

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

Hana Kallerová

3. ročník – prezenční studium

Obor – speciální pedagogika – komunikační techniky

**Stimulace klientů s kombinovaným postižením
v domovech pro zdravotně postižené**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a vyznačila jsem veškeré použité prameny a literaturu.

Olomouc

12. 4. 2010

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za její přispění cennými radami a odborné vedení, dále děkuji oddělení Domovu pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku a Dennímu stacionáři Jasněnka v Uničově za to, že jsem zde mohla vykonávat praktický výzkum pro svoji práci.

OBSAH

	ÚVOD.....	3
I.	TEORETICKÁ ČÁST	5
1	CHARAKTERISTIKA OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	5
1.1	Pojem kombinované postižení	5
1.2	Etiologie kombinovaného postižení	7
1.3	Diagnostika kombinovaných postižení.....	10
2	PRENATÁLNÍ TERAPIE.....	12
2.1	Pojem prenatální psychologie	12
2.2	Aplikace u klientů s kombinovaným postižením	14
2.3	Prostředí prenatální místnosti	16
3	SMYSLOVÁ STIMULACE.....	17
3.1	Senzomotorická stimulace	18
3.1.1	Bazální stimulace	18
3.1.2	SNOEZEL terapie, místnost a její využití.....	23
3.1.2.1	Zásady SNOEZEL terapie	25
3.1.2.2	Světlo a barva.....	28
3.1.2.3	Muzikoterapie	29
3.1.2.4	Aromaterapie.....	33
3.1.2.5	Fonoforéza	35
3.1.2.6	Masáž.....	36
4	VZTAH KLIENTA A PRACOVNÍKA PŘI STIMULACI.....	38
4.1	Osobnost pracovníka	38
5	ÚSTAVNÍ PÉČE O OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	40
5.1	Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	41

5.1.1	Deprivace jako důsledek ústavní péče.....	43
5.2	Zákon o sociálních službách a jeho dopad na ústavní péči	45
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	48
6	SPECIFIKA VÝZKUMU.....	48
7	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	48
8	CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY ..	49
9	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	49
9.1	První výzkumný soubor – Vincentinum	49
9.1.1	Charakteristika zařízení	49
9.1.2	Popis vybraných klientů	50
9.1.3	Nastavení místnosti	51
9.2	Druhý výzkumný soubor – Jasněnka.....	52
9.2.1	Charakteristika zařízení	52
9.2.2	Popis vybraných klientů	52
9.2.3	Nastavení místnosti	53
10	VÝZKUMNÉ METODY	54
11	INTERPRETACE A APLIKACE VÝSLEDKŮ	56
11.1	Pozorování - Vincentinum	56
11.2	Pozorování - Jasněnka	64
11.3	Interview	74
12	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI	76
III.	ZÁVĚR.....	78
IV.	SEZNAM POUŽITÉ A DOPORUČENÉ LITERATURY	80
V.	SEZNAM PŘÍLOH	83
VI.	ANOTACE	

ÚVOD

„Ať už má člověk postižení jakéhokoli druhu,
vždy se najde mnoho možností, jak mu pomoci.“

Susan Kerrová

Inspirací pro bakalářskou práci bylo setkání s novými metodami stimulace klientů s kombinovaným postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku. Protože se autorka s těmito metodami setkala poprvé a velmi ji zaujaly, rozhodla se jimi zabývat. Cílem práce je hlouběji proniknout do tematiky a současně ji přiblížit i ostatním, kteří práci budou číst.

První část práce je věnována vymezení kombinovaného postižení, příčinami jeho vzniku a jeho diagnostikou. První metodou, kterou se práce zabývá, a která je dále popsána, je metoda prenatální terapie. Je nastíněn vznik a vývoj této terapie, podmínky a prostředí, které jsou její nedílnou součástí a terapie samotnou. Obsáhlejší odstavce v teoretické části jsou věnovány senzomotorické stimulaci, s níž se pojí bazální stimulace a SNOEZEL terapie. SNOEZEL terapie je popsána šířeji, a to v oblasti muzikoterapie, aromaterapie a fonoforézy a masáží.

Teoretickou část zakončíme popisem vztahu klienta a pracovníka při stimulaci, která přiblíží i samotnou osobnost terapeuta. A na úplný závěr ještě zmíníme ústavní péči, především domovy pro osoby se zdravotním postižením a důsledky ústavní péče, tedy deprivaci. Zde uvedeme, co ji nejčastěji způsobuje. Deprivaci bude zmíněna proto, že nové metody stimulace, kterých se práce týká, mají na deprivaci osob s postižením pozitivní vliv.

Praktická část absolventské práce je věnována ověření působení jednoduché formy senzomotorické stimulace u několika konkrétních klientů domovu pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum pomocí aromaterapie a masáží a občanského sdružení Jasněnka pomocí muzikoterapie a masáží.

Nejdříve popíšeme běžné chování klientů a jejich projevy. Kromě chování klientů je práce zaměřena i na pozorování a popis jeho případných změn způsobených prováděnou stimulací. Snahou autorky buje popsat, jak stimulace probíhala, za jakých podmínek, s jakými pomůckami a také samozřejmě za jakých

projevů klientů. Hlavním bodem praktické části je pozorování změny nálad a chování klientů v důsledku stimulace.

U klientů jsou sledovány určité oblasti chování. Při každé stimulaci je použitý jiný druh silice nebo hudebního repertoáru a tak by se autorka ráda také zaměřila na to, zda má na projevy klientů druh použité silice nebo druh hudby vliv.

Cílem práce je nejen seznámení veřejnosti s novými metodami stimulace, ale také prokázání jejich vlivu na klienty. Snahou autorky je přiblížení těchto metod široké veřejnosti, a to ať už laické, či přímo veřejnosti, která má zkušenost s kombinovaným postižením a sama může být zdrojem zlepšení v této oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

V první kapitole se zabýváme pojmem kombinované postižení, vymezením pojmu kombinované postižení, jaké jsou projevy tohoto postižení, klasifikací kombinovaných postižení a rovněž jaká je nejčastější etiologie kombinovaných postižení.

1.1 Pojem kombinované postižení

Pod pojmem kombinované postižení rozumíme ve speciální pedagogice několikanásobné (vícenásobné, mnohočetné, vícečetné) postižení jedince. Je to postižení, kdy jde nejméně o dva, ale i více defektů. Není jednoduché najít společnou terminologii, která by byla platná pro všechny osoby ve skupině. Stále zde přetrvává terminologická nejednotnost, a proto jsou používány nejrůznější synonyma: mnohočetné vady, mnohočetné postižení, mnohočetné malformace, sdružené vady, přidružené vady, několikanásobné postižení, mnohonásobné postižení, vícenásobné postižení (více viz Vančová, 2002).

Kombinovaná postižení představují velký rozsah nedostatků, které se projevují v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí, ve kterých může dojít k následnému zhoršení, až k velkým potížím. Pojem kombinované postižení představuje skutečnost, že zasahuje dvě, ale i více oblastí osobnosti. V současné době jedinců s těžšími a kombinovanými defekty stále více přibývá (Eisová, 1982).

Ve starších českých publikacích můžeme najít takovéto vymezení pojmu kombinované postižení, např. v publikaci Aleny Eisové (1982, s. 10): „Pojem kombinované postižení tedy výstižně vyjadřuje řadu individuálních ustálených a i neustálených několikanásobných postižení. Z lingvistického hlediska lze to hodnotit jako vývoj ve smyslu progresivní snahy českého jazyka zjednodušovat obecným názvem složité pojmenování: dítě mentálně retardované tělesně vadné,

dítě mentálně retardované nevidomé, dítě mentálně retardované nedoslýchavé, dítě se sluchovým a zrakovým defektem, dítě s tělesnou vadou a vadou sluchu.“

Aby bylo možné mluvit o kombinovaném postižení, vždy se musí k nějakému defektu přidružit defekt jiný. Nejčastěji se k primárnímu mentálnímu postižení přiřazují příznaky, jako jsou:

- chronické choroby
- pohybová postižení
- zrakové, sluchové a řečové postižení
- specifické poruchy chování a učení
- lehká mozková dysfunkce

K velmi časté kombinaci patří dvě již velmi vážná postižení a častá je kombinace mentálního postižení s pohybovým postižením, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením nebo s poruchami chování (Monatová, 1994).

Pojem mentální retardace se začal v širším vymezení používat v odborné terminologii až po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně a byl údajně přejet z lékařského slovníku. Postupně jim byla nahrazována řada analogických termínů – jako například duševní úchylnost, duševní abnormalita, duševní opoždění, rozumová zaostalost, slabomyslnost, oligofrenie apod. Termín mentální retardace vychází z latinských „mens, mentis“ – mysl, rozum a „retardare“ – zaostávat, opožďovat, zdržovat. Existuje celá řada definic mentální retardace od mnoha autorů. Za mentálně retardované (postižené) bývají považováni jedinci, u kterých dochází nebo došlo k zaostávání ve vývoji rozumových schopností. Také došlo-li k jinému vývoji některých psychických vlastností a rovněž k adaptačním poruchám (Švarcová, 1994).

Švarcová uvádí (1994, s. 25): „Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“

1.2 Etiologie kombinovaného postižení

Etiologie neboli zkoumání příčiny vzniku kombinovaného postižení, je velmi složitá a především velmi rozmanitá. Příčiny není možné ve všech případech stoprocentně určit, ale je možné je hledat ve všech obdobích života. Nejtěžší postižení obvykle mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje plodu (Eisová, 1982).

Alena Eisová uvádí (1982, s. 19): „V podstatě lze rozlišovat dvě velké skupiny příčin: *předkoncepční* (před oplozením vajíčka) a *postkoncepční* (po oplození vajíčka). Mezi vlivy *předkoncepčními* se rozeznávají dva faktory: mutace genů a aberace chromozómů. Mutací genů jsou podmíněny četné dědičné choroby a mezi nimi některé, jež mají za následek slabomyslnost v kombinaci s jiným defektem. Také aberace chromozómů je podkladem mnoha chorob, z nichž některé provází mentální postižení v kombinaci s jinou vadou (Downova choroba + slabozrakost). *Postkoncepční* vlivy se podle doby, v níž působily, dělí na prenatální (před porodem), perinatální (působící za porodu) a na postnatální (uplatňující se po narození).“

Vznik kombinovaného postižení může způsobit celá řada nejružnějších faktorů, které na sebe vzájemně působí, podmiňují se a prolínají. K příčinám vzniku těžkého kombinovaného postižení patří v první řadě dětská mozková obrna (dále jen DMO). DMO není jen příčinou, je to především onemocnění, které má vlastní etiologii a které se může nebo nemusí vázat na jiná postižení anebo onemocnění. DMO představuje především poruchu pohybového systému. S tím souvisí porucha postury a koordinace pohybu, což jsou základní symptomy tohoto onemocnění. Pro DMO je typická tělesná neobratnost zejména v jemné motorice, často se přidružuje snížení inteligence, smyslové vady a sekundární epilepsie (více viz Kraus, 2005).

DMO se projevuje v různých formách. Ty nejsou u poškozených dětí vytvořeny hned, ale vyvíjejí se postupně přibližně v průběhu 2. a 3. roku života, jak dozrává mozek a mění se jeho funkce. I potom se však jednotlivé formy nemoci mění v různých příznacích nebo dokonce přechází jedna v druhou. Formy, které jsou typickou příčinou kombinovaného postižení, jsou především kvadruparéza a oboustranná hemiparéza. U oboustranné hemiparézy jde vlastně

o dvě hemiparetické formy vedle sebe, postižení je asymetrické. Hybnost končetin je těžce omezena, tito klienti nechodí a pro těžké kontraktury mají také zhoršenou hybnost horních končetin. Kvadruparetická forma je vlastně těžší forma diparetická. Obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny (Pipeková, 2006).

Podle doby vzniku se rozlišuje postižení vrozené a získané. Do získaných kombinovaných postižení patří takové postižení, které jedinec získá během svého života, často jde o případy, kdy se k jednomu již vrozenému postižení v průběhu života připojí postižení další, například následkem úrazu, vedlejším působením nádorových onemocnění nebo i virových infekcí.

Kombinované postižení také mohou způsobit jak příčiny vnitřní (endogenní), tak vnější (exogenní).

§ Endogenní příčiny (vnitřní)

Mezi tyto vnitřní příčiny patří dědičné vlivy, ale z hlediska kvantitativního jsou převažujícím faktorem určité genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů, jako například záření, chemické vlivy a podobně, dochází k mutaci genů a k aberaci chromozomů nebo změnám v jejich počtu.

§ Exogenní faktory (vnější)

Tyto vnější příčiny je možné dále diferencovat na:

- *Anorganické příčiny* - fyzikální (mechanické působení nebo vlivy záření)
 - chemické (vlivy léčiv, jedů, chemických látek);
- *Biologické příčiny* - působením virů, bakterií, plísní a negativní symbiotické vlivy;
- *Psychosociální příčiny* - například negativní vlivy výchovy.

Příčiny kombinovaných postižení je dále možné rozdělit z hlediska časového na:

1) Prenatální příčiny (které působí před porodem)

Prenatální příčiny můžeme dále rozdělit na blastopatii, embryopatii a fetopatii.

- § Blastopatie – znamená poškození zárodku, může být vyvolána infekčním onemocněním, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou a zářením.
- § Embryopatie – Jsou to chorobné stavy plodu, které vznikají během prvních tří měsíců těhotenství, bývá to od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství. Nejčastějšími činiteli u embryopatie jsou infekce, při nichž může dojít k poškození mozku. Právě bakterie a viry působí jako infekční činitelé, přenáší se krví z matky na plod. Poškození mozku může být také způsobeno nedostatkem kyslíku pro embryo, někdy také je příčinou inkompatibilita krevních skupin matky a plodu. Rovněž zátěž na psychiku matky v období prvních tří měsíců může vést k hormonálním změnám a vyvolat hypoxii plodu. Mezi činitele je také možné zařadit nedostatečný přísun některých složek potravin, což může vyvolat jak poškození mozku tak nejrůznější vývojové anomálie u plodu.
- § Fetopatie – V období od 3. měsíce těhotenství (fetální období) už nevznikají tak velká poškození, jako jsou například malformace. Je zde ale možnost, že škodliviny zastaví další vývoj některých orgánů nebo jejich následný rozvoj a vývoj, nejvíce se jedná o mozek. Nejčastější příčinou fetopatie jsou nemoci matky (poruchy ve funkci štítné žlázy, diabetes a jiné), také intoxikace matky (záření, otravy nejrůznějšími látkami) nebo stejně jako u předchozí příčiny infekce matky. Přenos infekce je možný buď krevní cestou, nebo plodovou vodou.

2) Perinatální příčiny (které působí těsně před porodem, během porodu nebo těsně po porodu)

Nejvýznamnějším faktorem bývá především předčasný porod, ale také může dojít při porodu k poškození vlivem abnormalit plodu nebo porodních cest. Mezi další perinatální příčiny můžeme ještě zařadit mechanické poškození mozku vlivem nedostatku kyslíku, nízké porodní váhy dítěte nebo novorozeneckou žloutenkou.

3) Postnatální příčiny (které působí po narození)

Mezi postnatální příčiny patří biologické poškození jako je např. zánět mozku způsobený některými mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida), nejrůznější virózy, také mechanické vlivy, mezi které patří traumata, mozkové léze při nádorových onemocnění nebo krvácení do mozku (Ludíková, 2005).

Jak uvádí Alena Eisová (1982, s. 21): „I když příčiny vzniku kombinovaných vad někdy známe, mechanismus jejich vzniku neznáme. Je však známo, že seskupení vad a jejich rozsah je tím závažnější, čím dříve postihla škodlivina vyvíjející se zárodek.“

1.3 Diagnostika kombinovaných postižení

U kombinovaných postižení diagnostika vychází ze základních zjištění, jako jsou příčiny postižení, z pozorování chování a úrovně sebeobsluhy, ze stávajícího zdravotního stavu a sociálních podmínek, také z vyšetření hrubé a jemné motoriky, senzomotoriky, grafomotoriky a laterality, z vyšetření zraku, sluchu a řeči. V oblasti kombinovaných postižení vzhledem ke specifičnosti problematiky je také zapotřebí mezioborová spolupráce mezi speciálními pedagogy, pediatry, psychology, logopedy, neurology, psychiatry, ortopedy, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a také spolupráce s rodiči apod. V oblasti podpory jedince s kombinovaným postižením a jeho rodiny je předpokladem pro zahájení speciálněpedagogické intervence především včasnost této speciálněpedagogické diagnostiky. Do speciálněpedagogické intervence patří adekvátní způsob stimulace, edukace a rehabilitace (Ludíková, 2005).

Existují rovněž diagnostické metody, které se zaměřují především na zjištění úrovně psychomotorického rozvoje, jedná se o tzv. vývojové škály. První klasické vývojové škály vznikly ve 20. a 30. letech 20. století, kdy se projevila potřeba časně diagnostiky vývojových poruch. Mezi nejznámější vývojové škály patří Gesellův test, který je určen pro vyšetření dětí od 4 týdnů do 36 měsíců života. Je zde určeno pro každý věkový stupeň charakteristické chování, které je stanoveno na základě pozorování a záznamů řady dětí určitého věku. „Pro každou oblast chování stanovíme na základě vyšetření vývojovou úroveň, které dítě dosahuje: je to ten věk, kde dítě plní alespoň polovinu položek. Položky jsou rozděleny do 4 oblastí: 1. motorika, která je členěna na tělesnou pohyblivost a jemnou motoriku ruky,

2. adaptivní chování, které postihuje hlavně vnímání, reakce na podněty, koordinaci oko-ruka, 3. řeč a 4. sociální chování (Říčan, Krejčířová, 1995, s. 243).“ Samotné hodnocení i interpretace však nikdy nevycházejí jen z krátkého vyšetření, součástí vyšetření je i podrobná anamnéza, která se týká perinatálních události i dosavadního vývojového tempa a kvalitativní popis chování dítěte. Na základě všech těchto údajů teprve dokážeme stanovit vývojovou úroveň.

K dalším vývojovým škálám patří Bayleyové škály, kdy první verze této škály vznikla ve 30. letech a u nás byla škála publikována v roce 1983. Test je sestavený pro děti od 2 do 30 měsíců, ale je možné ho aplikovat i u starších dětí, a skládá se ze škály mentální a motorické. Škály se skládají z položek narůstající obtížnosti a ze záznamu o chování a jednotlivé položky jsou přiřazeny k věku. Mentální škála zjišťuje senzorio-percepční schopnosti, schopnosti diskriminovat a v závislosti na nich reagovat, dále zjišťuje schopnosti řešit problémy a počátky paměti a učení, také počátky verbální komunikace a ukazuje na úroveň vokalizace a na základy abstraktního myšlení. Motorická škála se snaží zhodnotit stupeň kontroly těla, jemné manipulační dovednosti rukou a prstů a svalovou koordinaci. Zde jsou návodem pro doporučený postup vyšetření jednotlivé situační kódy, které slučují položky různé obtížnosti. K zachycení různých složek chování nám poslouží 17 popisových stupnic dítěte, které mimo jiné zachycují interpersonální a afektivní oblast, motivačně proměnné zkušenosti a zájem dítěte o specifické smyslové zkušenosti. Záznam o chování nám poskytuje bohatý materiál, který má význam pro klinické účely. Je to z důvodu zachycení rozdílů mezi zdravými a rizikovými dětmi jednak z hlediska vlastností temperamentu, jednak z hlediska kognitivních aspektů chování. Bayleyové škály jsou ve světě široce rozšířeny a používány, mentální škála je v některých složkách podrobnější než test Gesellův, ale na druhou stranu motorická škála je méně podrobná (Říčan, Krejčířová, 1995).

Mezi další diagnostické způsoby můžeme zařadit program vytvořený Waltrem Strassmeierem. Tento program nám slouží ke zjištění vývojové úrovně dítěte a jeho výkonnosti v určitých oblastech. Při vyhodnocování se ze získaného vývojového profilu dozvídáme o nedostatecích a současně také i o nejvyšší výkonnostní úrovni v jednotlivých oblastech dovedností. Naše hodnocení je zaměřeno na pět funkčních oblastí: **A)** sebeobsluha a sociální rozvoj, **B)** jemná

motorika, **C**) hrubá motorika, **D**) řeč, **E**) myšlení, vnímání. Jednotlivé dovednosti jsou seřazeny podle obtížnosti pro vývojové období od 3 měsíců do 5 let. Celý tento program bychom měli považovat za pomocný prostředek k tomu, aby péče o dítě tvořila širší základnu. Také se může stát podnětem při rozhodování, které oblasti učení bude možné zařadit do výuky příslušného dítěte. Je nutné jej brát jako soubor návrhů na péči o dítě, který vznikl při dlouhodobé činnosti s postiženými osobami a představuje velké množství zkušeností nejrůznějších odborníků (Strassmeier, 2000).

2 PRENATÁLNÍ TERAPIE

Prenatální terapie je metoda, která se používá především u dětí s kombinovaným postižením. V době, kdy tato metoda začala vznikat, se také začal měnit přístup k lidem s nejtěžším postižením. Už nešlo o to, aby těmto lidem byla poskytnuta jen zdravotní a ošetrovatelská péče, ale aby se s nimi začalo pracovat v oblasti výchovné a vzdělávací. Také se zde objevují snahy zaměřit se na individuální rozvoj osob s nejtěžšími postiženími.

Tato terapie byla vyvinuta pro deprivované klienty, kteří byli deprivováni převážně citově a senzorycky a nacházeli se v péči domovů pro zdravotně postižené. Terapii je možné použít u jiných klientů, například pro žáky základních škol speciálních, které se nachází na přípravném stupni nebo pro děti ve stacionářích (Valenta, Müller, 2007). „V případě klientů s mentálním postižením hovoří zkušenosti o jejím přijetí spíše jedinci s těžším handicapem. Ti, jejichž postižení jim umožňuje možnosti aktivnější seberealizace, dávají přednost jiným činnostem (Valenta, Müller, 2007, s. 185).“

2.1 Pojem prenatální psychologie

Prenatální psychologie je často spojovaná se jménem kanadského psychiatra a psychologa Thomase Vernyho, který shrnul ve své knize, jejíž titul v překladu zní „Skrytý život nenarozeného dítěte“, dosavadní poznatky z této oblasti a stal se pro současnou dobu jedním z představitelů prenatální psychologie. Ta se poprvé objevila na poli vědeckých disciplín v roce 1971. První profesionální organizace

tohoto druhu byla založena ve Vídni. Prenatální psychologie se zabývá psychologií ještě nenarozených dětí. Právě vývoj plodu a s tím spojené neurologické a psychologické poznatky mají velký význam při práci s klienty s kombinovaným postižením. Dnes už se považuje za dokázané, že dítě ještě předtím, než se narodí, vede intenzivní duševní život. I dítě v matčině lůně má sny, emoční reakce, vnímá všechny smyslové podněty, pamatuje si je a dokáže je kognitivně zpracovávat. A proto si i nenarozené dítě vytváří intenzivní vztah k matce a otci.

Čím více plod roste, tím více používá smysly. Ty mu nabízejí jedinečnou příležitost shromažďovat a zpracovávat informace přicházející z vnějšku. Je už tak u něj vytvořeno a částečně i vyzkoušeno všechno, co bude po narození potřebovat. Již od 7. až 8. týdne u nenarozeného dítěte začíná pracovat nervový systém. Funkce mozku je možné zachytit na encefalografu už v devíti týdnech. Hmat je vyvinutý jako první ze smyslů, dítě dokáže reagovat na tlak, lehký dotek, teplotu a také dokáže vnímat bolest. Mezi 7. až 8. týdnem je hmat rozvinutý jen v oblasti obličeje, ale v následujících týdnech se tvoří stále více hmatových tělísek, která jsou stále jemnější – rozvíjí se od hlavy, přes ruce až ke špičkám prstů na nohou. V polovině těhotenství je hmat rozšířen po celé kůži a sliznicích. Proto dotýkání se a hlazení břicha jsou prospěšné pro zdravý psychologický vývoj plodu. Hmat však ještě není plně propojen s mozkiem, to znamená, že dítě sice ví, že se ho něco dotýká, ale neví ještě, kde na těle tento pocit vnímá (Jonas, 2001).

I nenarozené dítě dokáže rozeznat chuť a má také vyvinutý čich. V sedmém týdnu těhotenství je možné pozorovat chuťové buňky. Tyto buňky dozrávají kolem 14. týdne a plní funkci malých mikroreceptorů, které shromažďují informace. Tyto informace jsou poté posílány do mozku. Podobně je také rozvinutý čich, i když jeho uplatnění u nenarozeného dítěte je minimální (Jonas, 2001).

