanie miestnosti a pomôcok	3
50´	Vizuálne podnety	5
60´	Vestibulárne podnety a aktivity na uvoľnenie svalstva	6
60´	Somatické podnety	5
60´	Vibračné podnety	5
80´	Koncentrácia a aktívne hry	6
70´	Spomínanie na minulosť	3
70´	Sluchové podnety s vlastnou produkciou hudby	5
50´	Snoezelen vo vode s vizuálnymi podnetmi	1

Postup pri plánovaní konkrétnej jednotky

Názov jednotky: Zoznámenie sa s miestnosťou (jar)

Druh terapie: individuálna, počet osôb 2 (klientka, terapeut)

Meno: Júlia

Vek: 49 rokov

Diagnóza: viď kazuistika 1

Zájmy: farby, mäkké predmety, pesničky

Nezáujmy: -

Pomôcky: balóny, hračky, masážne pomôcky, visiaci záves, optické vlákna so svetelným zdrojom, baterka, a iné

Priebeh terapie: dňa 21.01.2014

Dĺžka: 35 minút

Cieľ č.1. reakcia na nové vizuálne podnety.

Cieľ č.2. zvýšenie pozornosti a koncentrácie.

Cieľ č.3. precvičenie jemnej a hrubej motoriky, uvoľnenie svalového napätia.

Tabuľka 6: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen

Čas	Cieľ	Obsah	Organizácia
5'	Príprava miestnosti.	Príprava ovládacích zariadení na svetelné efekty -disko gule, optické vlákna, visiaci záves, svetelný projektor, bublinkový valec, rozloženie ďalších pomôcok po miestnosti.	Príprava pomôcok a zapnutie CD prehrávača.
5'	Príchodom po špičkách do tmavej miestnosti a svietením baterkou na jeden bod vyvoláme napätie, zvedavosť, koncentráciu na nasledujúce dianie. Musíme dbať na to, aby sme u klientky nevyvolali obavy a strach, rozprávame príjemným tónom.	Klientku na invalidnom vozíku povozíme po celej miestnosti, spolu svietime baterkou a zoznámime ju s jednotlivými časťami nábytku a nájdeme vhodné miesto kde sa usadíme vedľa seba. Klientka ostáva vo vozíku a terapeut vedľa nej s dobrým prístupom k ostatným pomôckam.	Tmavá miestnosť, baterka, pomôcky sú pripravené alebo čiastočne porozdeľované po miestnosti.
15'	V miestnosti by mali byť klientkou objavené všetky svetelné efekty, pomôcky. Pôsobíme na emócie, vizuálne vnímanie a podnecujeme dotyky, jemnú a hrubú motoriku.	Klientku vozíme od jedného svetelného podnetu k druhému, oboznamujeme ju s pomôckami a poskytneme jej možnosť sa ich dotýkať, v prípade záujmu ich môže aj vziať do úst, obmotáme ju visiacim závesom.	Pomocou diaľkového ovládania zapínáme a vypínáme konkrétne svetelné efekty, ktoré spoznáваме.
5'	Zopakovanie vizuálneho podnetu.	Klientke opätovne ponúkame na spoznanie pomôcku u ktorej prejavila zvýšený záujem. Ak sa to v našom prípade nestalo, tak spolu pospomíname na predmety, ktoré spoznala, alebo mala možnosť vidieť.	Opakované branie predmetov do rúk.
5'	Rituálne ukončenie jednotky.	Pozhasíme všetky svetlá a zapínáme baterku, spravíme prieskum celej miestnosti a odchádzame von.	Tmavá miestnosť, baterka.

Stručný popis priebehu v snoezelen

Celý priebeh terapie bol sprevádzaný príjemným rozprávaním terapeuta. Klientka sedela vo svojom polohovacom invalidnom vozíku. Po spoločnom prejdení miestnosťou s baterkou v ruke, ktorú sme vložili klientke do ruky, sme sa usadili pri stene miestnosti, aby sme mali celú miestnosť pred sebou. Začali sme vizuálnymi podnetmi. Diaľkovým ovládačom sme zapli projektor, ktorý na protiahlú stenu premietal červeno-ružové motýle. Ukazovákom sme klientku opakovane upozornili na tento jav a snažili sa Júliu verbálne ovplyvniť, aby k tomuto javu otočila nielen pohľad, ale aj celú hlavu. Júlia sa na nás usmiala, ale hlavou nepootočila. Pohľad venovala striedavo pedagógovi alebo ním blúdila po celej miestnosti. Po vypnutí projektoru sme zapli optické vlákna so svetelným zdrojom a položili ich klientke do lona, okolo krku a rúk. Nasledovala reakcia pomocou hlásky dlhé „ó“ a následne sa zasmiala. Snažili sme sa svietiace vlákna vložiť do dlaní, ale kŕčovito zopnuté dlane nám to neumožnili. Vlákna sme jej priložili k ústam a dovolili jej do nich zahryznúť (po strate mobility je to jej častá aktivita). Pri tomto procese sme dbali na to, aby si pri tom neublížila a nepoškodila vlákna. K visiacim svietiacim vláknam sme sa presunuli s invalidným vozíkom, kedy sme ju týmito vláknam „obalili“. Bublínkový valec videla Júlia z metrového odstupu pre sťažený prístup k nemu (na posadenie k valcu by som potrebovala asistenta). Počas nasledujúcich minút sme klientku oboznámili s ďalšími pomôckami rôznych tvarov a veľkostí, s ktorými sme nasledujúce hodiny pracovali. Na záver sme všetky svetelné efekty pozhasínali a spolu sme obišli a opustili miestnosť.

Obrázok 3: Júlia v miestnosti Snoezelen



Vyhodnotenie reakcií klientky

Tabuľka 7: Vyhodnotenie prvej jednotky v miestnosti snoezelen

Cieľ pozorovania	Začiatok	Priebeh	Koniec
Negatívne prejavy Plač Krik Odmietanie Žiadne	X	X	X
Mimika Smiech Uvoľnená Neutrálna Negatívna Napätá	X	X	X
Zrakové vnímanie Aktívne sledovanie Reakcie na zmeny Pomalé reakcie Bez reakcií	X	X	X
Svalový tonus Uvoľnenie- U Striedanie U/N Napätie- N	X	X	X
Pohyby Roztržitý Normálny Znížená aktivita Spánok	X	X	X
Bolesť Prítomná Neprítomná	X	X	X

Zhrnutie reakcií klientky

Klientka sa pri vstupe do miestnosti tvárila milo prekvapená. Hneď od začiatku sa jej v miestnosti páčilo, ale veľa nových podnetov malo pravdepodobne vplyv na jej napätie počas celej doby (okrem diagnózy). Bola nadšená z nových farebných premetov a efektov, ktoré jej boli prekladané, ale venovala im len sekundovú pozornosť. Niektoré z nich si pomocou asistencie mohla vložiť aj do úst, alebo do nich zahryznúť. Po celú dobu si Júlia vychutnávala pozornosť pedagóga, prevažná časť pozornosti smerovala práve na neho.

Záver

Pri absolvovaní prvej jednotky v snoezelen nedošlo k žiadnym výrazným zmenám u klientky. Júlia neprejavila žiadne negatívne prejavy počas terapie. Klientka sa nedokázala po celú dobu sústrediť na ponúkané vizuálne predmety, neaktivovali ju k pohybu. Po celý čas bola napätá, po krátkej adaptácii v miestnosti začalo mierne uvoľnenie striedať napätie na nepatrnú dobu. Na konci terapie sa jej pozornosť mierne spomalila. Niekoľko minút po ukončení prvej jednotky klientka vo svojom invalidnom vozíku zaspala.

4.4.2 Kazuistika 2

Meno: Anna

Vek: 21 rokov

Diagnóza:

- cerebrálna paréza
- mentálna retardácia
- epilepsia
- zvýšený svalový tonus
- neuronálna ceroidná lipofuscinóza (NCL-neuronale Ceroid-Lipofuszinose¹³)

Osobitosti: žalúdočná sonda, výška 130cm/30kg

Medikamentózna liečba: na žiadosť príbuzných neuvedená

Rodinná anamnéza

Anna sa narodila ako druhé dieťa v rodine antropozófov, má o pár rokov staršieho brata. Obidvaja rodičia pracujú v pedagogickej oblasti, matka tento rok oslávila 49.te narodeniny a otec je o tri roky starší. Pri dobrom zdravotnom stave berú rodičia Annu každú popoludňajšiu nedeľu na vychádzku alebo do rodinného prostredia. V rodine sa (okrem Anninho postihnutia) nevyskytujú žiadne iné závažne ochorenia. Dieťa vyrastalo v harmonickej rodine, tieto vzťahy sa ale po zhoršení klientkinho zdravotného stavu naštrbili.

¹³ NCL je vzácne neurodegeneratívne, autozomálne-recesívne a doposiaľ nevyliciteľné metabolické ochorenie, ktoré sa môže objaviť v rôznych formách a veku

Osobná anamnéza

Po pôrode a v období ranného detstva prebiehal Annin vývoj bez viditeľného postihnutia, neskôr bola diagnostikovaná ľahká mentálna retardácia. Vo veku 6 rokov sa Anna začala vzdelávať na základnej škole špeciálnej v rodnom meste. Školskú dochádzku musela z dôvodu rapídneho zhoršenia zdravotného stavu ukončiť vo veku 14 rokov. U Anny sa výrazne zhoršil zrak, koncentrácia, pozornosť, kognitívne schopnosti ako aj všetky nadobudnuté schopnosti viditeľne zanikli. Zvýšil sa svalový tonus a pravidelné kŕče patrili k dennému programu slečny. Z chodiacej, samostatnej dievčiny sa behom niekoľkých mesiacov stal pacient vyžadujúci 24.hodinú starostlivosť.

Zdravotný a aktuálny stav klienta

Anna bola ku nám preložená pred 3 rokmi z iného domova, ktoré poskytuje ubytovanie osobám s postihnutím len do 18 rokov. Jej zdravotný stav je pár rokov stabilizovaný. Aktuálnosť mentálnej retardácie je otázna, ale zhoršením kognitívnych schopností sa predpokladá výrazné zníženie IQ klientky. Klientka nosí okuliare, ale rozsah zrakového postihnutia je nediagnostikovateľný. Odhadujeme, že klientka dokáže rozoznať svetlo a tmú. Na svoje meno nereaguje žiadnymi viditeľnými reakciami. Verbálna schopnosť komunikovať pozostáva z „jajkania“, ktoré signalizuje, že Anna trpí bolesťami, alebo sa necíti dobre. Jej telo je 24 hodín v kŕčovitom stave a aspoň na minimálne uľahčenie tejto situácie dostáva Anna botulotoxínové injekcie, ktoré sa jej podávajú v pravidelných štvrtročných intervaloch. Počas epileptického záchvatu dôjde u Anny k zníženiu svalového tonusu, čo je jediným symptómom upozorňujúcim na epileptický záchvat. Strava sa podáva výlučne žalúdočnou sondou zavedenou cez stenu dutiny brušnej a klientka je vyživovaná podľa želania rodičov (ručne mixovaná strava). Ťažké depresie u Anny vylúčiť nemôžeme.

Mobilita a aktivita

Anna má podobne ako Júlia špeciálne polohovateľný invalidný vozík upravený na mieru, na ktorom trávi voľný čas. Klientka dokáže samostatne pohybovať hlavou, horné a dolné končatiny, ako aj iné časti tela následkom choroby už pohybovať nevie. Pri spozorovaní pohybu nevieme identifikovať, či bol aktívnym alebo symptómom ochorenia.

Na podnety okolia Anna viditeľne nereaguje. Pred dvomi mesiacmi jej bola naordinovaná pravidelná analgetická liečba. Pokiaľ to Annin zdravotný stav povoľuje, tak sa zúčastňuje na spoločných činnostiach poskytovaných oddelením (výlet, dovolenka, prechádzka, spoločné sledovanie televízie, posedenie s čítaním pri krbe a iných podľa dennej ponuky) a na aktivitách organizované pracovným ateliérom domova (vnímanie, muzikoterapia, dramaterapia, biblioterapia).

