

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

## **Bakalářská práce**

Jaroslava Pištěková

**Využití snoezelen terapie a bazální stimulace u osob  
s mentálním a zrakovým postižením**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití snoezelen terapie a bazální stimulace u osob s mentálním a zrakovým postižením vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 31. 5. 2018

Jaroslava Pištěková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Bc. Veronice Růžičkové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a trpělivost.

# OBSAH

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	7
1 Mentální postižení.....	7
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace.....	7
1.2 Etiologie mentální retardace.....	8
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	9
1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací.....	10
1.5 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	11
2 Zrakové postižení.....	15
2.1 Etiologie zrakového postižení.....	15
2.2 Klasifikace zrakového postižení.....	16
2.3 Charakteristika zrakového postižení.....	17
3 Koncept bazální stimulace a terapie snoezelen.....	19
3.2 Komu je bazální stimulace určena.....	20
3.3 Snoezelen terapie.....	21
3.4 Tematicky zaměřený koncept Snoezelenu.....	23
II. Praktická část.....	25
4 Využití snoezelen terapie a bazální stimulace u osob se zrakovým a mentálním postižením.....	25
4.1 Cíl výzkumu, výzkumný projekt a metody výzkumu.....	25
4.2 Kazuistiky.....	26
5 Závěry šetření.....	36
6 Diskuze.....	38
7 Doporučení pro praxi.....	39
Závěr.....	40
Seznam literatury a zdrojů.....	41
Seznam příloh.....	43
ANOTACE.....	53

# Úvod

*„Nikdo se nerodí pro sebe, všichni se rodí pro lidskou společnost.“*

Jan Amos Komenský

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě svých pracovních zkušeností s klienty Domova pro zdravotně postižené (DZP), což jsou osoby s mentálním, smyslovým a kombinovaným postižením a tudíž mohou pozorovat, jak prožívají chvíle strávené v místnosti snoezelen a jak reagují na bazální stimulaci.

V minulých letech byla osobám se zdravotním postižením poskytována v zařízeních DZP pouze základní péče, o nějakém vlastním rozhodování o způsobu trávení volného času nemohlo být ani řeči. Vše za ně rozhodoval buď personál zařízení, nebo soudem ustanovený opatrovník, ale nikdy ne oni sami.

Po roce 1989 se situace těchto osob naštěstí začala měnit a se zavedením transformace sociálních služeb se začalo více dbát na potřeby a přání klientů pobytových služeb. V domovech pro zdravotně postižené začaly vznikat různé volnočasové aktivity a také různé druhy terapií (muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie, biblioterapie atd.). Jednou z těchto terapií je i terapie snoezelen.

A právě posledně zmiňovanou terapií se práce zabývá, protože tato metoda, a s ní spojený koncept bazální stimulace, spočívá ve svobodné volbě způsobu trávení času a možnosti zvolit si co je komu příjemné. Terapie je vhodná pro všechny věkové kategorie, a je stejně tak vhodná pro intaktní populaci, jako i pro osoby s různým druhem zdravotního, smyslového nebo mentálního postižení.

V první části práce jsou definovány pojmy mentální a zrakové postižení, jejich etiologie a možnosti nápravy či léčby. V dalších kapitolách pak je popsáno vybavení místností snoezelen a jeho využití, a též vznik a využití konceptu Bazální stimulace u osob s mentálním a zrakovým postižením.

Druhá část práce se zabývá sledováním vlivu těchto terapií na klienty domova pro zdravotně postižené, což jsou osoby s mentálním, zrakovým a zdravotním postižením, a na jejich reakce v průběhu terapie. Jsou zde popsány čtyři kazuistiky, ve kterých byly použity metody anamnézy, přímé práce s klienty a jejich pozorování v průběhu terapie.

# I. Teoretická část

## 1 Mentální postižení

K tomu, abychom pochopili co mentální postižení je, musíme si ho nejprve definovat. Definice mentální retardace dle WHO je publikována v Terminologickém speciálněpedagogickém slovníku UNESCO (1977): *„Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích“* (Černá, 2015, s. 79)

Ludíková, Kozáková a kol. (2012), uvádějí, že širší pojem než mentální retardace je termín mentální postižení, který označuje nejen všechny jedince s IQ pod 85 (jedince v pásmu mentální retardace), ale i jedince s IQ pod 70 (jedince nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace).

### 1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

*„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“* (Slowik, 2007, s. 109).

Je velmi důležité nejenom si pojem „mentální retardace“ vymežit, ale taktéž rozlišit různé stupně tohoto postižení, příčiny a dobu vzniku, protože jak píše Renotiérová, Ludíková a kol. (2006), má to velký význam praktický, neboť se podle toho rozhoduje, jaký speciálněpedagogický přístup a péči zvolíme.

Fischer, Škoda (2008) definuje mentální retardaci jako: *„neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje“*, navzdory tomu, že bylo na osobu s tímto postižením výchovně působeno přiměřeným způsobem.

Dříve se mělo za to, že tito jedinci jsou nevzdělatelní, proto byli takřka všichni bez výjimky zproštěni školního vzdělávání.

Nicméně, vychovávat a potažmo i vzdělávat bychom měli i osoby s mentálním postižením, ať už se jedná o lehký, střední či nejtěžší stupeň mentální retardace, a to nejen děti, ale i dospělé jedince, jen je tomu třeba přizpůsobit podmínky a vytvořit takové prostředí, které by bylo ke vzdělávání a výchově osob s mentálním postižením vhodné. A právě vzděláváním a výchovou osob s MP se zabývá jeden z oborů speciální pedagogiky, psychopedie.

Cílem tohoto oboru je co možná nejlepší rozvoj takového jedince, a to jak v oblasti psychické, tak i sociální.

## 1.2 Etiologie mentální retardace

*Mentální retardace může vzniknout v období:*

- *Prenatálním (před narozením dítěte) – jedná se především o infekční onemocnění matky během těhotenství, špatnou výživu, působení toxických látek a záření, úraz matky,*
- *Perinatálním (v období porodu a bezprostředně po něm) – hypoxie plodu, porod může být protražovaný (dlouhotrvající) atd.,*
- *Postnatální (po porodu do 2 let věku dítěte) – infekce novorozence, záněty mozku, úrazy, špatná výživa.*

*Svou roli hraje i dědičnost. Nesmíme opomenout i specifické genetické příčiny (chromozomální aberace) a metabolická onemocnění-fenylketonurie (Pipeková, 2010).*

Dále podle Ludíkové, Kozákové a kol. (2012), může být mentální postižení způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními, genetickými), tak exogenními (vnějšími). Vnější činitele, které mohou zapříčinit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Jako nejčastější příčiny mentálního postižení můžeme uvést:

- *následky infekcí a intoxikací;*



- *následky úrazů a fyzikálních vlivů (mechanické poškození mozku při porodu, postnatální poranění mozku nebo hypoxie apod.);*
- *poruchy výměny látek, růstu, výživy;*
- *makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou);*
- *nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy;*
- *anomálie chromozomů;*
- *nezralost;*
- *vážné duševní poruchy;*
- *psychosociální deprivace;*
- *jiné a nespecifické etiologie. (Švarcová, 2006 in Ludíková, Kozáková a kol. 2012)*

Valenta (2013) dělí vznik mentálního postižení v období:

- *prenatálním: vlivy hereditární (dítě dědí nemoc či nedostatek vloh) a genetické (mutace či aberace genů, chromozomů a genomu), příčiny environmentální (intoxikace matky a plodu, onemocnění infekční chorobou typu zarděnek), nedostatek plodové vody...*
- *perinatálním: perinatální encefalopatie, hypoxie, nedonošenost, těžká novorozenecká žloutenka...*
- *postnatálním: infekční onemocnění mozku, traumata, nádory mozku, nemoci končící demencí, silná deprivace... (Valenta, Müller, 2013).*

### **1.3 Klasifikace mentální retardace**

*„Vedle základního rozdělení na vrozenou mentální retardaci a demenci se používá mezinárodní klasifikace podle ICDH – 10 (mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů podle WHO, MKN – 10, kategorie F70-F79), kde je sice klasifikačním kritériem úroveň mentální kapacity vyjádřená naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu (IQ), ovšem zdůrazňuje se zde, že jde o klasifikaci pouze orientační, protože přesně stanovená jednotná kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice oddělující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistují“ (Slowik, 2007, s. 111).*

### *Stupně postižení:*

*F 70 lehká mentální retardace – IQ 69-50*

*F 71 středně těžká mentální retardace – IQ 49-35*

*F 72 těžká mentální retardace – IQ 34-20*

*F 73 hluboká mentální retardace – IQ 19 a níže*

*F 78 jiná mentální retardace – stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.*

*F 79 nespecifikovaná mentální retardace - mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů (Pipeková a kol., 2010).*

Klasifikačních systémů je více a například podle Ludíkové, Kozákové a kol. (2012) je můžeme dělit podle nejrůznějších kritérií:

- klasifikace podle etiologie,
- klasifikace podle klinických symptomů,
- klasifikace podle vývojových období,
- klasifikace podle závažnosti (stupně, hloubky) postižení,
- klasifikace podle míry podpory, kterou jedinec potřebuje k tomu, aby mohl žít co nejběžnějším způsobem života,
- Klasifikace podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

## **1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací**

Mentální retardace se může projevovat zvýšenou závislostí na rodičích a druhých lidech, infantilností osobnosti, zvýšenou úzkostlivostí, pasivním chováním, v opožděném psychosexuálním vývoji, ve zvýšené potřebě uspokojení a jistoty, sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům, impulzivností, hyperaktivitou nebo naopak zpomaleností chování, psychickou labilitou poruchami pohybové koordinace.

Samozřejmě ne všechny příznaky zde uvedené se musí u každého takto postiženého jedince vyskytovat. Co se ale vyskytovat může, a to poměrně často, je postižení celou řadou nejrůznějších duševních poruch. Tyto se u osob s mentálním postižením vyskytují až třikrát častěji než u intaktní populace.