Plod v matčině břiše je také obdařený schopností naslouchat. Přibližně ve 20. týdnu těhotenství je hlemýžďovitá část ušního labyrintu funkční a je možné přirovnat sluchový aparát ke sluchovému aparátu dospělého jedince. K porušení nebo úplnému zničení sluchu plodu může dojít, pokud frekvence zvuků budou vyšší než 90 decibelů. Od šestého měsíce plod už registruje velké množství zvukových podnětů. Jde jak o zvukové (akustické) podněty z vnějšího světa, tak i z vnitřku těla jako je tlukot matčina srdce, proudění krve v artériích, které zásobují placentu

a dělohu, nebo šelesty z oblasti žaludku a střev. A všechny tyto zvuky se společně mísí a proudí k plodu přes plodovou vodu. „Vychází se z poznatků, že dítě v lůně matky vnímá především zvuky, ale také vibrace zvuků přenášené přes plodovou vodu (Opatřilová, 2005, s. 130).“ Tyto zvuky dosahují frekvence až 55 decibelů, což je hlasitost běžného hovoru. Plod nejraději poslouchá matčin hlas, umí rozeznat, jestli matka právě mluví s ním, nebo s někým jiným. Polekají ho hlasité, neočekávané zvuky, jako například prásknutí dveří nebo nenadálá hlasitá hudba.

Jako poslední ze smyslů se rozvíjí zrak. Je to způsobeno tím, že v děloze se nachází jen málo zrakových podnětů. Ale velmi dobře je u plodu vyvinutý světlocit a také se předpokládá, že je dobře vyvinuto rozlišování barev (Matějček, Langmeier, 1986).

2.2 Aplikace u klientů s kombinovaným postižením

Prenatální terapie není terapie, která se provádí u nenarozeného dítěte, jak bychom mohli vyvodit z jejího názvu. Není to terapie, která se věnuje prenatální fázi vývoje. Naopak pracuje s dětmi již narozenými, popřípadě i dospělými. Tato terapie se nazývá prenatální proto, že se snažíme dítěti, popřípadě člověku s postižením, připomenout prostředí dělohy.

První pokusy, které se týkaly vývoje dítěte v děloze, se objevily v roce 1979 v oblasti hudební terapie. Newyorský psycholog Salk ve své práci, která se věnovala působení tlukotu srdce na novorozence, dal první impulzy k těmto pokusům. Předpokládá se, že tlukot matčina srdce je rytmus, který dítě vnímá jako první smyslový podnět. A právě tento rytmus dítě provází celým jeho vývojem ve fetálním období až do okamžiku porodu. Také se musí počítat se šelesty, jako jsou proudění krve ve velkých žilách a tepnách, nebo šelesty z oblasti břicha, které přímo ovlivňují chování novorozenců jak při bdění, tak i ve spánku. I když některé Salkovy poznatky byly zpochybněny, nakonec se ukázalo, že tlukot srdce, který uklidňuje novorozence, plní své účinky také u klientů s těžkými postiženími. Proto se terapie začala rozšiřovat dále, nezůstávala jen u tlukotu srdce, začala se zabývat i ostatními oblastmi smyslového vnímání. Tím byl vytvořený pevný základ pro vznik prenatální místnosti (Tyl, 2010).

Prostředí prenatalní místnosti má napodobovat smyslové vjemy, které má nenarozené dítě v děloze. „Vytvořením příjemné atmosféry beze strachu se dá dosáhnout nejen psycho-fyzických procesů uvolnění, ale mohou uvést v chod i základní fáze prožitku, které jsou důležité pro celkový vývoj (Opatřilová, 2005, s. 128).“ Prostřednictvím chránící atmosféry, kterou prenatalní místnost poskytuje, je možné se dopracovat k chybějící pradůvěře k sobě samému, k druhým a k okolí. Pro klienta s kombinovaným postižením má tato místnost představovat místo určené k relaxaci a uklidnění. Je to proto, že během prenatalního vývoje má nenarozené dítě jen minimální kontakt s negativními prožitky, pokud nedojde k nějakému narušení těhotenství. Například od velkého stresu matky až po tabakismus nebo alkoholismus. Pokud však k takovému narušení těhotenství nedojde, tak dítěti v děloze (uteru) nic nechybí a nehrozí. Dítě je v děloze neustále vyživováno, chráněno plodovou vodou, je v neustálé blízkosti matky, a proto se domníváme, že prenatalní místnost u klienta podněcuje pocity harmonie, jistoty a bezpečí. Během prenatalního vývoje si plod podvědomě spojí pocity harmonie, jistoty a bezpečí se smyslovými vjemy, které jej obklopují. Tím, že je v prenatalní místnosti obnovíme, mělo by podmíněným reflexem dojít k opětovnému navození pozitivních a harmonických pocitů a prožitků (Opatřilová, 2005; Jonas, 2001).

U prenatalní terapie existuje ještě jeden předpoklad, ale ten není spolehlivě objasněný. Předpokládá se, že pokud se u klienta s kombinovaným postižením bude využívat prenatalní místnost, ale toto používání musí být včasné, tak poté je možné, že funkce poškozených částí mozku převzou části mozku méně poškozené. To by bylo možné, protože děti v raném dětství mají ještě neuzavřený vývoj centrální nervové soustavy. Pokud nedošlo k vývoji na požadovaný stupeň v prenatalním vývoji, tak právě prenatalní místnost by nám mohla pomoci k dosažení požadovaného stupně vývoje. „Regrese zde není chápána jako návrat k dřívějšímu psycho-sexuálnímu vývojovému stupni, ale jako nutná vývojová fáze, která představuje pozitivně hodnotitelný pohyb libida a která je rozhodující pro vytváření progresu (Opatřilová, 2005, s. 128).“ U nedonošených zdravých dětí se přišlo na to, že toto prodlužování prenatalního pobytu má velmi dobré výsledky. Těmto dětem to umožnilo překonat handicap vůči dětem narozeným v termínu. To samé by mohlo platit i u klientů s kombinovaným postižením, ale tyto poznatky ještě nejsou řádně potvrzeny (Opatřilová, 2005).

V našich podmínkách (ČR) je problémem také skutečnost, že klienti trpící jakýmkoliv druhem postižení se do domovů pro osoby se zdravotním postižením dostávají až ve věku tří let. V tomto věku jsou výše zmíněné účinky terapie sporné. Klienti se do domovů pro zdravotně postižené dostávají poté, co stráví určitou dobu v kojeneckých ústavech, kde se jim dostává spíše jen zdravotní péče, stimulace dětí je jen minimální. V posledních letech se díky nejrůznějším nadacím budují podobné místnosti také v kojeneckých ústavech, příkladem může být Kojenecký ústav v Opavě, ve kterém byla prenatální místnost před nedávnem otevřena díky Nadaci Terezy Maxové. Také se prenatální místnosti zřizují v střediscích rané péče, které se zaměřují na klienty s kombinovaným postižením. V těchto případech by využití prenatální místnosti mohlo být nesrovnatelně účinnější. Také zde by bylo možné pozorovat výraznější změny ve vývoji dítěte.

2.3 Prostředí prenatální místnosti

Prenatální místnost je vybavena a zařízena tak, aby pro klienty, kteří ji navštěvují, vytvářela atmosféru bezpečí. Právě tento pocit dítě prožívalo nejjintenzivněji v děloze matky, a proto se snažíme, aby mu místnost byla podobná, někdy hovoříme o tzv. sociálním uteru.

Pro vybudování místnosti určené k prenatální terapii, nám postačí místnost o minimální velikosti 2 x 2m. Místnost nemusí být nijak zvlášť velká, stačí taková, aby se tam vešla postel s vodní vyhřívanou matrací (viz příloha č. 7 obr. 1). Právě tato vodní matrace klientům připomíná volné nadnášení v plodové vodě. Ale také klientům se spastickou DMO umožňuje pohodlně ležet, protože matrace zaručuje rozložení tělesné váhy. Mezi nejdůležitější složky této místnosti patří akustické a vibrační podněty. „Stimulace vodou a vibracemi umožňuje akusticko-vibratorní a taktilní vnímání. Znamená to tedy, že hudba a zvuky se přenáší nejen sluchem, ale i přes kůži, svaly a kosti. Podněty nabízíme nejdříve izolovaně (akusticky, vibračně) a nakonec dohromady. Především hluboké frekvence způsobují uvolnění a uklidnění, jsou vnímány v dutinách hrudního koše, břicha a kolen (Opatřilová, 2005, s. 129).“ Pod vodní matrací jsou nainstalované velké reproduktory, které díky vysokému akustickému tlaku dokáží rozvlnit vodu v matraci a tím je dodrženo propojení mezi sluchovým a vibračním vnímáním. Pomocí těchto reproduktorů se

zvuk přenáší na hmatový vjem. Nevýhodou reproduktorů zabudovaných v matraci je jednak vysoký nárok z hlediska finanční stránky, a také určitá technická náročnost. Do reproduktorů, ať už zabudovaných pod matrací nebo umístěných kolem matrace, se nejčastěji pouští nahrávka tlukotu srdce. K uvědomění si vlastního těla a rytmů (dýchání, puls,...), je dobré použít odposlouchávání stetoskopem, fonoskopem, mikrofonom připojeným na zesilovač, tím se klient učí pociťovat svůj dech, zvedání a klesání břicha apod. Méně často se používají nahrávky moře a jiných zvuků přírody. Je také možné na zesilovač zapojit hudební nástroj a tím obstarat živou hudbu, kterou přizpůsobíme náladě klienta.

Do vybavení místnosti ještě patří spustitelná kopule z průsvitné látky (viz příloha č. 7 obr. 6), tato látka je nasvícená červenými reflektory a směrem k východu je z této látky udělaný tunel. Nebo je možné přímo použít červenou látku, abychom již nemuseli používat nasvícení reflektory. Místnost by měla působit příjemným a teplým dojmem, tak aby umožnila klientovi vstoupit bez sebemenšího zaváhání. K tomu nám právě může dopomoci červená barva. Místnost může být také používána při muzikoterapeutických aktivitách, především když jde o propojení akustických a vibračních podnětů.

Způsob práce v prenatální místnosti probíhá ve velmi emocionální rovině, která klade nároky jak na terapeuta, tak i na klienta. Pozorujeme reakce klienta, kterým podnětům dává přednost nebo které u něj vzbuzují neklid (Opatřilová, 2005).

3 SMYSLOVÁ STIMULACE

I jedinci s mentálním postižením mají své základní psychické potřeby. U těchto osob může docházet ke změnám a ovlivnění uvedených potřeb v závislosti na omezenější kapacitě rozumových schopností a učení. „Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižený, tím je v saturaci svých potřeb závislejší na okolí (Vágnerová, 2008, s. 295).“ Mezi základní potřeby také patří potřeba stimulace, protože přijímání nových podnětů je pro psychický vývoj důležité a potřebné. Předkládání nových podnětů musí být přizpůsobeno možnostem jedince s mentálním postižením, je nutné vhodně zvolit jejich množství a kvalitu a také

dobu působení. Nevhodná stimulace by mohla naopak duševní vývoj poškozovat. Vhodným výběrem a úpravou podnětů je potřeba stimulaci optimalizovat tak, aby nedošlo k vyčerpání, stresu a napětí klienta při nadměrném přísunu podnětů. Naopak při nedostatku podnětů, by se stimulování minulo účinkem. Jedinci s mentálním postižením nepotřebují složitou stimulaci, jim postačí stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulace, protože nemají stejné nároky na podněty jako zdraví jedinci. Musíme si ale uvědomit, že podněty, které klienta běžně obklopují, už většinou nefungují jako stimul. Srozumitelnost je důležitým aspektem při stimulaci jedinců s mentálním postižením, protože nesrozumitelnost by pro ně představovala zbytečnou zátěž. Tato zátěž se může projevit jako snaha uniknout z nepříjemné situace nebo záchvaty bezmocného vzteku (Vágnerová, 2008).

3.1 Senzomotorická stimulace

Pojem senzomotorická stimulace se často úžeji používá pro konkrétní rehabilitační techniku, která má za cíl dosáhnout reflexní, automatické aktivace žádaných svalů, a to v takovém stupni, aby pohyby nevyžadovaly výraznější volní kontrolu. Stimulace vnímání a motoriky bývá uplatňována především tam, kde je možné cvičením dosáhnout zlepšení. „Terapeutický program sa zameriava cez senzoricke a motoricke funkcie na klienta komplexne (Hornáková, 1999, s. 133)“. Používá se u dětí s nerovnoměrným nebo zpomaleným vývojem, u ležících klientů, u klientů s narušenou senzomotorikou (více viz Hornáková, 1999). V této části práce pod pojem senzomotorická stimulace širěji zahrneme postupy, které mají klientovi zajišťovat přívod vhodných smyslových nebo smyslově motorických podnětů.

3.1.1 Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je prof. dr. Andreas Fröhlich, který ho vypracoval během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia. Fröhlich je speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Pro vypracování konceptu bylo potřeba si ověřit Fröhlichovo tvrzení, že tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla nebo nácviku různých pohybových vzorců

ve smyslu sebeobsluhy. Koncept bazální stimulace představuje otevírání cesty speciálním pedagogům k jejich klientům a umožňuje jim podpořit klienty s postižením v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života (Friedlová, 2007).

Ve 20. letech 20. století přenesla koncept bazální stimulace prof. Christel Bienstein do ošetrovatelské péče. Úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu v oblasti ošetrovatelské péče v nemocnicích byla prokázána pomocí aplikace konceptu do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu. Stimulem pro mnoho odborníků z medicíny, aby se začali konceptem zabývat, byly dosažené výsledky v klinické praxi a rozvoj schopnosti klientů, u kterých byl koncept aplikován. Řada odborníků se také rozhodla koncept podpořit svými vědeckými studii. Bazální stimulace stylizuje kulturu kontaktu mezi terapeuty a klienty. Pokud se člověk nalezne v kritické životní situaci, potřebuje určitou komunikační kulturu, která je základem pro to aby mu mohla být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče. Prof. Christel Bienstein a prof. Andreas Fröhlich společně pracovali na systému vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, tak aby byl zajištěn správný převod konceptu do klinické praxe. Společně se také podíleli na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007).

V zemích Evropské unie patří bazální stimulace k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. „Pro lidi, kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu, pro mentálně postižené a také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání, zkrátka pro většinu klientů sociální péče, pacientů v nemocnicích, obyvatel domovů důchodců a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života (Friedlová, 2007, s. 14).“ Díky mnoha vědeckým studiím, které byly prováděny v posledních letech, bylo dokázáno, že koncept bazální stimulace stojí na vědeckých základech. Prvořadým důvodem ke zkoumání konceptu byla potřeba poskytovat lidem, co nejlepší péči, ale za vědecky zdůvodnitelných podmínek.

Müller (2005) a Pipeková s Vítkovou (2001) uvádí, že tato přínosná koncepce byla po čase využívána nejen odborníky s medicínským nebo terapeutickým vzděláním, ale i psychology a speciálními pedagogy.

Mezi základní myšlenku bazální stimulace patří požadavek celistvosti stimulů. Metoda bazální stimulace se opírá o tři různé vývojové modely. Všechny tyto vývojové modely ukazují na to, že se člověk vyvíjí v závislosti na podnětech ve svém okolí. Jestliže tyto podněty nemá člověk k dispozici, vede to ke snížení využití genetického vkladu. Bazální stimulace je pedagogicko-psychologický pokus, který se snaží nabídnout klientům s těžkým kombinovaným postižením možnosti pro jejich osobnostní vývoj. Bazální stimulace je založena na základním principu, který se snaží uvést do pohybu celkové zprostředkování zkušeností a dojmů prostřednictvím těla. Tyto zkušenosti a dojmy jsou pečlivě pozorované, stejně jako plánování vztahující se na přiměřený vývoj jedince. Vycházíme z toho, že každý člověk má naprogramovaný vlastní rozvoj, který je možné při jeho diferencování vhodně podpořit. Také vycházíme z toho, že jedinec s těžkým mentálním postižením je ve stavu extrémně redukovaných aktivit. Každý žijící člověk má jistý potenciál aktivity, protože aktivita patří k životu. Postižení tento potenciál omezuje více nebo méně zřetelně. „Nejtěžší postižení znamená často radikální redukci možností aktivity. Postižený jedinec je nucen omezit se na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet žádné kontakty s okolím, a naopak svět ho není schopen přiměřeně akceptovat. Pomocí bazálních (základních) nabídek lze dosáhnout alespoň občas částečného otevření této individuální izolace (Müller, 2005, s. 225).“

Somatické podněty: Celé naše tělo nám ukazuje naše vymezení, ale je také místem kontaktu se světem, obzvlášť pak kůže jako největší orgán. Mnoho lidí si myslí, že jedinci s těžkým postižením mají obraz o vlastním těle nediferencovaný, možná jen vnímají několik míst, které mají často spojené s negativními zkušenostmi, jako jsou bolestivá místa nebo neoblíbené ošetrovatelské úkony. Somatické podněty, které se týkají celého těla, nám pomohou získat pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Naše první tělesná zkušenost je spojena s dotykem. Mezi velké problémy mnoha jedinců s těžším postižením patří vnímání doteků ruky jako významný kontakt. U těchto jedinců musíme použít různých materiálů, abychom docílili intenzivnějších podnětů. Jejich použitím dojde k zesílení citu pro vlastní tělo. Jedinec s těžkým postižením si nedokáže představit vlastní tělesné

schéma, ale prostřednictvím podnětů mu k tomu můžeme pomoci. Tím, že tento člověk má pohybovou nedostatečnost a pohybovou stereotypii, má také představu o vlastním těle nevyhraněnou a možná i jednostrannou. Právě dotyk kůže nebo dotyk celého těla působí emocionálně, povzbudivě a stabilizačně. Je to jakási forma pravidelně se opakující něžnosti, která se vyznačuje blízkostí, pozorností a jistou výlučností vztahu. Patří mezi nejintenzivnější formy komunikace (Müller, 2005).

Vibrační podněty: Somatické podněcování se soustředí jen na svalstvo a kůži a nedokáže se v podstatě věnovat tělu celému, ale jen jeho části. Kostra je z tohoto podněcování (dotyk a tlak) vyloučena nebo je zasažena jen okrajově. Použitím vibrace po celé délce těla dochází k navození intenzivního pocitu v nosných částech a kloubech. Zdravý člověk všechny tyto zkušenosti spojené s intenzivním pocitem, získává při stání, chůzi a uchovává si je v paměti. „Malé dítě se plazí, leze, utíká a skáče a získává tak povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži (Pipeková, Vítková, 2001, s. 77).“ Monotónní pozice vleže nebo vsedě toto většinou neumožňuje, těžké postižení vede spíše ke zvykání si na dráždění než k lepšímu vnímání vlastního těla. Vnímat chvění se také mohou časem naučit neslyšící popřípadě nedoslýchaví. Mohou se naučit, že tato chvění jsou například identická s lidským hlasem komunikujícího partnera.

Vestibulární podněty: Vestibulární podnět dokáže zprostředkovat klientovi s těžkým postižením informaci o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Přiměřený vestibulární podnět působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. Často můžeme pozorovat uvolněný úsměv, nabídneme-li přiměřený vestibulární podnět. Tento úsměv je možné pozorovat i u jedinců, u kterých se dříve neobjevil ani v příjemných situacích. Ale tyto podněty musíme pro jedince s těžším mentálním postižením nabízet v mírnější podobě než u dětí samostatně se pohybujících. Nejlepší je používat pomalé kolébatvé pohyby podél a napříč osou těla, pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči, které se mohou stát uvolněným tancováním podle hudby.

Tyto tři oblasti podnětů – somatické, vibrační a vestibulární se týkají nejranějších a nejelementárnějších forem vnímání. Tímto způsobem přijmout a zpracovat podněty je dané každému člověku a je možné a pravděpodobné, že by

bez nich jedinec nezůstal na živu. Výše uvedené základní tři podněty jedinci přinášejí klid, jistotu a bezpečí a vedou k psycho-fyzické vyrovnanosti (Pipeková, Vítková, 2001).

Čichové a chuťové podněty: Možnost čichat a chutnat má už i nenarozené dítě v době těhotenství matky. Chuť a čich jsou pro dítě v prvních měsících života zvláště důležité, zprostředkovávají totiž komunikaci a interakci s matkou. Aby došlo ke zdravému vývoji dítěte, musí zde velkou roli hrát vůně matky. Čichové podněty jsou přijímány jedinci s těžkým postižením s radostí a velkým zájmem. Ovšem musíme používat jednoznačných pachových a chuťových podnětů. Tyto jednoznačné podněty se v mnohém liší od pachů všedního dne. Jedinci s těžším postižením ze začátku nejsou schopni rozlišit různé, rychle se měnící a zase mizející vůně svého okolí. Měnící se vjemy jim splývají s ostatními do nedefinovatelné šedi. Proto se musíme postarat o jasné vnímání kontrastů, aby se jedinec mohl soustředit na jejich přijímání a zpracování aktivit (Valenta, Müller, 2007).

Sluchové a zrakové podněty: Slyšení a vidění jsou našimi dálkovými smysly, kterými opouštíme bezprostřední oblast těla a nakonec můžeme proniknout do nekonečnosti vesmíru. Pro rozvoj sluchového vnímání není vhodná neustálá zvuková a hudební kulisa. Vhodné je kombinovat zvukovou nabídku s pohybem anebo s dotykem, například tanec při hudbě. Zrakové podněty tvoří základ pro vytváření herních nabídek. Materiály, po kterých může klient hmatat, by měly být nabízeny na kontrastním pozadí, aby se výrazně odlišily. Snažíme se použít kontrastu světlý – tmavý, také doplňkové barvy nám pomohou předměty vizuálně vyčlenit (Müller, 2005).

Komunikativní a sociálně-emocionální podněty: Předpokládá se, že rané formy komunikace mají charakter stimulace. Dospělý většinou stimuluje dítě svojí mimikou a také vzbuzuje pozornost dítěte speciálním zabarvením hlasu. Dítě naopak dokáže dospělého stimulovat svým vzhledem a také svojí mimikou. A právě postižení klienta dokáže snižovat možnosti vzájemné komunikace. Klient s postižením má problémy s tím, aby zjistil a přijal aktivitu dospělého a také dospělý má potíže s tím, aby postřehнул a interpretoval redukované komunikativní formy aktivity klienta. Komunikace a sociálně emociální podněty je možné najít v širokém kontextu při lidském setkání. Všechno naše snažení vzhledem

ke klientovi s těžším postižením, naše dotyky, naše pohyby a jeho vnímání ústí do emotivního zabarvení všech těchto zkušeností. Z nich vzniká sociální zkušenost (Müller, 2005; Pipeková, Vítková, 2001).

3.1.2 SNOEZEL terapie, místnost a její využití

V dnešní době se v mnoha zemích hledají stále nové, netradiční formy práce s klienty s těžkým a hlubokým mentálním postižením a těžkým kombinovaným postižením. Tyto formy se řídí možnostmi a schopnostmi klientů a snaží se respektovat jejich zájmy.

I v některých našich zařízeních se používají nové formy a začíná se s nimi pracovat. Jednou z těchto forem je tzv. SNOEZEL (-EN). (V českém jazyce zatím není pro tuto formu práce s klienty s těžším postižením vhodný ekvivalent). Tato nová forma práce s klienty je podpůrnou metodou, která vznikla v Holandsku, a vytvořili ji dva mladí muži, kteří v oddělení pro relaxaci v ústavu „Haarendael“ trávili civilní vojenskou službu. SNOEZEL vznikl jako výsledek snah o nalezení praktické činnosti pro jedince s těžkým mentálním postižením, tak aby jim byla nabídnuta přiměřená aktivita. Výraz „SNOEZEL“ (-EN) je kombinace dvou holandských slov „snuffelen“, což znamená čichat, a „doezelen“ – dřímat (Opatřilová, 2005).

SNOEZEL je nabídka k využití času pro osoby s těžkým postižením. Tyto osoby tráví většinu času na pokoji, nemohou chodit ani do školy, ani do „práce“. SNOEZEL jim umožní dostat se z jejich běžného prostředí a vyjít do jiných prostor, kde mohou získat zcela jiné nové zkušenosti. U skupiny osob s postižením se musí vycházet z toho, že při vnímání a poznávání svého okolí jsou odkázáni na primární smyslové vjemy (Švarcová, 2006).