4.4.2.1 Snoezelen 2

- Ciele:** - aktivity na uvoľnenie svalstva
- vestibulárne podnety
 - vizuálne podnety
 - somatické podnety
 - sluchové podnety
 - vibračné podnety
 - komunikačné a sociálno-emocionálne podnety
 - redukcia bolesti

Plánovanie jednotiek v snoezelen: vzhľadom na aktuálny zdravotný stav klientky sme sa zamerali na uvoľnenie svaloviny a kĺčovitého držania tela, na odstránenie alebo redukciu bolesti somatickými a vibračnými podnetmi, relaxovaním.

Farbu sme preferovali zelenú. Zelená povzbudzuje rast svalov a kostí, uvoľňuje napätie a podporuje pohodu a pokoj. Zároveň má liečebný vplyv na bolesti chrbtice a hlavy.

Čo sa týka výberu **hudby**, tak sme preferovali klientkinu relaxačnú hudbu.

Pomôcky sa vyberali podľa konkrétnych jednotiek v miestnosti, kedy sme hlavnú tematiku rozdelili na hlavné ročné obdobia- jar, leto, jeseň a zimu. Každý z tém sme venovali 10 plánovaných jednotiek.

Po celú dobu sme uprednostňovali **individuálnu terapiu**.

Tabuľka 8: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014

Dĺžka plánovanej jednotky v minútach	Cieľové zameranie konkrétnej terapeutickkej jednotky	Počet jednotiek
35´	Zoznámenie sa s miestnosťou	1
40´	Spoznávanie miestnosti a pomôcok	2
50´	Vestibulárne podnety a aktivity na uvoľnenie svalstva	6
60´	Somatické podnety	6
60´	Vibračné podnety	6
60´	Dýchanie	5
80´	Uvoľnenie	6
70´	Relaxácia	5
70´	Snoezelen vo vode s vizuálnymi podnetmi	3

Postup pri plánovaní konkrétnej jednotky

Názov jednotky: Dýchanie (jeseň)

Druh terapie: individuálna, počet osôb 2 (klientka, terapeut)

Meno: Anna

Vek: 21 rokov

Diagnóza: viď kazuistika 2

Záujmy: hudba

Nezáujmy: -

Pomôcky: polohovacie pomôcky, CD, prikrývky, pomarančová vôňa, listy zo stromov, príbeh na tému jeseň, orechy

Priebeh terapie: dňa 13.10.2014

Dĺžka terapie: 60 minút

Cieľ č.1. uvoľnenie svalstva.

Cieľ č.2. pravidelné dýchanie.

Cieľ č.3. redukcia bolesti.

Tabuľka 9: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen

Čas	Cieľ	Obsah	Organizácia
5´	Príprava miestnosti na jednotku.	Zapnutie zeleného svetla premietaného projektorom cez disko guľu do celej miestnosti, zapnutie disko gule, príprava a zapnutie CD s relaxačnou hudbou, poukladanie listov na podlahu, zapneme rozprašovač vône.	Vankúše na polohovanie, Projektor, disko guľa, prehrávač, CD, listy, rozprašovač vône.
10´	Príchod do miestnosti a výber vhodného miesta pre klientku.	Preloženie klientky s asistenciou na vodné lôžko, podpora polohy klientky polohovacími pomôckami.	Vodná posteľ, polohovacie pomôcky, prikrývky.
35´	Podpora dýchania, pravidelné dýchanie, regulácia bolesti, uvoľnenie.	Verbálnym sprievodom sa u klientky snažíme navodiť pravidelný rytmus dýchania. Slová v pravidelnom rytme opakujeme (pomaly vdychujeme a ešte pomalšie vydychujeme). Môžeme priložiť ruku na jej hrudník, poprípade brucho (ak dýcha bruchom). Ak je to potrebné, môžeme priložiť vrecúško s pieskom na brucho, na podporu intenzívnejšieho prežívania zážitku. Zohriate vrecúško zároveň pozitívne vplyva na redukciu bolesti.	Vrecúško s pieskom, prikrývky, polohovacie pomôcky.
5´	Koniec uvoľnenia.	Klientku verbálne pripravíme na návrat, informujeme o ďalších krokoch, ktoré budú nasledovať.	
5´	Rituálne ukončenie jednotky.	Zavoláme asistenta s ktorého pomocou klientku vysádzame do invalidného vozíka a po prevedenom rituáli opúšťame miestnosť. Klientke necháme voľný priestor na spontánny návrat, oddych, neprichádzame s inými aktivitami.	Invalidný vozík, Asistent

Stručný popis priebehu v snoezelen

Celý priebeh terapie bol sprevádzaný príjemným a pomalým rozprávaním terapeuta v určitých časových úsekoch. Klientku sme pomocou asistenta preložili na vodnú posteľ a polohovali na ľavej strane. Vankúšmi sme jej podložili chrbát, ďalší sme vložili medzi kolená a pod hlavu. Prikryli sme ju tenkou prikrývkou. Následne sme si ľahli za Annin chrbát a snažili sa nájsť spoločný rytmus dýchania. Priložili sme jej ruku na chrbát, následne na rameno, hrudník, brucho a miernym dotykom na telo tak prispeli k vnímaniu teba a mohli pozorovať svalové sťahy respektíve uvoľnenie. Prstami sme jej po chrbte maľovali lístky jesene a manuálne nasledovali príbeh o jeseni. Na bruško sme jej priložili vyhriate vrecúško s pieskom, ktoré sme predtým vyhriali pod dekami. Anna po celý čas ležala v napolohovanej polohe a pravidelne zhlboka dýchala. Kvôli zvýšenej produkcii slín sme jej podložili tvár sacími šatkami (detskými látkovými plienkami). Mierne otvárala očné viečka a niekedy pootočila hlavou. Po celý čas bola pri vedomí. Svalový tonus sa mierne miestami uvoľnil, klientka ležala po celú dobu v rovnakej polohe.

Krátka ukážka z príbehu s masážou (rozprávaný terapeutom počas snoezelen)-Jeseň zafarbuje svojimi farbami lístky na všetkých stromoch (prstami maľujeme po chrbte) a keď sa potom po tichom lesíku prechádzame, lístky šuštiť pod našimi nohami (pošušť listami na ktorých klientka leží). A mnoho malých orieškov popuká, keď na ne v lese stúpime (prstami ťukáme po chrbte). Niektoré z nich sa dokonca aj otvoria. Tu pod týmto veľkým orechom zahliadneme malý oriešok. Zohýname sa poň a berieme ho do ruky (orech vložíme klientke do ruky a druhým jej môžeme jemne prechádzať po chrbte, ramenách). Orechový strom mal tento rok bohatú úrodu, ktorá po dozretí opúšťa korunu stromov. Orechy padajú jeden po druhom na zem (opäť ťukáme orechmi, alebo prstami na klientkin chrbát alebo inú časť tela)...fantáziám sa pri rozprávaní príbehov medze nekladú, ale je dôležité prispôbiť obsah textu klientkiným možnostiam porozumenia.

Na podrobné zachytenie reakcií klientky sme použili tabuľku na pozorovanie stavu uvoľňovania sa, podľa Profesorky Mertens, ktorú sme si sami minimálne upravili, viď nasledujúca tabuľka č.10.

Tabuľka 10: Pozorovanie stavu uvoľňovania sa

Mimika			
Napätie	uvoľnené	<u>X</u>	stiahnuté
Ústa	mierne otvorené	<u>X</u>	napäto zavreté
Pery	uvoľnené	<u>X</u>	napnuté
Očné viečka	jemne privreté	<u>X</u>	zavreté
	pokojné	<u>X</u>	nepokojné
Obočie	rovné	<u>X</u>	hore vytiahnuté
Čelo	rovné	<u>X</u>	pokrčené
Sťahy	vyrovnané	<u>X</u>	trhané
Dýchanie			
Ťah	hlboký	<u>X</u>	plytký
Frekvencia	počet nádychov za minútu	25	
Rytmus	pokojný	<u>X</u>	veľmi rýchly
	pravidelný	<u>X</u>	nepravidelný
	hlboký	<u>X</u>	plytký
Dýchanie bruchom	áno		nie
Stav celého tela			
Napätie	uvoľnené	<u>X</u>	napäté
Horné končatiny	uvoľnené	<u>X</u>	napäté, prekrížené
Dolné končatiny	uvoľnené	<u>X</u>	napäté, prekrížené
Telo	vyrovnané	<u>X</u>	skrčené
Teplota rúk	zvýšená	<u>X</u>	znížená
Teplota nôh	zvýšená	<u>X</u>	znížená

Spontánne pohyby časti tela: neprítomné

Pokojný stav: z celkových 35 minút dosiahnutie pokojného stavu 25 minút.

Obrázok 4: Anna v miestnosti Snoezelen



Zhrnutie reakcií klientky

Klientka po celú dobu pravidelne a uvoľnene dýchala, pôsobila pokojným dojmom. Verbálne prejavy bolesti sme u nej spozorovali na začiatku jednotky, kým našla pohodlie na lôžku. Iné negatívne pocity neboli pozorovateľné. Po celú dobu bola pri vedomí, mala otvorené oči a niekedy mierne pootočila hlavou. Klientka pôsobila dojmom, že hovorené slovo sleduje.

Záver

Počas absolvovania terapie došlo k zmenám mimiky, zrakového vnímania, kedy počas priebehu jednotky došlo k spomaleniu reakcií klientky a čiastočnému, skoro nebadateľnému uvoľneniu sa. Predpokladáme, že klientka v miestnosti snoezelen bolesti nemala (nevydávala tóny - jajkanie, ktoré je za normálnych okolností pri bolestiach u klientky pozorovateľné).

4.4.3 Kazuistika 3

Meno: Mária

Vek:48 rokov

Diagnóza:

- morbus crouzon¹⁴
- iris-kolobom¹⁵
- symptomatická epilepsia
- chronický sinusitis¹⁶
- kvadrupatická cerebrálna paréza
- mentálna retardácia
- mikrocefália
- operovaný rózštep hornej pery

Osobitosti: výška 110cm/29kg

Epileptická liečba: Lamictal

Ďalšia medikamentózna liečba: žiadna

Rodinná anamnéza

Mária sa narodila ako prvé dieťa v štvorčlennej rodine a má mladšiu sestru, ktorá je jej zákonným zástupcom. Zo zdravotného stavu klientky po prijatí do domova ako aj počas návštev rodinných príbuzných bolo viditeľné, že si rodina nedokázala k postihnutej dcére vybudovať bližší vzťah, v rodine boli uspokojované len základné potreby dieťaťa. Sestra klientky žije v bezdetnom manželskom zväzku, jej matka bola kvôli zdravotným problémom (starecká demencia) presťahovaná do domova dôchodcov a otec žije sám. V najbližšej rodine sa vyskytuje mentálne postihnutie u viacerých členov rodiny (sesternica a Máriin strýko, ktorý žijú v tom istom domove).

¹⁴ Morbus Crouzon je genetická porucha, ktorá spôsobuje predčasné osifikácie lebečných švov (kraniosynostózy) u detí.

¹⁵ Iris kolobom je rózštep dúhovky.

¹⁶ Sinusitis znamená zápal prínosových dutín .

Osobná anamnéza

Mária, ako už vyššie spomíname, sa narodila z prvej gravidity matky. Rázštep pier bol niekoľkokrát operovaný a prognóza dieťaťa neistá. Po ročnej hospitalizácii v detskej klinike v Bazileji bola prepustená do domáceho ošetrovania, kde sa o ňu starala matka. Mária trpela v detstve častými ochoreniami s pravidelnými, dlhodobými hospitalizáciami. Jej zdravotný stav sa stabilizoval v 5.tich rokoch, odkedy bolo dieťa mimo akútneho ohrozenia života. Základnú špeciálnu školu navštevovala od 10.roku v dopoludňajších hodinách. Klientka ukončila školskú dochádzku v 18.roku života a následne bola presťahovaná z rodinného prostredia do domova pre osoby s mentálnym postihnutím.

