

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Martina Gajdošová

Špecifiká využitia konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s detskou mozgovou obrnou z pohľadu špeciálnych pedagógov

Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že som diplomovú prácu spracovala samostatne pod odborným vedením prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D. a uviedla v nej všetku literatúru a ostatné zdroje, ktoré som použila.

V Olomouci dňa

.....

Bc. Martina Gajdošová

Pod'akovanie

Ďakujem všetkým, ktorí mi venovali svoj čas pre účely tejto práce, môjmu vedúcemu práce prof. PaedDr. Milanovi Valentovi, Ph.D. za ochotu, čas, odborné vedenie, pripomienky, ktoré mi poskytoval počas tvorby mojej práce. Ďalej všetkým odborníkom, ktorí sa zúčastnili môjho kvalitatívneho výskumu a ochotne mi poskytli odpovede. Na záver tiež ďakujem rodine, ktorá mi bola počas písania práce veľkou oporou.

Ďakujem

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČASŤ	7
1 SNOEZELLEN V KONTEXTE ŠPECIÁLNEJ PEDAGOGIKY	7
1.1 História a definícia Snoezellen konceptu	7
1.1.1 Definícia Snoezellen konceptu	9
1.1.2 Terapeut / sprievodca ako súčasť konceptu Snoezellen	10
1.1.3 Užívateľ / klient Snoezellen konceptu.....	12
1.1.4 Priestor ako súčasť Snoezellen konceptu	14
1.2 Základné miestnosti Snoezellen konceptu.....	16
1.2.1 Snoezellen ako viaczmyslové prostredie a pomôcky v Snoezellen miestnostiach	18
1.3 Zásady a princípy v Snoezellen koncepte	20
1.3.1 Zásady Snoezellenu.....	20
1.3.2 Princípy a ciele konceptu Snoezellen	21
1.4 Snoezellen ako terapia.....	24
1.4.1 Terapie v špeciálnej pedagogike	24
1.4.2 Snoezellen ako terapeutická metóda	26
1.4.3 Expresívne terapie v rámci Snoezellen konceptu.....	27
1.5 Snoezellen ako podporná edukačná metóda a voľnočasová aktivita.....	32
2 DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA U DETÍ RANÉHO A PREDŠKOLSKÉHO VEKU	34
2.1 Definícia detskej mozgovej obrny u detí raného a predškolského veku	34
2.1.1 Etiológia a formy detskej mozgovej obrny	36
2.1.2 Raný a predškolský vek u detí s diagnózou detskej mozgovej obrny	40
2.2 Motorika a kontrola hybnosti u detí s detskou mozgovou obrnou	43
2.3 Sprievodné prejavy detskej mozgovej obrny	47
2.4 Možnosti liečby detskej mozgovej obrny.....	50
2.4.1 Základné možnosti liečby.....	51
2.4.2 Doplnkové možnosti rehabilitácie.....	53
2.4.3 Možnosti terapie ako podpornej liečby u detí s detskou mozgovou obrnou.....	54
2.4.4 Expresívne terapie v kontexte detskej mozgovej obrny	55
2.5 KONCEPT SNOEZELLEN A DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA	56
2.5.1 Využitie konceptu Snoezellen u detí s detskou mozgovou obrnou	57
PRAKTICKÁ ČASŤ.....	60
3 Špeciálni pedagógovia a Snoezellen koncept u detí s detskou mozgovou obrnou.....	60
3.1 Cieľ a výskumné otázky	60
3.2 Kvalitatívny metodologický prístup.....	61

3.3	Metóda získavania dát v rámci výskumného šetrenia	62
3.3.1	Výskumný súbor	63
3.3.2	Limity vo výskume.....	65
3.3.3	Etické aspekty výskumu.....	66
3.4	Realizácia výskumného šetrenia	66
3.4.1	Spracovanie a analýza výskumných dát.....	67
3.5	Výsledky výskumného šetrenia.....	68
3.5.1	Možnosti konceptu Snoezelen u detí s DMO.....	69
3.5.2	Využitie pomôcok v koncepte Snoezelen u detí s DMO.....	72
3.5.3	Možnosti terapií v koncepte Snoezelen u detí s DMO	74
3.5.4	Vplyv Snoezelen konceptu na dieťa s DMO.....	75
3.6	Diskusia.....	78
	Záver	80
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	82
	ANOTÁCIA.....	90
	ZOZNAM PRÍLOH	91

Úvod

Tému svojej diplomovej práce, ktorá nesie názov Špecifiká využitia konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s detskou mozgovou obrnou z pohľadu špeciálnych pedagógov som si zvolila z dôvodu, že mám pracovné skúsenosti s týmto konceptom a aj s deťmi s detskou mozgovou obrnou. Práve touto témou som sa chcela v diplomovej práci zaoberať. Uvedenej téme nie je venovaná značná pozornosť v rámci špeciálnej pedagogiky, z tohto dôvodu som nevedela kam presne bude práca smerovať. Avšak chcela som, aby práca priniesla nejaký prínos a poznatky z tejto oblasti pre odborníkov, ktorí sa touto témou a cieľovou skupinou zaoberajú. Na základe toho som si stanovila cieľ práce, ktorým je zmapovanie, popísanie a analýza možností využitia Snoezelen konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku z pohľadu špeciálnych pedagógov prostredníctvom ich autentických odpovedí. Na dosiahnutie tohto cieľa boli vytvorené štyri výskumné otázky, ktoré sa vzťahujú k téme a prostredníctvom ktorých sme hľadali odpovede. Tieto otázky boli položené špeciálnym pedagógom, ktorí pracujú s klientami daného veku s diagnózou detskej mozgovej obrny a využívajú v praxi koncept Snoezelen.

Práca pozostáva z dvoch teoretických a jednej praktickej kapitoly. Prvá kapitola s názvom Snoezelen v kontexte špeciálnej pedagogiky sa stručne venuje histórii tohto konceptu, jeho definícii, vymedzeniu a prepojeniu so špeciálnou pedagogikou. Druhá kapitola popisuje diagnózu detskej mozgovej obrny u detí v ranom a predškolskom veku. Zameriava sa na formy detskej mozgovej obrny, možnosti liečby, terapie a prepojeniu tejto diagnózy s konceptom Snoezelen. Posledná kapitola má praktický charakter. Venuje sa predovšetkým výskumnému šetreniu a analýze dát. Pre zber dát bol zvolený kvalitatívny pološtruktúrovaný rozhovor. Pre účely tejto práce poskytlo odpovede osem informantov. Všetci z informantov sú špeciálni pedagógovia, ktorí sú certifikovaní v oblasti Snoezelen a majú prax s týmto konceptom a tiež sa venujú hlavne detským klientom s diagnózou detskej mozgovej obrny.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 SNOEZELLEN V KONTEXTE ŠPECIÁLNEJ PEDAGOGIKY

Prvá kapitola práce v stručnosti vymedzuje históriu vzniku konceptu Snoezelen ako multizmyslového prostredia. Popisuje tiež jednotlivé ciele tohto konceptu, v čase vývoja a rozvoja v tomto období a definuje koncept Snoezelen z pohľadu rôznych odborníkov. Neodmysliteľnou súčasťou Snoezelenu je terapeut ako sprievodca konceptom, klient ako užívateľ a priestor, v ktorom prebieha činnosť.

Táto kapitola tiež opisuje jednotlivé základné druhy miestností, ktoré rozoznávame v tomto koncepte a pomôcky, ktoré využíva. V Snoezelen koncepte rozlišujeme špecifické zásady, ktoré dodržiavame, princípy, ktoré sú podstatné pri práci v tomto prostredí a ciele.

V Snoezelen miestnostiach môže terapeut uplatňovať aj expresívne terapie. Práve toto prostredie je vhodné na využitie expresívnych terapií, pretože dokáže pôsobiť na viac zmyslov súčasne a klient je schopný ľahšie sa uvoľniť. Taktiež môže byť prostredie Snoezelenu využité ako podporná edukačná metóda pre klientov a ako voľnočasová aktivita.

1.1 História a definícia Snoezelen konceptu

Vznik **Snoezelen konceptu** sa datuje približne do sedemdesiatych rokov minulého storočia. Pre toto obdobie sú typické znaky a charakteristiky, ktoré výrazným spôsobom mali vplyv na vývoj nielen tejto metódy, ale tiež na vývoj multizmyslového prostredia, z ktorého koncept Snoezelen vychádza (Filátová, Janků, 2011).

Koncept Snoezelen vychádza z teórie dvoch amerických odborníkov a psychológov Clarka a Clelanda z roku 1996. Vytvorili miestnosť „*Senzory cafeteria*“, čo v preklade

znamená zmyslová samoobsluha. Taktiež publikovali výskum, ktorý prebiehal v tejto miestnosti. Zameriavali sa na jednotlivcov s mentálnym postihnutím, ktorí majú problémy v komunikácii, poruchy vývinu a správania. Cieľom bolo obmedziť tieto problémy. Vytvorená miestnosť podnecovala komunikáciu, zrakové, čuchové, kinestetické, taktilné vnímanie u osôb s duševnou poruchou, mentálnym postihnutím a poruchami autistického spektra (Mertens, 2003). Táto myšlienka bola inšpiráciou pre holandských odborníkov menom Ad Verheul a Jan Hulsegge. Títo odborníci rozvíjali v podmienkach ústavnej starostlivosti senzorickú činnosť ako voľnočasovú aktivitu zameranú na osoby s ťažkým mentálnym a kombinovaným postihnutím. Vychádzali z dostupných materiálov a postupne vytvorili prvé **Snoezelen miestnosti**. Hlavným cieľom bolo zlepšenie komunikácie medzi jednotlivcami intaktnými a osobami s postihnutím. Neskôr sa pridali ďalšie ciele ako socializácia, rozvoj konkrétnych zmyslov a zlepšenie vzťahov (Filátová, Janků, 2011).

Prvý koncept, ktorý niesol názov Snoezelen, vznikol v roku 1974 v zariadení Haarendael. Hlavným cieľom bolo sprostredkovanie relaxu a zážitku prostredníctvom adekvátnych aktivít. Tento cieľ bol sprostredkovaný pomocou zmyslových podnetov ako svetlo, vôňa, vďaka čomu bolo vytvorené kúzelné prostredie pre klientov (Mertens, 2005). Snoezelen v podobe akej ho poznáme dnes, vznikol v roku 1984 (Verheul, 2005 in Orieščiková, Hřčová, 2010). Postupne sa myšlienka Snoezelen konceptu šírila medzi odborníkov a verejnosť. Rozšírila sa aj do ďalších krajín ako Anglicko, Belgicko, Nemecko, Francúzsko. Bola tiež založená **Medzinárodná organizácia združujúca odborníkov a priateľov Snoezelen – ISNA**. Táto organizácia vznikla v roku 1998 a zakladateľmi sú Kristy Mertens, Ad Verheul a Jan Hulsegge (Orieščiková, Hřčová, 2010).

K rozvoju v Českej republike napomohol vznik Asociácie konceptu Snoezelen Českej republiky. Asociáciu založila Bc. Renáta Filátová za podpory Mgr. Kateřiny Janků. Vznikla na jar v roku 2011.

Na Slovensku sa tento koncept využíva približne od roku 2002. V tomto roku vznikla multisenzorická miestnosť pre klientov s mentálnym postihnutím. Výrazne sa v tejto oblasti angažuje občianske združenie 3lobit. Cieľom tohto združenia je rozširovať povedomie o tomto koncepte. Realizuje tiež vzdelávacie aktivity a poradenstvo pri zriaďovaní Snoezelen miestností (Orieščiková, Hřčová, 2010).

1.1.1 Definícia Snoezelen konceptu

K problematike Snoezelen konceptu sa vyjadrilo niekoľko odborníkov a definície sa mierne odlišujú. V prvom rade pojem „**Snoezelen**“ vznikol prepojením dvoch holandských slov, a to „*snuffelen*“, čo môžeme preložiť ako cítenie v zmysle čuchového vnemu a „*doezelen*“, čo znamená driemanie, pospávanie, relaxovanie (Vitásková, 2006). Konceptuálny rámec Snoezelen je definovaný ako dynamické prostredie intelektuálneho vlastníctva, ktoré je postavené na citlivom a prepojenom vzťahu medzi účastníkom, skúseným sprievodcom a kontrolovaným prostredím. Toto prostredie ponúka veľké množstvo zmyslových stimulov (Filátová, Janků 2011).

Neoddeliteľnou súčasťou Snoezelen konceptu je **multisenzorické prostredie**. *„Multisenzorické prostredie je umelo vytvorené miesto, ktoré v sebe zahŕňa vybavenie na stimuláciu všetkých zmyslov. Je to miesto, ktoré prináša potešenie, pocit uspokojenia a môže byť využité ako forma terapie, edukácie, využitia voľného času a relaxácie. Je navrhnuté na to, aby podporovalo voľbu, komunikáciu a vzťahy prostredníctvom riadenej stimulácie zmyslov. Zbavuje človeka strachu, stresu a bolesti. Je zamerané na maximalizovanie osobného potenciálu. Jednoducho povedané, multisenzorické prostredie navodzuje zmeny v správaní, zvyšuje pozornosť a pocit sebaúcty“* (Orieščiková, Hrčová, 2010, str.13). Snoezelen môžeme tiež definovať ako integrovaný prístup, ktorý je aplikovaný odborným personálom. Podstatou je poskytnutie individuálnej a prirodzenej senzorickej stimulácie v nestresujúcom a prijateľnom prostredí, bez potreby rozvoja vyšších kognitívnych oblastí, či logických a abstraktných procesov myslenia a pamäte (Kok et al., 2000). Snoezelen koncept vychádza z osobnostných predpokladov, schopností a možností klienta, taktiež zo životných priorít, potrieb, túžob a možností socializácie a kultúrneho začlenenia sa (Filátová, Janků, 2011). Ponechalová (2009) rozumie konceptu Snoezelen ako metóde založenej na celostnom prístupe. Ide o naplnenie potrieb klienta v atmosfére dôvery.

V tomto koncepte sa spájajú prvky liečebno-pedagogické a špeciálno-pedagogické s prispôbením k špecifickým postihnutiam jednotlivcov. Najväčšou výhodou tohto konceptu je jeho multifunkčnosť. Snoezelen miestnosť je možné využívať ako prostredie k relaxácii, poznávaniu, vytváraniu nových skúseností k interakciám podľa individuálnych potrieb klienta (Filátová, Janků, 2011). Hulsegge a Verheul uvádzajú, že *“existuje množstvo vysvetľujúcich definícií, ktoré popisujú, čo presne metóda Snoezelen je, avšak iba skrz slová a čiastočne*

predávané predstavy nejde ukázať, čo sa presne pod týmto pojmom myslí. V konečnom dôsledku len zážitok a skúsenosť nám môže poskytnúť skutočný obraz o tejto metóde...“. (Hulsegge, Verheul, 1989, s. 158).

Súčasťou Snoezelen konceptu je vždy terapeut ako sprievodca, klient, pre ktorého je činnosť určená, či priestor, pre ktorý platia určité pravidlá a je podstatnou súčasťou z hľadiska zmyslov klienta, na ktoré pôsobí. Priestor musí tiež spĺňať určité atribúty, vďaka ktorým ho môžeme označiť ako vhodný pre prácu v rámci Snoezelen konceptu. Tieto základné segmenty popisuje nasledujúca subkapitola.

1.1.2 Terapeut / sprievodca ako súčasť konceptu Snoezelen

Snoezelen môžeme podľa schémy charakterizovať takzvaným „Snoezelen trojuholníkom“. Ten vzniká harmonickým vzťahom medzi troma činiteľmi: usporiadaný priestor – klient / užívateľ – sprievodca / terapeut. Tie tri vzájomne na seba pôsobiace činitele vytvárajú efekt Snoezelenu (Filátová, Janků, 2011).

Terapeutom v rámci Snoezelen konceptu by mala byť zodpovedná a kompetentná osoba, ktorá rešpektuje jednotlivcov v každom ohľade a uplatňuje individuálny prístup. Pri tomto koncepte je na mieste využiť ekvivalent **sprievodca**, ktorý klienta terapiou sprevádza jednotlivými aktivitami a je pozorovateľom (Orieščiková, Hrčová, 2010). Filátová s Janků (2010) uvádzajú charakteristické vlastnosti sprievodcu Snoezelen konceptu:

- sympatia a emocionálne teplo,
- empatia,
- trpezlivosť,
- kreativita,
- schopnosť motivovať klienta,
- mal by vychádzať zo znalosti diagnózy klienta,
- mal by byť v osobnom vzťahu s klientom,
- sociálna percepcia.

Pri využívaní metódy Snoezelen sú u terapeuta žiaduce schopnosti sociálnej percepcie. Sociálna percepcia je predovšetkým vnímanie v sociálnom kontexte. Valenta (2000) poukazuje v rámci sociálnej percepcie na poznávanie ľudí, byť pozorný k odlišnostiam a mať konštruktívne postoje k daným odlišnostiam. Veľmi dôležitá v tomto kontexte je aj empatia voči klientom. Tá podľa Golemana (1997) pramení predovšetkým z pochopenia vlastných emócií. Pipetková a Vítková (2001) dodávajú, že terapeut vstupuje ku klientovi predovšetkým ako človek, nie ako odborná autorita.

Janků (2010) dáva do popredia tieto kompetencie terapeuta / sprievodcu:

- schopnosť vnímať partnera, jeho verbálne aj neverbálne prejavy,
- vnímať schopnosti a možnosti partnera,
- vnímať potreby partnera,
- vedomosti o interpersonálnej inteligencii,
- byť empatický a vedieť viesť empatický rozhovor.

Filátová (2011) dodáva, že terapeut by mal vždy rešpektovať osobný priestor užívateľa / klienta, nemal by na klienta naliehať a popoháňať ho, dôležitými prejavmi klienta nie sú len pozitívne reakcie, ale aj prejavy ľahostajnosti, plaču, kriku, pomalej adaptácie, tieto prejavy by si mal terapeut tiež všímať.

Sprievodcom / terapeutom a teda osobou, ktorá sa môže do Snoezelen metódy zapojiť, môže byť podľa Filatovej a Janků (2010):

- špeciálny pedagóg,
- terapeut a psychoterapeut,
- pedagóg, vychovávateľ,
- psychológ,
- rehabilitačný pracovník, fyzioterapeut,
- ergoterapeut,
- muzikoterapeut,
- sociálny pracovník.

Sprievodca / terapeut by mal byť nedirektívny a zamerať sa na komplexné oblasti v rozvoji u klienta (Hulsegge, Verheul, 1987, In Stephenson, 2002):

- získanie kontroly a autonómie,
- využívanie zmyslov,
- rozvoj motorických funkcií,
- rozvoj kognitívnych funkcií,
- upokojenie a zmiernenie agresívneho správania,
- budovanie vzťahov, dôvery a rozvoj komunikačných schopností.

Ponechalová a Lištiaková (2010) konkretizujú pôsobenia terapeuta na klienta:

- pred vstupom do multisenzorickej miestnosti klientovi povedať, čo sa od neho očakáva a že je jeho voľbou, či sa bude hrať alebo nie,
- nedávať inštrukcie, skôr byť pozorovateľom z úzadia,
- používať neverbálnu komunikáciu, prípadne hovoriť len tichým hlasom,
- pozorovať individuálnu senzorickú reakciu, využívať možnosti, ktoré prostredie ponúka a identifikovať motivujúce zariadenie,
- zaregistrovať procesy relaxácie ako sú zívanie, hlboké dýchanie, zníženie svalového napätia a iné,
- používať len pozitívnu alebo neutrálnu podporu,
- nezamieňať si svoju senzorickú skúsenosť s klientovou.

1.1.3 Užívateľ / klient Snoezelen konceptu

Snoezelen je využívaný v rôznych zariadeniach, školách či inštitúciách. Popis klienta môžeme rozdeliť do troch kategórií:

- podľa diagnózy a krokov z nej vyplývajúcich,
- podľa veku a zákonitostí ontogenetického vývinu,
- podľa prostredia, v ktorom žijú.

Koncept Snoezelen je vhodný pre deti, dospelých a seniorov. Podľa Ponechalovej (2009) je určený pre klientov s diagnózami:

- mentálne postihnutie,
- vývinové poruchy (autizmus, poruchy učenia),
- telesné postihnutie,
- zmyslové postihnutie,
- viacnásobné postihnutie,
- poruchy správania (hyperaktivita),
- púrazové poškodenia mozgu,
- psychické choroby,
- starecká demencia /Alzheimerova demencia,
- chronická bolesť,
- bežná populácia, a to najmä pri odbúravaní stresu.

Filátová a Janků (2011) dodávajú:

- duševné poruchy, psychózy, depresie a ďalšie psychiatrické diagnózy,
- neurologické poruchy, skleróza multiplex,
- diagnózy v geriatrickej problematike.

Ponechalová (2010) konštatuje, že pobyt v miestnosti Snoezelen má na klientov s postihnutím značný vplyv. Dochádza tak k pozitívnym aspektom:

- zvýšená schopnosť relaxácie a uvoľnenia sa,
- zvýšená schopnosť koncentrácie a dlhšie zotrvanie pri aktivite,
- zlepšenie porozumenia individuálnemu zmyslovému vnímaniu, zmena senzitivity,
- rozvoj sociálnych zručností,
- rozvoj komunikačných zručností,
- zlepšenie interakcie medzi personálom a klientom,
- zvýšenie iniciatívy a spontánnosti,
- rozšírenie repertoáru schopností,
- zníženie výskytu agresívneho a autoagresívneho správania,
- zníženie stresu a napätia.

Messbauer (2008) dodáva, že Snoezelen je miestom výberu a uskutočňovania praktických zmien, lebo je bezpečný, predvídateľný a možno povedať aj zábavný. Je to miesto

nových výziev, pretože tu nedochádza ku stresu z očakávania, čím dovoľujeme klientovi zažiť skúšanie bez strachu.

Gallan (2003) poukazuje na ďalšie vplyvy Snoezelenu, a to:

- rozvoj zmyslového vnímania,
- rozvoj jemnej a hrubej motoriky,
- rozvoj komunikácie.

1.1.4 Priestor ako súčasť Snoezelen konceptu

Hlavným cieľom multizmyslovej miestnosti podľa Snoezelen konceptu, by malo byť stimulácia zmyslov a vytvorenie nových zážitkov, individuálne prispôbených každému jednotlivcovi. Oriechčíková a Hřčová (2010) vymedzujú podnety, ktoré na klientov v miestnosti pôsobia:

- taktilné a vestibulárne podnety,
- čuchové a chuťové,
- sluchové,
- zrakové.

Základná miestnosť, ktorú popisujú Verheul a Mertens (2003), by mala spĺňať niekoľko atribútov:

- teplota v miestnosti 22 - 24 stupňov Celzia,
- dobre vetrateľná a príjemne voňavá,
- správne osvetlená,
- vybavená pohodlnými sedačkami, ležadlami, vankúšmi, dekami,
- dostatok miesta pre osoby, ktoré sa chcú strániť a vytvoriť si vlastný osobný priestor,
- dostatok hudobnej techniky a zvukového materiálu.

Miestnosti Snoezelen Ponechalová (2010) charakterizuje ako podnetné, špeciálne a vopred pripravené prostredie. Miestnosti zahŕňajú rozmanité vybavenie a poskytujú zmyslové zážitky, či stimuláciu zmyslov. Prostredie Snoezelenu ponúka klientom rôzne zvuky, svetelné efekty, zaujímavé vône, hmatové skúsenosti, vibračné skúsenosti.

Filatová a Janků (2010) popisujú charakteristiky pre nevhodnú a vhodnú Snoezelen miestnosť.

Nevhodná miestnosť je:

- priechodná,
- vedľa vstupu do budovy,
- bez možnosti vetrania alebo bez možnosti klimatizácie,
- bez možnosti vykurovania miestnosti,
- vedľa vývarovne, či kuchyne.

Vhodná miestnosť je charakteristická znakmi ako:

- možnosť vetrania, funkčné okno alebo umiestenie klimatizácie,
- má dvere,
- má elektroinštaláciu,
- vybavená kúrením, ktoré je možné regulovať,
- sociálne zariadenie v optimálnom dosahu.

V miestnosti by nemali chýbať miesta na ležanie, polosed, sedenie, húpanie, priestor pre vozík a iné pomôcky.

Autorky (tamtiež) uvádzajú, že Snoezelen miestnosť by mala šokovať, okúzliť a následne vytvoriť zážitok. Slavík (2001) poukazuje na to, že v zážitku ide o zapamätanie si niečoho, časti dňa, priestoru. Dokážeme to popísať, vnímať, hovoriť o tom. Človek sa tomu naplno venuje, sústreďí a upriamuje svoju pozornosť. Zo svetelnej techniky by sa malo v priestore nachádzať hviezdne nebo, zrkadlová guľa, farebné reflektory. Na stene by sa mal vyskytovať svetelný záves, projektor, bublinkovač.

Dôležité sú v miestnosti a priestore taktiež bezpečnostné opatrenia. V miestnosti by sa nemali vyskytovať ostré rohy a hrany. Na stenách by mali byť umiestnené úchyty pre osoby s postihnutím alebo pre seniorov. V miestnosti by mal byť umiestnený hasiaci prístroj. Všetky prístroje a pomôcky by mali byť kontrolované a pravidelne dezinfikované (Filátová, Janků, 2011).

Podstatnou súčasťou konceptu Snoezelen je najmä priestor, ktorý by mal spĺňať základné vlastnosti, aby mohol byť považovaný za vhodný pre vykonávanie činnosti aj pre

terapiu v jednotlivých miestnostiach. Rozoznávame **niekoľko základných miestností**. Každý typ miestnosti je individuálne vhodný pre klientov so špeciálnymi a špecifickými potrebami. Neodmysliteľnou súčasťou v miestnostiach sú aj pomôcky, využívané v tomto priestore, ktoré slúžia na stimuláciu zmyslov užívateľa a podstatné je aj kvalitné technické vybavenie miestností. Snoezelen miestnosti sú špecifické tým, že pôsobia na rôzne zmysly užívateľov a vedia sprostredkovať nový zážitok a vnem. Konkrétnejšie túto tému špecifikuje nasledujúca subkapitola.

1.2 Základné miestnosti Snoezelen konceptu

Rozoznávame **niekoľko druhov miestností** podľa konceptu Snoezelen. Oriechiková a Hrčová (2010) spolu s Ponechalovou (2009) poukazujú na tri najčastejšie miestnosti. Základnými miestnosťami sú biela, tmavá a mäkká hravá miestnosť. Podľa Pagliana (2001) sú miestnosti Snoezelen vytvorené zmiešaním niekoľkých základných prototypov miestností, ktoré zodpovedajú určitým cieľom.

Za základnú miestnosť sa považuje **biela miestnosť**. V tejto miestnosti lepšie vyniknú svetelné a optické efekty. Táto miestnosť pôsobí originálne práve vďaka hre farieb, bodových a iných lúčov a farebným doplnkom (Vitásková, 2003). Pre bielu miestnosť sa tiež využíva ekvivalent svetlá miestnosť. V miestnosti by sa mali nachádzať biele steny a strop, vodná posteľ, bublinkové valce, optické vlákna a zvuková technika, zrkadlová guľa či hviezdne nebo. Biela alebo svetlá miestnosť sa využíva hlavne u klientov s mentálnym a kombinovaným postihnutím (Filátová, Janků, 2011). Najčastejšie sa v tejto miestnosti využívajú projektory na premietanie rôznych efektov na steny, podlahu alebo stropy a je určená hlavne na relaxáciu a stimuláciu zrakového vnímania (Ponechalová, 2009).

Čierna miestnosť alebo tmavá bola navrhnutá pre klientov a prácu s klientmi so zrakovým postihnutím. Ponechalová (2009) dodáva, že táto miestnosť slúži hlavne na stimuláciu zrakových schopností. Ide hlavne o uvedomovanie si svetla, rozpoznávanie farieb a sledovacie schopnosti. Hlavným znakom tejto miestnosti sú rôznorodé optické a svetelné efekty a tiež fosforeskujúce predmety vystavené ultrafialovému žiareniu. (Oriechiková, Hrčová, 2010). Zo zariadení sa v tmavej miestnosti využíva tiež bublinkový valec, projektory, zrkadlová guľa, UV lampa, zvukové panely (Ponechalová, 2009).

Hravá mäkka miestnosť alebo *soft play room* ponúka klientom bezpečné miesto na hranie. Slúži k motivácii klienta a rozvoju pohybových zručností klienta hlavne so zameraním na vestibulárny a propioceptívny systém. V miestnosti je mäkké vybavenie a farby materiálov sú pestrofarebné. Autorky Oriješčíková a Hrčová (2010) dodávajú, že tento priestor slúži na individuálnu realizáciu jednotlivcov, rozvoj hrubej motoriky a radosť z pohybu. Zakladateľ konceptu Snoezelen Ad Verheul, hovorí o mäkkej miestnosti ako o telocvični pre klientov s ťažkým postihnutím. Cieľom tejto miestnosti u klientov je uvoľnenie napätia. Ponechalová (2009) popisuje vybavenie v mäkkej hravej miestnosti ako je guľôčkový bazén, pestrofarebné matrace, hojdačky, šmykľavky, trampolína, lopty, polohovacie vaky.

Sivá miestnosť má za cieľ svojím vybavením redukovať podnety. Závesy aj koberce sú v sivej farbe, miestnosť je zvukotesná z dôvodu minimalizácie rušivých podnetov, ktoré by mohli na klienta pôsobiť. Sivá miestnosť sa využíva hlavne pre deti s poruchami pozornosti (Filatova, Janků, 2010). Cieľom je zvýšenie pozornosti, sústredenia sa a zníženie hyperaktivity. V tejto miestnosti majú deti na sebe vesty so závažím, aby si uvedomovali vlastné telo. Taktiež sú na podlahe namaľované čiary a šípky, ktoré klientov navigujú, kam sa pohybovať a kde sedieť (Pagliano, 2001).