Dokázat rozpoznat způsoby vnímání a prožívání klientů s těžšími postiženími je velmi složité. Tito klienti nám zpravidla nemohou verbálně vylíčit svět svých zkušeností. Nejsou schopni nám říci, jak jim právě je, co cítí, ani jak příjemná nebo nepříjemná je jim naše přítomnost. Nejruznějšími tělesnými reakcemi, jako je mimika ve tváři nebo haptika, se někdy snaží nám něco oznámit. „Téměř všichni mentálně nejtíže postižení žijí ve stadiu vnímání vázaném výlučně na tělo: svět pro ně sestává z věcí, jež lze prožívat jen konkrétně a tělesně a jimž lze přikládat

význam jen tak, že se na nich a s nimi pohybujeme, cítíme je, ochutnáme, vidíme a slyšíme (Švarcová, 2006, s. 128).“ Do světa klientů s jakýmkoliv postižením je možné však proniknout, víme-li jakým způsobem. Jedním z těchto způsobů, jehož využití se neustále rozrůstá, je právě SNOEZEL, který může představovat vyplnění „volného“ času pro klienty s kombinovaným postižením a klienty s těžšími postiženími. Při využití SNOEZEL terapie dochází k uvolnění a je to také nabídka k prožití něčeho nového. Je však zapotřebí vytvořit prostředí, ve kterém nejsou všechny smysly klientů zaměstnávány současně. Zde se může klient s postižením věnovat jen jednomu smyslu a jednomu smyslovému podnětu, např. hmatovému. Smyslové zážitky klientů, kteří prochází touto terapií, mají být hluboké. Abychom toho dosáhli, snažíme se odstraňovat podněty zbytečné a soustředit se na podněty, kterým se právě věnujeme. Také se snažíme, aby se klient při terapii cítil příjemně, a podle toho vybíráme nabídku podnětů, ale rovněž mu nabízíme i zcela zvláštní a nové zkušenosti, které v normálním životě nemohl prožít, ani zkusit (Švarcová, 2006).

Terapie probíhá ve speciální místnosti, která je pro tyto účely náležitě zařízená a vybavená. Jeden z důvodů, proč je k terapii potřebná speciální místnost, je potřeba určité izolace a klidu při práci.

Samotný vzhled a vybavení místností v nejrůznějších zařízeních je odlišný. Někde bývají využívány místnosti větších rozměrů, jinde zase využívají místnosti malé. V místnostech, které nabízí velké prostory, se samozřejmě vejde více stimulačních pomůcek a také je zde možnost využití prostoru více klienty najednou, to ale zase nemusí přinášet jednotlivým klientům pocit klidu a bezpečí, klienti se tolik nevěnují terapii a spíše se ohlížejí po ostatních osobách v místnosti. Při terapii se klientovi nedostává tolik stimulačních podnětů, jak by bylo možné v menších místnostech. Do místností s malými rozměry chodí pouze jeden klient a s ním terapeut, proto je zde větší šance navázání kontaktu s klientem a vytvoření větší emocionální vazby mezi těmito osobami. Níže bude popsána varianta, která je určena pro jednoho klienta.

V místnosti je pro uživatele připraveno vyhřívané vodní lůžko, které zabírá její velkou část. Rozměry vodního lůžka jsou 200 x 220 cm a objem je 700 l, matrace je vyhřívána, na vhodnou teplotu 28°-33°C. Nad postelí je vytvořena

látková kopule (viz příloha 7 obr. 6), která zmenšuje a “zatepluje“ prostor a která rozptyluje světlo vržené barevnými bodovými reflektory. Těch bývá v zařízeních využito pět, v různých barvách (červená, modrá, fialová, zelená a žlutá, lze samozřejmě použít i jiných barev) a jsou převážně umístěny v rozích. Látková kopule je vyrobena z organtýnu, který velmi dobře rozptyluje světlo a není drahý. Lze samozřejmě použít i jiné materiály (padákové hedvábní) nebo i závěsy přímo určité barvy, možnost variabilního zbarvení světly je však výhodnější. Ke dveřím vede “tunel“, vytvořený také z organtýnu. V rozích postele jsou umístěny reproduktory připojené na “věž“ nebo v lepším případě komponentový hi-fi systém, který obstarává reprodukci hudby. Nechybí zde také aromalampa (Valenta, Müller, 2007; Opatřilová, 2005).

Další vybavení místnosti je již dobrovolné, záleží na záměru využití místnosti. Pro zrakovou stimulaci je u klientů s kombinovaným postižením použita zrcadlová koule, známá jako “disco-koule“ (viz příloha č. 7 obr. 3). Je nasvícená reflektorem, u kterého je možné měnit barvy, “disco-koule“ zaplní prostor kopule drobnými obrazci. Tím se v celé místnosti vytvoří velmi měkký a hladivý efekt nebe plného hvězd. Existují také různé projektory, které zobrazují na stěny buď stabilní obrazce, nebo např. přelévající se barevné olejové skvrny. Určitě dobře zapůsobí a také pěkně vypadají skleněné válce (viz příloha č. 7 obr. 2, obr. 5), které jsou naplněné vodou, a jsou barevně nasvícené. Uvnitř probublává vzduch a vytváří uvnitř válce bubliny (Valenta, Müller, 2007).

Nově vytvořené speciální pracoviště má vliv na celkový stav klientů s mentálním postižením. Stimulace auditivních, vizuálních a hmatových smyslů, ke které dochází během terapie, je důležitá pro další vývoj klientů. Na závěr je třeba zdůraznit, že se jedná o smyslovou stimulaci, nikoliv o cílené zapojení intelektu. U klientů je možné pozorovat určité zlepšení stavu a větší spokojenost, ale velký vliv zde také hraje samotná osobnost toho, kdo terapii provádí (Opatřilová, 2005; Valenta, Müller, 2007).

3.1.2.1 Zásady SNOEZEL terapie

Důležité při terapii je ponechat klientovi s těžším postižením co nejvíce volnosti a času. Klienti si sami označí, které podněty jsou pro ně příjemné, čím se

budeme zabývat nebo na co se chce déle zaměřit. Ale ne každý klient sám označí, co je mu příjemné, a v tomto případě se obvykle spoléháme na pocity terapeuta. Klienty, u kterých provádíme tuto terapii, nemají motivovat pečovatelé nebo terapeuti, ale samotné věci, které se nacházejí v místnosti: materiál a prostředí mají být tak přitažlivé a stimulující, že klienti jsou donuceni například po něčem sáhnout nebo si lehnout na vyhřívanou vodní postel. Potřebný klid by také měl z prostředí být zřetelný, tak aby došlo k žádoucímu uvolnění a relaxaci. Celkové uvolnění jedinců s postižením je základním cílem SNOEZELu. Se svojí atmosférou otevřeného prostoru má být tato terapie místem, kde je možné se naplno uvolnit a nechat reálný svět za sebou. K vytvoření této působivé atmosféry slouží také klidná a tlumená hudba a tlumené světlo (Opatřilová, 2005; Švarcová, 2006).

Švarcová (2006) uvádí, že do zásad při této terapii také patří „nic se nemusí, všechno je dovoleno“. Na rozdíl od pokojů, kde probíhá pro klienty s postiženími reálný život, a kde je vyžadováno určité chování a činnosti a dodržují se předem stanovená pravidla, při SNOEZELu je klientům dovoleno být sám sebou a mohou si dělat, co chtějí. Předpokládejme, že samotný průběh terapie bychom také měli mít naplánovaný, ale tento plán nemusíme striktně dodržovat, jsou zde možné malé změny. Pro každého klienta je průběh terapie jiný, protože jde o terapii individuální. Průběh se stanovuje podle prvních návštěv, kdy zjišťujeme, co je klientovi příjemné a to kombinujeme s tím, co je pro klienta potřebné. Tím dosáhneme toho, že klient nebude ve stresu při každé návštěvě, postupně si při SNOEZEL terapii vytvoří pocit jistoty a bezpečí. Ke změnám může dojít až po několika návštěvách, radikální změny se nedoporučují. Dále Švarcová (2006) uvádí, že předměty, které se při terapii používají, nemusí nutně plnit funkci, pro kterou jsou původně určeny. V místnosti můžeme pouštět hudbu, kterou budou klienti poslouchat. K čichovému vnímání nám mohou posloužit flakónky s parfémy, mýdly atd. Plyšová zvířátka nebo vlněné koberce nám mohou posloužit jako předměty k hmatání. Zásadou je, že nejde o sestavu materiálů, které musí jedinec s postižením poznat, ale o působivou mnohostrannou nabídku smyslových dojmů, která je užívána spontánně a s radostí.

První, co si musí terapeut stanovit dříve, než začne se samotnou terapií, jsou podněty a jejich kombinace. Protože u klientů s kombinovaným postižením je

zpětná vazba jen minimální, měli by terapeuti vybrané podněty nejdříve vyzkoušet na sobě. Klienti s kombinovaným postižením terapeutům nedokáží sdělit, jestli jim vybraná hudba, barva světla nebo vůně linoucí se z aromalampy vyhovuje. Zdali jim vybrané podněty vyhovují, může terapeut vyčíst z výrazu ve tváři, zda se klient směje a je klidný. Terapeut by si měl místnost připravit tak, jako kdyby měla probíhat samotná terapie. Poté si lehnout na matraci, pustit zvolenou hudbu a zvolená světla a v místnosti nějakou dobu zůstat. Také se musí dbát na intenzitu podnětů, pro terapii jsou vhodné především tlumené podněty, jako jsou tlumená hudba, vůně nebo doteky (Opatřilová, 2005). Všeho by se mělo užívat s mírou. Během terapie vzniká mezi terapeutem a klientem při častých návštěvách zvláštní vztah, který může být provázen hlubokými pocity. Tyto pocity poté přechází z jednoho na druhého. Proto pokud se terapeut bude cítit v místnosti při určité kombinaci podnětů příjemně, je to předpoklad, že i klient se může takto cítit. Totéž může platit i naopak, pokud terapeut bude během terapie rozladěný, jeho nálada se může přenést na klienta.

Pokud chceme, aby si klient zvykl na terapii v místnosti, je dobré použít jakýsi úvod. Klienta vedeme, popřípadě vezeme do místnosti vždy stejnou cestou, tak aby si klient zvykl, že bude následovat něco jemu příjemného. Také můžeme použít vždy stejnou úvodní písničku nebo říkanku při vstupu do místnosti, a také pomalu zavíráme dveře, aby se klient nevylekal. Stejně by měl probíhat i závěr terapie. Je to proto, že klient se musí vrátit do reálného světa, který pro něj nemusí být ideální. Na závěr tedy pustíme závěrečnou připravenou skladbu, pomalu rozsvěcujeme světla a otevíráme dveře. Nikdy nic neděláme uspěchaně, necháváme klientovi ještě chvíli si vychutnat doznívající terapii.

Doba trvání SNOEZEL terapie by měl být delší než jen patnáct minut. Pod patnáct minut nemají návštěvy v místnosti význam. Pokud nebyl ještě vytvořený vztah a citová vazba mezi terapeutem a klientem, pak by délka pobytu měla být alespoň třicet minut. Přesto nejde o přesně stanovené hranice pobytu v místnosti. Vždy je to také ovlivněno současným naladěním klienta a rovněž není-li terapeut příliš vyčerpaný. Pokud by klient byl unavený, terapie by byla bezvýznamná, a mohla by být pro něj spíše nepříjemná. Jak často bude jednotlivý klient terapii navštěvovat, záleží na podmínkách v konkrétním zařízení. Pokud jde

o velký počet klientů, kteří se musí během měsíce v terapii vystřídat, snažíme se délku pobytu nějak přizpůsobit. Například jednou bude v místnosti půl hodiny a podruhé celou hodinu nebo dobu kratší. Vždy se snažíme, aby se jednotliví klienti do místnosti dostali alespoň jednou za dva týdny. Pokud to není možné, pak je terapie o mnoho náročnější, protože klient si odvykne a je to, jako bychom začínali od začátku.

Jen velmi málo klientů při vstupu do místnosti je neklidných, zneklidnění můžeme zabránit tak, že necháme otevřené dveře nebo terapii provádíme při normálním denním světle. Většina klientů ze začátku reaguje na terapii pozitivně, objevuje se u nich úsměv, jsou spokojeni, jsou místností zaujati. Klienti, kteří jsou pohybliví, se snaží místnost prozkoumat, všechno si ohmatat. Proto mají první návštěvy spíše seznamovací charakter, tak aby si klient mohl všechno okoukat a cítil se v místnosti příjemně. Terapeut na klienta jen dohlíží a všímá si, které věci jej zaujaly, aby je mohl při dalších terapiích popřípadě použít. Po těchto několika seznamovacích návštěvách, začínají cílená stimulace a relaxace.

3.1.2.2 Světlo a barva

Světlo a barva - to jsou jedny z nejdůležitějších prostředků SNOEZEL terapie, které toto prostředí odlišují od okolního světa. Právě tlumené světlo, které má většinou i nějaké zabarvení a zaplňuje celou místnost, je to, čeho si klienti, kteří jdou do této místnosti poprvé, všimnou ze všeho nejdříve. Tlumené světlo v nich také zanechává velký a hluboký zážitek. Ke stimulaci smyslového vnímání je dobré použít teplé tóny barev, které dokáží zvyšovat energii a vyvolávají aktivaci. Na druhou stranu pozitivní vliv na duševní stránku a na zklidnění mají studené tóny. Ale problematika vlivu barev na psychiku člověka není ještě zcela dořešena. U dětí neklidných, neposedných a podrážděných by se tedy měly používat barvy modrá a zelená a u dětí apatických, lhostejných a necitlivých barvy žlutá a červená (Lískovcová, 2002). Důležité je, aby světlo nebylo příliš intenzivní a neoslňovalo a také aby barva světla nebyla křiklavá. Nejdříve tón barvy vyzkoušíme na sobě. Připravíme si místnost a vyzkoušíme si, jak na nás tón barvy působí při vstupu do místnosti a následně při pobytu v místnosti. Pokud chceme, aby při terapii došlo k emocionálním vazbám a k citovému poutu, je dobré použít barvy červené nebo červenofialové. Tyto barvy se používají proto, že se snažíme dítěti

připomenout prostředí v době, kdy se ještě nacházelo v matčině břiše, využíváme poznatků prenatální psychologie.

Při SNOEZEL terapii nemusíme užívat jen samotná světla, můžeme také různě kombinovat a používat i jiné světelné efekty, jako jsou například vodní válce nebo zrcadlové koule. Pokud zrcadlovou kouli nasvítíme barevným reflektorem, dojde k tomu, že malé barevné odlesky vyplňují celou místnost. Pro děti s kombinovanými vadami je to něco, co je hned zaujme. Celou místnost můžeme osvětlit jen těmito světélky odráženými koulí nebo barvu světýlek můžeme také kombinovat s celkovým zbarvením místnosti. Můžeme vytvářet kontrastní prostředí, ale vždy dbáme na to, aby bylo vše prováděno s mírou. Pokud je možnost, aby se nám tato zrcadlová koule otáčela pomocí motoru nebo jiným způsobem, využijme to, protože v místnosti vzniká velmi příjemný efekt se značným stimulačním účinkem. Ve SNOEZELu nemusíme používat jen barevné reflektory, můžeme také pracovat s baterkou nebo jiným světelným zdrojem (Valenta, Müller, 2007; Opatřilová, 2005).

3.1.2.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie je oblast, která v sobě spojuje mnoho prvků medicíny, estetiky, psychologie nebo také hudební pedagogiky. Muzikoterapie se poprvé v Evropě objevila na přelomu 50. a 60. let 20. století, proto je považována za mladý vědní obor. Dokáže působit zklidňujícím a utišujícím vlivem, pod kterým se člověk zregeneruje a hlouběji ponoří do svého nitra. Správně vybraná, terapeutická hudba dokáže po 10 minutách člověka zbavit únavy, recipient pomaleji dýchá a také se mu zpomalí celková srdeční činnost. Muzikoterapie rovněž dokáže tlumit nejrůznější negativní emoce, jako jsou zlost, nechuť nebo agrese (Kantor a kol., 2009).

Muzikoterapie bývá využívána jako pomůcka při léčení mnoha nemocí, protože jejím působením se zvyšuje odolnost organismu, vede k harmonii uvnitř těla a uvolňují se vlastní obranné mechanismy (Romanowska, 2005). „Nejenže umožňuje bránit se před nemocemi, ale nezdědka vede k samovyléčení dokonce dlouhotrvajících chorob. Zvláště tehdy, když je uskutečňováno trojfázové uzdravování: tělo – mysl – duše, začíná se pracovat se základním tónem nebo odpovídajícím kmitočtem pomocí ladičky na bolestivém nebo nemocném

místě. Hudba a speciálně zvolený tón se používá rovněž při zmírňování bolesti a snižování strachu jako doprovodná terapie léčení mnoha těžkých nemocí jak na psychickém základě, tak i tělesné...Speciálně zkomponovaná hudba může rovněž zesílit schopnost učit se. Používá se v různých metodách rychlého, intenzivního učení a v dalších případech osvojování vědomostí s využitím podvědomí (Romanowska, 2005, s. 76).“

Hudbu můžeme rozdělit do následujících kategorií, které jsou uznávány také hudební vědou:

1. Uklidňující: skladby jsou krátké, trvají od 3 do 10 minut, tempo je volné a mírné s nízkou hlasitostí, důležité je, aby se ve skladbě neobjevovaly dynamické kontrasty, hudební nástroje, které mají pronikavý až ostrý tón, aby zde byla určitá symetrie skladby, určitá plynulost melodie a rytmu.
2. Aktivizující: zde se jedná spíše o opak, důraz je kladen na dynamičnost, rychlost, velké melodické a rytmické rozdíly, tak aby povzbuzovali větší pružnost vnitřních orgánů, všechny tyto prvky se mohou v jednotlivých skladbách míchat, ale také se zde nemusí objevit (Romanowska, 2005).

Muzikoterapie probíhá individuálně nebo ve skupinách. Skupinu většinou tvoří 6 až 12 osob. Muzikoterapie je velmi často užívána v neuropsychiatrii, nejčastěji v případech vývojových retardací, u osob s poškozením mozku, autismu od raného věku, při poruchách chování, u neuróz u osob s fragmentárními defekty. Obvykle se také používá hudba při léčbě osob s obrnou, osob nevidomých a hluchých. „V práci s osobami duševně zaostalými, které mají přidružené nemoci, a dětmi s poruchami chování, se využívají různé formy a metody muzikoterapie (Romanowska, 2005, s. 78).“

Existují dva způsoby terapie hudbou a tóny: receptivní a aktivní

1. Receptivní muzikoterapie: jde o poslouchání hudby zvolené pro poslouchajícího jedince nebo pro celé skupiny poslouchajících jedinců, poté následuje sdělení dojmů, pokud se nějaké dostavily.

2. Aktivní muzikoterapie: pod tímto pojmem rozumíme přímou, aktivní účast na vytváření hudby pomocí instrumentů, pohybové nebo hlasové improvizace (Romanowska, 2005).

U aktivní muzikoterapie se velmi často používá hudební improvizace, která představuje jednu ze základních technik při práci muzikoterapeuta. Jde o spontánní vytváření hudby, při kterém je možné zapojit hru na tělo, hlas a hudební nástroje. Při práci s tělem využíváme dechové techniky a hru na tělo. Dechové techniky se objevují buď samostatně, nebo ve spojení s pohybem v řadě relaxačních metod a cvičení. Pomocí hry na tělo lze vytvořit široké spektrum zvuků. Hru na tělo používáme k uvědomění si vlastního těla, ale také jako prostředek ke kontaktu s druhými. Klienti, kteří nejsou schopni ovládat hudební nástroj kvůli svému postižení, tuto techniku provádějí bez větších potíží. Hru na tělo lze také použít jako doprovod k hlasovým technikám. Velmi často se také experimentuje s hlasem, kdy je možnost využít hlasovou improvizaci, rytmizaci a melodizaci říkadla, ale i zpěv písní. U klientů s handicapem právě rytmizace a melodizace textu rozvíjí, pokud je to možné, řeč a rytmické cítění, které jsou u mnoha osob s postižením narušeny. Tato metoda se hojně uplatňuje při výuce, kde je možné použít i zpěv písní. Protože většina klientů má potíže se sekvenčním vnímáním, bývá používána emocionální a strukturální kvalita hudby, která umožní strukturovat čas a děj srozumitelným způsobem. Proto často tato terapeutická setkání s klienty začínají úvodní písní, která slouží k navázání kontaktu, a končí závěrečnou písní. Hra na hudební nástroj bývá pro klienty přitažlivou aktivitou. Klienti mají nejbližší vztah k nástrojům, které si sami vyrobí, ale tyto nástroje se při používání v muzikoterapii často ničí. Nejčastěji jde o nejrůznější dřívka, skořápky, kamínky, mušličky nebo jiné přírodniny, které jsou zavěšené na dřívku (Kantor, 2009).

U klientů s jakýmkoliv druhem postižení hudební improvizace umožňuje vyvolat odpovědi na podněty. Pomocí této techniky se rozvíjí kontakt s klientem a terapeutický vztah v souladu s hudební zkušeností. K podpoře hudebního vyjadřování klienta většinou terapeut vytváří hudebně a emocionálně příznivé prostředí. Rozlišujeme improvizaci připravenou (terapeut a klient předvídají její průběh) a nepřipravenou (improvizace spontánně přebíhá z jedné hudební situace do druhé). Hudební improvizace má terapeutické i diagnostické využití.

Z diagnostického hlediska můžeme hudební improvizaci chápat jako projektivní technika. Vnitřní svět klienta nám může nastínit hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb). Klient může prozkoumat a vyjádřit pocity, které je pro něj obtížné sdělit verbálně nebo je sdělit vůbec nedokáže. Za podstatné faktory jsou považovány vzájemná blízkost a spolupráce s klientem. Terapeut se snaží o citové vyladění na improvizaci klienta, které je druhem hudební empatie. Pro snadnější analýzu hudební improvizace pro diagnostické účely se používají audio nebo video záznamy. Rozlišujeme *individuální* a *skupinovou* hudební improvizaci. *Individuální* improvizace nám slouží k tomu, aby nám ukázala problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, sebepojetí a prožívání. *Skupinová* improvizace umožňuje sledovat sociální interakce klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny a schopnosti neverbální komunikace. Je to jedinečný a specifický způsob pohledu na skupinové procesy a interakce. Při analýze bychom také měli sledovat určité úkony klienta, pokud se týká výběru nástroje a jeho kvalit, způsobu, jakým klient nástroj používá, dynamiky, tempa, kontrastů a délky hudebního projevu, kontinuity a vnitřní organizace improvizované hudby. Z hlediska dostatku nebo nedostatku energie, aktivity nebo pasivity, otevřenosti nebo uzavřenosti, spontaneity nebo kontroly apod. můžeme také analyzovat hudební improvizaci. Analýzu také můžeme rozšířit dalšími diagnostickými postupy, např. rozhovorem s klientem, pozorováním, testovými metodami a konzultací s dalšími odborníky, kteří jsou často ve styku s klientem (Kantor, 2009).

Prostor ke svobodnému prozkoumávání nových způsobů chování, vyjadřování, komunikace a sociálních interakcí nabízí hudební improvizace z terapeutického hlediska. Improvizační činnosti dávají klientovi příležitost k výběru a rozvoji kreativity. Rozvojem terapeutického vztahu nabízí možnost ke změně ustrnulých nebo patologických vzorců reagování a poté je možné integrovat je do běžného života klientů. K podstatným změnám ve skutečném životě může dojít díky změně chování v rámci hudební improvizací skupiny. Hudební skupina se často stává odrazovým můstkem osobního růstu. Improvizace může mít volný průběh nebo klienti mohou dostat za úkol improvizovat podle nějaké instrukce. V průběhu terapie jsou často terapeuti využívány techniky *hudebního zrcadlení* a *hudebního modelování*. Při *hudebním zrcadlení* terapeut hudebně napodobuje to, co klient právě dělá. Zrcadlení je velmi důležité, protože se jedná

o techniku, která se při SNOEZEL terapii často využívá v situaci, kdy nevíme nebo nejsme schopni poznat, co chce klient zvuky, pohyby sdělit. V tomto případě je zrcadlení jakéhokoliv chování klienta vhodnou metodou, jak dát najevo sounáležitost s klientem. Pokud terapeut zrcadlí pohyby klienta, umožňuje mu to vstoupit hlouběji do jeho světa. Terapeut tím dává klientovi najevo, že jej přijímá. Zrcadlení umožňuje velmi rychlé navázání kontaktu s klientem a podporuje jeho vlastní aktivitu. Patří k neúčinnějším způsobům navázání komunikace i u klientů s těžkým mentálním postižením nebo u klientů psychotických. Zrcadlit je rovněž možné hudební i nehudební chování klienta. Hudebním zrcadlením může terapeut nedirektivním způsobem konfrontovat klienta s projevy jeho nežádoucího chování. *Hudební modelování* přináší klientům možnost předvádět nové způsoby chování a interakce prostřednictvím improvizace. Myšlenka hudebního modelování vychází z behaviorální terapie (www.muzikoterapie.cz).