Zdravotný a aktuálny stav klienta

Klientkin zdravotný stav je dlhodobo stabilizovaný. Okrem dvoch epileptických záchvatov (v rokoch 2007 a 1993) a prechladnutia raz - dvakrát ročne sa u nej nevyskytli vážne zdravotné komplikácie. Posledný rok pozorujeme zmeny na očiach. Vyšetrenie očného zraku bolo možné previesť len pod čiastočnou narkózou. Máriu čaká nevyhnutná operácia (šedý zákal a zníženie očného tlaku), ktorá sa plánuje na rok 2015. Klientka je odkázaná na 24 hodinovú starostlivosť, celoživotne inkontinentná a čiastočne mobilná od 20.roku života (s pomocou pedagóga o ktorého sa v stojí opiera prejde pár metrov). Stravu prijíma per orálne a na oslovenie reaguje neverbálnou komunikáciou (kriky, smiech, plač). Pozitívne reaguje na hudbu a má rada blízkosť iných osôb, kedy sa spontánne pritulí, a naopak v prípade nezáujmu osoby od seba odťlačí. Mária je v neustálom pohybe (pravidelné kmitanie celého tela, hlavou zo strany na stranu a dvíhanie pravej ruky do vzduchu).

Mobilita a aktivita

Voľný čas trávi v ležiacej alebo sediacej polohe na polohovacom vaku alebo gauči. Mária mení polohu tela sama. Krátke úseky prejde s podporou personálu a na dlhšie vychádzky sa používa invalidný vozík.

Klientka sa pravidelne zúčastňuje na spoločných činnostiach poskytovaných oddelením (výlet, dovolenka, prechádzka, spoločné sledovanie televízie, posedenie s čítaním pri krbe a iných podľa dennej ponuky) a na aktivitách organizované pracovným ateliérom domova (vnímanie, muzikoterapia, dramaterapia, biblioterapia).

4.4.3.1 Snoezelen 3

- Ciele:** - aktivity na uvoľnenie tela
- vestibulárne podnety
 - somatické podnety
 - vibračné podnety a sluchové podnety
 - komunikačné a sociálno-emocionálne podnety

Plánovanie jednotiek v snoezelen - vzhľadom na aktivitu a nepokoj klientky sme jednotky snoezelen zamerali na celkovú relaxáciu, uvoľnenie, kontakt s pedagógom.

Farbu sme používali prevažne oranžovú, ktorá pôsobí na metabolizmus, trávenie, vytvára pocit pohody a spokojnosti. Medzi ochorenia, na ktoré má liečebný vplyv, patrí napríklad epilepsia, depresie, problémy s močovým systémom, prechladnutia.

Pomôcky sa vyberali podľa konkrétnych jednotiek v miestnosti, kedy sme hlavnú tematiku rozdelili na hlavné ročné obdobia - jar, leto, jeseň a zimu. Každý z tém sme venovali 10 plánovaných jednotiek.

Po celú dobu sme preferovali **individuálnu terapiu**.

Tabuľka 11: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014

Dĺžka plánovanej jednotky v minútach	Cieľové zameranie konkrétnej therapeutickej jednotky	Počet jednotiek
35´	Zoznámenie sa s miestnosťou	2
40´	Spoznávanie miestnosti a pomôcok	2
50´	Somatické podnety	6
60´	Vibračné podnety	5
60´	Dýchanie	6
60´	Uvoľnenie	6
80´	Relaxácia	6
70´	Vestibulárne podnety a aktivity na uvoľnenie svalstva	4
55´	Snoezelen vo vode	3

Postup pri plánovaní konkrétnej jednotky

Názov jednotky: Snoezelen vo vode (Ieto)

Druh terapie: individuálna, počet osôb 2 (klientka, terapeut)

Meno: Mária

Vek: 48 rokov

Diagnóza: vid' kazuistika 3

Zájmy: voda, hudba, detské pesničky

Nezáujmy: -

Pomôcky: Voda, uterák, pomôcky v bazéne, CD s relaxačnou hudbou

Priebeh terapie: dňa 05.08.2014

Dĺžka terapie: 55 minút

Cieľ č.1. vestibulárne podnety.

Cieľ č.2. uvoľnenie svalových jednotiek.

Cieľ č.3. relaxácia v bazéne.

Obrázok 5: Terapeutický bazén v domove Munzach



Tabuľka 12: Príprava jednotky snoezelen v bazéne

Čas	Cieľ	Obsah	Organizácia
5'	Príprava prostredia na snoezelen v terapeutickom bazéne.	Prichystáme si pomôcky do bazéna, uterák, zapneme prehrávač s relaxačnou hudbou.	Príprava klientky na oddelení, oblečenie do plávok.
10'	Príchod na vozíku, kedy je klientka oblečená v plavkách a zahalená v župane, príprava na vstup do bazéna.	Klientku posadíme na kraj bazéna a ponoríme jej nohy do vody. Verbálne ju celý čas informujeme o nasledujúcich činnostiach. Postupne jej namáčame celé telo a nakoniec ju vezmeme do bazéna.	Uterák na kraji bazéna, pomôcky vo vode.
25'	Vestibulárne podnety, uvoľnenie svalových jednotiek a relaxácia.	Klientku vezmeme do náručia a nadnášame ju na vode. Klientka by mala ležať v polohe na chrbte, aby zároveň došlo k uvoľneniu svalových jednotiek a možnosti relaxácie. Klientku držíme pre pocit bezpečnosti pevne v rukách.	Pomôcky v bazéne. Záchranná vesta
10'	Rituálne ukončenie jednotky, osprchovanie.	Klientku posadíme na hranu bazéna a zabalíme do uteráka. Následne prevedieme hygienu v najbližšom zariadení.	Hygienické potreby na sprchovanie, uterák.
5'	Odchod na oddelenie, verbálne spomíname na poslednú hodinu.	Klientku položíme na gauč alebo polohovací vankúš a doprajeme jej ešte uvoľnenie a spontánny návrat do reality.	Relaxačný vankúš alebo gauč na oddelení.

Stručný popis priebehu v snoezelen

Celý priebeh terapie bol sprevádzaný príjemnou relaxačnou hudbou a verbálnym slovom terapeuta v prípade potreby. Vzhľadom na nízku hmotnosť klientky sme nepotrebovali službu asistenta pri vstupe do bazéna. Z bezpečnostných dôvodov musela mať Mária oblečenú záchrannú vestu. Prvých 5 minút sme s klientkou prevádzali aktívnejšie pohyby, vozením na povrchu vody, na ktoré reagovala pišťaním s následným smiechom. Potom sme klientke podložili hlavu molitanom a jej telo sme

rukami držali nad vodou. Chvíľu trvalo kým sa dokázala uvoľniť a upokojiť. Nasledujúcich 20 minút sme sa po hladine vody pohybovali minimálnymi pohybmi v jemnom rytme relaxačnej hudby. Klientka striedavo otvárala a zatvárala oči a na tvári miestami vyčarovala úsmev. Celý kúpeľ bola uvoľnená a nadobudli sme pocit, že si ho vychutnávala.

Obrázok 6: Mária v miestnosti Snoezelen



Na vyhodnotenie uvoľnenia jednotky v bazéne sme použili tabuľku od Profesorky Mertens, vid' tabuľka č.13 na nasledujúcej strane.

Spontánne pohyby časti tela: minimálne

Pokojný stav: z celkových 20 minút dosiahnutie pokojného stavu 20 minút.

Tabuľka 13: Pozorovanie stavu uvoľňovania sa

Mimika			
Napätie	uvoľnené	<u>X</u>	stiahnuté
Ústa	mierne otvorené	<u>X</u>	napäto zavreté
Pery	uvoľnené	<u>X</u>	napnuté
Očné viečka	jemne privreté	<u>otvorené</u>	zavreté
	pokojné	<u>X</u>	nepokojné
Obočie	rovné	<u>X</u>	hore vytiahnuté
Čelo	rovné	<u>X</u>	pokrčené
Sťahy	vyrovnané	<u>X</u>	trhané
Dýchanie			
Ťah	hlboký	<u>X</u>	plytký
Frekvencia	počet nádychoch za minútu	30	
Rytmus	pokojný	<u>X</u>	veľmi rýchly
	pravidelný	<u>X</u>	nepravidelný
	hlboký	<u>X</u>	plytký
Dýchanie bruchom	áno		nie
Stav celého tela			
Napätie	uvoľnené	<u>X</u>	napäté
Horné končatiny	uvoľnené	<u>X</u>	napäté, prekrížené
Dolné končatiny	uvoľnené	<u>X</u>	napäté, prekrížené
Telo	vyrovnané	<u>X</u>	skrčené
Teplota rúk	zvýšená		<u>X</u> znížená
Teplota nôh	Zvýšená		<u>X</u> znížená

Zhrnutie reakcií klientky

Z klientky pri vstupe do bazéna bolo cítiť neistotu, ktorá bola spôsobená aj pre klientku neznámym novým prostredím (nový terapeutický bazén). Neistota sa prejavovala krčovitým držaním sa pedagóga a pišťaním. Po niekoľkých minútach nervozita opadla, kedy zrejme klientka nadobudla istotu. Mária sa následne dokázala vcelku rýchle uvoľniť a jednotku vo vode si vychutnávala, čo sme mohli pozorovať príjemnými a uvoľneným úsmevom počas priebehu snoezelen.

Záver

Klientka sa počas prevádzania jednotky snoezelen v bazéne vedela uvoľniť, nechala sa nadnášať vodou a viditeľne si vychutnávala príjemné pohyby vo vode, uvoľnenie, pozornosť a blízkosť pedagóga.

4.4.4 Kazuistika 4

Meno: Erika

Vek: 46 rokov

Diagnóza:

- spastická cerebrálna kvadruplégia s reflexiami horných končatín
- mikrocefália
- strabizmus convergens¹⁷
- mentálna retardácia
- osteoporóza¹⁸
- epilepsia

Osobitosti: žalúdočná sonda, výška 131cm/39kg

Medikamentózna liečba: Lioresal, Vitamín D, Prolia

¹⁷ Sa nazýva očná svalová nerovnováha, ktorá je vyjadrená v deformite oboch očí k sebe navzájom (škúlenie).

¹⁸ Osteoporóza je systémové ochorenie skeletu, definované ako zníženie obsahu kostnej hmoty a narušenie mikroarchitektúry kostného tkaniva, zapríčiňujúce zvýšenú krehkosť, lámavosť kostí.

Rodinná anamnéza

Erika sa narodila ako druhé dieťa v päťčlennej rodine, mladšia sestra a starší brat si založili vlastné rodiny a Erika je viacnásobnou tetou. Obidvaja rodičia sú v dôchodkovom veku a klientku mesačne navštevujú v zariadení. Klientka vyrastala v rodinnom kruhu, súrodenci ju navštevujú veľmi výnimočne. V rodine sa nevyskytujú žiadne závažné ochorenia.

Osobná anamnéza

Druhá gravidita sa ničím výnimočným neodlišovala od ďalších. Po pôrode bolo viditeľné, že dieťa nie je zdravé a nasledovalo mnoho vyšetrení, kvôli ktorým mohla byť Erika prepustená až po niekoľkých týždňoch. V predškolskom veku klientka prekonala bežné detské ochorenia a v 6.tich rokoch začala navštevovať základnú školu špeciálnu. Klientka navštevovala školskú dochádzku do 16 rokov a po dovŕšení 18.tich narodenín bola preložená do domova, kde do podnes býva. V neskoršom veku došlo k niekoľkým zlomeninám s následne diagnostikovanou osteoporózou.

Zdravotný a aktuálny stav klienta

Okrem bežných prechladnutí je Erika už dlhoročne stabilizovaná. Epileptické záchvaty sú zriedkavé a prejavujú sa tonuso-klonusovými¹⁹ sťahmi horných končatín. Telo klientky je ovplyvnené svalovými sťahmi, svojvoľne pohybuje hlavou. Erika prespí celé dni, krátkodobým otvorením očí alebo viditeľným zľaknutím sa reaguje na nové hlasy a zvukové podnety z najbližšieho okolia. Rozsah postihnutia zraku je neznámy. Stravu prijíma výlučne sondou. Inkontinencia moču a stolice je celoživotná.

