

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ergoterapie



Barbora Nehybová

**Snoezelen – Využití senzorické místnosti v rámci ergoterapie
v psychiatrické nemocnici**

Snoezelen – The use of sensory room as part of occupational therapy in the
psychiatric hospital

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Praha, 2025

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní magistře Janě Pluhaříkové Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce Bc. Květě Myslivcové, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na pracovišti Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice a své znalosti si prakticky ověřit.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 4. 2025

Jméno a příjmení: Barbora Nehybová

podpis studenta:

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

NEHYBOVÁ, Barbora. *Snoezelen – Využití senzorické místnosti v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici. [Snoezelen – The use of sensory room as part of occupational therapy in a psychiatric hospital]*. Praha, 2025. 115 stran, 12 příloh. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Barbora Nehybová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Název bakalářské práce: Snoezelen – Využití senzorické místnosti v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici

Abstrakt bakalářské práce: Bakalářská práce se zabývá využitím multisenzorického konceptu Snoezelen v prostředí psychiatrické nemocnice, konkrétně na oddělení subakutní péče u pacientů s depresí. Teoretická část práce se zaměřuje na koncept Snoezelen, jeho historii, principy, využití v psychiatrické péči, a to zejména při léčbě deprese. Současně popisuje principy psychosociální rehabilitace v psychiatrických nemocnicích a roli ergoterapeuta v tomto procesu. Hlavním cílem práce bylo navrhnout a realizovat skupinové terapie v multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie. Dílčím cílem bylo zjistit, jak pobyt a terapeutické intervence v multisenzorické místnosti pacienti subjektivně prožívají a jak vnímají, že využití Snoezelenu ovlivňuje jejich symptomy onemocnění. Praktická část byla realizována v psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice. Zahrnovala šest terapeutických sezení se třemi pacientkami. Tato část práce detailně popisuje návrh a realizaci jednotlivých terapeutických sezení, která byla zaměřena na podporu emocionálního, psychického a fyzického rozvoje pacientek. Sezení byla systematicky členěna na přípravnou a úvodní fázi, hlavní terapeutickou aktivitu a závěrečnou reflexi. Efekt terapií byl ověřen pomocí dotazníku PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), Beckova depresivního inventáře (BDI) a semistrukturovaných rozhovorů. Výsledky ukazují, že terapeutické intervence v Snoezelen prostředí měly pozitivní vliv na emoční pohodu pacientek. Bylo prokázáno, že u pacientek došlo ke snížení negativních emocí a zvýšení emocí pozitivních po každém terapeutickém sezení. U všech pacientek bylo také zaznamenáno snížení BDI skóre po dokončeném terapeutickém bloku. Semistrukturované rozhovory poskytly hlubší pohled na subjektivní vnímání terapie pacientkami. Všechny subjektivně hodnotily celkovou zkušenost se Snoezelen prostředím jako velmi přínosnou. Výsledky této práce potvrzují význam multisenzorické terapie v ergoterapii jako inovativního nástroje při léčbě deprese.

Klíčová slova: Snoezelen, multisenzorická místnost, ergoterapie, psychiatrická nemocnice, deprese

ABSTRACT

Name: Barbora Nehybová

Supervisor: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Title: Snoezelen – The use of sensory room as part of occupational therapy in the psychiatric hospital

Abstract: The bachelor thesis focuses on the use of multisensory Snoezelen concept in psychiatric hospital in the subacute care unit for patients with depression. The theoretical part describes the Snoezelen concept, its history, principles, application in psychiatric care, particularly in the treatment of depression. Additionally, it outlines the principles of psychosocial rehabilitation in psychiatric hospitals and the role of occupational therapists in this process. The main aim was to design and implement group therapy sessions in a multisensory room as part of occupational therapy intervention. Another objective was to explore patients' subjective perceptions and analyse the impact of Snoezelen on depressive symptoms. The research was realised at the Horní Beřkovice psychiatric hospital and included six therapeutic sessions with three female patients. This section provides detailed description of the design and implementation of each session. The sessions were systematically structured into four phases. The effect of the therapy was verified using the PANAS questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI) and semi-structured interviews. The results show that therapeutic interventions in the Snoezelen had a positive impact on the emotional well-being of the patients. It was demonstrated that the patients experienced a decrease in negative emotions and increase in positive emotions after each therapeutic session. Moreover, all patients showed a reduction in their BDI scores. Semi-structured interviews provided deeper insights into patients' subjective perceptions of the therapy. All patients subjectively rated the experience as very beneficial. The results confirm the importance of multisensory therapy as an innovative tool in the treatment of depression.

Key words: Snoezelen, multisensory room, occupational therapy, psychiatric hospital, depression

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská
32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

OBSAH

1. ÚVOD	10
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	12
2.1. Koncept Snoezelen.....	12
2.1.1. Vymezení pojmu.....	12
2.1.2. Historie a vývoj	13
2.1.3. Snoezelen prostředí a senzorické pomůcky.....	14
2.1.4. Zásady a principy efektivní práce v Snoezelen prostředí.....	15
2.1.5. Efekt senzorické stimulace	17
2.1.6. Efekt senzorických přístupů v psychiatrické péči	17
2.1.7. Využití Snoezelen prostředí v psychiatrické péči.....	18
2.1.8. Využití konceptu Snoezelen v České republice.....	19
2.2. Psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici a její principy	20
2.2.1. Role ergoterapeuta v psychiatrické nemocnici.....	21
2.3. Deprese.....	23
2.3.1. Příčiny vzniku deprese	25
2.3.2. Projevy a příznaky deprese.....	26
2.3.3. Terapie deprese.....	27
2.3.4. Využití Snoezelen terapie při léčbě deprese	29
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
3.1. Cíle práce.....	32
3.2. Postup zpracování bakalářské práce.....	32
3.2.1. Dotazník PANAS (Positive and Negative Affect Schedule)	33
3.2.2. Beckův depresivní inventář	34
3.2.3. Vybavení Snoezelen místnosti v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice...	35
3.2.4. Návrh průběhu jednotlivých terapeutických sezení	35
3.2.5. Průběh jednotlivých terapií	37
3.3. Výsledky.....	48
3.3.1. Výsledky semistrukturovaných rozhovorů.....	48
3.3.2. Souhrn klíčových zjištění ze semistrukturovaných rozhovorů	49
3.3.3. Vyhodnocení efektivity terapeutických sezení pomocí dotazníku PANAS	50
3.3.4. Výsledky Beckova depresivního inventáře	54
3.3.5. Podrobnější analýza výsledků BDI	56

3.3.6.	Vlastní krátké strukturované hodnocení.....	57
3.3.7.	Výsledky krátkého strukturovaného hodnocení.....	58
3.3.8.	Průměrné zhodnocení všech terapeutických sezení	61
4.	DISKUZE.....	62
5.	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76
	PŘÍLOHY.....	77

1. ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na využití multisenzorického konceptu Snoezelen v prostředí psychiatrické nemocnice, konkrétně na oddělení subakutní péče u pacientů potýkajících se s depresí. Deprese je velmi závažné duševní onemocnění, které má významný dopad na kvalitu života pacientů a jejich schopnost fungovat v běžném prostředí. V rámci léčby depresivních poruch se využívají různé terapeutické metody. V léčbě deprese je využívána také ergoterapie, která se zaměřuje především na pomoc jednotlivcům při naplňování jejich potenciálu prostřednictvím smysluplných aktivit.

Singh et al. (2024) ve své práci uvádějí, že tradiční léčebné přístupy, jako jsou farmakoterapie a psychoterapie, nemusejí být vždy dostatečně účinné pro léčbu pacientů s depresivní poruchou. Pacienti nemusí na léčbu reagovat dle očekávání. Někteří pacienti se těmto formám léčby dokonce brání. Tyto dva faktory vedou k potřebě zkoumat alternativní a doplňkové přístupy, které mohou pacientům nabídnout nové možnosti zlepšení jejich duševního zdraví.

Jedním z těchto alternativních přístupů by mohlo být využití Snoezelenu, konceptu multisenzorické terapie, který je v různých lékařských a terapeutických zařízeních stále populárnější. Snoezelen je prostředí určené k podpoře relaxace, smyslové stimulace a emoční pohody prostřednictvím stimulace smyslů. K senzorické stimulaci se tedy využívají zrakové a sluchové podněty, vůně, dotek, popřípadě chuť. Výzkum Kima et al. (2021) naznačuje, že tato metoda by měla pomáhat snižovat úzkost, zlepšovat náladu a podporovat celkový pocit pohody. Hlavním cílem této bakalářské práce je návrh a realizace skupinových terapií v prostředí multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie pro pacienty trpící depresí v subakutní fázi léčby v psychiatrické nemocnici. Dílčím cílem práce je zjistit, jak pobyt a terapeutické intervence v multisenzorické místnosti pacienti subjektivně prožívají a jak vnímají, že využití Snoezelenu ovlivňuje jejich symptomy onemocnění.

Význam této problematiky spočívá v potřebě nalézt účinné postupy pro léčbu pacientů trpících depresí. Tito pacienti na odděleních psychiatrické péče mohou mít omezené možnosti vyjádřit své pocity a potřeby prostřednictvím tradičních terapií. Snoezelen tak představuje inovativní a vhodný způsob, jak podpořit jejich komunikaci a emocionální vyjádření. Věřím, že ergoterapie za využití multisenzorické místnosti může být důležitým terapeutickým nástrojem při léčbě duševních onemocnění. Ergoterapeuti mohou koncept Snoezelen využít jak

k posílení duševní pohody pacientů, tak ke zlepšení schopnosti pacientů zvládat každodenní činnosti, neboť prostředí Snoezelen místnosti lze individuálně přizpůsobit potřebám každého jedince.

Celkově lze říct, že tento přístup může poskytnout nové možnosti léčby a podpory procesu zotavení u pacientů s duševním onemocněním a také doplnit tradiční léčebné metody v ergoterapeutickém procesu.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Koncept Snoezelen

Termín „Snoezelen“ vznikl spojením dvou nizozemských výrazů. První výraz tvořící první polovinu slova je „snuffelen“, což v překladu znamená cítit nebo čichat. Druhý výraz, který lze do češtiny přeložit jako podřimovat, pospávat nebo také relaxovat, je nizozemské slovo „doezelen“. První část překladu zdůrazňuje smyslový rozměr metody, zatímco druhá vystihuje stav klidu a relaxace, který tato metoda přináší. Doslovný překlad tohoto pojmu v češtině neexistuje, proto se běžně používá originální název Snoezelen či Snoezelen koncept (Gejdoš a Savková, 2017).

Jedná se o netradiční přístup při práci s lidmi s různými druhy postižení. Jeho cílem je nabídnout těmto lidem smysluplnou náplň volného času, neboť jejich zdravotní omezení jim brání v aktivním zapojení se do běžných činností. Nejčastěji se využívá u osob s vývojovými poruchami, mentálním, tělesným či kombinovaným postižením, s poruchami autistického spektra, problémy s chováním a učením, psychickými onemocněními, traumatickým poraněním mozku, demencí či chronickým onemocněním (Ponechalová, 2016). Multisenzorická místnost nepředstavuje běžný životní prostor, a tak přináší jedinci nové a neobvyklé zážitky. Přístup vychází z poznatku, že osoby s postižením často vnímají svět zejména prostřednictvím základních smyslů, přičemž běžné prostředí jim nedává dostatek příležitostí tyto vjemy plně prožít či zpracovat (Gejdoš a Savková, 2017). Tato univerzální metoda tedy využívá různých světelných efektů, zvuků, vůní, ale i podnětů působících na tělesné a vestibulární vnímání, s cílem stimulace nebo regulace smyslových vjemů. Snoezelen nachází své uplatnění v široké škále institucí, od speciálních vzdělávacích zařízení, přes centra zaměřená na rehabilitaci a denní stacionáře, až po domovy pro seniory a hospice. Přestože koncept Snoezelen nevznikl jako terapeutický koncept, metodu využívají odborníci z mnoha oborů, včetně speciálních pedagogů, psychologů, psychoterapeutů a rehabilitačních pracovníků (Ponechalová, 2016). Své uplatnění však najde i u zdravých dospělých jedinců, kde slouží především k regeneraci energie, nebo u dětí, kterým pomáhá rozvíjet jejich tělesné a duševní schopnosti (Filatová, 2017).

2.1.1. Vymezení pojmu

V odborné literatuře nabývá pojem Snoezelen dva hlavní významy. Prvním je specifická metoda, která je vnímána nejen jako forma volnočasové aktivity, ale také jako promyšlený podpůrný edukační nástroj, který klade důraz na vzdělávání prostřednictvím zážitků využíván

především ve speciální pedagogice. Zároveň se jedná o terapeutickou metodu charakteristickou propracovaným systémem, pravidly a strukturou. Druhý význam označuje speciálně navržené prostředí, které navozuje pocit bezpečí, klidu a pohody, ale zároveň podporuje aktivizaci a probouzí zájem o okolí. Takové prostředí může snižovat pocity strachu i úzkosti a podporovat komplexní rozvoj. Dále napomáhá v oblasti socializace a budování vztahů. V mezinárodním kontextu se pro označení těchto prostorů také někdy používá zkratka MSE, která označuje Multisensory Environment (Filatová, 2014).

2.1.2. Historie a vývoj

Historicky prvními autory, kteří vytvořili teorii vícesmyslového prostředí, byli američtí psychologové Cleland a Clark. Jejich studie byla v roce 1966 publikována v americkém tištěném časopisu *American Journal of Mental Deficiency* (Cleland a Clark, 1966). Ve své studii zdůraznili potenciál smyslových podnětů pro podporu komunikace, celkového vývoje a chování (Gejdoš a Savková, 2017). Za zakladatele metody Snoezelen jsou ale považováni Ad Verheul a Jan Hulsege z Nizozemska, kteří danou teorii dále rozpracovali (Ponechalová, 2016). Myšlenka Snoezelenu se tedy zrodila v 70. letech 20. století. Jeho vznik byl ovlivněn sociologickými, technologickými a filozofickými vlivy. Na počátku byla metoda považována za volnočasovou aktivitu pro osoby s těžkým a vícenásobným postižením (Fowler, 2008).

Jeho vznik ovlivnily tři klíčové události, a to konkrétně rozšíření a popularita diskoték, vzestup popularity nových měkkých pomůcek v centrech rané péče a pokroky v péči o osoby se zdravotním postižením. Diskotéky přinesly tmavé prostředí se synchronizovaným osvětlením, rytmičnou hudbou a inovativními prvky a tyto technologické pokroky se staly inspirací pro návrh senzorických prostorů. V oblasti péče o děti se začaly používat měkké pomůcky z pěny a gumy, často potažené syntetickými materiály. Tyto prvky vytvářely bezpečné a podnětné prostředí, jež poukázalo na možnost integrace taktilních a vizuálních podnětů do senzorických místností. Služby pro osoby se zdravotním postižením také prošly v tomto období výraznými změnami. Klíčovou roli sehrály tři přístupy. Proces normalizace, jehož cílem bylo učinit život osob se zdravotním postižením co nejvíce podobný běžnému životu, byl prvním z nich. Druhým přístupem byla deinstitucionalizace, tedy proces přesunu osob se zdravotním postižením z ústavní péče do běžné komunity a posledním přístupem bylo začleňování neboli integrace, což představovalo proces přesunu dětí se zdravotním postižením ze segregovaných speciálních škol do běžného vzdělávacího systému. Díky těmto třem přístupům se začal klást

důraz na to, jak prostředí ovlivňuje člověka a jak mu může být lépe přizpůsobeno. To významně přispělo k rozvoji smyslových místností, které reflektují individuální potřeby a preference (Pagliano, 2017).

Samotný vznik metody je popisován jako zamyšlení se zakladatelů nad tím, že jejich klienti nikdy nezažijí radosti obyčejného společenského života. Tyto myšlenky je dovedly k experimentu, během kterého jednoho ze svých klientů na pojízdném křesle, který běžně nejevil žádné známky zájmu o okolí, vyvezli na chvíli ven na osvěžující vzduch a pak ho vrátili zpět. Reakce klienta byla překvapující. Začal se smát a reagovat atypickým způsobem. Tento experiment se stal inspirací pro Ada Verheula a Jana Hulseggeho, kteří začali společně vytvářet koncept tzv. “snové atmosféry“ (Gejdoš a Savková, 2017).

Původní myšlenka zakladatelů nepopisuje Snoezelen jako konkrétní místnost, ale spíše aktivitu, během které si užíváme okolní prostředí, které stimuluje naše smysly. Verheul a Hulsegge poukázaly na to, že každodenní senzorické prožitky mohou být pro osoby se zdravotním postižením zahlcující a že je potřeba vytvořit senzorické prostory, ve kterých budou jednotlivé senzorické podněty kontrolovány a regulovány. Zároveň je ale potřeba zajistit takové prostředí, které mohou jedinci zkoumat a objevovat. První prostory Snoezelen vznikly v roce 1979 v nizozemském centru De Hartenberg. Hlavním záměrem bylo vytvořit prostor, jenž by se výrazně lišil od běžného prostředí, v němž klienti prožívají každodenní ústavní život. Byly zde využívány různé smyslové prvky jako světla, zvuky a různé materiály pro taktilní stimulaci. Postupem času se Snoezelen vyvinul z aktivity, která mohla probíhat kdekoli, do místností speciálně navržených pro stimulaci smyslů (Fowler, 2008).

Po prvních publikovaných zkušenostech s konceptem Snoezelen začal v 80. letech 20. století jeho vliv postupně narůstat jak v Nizozemsku, tak v ostatních zemích jako Velká Británie, Švédsko, Německo a Polsko. Na konci tohoto století se pak střediska Snoezelenu objevila i v Japonsku, Kanadě, USA, Austrálii a Izraeli. Od 90. let 20. století se již můžeme bavit o celosvětovém šíření tohoto konceptu (Gejdoš a Savková, 2017). S rostoucí popularitou začaly být místnosti Snoezelen využívány nejen k relaxaci, ale také k terapii a vzdělávání u osob různých věkových kategorií, s různými schopnostmi i cíli (Fowler, 2008).

