

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA**

**V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Iveta Cuchalová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Iveta Cuchalová**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**SNOEZELLEN, MOŽNOSTI VYUŽITÍ U KLIENTŮ  
S MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2012

Vložit prázdný list Zadání BP

Vložit prázdný list seznam literatury

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji vedení a pracovníkům zařízení IC Zahrada a Alka o.p.s. za možnost absolvování odborné praxe a získání zkušeností se Snoezelenem.

## Anotace

Příjmení a jméno: Cuchalová Iveta

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Snoezelen, možnosti využití u klientů s mentální retardací

Vedoucí práce : Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran : číslované 63, nečíslované 8

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 18

Klíčová slova: Snoezelen, mentální retardace, ergoterapie

### Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na Snoezelen a jeho možnosti využití u klientů s mentální retardací.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části je popsána historie, přístupy a cíle Snoezelenu. Dále jsou zde popsány druhy Snoezelenů a výčet základních pomůcek, které se zde mohou nacházet. V další části jsou uvedeny informace o mentální retardaci, její diagnostika a rozdělení.

V praktické části je nejprve popsán Snoezelen ve dvou zařízeních sociální péče a dále je praktická část věnována kazuistickému setření klientů absolvující terapie ve výše zmíněných Snoezelenech. Dále je pomocí dotazníkového šetření zjištěna přítomnost Snoezelenů v zařízeních sociálních služeb v celé České republice a využití v ergoterapii.

## Annotation

Surname and name: Cuchalová Iveta

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Snoezelen, opportunities of use for clients with mental retardation

Konsultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered 63, unnumbered 8

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 18

Key words: Snoezelen, mental retardation, occupational therapy,

### Summary:

This bachelor thesis is specialized to Snoezelen and its opportunities of use for clients with mental retardation.

This thesis is dividend into two parts, the theoretical and the practical.

There is a prescription of history, approaches and purposes of Snoezelen in the theoretical part. Next, there are kinds of Snoezlens and list of basic helds that can be used there. In the next part, there are mentioned informations about mental retardation, its diagnostics and division

At first in the practical part,there are describtions of two Snoezelens rooms in social care organizations. Next, there are cases history of klient, who takes part in therapy in Snoezelen.

Further, there is a questionnaire which investigate presence of Snoezelen rooms in the whole Czech republic and usage in Occupationa therapy.



ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1.1 Snoezelen .....	13
1.2 Historie.....	13
1.3 Zásady Snoezelen terapie.....	14
1.4 Základní přístupy.....	15
1.4.1 Individuální přístup.....	15
1.4.2 Skupinový přístup .....	16
1.5 Cíle Snoezelenu .....	16
1.6 Hlavní složky terapie .....	17
1.6.1 Terapeut.....	17
1.6.1.1 Vlastnosti terapeuta.....	18
1.6.1.2 Předmět zkoumání.....	18
1.6.2 Klient.....	18
1.6.2.1 Diagnózy.....	19
1.6.2.2 Věk .....	19
1.7 Hodnocení pobytu ve Snoezelenu .....	19
1.8 Druhy Snoezelenů: .....	20
1.8.1 Bílá místnost .....	20
1.8.2 Šedá místnost .....	20
1.8.3 Černá místnost .....	21
1.8.4 Zvukový prostor.....	21
1.8.5 Interaktivní zóna .....	21
1.8.6 Vodní zóna.....	22
1.8.7 Měkká zóna.....	23
1.8.8 Přenosné zařízení .....	24
1.8.9 Virtuální prostředí.....	25
1.8.10 Inkluzivní zóna .....	26
1.8.11 Pluralitní prostředí.....	26
1.8.12 Sociální prostor .....	26
1.9 Vybavení Snoezelenu .....	27
2 Mentální retardace.....	29
2.1 Etiologie.....	29
2.2 Diagnostika .....	29

2.3	Klasifikace .....	30
2.3.1	Lehká mentální retardace .....	30
2.3.2	Středně těžká mentální retardace .....	30
2.3.3	Těžká mentální retardace.....	30
2.3.4	Hluboká mentální retardace.....	31
2.3.5	Jiná mentální retardace.....	31
2.3.6	Nespecifikovaná mentální retardace .....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
3	Cíl práce.....	32
4	Hypotézy.....	32
5	Charakteristika sledovaných souborů.....	32
6	Popis Snoezelenu, ve kterých bylo prováděno praktické šetření klientů .....	34
6.1	Popis Snoezelenu v Integrovaném centru Zahrada .....	34
6.2	Popis Snoezelenu v zařízení ALKA o.p.s.....	36
6.3	Kazuistické šetření.....	37
6.3.1	Kazuistika 1 .....	37
6.3.2	Kazuistika 2 .....	40
6.3.3	Kazuistika 3 .....	44
6.4	Dotazníkové šetření .....	46
6.4.1	Vyhodnocení dotazníků:.....	47
7	Diskuze .....	57
7.1	Diskuze k hypotéze č. 1 .....	57
7.2	Diskuze k hypotéze č. 2 .....	58
7.3	Diskuze k hypotéze č. 3 .....	58
	ZÁVĚR .....	60
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY: .....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

### **Seznam zkratek**

ADD (porucha chování)

ADHD (porucha chování s hyperaktivitou)

ADL (Activity of daily living – všední denní činnosti)

ATB (antibiotika)

CNS (centrální nervová soustava)

Dg. (diagnóza)

DMO (dětská mozková obrna)

IC (integrační centrum)

IQ (intelligenční kvocient)

LMD (lehká mozková dysfunkce)

MR (mentální retardace)

o.p.s. (obecně prospěšná společnost)

P/L DK (pravá/levá dolní končetina)

P/L HK (pravá/levá horní končetina)

UPV (umělá plicní ventilace)

UV (ultra fialové)

3D (trojrozměrné)

### **Seznam obrázků:**

Obr. 1: Didaktický trojúhelník.....	18
Obr. 2: Bílá místnost.....	21
Obr. 3: Černá místnost.....	22
Obr. 4: Interaktivní zóna.....	23
Obr. 5: Vodní zóna.....	24
Obr. 6: Měkká zóna.....	25
Obr. 7: Přenosný Snoezelen.....	26
Obr. 8: Virtuální prostředí.....	26
Obr. 9: Snoezelen v IC Zahrada.....	35
Obr. 10: Snoezelen v Alka o.p.s.....	37

### **Seznam tabulek:**

Tab. 1: Technické vybavení a jeho působení.....	28
Tab. 2: Kazuistika 1.....	40
Tab. 3: Kazuistika 2.....	44
Tab. 4: Kazuistika 3.....	46

### **Seznam grafů:**

Graf 1: Zaměření zařízení.....	48
Graf 2: Kraj, sídla zařízení.....	49
Graf 3: Věková kategorie.....	50
Graf 4: Diagnózy.....	51
Graf 5: Nachází se ve Vašem zařízení Snoezelen?.....	52
Graf 6: Pracovníci využívající Snoezelen.....	53
Graf 7: Účel využití Snoezelenu.....	54
Graf 8: Pracuje ve Vašem zařízení ergoterapeut?.....	55
Graf 9: Využívají ergoterapeuté Snoezelen terapeutických jednotkách?.....	56
Graf 10: Za jakým účelem Snoezelen využívají ergoterapeuté.....	57

## ÚVOD

Ve světě je mnoho handicapovaných lidí, kteří potřebují částečnou či úplnou celodenní péči od druhých osob. Největší množství je těch, kteří mají problém s mentální stránkou osobnosti a těchto osob, s mentálním postižením vzrůstá. Nejen proto je na celém světě zaveden sociální a zdravotní systém, který neustále vyvíjí metody, které by zpříjemnily, usnadnily a zkvalitnily život těmto osobám.

Jedním z možností zkvalitnění života je metoda Snoezelen, která ve světě získává jméno. V České republice je Snoezelen zatím znám jen mezi malou hrstkou odborníků v sociálních i zdravotnických oborech.

Snoezelen vznikl za účelem zkvalitnění života lidem, kteří žijí „jiný“ život, kteří žijí v „jiném světě“, kteří mají své specifické potřeby a přání. Prvotně vznikl pro klienty s určitým mentálním postižením. Postupem času získal své příznivce i v jiných oborech, jak v gerontologii či psychiatrii, vlastně jej lze nacházet v různých zařízeních rozdílného typu.

Největší množství lidí v sociálních zařízeních, ať už jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní či denní stacionáře nebo obor speciálního školství, jsou především osoby s různým stupněm mentální retardace. Tato diagnóza může být velmi odlišná, od osob, kteří jsou schopni úplného samostatného života, přes osoby s částečnou úrovní integrace do běžné společnosti, po osoby, kteří jsou plně závislí na pomoci a péči druhými osobami.

Snoezelen je další způsob, který klientům s mentální retardací umožňuje rozvoj působení na všechny primární smysly, ale také umožňuje klientům, ať už s jakoukoli diagnózou, zažít něco netradičního, zajímavého, co zanechá v jejich paměti nějakou příjemnou vzpomínku a co je „vytrhne“ od běžného denního režimu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Snoezelen

*„Snoezelen produkuje pocit pohody a působí uvolnění, přivádí lidi do klidu, ale také je aktivizuje, probouzí zájem, řídí a srovnává podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje člověka, odebírá strach a přináší jistotu, vede člověka, navozuje a podporuje vztahy, jednoduše přináší radost.“* Definice ISNA – International Snoezelen Association (<http://isna.de/snoezelen/definition-und-lehr-dvd.html>).

## 1.2 Historie

Metoda multismyslové (multisenzoriální) stimulace Snoezelen je alternativní, speciálně pedagogickou metodou, eventuálně terapií, která se využívá v rozvojových činnostech a edukaci osob se speciálními potřebami. Jejím hlavním principem je vybudování speciálního prostředí, které se dokonale liší od prostředí běžného, ve kterém žijeme svůj každodenní život. Speciálním prostředím pak máme na mysli prostředí podnětné, které uspokojí naše individuální potřeby, zejména skrze stimulaci nejen našich pěti základních smyslů (Vitásková, 2007).

„Samostatný koncept Snoezelen vznikl roku 1966 na podkladě teorie dvou amerických psychologů Clelanda a Clarka. Založili místnost „Sensory cafeteria“ („Smyslová sebeobsluha“), kde zkoumali rozvoj a podporu komunikačních schopností člověka a změny chování díky speciálně vybraným smyslovým podnětům u osob s různým druhem postižení. Těmto lidem byly poskytovány ve vhodně přizpůsobených místnostech zrakové, sluchové, kinestetické, hmatové a další podněty. Z tohoto výzkumu vycházeli Ad Verheul a Jan Hulsegge, nizozemští odborníci, kteří v ústavních podmínkách rozvíjeli senzorickou činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro těžce mentálně postižené (Filatova, Janků, 2010, s.16).

Výraz „Snoezelen“ (čteme **Snůzelen**) je původním novotvarem dvou výše uvedených autorů, kteří se v rámci své civilní služby účastnili aktivit s mentálně retardovanými obyvateli Centra de Hartenberg 's Heeren Loo ve střední části Nizozemí. Výraz vznikl z kombinace dvou holandských slov: „**snuffelen**“ a „**doezelen**“, která můžeme přeložit jako: cítit ( ve smyslu čichových vjemů ) a dřímat nebo také pospávat,

pobývat a relaxovat. (Vitásková, 2007) Postupem času bylo Centrum de Hartnberg's Heeren Loo celé přeměněno v duchu konceptu Snoezelen (Filatova, Janků, 2010).

„Pojem Snoezelen je rozšířen po celém světě a jeho blahodárné působení zažívají nejen tělesně a duševně postižení lidé, ale slouží celé řadě potřebných jako metoda multismyslové stimulace v prostředí důvěry, radosti a setkávání ke zkvalitnění jejich života“ (<http://www.snoezelen-koncept.cz/o-snoezelenu/>).

### 1.3 Zásady Snoezelen terapie

*„Právě ve snoezelenu je vše dovoleno, zde nikdo nikoho k ničemu nenutí, naopak, každý si dělá právě to, co v danou chvíli chce. Zejména dobrovolnost využití nabídky je velmi důležitá. Hlavním cílem tedy není zlepšení výkonu či naučení se něčemu novému, ale hodnota spočívá ve využití volného času, v různých aktivitách nebo jen příjemné uvolnění. Spojuje myšlenku dynamiky s relaxací. Smysl vidíme v příjemné atmosféře, vyvolávání kladných emocí, zážitků a v možnosti získání skutečného mezilidského kontaktu“* (Truschková 2007, s. 90-91).

Od svého vzniku se metoda Snoezelen velmi vyvíjí. Prvotně se využívala především jako „rekreační a relaxační“ metoda kde byl důraz kladen pouze na libost a nelibost a chtění cílové skupiny.

Momentálně je považována jednak za volnočasovou aktivitu, tak i jako podpůrná edukační metoda s primárním důrazem na vzdělávání formou zkušeností a také je již využívána jako terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla (Filatova, Janků, 2010).

#### **„Zásady práce ve Snoezelenu dle profesorky Mertensové:**

- Terapeut nebo průvodce by měl respektovat intimní, eventuálně osobní prostor klienta.
- Terapeut by neměl na klienta naléhat nebo spěchat, protože se nedá určit délka a čas reakcí klienta.
- Terapie by měla mít svůj řád (začátek, přivítání – průběh – konec, rozloučení).
- Klient by měl terapeuta znát.
- Terapeut by měl znát momentální stav klienta, všimnout si reakcí a signálů těla.

- Terapeut by měl mít možnost pozorovat, sledovat a aktivovat vytčené cíle, smysly a vlastnosti klienta. Měl by být schopen využívat různých úhlů pohledu na danou problematiku a přijímat a analyzovat závěry.
- Terapeut by měl sledovat vývoj a reakce klienta za určitý časový úsek. Dobu je nutné přizpůsobit možnostem svým i možnostem klienta (od neomezené po určitou).
- Nehledat stejné a verbální ukazatele úspěšnosti, nečekat jen na výkon klienta, uvědomit si také nonverbální ukazatele pozitivního efektu (mimika, gestikulace, dýchání, ad.).
- Terapeut nesmí hodnotit jen spokojenost a pozitivní reakce klienta, důležitým aspektem jsou i projevy lhostejnosti, inertnosti, pláče, údivu, neschopnosti se přizpůsobit, pomalá a pozvolná adaptace, veškeré negativistické projevy mimické, křik, apod.
- Je nutné respektovat změnu prostředí – brát v úvahu také cestu do místnosti Snoezelen a zpět.
- Individuální přístup – klientovi nemusí všechny podněty vyhovovat – např. příliš silné zvuky, nevhodné osvětlení, směsice podnětů – může nastat chaotické přesycení stimuly.
- Důležité jsou pro vztah terapeuta a klienta také tělesné kontakty, doteky a jejich formy. Hranice neexistují, všichni musí najít to, co je pro ně přirozené“ (Filatova, Janků, 2010, str. 54).