Mobilita a aktivita

Erika je mobilizovaná do špeciálne - polohovateľného a na mieru upraveného invalidného vozíka. Okrem pohybu hlavy sú pohyby tela ovplyvnené svalovými ochoreniami. Erika dostáva kľče do horných končatín, ktoré „vystrelia“ smerom ku hlave.

Klientka prespí celý deň, niekoľkosekundové otvorenie očí pozorujeme pri nových zvukových podnetoch. Podobne ako ostatné tri klientky, sa aj Erika pravidelne zúčastňuje na spoločných činnostiach poskytovaných oddelením (výlet, prechádzka, spoločné sledovanie televízie, posedenie s čítaním pri krbe a iných podľa dennej ponuky) a na aktivitách organizované pracovným ateliérom domova (vnímanie, muzikoterapia, dramaterapia, biblioterapia).

¹⁹ Tonus=napätie a klonus=prudký pohyb, trhavý kľč

4.4.4.1 Snoezelen 4

- Ciele:** - aktivity na uvoľnenie svalstva
- vestibulárne podnety
 - somatické podnety
 - vibračné podnety
 - vizuálne podnety
 - sluchové podnety
 - komunikačné podnety
 - sociálno-emocionálne podnety

Plánovanie jednotiek v snoezelen: vzhľadom na pasivitu klientky počas dňa sme sa zamerali na aktívnu terapiu v miestnosti snoezelen, na aktivovanie klientky v oblasti zrakového a sluchového vnímania, pozornosti, pohybu.

Farbu sme preferovali červenú a žltú, kedy červená povzbudzuje, vzrušuje a posilňuje celé telo, aktivuje krvný obeh, zmysly a žltá poskytuje energiu svalovej sústavy, podporuje veselú náladu a môže pozitívne vplývať na ochorenia (depresie, ekzémy, ochrnutie, tráviace ťažkosti).

Vzhľadom na hlavný cieľ klientku aktivovať, bol aj výber **hudby** primeraný tomuto cieľu.

Z **aróm** sme preferovali citrón a rozmarín.

Pomôcky sa vyberali podľa konkrétnych jednotiek v miestnosti, kedy sme hlavnú tematiku rozdelili na hlavné ročné obdobia- jar, leto, jeseň a zimu. Každé z tém sme venovali 10 plánovaných jednotiek.

Po celú dobu sme preferovali **individuálnu terapiu**.

Na nasledujúcej fotografii (Obrázok 7) je možné klientku zahliadnuť v zrkadlovom odraze.

Obrázok 7: Erika v miestnosti Snoezelen



Tabuľka 14: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014

Dĺžka plánovanej jednotky v minútach	Cieľové zameranie konkrétnej terapeutickej jednotky	Počet jednotiek
35´	Zoznámenie sa s miestnosťou	2
40´	Spoznávanie miestnosti a pomôcok	3
50´	Vizuálne podnety	5
60´	Vestibulárne podnety a aktivity na uvoľnenie svalstva	6
60´	Somatické podnety	5
60´	Vibračné podnety	5
80´	Koncentrácia a aktívne hry	6
70´	Spomínanie na minulosť	3
70´	Sluchové podnety	4
50´	Snoezelen vo vode s vizuálnymi podnetmi	1

Postup pri plánovaní konkrétnej jednotky

Názov jednotky: Somatické podnety s masážou (zima)

Druh terapie: individuálna, počet osôb 2 (klientka, terapeut)

Meno: Erika

Vek: 46 rokov

Diagnóza: vid' kazuistika 4

Zájmy: spánok, reaguje na nové hlasy a podnety z okolia

Nezájmy: -

Pomôcky: optické vlákna, prikrývky, CD, disko guľa, vata, príbeh so zimnou tematikou, visiaci záves

Priebeh terapie: dňa 09.12.2014

Dĺžka: 60 minút

Cieľ č.1. pozornosť, vnímanie.

Cieľ č.2. uvoľnenie svalového napätia.

Cieľ č.3. vestibulárne podnety.

Obrázok 8: Erika so spolubývajúcou v miestnosti Snoezelen



Tabuľka 15: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen

Čas	Cieľ	Obsah	Organizácia
5´	Príprava miestnosti.	Príprava ovládacích zariadení na svetelné efekty -disko gule, optické vlákna, svetelný projektor, bublinkový valec, CD a prehrávača.	Príprava potrebných pomôcok, pozapínanie svetelných efektov.
5´	Klientka a pedagóg majú oblečenú čiapku a šál okolo krku, na väčšie precítenie zimnej tematiky.	Klientku po príchode do miestnosti povozíme po celej miestnosti a s pomocou asistenta preložíme do visiacej hojdačky a prikryjeme dekou. Hlavu podložíme vankúšikom.	Miestnosťou znie hudba, zákulisie tejto jednotky je modro-biele.
40´	Vestibulárne podnety, pozornosť, vnímanie.	Klientku jemne hojdáme vo visiacej hojdačke a zároveň jej rozprávame príbeh o zime. Určité etapy príbehu podľa potreby manuálnym spôsobom dopĺňame.	Vata, optické vlákna .
5´	Vrátenie sa do reality.	Príbeh je ukončený, zavoláme asistenta a klientku prekladáme do invalidného vozíka.	Asistent.
5´	Rituálne ukončenie jednotky.	Vychádzame z miestnosti, klientku necháme prikrytú dekou a odvážame ju na oddelenie, kde ju pristavíme ku krbu na zohriatie sa.	Deka, krb.

Stručný popis priebehu v snoezelen

Klientka sedela počas celého priebehu vo visiacej hojdačke. Pedagóg sedel vedľa nej a jemne rozhojdával visiacu hojdačku rozprávajúc príbeh o zime. Podľa obsahu príbehu sme sa Eriky pri jednotlivých úsekoch dotýkali rôznymi predmetmi - optické vlákna pri hustom snežení, snehové vločky sme nahradili stočenou vatou, alebo sme improvizovali prstami a napodobňovali padanie snehu. Klientka reagovala striedmymi pohybmi hlavou, striedavo otvárala a zatvárala oči. Zvýšený pozor sme dávali na to, aby sme Eriku nevystrašili strnulými, hektickými pohybmi alebo náhlym zvýšením hlasu.

Vyhodnotenie reakcií klientky

Tabuľka 16: Vyhodnotenie jednotky v miestnosti snoezelen

Cieľ pozorovania	Začiatok	Priebeh	Koniec
Negatívne prejavy			
Plač			
Krik			
Odmietanie			
Žiadne	X	X	X
Mimika			
Smiech			
Uvoľnená			
Neutrálna			
Negatívna	X	X	X
Napätá		X	X
Zrakové vnímanie			
Aktívne sledovanie			X
Reakcie na zmeny		X	
Pomalé reakcie			
Bez reakcií	X		
Svalový tonus			
Uvoľnenie- U			
Striedanie U/N		X	X
Napätie- N	X		
Pohyby			
Roztržitý			
Normálny			
Znížená aktivita		X	X
Spánok	X	X	X
Bolesť			
Prítomná			
Nepřítomná	X	X	X

Zhrnutie reakcií klientky

Klientka pri vstupe do miestnosti neprejavuje viditeľný záujem. Pri prekladaní do visiacej hojdačky ju preberáme a prvýkrát od vstupe do miestnosti otvára oči. Jemné kolísanie klientku neruší, pri prudšom pohybe jej pohybujeme hlavou zo strany na stranu. Pri dotykoch pozorujeme reakcie na tvári. Otváraním očí reaguje na optické vlákna, v druhej polovici jednotky ich má s malými prestávkami, celý čas otvorené.

Záver

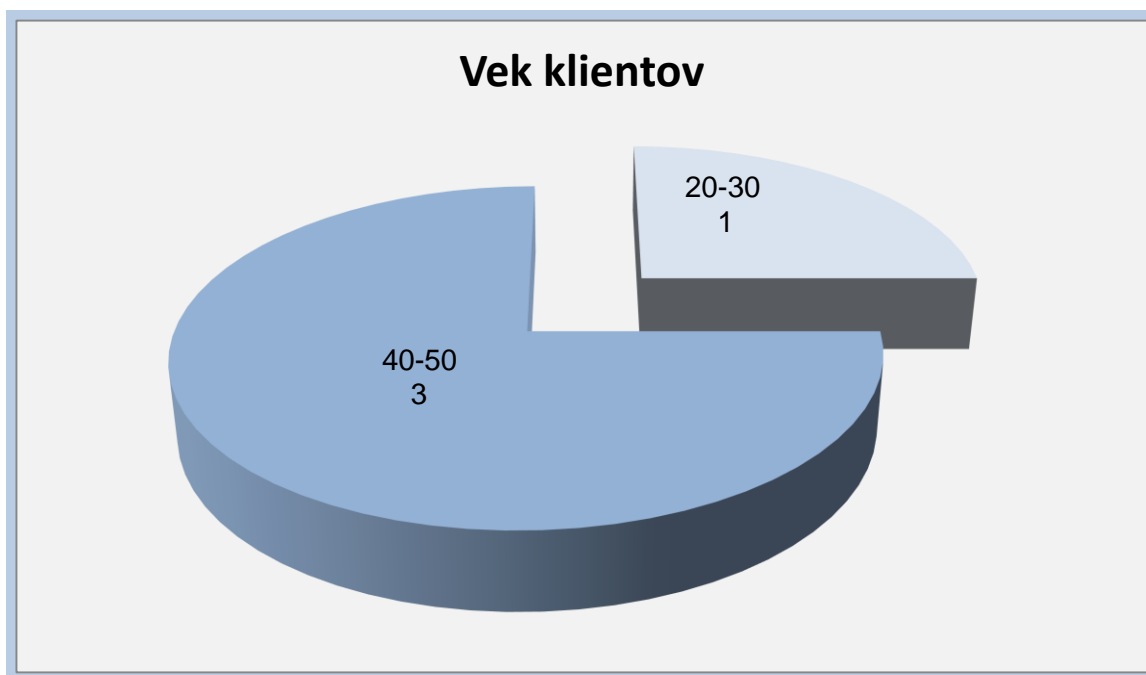
Počas absolvovania tejto jednotky snoezelen klientka neprejavovala negatívne prejavy. U klientky bola zvýšená aktivita hlavne svetelnými efektmi, takmer po celú dobu na ne reagovala. Zmenou polohy klientky došlo k svojvoľnému pohybu niektorých častí tela.

4.5 Prezentácia údajov prieskumného šetrenia

Z nedostatku priestoru nie je možné, aby sme v tejto diplomovej práci detailne uvádzali každú prevedenú jednotku so všetkými štyrmi klientkami. Z celkového počtu 160 jednotiek sme na ukážku vybrali štyri (z každého ročného obdobia) prevedené vždy s inou klientkou.