Pagliano (2012) definuje ďalších osem prostredí, ktoré vytvárajú multizmyslové miestnosti:

- Interaktívna miestnosť, ktorá je plná spínačov s hlasovým, či pohybovým výstupom. Táto miestnosť slúži na rozvoj kognitívnych schopností, analýzy a syntézy. Miestnosť obsahuje taktiež dotykové tabule rôznych veľkostí.
- Zvuková miestnosť je zvukotesná, aby bola izolovaná od nežiaducich zvukov a šumov. Strop, steny aj podlaha sú obložené drevom. Zvuková miestnosť je vybavená vibračnými tabuľami, rezonančnými doskami, hudobnými nástrojmi. Cieľovou skupinou sú deti so sluchovým postihnutím, u ktorých je potrebné pracovať na zlepšení zvukovej percepcii a diferenciacii (Filátová, Janků, 2011).
- Vodné prostredie, v ktorom sa nachádza predovšetkým bazén s vodou na stimuláciu propioceptívneho systému, uvedomenie si vlastného tela, psychomotoriku. Bazén sa môže využiť aj pri rehabilitačných cvičeniach. Filátová a Janků (2011) dodávajú, že bazén môže byť doplnený o vodopády, sprchy, farebné svetlá, zvukové efekty. Rovnako ponúka klientom pohybové zážitky vo vodnom prostredí.

- Ďalšími prostrediami sú prenosné prostredie,
- inkluzívne prostredie,
- premenlivá izba,
- sociálne prostredie,
- hybrid multizmyslovej miestnosti.

1.2.1 Snoezelen ako viaczmyslové prostredie a pomôcky v Snoezelen miestnostiach

Snoezelen môžeme popisovať ako **viaczmyslové prostredie**, ktoré prispieva k obohateniu zmyslových podnetov. V tomto prostredí sa zameriavame na našich sedem zmyslových systémov.

Zrak - poskytuje informácie o tom čo vidíme.

Sluch - poskytuje podrobné informácie o zvukoch, ktoré počujeme.

Čuch - poskytuje informácie o rôznych typoch vôní a pachov.

Chuť - sprostredkúva informácie o rôznych typoch chutí.

Hmat - udržiava nás v kontakte s naším okolím, je nevyhnutný pre prežitie a je jedným zo spôsobov komunikácie (cítime rôzne druhy materiálov, teplotu, jemný dotyk, hlboký tlak, vibrácie, bolesť).

Vestibulárny systém - poskytuje informácie o pohybe, gravitácii, rovnováhe a zmenách polohy hlavy.

Proprioceptívny systém – spracováva informácie z našich svalov, kĺbov, šliach a iných častí tela. Sprostredkúva podvedomé vnímanie polohy jednotlivých častí tela k sebe navzájom, ako aj k ľuďom a iným objektom (Poechalová, 2009).

S jednotlivými zmyslovými systémami súvisia aj pomôcky, ktoré sa využívajú na ich stimuláciu. Podľa Vitáskovej (2004) sa najčastejšie v Snoezelen miestnostiach využíva **zraková stimulácia**. Na podporu vnímania svetla, či fixáciu zraku slúžia vodné bublinkové valce, optické vlákna, projektory s obrázkami rozmanitej tematiky, ovládacie panely so svetelnými efektami, plazmové valce a gule reagujúce na dotyk. Taktiež je dôležité, aké farby

zvolíme pri návšteve miestnosti v závislosti na potrebách a vlastnostiach klienta.

Sluch - stimuluje sa prostredníctvom hudby, hudobných nástrojov, najmä perkusijných. Využíva sa najčastejšie klasická, relaxačná hudba, zvuky prírody, detská hudba, audiorozprávky alebo rytmická hudba. Filátová a Janků (2011) popisujú aj typické izby, ktoré sú zamerané na sluchové vnemy. Obsahujú pomôcky ako zvukové hračky, zvonkohry, privolávače dažďa.

Čuch - multisenzorická miestnosť je ideálnym prostredím, ktoré dokáže stimulovať zážitok z vôní a aromaterapiu. Používajú sa najmä vonné oleje a vône z aromadifuzéra. Taktiež sú využívané reálne objekty (pomaranč, jablko, kvety, škoricca, vanilka a iné). Využívajú sa pozitívne ovplyvňujúce vône, arómy, ktoré vyvolávajú zážitok a aktivizujú pamäť klienta. Použitie aromadifuzéra a vonných sviečok ovplyvňuje emócie klienta prostredníctvom čuchu (Filátová, Janků, 2011).

Chuť - je úzko prepojená s čuchom. Na stimuláciu chute neexistuje žiadne špeciálne vybavenie, takže je možné po navodení stavu relaxácie podávať ochutnávať rôzne potraviny a nápoje, poprípade využiť takzvané vrecúška na cucanie. Stimulácia skrz chuťové bunky, jazyka a ústnej dutiny ovplyvňuje náladu a celkovú dispozíciu klienta (Vitásková, 2004).

Hmat - multisenzorická miestnosť poskytuje veľké množstvo hmatových skúseností, a to najmä rôznorodosťou štruktúr a kvalitami materiálov, podložiek, vankúšov, vakov, tiež masážnymi vibračnými prístrojmi či hmatovými stenami. Tiež sú veľmi účinné bežne dostupné pomôcky ako špongie, kefky, masážne loptičky, modelovacie hmoty, pierka, prírodné materiály, hmatové vrecúška a podobne (Filátová, Janků, 2011).

Vestibulárny a propioceptívny systém - Snoezelen sa vo veľkej miere zameriava na stimuláciu vestibulárneho a propioceptívneho systému, na čo slúži najmä vodná posteľ a tiež rovnovážne podložky, guľôčkový bazén, hojdacie kreslá, hojdačky, fitlopty, polohovacie vaky či trampolína (Ponechalová, 2009).

Koncept Snoezelen sa vyznačuje využívaním rozmanitých **pomôcok a materiálov** k sprostredkovaniu nových skúseností u klientov. Neoddeliteľnou súčasťou je taktiež kvalitné technické vybavenie, ktoré by malo mať za úlohu stimulovať všetky zmysly (Fowler, 2008). Rozoznávame taktiež niekoľko druhov stimulácie, ako zrková, čuchová, relaxačná, vibračná, hmatová, sluchová propioceptívna, kognitívny tréning. Podľa toho rozdeľujeme jednotlivé

pomôcky v miestnostiach. Medzi základné vybavenie podľa Ponechalovej (2009) patria:

- bublinkové valce so zrkadlovým pozadím,
- zrkadlová guľa a farebné bodové svetlo,
- projektor s vymeniteľnými kotúčmi,
- vodná posteľ,
- optické vlákna,
- CD prehrávač,
- UV lampa.

Cieľom rozmanitých druhov pomôcok podľa Krona (2000) je:

- sprostredkovanie obsahov a cieľov,
- aktivizácia jednotlivých príjemcov,
- realizácie metodických predstáv sprievodcu/terapeuta,
- praktické prevedenie cieľov,
- zlepšenie určitých rámcových podmienok.

1.3 Zásady a princípy v Snoezelen koncepte

Vo viacmyslovom prostredí Snoezelen sú pre terapeuta ako sprievodcu a rovnako aj pre klienta ako užívateľa podstatné určité **zásady a princípy**. K tejto problematike sa vyjadrujú viacerí autori. Zhodujú sa v tom, že najdôležitejšími bodmi okrem iného sú individualita klienta, nedirektivita zo strany terapeuta a vytvorenie dôverného vzťahu medzi užívateľom a sprievodcom. Nasledujúca subkapitola popisuje tiež ciele v koncepte Snoezelen z hľadiska pomoci klientovi a uspokojenia jeho potrieb.

1.3.1 Zásady Snoezelenu

Hlavnou zásadou v miestnostiach Snoezelen je **individuálny prístup ku klientovi**. Dôležité je brať do úvahy klientove schopnosti a možnosti i hranice uspokojovania jeho potrieb. Individuálny prístup je podstatný aj pre vytvorenie vzájomného dôverného vzťahu

medzi sprievodcom/terapeutom a užívateľom/klientom. Nemenej dôležitým faktorom je nedirektívny prístup terapeuta ku klientovi (Filátová, Janků, 2011).

Ďalšou z možností je realizácia skupinového prístupu, kde si klienti môžu vymieňať skúsenosti, zdieľať zážitky a byť v spoločnosti iných jednotlivcov. Avšak nie všetci klienti, predovšetkým so špeciálnymi potrebami dokážu spolupracovať s inými jednotlivcami (Filátová, Janků, 2010).

Medzi základné zásady patrí tiež pripravené prostredie, ktoré u jednotlivcov zamestnáva zmysly selektívne (Janků, 2010). Taktiež by mala mať Snoezelen terapia svoj poriadok, čo znamená **začiatok, privítanie – priebeh – koniec - rozlúčenie sa** (Filátová, Janků, 2011). Zásadou pri vykonávaní Snoezelen terapie je podľa Ponechalovej (2009) vyzutie sa pred vstupom do miestnosti, dodržiavanie hygieny a bezpečnosti, neprenášať a nemeniť vybavenie v miestnosti, nekonzumovať jedlo, dodržiavanie časového vymedzenia (30 - 60 minút), eliminovať rušivé zvuky z okolia, terapeut/sprievodca by mal počúvať a rešpektovať klienta a rozprávať pomaly, zrozumiteľne, poskytnúť klientovi dostatok času a dovoliť mu podeliť sa o svoje pocity a dojmy, nadviazať s klientom kontakt.

Zásadou je tiež vytvoriť príjemné prostredie dôvery a bezpečia pre klienta a vcítenie sa do klientových pocitov. Svet by mal terapeut vnímať očami klienta, aby mohol vytvoriť čo najpriateľnejšiu atmosféru (Hulsegge, Verheul, 1988). Dôležité je, že klient sa rozhoduje sám, má možnosť voľby a iniciatíva vychádza z jeho strany (Orieščiková, Hrčová, 2010).

1.3.2 Princípy a ciele konceptu Snoezelen

Základným princípom podľa Filátovej, Janků (2010) pri práci je stanovenie cieľa hodiny, individuálne pre konkrétneho klienta, časové rozloženie do etáp, čo znamená rozloženie hlavného cieľa do jednotlivých úloh, ktoré sú plnené na hodinách. Plnenie úloh by malo byť systematické. Didakticko-metodický zámer, obsah, organizácia a pomôcky, či využitie konkrétnej techniky. Snoezelen vychádza zo zážitkov, ak terapeut vyčerpá všetky pomôcky na prvých hodinách, klient stratí záujem, nebude objavovať a začne sa nudiť. Záver a vyhodnotenie je dôležité nielen pre terapeuta, ale aj pre klienta samotného. Malo by ísť o objektívne zhrnutie efektivity pobytu klienta v Snoezelene. Autori konceptu Snoezelen

Verheul a Hulsege (1998) dodávajú, že základným princípom v miestnostiach je, že sa nič nemusí a všetko je dovolené. Tak sa osoby s postihnutím môžu cítiť samy sebou.

Autorky (tamtiež) dodávajú, že samotná hodina alebo lekcia v Snoezelen miestnosti, by mala obsahovať uvítaciu časť, aktívnu časť, relaxačnú časť, záver - rituál a spätnú väzbu. Dôležitým princípom je tiež fakt, aby si terapeut viedol záznamový hárok o hodinách s klientmi.

Ponechalová (2009) popisuje tieto princípy:

- špeciálne prostredie ovplyvňované klientom,
- možnosť voľby pre klienta,
- bezpečná a príjemná atmosféra,
- rešpekt, radosť a pohoda,
- dobrovoľnosť a sloboda konať a dosiahnuť výsledky bez nátlaku,
- dôraz na vzťah medzi klientom a terapeutom,
- individuálny prístup v starostlivosti,
- tvorivý terapeutický prístup.

Autorky Slabinová (2000) a Vitásková (2006) pridávajú ďalší princíp. Vychádza z rešpektovania záujmov klienta s postihnutím. To čo sa môže javiť ako nevhodné, či rušivé správanie, môže znamenať u klienta s postihnutím prejav prežitku či zážitku. Terapeut by mal vychádzať v ústrety potrebám klienta. Podľa Mertensa (2003) je zásadné u klientov pozorovať určité prejavy a snažiť sa prispôbiť aktuálnemu stavu. Terapeut by mal sledovať mimiku a gestikuláciu klienta, dýchanie, svalový tonus, držanie tela, tón reči, náladu klienta a rýchlosť jeho pohybov.

Všeobecný cieľ Snoezelen konceptu tkvie v snahe pomôcť klientovi, pochopiť jeho reálne potreby, želania a preferencie (Bensing, 2000). Podľa Vitáskovej (2006) je cieľom tiež navodiť u klienta pocit pohody, upokojenia, bezpečia, ale tiež budovať vzťahy, znížiť pocit strachu a neistoty a prebudiť v ňom záujem. Terapeut to môže dosiahnuť prostredníctvom vhodne zvolených efektov, ako sú svetlá, zvuky, vône v Snoezelen miestnosti.

Medzi hlavné ciele u jednotlivcov so špeciálnymi potrebami patrí celkové uvoľnenie a rozvoj sebarealizácie. V miestnosti Snoezelen je dôležitým prvkom akceptácia potrieb a želaní klienta a rešpektovanie jeho záujmov. Práve akceptácia individuálnych zvláštností umožňuje rozvoj sebarealizácie (Opatřilová, 2005). Dôležitým faktorom a cieľom je tiež

riešenie problémov klienta skrz zážitok, ktorý vyvoláva pozitívny efekt (Filátová, Janků, 2011).

Autorky (tamtiež) opisujú ďalšie obecné ciele, ktorými sú:

- rozvoj vnímania, emocionality a poznávania,
- rozvoj motoriky,
- zmeny v pozornosti a koncentrácii,
- zníženie agresívneho správania,
- pozitívna socializácia.

Opatřilová (2005) zhrňuje niekoľko zásadných cieľov v koncepte Snoezelen:

- umožňovanie vnímanie a prežívanie hlbokých a selektívnych pocitov a vnemov,
- uvedomovanie si vlastného tela,
- aktivity by mali prebiehať v príjemnej atmosfére a polohe, ktorá je klientovi príjemná,
- tvorcom terapie je klient – zásada dobrovoľnosti,
- koncept Snoezelen vychádza z celostného pohľadu na človeka.

Základnou myšlienkou v koncepte Snoezelen ostáva predovšetkým zážitok. Cieľom teda je, aby miestnosť a aktivita klienta ohúrila, okúznila, bola pre neho magická, fascinujúca, šokujúca a tajomná. Na podklade tohto zážitku, ktorému klient venuje pozornosť, vzniká skúsenosť, vďaka ktorej sa klient učí. Každý pobyt alebo lekcia v miestnosti Snoezelen by mal mať individuálny cieľ, ktorý je komplexný a reaguje na potreby a želania klienta. Cieľom je tiež spätný efekt, ktorý má pozitívny vplyv. Je vytvorený pozitívnymi emóciami, upokojením a uspokojením aktuálnych potrieb (Filátová, Janků, 2011). Nemenej dôležitý je fakt, že ciele sa stanovujú na základe predchádzajúcej diagnostiky a problémov, individuálne v závislosti na jednotlivcoch. Každý klient je iný a má svoje špecifické zvláštnosti, potreby a preto je potrebné ciele individualizovať a brať ohľad na želania a potreby klienta, či jeho aktuálny stav a možnosti. Medzi podstatné ciele môžeme radiť tiež redukciu stresu u klienta, rozvoj spontánnosti a zlepšenie vzťahov (Mertens, 2003).

1.4 Snoezelen ako terapia

Koncept Snoezelen sa zameriava na klienta z hľadiska jeho individuality a špecifických potrieb, ktoré vyplývajú z jeho zvláštností, postihnutia, vlastností, či problému klienta. Snoezelen môže byť využitý pre užívateľov ako terapeutická metóda po splnení určitých atribútov. Hlavnými zložkami sú diagnostika klienta a špecifikovaný cieľ a v neposlednom rade odbornosť terapeuta. V zmysle terapie je dôležité spomenúť expresívne terapie, ktoré majú význam aj v prostredí Snoezelen. Taktiež môže byť tento koncept využívaný ako podporná edukačná činnosť v školských zariadeniach. Prostredníctvom Snoezelen konceptu je využívaný hlavne pre deti s poruchami učenia a hyperaktivity. Ďalšou možnosťou, ktorú popisuje táto subkapitola je využitie Snoezelen konceptu ako voľnočasovej aktivity. Tento koncept, za výplň voľného času považovali už jeho zakladatelia. Predovšetkým je to určené klientom s postihnutím a základom je možnosť voľby a sloboda klienta.

1.4.1 Terapie v špeciálnej pedagogike

Terapia pochádza z gréckeho slova *therapeia*, čo znamená ošetrovanie, či liečenie. Podľa defektologického slovníka (Edelsberger, 2000) je terapia definovaná ako lekárska činnosť zameraná na prekonanie pôvodu ochorenia alebo na potlačenie jeho symptómov. Müller (2005) dodáva, že nejde len o liečenie, ale aj o pomáhanie, staranie sa a ošetrovanie. Terapie môžeme rozdeliť z rôznych hľadísk, podľa zamerania ide o kauzálnu alebo symptomatickú terapiu. Podľa organizácie členíme terapiu na rodinnú, párovú, individuálnu, skupinovú, komunitnú a podľa frekvencie a povahy na jednorázovú, návštevную, pobytový program a krízovú intervenciu (Valenta, Müller, 2014). Müller (2005) vymedzuje všeobecne terapie ako určitý spôsob odborného a cieleného jednanja človeka s človekom, ktorý smeruje k odstráneniu, či zmierneniu nežiaducich ťažkostí alebo odstránenie príčin k istej prospešnej zmene. Vítková a Pipetková (2001) definujú základ terapií v špeciálnej pedagogike v ontogenetickom vývine. Model vychádza z prirodzenosti vývinu človeka a jeho vzťahu k spoločnosti. Tento vzťah je utváraný troma základnými princípmi, vnímanie - predstavy – myslenie. Tieto tri princípy vytvárajú trojuholník a podstatou je utvorenie vzťahového rámcu. Terapie v špeciálnej pedagogike sú zamerané na tri oblasti:

- zmyslové vnímanie,

- procesy spojené s predstavivosťou, asociáciami, symbolickým znázorňovaním,
- vzťahy súvisiace s myslením.

Začiatky terapeutických prístupov v špeciálnej pedagogike sa spájajú so snahou o cieľené vzdelávanie jednotlivcov, ktorí sa odlišovali od noriem. So špeciálnopedagogickými terapiami súvisia aj pojmy ako reedukácia, ktorá sa zameriava na nápravu a zdokonalenie postihnutej funkcie. Kompenzácia, ktorej prioritou je zdokonalenie inej než postihnutej funkcie a rehabilitácia, ktorej cieľom je obnova narušených schopností jednotlivca. Terapie v špeciálnej pedagogike musia mať vlastnú teóriu, metodológiu, obsah (Müller, 2014).

Janků (2010) chápe terapie v špeciálnej pedagogike ako „*systematické, cieľavedomé a formatívne postupy, ktoré v rámci rozvoja osobnosti so špeciálnymi potrebami môžu viesť ku zvládaniu porúch a ich následkov, k zmenám v správaní a prežívaní, hlbšiemu vnútornému porozumeniu a osobnému rastu.*“

Ciele v špeciálnopedagogických terapiách sú liečivé, preventívne a rehabilitačné. Štruktúra cieľov v terapeutickom procese podľa Müllera (2005):

- cieľ zameraný na potreby klientov,
- ciele stanovené vzhľadom k orientácii a schopnostiam klienta,
- stanovenie cieľov podľa zamerania inštitúcie, v ktorej terapii prebiehajú.

Podľa ontogenetického modelu Vítkovej (2001) je cieľom terapií maximálne možné porozumenie v somaticko – psycho – sociálnej rovine.

Blaser, Heim, Ringer a Thommen (1994) rozpracovali štyri fázy terapeutického procesu:

- terapeutické stratégie – všeobecné stanovené ciele v procese terapie, terapeutický koncept a vytýčené ciele,
- metódy - aplikáciu sprevádza naplánovaný terapeutický úmysel,
- intervencia - manifestácia metód, konkrétne činnosti terapeuta spôsobujú reakciu alebo účinok,
- elementy terapeutickkej účinnosti - zhodnotenie a prognóza ďalších prípadných intervencií.

Špeciálna pedagogika ako vedný odbor využíva všetky tieto terapie. Sú súčasťou skvalitnenia života osobám so špeciálnymi potrebami. Dôležitým zdrojom v terapiách

v špeciálnej pedagogike je fyzioterapia. Najmä pri jednotlivcoch s ťažkým postihnutím, kde patrí aj detská mozgová obrna. U týchto jednotlivcov je podstatné neustále doplňovať neúplné pohybové schémy a podporiť ďalší vývin pohybových možností (Müller, 2014).

Terapie v špeciálnej pedagogike rovnako ako aj iné terapie majú svoju štruktúru, ktorá zahŕňa priebeh terapie, prostredie, aktérov, obsah terapie.

Priebeh terapie – priebeh terapie je daný fázami terapeutického procesu. Rozdeliť to môžeme na komplexnú terapiu a čiastkové stretnutia. Jedná sa o stanovenie postupov, nadviazanie terapeutického vzťahu, dosiahnutie zmeny a ukončenie terapie. Čiastkové stretnutia sú zamerané na aktuálne sedenie s klientom.

Prostredie terapie – je dôležitým prvkom. Môžeme ho chápať ako miesto, kde sa terapia vykonáva, ale aj v rámci zariadenia a vybavenia miestnosti, v ktorej prebieha terapia. Prostredie tiež tvoria vzťahy jednotlivcov v skupine a vzťah medzi klientom a terapeutom.

Aktéri procesu terapie – aktérmi sú klient a terapeut. Terapeut by mal do procesu vnášať odborné kompetencie a špecifické osobnostné predpoklady. Klient do procesu vstupuje so svojimi subjektívnymi ťažkosťami a problémami.

Obsah terapie – obsah je tvorený prostredníctvom cieľov, ktoré chceme u klienta dosiahnuť (Müller, 2014).

1.4.2 Snoezelen ako terapeutická metóda

Snoezelen je ako terapia v užšom zmysle zaradená do psychomotorickej terapie podľa neurofyziologického základu a je riadená Snoezelen terapeutom. Snoezelen sa tiež vykonáva ako terapeuticky orientovaný prístup, a to pod dohľadom špeciálneho odborníka, to znamená špeciálneho pedagóga s doplnkovou kvalifikáciou pre Snoezelen (Ponechalová, 2009).

Pokiaľ vymedzujeme Snoezelen koncept ako terapiu, je nutné odborné zázemie terapeutov, musí byť vytvorený plánovaný a cielený postup, ktorý je založený na komplexnej diagnostike klienta, spätná väzba, evaluácia a efektivita, ktorá plynie z tejto činnosti. Využitie metódy Snoezelen ako terapie je individuálne. Ciele a techniky závisia na možnostiach klientov a zámeru terapie (Filátová, Janků, 2011).

Autorky (tamtiež) uvádzajú, že ak uvažujeme o Snoezelen ako o terapii, musí obsahovať dopredu naplánovaný a jasný cieľ, musí byť založený na diagnostike užívateľa. Ponechalová (2009) dopĺňa, že pri diagnostike je dôležité sa zamerať na niekoľko oblastí, a to sú osobná anamnéza klienta, vývin postihnutia, dôležité informácie týkajúce sa všetkých zmyslových systémov, pohybových schopností, intelektuálneho vývinu, komunikácie, interakcie, príjemných a nepríjemných podnetov, možnosti motivácie a podpory. Priebeh je sledovaný a priebežne hodnotený, musí nasledovať spätná väzba, zistenie efektivity, stanovenie cieľa závisí od možností klienta, terapeuta a prostredia, terapia by mala vychádzať z psychoterapie (Filátová, Janků, 2011).

Hrčová (2009) dodáva, že každý klient je odlišný, z tohto dôvodu je využitie Snoezelenu ako terapeutického prístupu veľmi individuálne. Ciele, metódy a techniky závisia predovšetkým od možností klientov. Koncept sa zameriava na prekonávanie alebo kompenzáciu porúch, podporu osobnosti a kompetencii u klienta.

Koncepcia Snoezelen dovoľuje prepájanie sa aj s inými terapiami a terapeutickými postupmi. K možnostiam doplnenia podľa Janků a Filátovej (2010) patria expresívne terapie ako: muzikoterapia, arteterapia, dramaterapia, biblioterapia, terapia hrou, ergoterapia, aromaterapia, animoterapia.

1.4.3 Expresívne terapie v rámci Snoezelen konceptu

Expresívne terapie alebo tiež umelecké terapie sú charakteristické využívaním umeleckých prostriedkov za účelom stimulácie jednotlivca v kognitívnej a emocionálnej oblasti (Müller, 2014). Expresiu môžeme charakterizovať ako výrazový prostriedok, zážitok alebo spontánnosť (Potměšilová in Müller et al., 2016). Podľa Slavíka (1997) je expresia špecifická citovo zafarbená, viac či menej zámerne štruktúrovaná reprezentácia citového sveta človeka. Je základom individuality a dáva priestor sebavyjadreniu. Základným prístupom pri využívaní expresívnych terapií je navodenie zážitku a vlastnej skúsenosti. Navodenie skúsenosti, či zážitku by mal byť pre klienta prostriedkom a nie cieľom procesu terapie (Lištiaková, Fábry-Lucká Eds., 2016).

Arteterapia: v Defektologickom slovníku je definovaná ako liečba umením. Pochádza z latinského slova ars, čo znamená umenie a z gréckeho therapeia, čo je ošetrovanie, liečenie. Arteterapia je súčasťou psychoterapie (Edelsberger, 2000). Potměšilová (In Müller et al., 2016) vymedzuje arteterapiu ako psychoterapeutickú a

psychodiagnostickú disciplínu. Podľa Českej arteterapeutickej asociácie sa definuje ako liečebný postup využívajúci výtvarný prejav, ako hlavný prostriedok poznania a ovplyvnenia ľudskej psychiky a medziľudských vzťahov. Niekedy sa priraduje ku psychoterapii a inokedy sa vníma ako samostatný odbor. Zvyčajne sa rozlišujú dva základné prúdy, a to terapia umením, v ktorej sa kladie dôraz na liečebný potenciál tvorivej činnosti samotnej a artpsychoterapia, kde výtvary a zážitky z procesu tvorby sa ďalej psychoterapeuticky spracovávajú (Potměšilová, 2010). Arteterapia je tímová práca. Je tiež zameraná na rozvoj kreatívnych schopností klienta a jeho citový vývin (Jebavá, 1997). Campellová (1998) dodáva, že arteterapia je charakteristická spontánnou tvorbou.

Pri spojení **arteterapie** a **Snoezelen konceptu** ide o tvorivú činnosť a vytváranie artefaktov (Filátová, Janků, 2011). Lhotová (In Potměšilová, 2010) uvádza, že k výpovednej hodnote artefaktov prispievajú tri oblasti. K týmto oblastiam patria : obsah, forma a proces tvorby. Obsah znamená téma a dej, to čo klient spracováva a čo artefakt zdieľa. Forma poukazuje na to, ako je dielo vytvorené. Aké farby, symboly, tvary klient využil. Pri procese tvorby je dôležité sledovať, ako dlho klient tvorí a ako sú prvky vzájomne priradované. Vytvárať artefakty v prostredí Snoezelen môžeme v tom prípade, keď sú v miestnosti na to vytvorené podmienky. Je taktiež nevhodné tvoriť vo veľkých skupinách a činnosť vykonávať jednoznačne pod dohľadom skúseného arteterapeuta (Filátová, Janků, 2011). Campellová (1998) dodáva, že arteterapia je schopná dať klientovi pocit perspektívy, úspešnosti, motivovať ho, budovať pozitívne záujmy, či lepšie komunikovať a chcieť sa socializovať.

Muzikoterapia: je považovaná za špecifickú psychoterapeutickú disciplínu, ktorá k liečebnému pôsobeniu na jednotlivca využíva hudbu, rytmus, piesne (Edelsberger, 2000). Definícia Svetovej federácie muzikoterapie opisuje muzikoterapiu takto: „*Muzikoterapia je profesionálne využitie hudby a jej elementov ako prostriedkov intervencie v zdravotníckych a vzdelávacích zariadeniach i v bežnom prostredí jednotlivca, skupiny, rodiny alebo komunity, ktoré hľadajú optimalizáciu kvality ich života a zlepšenie fyzickej, sociálnej, komunikačnej, emocionálnej, intelektuálnej, spirituálnej zložky zdravia a blahobytu.*“ (World Federation of Music Therapy, 2011, s. 269). Muzikoterapiu môžeme rozčleniť podľa miery angažovanosti klienta na : aktívnu a receptívnu. Pri aktívnej forme klient osobne hrá, spieva, vyťukáva rytmus. Pri receptívnej alebo pasívnej forme klient hudbu počúva a vníma. (Jakobová, 2011). Matejová a Mašura (1992) pokladajú muzikoterapiu za liečebno-výchovnú metódu s mimoriadnou šírkou indikačného zamerania. Autori hovoria o liečebnom pôsobení hudby, ktorá pozitívne

ovplyvňuje patologické zmeny v organizme jednotlivcov a súčasne opisujú výchovné vplyvy hudby, ktorými môžeme systematicky pôsobiť na človeka ako celok. Jakobová (2011) definuje význam muzikoterapie na klientov: terapeutické vlastnosti hudby pomáhajú liečiť, hudba znižuje prejavy nervozity, ovplyvňuje dýchanie, harmonizuje osobnosť, pôsobí relaxačne, motivuje a zlepšuje vnímanie. Valenta (2003) dodáva, že hudba sama o sebe pôsobí na človeka intenzívne. Pokorná (1982), ktorú cituje Kantor (In: Müller, 2005), definuje štyri oblasti chápania pojmu muzikoterapie:

- špecifická forma muzikoterapie,
- skupinové hudobné aktivity
- súčasť liečebného a rehabilitačného procesu,
- psychohygienický proces.

Muzikoterapia je jednou z najčastejšie využívaných terapií v multizmyslových miestnostiach. Hlavným dôvodom je akusticky vyhovujúce prostredie. V Snoezelen koncepte sa využíva skupinovo alebo individuálne. Pomáha pri zlepšení komunikácie, vyjadrovaní pocitov a uvoľnení napätia (Janků, 2010).