Hudba je v terapeutické místnosti vnímána spíše pasivně a náladotvorně. Často ji užíváme k tomu, aby nám rozčlenila průběh terapie, napomáhá k jejímu rozfázování na úseky. Díky tomu může klient poznat, zda se terapie chýlí ke konci. Hudba nám napomáhá při vytváření atmosféry a navozování pocitu bezpečí. Toho docílíme tak, že budeme používat stejnou známou hudbu. Není vhodné hudbu měnit od návštěvy k návštěvě (více viz Kantor a kol., 2009).

3.1.2.4 Aromaterapie

Již v rané historii lidé používali aromatické rostliny. Není známo, jestli staří Egypťané nebo Řekové dokázali pracovat s destilací, ale je jisté, že museli používat nějaký primitivní způsob, jak zachytit aromatické páry. Tento primitivní způsob jim spolu s jinými metodami umožňoval připravovat parfémy i masti, a stal se začátkem tradice, kterou si oblíbila velká spousta zemí po celém světě. Díky využití tradiční moudrosti o aromaterapii můžeme získat prospěch z objemu znalostí, které jsou hluboké, vyzkoušené i intuitivní (Mojay, 2000).

Aromaterapie je definována jako cílené používání esenciálních olejů k podporování, zlepšování a také udržování duchovní, psychologické a fyzické pohody. Esenciální oleje patří mezi těkavé látky, které se snadno odpařují. Tyto oleje se vyskytují v mnoha rostlinách nejrůznějších druhů. Každou rostlinnou esenci

je možné získat z jednoho botanického zdroje a při tom nám pomohou nejrůznější metody a způsoby. Mezi nejčastější a nejoblíbenější metody patří destilace. Hlavní a tradiční součástí většiny parfémů a vůní tvoří esenciální oleje, které jsou vysoce aromatické. Důležitou složkou oleje je vůně a její přírodní léčivé vlastnosti (Mojay, 2000). Je prokázáno, že vůně skutečně velmi silně působí na lidský organismus. Dokáží ovlivňovat nálady, emoce, působí proti stresu a také dokáží v našem těle spouštět určité léčebné procesy. Vnikání vonné látky do nosního průduchu způsobuje, že cítíme vůni nebo pach. Tento pach nebo vůně projdou přes vlákna nervů, které vedou k čichovým bulbům, nacházejícím se na spodní ploše mozku. Tyto čichové bulby jsou těsně spojeny s limbickým systémem, který je vývojově starší částí mozku. „Limbický systém je místem, jež hraje klíčovou úlohu při spouštění emocionálních reakcí, jako je radost, žal, zuřivost, hněv, strach, lítost, náklonnost, sexuální cítění atd. Limbický systém je také důležitý pro uchovávání vzpomínek (Nováková, Šedivý, 1996, s. 31).“ Vždy záleží na druhu pachu, aby byla vyvolaná nějaká vzpomínka nebo emoce, protože jednotlivé silice budou vyvolávat různé reakce (Nováková, Šedivý, 1996).

Je zřejmé, že vdechování vůně je vynikající terapeutickou metodou. Ale musíme vždy dbát na to, k čemu je daná silice určena, a zda klientovi nebude nějakým způsobem škodit. Například úzkost a vyčerpání zmírňují bazalka, cedr, heřmánek, jalovec, jasmín, kadidlo, levandule, majoránka, meduňka, růže nebo kozlík lékařský. Proti depresi a frustracím jsou vynikající akát, borovice kleč, celer, citronela, grep, heřmánek, jalovec, jasmín, kmín, mateřídouška, modřín, šalvěj nebo vanilka. Je důležité, před tím než použijeme danou silici, se alespoň stručně seznámit s její charakteristikou a případnými rizikovými faktory nebo kontraindikacemi. Například lidé s nízkým krevním tlakem nemají rádi levanduli, protože tato silice ještě více krevní tlak snižuje. Některé silice není možné použít u epileptiků, jde především o silice z cypřiše, fenyklu, rozmarýnu, šalvěje nebo tymiánu. U lidí s vysokým krevním tlakem není dobré používat silici cypřišovou a z muškátového ořechu.

Několik rad při užívání silic:

- Důkladně prostudujte účinky rostlinných silic.

- Silice, u kterých není uvedený původ, dodavatel nebo není datum výroby, jsou pravděpodobně špatné kvality. Na etiketě by také měl být latinský název silice.
- Dbejte na zachování kvality silice, lahvičky se silicemi nenechávejte dlouho otevřené, protože se jedná o těkavé látky, které rychle vyprchávají.
- Dávejte pozor na správnou koncentraci a ředění, vyšší koncentrace by mohla způsobit až poškození kůže například v kosmetických přípravcích (Nováková, Šedivý, 1996).

Nejčastější a nejjednodušší užití silic je v aromalampách, v místnosti běžné velikosti postačí, když do misky naplněné vodou nakapeme 3 – 4 kapky. „Rostlinné silice nacházejí uplatnění v přípravě profesionální i domácí kosmetiky, v parfumerii, v masážní praxi, ve fyzioterapii, ve farmacii a dermatologii. Mohou sloužit jako podpůrné prostředky léčby, nebo jako součásti léků (Nováková, Šedivý, 1996, s. 57).“ Dalším a snad ještě důležitějším způsobem aplikace silic je pronikání pokožkou, kterému se budeme věnovat v kapitole věnované masáží.

3.1.2.5 Fonoforéza

Tato metoda je založená na poznacích čínské alternativní medicíny a jedná se o netradiční a většinou neznámou alternativní metodu. V tomto případě můžeme mluvit o jakési variantě akupunktury, při které se ke stimulaci meridiánů a jejich jednotlivých bodů používá vibrační místo vpichů jehel. Vibrace jsou vytvářeny ladičkami různých frekvencí. Fonoforéza je také známá jako tónová akupunktura vycházející ze starých metod léčení zvukem, kterou praktikovalo mnoho orientálních kultur včetně Tibetu. Naše tělo vibruje na různých frekvencích, které jsou pro něj optimální. Je-li narušena rovnováha, nejsou tyto frekvence harmonické a způsobují “rozladěnost“ na všech úrovních. Pomocí rozezvučených ladiček nebo tibetských misek naladěných na příslušnou vibraci a přiložených na odpovídající místo, je možné tělo znovu naladit a zharmonizovat proudění energie. Každá čakra dokáže vibrovat v určité měřitelné frekvenci, protože vše kolem nás vibruje. Frekvenci lze měřit v Hertzových jednotkách. Fonoforézu je

možné aplikovat samostatně nebo jako doplněk Shiatsu, kineziologie nebo jiných metod, např. akupunktury (Romanowska, 2005).

Užívání fonoforézy v terapii klientů s kombinovaným postižením je do jisté míry ovlivněno znalostmi orientální medicíny. Mnoho terapeutů nemá z této oblasti žádné znalosti a zkušenosti, proto se do této terapie raději nepouští. Dnes již jsou k dispozici nejrůznější kurzy fonoforézy. Ladičky jsou víceméně podobné ladičkám, které jsou určené pro hudebníky, jejich paleta je však širší a frekvence nemusí přesně odpovídat tónům naší hudební stupnice. Mezi ladičky, které mohou použít i začínající terapeuti, patří především ladička “Země“ s frekvencí 136,10 Hz (tón cis). Jde o všeobecnou ladičku se základní harmonizující funkcí. Tón cis je určený pro práci na hrudní kosti nebo pro přímý přístup k srdeční čakře. Pokud tuto ladičku přikládáme na srdeční čakru, často dochází k harmonizaci srdce. S touto ladičkou můžeme odebírat strach, tím že se budeme jemně dotýkat celé prsní kosti. U klientů, kteří bývají často neklidní, může dojít ke značným pokrokům. Je to způsobeno tím, že tato frekvence vibruje přesně ve frekvenci srdce. Samozřejmě můžeme tuto ladičku přikládat i na jiná místa těla, protože je ji možné pociťovat kdekoliv. Protože se jedná o ladičku, která je určena k přikládání k srdeční čakře, tak právě v těchto místech cítíme vibraci nejintenzivněji. Tuto ladičku můžeme přikládat i při projevech různých poruch srdečního rytmu. Vibrace poskytovaná ladičkou je jemná, naprosto neinvazivní a přitom jasně pociťovaná. Jde o úplně jinou vibraci, než kterou nám poskytují obvyklé používané masážní strojky, u kterých vibrace bývají dosti hrubé a mohou klienta při prvním doteku i vylekat. Podle dostupných informací nehrozí při užívání této ladičky v žádném případě negativní vedlejší účinky (Romanowska, 2005). Ladičky, především “Zemi“, lze vhodně využít při bazální stimulaci jako zdroj vibračních podnětů.

3.1.2.6 Masáž

„Dotek znamená kontakt: v nejtělejší věku se sebou samým a záhy s tím, co nás obklopuje. Dodává pocit tepla, jistoty, lásky (Hašplová, 2006, s. 13).“ Dotek je jednou z potřeb člověka a nezáleží na tom, zdali je intaktní nebo nějakým způsobem handicapovaný. K uspokojení této potřeby dochází tak, že se dotýkáme (Hašplová, 2006).

Jak už bylo řečeno, hmat je prvním smyslem, který se u dítěte vyvíjí již v těhotenství. Je také prvním a převažujícím prostředkem komunikace novorozence. Po narození děti zkoumají svět kolem sebe především hmatem, a právě proto jsou hmatové podněty nezbytné pro zdravý vývoj. Předpokládá se, že způsob dotýkání a četnost dotyků může ovlivnit celkové dispozice dítěte. Právě hlazením, utěšováním a neuvědomělou masáží bolestivých míst, může dojít ke zbavení nebo alespoň zmírnění negativních pocitů. Těmito způsoby přinášíme úlevu, obnovujeme životní sílu, prožíváme pocit radosti a štěstí (Walker, 1996).

Samotná masáž nemusí ovlivňovat jen zdravé jedince, její účinky se projevují i u klientů s postižením. U klientů s tělesným postižením, ale také u klientů citově narušených může mít masáž blahodárné účinky. Masáže pomáhají zapomenout nebo alespoň překonat negativní zkušenosti. Negativní zkušenosti mohou být spojeny s dlouhodobým odloučením od matky, s bolestivými lékařskými úkony a různými nepříjemnými ošetřeními. Také dokáže snížit nepříznivé vlivy špatných raných zážitků na pozdější chování dítěte. Masáž klientů, kteří jsou neslyšící nebo nevidomí, napomáhá tomu, aby si klienti trpící touto poruchou lépe uvědomovali tvar svého těla i sebe sama (Auckettová, 1992). „Masáž pozitivně ovlivní děti, které trpí specifickými poruchami učení (dyslexií, dysgrafií, dyskalkulií), lehkou mozkovou dysfunkcí, dokonce i některými formami Downova syndromu nebo autismu (Hašplová, 2006, s. 15).“

Masáž se řadí mezi prastaré dovednosti, které přinášejí uvolnění jednotlivý částem lidského těla i jeho celku. Masáž můžeme chápat jako rozšířenou formu dotyků, která nám pomáhá lépe poznat i pochopit klienty. Masáže pomáhají rozvíjet svalovou činnost, ohebnost a pohyblivost. Tato technika může zlepšit vzájemné vztahy mezi klientem a tím, kdo klienta masíruje (nemusí jít vždy o terapeuta), také prohlubuje schopnost vcítit se do druhé osoby, se kterou jsme při masáži v neverbálním kontaktu. Při opakovaném používání masáží jsme schopni již z pouhého dotyku, pohledu nebo mimiky obličeje vyčíst, co se v klientovi odehrává. Masáž stimuluje a zlepšuje krevní oběh, ovlivňuje činnost orgánů a rozvoj všech tkání, zlepšuje dýchání, okysličuje celý organismus, posilují se hrudní svaly a správné držení těla. Pomocí masáže může dojít k posílení hmatu, protože masáž stimuluje pokožku, jednotlivé nervy a jejich zakončení, aktivuje větší počet nervů.

Úspěch masáže vždy závisí na tom, jak klient tuto metodu přijímá. Při odmítání masáže, bychom klientovi mohli nátlakem jen způsobit potíže a bolest. Měli bychom vždy postupovat trpělivě a citlivě, zvláště pokud se jedná o klienta trpícího autismem (Hašplová, 2006).

4 VZTAH KLIANTA A PRACOVNÍKA PŘI STIMULACI

4.1 Osobnost pracovníka

Známe mnoho povolání, která mají jako svůj hlavní cíl pomáhat lidem. Jde především o lékaře, zdravotní sestry, pedagogy, sociální pracovníky nebo psychology. U těchto povolání hraje důležitou roli prvek, kterým se liší od jiných, a to je lidský vztah mezi pomáhajícím a klientem. Odlišnost je také v tom, že nástrojem pracovníka je právě jeho osobnost. Samozřejmě existují i jiná povolání, kde se člověk dostane do kontaktu s lidmi, ale v nich už se nemusí jednat o navození osobního vztahu. Zde je hlavním požadavkem chovat se k lidem slušně (Kopřiva, 1997).

Pracovníci v pomáhajících profesích se často setkávají s lidmi, kteří jsou v nouzi, potřebují přijetí, porozumění, pocit, že nejsou na obtíž. Tito lidé potřebují, aby jim někdo důvěřoval, aby se cítili bezpečně a zároveň i přijímání. Pokud by se klient takto necítil, pak by se práce pomáhajícího pracovníka stala jen výkonem určených činností. Takovýto pracovník je neangažovaný, vykonává svoji práci bez osobního zájmu o klienta. Na druhou stranu existuje také angažovaný pracovník, pro kterého je pomáhání smysluplnou činností. Jde o pracovníka, který je ochotný zabývat se důležitými životními problémy konkrétního člověka. Právě z těchto činností má pracovník uspokojivý pocit, zvláště když se mu úspěšně daří. Karel Kopřiva ve své knize píše (1997, s. 21): „Úkolem angažovaného pracovníka je každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je, držet mu palce – prostě mít ho rád, vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají.“ Problémem je, že ne každý pracovník je schopný přijímat „každého“ klienta. U mnoha pracovníků se objevuje tendence přijímat jen takové klienty, se kterými sympatizují. Také většinou přijímají jen klienty, u kterých je

viditelný určitý úspěch v jejich pomáhání. K úspěchům snadněji dochází u tzv. lepších klientů a ti jsou upřednostňováni před ostatními.

U angažovaného pracovníka ale také mohou nastat problémy, jedním z nich může být, že má při své práci tendence nadměrně kontrolovat klienty. Nadměrná kontrola může pro klienty představovat ztrátu autonomie nebo zábrany v jejím rozvoji. Pracovník si myslí, že pro klienta dělá vše, co může, že jedná v dobré víře a že jde jen o zájem klienta. Pracovník přestává v klientovi vidět jedince, který je alespoň trochu schopný autonomie. Jiným problémem může být, když se pracovník pro klienta nadměrně obětuje. V takovém případě má pracovník pocit, že bez něj není klient ničeho schopný, že klient je na jeho péči závislý. Nadměrné obětování může pracovníka oslabovat a jeho práce mu může začít ztrpčovat osobní život (Kopřiva, 1997).

Vztah mezi klientem a pracovníkem se vyznačuje:

- akceptování a přijetím jiného člověka jako bytosti v jeho jedinečnosti, tedy takového jaký je,
- pochopením člověka v jeho životních rolích, přáních, potřebách – na pozadí jeho daností a sociálních okolností,
- blízkostí v životních situacích, pracovník prožívá část klientova života,
- důvěrou a optimismem – pracovník musí být přesvědčený, že je možná pozitivní změna, přestože nepřichází. Neúspěch nám může pomoci odhalit jeho příčinu a vyloučit neúspěšný postup (Horňáková, 1999).

Pokud se zaměříme na psychiku pomáhajícího pracovníka, musíme se zmínit o tom, že tato povolání jsou psychicky náročná. Při terapiích většinou dochází k velkému výdeji energie, ke kterému dochází v důsledku toho, že se pracovník co nejvíce soustředí na terapii, tak aby měla daný účinek. Když se podíváme do oblasti terapie jedinců s postižením, zde se terapeutům jen v málo případech dostává zpětné vazby. Takto se terapeut často ocitá pod psychickým tlakem. Neví, zda terapie na jedince působí příjemně nebo naopak nepříjemně, zda se nemíjí účinkem. To je pro něj velmi vyčerpávající. Sem také spadají případy, kdy klient na terapii nijak nereaguje a zpětná vazba je mizivá nebo nulová. Pokud jde o klienta, který má výborné a spontánní reakce, řekli bychom, že zde terapeut

pod žádným psychickým nátlakem není. Taková reakce se však nemusí opakovat, může dojít k situacím, kdy klient již nereaguje smíchem, ale jen nečinně leží (Kopřiva, 1997).

Pokud se terapeut cítí psychicky vyčerpaný, měl by vyzkoušet metody, jak si dobít energii. Mezi takové metody mohou patřit meditace, jóga, akupresura nebo relaxace. Když však terapeut nepozná, že už je nejvyšší čas si oddechnout nebo své síly přeceňuje, může dojít k syndromu vyhoření. K jeho projevům můžeme zahrnout deprese, lhostejnost, ztrátu sebedůvěry, časté nemoci, stažení se z kontaktů. Syndrom vyhoření se netýká obvyčejné únavy, jde o vyčerpání, které souvisí se smyslem vlastní práce. Napětí a úzkost, které jsou se stavem syndromu vyhoření spjaty, způsobí zúžení pozornosti a také mysl je zpomalena a není schopna vytvářet spontánní tvořivé nápady. Pokud klient vytuší naše napětí a úzkost, sám se zneklidní a terapie už není účinná a mnohdy zcela ztrácí svůj smysl (Kopřiva, 1997).

Nejlepším východiskem je snažit se zůstat „nad věcí“, abychom se vyhnuli negativním důsledkům. Pracovníci pomáhajících profesí by měli být vybaveni určitou profesní zdatností, do které v užším slova smyslu patří odborné vědomosti, odborné dovednosti a také nesmí chybět mravní základ povolání. Odborné vědomosti představují například znalost specifik osob se zdravotním postižením, znalost vzdělávacích a výchovných obsahů apod. Odborné dovednosti zahrnují např. umění používat výchovných a didaktických metod a umění vedení výchovně-vzdělávacího procesu. Mravní základ povolání nebo také étos povolání představuje souhrn profesních morálních norem, označovaných jako profesní etika. Jde o jisté požadavky na chování a kvality lidí pracujících v určitém oboru (Valenta, Müller, 2007)

5 ÚSTAVNÍ PÉČE O OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V posledních letech prochází postoj společnosti k ústavní péči vývojem. V dřívějších dobách byl běžným názorem fakt, že člověk se závažnějším zdravotním postižením patří do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Jestliže se rodič

rozhodl ponechat si takto postiženého jedince doma a pečovat o něj, byl mnohokrát svým okolím považován za podivína. Často byla slýchána reakce druhých „proč jsou ochotni kvalitu svého života obětovat osobě se zdravotním postižením, ze které stejně nikdy nic nebude“. To vše často vedlo k tomu, že rodiče své postižené dítě skrývali, jedním z důvodů bylo nepochopení svého okolí a druhým byl strach, aby své dítě nemuseli dát do domova pro osoby se zdravotním postižením. „Jak uvádějí některé matky dětí s Downovým syndromem, byly již v porodnicích lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky přesvědčovány, aby si dítě ani nebraly domů, aby si na ně nezvykaly a hned po narození je předaly do ústavní péče (Švarcová, 2006, s. 161).“

V dřívějších dobách byly tyto postoje k osobám se zdravotním postižením a k ústavní péči běžné, v současnosti se situace a náhled na osoby se zdravotním postižením změnil. Detailněji o změnách přístupu k těmto osobám je psáno v následující kapitole.

5.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením zprostředkovávají své služby osobám s těžším mentálním postižením, také jedincům s mentálním postižením a tělesnou nebo smyslovou vadou. Často se v těchto zařízeních realizuje ústavní nebo ochranná výchova mládeže s mentálním postižením. Především zajišťují komplexní péči o osoby se zdravotním postižením (Valenta, Müller, 2007).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou neustálým zdrojem kritiky jak ze strany rodičů postižených klientů, tak i zainteresovanou veřejností. „Asi před 15 lety se objevili i jejich velmi radikální odpůrci, kteří začali ústavy označovat jako „koncentráky“, „kriminály“, „lidojemy“ apod. a dožadovali se jejich rychlé likvidace (Švarcová, 2006, s. 162-163).“ Tyto názory absolutně zapomínají na různé druhy potřeb lidí se zdravotním postižením a na různou kvalitu péče v jednotlivých zařízeních, jsou značně zjednodušené. Také jsou stresujícím podnětem pro personál domovů, který zde vykonává velice psychicky a fyzicky náročnou práci. V dnešní době již existuje velké množství zařízení, která se snaží poskytovat svým klientům mimořádně kvalitní komplexní péči a stále usilují o to, aby se úroveň jejich práce zlepšovala.

Na druhé straně existují představy, že v těchto zařízeních je o osoby se zdravotním postižením dobře postaráno a není třeba na nich nic podstatného měnit. „Do dnešních dnů se někteří ředitelé těchto zařízení domnívají, že mentálně postiženým k životu stačí teplé obydlí, postel a pravidelná strava (Švarcová, 2006, s. 163).“ Již se dále nezabývají zajištěním soustavného vzdělávání klientů ve věku povinné školní docházky, a to i přesto, že nový zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání osvobodování dětí od povinného vzdělávání neumožňuje.

„V některých zařízeních si stále ještě nedělají starosti ani s pracovním uplatněním svých klientů, ani s jejich zájmovými a rekreačními aktivitami a o integračních možnostech ani neuvažují (Švarcová, 2006, s. 163).“ Některé osoby se zdravotním postižením, které ještě zcela neupadly do apatie a mají mnoho „volných chvil“, se projevují neklidně, často jsou neposlušní nebo až agresivní. Takové situace často bývají řešeny podáváním tlumivých léků nebo prášků na spaní. Tato praxe se bohužel týká zvláště některých velkých domovů pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých je zaveden zdravotnický režim a postihuje poměrně velký počet klientů.

Institucionální péče poskytovaná ve velkých zařízeních již není světovým trendem v péči o osoby se zdravotním postižením, objevují se tendence směřovat k lidštějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněném bydlení, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžných městských bytech. Ale i tato humánnější forma péče má své nevýhody, protože velké a dobře vybavené zařízení mohou poskytnout náročné komplexní služby, které by byly v malých objektech nedostupné, např. bazén a jiná rehabilitační zařízení, zařízení k usnadnění mobility klientů, vhodně a dostatečně vybavené pracovny na různé terapie, vlastní hipoterapii a především dostatek kvalifikovaných odborníků z nejrůznějších profesí (Švarcová, 2006).

Některé domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pouze pro ženy a jiné jsou určeny pouze pro muže. Ideální je, když v zařízení žijí společně muži i ženy, protože je to mnohem přirozenější způsob života. Díky tomu mohou mezi sebou komunikovat, navazovat přátelství i hlubší vztahy a vzájemně si pomáhat.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením hrají v péči o osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením důležitou roli. Poskytují služby, které není v současné době připravena žádná jiná instituce ani žádný jiný subjekt převzít. Z toho vyplývá, že představy o jejich okamžitém zrušení jsou naivní a také nezodpovědné. Možná i proto si některá zařízení dovolí poskytovat péči do značné míry nehumánní, působit represivně, segregáčně, a v některých případech dokonce nerespektovat základní lidská práva svých klientů (Švarcová, 2006).

5.1.1 Deprivace jako důsledek ústavní péče

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se objevují velké sociální a také i psychologické problémy, které vedou k:

- hospitalismu, který provází dlouhodobý pobyt v domovech, vede ke ztrátě zájmu o svět a o lidi v tomto světě, také zhoršuje schopnosti komunikovat, navozuje automatismus pohybů a stereotypii, dochází ke ztrátě motivace činnosti a většinou nastoupí vývojová regrese,

- „ponorkové nemoci“, která se v takových zařízeních velmi často objevuje,
- ztrátě soukromí ve většině domovů,
- přizpůsobení klienta režimu domova, který je pevně dán,
- psychické deprivaci (Valenta, Müller, 2007).

Psychická deprivace je definována jako (Matějček, Langmeier, 1986, s. 55): „...psychický stav vzniklý nedostatečným uspokojováním základních psychických potřeb člověka.“ Toto nedostatečné uspokojování může být ovlivněno zásahy druhých lidí nebo člověku není poskytnuta příležitost uspokojit některou ze základních potřeb v odpovídající míře a po dost dlouhou dobu. Většinou tento stav přichází poté, co je zabráněno v přívodu některých žádoucích podnětů k člověku. V takovém případě nemá člověk možnost rozvíjet své základní psychické potřeby, které může ve svém okolí následně uplatnit (Matějček, Langmeier, 1986).