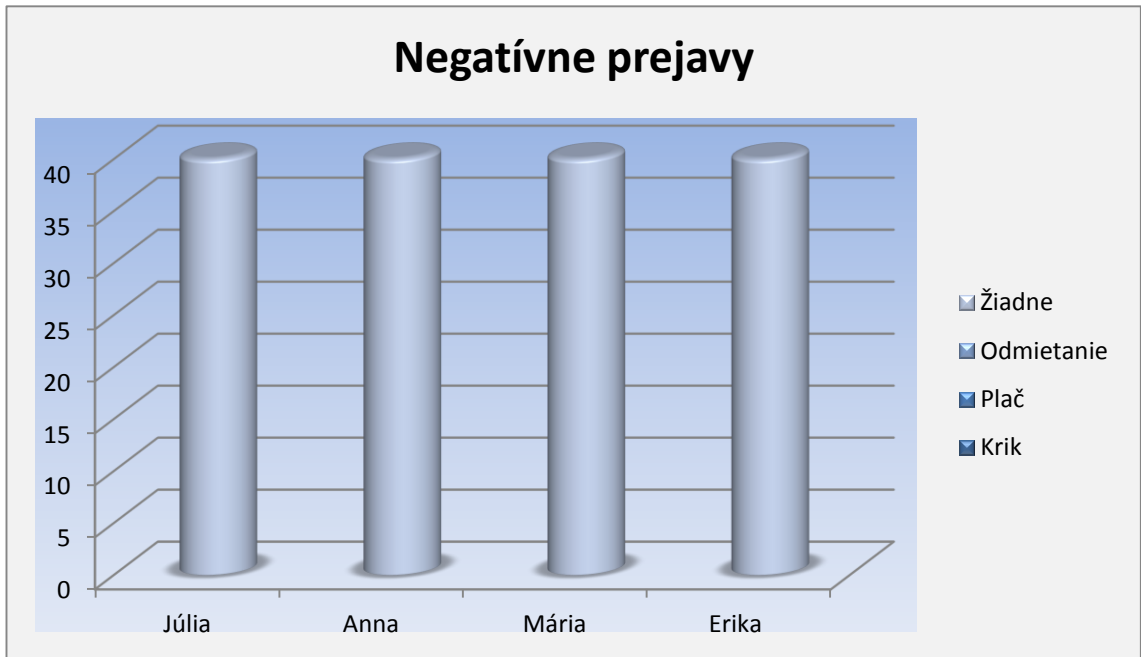
Diplomová práca a potvrdenie alebo vyvrátenie hypotéz sa vzťahujú na celé obdobie, preto sme výsledky ostatných šetrení vyhodnotili v programe Microsoft Office Word- Microsoft Excel pomocou grafov. K prezentácií sme zvolili koláčový a stĺpcový graf. Za každým grafom nasleduje stručné vyhodnotenie výsledkov.

Graf 1: Vek klientov



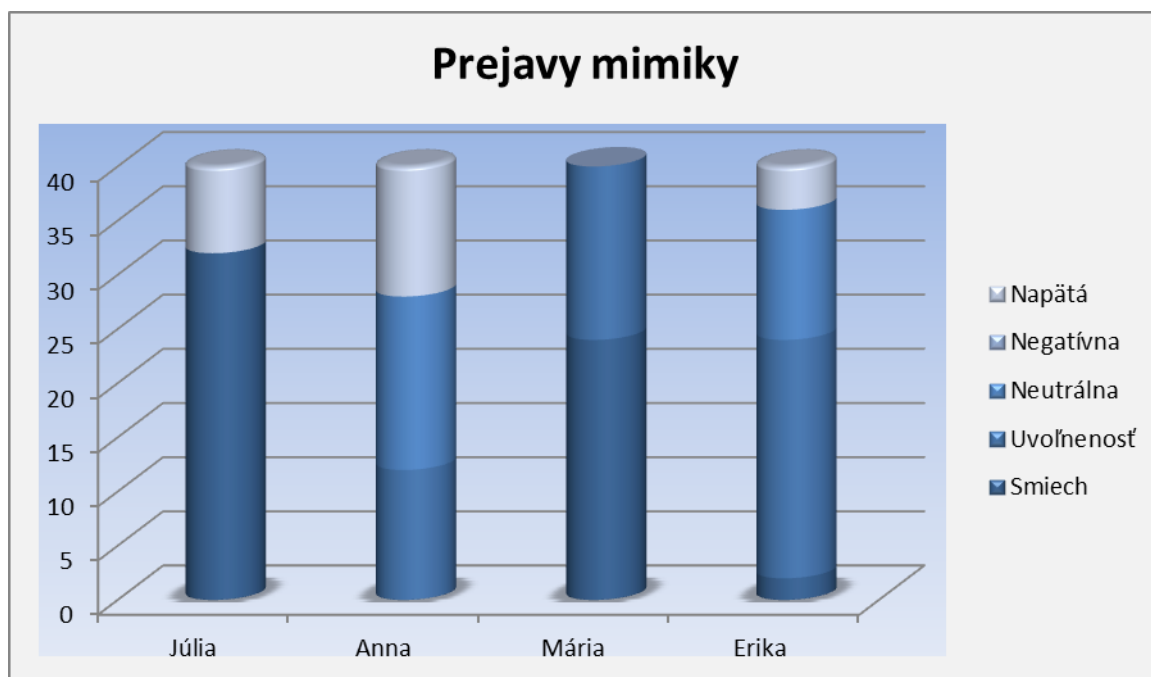
Koncept snoezelen sme po dobu jedného roka praktizovali u štyroch klientov, z ktorých jeden bol vo veku medzi 20-30 rokov a ostatní traja klienti v rozpätí 40-50 rokov.

Graf 2: Výskyt negatívnych prejavov u klientov



Graf 2 nám prezentuje častosť výskytu negatívnych prejavov u klientov v miestnosti snoezelen. Z prezentovaných výsledkov zisťujeme, že ani u jedného klienta sme počas štyridsiatic jednotiek v miestnosti snoezelen neregistrovali negatívne prejavy ako odmietanie, plač alebo krik. Dedukujeme, že tento koncept mal na všetkých jednotlivcov pozitívny vplyv.

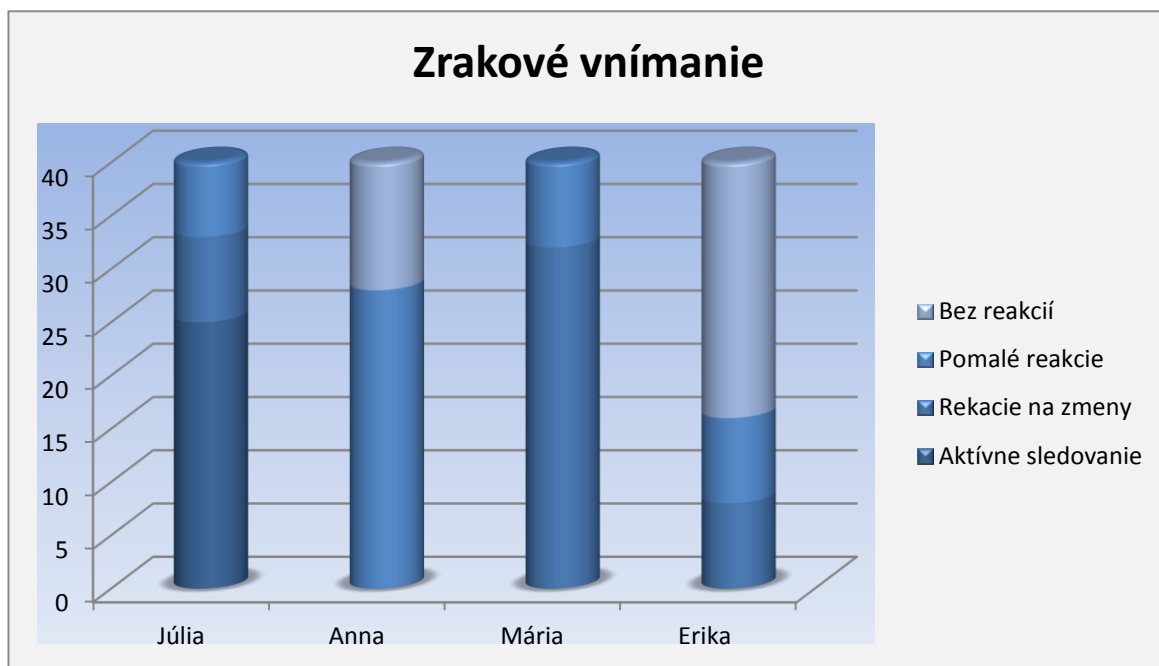
Graf 3: Pocity klienta odrážajúcich sa na mimike



Prezentovaný graf 3 nám čiastočne podáva informácie o prežívaní klientov. Zo skúmanej vzorky osôb ani jeden nekomunikuje verbálne, preto bolo nevyhnutné dôsledné pozorovanie mimiky tváre na získanie informácií o pocitoch klienta.

Z grafu zisťujeme nasledovné: u troch klientov sa nám podarilo v miestnosti snoezelen vyčariť úsmev na perách alebo smiech, uvoľniť sa podarilo vďaka aktivitám tiež trom klientom. Neutrálnosť sme pozorovali vo vyššom percentuálnom zastúpení u dvoch klientov, a u ďalších dvoch vôbec. Napätie bolo pozorovateľné prevažne na svalových partiách, ktoré majú konkrétny klienti aj v diagnóze.

Graf 4: Zrakové vnímanie

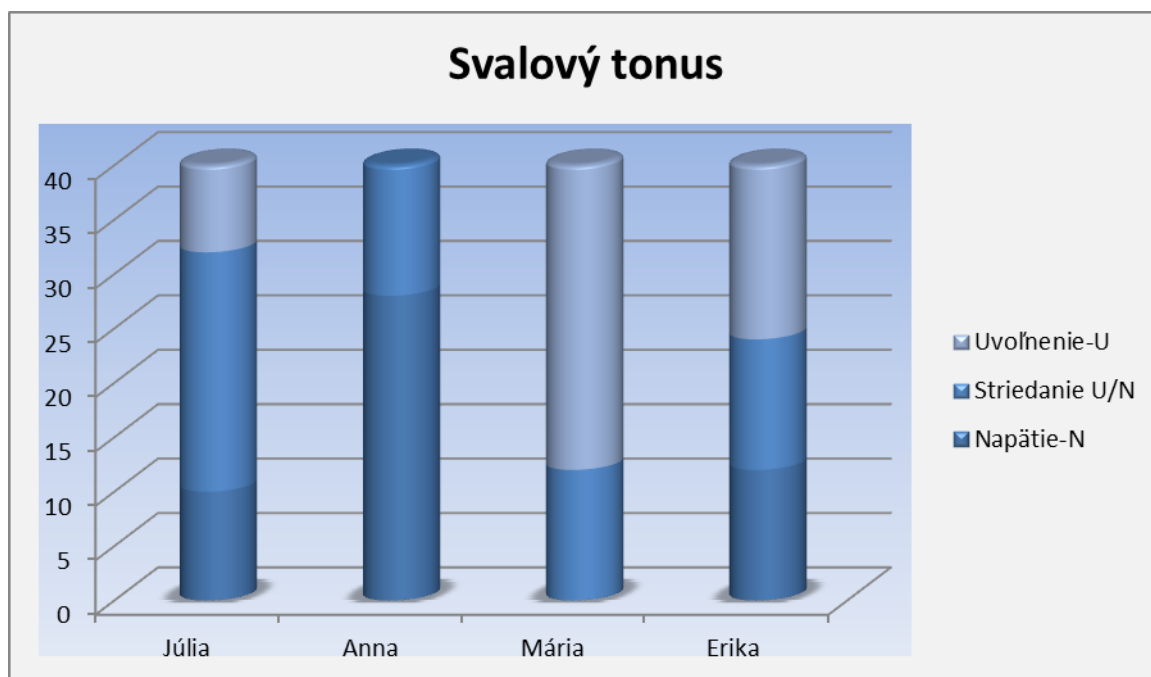


U jedincov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím sú okrem postihnutia prítomné aj rôzne ochorenia, kedy jedným z nich je zrakové postihnutie. U mnohých klientov je často ťažko diagnostikovateľný rozsah tohto postihnutia, čo v realite znamená, že personál nevie, ako a čo konkrétny klient vidí.

Z uvedeného grafu je zreteľné, že zo všetkých štyroch klientov jedine Júlia aktívne používa svoje zrakové schopnosti a predpokladáme že jej zrak je najmenej poškodený. Ako jediná aktívne sledovala dianie v miestnosti snoezelen alebo okolo seba. U Júlii a ďalších dvoch klientoch sme ďalej spozorovali reakcie na zmeny, ako napríklad prepnutie svetla, zapnutie, vypnutie.

U všetkých štyroch klientov sme spozorovali zmeny minimálneho charakteru, čiže pomalé reakcie, a polovica z nich na určité zmeny nereagovala viditeľným a pozorovateľným spôsobom. Reakcie klientov boli individuálne a úmerné hĺbke postihnutia.