## 1.4 Základní přístupy

Prostředí Snoezelen se dá využívat mnohými způsoby, od skupinových aktivit až po individuální sezení. Významnější výhody pro jednotlivce plynou z dostatečného času a pozornosti věnované přímo jemu.

### 1.4.1 Individuální přístup

Zkušenosti z posledních roků jsou takové, že Snoezelen, pokud se využívá na osobní bázi, nabízí příležitost pro vybudování vzájemného vztahu klient-terapeut. Poskytuje cennou zkušenost osobního kontaktu pro oba zainteresované a umožňuje lepší komunikaci. Terapeutické sezení nemusí trvat dlouho (15 až 30 minut), ale díky pravidelným návštěvám se účinek prohlubuje. Pokud to okolnosti umožní, sezení mohou být s otevřeným koncem, bez pevného časového omezení, což je velmi užitečné pro individuální přístup.



### 1.4.2 Skupinový přístup

„Mnoho lidí se dobře cítí ve společnosti druhých a Snoezelen tomu může napomoci nabídnutím možnosti společných zážitků. Osobám by mělo být umožněno objevovat a seznámit se s novým prostředím. Většina osob začne relaxovat po 10 – 15 minutách, kdy začnou působit zážitky ze Snoezelenu. Skupinové terapie by mělo trvat 45 až 60 minut. Pokud to okolnosti dovolují, doporučuje se nechat terapii otevřený konec“ (<http://snoezelen.sk/cojesnoezelen-zakladnepristupy.htm>).

## 1.5 Cíle Snoezelenu

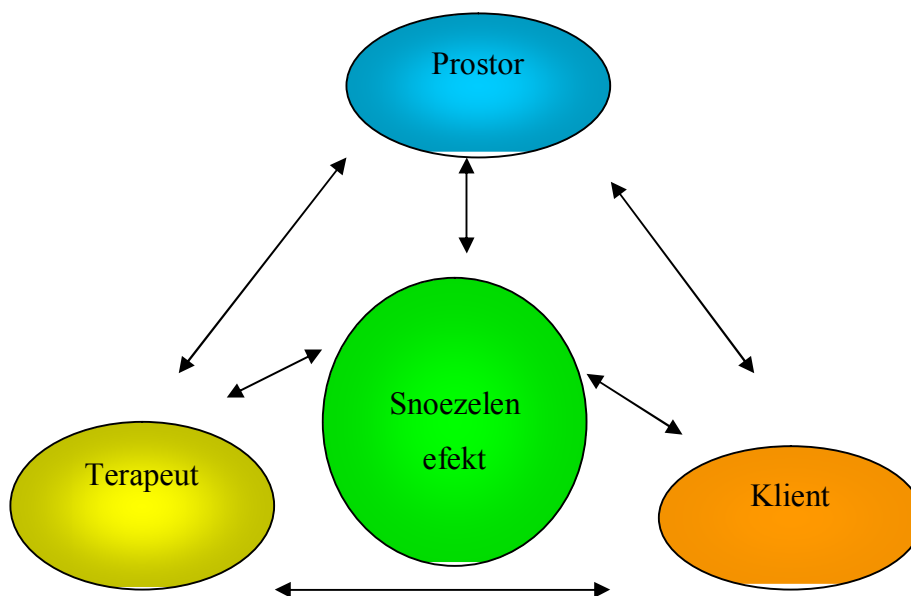
Cílem Snoezelenu je pomocí účelně vybraných světel, zvuků, vůní a hudby navodit uklidnění, duševní klid a pohodu, vyvolat vzpomínku a pocit bezpečí, stimulovat a probudit zájem, aktivovat, snížit pocity strachu a úzkosti, podpořit klienta v komunikaci a budovat vztahy.

„Multismyslové místnosti využívají především zážitku a prožitku. Definice zážitku je vyjádřena jako zapamatování něčeho, nějaké situace, části dne, části prostoru, který dokážeme popsat, vyprávět o něm, vnímat jej více než stereotypní situace, vnímat jej originálně. Člověk se mu plně věnuje celým svým tělem, soustředí se na něj, upne na něj svou pozornost. Přičemž míra uplatnění zážitkové funkce záleží na kvalitě vnímaného objektu, na prostředí, zkušenostech a poznacích dítěte“ (Vitásková, 2007, s.123).

#### **Snoezelen má vliv především na tyto oblasti:**

- rozvoj vnímání, emocionality, poznávání, komunikace a motoriky
- rozvoj seberegulace a harmonizace osobnosti
- změny v pozornosti a koncentraci dítěte
- pokles agresivního a autoagresivního chování
- posilování rovnováhy mezi uvolněním a aktivací jedince
- pozitivní socializace a integrace v sociálních strukturách (Vitásková, 2007).

## 1.6 Hlavní složky terapie



Obrázek 1: Didaktický trojúhelník

**Didaktický trojúhelník** vyznačuje tři důležité předpoklady pro práci ve Snoezelenu:

*Prostor* = příjemná vnější atmosféra, která zahrnuje příjemnou teplotu, nepříliš pronikavé světlo, nepříliš hlasité zvuky.

*Terapeut* = osoba, která vyzařuje vnitřní klid a otevřenost k vlastním tělesným a emocionálním signálům.

*Klient* = osoba připravená k přijímání a sdělování podnětů, které na něho působí (Filatova, Janků, 2010).

### 1.6.1 Terapeut

Průběh terapie ve Snoezelenu vychází z odbornosti profese terapeuta. Zde je na místě spíše používat termín „průvodce“, který se pokusí zahrnout všechny odbornosti a možné profese. Pokud bychom chtěli popsat rovinu všech profesí, které se mohou aktivně metody Snoezelen zúčastnit, pak bychom zvláště vytkli tyto: speciální pedagog, psychoterapeut, ergoterapeut, fyzioterapeut, vychovatel, psycholog, zdravotní personál, rehabilitační pracovníci, pečovateli, muzikoterapeut (Vitásková, 2007).

### **1.6.1.1 Vlastnosti terapeuta**

Průvodce by se měl vyznačovat:

- empatií
- sympatií a emocionálním teplem
- nadměrnou trpělivostí, kreativitou
- schopností motivovat
- měl by vycházet ze znalosti diagnózy klienta a problémů z ní vyplývajících
- měl by znát biografickou anamnézu klienta
- osobním vztahem s klientem

Všechny tyto vlastnosti jsou těžko měřitelné, přesto jsou zejména u výše jmenovaných profesí nepostradatelné a velmi důležité. Průvodce ve Snoezelenu by měl být kompetentní a zodpovědnou osobou, která nesmí vnášet do Snoezelenu jen své vlastní představy, ale především své cíle a metody musí přizpůsobit klientovi. Musí respektovat jednu ze zásadních pravidel Snoezelenu a to, že klientovi je vše povoleno a nic mu není zakázáno (Filatova, Janků, 2010).

### **1.6.1.2 Předmět zkoumání**

Průvodce by se měl soustředit během terapie ve Snoezelenu na:

- využívání všech smyslů klienta
- rozvoj motorických funkcí
- rozvoj kognitivních funkcí
- zklidnění a zmírnění agresivity
- zlepšení a prohlubování vztahů a rozvoj komunikačních schopností

### **1.6.2 Klient**

Snoezelen mohou využívat klienti s různým typem postižení a věku. Je to velmi ovlivněno tím, ve kterém zařízení se Snoezelen nachází.(Filatova, Janků, 2010)

„Osobnosti zdravotně postižených klientů jsou stejně individuální jako osobnosti lidí tzv. zdravých, takže každý jedinec vyžaduje svůj určitý individuální přístup a postup terapie“ (Matějček, 2001).

### 1.6.2.1 Diagnózy

- tělesné, mentální, smyslové a kombinované vady
- duševní poruchy, psychózy, deprese (a další psychiatrické diagnózy)
- demence
- neurologické poruchy, Parkinsonův syndrom, skleróza multiplex..
- poruchy chování a emocí u dětí a mládeže (agresivita, poruchy emocionální a sociální nepřizpůsobivost...)
- syndrom ADHD, ADD (poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity)
- LMD a specifické vývojové poruchy učení
- diagnózy v geriatrické problematice

### 1.6.2.2 Věk

Metoda Snoezelen může být využívána u všech věkových kategorií. Od prenatalního, přes novorozenecké období až po senilní věk či v paliativní péči.

Každá Snoezelen místnost je jiná, protože je přizpůsobená individuálním potřebám klientů pro které je místnost zrealizována (Filatova, Janků, 2010).

## 1.7 Hodnocení pobytu ve Snoezelenu

Průvodce by si měl před terapií vytvořit biografickou anamnézu podle konceptu bazální stimulace, kde si předem klienta důkladně vyšetří, zjistí jeho návyky a zvyky, co má rád, jaké vůně či chutě jsou mu příjemné a naopak co mu není příjemné (Friedlová, 2007).

K vyhodnocení průběhu terapie využíváme především pozorování. U všech klientů pozorujeme reakce a snažíme se co nejvíce přizpůsobit jeho chování, aktuálnímu stavu a prožívání. Tento proces můžeme rozčlenit do kategorií, které nejčastěji pozorujeme:

- mimika a gestikulace
- dýchání
- svalový tonus
- hlas a tón řeči
- držení těla
- rychlost a rytmus pohybů
- nálada a vnější znaky prožívání

- interakce a rozmístění účastníků při skupinové stimulaci v místnosti, atd. (Vitásková, 2007)

## 1.8 Druhy Snoezelenů:

Místnosti Snoezelen jsou v praxi vytvářeny smíšením několika základních prototypů místností, které odpovídají svou podstatou určitým cílům.

### 1.8.1 Bílá místnost

Je nejčastěji používaný prostor, kde se využívá především projektorů, které promítají rozmanité efekty na bílé stěny, podlahu i strop. Nejčastěji slouží jako volnočasová aktivita a možnost relaxace i pro klienty s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Zde je stimulován především zrak.



Obrázek 2: Bílá místnost (zdroj: <http://www.uspro.cz/index.php?id=10175>)

### 1.8.2 Šedá místnost

Zvukotěsná, minimálně zařízená místnost redukující ostatní podněty. Využívá se zde zátěžové vesty či deky, které jsou naplněny kovovými kuličkami. Pomocí své váhy a struktury dávají informaci o hranicích těla, napomáhají zklidnění a uvolnění. Toto prostředí je vhodné pro klienty, kteří mají problém s pozorností, především s poruchami autistického spektra. Klient se zde může soustředit na jednu věc, neruší ho okolí.

### 1.8.3 Černá místnost

Místnost, kde je možné promítat efekty s maximálním možným rozlišením bez dalších nežádoucích, rozptylujících zrakových vjemů. Využívána je především ke zrakové stimulaci.



Obrázek 3: Černá místnost (<http://inspire.org.mt/multi-sensory-therapy?/=1>)

### 1.8.4 Zvukový prostor

Zvukotěsná místnost poskytující klientovi intenzivní izolované vnímání zvuků produkovaných klientem za pomoci těla, různých pomůcek, materiálů, hudebních nástrojů, nebo reprodukcovaných z přehrávače. Toto prostředí je vhodné pro klienty se zrakovým postižením, kdy klient převážně množství podnětů přijímá sluchem. Další použití je pro klienty s autistickými poruchami, kdy klienti rádi poslouchají zvuky a rádi je rozmanitě vyluzují.

### 1.8.5 Interaktivní zóna

Prostředí umožňující zkoumat příčinu a následek. Pomocí různých spínačů je možné ovládat prostředí a různé stimuly. V interaktivní zóně mohou být nejen projektory, ale i fén, stroj na bubliny, rozprašovače vůní atd.. Interaktivní zónu lze využít především pro potřeby speciální pedagogiky jako možnost výuky pro klienty s hlubokým mentálním postižením, kdy prakticky klient spolehlivě odliší reakce

prostředí na jeho chování, než v běžném prostředí, kdy může reakce přijít později a klient už si ji nespojí se svým podnětem.



Obrázek 4: Interaktivní zóna (<http://www.rompa.com/multi-sensory-environments-rooms>)

### 1.8.6 Vodní zóna

Je místo, kde je umístěn bazén s teplou vodou, vířivkou. Jsou zde světelné efekty umístěny ve vodě, aromalampa nebo vůně do vody. Součástí je také relaxační hudba, kterou lze poslouchat i pod vodou (Krejcarová, 2010). Umožňuje proprioceptivní stimulaci ve svalech a šlachách a receptorů v kloubech, které informují mozek o poloze těla, a stimulace vestibulárního aparátu. Klient, který je dobře stimulován a mozek má kvalitní informace o poloze těla a jednotlivých končetin, je pohyblivější, při pohybu jistý a celkově klidný a spokojený.



Obrázek 5: Vodní zóna (<http://www.rompa.com/multi-sensory-environments-rooms>)

### 1.8.7 Měkká zóna

Plně polstrovaný prostor s víceúrovňovou podlahou, schody a rampami, kde mohou klienti experimentovat s prostředím a se svými možnostmi, podstupovat riziko v bezpečném prostředí. Vhodné prostředí pro všechny klienty, aby se svobodně pohybovali po překážkách a vyzkoušeli si své pohybové schopnosti a i přes své postižení si „zařádili“ a plně poznali, kde je hranice a omezení jejich postižení a co



naopak dokáží. Lépe pak mohou využít zbylé schopnosti v praktickém životě.



Obrázek 6: Měkká zóna (<http://inspire.org/mt/multi-sensory-therapy?/=1>)

### 1.8.8 Přenosné zařízení

Umožňuje přinést některé prvky Snoezelenu za klientem, například do domácího prostředí nebo pro klienty upoutané na lůžko. Příkladem je hmatová, sluchová, čichová, ale i zraková stimulace pomocí optických vláken atd. To je využitelné především v terénních službách, nemocnicích nebo v zařízeních s nedostatkem místa pro samostatný pokoj. Na trhu se objevují mobilní skříňky s vybavením pro Snoezelen (Tichá, 2011).

Lze ho popsat jako vozík vybavený všemi potřebnými pomůckami, nad klientem se rozprostře stan, který zakryje lůžko pacienta. Ve stanu jsou zrakové, sluchové, čichové i hmatové podněty (disko koule, optická vlákna, masážní pomůcky, hudební přehrávač...). Mobilní Snoezelen poskytuje dostatečné soukromí klienta, pokud není na pokoji sám ([www. maximzdr.cz](http://www.maximzdr.cz)).



Obrázek 7: Přenosný Snoezelen (<http://snoezelen.sk/galeria.htm>)

### 1.8.9 Virtuální prostředí

Pomocí interaktivního 3D zobrazení je možné nabýt zkušeností, které není možné získat v reálném prostředí. Spektrum programů je široké. Lze zde vyzkoušet např. virtuální nákup, řízení automobilu, seskok padákem atd.. Jistě je zajímavým zpestřením pro klienty především s fyzickým omezením.