Podle Fischera a Škody (2008) je mentální retardace vrozený defekt v oblasti rozumových schopností. Projevuje se mimo jiné nedostatečným rozvojem kognitivních funkcí, omezeným myšlením a nedostatečným vývojem řeči, omezenou schopností se učit a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Toto postižení je trvalé a nelze ho zásadním způsobem změnit. Mají obtíže porozumět správně svému okolí, mají sklon k afektivnímu prožívání a jednání, a též špatně ovládají své emoce, čímž se zvyšuje riziko nepřiměřeného chování. Edukaci a rozvoj je nutné přizpůsobit stupni a příčině postižení ve specializovaných institucích. Vzdělávání je potřeba provádět za spolupráce především rodiny, školy a ani společnost by neměla být opomíjena.

## **1.5 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace**

### *Lehká mentální retardace*

- *vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatku stimulace,*
- *do 3 let lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi 3. a 6. rokem nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře,*
- *nejvýraznější problémy v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace,*
- *rozvoj sociálních dovedností zpomalen, v sociálně nenáročném prostředí mohou být zcela bez problémů,*
- *v oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulsivnost, úzkost a zvýšená sugestibilita,*
- *výchovné působení a rodinné prostředí mají velký vliv pro socializaci,*

- *vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace,*
- *možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech, nejčastěji navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy,*
- *mnoho dospělých je schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů.*

### *Středně těžká mentální retardace*

- *často organická etiologie,*
- *rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, opoždění přetrvává až do dospělosti,*
- *častý výskyt epilepsie, autismu a dalších neurologických a tělesných potíží,*
- *somatické postižení je méně časté,*
- *řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudým, vyskytují se časté agramatismy, věty a slovní spojení jsou velmi jednoduché, někdy pouze nonverbální komunikace,*
- *slabá schopnost kombinace a usuzování,*
- *vývoj jemné a hrubé motoriky zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů,*
- *samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná,*
- *emocionální labilita, časté nepřiměřené afektivní reakce,*
- *neschopnost většinou úspěšně a samostatně řešit náročnější situace, ale někteří se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti,*
- *vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace,*
- *další vzdělávání možné v praktické škole, jednoduché pracovní zařazení, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí.*

### *Těžká mentální retardace*

- *negenetická (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce) a genetická etiologie,*

- *psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku, značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů,*
- *časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS,*
- *možnost osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy,*
- *někteří však neschopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti,*
- *značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti,*
- *minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč jednoduchá, omezena na jednoduchá slova, nemusí se vytvořit,*
- *výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita,*
- *poznávají blízké osoby,*
- *potřeba celoživotní péče,*
- *vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální.*

### *Hluboká mentální retardace*

- *většinou organická etiologie,*
- *těžké omezení motoriky,*
- *stereotypní automatické pohyby,*
- *kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami,*
- *poškození zrakového a sluchového vnímání,*
- *častý atypický autismus,*
- *ve většině případů neschopnost sebeobsluhy,*
- *nonverbální komunikace bez smyslu, výkřiky, grimasy,*
- *lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům,*
- *okolí nepoznává,*
- *totální narušení afektivní sféry,*
- *časté sebepoškozování (Pipeková a kol., 2010).*

Emerson (2008) uvádí, že výskyt agrese, namířeného proti majetku, druhým osobám, ale i proti sobě samému, má souvislost se stupněm poškození intelektu. Píše,

že v kalifornském průzkumu se u 7 % lidí s mírnou mentální retardací, 14 % lidí se střední mentální retardací, 22 % lidí s těžkou mentální retardací a 33 % lidí s hlubokou mentální retardací pozorovala jedna nebo více forem problémového chování. Je také pravděpodobnější, že u lidí s vážnějším poškozením intelektu je možno pozorovat častější výskyt problémového chování a také jeho závažnější formy.

## Přidružené postižení

*„Kromě postižení intelektu, které má na vznik problémového chování převažující vliv, může být významné i další poškození zraku nebo sluchu, neschopnost řeči nebo specifické obtíže s porozuměním a vyjadřováním, slabší sociální dovednosti, období narušeného spánku a problémy v oblasti duševního zdraví. Především sebezraňování je podstatně rozšířenější mezi lidmi s těžkým postižením intelektu, kteří mají významné poškození mobility“ (Emerson, 2008, s. 35).*

Dále se mohou vyskytovat pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra.

*„Poruchy autistického spektra narušují vývoj jedince nejmarkantněji ve specifických oblastech. Pokud jsou komunikační, pohybové, poznávací a sociální schopnosti narušeny povšechně, vývoj stagnuje nebo je tak výrazně zpomalený, že v oblasti celkových dovedností osoba nikdy nedosáhne normy, hovoříme o MR. Je to stav, který člověka v samostatném fungování handicapuje nejčastěji“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 26).*

Na téma mentální postižení by se toho dalo napsat určitě mnoho, toto postižení se vyvíjí, zrovna tak jako obor, který se jím zabývá. Studium mentálního postižení ale není předmětem naší práce.

V další kapitole se budeme věnovat zrakovému postižení.

## 2 Zrakové postižení

Zrakové postižení je jedno z nejvýznamnějších smyslových postižení vůbec. S tím souvisí i prostorová orientace, která je nejobtížnější u osob nevidomých. Mezi veřejností panuje řada mýtů, z nichž nejrozšířenější je ten, že právě osoby s poruchou zraku, respektive s úplnou ztrátou zraku mají tento handicap kompenzován posílením ostatních smyslů, což samozřejmě v některých případech být může, ale není to pravidlem.

*„Skupinu osob se zrakovým postižením lze rozdělit podle řady kritérií. Nejčastější členění je podle oftalmologického hlediska, kde hlavní roli hraje vizus – zraková ostrost – a do jisté míry stav zorného pole. Při posuzování by ale neměla být zohledňována pouze tato kritéria, ale mělo by se přihlížet i k celé řadě dalších faktorů. Významnou roli totiž hraje i etiologie zrakového postižení, doba vzniku postižení, reparaibilita či ireparaibilita postižení, další přidružená postižení a podobně“ (Renotierová, Ludíková, 2006, s. 197).*

### 2.1 Etiologie zrakového postižení

Finková, Ludíková, Růžičková (2007) píše, že příčiny zrakového postižení jsou jiné u dospělých a jiné u dětí. Z pohledu oftalmologů jsou řazeny jako:

- geneticky podmíněná onemocnění – dědičné poškození sítnice,
- vnější vlivy - infekční onemocnění, rentgenové záření, užívání alkoholu, drog aj.,
- perinatální období – předčasný porod,
- postnatální období – deficit vitamínu A, nedostatečná výživa,
- neznámá příčina – synergie více rizikových faktorů.

Z etiologického hlediska poruchy zraku je také velký rozdíl v zemích, kde je zdravotní péče těžko dostupná, nebo dostupná jen pro vyšší vrstvu lidí. Tam je vysoké procento onemocnění kojenců a malých dětí. Objevují se poruchy v prenatálním a perinatálním vývojovém období.

## 2.2 Klasifikace zrakového postižení

Co se týká **klasifikace** zrakového postižení tak podle Ludíkové, Kozákové a kol. (2012) je toto možno rozdělit na čtyři stupně narušeného zrakového vnímání, a to:

- osoby nevidomé,
- osoby slabozraké,
- osoby se zbytky zraku,
- osoby s poruchami binokulárního vidění.

*V odborné literatuře se setkáváme s řadou měřítek, podle kterých je tato poměrně široká a různorodá kategorie osob se zrakovým postižením členěna. Obvykle základním kritériem je zraková ostrost – vizus.*

*Kategorie zrakového postižení podle Světové zdravotnické organizace, které uvádí ve své publikaci Kuchynka, je:*

1. *normální zrak – zraková ostrost je větší než 6/18,*
2. *zrakové postižení – zraková ostrost je v intervalu 6/18 až 6/60,*
3. *vážné zrakové postižení – zraková ostrost je v intervalu 6/60 až 3/60,*
4. *slepota – zraková ostrost je menší než 3/60.*

*Pro účely posudkového lékařství platí v současné době následující klasifikace:*

1. *slabozrakost lehkého až středního stupně při vizu 6/18 – 6/60,*
2. *slabozrakost těžkého stupně při vizu 6/60 – 3/60,*
3. *těžce slabý zrak při vizu 3/60 – 1/60*
4. *praktická nevidomost při vizu 1/60 až světlocit s jistou projekcí světla nebo omezením zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena,*
5. *úplná nevidomost obou očí při světlocitu s nepřesnou projekcí až naprostá ztráta světlocitu (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).*

Klasifikací zrakového postižení je samozřejmě daleko více, pro naše účely ale postačí výše jmenované. V následující kapitole se budeme věnovat charakteristice zrakového postižení.



## 2.3 Charakteristika zrakového postižení

Jako **osoby nevidomé** označujeme jedince s nejtěžším stupněm zrakového postižení, tímto jsou postiženy všechny věkové kategorie, od nejmenších dětí po seniory. Toto postižení se dělí ještě do dalších tří typů a to praktickou, skutečnou a plnou. Tyto se liší především využitím zorného pole, zrakovou ostrostí a rozlišením světla a tmy.

Pokud se ale jedná zároveň o osobu s mentálním postižením, tak je těžké rozpoznat, o jakou nevidomost jde, zda o praktickou, skutečnou či plnou, nebo zda rozezná světlo od tmy, neboť nezná význam pojmu „světlo“ a „tma“.

Nevidomost může být vrozená (dědičnost, infekční choroba matky, rizikové chování matky, atd.) i získaná (zelený zákal, nádory, úrazy, aj.).

V praktickém životě se tedy musí nevidomé osoby spoléhat na využití ostatních smyslů, sluchu, hmatu, čichu a chuti. Neméně důležité je i trénování paměti, zapamatování si rozložení nábytku, východ z místnosti, rozmístění věcí denní potřeby, cesty do obchodu, školy či jiných institucí. K tomuto účelu mohou nevidomé osoby využívat buď služby průvodce, nebo vodícího psa.

**Osoby slabozraké** vymezuje Finková, Ludíková, Růžičková (2007) jako skupinu osob, které mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti.

Jedná se o postižení ireverzibilní, nedá se vyléčit, lze ho jen zastavit.