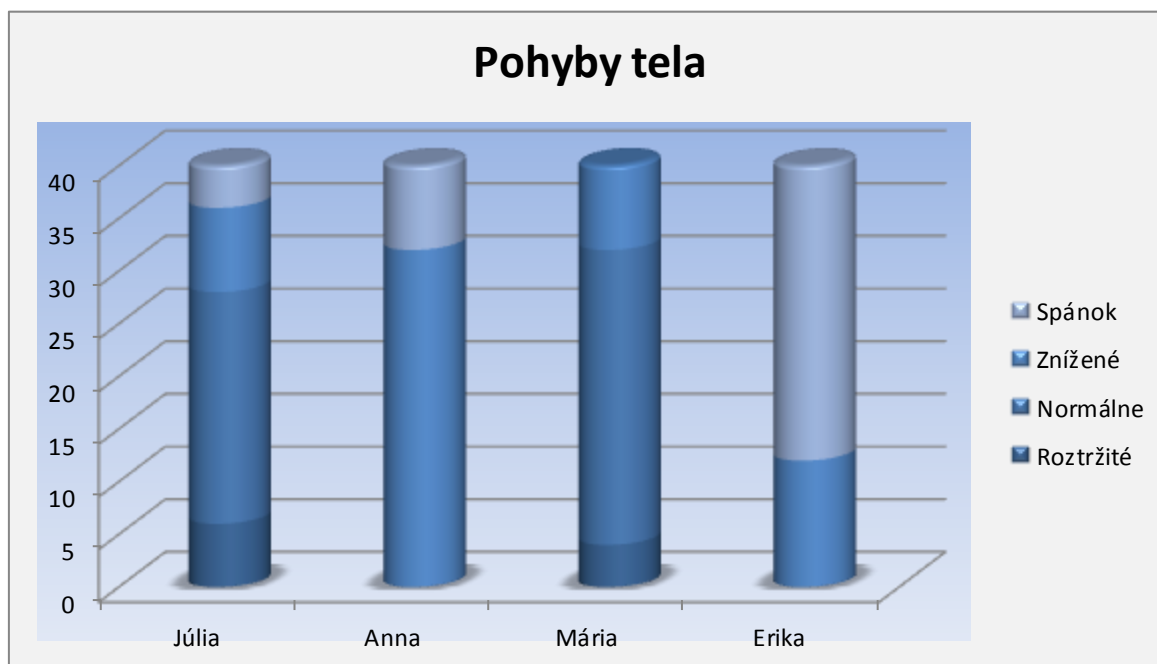
Graf 5: Svalový tonus



Graf č.5 nás informuje o svalovom tonuse klientov počas aplikácie konceptu snoezelen.

Traja z pozorovaných klientov majú svalové tonusy v diagnóze a na uvoľnenie užívajú pravidelnú medicínsku liečbu. U dvoch z nich sme počas aplikácie konceptu snoezelen pozorovali čiastočné uvoľnenie, alebo striedanie uvoľnenia a napätia. Anna sa dokázala počas aplikácií jednotiek snoezelen uvoľniť len čiastočne, kedy došlo k striedaniu uvoľnenia a napätia. Posledná klientka Mária nemá v tejto oblasti zdravotné problémy, čo je viditeľné aj na grafe. Mária bola buď uvoľnená, alebo čiastočne napätá. Napätím môžeme v tomto prípade myslieť aj očakávanie klientky.

Graf 6: Pohyby tela ako celku

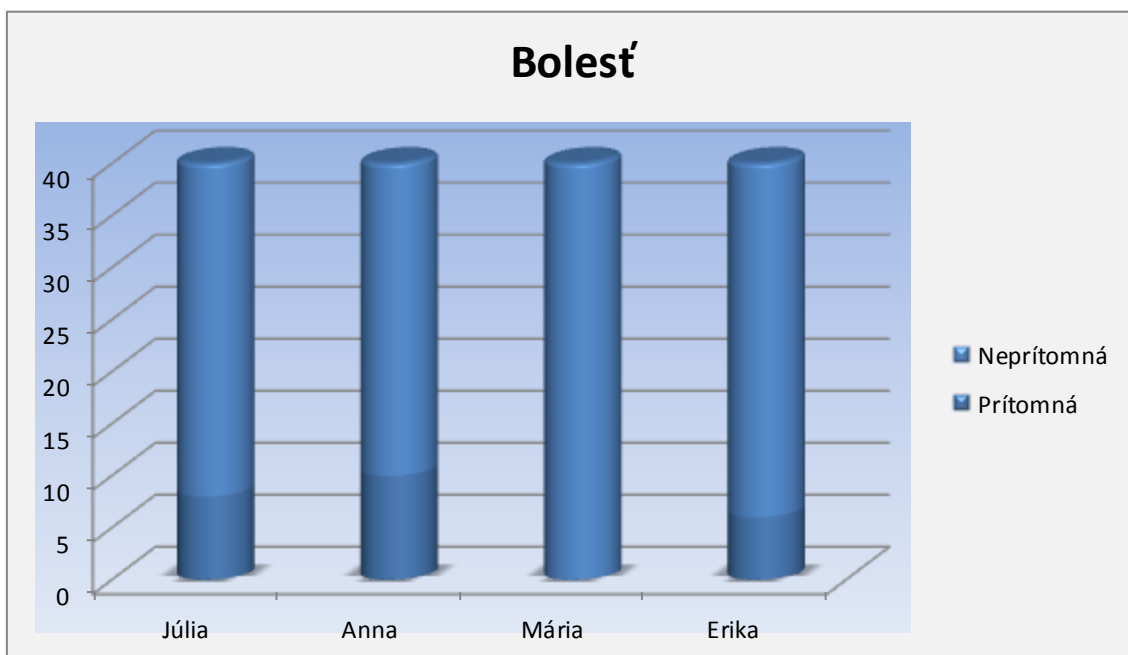


Tento graf znázorňuje pohyby tela ako celku. Traja klienti sa spánku v miestnosti snoezelen neubránili, čo môže po jednej strane svedčiť o ich maximálnom uvoľnení, ale toto mohlo byť spôsobené aj celkovou únavou.

U poslednej klientke Erike je z osobnej anamnézy známe, že aj napriek kvalitnému spánku v noci prespí celé dni. V tomto prípade konštatujeme, že sa klientku podarilo pomocou snoezelen aspoň čiastočne aktivovať. Roztržité a normálne pohyby sme v prevažnom počte spozorovali u dvoch z pozorovaných klientov.

Znížené pohyby tela boli pozorovateľné u všetkých štyroch klientov, ale s výraznou prevahou u klientky Anny.

Graf 7: Prítomnosť bolesti u klientov počas aplikácie metódy snoezelen



Počas pozorovania pri aplikáciách jednotiek snoezelen sme sa zamerali aj na prítomnosť prejavov bolesti. Z grafu č.7 je viditeľné, že u troch klientov sme prejavy bolesti spozorovali, kedy sa jednalo o jednotky do ktorých bola zaradená pohybová aktivita. Tú sme následne z ďalšieho plánovania vyradili.

4.6 Záver prieskumného šetrenia

Cieľom prieskumného šetrenia bolo zistenie vplyvu novej metódy snoezelen na osoby s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou v oblasti zvýšenia aktivity jednotlivcov, čo nepriamo súvisí aj so zlepšením kvality života a terapeutického pôsobenia. Výsledky šetrenia boli analyzované a dedukované z krátkodobého, dlhodobého a štruktúrovaného pozorovania pri priamej aplikácii týchto metód, ale aj v bežnom živote.

K dosiahnutiu cieľa boli stanovené tri prieskumné otázky, ktoré boli verifikované (potvrdené) alebo falzifikované (vyvrátené). Je však potrebné brať na ohľad prieskumnú vzorku, čo sú v našom prípade štyri osoby s rôznymi druhmi postihnutia a prítomnou ťažkou alebo hlbokou mentálnou retardáciou, na základe čoho sa nedá výsledok šetrenia generalizovať

1. Podporuje snoezelen u klientov s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou ich záujem o okolie?

Metódy snoezelen sme po dobu jedného roka aplikovali na štyroch klientoch, kedy každá osoba mala okrem ťažkej alebo hlbkej mentálnej retardácie prítomné aj iné závažné ochorenia. Na základe tohto faktoru, individuality jedincov a nášho pozorovania usudzujeme, že sme u klientov čulosť a zvýšený záujem o okolie v miestnosti snoezelen a pri aplikácií metód snoezelen, spozorovali. V reálnom, čiže bežnom živote klientov sme zvýšený záujem o dianie okolo seba spozorovali u jednej zo štyroch osôb, u ostatných bol rozdiel v záujme o okolie nezmenený, alebo nepatrný.

Na základe týchto pozorovaní sme dospeli k záveru, že snoezelen podporuje u osôb s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou záujem o okolie, ktoré je ale koncentrované na miestnosť snoezelen. V tejto miestnosti sú klienti aktivovaní vhodnými impulzmi, potrebných na ich aktivizáciu.

2. Ovplyvňujú nové podnety a impulzy v miestnosti snoezelen pozitívne kvalitu života klienta s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím?

Jednotlivec s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím sa v bežnom živote nedokáže presadiť, na svoju osobnosť upútať a na pozornosť personálu reflektovať. Následkom toho sa v mnohých domovoch dostáva automaticky do úzadia a starostlivosť okolo neho sa zacentruje na uspokojovanie základných životných potrieb. Na základe šetrenia a skúseností z praxe si dovoľím tvrdiť, že všetky nové podnety a impulzy majú pozitívny vplyv na kvalitu života klienta, aj keby sa jednalo iba o impulzy v rámci jednotiek snoezelen.

3. Stabilizuje alebo sa zlepšuje stav klienta s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím dôsledným terapeutickým pôsobením v miestnosti snoezelen ?

Aj v závere šetrenia upozorňujem na fakt, že snoezelen nie je vo Švajčiarskej konfederácii oficiálne uznanou terapeutickou metódou, ale používame ju ako terapeuticky orientovanú metódu, čo samozrejme nevyklučuje jej možné priame terapeutické účinky. Tie nie sú priamym pozorovaním viditeľné, ale na základe nášho šetrenia a dlhodobého pozorovania zisťujeme nasledovné.

U klientov sme cielene aktivovali zrakový, sluchový, čuchový, pohybový a vestibulárny aparát. Opomenúť by sme mali aj liečebné pôsobenie farieb a účinky rôznych aróm na telo, ktoré boli pravidelne používané a vplývali na zdravotný stav jedinca.

Počas prieskumného obdobia sa ani u jedného klienta stav nezhoršil, ale ani nezlepšil. Z tohto faktu usudzujeme, že snoezelen pozitívne vplýva na udržanie stability jednotlivcov, ale nie na jeho zlepšenie.

Pripomienky a odporúčania

Celé šetrenie prebiehalo počas dobu jedného kalendárneho roka. Výsledky pozorovania boli zjednotené a vyhodnocované spolu. Závery boli závislé od aktuálneho citového rozpoloženia klientov a ich zdravotného stavu. Zároveň boli úmerné aj prístupu pedagóga a výberu vhodných, respektíve nevhodných metód a jeho pozorovacích schopností.

V práci boli použité kazuistiky štyroch osôb s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou u ktorých sa dlhodobo aplikovali rôzne spôsoby použitia metód snoezelen. Pri práci sa bral ohľad na individualitu klienta, jeho aktuálny a celkový zdravotný stav, ako aj na možnosti poskytované domovom Munzach.

Zistenie, že aj napriek vyššiemu veku a ťažkému postihnutiu klientov malo aplikovanie metód snoezelen pozitívny efekt, je dôležitý v otázke aktivizácie iných osôb s podobným osudom.

Veľmi pozitívnym záverom tohto šetrenia je aj zistenie, koľko času a možností je venovaných klientom na ich aktivizáciu a rozvoj a aké jednoduché a príjemné činnosti dokážu pozitívne vplývať na vzájomný vzťah pedagóga a klienta.

ZÁVER

Osobám s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou sa v mnohých zariadeniach okrem zdravotníckej starostlivosti a uspokojovaniu základných životných potrieb nedostáva dostatočnej pozornosti, čo je žiaľ, často podmienené nedostatočnou vybavenosťou konkrétneho zariadenia. Touto prácou poukazujeme ale na prípad, kedy zariadenie touto možnosťou disponuje, čím umožňujeme v kooperácií s kvalifikovaným personálom, naším klientom využiť nie len pozlátko tohto výnimočného prostredia, ale najmä poznať prežitok vnímania seba samého, hĺbku emócií, ako aj úľavu od fyzickej záťaže a stereotypu.