Dramatoterapia: v dramatoterapii sa pôsobí na osobnosť klienta v rovine „ako by“ cez umeleckú oblasť a cez hranie rolí (Majzlanová, 2004). Dor - Boharová (1999) definuje dramtoterapiu ako kreatívnu terapiu, ktorá využíva umelecké prvky a tie umožňujú klientovi vyjadrovať pocity a riešiť problémy z nadhľadu. Majzlanová (tamtiež) dodáva, že dramatoterapia dokáže pomôcť pochopiť a tiež zmierniť sociálne a psychologické problémy a možný handicap. Muller (2005, s. 56) dodáva, že *„za dramatoterapiu možno považovať odbornú, zámernú a cieľavedomú aplikáciu prostriedkov dramatického umenia použitú za účelom pomoci ľuďom zmeniť ich správanie, myslenie, emócie a ďalšie osobnostné predpoklady spoločensky aj individuálne prijateľným smerom.“* Valenta (2005) opisuje dramatoterapiu ako liečebno - výchovnú disciplínu, v ktorej prevažujú skupinové aktivity a dodáva, že základným prostriedkom je improvizácia. Majzlanová (2004) opisuje dramatoterapiu ako zámerný terapeutický proces, pri ktorom terapeut s klientom využíva verbálny aj neverbálny dramatický prejav s cieľom dosiahnuť zmenu osobnosti. Dramatoterapia sa podľa autorky (tamtiež) využíva k osobnostnému rastu klienta, emocionálnemu uzdraveniu a k náprave nežiaducich prejavov v správaní. Valenta (2000) dodáva, že cieľom je tiež zvyšovanie sociálnej interakcie, získavanie schopnosti uvoľniť sa, mať pod kontrolou svoje emócie, rozvoj predstavivosti a koncentrácie, posilňovanie sebadôvery a sebaúcty a tiež prijatie svojich možností

a obmedzení. Východiskom dramaterapie je podľa autora (tamtiež) svet mýtov legend a ľudového rozprávania.

Prostredie Snoezelen je podľa Janků (2010) vhodné na riešenie sociálnych vzťahov, problémov so začlenením sa a resocializáciou, či nácviku sociálnych rolí. Dramatizácia, rozprávanie textov a hranie divadla tiež súvisia s nácvikom pamäte a zvyšovaním koncentrácie.

Jednou z metód dramaterapie je považovaná aj terapia bábkou a maňuškami. Práve táto terapia, ako uvádzajú Filátová a Janků (2011) rieši závažné psychiatrické problémy u detí a tiež pomáha pri kognitívnom rozvoji u detí s mentálnym a zmyslovým postihnutím. Taktiež predstavenie ďalšej malej bytosti v miestnosti Snoezelen vyvoláva u detí pocit bezpečia a dôvery. Medzi ďalšie metódy a techniky dramaterapie okrem bábok a maňušiek patrí sociodráma, rolové hry, pantomíma, práca s príbehom, tanečná dráma, dramatizácia, psychodráma (Majzlanová, 2004).

Biblioterapia: je zložená z dvoch gréckych slov bibliion, čo znamená kniha a terapia ako liečba. Biblioterapia je teda liečba knihami (Pilarčíkova-Hýblová, 1997). Svoboda (2012) opisuje biblioterapiu ako expresívno-formatívnu formu terapie, ktorá využíva terapeutickú prácu s textom a snahou je klienta nasmerovať k žiaducemu správaniu, jednaniu a prežívaniu. Janczak (2006) dodáva, že nástrojom tejto terapie je kniha, avšak len správne zvolená kniha má pozitívny vplyv na psychiku klienta. Majzlanová (2015, s. 7) opisuje biblioterapiu ako *„zámerné, cieľavedomé a systematické terapeuticko-výchovné pôsobenie jednotlivých zložiek literárneho prejavu na ľudí s postihnutím, narušením, ohrozených a chorých jednotlivcov tak, aby napomohlo zlepšiť alebo upraviť ich celkový stav zmysle zmiernenia alebo eliminácie problémov v správaní a žití.“*

Biblioterapia môže mať riadenú a neriadenú formu. Svoboda (2013) definuje, že zmyslom neriadenej formy je úplné relaxačné uvoľnenie a tiež naučenie sa sústredenosti a zlepšenie ovládania vegetatívneho svalstva. Autor (tamtiež) opisuje tiež riadenú formu biblioterapie. Hlavnou technikou je riadená vizuálna imaginácia. Ide o relaxačnú intervenciu, ktorá spočíva v počúvaní príbehu, ktorý je klientovi šitý na mieru, s využitím hudobného pozadia a hypnotických fráz. Cieľom je stimulácia vizuálnej predstavivosti, ale tiež relax a uvoľnenie klienta. Miestnosť Snoezelen je podľa Janků (2010) vhodná, či už na aktívnu alebo pasívnu formu biblioterapie s klientom. V multizmyslovej miestnosti dokáže klient viac zapojiť predstavivosť a fantáziu.

Ergoterapia: je zložená z dvoch gréckych slov, a to ergon = dielo a therapeia = ošetrovanie, liečenie (Edelsberger, 2000). Podľa Hopkinsa (in Müller, 2005) ide v ergoterapii o zmysluplnú činnosť alebo zamestnanie, ktorá zahŕňa interpersonálne vzťahy s prostredím a cieľom je ovplyvňovanie dysfunkcie a dosiahnutie adaptácie. V prostredí Snozelen je dôležité, rovnako ako pri arteterapii, aby terapiu viedol skúsený ergoterapeut a netvoril vo veľkých skupinách (Janků, 2010).

Aromaterapia: sa vyvinula z egyptskej tradície. Tento termín zaviedol v dvadsiatych rokoch francúzsky chemik René Maurice Gattefossé. Aromaterapiu môžeme definovať ako ciele použítie esenciálnych olejov k podpore a zlepšeniu fyzickej, duševnej a psychologickéj pohody (Mojay, 2000).

Hlavným využitím esenciálnych olejov sú aromaterapeutická masáž, aromaterapeutická kúpeľ, inhalácia, odpoarovanie a obklady (Veronica, 2008). Táto terapia je stálou súčasťou multizmyslových miestností. Využívajú sa éterické oleje, vonné lampy aj tyčinky. Dôležité je poznať účinky a pôsobenie špecifických vôní, aby u klienta neprišlo k opačnej reakcii, aká sa požaduje (Filátová, Janků, 2011).

Animoterapia - z anglického animal, v preklade zvierat; latinsky anima, čo znamená duša, therapy, čo je liečenie, terapia. Animoterapia znamená liečenie pomocou domestikovaných zvierat s využitím pozitívneho pôsobenia zvierat na emocionálne a fyzické zdravie jednotlivca (Kohoutek, slovník cudzích slov). Neradžič (2006) dodáva, že animoterapia je podpornou metódou liečby. Napomáha zlepšiť sociálne cítenie, hrubú a jemnú motoriku. Podľa Matejčka (2001) má animoterapia pozitívny stimulačný vplyv na psychiku klienta. Táto terapia má výborné využitie pre osoby s telesným postihnutím, najčastejšie pre osoby s detskou mozgovou obrnou, svalovou dystrofiou, epilepsiou, pre osoby s mentálnym postihnutím alebo aj pre klientov s poruchami autistického spektra (Michalík, 2011).

Funkcia animoterapie v Snoezelene je čisto emotívna, pretože pôsobí na emocionálnu citovú zložku osobnosti (Filátová, Janků, 2011).

1.5 Snoezelen ako podporná edukačná metóda a voľnočasová aktivita

Pod pojmom **podporná edukačná metóda** rozumie autorka Janků (2010) činnosť, ktorá je sprievodná k výchove a vzdelávaciemu procesu a plnenie jeho cieľov a úloh. Edukačne zamerané ciele sú podľa autorky (tamtiež) v oblasti relaxácie, upokojenia detí v škole, redukcia senzorickej deprivácie, zvládanie hyperaktivity u detí, rozvoj kognitívnych schopností, komunikácie a zmyslová stimulácia u detí s postihnutím. Snoezelen miestnosti sa v tomto zmysle využívajú hlavne pre deti s poruchami hyperaktivity, pozornosti, impulzivity, špecifickými poruchami učenia. Multizmyslová miestnosť dokáže riešiť problémy plynúce z týchto dysfunkcií skrz zážitok, ktorý vyvoláva spätný pozitívny efekt (Filátová, Janků, 2011). Autorky (tamtiež) dodávajú, že Snoezelen je v tomto smere využívaný taktiež ako prostriedok k uvoľneniu, čo je dôležité pre klientov so špeciálnymi potrebami, podpora k sebarealizácii, zníženie agresívneho správania, pomoc a podpora pri začlenení sa do kolektívu a socializácie.

Hrčová (2009) dodáva niekoľko ďalších cieľov ako sú:

- podpora kognitívnych procesov,
- všeobecná aktivácia na podporu procesov učenia,
- rozšírenie poznávania a skúseností o okolitom svete,
- podpora vnímania a intenzívne prijímanie podnetov,
- zlepšenie koncentrácie,
- podpora sebarealizácie,
- socializácia a integrácia do sociálnych štruktúr,
- uvoľnenie.

V súčasnosti existujú miestnosti Snoezelen v mnohých školách a v školských zariadeniach. Sú využívané ako neutrálne miestnosti, ktoré sú odlišné od typického školského prostredia v rámci integrovaného systému školského vzdelávania (Janků, 2010).

Cieľom je predovšetkým umožnenie nových zážitkov pre deti, vybudovanie si nových väzieb, stimulácia a rozvoj zmyslov, vzájomné spoznávanie sa. V popredí je pedagogická podpora, čo predstavuje pre deti slobodu pri výbere činností (Hrčová, 2009).

Snoezelen za **výplň voľného času** považovali už jeho zakladatelia Verheul a Hulsege. Najdôležitejšou zásadou v tomto prostredí v rámci výplne voľného času je sloboda voľby, voľnosť a dostatok priestoru v čase. (Filátová, Janků, 2011). Klienta motivuje samotné prostredie, materiály, predmety, ktoré vedú k stimulácii a aktivizácii (Opatřilová, 2005). Snoezelen v rámci využitia voľného času sa podľa Janků (2010) odporúča klientom s ťažkým postihnutím a kombinovaným postihnutím.

2 Detská mozgová obrna u detí raného a predškolského veku

Druhá kapitola vymedzuje pojem detskej mozgovej obrny. Zameriava sa na deti raného a predškolského veku. Raný vek vymedzuje deti od nula do troch rokov, predškolský vek definujeme od troch do šiestich rokov života dieťaťa. V tomto období sa dieťa najviac vyvíja z hľadiska kognície i motoriky, či psychomotoriky. Táto kapitola definuje formy detskej mozgovej obrny, diagnostiku, sprievodné prejavy, ktoré sa vyskytujú pri tejto diagnóze u detí, a to poruchy zraku, poruchy reči, epilepsia, či mentálna retardácia. Upriamuje sa tiež na motoriku u detí s detskou mozgovou obrnou, možnosti liečby ako je Vojtova metóda, Bobathov kocept, plávanie, bazálna stimulácia, metóda profesora Tardie. Špecifikuje tiež možnosti terapie pri tejto diagnóze. V neposlednom rade sa zameriava na možnosti konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s diagnostikovanou detskou mozgovou obrnou.

2.1 Definícia detskej mozgovej obrny u detí raného a predškolského veku

Dr. W.J. Little popísal po prvý raz v 60.-tych rokoch 19.-teho storočia spastickú diparézu. Ivan Lesný, ktorého považujeme za zakladateľa detskej neurológie v Českej republike, zaviedol v roku 1952 pojem **perinatálna encefalopatia** a o sedem rokov neskôr sa ustálil názov **detská mozgová obrna** (Jakobová, 2007). Táto diagnóza býva niekedy označovaná aj ako encefalopatia, čo vymedzuje nešpecifikované poškodenie mozgu. Profesor Vojta zaviedol vzhľadom k tejto diagnóze pojem **infantilná cerebrálna paréza** (Jankovský, 2006).

Kraus et al (2005) definuje **detskú mozgovú obrnu** ako trvalé, no nie nemenné postihnutie hybnosti a posturity. Jakobová (2007) dodáva, že príčinou nesprávnej kontroly hybnosti a zlej posturity - držania trupu a končatín je u tejto diagnózy porucha vývinu alebo poškodenie motorických častí mozgu. Kraus (2005) opisuje, že detská mozgová obrna je následkom neprogresívneho defektu alebo lézie nezrelého mozgu dieťaťa. Jakobová (2007)

špecifikuje detskú mozgovú obrnu ako zastrešujúci pojem, ktorý označuje skupinu chronických ochorení, sú charakterizované poruchou kontroly hybnosti a prejavujú sa v prvých rokoch života.

Detská mozgová obrna sa tiež definuje ako **neurovývinové neprogresívne chronické postihnutie** nezrelého mozgu u dieťaťa. Vo väčšine prípadov sa jedná o kombináciu porúch hybnosti so zmyslovými a mentálnymi defektmi (Ošlejšková et al., 2008). Okál'ová (2008) popisuje, že hlavnou príčinou tejto diagnózy je hypoxyycko-ischemické postihnutie mozgu. Lesný a Špitz (1989) popisujú detskú mozgovú obrnu ako vzniknuté poškodenie mozgu pred pôrodom, počas pôrodu alebo krátko po pôrode. Prejavuje sa hlavne v poruchách vývinu hybnosti. Okál'ová (2008) dodáva, že detská mozgová obrna je neprogresívne, ale vo svojich prejavoch nie nemenné postihnutie.

Kantor (2013) dopĺňa, že v zahraničí sa nerozlišujú centrálné obrny podľa vzniku. Detská mozgová obrna je typickým slovenským a českým názvom pre nosologickú jednotku, ktorá zahŕňa veľa odlišných syndrémov. Autor (tamtiež) dodáva, že za detskú mozgovú obrnu sa považuje postihnutie, ktoré vzniklo v ranom vývine dieťaťa, a teda od prvého do tretieho roku života dieťaťa.

Pre detskú mozgovú obrnu sú podľa Opatřilovej (2006) charakteristické tieto prejavy:

- nerovnomerný vývin,
- telesná neobratnosť, ktorá zasahuje hrubú aj jemnú motoriku,
- zvýšená pohyblivosť a nepokoj,
- nesústredenosť,
- poruchy vnímania,
- nedostatočná predstavivosť,
- impulzívne reakcie,
- emočná labilita,
- oneskorený vývin reči, poruchy reči.

Kraus at al. (2005) dodáva ďalšie znaky, a to:

- mentálna retardácia,
- poruchy učenia,

- poruchy videnia - strabizmus, amblyopia, nystagmus, refrakčné vady,
- poruchy sluchu,
- komunikačné problémy.

Ku klinickému obrazu pri diagnóze detskej mozgovej obrny podľa Kotagala (1996) patria:

- oneskorenie motorického vývinu - vývinová retardácia,
- odchýlky vo vývine hybnosti,
- odchýlky svalového tonusu,
- abnormálne kinézy a postury,
- reflexologické odchýlky,
- poruchy somatického rastu,
- ortopedické problémy.

2.1.1 Etiológia a formy detskej mozgovej obrny

Detská mozgová obrna vzniká ako následok poškodenia centrálného nervového systému. A to v období prenatálnom, perinatálnom aj postnatálnom. Príčiny vzniku detskej mozgovej obrny sa nie vždy podarí objasniť (Klenková, 2006). Kotagal (1996) dodáva, že až v tridsiatich percentách ostáva etiológia vzniku nejasná.

Etiologické príčiny, ktoré podmieňujú vznik detskej mozgovej obrny, môžeme rozdeliť do troch kategórií:

- **Prenatálne príčiny:** do tejto kategórie najčastejšie patria infekcie matky v prvom trimestri gravidity, neurologické ochorenia matky, anoxia, škodlivý vplyv majú aj rôzne druhy žiarení, nedonosenosť alebo prenášanie plodu (Klenková, 2006). Kraus et al. (2005) dodáva tiež úrazy matky, metabolické poruchy u matky, hypertenzia v tehotenstve.
- **Perinatálne príčiny:** sem zaraďujeme predčasný pôrod, preťahovaný pôrod a abnormálny pôrod, kedy môže prísť k hypoxii až asfyxii (Klenková, 2006).

- **Postnatálne príčiny:** podľa Krausa et al. (2005) sem patria infekcie centrálnej nervovej sústavy, kraniocerebrálna trauma, deficit hormónov štítnej žľazy u nezrelých novorodencov.

Za rizikové faktory považuje Kraus et al. (2005) aj graviditu vo vyššom veku, opakované potraty a mnohopočetné tehotenstvá a tiež rodinnú záťaž.

Pri **klasifikácii detskej mozgovej obrny** sa vychádza z klinického obrazu. Základným členením je **spastická a nespastická forma detskej mozgovej obrny** (Jankovský, 2006).

Spastická forma detskej mozgovej obrny: postihnutý je centrálny motoneurón (Okál'ová, 2008). Ošlejšková (2008) dodáva, že táto forma detskej mozgovej obrny je charakteristická postihnutím horného centrálného motoneurónu a má všetky neurologické príznaky spasticity ako je hyperreflexia a zvýšené svalové napätie. Podľa Pipekovej (2006) hlavným príznakom spastickej formy detskej mozgovej obrny je zvýšené svalové napätie a znížená pohyblivosť. Okál'ová (2008) uvádza, že pre spastickú formu je typické zvýšenie svalového tonusu, pretrváva Moorov reflex, taktiež je častá skolóza a strabizmus. Podľa miesta postihnutia sa ďalej člení na **diparetickú, hemiparetickú, kvadraparetickú formu detskej mozgovej obrny** (Okál'ová, 2008).

Diparetická forma alebo tiež nazývaná **paraparetická:** táto forma je najčastejšie sa vyskytujúca. Príčinou je poškodenie mozgových štruktúr v temennej oblasti. Najčastejšie vznikajú predčasným pôrodom alebo krvácaním do mozgu (Nevšimalová et al., 2002). Prejavuje sa symetrickým postihnutím oboch dolných končatín. K normálnej veľkosti trupu sú dolné končatiny krátke (Jakobová, 2007). Najčastejšie sa podľa Krausa et al. (2005) vyskytuje u detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou, pod 1500 gramov a u detí, ktoré sa narodili predčasne. Jakobová (2007) dopĺňa, že táto forma detskej mozgovej obrny je charakteristická pre nedonosené deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Spastická diparetická forma detskej mozgovej obrny je charakteristická tým, že vzniká len v detstve, do obdobia, kým začne dieťa chodiť. Typickým príznakom je takzvaná nožnicová chôdza u dieťaťa, kedy sa kolená trú o seba. (Jankovský, 2006). Jakobová (2007) dopĺňa, že diparetická forma sa okrem nožnicovej chôdze vyznačuje aj prekračujúcou chôdzou, kedy dieťa chodí po špičkách a takzvanou „ľudoopiou“ chôdzou s ohnutými kolenami. Horné končatiny nevykazujú zmeny. Podľa Lesného (1989) môže v menšej miere dôjsť aj k postihnutiu horných končatín, no nie je to časté.

Hemiparetická forma: prejavuje sa ako ochrnutie jednej polovice tela (Lesný, Špitz, 1989). Jankovský (2006) dodáva, že prevaha postihnutia je na hornej končatine. Typické je flekčné držanie ruky, ktoré pripomína zlomené vtáčie krídlo. Podľa Krausa et al. (2005) môže mať táto forma podobu len ľahkého jednostranného postihnutia, ktoré v dospelosti nie je obmedzujúce. Prvé známky hemiparézy môžu byť rozpoznateľné až okolo tretieho, či piateho mesiaca života dieťaťa. Rast postihnutej končatiny sa oneskoruje. Stav tiež môže komplikovať skolióza (Ošlejšková et al., 2008). U tejto formy sa však najčastejšie vyskytuje epilepsia a mentálne postihnutie. Jakobová (2007) dodáva, že asi tretina jednotlivcov s touto formou detskej mozgovej obrny trpí epilepsiou. K tomu názoru sa prikláňa aj Ošlejšková et al. (2008), ktorá udáva, že výskyt epilepsie a mentálnej retardácie je častý. Nevšímalová et al. (2002) uvádza okrem výskytu epilepsie aj poruchy učenia. Pri chôdzi dieťa dopadá na postihnutú končatinu a došľapuje na špičku. Postihnutie hornej končatiny býva zvyčajne väčšie ako postihnutie dolnej končatiny (Jakobová, 2007).

Kvadruparetická forma: Ide o najťažšiu formu detskej mozgovej obrny (Kraus et al., 2005). Ide o postihnutie všetkých štyroch končatín, pričom u jednotlivých končatín môže ísť o rôzny stupeň postihnutia (Jankovský, 2006). Podľa Renieterovej (2002) ide o spastickú parézu alebo plégiu všetkých štyroch končatín. Podľa Ošlejškovej et al. (2008) je pre túto formu typický zvýšený svalový tonus a dodáva, že horné končatiny sú postihnuté viac ako dolné končatiny. Avšak Jakobová (2007) uvádza, že pokiaľ táto forma vznikne zdvojením diparetickej formy, prevažuje postihnutie dolných končatín. Zdvojením fromi hemiparetickej prevažuje postihnutie na horných končatinách. Prakticky od narodenia sú deti s touto formou hypertonické. Spontánna pohyblivosť je obmedzená a polohové reakcie prebiehajú abnormálne (Opatřilová, 2005). Častý je výskyt mentálnej retardácie, či mikrocefálie (Kraus et al., 2005). Ošlejšková et al. (2008) sa prikláňa k tomu názoru a uvádza výrazný výskyt nie len motorickej, ale i mentálnej retardácie. U tejto formy detskej mozgovej obrny sa podľa autorky (tamtiež) sú časté problémy s prehĺtaním a artikuláciou, či zvýšeným slinotokom. Podľa (Jakobovej, 2007) je u kvadruparetickej formy detskej mozgovej obrny možný výskyt epilepsie a tiež znížených kognitívnych schopností.

Jakobová (2007) uvádza ešte formu atetoidnú. Pri tejto forme ide o ťažké postihnutie, a to jemnej aj hrubej motoriky.

Nespastická forma detskej mozgovej obrny: u tejto formy svaly nevykazujú zvýšený tonus. Charakteristická je absencia svalového napätia (Opatřilová, 2005). Patrí sem forma **hypotonická a dyskinetická**, predtým nazývaná tiež extrapyramídová (Jakobová, 2007).

Hypotonická forma: výrazne je oslabenie svalového tonusu trupu a končatín, a to centrálného pôvodu (Jankovský, 2006). Podľa Jakobovej (2007) u tejto formy prevažuje zníženie svalového tonusu. Táto forma sa prejavuje centrálnym hypotonickým syndrómom (Ošlejšková, 2008). Jankovský (2006) dopĺňa, že je to samostatný typ ochorenia, avšak jeho výklad nie je úplne jednoznačný. Pfeiffer (2007) uvádza, že v niektorých prípadoch ide o mozočkovú poruchu, ktorú je možné v značnej miere kompenzovať a niekedy prechádza táto forma do hypertonusu a zvyčajne je sprevádzaná zníženým intelektom.

Dyskinetická alebo tiež extrapyramídová forma: túto formu definujú abnormálne pohyby alebo postury, ktoré vznikajú sekundárne pri poruche koordinácie pohybov alebo regulácie svalového tonusu. Základným znakom je neschopnosť organizovať pohyb a správne predviesť voľný pohyb. Problém je tiež s koordináciou voľných pohybov. Ide o nepotlačiteľné, mimovoľné pohyby (Kraus et al., 2005). Jankovský (2006) dodáva, že u dyskinetickej formy sú typické hadovité hyperkinézy hlavy, trupu a končatín a tiež grimasovanie. Vítková (1998) uvádza, že mimovoľné pohyby môžu byť rôzneho druhu, a to:

- atetoické- hadovité, vlnité pohyby,
- choreatické- drobné a rýchle pohyby,
- balistické- prudké pohyby,
- myoklonické- drobné pohyby u jednotlivých svalových snopcov.

Časté je tiež držanie hlavy s oblúkovitým prehnutím dozadu. Kraus et al. (2005) dodáva, že pri tejto forme je zrejme postihnutie v orofaciálnej oblasti a v slovnej komunikácii. Opatřilová (2005) uvádza, že pri dyskinetickej forme sú časté poruchy reči a to predovšetkým dysartria.

Kraus et al (2005) u tejto formy detskej mozgovej obrny rozlišuje dva poddruhy, a to hyperkinetickú formu, kde v pohybe dominujú masívne, neúčelné, mimovoľné pohyby. Dystonická forma, ktorú vystihujú abnormálne a náhle zmeny svalového tonusu.

2.1.2 Raný a predškolský vek u detí s diagnózou detskej mozgovej obrny

Raný vek je obdobie od narodenia dieťaťa do troch rokov života. Zahŕňa teda novorodenecké obdobie, ktoré definujeme ako prvých dvadsaťosem dní života dieťaťa. Dojčenské obdobie, ktoré trvá do jedného roku života dieťaťa a je charakteristické rýchlym rozvojom psychomotorickej aktivity a obdobie batolaťa, ktoré trvá od jedného do troch rokov života dieťaťa (Opatřilová, 2005).

Postihnutie centrálnej nervovej sústavy je zrejme už v ranom veku a trvá po celý život. Obraz detskej mozgovej obrny s vekom dieťaťa zraje do definitívnej formy. Definitívne neurologické poruchy a ich rozsah sú často preukázateľné okolo tretieho až štvrtého roku života dieťaťa (Ošlejšková et al, 2008). K tomuto názoru sa prikláňa aj Jankovský (2006), ktorý popisuje, že určenie formy detskej mozgovej obrny je možné až po ukončení raného vývinu dieťaťa. Kraus et al. (2005) definuje, že deti s detskou mozgovou obrnou môžu mať periódu útlmu, so žiadnymi alebo len málo zreteľnými neurologickými príznakmi. Dôsledkom je stanovenie diagnózy v rozmedzí od niekoľkých mesiacov od narodenia až po koniec druhého roku života dieťaťa.

Okál'ová (2008) definuje, že podozrenie na riziko detskej mozgovej obrny môžeme preukázať už v prvých týždňoch života dieťaťa na základe úrovne psychomotorického vývinu, polohových testov podľa profesora Vojtu, či neurologického vyšetrenia. Na základe týchto vyšetrení môžeme určiť, či ide o dieťa s vysoko pravdepodobnou diagnózou detskej mozgovej obrny, dieťa ohrozené rozvojom detskej mozgovej obrny a dieťa, ktoré je rizikové s normálnym klinickým nálezom, kedy sa odporúča ďalšie sledovanie dieťaťa. Jakobová (2007) dodáva, že diagnóza detskej mozgovej obrny nemusí vždy znamenať ťažké postihnutie, či handicap. Dieťa s ľahkou formou detskej mozgovej obrny môže byť len nemotorné a funguje v živote bez špeciálnej formy pomoci.

Vysokým rizikom pre vznik detskej mozgovej obrny podľa Ošlejškovej et al. (2008), je nízka pôrodná hmotnosť a abnormálne krátka gestácia. Nedonosené deti počas prvého roku života často vykazujú ľahké tonusové poruchy, ktoré sú ale prechodné a postupne miznú. U novorodencov s postihnutím rôznymi léziami mozgu sa nemení kvantita spontánnej hybnosti, ale mení sa kvalita hybnosti. Stráca sa plynulosť a komplexnosť (Kraus et al., 2005). Autor (tamtiež) dodáva, že vysoké ohrozenie vývinu centrálnej nervovej sústavy predstavujú kŕče u novorodencov. Dôležité je včasné zachytenie kŕčov a začiatok liečby. V novorodeneckom období má klinický obraz poškodenia mozgu podobu centrálného

hypotonického, či hypertonického syndrómu. Klinický obraz hypoxicko-ischemickej encefalopatie v tomto období sa vyskytuje len u malého percenta detí. Avšak je možné zachytiť patologické odchýlky vo vývine už prvom, či druhom trimeone u dieťaťa a začať včasnú cieleňú liečbu.

V období raného veku dieťaťa sú zrejmé zmeny svalového tonusu a pohybových funkcií. Najčastejšou formou detskej mozgovej obrny je forma spastická, ktorá sa môže vyvinúť v prvých dvoch rokoch aj z centrálného hypotonického syndrómu (Ošlejšková et al, 2008). Nevšimalová et al. (2005) dodáva, že spastickú formu detskej mozgovej obrny definuje v prvých mesiacoch po pôrode zvýšený svalový tonus, zvýšená dráždivosť a patologické vzorce lokomotorického vývinu u dieťaťa. Kraus et al. (2005) doplňuje, že v priebehu dojčenského obdobia dôsledkom vývinu a zrenia nervového systému a rôzneho stupňa poškodenia postupne dochádza k rozvoju obrazu definitívnej formy detskej mozgovej obrny.

Hyperkinetický syndróm alebo tiež atetóza, je typický pre perinatálne obdobie (Jankovský, 2006). V neskoršom veku už vzniknúť nemôže. Na jeho vzniku sa podieľa novorodenecká popôrodná žltacka (Pfeiffer, 2007).

Kraus et al. (2005) popisuje, že hemiparetickú formu detskej mozgovej obrny je veľmi ťažké zdiagnotikovať v novorodeneckom období. Diagnóza je zvyčajne oneskorená. Autor (tamtiež) dodáva, že v novorodeneckom období je u dieťaťa v bdelom stave držanie tela asymetrické. Dieťa leží na polovici tela v rozsahu od tváre cez hrudník až po oblasť pupku.. Horné a dolné končatiny nie sú schopné opornej funkcie. Hlavu má dieťa otočené k jednej strane . To je do šiesteho týždňa života dieťaťa fyziologické, ale nesmie byť fixované. Dieťa by malo mať schopnosť otočiť hlavu k jednej strane. V polohe na chrbte by novorodenec mal otočiť hlavu na druhú stranu. K novorodenec túto schopnosť nemá, ide o fixovanú predilekciu. Tento jav je rizikový. V tomto období dieťa ešte nemá k dispozícii rovnovážne funkcie. Ošlejšková et al. (2008) dodáva, že neurologickým prejavom v novorodeneckom období je zníženie tonusu a svalovej sily v dolných končatinách.

V štvrtom až šiestom týždni sa u dieťaťa objavuje optická fixácia. To vedie dieťa k správnej a včasnej orientácii. Dieťa začína zdvíhať hlavu proti gravitácii. Objavuje sa oporná funkcia horných končatín a mení sa celkové držanie tela (Kraus et al., 2005).

Spastické formy detskej mozgovej obrny sa najčastejšie prejavujú najskôr fázou hypotonickou, ktorá sa však koncom prvého trimesonou začne meniť na spasticitu – hypertóniu (Jankovský, 2006).

Podľa Krausa et al. (2005) sa dyskinetická forma detskej mozgovej obrny objavuje okolo piateho až desiateho mesiaca života dieťaťa a rozvoj trvá až do dvoch rokov. Zvyčajne sa vyvíja z hypotonického syndrómu.

Autor (tamtiež) dodáva, že vo štvrtom trimesone sa objavuje vertikalizácia u dieťaťa a tiež chôdza stranou s pomocou opory horných končatín. V troch rokoch sa začína dieťa stáť na jednej nohe a objavuje sa letová fáza kroku.