Slabozrakost dělíme na lehkou, střední a těžkou. Dá se kompenzovat různými pomůckami, brýlemi, lupami, apod., a to podle stupně postižení. Je také zapotřebí zachovávat zrakovou hygienu, to znamená zajistit dostatečné osvětlení prostoru, pracovat s kontrastem, nezaměřovat se jenom na práci na blízko nebo jenom do dálky, ale pravidelně tuto práci střídát. Také osoby slabozraké mohou svůj nedostatek zrakového vnímání kompenzovat zbylými smysly.

**Osoby se zbytky zraku** označuje Finková, Ludíková, Růžičková (2007) jako kategorie, která může být někdy celý život ustálená, ale může dojít i ke zhoršení či naopak k částečnému zlepšení. Etiologie je stejná jako u vzniku nevidomosti, tedy vrozená či získaná.

*„U osob se zbytky zraku je nutno rovněž dodržovat zásady zrakové hygieny podobně, jak je tomu u osob na úrovni slabozrakosti, avšak pravidla jsou ještě o něco přísnější. Například intenzita lokálního osvětlení může být u některých jedinců až 10 x vyšší při určité zrakové práci na blízko, dále doba zrakové práce na blízko je velmi často omezena až na 5 minut, a to především u malých dětí“ (Finková, 2011, s. 21).*

**Poruchy binokulárního vidění** jsou specifikovány jako poruchy funkční, proto je lze včasným odhalením a péčí zmírnit, nebo dokonce odstranit. Toto však platí pouze ve věku dětském, tedy do věku zhruba 7 – 8 let. Poté je pravděpodobnost odstranění poruch čím dál menší (Finková, 2011).

#### **Vývojové fáze binokulárního vidění:**

- simultánní percepce – schopnost vnímat obraz na sítnici obou očí
- fúze – dokonalejší spojení obrazu obou očí v jeden vjem
- stereopse – schopnost prostorového vnímání

Porucha binokulárního vidění tedy znamená, že se na sítnici obou očí nevytvoří dva rovnocenné obrazy, které splynutím vytvoří prostorový vjem. Porucha může vést ke vzniku strabismu (šilhání) což je nedostatečná vzájemná spolupráce obou očí.

Léčba strabismu musí být včasná a komplexní. Postup je jak konzervativní, tak i chirurgický. Cílem je dosáhnout zrakové ostrosti na obou očích a léčba by měla být ukončena před 6. rokem věku dítěte.

Jak již bylo řečeno, poruchy binokulárního vidění se dají při včasné a správné léčebné terapii odstranit natolik, že v dospělosti může být pacient úplně bez potíží.

Tolik obecně o zrakovém postižení. Následující kapitola bude věnována problematice konceptu bazální stimulace a snoezelen terapií.

### 3 Koncept bazální stimulace a terapie snoezelen

Koncept bazální stimulace přišel na svět v 70. letech minulého století a jeho zakladatelem je profesor Andreas Fröhlich. Bazální stimulace je řazena mezi terapie, při které dochází k fyzickému i psychickému kontaktu pomáhajícího jedince s jedincem, který naopak pomoc potřebuje.

*„Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.“ (Müller a kol., 2007, s. 223)*

Bazální stimulace je brána jako koncept, který se orientuje především na tělesnou stránku člověka. Je využíván především terapeuti, ošetrovateli, či pedagogy. Mluvíme-li o jedinci, který je somaticky omezen, ať již od narození, nebo například vlivem nehody, či úrazu, musíme si uvědomit, že vnímání jeho vlastního těla, či okolí je značně omezeno. Tento jedinec nemůže v plné výši využívat své tělesné stránky v normálně koncipovaném životě. U takového klienta je používána bazální stimulace právě z důvodu, aby znovu pocítil své vlastní tělo a naučil se pracovat s ním i se svým okolím.

Karolína Friedlová ve své knize Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy popisuje bazální stimulaci následovně:

*„bazální stimulace není metoda, ani technika, je to koncept. Koncept znamená, že se nejedná o přesně formulovanou terapii nebo pedagogické opatření, ale teze, které musí být stále rozvíjeny a přizpůsobovány. V centru zájmu je člověk s jeho psychickou realitou, která nám otevírá možnost osobního setkání.“ (Friedlová, 2015, s. 17)*

#### 3.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelská a interdisciplinární metoda práce, která je mezinárodně známá a neustále se vyvíjí.

Je to koncept různých doteků (masáží), tzv. „somatické koupele“, různých stimulací (zrakové, sluchové, chuťové, čichové a hmatové).

Jako bazální stimulaci můžeme označit setkávání klienta a terapeuta na různých úrovních dialogu, tedy na takových, kterých je daný pacient schopen. Tyto dialogy jsou velice důležité proto, aby si klient dokázal i přes své postižení uspořádat život na nejlepší možné úrovni, které může dosáhnout. Nejde zde však jen o dialog, ale také o samotné setkání pacienta a další osoby, kterou je v tomto případě terapeut. Cílem je tedy pomoci člověku, aby se cítil dobře a důstojně prožíval život, který je ztížen jakoukoli útrapou v podobě postižení.

*Bazální stimulace je psychologickou aktivitou, kdy se snažíme nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnost pro vývoj jejich osobnosti. (Valenta, Müller, 2013, s. 279)*

Kvalifikovaný pracovník pracuje s klientem, a dle vývoje jeho stavu navrhuje, nebo mění techniky stimulace klienta.

Hlavní myšlenkou bazální stimulace je, že člověk může mít špatnou medicínskou prognózu, ne však špatnou prognózu sociální. Je tedy jasné, že se tato terapie snaží o rozšíření sociálního statusu jedince.

Při BS je nahlíženo na klienta jako na osobnost, a proto je důležité analyzovat a pozvednout jeho zachovalé schopnosti. Schopnosti, které si klient udržel, jsou později rozvíjeny na tzv. bazální úrovni, tedy na úrovni nejzákladnější. Je velmi důležité stanovit si jasné cíle, které pomohou dále rozvíjet klientovi schopnosti a dovednosti.

### **3.2 Komu je bazální stimulace určena**

Koncept bazální stimulace je určen pro velkou škálu pacientů (klientů). Je velmi flexibilní a stále ve vývoji, tudíž se stále navyšují možnosti příjmu pacientů v různých věkových skupinách s různými druhy handicapu. Bazální stimulaci můžeme využít například u dětí, mladistvých, ale i dospělých pacientů s velmi těžkým kombinovaným postižením, taktéž u předčasně narozených dětí, u osob v terminálním stádiu nemoci, u osob s demencí nebo jiným psychickým postižením.

Nejdůležitější myšlenkou celého konceptu bazální stimulace je individuální péče u klientů, kteří mají problém s komunikací, vnímáním nebo pohybem. Další důležitou složkou bazální stimulace je také zjednodušení života blízkým sociálním kontaktům klienta, například rodině, či nejbližším přátelům.

Je velmi důležité zmínit samotné výsledky bazální stimulace. Díky těmto výstupům totiž můžeme vidět, že koncept bazální stimulace není bezcenný, a že se jedná o velmi dobrý a fungující celek terapií, které dokáží pacientům pomoci v nepříznivé životní situaci. Pomáhá též k celkovému zklidnění, relaxaci, ke zlepšení navazování kontaktů klienta s okolím a lepší spolupráci, zvýšení úrovně sebeobsluhy klienta, ke zklidnění dětí s hyperaktivitou, zlepšení vnímání vlastního těla, zmírňování bolesti, nebo k důstojnému odchodu ze života.

S konceptem bazální stimulace se dá dokázat, že život může mít hodnotu v každé své fázi. (Friedlová, 2015)

Co se týká prostředí, ve kterém bazální stimulaci provádíme, tak to může být prostředí nemocnic či klinik, tam se provádí na odděleních JIP (jednotka intenzivní péče) nebo NIP (následná intenzivní péče), případně také v sanatoriích.

Pokud se ale budeme pohybovat v sociální oblasti, tak tam asi nejvíce vyhovuje prostředí místnosti **snoezelen**. Dalo by se říci, že místnost snoezelen a koncept bazální stimulace k sobě jakýmsi způsobem patří.

Co je snoezelen terapie si řekneme v následující části kapitoly.

### 3.3 Snoezelen terapie

Jak uvádí Janků (2010), metoda multismyslové stimulace snoezelen je alternativní, speciálně pedagogickou terapií v edukaci osob se speciálními potřebami. Hlavní význam spočívá ve vybudování speciálního prostředí a to prostředí podnětného, uspokojivého individuální potřeby člověka skrze stimulaci pěti základních smyslů (zraku, sluchu, čichu, hmatu a chuti), a nejen jich.

Ostatně samo slovo „snoezelen“ je složeno ze dvou holandských slov: „snuffelen“, což znamená: „cítit, čichat“ a „doezelen“, volně přeloženo znamená: „dřímát, pospávat“. A o to právě v terapii snoezelen jde, stimulovat tedy nejen čich a ostatní smysly, ale také relaxovat a odpočívat.

*„Multismyslová metoda snoezelen se aktuálně uplatňuje v edukaci osob s mentálním postižením jako podpůrné pedagogické opatření, terapie nebo volnočasová aktivita.“*  
(Janků, 2010, s. 158)

Doposud nevznikla žádná přesná pravidla nebo kniha, která by vysvětlovala, jak přesně se má klient ve snoezelenu chovat, či jak má terapeut s klientem postupovat. Díky tomuto chybějícímu bodu se prozatím ve snoezelenu postupuje podle ideje Hulsegeea a Verheula „*Nic nemusím a vše je dovoleno*“ (Janků, 2010, s. 159). Ačkoliv by bylo jistě logické, aby vznikla příručka o správném použití této terapie, bylo by to jen velmi těžce uskutečnitelné, neboť použití snoezelenu je velice individuální. Každý klient, který podstupuje tuto terapii je sám o sobě velice individuálním případem a každý má také naprosto odlišnou prognózu. Je tedy velmi důležité, aby i každá terapie byla vedena individuálně, a aby se plně podřizovala požadavkům na splnění cílů, které jsou pro klienta důležité.

Krista Mertens v knize *Využití metod Snoezelen u osob s mentálním postižením* nastiňuje, jak by správná návštěva těchto prostor měla vypadat. Jde o jakési tematické celky, které následují po sobě a které by měl každý klient během své první návštěvy ve Snoezelenu podstoupit.