Jestliže má být člověk dobře vyvinut, musí být od začátku všechny základní psychické potřeby uspokojovány v odpovídající míře. Je určeno pět základních potřeb:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů.
2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.
3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů.
4. Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejichž uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního „já“, neboli vlastní identity.
5. Potřeba „otevřené budoucnosti“ (Matějček, Dytrych, 1994).

Psychická deprivace, způsobená pobytem v domovech pro osoby se zdravotním postižením, zasahuje především dvě z těchto pěti základních psychologických potřeb. Klientům, kteří jsou odkázáni na péči v domově, chybí především uspokojování potřeby prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Tato potřeba je důležitá pro vytvoření žádoucí vnitřní integrace osobnosti jedince. Důsledky způsobené nepřítomností matky jsou závažné. V domovech také chybí emocionální vztah s vychovatelem, to je způsobeno malým počtem personálu, ale také tím, že tento personál se velmi často střídá. Klient se nemůže na nikoho upnout. Mimo jiné také proto, že v zařízeních se nachází velké počty klientů, a aby se vytvořila vazba, která by stačila k uspokojení psychologické potřeby klienta, musel by každý klient mít svého vlastního ošetřovatele (Vágnerová, 2008). Tato problematika se týká domovů s celoročním pobytem a klientů, kteří jsou v těchto domovech od dětství. U klientů, kteří do domova pro osoby se zdravotním postižením nastoupili v dospělosti nebo poté, co se o ně rodina již nemohla nebo nechtěla starat, je to jiné.

Pokud se klient od raného dětství neseťkal s navázáním citového kontaktu a citové vazby, není schopný sám tyto vazby navazovat. To samé platí i v jiných případech, jestliže nikdo nereaguje na jeho projevy a klient není žádným způsobem stimulován, postupně se přestává jakýmkoliv způsobem projevovat. Klient již ani nepláče, neboť i pláč je pokusem o komunikaci, který ztrácí význam, zůstává-li dlouhodobě bez odezvy. Klienti se stávají lhostejnými a dostávají se do apatických stavů nebo své emotivní projevy zvyšují, ale většinou je obrací na sebe a dochází

k sebepoškozování. Také se objevují tendence k stereotypním autostimulačním mechanismům, jako je kývání se, bouchání hlavou, stereotypní pohyby rukou apod.

Druhou velmi důležitou potřebou, která v domovech pro osoby se zdravotním postižením také není uspokojována, je potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Když dochází k uspokojování této potřeby je organismus člověka schopen se naladit na určitou žádoucí úroveň aktivity. Právě v domovech jsou klienti nejvíce ochuzeni o smyslové podněty, mají jich nedostatek, respektive prostředí, v němž klienti žijí, je zdánlivě podněty dostatečně naplněno, ale v důsledku stereotypnosti již naprosto neplní svou stimulační funkci. Deprivace takto vzniklá se označuje jako deprivace podnětová. U klientů s kombinovaným postižením může dojít ke značnému zpomalení rozvoje kognitivních funkcí, ale také i jiných, a to v důsledku nedostatečné smyslové stimulace. Velmi je zanedbáván smysl stimulace u klientů, kteří nejsou mobilní a celý den tráví na pokoji. Právě tito klienti jsou o podněty nejvíce ochuzeni, protože si je nemohou vyhledat sami. Často bývají pejorativně označováni jako „ležáci“ (Vágnerová, 2008).

5.2 Zákon o sociálních službách a jeho dopad na ústavní péči

Pro přehlednost si v této kapitole uvedeme legislativním ukotvením domovů pro osoby se zdravotním postižením v zákoně o sociálních službách. Závažné změny do činnosti domovů pro osoby se zdravotním postižením přinesl nový zákon o sociálních službách, který ústavy sociálních služeb transformoval na Domovy pro osoby se zdravotním postižením, případně denní nebo týdenní stacionáře.

Zákon č. 108/2006 sbírky §48 uvádí: V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Vyhláška 505/2006 Sb. §14, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, uvádí: Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) poskytování ubytování,

b) poskytování stravy:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání,
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
4. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
5. pomoc při prostorové orientaci,

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. pracovně výchovná činnost,
2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností,
3. vytvoření podmínek pro zajištění přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou,

g) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby

s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv; některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SPECIFIKA VÝZKUMU

K zjištění potřebných informací k bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum. Ke sběru dat a informací pak aplikace pozorování a interview.

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována v prosinci 2009 v domově pro osoby se zdravotním postižením Vincetinum ve Šternberku a v březnu 2010 v denním stacionáři Jasněnka v Uničově.

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Praktická část mé bakalářské práce se zabývá především pozorováním průběhu jednoduché formy senzomotorické stimulace a zaznamenáváním působení terapie na jednotlivé klienty.

Pozorování probíhající ve dvou zařízeních, ve kterých užívají pro stimulaci místnosti pro prenatální terapii a SNOEZEL terapii. V prvním zařízení uvedené místnosti využívají ke stimulaci klientů již řadu let, kdežto v druhém zařízení místnost pro stimulaci zrealizovali teprve minulý rok. V prvním zařízení jsem se zaměřila na využití aromaterapie, to je na zkoumání aplikace odlišných silic na změnu v chování klienta a na míru působení na případnou změnu nálady klienta. Ve druhém zařízení jsem využila prvků muzikoterapie, to je aplikovala jsem během terapií střídání hudebního repertoáru a sledovala změny v pohybové aktivitě klientů. To znamená, že v místnosti byly vždy nastavené stejné podmínky, jediným měnným prvkem buď byly silice, nebo hudba dle zařízení, ve kterém byla stimulace prováděna.

V jednotlivých zařízeních mi pracovníci oddělení, ve kterých klienti pobývají, pomohli s výběrem klientů pro můj výzkum v praktické části. Zvolili takové klienty, u nichž jsou určité typické projevy v chování, aby bylo možné sledovat, zda stimulace tyto projevy ovlivní.

8 CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem práce je ověřit vybrané konkrétní metody stimulace a také zda použití odlišné silice a odlišné hudby při dodržení shodnosti ostatních podmínek způsobí pozorovatelné změny v chování klienta. Rozhodla jsem se, že budu u vybraných klientů sledovat:

- pohybovou aktivitu,
- vnější projevy (snaha o komunikaci, pláč, smích,...),
- změny v typických projevech chování.

Na základě vytyčených cílů jsem si stanovila 3 hypotézy:

H1: aplikace odlišné silice může ovlivnit změny v chování klienta.

H2: změnou hudebního repertoáru dosáhneme také změny pohybové aktivity klienta.

H3: pracovníci, kteří aplikují stimulaci, se domnívají, že terapie má svůj význam a vliv.

9 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Protože výzkum probíhá ve 2 zařízeních, je kapitola výzkumného souboru rozčleněna na dvě části. Každá z částí je sestavena z charakteristiky daného zařízení, popisem vybraných klientů a rovněž nastavením místnosti, ve které se odehrával samotný výzkum.

9.1 První výzkumný soubor – Vincentinum

9.1.1 Charakteristika zařízení

Prvním zařízením, ve kterém je prováděn výzkum, je Domov pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku (dále jen Vincentinum). Toto zařízení je zvoleno proto, že jsem se zde poprvé v praxi setkala s novými metodami stimulace klientů s kombinovaným postižením. Vincentinum je zařízením pro děti,

mládež, střední generaci i seniory s mentálním nebo kombinovaným postižením, sociální péče je poskytována formou celoročního, týdenního, popř. přechodného pobytu. Nabízí komplexní péči, která je založena na vytváření klidného, vstřícného a podnětného domácího prostředí tak, aby klienti mohli maximálně rozvíjet všechny složky osobnosti každého z nich, přičemž se snaží přizpůsobit životní podmínky co nejvíce běžnému životu jejich intaktních vrstevníků. Kapacita Vincentina v současné době činí 227 uživatelů sociální služby. Zařízení je rozděleno do šesti domovů, z toho pět se nachází v budově zařízení na ulici Sadová a jeden domov na odloučeném pracovišti v Bezručově ulici.

9.1.2 Popis vybraných klientů

V jednotlivých zařízeních mi pracovníci oddělení, ve kterých klienti pobývají, pomohli s výběrem klientů pro můj výzkum v praktické části. Zvolili takové klienty, u nichž jsou určité typické projevy v chování, aby bylo možné sledovat, zda stimulace tyto projevy ovlivní.

Chlapec X se narodil s těžkou mentální retardací a DMO. V současné době je chlapec X schopný chůze, je mu umožněno po celý den volně se pohybovat po domově. Jeho pohyb po domově je bez omezení, přesto se na něj musí dohlížet, protože jeho chůze je nestabilní a klátivá. Kvůli problematické chůzi je u chlapce X riziko nekontrolovaného pádu a následného zranění. Když tedy chodí, musí být pod dohledem. Nemluví, vyjadřuje se neartikulovaným křikem. Lze u něj poznat, zda křikem vyjadřuje spokojenost nebo zda se zlobí. Také trpí sebepoškozováním, nejčastěji si dává pohlavky na tváře.

Postižení chlapce Y je způsobeno syndromem Smith-Lemli-Opitz, vzácným druhem genetického poškození. Nyní mu je 15 let, není schopen samostatné chůze. Chlapec Y má postel s vysokou postranicí. Tato postranice mu umožňuje i jiný druh pohybu než je jen ležení, s pomocí postranice se zvedá do stoje a obchází postel kolem dokola. Nevyžaduje pomoc druhé osoby ani dohled, přičemž toto aktivní zvedání je pro rozvoj jeho motoriky užitečné. Jinak je chlapec Y umístěn na herně, kde má možnost volně se kutálet kamkoliv. Rovněž je umístěn do individuální ortézy, nejčastěji při jídle. Chlapec je rád ve společnosti dětí a dospělých, reaguje na oslovení, za zvuky i hlasy se přetočí celým tělem. U chlapce se rozvíjí jemná

motorika, s dopomocí uchopí drobné hračky nebo předměty. Jinak má chlapec Y ruce přitisknuté k tělu.

U dívky Z probíhalo po porodu vše bez potíží. Dívka se narodila s DMO s hlubokou mentální retardací. Dívka má také špatně vyvinutý polykací reflex a z toho důvodu hodně salivuje. Dívka není schopná samostatné lokomoce. Projevuje se neartikulovaným křikem, kterým nejčastěji vyjadřuje nespokojenost.

9.1.3 Nastavení místnosti

Obecná charakteristika místnosti je popsána v teoretické části práce, v popisu místnosti SNOEZEL terapie (viz kap. 3.1.2, str. 23).

Jak jsem uvedla v úvodu praktické části, v místnosti byly vždy stejné podmínky, měnilo se pouze provonění jinou esenciální silicí.

Pro klienty byla v místnosti připravena vyhřívaná vodní matrace o teplotě 28-33°C. Jediným osvětlením, které jsem používala, byl jeden z barevných bodových reflektorů, a to s růžovo-fialovým zabarvením, protože předpokládáme, že působí nejvíce uklidňujícím dojmem – podle poznatků prenatální terapie. Druhý rozsvícený bodový reflektor stejné barvy nasvěcoval zrcadlovou kouli, tzv. “disko-kouli“. Při vstupu do místnosti začínala hrát hudba od Stephana Micuse – To the evening child.

Během první melodie vždy probíhal úvodní rituál. Klienta jsem si položila na vodní matraci a nechala ho 3 - 4 minuty se po místnosti rozhlížet, aby si mohl na prostředí zvyknout. Poté jsem ho začala pomalu vysvlékat a sledovat jaké jsou jeho reakce. Přibližně 2 minuty před koncem úvodní melodie jsem zkusila rozvlnit matraci a také pozorovat, jak klient reaguje.

Po úvodním rituálu následovala masáž. Pokaždé jsem namasírovala dolní končetiny a horní končetiny. U klienta, který je malý, jsem ještě přidala masáž břicha. K masáži jsem užívala jako nosný olej mandlový olej, ke kterému přimíchám vždy jinou esenci.

Poslední melodie Desert poem z tohoto CD nám sloužila k závěrečnému rituálu. Po skončení masáže jsem nechala klienta asi 1 minutu jen ležet. Poté následovalo oblékání a hned po něm rozsvícení světla a otevírání dveří od místnosti.

9.2 Druhý výzkumný soubor – Jasněnka

9.2.1 Charakteristika zařízení

Druhým zařízením, ve kterém mi také bylo umožněno pracovat s klienty a sledovat je při stimulaci, byl denní stacionář Jasněnka v Uničově (dále jen Jasněnka). Toto zařízení denního typu poskytuje komplexní péči dětem a dospělým se zdravotním postižením. Mezi hlavní poslání sdružení patří dlouhodobé zlepšování kvality života svých klientů a rovněž co možná největší integraci klientů do společnosti. Vytváření nových a zkvalitňování doposud vytvořených forem a modelů péče o zdravotně postižené osoby je základním cílem sdružení. Zmíněné formy a modely se poté uplatňují v Jasněnce tak, aby systém poskytovaných služeb co nejlépe napomáhal rozvoji osobnosti zdravotně postižených osob. Jasněnka je rozdělena na denní stacionář, který poskytuje klientům sociální služby, a na oddělení rehabilitace, ve kterém probíhá zdravotní péče. Samostatnou složku Jasněnky tvoří Základní škola speciální, kterou sdružení založilo jako obecně prospěšnou společnost.

9.2.2 Popis vybraných klientů

Chlapec A se narodil ve 37. týdnu záhlavím, při porodu došlo k asfyxii a aspiraci plodové vody. Chlapec má hypoxické postižení CNS, kvadruspastickou formu DMO (vyšší svalový tonus), mikrocefalus a těžkou mentální retardaci. Nekomunikuje a nemluví, vydává jen neartikulované zvuky nebo některé slabiky. Řeči rozumí, je schopný splnit jednoduché pokyny a výkony. V roce 1997 byl přijat k plnění povinné školní docházky v Základní škole speciální Jasněnka v Uničově. Do chlapcova rehabilitačního plánu spadá zlepšit stabilitu při chůzi, snaha o zlepšení sebeobsluhy (hygiena, stolování), zlepšení celkové tělesné kondice a rovněž zlepšení jemné motoriky. Chlapec A má velmi rád zvukové hračky, celkově muziku, vyfukávání rytmu, rád poslouchá dětské říkanky a snaží se účastnit dětských her.

Chlapec B má diagnostikovanou kongenitální myotonickou dystrofií s přetrvávající svalovou hypotonií a středně těžkou mentální retardaci. U chlapce chybí mimika, má neustále otevřená ústa. Jeho chůze je kolébavá a nestabilní, často

u něj dochází k pádům, má velmi zhoršenou koordinaci a jemnou motoriku. Chlapec B nepíše, nečte, ale umí napočítat do pěti, je inkontinentní. Jeho řeč je stále obtížněji srozumitelná, má problémy s artikulací, to je s vyslovováním hlásek, přesto mluví ve větách. V roce 2005 byl přijat do Jasněnky k plnění povinné školní docházky v Základní škole speciální v Uničově. Do jeho rehabilitačního plánu spadá prevence pádů, maximální možné udržení svalové síly, cvičení jemné motoriky a koordinace, nácvik samostatné jízdy na vozíku a samostatně a aktivně se pohybovat.

Diagnóza chlapce C je těžká spastická kvadruparéza, divergentní strabismus a středně těžká MR. Chlapec nechodí, u žebřin vydrží stát jen chvíli, je inkontinentní. Jeho řeč je méně srozumitelná, také se chlapec se zadržává a má problémy s artikulací. Ví, jak se jmenuje, dokáže napočítat do 20. Velmi často zlobí, odmítá se učit a na paní učitelky je drzý, převážně se u něj objevuje negativistické chování. V roce 2005 byl přijat k plnění povinné školní docházky v Základní škole speciální v Uničově. Chlapcům rehabilitační plán obsahuje reedukaci hybnosti – snahu o lezení a fyziologický vzorec přetáčení, posílení osového svalstva, svalů horních a dolních končetin, zlepšení celkové koordinace, důraz na cvičení úchopových funkcí ruky, rozvíjení oblasti jemné a hrubé motoriky a zdokonalení sebeobsluhy.

9.2.3 Nastavení místnosti

Stejně jako u předchozí místnosti je její charakteristika popsána v teoretické části práce, v popisu místnosti SNOEZEL terapie (viz kapitola 3.1.2, str. 23)

Shodné také bylo to, že v místnosti vždy byly stejné podmínky, v tomto případě jsem však měnila hudební repertoár. Na začátku jsem používala pomalé, zklidňující a relaxační melodie, postupně jsem volila melodie rychlejší a rytmičtější a sledovala, zdali ovlivní pohybové reakce klientů.

Pro klienty byla v místnosti připravena vyhřívaná vodní matrace o teplotě 28-33°C. Na provonění místnosti jsem aplikovala grepovou silici, protože působí jako psychostimulat a má uklidňující účinky. K osvětlení jsem používala jeden z barevných bodových reflektorů, a to se zeleným zabarvením, protože zelená barva vyvolává pocity vyrovnanosti. Druhým rozsvíceným bodovým reflektorem stejné

barvy jsem nasvěcovala zrcadlovou kouli, která se otáčela. Na vodní matraci jsem rozložila světelného hada se zeleným zabarvením (viz příloha č. 7 obr. 4). Vždy když jsem s klientem vstupovala do místnosti, hrálo jiné album, ať už The best of Vivaldi, Rondo´ Veneziano – Magica melodia, Songs and Dances of Sioux, Apache, Kiowa, Hopi, Navajo..., Enya – Shepherd moons, Prodigy – Their law – The singles 1990-2005 nebo výběr z taneční muziky.

Po příchodu do místnosti a za doprovodu úvodních melodií jsem klienta položila na vodní matraci, kolem něj byl rozprostřený světelný had, který po chvíli svícení začal příjemně hřát. Prvních pár minut jsem nechala klienta, aby si na prostředí v místnosti zvyknul a prohlédl si místnost. Vždy jsem sledovala, jak reaguje na zvolený hudební repertoár.

Terapie pokračovala masáží, tentokrát jsem používala dvou masážních ježků. Tato masáž trvala přibližně 25 minut. Vždy jsem masírovala stejné části těla, začínala jsem dolními končetinami, poté přešla na horní končetiny a skončila jsem u masáže břicha. Tentokrát jsem neužívala žádného masážního oleje, protože nedocházelo ke kontaktu a tření kůže o kůži.

V závěrečné části terapie jsem nechala klienta chvíli ležet, aby si uvědomil, že nyní se terapie chýlí ke konci. Otevřela jsem dveře, aby do místnosti začalo proudit denní světlo a klientovi oči se přizpůsobili. Klienta jsem posadila, nazula mu obuv a po dokončení poslední melodie jsme z místnosti vycházeli.

10 VÝZKUMNÉ METODY

Pro zpracování a analýzu k mé bakalářské práci jsem použila kvantitativní výzkum. Ke sběru dat a informací jsem využila pozorování a interview.

Pozorování je jednou z nejstarších a rovněž nejdůležitějších metod diagnostiky, kterou je možné dělit podle nejrůznějších hledisek. Je možné jej definovat jako sledování smyslově vnímatelných jevů, především chování osob, průběhu dějů a jiné. Bývá považováno za nezastupitelný způsob shromažďování materiálů při studiu reality. „V literatuře lze nalézt různé přístupy ke klasifikaci pozorování (Chráska, 2007, s. 151).“

Často bývá pozorování s ohledem k časové náročnosti rozděleno na pozorování krátkodobé a dlouhodobé. Já jsem pro svůj výzkum zvolila pozorování krátkodobé, které je často využíváno k praktickým účelům v každodenní praxi. Taková pozorování většinou netrvají déle než jednu hodinu. Rozhodujícím kritériem rovněž je, zda se při pozorování pozorovatel setkává přímo s předmětem pozorování nebo nikoli, v takovém případě jde o pozorování ve vlastním smyslu slova – vlastní (přímé) pozorování. Právě tento typ pozorování jsem využívala při získávání výsledků (Chráska, 2007).

Interview bývá označován jako metoda shromažďování dat o realitě. Tato metoda je založena na bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Pro pojem interview existuje rovněž český obsahově širší termín rozhovor. Oproti jiným výzkumným metodám má interview obrovskou výhodu a to je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů. Během interview je možné pozorovat reakce respondenta na kladené otázky a podle nich usměrňovat jeho další průběh.

Interview je možné rozdělit na strukturované, polostrukturované a nestrukturované podle toho, jak dalece je interview výzkumníkem řízeno. Já jsem pro svůj výzkum zvolila polostrukturované interview, protože je to určitý kompromis mezi strukturovaným a nestrukturovaným interview. Respondentům je v tomto případě nabízeno k jednotlivým otázkám po každé několik alternativ odpovědí, navíc se od respondentů očekává vysvětlení nebo zdůvodnění své odpovědi. Jestliže svoji odpověď nerozvine, má tazatel tu možnost se dále doptávat a požadovat další vysvětlení odpovědi (Chráska, 2007).

Interview jsem prováděla v obou zařízeních s pracovníky provádějící stimulaci. V domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum jsem interview vedla se 2 pracovníky, kdy jedna je spíše zaměřená na stimulaci v místnosti pro prenatální terapii a druhá se specializuje na stimulaci v místnosti pro SNOEZEL terapii. V denním stacionáři Jasněnka, kde mají jednu místnost pro terapii, nemají jednu konkrétní pracovníci zaměřující se na stimulaci v místnosti pro SNOEZEL terapii. Proto jsem interview prováděla se 3 pracovníky. Každá z pracovníků z uvedeného zařízení je vychovatelkou ze třídy, do které daný klient chodí.

Cílem interview bylo zjištění, zdali pracovníci, kteří aplikují stimulaci, se domnívají, že terapie má svůj význam a vliv.

11 INTERPRETACE A APLIKACE VÝSLEDKŮ

Kapitolu interpretace a aplikace výsledků je rozdělena na další podkapitoly, kdy první dvě se zabývají rozbořem výsledků z pozorování jednak v domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum a rovněž v denním stacionáři Jasněnka. Třetí a také poslední podkapitola se věnuje rozhovorům prováděných ve výše uvedených zařízeních.

11.1 Pozorování - Vincentinum

Uvedená kapitola je věnována rozboru jednotlivých dní výzkumu v domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum, kde ověřuji účinky různých silic na změny v chování klientů. Na začátku vždy popíši užitou silici a její účinky a hned poté se následuje zhodnocení účinků dané silice na tři vybrané klienty. Při jednotlivých setkáních s klienty je vždy pro všechny tři zvolena táž silice, tedy princip – jedno setkání, jedna silice. Je tomu tak především proto, že jsem netušila, že pozorování může být tak časově náročné a také do Vincentina mi bylo povoleno docházet jen jednou za týden.

Levandule – první setkání

Pro své první setkání s klienty užila levanduli. Zvolím si tuto silici pro její zklidňující účinky a příjemnou vůni. Pro masáž použiji 2 – 2,5% roztok. Obecná charakteristika silice viz příloha č. 1.

Zhodnocení účinků levandule

Myslím si, že účinky levandule nebylo možné tolik sledovat, protože klienti se mnou byli v místnosti pro SNOEZEL terapii poprvé. Všichni si mě na začátku terapie prohlíželi, byli neklidní a nervózní, protože nevěděli, co ode mne mohou čekat. V těchto chvílích jsem klidně seděla na okraji vodního lůžka a nechala klienty, aby si mohli zvyknout na prostředí a především mě samotnou. Po 3 – 4 minutách jsem vyzkoušela rozvlnit vodní matraci, klienti na to nereagovali. Během prvních minut byli všichni tři klienti nesví, dívka Z měla spletené nohy i ruce,

protože má hodně pružné a ohebné klouby, což jí umožňuje dostávat se do neobvyklých poloh. Chlapec X nechtěl ležet, neustále se opíral o lokty, zvedal se a křičel, křikem se běžně projevuje, když je s ostatními klienty v herně. Chlapec Y byl velmi nervózní, nenechal na sebe sáhnout, neustále uhýbal a nespolupracoval při vysvlékání oblečení.

Po 3 až 4 minutách masáží dolních končetin bylo na každém z klientů vidět zklidnění. Dívka Z narovнала ruce i nohy a byla zcela uvolněná, usmívala se stejně jako další dva klienti. Nohy narovнала především díky masáži, při které je potřeba, aby noha byla narovnaná, takže jsem jí pomalými pohyby nohu narovnávala. Na chlapce Y jsem musela pomaleji, postupně na sebe nechal sáhnout, i když byl neustále ve střehu. Mluvila jsem na něj, říkala jsem mu, že se nemá čeho bát, přitom jsem zkoušela mu dávat ruce na jeho nohy. Asi až po 5 minutách, kdy jsem na něj mluvila a pomalu ho hladila po nohách, si nechal dolní končetiny namasírovat, již nebyl tolik sklíčený a nervózní.