Obrázek 8: Virtuální prostředí (<http://www.sensoryguru.co.uk/eyecontrol/>)

### **1.8.10 Inkluzivní zóna**

Je běžné prostředí, které díky vhodnému upravení a vybavením umožní postiženému klientovi sdílet prostředí s většinovou populací. Inkluzivní zónou můžeme tedy nazvat i dětské hřiště zařízené multisenzorickými prvky s ovladači vhodnými i pro děti s kombinovanými vadami (Tichá, 2011).

### **1.8.11 Pluralitní prostředí**

Proměnlivý pokoj – je prostředí, které je možné měnit a přizpůsobovat, jeho hodnotou je možnost proměny. Pro mnoho dětí se stává postupem času stabilní Snoezelen nudný, přestávají pracovat, protože prostředí již dokonale znají. Změny tzv. tvárného pokoje nám umožňují neustále udržovat dítě stimulované a podporovat tak jeho schopnosti a dovednosti. Multismyslové prostředí je možné také přizpůsobovat aktuálními událostmi, projekty, slavnostmi, apod. (např.: objevování svátků roku, hudební vystoupení dětí, výstavky, tématické celky výuky) (Vitásková, 2007).

### **1.8.12 Sociální prostor**

Snoezelen lze také využívat jako prostor pro setkávání s přáteli, rodinou, navazování sociálních vztahů, ventilaci emocí... Rodiče těžce postižených zde mají možnost zažít to, co jejich děti. Společné chvíle prožité ve Snoezelenu jsou velmi sbližující.

Takzvaný „hybrid multismyslové místnosti“ může být složen v rámci jednoho pokoje z několika cíleně vytvořených částí. Spojit lze tyto pokoje dle libosti a individuálních potřeb klientů. Prostor se tak stává flexibilnější a přijatelnější, je vytvořeno tak, aby se multismyslové místnosti nestaly stereotypní a stejné (Vitásková, 2007).

## 1.9 Vybavení Snoezelenu

Nezbytnou součástí každého Snoezelenu je kvalitní technické vybavení, které stimuluje všechny lidské smysly. V níže umístěné tabulce jsou uvedeny jen některé prvky, které se nacházejí ve většině Snoezelenu. Aktuálně se na trhu objevuje rozsáhlá škála pomůcek, které by bylo možno využít do Snoezelen místností, vše ale záleží na kreativitě pracovníků a na finančních možnostech zařízení (Fowler, 2008).

<b>Pomůcka</b>	<b>Funkce</b>	<b>Druh stimulace</b>
Stroboskop (disko koule)	pomocí světla, dopadajícího na stroboskop se objevují na stěnách a podlaze odlesky	Zraková
Barevná bodová světla	díky nim, můžeme měnit celkové barevné ladění celé místnosti, nebo využívat postupné změny barvy	Zraková, relaxace, nabuzení, trénink kognice
Bublínkový válec	vodní válec uvnitř s bublinkami, či voskem	Zraková, vibrační, sluchová
Světelná vlákna	optická vlákna se světelným efektem.	Zraková, hmatová
Přehrávač hudby, reproduktory	díky výběru a hlasitosti hudby můžeme nabudit čas relaxace a čas aktivity	Sluchová a vibrační.
Hvězdný koberec	koberec se světelnými efekty	Zraková, hmatová.
Vibrační lůžko	Lůžko naplněno polystyrénovými kuličkami, které reaguje vibrací na hudbu.	Vibrační
Vodní lůžko	lůžko naplněné vodou.	Stimulace proprioceptivní, sluchová
Aromalampa	Stimulace pomocí vonných olejíčků	Čich
Klimatizace	klimatizace umožňuje kvalitní cirkulaci vzduchu a potřebnou teplotu místnosti.	

Deky, polštáře, polohovací pomůcky	zajišťují pohodlí při relaxaci, využívají se k polohování, bazální stimulaci	
Zrcadla	Klientům umožňují sebepozorování	Zraková, hmatová
Taktilní stěny	Stěny, které jsou obloženy různými předměty (koberece, kartáče, magnetky, šustící látky, zvonečky, pytlíky s přírodninami)	Stimulace hmatu, zraku, sluchu, čichu

tabulka 1: Technické vybavení a jeho působení

## 2 Mentální retardace

Pojem mentální retardace vychází ze dvou latinských slov *mens* (mysl, duše) a *retardare* (opozdit, zpomalit). Přeložit bychom jej mohli jako „opožďení (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti nepostihuje pouze psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Ovlivňuje vývoj a úroveň rozumových schopností, emocí, komunikačních dovedností, úroveň sociálních vztahů a společenského a pracovního zařazení atd. (Slowík, 2007).

### 2.1 Etiologie

Etiologie mentální retardace je velmi různorodá. Vždy však jde o těžké organické nebo funkční poškození mozku v prenatálním nebo perinatálním období. Jednoznačná příčina lze určit u syndromů vyvolaných genetickými poruchami, jako jsou například Downův syndrom (vznikající trizomií 21. chromozomu v buněčném jádru), Turnerův syndrom (kdy je porušen nebo chybí pohlavní chromozom X) či Klinefelterův syndrom ( při výskytu 47 chromozomů – 2 chromozomy X a 1 chromozom Y) (Švarcová, 2003).

### 2.2 Diagnostika

Diagnostika mentální retardace je založená na měření inteligence.....“Inteligence je schopnost účelně jednat, rozumně myslet a efektivně se vyrovnat se svým okolím“(Slowík, 2007, s.113). Inteligence se dělí na abstraktní, sociální, praktickou atd. Identifikace (měření) inteligence se provádí pomocí výpočtu inteligenčního kvocientu (IQ) poměrem mentálního a fyzického věku. Kromě měřitelné abstraktní (rozumové) inteligence má velký vliv na projevy člověka i emoční inteligence (Slowík, 2007), což je vyjádření „ne-kognitivních schopností, kompetencí a dovedností, které ovlivňuje způsobilost jedince úspěšně se vyrovnat s požadavky a tlaky okolního prostředí. Patří k nim interpersonální dovednosti (empatie, společenská zodpovědnost, mezilidské vztahy), adaptabilita (řešení problémů, flexibilita), zvládání stresu (tolerance vůči zátěži, ovládání se) a obecné pozitivní ladění, včetně optimismu a pocitu životní spokojenosti“ (Blatný,2010, s.101).

## **2.3 Klasifikace**

Číselné hodnoty vypočítaného IQ je nutné považovat jen za orientační vodítka s vědomím, že výsledek je pouze z aktuálního výkonu jedince, nikoliv za velikost jeho skutečných intelektových schopností. Rozhodující musí být kvalita zvládnání nároků v jeho přirozeném prostředí (Plevová, 2010).

### **2.3.1 Lehká mentální retardace**

Lehká slabomyslnost (IQ 50 – 69) je nejrozšířenější, tvoří ji 80% mentálně postižených (Plevová, 2010). V dospělém věku odpovídá jejich mentální úroveň na 9 – 12 let. Potíže nastávají hlavně při teoretické školní výuce, při psaní a čtení (Švarcová, 2003). V dospělosti je většina osob schopna pracovat v méně náročném zaměstnání, navazovat a udržovat interpersonální vztahy a být prospěšnými členy společnosti (Slowík, 2007).

### **2.3.2 Středně těžká mentální retardace**

Střední slabomyslnost (oligofrenie) IQ 35 – 49 se v dospělosti projevuje výškou mentálního věku 6 – 9 let (Plevová, 2010). Motorické i psychické schopnosti a dovednosti jsou opožděné a nekoordinované. Omezená je i soběstačnost při jídle, udržování osobní hygieny, bývá porušena hrubá i jemná motorika. I v dospělém věku přetrvává snížená úroveň řeči i myšlení, která je stereotypní, rigidní a nepřesná. Slovník je obsahově i formálně velmi chudý s převládající nonverbální komunikací (Vitásková, 2007). V dospělosti tito jedinci potřebují různou míru asistence a podpory při zvládnání běžných denních činností a pracovního zařazení v běžné společnosti (Slowík, 2007).

### **2.3.3 Těžká mentální retardace**

Snížená úroveň schopností a dovedností (IQ 20 – 34) je mnohem výraznější než u středně těžké mentální retardace. Klíčovým znakem je celoživotní celková potřeba asistence a podpory, kdy v dospělosti jsou na úrovni mentálního věku 3 – 6 let. Objevuje se celkové poškození CNS, zvláště u kongenitálních (vrozených) etiologií, způsobující psychické, motorické i sociální omezení jedince (Vitásková, 2003). Psychomotorický vývoj je významně opožděn. Někteří jedinci jsou schopni chápat základní souvislosti a vztahy přibližně na úrovni batolete (Vágnerová, 2005). Poruchy hybnosti a motoriky se mohou projevovat od nekoordinovaných pohybů po výrazné

omezení hybnosti. Často se objevují stereotypní automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Řeč, myšlení a komunikace je na velmi nízké úrovni. Někteří jedinci jsou schopni používat neartikulovaná jednoduchá slova, která však používají neadekvátně. U těchto jedinců se využívá především alternativního komunikačního systému (Vitásková, 2007). Možnosti výchovy, vzdělávání a rehabilitace těchto osob jsou značně omezené. Při včasné, cílené a odborné péči lze přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových a komunikačních schopností, soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová, 2003).

#### **2.3.4 Hluboká mentální retardace**

Zahrnuje jedince s IQ nižším než 20, to však nelze přesně změřit. Je odhadováno především z typických projevů jedinců, kdy mají především vážný problém v sebeobsluze, mobilitě, kontinenci a komunikaci (Slowík, 2007). Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou většinou imobilní a mají stereotypní pohyby trupu. Je zde výrazný problém s porozumění a vykonání určitého požadavku. Komunikace je omezena pouze na primitivní nonverbální způsob, kdy řeč není vyvinuta. Mají minimální či žádnou schopnost sebeobsluhy, tudíž vyžadují nepřetržitý dohled a pomoc (Švarcová, 2003). „Lidé s tímto postižením bývají velmi citlivé na taktilní podněty a zvuky, zejména na emoční tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené a lze dosáhnout pouze nejzákladnějších jednoduchých zrakově-orientačních dovedností“ (Vitásková, 2007, s.27).

#### **2.3.5 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie se používá pouze tehdy, pokud stanovení stupně postižení pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné, především při kombinaci se sensorickým či somatickým poškozením. Diagnostikuje se především u jedinců nevidomých, neslyšících, nemluvících, při těžkých poruchách chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených jedinců (Slowík, 2007).

#### **2.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Nespecifikovaná mentální retardace se užívá pouze při diagnostice případů, při kterých byla prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací pro to, aby bylo vhodné zařadit jedince do jedné z ostatních kategorií (Slowík, 2007).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 Cíl práce

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zjistit četnost výskytu Snoezelenů, jeho využívání v ergoterapii a vliv na klienty s mentální retardací.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání **teoretických znalostí** z různých zdrojů, které se zabývají Snoezelenem a možnosti jeho využití při terapiích s mentálně postiženými klienty, vybavení Snoezelen místnosti a jeho vlivu na klienta.
2. Vybrání **sledovaných souborů** klientů a zařízení pro zjištění účinku terapie a četnosti Snoezelenů.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné **metody testování a pozorování** k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Sestavit **dotazník** pro jednotlivá pracoviště a ergoterapeuty, kteří pracují s klienty s mentální retardací. Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

## 4 Hypotézy

Předpokládám, že :

1. Snoezelen využívají ergoterapeuté ve svých terapeutických jednotkách pro zklidnění a uvolnění klientů s mentální retardací.
2. Výskyt Snoezelenu v sociálních zařízeních v České Republice je nízký.
3. Snoezelen navozuje u klientů s mentální retardací zklidnění a změny chování.

## 5 Charakteristika sledovaných souborů

1. Pomocí dotazníkového šetření bylo zkoumáno, zda-li ergoterapeuté využívají Snoezelen ve svých terapeutických jednotkách.
2. V České republice se nachází velká množství zařízení, která se zaměřují na péči, vzdělávání a rehabilitaci různě handicapovaných klientů. Proto jedním cílem bylo zjistit, jaký je výskyt Snoezelenů v sociálních zařízeních. Výzkum byl prováděn pomocí dotazníku, který byl rozeslán denním stacionářům, týdenním stacionářům a domovům pro osoby se zdravotním postižením, které jsou

vedeny v registru poskytovatelů sociálních služeb na Ministerstvu práce a sociálních věcí v ČR.

3. Při terapiích, prováděných ve dvou Snoezelenech, bylo prostřednictvím pozorování sledováno, jaké změny nastávají u klientů s mentální retardací. U všech vybraných klientů byla přítomna mentální retardace, ale hlavní diagnóza byla rozdílná.

## 6 Popis Snoezelenů, ve kterých bylo prováděno praktické šetření klientů

### 6.1 Popis Snoezelenu v Integrovaném centru Zahrada



Obrázek 9: Snoezelen v IC Zahrada (vlastní zdroj)

Integrované centrum Zahrada na Praze 3 je denní stacionář, který vznikl v roce 1991. Předmětem péče je denní a rehabilitační péče tělesně a mentálně postižených dětí a mládeže s kombinovanými vadami (<http://www.iczahrada.cz>). Vzdělávání a výchova klientů je poskytováno ve spolupráci se Základní školou Zahrádka, což je speciální škola pro děti s těžkým kombinovaným postižením a poruchami autistického spektra, která sídlí v budově IC Zahrada (<http://www.zszahradka.cz>).

Snoezelen místnost se zde nachází od roku 2010. Místnost je zařízena jak pro individuální, tak i pro skupinovou terapii. Místnost se nachází v suterénu budovy, ke které je přístup po schodišti či bezbariérovým výtahem. Celá místnost má stěny pokryté bílými závěsy, které zakrývají ovládací panel a počítač, který je součástí zvukové a multimediální techniky, které jsou rozmístěny po místnosti. Na podlaze je tmavý koberec, na kterém je umístěn malý „hvězdný koberec“, ze kterého po zapnutí

září hvězdy. V místnosti se nachází míčkový bazén s průhlednými míčky, skrze které může procházet barevné světlo. Dále je zde velký bublinkový válec, u kterého lze využívat různých barev a putování bublin. Za válcem je na stěně soustava zrcadel, která znásobuje vybrané efekty. V místnosti se také nachází „nekonečný tunel“, což je světelný rám, který pomocí zrcadel navozuje pocit nekonečného světelného tunelu. Na jedné stěně je umístěn zdroj UV světla, který umožňuje ve tmě rozzářit ultrafialové barvy (bílá, zelená, červená...). Součástí Snoezelenu jsou také velmi oblíbené „vlasy“ – optická vlákna se světelným zdrojem, který má schopnost postupně měnit barvy. Na stropě místnosti je umístěn stroboskop a zdroje barevného světla.

Nezbytnou součástí jsou i polohovací pomůcky, deky, sedací vaky a polštáře, které se využívají při relaxaci a zapoložování klienta.