- *seznámení s místností,*
- *objevování místnosti,*
- *vnímání účinků vodních sloupů,*
- *dotýkat se a být dotýkán,*
- *objevování předmětů a užívání jich jako zdroje zvuku,*
- *rozvíjení fantazie pomocí obrazů,*
- *rozvíjení fantazie pomocí zvuků,*
- *rozvíjení fantazie pomocí čichu a chutí,*

- *spojování vizuálních podnětů s rytmy a zvuky,*
- *meditace světlem a zvukem,*
- *zažít podvodní příběh,*
- *soustředění se,*
- *vzpomínání,*
- *dýchání,*
- *hluboké uvolnění,*
- *blízkost ke zvířatům,*
- *nalezení klidu.*

(Janků, 2010)

Jak zde můžeme vidět, metoda Snoezelen je opravdu velmi širokospektrální a působící na všechny smysly těla. Také se můžeme přesvědčit o tom, že jde o velice individuální metodu. Přejde-li například na terapii ve Snoezelenu klient, který je neslyšící, bude zapotřebí, aby pro něj terapeut pozměnil, či upravil část, nebo dokonce celou návštěvu a terapii ve Snoezelenu.

### **3.4 Tematicky zaměřený koncept Snoezelenu**

Místnosti ve smyslovém zařízení Snoezelen mohou být také tematicky upraveny. Při takovéto úpravě se všechny místnosti sjednotí do jednoho společného tématu. Tímto tématem může být například příběh. V takovém případě klient absolvuje návštěvy všech místností pod sjednoceným příběhem, podle kterého se ošetrující osoba o klienta stará. Takovými příběhy se dají později přizpůsobit i aktivity, které jsou v daném zařízení. Jde například o plnění jednoduchých úkolů, které má šanci klient zvládnout.

Základní místnost je vždy bílá, hlavně z důvodu vyniknutí různých barevných, světelných a optických efektů. Dá se velmi lehce a jednoduše obměnit různými doplňky jiné barvy, dá se nasvítit tak, že z bílého pokoje je růžový, žlutý či zelený. Tato místnost je určena pro osoby s těžkým stupněm mentálního postižení, a měla sloužit hlavně k relaxaci.

Další místnosti mohou být modré, šedé nebo i černé. Tyto místnosti slouží buď k redukci podnětů (šedý pokoj) u dětí hyperaktivních, které mají sníženou pozornost a jsou roztěkané, nebo naopak k vizuální stimulaci (modrý a černý pokoj).

V této části bakalářské práce byly popsány vznik, možnosti léčení nebo kompenzace zrakového postižení, byla popsána etiologie a vývoj mentálního postižení. V dalších kapitolách jsou vzpomenuty různé formy, způsoby a možnosti využití snoezelen terapie a bazální stimulace. Ve druhé části si popíšeme jak terapie snoezelen a bazální stimulace probíhaly a jak na ně klienti reagovali.



## II. Praktická část

### 4 Využití snoezelen terapie a bazální stimulace u osob se zrakovým a mentálním postižením

#### 4.1 Cíl výzkumu, výzkumný projekt a metody výzkumu

Bakalářská práce popisuje využití snoezelen terapie spolu s bazální stimulací u osob se zrakovým a mentálním postižením, jejich reakce na tyto terapie.

**Cílem práce** je tedy zkoumání, zda se při použití zmíněných metod, dosahuje u těchto osob nějakého posunu ve vývoji či vnímání, a jak na ně tato terapie působí.

K výzkumu byly vybrány čtyři osoby s těžkým stupněm mentálního postižení a různým stupněm zrakového postižení.

Jako metodu zkoumání jsme zvolili anamnézu, vlastní aplikaci terapeutických metod a přímé pozorování. Přímé pozorování jsme zvolili proto, že naše výzkumné osoby jsou verbálně nekomunikující a z tohoto důvodu to byla jediná možná metoda.

*„Pozorování je založeno na sledování a následné analýze jevů, které lze vnímat smysly“*  
(Skutil, 2011, s. 101).

Také Reichel (2009) uvádí, že vědecké pozorování je definováno jako technika sběru informací založená na zaměřeném, systematickém a organizovaném sledování smyslově vnímatelných projevů aktuálního stavu prvků, aspektů, fenoménů atd., které jsou objektem zkoumání.

Přímá práce s klienty probíhala zhruba rok, obvykle třikrát týdně, vždy dopoledne. Zkoumané osoby jsou klienty domova pro zdravotně a mentálně postižené, ve kterém v současné době probíhá transformace, a nyní v něm pobývá 49 osob z původních 64.

Co se personálu týká, tak počet pracovníků je stejný, jako tomu bylo při plném obsazení domova, je zde tedy více prostoru na individuální práci s uživateli pobytové sociální služby.

Tato služba je poskytována dospělým osobám od 18 let s různým zdravotním, smyslovým a mentálním postižením. Zařízení má vlastní kuchyň i prádelnu, a klienti mohou využít i tělocvičnu nebo perličkovou koupel, která se v zařízení také nachází. K dispozici jsou i muzikoterapie, výtvarná dílna a místnost snoezelen. Ta je zařízena jako bílý pokoj.

## 4.2 Kazuistiky

Klient č. 1

**Jméno:** Alena

**Narozena:** prosinec 1964

**Diagnóza:** těžká mentální retardace, paraparéza při DMO, strabismus

**Rodinná anamnéza:** Alena pochází ze sociálně slabé a nefunkční rodiny, matka alkoholička, otec neznámý.

**Osobní anamnéza:** Alena se narodila jako první ze dvou dětí ve 26. týdnu a vážila pouhých 1350 g. Po porodu bylo dítě matce odebráno a umístěno v kojeneckém ústavu, ze kterého bylo po 10 měsících předáno do dětského domova. Alena má ještě mladší sestru, ale ani ona, ani matka Alenu nenavštěvují, nepíše jí, ani telefonicky nekontaktují.

**Motorika:** Alena je plně imobilní, to znamená, že sama nemůže stát, chodit a ani se sama neposadí. Den tráví na invalidním vozíku, do kterého jí pomáhá personál domova. Je inkontinentní a nedokáže si říci o pomoc při použití WC, pracovníci posazují Alenu na WC vždy po jídle.

**Sebeobsluha:** Alena se dokáže sama najíst, polévku i hlavní jídlo konzumuje lžící z talíře, snídani mívá připravenou na talířku, chleba nebo rohlík musí mít pokrájený na kousky a ty si již dokáže sama dopravit do úst. Tekutiny pije z hrnečku také bez cizí pomoci. Verbálně komunikuje pouze několika slovy, umí si říci o pití, když chce jít ven nebo si chce lehnout.

**Denní režim:** Alena vstává kolem půl sedmé, budí se sama. Po ranní hygieně, kterou musí provést personál se, opět s pomocí personálu, obleče. S oblékáním také mnoho nepomůže, zvládne pouze zvednout nohu při navlékání ponožek a kalhot. Potom pracovníci Alenu posadí na vozík a přivezou do jídelny ke stolu, kde je připravena snídaně. Po snídani si Alena ráda vypije kávu, které se vždy hlasitě dožaduje slovy: „bude káva, káva“. Po kávě je Alena odvezena do terapií. V zařízení lze využít muzikoterapii, tvořivou dílnu nebo terapii snoezelen, kterou si oblíbila nejvíce. Alena je tichý, nenáročný klient, který na sebe moc neupozorňuje a vlastně celý den prosedí na vozíku a jen pozoruje okolí, nebo drží v ruce plyšovou hračku. Verbálně komunikuje velmi málo, dokáže říct jen několik slov, např. když má žízeň, tak říká: „napit, napit“, nebo když chce jít ven, tak hlásí: „Alenka půjde ven“, dokáže přivítat slůvkem: „ahoj“ nebo říct při loučení: „pa, pa“.

**Vlastní práce** s Alenou začala seznamováním se s místností snoezelen, kde jsme ji nechali nejprve si všechno „prohlédnout“ rukama, protože nevíme, na jakou vzdálenost předměty registruje. Když si něco chce prohlédnout vizuálně, tak si předmět dává velmi blízko k očím, na dálku vidí patrně jen obrysy. Poté jsme jí nabídli různé předměty a sledovali Alenin zájem o ně, tedy jak reaguje na různé tvary a povrchy. Jestli jsou jí příjemnější spíše měkké předměty, nebo naopak preferuje tvrdé a hladké povrchy. Tímto způsobem trénujeme u Aleny úchopy.

Už při první návštěvě terapie snoezelen bylo vidět, že prostředí ji zaujalo, nejvíce ale oceňuje, že si může aspoň na chvíli lehnout na relaxační lůžko a změnit polohu. Chtěli jsme u Aleny dosáhnout co možná největšího uvolnění dolních končetin, celý den totiž sedí na vozíku a dolní končetiny má neustále křečovitě stažené. Často dává hlasitě najevo, že by si ráda lehla a pokud jí to není umožněno, začne být plačtivá a hryže se do prstů ruky. Takže jakmile se položí na relaxační lůžko, začne si pobrukovat, čímž dává najevo svoji momentální spokojenost a fyzickou i psychickou pohodu.

Po příchodu do snoezelenu ji necháváme chvíli odpočívat, pozorovat bublinkový válec a vnímat jeho vibrace a zároveň prohříváme teplými polštářky ztuhlé svaly na dolních končetinách. Když vidíme, že se její pozornost přesouvá k nám, začínáme s nabídkou smyslových stimulací. Ze všech (hmatové, čichové, zrakové, sluchové i chuťové) má nejraději hmatovou a chuťovou. Pro použití hmatové stimulace jsme si připravili krabici s kulatým otvorem, ve které jsou uloženy předměty různých tvarů a velikostí, různých

povrchů a tvrdostí, jako třeba plastové přesýpací hodiny, kartáče, molitanové hubky, míčky, apod.). Alena rozumí tomu, co se jí říká, takže když je vybudnuta, aby si z krabice něco vytáhla, začne předměty z krabice vytahovat. Tímto způsobem se u Aleny cvičí jemná motorika, ve které se sice mnoho nezdokonaluje, ale zachovávají se tím aspoň její dosavadní dovednosti. Alena všechno co z krabice vytáhne, si pár vteřin podrží těsně před očima, potom předmět odloží vedle sebe. Když ale přijde na řadu malý míček „ježek“, tak ten už neodloží, ale přendává si jej z jedné ruky do druhé, čichá k němu a „ohmatává“ jej i ústy. S tímto míčkem se Alena dokáže zabavit dosti dlouho, všelijak jej otáčí, přendává si jej a stimuluje si jím svoje dlaně.