Predkladaná diplomová práca sa venuje využitiu konceptu snoezelen. Naším cieľom bolo aplikáciou metód snoezelen aktivovať a pozitívne vplývať na stav klienta s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím. Práca je rozčlenená do štyroch kapitol, z ktorých prvé tri tvoria teoretickú časť a štvrtá je časť praktická.

Teoretická časť práce bola vychádzajúcou pre časť praktickú. V teoretickej časti sme čerpali informácie z odbornej literatúry a z internetu. Prvá kapitola nás zoznamuje s metódou snoezelen, jej vznikom, zásadami a princípmi, ako aj s miestnosťou snoezelen a možnosťami využitia tejto metódy. V druhej kapitole sme sa na tento koncept pozreli z pohľadu jeho terapeutického využitia a dozvedáme sa, akým postupom môžeme dosiahnuť náš stanovený cieľ. Posledná kapitola teoretickej časti sa stručne venuje osobám s mentálnou retardáciou.

V praktickej časti sme vymedzili ciele a metódy šetrenia. Prieskumné šetrenie prebiehalo kvalitatívne pomocou krátkodobého, dlhodobého a štruktúrovaného pozorovania. Pred vlastné šetrenie sme priradili kazuistiky štyroch klientov, ktorých cieľom bolo bližšie oboznámenie čitateľa so vzorkami skúmania. Následne sme aplikovali metódy snoezelen u klientov s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou a dedukovali výsledky nášho pozorovania a vzájomnej spolupráce, ktoré sme v závere prieskumného šetrenia prezentovali.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

Zoznam použitých českých a slovenských zdrojov

FILATOVÁ J., JANKU K. *Snoezelen*. 1. vyd. Tlačiareň: Kleinwächter, Frýdek-Místek, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010. ISBN 978-80-8084-639-8.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVEC, Š. a kol. *Metodológia vied o výchove*. Bratislava: Iris, 1998. ISBN 80-88778-73-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2004, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, M. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika-terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1994. ISBN 80-08-01217-X.

VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. 5. doplnené vydanie. Bratislava: Sapiaenta, 2011. ISBN 978-80-89229-21-5.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika - integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7351-071-9.

WEBSTER, R. *Magie barev*. Olomouc: Fontána, 2007. ISBN 978-80-7336-407-6.

Zoznam použitých zahraničných zdrojov

BIERMANN I. *Snoezelen. Übungen zur ganzheitlichen Körperwahrnehmung*. Oskar Vogel GmbH Lippstadt, 2005. ISBN 3-89617-134-8.

FOWLER, Susan. *Multisensory Rooms and Environments*. 1.vyd. London: Jessica Kingsley Publisher, 2008. ISBN 978-1-84310-462-9.

HARDING J. *Geheime Künste Aromatherapie*. Taschen GmbH Köln, 2003. ISBN 3-8228-2483-6.

HULSEGGE, J. a VERHEUL, A. *Snoezelen – eine andere Welt*. 6. Auflage. Marburg/Lahn: Lebenshilfe-Verlag, 1997. ISBN 3-88617-091-8.

MERTENS, K. *Snoezelen–eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2003. ISBN 978-3-8080-0562-0.

MERTENS, K. a kol. *Snoezelen- Eintauchen in eine andere Welt*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2008. ISBN 978-3-8080-0610-8.

WREDE, H. *Snoezelen in der Mototherapie*. Königsglutter: Deutsche Snoezelen Stiftung, 2000. ISBN 3-980-4474-6-4.

Zoznam použitých internetových zdrojov

FUDALY, P., FUDALYOVÁ, M. *Snoezelen-zlepšovanie kvality života osôb so špeciálnymi potrebami*. [online]. In Efeta, Martin: Osveta, [2002-02-ročník 12, s.32-33] ISSN 1335 – 1397. Dostupné z: http://www.efeta.sk/upload/oldies/efeta_2002_2.pdf

MIŠOVÁ, I. *Zdravie*. [online]. [2012-06-14]. Zdroj:www.zpmpvsvr.sk. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/choroba/48590/mentalne-postihnutie>

TRUSCHKOVÁ,P. *Snoezelen jako terapie nových možností*. [online]. Speciální pedagogika. [2007-02-ročník 17, č. 1-2] ISSN 1211-2720. Dostupné z: <https://www.epk.cz/app/info>

<http://www.isna.de/de/isna/was-ist-die-isna.html>

<http://www.svetlozeny.sk/liecenie/terapia-farbami-colorterapia>

Zoznam ostatných zdrojov

GRUPE, D. *Snoezelen Basismodul 1*, materiály z kurzu ISNA Schweiz

GSCHWEND, G. Die neurophysiologische Grundlage des Snoezelens, In Mertens, K a Verheul, A. *Snoezelen viele Länder - viele Konzepte*. Berlin: ISNA, 2002.

VERHEUL, A. 2003. 25 Jahre Snoezelen - Entwicklung und aktueller Stand In Mertens, K. a Verheul, A. *Snoezelen viele Länder - viele Konzepte*. Berlin: ISNA, 2002.

VITÁSKOVÁ, K. 2007. *Využití multismyslové metody snoezelen u osob s mentálním postižením*: doktorská dizertácia. Školitel' Brno: Katedra 270 s.

ZOZNAM OBRÁZKOV, GRAFOV a TABULIEK

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Miestnosť snoezelen v domove Munzach.....	44
Obrázok 2: Zvukovo-svetelný panel.....	45
Obrázok 3: Júlia v miestnosti snoezelen.....	51
Obrázok 4: Anna v miestnosti snoezelen.....	60
Obrázok 5: Terapeutický bazén v domove Munzach	64
Obrázok 6: Mária v miestnosti snoezelen	66
Obrázok 7: Erika v miestnosti snoezelen	71
Obrázok 8: Erika so spolubývajúcou v miestnosti Snoezelen	72

Zoznam grafov

Graf 1: Vek klientov	75
Graf 2: Výskyt negatívnych prejavov u klientov.....	76
Graf 3: Pocity klientov odrážajúcich sa na mimike	77
Graf 4: Zrakové reakcie	78
Graf 5: Svalový tonus	79
Graf 6: Pohyby tela ako celku.....	80
Graf 7: Prítomnosť bolesti u klientov počas aplikácie metódy snoezelen	81

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Technické vybavenie a jeho pôsobenie	21
Tabuľka 2: Arómy a ich vplyv.....	33
Tabuľka 3: Stupne mentálneho postihnutia podľa SZO (WHO) MKCH-10	37
Tabuľka 4: Časový harmonogram výskumného šetrenia	43
Tabuľka 5: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014.....	49
Tabuľka 6: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen	50
Tabuľka 7: Vyhodnotenie prvej jednotky v miestnosti snoezelen	52
Tabuľka 8: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014.....	56
Tabuľka 9: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen	57
Tabuľka 10: Pozorovanie stavu uvoľňovania sa.....	59

Tabuľka 11: Priebeh 40 jednotiek v miestnosti snoezelen.....	63
Tabuľka 12: Príprava jednotky snoezelen v bazéne.....	65
Tabuľka 13: Pozorovanie stavu uvoľňovania sa.....	67
Tabuľka 14: Priebeh 40 jednotiek v roku 2014.....	71
Tabuľka 15: Príprava jednotky v miestnosti snoezelen	73
Tabuľka 16: Vyhodnotenie jednotky v miestnosti snoezelen	74

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A - Pozorovanie správania sa klienta.....	I
Príloha B - Plánovanie jednotky v miestnosti snoezelen	II
Príloha C - Pozorovanie stavu uvoľňovania sa	III
Príloha D - Otázky na duševné pocity.....	V
Príloha E - Dokument na záznam obľúbených materiálov klienta	VI
Príloha F - Otázky na pohodu pri masáži.....	VII
Príloha G - Pozorovanie uvoľňovania sa	VIII
Príloha H - Dokument na prípravu jednotky snoezelen	IX
Príloha I - Dotazník na konci jednotky snoezelen	X
Príloha J - Dotazník na duševné pocity	XI
Príloha K - Certifikát Snoezelen pre osoby s mentálnym postihnutím a s autizmom.....	XII
Príloha L - Certifikát Snoezelen základný modul 2	XIII
Príloha M - Certifikát Snoezelen v paliatívnej starostlivosti a v hospici.....	XIV
Príloha N - Domov Munzach.....	XV

PRÍLOHY

Príloha A – Pozorovanie správania sa klienta

Pozitívne reakcie	Negatívne reakcie
Hlboké dýchanie	Nepokojné, hektické dýchanie
Ľahké zrýchlenie srdcovej činnosti	Rýchle zrýchlenie srdcovej činnosti
Uvoľnené tvárové svalstvo, mimika	Napnuté svalstvo, kŕče
Potvorenie úst, zívanie	Zatvorenie očí a úst
Pohyb tela smerom k terapeutovi	Nahnevaný výraz tváre
Uvoľnené vzdychanie, stonanie	Hryzenie
Viditeľné uvoľnenie u nepokojných klientov	Pokrčenie čela, vytiahnutie obočia smerom hore
Usmievanie sa, uškŕňanie sa	Jajkanie, kričanie, plakanie

Príloha B – Plánovanie jednotky v miestnosti snoezelen

Názov alebo tematika:

Cielená skupina/jeden klient:

Meno:

Vek:

Diagnóza:

Záujmy:

Nezáujmy:

Stanovenie cieľov (maximálne troch)

Cieľ č.1.:

Cieľ č.2.:

Cieľ č.3.:

Fáza/ čas	Ciele	Obsah	Organizácia/média
Privítanie 1-10 minút			
Prvá fáza/aktívna 10-15 minút			
Druhá fáza/aktívna alebo pasívna 10-15 minút			
Tretia fáza/pasívna 15-20 minút			
Ukončenie 10 minút			

Príloha C – Pozorovanie stavu uvoľňovania sa (podľa Prof. Mertens)

Mimika		
Napätie	uvoľnené	stiahnuté
Ústa	mierne otvorené	napäto zavreté
Pery	uvoľnené	napnuté
Očné viečka	jemne privreté	zavreté
	pokojné	nepokojné
Obočie	rovné	hore vytiahnuté
Čelo	rovné	pokrčené
Sťahy	vyrovnané	trhané
Dýchanie		
Ťah	hlboký	plytký
Frekvencia	počet nádychov za minútu	
Rytmus	pokojný	veľmi rýchly
	pravidelný	nepravidelný
	hlboký	plytký
Dýchanie bruchom	áno	nie
Stav celého tela		
Napätie	uvoľnené	napäté
Horné končatiny	uvoľnené	napäté, prekrížené
Dolné končatiny	uvoľnené	napäté, prekrížené
Telo	vyrovnané	skrčené
Teplota rúk a nôh	zvýšená	znížená

Na hlavičku dokumentu sa napíše meno a vek klienta.

Spontánne pohyby časti

tela:.....

Poznámky:.....

.....

.....

.....

Pokojný stav: z celkových minút dosiahnutie pokojného stavu minút.

Dátum:.....

.....