2.1.3. Snoezelen prostředí a senzorické pomůcky

Snoezelen je prostředí, které nám nabízí jedinečnou možnost probudit a intenzivněji vnímat své smysly a plně si uvědomit prožitky, které toto vnímání přináší (Faltysová, 2021).

Je vhodné podotknout, že neexistuje pouze jeden univerzální způsob, jak správného navržení multisenzorické místnosti dosáhnout. (Kadrnožková, 2023). Při zřizování Snoezelen místnosti je klíčové přizpůsobit prostor potřebám klientů nebo pacientů, pro které je tento prostor určen. Je nezbytné provést analýzu cílové skupiny, jejich možností a omezení a stejně tak se zaměřit na záměr a cíl pobytu v místnosti. Odborné publikace se shodují na několika základních aspektech. Místnost by měla být dostatečně prostorná, bezbariérová a dobře izolovaná od vnějšího hluku a dalších rušivých vlivů. V místnosti by měl být vymezený prostor jak pro relaxaci, tak pro aktivizaci cílové skupiny. Dále by měla být v místnosti zohledněna akustika a vhodné barevné ladění s adekvátním zatemněním místnosti. Místnost by také měla být dobře větratelná s omyvatelnými povrchy (Gejdoš a Savková, 2017). Pro správné navržení Snoezelen prostředí je tedy nezbytné vycházet z metodických principů, které zajišťují správnost a efektivitu poskytované terapeutické péče (Dziwiałkowska-Kozłowska, 2021).

Snoezelen místnosti jsou zpravidla speciálně vybavené řadou technických a smyslových prvků. Tyto prvky zahrnují například bublinové sloupy, světelné a zvukové projektory, vodní postele, polohovací pomůcky, optická vlákna, zrcadla, interaktivní panely, aroma difuzéry, vibrační pomůcky, pomůcky pro podporu vestibulárního vnímání a další. Využívají se také pomůcky pro podporu vnímání hranic vlastního těla (Dziwiałkowska-Kozłowska, 2021).

Snoezelen prostředí může představovat i místnost bez výrazných podnětů, která je vhodná především pro jedince, kteří se cítí přesyceni intenzivními vjemy a vnímají svět jako příliš rušivý a chaotický (Faltysová, 2021).

2.1.4. Zásady a principy efektivní práce v Snoezelen prostředí

Každý člověk je jedinečná bytost, a proto je nutné přistupovat k jednotlivcům v Snoezelen prostředí s respektem k jejich specifickým potřebám. Zvolený přístup závisí na kvalifikaci terapeuta, charakteristice cílové skupiny a samotném zaměření terapie. Klíčové je se zaměřit na to, co účastníka terapie naplňuje a přináší mu radost. Snoezelen metoda je založena na nedirektivním přístupu, který umožňuje účastníkovi terapie se podílet na vedení a zaměření jednotlivých terapeutických aktivit. Terapeut se při vedení terapie nezaměřuje primárně na pacientovy obtíže, ale především na jeho „zdravou“ stránku a přirozené schopnosti, které se snaží podpořit, čímž dochází k seberealizaci pacienta.

Pro efektivní senzorickou stimulaci je důležité dodržovat několik zásad. Jako první je vhodné zmínit potřebu správného dávkování jednotlivých senzorických podnětů, neboť cílem

terapie není pacienta těmito podněty zahltit, ale naopak mu nabídnout možnost s těmito prvky interagovat. Dále je nutné přizpůsobit intenzitu podnětů citlivosti pacienta. Můžeme se setkat s přecitlivělostí na jednotlivé podněty neboli hypersenzitivitou, ale také s hyposenzitivitou, která představuje sníženou vnímavost vůči podnětům. Nabízené podněty by měly udržet pozornost pacienta a podněcovat jeho zájem pokračovat v aktivitě. Každá aktivita by měla pacientovi přinášet potěšení (Faltysová, 2021).

Zakladatel metody Snoezelen, Ad Verheul, popisuje několik základních principů pro efektivní práci v Snoezelen prostředí. Prvním z nich je nastavení správné atmosféry, která pozitivně ovlivňuje psychiku. K vytvoření této atmosféry dochází prostřednictvím promyšleného rozmístění vybavení místnosti a chováním terapeuta, který nabízí vhodné podněty, přistupuje k pacientovi se správným postojem a zajišťuje kvalitní vedení terapie. Dalším zásadním prvkem je možnost volby. Lidé se zdravotním postižením jsou často v mnoha oblastech vedeni pečovateli, terapeuty a různými pravidly. Snoezelen prostředí jim tak nabízí možnost samostatného rozhodnutí v tom, co a jak chtějí dělat. S tím souvisí princip respektování individuálního tempa, který podporuje přijímání a zpracování senzorických stimulů bez nátlaku. Ve Snoezelen místnosti mají jednotlivci možnost věnovat se aktivitě tak dlouho, jak potřebují a terapeut respektuje jejich přirozené tempo. Vhodné je se také zaměřit na správnou délku pobytu v místnosti. Příliš dlouhé sezení může vést k přestimulování jedince, jehož důsledkem může být například agrese. Naopak příliš krátké sezení nepřinese požadovaný terapeutický efekt. Obvykle by mělo jedno sezení ve Snoezelen prostředí probíhat v rozmezí 30 až 45 minut. Terapeut přitom sleduje a vhodně reaguje na signály únavy či diskomfortu ze strany pacienta. Frekvence jednotlivých terapeutických sezení závisí na individuálních potřebách účastníka, obecně se však doporučuje alespoň jednou týdně (Janků et al, 2023).

Přestože principů a zásad pro tuto metodu existuje mnoho, Janků et al. (2023) ve své publikaci zmiňuje, že neexistuje univerzální podoba Snoezelen místnosti ani jednotný postup či terapie, která by zajistila zaručený výsledek.

Za zmínku také stojí, že Snoezelen přístup sdílí řadu společných rysů s ergoterapií. Těmito společnými prvky je především přístup k člověku jako k jedinečné bytosti, zaměření terapie na podporu aktivního zapojování pacienta do smysluplných činností a postoj k prostředí, jako ke klíčovému terapeutickému nástroji. Z pohledu ergoterapie se metoda Snoezelen nese v duchu ergoterapeutického Person – Centered přístupu, jehož autorem je Carl Rogers. Ve filozofii Snoezelen metody, stejně tak jako v Person – Centered přístupu, je kladen důraz na

partnerský vztah s účastníkem terapie a respekt k jeho individualitě. Pacient je přijímán takový, jaký je, a terapeut k němu přistupuje s empatií. Podobnost těchto dvou přístupů potvrzují i četné výzkumné studie publikované v odborných ergoterapeutických časopisech (Janků et al, 2023).

2.1.5. Efekt senzorické stimulace

Senzorická stimulace v multisenzorickém prostředí může významně podpořit vznik nových synaptických spojení v mozku, což se často odráží na změnách v chování. Tento proces využívá neuroplasticity mozku, tedy schopnosti mozku se přizpůsobovat a přetvářet na základě množství, typu a opakování stimulace. Pokud určité části mozku nedostávají dostatek podnětů, mohou se zmenšovat, zatímco při pravidelné stimulaci dochází k posilování spojení mezi neurony. Naše smysly jsou klíčové pro informování mozku o našem vnějším i vnitřním prostředí. Mozek na základě intenzity vjemů a emocí události vyhodnocuje, ukládá do paměti a na podobné situace následně adekvátně reaguje. Tento proces probíhá automaticky, pokud situace nepřekračují rámec našich zkušeností. V běžném prostředí často čelíme přemíře smyslových podnětů, které mohou být pro některé lidi obtížně zpracovatelné. Následkem může být nepřiměřená nebo neadekvátní reakce (Mega, 2021).

2.1.6. Efekt senzorických přístupů v psychiatrické péči

V současnosti se nefarmakologická péče o pacienty s duševním onemocněním zaměřuje na zlepšení především kognitivních funkcí, paměti, úpravu životního stylu, psychosociální podporu a behaviorální terapii. Metody za využití senzorických prvků a specifických programů senzorické integrace se v psychiatrické péči stále více prosazují. Tyto přístupy využívají různé smyslové podněty, které pomáhají pacientům zvládat emoce a zlepšovat reakce na stres. Smyslová stimulace je neinvazivní, umožňuje pacientům aktivní zapojení a podporuje proces zotavení, přičemž klade důraz na individuální potřeby každého pacienta.

Prvním prokázaným efektem senzorické stimulace u psychiatrických pacientů je pozitivní vliv na emocionální stabilitu. Hudba, barevná světla a jiné prvky umožňují pacientům regulovat své emoce a vytvořit si tak pocit klidu a bezpečí. K tomu může přispět i využití různých zátěžových pomůcek. Díky správně zvoleným smyslovým podnětům se mohou pacienti odpoutat od bolestivých myšlenek a soustředit se na pozitivnější emoce. Kvantitativní výzkumy dále ukázaly, že pobyt v multisenzorické místnosti zmírňuje pocity

smutku, strachu, úzkosti ale také projevy agrese a vzteku. V některých případech se mohou senzorické místnosti využívat i v noci pro podporu spánku. Využití různě měkkých pohovek, sedacích vaků a zátěžových dek vede dle kvantitativních rozhovorů s pacienty po absolvované senzorické intervenci k uvolnění napjatých svalů. Tyto podněty pomáhají pacientům uvolnit tělo a zároveň se zaměřit na přítomný okamžik, čímž se minimalizují negativní emoce a dochází k podpoře psychického zotavení. Multisenzorická místnost přispívá ke zlepšení mezilidské komunikace a je prostorem, který podněcuje sociální aktivity. V několika kvalitativních studiích bylo prokázáno, že smyslové přístupy přispěly i k dlouhodobému rozvoji schopnosti péče o sebe. Smyslové přístupy mimo jiné podporují budování harmonického vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacienty, což přispívá k pozitivnímu terapeutickému prostředí.

Nicméně ne vždy se jedná o pozitivní zkušenost. Smyslová stimulace může u některých pacientů vyvolat nepříjemné pocity a diskomfort, což většinou vede k okamžitému přerušení intervence. V některých případech může senzorické prostředí být pro účastníky terapie nudné, a proto se rozhodnou místnost opustit.

Navzdory převážně slibným výsledkům stále existují otázky ohledně účinnosti těchto metod. Pojem smyslová stimulace zahrnuje různé senzorické prvky, typy podnětů a prostředí, což činí obtížným stanovit, který z těchto faktorů má na výsledky největší vliv (Dogfei et al., 2021).

2.1.7. Využití Snoezelen prostředí v psychiatrické péči

Snoezelen prostředí je navrženo tak, aby umožnilo jednotlivcům prozkoumávat jednotlivé smyslové podněty, přičemž proškolený personál slouží jako průvodce, který jednotlivce vede a podporuje je při zapojení se do tohoto zážitku (Brown et al., 2010).

Podle mezinárodních výzkumů má tato nedirektivní metoda pozitivní dopad na snižování agresivního, stereotypního či sebepoškozujícího chování. Aktivity v multisenzorickém prostředí pomáhají zmírňovat stres, úzkost, bolest a zároveň zpomalují progresi demence. Podporují také rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, posilují motivaci a stimulují kreativitu (Dziwiątkowska-Kozłowska, 2021).

Senzorické místnosti se stále častěji využívají v lůžkových zařízeních, aby pomáhaly jedincům regulovat jejich emoce a chování. Naplnění smyslových potřeb může pomoci

jedincům získat kontrolu nad svým chováním, čímž se eliminuje potřeba omezujících a restriktivních opatření, která mohou mít dlouhodobě negativní dopad (Brown et al. 2010).

Při využití Snoezelen místnosti k terapii se terapeut řídí tzv. terapeutickou triádou, která se skládá ze správného uspořádání prostoru, správného využití senzorických pomůcek a správného vztahu mezi terapeutem a účastníkem terapie. I ta nejdražší Snoezelen místnost nepřinese požadované výsledky terapie, jestliže terapeut nedokáže navázat vztah s účastníkem. Naopak špatné vybavení místnosti pro individuální potřeby pacienta může ztížit navázání vztahu, který je klíčový pro terapeutický úspěch (Janků et al, 2023). Dále je důležité podotknout, že přestože se může zdát, že se terapie řídí heslem „vše je dovoleno“, tento přístup je pečlivě veden terapeutem, který zajišťuje jeho smysluplnost pro pacienta a reaguje na jeho potřeby. Mezinárodní centrum Snoezelen INSA – MSE proto považuje za klíčové zaměřit se na kvalitní školení terapeutů (Filatová, 2017).

Výzkumná literatura zabývající se přínosy multisenzorické terapie naznačuje, že tato činnost je účinnou a vhodnou terapeutickou intervencí pro osoby s duševním onemocněním (Baillon, 2018).

2.1.8. Využití konceptu Snoezelen v České republice

Dle Janků (2022) první multismyslová místnost v České republice vznikla v první polovině 90. let minulého století. Jejich počet na území ČR od té doby neustále stoupá a stává se poměrně rozšířeným prostředím pro práci s pacienty s různými typy postižení. Oproti ostatním typům zdravotnických zařízení, v psychiatrických nemocnicích se Snoezelen místnosti nachází pouze na několika málo místech. Dle tvrzení Hrčové (2016) psychiatrická zařízení pro děti, mládež a dospělé využívají prostředí multisenzorické stimulace především jako relaxační aktivitu. Snoezelen se na terapii v oblasti akutní psychiatrické péče využívá zatím jen omezeně. Janků (2022) dodává, že jeho využití je naopak velice populární v oboru speciální pedagogiky. Výzkumné studie prokazují, že u žáků ve specializovaných školách již v průběhu několika lekcí v multisenzorické místnosti lze pozorovat větší motivaci, pozitivní naladění a aktivní přístup k učení. Dále se v ČR využívají multismyslové místnosti v zařízeních sociálních služeb, u seniorů s demencí, u osob s poruchami chování nebo v rámci rehabilitace.

2.2. Psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici a její principy

Psychosociální rehabilitace má více definic, ale obecně ji můžeme chápat jako přístup, který pomáhá lidem s duševním onemocněním zlepšit kvalitu jejich života. Je postavena na principech, které podporují rozvoj emocionálních, kognitivních a sociálních dovedností (Malla, 2023).

V moderním pojetí péče o osoby s duševním onemocněním se stále více upouští od tradičního medicínského modelu a zaměřuje se především na princip zotavení. Tento proces je individuální pro každého člověka. Zahrnuje změny v hodnotách, cílech a rolích jednotlivce, přičemž klade důraz na život, který je i s různými omezeními přinášenými nemocí uspokojivý. Zotavení je o rozvoji nového smyslu života a cíle, přičemž nemocný se aktivně podílí na vlastním zotavení. Tento proces probíhá v několika fázích: stabilizační (získávání kontroly nad příznaky), reorientační (hledání nové perspektivy) a reintegrační (začlenění zpět do běžného života). Zotavení zahrnuje nejen podporu odborníků, ale i rodiny a komunity, což posiluje vztahy a zajišťuje důležitou sociální síť pro nemocného. Klade důraz na zpracování minulých traumat a respektování individuálního tempa uzdravování (Páv et al., 2017). Dle odborných studií existují dva druhy zotavení. Prvním je postupné zlepšování příznaků onemocnění a druhým je plnohodnotný život nad rámec přetrvávajícího onemocnění. Základem je individuální, na silných stránkách založený přístup, podporující sebepoznání, posílení, respekt a naději. Tyto principy velmi úzce souvisejí s ergoterapií, která se také zaměřuje na podporu zdraví a kvality života. Zaměření péče v oblasti duševního zdraví na zotavení otevřelo ergoterapeutům nové možnosti, jak se aktivně zapojit do psychosociální rehabilitace (Gibson, 2011).

Překážky, se kterými se člověk na cestě k zotavení setká, mohou zahrnovat nejen příznaky onemocnění, ale rovněž ztrátu životních rolí, finanční problémy a narušení sociálních vztahů. Tato zátěž může vést k tomu, že lidé jsou často posuzováni pouze dle závažnosti své psychopatologie, což může omezit jejich šance na zotavení. Celostní přístup klade důraz na schopnosti jedince a jeho potenciál k uzdravení. Základem tohoto přístupu je empowerment, což je proces, který nemocnému pomáhá znovu získat kontrolu nad svou situací a životem. K zotavení pomáhá nejen rozvoj dovedností, ale i znovuobjevení silných stránek, které byly během nemoci oslabeny. Každý člověk má vnitřní hodnoty, touhy a sny, které mohou sloužit jako silné motivační faktory na cestě k uzdravení. Naše přirozené talenty a životní zkušenosti mohou sloužit jako cenné nástroje pro osobní obnovu a zvládání výzev spojených s duševním onemocněním (Páv et al., 2017). Podporu empowermentu lze zajistit vytvářením individuálních

rehabilitačních plánů, neboť pro dosažení nejlepších výsledků je třeba jednotlivé rehabilitační programy přizpůsobit individuálním potřebám jednotlivce. Dalším významným pilířem je zapojení do komunity, neboť terapeuti, rodina i širší okolí pacienta hrají zásadní roli v poskytování emocionální podpory. Zapojení pacienta do komunity také pomáhá odbourávat předsudky a negativní postoje vůči lidem s duševním onemocněním. Velký význam má i vzájemná podpora mezi lidmi s podobnými zkušenostmi. Když je pacient obklopen lidmi, kteří mu rozumí a podporují ho, jeho zotavení probíhá rychleji, protože své problémy nemusí vnímat jako osamělý boj (Tripathi, 2024).

Posledním principem psychosociální rehabilitace je přítomnost. Duševní onemocnění často ovlivňuje schopnost jedince udržovat přirozené mezilidské vztahy. V terapeutické praxi je proto kladen velký důraz na budování vztahu pacienta s terapeutem, který by měl být nejen podporující, nýbrž respektující. Tato filozofie vychází z přesvědčení, že každý člověk má právo žít plnohodnotný život, a to i s duševním onemocněním. Je zásadní, aby pacient mohl činit vlastní rozhodnutí a měl přístup k odpovídající péči. Důvěrný vztah mezi pacientem a terapeutem umožňuje otevření prostoru pro řešení důležitých problémů a efektivní spolupráci. Rehabilitace následně probíhá ideálně v triadickém modelu, zahrnujícím spolupráci mezi pacientem, terapeutem a rodinou (Páv et al., 2017).