Protože se už sama dokáže přetočit na pravý bok, může se natočit k bublinkovému válci, u kterého si vyzkoušela jak jeho vibrace, tak i opět v rámci nácviku jemné motoriky měnit na válci barvy na ovládacím prvku.

Co se týká sluchové stimulace, tak tam nedávala moc najevo, jestli a jaké zvuky se jí líbí, prostě na ně nijak nereagovala, i když sluchové postižení nemá. Zkoušeli jsme Tibetské misky, šustili jsme izotermickou folií, nabízeli dešťovou hůl, ale nereagovala ani na reprodukovanou hudbu, takže nemůžeme říci, jestli je jí nějaký zvuk příjemný, či jestli preferuje nějaký hudební žánr.

Poté jsme se zaměřili na orofaciální stimulaci na uvolnění obličejových svalů. Při této činnosti jsme s úspěchem využili lízátko, díky jehož sladké chuti si Alena stimulaci doslova užívala. Sice nejdřív nevěděla, co si s lízátkem počít, držela ho nehybně v ústech, když se jí ale ukázalo, že se dá přehazovat v ústech z jedné strany na druhou, velice rychle se v této činnosti zdokonalila a lízátko během pobytu v terapii pokaždé „zlikvidovala“. Začali jsme otíráním lízátko na jejích rtech, které si okamžitě olízla. Začala i vyplazovat jazyk a kmitat jím ze strany na stranu, což do té doby nikdy nedělala, neměla proč. Sladká chuť jí byla evidentně příjemná, proto jsme lízátko zařazovali do terapie vždy, když byla Alena ve snoezelenu.

Na závěr jsme zařadili prvky bazální stimulace a to MSD (masáž stimulující dýchání), kvůli lepšímu odkašlávání a masáž dolních končetin s vibrací přes klouby, při které se pokaždé uvolnila. Napětí v končetinách povolilo, také proto, že jsme končetiny prohřivali teplými polštářky naplněnými pohankovými slupkami. Nohy potom už nemívala křečovitě stažené k sobě, ale byly zcela uvolněné. Alena po této terapii, která trvá vždy zhruba hodinu, bývá celkově uvolněná a spokojená. Je na ní vidět, že si péči o svoji osobu

velmi užívá. Stala se komunikativnější a pobyt ve snoezelenu začala sama vyžadovat. Vždycky, když mě uslyšela na chodbě nebo jsem za ní přišla na oddělení, dožadovala se návštěvy terapie slovy: „Alenku taky, Alenku taky, půjde do herny, jo, jo“.

V návštěvách snoezelenu i v provádění bazální stimulace nadále pokračujeme, protože tyto terapie dělají Aleně dobře. Její spasmy po BS povolují, dává najevo svoji pohodu spokojeným výrazem a vidíme i jakýsi posun k lepšímu, a to v hrubé motorice (otáčení těla, zvedání nohou), v jemné motorice (úchopy předmětů) i v komunikaci s personálem. Dokáže se více verbálně projevit než dříve, kdy jen tiše seděla a svoji nepohodu dávala najevo pláčem a kousáním si ruky.

## Klient č. 2

**Jméno:** Bára

**Narozena:** srpen 1984

**Diagnóza:** těžká mentální retardace, epilepsie, strabismus

**Rodinná anamnéza:** Bára pochází z nefunkční, sociálně slabé rodiny, matka mentálně postižená, otec alkoholik. Oba nezaměstnaní, pobírali sociální dávky.

**Osobní anamnéza:** Bára se narodila jako jedno ze sedmi dětí, a tyto děti byly postupně rodině odebírány z důvodu zanedbávání péče a dávány do ústavních zařízení, nebo do pěstounské péče. Báru nenavštěvuje nikdo z její rodiny ani se s ní nijak nekontaktují.

**Motorika:** Bára je plně imobilní a verbálně nekomunikující. Nemůže stát ani chodit, ale dokáže se sama posadit a také se v posteli otočit a podat si věci, které má v dosahu.

**Sebeobsluha:** Bára se umí sama najíst i napít, ale jídlo musí mít pokrájené na kousky, nápoje pije z hrnečku. Je plně inkontinentní. Při svlékání někdy pomáhá, umí si svléknout tričko.

Den tráví v polohovacím pojízdném křesle, do kterého jí pracovníci musí přenést. Protože je verbálně nekomunikující, dává najevo své potřeby nebo pocity hlasitými projevy buď radostnými, nebo nespokojenými.

**Denní režim:** Bára je obvykle vzhůru kolem sedmé hodiny, personál ji nebudí, vždy počká, až se vzbudí sama. Potom ji pracovníci umyjí a oblečou. Po snídani je opět „volná zábava“, to znamená, že se Bára odveze do některé z terapií, nebo ji pracovníci vezmou na zahradu či na projížďku po okolí.

S Bárou jsme začali navštěvovat snoezelen pravidelně také asi před rokem a zvykla si na něj velmi rychle. Po příchodu do místnosti ji necháme, aby se chvíli zadaptovala, a teprve po chvíli začínáme s nabídkami různých stimulací. Při každé nabídce Bára dlouhé minuty jakoby přemýšlí, a pozoruje každý nový předmět, než se jej rozhodne přijmout. Když už se odhodlá předmět vzít do ruky, tak krátce na to jej zase odhodí na zem. Když je jí předmět opět podán, vše se opakuje, prostě tato hra se jí líbí. Patrně to vychází ze stupně jejího mentálního postižení, které je v pásmu těžké mentální retardace, což odpovídá věku 1-1,5 roku. V tomto období si děti cvičí úchopy právě touto hrou. Je na ní ale vidět, že vítá každý podnět a každou stimulaci a je spokojená, když má z čeho vybírat.

Když Báru nějaký předmět zaujme, například fén, dokáže u něj vydržet velmi dlouho. Právě zmiňovaný fén si docela oblíbila. Když jsme jí ho ukázali poprvé, tak na něj nechtěla ani sáhnout, když jsme na ni začali foukat, nejdříve zatajila dech, ale vzápětí začala radostně výskat. Když jsem fén vypnula a položila jí ho do klína, vzala moji ruku do svojí a položila ji na fén. Dávala tak najevo, že chce, abych pokračovala ve foukání.

Pro Báru jsme vytvořili tematický snoezelen-zima, kde si vyzkoušela led i vítr z fěnu. Led držela v ruce a podařilo se jí ho i ochutnat a dívala se na fiktivní sníh, který jsme promítali přes projektor. Nechala se přikrýt kožešinou a sama si ji přetáhla až přes hlavu. Bára se skoro celou zimu ven nedostane, proto je o tyto podněty ochuzená, tak jsme se rozhodli jí je zprostředkovat uměle, aby měla aspoň nějakou zkušenost s tímto ročním obdobím.

Z počátku Bára vše kolem sebe jen pozorovala a bylo na ní vidět, že se jí to líbí. Když jsme jí nabízeli předměty ke hmatové stimulaci, bála se na cokoliv sáhnout. Ale když ji předmět natolik zaujal, že si ho přála mít ve své blízkosti, případně si jej prohlédnout zblízka, vždycky použila k uchopení předmětu moji ruku.

V současné době už se nových předmětů nebojí a osahává si je sama. Docela si oblíbila i Tibetskou misku, kterou jsme jí položili na břicho a jemně do ní ťukali. Zvuk i vibrace se Báře natolik zalíbily, že nám brala paličku z ruky a sama se pokoušela do misky ťukat.

Když se jí to nedařilo, chtěla paličku vstrčit do úst a okusovat. Vzala jsem jí ruku a opakovaně jsem jí ukazovala, k čemu palička slouží. Sice to hned nepochopila, ale vypadala, jako by o tom přemýšlela.

I když si nemyslíme, že by Bára nějak zvlášť pokročila ve vývoji, přece jenom každý nový podnět a každá nová zkušenost, kterou člověk udělá, a to i člověk s MP, ho aspoň trochu někam posune. A počítá se i to, že se daný klient v daném momentě cítí spokojeně, už jenom proto, že se mu někdo věnuje.

### Klient č. 3

**Jméno:** Dana

**Narozena:** prosinec 1957

**Diagnóza:** těžká mentální retardace, amaurosa

**Rodinná anamnéza:** Dana pochází z neúplné, sociálně slabé rodiny.

**Osobní anamnéza:** Dana se narodila předčasně ve 28. týdnu. Matka neměla vlastní byt, proto byla Dana po narození umístěna v kojeneckém ústavu, posléze v dětském domově. Otec neuveden. Dana má ještě mladšího bratra. Z poslední zprávy o něm vyplývá, že žije na ulici, a ani on ani matka nikdy Danu nenavštívili ani jinak nekontaktovali.

**Motorika:** Dana je mobilní a dokáže se i přesto, že je prakticky slepá, přemísťovat z místa na místo i když její chůze je nejistá a toporná, což je dáno jejím zrakovým postižením. Dokáže si také sama sednout, lehnout i vstát. Je verbálně nekomunikující.

**Sebeobsluha:** Dana sice sama chodí, ale najíst se sama nedokáže, musí být krmena lžící. Učinili jsme i pár pokusů o samostatné jídlo, vsunuli jsme jí do ruky lžící, ale museli jsme jí ruku vést, protože díky svému postižení, tedy spíše mentálnímu než zrakovému, nedokáže lžící jídlo z talíře nabrat a nepozná, jestli je lžice plná nebo prázdná. Nedokáže si sama říct o pomoc při použití WC, proto používá inkontinentní pomůcky.

**Denní režim:** Dana se obvykle budí sama kolem půl sedmé. Všechny úkony osobní hygieny a oblékání musí provést personál. Potom je Dana zavedena do jídelny na snídani.

Po snídani se buď uloží do svého oblíbeného rehabilitačního vaku, nebo ji pracovníci zavedou do muzikoterapie. Dana ale u žádné činnosti moc dlouho nevydrží. Po krátkém čase se začne hlasitě projevovat a vydávat neartikulované zvuky, vstane a pochází bez cíle z místa na místo. Občas dávala najevo svoji nepohodu i tím, že si vytrhávala vlasy.