Hypotonická forma nespastickej detskej mozgovej obrny sa vyskytuje prevažne v dojčenskom veku, neskôr sa môže meniť na formu spastickú alebo dyskinetickú. Hypotonická forma sa prejavuje asi do troch rokov dieťaťa a ak pretrváva, sprevádza ju ťažká mentálna retardácia (Jakobová, 2007).

Už v prvom roku života dieťaťa sa môže vyskytnúť dyskinetická forma detskej mozgovej obrny. Vyvinúť sa môže z hypotónie alebo hypertónie (Opatřilová, 2005).

Obdobie **predškolského veku** vymedzujeme od tretieho do šiesteho roku života dieťaťa (Opatřilová, 2005). Balogová (2017) dodáva, že toto obdobie sa definuje od konca obdobia batolaťa po vstup do školy. V tomto období prebieha rozvoj pohybovej obratnosti a sebaobsluhy (Opatřilová, 2005).

V tomto období zohráva dôležitú úlohu hmat, ako sprostredkovateľ vnemových zážitkov. U intaktného dieťaťa sa zdokonaľujú a spresňujú pohyby a dieťa sa učí svoje pohyby vedome koordinovať (Balogová, 2017).

U detí s diagnózou detskej mozgovej obrny je to inak. Veľa detí s ťažkou formou detskej mozgovej obrny začína samostatne chodiť až v predškolskom veku, okolo piateho až šiesteho roku života a mechanizmus ich chôdze je výrazne narušený (Jankovský, 2006).

Význam u detí predškolského veku s detskou mozgovou obrnou má **pohybová výchova**. Vychádza z fyzioterapie, kde hlavným aspektom liečby je pohyb (Hudáčová, 2000). Aplikáciu reflexnej terapie rozpracoval Kábele. Ide o rozvoj hybnosti a reči na základe niekoľkých zásad.

Rozoznávame:

- zásadu vývinovosti, kde dbáme na prirodzený rozvoj pohybu a reči a nenútiť dieťa do ďalších činností,
- zásadu reflexnosti, využívanie pohybových a polohových reflexov pri nácviku pohybu a reči,
- zásada rytmizácie, tým je možné dosiahnuť zníženie spasticity a mimovoľných pohybov. Využívajú sa riekanky, spev, či hudba,
- zásada komplexnosti, znamená viacmyslové pôsobenie na dieťa prostredníctvom rôznych zmyslových podnetov,
- zásada kolektívnosti, nácvik hybnosti a reči by sa mal vykonávať v kolektíve detí, nie individuálne, aby sa dieťa necítilo samo,
- zásada individuálneho prístupu (Kábele, 1993).

U detí predškolského veku s detskou mozgovou obrnou je dôležitý aj nácvik manipulačných schopností. Cieľom je nácvik úchopu a manipulácia s rôznymi predmetmi. K nácviku sa využívajú hlavne predmety bežného života. Rovnako dôležitý je aj nácvik sebaobsluhy, kam zaraďujeme stolovanie (Hudáčová, 2000). Deti s detskou mozgovou obrnou majú často problémy pri týchto úkonoch. Je preto dôležité dať dieťa do stabilnej polohy, hlava nesmie byť príliš zaklonená ani predklonená a ruky by sa mali opierať o podložky a potrava by mala byť v zornom poli dieťaťa (Gangale, 2004). Problém u detí s touto diagnózou je tiež hygiena ústnej dutiny v dôsledku nedostatočnej motoriky pier, jazyka a líc (Hudáčová, 2000).

Kraus et al. (2005) dodáva, že deti s detskou mozgovou obrnou potrebujú náležitú predškolskú prípravu, zhodnotenie ich schopností a zostavenie plánu. Vhodne zostavený predškolský program môže výrazne pomôcť s integráciou dieťaťa v základnej škole.

2.2 Motorika a kontrola hybnosti u detí s detskou mozgovou obrnou

Motorika ako pohyb tvorí dôležitú súčasť rozvoja osobnosti u dieťaťa v ranom a predškolskom veku. Nerovnomernosti a problémy v rozvoji hrubej, či jemnej motoriky môžu znamenať riziká vo vývine dieťaťa. U detí s detskou mozgovou obrnou sa najčastejšie stretávame

s nezrovnalosťami a poruchami v motorickom vývine ako aj s problémami s intenzitou napätia svalových skupín.

Pod pojmom **motorika** rozumieme súhrn všetkých pohybov tela. Je to celková pohybová schopnosť organizmu. Friedlová (2007) dáva do povedomia motoriku z dôvodu, že je to zásadná oblasť osobnosti pomocou schopnosti pohybu, z dôvodu, že práve pohyb sprevádza človeka po celý život.

Hrubá motorika: je tvorená veľkými svalovými skupinami (Opatřilová, 2005). Zahŕňa všetko, čo súvisí s pohybom a obratnosťou a teda chôdzu, behanie, skákanie, kopanie a tak ďalej (Budíková, 2004). Michalová (2008) popisuje motoriku ako schopnosť dieťaťa koordinovane používať svoje telo ako celok. Hrubá motorika sa rozvíja predovšetkým v ranom veku dieťaťa a v predškolskom veku sa vylepšuje (Prochádzka, 2006).

Jemná motorika: je riadená aktivitou drobných svalov. Ide o zdokonaľovanie jemných pohybov rúk, manipulácia a uchopovanie drobných predmetov (Opatřilová, 2005). Michalová (2008) dodáva, že ide o jemné pohyby, pri ktorých je dôležitá koordinácia ruky a zraku. Rozvíja sa predovšetkým v predškolskom období, kedy sa tiež diferencuje pravá a ľavá ruka (Prochádzka, 2006).

Medzi zložky jemnej motoriky patrí: grafomotorika, logomotorika, mimika, oromotorika, vizuomotorika (Dvořák, 1998).

Svalový tonus: je napätie svalových vlákien medzi začiatkom a úponom svalu. Svalový tonus sa mení so stratou vedomia napríklad pri epileptickom záchvate, ktorý je u detí s detskou mozgovou obrnou častý. Svalový tonus je predpokladom pre udržanie vzpriamenej polohy tela (Kopčíková, 2016). Svalový tonus sa môže prejavovať ako hypertonia, hypotónia a striedavý svalový tonus (Opatřilová, 2005).

Hypertónia: je stav zvýšeného svalového tonusu. Vzniká pri poruche centrálného neurónu.

Prejavuje sa kŕčovitosťou a stuhnutosťou (Opatřilová, 2005). Kopčíková (2016) dodáva, že jednou z príčin vzniku môže byť poškodenie mozgu pri nedostatku kyslíka napríklad pri komplikovanom pôrode. Ďalšími príčinami vzniku môžu byť metabolické poruchy alebo infekcie počas vnútromaternicového vývinu plodu. Autorka (tamtiež) udáva niekoľko signálov, ktoré môžu značiť, že dieťa v novorodeneckom veku je hypertonické: dieťa v polohe na chrbte

neleží uvoľnene, ale dýcha zrýchlene, zvierajú ruky v pästi, ruky sú napäté do strany alebo skrčené k hrudníku, hlavu skláňa do záklonu alebo drží hlavu trvalo na jednej strane, dieťa neznáša dobre polohu na bruchu.

S hypertóniou súvisia pojmy spasticita a rigidita. Pod pojmom spasticita rozumieme zvýšené napätie svalových vlákien. Prejavuje sa tým, že pasívne napínaný sval kladie odpor. Po prekonaní odporu sval náhle povolí a následný pohyb možno ľahko vykonať. Rigidita sa prejavuje tým, že sval, ktorý je pasívne napínaný, prejavuje odpor od začiatku do konca. Môže byť prerušený náhlým uvoľnením svalového tonusu (Lesný, Špitz, 1989). Kraus (2005) dodáva, že rigidita nezávisí od zvolenej rýchlosti pasívneho pohybu.

Hypotónia je naopak stav zníženého svalového tonusu (Opatřilová, 2005). Znížený svalový tonus sa obvykle spája so spomalením motorického vývinu u dieťaťa. Hypotonické dieťa môže byť menej obratné. S hypotóniou u detí zvyčajne súvisí okrem spomaleného motorického vývinu aj problémy v jemnej motorike a problémy vo vývine reči. Dieťa s hypotóniou môže mať tiež problémy pri dojčení. Problém nastáva pri koordinácii svalov, ktoré súvisia so sacím reflexom. Tieto deti sa ľahšie pri dojčení unavia a potrebujú viac času a trpezlivosti (Kopčíková, 2017). S hypotóniou súvisí pojem ataxia. Ataxia znamená porušenie koordinácie telesných pohybov. Najčastejšie sa prejavuje ako nestálosť a labilita pri pohybe a tiež ako porucha koordinácie pohybu očí a reči. Príznakmi sú nekoordinované držanie tela, problémy s udržaním stabilnej polohy, tremor pri pokuse vykonania jemných pohybov, dysartria, problémy s rovnováhou, nystagmus, kolísavé držanie tela (Rexa, 2005).

U detí s detskou mozgovou obrnou sa z hľadiska jemnej motoriky objavuje úchop, ktorý zaraďujeme medzi sekundárne úchopové formy. Sú to úchopy, ktoré patologicky zmenená končatina umožní (Hadraba, 2001). Podľa Svobodu (2001) postihnutie ruky znemožňuje osamostatnenie sa pretože dieťa nie je schopné manipulovať s rôznymi predmetmi, poznávať objekty a preto je sťažený aj sociálny kontakt.

Deti s detskou mozgovou obrnou majú zvyčajne problémy v schopnosti získavať informácie o objektoch dotykom, v hodnotení a orientácii polohy vlastného tela, v hodnotení vzdialeností vecí, v rozvoji selektívnej pozornosti (Kraus et al., 2005).

Svobodová (1997) uvádza, že rodičia detí v predškolskom veku venujú malú pozornosť rozvoju jemnej motoriky a grafomotoriky. Dôvodom je, že rodičia upriamujú pozornosť na

rehabilitačné programy pre svoje dieťa, avšak tieto programy nie sú vždy zamerané na rozvoj jemnej motoriky, ale predovšetkým na posturálne-lokomočný systém.

Pri posudzovaní hrubej motoriky si u dieťaťa všímame pohyby, či sa jedná o pohyby účelné, neúčelné, správne, nesprávne, voľné alebo mimovoľné. Všímame si tiež charakteristiky pohybov, a teda presnosť, rozsah, dynamiku, silu, tempo. Taktiež pohybovú pamäť, výskyt stereotypov a automatizmov (Opatřilová, 2005). Podľa Svobodovej (1997) je podstatné si všímať, či sa dieťa pohybuje samostatne, či sa pohybuje s výrazným obmedzením. Taktiež je podľa autorky (tamtiež) dôležité si všímať mimovoľné pohyby, unaviteľnosť pri motorických aktivitách alebo koordináciu pohybov a sed.

U detí s detskou mozgovou obrnou sa najčastejšie stretávame s oneskoreným motorickým vývinom, ktorý sa prejavuje v nekoordinácii pohybov, problémami s rovnováhou, či v obratnosti. Spomaľuje sa tiež vývin pohybových vzorcov a chýbajú vzpriamovacie reflexy, čo sa môže prejavovať v sede, chôdzi a postoji dieťaťa (Bartko, 1993).

Podľa Krausa et al. (2005) môžeme motorickú dysfunkciu pri detskej mozgovej obrne rozdeliť do dvoch kategórií. Prvou sú pozitívne príznaky, ide o abnormálne fenomény, ktoré predstavujú absenciu inhibície z kortikálnych okruhov. Pri negatívnych príznakoch ide o stratu vývinu odpovedajúcich senzomotorických kontrolných mechanizmov. To súvisí so zlou koordináciou pohybov. Negatívne príznaky môžeme rozdeliť na centrálnu dyskoordináciu, čo znamená nedostatočné programovanie pohybov a parézu. U jednotlivcov s detskou mozgovou obrnou sa centrálna dyskoordinácia prejavuje ako zmena kontroly hybnosti ruky a problémy s manipuláciou s predmetmi. Paréza znamená deficit kapacity vytvoriť silnú svalovú kontrakciu v priebehu voľného pohybu.

Základné rámcové programy posturálnej motoriky a lokomócie, či prvky úchopu sú geneticky zakotvené a fixované. Ich vývoj prebieha podľa genetického plánu. Pod naplnením genetického programu rozumieme vertikálne postavenie a chôdzu. Profesor Vojta zistil, že aktivizáciou globálnych vzorcov reflexnej lokomócie prebudí u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou začiatkový stupeň normálnej ľudskej ontogenézy. Dieťa s detskou mozgovou obrnou objaví motorické funkcie v okamihu, keď sú globálne vzorce aktivované (Marešová, et al., 2011). Autorka (tamtiež) uvádza, že u detskej mozgovej obrny ide prvotne o poruchu motoriky. Ak chceme pozmeniť charakteristické držanie tela alebo pohybové správanie, je potrebné vytvoriť nové programy a uložiť ich do pamäte učením. Jednotlivec s detskou mozgovou

obrnou sa musí naučiť vnímať novú situáciu a aktívne sa podieľať na tvorení programu. Taktiež je v tomto procese dôležitá správna motivácia dieťaťa.

Kraus et al. (2005) uvádza, že vývin posturálnej aktivity je kineziologicky presne definovaný. Marešová et al. (2011) dopĺňa, že posturálne funkcie tvoria opornú bázu každého pohybu. Dokonalý vzor držania tela je teda predpokladom pre rovnako dokonalý pohyb. Nedokonalý vzor v držaní tela sa prejavuje nedostatočnou vzpriamovanou funkciou.

Na utváranie celkového postoja dieťaťa a zapojenia posturálneho svalstva má vplyv, podľa Jakobovej (2007) verikalizácia. Tá okrem spomenutého napomáha aj pri rozvoji kognitívnych funkcií a je predpokladom pre rozvoj rovnováhy.

Dôležitú úlohu zohráva aj hodnotenie vlastnej polohy tela v priestore. U dieťaťa s detskou mozgovou obrnou sa v tomto smere vyskytujú deficity, je preto dôležité pomôcť dieťaťu vytvoriť si čo najlepšiu predstavu vlastného tela a chápania, či plánovania pohybu. Dieťa, ktoré si nevytvorí predstavu o sebe a svojich končatinách, nevie vytvoriť plán svojho pohybu v priestore (Kraus et al., 2005). Jakobová (2007) dodáva, že problémy sa objavujú tiež v určení miesta a polohy objektu vzhľadom k vlastnej osobe.

2.3 Sprievodné prejavy detskej mozgovej obrny

S diagnózou detskej mozgovej obrny súvisia okrem zjavných pohybových deficitov a problémov s motorikou aj iné, pridružené ochorenia a prejavy. Deti s detskou mozgovou obrnou majú často epilepsiu a zníženie kognitívnych schopností. Vyskytujú sa tiež poruchy v komunikácii, čo súvisí s deficitmi v orofaciálnej oblasti, a s problémami s príjmom potravy. Okrem spomínaných deficitov sa u detí s detskou mozgovou obrnou zvyčajne vyskytujú aj zmyslové poruchy, ako sú poruchy zraku, sluchu, ale tiež problémy v citovej oblasti a problémy so správaním, či učením.

Podľa Krausa et al. (2005) predstavuje starostlivosť o dieťa s detskou mozgovou obrnou výzvu pre celý zdravotný systém. Keďže ide o chronické a komplexné neurologické postihnutie, je dôležitý multidisciplinárny prístup v starostlivosti o dieťa. Na starostlivosti by sa mali podieľať odborníci z oblasti pediatrie, rehabilitácie a fyzioterapie, neurológie, ortopedie, pracovnej terapie, logopédie, psychológie, špeciálnej a sociálnej pedagogiky.

Komárek et al. (2008) dodáva, že na spolupráci by sa mali podieľať aj ortopéd, protetik, oftalmológ a foniater. Deti s detskou mozgovou obrnou si podľa autora (tamtiež) vyžadujú pravidelnú kontrolu ich zdravotného stavu.

Epilepsia: epileptické záchvaty sa zvyčajne objavujú u ťažších foriem detskej mozgovej obrny ako je kvadruparéza, hypotonická či hemiparetická forma. No nie je vylúčená aj u ľahších foriem detskej mozgovej obrny. Po záchvate je dieťa vyčerpané a vysilené (Jakobová, 2007). Epilepsiu ako ochorenie definuje vtedy, keď dochádza k opakovaným záchvatom. V priebehu záchvatu sa kombinujú príznaky ako porucha vedomia, motorické a somatosenzorické príznaky, vegetatívne a psychické príznaky (Jankovský, 2006). Jakobová (2007) dodáva, že záchvaty môžu byť časovo rôzne dlhé. Kraus et al. (2005) uvádza, že u jednotlivých foriem detskej mozgovej obrny sa vyskytujú rôzne druhy záchvatov. Deti s hemiparetickou formou detskej mozgovej obrny majú najčastejšie parciálne záchvaty. U kvadruparetickej formy detskej mozgovej obrny sa vyskytujú absencie, generalizované tonicko-klonické záchvaty sú zvyčajne sekundárne generalizované. Väčšina detí s diparetickou formou má generalizované tonicko-klinické záchvaty. Je dôležité určiť typ záchvatu u dieťaťa vzhľadom možnostiam liečby a terapie.

Pri kategorizácii typu záchvatu má opodstatnenie EEG vyšetrenie. Hlavná časť liečby spočíva v podávaní antiepileptík (Ošlejšková, et al., 2008). Kraus et al. (2005) udáva, že deti s detskou mozgovou obrnou a tiež epilepsiou majú väčšie kognitívne poruchy.

Mentálna retardácia: mentálnu retardáciu môžeme vymedziť ako trvalý stav, pre ktorý je charakteristické celkové zníženie intelektových schopností a problémy v adaptácii (Jankovský, 2006). Kotagal (1996) uvádza, že asi tretina detí s detskou mozgovou obrnou je v pásme stredne ťažkej až ťažkej mentálnej retardácii, ďalšia tretina je v pásme ľahkého stupňa mentálnej retardácie a posledná tretina má intelekt v norme. Ťažké mentálne postihnutie postihuje prevažne deti s kvadruparetickou a hypotonickou formou detskej mozgovej obrny (Jankovský, 2006).

Poruchy reči a komunikácie: detská mozgová obrna ovplyvňuje reč už od začiatku vývinu dieťaťa. U týchto detí sa objavujú problémy už v dojčenskom období, ide o problémy so saním a dýchaním. Neskôr sa objavujú problémy s príjmom a spracovaním potravy, či žuvaním (Kraus et al., 2005). Jakobová (2007) dopĺňa, že pri poruchách reči je zasiahnuté svalstvo hovorových orgánov a tým aj zložky rečového prejavu ako je dýchanie, artikulácia,

plynulosť a koordinácia hovoreného prejavu. Podľa Krausa et al. (2005) dochádza k porušeniu komunikačných schopností v dôsledku organického postihnutia centrálného nervového systému. Autor (tamtiež) dodáva, že vývin reči u detí s detskou mozgovou obrnou je vo väčšine prípadov obmedzený a v tom lepšom prípade oneskorený.

U detí s detskou mozgovou obrnou sa často stretávame s **anartriou**, čo znamená neschopnosť artikulovať jednotlivé hlásky. Vyskytuje sa tiež **dysartria**, a teda nezrozumiteľná artikulácia (Jankovský, 2006). Kraus et al. (2005) uvádza **spastickú (pyramídovú) dysartriou**, ktorá je spôsobená poruchou v mozgovej kôre a je typická hlavne pre spastickú formu detskej mozgovej obrny. Prejavuje sa tichým hlasom, problémami s dýchaním, obmedzenou artikuláciou vzhľadom k pohyblivosti orofaciálneho svalstva. Reč je nerytmická, monotónna, pomalá, hlásky často navzájom splývajú. **Atetoidnú (extrapyramídovú) dysartriou** spôsobuje porucha extrapyramídového systému. Je typická pre dyskinetickú formu detskej mozgovej obrny. Prejavuje sa problémami s dýchaním, vzhľadom k nekontrolovateľným pohybom, čo narúša zrozumiteľnosť reči. Artikulácia je neusporiadaná, charakteristický je žmoliaci pohyb jazyka, vynechávanie hlások i celých slov v reči. **Ataktická dysartria** je spôsobená poškodením mozogovej kôry a jeho dráh. Vyskytuje sa pomalé tempo v reči, nepresná artikulácia, pomalá reč s výraznými pauzami. Autor (tamtiež) tiež uvádza **kortikálnu a zmiešanú dysartriou**.

Jakobová (2007) dopĺňa, že medzi najčastejšie poruchy reči pri detskej mozgovej obrne okrem spomínaných, patria aj alália, afázia a dyslália. Autorka (2007) popisuje, že je podstatné začať s logopedickou liečbou dostatočne včas a je potrebné ju zladit' s fyzioterapiou. Logopedická terapia by mala prebiehať individuálne s dieťaťom a význam má taktiež stimulácia orofaciálnych orgánov. Kraus et al. (2005) dodáva, že logopéd by mal mať povedomie o metódach alternatívnej a augmentatívnej komunikácie pre deti s detskou mozgovou obrnou. To zahŕňa systémy, ktoré sa využívajú ako náhrada hovorenej reči.

Poruchy s príjmom potravy: Komplikácie s príjmom potravy trpí väčšina detí s detskou mozgovou obrnou. Vývin nemusí dosiahnuť úroveň hryzenia. Často sa vyskytuje aj gastroesofagenálny reflux. Problémy sú aj v orálnej a prehltacej fáze. U detí sa zvyčajne vyskytuje porucha prehltania a tým býva spojené nadmerné slinenie (Kraus et al, 2005). Jakobová (2007) dodáva, že deficity nastávajú aj pri raste zubov, čo môže spôsobovať komplikácie v reči.

Poruchy sluchu: poruchy sluchu sa vyskytujú prevažne pri dyskinetickej forme detskej mozgovej obrny. To môže mať negatívny dopad na socializáciu dieťaťa (Jankovský, 2006). Najčastejšie vznikajú v dôsledku poškodenia sluchovej dráhy (Jakobová, 2007). Narušený býva zvyčajne aj fonematický sluch, ide o sluchové rozlišovanie jednotlivých hlások (Kraus et al., 2005).

Poruchy zraku: poruchy zraku sa najčastejšie vyskytujú pri diparetickej forme detskej mozgovej obrny. Zvyčajne sa objavuje u detí strabizmus. Avšak v prípade detskej mozgovej obrny ide o poruchu mozgu, ktorá spočíva v neschopnosti riadiť pohyby oboch očných buliev súčasne. Ak nepríde včas k úprave, oko začne slabnúť a môže nastať tupozrakosť (Jakobová, 2007). Jankovský (2006) dodáva, že pomerne častým javom je amblyopia, a teda tupozrakosť oka alebo tiež nystagmus, kedy ide o rýchle mimovoľné pohyby očí.

U detí s detskou mozgovou obrnou sa vyskytujú aj poruchy pozornosti a problémy s vnímaním a predstavivosťou. V citovej oblasti sa deti môžu javiť ako nevypelé. (Jakobová, 2007). Kraus et al. (2005) dodáva, že u detí s detskou mozgovou obrnou sa vyskytujú poruchy pozornosti už v dojčenskom veku a sú nepokojnejšie.

Deti s detskou mozgovou obrnou majú mnoho zdravotných problémov, ktorým musia čeliť. Základ procesu liečby tvorí multidisciplinárny tím odborníkov. Existuje niekoľko možností liečby a terapií pre deti s touto diagnózou, ktoré im môžu pomôcť a uľahčiť život. Tejto téme sa budem venovať v ďalšej subkapitole.

2.4 Možnosti liečby detskej mozgovej obrny

Základom liečby dieťaťa s detskou mozgovou obrnou je včasná rehabilitácia. Najčastejšie sa u týchto detí využíva Vojtova metóda reflexnej lokomócie, Bobathov koncept. Taktiež je využívaná metodika profesora Tardieuho, laseroterapie, magnetoterapia. Využívajú sa aj doplnujúce rehabilitácie ako sú masáže, bazálna stimulácia, plávanie. Prínos majú aj formy terapie, predovšetkým ergoterapia, ale aj canisterapia a hipoterapia. Ale aj expresívne terapie ako muzikoterapia, arteterapia a koncept Snoezelen. Podstatu má aj farmakoterapia, založená predovšetkým na užívaní liekov, ktoré potláčajú spasticitu. Prínos má tiež aplikácia botulotoxínu do spastických svalov. V niektorých prípadoch je potrebné pristúpiť aj k neuro-

chirurgickým operačným zákrokom. To je najvhodnejšie absolvovať v predškolskom veku dieťaťa (Okál'ová, 2008).

Liečebná rehabilitácia predstavuje podľa Krausa et al. (2005) základný terapeutický postup. Základom je, že každé dieťa je individuálne a terapia by mala byť tomu prispôsobená. Jakobová (2007) dodáva, že pojem liečebná rehabilitácia znamená komplex diagnostických, rehabilitačných a terapeutických opatrení. V procese rehabilitácie je potrebná aktívna účasť jednotlivca, ktorý je rehabilitovaný a rehabilitácia vychádza z pozitívnych hodnôt a nie z negatívnych dôsledkov postihnutia. Cieľom je teda minimalizácia zdravotného postihnutia. Rehabilitačná liečba prebieha ambulantne, taktiež formou pobytov v zariadeniach ako sú nemocnice, sanatóriá alebo tiež formou kúpeľnej liečby (Okál'ová, 2008).

2.4.1. Základné možnosti liečby

Vojtova metóda reflexnej lokomócie: Zásadným prínosom tejto metódy je rozlišovanie svalových funkcií, ktoré zodpovedajú svalovej diferenciacii ľudského motorického vývinu a smerujúcich proti motorickej patológii (Kraus et al., 2005). Táto metóda je jednou z najrozšírenejších v rozvoji hybnosti u detí. Profesor MUDr. Vojta túto metódu začal rozvíjať od roku 1954 a základ tvoria dva pohybové prvky, a to reflexné plazenie, kde základnou polohou je poloha na bruchu a reflexné otáčanie, pri ktorom je v prvej fáze základom poloha na chrbte s hlavou otočenou na bok a v druhej fáze, je to poloha na boku. V tejto metóde ide o aktiváciu hybnosti podľa vrodeného vzorca v centrálnej nervovej sústave reflexnou cestou. Najväčší význam má táto metóda u detí do jedného roku života. Dôvodom je vysoká plasticita mozgu dieťaťa (Jakobová, 2007).

Bobathov koncept: túto metódu vytvorili manželia Bobathovci počas druhej svetovej vojny. Cieľom tohto konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou je ovplyvnenie patologického tonusu a modifikovanie patologických pohybových vzorcov, čím môže dieťa získať správnu senzomotorickú skúsenosť. (Jakobová, 2007). Koncept pri cvičení s dieťaťom rešpektuje ontogenetický vývin dieťaťa a dôkladná pozornosť je venovaná vzpriamovacím reakciám (Klenková, 2000). Špeciálny dôraz kladie tento koncept na tímovú spoluprácu fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopéda a špeciálneho pedagóga (Jakobová, 2007). Bobath koncept nahliada na jednotlivca ako na celok. Je ho možné aplikovať u malých detí dojčenského veku, ale i u starších detí a dospelých (Kraus et al., 2005). Autor (tamtiež) dodáva, že jedným z podstatných

faktorov v Bobath koncepte je schopnosť terapeuta analyzovať a pozorovať funkčné schopnosti dieťaťa. Bobathoví rozpracovali aj klasifikáciu detskej mozgovej obrny, ktorá obsahuje štyri hlavné skupiny a niekoľko podskupín a tiež vlastné princípy terapie u detí s diagnózou detskej mozgovej obrny.

Laseroterapia: laser je prístrojové zariadenie, ktoré uvoľňuje energiu ako lúč elektromagnetického žiarenia. Tento lúč má vysokú energiu (Jakobová, 2007). Účinky laseru sú analgetické, protizápalové, fotostimulačné, termické a fotochemické. U detí s detskou mozgovou obrnou sa využíva k zníženiu spasticity. Kontraindikáciou je však epilepsia (Kraus et al., 2005).

Magnetoterapia: patrí medzi najstaršie formy fyzikálnej liečby. Vďaka magnetoterapii dochádza u detí s detskou mozgovou obrnou k zlepšenej biorytmusu spánku a bdenia a má pozitívny efekt na náladu dieťaťa, psychomotoriku a zníženiu počtu epileptických záchvatov (Jakobová, 2007).

Metóda podľa profesora Tardieu: táto metóda je určená pre deti do troch rokov života. Deti s postihnutím rozdeľoval na infirmité motrice cérébrale a encephalopatie a podľa toho zaujímal liečebný postup. Deti s encephalopatiou majú kombinované postihnutie a v takej miere postihnutý intelekt, že intenzívna terapia by bola neúčinná. Tardieu sa venoval deťom hlavne v oblasti intelektu. Pokiaľ zistil u dieťaťa nízky intelekt, pri ktorom nie je možnosť integrácie, svoju pozornosť venoval rodičom dieťaťa a inštruktáži ako s dieťaťom zachádzať, tak aby bolo spokojné. Venoval sa tiež pomôckam pre deti s postihnutím a zaviedol faktorové hodnotenie (Švestková, et al., 2017).

Pomerne mladou, no efektívnou metódou v rehabilitácii v porovnaní s ostatnými je **neurodynamická korekcia** pri poruchách motoriky. Označuje sa ako metóda neuropsychofyzickej korekcie a neurorehabilitácie. Ide o špecifické pôsobenie na jednotlivé štruktúry mozgu konkrétnymi cvičeniami. Cieľom je postupné vyrovnávanie svalového napätia, tlmenie hyperkinéz, korekcia telesných deformít, zlepšenie príjmu potravy, dýchania, motorickej aktívnej stránky reči, zníženie salivácie a stimulácia mentálneho vývinu (Vančová, Smolianinov, 2014).

2.4.2 Doplnkové možnosti rehabilitácie

So základným metódami rehabilitácie ako sú Vojtova metóda alebo Bobath koncept súvisia aj doplnkové možnosti terapií, ktoré dieťaťu s detskou mozgovou obrnou môžu pomôcť v kondícii, koordinácii, v orientácii vzhľadom k vlastnému telu a tiež poskytujú relaxáciu. Do tejto kategórie patria masáže, bazálna stimulácia, plávanie, kúpeľná liečba, či vodoliečebné procedúry, facilitačná terapia alebo kraniosakrálna terapia.