Dívka Z byla ve stavu uvolnění až do konce masáží, to však neplatilo pro oba chlapce. Největší komplikace nastala s chlapcem Y při masáži horních končetin, protože nechtěl povolit ruce, které má zkřížené na hrudníku a schovává si je pod bradu. Ve chvílích, kdy jsem mu na ruce sahala, uhýbal a důrazně projevoval nespokojenost. Vyzkoušela jsem opět na něj mluvit, popisovala jsem mu, co s ním chci dělat, že mu v žádném případě nechci ublížit, ale žádné pozitivnější reakce jsem se nedočkala. Proto jsem musela udělat masáž rukou tak, že jsem chlapci ruce hladila a předpokládala jsem, že alespoň trochu povolí, to se však nestalo. U chlapce X nebyl problém tak patrný, jediné k čemu došlo, bylo to, že si chlapec při masáži horních končetin sednul. Tím mě trochu překvapil, zeptala jsem se ho, jestli si nechce zase lehnout. On však na mou otázku nereagoval a tak jsem ho nechala sedět a pokračovala v masáži. V té chvíli mi nepřišel tolik klidný jako předtím, ale po ukončení masáží si opět lehnul a byl opět uvolněný a pobrukoval si.

Na konci terapie vycházela dívka Z z místnosti příjemně naladěná a s úsměvem na tváři. Vychovatelka, která mi přišla pomoci s jejím přenosem, byla překvapená, že má narovnané nohy i ruce. Ve stejném stavu byl také chlapec X, byl uvolněný, vyrovnaný a usmíval se. Jiné to však bylo s chlapcem Y, ten se již do konce terapie nedokázal zklidnit a uvolnit. Přesto všechno vypadal spokojeně,

ale pořád byl ve střehu. Když jsem ho po terapii chtěla brát do náruče, abych ho donesla do pokoje, zbystřil a úpěnlivě sledoval moje ruce, co se zase bude dít.

Bazalka – druhé setkání

Bazalku jsem si zvolila díky její aktivizující vlastnosti a také jsem si chtěla ověřit, umí-li zlepšit náladu. Použila jsem 2% roztok. Obecná charakteristika silice – viz příloha č. 2.

Zhodnocení účinků bazalky

Účinky této silice byly podle mého názoru znatelnější. Nejvíce to bylo znát z aktivity klientů. Chlapec X sebou od samého začátku házel a také hodně křičel. Chlapec Y po prvotním rozkoukání tentokrát překulováním ze strany na stranu prozkoumal celou vodní matraci. Dívka Z byla zrovna probuzená, takže na začátku ležela na matraci, koukala po místnosti a zívala. Tentokrát však nebyla nijak zkroucená, od doby, kdy jsme ji s vychovatelkou položily na lůžko, měla natažené nohy i ruce. Během zmíněné části jsem nejdříve vlnila vodní matrací a poté jsem si pomalu dávala do dlaní masážní olej, aby se zahřál a klienty nestudil a nebylo jim to nepříjemné

Nejvíce aktivní byli klienti při masáži dolních končetin. Chlapec X byl roztržitý, pořádně se na matraci nepoložil, zvláště ne hlavou, protože tou neustále kýval ze strany na stranu, také zvedal nohu, kterou jsem mu právě nemasírovala. Mluvila jsem na něj, ptala jsem se ho, jestli mu to je nepříjemné, když teda s nohou uhýbá, on na mě nereagoval. Ostatní dva klienti projevovali svoji aktivitu přetáčením se z boku na bok. Chlapec Y mi tím znesnadňoval masáž nohou, protože nezůstal chvíli v klidu. Když jsem mu položila otázku, co to dnes dělá, intenzivně se tomu smál a dál se přetáčel ze strany na stranu. Dívka Z se jen přetočila na bok a tak zůstala po celou dobu masáže.

Aktivita začala polevovat už v druhé půli terapie, kdy se klienti postupně začali zklidňovat a uvolňovat. Nejznatelněji se to projevovalo u chlapce X, který si při masáži horních končetin konečně položil hlavu na matraci, dokonce zavřel oči a začal relaxovat. V této chvíli jsem přestala s mluvením a jen jsem pokračovala v masáži. U chlapce Y opět nedošlo k úplné masáži, přestože tentokrát na chvíli ruce povolil, i tak si je nenechal namasírovat a vrátil je do původní polohy.

Ke krátkému povolení došlo ve chvíli, kdy jsem se ho zeptala, zdali mi dneska ukáže, jak má krásné prsty na rukách. On se tomu začal opět smát a ruce povolil. Když jsem na ně položila ruku, rychle je zase schoval pod bradu. Dívka Z se již jen jednou přetočila z boku na bok a to jen proto, že jsem se potřebovala dostat k druhé ruce, na které si ležela. To jsem udělala tak, že jsem se nad klientku naklonila, začala jsem jí popisovat, co s ní chci provést a ona se jen na mě podívala a nechala se přetočit na záda. Sama se potom otočila na druhý bok. Na konci terapie byli všichni tři klienti klidní a uvolnění.

Z pozorování vyplývá, že u všech klientů, na které působila silice s vůní bazalky, došlo k zaktivizování organismu, z čehož můžeme usuzovat 100% působení této silice na dané tři klienty. Na jiné lidi ovšem působit nemusí.

Santalové dřevo - třetí setkání

Tuto silici jsem si vybrala, protože působí jako antidepresivum a dokáže celkově zklidnit nervový systém, užila jsem 1% roztok. Obecná charakteristika silice – viz příloha č. 3.

Zhodnocení účinků santalového dřeva

V tomto případě se nedá říci, že by účinky silice s vůní santalového dřeva byly stoprocentní, přestože na úplném konci terapie byli všichni tři klienti klidní a uvolnění, během stimulace byli roztržití a také aktivní. Jediná dívka Z přicházela do místnosti se špatnou náladou, hned po uložení na vodní matraci se smotala do klubíčka, dala si kolena až pod bradu a ležela na boku. Oproti tomu oba chlapci dnes do místnosti přicházeli usměvaví a dobře naladěni. Chlapce X jsem si vyzvedávala v herně a v okamžiku, kdy si mě všimnul, začal házet rukama nad hlavou a křičet. Byl to ten křik, kterým oznamuje svoji spokojenost. Chlapec Y byl na pokoji a také on na mě reagoval pozitivně, začal se na mě smát a bez obtíží jsem ho mohla vzít do náruče.

Aktivita všech klientů se nejvíce projevovala v první polovině terapie, kdy jsem jim masírovala dolní končetiny. Chlapec Y byl neaktivnější, ze začátku pohyboval hlavou ze strany na stranu, na chvíli také povolil ruce ze sevření na hrudníku a lehce je zvedal nad hlavu. Nejvíce však pohyboval nohama, které zvedal, uhýbal s nimi přede mnou, čemuž se hodně smál a nakonec se začal

kutálet po matraci. Když jsem na něj začala mluvit a ptala jsem se ho, co to provádí, začal se tomu smát ještě víc. Pokaždé, když jsem na něj začala mluvit, tak se rozesmál. Dívka Z v této části terapie povolila nohy i ruce a dokonce si s vlastníma rukama hrála, přesto byla pořád v pozoru a dávala mi najevo, když se jí něco nelíbilo. Tentokrát však nohy nenarovнала díky prováděné masáži. Narovнала je již při vysvlékání a tak je také nechala. Chlapec X byl spíše víc roztržitý než aktivní, pořád nevěděl jakou polohu při masáži zaujmout, vyzkoušel ležet se zdviženou hlavou, opřít se o jeden loket, ale nakonec mu vyhovovala poloha, kdy byl opřený o oba lokty. Vždy když měnil polohu, musela jsem s masáží přestat a počkat než si najde polohu, která podle něj bude ta vyhovující. Když byl v opřený o oba lokty, zeptala jsem se ho, jestli je to už v pořádku, usmál se na mě a to byl pro mě impulz, že mohu v masáži pokračovat.

V této části terapie již byli všichni klienti dobře naladěni, zklidnění a uvolnění. Na dívce Z nebyla vidět jediná známka zkroucení, na vodní matraci ležela narovnaná, nohy a ruce měla natažené a broukala si do rytmu právě hrající melodie. Já jsem ji dále masírovala nohy a do jejího vyjadřování jsem nevstupovala. Chlapec X mi sám podal ruku před masáží horních končetin, ležel s hlavou položenou na matraci a sledoval poletující světýlka. Po podání ruky, jsem mu poděkovala, pochválila jsem ho, on na to zareagoval smíchem a pokračovalo se dál v masáži. U chlapce Y došla na dnešní terapii k pokroku, poprvé mi dovolil provést masáž rukou, sice ruce z hrudníku neoddělal, ale měl je natolik povolené, že jsem se dostala i k prstům na ruce. Potichu jsem na něj mluvila, opět jsem mu popsala, co bych chtěla s ním dělat. Přitom on začal pomalu ruce povolovat, začala jsem ho chválit, říkat mu, že je šikovný a on se na mě lehce usmál. Po celou dobu masáže byl v klidu a neházel sebou.

Jak již bylo uvedeno na začátku zhodnocení účinků, všichni tři klienti vycházeli po terapii z místnosti dobře naladěni, uvolnění a klidní.

Grapefruit – čtvrté setkání

Grapefruitovou silici jsem si vybrala, protože se o ní říká, že je to hvězda mezi citrónovými silicemi, chtěla jsem si tedy ověřit její účinky. Užívala jsem 2% roztok. Obecná charakteristika silice – viz příloha č. 4.

Zhodnocení účinků grapefruitu

Zhodnocení účinku grapefruitové silice je velmi těžké, protože jsem měla k dispozici jen dva respondenty. Bohužel chlapec Y onemocněl a nebylo vhodné u něj terapii provádět. Zbylí dva klienti se projevovali každý odlišným způsobem. Chlapec X byl po příchodu v dobré náladě, usmíval se a vypadal velmi spokojeně, na vodní matraci se uložil sám, ale netrvalo dlouho a z ničeho nic byl roztržitý, prudce si sednul a dal si pohlavek. Tuto reakci jsem u něj viděla poprvé, hned jsem nevěděla, co dělat, ale protože mi přišly pohlavky hodně hrubé, raději jsem mu ruku chytla, začala jsem mu říkat, že to nemá dělat a přitom ho po ruce hladila. Dívka Z přišla do místnosti také dobře naladěná, již v pokoji se na mě usmívala. Od samého začátku měla povolené svalstvo a tím pádem ruce i nohy volně natažené. Během toho, co jsem tradičně vlnila vodní matrací, tak ona stejně jako minule zvedla ruce nad hlavu a chvíli je pozorovala a pak si s nimi začala hrát.

Při masáži horních končetin dívka Z ruce položila podél těla, otočila hlavu na stranu a relaxovala a nijak nereagovala. Také jsem nijak nereagovala, jen jsem dívku masírovala a nechávala ji v klidu relaxovat. V této části terapie vypadalo, že již bude u chlapce X všechno v pořádku, v klidu ležel, prohlížel si místnost nebo sledoval poletující světýlka. Ale ke konci masáže rukou si opět prudce sednul, chvíli se rozhlížel po místnost. V tomto okamžiku jsem měla strach, že si znovu bude dávat pohlavky, začala jsem ho uklidňovat, že se nemá, čeho bát a že si opět může lehnout. On se opřel o oba lokty a já jsem v klidu bez mluvení pokračoval v masáži.

Chlapec X takto chtěl být opřený i u masáže horních končetin, což však nebylo možné. Souhlasil s tím, že mu jednu ruku budu masírovat, o tu druhou zůstal opřený. Ani jsem nedokončila masáž první ruky a znovu se prudce posadil, tentokrát to vypadalo, jako kdyby se něčeho leknl. Opět jsem na něj začala mluvit, uklidňovat ho a čekala jsem, dokud se trochu nezklidní. V sedu zůstal až do konce terapie a pořád se nervózně rozhlížel po místnosti. Naopak u dívky Z přetrvávalo uvolnění, byla neustále ve stejné poloze a dokonce i zavřela oči. Dívka mívá běžně prsty skrčené v pěst, při dnešní terapii došlo k uvolnění sevření a prsty narovнала.

Přestože jsem při vycházení z místnosti na chlapce X mluvila, vycházel rozpačitý, roztěkaný a nervózní, kdežto dívka Z naopak uvolněná a spokojená.

Z těchto důvodů je těžké určit, do jaké míry na klienty působila silice s grapefruitovou vůní, její účinky by se musely ověřit na více klientech.

Rozmarýn – páté setkání

Rozmarýn jsem si zvolila, protože umí pomáhat proti únavě, úzkosti, a je velmi harmonizující a stimulující. K masáži jsem namíchala 2% roztok. Obecná charakteristika silice – viz příloha č. 5 str.

Zhodnocení účinků rozmarýnu

Jestliže rozmarýn má pomáhat proti únavě, dalo se očekávat, že klienti budou mírně aktivní, což se také během terapie stalo. Chování chlapce X mě překvapilo, stejně jako vždycky byl opřený o loket, ale tentokrát si pomalu sednul a začal si dávat pohlavky, jeden za druhým. Musela jsem mu ruku chytnout, aby v tom dále nepokračoval, přestože jsem se ho snažila slovy uklidnit, vypadal roztěkaně a nervózně. Na druhou stranu chování chlapce Y se dalo očekávat, protože minule na terapii z důvodu nemoci nebyl. Vypadalo to stejně jako při první terapii, byl nervózní a ve střehu. Ruce měl pevně přitisknuté k hrudníku a dlaně schované pod bradou a nepovolil je. Zvolila jsem stejný postup, jako při první návštěvě v místnosti. Potichu jsem na chlapce mluvila, popisoval jsem mu, co ho čeká, také jsem mu připomněla, jak byl na poslední terapii šikovný. Dívka Z byla od samého začátku lehce aktivní, běžně lehávala, ale tentokrát se opřela o jeden loket a intenzivně si prohlížela místnost. Nechala jsem ji v klidu a očekávala jsem, co se bude dít dál.

V této části terapie byli klienti převážně klidní a masáže dolních končetin si užívali. Chlapec X si pobrukoval do rytmu melodie a hladil se po tváři, na kterou si předtím dával pohlavky. Byla jsem ve střehu, kdyby se opět začal pohlavkovat, sedla jsem si na stranu uvedené ruky, abych to měla co nejbližší. Chlapec Y se po prvotní nervozitě zklidnil a usmíval se na mě. Pokračoval jsem dál v mluvení, které na něj mělo velký vliv. Dívka Z se již neopírala, ležela na zádech s hlavou položenou, jen měla jednu ruku zdviženou a kývala s ní ze strany na stranu. Opět jsem ji jen sledovala a žádným způsobem jsem nereagovala.

V druhé části terapie se každý z klientů projevoval jinak. Chlapec X relaxoval, neopíral se o lokty, což dělá běžně, hlasově se neprojevoval, byl klidný.

Protože se tato část terapie týká masáže horních končetin, tak byla chlapci Y nepříjemná. Masáž nebylo možné provést celou, protože dostat se k chlapcovým rukám bylo problematické, raději jsem jen zvolila hlazení jeho rukou. Tentokrát zklidňování pomocí řeči nezabíralo. Dívka Z znovu projevovала mírnou aktivitu, při projíždění mezi prsty mi vždy stiskla moji ruku a nechtěla ji pustit, zopakovala to několikrát po sobě a vždy se při tom nahlas smála. Bylo problematické se dostat z jejího sevření, zkusila jsem ji polechtat na dlani, díky tomu sevření ruky povolila.

Na samém konci byl také lehce aktivní chlapec X, sednul si a po matraci hledal něco, co by si mohl vzít do rukou. Našel si lahvičku s masážním olejem, prohlížel si ji a pak s ní začal házet, vypadal velice spokojeně. Z bezpečnostních důvodů jsem mu lahvičku s olejem sebrala, protože by nebylo dobré, kdyby se rozlila. Chlapci to nevadilo, protože už byl oblečený a já jsem pomalu otvírala dveře od místnosti, tak to pro něj bylo znamení, že je konec terapie. Stejně tak vypadala na konci při odchodu z místnosti dívka Z, usmívala se a byla dobře naladěná. U chlapce Y bylo těžké posoudit účinky rozmarýnu, protože jsem s ním opět byla na začátku, kdy si na terapii musí zvykat.

Ylang-ylang – šesté setkání

Důvod proč jsem si zvolila tuto silici je, že dokáže navodit příjemnou atmosféru a také aktivně působí na psychiku a posiluje organismus. Použila jsem 1,5 -2% roztok s masážním olejem. Obecná charakteristika silice – viz příloha č. 6.

Zhodnocení účinků Ylang – Ylang

Podle způsobů chování klientů se dá říci, že účinek silice ylang – ylang byl na vybrané tři klienty stoprocentní. Všichni tři přicházeli do místnosti pro SNOEZEL terapii roztržití a špatně naladěni a vycházeli usměvaví a především zklidnění. Tentokrát se klienti projevovali během jednotlivých fází terapie podobně. Dívka Z byla opět v úvodní části smotaná do klubíčka a ležela na boku, nijak nereagovala, byla apatická a vše jí bylo lhostejné. Vychovatelkou jsem byla upozorněna, že od samého rána, je dívka ve špatné náladě. Chlapec X hodně křičel, s křikem začal již po cestě do místnosti a tam také pokračoval, zdál se být neklidný. A chlapec Y byl opět v napětí, sledoval mě, co s ním chci dělat. Tradičně jsem mu říkala, že se mu nic nestane a popisovala jsem mu, co ho dnes čeká.

Stejné projevy se také daly pozorovat v části, kdy dochází k masáži dolních končetin. U chlapce X bylo možné sledovat, jak ze stavu přetrvávajícího neklidu přechází do stavu mírného zklidnění, křik pomalu ustával a na konci této části již nekřičel. Tentokrát jsem na něj nemluvila, protože přes jeho urputný křik by mě stejně neslyšel. Chlapec Y nejdříve uhýbal, ale postupně se zklidňoval a začal sledovat světýlka v místnosti. Myslím si, že na něj do jisté míry také působí, to když na něj člověk mluví, říká mu, že mu nic nehrozí a že je vše v pořádku. Dívka Z byla v této části stále stočená, pomalu jsem ji při masáži natahovala nohy, až je měla úplně natažené a povolené.

Za doprovodu mého hlasu opět došlo k povolení rukou u chlapce Y a já jsem mohla udělat kompletní masáž horních končetin. Přesto v těchto chvílích nevypadal chlapec úplně zklidněný, byl ve střehu. Dívka Z měla ještě skrčené a smotané ruce, ale díky masáži je také narovnala. Musela jsem jí pomalu ruce natahovat, ale intenzita jejího sevření rukou nebyla velká, takže to šlo velice lehce. Chlapec X relaxoval, nemasírovanou ruku si dal pod hlavu a zavřel oči, byl již úplně uvolněný. Nechala jsem ho klidně relaxovat a nestupovala jsem do toho.

Chlapec X jako kdyby tušil, že dnes jsme v místnosti spolu naposledy a tak si to užíval do poslední chvíle. Muzika už nám přestala hrát a on dál ležel na vodní matraci se zavřenýma očima a relaxoval. Sedla jsem si k němu na postel, začala jsem na něj mluvit, říkala jsem mu, že jsem na úplném konci a musíme odejít. On však z místnosti nechtěl odejít, vstala jsem z postele, on se také začal zvedat a nakonec jsme společně odešli. Chlapec Y i dívka Z odcházeli z terapie v jiné náladě, než se kterou přicházeli. Oba se smáli, byli klidní, dívka Z byla zcela uvolněná, neměla žádné známky zkroucení. Na chlapci Y nebyla znát žádná nervozita. U silice s vůní ylang – ylang byly účinky nejprokazatelnější, za celou dobu pozorování se nestalo, aby projevy všech klientů byly tolik shodné.

11.2 Pozorování - Jasněnka

V denním stacionáři Jasněnka jsem aplikovala různé druhy hudebního repertoáru a snažila jsem se zjistit, zdali změnou hudby dojde ke změně pohybové aktivity předem vybraných klientů, kteří místnost pro senzomotorickou stimulaci navštěvovali v pravidelných intervalech. Opět na začátku kapitoly uvedu, o jaký

hudební repertoár se v aplikovaný den jednalo a poté zhodnotím reakce klientů na užitou hudbu. Při jednotlivých setkáních s klienty byla vždy pro všechny tři zvolena týž hudební repertoár, tedy opět jsem využila principu – jedno setkání, jeden druh hudby. Přestože jsem tentokrát měla více času, provedla jsem pro vyrovnanost pozorování i v Jasněnce 6 setkání stejně jako ve Vincentinu.

Best of Vivaldi – první setkání

Již z názvu CD vyplívá, že jde o vážnou hudbu. Best of Vivaldi je plně pomalých, zklidňujících a relaxačních melodií. V místnosti pro SNOEZEL terapii jsem z toho CD použila především nejznámější Čtvero roční období (The Four Seasons) a rovněž koncert fléten zvaný Flute Concertos. Pro začátek jsem ho zvolila především proto, že jde o melodie bez zpěvu.

Zhodnocení reakcí na Best of Vivaldi

Působení vybraného hudebního repertoáru není v této situaci snadné posoudit, protože jsem byla v místnosti pro senzomotorickou stimulaci s vybranými klienty poprvé. Z jejich reakcí bylo spíše možné vyčíst, co se jim v místnosti líbí a co zaujímá pozornost. Zpočátku terapie se všichni tři klienti rozhlíželi po místnosti, rovněž sledovali mě, co pro ně chystám. Chlapec A intenzivně vlnil vodní matrací tak, že nadzvedával zadek a vracel ho zpět na lůžko, aby docházelo k neustálému pohybu jeho ležícího těla. U něj jsem mohla v klidu sedět na okraji vodní matrace a nic nedělat, protože matrací vlnil sám. U zbylých klientů jsem pomalu a zlehka rozvlnila matraci a sledovala jejich reakce.

Ještě u masáže dolních končetin nebylo možné na žádném z klientů registrovat změny v chování a pohybové aktivity v souvislosti s aplikovanou hudbou. Chlapec A pokračoval ve vlnění vodního lůžka, ale již to nebylo tolik intenzivní, po celou dobu se na mě upřeně díval. Ke konci masáže noh chlapec pustil chrastítko, které si sebou přinesl ze třídy. Chrastítko jsem dala stranou, chlapec zvednul hlavu a podíval se na mě. Zeptala jsem se ho, jestli ho chce vrátit, on však položil hlavu zpět na matraci.

Změnu pohybové aktivity šlo zaregistrovat u chlapce A při masáži horních končetin, kdy chlapec již lůžkem vůbec nevlnil. Nohy, které měl na začátku terapie skrčené a přitisknuté k břichu, měl narovnané a stejně tak i masírované ruce. Byl

uvolněný a klidný. Neměla jsem důvod, abych do jeho relaxování vstupovala, proto jsem u něj jen minimálně mluvila. Bohužel u chlapců B a C nedošlo ke změnám pohybů v souvislosti s muzikou. Chlapec B po celou dobu terapie mluvil, neustále mi pokládal nejrůznější otázky, jako kdo dnes jede svozy, co máme na oběd, co dělají zbylí klienti ve třídě, jak dlouho budeme v místnosti. Poté mi začal vyprávět, jak se jmenuje jeho maminka a tatínek, že mají doma pejska, také mi popisoval, co se mu zdálo. Nejspíš to bylo proto, že mě viděl poprvé a chtěl mi toho co nejvíce povědět. Na řadu z jeho otázek jsem nebyla schopná vůbec odpovědět, také jsem měla problém mu porozumět, protože má nesrozumitelnou řeč v podobě špatné artikulace. Ke konci terapie jsem zkusila mu neodpovídat, že by poté přestal mluvit a začal vnímat hrající melodie. Když viděl, že nereaguji, opakoval tak dlouho moje jméno, dokud jsem nezareagovala. Po terapii bylo zřejmé, že chlapec C je velmi citlivý na zvuky. Poznával hudební nástroje, které v jednotlivých melodiích hrály, ale také po většinu terapie mluvil a stejně jako chlapec B na hudbu nijak pohybově nereagoval. Také u tohoto chlapce jsem zkusila nereagovat, u něj to také zabralo až do chvíle než zase poznal hudební nástroj, který v muzice hrál. V takovém případě jsem mu to musela odsouhlasit, protože jinak pořád opakoval otázku: „Poznal jsem to?“

Dvou ze tří vybraných klientů, kteří umí mluvit a jsou schopni mi odpovědět na otázku, zdali se jim vybraný druh hudby líbí, jsem se na konci terapie zeptala na uvedenou otázku. Chlapec B mi potvrdil, že se mu vybraný hudební repertoár velice líbí a je s ním spokojený. Podobné reakce, ne však tolik intenzivní, jsem se dočkala také od chlapce C. Na chlapci B, však bylo poznat, že si muziky tolik nevšímá, protože když jsem se ho zeptala, na chvíli se ztišil, zaposlouchal se do muziky a až poté mi odpověděl. Chlapec C reagoval okamžitě.