S Danou jsme začali navštěvovat snoezelen asi před 8 měsíci. Když jsme ji tam vedli poprvé, tak cestou tam dávala hlasitě najevo svoji nespokojenost, patrně proto, že v chodbě, kterou jsme šli, bylo chladno. Při vstupu do místnosti se ale ztišila, protože tam ji naopak uvítalo příjemné teplo. Nejprve jsme ji nechali ohmatat vše, co měla v dosahu a pomalu jsme se posunuli k relaxačnímu lůžku. Když si je ohmatala, tak se na ně opatrně položila. Nejprve jen tak odpočívala, potom jsme její ruku položili na bublinkový válec, aby mohla vnímat vibrace. Byl to pro ni nový podnět a zřejmě jí to bylo příjemné, protože nechala ruku položenou na válci několik minut. Po chvíli se od válce odtáhla a začala vše kolem sebe prozkoumávat rukama. Podali jsme ji měkkou přikrývku, ale místo podávané přikrývky vzala moji ruku a začala se s ní hladit po vlasech a po tváři. Všimla jsem si už dříve, že Daně se líbí doteky rukou a vždycky, když cítí vedle sebe přítomnost člověka, tak se snaží jeho ruku uchopit. Nabídla jsem jí tedy bazální stimulaci obličeje, na kterou reagovala velmi kladně. Dana běžně mívá hlavu hodně skloněnu, a to při chůzi, když sedí u stolu. Když leží, vždycky je stočena do klubíčka v embryonální poloze, nikdy ne na zádech. Dosud jsem ji neviděla, že by si tak v posteli lehla. Teď ale při stimulaci obličeje se sama obrátila na záda a obličej mi nabídla. Bylo vidět, že je jí to velmi příjemné, protože se začala usmívat. Jednu chvíli se i hlasitě zasmála.

Ačkoliv jsou Daně doteky ruky příjemné, má je ráda jen na hlavě, obličeji a na ruce. Když chceme pokračovat v bazální stimulaci i na ostatních částech těla, začne vyjadřovat svoji nespokojenost hlasitým křikem.

Nicméně první návštěvy snoezelenu byly poměrně krátké. Dana se sice po bazální stimulaci obličeje ztišila, to ale netrvalo dlouho. Po několika minutách začala být neklidná a zvedala se z relaxačního lůžka. Každý nový podnět ji zase na chvíli uklidnil, ale po pár minutách se začala znovu zvedat a chtěla odejít. Terapii jsme tedy ukončili a odvedli Danu zpět na její oddělení. Po čase už si na snoezelen zvykla natolik, že jsme v místnosti mohli trávit více času a bylo vidět, že je tam Daně dobře.



Dnes to vypadá tak, že s Danou přijdeme do místnosti snoezelen, sama se jde položit na relaxační postel, nechá si položit ruku na bublinkový válec a vnímá vibrace. Potom jí položíme ruku na ovládací prvek válce, aby si ho mohla ohmatat a s naší podporou vypíná a zapíná bubliny na válci. Nemůže to sice vidět, ale může to slyšet a cítit na ruce. V začátcích neměla Dana o hmatovou stimulaci velký zájem, všechno hned odhazovala od sebe, teď se ale nechává vést a zkouší brát předměty do ruky. Má ráda i některé zvuky, např. tleskání. Když jsem jí tleskala svojí dlaní do její, tak se začala hlasitě smát. Také se jí líbí, když jí položíme tibetskou misku na břicho, jemně do ní ťukáme a ona může vnímat její vibrace.

Svoji spokojenost a důvěru projevuje i tím, že se o mě začala opírat zády. Rukama si vždycky ohmatá okolí, zjistí, jak daleko od ní jsem a natočí se tak, aby byla o mě opřena zády, i toto jí, zdá se, uklidňuje.

Chtěli jsme vědět, nakolik se Dana dokáže ve snoezelenu uklidnit a uvolnit. Zjistili jsme, že místnost snoezelen dává Daně pocit bezpečí, dokáže se tam uvolnit a relaxovat, nemá potřebu přecházet z místa na místo a hlasitě se projevovat křikem. Dokonce mívá celou dobu trvání terapie otevřené oči, i když běžně je mívá zavřené a to i když se pohybuje po oddělení.

Klient č. 4

**Jméno:** Petr

**Narozen:** srpen 1997

**Diagnóza:** DMO s těžkou mentální retardací, spastická kvadruparéza, nefrotický syndrom, strabismus

**Rodinná anamnéza:** Petr pochází z rodiny, kde oba rodiče pracují ve zdravotnictví, v současné době jsou rozvedeni a oba mají nové partnery.

**Osobní anamnéza:** Petr se narodil předčasně ve 29. týdnu. Do 7 let vyrůstal v domácím prostředí, poté v zařízení pro děti se zdravotním postižením. Matka jej pravidelně navštěvuje a každý druhý víkend si Petra brává domů.

**Motorika:** Petr je plně imobilní, nedokáže se sám posadit ani otočit na lůžku. Nedokáže ani udržet hlavu dlouho vzpřímenou.

**Sebeobsluha:** Petr se nedokáže sám najíst ani napít, při jídle i pití potřebuje pomoc druhé osoby. Strava musí být upravena nakrájením na malé kousky, krmí se lžící. Je verbálně nekomunikující, nedokáže si sám o nic říci, je inkontinentní.

**Denní režim:** Petr se budí sám kolem šesté hodiny ranní. Pracovníci přímé péče provedou ranní hygienu, oblečou ho a odvezou do jídelny, kde má připravenou snídani. Pracovníci Petra nakrmí a nechají ho chvíli odpočinout. Dopoledne tráví buď v některé z terapií, nebo když je pěkné počasí, tak na zahradě.

S Petrem jsme začali navštěvovat snoezelen ihned po jeho nástupu do našeho zařízení, tedy zhruba před sedmi měsíci. Z bývalého zařízení již byl na bazální stimulaci zvyklý, ale snoezelen zatím nenavštívil.

Při první návštěvě jsme ho nechali místnost si prohlédnout, nevíme úplně přesně jak, a do jaké vzdálenosti vidí, a nechali jsme ho aklimatizovat. Teprve asi po deseti minutách jsme začali s prohříváním končetin a vyzkoušeli bazální stimulaci-somatickou koupel. Už při prvních dotecích se začal spokojeně usmívat, bylo vidět, že jsou mu doteky příjemné a nikterak se jim nebránil. Začal se také uvolňovat a napětí ve svalech začalo povolovat.

U Petra nám šlo o to, aby neproseděl celý den připoutaný na vozíku, ale aby měl možnost se uvolnit a získat nové zkušenosti a nové podněty. Také jsme chtěli podpořit jeho snahu uchopovat předměty. Jelikož má v rukou neustále křeče, zkoušeli jsme prohřívání spastických končetin a prováděli jsme diametrální stimulaci, po které se uvolnil a předměty, které jsme mu vkládali do rukou, docela pěkně uchopoval. Také se velmi rád prsty probírá jemným pískem, který v místnosti také máme.

Návštěvu snoezelenu si velmi oblíbil, rád tam odpočívá a podle nálady poslouchá buď relaxační hudbu, nebo své oblíbené popové zpěváky.

Také si oblíbil tematický snoezelen-vesmír. Na zeď místnosti jsou promítány obrázky vesmíru a k dispozici je i taktilní koberec, na kterém jsou nalepeny předměty různých tvarů a stupně tvrdosti (molitanové houby, dřevěné korále, drátěnky, apod.), a ty jsou poskládány do tvaru kosmických raket, planet a hvězd. Pro tyto účely máme naaranžováno i hvězdné

nebe, které Petr také rád pozoruje. Často a rád se pozoruje v zrcadle, když leží na relaxačním lůžku a směje se na sebe. Hlavu všelijak vyvrací a snaží se jakoby převrátit se na bok.

Zkusili jsme pro Petra vytvořit další tematický snoezelen-moře. Natírali jsme ho opalovacím krémem, do ruky jsme mu dali mušle a střídavě sypali na obě ruce jemný písek. Přes projektor sledoval delfíny, velryby a poslouchal šumění moře.

Z Petrových reakcí je znát, že má rád zážitky, což mu místnost snoezelen může zprostředkovat, po této terapii je vždycky klidný, uvolněný a usměvavý.

## 5 Závěry šetření

Po dobu naší práce s klienty jsme měli možnost pozorovat jejich reakce na místnost snoezelen a prvky bazální stimulace. Zjistili jsme, že oba koncepty jsou pro ně velkým přínosem. Každý si tam může najít takovou činnost, která je mu příjemná, líbí se mu a není ničím ani nikým omezován.

První klientka Alena si na terapii zvykla velmi rychle, ve snoezelenu si našla svoji oblíbenou činnost-procvičování prstů masážním míčkem, a také prvky bazální stimulace jí pomáhají se uvolnit od spasmů v dolních končetinách. Začala se více verbálně projevovat, i když jenom pár slovy, ale o to hlasitěji. Hrubá motorika se také zlepšila, dokáže se otočit na levý bok. Ze všech nabídek a stimulací si vybrala to, co ji nejvíc zaujalo a co jí vyhovuje.

Druhá klientka Bára ve snoezelenu získává nové podněty a učí se na ně reagovat. Dokáže ocenit individuální práci se svojí osobou, i to, že může mít pracovníka jenom pro sebe, a také, že nemusí celý den jenom tak sedět na jednom místě. Dokáže se radovat z každé nové zkušenosti a je na ní vidět jak se těší na návštěvu snoezelenu už cestou tam. Nemá svoji nejoblíbenější aktivitu, užívá si všech a s velkou chutí.

Třetí klientka Anička byla trochu oříšek, protože ze začátku vydržela ve snoezelenu krátkou dobu, pořád jako by očekávala, že přijde něco nepříjemného a dokázala se uvolnit jen nakrátko. Trpělivost se nám ale vyplatila, a po několikáté návštěvě se už dokázala zklidnit ihned po vstupu do místnosti a vydržela tam déle a začala si terapii užívat, hlavně kontaktu s druhou osobou.

Čtvrtý klient Petr byl již na bazální stimulaci zvyklý z minulého zařízení, ale do snoezelenu nechodil. Ze začátku pobytu v našem zařízení býval plačtivý, když jsme ho ale začali brát do snoezelenu a pracovat s ním, tak se stal usměvavým. Obě terapie na něj působí velmi pozitivně, bývá po nich vždycky uvolněný a spokojený, což je na něm vidět.