Snoezelen využívají pracovníci podle rozpisu či podle potřeby u klientů s různým druhem postižení, kdy převládající diagnóza je mentální retardace jako kombinace s další tělesnou či mentální poruchou (DMO, autismus, syndrom ADHD, Rettův syndrom, smyslové postižené atd.).

Snoezelen v IC Zahrada působí velmi příjemně, není přehlcen různými předměty ani zbytečnými efekty a povzbuzuje klienty k prozkoumávání a objevování nových možností.

## 6.2 Popis Snoezelenu v zařízení ALKA o.p.s.



Obrázek 10: Snoezelen v Alka o.p.s.

Alka je obecně prospěšná společnost, která zajišťuje ucelenou rehabilitaci klientům s různým typem postižení. Klientelu tvoří děti a dospělí se zdravotním postižením ve věku od 1 do 50 let. Postižení klientů je různého druhu a stupně. Většinou se jedná o kombinovaná tělesná a mentální postižení (DMO, autismus, Downův syndrom s mentální retardací) ([www.alkaops.cz](http://www.alkaops.cz)).

Od roku 2011 se v zařízení Alka o.p.s. nachází Snoezelen zařízený jako tzv. bílá místnost, která pomocí oválných stěn navozuje v klientech pocity bezpečí a intimity. Místnost je zcela bez přísunu denního světla. Je vybavena klimatizací, kterou lze ovládat a přizpůsobovat teplotu v místnosti dle potřeb klienta. Nachází se zde multimediální projektor, zvuková technika, různé světelné efekty a tzv. Bass Shake systém, zajišťující převádění hudby na vibrace do lůžka, které je záměrně vyrobeno z polystyrenových kuliček. Ty se snadno přizpůsobí potřebám klienta (vytvářejí se podle těla nebo dle zapoložování klienta), zajišťují větší pohodlí a stálou příjemnou teplotu a v neposlední řadě skrze ně lze využívat i vibračních přenosů hudby. Veškeré efekty lze ovládat pomocí hlavního ovládacího panelu, na kterém lze nastavit libovolné

efekty. Na druhém panelu lze vybírat požadované barvy, rychlost či druh světelných obrazců promítajících se na bílou zeď obklopující lůžko.

Místnost se nachází v přízemí budovy, ke které je bezbariérový přístup. K přesunu imobilních klientů z vozíku na kuličkové lůžko je k dispozici zvedák.

V Alka o.p.s. se Snoezelen využívá u klientů s různým druhem kombinovaného postižení (DMO, MR, Downův syndrom...) především k relaxaci, stimulaci smyslů, zlepšení sociálních vztahů mezi zaměstnanci a klienty či jako místnost, která zprostředkovává klientovi větší intimitu a tím dochází k lepšímu rozvoji komunikačních schopností. Při terapiích ve Snoezelenu se velmi často využívá prvků Bazální stimulace (masáže, polohování).

## 6.3 Kazuistické šetření

### 6.3.1 Kazuistika 1

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 14 let

**Diagnóza.:** DMO – spastická infantilní hemiparesa s pravostrannou převahou, středně těžká mentální retardace, pedes planovalgus, sekundární epilepsie.

**Rodinná anamnéza:** rodiče jsou rozvedeni, klientka žije s matkou a mladším bratrem (5let). Rodinné vztahy jsou velmi dobré. S otcem se vidá často, kdy spolu tráví volný čas.

**Pracovní anamnéza:** žákyně speciální základní školy, která se nachází nedaleko bydliště.

**Sociální anamnéza:** etiologie – porod bez komplikací, po několika hodinách po porodu - rozvoj streptokokové sepse s poruchou plicních sklípků. Následující den u klientky nastalo kóma. Neprodleně byla převezena na dětskou kliniku, kde byla připojena na umělou plicní ventilaci (UPV) a byly jí naordinovány antibiotika. Po pěti dnech kritického stavu se klientka z kómatu probudila.

**Osobní anamnéza:** Klientka je velmi společenská, má ráda veškerý sociální kontakt s okolím a upřednostňuje větší množství lidí kolem sebe. Bydlí na venkově v rodinném domě, kde má zahradu, kam ráda chodí. Doma mají psa, kterého má velmi ráda. Klientka má mladšího bratra (5 let). Narození bratra bylo pro klientku zpočátku

nepříjemné. Vadila jí ztráta pozornosti od rodičů a okolí. Nyní mají s bratrem hezký vztah. Hrají si spolu a velmi si rozumí.

**Hybnost horních a dolních končetin (HK, DK):** PHK spastické flekční držení, LHK kloubní hybnost v normě se sníženou svalovou silou, PDK.

**Komunikace:** Klientka komunikuje dobře, rozumí jednoduchému sdělení. Verbální komunikace je omezená, kdy používá jednoslovné odpovědi. Opakuje slova, která slyší, či která se jí líbí, chápe význam slov. Při těžších požadavcích kýve hlavou na souhlas či nesouhlas.

**Silné stránky:** Klientka je velmi aktivní, má ráda pestré prostředí a je velmi společenská. Nemá problém s navazováním sociálního kontaktu s lidmi. Většinu času je spokojená a usměvavá. Umí projevit nelibost a říct co by chtěla.

**Slabé stránky:** Pro její aktivní povahu a vyžadování pestré činnosti neumí snadno relaxovat a odpočívat. Při stresu či únavě se jí zvyšuje spasticita a na to navazující soběstačnost a veškerá její činnost.

**Soběstačnost:** Klientka je zcela závislá na pomoci druhé osoby (především matky). Vyžaduje nutnou pomoc ve všech všedních denních i instrumentálních činnostech. Při provádění hygieny, sebesycení, kontinence potřebuje úplnou pomoc. U všech činností se však klientka zapojuje aktivně či pasivně zapojuje pomocí prvků z Bobathova konceptu, kdy se využívá především handling (manipulace, držení), guiding (vedení pohybu). K lokomoci klientka využívá mechanický vozík, který ovládá LHK. Je schopná samostatné lokomoce po nenáročném terénu pomocí střídání ovládání pravého či levého kola. Při obtížném terénu je nutná pomoc. Do budoucna rodina plánuje zajistit klientce mechanický vozík s ovládáním na jedné straně. U přesunů klientka potřebuje částečná či úplná pomoc. Lokomoci na zemi provádí klientka ve vysokém kleku pomocí opírání se o zdravou HK, DK posouvá najednou – není schopna provádět střídavý pohyb končetinami.

**Snoezelen:** Již od prvních terapií ve Snoezelenu byla klientka velmi spokojená. Neměla problém s adaptací v novém prostředí. Velmi se jí tam líbilo. Během prvních pobytů ve Snoezelenu nebyla schopná se uvolnit. Byla nadšená z nových neznámých předmětů a efektů, které dříve neznala. Důsledkem návalu emocí se jí spasticita zhoršila. Postupem času a zvyknutím si na nové prostředí byla klientka schopna celkového uvolnění. Časový interval, kdy byla uvolněná se postupně zvyšoval. Terapie ve Snoezelenu provázely také pomocí prvků Bazální stimulace, především zklidňující masáže.

### Popis terapie ve Snoezelenu:

Cílem terapie bylo celkové zklidnění a uvolnění organismu a uvolnění a protažení spastických svalů. Dle individuálního vzdělávacího plánu (IVP), který má klientka ve speciální škole, docházela na terapie 4x týdně po půl hodinách. Klientka se na Snoezelen vždy velmi těšila. Po příchodu do místnosti se klientka přesunula na lůžko z polystyrénových kuliček, kde se pomocí polohovacích pomůcek zapoložovala. Poté se spustila relaxační hudba či nějaká pohádka, kterou si klientka vybrala. Zapnuli se požadované efekty, tak aby neměly náhlé nepříjemné a rychlé přechody. Po úvodním přivítání absolvovala klientka masáž, podle konceptu Bazální stimulace. Veškeré pohyby bylo nutné dělat pomalu, bez náhlých prudkých pohybů, abychom klientku nerozptýlili od relaxace. Klientka se po příchodu do Snoezelenu smála a povídala, snažila se na vše dosáhnout a vše prozkoumat. Po chvíli se klientka zklidnila a postupně se jí zpomaloval a prohluboval dech. Díky celkovému zklidnění organismu se jí uvolnily i spastické končetiny, které byly pasivně protaženy a následně nastaveny do fyziologického postavení.

**Pozitivní reakce na terapii:** Klientka se celkově uvolnila, zklidnil se jí dech a snadněji jí šly protáhnout končetiny.

**Negativní reakce na terapii:** Při působení některých efektů se klientka rozesmála, a tím se jí zvýšila spasticita.

	30.11.2011			6.12.2011			8.12.2011		
	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec
<b>Pohyby</b>									
3 hyperaktivní, roztržitý	3			3		3		3	3
2 normální		2	2		2		2		
1 snížená aktivita									
0 odpočinek/spánek									
<b>Negativistické projevy</b>									
3 pláč									
2 křik									
1 odmítání	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 žádné									
<b>Mimika</b>									
3 smích	3			3		3		3	3
2 spokojenost		2	2		2		2		



1 neutrální								
0 negativní								
Zrakové vnímání								
3 aktivní sledování		3		3	3		3	
2 reakce na změny			2					2
1 těkavé pohyby očí	1			1			1	
0 bez reakce								
Svalový tonus								
3 Snížený		3						
2 Normální střídání spasticity a uvolnění			2					
1 a uvolnění				1			1	
0 Spasticita	0			0	0		0	0

Tabulka 2: Kazuistika 1

### Závěr:

Při absolvování terapií ve Snoezelenu došlo ke zlepšení především v oblasti svalového tonu, kdy v průběhu terapie došlo k uvolnění spastických svalů a tím bylo možno provést pasivní protažení končetin a následné přiblížení polohy do fyziologického postavení (výsledky viz tabulka 2: Kazuistika 1). Další změny byly vyzorovány v oblasti zrakového vnímání, kdy během terapie nastal pokrok z těkavých pohybů očí k aktivnímu sledování předmětů, které klientku zajímaly.

U klientky se během terapií neobjevily žádné negativistické projevy. Klientka se na terapii vždy těšila.

### 6.3.2 Kazuistika 2

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 10

**Diagnóza.:** Atypický autismus, syndrom ADHD, těžká mentální retardace.

**Rodinná anamnéza:** rodiče jsou rozvedení, žije s matkou v bytě, sourozence nemá.

**Pracovní anamnéza:** žák speciální základní školy, autistická třída.

**Sociální anamnéza:** obtížně navazuje kontakt s okolím, především s novými lidmi, které nezná, nevyhledává fyzický kontakt.

**Osobní anamnéza:** chlapec navštěvuje speciální základní školu, kde má ve svém individuálním vzdělávacím plánu absolvování terapií ve Snoezelenu. Klient je velmi hyperaktivní, nemá rád stísněné prostory, špatně snáší změny. Při projevech

nelibosti či nesouhlasu bývá agresivní k sobě nebo svému okolí. Neuvědomuje si příčinu a následek svého chování. Ve škole spolupracuje dobře, vše je však závislé na jeho aktuální náladě. Má velmi rád pohyb, není schopen pomalé chůze. Při chůzi je často v poklusu, má problémy se zastavením či zpomalením. Při chůzi ze schodů si je nejistý a vyžaduje dopomoc přidržováním druhé osoby.

**Soběstačnost:** Klient je závislý na pomoci druhé osoby ve všech denních činnostech, není schopen se soustředit delší dobu na jednu činnost.

**Lokomoce:** Klient je plně mobilní, pohybuje se velmi rychle, nutné zpomalování běhu do chůze.

**Komunikace:** Klient komunikuje pomocí skřeků. Učí se pomocí strukturované metody a nacvičuje komunikaci využitím komunikační tabulky s obrázky.

**Snoezelen:** Podle informací od pracovníků bylo zjištěno, že první návštěvy Snoezelenu byly pro klienta velmi stresové. Nevyhovovalo mu nové prostředí plné neznámých věcí. Při první návštěvě nebyl schopen vstoupit do místnosti. Otevřel dveře a začal utíkat zpět do třídy. Postupem času si klient na nové prostředí Snoezelenu zvykal. Prodlužoval se čas strávený v rozsvícené místnosti bez zapnutí jakéhokoliv efektu. Postupně začal objevovat nové zajímavé věci a prozkoumával a sledoval různé možnosti a efekty, které lze ve Snoezelenu zapnout. Nyní, přibližně po půl roce seznamování se se Snoezelenem, se zde klient pohybuje přirozeně, bez negativního projevu z neznámého prostředí a zkoumá různé efekty.

### **Popis terapie ve Snoezelenu**

Klient docházel na terapie, do Snoezelenu 3x týdně po 60 minutách dle školního IVP. Cestou do Snoezelenu byl klient nedočkavý. Jeho chůze byla velmi rychlá, po cestě ze schodů vyžadoval dopomoc. Před vstupem do Snoezelenu si klient sundal boty a po vstupu do rozsvícené místnosti si mohl vybrat co chce dělat. Průběh terapie byl uzpůsoben především hyperaktivitě, která u něho byla velmi výrazná.

Začátek terapie byl koncipován pro velmi aktivní pohyb. Světelné efekty byly nastaveny na červenou barvu, která měla v klientovi vyvolat potřebu aktivního pohybu. Hudba byla rychlejšího, výraznějšího rázu, nejčastěji taková, která obsahovala bubny a elektrické nástroje. Klient po vstupu do Snoezelenu nejprve pobíhal po místnosti, od jednoho předmětu k druhému, poté se mu zalíbil míčkový bazén. Skočil do něho, vyhazoval míčky, kopal nohama a různě pohyboval celým tělem. Veškerou akci doplňoval skřeky, křičením a hlasitým smíchem. Velmi se mu líbily zvuky, které jeho aktivity doprovázely.

Další fáze terapie nastala, když se rozhodl ukončit aktivní činnost. Po opuštění míčkového bazénu, šel prozkoumat bublinkový válec, ke kterému si sedl, pozoroval jej a naslouchal bublání proudící vody. V tu chvíli bylo potřeba změnit okolní prostředí tak, aby hudba přešla na pomalou příjemnou relaxační hudbu bez rušivých, hlasitých elementů. Světelné efekty se změnily na pomalé postupné změny barev. Zapnutí pouze bublinkového válce umožnilo klientovi soustředit se pouze na něj, bez rušení ostatními efekty. Klient se po nějaké době začal zajímat o ostatní předměty, nejčastěji to byly světelné vlasy, které pečlivě prozkoumával a různě se jimi obklopoval. Jeho pohyby se zpomalily, chůze byla klidnější, neběhal a prodlužovala se doba, ve které byl schopen sledovat určitý předmět. Někdy se zastavil a kývavými pohyby celého těla ze strany na stranu, pozoroval efekt, který ho v danou chvíli zaujal. Někdy přišel k terapeutovi a vyžadoval od něho fyzický kontakt v podobě chování v náručí. Následně vyžadoval, pomocí neverbální komunikace (pohyby těla) o kývavé pohyby, které prováděl samostatně před tím. To se mu velmi líbilo, usmíval se a upřeně sledoval bublinkový válec. Po nějaké době klient změnil polohu ze stoje do sedu, pro který využil připravený polštář a deku. Po usazení se, si vzal k sobě světelné vlasy a sledoval jak svítí a různě si s nimi hrál. Pak byl zaujat polštářem, lehl si na něj a neustále si hrál se světelnými vlasy. Zklidnilo se jeho dýchání a zpomalily se veškeré jeho pohyby.