2.2.1. Role ergoterapeuta v psychiatrické nemocnici

Každodenní činnosti jsou základem našeho života, a to jak v oblasti osobní, tak i společenské. Psychiatrická onemocnění často narušují schopnost člověka vykonávat běžné aktivity tvořící každodenní rutinu. Funkční obtíže jsou nejvýraznější v okamžiku, kdy příznaky dosáhnou míry pro nutnou hospitalizaci (Robinson a Avallone, 1990).

Ergoterapie hraje klíčovou roli v procesu rehabilitace a léčby pacientů v psychiatrické nemocnici, neboť pomáhá pacientům zvládat výzvy spojené s omezením či ztrátou soběstačnosti v běžných denních činnostech. Jejím hlavním úkolem je pomoci pacientům obnovit schopnost zvládat každodenní úkoly, rozvíjet kognitivní a sociální dovednosti a tím celkově zvýšit kvalitu života. Zaměřuje se též na maximální soběstačnost pacientů v pracovních činnostech i trávení volného času (Kubátová a Kubát, 2010). Přispívá k nárůstu kvality života osob, posiluje autonomii a samostatnost klientů, čímž umožňuje jejich aktivní zapojení do života (Garcia-Gestal et al. 2024).

Hlavní cíle ergoterapie dle metodiky Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice zahrnují:

- zachování fyzické zdatnosti a pracovních schopností pacienta,
- podporu či obnovení soběstačnosti,
- usnadnění sociálního začlenění a rozvoj mezilidských vztahů,
- posílení sebekontroly a sebereflexe s cílem upravit nevhodné chování (Procházka, 2020).

Ergoterapie je nedílnou součástí interdisciplinární péče o duševní zdraví. Ergoterapeut je vyškolen k identifikaci změn, které je třeba provést na úrovni jednotlivce či jeho prostředí, aby bylo možné dosáhnout stanovených terapeutických cílů. Využívá přístupy zaměřené na silné stránky pacienta a pracuje na zlepšení funkční kapacity pacienta v různých oblastech, přičemž respektuje jeho individuální priority. Kromě toho se ergoterapeut věnuje podpoře procesu zotavení a řešení profesní, vzdělávací a zájmové oblasti. Pomáhá přenést získané zkušenosti a strategie do každodenního života, čímž se zlepšuje schopnost pacientů zvládat nepříznivé situace. K volbě správné intervence provádí ergoterapeut několik typů hodnocení. Kognitivní hodnocení odhaluje překážky, kterým mohou pacienti čelit při plnění běžných denních úkolů. Funkční hodnocení identifikuje faktory, které motivují pacienta k úspěšnému výkonu při provádění činnosti. Ergoterapeut pomocí analýzy činnosti odhaluje problémy ve vykonávání konkrétních aktivit. Činnost je možné následně rozdělit na konkrétní kroky, které lze trénovat postupně. Dalším využívaným hodnocením je Senzorický profil, který umožňuje ergoterapeutovi identifikovat specifické vzorce senzorického zpracování a navrhnout intervence, které odpovídají potřebám pacienta. Na základě identifikace silných stránek a činností, které jsou pro pacienta významné, stanoví ergoterapeut cíle terapie a navrhne intervence k splnění těchto cílů. Pomáhá lidem vrátit se k dřívějším rolím nebo si osvojit nové. V případě potřeby navrhuje kompenzační strategie a vhodné úpravy činností. Mezi důležité prvky ergoterapie patří individuální přístup, který zajišťuje, že jednotlivé ergoterapeutické činnosti jsou přizpůsobovány konkrétním potřebám a možnostem pacienta (AOTA, 2017).

Terapie mohou probíhat skupinově či individuálně. Skupinové terapie bývají zaměřené především na podporu sociální interakce. Během terapií může ergoterapeut pracovat se skupinovou dynamikou či se zaměřit na individuálně cílený přístup ke každému klientovi (Queiros et al. 2021). Často se pro terapii využívají různá prostředí, jako například dílny, ve kterých pacienti manipulují s různými materiály, jako je dřevo, papír, různé látky či keramická hlína. Kromě tvůrčích aktivit se pacienti zapojují i do nácviku běžných denních

úkonů, jako je vaření, oblékání či nakupování. Takto se učí zvládat úkoly nezbytné pro běžný každodenní život (Myslivcová, 2018).

Ergoterapeuti v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice se podílejí především na reintegrační fázi zotavení, během níž se zaměřují na podporu pacienta v hledání vlastních silných stránek, v práci na příběhu zotavení, v zapojení se do smysluplných aktivit uvnitř i vně nemocnice, v budování smysluplných vztahů a rolí. Dále se podílejí na nácviku dovedností a pomoci při dosažení požadované životní situace pacienta z hlediska bydlení, práce, učení a volného času. Při ergoterapeutických intervencích se využívají i různé typy modelových činností. Jedním z typů modelové činnosti jsou činnosti s vlastním smyslem, jejichž výsledkem je konkrétní produkt. Tento typ modelové činnosti se nejčastěji využívá právě v terapeutických dílnách. Druhým typem jsou modelové činnosti napodobující pracovní činnost. Při této činnosti ergoterapeut vytváří tréninkové prostředí, které simuluje pracovní náplň budoucího povolání pacienta a připravuje ho tak na reálné pracovní podmínky. Posledním typem jsou činnosti bez vlastního smyslu, mezi něž se řadí především testování konkrétních dovedností pomocí standardizovaných testů (Procházka, 2020).

Přehledy Petersena et al. (2019) a Rocamora-Montenegro et al. (2021) poskytují náhled na širší spektrum intervencí ergoterapie v prostředí duševního zdraví. Tyto přehledy zdůrazňují důležitost holistických přístupů při řešení psychosociálních potřeb jednotlivců a zlepšování celkového blaha. Jako nejvíce využívané terapeutické intervence v rámci ergoterapie v oblasti duševního zdraví z těchto studií vyplývají psychoedukační, kognitivní a cvičební intervence, které nejčastěji probíhají v podobě skupinové terapie.

Ergoterapeuti mají také možnost poskytovat psychoterapeutické intervence, pokud si rozšíří vzdělání v oblasti psychoterapie. Díky tomu mohou pak do své praxe začlenit kognitivně-behaviorální terapii nebo mindfulness přístupy (Bipin, 2025).

2.3. Deprese

Podle Světové zdravotnické organizace (2023) trpí v současné době každá čtvrtá osoba na světě nějakým duševním onemocněním. Deprese je jednou z nejvíce zastoupených duševních poruch na světě a tímto duševním onemocněním trpí více než 280 milionů lidí. Tato duševní porucha ovlivňuje náladu, chování i celkový přístup k životu. Může se projevit ztrátou zájmu o oblíbené činnosti nebo dlouhotrvajícím smutkem. Na rozdíl od běžných změn nálad ovlivňuje deprese všechny oblasti života, včetně mezilidských vztahů, pracovní nebo školní

výkonnosti atd. Tato duševní porucha může postihnout každého bez ohledu na věk či pohlaví. Deprese postihuje přibližně 3,8 % světové populace, což zahrnuje 5 % všech dospělých lidí a 5,7 % osob nad 60 let. Dle statistik Světové zdravotnické organizace se však s depresí potýkají převážně ženy, u kterých je přibližně o polovinu častější než u mužů. Více než 10 % těhotných žen a čerstvých maminek se s tímto onemocněním potýká. Každý rok více než 700 000 lidí zemře v důsledku sebevraždy (WHO, 2023).

Deprese, jak ji popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí, spadá do kategorie Afektivních poruch. Typická depresivní fáze (F32) může mít lehký, střední nebo těžký průběh. U depresivního pacienta se typicky objevuje pokles nálady, ztráta energie a zájmu o aktivity, snížená schopnost soustředit se a ztráta zájmu o osobní záliby. Často se rychle unaví i při malé námaze. Zároveň se u nich vyskytují různé poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu následovaná úbytkem váhy, ztráta libida a zhoršené sebevědomí, které je doprovázeno pocitem viny a beznaděje. Příznaky bývají stálé a nereagují výrazně na vnější okolnosti. Podle počtu a intenzity těchto příznaků se depresivní fáze dělí na:

- Lehká depresivní fáze (F32.0)
- Středně těžká depresivní fáze (F32.1)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)

Existují také méně obvyklé formy, jako jsou jiné depresivní fáze (F32.8) a nespecifikovaná depresivní fáze (F32.9), kam spadají stavy, které nesplňují kritéria pro výše uvedené rozdělení.

Samostatnou kategorií je periodická depresivní porucha (F33), která se vyznačuje opakovanými fázemi deprese bez historie manických epizod. Výjimku tvoří krátké epizody mírně zvýšené nálady, tzv. hypomanie, které se mohou objevit například vlivem léčby. Periodická depresivní porucha se dále dělí na:

- Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (F33.0)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (F33.1)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů (F33.2)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F33.3)
- Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (F33.4)

Jiné periodické depresivní poruchy (F33.8) a nespecifikovaná periodická depresivní porucha (F33.9) se také rozlišují v této kategorii.

Můžeme sem zařadit také perzistentní afektivní poruchy (F34), které jsou charakterizovány trvalými a obvykle kolísajícími změnami nálady, kdy většina fází není natolik závažná, aby odpovídala kritériím pro hypomanické nebo lehce depresivní epizody. Tyto poruchy mohou trvat mnoho let a výrazně působí na kvalitu života. Patří sem cyklotymie (F34.0), což je nestabilní nálada trvající alespoň 2 roky, zahrnující mírné depresivní a manické fáze. Obvykle začíná v mládí a může přerůst v bipolární afektivní poruchu. Dále se sem řadí Dystymie (F34.1). jedná se o dlouhodobou depresivní náladu trvající minimálně 2 roky, ale bez splnění kritérií pro mírnou depresi. Jiné perzistující afektivní poruchy (F34.8) a nespecifikovanou perzistující afektivní poruchu také řadíme do této kategorie (ÚZIS, 2025).

2.3.1. Příčiny vzniku deprese

Deprese může mít různé příčiny, které ovlivňují její projev a léčbu. Vzniká v důsledku složitého propojení sociálních, psychologických a biologických vlivů (WHO, 2023).

Příčiny mohou být endogenní, což znamená že výskyt deprese u daného jedince má biologický podklad. Může se jednat například o genetické predispozice nebo chemické nerovnováhy v mozku, které vedou k melancholickému stavu. Biologicky popsáno vzniká deprese důsledkem nerovnováhy neurotransmiterů, což narušuje přenos informací mezi neurony. Hlavními neurotransmitery, které jsou při depresi ovlivněny, patří serotonin, dopamin a adrenalin. Tyto neurotransmitery mají vzájemný vliv na svou aktivitu (Singh, 2015).

Na druhé straně exogenní deprese je způsobena stresujícími životními situacemi. Velkou roli ve vzniku deprese hrají sociální faktory, kterými může být například chudoba, nedostatek sociálních vazeb, ztráta zaměstnání, traumatické životní události, osobní charakteristiky atd. Tyto podmínky vytvářejí prostředí, ve kterém je riziko deprese výrazně vyšší. Důležitý je také pohled na celý životní cyklus. Již v raném dětství, kdy se vyvíjejí základní psychické a kognitivní schopnosti, může vystavení stresu či jiným nepříznivým vlivům vést ke vzniku deprese v dospělosti. Pokud se k tomu přidají genetické předpoklady, riziko vzniku deprese roste. Je tedy zřejmé, že příčiny deprese nelze hledat jen v biologii nebo jen v sociálním prostředí. Vždy jde o kombinaci více faktorů, které na sebe vzájemně působí (Remes, 2021).

Deprese může být vyvolána i jinými nemocemi, jako je například Parkinsonova nemoc, stav po cévní mozkové příhodě, roztroušená skleróza nebo chronická bolest. U starších dospělých může deprese vykazovat příznaky podobné Alzheimerově chorobě, což může komplikovat včasnou diagnózu (Vitelli, 2019).

2.3.2. Projevy a příznaky deprese

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je pro diagnostiku depresivní epizody nutné, aby byly přítomny alespoň 2 hlavní příznaky a minimálně 2 vedlejší příznaky. Hlavní příznaky zahrnují dlouhodobý smutek, nebo výrazná pokles nálady, který je pro jednotlivce neobvyklý, značné omezení schopnosti prožívat radost nebo potěšení z aktivit, které pacientovi dříve přinášely uspokojení. Dále také nadměrná únava i při drobné námaze. Vedlejší příznaky mohou zahrnovat problémy se soustředěním, snížení sebevědomí, pocity viny a sebekritika, pesimistické výhledy do budoucnosti a také myšlenky na sebevraždu. Dalšími symptomy mohou být různé poruchy spánku a změny chuti k jídlu, které vedou ke změnám tělesné hmotnosti. Tento stav přetrvává déle než běžné kolísání nálady, obvykle více než 2 týdny (Anders a Červený, 2023).

Častým symptomem je také podrážděnost, která může vyústit v problémy v mezilidských vztazích. Mohou se objevit i fyzické příznaky, jako je například bolest hlavy nebo svalů. (Vitelli, 2019). Díky rozmanitosti příznaků může deprese ovlivnit všechny oblasti života a její závažnost určuje, zda jde o mírnou, středně těžkou nebo těžkou formu (WHO, 2023).

Každý člověk v průběhu svého života zažil nějaké neštěstí. Toto tvrzení může vést k myšlence, že lidé dobře rozumí tomu, co prožívá člověk s depresí. Ve skutečnosti, i když procházíme těžkými chvílemi, většina z nás se dokáže s podporou přátel a rodiny uzdravit. Deprese však není to samé. Její příznaky nepřejdou s časem a ani s povzbuzováním okolí. To vede k pocitu izolace, protože ostatní nemohou plně pochopit, co člověk prožívá. Lidé, kteří trpí depresí, se často cítí, jako by byli zavřeni v nějakém “vězení“, odkud není úniku. Tento vnitřní boj je často těžké popsat ostatním, což brání adekvátní pomoci. U lidí, kteří mají genetickou predispozici k depresi, mohou být reakce na běžné životní události více intenzivní a snadno přerůst v dlouhodobou depresi, pokud smutek trvá více než několik týdnů. V takovém případě je zásadní vyhledat pomoc odborníka, aby se předešlo dalším komplikacím. Profesionální podpora může pomoci překonat pocity beznaděje a vrátit se zpět k lepší kvalitě

života. Nedostatek pochopení a zkušeností s duševními poruchami často vede k nesprávné reakci, jako je podceňování situace nebo přehnané obavy o životní bezpečí osoby s depresí (Vitelli, 2019).

Za zmínku také stojí, že deprese má daleko širší dopad, než by se na první pohled mohlo zdát. Kromě ovlivnění psychiky, zvyšuje také riziko rozvoje závažných zdravotních problémů. Lidé trpící depresí mají mnohem vyšší pravděpodobnost výskytu srdečních onemocnění, včetně infarktu, a taky zhoršený průběh diabetu 2. typu, jelikož často zanedbávají potřebnou stravu a pohyb. Navíc deprese může oslabit imunitní systém, neboť zvyšuje množství zánětlivých látek v těle. Bez ohledu na nemoc, deprese může výrazně zpomalit proces uzdravování a negativně ovlivnit celkový zdravotní stav (Singh, 2015).

Je také nutné podotknout, že v mnoha případech je těžké depresi rozpoznat. Deprese bývá často spojována s mnoha stigmaty, která mohou bránit lidem v přiznání jejich problémů a hledání pomoci. Stigmatizace duševních nemocí může zamezit lidem, aby otevřeně mluvili o svých problémech (Vitelli, 2019).

2.3.3. Terapie deprese

Léčba deprese zahrnuje široké spektrum farmakologických i nefarmakologických postupů, které se přizpůsobují věku pacienta, jeho osobním zkušenostem a závažnosti příznaků. Léčba tedy obvykle začíná důkladným posouzením stavu pacienta, které pomůže určit nejvhodnější terapeutický postup (Dobrek a Glowacka, 2023).

Psychoterapie je forma léčby, která využívá psychologické metody a poznatky s cílem posílit zdravé stránky osobnosti člověka. Může mít různou podobu a její průběh se může zaměřit na rozhovor, umělecké aktivity, dramatizaci, psychogymnastiku či trénink praktických dovedností. Hlavním úkolem psychoterapie je pomoci pacientovi znovu získat kontrolu nad svými myšlenkami, emocemi, vnímáním a chováním. Terapeut pacienta podporuje při hledání porozumění vlastnímu prožívání, pomáhá oddělit zdravé myšlenky od těch škodlivých, zmírnit nebo odstranit negativní pocity, obnovit osobní hodnoty a rozvíjet silné stránky osobnosti. Terapie rovněž pomáhá obnovit důvěru v sebe sama i v okolní svět, posiluje pocit bezpečí, schopnost přirozeně řídit vlastní život a pomáhá hledat řešení aktuálních životních problémů (Praško, 2015). Individuální sezení s psychologem nebo terapeutem pomáhají odhalit příčiny deprese, jako jsou traumatické zážitky z dětství, rodinné konflikty, sociální úzkost nebo jiné emocionální problémy. Někteří lidé dávají přednost individuální terapii kvůli soukromí,

zatímco jiní upřednostňují skupinovou terapii, kde mohou sdílet své zkušenosti s ostatními a získat podporu (Vitelli, 2019). Psychoterapie bývá zejména využívána u osob s mírnějšími formami deprese, u kterých je často velmi účinná. Dále může hrát důležitou roli v době, kdy příznaky deprese začínají ustupovat. V této fázi terapie pomáhá hlubšímu pochopení vlastního stavu. Učí pacienta, jak lépe zvládat příznaky, a rozvíjí schopnosti, které mohou předejít návratu deprese (Praško, 2015).