Na každého z klientů působily terapie trochu jinak, ale všichni si je užívali po svém. Alena oproti Petrovi, který si velmi rád užívá tematický snoezelen, nemá o nic takového zájem, nicméně oba si při bazální stimulaci dokáží uvolnit a jejich spasmy aspoň na chvíli povolí. Petr a Bára jsou vždycky plní očekávání nových podnětů a dovedou je patřičně využít

a vychutnat si. Alena a Dana jsou klidnější a neprojevují svoji radost nebo pohodu tak výrazně, ale také je na nich vidět, že se v místnosti snoezelen cítí dobře.

## 6 Diskuze

Co se týká našeho pozorování klientů v terapii snoezelen, tak můžeme říci, že každá z těchto čtyř osob se nějakým způsobem posunula. Chtěli jsme zjistit, jak na ně terapie bude působit, zda jim bude příjemná, budou se cítit v pohodě, nebo naopak budou mít strach a bude jim to nepříjemné. Ne každý člověk snáší doteky druhé osoby v klidu, někomu jsou vyloženě nepříjemné a vyhýbá se jim.

Pravdou je, že náš výzkumný vzorek je dost malý na to, abychom učinili jednoznačné závěry. Možná by bylo vhodné zařadit do výzkumu všechny obyvatele domova pro zdravotně postižené, zajímavé by jistě bylo zjistit, jestli ženy reagují na zmíněné terapie více, než muži. Samozřejmě rozhoduje i stupeň postižení.

Nicméně, i tento náš malý vzorek nám ukázal, že individuální práce s uživatelem sociální služby, je pro něj vždycky přínosem a v každém případě ho to posune trochu dál, a to nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. Ať už je to v uvědomění si sebe sama, v nových podnětech či zkušenostech, v navázání vztahu s pracovníkem, pocitu důvěry a bezpečí. Je k tomu ale zapotřebí hodně trpělivosti ze strany pracovníků a také empatie.

Naším cílem bylo ukázat, jak terapie snoezelen a bazální stimulace působí na osoby s mentálním a zrakovým postižením. Myslíme si, že tohoto cíle bylo dosaženo. Tato práce byla přínosem i pro nás, neboť nám ukázala, že vzdělávat a nabízet nové podněty těmto osobám má smysl.

Možná by bylo i zajímavé zjistit, jak se na využívání volného času u osob s mentálním postižením dívá intaktní populace a jestli má o tom nějaké povědomí.

## 7 Doporučení pro praxi

Naše práce s klienty nám ukázala prospěšnost terapie snoezelen a s ní spojený koncept bazální stimulace. Tyto terapie lze jen doporučit a myslíme si, že bude velkým přínosem pro klienty, v těchto terapiích pokračovat.

Jde jenom o to správně vystihnout co komu takzvaně „sedí“, nenutit klienty do činností, které jim nejsou příjemné, nebo se jich dokonce bojí.

Jsme přesvědčeni, že si zde každý najde to, co vyhovuje jeho osobnosti, ať už je to senzorická stimulace, relaxace při uklidňující hudbě nebo užívání si tematického snoezelenu.

Velmi prospěšné se nám zdá nabízení nových stimulů i osobám s těžkou mentální retardací, osobám nevidomým či jinak postiženým. Chce to jenom trochu trpělivosti a nevzdávat to při prvotním zdánlivém nezájmu, klient totiž neví co se děje, co se po něm chce. Je to pro něj nová situace, se kterou ještě nemá žádnou zkušenost a neví tedy, co může očekávat. A jenom klidným a trpělivým přístupem se k němu můžeme přiblížit a získat jeho důvěru.

To znamená nezahlcovat ho množstvím stimulů, začít s jedním a počkat jak na něj bude klient reagovat. Pokud ho přijme, musíme jej nechat, aby si ho dostatečně „užil“ a zvykl si na něj. Teprve potom můžeme přijít s nabídkou další stimulace nebo aktivity.

Naše zkušenost je taková, že asi nejvíce si klienti užívali toho, že mohou mít pracovníka jenom sami pro sebe, že je jim poskytována individuální péče, a že aspoň chvíli jsou středem zájmu druhého člověka.

Samozřejmostí by měla být trpělivost, laskavost a empatie pracovníka, který s klientem pracuje. Bez těchto „bonusů“ nemá terapie pro klienta žádný význam.

## Závěr

Naše práce s klienty domova pro zdravotně postižené ukázala, že individuální práce s nimi je přínosem pro jejich psychickou i fyzickou pohodu.

Zaměřili jsme se na čtyři dospělé klienty, tři ženy ve věku od 30 let do 60 let, a jednoho mladého muže. Všichni čtyři mají kromě těžkého mentálního postižení ještě různé stupně zrakového postižení, a také zdravotní postižení-DMO.

Naše šetření potvrzuje, že místnost snoezelen a bazální stimulace velmi příznivě působí nejen na smysly člověka, ale také na jeho psychickou i fyzickou pohodu a tyto terapie by měly být samozřejmou součástí každého pobytového zařízení. Jsou totiž jednou z mála možností, jak trávit volný čas a toho mají klienti pobytové sociální služby opravdu hodně. Zvláště ti, kteří mají nejtěžší zdravotní a mentální postižení.

Jejich kolegové s méně závažným postižením mohou navštěvovat a také navštěvují návazné sociální služby a sociálně terapeutické dílny, kde se buď připravují na případné zaměstnání, nebo provádějí různé sebeobslužné nácviky jako uklízení, vaření, nakupování, finanční gramotnost apod.

Málokdo si ale uvědomuje, že i osoby s velmi těžkým postižením potřebují svůj čas nějak vyplnit. A trávit ho jen celodenním ležením na posteli nebo sezením na vozíku, bez jakýchkoliv podnětů a minimálního zájmu okolí, je vlastně takové nudné čekání na smrt.

Přitom právě tyto osoby jsou velmi vděčné i za ten nejmenší projevený zájem o ně. A jelikož mnohdy nemohou nebo neumějí říci, jak by rády trávily svůj čas, co je jim příjemné a co se jim líbí, je jenom dobře, že se v pobytových zařízeních začínají zařizovat místnosti snoezelen.

Klienti sociální služby si zde nejen odpočinou a zrelaxují se, ale mohou si i sami vybrat, která činnost či stimulace je jim příjemná a kterou by raději oželeli.

Je k tomu zapotřebí jenom maličkost-citlivý a vnímavý pracovník, který dokáže z reakcí klienta vypožorovat jeho momentální pohodu či nepohodu.



## Seznam literatury a zdrojů

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

SLOWÍK, Josef. 2007 *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ. 2012. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3092-8.

PIPEKOVÁ, Jarmila. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. 2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

ČERNÁ, Marie. 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

VÁGNEROVA, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80 – 7178 – 802 – 3.

VALENTA, Milan. 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.

FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1857-5.

FINKOVÁ, Dita. 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2742-3.

MÜLLER, Oldřich. 2005. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1075-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé*

*péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.

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

JANKŮ, Kateřina. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-915-5.

PAULÍK, Karel. 2005. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7368-039-4.

PÖRTNER, Marlis. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.

EMERSON, Eric. 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.

SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

## **Internetové zdroje**

<https://www.snoezelen.info/history/>

<http://www.worldwidesnoezelen.nl/en/authors-and-publishers/item/149-ad-verheul-english>

<https://3lobit.sk/cs/snoezelen-prostredi-otevira-uplne-jiny-svet/>

<https://3lobit.sk/barevna-ci-bila-mistnost-snoezelen/>

<https://3lobit.sk/zrkadlove-gule-reflektory/>

## **Seznam příloh**

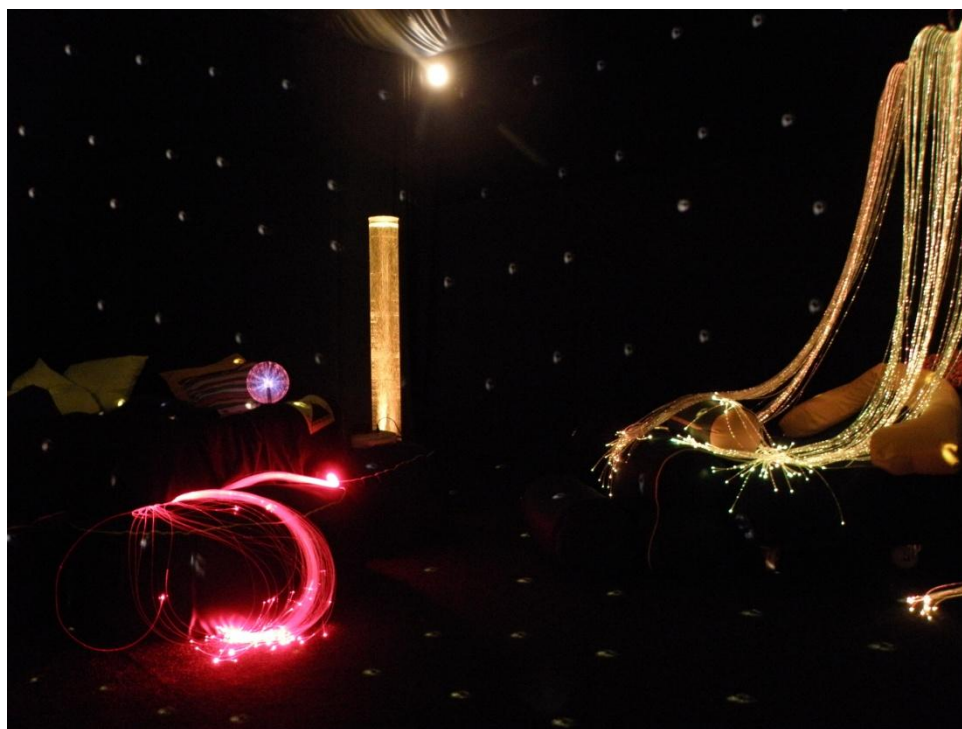
Příloha č. 1 – Ilustrační fotografie místností snoezelen