Podpis pedagóga:

Príloha D – Otázky na duševné pocity

Prof. Dr. K. Mertens

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstraße 36, 10117 Berlin

Fragebogen zur Befindlichkeit ®

Einschätzskala

[Notenskala von 1 („stimme voll zu“) - 5 („stimme überhaupt nicht zu“)]

A2 „Snoezelen als gezielte Intervention“

- | | | | | | | |
|------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 2.1 | Ich komme nicht so gerne hierher | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Ich kann hier über meine Gedanken sprechen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Ich fühle mich hier unbeachtet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Ich kann mich hier selber besser verstehen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Ich bin hier gelassener als sonst | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | Ich spüre hier die Nähe zu meinem Betreuer | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Ich fühle mich hier als etwas Besonderes | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | Ich fühle mich nach meiner Einheit unruhig als vorher | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | Ich kann hier nicht über meine Probleme sprechen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.10 | Ich kann hier neue Erfahrungen sammeln | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.11 | Ich spüre eine besondere Zuwendung | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.12 | Ich bin hier weniger aufnahmebereit als zuvor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.13 | Ich verfüge nach meiner Einheit über weniger Energie als zuvor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.14 | Ich kann mich nach meiner Einheit besser konzentrieren | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.15 | Ich fühle mich nach meiner Einheit selbstbewusster | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

Príloha E – Dokument na záznam obľúbených materiálov klienta

Prof. Dr. K. Mertens

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstraße 36, 10117 Berlin

Name der zu betreuenden Person:

Einschätzskala

[Notenskala von 1 („stimme voll zu“) - 5 („stimme überhaupt nicht zu“)]

B „Ich mag den besonderen Raum“

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4.1 Die Lichteffekte gefallen mir gut | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.1 Wassersäulen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.2 Lichtschlangen (Faseroptik) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.3 Bildwand (Effektbilder/Fotos) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.4 farbiger Lichtspot | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.5 Lichtpunkte der Spiegelkugel | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.1.6 Lauflichter in der Lichtschlange | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Die Musik spricht mich an | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Ich mag die besonderen Düfte | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Ich mag den Sitz- oder Liegeplatz | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4.1 Sitzsack | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4.2 runde Sitzkissen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4.3 Wasserbett | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4.4 Liegematten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.4.5 Schaumstoff-Liegebox | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Ich mag die Massagen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Ich mag die Gespräche mit meinem Betreuer | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Ich mag die Gespräche innerhalb der Gruppe | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Ich mag das Ausruhen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.9 Ich mag, wenn ich neues lernen kann | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.10 Ich fühle mich nach der Snoezelenstunde besser | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

.....
Unterschrift des Betreuers und Datum

Príloha F – Otázky na pohodu pri masáži

Prof. Dr. Krista Mertens
Abt. Körperbehindertenpädagogik

Fragen zum Wohlbefinden Klopf- und Streichmassage

	ja	nein
1. In welcher Position kann du dich am Besten entspannen?		
im Liegen auf dem Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Liegen auf dem Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Welches Gerät hat dir am Besten gefallen?		
Igelball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igelring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boomwhaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Welche Stärke soll die Massage haben?		
hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sanft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. An welchen Körperstellen fandest du die Massage besonders angenehm? _____		

5. Was hat dir nicht gefallen? _____		

6. Wie fühlst du dich jetzt? _____		

Príloha G – Pozorovanie uvoľňovania sa

Prof. Dr. K. Mertens

Name der Versuchsperson:
Alter:

Beobachtungsbogen über den Entspannungszustand

Mimik

<u>Tonus</u>	locker		verkrampft
<u>Mund</u>	leicht geöffnet		zusammengepresst
<u>Lippen</u>	locker		gespannt
<u>Lider</u>	leicht geschlossen		zusammengekniffen
	ruhig		zuckend
<u>Augenbrauen</u>	glatt		hochgezogen
<u>Stirn</u>	glatt		gerunzelt
<u>Züge</u>	ausgeglichen		verzerrt

Atmung

<u>Atemzug</u>	tief		flach
<u>Atemfrequenz</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Züge pro Minute		
<u>Atemrhythmus</u>	ruhig		sehr schnell
	gleichmäßig		ungleichmäßig
	tief		flach

Beteiligung des Bauches

körperlicher Zustand

<u>Tonus</u>	locker		verkrampft
<u>Hände</u>	locker		zusammengeballt
<u>Körper</u>	ausgestreckt		zusammengekrümmt
Temperatur der Hände/Füße	erhöht		nicht erhöht

Mitbewegungen von

Príloha H – Dokument na prípravu jednotky snoezelen



Klient beim Snoezelen

Name, Vorname:

Geboren am:

ledig / verheiratet/ verwitwet,

eigene Kinder:

Beim Snoezelen seit

Begleiter

Diagnose:

Allergien (vor allem bei Düften/Geschmäckern?):

Ängste/ negative Erinnerungen:

Vorlieben: braucht Klient Tageslicht beim Snoezelen?

Lichter/Farben :

Liege-/Sitzplatz :

Musik :

Massagemedien :

Düfte :

Geschichten/Phantasiereisen :

Príloha I – Dotazník na konci jednotky snoezelen

Fragebogen am Ende der Snoezelenstunde

Name: *Vorname:* *Datum:* *Zeitspanne:*

Hallo,

Du weißt, dass das Snoezelen noch nicht so bekannt ist. Wir wollen wissen, ob es Dir nach dem Snoezelen besser geht. Deshalb müssen wir Dich vor und nach jeder Snoezelenstunde fragen, wie es Dir gerade geht. Nun haben wir wieder gemeinsam eine Snoezelenstunde verbracht.

Wie fühlst Du Dich gerade?



Du bekommst jetzt eine Liste von Wörtern, die näher beschreiben, wie Du Dich gerade fühlst. Kreuze bitte das jeweils zutreffendste Gesicht an.

sehr glücklich			sehr unglücklich
gut drauf			sehr wütend
sehr fit			sehr schlapp
sehr munter			sehr müde
sehr fröhlich			sehr traurig
äußerst gut			äußerst schlecht
sehr ruhig			sehr zappelig

Priloha J – Dotazník na duševné pocity

Prof. Dr. K. Mertens
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstraße 36, 10117 Berlin

Fragebogen zur Befindlichkeit®

Einschätzskala

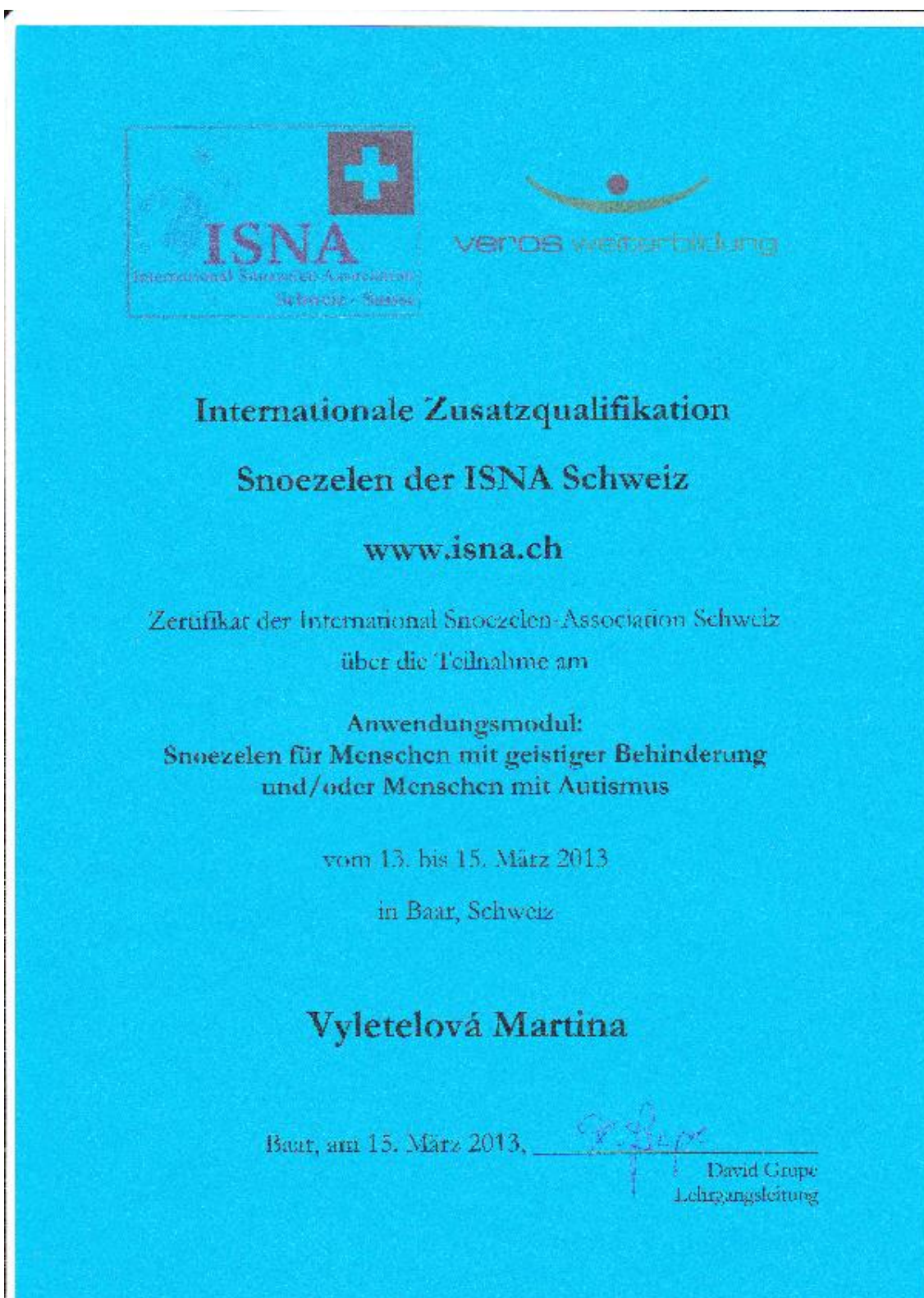
[Notenskala von 1 („stimme voll zu“) - 5 („stimme überhaupt nicht zu“)]

A1 „Snoezelen als freies Angebot“

- | | | | | | | |
|------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1.1 | Ich habe mich heute auf die Einheit gefreut | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Ich konnte mich hier nicht besonders gut entspannen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Ich habe mich hier nicht aufgehoben gefühlt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | Ich wurde hier in Ruhe gelassen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | Ich konnte hier schnell vergessen,
was mich belastet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.6 | Ich konnte kein Vertrauen gewinnen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.7 | Ich habe mich hier besonders gut auf
eine Sache konzentrieren können | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.8 | Ich habe den Aufenthalt in diesem Raum
genossen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.9 | Es war mir während meiner Einheit in diesem Raum
nicht möglich, meine Probleme zu vergessen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.10 | Ich fühle mich hier rundum zufrieden | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.11 | Ich finde hier keine Zeit für mich | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.12 | Ich spüre, dass ich hier ruhiger bin als sonst | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.13 | Ich erlebe mich während der
Snoezeleinheit nicht völlig angstfrei | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.14 | Ich verweile hier gerne lange | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.15 | Ich kann in diesem Raum nicht
so gut abschalten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 1.16 | Meine Gedanken können hier
abschweifen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

01.02.08

**Príloha K – Certifikát Snoezelen pre osoby s mentálnym postihnutím
a s autizmom**





Internationale Zusatzqualifikation

Snoezelen der ISNA

Baustein – Lehrgangreihe

Zertifikat der International Snoezelen Association

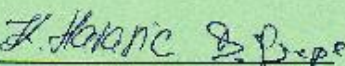
über die Teilnahme am **Basismodul 2**

vom 03. bis 05. Mai 2013

in Baar, Schweiz

Martina Vyletelová

Baar, am 05. 05. 2013,


Katjana Harasic & David Gruppe
Lehrgangsteilnehmer



Internationale Zusatzqualifikation

Snoezelen der ISNA

Baustein – Lehrgangsreihe

Zertifikat der International – Snoezelen - Association
über die Teilnahme am Anwendungsmodul

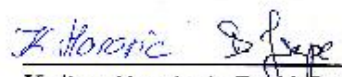
Snoezelen in Palliative Care und im Hospiz

vom 07. bis 09. Februar 2014

in Baar, Schweiz

Martina Vyletelová

Baar, 09. Februar 2014


Katijana Harasic & David Grupe
Lehrgangsleitung

Príloha N – Domov Munzach



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Martina Vyletelová

Obor: 7506T002 Špeciálna pedagogika (Mgr. SPPGO)

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Terapeutické využitie miestnosti Snoezelen u osôb s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím.

Rok: 2015

Počet strán textu bez príloh: 75

Celkový počet strán príloh: 15

Počet titulov českých použitých zdrojov: 19

Počet titulov zahraničných použitých zdrojov: 7

Počet internetových zdrojov: 5

Počet ostatných zdrojov: 4

Vedúci práce: PhDr. Peter Pavlis, CSc.