Často využívaná kognitivně-behaviorální terapie je psychoterapeutický přístup zaměřený na celkové zklidnění pacienta prostřednictvím přijetí onemocnění, práci na změně negativních myšlenkových vzorců a úpravy nevhodného naučeného chování. Důležitou součástí terapie je také zlepšení komunikace s okolím a osvojení si relaxačních technik. Tento typ terapie se používá především u pacientů s mírnou až středně těžkou depresí. Kognitivně – behaviorální terapie učí pacienty, jak lépe zvládat symptomy a rozvíjet dovednosti, které jim pomůžou čelit stresovým situacím. Díky tomu dochází ke zlepšení sociální adaptace i posílení sebevědomí (Praško, 2015).

V případech středně těžké a těžké deprese může být doporučena farmakologická léčba pomocí antidepresiv (Vitelli, 2019). V současné době existuje široký výběr antidepresiv, přičemž jejich terapeutická účinnost je obecně srovnatelná. Rozdíly mezi nimi se mohou objevit v četnosti a závažnosti vedlejších účinků, jako jsou například závratě, rozmazané vidění, únavnost, nárůst váhy a poruchy soustředění. Přínos a rizika farmakologické léčby hodnotí lékař. Účinek antidepresiv se obvykle dostaví po 3–6 týdnech pravidelného užívání (Praško, 2015).

Pro osoby trpící sezónní afektivní poruchou je nejúčinnější metodou léčby ranní vystavení intenzivnímu světlu, známé jako fototerapie. Tato metoda má u těchto pacientů rychlý nástup účinku a v některých případech může příznaky deprese zcela odstranit už po týdnu pravidelného používání. Účinek fototerapie spočívá v úpravě denních biologických hormonů. V případech, kdy farmakologická léčba ani psychoterapie nepřinesly dostatečnou úlevu a deprese dosáhla těžkého stupně, může být využita i metoda elektrokonvulzivní terapie. Tato léčba spočívá ve vyvolání kontrolovaných elektrických impulzů, které synchronizují aktivitu mozkových buněk. Procedura se provádí v celkové anestezii, aby byl zajištěn komfort a bezpečí pacienta (Praško, 2015).

Zásadní roli hraje i modifikace životního stylu, která zahrnuje správnou dietu, redukci stresu a posílení sociální podpory (Anders a Červený, 2023). Pro zvýšení hladiny serotoninu

je vhodné jíst potraviny bohaté na aminokyselinu tryptofan (mléko, vejce, kuřecí maso), ze které je syntetizován. Také se doporučuje pravidelně cvičit nebo meditovat. Pro zvýšení hladiny dopaminu se doporučuje jíst potraviny bohaté na tyrosin, jako jsou banány, mandle, jablka nebo jogurt (Singh, 2015). Existují také důkazy, že i přerušení kouření vede k výraznému zlepšení nálady, snížení úzkosti a celkovému zlepšení kvality života (Anders a Červený, 2023). Pravidelná fyzická aktivita má také biologické i psychologické přínosy pro osoby s depresí. Pohyb ovlivňuje a přesněji zvyšuje hladinu endorfinů, serotoninu a noradrenalinu, což vede ke zlepšení nálady a snížení depresivních symptomů. Cvičení také posiluje sebevědomí, pomáhá regulovat stres a může přerušit negativní myšlenkové vzorce (Cakmak, 2024).

Mezi další biologické metody léčby deprese patří spánková deprivace a různé formy stimulace mozku, jako je repetitivní transkraniální magnetická stimulace, vagová stimulace či hluboká mozková stimulace. Tyto techniky jsou obvykle dostupné na specializovaných klinikách a představují alternativu pro pacienty, u nichž standardní terapie nezabírají (Anders a Červený, 2023).

Je vhodné zmínit, že i ergoterapie je vhodným doplňkem psychoterapie a dalších terapeutických metod v léčbě deprese. Ukazuje se jako efektivní při zvládání symptomů deprese, zlepšování kognitivních funkcí, rozvoji sociálních dovedností a zvyšování funkčního výkonu v každodenních činnostech (Sarsak, 2020). Podle studie Christie (2021) existují silné důkazy, že ergoterapie je také zvláště účinná při podpoře návratu pacientů s depresí do pracovního procesu.

2.3.4. Využití Snoezelen terapie při léčbě deprese

Pokroku v jakékoli oblasti medicíny se dosahuje neustálým hledáním lepších technik a přístupů k léčbě nemocí. Hledání nových terapeutických řešení je zásadní z hlediska přibývajících důkazů o tom, že dostupné léky a metody nejsou zcela úspěšné. Naléhavost hledání nových terapeutických řešení se stupňuje s nárůstem nemoci v celosvětové populaci, a právě deprese se nachází v této fázi vyžadující nové terapeutické přístupy (WHO, 2023).

V terapii zaměřené na léčbu deprese se nejčastěji využívá přístup, během kterého jsou deprese léčeny jako dysfunkce generované mozkem, které se filtrovaly k periférii. Tento přístup našel silnou oporu v klinické praxi a základním neurovědním výzkumu. Přestože však došlo k velkému pokroku v poznání etiologie a terapie deprese, úspěch v léčbě není zcela zajištěn. Canbeyli (2022) se ve své práci zaměřuje na přístup léčby deprese z opačné perspektivy, tedy

pomocí přístupu, který začíná od periferie. Výstup práce popisuje, jak senzorická stimulace prostřednictvím vizuálních, sluchových, čichových a chuťových kanálků může pozitivně ovlivnit náladu a zmírnit příznaky deprese. Naše smysly fungují jako přímé spojky s mozkovou aktivitou, což naznačuje, že pečlivě kontrolovaný senzorický vstup může mít terapeutický potenciál v managementu duševního zdraví. Důležité je ale poukázat na obousměrný vztah mezi senzorickou stimulací a depresí. Stejně jako periferní stimulace může modulovat depresi, depresivní stav zase ovlivňuje a ve většině případů omezuje senzorický příjem.

Moghaddasifar et al. (2019) realizovali randomizovanou kontrolní studii, která prokázala pozitivní dopad na úzkost a depresi u starších rezidentů domovů pro seniory. Intervence byly zaměřené na senzorickou stimulaci pomocí taktilních, vizuálních a sluchových vjemů po dobu 4 týdnů. Terapie probíhaly 3x týdně a trvaly zhruba 25 minut. Podobně Singh et al. (2004) pozorovali významné snížení agrese a sebepoškozování u dospělých s mentálním postižením, kteří podstoupili terapii Snoezelen. Účinky terapie byly ale pouze krátkodobé, neboť multisenzorická stimulace působící na nervový systém byla omezena pouze na konkrétní situace. Dále se zabývali poznatkem, že terapie prováděná v multisenzorickém prostředí nemusí být vhodná pro každého a poukázali na důležitost mylného předpokladu, že skupinová terapie u osob, kteří mají zdánlivě podobné charakteristiky, bude mít stejné účinky na každého jednotlivce.

Kim et al. (2021) specificky zkoumali účinky Snoezelenu na vysokoškolské studenty bojující s herní závislostí. K zhodnocení míry deprese a stresu studentů byly před začátkem výzkumu použity standardizované testy. Studie ukázala pozoruhodné snížení skóre stresu, úzkosti a deprese ve skupině, která podstupovala Snoezelen terapii ve srovnání se skupinou kontrolní.

I když uvedené studie nabízejí povzbudivé výsledky, některé výzkumy zaujímají opatrnější postoj. Slevin a McClelland (1999) a Merrick et al. (2004) uznávají potenciální výhody, ale zdůrazňují potřebu přísnějších studií s většími vzorky a rozsáhlejšími metodologiemi. Stejně tak Hogg et al. (2001) sepsali článek, ve kterém zdůraznili nutnost standardizovaných protokolů a výstupních měření ve výzkumu Snoezelenu.

Je na místě předpokládat, že pacienti s depresí mohou mít zkušenost s traumatem. Je tedy důležité poukázat i na to, že u lidí, kteří si v životě prošli traumatickými zkušenostmi, mohou být vnímavější k některým podnětům, stimulům či situacím a mohou se u nich objevovat senzorické příznaky v podobě hypersensitivity či až disociace. Tyto vzpomínky na trauma,

které jsou uchovány v podobě negativního vjemu a dávají vzniku stresujícím somatickým symptomům, jsou většinou nejasné a mohou komplikovat terapii (Rothschild, 2000).

V současné době neexistují žádné vědecké studie, nebo odborné články, které by se zaměřovaly přímo na využití metody Snoezelen v rámci ergoterapie při léčbě deprese. Přesto výše zmíněné poznatky podporují hypotézu, že Snoezelen by mohl být efektivním doplňkem ergoterapie zaměřené na léčbu deprese. Multisenzorické intervence jsou v duševním zdraví uznávány jako přínosné. Tato práce se proto snaží navrhnout nové možnosti využití Snoezelenu jako součásti ergoterapeutických přístupů v léčbě deprese a upozornit a potřebu dalšího výzkumu v této oblasti.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je návrh a realizace skupinových terapií v prostředí multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie pro pacienty trpící depresí v subakutní fázi léčby v psychiatrické nemocnici. Dílčím cílem je zjistit, jak pobyt a terapeutické intervence v multisenzorické místnosti pacienti subjektivně prožívají a jak vnímají, že využití Snoezelenu ovlivňuje jejich symptomy onemocnění.

3.2. Postup zpracování bakalářské práce

Praktická část bakalářské práce byla realizována v psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice a zaměřovala se na návrh a realizaci skupinových terapií v multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie pro pacienty trpící depresí v subakutní fázi léčby. Zařízení bylo vybráno pro sběr dat právě kvůli tomu, že disponuje vlastní místností Snoezelen. Celkově proběhlo šest skupinových terapeutických jednotek v prostředí Snoezelen s třemi pacientkami psychiatrické nemocnice. Patientky pro skupinovou terapii byly vybrány ergoterapeutkou daného zařízení. Cílovou skupinu tvořili pacienti s diagnostikovanou depresí v subakutní fázi léčby. Kontraindikačními faktory byla akutní psychotická symptomatika a agresivní chování. Z hlediska etických aspektů byla dodržena všechna pravidla práce s pacienty, včetně informovaného souhlasu (šablona viz kapitola Přílohy) a anonymizace dat.

Metody sběru dat pro zhodnocení efektu jednotlivých terapeutických sezení byly vybrány na základě nastudované literatury a konzultace s vedoucí této práce. Zahrnovaly hodnocení pomocí dotazníku PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) před a po každém terapeutickém sezení. Tento dotazník hodnotí míru pozitivních a negativních emocí na pětibodové škále (viz. Kapitola Přílohy). Dále semistrukturované rozhovory a krátká strukturovaná hodnocení na hvězdičkové škále na konci každé terapeutické jednotky. Na prvním a posledním terapeutickém sezení pacientky rovněž vyplnily Beckův depresivní inventář (BDI), který slouží k vyhodnocení závažnosti depresivních příznaků. Před zahájením skupinových terapií proběhlo samostatné vyšetření každé pacientky. V rámci kazuistik jsem se zaměřila na individuální příběh každé pacientky, přičemž jsem sledovala jejich počáteční stav a poté jejich reakce na jednotlivé terapeutické aktivity v průběhu jednotlivých sezení. Každá kazuistika obsahuje základní anamnestické údaje včetně diagnózy a popisu dětství, informace o předchozích hospitalizacích, hodnocení kognitivních a psychosociálních funkcí a úroveň soběstačnosti v oblasti personálních a instrumentálních všedních denních činností.

Dále jsou součástí kazuistik cíle a plány pacientek do budoucna, jejich silné a slabé stránky a stanovené cíle ergoterapie za využití Snoezelenu. Kazuistiky jsou uvedeny v kapitole Přílohy.

Každé terapeutické sezení mělo podobnou strukturu. Nejprve proběhla příprava multisenzorické místnosti a poté následovalo úvodní seznámení s programem. Poté byl ponechán volný prostor pro pohyb po místnosti a následovala hlavní terapeutická část, která zahrnovala fyzické aktivity či kreativní techniky a relaxaci. Na závěr proběhla reflexe a zpětná vazba. Časový harmonogram, který zahrnoval pravidelně naplánovaná sezení, byl přizpůsoben provozním možnostem nemocnice. Délka jednoho sezení byla přibližně 75 minut. Během prvních dvou týdnů se terapeutická sezení konala dvakrát týdně a v následujících dvou týdnech jednou týdně. Technické podmínky zahrnovaly využití speciálně vybavené multisenzorické místnosti se stimulačními prvky podporujícími relaxaci a aktivizaci pacientek.

Metody zpracování a analýzy výsledků zahrnují srovnání výsledků dotazníkových šetření před a po intervenci, kvalitativní analýzu rozhovorů a vyhodnocení získaných dat. Výsledky byly následně interpretovány ve vztahu k účinnosti Snoezelen terapie u depresivních pacientek.

3.2.1. Dotazník PANAS (Positive and Negative Affect Schedule)

PANAS je užitečný a citlivý nástroj, který sleduje změny v pozitivních a negativních emocích pacientů. Dotazník je vhodný ke zmapování okamžitých účinků terapeutických sezení a také výsledků spojených s psychologickými intervencemi, cvičeními nebo aktivitami. Jedná se o dvacetipoložkový dotazník, který obsahuje 10 pozitivních a 10 negativních emocí. Pozitivní emoce (dále označovány PA) jsou spojeny s příjemným zapojením se do prostředí, zatímco negativní emoce (dále označovány NA) shrnují různé negativní stavy. Jednotlivé emoce hodnotí pacient na pětibodové škále (Watson et al., 1988).

Skórování a interpretace

Každá položka je pacientem subjektivně ohodnocena na pětibodové škále, kde stupeň 1 znamená „Velmi málo nebo vůbec“ a stupeň 5 „Hodně“. Respondenti tedy přiřadí číselnou hodnotu k tomu, jak intenzivně danou emoci prožívají. Následné skórování probíhá tak, že se všechny hodnoty udělené položkám zahrnující PA sečtou a vytvoří tak celkové skóre pro PA. Stejným způsobem se spočítají výsledné hodnoty pro NA. Při hodnocení sledujeme nárůst či pokles celkového skóre PA a NA, přičemž vyšší skóre znamená více PA nebo NA.

Z velkého vzorku dospělých Australanů (ve věku od 18 do 50 let) vznikly normativní údaje, z kterých vyplývá, že průměrná hodnota PA činí 26,48 a průměrná hodnota NA činí 14,80. Velmi vysoké hodnoty v kategorii PA svědčí o častějších a intenzivnějších pozitivních emocích, což je typické například pro manické pacienty. Naopak vyšší skóre v kategorii NA poukazuje na převažující negativní emoce a je indikátorem psychického utrpení, typické pro depresivní a úzkostné pacienty (NovoPsych, 2022).

Tabulka 1 Rozdělení pocitů a emocí na PA a NA

PA	NA
Čilý/á	Mít obavy
Silný/á	Pocit strádání
Nadšený/á	Podrážděný/á
Pozorný/á	Provinilý/á
Ostražitý/á	Znepokojený/á
Inspirovaný/á	Nepřátelský/á
Odhodlaný/á	Roztěkaný/á
Zaujatý/á	Stydět se
Energický/á	Nervózní
Hrdý/á	Polekaný/á

(Toman, 2018)

3.2.2. Beckův depresivní inventář

Beckův depresivní inventář (dále BDI) je široce používaný nástroj pro hodnocení depresivních symptomů, který slouží k určení závažnosti deprese u jednotlivců. Tento test obsahuje 21 otázek, které se zaměřují na různé emoční, kognitivní a behaviorální symptomy spojené s depresí, jako jsou smutek, pocity viny, únava a změny chuti k jídlu či spánkových návyků (Govoril, 2024).

Skórování a interpretace

Každá otázka je hodnocena na škále od 0–3, přičemž nejvyšší skóre znamená závažnější projevy deprese. Celkové skóre se získává součtem výsledků všech 21 otázek a může se pohybovat od 0 do 60 bodů.

Interpretace skóre je následující:

0–10 bodů → normální nálada

10–20 bodů → mírná deprese

20–40 bodů → střední deprese

40–60 bodů → silná deprese

3.2.3. Vybavení Snoezelen místnosti v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice

Snoezelen místnost v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice je velice prostorná. Dveře do místnosti jsou zatemněné, aby venkovní světlo nijak nenarušovalo atmosféru prostředí. Po příchodu do místnosti se na pravé straně nachází stůl s židlemi. Po místnosti jsou rozmístěny světelné řetězy s jemným bílým světlem, které jsou připevněny ke stropu a k podpůrným sloupům. Tyto řetězy jsou doplněny průhlednými závěsy a podpůrné sloupy jsou ještě omotány světelnými řetězy, u kterých je možné nastavit libovolnou barvu. Ve středu místnosti je několik sedacích vaků a polštářů ideálních pro pohodlné ležení nebo sezení. Nad sedacími vaky je zavěšena i jedna houpací síť. Na stěně je promítací plátno, které slouží především k promítání uklidňující hudby a videí. Po obvodu místnosti jsou rozmístěná různá křesílka, pohovky a židle. Některé z nich obsahují i vibrační podložky. V rozích místnosti se nachází skříně, ve kterých zdejší terapeuti uskladňují pomůcky pro terapeutická sezení. U jedné ze skříní je i svítící vodní sloupec, ve kterém plavou plastové rybičky a na vedlejším stolku se nachází difuzér pro aroma terapii. Celkově prostředí této místnosti budí pocit klidu. Fotografie této místnosti jsou k nahlédnutí v přílohách práce.

3.2.4. Návrh průběhu jednotlivých terapeutických sezení

Pro všechna terapeutická sezení jsem zvolila jednotnou strukturu, jejímž cílem bylo zajistit snížení případné úzkosti z neznámého. Stabilní rámec jednotlivých setkání jim také umožnil snadnější adaptaci na proces a minimalizoval zátěž spojenou s nutností přizpůsobovat se velkým změnám. Struktura jednotlivých sezení byla následující:

Před terapií

- **Příprava prostředí**

Před každým terapeutickým sezením proběhne příprava terapeutické místnosti vhodným způsobem pro průběh terapie, což zahrnuje přípravu potřebných pomůcek pro jednotlivá sezení a zároveň přípravu různých senzorických prvků místnosti.