Příloha č. 2 – Ilustrační fotografie pomůcek pro snoezelen

## Příloha č. 1: Ilustrační foto - prostředí snoezelen



*Obr. č. 1: Bílý pokoj*



*Obr. č. 2: Černý pokoj*



*Obr. č. 3: Tematický snoezelen-moře*

## **Příloha č. 2: Ilustrační foto – pomůcky snoezelen**



*Obr. č. 1: Bublínkový válec*



*Obr. č. 2: Optická vlákna*

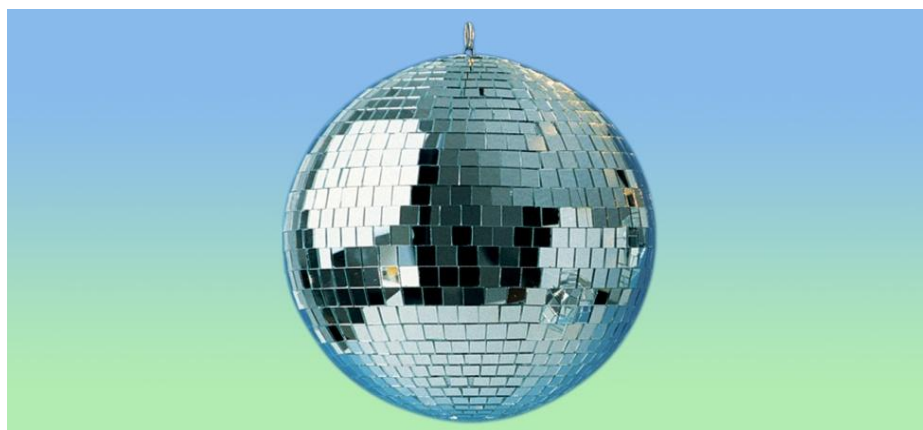


*Obr. č 3: Mini optická vlákna*





*Obr. č. 4: Plazma koule*



*Obr. č. 5: Zrcadlová koule*



*Obr. č. 6: Bubínky*



*Obr. č. 7: Dešťová hůl*



*Obr. č. 8: Tibetská miska*



*Obr. č. 9: Termoizolační folie*



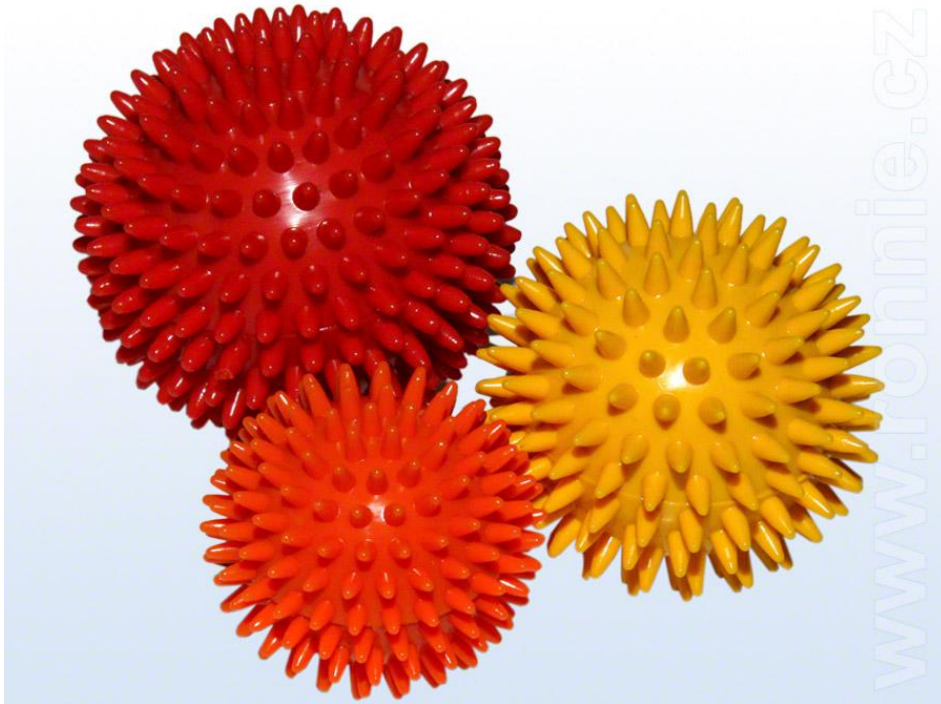


*Obr. č. 10: Tamburína*

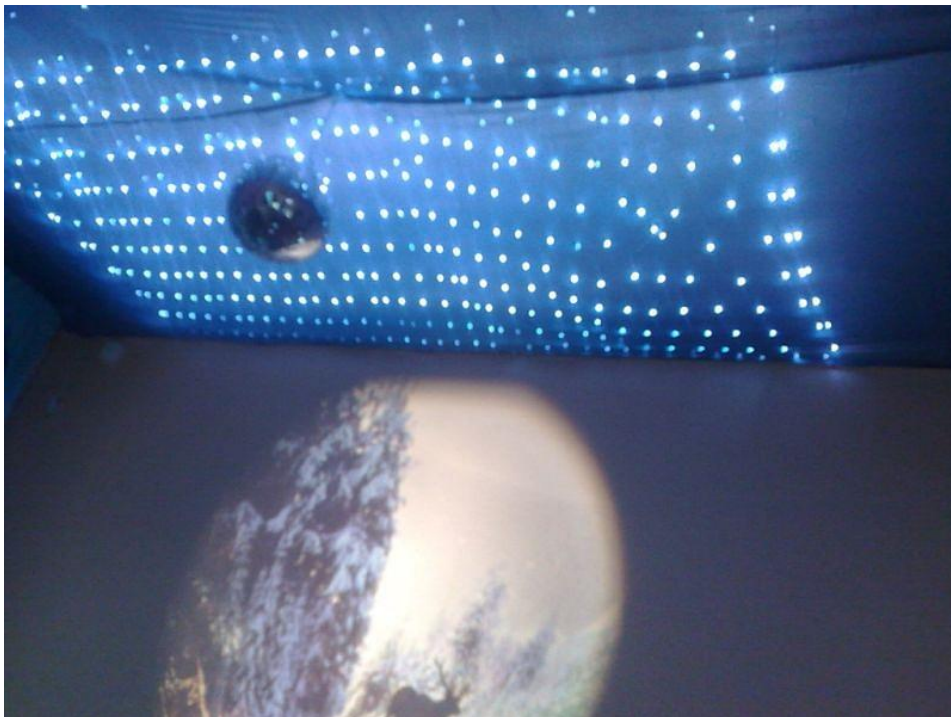


*Obr. č. 11: Fén*



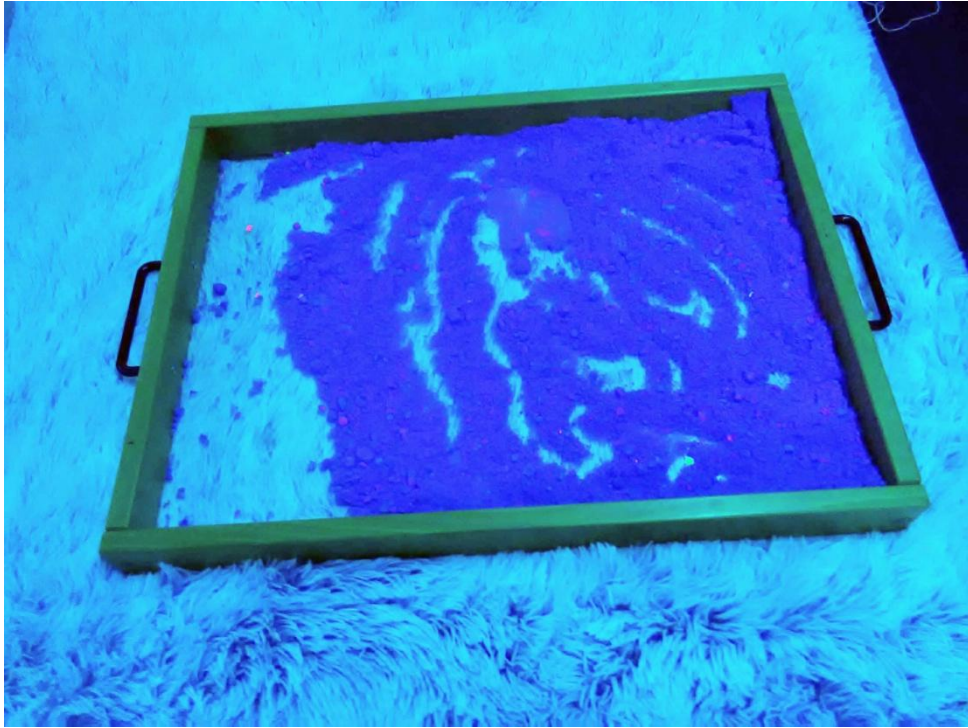


*Obr. č. 14: Masážní míčky-ježci*



*Obr. č. 15: Hvězdné nebe*





*Obr. č. 16: Bedna s pískem*



*Obr. č. 17: Krabice s kulatým otvorem*

# ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jaroslava Pištěková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Bc. Veronika Růžičková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Využití snoezelen terapie a bazální stimulace u osob s mentálním a zrakovým postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Use of snoezelen therapy and basal stimulation for people with visual and mental disabilities.
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je věnována možnosti využití snoezelen terapie a bazální stimulace, a jejich působení na klienty domova pro zdravotně postižené. Teoretická část shrnuje poznatky z odborné literatury, vymezuje vznik a druh mentálního a zrakového postižení, možnosti léčby či kompenzace postižení, dále pak vznik snoezelen terapie a bazální stimulace. Výzkumná část popisuje přímou práci s osobami s mentálním a zrakovým postižením, sleduje jejich reakce a případný posun či rozvoj osobnosti.
<b>Klíčová slova:</b>	Mentální postižení, zrakové postižení, snoezelen, bazální stimulace

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The bachelor thesis is devoted to the possibility of using snoezelen therapy and basal stimulation, and their effect on clients of home for the handicapped. The theoretical part summarizes the findings of the specialized literature, defines the origin and type of mental and visual impairment, the possibilities of treatment or compensation of the disability, as well as the development of snoezelen therapy and basal stimulation. The research part describes direct work with people with mental and visual disabilities, monitors their reactions and eventual shift or personality development.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<p>Mental disabilities, visual disabilities, snoezelen, basal stimulation</p>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>2</p>
<b>Rozsah práce:</b>	<p>43</p>
<b>Jazyk práce:</b>	<p>český</p>