Rondo ´ Veneziano – Magica melodia – druhé setkání

Výše uvedený hudební styl jsem si zvolila především proto, že na CD jsou pomalé melodie, které tak v polovině skladby nepatrně zrychlí a začínají mít výraznější rytmus. Songy stejně jako první CD stále nejsou doprovázeny zpěvem, jde jen o melodii provedenou hudebními nástroji. Toto CD mi přijde velmi harmonické, zklidňující, rovněž se dobře poslouchá a člověk u něj snadno začne relaxovat.

Zhodnocení reakcí na Rondo´ Veneziano

Z reakcí všech tří klientů bylo možné sledovat změny v chování a pohybové aktivity v souvislosti s vybraným hudebním repertoárem. U chlapce A bylo zklidnění pozorovatelné již od samého začátku terapie v místnosti pro SNOEZEL terapii. Přestože na vodním lůžku ležel ve stejné poloze jako při první terapii na začátku, tentokrát nevlínil matrací a jen klidně ležel. U chlapce C byl průběh úvodní části terapie shodný s prvním setkáním, ptal se mě, kde to vlastně jsme a co budeme dělat a další tomu podobné otázky. Tentokrát jsem byla připravená a na většinu otázek jsem dokázala odpovědět. To chlapci naprosto vyhovovalo, více otázky neopakoval. Chlapec B se mě hned po příchodu opět vyptával na několik otázek, v tomto okamžiku zajisté hrající muziku neregistroval. Na otázky jsem mu odpověděla a pak jsem se rozhodla, že budu stejně jako při prvním setkání reagovat jen minimálně, aby se chlapec mohl věnovat terapii.

Chování chlapce B se velice rychle změnilo, bylo to možné pozorovat již po pár minutách masáže dolních končetin. Úplně přestal mluvit, zklidnil se, zaposlouchal do muziky, což usuzuji z toho, že se díval po CD přehrávači a hledal, odkud muzika vychází. Já jsem také raději byla potichu, abych chlapce nerušila a on třeba opět nezačal pokládat otázky. Chlapec C tentokrát rovněž moc dlouho nemluvil, zeptal se mě, jestli může zase hádat, co tam hraje za nástroje. Odpověděla jsem mu, že zajisté může. Poté se ztišil a poslouchal muziku. Připadal mi oproti minulé terapii klidnější a hlavně soustředěnější.

Během fáze, kdy probíhá masáž horních končetin, se nic zvláštního neudálo, vše probíhalo skoro stejným způsobem jako ve fázi masáže horních končetin. Všichni tři chlapci leželi a relaxovali. Jen chlapec A reagoval na mírné zrychlení melodií vždy tím, že si začal velice potichu broukat. S broukáním po každé přestal, jestliže se melodie opět zpomalila nebo začala nová. V této fázi terapie jsem neměla důvod cokoli říkat, nechala jsem chlapce plně si vychutnat terapii a relaxování, svým mluvením bych je jen rozrušila.

Z rozhovoru s mluvícími chlapci jsem se opět dozvěděla, že s výběrem hudebního repertoáru byli spokojeni a líbil se jim. U vybraných klientů se dalo vypořádat zklidnění, díky kterému se uvolnili a neprojevovali se žádnou

pohybovou aktivitou, což jsem u uvedeného CD také předpokládala. Z reakcí klientů je možné ho doporučit jako vhodnou pomůcku pro relaxaci.

Enya – Shepherd moons – třetí setkání

Enyu – Shepherd moons jsem zvolila především proto, že to je dobrý přechod z velmi pomalé a lehce se zrychlující muziky do muziky rychle a rytmické. Toto CD obsahuje písně, které jsou stále ještě pomalé, ale také písně, které mají rychlejší tempo. Největší změnou je, že tentokrát již jsou doprovázeny milým hlasem zpěvačky. Melodie stále působí uklidňujícím dojmem, avšak rychlejší melodie mohou stimulovat pohybovou aktivitu u klientů.

Zhodnocení reakcí na Enya

Vliv vybrané muziky se těžko posuzoval, dle mého mínění na chlapce A vliv určitě měla. Na začátku přišel do místnosti velmi roztržitý, když si lehnul na matraci, přitisknul si nohy hodně blízko k tělu a ruce měl v křečovitě poloze. CD od Enya začalo pomalou písní, při které bylo možné sledovat postupné uvolňování chlapcových nohou. Dříve nohy natahoval až při masáži, kdy jsem na tom měla svůj podíl, nyní s povolováním začal sám, bez mého zásahu. Chlapec B již při vstupu do místnosti mluvil a nepřestal, přestože jsem se snažila ho nalákat na melodie, které v místnosti hrály. Vždy chvíli poslouchal a poté opět začal mluvit. Aby byl spokojený, tak jsem mu vždy odpověděla na danou otázku a poté ho požádala, aby byl chvíli potichu a poslouchal muziku. Doopravdy vydržel jen chvíli. Chlapec C se na začátku terapie vyptával na stejné otázky jako minule, kde je a co bude dělat apod. Poté se již zklidnil, sledoval světýlka, poslouchal muziku a broukal si. Stačilo jen odpovědět mu na otázky, které mi položil, pak byl spokojený.

Při masáži dolních končetin začala hrát rychlá a rytmická melodie, která chlapce A rozpohybovala, přetáčel se z boku na bok, anebo se snažil rozvlnit matraci. Začala jsem na chlapce mluvit, ptala jsem se ho, co to provádí. Dříve jsem na něj jen minimálně mluvila. Zadíval se na mě, usmál se a pokračoval v pohybování se. V této části terapie chlapec B na okamžik ztišil, začal hledat, odkud muzika vychází, otočil se na bok a zaklonil hlavu směrem k CD přehrávači. Následně na to, se mě začal vyptávat, co to je za muziku a pokračoval dál v mluvení. Leč jsem se snažila ho znovu upoutat, aby poslouchal muziku, nezabralo

to. Na chlapci C nebylo možné nic pozorovat, klidně, bez jakéhokoliv pohybu ležel na vodní posteli.

Během masáže horních končetin nám přestal hrát pomalý song a na řadu přišel opět song rychlý. To také způsobilo změny v pohybové aktivitě chlapce A. Do té doby byl klidnější než předtím, kdy se tolik pohybově projevoval. Začal mi brát masážního ježka s rukama, uhýbal do stran a hodně se tomu smál. Masážního ježka jsem mu nechala v ruce, protože se mu líbil, pořád si ho prohlížel a mačkal ho v dlani. Vzala jsem si ježka druhého, potom se také začal natahovat, vysvětlila jsem mu, že toho už mu dát nemůžu, že ho potřebuji k masáži. Chlapci C se díky masáži uvolnil spasmus ruky a on dokázal ruku narovnat, působil uvolněným dojmem a zrychlené tempo právě hrajícího songu na něj vliv nemělo.

Jednoznačně bylo možné poznat, že vybraný druh hudebního repertoáru neměl vliv na chlapce B. Myslím si, že to bylo dané především tím, že po celou dobu terapie mluvil a hudbu nevnímal. Přestože jsem se snažila ho na muziku navnadit, prosila jsem ho, aby na chvíli poslouchal, tak to vždy byla jen chvíle a on poté dál mluvil. Jinak vypadal spokojeně, což mi také potvrdil z rozhovoru a stejně jako chlapci C se mu muzika opět líbila. Naopak na chlapce A si myslím, že muzika vliv měla, protože před odchodem z místnosti stále hrála rychlejší melodie a on sám si sednul a mával rukama nad hlavou. Přišlo mi, že už nemá smysl ho požádat, aby si znovu lehnul, protože se stejně blížil konec terapie, tak jsem ho nechala sedět.

Songs and Dances of Sioux Apache, Kiowa Hopi Navajo – čtvrté setkání

Typ této muziky mi zvolila pracovnice denního stacionáře Jasněnka. Jedná se o typické indiánské melodie, které v průměru trvají jednu minutu, a přechod mezi jednotlivými skladbami skoro není poznat. Jsou to hodně rytmické melodie, kdy rozhodujícím hudebním nástrojem udávajícím právě uvedený rytmus jsou bubny a také zpěv indiánů, který není nijak složitý. Nejde o slovo, ale spíše opakující se hlásky a samohlásky.

Zhodnocení reakcí na Songs and Dances

Podle mého mínění vybraný hudební repertoár tentokrát vliv na pohybovou aktivitu vybraných klientů převážně neměl byt by se vzhledem k rytmičnosti bubnů

dal očekávat opak. Jediný, kdo opět dokázal nějakým způsobem reagovat na muziku, byl chlapec A, který vcházel do místnosti ve špatné náladě a byl nervózní, což se na něm dá poznat, když má ruku strčenou v ústech. Jeho stav mě překvapil, protože když jsem si pro něj přišla do třídy, v okamžiku jak mě uviděl, hned vstával ze židle, šel za mnou a usmíval se. Když jsem viděla, v jaké je při vstupu do místnosti v náladě, začala jsem na něj potichu mluvit, popisovala jsem mu, co budeme společně dělat. Po chvíli ležení na vodní matraci si ruku z úst vytáhnul a začal se rozhlížet po místnosti. U chlapce B i C začátek probíhal ve stejném duchu jako pokaždé, mluvili a pokládali mi otázky. A já jsem také reagovala jako při každé terapii, snažila jsem se jim, co nejlépe na otázky odpovědět, aby se už dále nevyptávali.

Tentokrát ve fázi masáže dolních končetin nastala u chlapce B neočekávaná změna, přestože se místností rozléhaly rytmické melodie indiánských kmenů, chlapec položil hlavu na stranu a jen tiše ležel. Pro mě to bylo znamení, že mám tiše sedět, dál provádět masáž a chlapce nevyrušovat. U chlapce C se mi podařilo dosáhnout toho, aby se do muziky zaposlouchal tím, že jsem po něm chtěla, aby mi řekl, které hudební nástroje tam hrají. Seděl klidně a napjatě poslouchal. V této fázi byl chlapec A relativně klidný, jen se párkrát přetočil z boku na záda a poté zpět. V této fázi, když jsem viděla, že je v lepší náladě, jsem s mluvením přestala.

Aktivněji se chlapec A začal projevovat v druhé polovině stimulace při masáži horních končetin, kdy se hodně pohyboval po vodním lůžku, vlnil matrací, také mi neustále bral z ruky masážního ježka. Stejně jako minule jsem mu ježka nechala a vzala jsem si druhého. Ke konci masáže se dokonce snažil napodobovat zvuky zpívajících indiánů. Když jsem se ho zeptala, jestli se mu to líbí, začal zvyšovat hlas a přitom se usmíval. Chlapec B neustále zůstával ve stejné pozici, relaxoval a především nemluvil. U chlapce C docházelo ke změně pohybové aktivity, ale ta byla vyvolaná především tím, že když uhodnul, který z hudebních nástrojů v daném songu hraje a já jsem mu to potvrdila a pochválila ho, tak zvednul ruce nad hlavu a snažil se o tlesknutí, ve kterém mu brání křeč v ruce.

Po konci terapie byl chlapec A rozesmátý a v dobré náladě, byl uvolněný a klidný a chlapec C byl ve vyrovnané náladě. Chlapec B byl na konci terapie uvolněný a při odchodu opět začal mluvit a vyzvídal, kdy půjdeme znovu

do místnosti pro senzomotorickou stimulaci. Když jsem ho dovedla do třídy, chlapec ke mně natahoval ruce, chtěl mě obejmout a říkal mi, že se těší, až znovu přijdu. Z rozhovoru, který vždy dělám s mluvícími chlapci po terapii v místnosti, jsem se dozvěděla, že vybraný hudební repertoár se ani jednomu z nich nelíbil a nebyli s ním spokojeni. Mě osobně byl druh hudby také velmi nepříjemný.

Výběr z taneční muziky – páté setkání

Již z názvu vyplývá, že se jedná o velmi rytmickou muziku ve stylu disco, která by měla člověka donutit k nějakému pohybu. Snažila jsem se vybrat doopravdy melodie, které se příjemně poslouchají a přitom jsou dostatečně rytmické. Nejčastěji se místností linuly zremixované moderní songy posledních dob, např. Rihanna – Russian Roulette (Max Methods Remix), Pussycat dolls – hush hush (i will survive remix) apod.

Zhodnocení reakcí na výběr z taneční muziky

Z reakcí klientů a především dle pohybové aktivity bylo možné zhodnotit vliv výběru z taneční muziky za stoprocentní. Dokonce i chlapce A, o kterém mi bylo řečeno, že je ten den velmi unavený, muzika rozpohybovala a únava na něm nebyla v žádném případě znát. Přestože chlapec B tradičně na začátku terapie mluvil, posléze se začal vrtět do rytmu, což byl důkaz toho, že muziku vnímá. Jediný chlapec C se pohybově neprojevoval, pokládal mi otázky a jen v klidu ležel. Otázky se každou terapii opakují, ptával se mě: „Budeme poznávat zvuky?“, a moje odpověď byla také vždy stejná: „Pokud chceš, tak můžeš poznávat zvuky, které nám tu hrají.“.

Změna u chlapce C nastala již v době masáží dolních končetin, kdy začal zvedat ruce a házel s nimi nad hlavou. Usmíval se a ptal se mě, co to je za písničku, protože se mu moc líbí. Ve chvíli, kdy jsem mu odpověděla, tak název písničky ještě jednou zopakoval, aby se ujistil, že mi správně rozuměl. Chlapec A projevil největší pohybovou aktivitu za celou dobu, co jsme navštěvovali místnost. Při písničce, ve které se tleskalo, začal také tleskat a to vydržel až do konce dané písně. Když jsem zkusila společně s ním tleskat, nahlas se rozesmál. Chlapec B na chvíli přestal mluvit, ale na druhou stranu se začal přetáčet z boku na bok, tím pádem se mi velmi těžko prováděla masáž. Zeptala jsem se ho, jestli mám s masáží

přestat, odpověděl, že nechce, přesto se dál pohyboval a mně se masáž špatně prováděla.

Aktivita chlapce A trvala i nadále v části masáže horních končetin. Na začátku masáže ležel, ale pak se rozhodnul si sednout a buď se nahlas smál, nebo vydával neartikulované zvuky. Sám si zvolil, že bude sedět, proto jsem ho nenutila, aby si zpět lehnul a nechala jsem ho v sedu. Chlapec B byl oproti předchozí části klidnější, přestal se přetáčet na boky a ležel na zádech. S rukama nic nedělal, ale pořád zvedal nohy, s jednou si začal poťukávat do rytmu muziky. Já jsem v klidu pokračovala v masáži a také na chlapce nemluvila. Chlapec C vždy kýval s rukou, kterou jsem mu nemasírovala. S nohama nic nedělal, protože ty používá jen minimálně. Položila jsem mu otázku, jestli by si chtěl zatancovat, hned zbystril. Pomohla jsem mu posadit se, vzala jsem ho za ruce a společně jsme se vlnili do rytmu písně. Aniž bych se musela chlapce ptát, sám mi řekl, že se mu to líbí.

V poslední části stimulace pohybová aktivita chlapce A úplně vymizela, ač hrály stejně rychlé písničky jako předtím. Volně ležel na vodním lůžku a na chvíli zavíral oči. Myslím si, že se opět ozvala jeho únava, čemuž se nedá divit. Proto jsem ho také nechala ležet a odpočívat. Chlapec B již také nebyl tolik aktivní, spíše se zase začal hodně vyptávat. Nezbyvalo mi nic jiného než mu na otázky odpovídat. Jedinému chlapci C vydržela pohybová aktivita až do úplného konce, když jsem ho vyvážela na vozíku z místnosti, ještě pořád byl čilý a házel rukama. Z rozhovoru a stejně tak i z reakcí klientů bylo zřetelné, že se jim výběr dnešního hudebního repertoáru líbil.

Prodigy - Their law – The singles 1990-2005 – šesté setkání

Již z názvu je mnohým jasné, že se bude jednat o „tvrdou“ muziku. Jde o kombinaci progresivního rocku a metalové muziky. Písničky jsou hodně rychlé, rytmické, výrazná a často se v nich vyskytuje zvláštní hudební prvek, který se po celou dobu písničky opakuje. Toto CD obsahovalo velké množství songů, proto jsem vybrala jen pár z nich, byly to Smack my bitch up, Breathe, Woodoo people nebo No good.

Zhodnocení reakcí na Prodigy

Nelze říci, že vliv hudebního repertoáru Prodigy na pohybovou aktivitu byl stoprocentní, ale chlapec A i chlapec C reagovali na muziku víc, než jsem očekávala, že by mohli. Oproti tomu chlapec B reagoval opačným způsobem. Chvilí si se mnou povídal nebo spíše mi pokládal otázky, ale pak přestal mluvit a jen nehybně ležel. Chlapec C byl od samého začátku aktivní, do místnosti jsem ho přivezla na vozíku, jak jsem ho přendávala na vodní lůžko, již hrálo CD. Chlapec se mě po chvíli poslouchání zeptal: „Co je to za divočinu?“, a hlasitě se přitom smál, výjimečně také pohyboval nohama, krčil ruce a házel sebou. Samotnou mě to velmi překvapilo, až jsem musela chlapci říct, že s ním ta muzika pěkně šije. Chlapec A byl zpočátku klidnější, ležel a lehce pohupoval vodní hladinou matrace. Přidala jsem se k němu, položila jsem ruce na matraci a také vlnila jsem s ní.

Při masáži dolních končetin, která se u chlapce A velmi špatně prováděla, již jeho pohybová aktivita nabírala pořádných obrátek. Přihrčil nohy a dělal tzv. kolébku, což rozvlnilo vodní matraci natolik, že jsem na ní nemohla sedět. Musela jsem se zvednout a přitom jsem se ho zeptala s humorem, že mě určitě chtěl z postele vyhnat. Tomu se chlapec A neuvěřitelně smál a házel rukama. U chlapce C se masáž nohou dala provádět, protože ten spíše sem tam zvednul ruce a především se vždy soustředil na to, až píseň skončí, jestli začne nová stejně divoká. Bylo tomu tak a on reagoval vždy stejným způsobem, hlasitě se smál a říkal, že začala nová divočina. Zvláštní bylo, že když jsem se ho zeptala, jestli se mu muzika líbí, odpověděl ne, což jsem nečekala.

U masáže horních končetin se chlapci A a C vyměnili. Tentokrát bylo možné masáž provést u chlapce A, který již byl klidnější, ale pořád se pohybově projevoval. Neustále nadzvedával zadek a vlnil matrací, přitom se smál a vypadal velmi spokojeně. U chlapce C se masáž provést nedala, protože intenzivně házel rukama, také se snažil zvedat z matrace, celkově byl velmi čilý a aktivní. Snažil se tleskat rukama, což se mu také podařilo, pořád se smál a opakoval, že posloucháme divočinu. I když jsem mu popsala masáž, kterou bych na něm chtěla aplikovat, nepřestal s rukama házet a masáž se prováděla velmi těžko.

Pohybová aktivita i dobrá nálada u obou chlapců přetrvávala až do úplného konce. Chlapec C hned po příjezdu do třídy všem popisoval, co jsme dnes

poslouchali za muziku. Kdežto u chlapce B se pohybová aktivita vůbec neprojevila, dnešní terapii strávil relaxováním a naprostým uvolněním. Jen jednou zareagoval na ruch přicházející z chodby, zeptal se mě, co to je a dál pokračoval v relaxování. Jinak se mu hudba líbila. Chlapce C jsem tuto otázku položila ještě jednou, ale znovu odpověděl, že se mu hudební repertoár nelíbil.

11.3 Interview

Jak jsem již jednou uvedla, interview jsem prováděla v obou zařízeních s pracovníky provádějící stimulaci. V domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum jsem interview vedla se 2 pracovníky, kdy jedna je spíše zaměřená na stimulaci v místnosti pro prenatální terapii a druhá se specializuje na stimulaci v místnosti pro SNOEZEL terapii. V denním stacionáři Jasněnka, kde mají jednu místnost pro terapii, nemají jednu konkrétní pracovníci zaměřující se na stimulaci v místnosti pro SNOEZEL terapii. Proto jsem interview prováděla se třemi pracovníky. Každá z pracovníků z uvedeného zařízení je vychovatelkou ze třídy, do které daný klient chodí.

Cílem interview bylo zjištění, od kterého roku místnosti pro stimulaci v jednotlivých zařízeních využívají, dále jak často místnost využívají, co se v místnosti osvědčilo, tj. co se klientům nejvíce líbí, co je pro ně dobré. Další otázkou jsem zjišťovala úspěchy v terapii, dále na co se nejčastěji zaměřují při stimulaci a zdali pracovníci, kteří aplikují stimulaci, se domnívají, že terapie má svůj význam a vliv.

Díky interview jsem dospěla k informacím, že v domově pro osoby se zdravotním postižením využívají místnosti pro prenatální terapii více jak 12 let a místnost pro SNOEZEL terapii přibližně 5 let, tudíž již mají v této oblasti značné zkušenosti. Oproti tomu v denním stacionáři Jasněnka začali místnost pro SNOEZEL terapii využívat teprve v minulém školním roce, to je ve školním roce 2008/2009. Samotné pracovníky zařízení provádějící stimulaci mi potvrdili, že zkouší, které metody a doplňky se v místnosti nejlépe osvědčí.

Protože ve Vincentinu jsou obě místnosti pro senzomotorickou stimulaci už řadu let a také především protože je v zařízení velké množství klientů, tak obě místnosti využívají každý den, tak aby se tam vystřídal, co nejvíce klientů.

V Jasněnce se snaží do místnosti přicházet v pravidelných intervalech jednou až dvakrát za týden. Mají stanovené pořadí, kdy která třída a v kterou časovou dobu místnost navštíví. Pracovnice se také shodly na tom, že v zimním období využívají místnosti častěji než v době, kdy začíná být venku pěkně. Odpovědí jedné z pracovnic bylo: „To raději vezmu klienty ven na čerstvý vzduch a procházku, protože v místnosti je teplo, k tomu matrace hřeje a často se tam nedá vydržet.“

Na otázku: „Co se Vám v místnosti osvědčilo, co je dobré používat?“ byly odpovědi rozličné. V Jasněnce se nejvíce shodli na odpovědi, že klienty do místnosti láká vodní postel, také veškeré osvětlení místnosti, hudba a masáže. Zbytek odpovědí bylo jen vyjmenování nejrůznějšího vybavení místnosti, jako jsou zvukové hračky, vodní válce a jiné. Pracovnice provádějící stimulaci na Vincentinu měly jiný pohled. Především se shodly na odpovědi, že neexistuje nic, co by se klientům nelíbilo nebo co by jim vyloženě vadilo. Pracovnice provádějící stimulaci v SNOEZEL terapii odpověděla: „Především záleží na náladě klienta, není možné jednoznačně odpovědět, že všem se líbí to nebo ono, je to hodně individuální záležitost.“

Ve Vincentinu již byli schopni zaznamenat úspěchy v terapii, protože klienti místnosti navštěvují pravidelně mnoho let, takže se jim na následující otázku odpovídalo lépe. Dozvěděla jsem se, že díky terapii se klienti učí lépe a především déle udržet zrakový kontakt. Klienti, kteří dříve měli problémy s doteky, si na ně po několika terapiích zvykli a nyní se jim nebrání. Také jestliže je do zařízení přijat nový klient zpočátku ho hodně berou do místnosti, kde lépe dochází k navázání kontaktu. „Je to dáno tím, že tam jsme jeden na jednoho, neruší nás křik a pláč jiných klientů. Nový klient se může uvolnit, má tam klid a není v takovém stresu.“ V Jasněnce měla odpověď na tuto otázku spíše všeobecný charakter, tedy že v místnosti dochází ke zklidnění, všichni tam jsou spokojení. Jedna z pracovnic řekla: „Myslím si, že terapie v místnosti pro těžce handicapované klienty má větší přínos, než kdybych je ve třídě učila počítání do deseti, které nikdy nevyužijí.“

K jednoznačné shodě došlo v odpovědích na otázku: „Co nejčastěji stimulujete?“ Zde nehrálo žádnou roli, jak dlouho nebo jak často místnost pro senzomotorickou stimulaci využívají. Pracovnice provádějící stimulaci z obou zařízení mi odpověděly stejným způsobem, nejčastěji se stimuluje sluch a zrak,

respektive při každé návštěvě místnosti. Méně častěji se stimuluje hmat a oblast hrubé a jemné motoriky.