Úvodní část

- **Vyplnění dotazníku PANAS**

Před samotným zahájením terapeutických aktivit pacientky vyplní dotazník PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), který umožňuje zhodnotit jejich emocionální stav. Tímto krokem bylo možné získat představu o výchozím psychickém rozpoložení každé pacientky.

- **Seznámení se s prostředím**

Pacientky dostanou čas na seznámení se s novým prostředím a interakci s různými senzorickými prvky místnosti. Mohou se po místnosti pohybovat, jak chtějí a objevovat různé podněty.

Hlavní aktivity

- **Lehká fyzická aktivita**

Do terapeutických sezení budou zapojeny jednoduché fyzické aktivity zaměřené na koordinaci a vnímání těla, které zároveň přispívají k udržení psychického i fyzického zdraví.

- **Aktivizace**

V rámci terapií budou pacientkám nabídnuty různé hry a aktivity, které mohou provádět ve Snoezelen místnosti. Bude se jednat především o kreativní činnosti. Během jednotlivých aktivit budou pacientky povzbuzovány, aby sdílely své pocity, dojmy a zkušenosti a podporovaly tím komunikační dovednosti a sociální interakci.

- **Vedená relaxace**

Pacientkám bude zajištěn čas pro relaxaci a zklidnění. Pacientky budou povzbuzovány k tomu, aby si užily klidné chvíle v místnosti.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba

- **Opětovné vyplnění dotazníku PANAS a zpětná vazba**

Pacientky opět vyplní krátký dotazník pro zhodnocení emocionálního stavu po dokončení terapeutické jednotky. Na konci sezení proběhne krátká reflexe s pacientkami formou semistrukturovaného rozhovoru a strukturované hodnocení pomocí hvězdičkové škály. Pacientky tak budou moci sdílet své dojmy z terapeutického sezení v multisenzorické místnosti.

3.2.5. Průběh jednotlivých terapií

Následující výčet popisuje průběhy jednotlivých terapií probíhajících v multisenzorické místnosti. Sezení probíhala formou skupinové terapie a hlavním cílem těchto sezení byla především aktivizace pacientek, podpora komunikačních dovedností a podpora celkové psychické pohody za využití relaxačních technik a jednoduchých fyzických aktivit. Celkově proběhlo šest terapeutických sezení v časovém rozmezí od 9:30 do 10:45.

První setkání

Před terapií: Zdejší ergoterapeutka, paní Bc. Květa Myslivcová, již pro mě připravila veškeré senzorické prvky ve Snoezelen místnosti a nechala mě, ať si je upravím dle vlastního uvážení. Pozměnila jsem tedy barvu světla na oranžovou, na stůl připravila pomůcky pro aktivizační aktivitu, místnost navoněla jemnou vůní citrusů a zapnula relaxační hudbu. Důležitou součástí přípravy prostředí byly i sklenice s vodou pro pacientky. Na každé terapeutické sezení jsem chodila i s připravenou prezentací, pomocí které jsem vždy pacientky seznámila s tím, co nás na dnešním sezení bude čekat.

Úvodní část: Jelikož se jednalo o naše první setkání požádala jsem nejprve příchozí pacientky o podepsání Informovaných souhlasů nezbytně nutných pro realizaci praktické části bakalářské práce. Po jejich vyplnění jsem pacientky seznámila s průběhem dnešního sezení a poprosila je o vyplnění krátkého dotazníku PANAS. Vyplnění tohoto dotazníku zabralo pacientkám zhruba 2 minuty. Následovalo krátké seznámení, během kterého jsem zjišťovala i předchozí zkušenost pacientek se Snoezelen místností. Dvě pacientky již měly s multisenzorickou místností zkušenost, jedna tuto místnost navštívila úplně poprvé. Předchozí zkušenosti pacientek v multisenzorické místnosti se týkaly především relaxace v této místnosti. Po krátkém seznámení jsem pacientky nechala, ať se volně pohybují po místnosti a seznámí

se s prostředím. Pacientka č. 1 si přemístila svou polohu do nejvzdálenějšího rohu místnosti. Pacientka č. 2 bezmyšlenkovitě zamířila k vibrační židli. Pacientka č. 3 si sedla do houpací sítě. Jednu po druhé jsem v místnosti obešla a vedla s pacientkami krátký rozhovor. Následně jsem je požádala o vyplnění Beckova depresivního inventáře.

Hlavní aktivity: Na doporučení zdejší ergoterapeutky, jsem na úvodním setkání vynechala lehké aktivizační cvičení, neboť je to pro pacientky něco nového a mohly by se zaleknout. Pustily jsme se tedy do kreativní aktivity. Nechala jsem se inspirovat diplomovou prací Dorazilové (2012) a zvolila jsem seznamovací aktivitu ve formě kresby Autoportrétu. Při přípravě místnosti jsem na stůl rozmístila několik pastelek, fix, kříd a vodovek. Instrukce pro aktivitu zněla „Pomocí prostředků, které máte před sebou se pokuste vystihnout obrázek sami sebe.“ Pacientky jsem ujistila v tom, že aktivita je čistě dobrovolná a že v případě nezájmu mám připravené i jiné aktivity. Patientkám se ale toto téma líbilo a neměly s jeho zpracováním problém. Do aktivity jsem se zapojila i já. Po dokončení každá odprezentovala svůj výsledný obraz. Svůj autoportrét jsem pacientkám odprezentovala jako první. Následovala pacientka č. 3. Na papír nakreslila svůj obličej, který je z poloviny šťastný a z poloviny smutný. „Ještě to není vše úplně v pořádku, ale snažím se být šťastná.“ okomentovala pacientka obrázek. V dolní polovině obrázku také nakreslila svého pejska, na kterého se moc těší po propuštění z nemocnice. Pacientka č. 2 nakreslila obrázek sebe z profilu. Její obraz, kreslený pouze obyčejnou tužkou, zachycuje celou postavu. „Na obrázku se usmívám, protože se teď cítím dobře, můj svět je ale pořád černobílý.“ prozradila o svém obrázku. V dolní polovině obrazu jsou nakreslené kytky, které má pacientka ráda. Postava na obrázku se usmívá. Pacientka č.1 zachytila, stejně jako pacientka č. 3, svůj obličej, kterému ale stékají slzy z jednoho oka. „Ještě mi není úplně dobře... mám takové strachy...ale už je to lepší, proto jsou slzy jen u jednoho oka.“ prezentovala pacientka. Jednotlivé autoportréty patientek jsou vloženy do příloh práce. Po dokončení aktivity následovala vedená relaxace zaměřená na klid a harmonii.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Poté jsem pacientky opět porosila o vyplnění krátkého dotazníku PANAS. Následovala reflexe a zpětná vazba, při které jsem zvolila následující otázky, pod kterými jsou uvedeny odpovědi jednotlivých patientek:

Vyvolalo u Vás prostředí Snoezelen místnosti spíše pozitivní či negativní myšlenky? Proč?

Pacientka č.1: *„Pobyt mi byl příjemný a když začaly běžet negativní myšlenky, tak jsem se je snažila odehnat. “*

Pacientka č. 2: *„Pozitivní, moc se mi líbí světýlka a vibrační prvky místnosti. Vibrace mi dělají dobře. “*

Pacientka č.3: *„Určitě pozitivní, občas mi teda myšlenky utečou k něčemu ne moc hezkému, ale zase se je snažím vrátit. Pomáhá mi s tím i atmosféra tohoto prostředí. “*

Byly některé podněty prostředí příliš intenzivní až rušivé, nebo naopak uklidňující? Které?

Pacientka č.1: *„Nic nebylo rušivé“*

Pacientka č. 2: *„Vše moc uklidňující“*

Pacientka č.3: *„Váš hlas je uklidňující a prostředí je moc příjemné“*

Nastaly nějaké překážky nebo výzvy, které jste během aktivity zažily? Jak jste je překonali?

Pacientka č.1: *„Je pro mě hodně těžké vyjádřit své pocity, a ještě je zachytit na papír. Mám to vše jasně v hlavě, ale neumím to říct. “*

Pacientka č. 2: *„Aktivita pro mě nepředstavovala žádné překážky. “*

Pacientka č.3: *„Bylo hodně těžké pokusit se zachytit, jak se cítím. Taký kvůli tomu, že neumím kreslit. Pomohlo, že jste nesoudila naše malířské schopnosti. “*

Pacientek jsem se také ptala na případné komentáře a připomínky k dnešnímu sezení. Všem pacientkám se sezení líbilo a žádné připomínky neměly. Domluvily jsme se tedy na průběhu dalšího terapeutického sezení a rozloučily se.

Druhé setkání

Před terapií: Dnešní sezení bylo zaměřeno především na fyzickou aktivitu a relaxaci. Jako první jsem opět připravila místnost na příchod pacientek. Nastavila světýlka, navoněla místnost a pustila relaxační hudbu. Věděla jsem, že dnešní sezení bude trochu kratší než to předchozí kvůli zavedenému programu nemocnice, kdy pacientky v ranních hodinách docházejí k psychologovi. Proto jsem pro dnešní sezení zvolila spíše jemnou fyzickou aktivitu a v místnosti jsem udělala prostor pro pohyb.

Úvodní část: Když pacientky přišly poprosila jsem je o vyplnění krátkého dotazníku PANAS a opět jsem jim nechala chvíli volna v místnosti, během které jsem jednotlivé pacientky obcházela a povídala si s nimi.

Hlavní aktivity: Následně jsem pacientky vyzvala k jednoduché fyzické aktivitě ve formě lehkého protahování v sedě. Po jednotlivých segmentech jsme společně protáhly celé tělo. Jemné protahování jsme zakončily vleže na zádech. Chvíli jsem nechala pacientky jen odpočívat a následně jsem přešla k vedené relaxaci se zaměřením na uvolnění celého těla. Poukazovala jsem na vhodnost této techniky k překonávání stresu, únavy, pocitu úzkosti i nervozity a že se k ní mohou pacientky kdykoli vrátit.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Po dokončení relaxace následovalo opětovné vyplnění dotazníků PANAS. Otázky pro dnešní zpětnou vazbu byly následující:

Jak se Vám líbilo dnešní cvičení? Cvičíte rády?

Pacientka č.1: *„Moc se mi to líbilo, bylo to takové jemné. Většinu času necvičím, ale určitě bych chtěla nějak začít.“*

Pacientka č.2: *„Bylo to hezké. Cvičení mi nevadí.“*

Pacientka č.3: *„Bylo to pro mě moc příjemné. Cvičím ráda, ale neumím se k tomu přinutit.“*

Jak byste zhodnotily vhodnost tohoto prostředí pro Vaše potřeby?

Pacientka č.1: *„Toto prostředí mi pomáhá zahnat negativní myšlenky.“*

Pacientka č.2: *„Určitě pozitivně.“*

Pacientka č.3: „*V této místnosti se cítím dobře. Pomáhá mi se víc uvolnit a na společná setkání se pokaždé těším.*“

Co se Vám nejvíce líbí na této místnosti?

Pacientka č.1: „*Vždy to tu moc hezky voní.*“

Pacientka č.2: „*Světýlka, záclony.*“

Pacientka č.3: „*Rybičky (myšlen svítící vodní sloupec s plastovými rybičkami) a světýlka.*“

Třetí setkání

Před terapií: Příprava místnosti probíhala obdobně jako předešlé dny.

Úvodní část: Po příchodu pacientek jsem je opět poprosila o vyplnění dotazníku PANAS. Patientky se pak samy rozutekly po místnosti na svá oblíbená místa. Pacientka č. 3 si lehla do velkého sedacího pytle a dívala se na vodní sloupec s rybičkami. Pacientka č. 2 si lehla vedle ní na vibrační podložku. Pacientka č. 1 opět zamířila na křeslo v koutě, které je od středu místnosti částečně odděleno průhlednými závěsy.

Hlavní aktivity: Následně jsem pacientky svolala, ať se ke mně připojí ke stolu, na který jsem připravila pomůcky pro náplň dnešního sezení. Patientky se mi několikrát svěřovaly s problémy se spánkem, a tak jsem dnešní sezení chtěla zaměřit právě na to. Připravila jsem si proto pro pacientky tvorbu lapačů snů. Patientky měly za úkol obkreslit kruhovou šablonu, dokreslit prostředek lapače snů v podobě mandaly a dokreslit pera zavěšená na lapač. Patientky tato aktivita bavila a v průběhu ní jsme společně rozvíjely konverzaci a bavily se o našich snech. Po dokončení aktivity následovala vedená relaxace zaměřená na hledání svého místa snů. Ze všech řízených relaxací měla právě tato největší úspěch.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Všechny pacientky se po dokončení relaxace shodly na tom, že se jim tato relaxace moc líbila a že když jim nebude nejlépe, tak v myšlenkách budou navštěvovat právě toto místo, které si vysnily. Následovalo vyplnění krátkého dotazníku a zpětná vazba. Na konci dnešního sezení jsem se ptala na tyto otázky:

Jsou nějaké změny, které byste doporučily, aby se zvýšila Vaše spokojenost nebo prožitek?

Pacientka č.1: „*Nic mě nenapadá.*“

Pacientka č.2: „*Ne.*“

Pacientka č.3: „*Vůbec ne, moc hezky to vedete.*“

Jaké pocity u Vás převládaly v průběhu dnešního sezení?

Jednohlasná odpověď pacientek: „*Kladné.*“

Připadají Vám sezení příliš krátké, příliš dlouhé, nebo optimální?

Pacientka č.1 a č. 2: „*Tak akorát.*“

Pacientka č.3: „*Optimální.*“

Čtvrté setkání

Úvodní část: Když jsem dnes přišla, pacientky již byly připravené na terapii, ale Snoezelen místnost byla ještě obsazená. Musela jsem tedy zaimprovizovat a s pacientkami jsem si sedla zhruba na půl hodiny do tělocvičny. Pro navození lepší atmosféry jsem zapnula tichou relaxační hudbu a s pacientkami jsem si povídala o jejich plánech do budoucna. Jelikož se pacientky shodly na tom, že jim vyhovuje nastolený režim nemocnice a každodenní rutina, snažily jsme se věnovat i tomuto tématu a jeho převedení do běžného života. Následně jsme se již mohly přesunout do Snoezelen místnosti. Pacientky jsem poprosila o vyplnění dotazníku PANAS a během jeho vyplňování jsem uzpůsobila místnost pro sezení. Z tělocvičny jsme s sebou přinesly i 4 karimatky, které jsem rozmístila po místnosti a také jsem pacientkám přinesla vodu. Veškerá světla a ostatní senzorické prvky již byly zapnuté z předchozí terapie.

Hlavní aktivity: Po vyplnění dotazníku jsem poprosila pacientky, ať se ke mně připojí na karimatky. Seznámila jsem je s dnešní fyzickou aktivitou, kterou bylo Tai-či. Zeptala jsem se, zda to se mnou chtějí vyzkoušet, či dají přednost spíše jemnému protahování. Pacientky se ale výzvy nebály a šly do toho se mnou. Zvolila jsem velmi jednoduchou sestavu, přesto byly některé prvky pro pacientky moc náročné. Následovala krátká pauza, kdy se mohly pacientky pohybovat po místnosti, jak chtějí. Všechny pacientky se tedy napily a zamířily na odpočinková

místa. Dnešní závěrečnou relaxaci jsem spojila s kreativní aktivitou. Na doporučení zdejší ergoterapeutky jsem pracovala s knihou Medituj kreslením, z které jsem vybrala jedno meditační cvičení. Celá kniha je založena na technice pomalého kreslení, které díky kreslení jednoduchých opakujících se tvarů napomůže zklidnění dechu a myšlenek a zajistí uvědomění si daného momentu. Jedná se o aktivní způsob meditace (Maricle, 2023). Cvičení, které jsem vybrala, nese název Poznejte svůj dech – vzor výdechu. Pacientky měly za úkol nakreslit chmýří pampelišky. Každá zakreslená čára představovala výdech a každé zakreslené kolečko na konci čáry představovalo nádech. Cílem tohoto cvičení bylo naučit se vnímat svůj dech a daný okamžik. Výsledné obrázky patientek jsou k nahlédnutí v přílohách práce. Ještě před tím, než jsme začaly kreslit, vyzkoušela jsem s pacientkami cvičení na uvolnění zápěstí a přípravu na samotné kreslení. Poprosila jsem pacientky, aby zavřely oči a po dobu jedné minuty kreslily náhodné linie na papír. Po otevření očí jsme se snažily s pacientkami zaměřit na vzniklé obrázky a zkoušely jsme přijít na to, co nám vzniklé „čmáranice“ připomínají. První pacientkám připomínala jezero, druhá šneka a třetí zajička. Poté jsme začaly kreslit chmýří pampelišky.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Po dokončení obrázků pacientky opět vyplnily dotazníky PANAS a poté následovala zpětná vazba. Otázky pro dnešní sezení byly následující:

Jak jste se cítily při pomalém kreslení? Povedlo se Vám sjednotit kresbu s dechem?

Pacientka č.1: *„Mně to moc bavilo a myslím, že se mi povedlo se soustředit na dech. Ráda si to někdy zopakuji, třeba i doma.“*

Pacientka č. 2: *„Bylo to fajn, neměla jsem s tím problém, ale relaxace vleže jsou lepší.“*

Pacientka č.3: *„Mně se to teda vůbec nedařilo. Ze začátku mě to bavilo, ale pak už jsem to chtěla mít rychle za sebou. Ten obrázek se mi před očima tvořil moc pomalu.“*

Kdybyste měly vybrat jednu věc, která se Vám na dnešní terapii nejvíce líbila, co by to bylo?

Pacientka č.1: *„Závěrečné kreslení.“*

Pacientka č. 2: *„Ranní povídání s Vámi.“*

Pacientka č.3: *„Mně docela bavilo to Tai-či.“*

Myslíte si, že by terapie měla stejný terapeutický účinek, kdyby probíhala v jiném prostředí než v této Snoezelen místnosti?