Tyto projevy, jako houpání, smích, kývání, odpočinek a sledování různých efektů se opakovaly až do konce terapie.

Na konci terapie bylo potřeba nejprve ukončit hudbu, rozsvítit v místnosti a vypnout světelné efekty. Důležité bylo, aby veškeré prováděné pohyby byly pomalé a bez nečekaných změn v prostředí, tak aby klienta „nic nerozhodilo“. Po ukončení terapie se klient pomalu obul a byl doprovázen zpět do třídy. Bylo důležité, aby cesta probíhala pomalu a v klidu, bez hlučných či nečekaných podnětů.

Po terapii ve Snoezelenu byl klient odpočatý, jeho pohyby byly pomalejší, chůze klidnější a vypadal velmi spokojeně. Dokázal se soustředit delší dobu na danou činnost. Tyto projevy se však po krátké době (cca. 10 minut) změnilly k původnímu hyperaktivnímu chování. Takto u klienta probíhaly veškeré terapie ve Snoezelenu.

**Pozitivní reakce klienta na terapii:** Po vyčerpání přebytečné energie dokázal odpočívat, navazoval fyzický kontakt (držení za ruku, chování) a využíval neverbální komunikaci.

**Negativní reakce klienta na terapii:** Při jedné z terapií nebylo u klienta rozpoznáno, kdy chtěl změnit prostředí z aktivního do klidného. Jeho nespokojenost

se projevila hysterickým křikem, pobíháním po místnosti, které se vystupňovalo k tomu, že strhal závěsy zavěšené na zdech. Po zklidnění klienta byla terapie předčasně ukončena, protože další pobyt ve Snoezelenu by byl terapeuticky bezvýznamný.

	11.5.2011			18.5.2011			25.5.2011		
	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec
<b>Pohyby</b>									
3 hyperaktivní, roztržitý	3		3	3			3	3	3
2 normální		2				2			
1 snížená aktivita					1				
0 odpočinek/spánek									
<b>Negativistické projevy</b>									
3 pláč								3	
2 křik	2						2		2
1 odmítání									
0 žádné		0	0	0	0	0			
<b>Mimika</b>									
3 smích	3	3		3					
2 spokojenost			2		3	2			
1 neutrální									1
0 negativní							0	0	
<b>Zrakové vnímání</b>									
3 aktivní sledování		3			3				
2 reakce na změny						2			
1 těžké pohyby očí	1		1	1			1	1	1
0 bez reakce									
<b>Hmatové vnímání</b>									
aktivní vyhledávání									
3 předmětů				3					
2 zkoumání předmětů		2			2	2			
1 bez reakce	1								
0 negativní reakce			0				0	0	0

Tabulka 3: Kazuistika 2

### Závěr:

Ke zlepšení u klienta došlo především v komunikační schopnosti, kdy klient navázal kontakt s terapeutem a vyžadoval od něho nepřetržitou pozornost a fyzický kontakt. Cíl, zklidnění a uvolnění klienta, se ve dvou terapiích naplnil. Došlo ke snížení hyperaktivity až ke snížené aktivitě, při které klient zaujal odpočinkovou polohu vleže

na zemi, při které prozkoumával světelné vlasy. Při sledování hmatového vnímání klienta bylo vyzkoušeno zlepšení, kdy klient zkoumal strukturu předmětů pomocí hmatu. Při jedné terapii došlo u klienta ke zhoršení projevů, kdy byl nespokojený, křičel a ničil vybavení Snoezelenu.

Veškerá terapie byla závislá na okolnostech, které předcházely terapii a na aktuálnímu stavu klienta.

### 6.3.3 Kasuistika 3

**Věk:** 7

**Pohlaví:** muž

**Diagnóza:** DMO kvadruspatická forma, hluboká MR, epilepsie.

**Rodinná anamnéza:** rodiče rozvedeni, má starší sestru (19).

**Pracovní anamnéza:** žák speciální základní školy – rehabilitační třída.

**Sociální anamnéza:** žije s matkou a sestrou v bytě s výtahem.

**Osobní anamnéza:** Etiologie dg. je asfyxie během porodu. Klient je ležící, má velmi rád fyzický kontakt (rád se chová). Společnost více lidí mu nevyhovuje, má raději klid. Komunikace: komunikuje pomocí očního kontaktu či mimikou nebo pláčem a smíchem. Očima fixuje pestré předměty, které ho zaujmou. Otáčí se za zvukovými podněty a slyší na své jméno.

**Lokomoce:** Klient není schopen žádné lokomoce. Využívá dětského kočáru.

**Soběstačnost:** Klient je plně závislý na druhé osobě ve všech ADL.

**Hybnost horních a dolních končetin:** Spastické držení HK i DK. Hypotonie vertebrálních svalů, neudrží hlavu nad podložkou. Flekční kontraktury na HK v kloubech rameních, loketních, zápěstních. Addukční držení v kyčelních kloubech, extenční postavení v koleních.

**Snoezelen:** Terapie ve Snoezelenu je zaměřena na celkovou relaxaci, uvolnění a stimulaci smyslových orgánů za účelem otáčení hlavy směrem k podnětu.

**Terapie ve Snoezelenu:** probíhala u klienta tak, že po příchodu do místnosti a zapolohování na kuličkovém lůžku se zapnula relaxační hudba. Bylo důležité vybrat takovou, která neobsahuje nečekané náhlé změny, které by mohly klienta vylekat a tím způsobit spasticitu či epileptický záchvat. Poté byly zapnuty světelné efekty, promítané tak, aby zaujaly klienta a inhibovaly ho k otočení hlavy. Promítané efekty bylo nutno nastavit tak, aby byly postupné a neagresivní. Vibrace lůžka způsobené hudbou, bylo potřeba snížit na minimum, protože vyšší způsobovaly spasticitu. Při některých

terapiích vyžadoval klient neustálý fyzický kontakt v podobě chování. Poté se uvolnil a byl spokojený.

**Pozitivní reakce klienta na terapii:** Klienta zajímaly efekty promítané na stěny, snažil se za nimi otáčet hlavu. Při chování se klient lépe celkově uvolnil.

**Negativní reakce klienta na terapii:** Při špatné náladě chlapec plakal a vyžadoval nepřetržité chování. Klient byl v nepřetržité spasticitě a nebyl schopný celkového uvolnění.

	29.11.2011			6.12.2011			8.12.2011		
	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec	Za čá tek	Prů běh	Ko nec
<b>Mimika</b>									
3 smích									
2 spokojenost		2		2					
1 neutrální	1		1	1		1	1		
0 negativní								0	0
<b>Negativistické projevy</b>									
3 pláč							3	3	
2 křik				2					
1 odmítání					0	0	1		
0 žádné	0	0	0						
<b>Zrakové vnímání</b>									
3 aktivní sledování		3							
2 reakce na změny			2	2					
1 těkavé pohyby očí	1			1		1			
0 bez reakce							0	0	0
<b>Svalový tonus</b>									
3 Snížený									
2 Normální střídání spasticity a					2				
1 uvolnění		1							
0 Spasticita	0		0	0		0	0	0	0

Tabulka 4: Kazuistika 3

**Závěr:**

U klienta došlo ke změně v oblasti zrakového vnímání, kdy byl motivován různými druhy světelných efektů, které upoutaly jeho pozornost. Efekty jej zajímaly, aktivně je sledoval a otáčel za nimi hlavu. U klienta také došlo k uvolnění spastických

svalů na končetinách a k možnosti pasivního protažení. Při jedné terapii klient odmítal veškerou činnost ve Snoezelenu, byl nespokojený a proto byla terapie předčasně ukončena.

Na klienta velmi působily okolnosti, které terapii předcházely a míra únavy.

#### **6.4 Dotazníkové šetření**

Pro výzkumné šetření k hypotéze č. 2 a 3 bylo provedeno kvantitativní dotazníkové šetření. Bylo užito deseti uzavřených otázek, z toho 5 otázek výběrových, u kterých respondent mohl vybrat pouze jednu z nabízených alternativ, a 5 otázek výčtových, kde mohl vybrat více odpovědí zároveň. Návratnost z 553 respondentů byla 115, tedy 20,8 % ze všech dotazovaných.

Dotazník obsahoval celkem 10 otázek. Čtyři byly všeobecného zaměření, následující tři otázky byly zaměřeny na Snoezelen a závěrečné byly pro ergoterapeuty pracující v zařízeních, které mají Snoezelen.

Pro toto šetření byl využit internetový server oursurvey.biz, který umožňuje vytvoření dotazníku a jeho následné vyhodnocení. Pomocí internetové pošty byl dotazník rozeslán 553 respondentům. Byly to denní stacionáře, týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb na Ministerstvu práce a sociálních věcí v ČR.

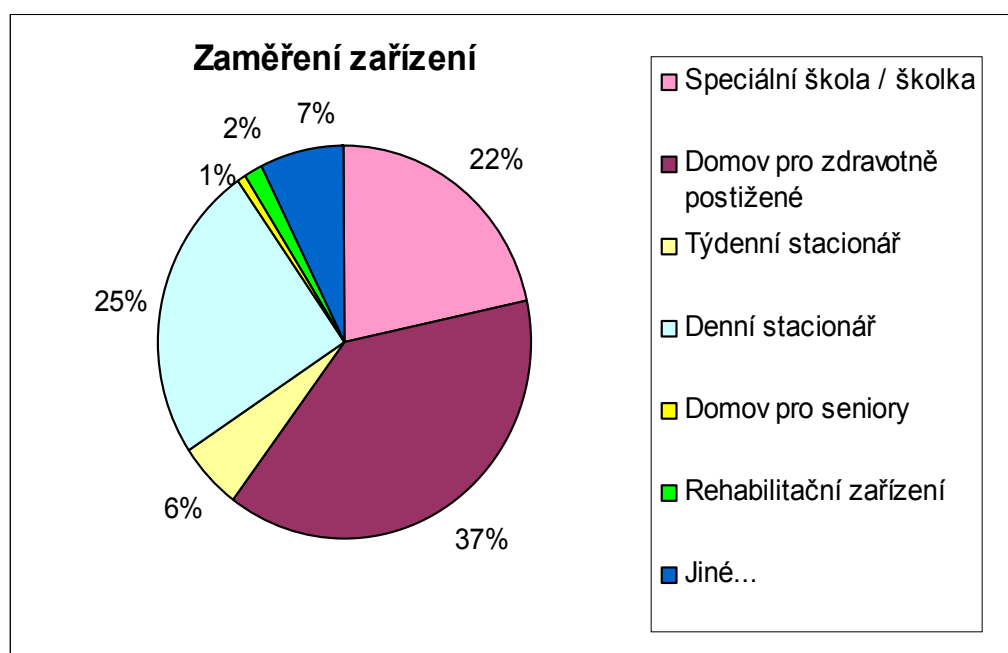
Cílem dotazníkového šetření, bylo zjistit častost Snoezelenu v těchto zařízeních, které poskytují sociální služby především u klientů s mentální retardací. Dále byl dotazník zaměřen na ergoterapeuty, pracujících ve zmíněných zařízeních, jestli a za jakým účelem Snoezelen využívají.

### 6.4.1 Vyhodnocení dotazníků:

#### 1. Druh zařízení:

Speciální škola / školka	27
Domov pro osoby se zdravotním postižením	48
Týdenní stacionář	7
Denní stacionář	31
Domov pro seniory	1
Rehabilitační zařízení	2
Jiné...	9

**Tabulka 5: Druh zařízení**



*1 Graf1: Zaměření zařízení*

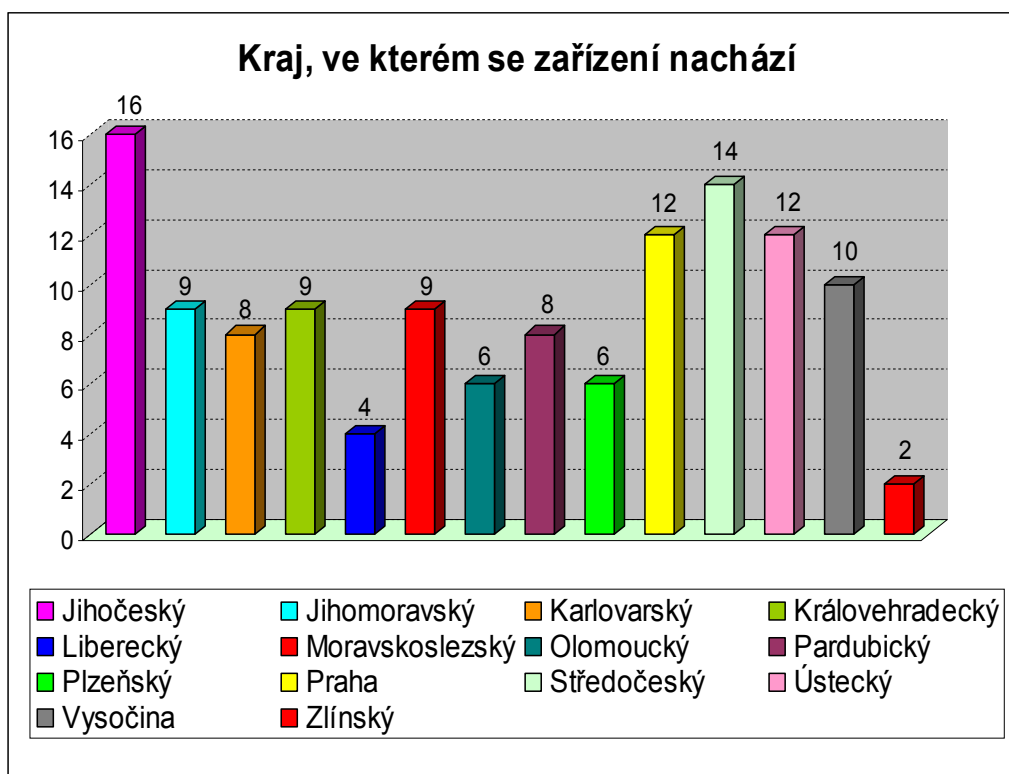
Výše uvedená tabulka informuje o počtech zařízení určitého druhu. Graf informuje o procentuální části respondentů, kteří odpověděli na dotazník. Lze vypořádat, že nejvyšší počet dotazovaných zařízení bylo ze 37% domovů pro zdravotně postižené, kterých bylo 48, dále pak speciální škola či školka ze 22% (která bývá ve většině zařízeních spojena s jiným zařízením sociální péče). Nejméně odpovědělo domovů pro seniory.