Ke stejné shodě rovněž došlo při odpovědích na poslední otázku, zdali má terapie význam. Každá z pracovnic, ať už má nebo nemá zkušenosti v této oblasti, odpověděla, že určitě terapie v místnosti má svůj význam, především kvůli stimulaci, které se jim málokde dostane v takové míře jako právě v této místnosti. „Jde o citovou záležitost, když jsou klienti na pokojích, tak jim nejsme schopné všem projevit citovou náklonnost, tady je to však možné. Tady mají kam utéct před tím vším kraválem, dostává se jim tady soukromí, které běžně na pokojích nemají.“, řekla pracovnice z Vincentina zabývající se SNOEZEL terapií.

Z rozhovoru bylo možné vycítit dosavadní malou zkušenost pracovnic v Jasněnce s využíváním místnosti pro SNOEZEL terapii.

12 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Závěrečná kapitola praktické části se především věnuje předem stanoveným hypotézám a tomu, zdali došlo k jejich naplnění nebo naopak, a za jakých podmínek.

Z výsledků pozorování není možné potvrdit první hypotézu, která předpokládala, že aplikace odlišných silic může ovlivnit změny v chování klienta. Účinky nebyly úplně průkazné pro ověření kombinace masáží s aromaterapií na zklidnění a změny v chování u jednotlivých klientů. Provonění místnosti sice zpříjemňovalo pobyt v ní, ale bylo možné pozorovat reakci spíše na vlastní masáž, než na použité esence. Ověření vlivu vůní na stimulaci klientů s daným stupněm postižení si nejspíš vyžaduje dlouhodobější a možná i intenzivnější práci s nimi.

Druhá hypotéza, to znamená, změnou hudebního repertoáru dosáhneme také změny pohybové aktivity klienta, se do jisté míry naplnila. Vnímavější klienti a především ti, kteří během terapie nemluvili a poslouchali hudbu, na změnu hudebního repertoáru pohybovou aktivitou skoro vždy reagovali. Pomalá a relaxační muzika působila velice příjemným a zklidňujícím dojmem. Proto pokud chceme, aby u klienta došlo v místnosti k uvolnění a zklidnění, můžeme tento hudební

repertoár jen doporučit. Stejně jako u předchozího ověřování hypotézy by bylo vhodné aplikovat dlouhodobější a rovněž intenzivnější práci s vybranými klienty, aby bylo možné zvolenou hypotézu stoprocentně potvrdit.

Poslední, tedy třetí hypotéza se věnovala tomu, zdali pracovníci, kteří aplikují stimulaci, se domnívají, že terapie má svůj význam a vliv. Tato hypotéza byla stoprocentně naplněna, z interview vyplynulo, že všechny pracovnice jsou přesvědčeny o vlivu a především významu SNOEZEL terapie v místnosti tomu určené, ať už mají zkušenosti dlouholeté nebo teprve s terapií začínají.

III. ZÁVĚR

Problematika stimulace klientů s kombinovaným postižením je v posledních letech stále více probírána, zvláště když se jedná o klienty umístěné v rezidenčních zařízeních. Je to dáno tím, že osobám s postižením žijícím v rodinách je dáván veškerý čas opatrující osoby, kdežto klientům se závažným kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením je poskytována především ošetrovatelská, méně pak výchovná a terapeutická péče. Proto se v poslední době objevují tendence dopřát těmto klientům potřebnou stimulaci, která by také mohla zabránit vzniku deprivace, respektive oslabit její negativní účinky.

Díky studiu i praktické činnosti při zpracování bakalářské práce jsme se mohli podrobně seznámit s problematikou stimulace klientů s kombinovaným postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Rovněž získat nové informace v této oblasti a mohli jsme se hlouběji zabývat problematikou, se kterou se autorka poprvé seznámila právě ve Vincentinu. Při vypracovávání teoretické části jsme mohli zjistit, že pro tyto nové metody stimulace je potřeba mít určité předpoklady, aby bylo možné je vykonávat. Také jsme se dozvěděli, že pro mnohé z metod je nezbytnou součástí mít připravené prostředí, bez kterého by stimulace neplnila svůj účel.

Prostřednictvím praktické části si autorka také mohla vyzkoušet, jaké to je pracovat s klienty s kombinovaným postižením. Při návštěvách v domově a v denním stacionáři byla poučena, jak správně děti při stimulaci masírovat a měla možnost se těmto masážím naučit. Naučené masáže následně užila při návštěvách místnosti pro SNOEZEL terapii. Práce na praktické části také poskytla příležitost hlouběji se ponořit do problematiky používání masážních olejů a esencí. Mohli jsme sledovat, zda účinky, které jsou uvedené v odborné literatuře, jsou při užití těchto esencí a olejů prokazatelné.

Cílem práce bylo ověřit vybrané konkrétní metody stimulace a také zda použití odlišné silice a odlišné hudby při dodržení shodnosti ostatních podmínek způsobí pozorovatelné změny v chování klienta. Z pozorování docházíme k závěru, že předem stanovené cíle jsme naplnili. Protože díky ověřování konkrétní metody

jsme u pozorovaných klientů způsobili změny, ať už v oblasti pohybové aktivity, vnějších projevů nebo v typických projevech chování.

Doufejme, že bakalářská práce nebude přínosem jen pro samotnou autorku, ale zvýší obecné povědomí o problematice, kterou se v ní zabývala. Díky ní jsme mohli získat nové zkušenosti a poznatky, které předpokládáme, že obohatily.

IV. SEZNAM POUŽITÉ A DOPORUČENÉ LITERATURY

EISOVÁ, A. *Péče o děti s kombinovanými vadami*. 1.vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1982.

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

HAŠPLOVÁ, J. *Masáže dětí a kojenců*. 3.rozš.vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-125-5.

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika*. Bratislava : Perfekt, 1999. ISBN 80-8046-126-0.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JONAS, R. *Zázračná cesta na svět*. 1.vyd. Praha : Slovart, 2001. ISBN 80-7209-354-1.

KANTOR, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1.vyd. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2.vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc : Studio Nakladatelství Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1.vyd. Praha : Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha : Panorama, 1986. brož. 11-060-86.

MOJAY, G. *Aromaterapie pro léčení duše*. Praha : Alternativa, 2000. ISBN 80-85993-64-3.

MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.

MŮLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NOVÁKOVÁ, B., ŠEDIVÝ, Z. *Praktická aromaterapie*. Praha : Pragma, 1996. ISBN 80-7205-371-X.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

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

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

ROMANOWSKA, B. *Muzikoterapie, ladičky a léčení zvukem*. 1.vyd. Frýdek-Místek : Alpress, 2005. ISBN 80-7362-067-7.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*. 2.vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-103-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, M., MŮLLER, O. *Psychopedie*. 3. aktualiz. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 2.vyd. Bratislava : Sapiencia, 2002. ISBN 80-967180-7-X.

WALKER, P. *Dětská masáž*. 1.vyd. Praha : Svojtka a Vašut, 1996. ISBN 80-7180-112-7.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

TYL, J. *Prenatální učení: jak psychologie pomáhá medicíně*. [online]. 2009, [cit.22-11-2009] Dostupné na WWW: <www.babyplus.cz/vyzkum/prenatalni_uceni.html>

LÍSKOVCOVÁ, V. *Barvy a psychika života*. [online]. 2009, [cit.15-12-2009] Dostupné na WWW: <www.maturita.cz/referaty/referat.asp?id=5204>

www.muzikoterapie.cz [cit. 19-12-2009]

V. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Levandule

Příloha č. 2 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Bazalka

Příloha č. 3 Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Santalové dřevo

Příloha č. 4 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Grapefruit

Příloha č. 5 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Rozmarýn

Příloha č. 6 Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Ylang - ylang

Příloha č. 7 Fotodokumentace

Příloha č. 1 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Levandule

Jedná se o polokeřík, který je trsnatě větvený a je až 60 cm vysoký. Jeho listy jsou přisedlé, čárkovité, na okrajích podhrnuté. Květy jsou modravě šedé, drobné a uspořádané do chudých lichopřeslenů. Kvete v červenci až srpnu. Plody jsou čtyři drobné tvrdky. Pro tuto rostlinu je charakteristická příjemná vůně.

Název levandule pochází z latinského „lavare“, můžeme přeložit jako omývat se. S velkou oblibou byla levandule přidávána do koupelí. Řekové, Římané a Peršané ji spalovali u lůžek nemocných jako dezinfekci, patřila v té době k nejužívanějším aromatickým rostlinám. Hojně se také užívala v lékařství a kosmetice.

Do světa se levandule dostala pravděpodobně díky Římanům a okamžitě si získala oblibu žen. Používala se jako parfém a při slavnostních příležitostech se rozhazovaly květy této rostliny po podlahách domů a kostelů. V době, kdy řádil mor, se spalovala jako dezinfekce u nemocných. Přišlo se také na to, že levandule je výborný přípravek proti vším. Ženy tuto rostlinu často užívaly proti stárnutí. Používala se ve formě nálevů a čajů, pokud se jednalo o lékařské účely. V arabských zemích se užívala jako prostředek, který ulehčuje vykašlávání a antispazmatikum, v Evropě našla uplatnění především při hojení ran.

Způsob získávání silice: Parovodní destilace květů. Silici získáváme z květenství a ze stonku.

Účinky: Patří k silicím s nejširší paletou použití, neředěnou je možné ji použít jen na kůži a na sliznice. Dokáže uklidnit při nervovém napětí, hysterii, depresi a nespavosti, působí při nervovém vyčerpání, regeneruje buňky pokožky, používá se na léčbu popálenin, zánětlivého onemocnění pokožky, ekzémů, vředků, bolesti hlavy, migrény (dáváme tři kapky na cukr). Používá se jako analgetikum, antispazmatikum, při dýchacích obtížích, bronchitidě, chřipce, laryngitidě, krční infekci a menstruační bolesti (přidáme do masážního oleje a vmasírujeme do břicha a dolní části zad). Dokáže radikálně snížit krevní tlak. Dobře působí při štípnutí hmyzem: vtíráme neředěnou silici, také při revmatické a svalové bolesti. Můžeme ho použít jako repelent, je to osvědčený prostředek proti vlasovým vším – je nutné vetřít neředěnou silici do vlasů, také je účinný proti molům, levandulovou silici můžeme nakapat na tampón a vložit do šatníku. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 2 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Bazalka

Jde o bylinu, která je až 40 cm vysoká, má jednoduchou nebo větvenou lodyhou. Listy této rostliny mají řapíkatý nebo vejčitý tvar. Koruna květů má bílou, žlutobílou nebo narůžovělou barvu. Kvete od června do září. Pro rostlinu je charakteristická osobitá vůně.

Jméno bazalka je odvozeno z řeckého „basalikon“, což znamená „královská mast“. Díky své zvláštní jemné vůni patří bazalka k důležitým kuchyňským bylinám. Bazalka pochází z Indie, kde věřili, že má božskou moc. Indové na ni přísahali u soudu. Ještě nyní se v některých řeckých ortodoxních církvích stále používá k přípravě svčené vody. Na mexickém venkově je používána v lidové magii jako prostředek k získání peněz nebo k přivábení zatoulaného milence.

Názory na bazalku jsou různé. Někteří si ji spojovaly s nenávisť a neštěstím, jiní zase naopak s láskou. Rozdílné názory se objevovali i na aplikační metody při léčbě onemocnění.

Bazalka se v Evropě objevila asi v 16. století. V naší zemi se dříve široce pěstovala. Dodnes jsou známé některé lidové písně, které přisuzují bazalce schopnost zachovat lásku. Středověcí bylináři používali bazalku ke zlepšení nálady. Bazalka se hojně používá také v indické medicíně.

Způsob získávání silice: Parovodní destilace kvetoucí natě.

Účinky: Silice bazalka patří mezi nejúčinnější aromaterapeutické nervové tonikum. Jedná se o těkavý olej, který má aktivizující vlastnosti a dokáže zlepšit náladu. Napomáhá koncentraci, působí jako antidepresivum, antiseptikum, antispazmatikum, na nervozitu a úzkost, nespavost, mentální vyčerpanost, bolesti hlavy (migrény). Obecně tonizuje, osvěžuje, pomáhá při bronchitidě, dýchacích problémech, nachlazení, ucpaných dutinách, snižuje horečku, podporuje pocení, trávení, pomáhá při žaludečních obtížích, nevolnostech, zvracení, při menstruačních bolestech. Můžeme ho užít jako repelent a při štípnutí hmyzem.

Doporučená kombinace: Geranium, majoránka, yzop, bergamot, meduňka, levandule

Upozornění: Není vhodné používat v těhotenství. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 3 Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Santalové dřevo

Santal je strom, který dorůstá do výšky 10-30 m. Má kvítky rudé, žluté nebo fialové barvy, kterých je 4-5 na stopce. Tento strom se řadí mezi nejpomaleji rostoucí dřeviny. Santal často najdeme na kořenech jiných rostlin, nejčastěji na některých bambusech a palmách, jde o poloparazita. Abychom mohli vyrobit silici, musíme použít pouze střední část kmene a to až ve stáří rostliny 30 let. V Indii jsou tyto stromy chráněny státem a je zakázáno je kácet - ať již na soukromých pozemcích či pozemcích náležejících církvi - dříve, než strom dosáhne věku 30 let. Čerstvé dřevo téměř nevoní, vůně se vyvíjí až při sušení.

Santalové dřevo se již v dřívějších dobách používalo k náboženským účelům, k balzamování a v kosmetice. Ve starověké Indii byl považován za všelék, ale především se používal k léčení problémů související s pohlavním a močovým traktem. Jako parfém a také součást řady kosmetických přípravků se santalové dřevo používalo v Indii a v Egyptě. Protože je santalové dřevo odolné proti termitům, využívalo se ke stavbám a k výrobě dekorativních předmětů.

Způsob získávání silice: Parovodní destilace rozdrčeného dřeva.

Účinky: Má antiseptické účinky, rovněž má ochlazující a zvlhčující účinky, zklidňuje kůži. Zbavuje strachu, olej obsahuje látky, které mají uklidňující účinek na žaludek, zmírňují křeče, zejména v trávicím ústrojí, a záněty. Santalové dřevo je antidepresivum, celkově zklidňuje nervový systém, působí jako afrodiziakum a sedativum. Jeho účinky jsou osvědčené při nespavosti, psychosomatických obtížích, bronchitidě, kataru, kašli a laryngitidě. Usnadňuje odkašlávání, stimuluje trávení, nevolnost, zvracení, průjmy, chronické záněty sliznice pohlavního a močového traktu

Doporučené kombinace: Černý pepř, ylang-ylang, kadidlo, cypřišek, citron, jasmín.

Upozornění: Silici není vhodné požívat při akutních ledvinových potížích a v těhotenství. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 4 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Grapefruit

Grapefruit je středně vysoký strom, který dorůstá výšky 10 m. Tento strom je původem z Antil. Jeho listy mají vejčitý až oválný, tupě špičatý tvar. Strom má velké, většinou kulovité plody. Největším pěstitelem je USA.

Právě grapefruity patří k historicky nejmladšímu citroníkovému ovoci. Jejich vzniku předcházely ve 12. – 13. stol. objev citroníku největšího – Adamova jablka (*Citrus maxima*) v jihovýchodní Asii, Thajsku a Malajsii. Tento druh ovoce byl v Evropě známý pod názvem „pompel“ nebo „Asyrské jablko“. Jeho plody se podobají malým melounům, které váží až 1 kg. Dříve se tyto plody jedly slazené nebo se polévaly vínem a také se zavařovaly s cukrem. V 17. století se v Karibské oblasti, kde se pěstovaly také pomerančovníky, objevilo Asyrské jablko. Díky vzájemnému křížení, ať už bylo plánované nebo došlo k samovolné mutaci, vznikl chutnější grapefruit. K tomuto křížení došlo na ostrově Barbados kolem roku 1950 a o něco později na Jamaice. Svůj další název „šedoky“ získaly grapefruity po kapitánu Shaddokovi, který se především věnoval přepravě plodů.

Způsob získávání silice: Lisování čerstvého oplodí za studena.

Účinky: Grapefruit je stimulační a osvěžující činitel. Vykazuje významné antidepresivní a antiseptické účinky a zároveň pozitivní efekt při respiračních problémech či běžném nachlazení. Působí jako psychostimulant i uklidňující činitel při nervozitě a bolestech hlavy. Je vhodný pro koupele a masážní směsi určené k celkovému posílení organismu a podpoření schopnosti soustředit se. Používá se na akné, celulitidu, při svalové slabosti, podporuje trávení a má žlučotvorné účinky. Také se užívá při únavě, nátkách, chřipce a při předmenstruačních těžkostech. Je dobrý k dezinfekci, detoxikaci a k osvěžení vzduchu. Bez obav jej mohou používat i těhotné ženy.

Doporučená kombinace: Levandule, citrusové silice. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 5 Obecná charakteristika užitých vonných esencí - Rozmarýn

Rozmarýn je stálezelený keř, který dorůstá výšky až 2m. Tato rostlina má květy, které jsou dvoupyské se světlomodrou až fialovou korunou, listy jsou čárkovité, kožovité, celokrajné. Plody jsou tvrdky. Kvete od června do srpna.

S rozmarýnem je spojená bohatá historie. Ve starověku se pěstoval jako zahradní rostlina a byl spojovaný s ochrannou schopností, především před zlými duchy, proto se často používal jako okrasná rostlina na svatbách, a na pohřbech. V Římě si nosili studenti ke zkouškám větvičku rozmarýnu pro zbystření myšlení. V Anglii se používal na zahánění zlých duchů. Ve Francii ji pokládali k lůžkům nemocných, ochucovali jím zázvorové pivo a víno a také ho používali k odpuzování molů. Do soudních síní byly dávány větvičky rozmarýnu, aby se zabránilo šíření moru. Používal se také k přípravě zkrášlující a čistící obličejové lázně. Rozmarýn se také užíval jako lék na dnu. Ve Španělsku je svázaný s náboženskými tradicemi. O rozmarýnu se říká, že se mu nejlépe daří tam, kde v domácnosti vládne žena.

Způsob získávání silice: Parovodní destilace listů.

Účinky: Jedná se o silně stimulující a harmonizující silici. Stimulace nervová – únava, úzkost, návaly slabosti, napomáhá koncentraci, bolesti hlavy, migréna, dále antiseptikum, analgetikum, antispazmatikum, adstringentní, bronchitida, nachlazení, chřipka, podporuje pocení, podporuje žaludeční činnost, karminativum, střevní obtíže, průjmy, diuretikum, stimuluje menstruační činnost (masážní olej s dobromyslem, jalovcem), revmatismus, svalové bolesti (masážní olej s citronem, levandulí, majoránkou a jalovcem), nedokrevnost končetin – koupele (s šalvějí, jalovcem a kafrem), hojivé působení, brání vzniku jizev, normalizuje nízký krevní tlak, stimuluje srdeční činnost.

Doporučené kombinace: Bergamot, levandule, majoránka, dobromysl, jalovec, heřmánek, meduňka, růže, máta peprná, citron, pomeranč, bazalka.

Upozornění: Tuto silici není vhodné používat při vysokém krevním tlaku, epilepsii a v těhotenství. Neměla by se užívat u dětí do 6 let. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 6 Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Ylang - ylang

Jedná se o stálezelený tropický strom, který dorůstá do výšky 8-13 m. Tento strom má listy dlouhé 7-20 cm s elipsovitém tvarem. Žluté květy se tvoří na starším dřevě, okvětní listy mají jazykovité, 7 cm dlouhé korunní lupínky. Květy jsou zelenožluté s červeným středem a rostou ve shlucích po třech až čtyřech. Zralé plody mají černou barvu a podobají se olivám.

Název ylang – ylang znamená květina květin. V Malajsii a Indonésii používají domorodci květy na zdobení při slavnostních příležitostech, a také z nich vyrábějí pomádu proti horečce a pomádu na vlasy po koupeli. Silice se je často využívána ve voňavkářství, ale uplatnění najde také v potravinářství.

Způsob získávání silice: Parovodní destilace květů.

Účinky: Tato silice je známá svými afrodiziakálními účinky. Je vhodná k použití v aromalampě pro navození příjemné atmosféry. Působí na psychiku, celkově harmonizuje a posiluje organismus. Uvolněním od stresu a navozením pohody a klidu přispívá i k lepšímu usínání. Je antidepresivní, antiinfekční, protizánětlivá, protiparazitní, hypotenzní, uklidňuje, sexuálně posiluje. Tradičně je využíván při impotenci a frigiditě. Obecně se též používá při strachu, napětí a nervozitě. Snižuje krevní tlak, mírní střevní infekce. Je potvrzeno její působení proti malárii, tyfu a střevním infekcím. Zklidňuje bušení srdce.

Doporučené kombinace: Většina silic, jasmín, vetiver, nerol, růže, citrusy, santal.

Upozornění: Dlouhodobá inhalace může způsobit bolest hlavy. (Nováková, Šedivý, 1996).

Příloha č. 7 Fotodokumentace



Obrázek č. 1 – vodní postel



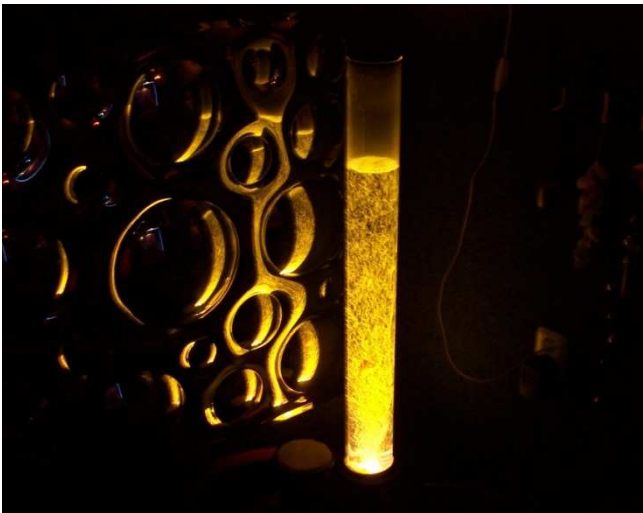
Obrázek č. 2 – světelné lampy a CD přehrávač



Obrázek č. 3 – disco koule



Obrázek č. 4 – světelný had na vodní posteli



Obrázek č. 5 – osvětlený vodní válec



Obrázek č. 6 – látková kopule (nebesa)



Obrázek č. 7 – prostředí místnosti při terapii

VI. ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Kallerová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Stimulace klientů s kombinovaným postižením v domovech pro zdravotně postižené
Název v angličtině:	Stimulation of clients with combined handicap in nursing homes for disabled people
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá novými metodami stimulace klientů s kombinovaným postižením. Teoretická část práce se věnuje vymezení pojmů kombinované vady, prenatální terapie, senzomotorická stimulace, která dále zahrnuje bazální stimulaci a SNOEZEL terapii. V této části je také zmínka o ústavní péči a o vztahu klienta a pracovníka při stimulaci. Praktická část absolventské práce je věnována ověření působení jednoduché formy senzomotorické stimulace u několika konkrétních klientů domova pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum pomocí aromaterapie a masáží a občanského sdružení Jasněnka pomocí muzikoterapie a masáží. Hlavním bodem praktické části je pozorování změny nálad a chování klientů v důsledku stimulace.
Klíčová slova:	kombinované postižení, prenatální terapie, bazální stimulace, SNOEZEL terapie, domovy pro osoby se zdravotním postižením
Anotace v angličtině:	The bachelors thesis deals with new methods of stimulation of people with multiple disabilities. The theoretical part of the thesis deals with definition of terms, such as multiple disabilities, prenatal therapy, sense-motion stimulation, which includes basal stimulation and SNOEZEL therapy. In this part there is also a mention of an institutional care and about relationship between client and attendant during the stimulation. The practical part of the bachelor thesis aims on verification of effects of simple form of sense-motion stimulation on a few particular clients of home for disabled people Vincentinum by aromatherapy and massages and civic association Jasněnka by music therapy and massages. Main point of practical part is an observation of mood and behavior changes of clients due to stimulation.

Klíčová slova v angličtině:	multiple disabilities, prenatal therapy, basal stimulation, SNOEZEL therapy, homes for disabled people
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Levandule Příloha č. 2 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Bazalka Příloha č. 3 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Santalové dřevo Příloha č. 4 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Grapefruit Příloha č. 5 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Rozmarýn Příloha č. 6 – Obecná charakteristika užitých vonných esencí – Ylang – ylang Příloha č. 7 - Fotodokumentace
Rozsah práce:	83 s.
Jazyk práce:	CZ