Pacientka č.1: *„Myslím si, že ne. Mně dělají hrozně dobře ta světýlka a relaxační hudba.“*

Pacientka č. 2: *„Asi ne.“*

Pacientka č.3: *„Záleží, zda by to bylo i jinde s Vámi, to pak asi ano. Ale jinak ne, ráda se sem vracím a moc se mi to tu líbí.“*

Páté setkání

Před terapií: Opět jsem začala přípravou prostředí Snoezelen místnosti. Udělala jsem v místnosti prostor pro pohyb, navoněla ji, donesla vodu pro pacientky a pustila relaxační hudbu. Dnešního sezení se účastnila pouze pacientka č. 1 a pacientka č. 3. Pacientka č. 2 měla na tento den propustku.

Úvodní část: Když pacientky přišly, byla na nich vidět únava. Pohybovaly se pomalu a moc nemluvíly. Poprosila jsem tedy pacientky o vyplnění dotazníku PANAS a následně jsem jim poskytla volno v místnosti. Pacientka č. 3 zamířila jako obvykle na sedací pytel a lehla si. Pacientka č. 1 poprvé vyzkoušela jiné místo, než křeslo v rohu místnosti a posadila se na vibrační židli. S oběma pacientkami jsem si popovídala o tom, jak se dnes cítí.

Hlavní aktivity: Zeptala jsem se, zda jsou pacientky ochotné si se mnou zacvičit a obě souhlasily. Zvolila jsem tedy jemné cvičení vsedě, které bylo zakončeno relaxací v poloze na zádech. Na přání pacientky č. 1 jsem na dnešní sezení připravila i skládání origami, neboť se mi svěřila, že by si to někdy ráda vyzkoušela. Pacientka č. 3 se ale na skládání origami moc necítila, a tak jsem ji nabídla jednu z dalších možností, a to že by mohla zkusit další meditační cvičení z knihy Medituj kreslením. Pacientka překvapivě souhlasila, neboť posledně ji tato aktivita moc nenadchla. Vybrala si cvičení, jehož cílem bylo zaplnit celou plochu čtvrtky trojúhelníky a jednotlivé trojúhelníky vyšrafovat. Důležité opět bylo kreslit pomalu a vnímat přitom svůj dech a daný okamžik. S pacientkou č. 1 jsem se pustila do skládání. Nejprve jsem tedy pacientce dala na výběr, co by si chtěla zkusit vyrobit. Pacientka se rozhodla pro srdce. Pacientce to moc šlo a bylo na ni vidět, že ji to baví. Po dokončení srdce jsem pacientce nabídla, že si může srdce nějak dozdobit a třeba ho i darovat někomu blízkému. Pacientka se tady pustila do zdobení srdce a následně mi srdce věnovala, za což jsem ji byla moc vděčná. Pacientka č. 3 stále ještě pracovala na svém projektu, a tak jsem se zeptala pacientky č. 1, jestli by si ještě nechtěla vyzkoušet jiné origami. Pacientka č. 1 již žádné nové origami tvořit nechtěla,

ale zaujal ji můj nápad, že by si mohla zkusit složit origami srdce ještě jednou, ale bez nápovědy, aby zjistila, zda si zapamatovala postup skládání. Bez nápovědy se to ale bohužel nepovedlo.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Poté, co obě pacientky dokončily svou tvorbu, jsem je opět poprosila o vyplnění krátkého dotazníku a na závěr se zeptala na pár otázek:

Jak byste popsaly dnešní zážitek ze Snoezelen terapie jedním slovem?

Pacientka č.1: „*Osvobozující.*“

Pacientka č.3: „*Moc hezký.*“

Byly nějaké chvíle během terapie, kdy jste se necítily dobře?

Pacientka č.1: „*Žádné, je mi tu s vámi fajn.*“

Pacientka č.3: „*Tak dneska při příchodu to bylo pro mě takové náročnější, ale Vy jste si s námi moc hezky zacvičila, a to mi udělalo líp.*“

Šesté setkání

Před terapií: Dnešní sezení bylo naše poslední. S pacientkami jsem plánovala ještě alespoň jeden termín, ale pacientky mi sdělily, že již znají svá data propuštění z nemocnice a že tu v daný termín již nebudou. Předběžně jsem s tím ale počítala, díky informacím od zdejší ergoterapeutky, a tak jsem byla připravená na poslední setkání již dnes. Připravila jsem místnost na terapii a čekala na pacientky.

Úvodní část: S pacientkami jsem se setkala v obvyklou dobu. Poprosila jsem je o vyplnění krátkého dotazníku.

Hlavní aktivity: Následně jsme si šly lehce zacvičit na karimatkách, tentokrát ve stoje. Poté jsem pacientkám dala chvíli volna, během které jsem si s každou pacientkou jednotlivě popovídala a porosila je o opětovné vyplnění Beckova depresivního inventáře. Následovala aktivita u stolu. Aktivita nese název Moje zvíře a pacientky měly za úkol vytvořit z plastelíny zvíře, kterým si představují, že jsou, zvíře, kterým by chtěly být a zvíře, kterým by být nechtěly. Touto aktivitou jsem se také inspirovala od Dorazilové (2012), která ji využila ve své diplomové práci. Byla jsem si vědoma toho, že se jedná o náročnou aktivitu, a tak jsem pacientkám ulehčila aktivitu tím, že mohou vytvořit jen 2 zvířata na 2 témata, která se jim líbí nejvíce. Pacientka č. 3 vymodelovala z plastelíny dva pejsky. Přála by si být psem, protože ten se podle ní má ze všech zvířat nejlépe. Jen spí, jí a leží. Druhého psa žertovně okomentovala slovy:

„Cítím se být pejskem, protože jen spím, jím a ležím.“ Pacientka č. 2 vytvořila z plastelíny včelku. Přála by si být pilná jako včelka a volně si létat po světě. Její druhé zvíře znázorňovalo slimáka, protože by dle jejích slov nechtěla být pomalá a odporná. Pacientka č. 1 by si přála být kočkou, protože ty se mají většinou dobře a dokážou se o sebe postarat. Nechtěla by být hadem, protože je slizký a většina lidí ho nemá ráda. Po této náročnější aktivitě následovala relaxace. Jelikož jsem věděla, že si pacientky relaxace užívají, udělala jsem dnešní relaxaci delší.

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: Po relaxaci jsem je opět poprosila o vyplnění krátkého PANAS dotazníku. Jelikož se jednalo o poslední terapeutické sezení, měla jsem připraveno několik závěrečných otázek:

Co se Vám na terapiích nejvíce líbilo? Byly nějaké konkrétní prvky, které Vám pomohly více než ostatní?

Pacientka č.1: *„Mě nejvíce bavilo jakékoliv tvoření, kreslení a relaxace.“*

Pacientka č. 2: *„Já jsem se vždy těšila na relaxaci.“*

Pacientka č.3: *„Za mě to nejspíš bylo vždy nějaké to cvičení. To mě dokázalo probudit. Relaxace mě ale také bavily.“*

Pocítujete nějaké dlouhodobé změny (např. snížení stresu, lepší spánek, zlepšení nálady) v důsledku Snoezelen terapie?

Pacientka č.1: *„Dlouhodobě změny nepocítuji, ale chodím sem moc ráda.“*

Pacientka č. 2: *„Přijde mi, že se mi ten den lépe spí.“*

Pacientka č.3: *„Já mám vždy lepší náladu, když odcházím, ale moc dlouho to většinou nevydrží.“*

Bylo něco, co Vás během terapií znepokojilo nebo co byste navrhly změnit?

Pacientka č.1: *„Nic mě nenapadá.“*

Pacientka č. 2: *„Ne.“*

Pacientka č.3: *„Nic bych neměnila.“*

Jaký byl pro Vás rozdíl mezi jednotlivými sezeními? Vnímaly jste některá sezení jako účinnější než ostatní?

Pacientka č.1: *„Sezení, kdy jsme si povídaly o svých snech, bylo moc hezké a ráda se v myšlenkách vracím na vysněné místo.“*

Pacientka č. 2: *„Asi ani ne.“*

Pacientka č.3: *„Já byla ráda za každé cvičení.“*

Splnila terapie vaše očekávání?

Pacientka č.1: *„Ano.“*

Pacientka č. 2: *„Ano.“*

Pacientka č.3: *„Ano, bylo to moc fajn.“*

Doporučily byste ji někomu dalšímu?

Pacientka č.1: *„Určitě.“*

Pacientka č. 2: *„Ano, líbilo se mi tu.“*

Pacientka č.3: *„Ano, bylo to tu moc příjemné a pokaždé jsem se sem těšila. Určitě bych to doporučila.“*

3.3. Výsledky

3.3.1. Výsledky semistrukturovaných rozhovorů

Reflexe prvního sezení v Snoezelen místnosti ukázala, že prostředí působilo na všechny pacientky převážně pozitivně. Pacientka č. 1 hodnotila pobyt jako příjemný, a i když ji občas přepadly negativní myšlenky, snažila se je aktivně odehnat. Pacientka č. 3 také měla občasné problémy s únikem myšlenek k negativním tématům, to se jí ale dařilo překonávat díky uklidňujícím podnětům a atmosféře místnosti. Pacientka č. 2 si užívala zejména světýlka a vibrační prvky místnosti. Pokud jde o intenzitu vjemů, žádná z pacientek neidentifikovala žádné podněty, které by byly v prostředí rušivé. Pacientky označily prostředí za uklidňující, přičemž pacientka č. 3 výslovně ocenila uklidňující hlas terapeuta.

Náplň druhé terapeutické jednotky v podobě lehké fyzické aktivity byla pacientkami hodnocena velmi pozitivně. Pacientka č. 1 ocenila jemnost aktivity, a přestože běžně necvičí, vyjádřila zájem s cvičením začít. Pacientky č. 2 a č. 3 také označily aktivitu jako moc příjemnou. Pacientka č. 3 cvičí ráda, ale potýká se s problémy s motivací k pravidelnému cvičení. Ohledně vhodnosti prostředí se pacientky jednoznačně shodly na jeho pozitivním vlivu. Zdůraznily, že prostor jim pomáhá relaxovat a přispívá k jejich celkové pohodě. Nejoblíbenější prvky místnosti se lišily dle osobních preferencí. Pacientka č. 1 zmínila příjemnou vůni místnosti, pacientka č. 2 si oblíbila světýlka a průhledné záclony, zatímco pacientka č. 3 vyzdvihla zejména svítící vodní sloup s rybičkami. Tyto detaily potvrzují terapeutickou hodnotu prostředí.

Zpětná vazba na třetím sezení poukazuje na vysokou míru spokojenosti. Pacientky se shodly na tom, že se jim mnou vedené terapie líbí a že nemají žádné námitky ke změně průběhu jednotlivých terapií či prostředí. Pokud jde o pocity, které u pacientek během sezení převládaly, všechny jednohlasně souhlasily, že šlo především o kladné emoce. Délka jednotlivých sezení, která je stanovena na hodinu a čtvrt, je pro pacientky optimální.

Během čtvrté terapie měly pacientky možnost si vyzkoušet různé aktivity, přičemž jejich vnímání a reakce na jednotlivé aktivity se lišily. Na otázku, zda se jim dařilo pomalé kreslení a propojení dechu s kresbou, reagovaly různorodě. Pacientka č. 1 si tuto aktivitu velmi užila a podařilo se jí se soustředit na dech. Zmínila také, že se jí aktivita líbila natolik, že se k ní možná i někdy vrátí v domácím prostředí. Pacientka č. 2 vnímala relaxační aktivitu pozitivně, ale upřednostňuje relaxaci spíše vleže. Naopak pacientka č. 3 se cítila méně spokojená, protože ji proces tvorby připadal dlouhý, i když ji na začátku zaujal. Při reflexi toho,

co se pacientkám na dnešním sezení nejvíce líbilo, vyzdvihla pacientka č. 1 závěrečné pomalé kreslení, pacientka č. 2 ocenila ranní povídání a pacientka č. 3 si nejvíce užila cvičení Tai-či. Pacientky se tedy jednoznačně neshodly na jedné aktivitě, což naznačuje rozmanitost potřeb jednotlivých pacientek. Na otázku, zda by terapie měla stejný účinek, kdyby probíhala v jiném prostředí, všechny pacientky zdůraznily hodnotu prostředí Snoezelen místnosti. Pacientka č. 1 zmínila pozitivní vliv světelných a hudebních podnětů. Pacientka č. 2 souhlasila s tím, že by změna prostředí pravděpodobně snížila účinek terapie. Pacientka č. 3 poukázala na důležitost vhodného terapeuta při vedení terapie. Zároveň také vyjádřila spokojenost s atmosférou a dodala, že se do Snoezelen místnosti moc ráda vrací.

Na konci páté Snoezelen terapie měly pacientky popsat svůj zážitek z terapie jedním slovem. Pacientka č. 1 označila zkušenost jako „osvobozující“. Pacientka č. 3 považovala zážitek za „moc hezký“. Obě pacientky se shodly na tom, že většinu času se cítily dobře. Pacientka č. 1 uvedla, že během terapie necítila žádné nepohodlí a že je ji v tomto prostředí s ostatními příjemně. Pacientka č. 3 sdílela, že při příchodu měla náročnější chvíle, ale díky fyzické aktivitě zapojené do terapeutického sezení se cítila lépe.

Při zpětné vazbě šestého terapeutického sezení se všechny pacientky shodly na tom, že si v průběhu všech terapeutických sezení nejvíce užívaly vedené relaxace. Pacientka č. 1 také ocenila kreslení a tvoření a pacientka č. 3 naopak fyzické aktivity. Co se týče dlouhodobých změn pacientky uvedly, že nepocítují výrazné dlouhodobé efekty. Pacientka č. 2 však zaznamenala lepší kvalitu spánku a pacientka č. 3 pocítovala lepší náladu po každém sezení v multisenzorické místnosti. Pocit lepší nálady však dlouho nevydržel. Všechny pacientky uvedly, že nemají žádnou potřebu změn v terapiích. Při otázce na rozdílnost v účinnosti jednotlivých sezení vyzdvihla pacientka č. 1 jedno terapeutické sezení zaměřené na sny. Pacientka č. 3 necítila žádné významné rozdíly v účinnosti jednotlivých sezení a pacientka č. 3 byla ráda za každou lehkou fyzickou aktivitu. Celkově všechny pacientky potvrdily, že terapie splnily jejich očekávání, přičemž celou zkušenost hodnotily velmi pozitivně. Pacientky navíc doporučily terapie dalším, přičemž vyjadřovaly spokojenost s příjemnou atmosférou prostředí a prožitky z jednotlivých sezení.

3.3.2. Souhrn klíčových zjištění ze semistrukturovaných rozhovorů

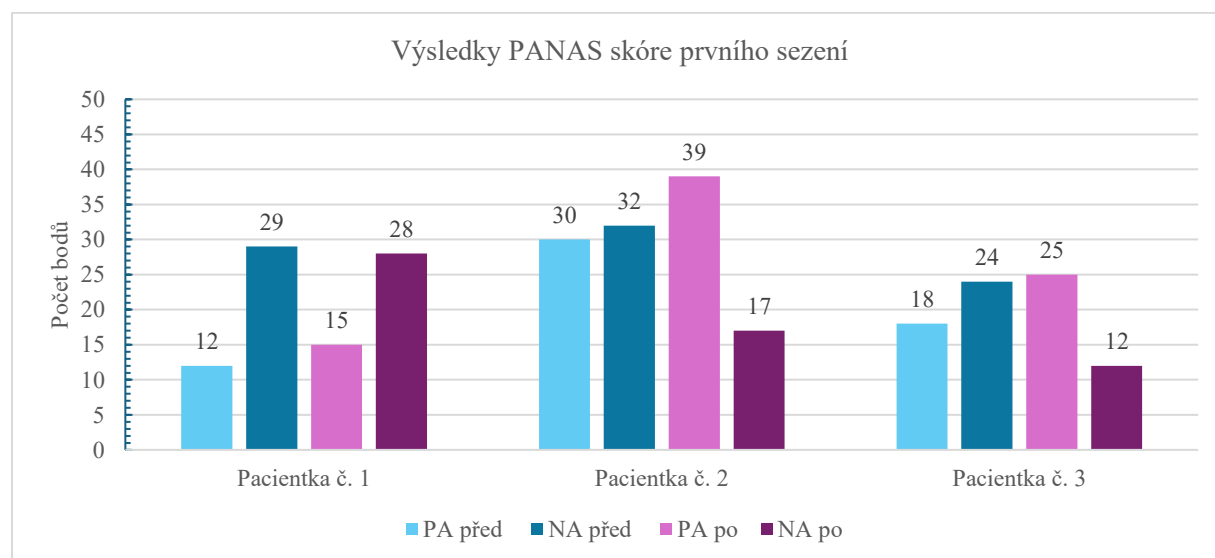
Všechny tři pacientky popisují převážně pozitivní zkušenost se Snoezelen terapií. Prostředí Snoezelen bylo pro pacientky příjemné a uklidňující, pomáhalo jim také odehnat negativní myšlenky a prožívat kladné emoce. Pacientky oceňovaly zejména světelné prvky,

vibrační prvky a relaxační hudbu. Atmosféra prostředí byla vhodně zvolená. Pacientky nezaznamenaly žádné rušivé a nepříjemné podněty. Pacientky oceňovaly vhodnost prostředí, kvalitu vedení terapie a přínos jednotlivých aktivit v podobě fyzické aktivity, relaxace či kreativních technik. Délku terapií také popisovaly pacientky jako vhodnou. Nabízené změny ve vedení terapie nepožadovaly. Každá pacientka si během terapie oblíbila jiné aktivity. Některé preferovaly relaxaci, jiné cvičení nebo kreativní činnosti. Hlavní výzvou pro pacientky v průběhu terapeutických sezení bylo vyjadřování emocí. Pacientky se potýkaly s nejistotou či obtížemi při verbalizaci pocitů a emocí. Pacientky uvedly, že prostředí Snoezelen je důležitým faktorem účinnosti terapie. V jiném prostředí by dle patientek jednotlivá sezení neměla stejný terapeutický účinek. Některé pacientky pocitovaly krátkodobé zlepšení nálady a lepší spánek. Dlouhodobé změny nebyly pozorovány. Terapie ve Snoezelen prostředí naplnily očekávání patientek. Pacientky doporučily terapie v Snoezelen prostředí ostatním pacientům a vyjádřily spokojenost s celkovou zkušeností.