2. Kraj, ve kterém se nachází zařízení:

Jihočeský	16
Jihomoravský	9
Karlovarský	8
Královehradecký	9
Liberecký	4
Moravskoslezský	9
Olomoucký	6
Pardubický	8
Plzeňský	6
Praha	12
Středočeský	14
Ústecký	12
Vysočina	10
Zlínský	2

**Tabulka 6: Kraj, ve kterém se zařízení nachází**



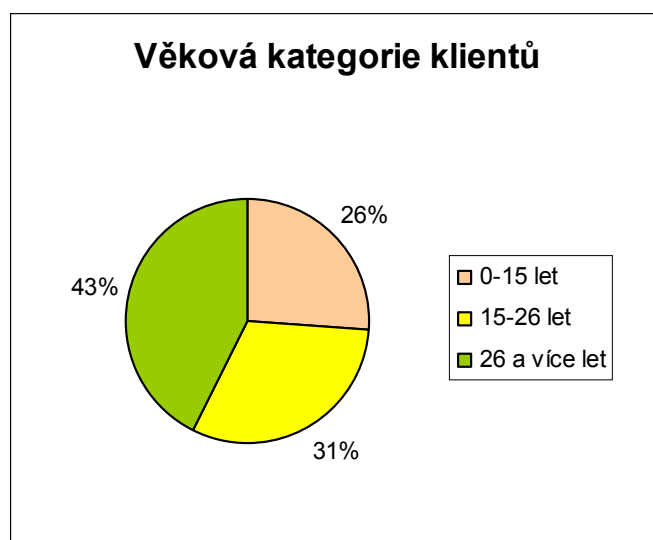
2 Graf 2: Kraj sídla zařízení

Tato otázka byla uvedena z důvodu, aby bylo informačně zjištěno, z jakého kraje odpovědělo kolik respondentů. Nejvíce odpovědí bylo z Jihočeského kraje (16), další vysoká účast byla ze Středočeského kraje (14), dále pak stejný počet z Prahy a Ústeckého kraje. Další kraje ČR byly v účasti podobné. Nejnižší účast byla ve Zlínském kraji, kdy odpověděly pouze 2 zařízení.

### 3. Věkové rozhraní klientů:

0-15 let	49
15-26 let	58
26 a více let	80

**Tabulka 7: Věkové rozhraní klientů**



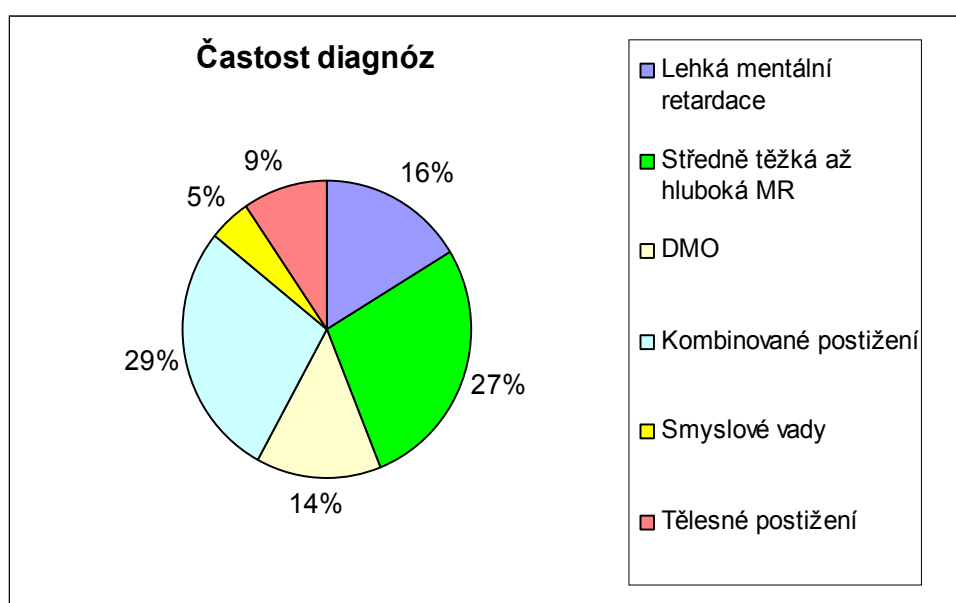
3 Graf 3: Věková kategorie

Otázka číslo 3 zprostředkovala informaci ohledně věkové kategorie klientů z dotazovaných zařízení. Věková kategorie byla poměrně vyrovnaná. Nejvíce zařízení mělo klienty od 26 let a více, dále pak 15 – 26 a nejméně bylo zařízení s klienty od 0 do 15 let.

#### 4. Nejčastěji se vyskytující diagnóza:

Lehká mentální retardace	38
Středně těžká až hluboká MR	64
DMO	33
Kombinované postižení	65
Smyslové vady	11
Tělesné postižení	22

**Tabulka 8:Diagnózy**



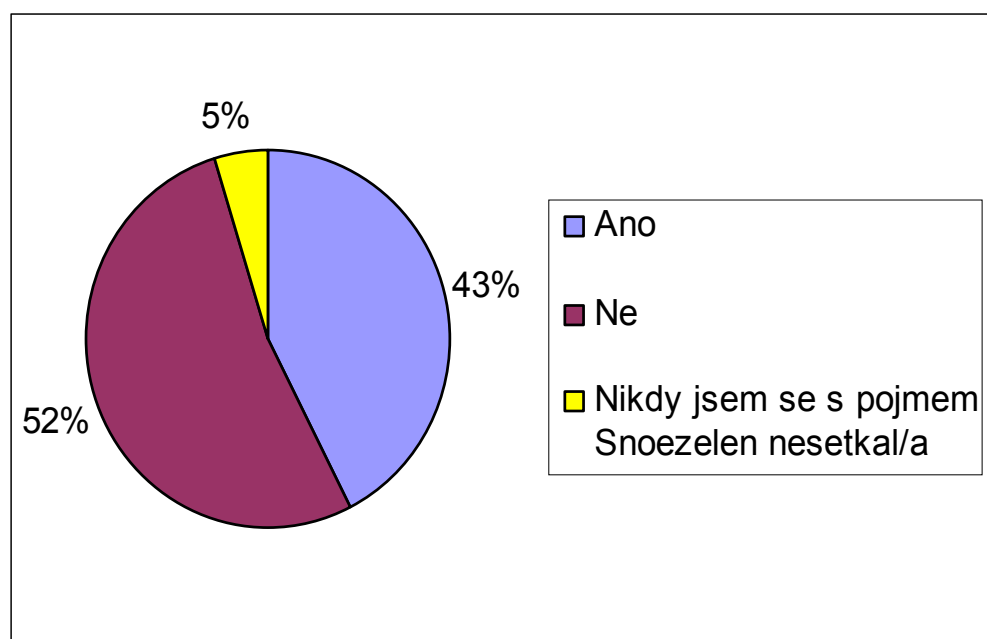
4 Graf 4: Diagnózy

Otázka číslo 4 se zaměřuje na zjištění, jaké diagnózy jsou nejvíce rozšířeny u klientů z dotazovaných zařízení. Nejčastěji se vyskytují klienti s kombinovaným postižením, u kterého odpovědělo 65 dotazovaných, tedy 29 %. Středně těžká až hluboká mentální retardace v počtu 64 dotazných, což je 27 % z celkového počtu na druhém místě, následuje lehká mentální retardace a DMO. Tělesné a smyslové vady byly na nejnižších pozicích v počtu 22 a 11 odpovědí.

#### 5. Výskyt Snoezelenu v zařízení:

Ano	54
Ne	67
Nikdy jsem se s pojmem Snoezelen neseťkal/a	6

**Tabulka 9: Výskyt Snoezelenu**



*5 Graf 5: Nachází se ve vašem zařízení Snoezelen?*

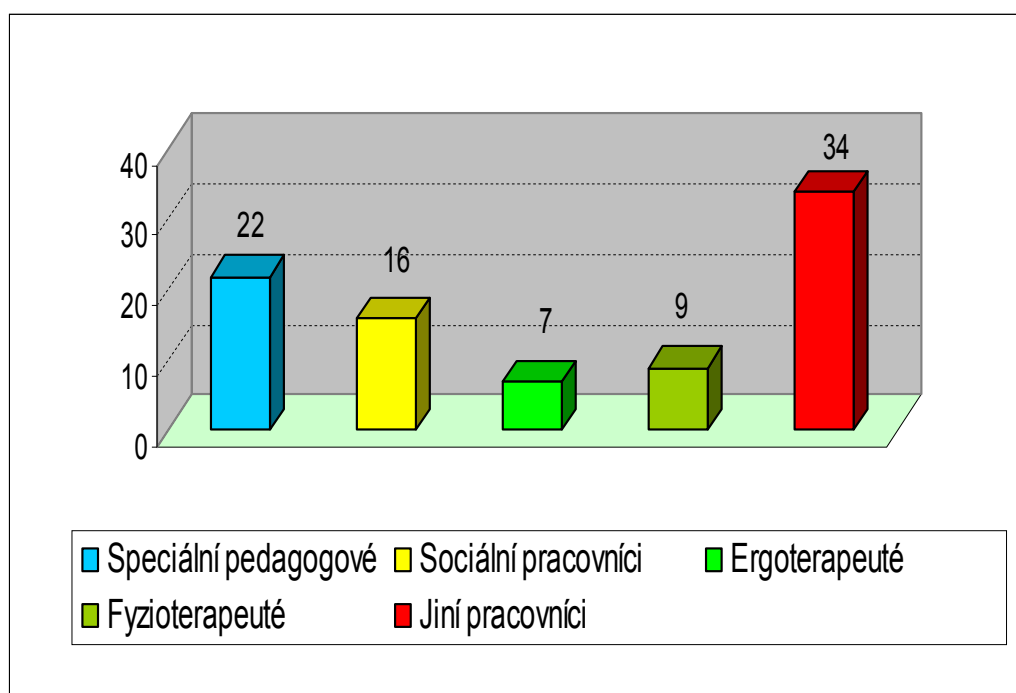
Tato data byla využita pro zjištění hypotézy č. 2: „Předpokládám, že výskyt Snoezelenu v sociálních zařízeních v České republice je nízký“. Výše uvedená tabulka ukazuje počty odpovědí respondentů. Graf znázorňuje data v procentuálních hodnotách. Na otázku: „Nachází se ve vašem zařízení Snoezelen?“ odpovědělo NE 67 respondentů, tedy 52 % z celkového počtu 115 odpovědí, a ANO odpovědělo 54 respondentů, což je 43 % z celku.

Následující otázky byly pro respondenty, kteří odpověděli ANO na předchozí otázku, tedy pro ta zařízení, která má Snoezelen.

#### 6. Pracovníci využívající Snoezelen:

Speciální pedagogové	22
Sociální pracovníci	16
Ergoterapeuté	7
Fyzioterapeuté	9
Jiní pracovníci	34

**Tabulka 10: Pracovníci využívající Snoezelen**



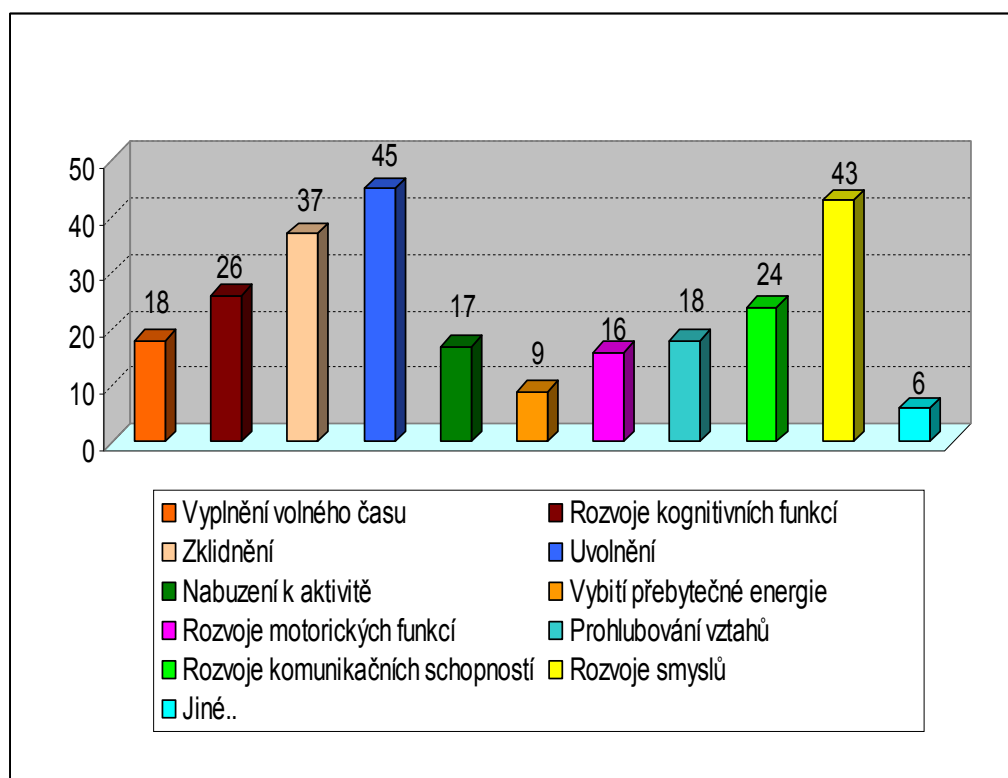
6 Graf 6: Pracovníci využívající Snoezelen

Z výše uvedeného dotazníku a grafu lze vidět, kteří pracovníci nejvíce využívají Snoezelen. Nejméně Snoezelen využívají ergoterapeuté (7), následně fyzioterapeuté (9), sociální pracovníci (16) a speciální pedagogové (22). Nejvíce Snoezelen využívají ostatní pracovníci, kteří jsou zaměstnáni v sociálních službách (34).