Bazálna stimulácia: autorom konceptu bazálnej stimulácie je profesor Dr. Frohlich, ktorý ako špeciálny pedagóg pracoval s deťmi s ťažkým kombinovaným postihnutím. Cieľom bazálnej stimulácie je rozvoj vnímania vlastnej identity, zvládnutie orientácie v čase a priestore, zlepšenie komunikácie, umožňuje dieťaťu aby vnímalo vlastné telo a jeho hranice, vnímal okolitý svet a poskytuje nový zážitok (Friedlová, 2007). Základom konceptu je pojem celistvosti a veľký význam majú poznatky z prenatálneho obdobia. V bazálnej stimulácii je dotyk ako prostriedok komunikácie. Pri dotykoch je dôležitá kvalita dotyku. Dotyk musí byť zreteľný a cielený, tak aby si vnem jednotlivec uvedomil a vedel ho spracovať. Rovnako podstatná je aj lokalita dotykov, keďže veľa detí s detskou mozgovou obrnou zle vníma dotyky v orofaciálnej oblasti a intenzita dotykov (Friedlová, 2003). Za základné oblasti podpory v koncepte bazálnej stimulácie sa považujú somatická, vestibulárna a vibračná stimulácia jednotlivca (Friedlová, 2007).

Plávanie: plávanie je aktivita, ktorá od jednotlivca vyžaduje spoluprácu a zapojenie sa do činnosti. Plávanie umožňuje zlepšenie telesnej kondície a tiež relaxáciu. Taktiež pôsobí na rôzne orgány, telo ako celok a pôsobí na otužovanie organizmu. Zlepšuje metabolizmus, pomáha prehlbovať spánok a prispieva k zlepšeniu psychiky. U detí s detskou mozgovou obrnou plávanie vo vhodne teplej vode znižuje svalový tonus, zlepšuje sa sebestačnosť a podporuje dýchanie (Okál'ová, 2008)

Vodoliečebné procedúry a kúpeľná liečba: na organizmus dieťaťa pôsobia pri vodoliečebných procedúrach tepelná a pohybová energia a tiež špeciálne látky, ktoré sú pridávané do vody. Využívajú sa vírivé či perličkové kúpele. Deti s detskou mozgovou obrnou zvyčajne vnímajú vodné procedúry pozitívne a tieto procedúry sú vhodným doplnkom k rehabilitácii. Pre deti sú zdrojom nových podnetov a precvičovania pohybov, ktoré na suchu nemusia zvládať (Kraus et al., 2005). Autor (tamtiež) dodáva, že kúpeľná liečba je pre deti s detskou mozgovou obrnou intenzívna liečebná rehabilitácia. Okál'ová (2008) dopĺňa, že je

vhodné kúpeľné pobyty opakovať a navštevovať pravidelne. Podstatou je že na procedúry má dieťa a dostatok vyhradeného času a môže sa intenzívne venovať liečeniu (Kraus et al., 2005).

Kraniosakrálna terapia: patrí medzi jemné techniky. Pomáha rozpoznať a odstrániť nerovnováhu v kraniosakrálnom systéme. Táto terapia zlepšuje prirodzené liečebné procesy tela u jednotlivca a je účinná pri problémoch s motorickou koordináciou, hyperaktivitou, či poruchách centrálného nervového systému (Jakobová, 2007). Kraniosakrálna terapia, prispieva u detí s detskou mozgovou obrnou k celkovej úľave, povzbudeniu organizmu. Môže tiež pomôcť normalizovať svalový tonus a prispievať k fyzickej i psychickej rovnováhe. Efekt má aj pri liečbe epilepsie a bolestivých sekundárnych prejavov u detí (PHK MARKETING, 2016)

Facilitačná terapia: ide o orofaciálnu regulačnú terapiu. Je určená predovšetkým pre deti s hypotonickými prejavmi. U detí s detskou mozgovou obrnou sa využíva aj pri zmiernení problémov so zvýšenou saliváciou (Jakobová, 2007).

2.4.3 Možnosti terapie ako podpornej liečby u detí s detskou mozgovou obrnou

Súčasťou komplexnej rehabilitácie a liečby detí s detskou mozgovou obrnou je aj **ergoterapia**. Cieľom ergoterapie je obnoviť činnosti, ktoré sú blokované postihnutím. Zakladateľom tejto formy terapie je francúzsky psychiater Pinnel. Rozlišujeme štyri hlavné oblasti ergoterapie. Prvou oblasťou je kondičná ergoterapia, ktorej úlohou je zlepšenie kondície. Druhou oblasťou je cieleňá ergoterapia, ktorá zohľadňuje motiváciu k pohybu, ktorý je presne cieleňý a tým sa zlepšuje koordinácia. Treťou oblasťou je ergoterapia zameraná na pracovnú činnosť a poslednou štvrtou oblasťou je ergoterapia zameraná na výchovu k samostatnosti (Jakobová, 2007).

Hlavným prostriedkom v ergoterapii je zmysluplná činnosť alebo zamestnanie. Tieto činnosti zohľadňujú aktuálny stav jednotlivca, vek, pohlavie a tiež podmienky prostredia. U osôb s fyzickým postihnutím využívajú ergoterapeuti biomechanický, neurovývinový a kognitívny prístup (Krivošíková, 201). Kraus et al. (2005) dodáva, že ergoterapia u detí s detskou mozgovou obrnou zahŕňa nácvik samostatnosti v bežných denných činnostiach, rozvíja osobnosť dieťaťa a tiež všeobecné schopnosti. V rámci ergoterapie sa u detí nacvičuje jemná motorika, úchop cieleňé pohyby a koordinácia. Jakobová (2007) dopĺňa ešte rozvoj

obratnosti u dieťaťa, rozvoj hry, zmyslových funkcií a pôsobenie na emočnú oblasť a správanie dieťaťa.

Hippoterapia: znamená liečbu, kde je hlavným prostriedkom liečby kôň. Cieľom je zlepšiť motorické schopnosti jednotlivca (Pavlů, 2002). V sedle koňa je dieťa nadľahčované a tak sa ta terapii dieťa nepodieľa aktívne ale reaguje na pohyb koňa. Ide o facilitačnú metódu, pri ktorej pohyb koňa navodzuje pohyb človeka. Kôň tiež navodzuje elektromagnetickú činnosť mozgu, ktorá pomáha uvoľňovať organizmus človeka a má pozitívny vplyv na psychiku (Jakobová, 2007). Pavlů (2002) dodáva, že hipoterapia je vhodná pre všetky typy detskej mozgovej obrny, avšak bedrové kĺby by mali byť v dobrom stave.

Canisterapia: je jednou z foriem zooterapie a znamená stimulačnú terapiu pomocou psa (Jakobová, 2007). Terapeutickými prvkami pri tomto druhu terapie sú emočná blízkosť, teplo a bezpodmienečné prijatie (Liebetseder, 2004). Pes je podľa Jakobovej (2007) partnerom, ktorý podporuje emočnú stabilitu osoby s postihnutím, vyjadruje radosť s kontaktom, pomáha zvyšovať sebaistotu a komunikáciu, či sociálnu integráciu. Kraus et al. (2005) zaraďuje canisterapiu k alternatívnym možnostiam liečby. U detí s diagnózou detskej mozgovej obrny sa pes polohu smerom ku chrbtu dieťaťa. Pes v tomto prípade pomáha uvoľniť hrubú aj jemnú motoriku a pozitívne vplýva na psychiku dieťaťa. Canisterapia je vždy individuálne prispôbená k potrebám a diagnóze dieťaťa (Jakobová, 2007). Litterová (2000) dodáva, že canisterapia pôsobí z hľadiska motoriky v zlepšení rovnovážnych reakcií a koordinácie, pôsobí tiež na zmierenie svalového tonusu a pomáha uvedomovať si vlastné telo u jednotlivca s postihnutím.

2.4.4 Expresívne terapie v kontexte detskej mozgovej obrny

Expresívne terapie boli konkrétne popisované v predchádzajúcej kapitole. Avšak u detí s detskou mozgovou obrnou respektíve všeobecne s poruchami hybnosti a motoriky sa predovšetkým využíva arteterapia a muzikoterapia. Obe terapie majú u tejto skupiny detí svoje špecifiká.

Arteterapiu aj muzikoterapiu môžeme podľa Krausa et al. (2005) radieť k formám medzi ergoterapiou a psychorehabilitáciou. Pôsobia predovšetkým na emocionálnu oblasť, no z nezanedbateľnej časti aj na oblasť pohybovú.

Arteterapia: u jednotlivcov s detskou mozgovou obrnou je vhodné v rámci ateterapie pracovať podľa Jakobovej (2011) s keramickou hlinou kvôli uvoľneniu spasmu, precvičeniu jemnej motoriky, grafomotoriky, viziomotorickej koordinácie a vizuálneho vnímania. Taktiež má podľa autorky (tamtiež) psychologický význam z hľadiska relaxácie, sebareflexie, estetického vnímania a prežívania. Kraus (2005) uvádza, že práve arteterapia je výbornou možnosťou k prejavu kreativity dieťaťa a tvorivosti. Okrem pozitívneho vplyvu na psychiku dieťaťa je podstatnou zložkou aj vplyv na oblasť hrubej i jemnej motoriky. Nastáva to dôsledkom využívania rôznych materiálov a pomôcok. U detí sú populárne hlavne plastelína, modelovanie z hliny, či maľovanie mandál.

Muzikoterapia: pomocou muzikoterapie je možné navodiť vnútorný súlad a ovplyvňovať dysharmóniu u jednotlivcov s postihnutím. U detí s detskou mozgovou obrnou pôsobí táto terapia predovšetkým ako uvoľňujúci prvok, taktiež napomáha znížiť spasticitu a celkovo harmonizovať organizmus. Ak sa dieťa zapojí aktívne, nastáva zlepšenie jemnej motoriky, koncentrácie a v neposlednom rade dochádza k zvýšeniu sebavedomia dieťaťa s postihnutím (Kraus, et al., 2005).

Muzikoterapia predstavuje podporný prístup pri liečbe detí s detskou mozgovou obrnou. Úlohu zohráva v rozvoji mentálnych a senzorických dispozícií u jednotlivca. Terapeut často využíva rozličné hudobné nástroje, ktoré deťom pripomínajú zvuky, ktoré poznajú ako je šumenie vody, praskanie dreva v kozube, dážď a tým sa snaží rozvíjať ich receptívne schopnosti. Na hudobnej interpretácii sa podieľa samo dieťa s postihnutím, tým že vytvára hudbu. Vedie to k celkovej stimulácii a rozvoju komunikačných schopností u dieťaťa (PHK MARKETING, 2016).

2.5 KONCEPT SNOEZELLEN A DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA

Koncept Snoezelen sa v nemalej forme využíva aj u detí s detskou mozgovou obrnou. U týchto detí predovšetkým narušené motorické schopnosti. Vyskytujú sa tiež poruchy zraku, sluchu, či mentálna retardácia. Snoezelen miestnosti dokážu deťom poskytnúť stimuláciu vnemov, nový zážitok alebo relaxáciu.

Okrem toho, Snoezelen miestnosti dokážu poskytnúť aj poznávaciu a interakčnú funkciu. Všetky tieto funkcie sa zhodujú v absolútnej prispôsobivosti potrebám dieťaťa. Dopomáhajú k tomu aj špeciálne pomôcky, ktoré sa v Snoezelen miestnostiach nachádzajú

Správne vedená Snoezelen terapia u detí s detskou mozgovou obrnou dokáže aktivovať vedomé, nevedomé a podvedomé zložky vnímania u dieťaťa. Snoezelen patrí medzi vhodné komplexné terapeutické prístupy pre deti s detskou mozgovou obrnou. Vďaka tomuto prístupu sa dokáže tiež upevňovať dôvera, vzťahy a komunikácia medzi terapeutom a dieťaťom alebo rodičom, ktorý býva tiež prítomný na terapii. Jedná sa o originálny koncept, ktorý dokáže u dieťaťa zlepšiť motorické, kognitívne, komunikačné či zmyslové zložky, avšak nie je to koncept ktorý dokáže nahradiť fyzioterapiu, či inú formu rehabilitácie pre deti s detskou mozgovou obrnou. (PHK MARKETING s.r.o, 2016).

2.5.1 Využitie konceptu Snoezelen u detí s detskou mozgovou obrnou

U detí s detskou mozgovou obrnou je dôležité, aby sa **motorika** rozvíja spoločne so **senzorikou** (Bartko, 1993). Dôvodom je, že detská mozgová obrna ovplyvňuje aj ostatné oblasti vývinu dieťaťa, a to reč a komunikáciu, zmyslové vnímanie, schopnosť skúmať, či učiť sa a poznávať. Často majú deti problémy s vizuálnym spracovaním. Existuje totiž vzťah medzi vizuálnymi schopnosťami a pohybovými schopnosťami, jeden poháňa druhý (Woodhouse, 2012). Okrem toho môžu mať deti problémy s vizuálnou koncentráciou, koordinácie očí a pohybov rúk či s rozpoznávaním objektov. Objavuje sa tiež nystagmus a problémy so zaostrovaním (El-Maksoud, et al., 2016). Snoezelen izby sú zostavené tak, aby zabránili zmyslovému nedostatku a poskytovali dieťaťu možnosti spracovávať a reagovať na stimuly. Cieľom je, aby deti boli schopné spracovávať informácie rôzneho druhu a zložitosti. Dôraz sa tiež kladie na zvýšenie selektívnej pozornosti a poskytnutí stimulácie (Hotz et al., 2006).

Autor (tamtiež) dodáva, že Snoezelen poskytuje terapiu v rámci **kontrolovanej multisenzorickej stimulácie**. Zahŕňa zložky stimulačného prístupu a senzorickeho systému v neohrozujúcom bezpečnom prostredí. Považuje sa za alternatívny spôsob liečby. Snoezelen izby sú vybavené pomôckami na podporu a stimuláciu vizuálneho, čuchového, vestibulárneho a propioceptívneho systému. V prípade ak sa dieťa s detskou mozgovou obrnou dostane do tohto podnetného prostredia, poskytuje mu to príležitosť k stimulácii všetkých zmyslov. Poskytuje tiež pocit radosti, úľavu od napätia, či tlaku.

Kwok et al.(2003) uviedol možnosti, ktoré ponúka Snoezelen koncept pre deti s detskou mozgovou obrnou. Poskytuje im možnosť relaxácie, rozvoja sebadôvery, dosiahnutie sebaovládania, podporuje prieskum a tvorivé činnosti, zlepšuje pozornosť a znižuje problémy so správaním u detí. Vančová (2002) dodáva, že k dosiahnutiu cieľa v tomto prostredí je nutné podnecovať kognitívne procesy, žiaduce formy sociálneho správania a autoregulácie. Pagliano (2012) uvádza, že interaktívne pomôcky poskytujú deťom s detskou mozgovou obrnou multisenzorickú spätnú väzbu. Majú možnosť kontrolovať prostredie a zažiť pocit, že niečo urobili samostatne, a teda bez pomoci inej osoby.

Deti s detskou mozgovou obrnou majú často problémy s vnímaním. Majú problém s vyberaním a rozpoznávaním určitých charakteristík. Práca v tmavej miestnosti Snoezelen môže dieťaťu uľahčiť uvedomenie si určitých stimulov.

Vnímanie svetla je jedno z najzákladnejších komponentov v koncepte Snoezelen (El-Maksoud, et al., 2016). Lueck 2010) uvádza, že toto prostredie zlepšuje pozornosť, koncentráciu, jemnú motoriku a pomocou špeciálnych svetelných pomôcok, ako sú napríklad optické vlákna alebo blikajúce svetlá, podporujú vizuálnu stimuláciu u detí a koordináciu očí. Taktiež poskytujú nové výzvy a zábavu pre deti s postihnutím.

Na podporu **zrakového vnímania a motoriky**, sa u detí s detskou mozgovou obrnou v Snoezelen koncepte využívajú rôzne špeciálne pomôcky. V bublinkových valcoch môžu deti pozorovať meniace sa bubliny, počúvať zvuk a cítiť vibrácie z motorčeka. Bublínkový valec tiež deti motivuje k motorickým aktivitám ako ňahovanie rúk smerom k valcu, lezenie, dvíhanie sa, zotrvanie v šikmom sede alebo dvíhanie hlavy (Korušiaková, 2012).

K zrakovej ale i k **taktilnej stimulácii**, slúžia tiež optické vlákna. Dieťa má možnosť mať v rukách vlákna a pozorovať meniace sa farby (Filátová, 2011).

Ďalej na stimuláciu motoriky, ale aj taktilného vnímania slúžia rôzne hmatové koberce, žinenky, vankúše, či látkové hady. Tieto pomôcky môžu mať rôznu náplň, hrúbku, môžu byť z rôznych materiálov a to poskytuje dieťaťu s detskou mozgovou obrnou nové vnemy a podnety. Taktiež sa tieto pomôcky môžu využívať k rozvoju orientácii vlastného tela a uvedomovania si svojho tela alebo k relaxácii u dieťaťa, či polohovaniu (Korušiaková, 2012).

Autorka (tamtiež) dodáva, že k hmatovej stimulácii slúži tiež **dotyková stena**. Ak je farebná a vydáva zvuk ide aj o sluchovú a zrakovú stimuláciu. Všetky komponenty z dotykovej steny slúžia na podporu vnímania a motoriky, taktiež umožňujú skúmať a objavovať.

Variantom je tiež hmatová chodba, kde tento prechod obsahuje rôzne povrchy a materiály, ktoré deti s postihnutím môžu vnímať predovšetkým hmatom, skúmať ich a objavovať. Podnecuje to taktilné vnímanie a motoriku (Flowlers, 2008).

K stimulácii **kinestetického vnímania** a k relaxácii slúžia závesné vaky. Podstatným komponentom je v Snoezelen koncepte aj aromadifuzér, ktorý napomáha rozvíjať čuchovú stimuláciu a využíva sa tiež relaxačná hudba, ako podporný prvok (Korušiaková, 2012).

Reichle (2011) konštatuje, že tieto prostriedky umožňujú deťom s detskou mozgovou obrnou sprostredkovať preferované stimuly a podnety, umožňujú im aktívne zasahovať do prostredia a majú možnosť ho meniť, majú tiež možnosť voľby, okamžitú spätnú väzbu a posilňujú kompetencie k samostatnosti v komunikácii a k primeraným sociálnym zručnostiam. Hlavným cieľom konceptu Snoezelen je vytvorenie prostredia, ktoré dokáže sprostredkovať množstvo zmyslových podnetov. Zmyslových zážitkov by nemalo byť príliš veľa, aby dieťa nebolo presýtené, ale mali by byť intenzívne. V relaxačnej časti je možné okrem svetiel a hudby využívať aj vodnú posteľ (Vitásková, 2004).

Polohovanie možnosť stimulačnej aktivity v Snoezelen miestnostiach. Tým, že je u dieťaťa zmenená poloha tela, má šancu vnímať iný časť priestoru okolo seba. Tým sa naštartuje jeho vnímanie. Umožňuje to dieťaťu sa uvoľniť (Korušiaková, 2012). Jakobová (2007) dodáva, že deti sa motoricky vyvíjajú z polohy na bruchu a psychicky z polohy na chrbte pretože si obzerajú veci a manipulujú s nimi. Dôležité je tiež poznať lokomočné štádiá podľa profesora Vojtu. Tieto štádiá majú svoju hierarchiu a nemožno ich preskočiť. Podľa Korušiakovej (2012) je vhodné využívať rôzne pomôcky ako sú žinenky, polohovacích hadov, koberčeky, ktoré sú rôznych tvarov, veľkostí a materiálov.

Snoezelen miestnosti sú pre polohovanie vhodné, pretože poskytujú možnosti stimulácie dieťaťa. Zrakovú stimuláciu počas polohovania poskytuje úprava osvetlenia v miestnosti, bublinkový valec alebo optické vlákna.

Sluchovú stimuláciu umožňuje zapnutie relaxačnej hudby, počúvanie zvukov, ktoré vydávajú rozličné materiály, na ktorých je dieťa polohované alebo manipulácia s nimi.

Taktilnú stimuláciu počas polohovania poskytuje ohmatávanie si materiálov, či už prstami, dlaňami, končatinami alebo celým telom. Cieľom polohovania je predchádzanie alebo úprava negatívnych pohybových vzorcov u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou. V neposlednom rade je poskytovaná aj čuchová stimulácia vďaka aromadifuzéru.

PRAKTICKÁ ČASŤ

3 Špeciálni pedagógovia a Snoezelen koncept u detí s detskou mozgovou obrnou

Táto kapitola sa venuje výskumu, ktorý bol realizovaný v rámci tejto diplomovej práce. Praktická časť diplomovej práce sa zameriava na názory špeciálnych pedagógov na využitie Snoezelen konceptu u detí s diagnózou detskej mozgovej obrny v ranom a predškolskom veku. Cieľom bolo zmapovať možnosti tohto konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou, zistiť v čom spočíva prínos a zmapovať rozdiely v názoroch špeciálnych pedagógov, ktorí pracujú so Snoezelen konceptom a deťmi s detskou mozgovou obrnou.

V tejto kapitole je v stručnosti venovaná pozornosť kvalitatívnemu metodologickému prístupu, ktorý bol pre účel výskumného šetrenia zvolený. Taktiež je pozornosť venovaná charakteristike výskumného súboru a metóde zberu dát, ktorou bol polo- štruktúrovaný rozhovor. Ďalej sú uvedené etické aspekty a limity výskumu. Hlavnou časťou tejto kapitoly sú výsledky šetrenia.

3.1 Cieľ a výskumné otázky

Skutil (2011) uvádza, že výskumné otázky patria medzi hlavné body pri plánovaní výskumu. Sú formulované v opytovacích vetách, aby na konci výskumného šetrenia bolo možné na ne odpovedať. Výskumné otázky vyplývajú z teoretického pohľadu (Hendl, 2016) a ukazujú cestu, ktorou by sa mal výskum uberať v súlad s cieľmi (Švaříček, Šedřová a et al., 2007) Výskumné otázky by mali byť podľa autorov (tamtiež) dostatočne široké, pracovať s všeobecnejšími konceptmi, jasne položené otázky, vyhnúť sa tomu, aby sa pýtali na početnosť javov a silu vzťahov medzi premennými. Skutil (2011) dodáva, že výskumné otázky by mali vychádzať z témy práce, malo by sa dať odpovedať viacerými možnými spôsobmi, nielen odpoveďou áno, či nie.

Cieľom výskumu v diplomovej práci je **zmapovanie, popísanie a analýza možností využitia Snoezelen konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom, z pohľadu špeciálnych pedagógov prostredníctvom ich autentických odpovedí.** Na dosiahnutie tohto cieľa boli vytvorené štyri výskumné otázky:

- Je v záujme dieťaťa s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom, z pohľadu špeciálneho pedagóga využívanie konceptu Snoezelen?
- Ktoré pomôcky sú vhodné u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku v rámci Snoezelen konceptu z pohľadu špeciálneho pedagóga ?
- Sú v koncepte Snoezelen využívané formy expresívnych terapií?
- Je v možnostiach Snoezelen konceptu pozitívne vplývať na rozvoj dieťaťa s DMO?

3.2 Kvalitatívny metodologický prístup

Pre účely tejto diplomovej práce bol zvolený **kvalitatívny výskum** ako metodologický prístup. Cieľom kvalitatívneho výskumu je vytvorenie novej teórie a odhalenie nových skutočností (Gavora, 2008). Dôležité je podotknúť, že táto teória je platná len pre vzorku, na ktorej bol výskum skúmaný (Švaříček, Šeďová et al. 2007). Disman (2002) uvádza, že v kvalitatívnom výskume ide o nenumерické štetrenie a interpretáciu sociálnej reality. Miovský (str. 17) vníma kvalitatívny prístup ako „*prístup, ktorý na popis, interpretáciu a analýzu nekvantifikovateľných, či nekvantifikovaných vlastností skúmaných fenoménov našej vnútornej a vonkajšej reality využíva kvalitatívne metódy*“. Švaříček, Šeďová et al. (2007) dodávajú, že kvalitatívny prístup je proces skúmania problémov a javov v autentickom prostredí, s cieľom získať komplexný obraz týchto javovo založený na špecifickom vzťahu medzi bádateľom a účastníkom výskumu. Zámerom výskumníka je pomocou rôznych metód dešifrovať a reprezentovať, ako ľudia chápu, prežívajú a vytvárajú sociálnu realitu. Autori (tamtiež) tiež konštatujú, že v kvalitatívnom prístupe ide o odhalenie javov, o ktorých príliš nevieme, ale tiež získať názory o javoch, o ktorých je niečo známe.

Výskumník, ktorý robí kvalitatívny výskum sa snaží zblížiť s informantmi a preniknúť bližšie do situácie, ktorej sa výskum týka a do prostredia, v ktorom sa výskum realizuje (Gavora, 2008). Taktiež ide o preštudovanie problému do väčšej hĺbky (Hendl, 2005). Postup pri kvalitatívnom výskume je zvyčajne nasledovný. Výskumník si určí tému jeho záujmu a vymedzí si výskumné otázky. Výskumné otázky môže meniť a upravovať podľa toho, čo mu vyjde v priebehu analýzy už získaných dát. Kvalitatívny výskum je pružný. Získavanie dát a ich analýza často zaberie veľa času. Analýza a zbieranie dát prebieha v tomto type výskumu súčasne a podľa výsledkov z analýzy je možné rozhodnúť, ktoré informácie sú dôležité alebo, čo je ešte potrebné zistiť. Následne sa celý cyklus opakuje podľa toho ako je potrebné (Hendl, 2016).

3.3 Metóda získavania dát v rámci výskumného šetrenia

Cieľom výskumnej metódy je vysvetliť skúmanú oblasť. Definovať ju môžeme ako systém pre získanie a spracované dát. Tento systém má svoje určené pravidlá (Skutil, 2011). Metódou získania dát bol **rozhovor**. Pri kvalitatívnom rozhovore je podstatné venovať pozornosť tomu ako sú formulované otázky a informantom by nemali byť vsugerované určité odpovede (Hendl, 2005). Skutil (2011) uvádza výhody rozhovoru, a to umožnenie priameho kontaktu výskumníka so skúmanou osobou, umožnenie doplnenia k vysvetleniu otázky a zároveň dovysvetlenie zo strany skúmanej osoby, sledovanie verbálnych a neverbálnych reakcií u skúmanej osoby. Za nevýhody autor (tamtiež) považuje časovú náročnosť, problémy pri zázname odpovedí, menší súbor respondentov, možnosť ovplyvnenia osobným zaujatím bádateľa, náročnejšie vyhodnotenie. Hendl (2005) uvádza niekoľko zásad, ktoré je vhodné pri vedení rozhovoru dodržiavať. Dôležité je sa na rozhovor pripraviť, nacvičiť si ho, dať priestor informantovi, aby sa sám vyjadril svojím vlastným spôsobom, snažiť sa o vytvorenie príjemného a dôverného prostredia, formulácia otázok nasmerovaná tak, aby boli pre informanta jasné a zrozumiteľné, kladenie vždy jednej otázky, pozorne načúvame a odpovedáme tak, aby informant mal pocit, že ho vnímame a máme o rozhovor záujem, na odpovede dávame informantom dostatočný časový limit, snažíme sa vnímať ako je informant rozhovorom ovplyvnený, po rozhovore skontrolujeme úplnosť odpovedí a ich kvalitu.

Podľa miery štruktúrácie môžeme interview rozdeliť na štruktúrované, pološtruktúrované a neštruktúrované interview (Miovský, 2006).

V diplomovej práci bola ako metóda získania dát zvolený **pološtruktúrovaný rozhovor (interview)**. Tento typ rozhovoru je kompromisom medzi štruktúrovaným a neštruktúrovaným rozhovorom. Základom pološtruktúrovaného rozhovoru je jadro rozhovoru. Ide o témy a otázky, ktorých preberanie je povinnosťou výskumníka. Na jadro sa nabaľujú doplňujúce otázky. Tie zmysluplne a vhodne dopĺňajú pôvodné zadanie. (Miovský, 2006).

Bádateľ sa drží dopredu pripravených otázok, avšak priebežne reaguje na podnety, ktoré prichádzajú od informantov (Skutil, 2011). Pološtruktúrovaný rozhovor si vyžaduje náročnejšiu prípravu od bádateľa a otázky by mali byť jednoznačné a zrozumiteľné pre skúmané osoby (Miovský, 2006). V pološtruktúrovanom rozhovore môžeme v prípade potreby otázky upravovať a meniť ich poradie. Odpovede si môžeme od respondenta nechať vysvetliť a spresniť. Overujeme si či sme ako bádatelia danú vec správne pochopili, interpretovali a môžeme klásť doplňujúce otázky (Žiaková, 2009).

Pri realizácii rozhovoru je dôležité, aby výskumník vytvoril dôvernú atmosféru a príjemné prostredie. Významné je zaistenie tichého a pokojného prostredia, izolovaného od rušivých vplyvov (Skutil, 2011). Pred samotným rozhovorom by mal byť informant oboznámený s účelom rozhovoru (Gavora, 2008).

3.3.1 Výskumný súbor

V kvalitatívnom výskume sa nepracuje s veľkým súborom respondentov. V tomto type výskumu nejde o to, aby bolo sledovaných, čo najviac ľudí. Ide o to, aby výskumník poznal niekoľko ľudí v najkomplexnejšom kultúrnom kontexte (Bártlová et al., 2008). Podľa Švaříčka, Šed'ovej et al. (2007) je dôležité, aby výber výskumnej vzorky zastupoval určitý problém.

V kvalitatívnom výskume sa v rámci výberu osôb výskumného súboru využívajú nepravdepodobnostné metódy výberu, pretože presne vieme, akých informantov vo výskume potrebujeme. Počet informantov vo výskumnom šetrení spadá pod otázku saturácie vzorky.

Vzorka je nasýtená v prípade, ak informácie už neprinášajú žiadne nové informácie (Miovský, 2006). Saturácia teda znamená, že pri analýze dát sme prišli do bodu, kedy ďalšie informácie už neprinášajú nič nové. Počet informantov v kvalitatívnom výskume teda nie je presne určený (Gavora, 2008).