3.3.3. Vyhodnocení efektivity terapeutických sezení pomocí dotazníku PANAS

Jednotlivé dotazníky pacientky vyplňovaly před a po sezení v multisenzorické místnosti Snoezelen. Položky dotazníku zahrnovaly pozitivní a negativní pocity a emoce. Pacientky měly za úkol na pětibodové škále ohodnotit, jak se cítí před a po jednotlivých sezeních. Cílem bylo zjistit, zda v průběhu jednotlivých sezení dojde u patientek k nárustu PA a poklesu NA hodnot.

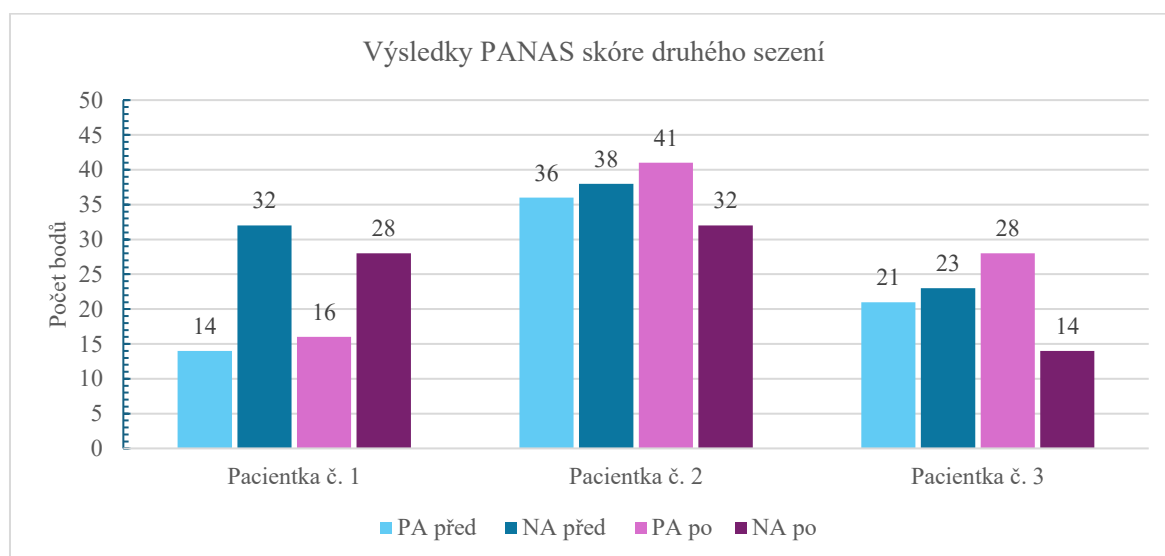
Graf 1 Výsledky PANAS skóre prvního sezení



Z Grafu 1 vyplývá, že výsledky pomocí dotazníku PANAS poukazují na to, že sezení mělo pozitivní dopad na emocionální stav všech patientek. K nejvýraznějšímu zlepšení došlo

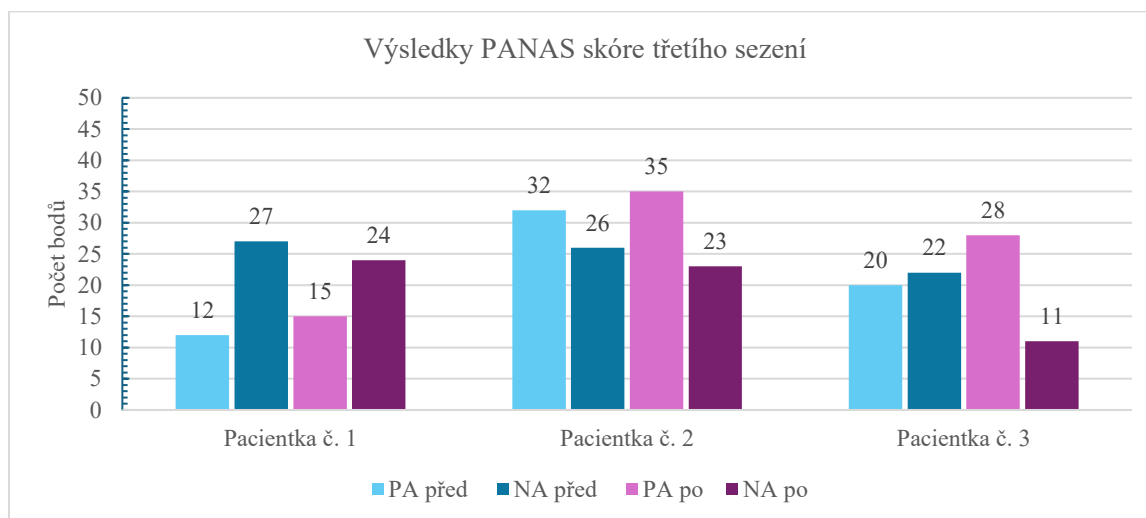
u pacientky č. 2, jejíž skóre PA po terapeutickém sezení vzrostlo o 9 bodů. Dále pak u pacientky č. 3, u které byl zaznamenán nárůst PA o 7 bodů. Pacientka č. 1 měla pouze mírný nárůst PA, stále se však jednalo o zlepšení. Všechny tři pacientky také vykázaly snížení NA hodnot po terapeutickém sezení. Největší pokles, a to o 15 bodů, byl zaznamenán opět u pacientky č. 2. U pacientky č. 3 došlo k poklesu o 12 bodů. Pacientka č. 1 zaznamenala jen mírné snížení negativních emocí.

Graf 2 Výsledky PANAS skóre druhého sezení



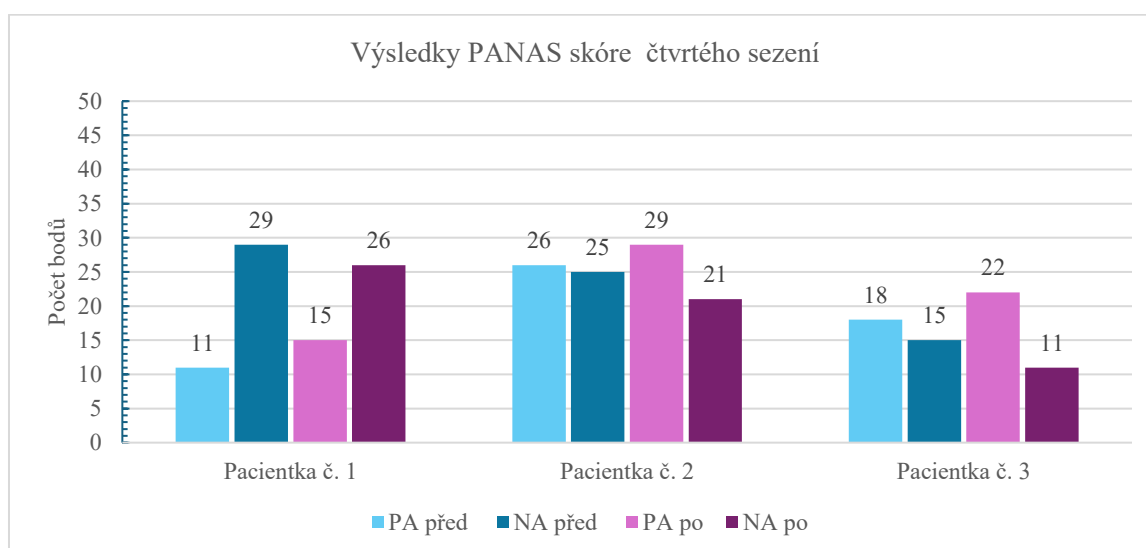
Z výsledků druhého terapeutického sezení vyplývá, že sezení mělo opět pozitivní vliv na všechny 3 pacientky, i když se míra zlepšení u jednotlivých pacientek lišila (viz. Graf 2). Nejvýraznější zlepšení bylo zaznamenáno tentokrát u pacientky č. 3, která po sezení vykázala nárůst PA o 7 bodů a zároveň pokles NA o 9 bodů. Tento výsledek svědčí o velmi dobré reakci na terapii. Pacientka č. 2 také vykázala významné zlepšení, kdy hodnoty PA vzrostly o 5 bodů a hodnoty NA se snížily o 6 bodů. Pacientka č. 1 měla nejmenší zlepšení. PA se zvýšily o dva body a NA se snížily o body 4. I když je toto zlepšení méně výrazné než u ostatních pacientek, stále jej lze považovat za známku pozitivního účinku terapie.

Graf 3 Výsledky PANAS skóre třetího sezení



U pacientek bylo opět zaznamenáno zvýšení PA hodnot a snížení hodnot NA, jak ukazuje Graf 3. Pacientka č. 3 zaznamenala největší posun, a to jak v nárůstu PA, tak ve snížení NA. PA hodnoty vzrostly o 8 bodů a NA se snížily o 11 bodů. Pacientky č. 1 a č. 2 vykázaly sice mírnější, ale stále pozitivní změny. U obou došlo k lehkému nárůstu PA a malému poklesu NA. Lze tedy říct, že terapeutické sezení bylo přínosné pro všechny pacientky, ale míra jeho efektivity se individuálně lišila.

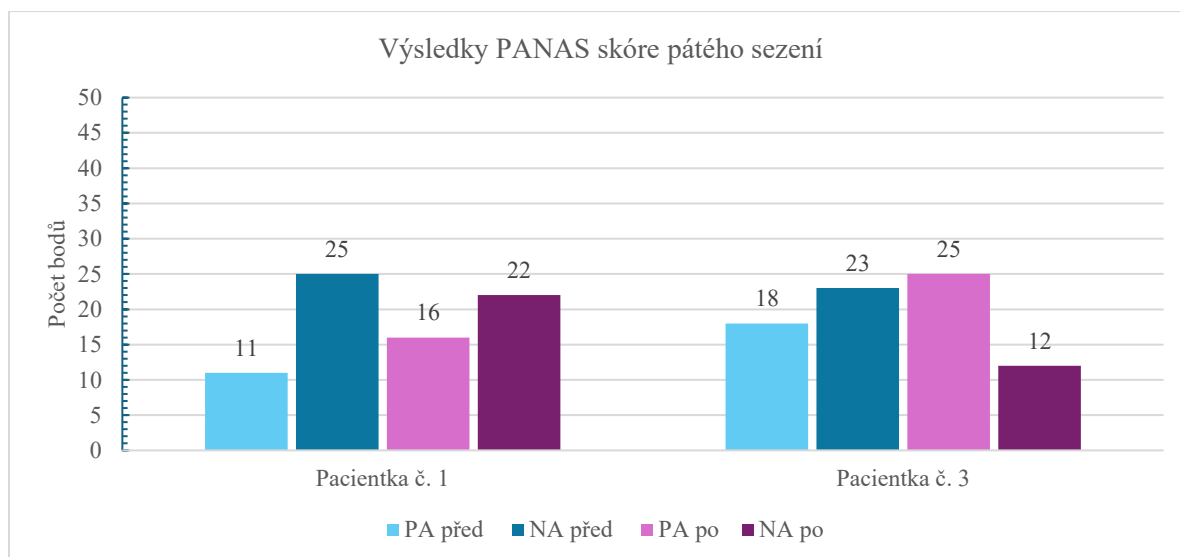
Graf 4 Výsledky PANAS skóre čtvrtého sezení



Z grafu 4 je patrné, že u všech pacientek došlo po terapii k nárůstu PA a poklesu NA. Konkrétní nárůst PA a pokles NA se u jednotlivých pacientek po čtvrtém sezení moc nelišil,

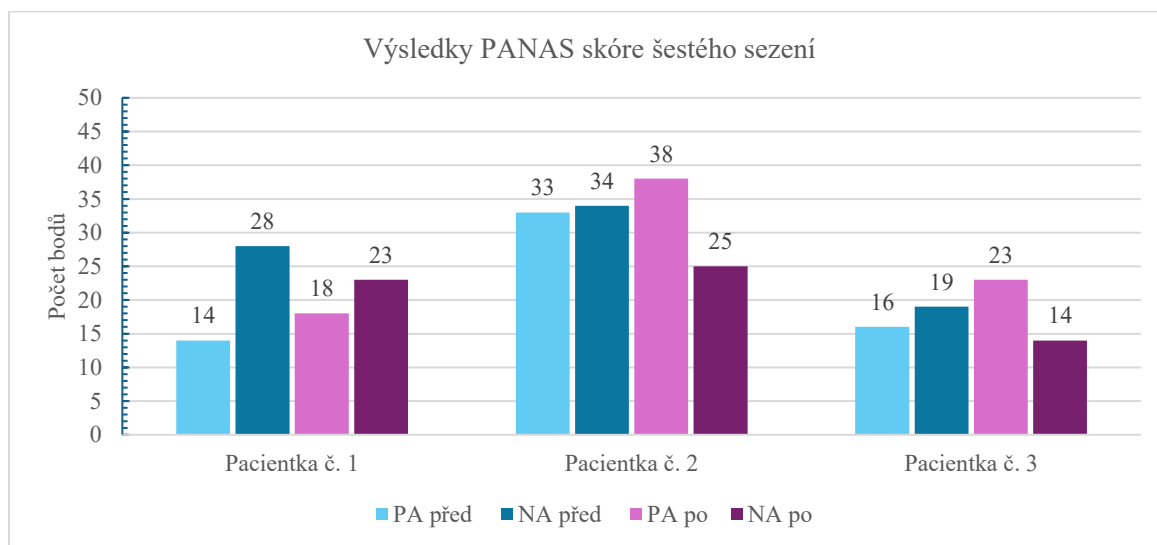
neboť u všech došlo ke změně jednotlivých PA i NA hodnot o 3–4 body. Lze tedy konstatovat, že toto terapeutické sezení mělo podobný efekt na všechny pacientky.

Graf 5 Výsledky PANAS skóre pátého sezení



Pátého sezení se účastnily pouze 2 pacientky. Obě pacientky vykázaly zlepšení ve výsledcích, přičemž výraznější zlepšení bylo patrné u pacientky č. 3 (viz. Graf 5). Byl u ní zaznamenán značný nárůst PA (o 6 bodů) a výrazný pokles NA (o 12 bodů). U pacientky č. 1 také došlo k většímu nárůstu PA, a to o 5 bodů. Snížení NA hodnot však nebylo tak dramatické jako u pacientky č. 3, neboť se hodnota snížila jen o 3 body. Přesto lze mluvit o zlepšení stavu a o pozitivním vlivu terapie.

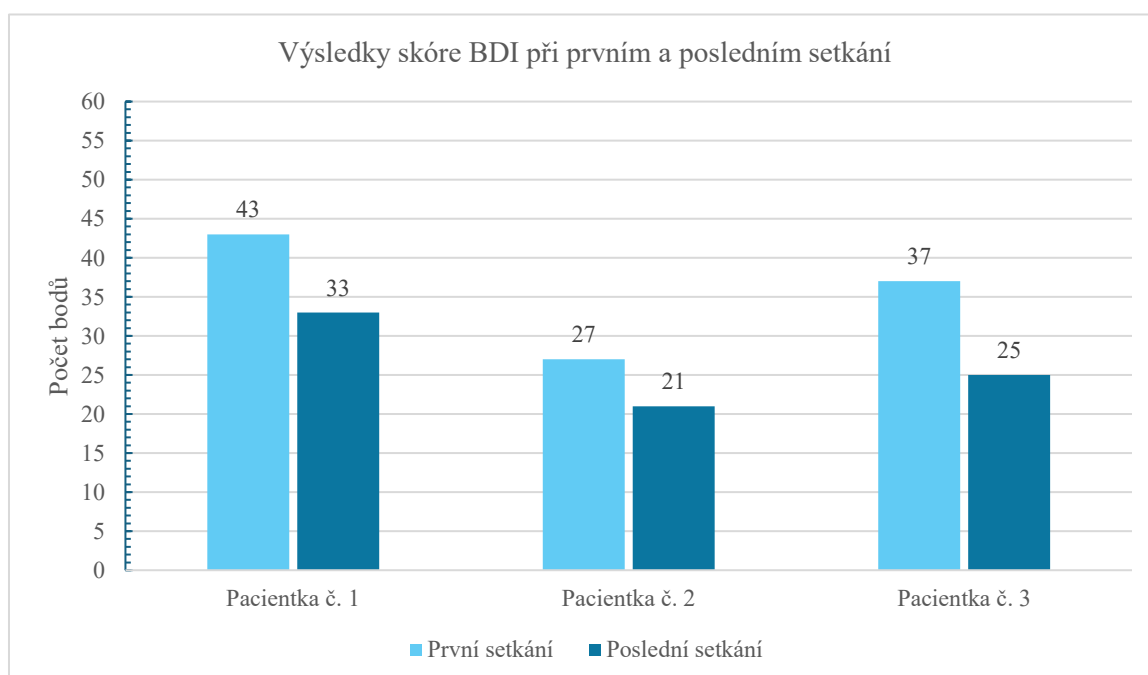
Graf 6 Výsledky PANAS skóre šestého sezení



Jak lze vidět na Grafu 6, šesté terapeutické sezení bylo také příznivé pro všechny pacientky. Největší pozitivní posun lze vidět u pacientky č. 3, u které došlo k nárůstu PA hodnot o 7 bodů. Pacientka č. 2 vykazala v této oblasti posun o 5 bodů a pacientka č. 1 o 4 body. K nejvýraznějšímu poklesu NA hodnot, však došlo u pacientky č. 2, který činil 9 bodů. U pacientek č. 1 a č. 3 došlo ke stejnému poklesu NA hodnot, a to o 5 bodů. Výsledky sezení potvrzují efektivnost terapie.