7. Účel, za jakým se Snoezelen využívá:

Vyplnění volného času	18
Rozvoje kognitivních funkcí	26
Zklidnění	37
Uvolnění	45
Nabuzení k aktivitě	17
Vybití přebytečné energie	9
Rozvoje motorických funkcí	16
Prohlubování vztahů	18
Rozvoje komunikačních schopností	24
Rozvoje smyslů	43
Jiné..	6

**Tabulka 11: Účel Snoezelenu**



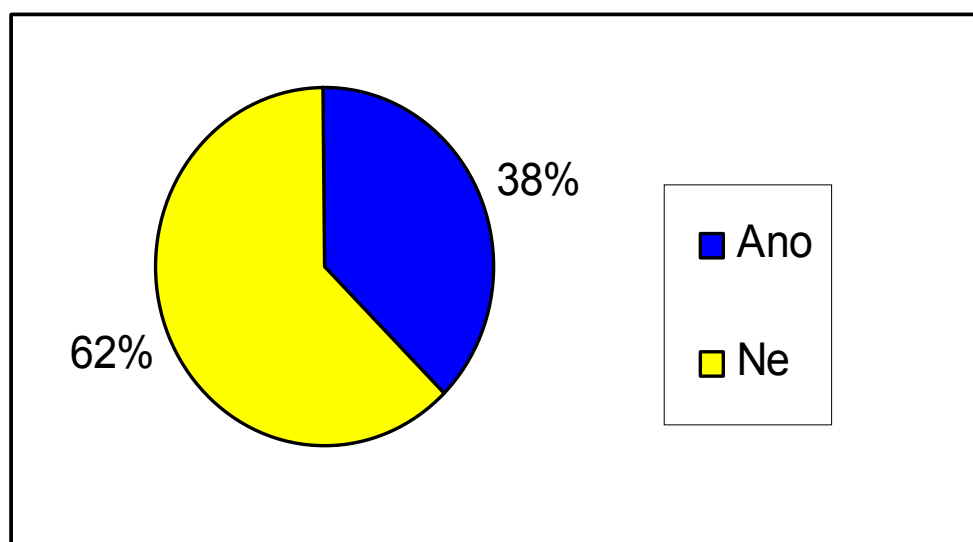
7 Graf 7: Účel využití Snoezelenu

U otázky: „ Za jakým účelem se Snoezelen ve vašem zařízení využívá? “ mohli respondenti vybrat více odpovědí. Z tabulky a grafu lze vidět, že nejvíce se Snoezelen využívá k uvolnění (45 odpovědí), k rozvoji smyslů (43) a zklidnění (37) klientů. Nejméně se využívá pro vybití přebytečné energie (9) a k vyplnění volného času (18). Šest bodů získal jiný účel, který nebyl ve výběru.

8. Pracuje ergoterapeut ve vašem zařízení:

Ano	47
Ne	78

**Tabulka 12: Výskyt ergoterapeutů**



*8 Graf 8: Pracuje ve vašem zařízení ergoterapeut?*

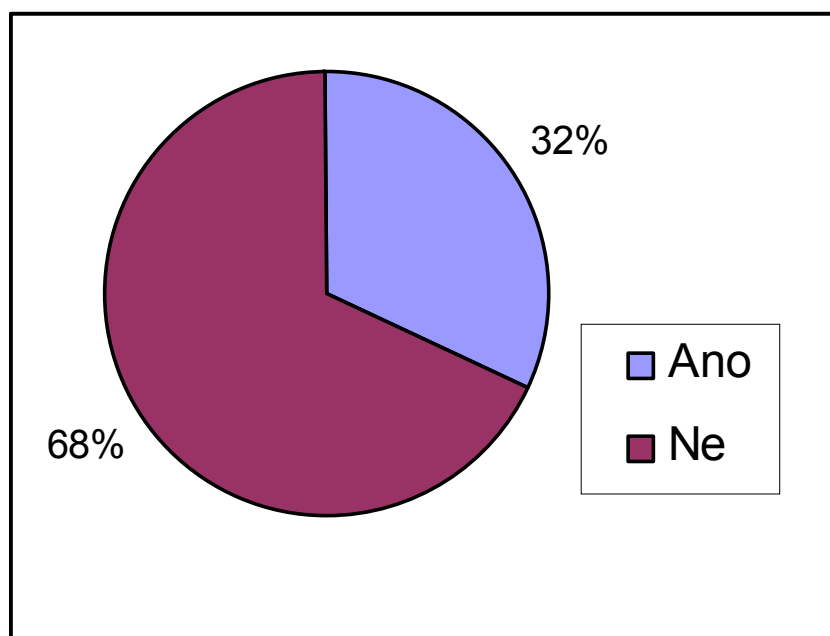
Pomocí otázky č. 8: „Pracuje ve vašem zařízení ergoterapeut?“ lze zjistit, kolik ergoterapeutů pracuje v oslovených zařízeních. 47 respondentů, což je 38 %, odpovědělo kladně, tedy že ergoterapeut v jejich zařízení pracuje. U 78 respondentů (62 %) ze 115 se ergoterapeut nenacházel.

Následující dvě otázky byly zaměřeny pro ergoterapeuty.

9. Využíváte Snoezelen ve svých terapeutických jednotkách:

Ano	15
Ne	32

**Tabulka 13: Užití Snoezelenu ergoterapeuty**



*9 Graf 9: Využívají ergoterapeuté Snoezelen ve svých terapeutických jednotkách?*

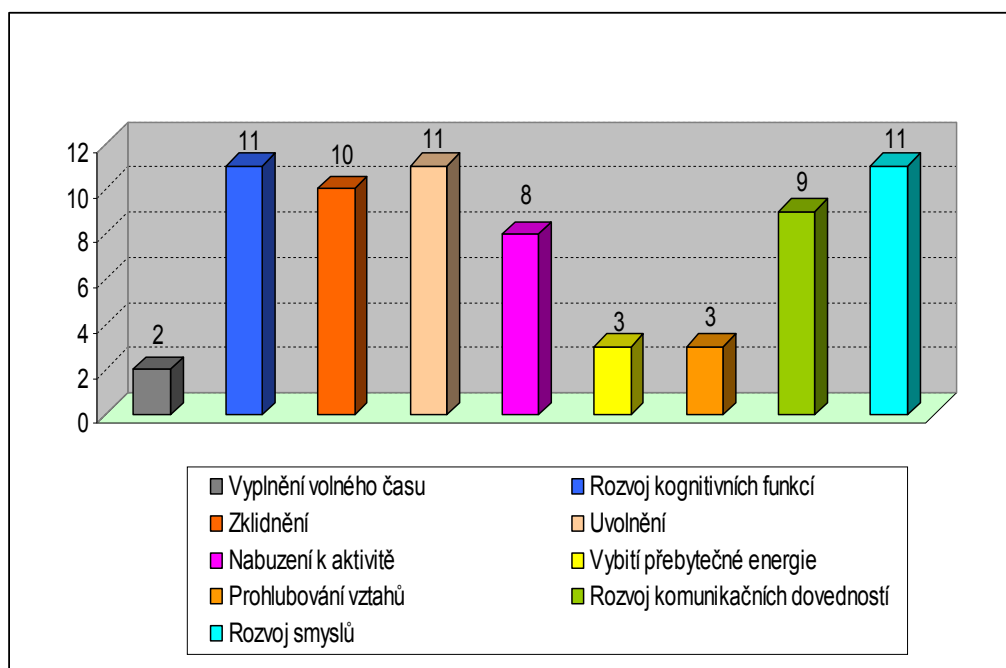
Pro zjištění hypotézy č. 1 ( Snoezelen využívají ergoterapeuté ve svých terapeutických jednotkách pro zklidnění a uvolnění klientů s mentální retardací.) byla nejprve využita otázka č. 9 ( „Využíváte Snoezelen ve svých terapeutických jednotkách?“). 15 ergoterapeutů (32 % ze 47) Snoezelen využívá a 32 (68 % ze 47) ergoterapeutů Snoezelen nevyužívá ve svých terapeutických jednotkách.



10. Účel, za jakým ergoterapeut Snoezelen využívá:

Vyplnění volného času	2
Rozvoj kognitivních funkcí	11
Zklidnění	10
Uvolnění	11
Nabuzení k aktivitě	8
Vybití přebytečné energie	3
Prohlubování vztahů	3
Rozvoj komunikačních dovedností	9
Rozvoj smyslů	11

**Tabulka 14: Účel využívání Snoezelenu ergoterapeuty**



*10 Graf 10: Za jakým účelem Snoezelen využívají ergoterapeuté?*

Tyto data potvrzují hypotézu č. 1 ( Snoezelen využívají ergoterapeuté ve svých terapeutických jednotkách pro zklidnění a uvolnění klientů s mentální retardací). Z této otázky bylo zjištěno, že ergoterapeuté nevyužívají Snoezelen pouze pro zklidnění (11) a uvolnění (10), ale také pro rozvoj kognitivních funkcí (11) a rozvoji smyslů (11). Dále jej pak využívají pro rozvoj komunikačních dovedností (9) a nabuzení k aktivitě (8).

Nejméně Snoezelen ergoterapeuté využívají ke kvalitnímu vyplnění volného času, vybití přebytečné energie a k prohlubování vztahů mezi terapeutem a klientem.

## 7 Diskuze

V rámci odborné praxe jsem měla možnost navštívit zařízení pro mentálně postižené, ve kterých se nachází Snoezelen. Měla jsem možnost sledovat klienty s mentální retardací a různorodost využití Snoezelenu právě u nich.

Cíl této práce a hypotézy měly zjistit obecné informace o výskytu Snoezelenu v České republice. Dále jsem se zaměřila na ergoterapeuty, za jakým cílem využívají Snoezelen a v neposlední řadě jsem zkoumala, jaký vliv má Snoezelen na klienty s mentální retardací.

V praktické části této bakalářské práce je uveden cíl a tři hypotézy. Dvě z nich byly zkoumány pomocí dotazníkového šetření a jedna hypotéza byla zkoumána pomocí kazuistického šetření.

### 7.1 Diskuze k hypotéze č. 1

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že Snoezelen využívají ergoterapeuté ve svých terapeutických jednotkách pro zklidnění a uvolnění klientů s mentální retardací.

Cílem této hypotézy bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření, zda-li a za jakým účelem ergoterapeuté využívají Snoezelen.

Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, že ze 47 (100 %) dotazovaných ergoterapeutů pracujících s klienty s mentální retardací, využívá Snoezelen 15 (32 %) ve svých terapeutických jednotkách ( otázka č. 9: Využíváte Snoezelen ve své práci?). Dále bylo zjištěno ( z otázky č. 10: Za jakým účelem Snoezelen využíváte?), že nejvíce je ergoterapeuty Snoezelen využíván pro rozvoj kognitivních funkcí (11), stejně tak k uvolnění (11) a k rozvoji smyslů (11). Další účel využití je zklidnění (10), rozvoj komunikačních dovedností (9) a nabuzení k aktivitě (8).

Tímto výzkumem je **potvrzena hypotéza č. 1**, že Snoezelen využívají ergoterapeuté ve svých terapeutických jednotkách pro zklidnění a uvolnění klientů s mentální retardací.

## **7.2 Diskuze k hypotéze č. 2**

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že výskyt Snoezelenu v sociálních zařízeních v České republice je nízký.

Cílem této hypotézy bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření četnost Snoezelenu v sociálních zařízeních v celé České republice.

Pro toto zjištění byla využita otázka č. 5 (Nachází se ve vašem zařízení Snoezelen?). Ze 127 (100 %) zařízení sociálních služeb odpovědělo ANO 54 (43 %), tudíž že se Snoezelen v jejich zařízení nachází. Ne odpovědělo 67 (52 %), 6 dotazovaných (5 %) odpovědělo, že s pojmem Snoezelen se nikdy nesešel. Tato data jsou podle mě zkreslená. Myslím, že je to tím, že na dotazník odpovídala především zařízení, která Snoezelen mají. Tudíž z 553 zařízení (100 %) Snoezelen mají pouze v 54 zařízeních ( 8,2 %), tedy ve 499 Snoezelen není (90,2 %).

Hypotézu č. 2 lze z dotazníkového šetření vyvrátit, ale ze zkušeností a zjišťování informací o Snoezelenu lze hypotézu potvrdit, tedy že počet Snoezelenu v sociálních zařízeních je nízký.

## **7.3 Diskuze k hypotéze č. 3**

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že Snoezelen navozuje u klientů s mentální retardací zklidnění a změny chování.

Cílem této hypotézy bylo prostřednictvím pozorování klientů s mentální retardací v prostředí Snoezelenu zjistit, jestli na ně Snoezelen působí v oblasti zklidnění a jestli nastávají změny chování.

Pro toto zjištění byly vytvořeny pozorovací škály, do kterých byly zapisovány aktuální změny nebo stav klienta na začátku, v průběhu a na konci terapie probíhající ve Snoezelenu. Klienti měli různé diagnózy, ale spojovala je mentální retardace, která se nacházela u všech pozorovaných klientů.

U kazuistiky č. 1 byla největší změna v oblasti sníženého svalového tonu během terapie. Klientka byla před terapiemi roztěkaná a měla spastické končetiny. Během terapie došlo k celkovému uvolnění, uvolnění končetin a tím bylo možno provést pasivní protažení končetin. Dále byly zřetelné změny u zrakového vnímání, kdy klientka z těkavých pohybů očí začala aktivně sledovat promítané efekty na stěnu.

Kazuistika č. 2. U klienta byla velmi výrazná hyperaktivita společná s autismem. Největší změny nastaly u klienta v oblasti zklidnění, kdy se z hyperaktivního chování klient zklidnil, snížila se rychlost pohybů a byl schopný na chvíli zaujmout polohu vsedě či vleže a v této poloze odpočíval a sledoval okolní prostředí. Další výrazné změny nastaly u hmatového vnímání, kdy klient pomocí hmatu prozkoumával různé předměty a materiál, ze kterého jsou vyrobeny. Při některých terapiích byl u klienta problém s negativistickými projevy, kdy nechtěl ve Snoezelenu být, křičel a ničil vybavení Snoezelenu. Velmi záleželo na klientovo celodenním rozpoložení a na činnostech, které terapii ve Snoezelenu předcházely.

U kazuistiky č. 3 byla u klienta nejvýraznější změna v oblasti zrakového vnímání, kdy se aktivně zaměřil na efekty promítané na stěny a aktivně je sledoval a reagoval na změny. V oblasti svalového tonu, došlo k malému zlepšení, kdy se klient na chvíli uvolnil a byla možnost pasivně protáhnout končetiny.

**Hypotézu č. 3 lze tímto pozorováním potvrdit**, protože u dvou klientů ze tří došlo k výraznému uvolnění a zklidnění. Objevily se změny chování především u klienta č. 2, kdy se jeho hyperaktivní chování změnilo ke zpomalenějšímu tempu pohybů a objevilo se i zlepšení v oblasti sociálního kontaktu a neverbální komunikace mezi klientem a terapeutem.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo pomocí výzkumných metod zjistit četnost výskytu Snoezelenů v zařízeních sociálních služeb v celé České republice a zjistit jeho účel, pro který jej využívají ergoterapeuté ve své práci. Dále bylo cílem zjistit, jaký má Snoezelen vliv na klienty s mentální retardací a pozorovat, jestli se u klientů objeví změny v chování a jestli jim Snoezelen pomůže navodit celkové zklidnění organismu.

Tato bakalářská práce by měla představit Snoezelen jak odborníkům z řad zdravotnického tak sociálního prostředí tak, aby byla vhodná pro veřejnost, pro představení Snoezelenu jako další možnost terapie pro osoby s mentální retardací. Dále by bylo možné tuto bakalářskou práci využít jako výukový materiál, který by studentům představil Snoezelen a možnosti využití v ergoterapii.