Výber informantov pre tento výskum spadá pod metódu zámerného účelového výberu. Táto metóda je najrozšírenejšia v kvalitatívnom výskume. Informanti boli vyberaní zámerne podľa dopredu stanovených kritérií a cieľov, ktoré mali spĺňať a súčasne boli ochotní zapojiť sa do výskumného šetrenia (Miovský, 2006). Pre účely tohto výskumu boli zvolení informanti, ktorí spĺňovali nasledujúce kritériá:

- **špeciálnopedagogické vzdelanie,**
- **absolvovaný kurz Snoezelen,**
- **skúsenosti s konceptom Snoezelen,**
- **skúsenosti s deťmi s detskou mozgovou obrnou,**
- **ochota podieľať sa na rozhovoroch,**
- **súhlas s účasťou na výskumnom šetrení.**

Pre účely tohto výskumu boli zvolení jednotlivci so špeciálnopedagogickým vzdelaním, ktorí pracujú so Snoezelen konceptom a s deťmi s detskou mozgovou obrnou. Výskumnú vzorku diplomovej práce tvorí sedem špeciálnych pedagógov z Českej a Slovenskej republiky. Z toho je sedem žien a jeden muž. Vybraní respondenti majú dlhodobé skúsenosti so Snoezelen konceptom a s prácou s deťmi s viacnásobným, či kombinovaným postihnutím. Všetci respondenti pracujú v zariadeniach, kde je koncept Snoezelen u detí pravidelne využívaný. Všetci respondenti sú tiež kvalifikovaný pracovať v Snoezelen miestnostiach a využívať tento koncept.

Vo výskumnej časti bolo realizovaných 8 rozhovorov. Transkripcia týchto rozhovorov je rozdelená do jednotlivých skupín a respondenti sú označení písmenami **A až H**. Po dohode a so súhlasom riaditeľov konkrétnych inštitúcií a zariadení boli následne oslovení a kontaktovaní špeciálni pedagógovia. Títo jednotlivci boli oslovení prostredníctvom e-mailovej adresy alebo telefónneho kontaktu, ktoré boli získané od riaditeľov zariadení. Následne boli dohodnuté osobné stretnutia v rámci priebehu rozhovorov.

Celkovo bolo kontaktovaných 14 zariadení a inštitúcií v rámci Slovenskej a Českej republiky. Na Slovensku (Bratislava, Nitra) bolo kontaktovaných 6 zariadení a v Česku

(Olomouc, Ostrava, Brno) 8 zariadení. Kontaktovaní boli riaditelia týchto inštitúcií prostredníctvom e-mailových adries. Z tohto počtu sa ozvalo 10 ľudí s tým, že kritériá a požiadavky na cieľovú skupinu spĺňovalo 8 jednotlivcov. Výskumu sa teda zúčastnilo 8 informantov. Každému účastníkovi výskumu bola predložená **Žiadosť o poskytnutie rozhovoru**, ktorá obsahovala popis témy a cieľ práce a tiež **Informovaný súhlas**. Žiadosť je tiež uvedená v prílohe číslo 1 v tejto diplomovej práci a Informovaný súhlas je uvedený v prílohe číslo 2.

3.3.2 Limity vo výskume

Medzi faktory, ktoré by mohli ovplyvniť výsledky výskumného šetrenia, radíme **limity na strane výskumníka, na strane výskumného súboru a na strane metodiky**.

Prvú skupinu tvoria **limity na strane výskumníka**. Do tejto kategórie môžeme zaradiť malé skúsenosti s vedením výskumných rozhovorov. Výskumník môže byť tiež ovplyvnený aktuálnym naladením a náladou. Ďalšími faktormi, ktoré môžu mať vplyv sú vek výskumníka, pohlavie, status, či skúsenosti a taktiež sympatie k informantom.

Druhú skupinu tvoria **limity na strane výskumného súboru**. Získané dáta mohli byť ovplyvnené aktuálnym naladením a vnútornými vplyvmi informantov, ako napríklad únava, nálada, stav saturácie fyzických potrieb. Do výskumného šetrenia taktiež zasahujú aj vonkajšie vplyvy ako je prostredie a priestor realizácie rozhovorov, časová schéma rozhovorov. Do tejto kategórie patria aj motivácia k poskytnutiu rozhovorov, strach z negatívneho hodnotenia, časová vyťaženosť, porozumenie obsahu a pozornosť. Odpovede informantov mohli byť ovplyvnené aj vedomím, že rozhovor je nahrávaný a zaznamenávaný.

Poslednou skupinou sú limity na **strane metodiky**. V rámci výskumného šetrenia bol použitý pološtruktúrovaný rozhovor, ktorý nemá presne stanovenú štruktúru. Z tohto dôvodu mohlo dôjsť k odkloneniu sa od hlavných tém. Limitom môže byť počet účastníkov výskumu. Validita a špecifiká výskumu by prípadne mohli byť pri väčšom počte účastníkov odlišné.

3.3.3 Etické aspekty výskumu

U každého výskumu, ktorý sa venuje skúmaniu ľudí je potrebné riešiť určité etické otázky a je potrebné zvažovať dôsledky, ktoré výskum môže mať. Dôsledné zváženie etických zásad a aspektov vo výskume závisí na výskumníkovi a patrí to medzi neoddeliteľnú súčasť výskumu (Švaříček, Šed'ová et al., 2014).

Autori (tamtiež) odporúčajú pri realizácii výskumu v práci niekoľko zásad a etických princípov, ktoré by mali byť rešpektované, a to:

Dôvernost' – nezverejňovanie žiadnych konkrétnych dát a informácií, ktoré by mohli viesť k odhaleniu identity účastníkov alebo inštitúcií a zariadení. Neuvádzať taktiež adresy, mená a priezviská. Získané údaje by nemali byť voľne prístupné.

Poučený súhlas – získanie súhlasu od všetkých účastníkov výskumu. Punch (2008) neuvádza pojem poučený súhlas, ale informovaný súhlas. Účastníci výskumu musia mať všetky reálne informácie o výskume a musia s účasťou dobrovoľne súhlasiť. Švříček, Šed'ová et. al. (2014) uvádzajú, že písomný súhlas nie je vždy potrebný, ale súhlas ako taký áno.

Sprístupnenie práce účastníkom výskumu – Diplomová práca bude zverejnená a sprístupnená na webových stránkach a v prípade záujmu budú účastníkom poskytnuté informácie. Diplomová práca a ani výsledky výskumu nebudú účastníkom cielene doložené a poskytnuté.

Hendl (2016) dodáva, že pri realizácii výskumu by sa malo dbať na **bezpečie** všetkých účastníkov a súčasne **neohrozovať ich psychické a fyzické zdravie**.

3.4 Realizácia výskumného šetrenia

Zber dát, ktorý prebiehal v rámci metódy pološtruktúrovaného rozhovoru prebiehal niekoľko týždňov. Predovšetkým bolo nutné časové naplánovanie a dohodnutie sa so špeciálnymi pedagógmi, aby boli prítomní. Každý z rozhovorov sa uskutočnil priamo v konkrétnych zariadeniach, kde špeciálni pedagógovia vykonávajú denno-denne svoju pracovnú činnosť. Šesť z rozhovorov prebehlo v Českej republike (Olomouc, Ostrava, Brno) a dva rozhovory sa uskutočnil v Slovenskej republike (Bratislava). Každý z rozhovorov so špeciálnymi pedagógmi trval približne 20 - 25 minút. Rozhovory prebiehali väčšinou v rámci

pracovnej činnosti alebo po nej, aby sa špeciálni pedagógovia cítili komfortne. Rozhovory prebiehali v priateľskej a uvoľnenej atmosfére.

Pre rozhovor bola vytvorená osnova otázok, okruhov a oblastí otázok, ide o takzvaný layout rozhovoru, ktorý udával smer rozprávaniu informantov, aby sme získali informácie a odpovede na stanovené výskumné otázky. Niektoré z otázok boli doplnené ďalšími podotázkami a znenie otázok sa mierne líšilo, čo bolo prispôbené konkrétnej situácii a atmosfére rozhovoru. Okrem spomenutého sme reagovali flexibilne a podľa uváženia a smerovania rozhovoru sme informantom pokladali doplňujúce otázky.

Pred uskutočnením samotného rozhovoru boli špeciálni pedagógovia informovaní o anonymite a tiež, že všetky získané informácie budú použité len v diplomovej práci. Taktiež boli informovaní, že bude rešpektované, ak nebudú chcieť odpovedať na niektorú z otázok a že ich odpovede budú nahrávané pre účely výskumu v diplomovej práci. V rozhovoroch sme sa zamerali na niekoľko hlavných oblastí, okruhov. Dôležité bolo, aby účastníci rozhovoru odpovedali na hlavné otázky a v rámci nich sa udával potom smer rozhovorov. Chceli sme hlavne vedieť, či je v záujme dieťaťa s detskou mozgovou obrnou využívanie konceptu Snoezelen, ich názor na túto problematiku. Ďalej nás zaujímal ich pohľad na využívanie pomôcok v rámci tohto konceptu u detí s diagnózou detskej mozgovej obrny, či sú v rámci konceptu využívané formy terapií a tiež, či má Snoezelen pozitívny dopad na dieťa v ranom a predškolskom s detskou mozgovou obrnou. V priebehu rozhovoru sme si robili poznámky k dopredu nachystaným otázkam.

3.4.1 Spracovanie a analýza výskumných dát

Výpovede účastníkov rozhovoru boli nahrávané na mobilný telefón. O tomto fakte boli účastníci dopredu informovaní a s nahrávaním súhlasili. Následne prebehla doslovná **transkripcia**, a teda prevedenie do písomnej podoby (Príloha číslo 4). Transkripcia je časovo náročnejšia, avšak nutná pre podrobné vyhodnotenie dát (Hendl, 2005).

Z prepísaných rozhovorov vznikol základný materiál (Príloha 4). Tento materiál sa ďalej upravoval, aby bolo možné ho dať do podoby analýzy. V tejto fáze sme použili aj **farbenie textu**. Takto bol text ďalej analyzovaný a rozdelený na jednotky, ktorý podľa významu vytváral celok. V texte sme farebne označili časti, ktoré sa týkali určitých celkov a okruhov. Farebne boli označené celky, ktoré sa týkali výskumných otázok. Takto vyznačený text uľahčuje

a urýchľuje orientáciu (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Každý z jednotlivých okruhov otázok mal označenie inou farbou a tiež boli farebne vyznačené všetky miesta, ktoré sa konkrétnych okruhov týkali. Texty boli znovu prečítané a na základe farebne vyznačených tematických celkov boli vyhľadávané „linky“ medzi odpoveďami informantov. Vytvorené kategórie boli skúmané a hľadané podrobnosti medzi jednotlivými odpoveďami informantov na daný okruh otázok.

Použitá bola **metóda zrovnávania a kontrastov**. V tejto metóde prichádza k ľahšiemu a jasnejšiemu poukázaniu na rozdielu medzi kategóriami aj keď majú zároveň spoločné rysy (Miovisky, 2006). Aplikovali sme tiež metódu **vytvárania kategórii alebo trsov**. Táto metóda slúži k tomu, aby sme jednotlivé odpovede a výroky informantov konceptualizovali do skupín. Na základe tohto procesu vznikajú všeobecne sformované informácie a zaradenie do určitej skupiny alebo trsu je spojené s opakujúcimi sa znakmi. Prostredníctvom kategorizácie zvolených základných jednotiek vytvárame obecnjšie jednotky. Základným princípom je zrovnávanie a prepojovanie dát. Použitá bola taktiež **metóda vyhľadávania a vyznačovania vzájomných vzťahov**. Zásadou tejto metódy je vyhľadávanie a popis vzťahov, na ktoré upozorňujú informanti a vyhľadávanie vzájomných vzťahov medzi premennými na základe vonkajších a vnútorných súvislostí (Mioviský, 2006).

V rozhovoroch boli vytvorené štyri tematické okruhy alebo kategórie. Všetky kategórie boli zamerané na koncept Snoezelen u detí raného a predškolského veku z pohľadu špeciálnych pedagógov:

- **Možnosti konceptu Snoezeln u detí s DMO.**
- **Využitie pomôcok v koncepte Snoezel u detí s DMO.**
- **Možnosti terapie v koncepte Snoezeln u detí s DMO.**
- **Vplyv konceptu Snoezelen na dieťa s DMO.**

3.5 Výsledky výskumného šetrenia

V nasledujúcej časti práce sú podrobnejšie a bližšie rozoberané názory informantov, ktoré boli získané v priebehu rozhovorov. Získané a zistené informácie sme rozdelili do

niekoľkých tematických okruhov, v rámci ktorých budú analyzované a interpretované a v závere nám pomôžu odpovedať na výskumné otázky, ktoré sme si v rámci výskumného šetrenia položili.

Dôležité je dodať, že všetci informanti sa vo svojej praxi stretli s deťmi s diagnózou detskej mozgovej obrny. V súčasnej dobe s týmito deťmi pracujú a sú oprávnení pracovať s konceptom Snoezelen. V zariadeniach, kde vykonávajú pracovnú činnosť tento koncept využívajú.

3.5.1 Možnosti konceptu Snoezelen u detí s DMO

Do zariadení, kde sa vo väčšej miere využíva Snoezelen koncept prichádzajú s deťmi raného a predškolského veku najčastejšie aj ich zákonní zástupcovia. V niektorých prípadoch tento koncept nepoznajú a odporúčia im ho fyzioterapeuti či ergoterapeuti. Následne sa ich ujme špeciálny pedagóg, ktorý má absolvovaný certifikovaný kurz Snoezelen a dostatočné skúsenosti.

Túto oblasť sme pre väčšiu prehľadnosť rozdelili na päť podoblastí – formy DMO a koncept Snoezelen, rodičia a koncept Snoezelen, kontraindikácie Snoezelen konceptu u detí a jeho funkcie.

FORMY DMO A KONCEPT SNOEZELEN

V tejto časti nás zaujímalo, s **ktorými konkrétnymi formami detskej mozgovej obrny sa odborníci vo svojej praxi stretávajú najčastejšie**. Päť informantov uviedlo, že najčastejšie sa stretávajú práve z najťažšou formou detskej mozgovej obrny, a to s kvadraparetickou formou. Informant F dodáva, že *„Vo svojej praxi sa často stretávam s hypotonickou a spastickou formou DMO“*. Informant D dodáva formy, s ktorými sa stretáva, a to *„hemipareza, hemiplegie, dipareza DKK, hypotonická forma, kvadruplegie*. Informant E hovorí o *„Těžkých postiženích . Kvadruspastická forma DMO, dyskinetická forma, nejčastěji v kombinaci s dalším postižením“*.

RODIČIA A KONCEPT SNOEZELEN

Na otázku, aký je ich názor na **prítomnosť rodiča v miestnosti počas terapie**, uviedol informant A zaujímavú myšlienku *„Prítomnost rodičů je vhodná především během prvního*

sezení, kdy se rodičům terapie vysvětlí, řekne se jim cíl terapie, a co budeme s dětmi dělat. Pro děti je naopak vhodná přítomnost rodičů během prvního sezení v tom, že se většinou bojí tmavé místnosti a nevědí, co je čeká. S rodiči cítí určitou jistotu, pocit bezpečí, zjistí, že se nemusí ničeho bát.“ Podobný názor má aj informant D „ve většině případů se snažím na první terapii rodiče nechat a poté vzdalovat z místnosti.“ Informant C má v tomto prípade odlišný názor „V průběhu terapie ve Snoezelenu u nás není obvyklé, aby byl rodič či opatrovník přítomen. Všichni klienti jsou schopni trávit čas ve Snoezelenu pouze s terapeutem, což sledujeme jako lepší variantu. V mnoha případech je chování klienta diametrálně rozdílné, pokud terapie probíhá v přítomnosti rodiče/opatrovníka. Je neklidný, zkouší kam až může ve svém chování zajít, popřípadě bývá naopak více lítostivý, nespolupracuje. Je-li tedy klient sám s terapeutem, vytváří si společně přirozený respekt a důvěru.“ Informant G zaujíma postoj, že v rámci, ktorého „přítomnost rodiče necháváme na zvážení. Rodič má vždy možnost být v místnosti. U malých dětí je to o tom, že se rodič přesvědčí a podívá, co je dítěti nabízeno, jak se s ním pracuje. Musí se s rodičem i dětmi navázat vztah důvěry.“ Informanti sa však v tomto smere zhodujú, že sa lepšie pracuje s dieťaťom bez prítomnosti rodiča, v prípade ak to stav dieťaťa nutne nevyžaduje. Pretože sa dieťa viac sústreďuje a nie je rozptyľované. Taktiež je dieťa na prítomnosť rodiča obzvlášť citlivé a reaguje odlišne. Informant G dodáva, že „i když je rodič potichu, stačí malé zavrtění a ihned dítě reaguje a odpoutává ho to od soustředění a prožitku“. Informant H doplňa, že prítomnosť rodiča závisí aj od cieľa, ktorý intervenciou sledujeme a informant E hovří, že prítomnosť rodiča je vhodná v prípade „že dítě trpí separační úzkostí, aby pro dítě byl pobyt v místnosti příjemný a přínosný.“ avšak taktiež preferuje samostatný pobyt dieťaťa s následným informovaním rodiča o priebehu. V tomto prípade súhlasí aj informant B a dodáva, že „pokud potřebuje dítě odsávat hleny nebo je dítě příliš fixováno na rodiče, je někdy přítomnost nezbytná“.

KONTRAINDIKÁCIE

V otázke, čo považujú ako odborníci za problematické v súvislosti s dieťaťom s detskou mozgovou obrnou, respektíve kedy by tento koncept neodporúčali, sa informanti A, D, E zhodli, že Snoezelen nie je vhodný v prípade ak má dieťaťo panickú hrôzu z tmy a tmavých miestností. V tomto prípade sa stáva z terapie skôr stresujúca záležitosť ako prínos. Informanti B, E a H sa zhodli, že koncept Snoezelen nie je vhodný v prípade silných a častých epileptických záchvatov u dieťaťa. V tomto prípade by odporúčali iné formy terapie. Informant C dodáva, že „Snoezelen bychom nedoporučovali v případě, kdy se klient s DMO nebude v místnosti cítit komfortně, nebude to jeho vlastní volba účastit se terapie. Popřípadě ve chvíli,

kdy klient trpí klaustrofobií. “ Podľa informanta G „Nedoporučení Snoezelenu pro děti s DMO, jediné, pokud by se bály prostředí, bylo jim tam nepříjemně“. Dodáva tiež, že prostredie sa dá prispôbiť potrebám dieťaťa, eliminovať ruchy a všetko dieťaťu vysvetľovať. K tomuto názoru sa prikláňa aj informant F „Snoezelen vždy prispôsobujeme schopnostiam a skúsenostiam klientov.“

VÝZNAM SNOEZELENU

Ďalej nás zaujímalo, **v čom vidia špeciálni pedagógovia konkrétny význam využitia Snoezelenu u detí s detskou mozgovou obrnou.** Informanti sa zhodujú, že najväčší význam tohto konceptu u detí s touto diagnózou je ovplyvnenie komunikácie, kognitívnych zložiek, stimulácia v oblasti motoriky a tréning v zmyslovej oblasti. Informant A dodáva, že ide predovšetkým o *„trénink všech smyslů, která je pro děti důležitá, jak v raném, tak i předškolním období“.* Informant G dodáva, že je značný rozdiel vo význame využitia Snoezelen konceptu u detí v ranom a predškolskom veku a hovorí *„v tomto prostředí děti získávají pomaličku důvěru i v okolní svět a začínají mu věřit, přenášejí poznatky do běžného života.“* Informant B konkretizuje, že *„u dětí spastických může dojít k uvolnění, u dětí hypotonických k zapojení více svalových skupin“.* Informant C sa prikláňa k názoru, že Snoezelen má na deti aj edukatívny vplyv, a to že *„uživatel má možnost sledovat mnoho podnětných prvků, od barevných variací po tvary či zvukové efekty. Všechny tyto vjemy působí na klienta edukativně a je schopen poznávat a provádět nové činnosti“.* Informant E vidí vplyv a význam využitia Snoezelenu u detí s detskou mozgovou obrnou v schopnosti vnímať svoje vlastné telo, priestor okolo seba a je mu umožnené zažiť pocit úspechu.

FUNKCIE SNOEZELENU

V poslednej otázke v tomto okruhu nás zaujímalo, **akú funkciu plní podľa pracovníkov- špeciálnych pedagógov Snoezelen koncept.** Zaujímalo nás, či tento koncept, predovšetkým u detí s detskou mozgovou obrnou vnímajú ako terapiu, relaxáciu či podpornú edukačnú metódu.

Šesť z opýtaných informantov, a to B, C, D, E, F, G sa zhodli, že v tomto prípade ide o kombináciu všetkých spomínaných možností a záleží na konkrétnom celi. Bližšie to konkretizoval informant C. *„Vše záleží na typu a rozpoložení klienta s DMO. Podle toho provádí terapeut buď část relaxační, kdy je Snoezelen využíván k odpočinku po náročném fyzickém cvičení, nebo povaha postižení klienta daný způsob terapie vyžaduje. Část výchovně*

vzdělávací, kdy záleží na zkušenostech terapeuta či se odvíjí „pouze“ od nastaveného individuálního plánu klienta. Zaměřujeme se hlavně na rozvoj jemné motoriky a soustředění“.

K tomu bližšie špecifikuje informant F. „Relaxáciu podľa nastavenia, môže ísť o samostatnú relaxáciu- autogénny tréning, pasívnu, aktívnu alebo môže byť relaxácia ako finále terapie, aj edukačnú - napr. rozvíja reč – pojmy a označovanie objektov v rámci projekcie, alebo myslenie – či klient dokáže na základe senzomotorickej skúsenosti dospieť k levelu, že spojí príčinu a následok jednania. Ako podpornú – napr. motorika – držanie tela – opretie sa o bublinkový valec chrbtom- vibrácie prúdiace smerom hore podporne vplyvajú na udržanie sa v sede, terapia , ak zmierňujeme alebo odstraňujeme problémy klienta napr. aktivácia pravej polovice tela, zapájanie, používanie častí tela, ktoré klient dovtedy nepoužíval, zvyšujeme telesnú rovnováhu a tým aj psychickú“.

Názory sa líšia u informantov A a H. Informant A považuje Snoezelen koncept za relaxáciu a informant H striktne za terapiu.

Zhrnutie:

Z tohto okruhu vyplynulo, že špeciálni pedagógovia, ktorí pracujú s deťmi s detskou mozgovou obrnou v rámci Snoezelen konceptu, sa najčastejšie stretávajú s najťažšou kvadrupaetickou formou tejto diagnózy. Taktiež uvádzajú, že koncept Snoezelen považujú vo väčšine prípadov za kombináciu terapie, podpornej edukačnej metódy a relaxácie, pričom záleží na ciele a individuality klienta. Tento koncept by neodporúčali detským klientom, ktorí majú strach z tmy a majú časté epileptické záchvaty. Z hľadiska prítomnosti rodiča, preferujú samostatný pobyt dieťaťa v miestnosti, avšak rešpektujú v prípade potreby a nutnosti prítomnosť rodiča spolu s dieťaťom. Najväčší význam u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku z hľadiska Snoezelenu vidia v rozvoji komunikácie, zmyslového vnímania, kognitívnych schopností a motoriky.

3.5.2 Využitie pomôcok v koncepte Snoezelen u detí s DMO

V koncepte Snoezelen existuje množstvo rôznych druhov pomôcok. Ide o pomôcky auditívne, taktilné, vibračné, optické alebo taktiež hudobné nástroje. Nie každá z pomôcok je

využitelná pre dieťa s detskou mozgovou obrnou a výber konkrétnej pomôcky je potrebné náležite zvážiť.

Preto nás zaujímalo, **ktoré z pomôcok využívajú špeciálni pedagógovia najčastejšie u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku.** Informanti B,D,F a G sa zhodli, že pri tejto diagnóze u detí najčastejšie využívajú vibračné druhy pomôcok. Avšak názory na využitie pomôcok sa u informantov mierne líšia. Informant H dodáva, že využíva všetky druhy, s prihliadnutím na závažnosť postihnutia klienta. Informant A konštatuje, že *„já osobně nepreferuju určité pomůcky podle diagnózy dítěte.“* K tomuto názoru sa tiež prikláňa informant G. *„Nemáme prioritu mezi pomůckami, podporujeme smysly dětí různými vjemy“.* Informant E preferuje *„světelné efekty a věci, které nikdy neviděly, především hmatového charakteru. Často se jedná o věci denní potřeby, věci, které nás běžně obklopují jako hlína, seno, větve, kuchyňské náčiní, borůvky, maliny, hudební nástroje, čočka, fazole, ovesné vločky“.*

Na túto otázku nadväzovala otázka, **ktoré pomôcky by pre deti s detskou mozgovou obrnou neodporúčali.** V tejto problematike sa zhodli informanti C,G a H, že by neodporúčali svetelné či blikajúce pomôcky s intenzívnymi svetelnými efektmi u klientov s epilepsiou. Z dôvodu, že tieto pomôcky môžu vyvolať záchvat a taktiež je v tomto prípade nutné vyvarovať sa hlasnej hudbe, ako dodáva informant C. Informant E konkretizuje, že je dôležité dávať pozor na necertifikované pomôcky so svetelnými efektmi a dopĺňa, že *„ostatní záleží na konkrétním klientovi“.* Tento názor zastáva aj informant H, ktorý tvrdí, že všetko záleží na osobitosti klienta. Zaujímavý postreh mal informant F, a to že *„neexistuje nevhodná pomůcka, skôr jej nevhodné využitie. Výhodou Snoezelenu je možnost jeho přispůsobení množstvom, intenzitou podnetov každému jednotlivému klientovi“.*

Zhrnutie:

V tomto okruhu sme sa zamerali na využitie pomôcok pre deti s diagnózou detskej mozgovej obrny a tiež na to, ktoré z pomôcok nie sú vhodné.

Z odpovedí vyplynulo, že účastníci výskumu využívajú najčastejšie vibračné a tiež haptické pomôcky u klientov. Význam má tiež využitie pomôcok dennej potreby. Za nevhodné pomôcky považujú informanti výrazné svetelné a blikajúce pomôcky, ktoré môžu vyvolať u detí epilepsiu. Dôležité však je brať ohľad na individualitu klienta a prispôbiť sa jeho možnostiam.

3.5.3 Možnosti terapií v koncepte Snoezelen u dětí s DMO

Súčasťou Snoezelen konceptu sú aj prvky expresívnych terapií. Miestnosti Snoezelen sú vhodné na uskutočňovanie týchto foriem terapií u detí nielen s detskou mozgovou obrnou. Využívanie expresívnych terapií je vhodné aj z hľadiska priestoru a pomôcok, ktoré koncept Snoezelen poskytuje a umožňuje. Okrem foriem expresívnych terapií sa v miestnostiach Snoezelen využívajú aj bazálna stimulácia a polohovanie. Dôležitá je však prax a odbornosť špeciálnych pedagógov.

V prvej otázke tohto okruhu nás zaujímalo, **či sa vôbec využívajú formy expresívnych terapií v koncepte Snoezelen a ktoré konkrétne**. Informanti G a H uviedli, že formy terapií nevyužívajú. V prípade informanta G je to z dôvodu nezaškolených terapeutov. Informant H využíva expresívne terapie mimo koncept Snoezelen. Ostatných šesť informantov využíva v rámci konceptu Snoezelen predovšetkým aromaterapiu a muzikoterapiu. Prvky terapie bábkou a dramaterapie využívajú informanti B a F. Informant C uvádza, že využívajú taktiež okrem muzikoterapie a aromaterapie, oxygenoterapiu a dodáva, že „*ve väčšine prípadů v kombináci s jinými doplňky*“.

V ďalšej otázke nás zaujímalo, **či špeciálni pedagógovia v rámci konceptu Snoezelen využívajú aj bazálnu stimuláciu a polohovanie**. Všetci z opýtaných informantov využívajú ako aj bazálnu stimuláciu, tak polohovanie u detí. Informant F upresňuje, že „*bazální stimulace a polohování se využívá. Tyto věci jsou velmi důležité. Dítě se musí cítit bezpečně a dobře, aby lépe reagovalo na nabízené podněty. Pokud je v nepohodě, nemá dobrou polohu, nevnímá jiné věci a zabývá se tím, co ho trápí*“. Na to nadväzuje informant E, ktorý tvrdí, že „*vždy je klient napolohován, bazální stimulaci dle potřeb klienta, někdy je hlavním cílem Snoezelen terapie uvědomění si vlastního těla, jeho hranic v jiném prostředí*.“ Informant C považuje za podstatné prispôsobenie sa potrebám klienta v rámci bazálnej stimulácie a polohovania a tieto činnosti robia preškolení zamestnanci. Informant A špecifikuje, že „*bazální stimulaci využíváme, ale ne příliš často, protože v lázních je jedna terapie, která se bazální stimulací přímo věnuje, ale v případě, že jí dítě nemá, je možné ji uplatnit na Snoezelenu*.“ Dodáva, že na polohovanie využívajú špeciálne pomôcky.

Zhrnutie:

Formy expresívnych terapií, polohovanie a bazálna stimulácia v rámci konceptu Snoezelen boli ďalšími témami, ktorých bolo potrebné sa dotknúť. Všetci informanti uviedli,

že formy týchto terapií a tiež polohovanie a bazálnu stimuláciu v miestnostiach Snoezelen využívajú pomerne často u detí s detskou mozgovou obrnou. Najčastejšie využívajú aromaterapiu a muzikoterapiu. Vyskytujú sa tiež ďalšie formy terapií ako sú dramaterapia, terapia bábkou, oxygenoterapia či arteterapia. Bazálnu stimuláciu a polohovanie považujú informanti za dôležitý aspekt u detí s detskou mozgovou obrnou. Dôležité je však prihliadať na individuálne potreby klientov.

3.5.4 Vplyv Snoezelen konceptu na dieťa s DMO

O tom, že koncept Snoezelen má význam a vplyv na deti s diagnózou detskej mozgovej obrny niet pochyb. Dieťaťu je v miestnostiach ponúknutých mnoho nových a zaujímavých podnetov. Práve tieto podnety môžu stimulovať niektoré oblasti vnímania alebo motoriky u dieťaťa. Táto oblasť je rozdelená pre lepšiu orientáciu na štyri podoblasti: motorika a zmyslové vnímanie v Snoezelen koncepte u detí s DMO, formy práce a pozitíva v oblasti tohto konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou.