Psaní této bakalářské práce mi umožnilo poznat Snoezelen jako celek a bylo velmi zajímavé spojit ergoterapii se Snoezelenem a sledovat, jak klienti na toto reagují. Dále mi shánění informací, týkajících se Snoezelenu, umožnilo porovnat úroveň Snoezelenu v České republice s porovnáním s úrovní a výskytem Snoezelenu v jiných vyspělých zemích. Dále mě překvapilo, že je nedostatek literatury v českém jazyce, která má přímou souvislost s malým povědomím a rozšířením Snoezelenu u nás.

Domnívám se, že se mi podařilo splnit cíl této bakalářské práce a zjistit pomocí různých metod pravdivost hypotéz, které jsem si stanovila. Měla jsem možnost vyzkoušet si vytvoření dotazníku a veškeré činnosti s tím související.

Domnívám se, že pro přesnější výsledky, jak dotazníkové činnosti tak i kazuistického šetření, by bylo potřeba většího časového prostoru a většího množství prozkoumaných Snoezelenů jak v České republice, tak možnost navštívit Snoezelenu i v jiných zemích.

## POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY:

1. BLATNÝ, Marek, a kol., *Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současné přístupy*. 1.vyd. Praha, Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3434-7
2. FILATOVA, Renata, JANKŮ, Kateřina, *Snoezelen*. 1. vydání.Ostrava, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7
3. FOWLER, Susan. *Multisensory Rooms and Environments*. 1.vyd. London: Jessica Kingsley Publisher, 2008. ISBN 978-1-84310-462-9
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
5. KREJCAROVÁ, Eva. *Snoezelen*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií, obor: Speciální pedagogika předškolního věku. Vedoucí práce. Mgr. Dita Finková, Ph.D.
6. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd.Ústí nad Labem: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
7. VITÁSKOVÁ, Kateřina, Mgr., *Využití multismyslové metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Brno, 2007. Disertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Školitel doc. PaedDr. Petr Foniok, Ph.D.
8. TICHÁ, Kateřina. *Metoda snoezelen*. Odborný časopis Sociální služby.2011, 8-9. str.37-39. ISSN 1803-7348

9. TRUSCHKOVÁ, P. *Snoezelen jako terapie nových možností*. Speciální pedagogika. 2007, roč. 17. č. 1-2., 88-93. ISSN 1211-2720

10. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0956-8.

### **Internetové zdroje:**

11. Snoezelen. Základní přístupy [online]. 2010, [cit. 29.12.2011]. Dostupné z <http://snoezelen.sk/cojesnoezelen-zakladnepristupy.htm>

12. Mertens. Snoezelen (sprich „snuzelen“) [online]. Brockhaus Enzyklopädie. Bd, 25, 2006, 429. [citováno dne 28.12.2011]. Dostupné z <http://isna.de/snoezelen/naehere-erlaeuterungen-snoezelen.html>

13. STACHOVÁ, Hana. O Snoezelenu. Proč mít Snoezelen anebo Snoezelen a jeho využití v každodenní praxi.[online] ©2010 Bazalsnuz [cit. 29.12.2011]. Dostupné z: <http://www.snoezelen-koncept.cz/o-snoezelenu/>

14. Snoezelen. Domov na stříbrném vrchu, Rokytnice v Orlických horách. [online] [cit. 19.3.2012]. Dostupné z: <http://www.uspro.cz/index.php?id=10175>

15. Multi sensory therapy. [online]. [cit. 15.3.2012] Dostupné z: <http://inspire.org.mt/multi-sensory-therapy?/=1>

16. Snoezelen multi sensory rooms. [online] Rompa 2012 [cit. 14.3.2012]. Dostupné z: <http://www.rompa.com/multi-sensory-environments-rooms>

17. Galéria. [online] 2010 [cit. 15.3.2012]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/galeria.htm>

18. Sensory Eye FX. [online] 2011 [cit. 15.3.2012]. Dostupné z: <http://www.sensoryguru.co.uk/eyecontrol/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Ukázka dotazníku

Příloha 2: Fotografická ukázka Snoezelenů



## Příloha 1

Ukázka dotazníku:

1. Jaké je zaměření zařízení, ve kterém pracujete?
- 1) Speciální škola / školka
  - 2) Domov pro zdravotně postižené
  - 3) Týdenní stacionář
  - 4) Denní stacionář
  - 5) Domov pro seniory
  - 6) Rehabilitační zařízení
  - 7) Jiné...

2. V jakém kraji se nachází zařízení ve kterém pracujete?
- 1) Jihočeský
  - 2) Jihomoravský
  - 3) Karlovarský
  - 4) Královehradecký
  - 5) Liberecký
  - 6) Moravskoslezský
  - 7) Olomoucký
  - 8) Pardubický
  - 9) Plzeňský
  - 10) Praha
  - 11) Středočeský
  - 12) Ústecký
  - 13) Vysočina
  - 14) Zlínský

3. Jaké je věkové
- 1) 0-15

rozmezí klientů  
ve Vašem  
zařízení?

- 2) 15-26
- 3) 26 a více

- 1) Lehká mentální retardace
- 2) Středně těžká až hluboká mentální retardace

4. Nejčastěji se  
vyskytující  
diagnóza je:

- 3) DMO
- 4) Kombinované postižení
- 5) Smyslové vady
- 6) Tělesné postižení

5. Nachází se ve  
vašem zařízení  
Snoezelen?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nikdy jsem se s pojmem Snoezelen nesetkal/a

***Následující  
otázky jsou pro  
respondenty,  
kteří odpověděli  
kladně na  
předchozí  
otázku!***

6. Pracovníci  
vašeho zařízení  
využívající  
Snoezelen ve své  
práci jsou:

- 1) Speciální pedagogové
- 2) Sociální pracovníci
- 3) Ergoterapeuté
- 4) Fyzioterapeuté
- 5) Jiní pracovníci

7. Snoezelen se  
ve vašem  
zařízení využívá  
za účelem:

- 1) Vyplnění volného času
- 2) Rozvoje kognitivních funkcí
- 3) Zklidnění

- 4) Uvolnění
- 5) Nabuzení k aktivitě
- 6) Vybití přebytečné energie
- 7) Rozvoje motorických funkcí
- 8) Prohlubování vztahů
- 9) Rozvoje komunikačních schopností
- 10) Rozvoje smyslů
- 11) Jiné..

8. Pracuje ve vašem zařízení ergoterapeut?

- 1) Ano
- 2) Ne

**Pro ergoterapeuta:**

9. Využíváte Snoezelen ve své práci?

- 1) Ano

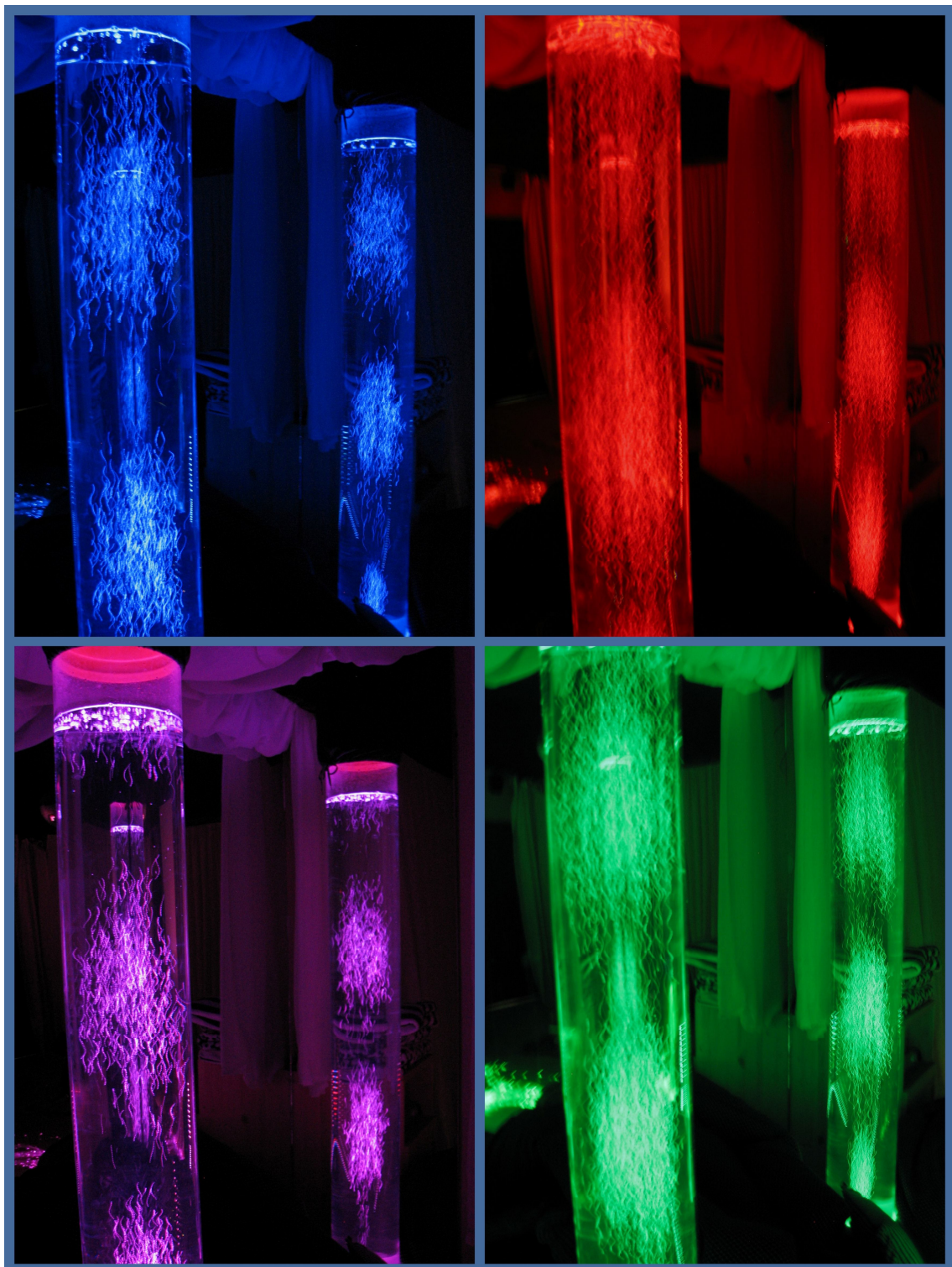
- 2) Ne

**Pro ergoterapeuta:**

10. Za jakým účelem Snoezelen využíváte?

- 1) Vyplnění volného času
- 2) Rozvoj kognitivních funkcí
- 3) Zklidnění
- 4) Uvolnění
- 5) Nabuzení k aktivitě
- 6) Vybití přebytečné energie
- 7) Prohlubování vztahů
- 8) Rozvoj komunikačních dovedností
- 9) Rozvoj smyslů

Fotografická ukázka Snoezelenů



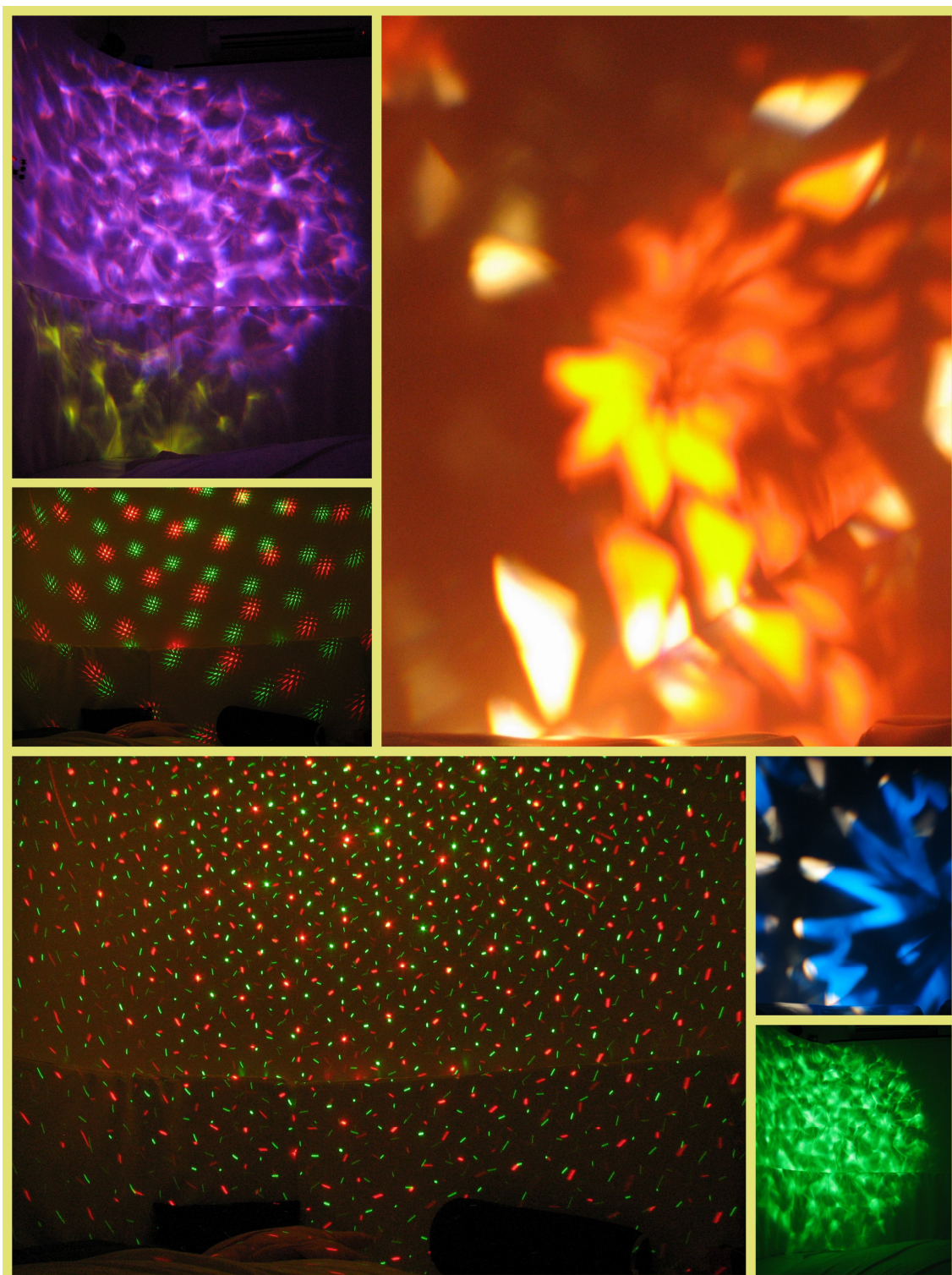
Barevná variace bublinkového válce v IC Zahrada (vlastní zdroj)



Světelná vlákna „vlasý“ a míčkový bazén v IC Zahrada (vlastní zdroj)



Světelné efekty I. v Alka o.p.s. (vlastní zdroj)



Světelné efekty II. v Alka o.p.s. (vlastní zdroj)



Terapie ve Snoezelenu v Alka o.p.s (vlastní zdroj)