MOTORIKA

Zaujímalo nás, **či Snoezelen má vplyv na rozvoj motoriky u dieťaťa a v čom konkrétne vidia špeciálni pedagógovia tento vplyv v ranom a predškolskom veku dieťaťa.**

Všetci ôsmi informanti sa zhodli, že tento koncept má jednoznačne vplyv na jemnú aj hrubú motoriku u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku. Z toho päť informantov, konkrétne informanti A, B, D, E a G upresňujú, že ide hlavne o motivačnú oblasť, kedy dieťa urobí nevedome pohyb, z motivačných dôvodov smerom k ponúkaným podnetom, ktoré ho zaujmú. Dvaja informanti C a E sa zhodujú, že z hľadiska motoriky u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou ide aj o poznávanie hraníc vlastného tela, čo je pre deti veľmi dôležité. Informant E upresňuje, že *“vliv má a to v případě rozvoje motoriky, kdy dítě poznává hranice vlastního těla a zjištění, že dané končetiny jsou moje, při vhodné motivaci může dojít k uvědomění, že můžeme spoustu věcí dělat sami.”* A dodáva, že je vhodná spolupráca s fyzioterapeutmi. Informant E bližšie vymedzil vplyv konceptu na motoriku dieťaťa: *„Stimulujeme pohybovú koordináciu ruka-oko, pretáčanie, vstávanie do sedu, vzpriamovanie - držanie trupu, vzpriamenej hlavy v sede, udržanie sa v ľahu na predlaktiach. Vybalansovanie v extrémnych polohách a podobne“*

ZMYSLOVÉ VNÍMANIE

Ďalšou otázkou, na ktorú nás zaujímala odpoveď, bola otázka, **či koncept Snoezelen má vplyv okrem motoriky aj na zmyslové vnímanie u detí a v čom konkrétne, z pohľadu špeciálneho pedagóga.** V tomto prípade sa opäť všetkých osem informantov zhodlo, že tento koncept má jednoznačne vplyv na zmyslové vnímanie u detí s detskou mozgovou obrnou. Informant G konkretizuje, že *„vplyv na zmyslové vnímanie je prioritný, nabízenými zmyslovými podnetmi získava dieťa dôveru v okolný svet a rozvíja si osobnosť“*. Zaujímavú myšlienku predostrel informant E: *„Ďakujúci konceptu môže dieťa posilovať svoje zmyslové vnímanie v pripravenom prostredí, ktoré na ňu nepôsobí zmatene, prehlcene, zacílené iba na momentálne potreby.“* Informant C dodáva dôležitý fakt, a to že *„proces záleží tiež na zdravotnom stave klienta a na jeho schopnosti učiť sa novým veciam a zdokonaľovať sa v uvedených oblastiach.“* (motorika a zmyslové vnímanie, poznámka autora).

FORMY PRÁCE

Nasledujúca otázka sa týkala oblasti, **či je podľa názoru špeciálnych pedagógov vhodnejšie pracovať s deťmi s detskou mozgovou obrnou v rámci Snoezelenu individuálne, či skupinovo.** V tejto oblasti sa názory informantov mierne líšia. Informanti B, E a F sa však zhodujú, že záleží individuálne na konkrétnom klientovi. Radikálnejší názor má informant H, a to *„u dieťaťa s DMO zastávam individuálnu formu a nie skupinovú.“* Informant D volí iný postup *„Najlepší by bola prvá terapia vždy individuálna, terapeut vykoná diagnostiku, vytvorí si obraz dieťaťa a nastaví ciele, ktoré by chcel splniť. Potom podľa dieťaťa zvolí radšej formu skupinovú, alebo zostáva u individuálnej práce.“* Informanti A a C sa bližšie vyjadrili ku skupinovej práci s deťmi v koncepte Snoezelen. Informant C konkretizuje, že *„ak sme realizujeme skupinovú terapiu, vždy sa zameriavame na klienty s podobnou diagnózou. Klienti sa musia vzájomne znáť a byť spolu radi, aby terapia prebiehala riadne a úspešne.“* V tomto duchu informant A dodáva *„V lázních máme i interaktívny Snoezelen, ktorý funguje i skupinovo, čo je naopak vhodné napríklad k rozvoju spolupráce medzi deťmi“*.

POZITÍVA

Poslednou otázkou na špeciálnych pedagógov z tohto okruhu bolo, **či má podľa ich názoru koncept Snoezelen pozitívny vplyv na rozvoj u detí s detskou mozgovou obrnou**

a v čom. Všetkých osem informantov sa aj v tejto oblasti zhodlo, že koncept má jednoznačne pozitívny vplyv na rozvoj dieťaťa s detskou mozgovou obrnou. Avšak dôvody vplyvu na rozvoj sa mierne líšili. Informant A upresňuje, že záleží na počte absolvovaných terapií, aby bol badateľný rozvoj u dieťaťa. Informant C dodáva, že *„vždy je však potreba klásť dôraz na doplnkové prvky. Správnosť aplikovanií aromaterapie, zvukových i doprovodných efektů. Umět flexibilně reagovat a měnit průběh nebo způsob terapie. Poté tento koncept dokáže klientovi velmi pomoci.“* V tomto zmysle dodáva informant D, že *„největší vliv má samozřejmě spolupráce více terapií a odborníků a Snoezelen jako doplňková technika. Ale samotný Snoezelen je vhodný už jen kvůli bezpečnému prostoru, bezpečnému vztahu s terapeutem a hlavně možnosti vyzkoušet si nové.“* To, že koncept Snoezelen má vplyv na celkový rozvoj osobnosti dieťa s detskou mozgovou obrnou udávajú informanti A, G a E. Informant F dodáva, že *„zmyslová cesta je u klientov s postihnutím, ktorých máme najpriechodnejšou a najuchopiteľnejšou cestou spoznávania sveta a chápania súvislostí a učenia sa“*.

Zhrnutie:

V tomto okruhu sme sa zamerali na vplyv Snoezelen konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou z hľadiska oblastí motoriky, zmyslového vnímania, celkového rozvoja osobnosti a práce s dieťaťom individuálne alebo skupinovo. Informanti sa v oblasti motoriky jednoznačne zhodli, že koncept má vplyv na oblasť jemnej aj hrubej motoriky u dieťaťa. Dieťa je nevedome motivované k pohybu a dokáže vnímať hranice vlastného tela.

V oblasti zmyslového vnímania sa taktiež informanti zhodli na pozitívnom vplyve na dieťa. Ide predovšetkým o rozvoj osobnosti, dôveru v okolitý svet, zdokonalenie zmyslov, a to v pripravenom prostredí. Pokiaľ ide o individuálny, či skupinový prístup, tu sa názory informantov mierne líšili. Väčšina sa zhodla v názore, že záleží individuálne na klientovi a jeho potrebách.

Všetci informanti sa taktiež zhodli, že koncept Snoezelen má pozitívny vplyv na rozvoj detí s detskou mozgovou obrnou. Dôležitá však je spolupráca odborníkov a doplnenie aj iných terapií.

3.6 Diskusia

Na začiatku výskumného šetrenia sme si stanovili cieľ práce, ktorý sme postupne napĺňali pomocou štyroch výskumných otázok.

V prvej výskumnej otázke sme hľadali odpoveď na otázku: **Je v záujme dieťaťa s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku, z pohľadu špeciálneho pedagóga využívanie konceptu Snoezelen?**

Z výskumného šetrenia vyplynulo, že tento koncept pre danú skupinu detí určite význam má a je to v záujme dieťaťa. Snoezelen dokáže ovplyvniť zložky osobnosti, ktoré sú v ranom a predškolskom období dôležité. Tento koncept má z pohľadu informantov prínos na kognitívnu oblasť, motoriku, zmyslové vnímanie a má aj edukatívny charakter.

Zaujímavým zistením bolo, že špeciálni pedagógovia prichádzajú do kontaktu najčastejšie s najťažšími formami detskej mozgovej obrny. Informanti tiež zmienili, že preferujú individuálnu prácu s deťmi, bez prítomnosti zákonných zástupcov, ak to situácia nutne nevyžaduje. Častým názorom bolo, že Snoezelen koncept vnímajú informanti ako kombináciu terapie, podpornej edukatívnej metódy a relaxácie a neuprednostňujú jeden zo spomínaných termínov a tiež že tento koncept neodporúčajú deťom, ktoré majú strach z tmy a časté epileptické záchvaty.

V nasledujúcej výskumnej otázke sme sa pýtali na otázku: **Ktoré pomôcky sú vhodné u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom, v rámci Snoezelen konceptu, z pohľadu špeciálneho pedagóga ?**

Názory na využitie pomôcok u detí s detskou mozgovou obrnou sa líšili. Štyria informanti sa zhodli, že často využívajú vibračné pomôcky. Traja z opýtaných informantov nepreferujú konkrétne druhy pomôcok, ale berú ohľad na individualitu klientov a závažnosť ich postihnutia. Traja informanti sa zhodli, že v rámci používania pomôcok u detí s detskou mozgovou obrnou nepreferujú svetelné a blikajúce pomôcky z dôvodu vyvolania epilepsie. Zaujímavé je, že len dvaja informanti vo svojej odpovedi spomenuli, že využívajú pre klientov s touto diagnózou vodnú posteľ, ktorá je pre miestnosť Snoezelen typická.

Treťou výskumnou otázkou sme zisťovali, **či sú v koncepte Snoezelen využívané formy expresívnych terapií?**

Dvaja informnati z ôsmich opýtaných uviedli, že formy terapií v rámci Snoezelen konceptu nevyužívajú. Z odpovedí však vyplynulo, že väčšina informantov (šesť z opýtaných) využíva v rámci tohto konceptu prvky aromarapie a muzikoterapie. Vyskytujú sa tiež prvky dramaterapie, biblioterapie, arterterapie a oxygonoterapia. Zaujímavé je, že ani v jednom prípade informanti neuviedli možnosť využitia canisterapiu, ktorá sa tiež zvykne používať v rámci tohto konceptu. Všetci informanti uviedli, že využívajú bazálnu stimuláciu a polohovanie a považujú to za podstatný prvok v koncepte Snoezelen u detí s danou diagnózou.

Poslednou výskumnou otázkou bolo: **Je v možnostiach Snoezelen konceptu pozitívne vplývať na rozvoj dieťaťa s DMO?**

Z výskumného šetrenia vyplýva, že tento koncept je pre deti raného a predškolského veku s danou diagnózou prospešný a je jeho možnostiach pozitívne vplývať na rozvoj osobnosti dieťaťa. Informanti uviedli, že koncept má významný vplyv v rozvoji jemnej a hrubej motoriky dieťaťa, a to formou hravého prístupu a nenásilného motivujúceho prostredia. Taktiež sa zhodujú, že koncept pozitívne ovplyvňuje aj zmyslové vnímanie detí z hľadiska ponúkaných podnetov.

Na možnosti pozitívneho uplatnenia konceptu Snoezelen u detí s detskou mozgovou obrnou má vplyv aj individuálna práca s dieťaťom, ktorú uprednostňujú traja informanti z ôsmich. V rámci skupinovej práce s klientmi sa dvaja informanti zhodli, že je dôležité mať klientov s podobnou diagnózou a ak chceme podporiť skupinovú interakciu.

V priebehu výskumného šetrenia, v rámci praktickej časti práce sme uvažovali o ďalších možnostiach. Zaujímavým podnetom by bolo porovnanie skúseností špeciálnych pedagógov ako odborníkov na problematiku Snoezelen konceptu a detí s detskou mozgovou obrnou so skúsenosťami rodičov týchto detí. Zaujímalo by nás, v čom sa názory zhodujú a v čom naopak odlišujú a kde informanti vidia limity.

Taktiež by malo podľa nás pozorovanie a kazuistika konkrétnych klientov využitím tohto konceptu a podrobnejšia analýza jednotlivých využívaných metód a pomôcok v koncepte Snoezelen.

Záver

Práca na tému Využívanie konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s diagnózou detskej mozgovej obrny z pohľadu špeciálnych pedagógov je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti sme zhrnuli a popísali poznatky o koncepte Snoezelen. Zamerali sme sa na diagnózu detskej mozgovej obrny, ktorá je špecifická pre raný vek dieťaťa. Preto sme sa v teoretickej časti tiež zamerali na jednotlivé druhy detskej mozgovej obrny, na súvisiace problémy a možnosti pomoci. Hlavným aspektom boli deti raného a predškolského veku, u ktorých sa táto diagnóza vyskytuje s prepojením na koncept Snoezelen, ako jednu z foriem novej dostupnej pomoci. Poukázali sme na možnosti tohto konceptu u danej diagnózy, a to nie len z hľadiska pomôcok, doplnenia iných terapií ale aj z hľadiska konkrétneho vplyvu v rámci zmyslového vnímania detí a motoriky.

V praktickej časti práce bolo vykonané výskumné šetrenie, v rámci ktorého sa nám upodarilo nazbierať a následne analyzovať odozvy informantov. Kvalitatívny prístup bol zvolený z dôvodu možnosti osobného kontaktu s informantmi, čo umožnilo autentickejšie odpovedi a možnosti utvorenia si vlastného obrazu výskumníka o téme, ktorá má svoje špecifiká. Vďaka prívetivému prístupu informantov sa podarilo naplniť cieľ práce. Cieľom práce bolo **zmapovanie, popísanie a analýza možností využitia Snoezelen konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku, z pohľadu špeciálnych pedagógov prostredníctvom ich autentických odpovedí**. Výskumné šetrenie prebehlo pološtruktúrovanými rozhovormi, v rámci kvalitatívneho prístupu. Pre účely práce prebehlo osem rozhovorov so špeciálnymi pedagógmi, ktorí pracujú v oblasti ktorá sa venuje Snoezelen konceptu a majú skúsenosti s deťmi s diagnózou detskej mozgovej obrny. V rámci cieľa bolo stanovených niekoľko výskumných otázok, na ktoré sme sa analýzou a interpretáciou dát pokúsili nájsť odpovede.

Z výskumu vyplynulo, že špeciálni pedagógovia zaujímajú k Snoezelen konceptu pozitívny postoj a tento koncept má podľa nich značný vplyv na deti s detskou mozgovou obrnou, a to v oblasti motoriky, senzomotoriky, zmyslového vnímania a celkového pôsobenia na rozvoj osobnosti dieťaťa. Informanti taktiež prepájajú koncept aj s inými formami terapií a využívajú rôzne druhy pomôcok vzhľadom na špecifiká a individualitu dieťaťa s danou

diagnózou. Zameriavajú sa na všestranný rozvoj osobnosti v bezpečnom prostredí, v ktorom sú dieťaťu ponúkané nové a zaujímavé stimulačné podnety.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BALOGOVÁ, Z. 2017. *Predškolský vek*. [online]. [cit. 2018-20-3]. Dostupné na: <https://mamaaja.sk/clanky/mama/predskolsky-vek>

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.

BARTKO, D. 1993. *Neurológia. Učebnice pre stredné zdravotnícke školy*. 2. Prepracované a rozšírené vydanie. Osveta, Martin. 1993. ISBN 80- 217-0570-1.

BENSING, J. *Bringing the gap. The separate worlds of evidence – based medicine and patient-centered medicine*. In Patient Education and Counseling, Roč. 39 č. 1, s. 17-25, 2000. ISSN 1057-3631.

BLASER, A., HEIM, E., RINGER, CH., THOMMEN, M. *Na problém orientovaná psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1994. ISBN 80-967277-0-2.

BUDÍKOVÁ, J., KRUŠINOVÁ, P., KUNCOVÁ, P. *Je vaše dítě připraveno do první třídy?* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-722-6637-3.

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-204-1.

DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. 3. vydanie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DOR-BOHAR, N. *Dramatherapy and Bereavement*. In Dramatherapy, Roč. 18. č. 1. Spring 1996, s. 2

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Terminologický a výkladový. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 1998.

EDELSBERGER, L. et al. *Defektologický slovník*. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

EL-MAKSOUND, G.M. et al. *Visual-Based Training Program for Motor Functions in Cerebral Palsied Children with Cortical Visual Impairment*. In International Journal of Therapies and Rehabilitation Research [online]. [cit. 2018-19-4]. Dostupné na: <https://pdfs.semanticscholar.org/9383/1bf05fc624fcfa81301f88b024b8223bc443.pdf>.

FILATOVÁ, R., JANKŮ, K. (Ed.) *Snoezelen*. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2011. ISBN: 978-20-260-0115-7.

FILATOVA, R., JANKŮ, K., *Snoezelen*. 1. vydání. Ostrava, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.

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

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. *Sestra*, 2003, roč.13, č.1, s.14-16. ISBN 1210-0404

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

GALLAN, I. *To examine multi-sensory programs for disabled students and how these programs will assist students acquire and develop functional skills to further their independence and quality of life*. [online]. [cit. 2018-25-3]. Dostupné na: http://www.churchilltrust.com.au/media/fellows/Gallan_Ian_2003.pdf.

GANGALE, D.,C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024705346.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus, 1997. ISBN: 80-85928-48-5.

HADRABA, I. Úchop v protetice (1. část). V *Ortopedická protetika*. 2001, roč.3, č. 4, s. 14 - 18.

HADRABA, I. Úchop v protetice (2. část). V *Ortopedická protetika*. 2001, roč.3, č. 5., s. 32 - 38.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOTZ, G. A. et al. 2006. *Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury*. In *Brain InJury*. [online]. [cit. 2018-14-4]. Dostupné na: <https://www.researchgate.net/publication/6748524>.

HUDÁČOVÁ, V. *Edukácia detí s detskou mozgovou obrnou v predškolskom veku z aspektu pohybovej výchovy*. In *Zborník príspevkov z odborného seminára Výchova a vzdelávanie znevýhodnených detí*. Bratislava: Iuventa, 2000.

HULSEGGE, J., VERHEUL, A. *Snoezelen – Eine andere Welt. Ein Buch für die Praxis*. Martburg/Lahn: Band 21, 1989. ISBN 3-88617-091-8.

HULSEGGE, J., VERHEUL, A., *Snoezelen: Another world*. Rompa, 1988. ISBN 0 9512821 7 0.

JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. 1. Vydanie. Praha : Karolinum. 1997. ISBN 8071843946.

- JANCZAK, B. *Biblioterapia: Teória a prax*. In *Knižnica*, 2006, roč. 7, č. 2, s. 7-10 ISSN 1336-0965.
- JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-945-2.
- JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. Vydání. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- JANKŮ, K. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
- KÁBELE, F. et al.. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- KANTOR, J. *Medicínské aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9,
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- KOHOUTEK, R. *Animoterapie*. Slovník cizích slov [online]. [cit. 2018- 04-03]. Dostupné z: <http://www.slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/slovo/animoterapie>.
- KOMÁREK V, ZUMROVÁ A., et al. *Dětská neurologie*. Vybrané kapitoly. Druhé vydání. Galén, 2008. ISBN 9788072624928.
- Kok, W., PETER, J., CHOUFOUR, J. *SNOEZELEN*. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum / Fontis, 2000. ISBN neuvedené.
- KONDÁŠ, O. KRATOCHVÍL, S., SYŘIŠŤOVÁ, E. *Psychoterapie a reedukácia*. Martin: Osveta, 1989. ISBN 80-217-0014-9.
- KOPČÍKOVÁ, M. 2017. *Znížený svalový tonus-hypotónia*. [online]. [cit. 2018-14-4]. Dostupné na: <https://detskechoroby.rodinka.sk/detske-choroby/koncatiny/svaly/znizeny-svalovy-tonus-hypotonia>.
- KOPČÍKOVÁ, M. 2016. *Hypertonus u dětí*. [online]. [cit. 2018-14-4]. Dostupné na: <https://detskechoroby.rodinka.sk/detske-choroby/koncatiny/svaly/hypertonus-u-deti>.
- KORUŠIAKOVÁ, J.: 2012. *Možnosti edukácie žiakov s ťažkým a viacnásobným postihnutím v multisenzorickej miestnosti*. In HREBEŇÁROVÁ, L., PINČÁKOVÁ, M. eds. *Praktické skúsenosti s aplikáciou nových metód a postupov v edukácii žiakov s mentálnym postihnutím*. Prešov: Prohu, 2012. ISBN 978-80-89535-09-5.
- KOTAGAL, S., *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton, 1996. ISBN 80-85875-06-3d.
- KRAUS, J. et al., *Dětská mozková obrna*. Praga: Grada, 2005. ISBN 8024710188.

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

KWOK HWM, To YF, Sung HF. *The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities*. In Hong Kong Medical Journal, 2003 č. 9, s. 122–126.

LEILLETSEDER, J. *Představení činnosti spolku Tiere als Therapie*. V Mezinárodní seminář o zooterapiích- sborník příspěvků. 2004, ISSN neuvedené.

LESNÝ, I., ŠPITZ, J., *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. SPN, 1989. ISBN 80-04-22922-0.

LIŠTIAKOVÁ. I., FÁBRY LUCKÁ, Z (Eds.). *EXPRESÍVNE TERAPIE VO VEDÁCH O ČLOVEKU* : Biodromálny aspekt liečebnej pedagogiky/ Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie. 2016. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-4148-6.

LITTEROVÁ, M. *Canisterapie z pohľadu fyzioterapeuta v Povidání o canisterapii*. Kolektiv autorů sdružení PIAF A. Vyškov: Sdružení Piafa, 2000. ISBN neuvedeno.

Lueck, A.H. *Comment: Cortical or cerebral visual impairment in children: A brief overview*. In *Journal of Visual Impairment and Blindness*, Roč. 104 č. 10, s. 585-592. ISSN 1559-1476.

MACHALOVÁ, J. 2008. Biblioterapie v praxi. In *Information Journal Inflow*. 2008, roč. 1, č. 6, s. 3. ISSN 1802–9736.

MAJZLANOVÁ, K. *Poetoterapeutika*. Bratislava: Iris. 2015, 101 s. ISBN 978-80-8153-035-7.

MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava : Iris, 2004. ISBN 978-80-89018-65.

MAREŠOVÁ et al., *Dětská mozgová obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H+H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MÁTEJOVÁ, Z., MAŠURA, S. *Muzikoterapia ve speciálnej a liečebnej praxi*. Bratislava: SPN, 1992. ISSN 80-08-00315-4.

MERTENS, K. *Snoezelen-eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2003. ISBN 3-8080-0518-1.

MERTENS, K. *Snoezelen - Anwendungsfelder in die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 2005. ISBN 3-8080-0577-7.

MESSBAUER, L. 2008. *VPLYV SNOEZELENU U OSÓB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA* [online]. [cit. 2018-20-2]. Dostupné na: <http://3lobit.sk/snoezelen/vplyv-snoezelenu-u-osob-s-autizmom>.

- MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MICHALOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z problematiky specifických poruch učení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-318-7.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MOJAY, G. *Aromaterapie pro léčení duše*. 1st ed. Alternativa, 2000. ISBN 80-85993-64-3.
- MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
- NEVŠÍMALOVÁ, S. et al., *Neurologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072621602.
- OKÁLOVÁ, K. 2008. Detská mozgová obrna. In *Pediatrica pre prax*. [online]. [cit. 2018-11-4]. Dostupné na: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3353.
- OPATRÍLOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- OREŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. Ružomberok: VERBUM, 2010. ISBN 978-80-8084-639-8.
- OŠLEJŠKOVÁ, et al. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. NCO NZO: Brno, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.
- PAGLIANO, P. *Using a Multisensory Environment. A practical Guide for Teachers*. London: David Fulton Publishers, 2001. ISBN 1-85346-716-2.
- PAGLIANO, P. *The Multisensory Handbook. A guide for children and adults with sensory learning disabilities*. New York: Routledge, 2012. ISBN 978-0-415-59754-8.
- PAVLU, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody 1: (Koncepty a metody spočívající převážně na neuro.fyziologické bázi)*. Brno: CERM, 2002, 1.vyd. ISBN 80-7204-266-1.
- PHK MARKETING. 2016. Detská mozgová obrna. [online]. [cit. 2018-17-4]. Dostupné na: <http://www.detska-mozkova-obrna.cz/lecba-dmo/snoezelen>

PHK MARKETING. 2016. Kraniosakrálna teapia. [online]. [cit. 2018-17-4]. Dostupné na: <http://www.detska-mozkova-obrna.cz/lecba-dmo/synergicka-reflexni-terapie-srt/kraniosakralni-terapie>

PHK MARKETING. 2016. Muzikoterapia. [online]. [cit. 2018-17-4]. Dostupné na: <http://www.detska-mozkova-obrna.cz/lecba-dmo/muzikoterapie>

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.

PILARČÍKOVÁ - HÝBLOVÁ, S. *Biblioterapia*. 1. vyd. Bratislava: Liptovský Lukáš, 1997

PIPEKOVÁ, J.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd.Paido: Brno, 2006. ISBN: 80-7315-120-0.

PIPETKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciální pedagogice*, Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

PONECHALOVÁ, D. *Snoezelen: Úvod do tematiky*. Bratislava: 3lobit, o.z. 2009. ISBN neuvedené.

PONECHALOVÁ, D., LIŠTIAKOVÁ, I. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra. Príručka vhodných terapií pre klientov s PAS a príklady dobrej praxe*. Bratislava: Autistické centrum Andreas n. o., 2010. 27 s. ISBN 978-80-970549-8-4.

POTMĚŠILOVÁ, P. et al. *Arteterapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 9788024426525.

PROCHÁZKA, Miroslav. *Výběr vhodné hračky není hračka*. 5. 12. 2006. [online]. [cit. 2018-09-04]. Dostupné z: <http://www.benjamin.cz/cs/1369/casopis/clanky-a-diskuze/vyber-vhodne-hracky-neni-hracka/index.htm>

REICHLE J., 2011: *Evaluating Assistive Technology in the Education of Persons with Severe Disabilities*. In *Journal of Behavioral Education*. New York: Springer, Roč. 20, č. 1, 2011. s. 77-85. ISSN 1053-0819.

REX, P. 2005. *Ataxia*. [online]. [cit. 2018-13-4]. Dostupné na: <https://www.zdravie.sk/choroba/23700/ataxia>.

RONIETEROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: UP, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

- SKUTIL, M. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SLABINOVÁ, I. *Víte co je Snoezelen?* In Mentální retardace č. 39, Praha: Ústřední výbor SPMP, 2000, str 14-16.
- SLAVÍK, J. *Umění zážitku, zážitek umění*. Praha: PdF UK, 2001. ISBN 80-7290-066-8.
- SLAVÍK, J. *Od výrazu k dialogu ve výchově: Artefiletika*. Praha: Univerzita Karlova Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-437-3.
- SVOBODA, P. *Biblioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3684-5.
- SVOBODA, P. *Expresivně formativní terapie-Biblioterapie*. In *Arteterapie*. 2012, Roč. 2012-2013, č. 29, 163 s. ISSN 1214-4460.
- SVOBODA, et al., *Psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- SVOBODOVÁ, J. *Předškolní příprava dítěte s postižením hybnosti v SPC*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, 1997, 86 s. ISBN 80 - 210-1495-4.
- ŠVESTKOVÁ, O., et al. *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-586-5.
- VALENTA, J. *Učit se být. Témata a praktické metody pro osobnostně sociální výchovu na ZŠ a SŠ*. Praha: Strom, 2000. ISBN 80-86106-08-X.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Olomouc: Parta, 2003. ISBN: 80-7320-063-5.
- VANČOVÁ, A., SMOLIANINOV, A. *Neuro – psycho – edukačné intervencie, rehabilitácia a rozvíjanie detí s organickým poškodením mozgu*. Bratislava: Iris. 2014. ISBN 978-80-89726-04-2.
- VERONICA, S. *Aromaterapie pro každého*. 1st ed. Svojtka & Co. s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7352-779-2.
- VITÁSKOVÁ, K. *Snoezelen včera, dnes a zítra*. Speciální pedagogika. 2004,. ISSN 1211-2720.
- VITÁSKOVÁ, K. *Různorodá práce v multismyslových místnostech Snoezelen*. Speciální

pedagogika. 2006, roč. 16, s. 246-253. ISSN 1211-2720.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha : Grada. 2003. ISBN 8024702533.

WODHOUSE, MJ. *Cortical Visual Impairment*. School of Optometry and Vision Sciences. 2012.

ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatel'stvo, teória a vedecký výskum*. Vyd. 2. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

ANOTÁCIA

Jméno a příjmení:	Bc. Martina Gajdošová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018
Název práce:	Špecifiká využitia konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s detskou mozkovou obrnou z pohľadu špeciálnych pedagógov
Název v angličtině:	Specifics of usage of the Snoezelen concept in early years and preschool-aged children with cerebral palsy from the point of view of special pedagogues
Anotace práce:	Práca sa skladá z teoretickej a praktickej časti. Teoretická časť obsahuje informácie o koncepte Snoezelen, o diagnóze detskej mozgovej obrny a o prepojení týchto aspektov u detí raného a predškolského veku. V praktickej časti bola hľadaná odpoveď na to, či má význam koncept Snoezeln u detí s detskou mozkovou obrnou a aké sú možnosti jeho využitia z pohľadu špeciálnych pedagógov.
Klíčová slova:	Detská mozgová obrna, deti, Snoezelen koncept, multizmyslová miestnosť, terapia
Anotace v angličtině:	The thesis consists of a theoretical and practical part. The theoretical part contains informations about Snoezelen concept, diagnosis of cerebral palsy, and linking these aspects to early and pre-school children. In the practical part, the answer was to find out whether the concept of Snoezeln is important in children with cerebral palsy and what are the possibilities of its use from the point of view of special pedagogues.
Klíčová slova v angličtině:	Cerebral palsy, children, Snoezelen concept, multi-sense room, therapy
Prílohy väzané v práci:	Príloha číslo 1. Žiadosť o poskytnutie rozhovoru Príloha číslo 2. Informovaný súhlas Príloha číslo 3. Otázky k rozhovoru Príloha číslo 4. Prepis rozhovorov
Rozsah práce:	91 strán + 16 strán príloh
Jazyk práce:	Slovenský jazyk

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha číslo 1. Žiadosť o poskytnutie rozhovoru

Príloha číslo 2. Informovaný súhlas

Príloha číslo 3. Otázky k rozhovoru

Príloha číslo 4. Prepis rozhovorov

Príloha č. 1 – Žiadosť o poskytnutie rozhovoru

Žiadosť o poskytnutí rozhovoru

Vážení,

Moje meno je Martina Gajdošová a som študentkou posledného ročníku odboru Speciální pedagogika poradenství na Univerzite Palackého v Olomouci. Rada by som sa na Vás touto cestou obrátila so žiadosťou o poskytnutie rozhovoru, ktorý bude použitý ako podklad k mojej záverečnej diplomovej práci na tému *Využitie možností konceptu Snoezelen u detí raného a predškolského veku s diagnózou detskej mozgovej obrny*. Cieľom práce je zistiť špeciálnopedagogický pohľad na problematiku využitia Snoezelen konceptu u detí s detskou mozgovou obrnou. Rozhovor je určený pre osoby, ktoré pracujú ako špeciálni pedagógovia v zariadeniach a inštitúciách, kde je využívaný koncept Snoezelen u detí s detskou mozgovou obrnou a majú absolvovaný kurz a skúsenosti so Snoezelen konceptom. Rozhovor by nemal byť časovo náročný a jeho uskutočnenie by prebiehalo osobným rozhovorom po vzájomnej dohode. Pokiaľ by ste mali akékoľvek požiadavky ohľadom priebehu rozhovoru, budem sa im snažiť v maximálnej možnej miere vyhovieť.

Získané dáta budú spracované anonymne a použité len na účely diplomovej práce a výskumu. S dátami bude pracované podľa zákonných noriem a etického kódexu.

V prípade akýchkoľvek otázok ma neváhajte kontaktovať na e-mailovej adrese: martina.g16@gmail.com alebo na telefónnom čísle + 421 944 453 934

Ďakujem za spoluprácu

Bc. Martina Gajdošová

Príloha č. 2 – Informovaný súhlas

Informovaný súhlas

Ja,, súhlasím s poskytnutím rozhovoru pre účely diplomovej práce na tému *Využitie možností Snoezelen konceptu u detí raného a predškolského veku s diagnózou detskej mozgovej obrny z pohľadu špeciálnych pedagógov*. Moja účasť na rozhovore je dobrovoľná.

Bol/-a som uzrozumená s tým, že rozhovor bude pre účely analýzy nahrávaný. Nahrávanie môže byť na moju žiadosť kedykoľvek prerušené. Rozhovor, bude prepísaný do textovej podoby. Som uzrozumený/-á s tým, že nahrávka a identifikujúce údaje o mojej osobe (meno, inštitúcia, v ktorej pracujem, bydlisko a tak ďalej) nebudú nikde zverejnené.

V..... dne

podpis

Príloha č. 3 – Otázky k rozhovoru

Možnosti konceptu Snoezeln u detí s DMO.

Otázka č.1 S akými formami DMO sa stretávate najčastejšie v rámci konceptu Snoezelen?

Otázka č.2 Je podľa Vás vhodná prítomnosť rodiča v miestnosti Snoezelen počas terapie?

- V akom prípade považujete prítomnosť rodiča za vhodnú?
- V akom prípade považujete prítomnosť rodiča za nevhodnú?

Otázka č. 3 V akom prípade by ste Snoezelen neodporúčali pre deti raného a predškolského veku s DMO?

Otázka č. 4 V čom vidíte význam využitia Snoezelenu pre dieťa v ranom a predškolskom veku s DMO?

Otázka č. 5 Považujete koncept Snoezelen a jeho využitie pre dieťa s DMO za relaxáciu, edukačnú, podpornú metódu alebo za terapiu?

Využitie pomôcok v koncepte Snoezel u detí s DMO.

Otázka č.6 Ktoré pomôcky využívate najčastejšie u detí v ranom a predškolskom veku s DMO v Snoezelen miestnostiach?

Otázka č. 7 Sú pomôcky, ktoré by ste určite neodporúčali pre deti s DMO v rámci Snoezelen konceptu?

- Ak ano, ktoré?

Možnosti terapii v koncepte Snoezeln u detí s DMO.

Otázka č. 8 Využívate v rámci konceptu Snoezelen formy terapii (muzikoterapia, arteterapia, aromaterapia, canisterapia...)

Otázka č. 9 Využívate v Snoezelen miestnostiach bazálnu stimuláciu alebo polohovanie?

Vplyv Snoezelen konceptu na dieťa s DMO

Otázka č. 10 Myslíte si, že koncept Snoezelen má vplyv na rozvoj motoriky dieťaťa v ranom a predškolskom veku s DMO?

- Ak ano, v čom?

Otázka č. 11 Myslíte si, že koncept Snoezelen má vplyv na zmyslové vnímanie u detí s DMO v ranom a predškolskom veku?

- Ak áno, v čom?

Otázka č.12 Je podľa vás lepšie pracovať s dieťaťom v rámci Snozelenu individuálne, či skupinovo?

Otázka č. 13 Myslíte si, že využitie Snoezelen konceptu má pozitívny vplyv na podporu rozvoja dieťaťa s DMO v ranom a predškolskom veku ?

- Ak áno, v čom konkrétne?

Príloha č. 4 – Prepis rozhovorov

Okruh- Vlastný pohľad odborníka na problematiku využitia Snoezelen konceptu u dieťaťa s diagnózou detskej mozgovej obrny

Otázka č.1 S akými formami DMO sa stretávate najčastejšie v rámci konceptu Snoezelen?

Informant A: *Ve Snoezelenu se nejčastěji setkávám se spastickou kvadruparézou či diparézou DKK.*

Informant B: *Všetchny formy, převažují hemiparetické a kvadruparetické.*

Informant C: *Najčastejši sou to diparéza a kvadruparéza.*

Informant D: *Hemipareza, hemiplegie, dipareza dolních končetin, hypotonická forma, kvadruplegie-*

Informant E: *Těžké postižení. Kvadruspastická forma DMO, dyskinetická forma, nejčastěji v kombinaci s dalším postižením*

Informant F: *Vo svojej praxi sa často stretávam s hypotonickou a spastickou formou DMO.*

Informant G: *V současné době máme děti s nejtěžším stupněm zdravotního postižení. Nejčastěji s formou kvadruparetickou, spastici, kombinované postižení.*

Informant H: *Najčastejšie sa v praxi stretávam s diparézou a kvadruparézou.*

Otázka č.2 Je podľa Vás vhodná prítomnosť rodiča v miestnosti Snoezelen počas terapie?

Informant A: *Přítomnost rodičů je vhodná především během prvního sezení, kdy se rodičům terapie vysvětlí, řekne se jim cíl terapie, a co budeme s dětmi dělat. Pro děti je naopak vhodná přítomnost rodičů během prvního sezení v tom, že se většinou bojí tmavé místnosti a nevědí, co je čeká. S rodiči cítí určitou jistotu, pocit bezpečí, zjistí, že se nemusí ničeho bát. V dalších terapiích je žádoucí, aby rodiče nechávali děti chodit samotné, pokud to bez nich zvládají. Děti mohou navázat lepší kontakt a spolupráci s terapeutem bez přítomnosti rodiče.*

Informant B: *Je to zcela individuální, pokud potřebuje dítě odsávat hleny nebo je dítě příliš fixováno na rodiče, je někdy přítomnost nezbytná. Ideální je, pokud je dítě samo, projevuje se více spontánně, prožitek je silnější. Snoezelen však může rodiči ukázat i možnosti, jak dítě rozvíjet a v tom případě je přítomnost rodiče přínosem.*

Informant C: *V průběhu terapie ve Snoezelenu u nás není obvyklé, aby byl rodič či opatrovník přítomen. Všichni klienti jsou schopni trávit čas ve Snoezelenu pouze s terapeutem, což shledáváme jako lepší variantu. V mnoha případech je chování klienta diametrálně rozdílné, pokud terapie probíhá v přítomnosti rodiče/opatrovníka. Je neklidný, zkouší kam až může ve svém chování zajít, popřípadě bývá naopak více lítostivý, nespolupracuje. Je-li tedy klient sám s terapeutem, vytváří si společně přirozený respekt a důvěru. Pokud to ovšem stav klienta nebo situace vyžaduje, není přítomnost rodiče/opatrovníka vyloučena. Velikost naší Snoezelen místnosti je uzpůsoben tak, aby mohlo být při terapii přítomno více lidí.*

Informant D: *Záleží na věku dítěte a jeho separační reakci, ale ve většině případů se snažím na první terapii rodiče nechat a poté vzdalovat z místnosti.*

Informant E: *V případě, že dítě trpí separační úzkostí, je přítomnost rodiče vhodná, aby pro dítě byl pobyt v místnosti příjemný a přínosný. Je možné rodiče aktivně zapojit. V opačném případě preferuji samostatný pobyt dítěte a následně informuji rodiče o průběhu terapie a bavíme se o postupech.*

Informant F: *Ak sa jedná o cieleňú terapiu tak nie, ak by sme chceli zapojiť rodiča do aktivity áno. Prítomnosť iných osôb je vždy rušivá a klient reaguje odlišne, pri rodičoch je to o to citlivejšie.*

Informant G: *Přítomnost rodiče necháváme na zvážení. Rodič má vždy možnost být v místnosti. U malých dětí je to o tom, že se rodič přesvědčí a podívá, co je dítěti nabízeno, jak se s ním pracuje. Musí se s rodičem i dětmi navázat vztah důvěry. Pak většinou rodiče už nechodí a dítě si lépe užije prostředí. Mám lepší zkušenost s prací bez rodičů. Dítě se více soustředí na podněty, nic ho nerozptyluje, i když je rodič potichu, stačí malé zavrtění a ihned dítě reaguje a odpoutává ho to od soustředění a prožitku.*

Informant H: *Záleží podľa cieľa, ktorý intervenciou sledujem.*

Otázka č. 3 V akom prípade by ste Snoezelen neodporúčali pre deti s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku?

Informant A: *V případě, kdyby se děti báli hodně tmy v místnosti a ani po několika terapiích by se situace nelepšila. Terapie by byla pro dítě spíše stresující záležitostí než přínosnou.*

Informant B: *Neřekla bych, že je dítě, kterému bych Snoezelen nedoporučovala, spíše jen vybrané dílčí prvky, například osvětlení u dítěte s epilepsií.*

Informant C: *Snoezelen bychom nedoporučovali v případě, kdy se klient s DMO nebude v místnosti cítit komfortně, nebude to jeho vlastní volba účastit se terapie. Popřípadě ve chvíli, kdy klient trpí klaustrofobií. Snoezelen v naší organizaci je menších rozměrů a bez přítomnosti denního světla, je tedy tento psychologický stav u klienta možný.*

Informant D: *U kteréhokoliv dítěte, které má panickou hrůzu ze tmy, tmavých místností. Ale setkala jsem se i s tímto případem a použila jsem techniku postupného zaplavování.*

Informant E: *Pokud dítě při terapii dostává panické záchvaty například ze tmy. Postupně bych pracovala podle principů Snoezelen terapie v jeho přirozeném prostředí. Vytvořila mu pro jeho potřeby specifické prostředí. Dále v případě, že to jeho zdravotní stav neumožňuje - silné epileptické záchvaty, doporučila bych jiné formy terapií.*

Informant F: *V případě imunitních problémů, kde by byl přenos riskantný, ak sa nejedná o iný limitujúci zdravotný problém, tak nepoznám zo svojej praxe klientov, ktorým by som Snoezelen neodporúčala. Snoezelen vždy prispôsobujeme schopnostiam a skúsenostiam klientov.*

Informant G: *Nedoporučuji Snoezelenu pro děti s DMO jedině, pokud by se bály prostředí, bylo jim tam nepříjemně. Za deset let praxe jsem se u nás nesečkala s nelibostí, vystrašením. Pokud je dítě lekávé, přizpůsobím prostředí, eliminuju ruchy a postupně zvykám na světelné proměny. Vše vysvětluju.*

Informant H: *Pri ťažkej epilepsii.*

Otázka č. 4 V čom vidíte význam využitia Snoezelenu pre dieťa s detskou mozgovou obrnou v ranom a predškolskom veku?

Informant A: *Jde především o multisenzorickou stimulace, trénink všech smyslů, která je pro děti důležitá, jak v raném, tak i předškolním období.*

Informant B: *Zapojuje více smyslů, podporuje celkový rozvoj, prodlužuje díky prožitku koncentraci, u dětí spastických může dojít k uvolnění, u dětí hypotonických k zapojení více svalových skupin. Může být podporou komunikace.*

Informant C: *Místnost Snoezelen je vhodná nejen pro relaxaci, ale také jako místo interaktivní a poznávací činnosti. Uživatel má možnost sledovat mnoho podnětných prvků, od barevných variací po tvary či zvukové efekty. Všechny tyto vjemy působí na klienta edukativně a je schopen poznávat a provádět nové činnosti.*

Informant D: *Navázání kontaktu s terapeutem, spolupráce, stimulace pozornosti, rozvoj multisenzorického vnímání, bezpečný prostor pro zkušenosti.*

Informant E: *Schopnost chápat své tělo, svůj prostor, své schopnosti, zažít pocitu úspěchu, spolupráce ve skupině.*

Informant F: *Podpora, stimulácia v oblasti vnímania, senzomotoriky, motoriky, kognitívnych schopností- pamäť, pozornosť, myslenia, reči a komunikácie, emočných a vôľových zručností, sebaobsluhy.*

Informant G: *Význam využití Snoezelenu pro dítě s DMO v raném věku a předškolním věku je veliký. Snoezelen nabízí dětem bezpečné prostředí k poznávání různých podnětů. Postupnou stimulací smyslů získávají sebedůvěru. V tomto prostředí děti získávají pomaličku důvěru i v okolní svět a začínají mu věřit, přenášejí poznatky do běžného života.*

Informant H: *V rýchlejšom napredovaní, zlepšení učenia sa a posilnení sebakompetencie a tiež kognitívnych funkcií.*

Otázka č. 5 Považujete koncept Snoezelen a jeho využitie pre dieťa s detskou mozgovou obrnou za relaxáciu, edukačnú, podpornú metódu alebo za terapiu?

Informant A: *U nás v lázních plní Snoezelen především funkci relaxační. Záleží v jakém zařízení se Snoezelen vyskytuje a pro jaké klienty je určen. Například v dětském domově může Snoezelen plnit funkci spíše edukační a podobně.*

Informant B: *V pojetí v našem zařízení především jako terapii, ale jako edukativně relaxační metodu.*

Informant C: *Vše záleží na typu a rozpoložení klienta s DMO. Podle toho provádí terapeut buď část relaxační, kdy je Snoezelen využíván k odpočinku po náročném fyzickém cvičení,*

nebo povaha postižení klienta daný způsob terapie vyžaduje. Část výchovně vzdělávací, kdy záleží na zkušenostech terapeuta či se odvíjí „pouze“ od nastaveného individuálního plánu klienta. Zaměřujeme se hlavně na rozvoj jemné motoriky a soustředění.

Informant D: *Vždy záleží na individuálním nalazení dítěte, aktuálním rozpoložení, ale většinou kombinaci výše uvedených.*

Informant E: *Záleží na konkrétním cíli, který si s dítětem stanovíme. Pro některé děti se jedná především o relaxaci, někde se jedná o kombinaci edukační a relaxační.*

Informant F: *Relaxáciu podľa nastavenia- môže ísť o samostnú relaxáciu- autogénny tréning, pasívnu, aktívnu alebo môže byť relaxácia ako finále terapie, aj edukačnú - napríklad rozvíja reč – pojmy označovanie objektov v rámci projekcie, alebo myslenie – či klient dokáže na základe senzomotorickej skúsenosti dospieť k levelu, že spojí príčinu a následok jednania, keď stlačí tlačidlo, bublinky v bublinkovom valci prestanú prúdiť, podpornú napríklad motorika – držanie tela – opretie sa o bublinkový valec chrbtom- vibrácie prúdiace smerom hore podporne vplývajú na udržanie sa v sede. Terapia ak zmierňujeme alebo odstraňujeme problémy klienta napríklad aktivácia pravej polovice tela, zapájanie, používanie častí tela, ktoré klient dovtedy nepoužíval, zvyšujeme telesnú rovnováhu a tým aj psychickú alebo desenzibilizácia voči rôznym podnetom, ktoré mu bežne komplikujú život.*

Informant G: *Koncept Snoezelen je podľa mého všetko, je považovaný jednak za pôvodnú voľnočasovú aktivitu – relaxace, také je propracovaný jako podpůrná edukační metoda s primárním důrazem na vzdělávání formou zkušeností a v neposlední řadě je již pojímána jako právoplatná terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla.*

Informant H: *Považujem tento koncept predovšetkým za terapiu.*

Okruh - Využitie pomôcok v koncepte Snoezelen

Otázka č.6 Ktoré pomôcky využívate najčastejšie u detí s DMO v Snoezelen miestnostiach?

Informant A: *Já osobně nepreferuju určité pomůcky podle diagnózy dítěte. Nejčastěji, ale využívám asi pomůcky optické například vodní sloup, UV pomůcky, optická vlákna a pomůcky auditivní, různé etnické nástroje.*

Informant B: *Pomůcky taktilně haptické, etnické hudební nástroje, a vibrační.*

Informant C: *Snoezelen máme v naší organizaci vybavený světelnými a projektovými prvky, zvukovými efekty, vodní sloupec a možností regulovat teplotu místnosti. Dále využíváme polohovací polštáře, pro provádění konceptu bazální stimulace. Aby terapie představovala komplexní péči o klienta, používáme i další terapeutické doplňky jako jsou motorické hračky, hudební nástroje a jiné výchovně vzdělávací a interaktivní pomůcky.*

Informant D: *Vibrační pomůcky, vodní válec, optická vlákna, UV světla, míčky, míče, pružiny, bubny, válce, klouzačku, haptické pomůcky, houpačka.*

Informant E: *Nejzajímavější jsou pro děti světelné efekty a věci, které nikdy neviděly především hmatového charakteru. Často se jedná o věci denní potřeby, věci, které nás běžně obklopují jako hlína, seno, větve, kuchyňské náčiní, borůvky, maliny, hudební nástroje, čočka, fazole, ovesné vločky.*

Informant F: *Vodná vibračná postel, vestibulárne prvky- hojdačky, siete, hniezda, balančný tanier, projekcie, aromaprvky, vibračné a hudobné nástroje.*

Informant G: *V místnosti dochází k navození klidu a uvolnění, také ke stimulaci smyslového vnímání a podpoře rozvoje osobnosti dětí. Ve Snoezelenu máme vyhřívané vodní lůžko. Děti se na něm nádherně uvolní a nemají pocit tlakových bodů. Nemáme prioritu mezi pomůckami, podporujeme smysly dětí různými vjemy. Používáme světelné pomůcky jako hvězdné nebe, projektor, optická vlákna, bublinkový válec, vibrační a masážní strojky, hračky, čichové, vonné oleje a aromalampa, hmatové pomůcky s různým povrchem, sluchové jako CD s různými žánry hudby, s přírodními zvuky, chuťové pomůcky.*

Informant H: *Všetky druhy pomôcok, s prihliadnutím na závažnosť postihnutia.*

Otázka č. 7 Sú pomôcky, ktoré by ste určite neodporúčali pre deti s DMO v rámci snoezelen konceptu?

Informant A: *Nemyslím si, že by byly nějaké pomůcky pro děti s DMO, které máme ve Snoezelenu nevhodné.*

Informant B: *Magický písek u dětí se spasticitou horných končetin, pokud je komorbiditou PAS, tak jakýkoliv materiál, který špiní ruce, UV bublifuk protože špiní prostor Snoezelenu místnosti i zněčišťuje oděv dětí a terapeuta.*

Informant C: *V případě, kdy má klient s DMO v kombinaci se svým zdravotním stavem například epilepsii, není vhodné, aby byly součástí terapie intenzivní světelné efekty a další prvky, které by mohly způsobit záchvat, stejně tak by mohla negativně působit velmi hlasitá hudba. Dále jde o pomůcky, které jsou nevhodné nejen pro klienty s DMO, ale celkově by svým nevhodným použitím mohli poškodit jakéhokoliv klienta. V případě pochybností lze vhodnost použití pomůcky konzultovat s opatrovníkem nebo po něm žádat stanovisko ošetřujícího lékaře. Doporučení je, velice individuální a vychází nejen z potřeb, ale i schopností a zdravotního stavu klienta.*

Informant D: *Nevím. Nenapadá mě vhodný příklad.*

Informant E: *Pozor na necertikované pomůcky se světelnými efekty. Nutno zvážit možnost užití pomůcky v blízkosti očí. Ostatní záleží na konkrétním klientovi.*

Informant F: *Neexistuje nevhodná pomůcka, skôr jej nevhodné využitie. Výhodou Snoezelenu je možnosť jeho prispôsobenia množstvom, intenzitou podnetov každému jednotlivému klientovi.*

Informant G: *Určitě světelné blikající z důvodu epilepsie a hlasité zvukové protože úlekem se dítě dostává do křeče.*

Informant H: *Záleží podľa osobitostí klienta. Při epilepsii by som neodporúčala svetelne či blikajúce pomôcky.*

Okruh - Možnosti využitia terapii v koncepte Snoezelen

Otázka č. 8 Využívate v rámci konceptu Snoezelen formy terapii (muzikoterapia, arteterapia, aromaterapia, canisterapia...)

Informant A: *Ano, využíváme určité prvky z těchto terapii, především z muzikoterapie a aromaterapie.*

Informant B: *Aromaterapie, prvky terapie loutkou.*

Informant C: *Ano, ve Snoezelenu provádíme muzikoterapie, aromaterapie, oxygenoterapie. Ve většině případů v kombinaci s jinými doplňky .*

Informant D: *Aromaterapie a muzikoterapie.*

Informant E: *Využíváme prvky muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie.*

Informant F: *Áno, prepájame prvky muziko, aroma, biblio a dramototerapie, tiež bazálnej stimulácie, relaxačné techniky.*

Informant G: *V rámci konceptu Snoezelenu nevyužíváme formy terapií, nemáme školené terapeutky.*

Informant H: *Využíváme, no mimo Snoezelen terapie.*

Otázka č. 9 Využívate v Snoezelen miestnostiach bazálnu stimuláciu alebo polohovanie u detí s detskou mozgovou obrnou?

Informant A: *Bazální stimulaci využíváme ale ne příliš často, protože v lázních je jedna terapie, která se bazální stimulací přímo věnuje, ale v případě, že jí dítě nemá, je možné ji uplatnit na snoezelenu. Polohování dětí provádíme s pomocí speciálních polohovacích pomůcek.*

Informant B: *Ano, poměrně často.*

Informant C: *Ano, využíváme bazální stimulaci a polohování, které je přizpůsobeno potřebám klienta. Bazální stimulaci provádí proškolení pracovníci.*

Informant D: *Ano. Podle aktuálního naladění dítěte, podle jeho individuálních potřeb.*

Informant E: *Vždy je klient napolohován, bazální stimulaci dle potřeb klienta, někdy je hlavním cílem snoezelen terapie uvědomění si vlastního těla, jeho hranic v jiném prostředí.*

Informant F: *Áno. Kombinujeme bazálnu aj s polohovaním, techniky bazální stimulace medzi sebou, spájame hniezdo s vibráciami a vestibulárnou stimuláciou a podobne.*

Informant G: *Bazální stimulace a polohování se využívá. Tyto věci jsou velmi důležité. Dítě se musí cítit bezpečně a dobře, aby lépe reagovalo na nabízené podněty. Pokud je v nepohodě, nemá dobrou polohu, nevnímá jiné věci a zabývá se tím, co ho trápí.*

Informant H: *Áno, oboje využíváme v rámci Snoezelenu.*

Okruh - Vplyv Snoezelen konceptu na dieťa s detskou mozgovou obrnou z pohľadu odborníka

Otázka č. 10 myslíte si, že koncept Snoezelen má vplyv na rozvoj motoriku dieťaťa s detskou mozgovou obrnou? V čom?

Informant A: *Myslím si, že určite ano. Ve snoezelenu kromě multisenzorické stimulaci trénují děti nevědomě i jemnou motoriku a stává se, že sáhnou po nějaké pomůcce, která se jim líbí právě tou „horší“ spastickou rukou. Pohyb udělají přirozeně z motivačních důvodů.*

Informant B: *Ano, určité. Podporuje a motivuje k pohybu, zacílení a nácviku úchopu.*

Informant C: *Ano, za pomoci Snoezelen doplňků má klient možnost rozvíjet jemnou i hrubou motoriku. Dítě také poznává hranice svého těla.*

Informant D: *Ano, má vliv. Zajímavost podnětů automaticky motivuje dítě v pohyb. . Dítě má pocit, že si hraje, že je terapie zábava a tak si upevňuje již naučené pohybové vzorce.*

Informant E: *Vliv má a to v případě rozvoje motoriky kdy dítě poznává hranice vlastního těla a zjištění, že dané končetiny jsou moje, při vhodné motivaci může dojít k uvědomění, že můžeme spoustu věcí dělat sami. Vhodná je kombinace s fyzioterapeuty či alespoň konzultace s nimi.*

Informant F: *Samozřejmě má vplyv. Stimulujeme pohybovú koordináciu ruka-oko, pretáčanie, vstávanie do sedu, vzpriamovanie- držanie trupu, vzpriamenej hlavy v sede, udržanie sa v ľahu na predlaktiach. Vybalsovanie v extrémnych polohách a podobne.*

Informant G: *Má velký význam. U nás je výhoda vyhřívané lůžko, které uvolní celé tělo. Pokud dítě něco zaujme, dokáže udělat nepatrný pohyb směrem k nabízeným podnětům.*

Informant H: *Áno, zlepšenie motoriky a koordinácie.*

Otázka č. 11 myslíte si, že koncept Snoezelen má vplyv na zmyslové vnímanie u deti s detskou mozgovou obrnou? Aký?

Informant A: *Na smyslové vnímání má snoezelen vliv, například u dětí se zrakovým postižením může stimulovat zrak a tmavá místnost, kde se pracuje se svítícími mámi na mysli optickými pomůckami je ideální formou zrakové podpory.*

Informant B: *Vliv má. Zapojí více smyslů současně jako zrak, sluch, hmat, čich.*

Informant C: *Pokud pracovník provádí terapii, která je zaměřená na rozvoj klienta po stránce motorické či smyslové, setkáváme se s úspěchem. Proces záleží také na zdravotním stavu klienta a na jeho schopnosti učit se novým věcem a zdokonalovat se ve zmíněných oblastech.*

Informant D: *Určite ano. Podobně jako u motoriky. Různorodost pomůcek motivuje dítě k bližšímu zkoumání.*

Informant E: *Jednoznačně. Díky snoezelen konceptu může dítě posilovat své smyslové vnímání v připraveném prostředí, které na něj nepůsobí zmateně, přehlceně, zacílené pouze na momentální potřeby.*

Informant F: *Samozřejmě. Podporujeme všechny druhy zmyslového vnímania, počnúc vizuálnym, auditívnym, chuťovým, čuchovým, hmatovým, somatickým, proprioreceptívnym a vestibulárnym vnímaním.*

Informant G: *Vliv na smyslové vnímání je prioritní, nabízenými smyslovými podněty získává dítě důvěru v okolní svět a rozvíjí si osobnost.*

Informant H: *Áno má, dieťa sa rýchlo učí a zdokonaľuje oslabené zmysly.*

Otázka č.12 Je podľa vás lepšie pracovať s dieťaťom s detskou mozgovou obrnou v rámci Snozelenu individuálne, či skupinovo?

Informant A: *V lázních pracujeme v černém snoezelenu individuálně, což je podle mého názoru vždy lepší, jelikož na terapii docházejí děti s těžším postižením a celou dobu se jim věnujeme a nemusíme naši pozornost dělit mezi ostatní děti. V lázních máme i interaktivní Snoezelen, který funguje i skupině, což je naopak vhodné například k rozvoji spolupráci mezi dětmi. Záleží tedy na typu snoezelenu.*

Informant B: *Je to zcela individuální, doporučuji maximálně dvě děti ve skupině-*

Informant C: *V rámci naší organizace provádíme větší počet individuálních terapií hlavně z důvodu toho, že v průběhu služeb tráví naši klienti čas pospolu a toto je možnost, kdy mohou čas trávit samostatně s terapeutem či pracovníkem v sociálních službách. Pokud provádíme skupinovou terapii, vždy se zaměřujeme na klienty s podobnou diagnózou. Klienti se musí vzájemně znát a být spolu rádi, aby terapie probíhala řádně a úspěšně.*

Informant D: *Nejlepší by byla první terapie vždy individuální, terapeut provede diagnostiku, vytvoří si obraz dítěte a nastaví cíle, které by chtěl plnit. Poté podle dítěte zvolí raději formu skupinovou, nebo zůstává u individuální práce.*

Informant E: *Záleží na konkrétním klientovi, zpočátku individuálně, nicméně kombinace, v případě, že se dítě je schopno prosadit doporučuji kombinaci terapií.*

Informant F: *Závisí od klienta. Pracujeme individuálně aj skupinovo, podľa veľkosti miestnosti, maximálne troch súčasne, dvaja napolohovaní či s podnetom a jednému sa venujem.*

Informant G: *Neumím posoudit. Máme malou stimulační místnost, takže znám práci jen individuální.*

Informant H: *U dieťa s DMO zastávam individuálnu formu a nie skupinovú.*

Otázka č. 13 Myslite si, že využitie Snoezelen konceptu má pozitívny vplyv na podporu rozvoja osobnosti dieťaťa s detskou mozgovou obrnou?

Informant A: *Snoezelen koncept má vliv na podporu rozvoje dítěte, záleží však, jak často na snoezelen dochází. Důležitý je i počet terapiích, nestačí na rozvoj například pouze 1 – 2 sezení.*

Informant B: *Ano. Podporuje i rozvoj sociálních a komunikativních kompetencí, pomáhá utvářet vztah mezi dítětem a terapeutem, navozuje rituál, jako podpůrných prvek v terapii.*

Informant C: *Ano, myslím si, že koncept Snoezelenu přispívá k navození pocitu klidu i k rozvoji klienta jak po emoční stránce, tak i tělesné. Vždy je však potřeba klást důraz na doplňkové prvky. Správnost aplikování aromaterapie, zvukových i doprovodných efektů aj. Umět flexibilně reagovat a měnit průběh nebo způsob terapie. Poté tento koncept dokáže klientovi velmi pomoci.*

Informant D: *Myslím, že má. Největší vliv má samozřejmě spolupráce více terapií/odborníků a snoezelen jako doplňková technika. Ale samotný snoezelen je vhodný už jen kvůli bezpečnému prostoru, bezpečnému vztahu s terapeutem a hlavně možnosti vyzkoušet si nové.*

Informant E: *Na celkový rozvoj osobnosti dítěte ano. Pocit úspěchu a motivace v jiném prostředí je pro dítě důležité.*

Informant F: *Zmyslová cesta je u klientov s postihnutím, ktorých máme najpriechodnejšou a najuchopiteľnejšou cestou spoznávania sveta a chápania súvislostí a učenia sa.*

Informant G: *Snoezelen koncept má pozitívny vliv na podporu dieťaťa s DMO. Tím, že se ve Snoezelenu nespěchá, je to vše bez nátlaku, děti samy zkoumají všechny nabízené podněty, většinou potřebují více času na zpracování a vnímání podnětů, jsou samy sebou. Snoezelen podporuje rozvoj osobnosti těchto dětí.*

Informant H: *Áno, pravdaže má.*