3.3.4. Výsledky Beckova depresivního inventáře

Graf 7 Výsledky skóre BDI při prvním a posledním setkání

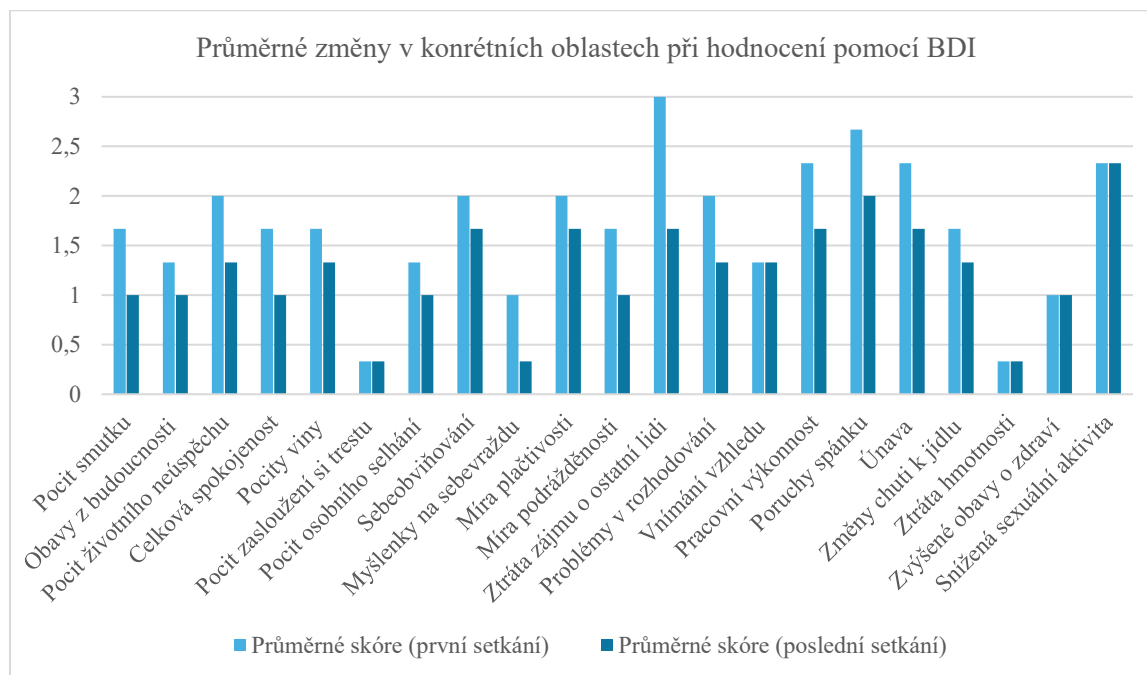


Výsledky hodnocení podle BDI ukazují, že všechny 3 pacientky zaznamenaly po terapeutické intervenci zlepšení v intenzitě depresivních příznaků (viz Graf 7). U pacientky č. 1 byla při prvním hodnocení zjištěna hodnota celkového skóre 43 bodů. Tato bodová hodnota spadá do hodnotící kategorie silné deprese. Při posledním setkání došlo ke snížení skóre na 33 bodů. Pacientka se tedy posunula z kategorie silné deprese do kategorie deprese střední. Pacientka č. 2 měla při prvním setkání hodnotu celkového skóre 27 bodů, což odpovídá kategorii střední deprese. U pacientky také došlo ke zlepšení, a to ke snížení na 21 bodů celkového skóre. Zlepšení je mírné, ale patrné. Pacientka zůstává v pásmu střední deprese. Pacientka č. 3 vykázala největší zlepšení. Před začátkem terapií dosáhla pacientka 37 bodů celkového skóre. Po společných terapiích kleslo její skóre na 25, což představuje výrazné zlepšení, ačkoli pacientka stále spadá do kategorie střední deprese.

Celkové zhodnocení tedy poukazuje na to, že terapie ve Snoezelen místnosti měla svůj podíl na pozitivní změně příznaků deprese u jednotlivých pacientek. Je však důležité zdůraznit, že dosažené výsledky nejsou pouze důsledkem terapeutických jednotek vedených ve Snoezelen místnosti, ale odráží hromadný vliv všech proběhlých terapeutických intervencí, kterých se pacientky v nedávné době účastnily.

3.3.5. Podrobnější analýza výsledků BDI

Graf 8 Podrobnější analýza výsledků BDI



Zde je v Grafu 8 uvedena podrobnější analýzu změn konkrétních symptomů hodnocených pomocí Beckova depresivního inventáře, ze kterých je patrné, že u většiny hodnocených oblastí došlo mezi prvním a posledním setkáním ke zlepšení. Nejvýraznější pokles průměrného skóre byl zaznamenán u položky, která hodnotí ztrátu zájmu o ostatní lidi. Pacientky na konci terapie vykazovaly větší zájem o okolí, což je pozitivní indikátor v procesu zotavení. Významné zlepšení lze také pozorovat v kategoriích pocit smutku, pocit životního neúspěchu, celková spokojenost, myšlenky na sebevraždu, míra podrážděnosti, problémy v rozhodování, pracovní výkonnost, poruchy spánku a únava. Tyto změny naznačují celkové zlepšení psychického stavu patientek, především v oblastech emocionální pohody, rozhodovacích schopností a fyzické energie. Mírnější pokles skóre lze pozorovat u kategorií obavy z budoucnosti, pocity viny, pocit osobního selhání, sebeobviňování, míra plačtivosti a změny chuti k jídlu. V grafu můžeme pozorovat i kategorie, u nichž ke změně nedošlo a jednotlivé symptomy tedy nebyly terapiemi ovlivněny. Jedná se o kategorie pocit zasloužení si trestu, vnímání vzhledu, ztráta hmotnosti, zvýšené obavy o zdraví a snížená sexuální aktivita. To naznačuje, že některé aspekty depresivního prožívání zůstaly stabilní a mohou vyžadovat další terapeutickou intervenci.

3.3.6. Vlastní krátké strukturované hodnocení

Na závěr každého terapeutického sezení jsem ještě využila krátké strukturované hodnocení pomocí hvězdičkové škály, které pacientky vyplnily na základě své subjektivní zkušenosti. Tento způsob zpětné vazby jsem zvolila, neboť umožňuje rychlé a jasné vyjádření míry spokojenosti s jednotlivými aspekty terapie. Hodnocenými aspekty byla celková atmosféra prostředí, vliv Snoezelen prostředí na soustředění patientek během terapie, pocit bezpečí a komfortu, vliv smyslových podnětů a aktivit na zlepšení psychického stavu a vhodnost jednotlivých terapeutických aktivit v Snoezelen místnosti.

Zvolené otázky pro hodnocení:

Byla pro Vás dnešní atmosféra terapeutického sezení příjemná a uklidňující?

Pomohlo Vám prostředí Snoezelenu se lépe soustředit na terapii?

Cítila jste se během dnešního sezení bezpečně a komfortně?

Měly smyslové podněty během terapie (světla, zvuky, vůně) pozitivní vliv na Vaši duševní pohodu?

Přispěly aktivity ve Snoezelenu k Vašemu psychickému uvolnění a celkové pohodě?

Odpovídaly aktivity ve Snoezelenu Vaším potřebám?

Hodnotící škála

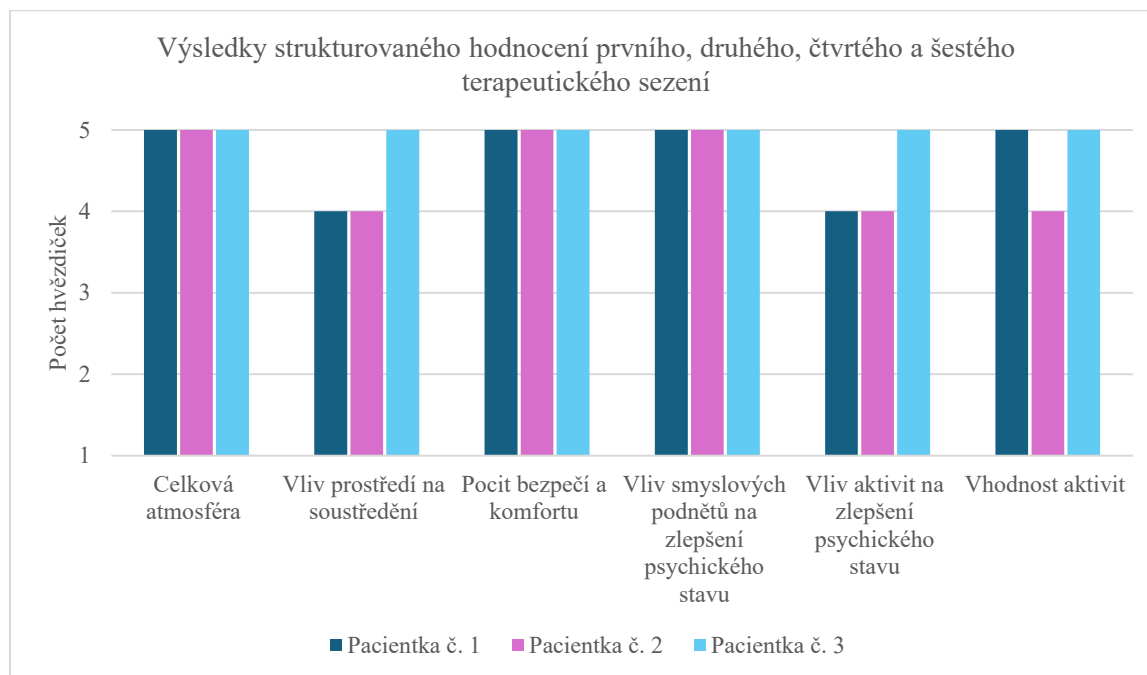
Pro hodnocení jednotlivých otázek výše jsem využila hvězdičkovou škálu. Jedná se o efektivní nástroj pro získání rychlé a přehledné zpětné vazby od patientek, přičemž umožňuje snadnou analýzu, porovnání a sledování spokojenosti jednotlivých terapeutických sezení. Tento systém je intuitivní, což patientkám usnadňuje rychlé a jasné vyjádření jejich subjektivního vnímání jednotlivých aspektů.

Tabulka 2 Hodnotící škála

★☆☆☆☆	Vůbec ne
★★☆☆☆	Spíše ne
★★★☆☆	Neutrálně
★★★★☆	Spíše ano
★★★★★	Rozhodně ano

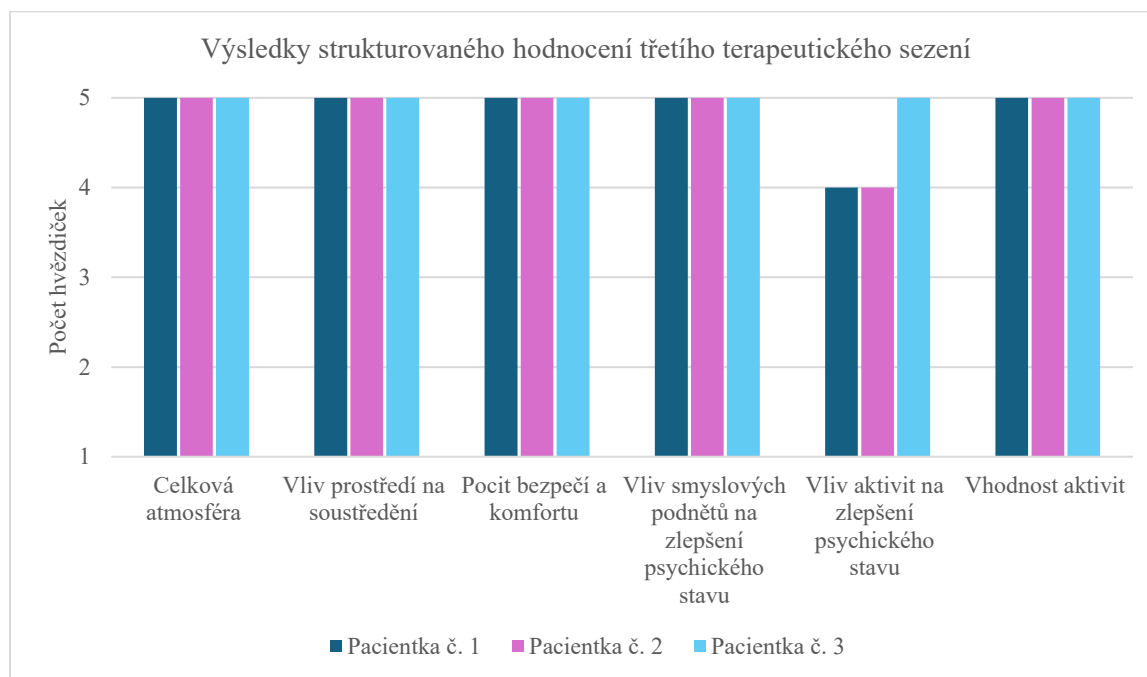
3.3.7. Výsledky krátkého strukturovaného hodnocení

Graf 9 Výsledky strukturovaného hodnocení prvního, druhého, čtvrtého a šestého terapeutického sezení



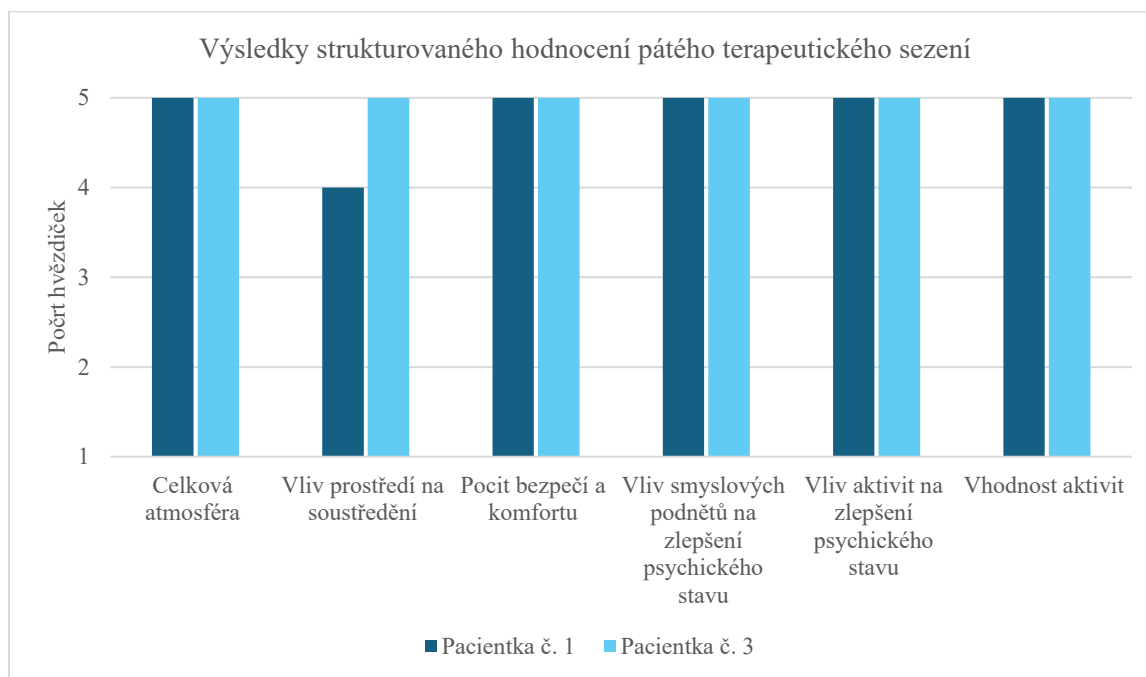
První, druhé, čtvrté a šesté terapeutické sezení ohodnotily pacientky stejně, proto je hodnocení všech čtyř sezení znázorněno na stejném grafu (viz. Graf 9). Stejná pozitivní hodnocení naznačují stabilitu a spokojenost s terapiemi v daném prostředí. Všechny tři pacientky hodnotily celkovou atmosféru prostředí jako velmi příjemnou a uklidňující, což poukazuje na to, že Snoezelen prostředí jim poskytovalo příjemné podmínky, které přispěly k pozitivnímu vlivu terapie. Vliv prostředí na soustředění pacientek byl hodnocen převážně pozitivně, ale s drobnými rozdíly mezi jednotlivými pacientkami. Pacientka č. 1 a pacientka č. 2 hodnotily soustředění v prostředí pomocí čtyř hvězdiček, což ukazuje, že prostředí bylo pro zvýšení úrovně soustředění přínosné, ale ne u všech pacientek s plnou intenzitou. Pocit bezpečí a komfortu získal u všech pacientek maximální počet hvězdiček. Vliv smyslových podnětů na duševní pohodu pacientek byl také vnímán velmi pozitivně. Všechny pacientky hodnotily tuto položku plným počtem hvězdiček. Vliv aktivit na zlepšení psychického stavu byl také hodnocen pozitivně. U pacientek tedy během každého terapeutického sezení došlo k psychickému uvolnění a zvýšení psychické pohody. Nejvíce tomu tak bylo u pacientky č. 3, která opět ohodnotila tuto položku 5 hvězdičkami. Pacientky č. 1 a č. 2 zvolily hodnocení o jednu hvězdičku nižší. Aktivity zvolené pro jednotlivá terapeutická sezení byly v souladu s potřebami jednotlivých pacientek, ale ne vždy v maximální možné míře, neboť pacientka č. 2 pokaždé ohodnotila tuto položku 4 hvězdičkami. Pacientka č. 1 a č. 3 byly vždy s výběrem aktivit pro jejich potřeby maximálně spokojené.

Graf 10 Výsledky strukturovaného hodnocení třetího terapeutického sezení



Třetí terapeutické sezení vykazovalo pozitivní změny u pacientky č. 1 a pacientky č. 2, jak lze vidět na Grafu 10. Hodnocení vlivu prostředí na soustředění se u pacientek zlepšilo o 1 hvězdičku, tedy na plný počet. Tato změna v hodnocení ukazuje, že mírné změny prostředí a uzpůsobení prostředí pro ně měly pozitivní účinek a zlepšily jejich schopnost soustředit se. Dále pacientka č. 2 zvýšila hodnocení vhodnosti aktivit na 5 hvězdiček, což naznačuje, že aktivity zvolené pro toto sezení byly pro pacientku optimální. Pacientka č. 3 opět hodnotila plným počtem hvězdiček každý aspekt terapeutického sezení. V celkovém porovnání s ostatními sezeními se toto sezení jeví jako nejúspěšnější.

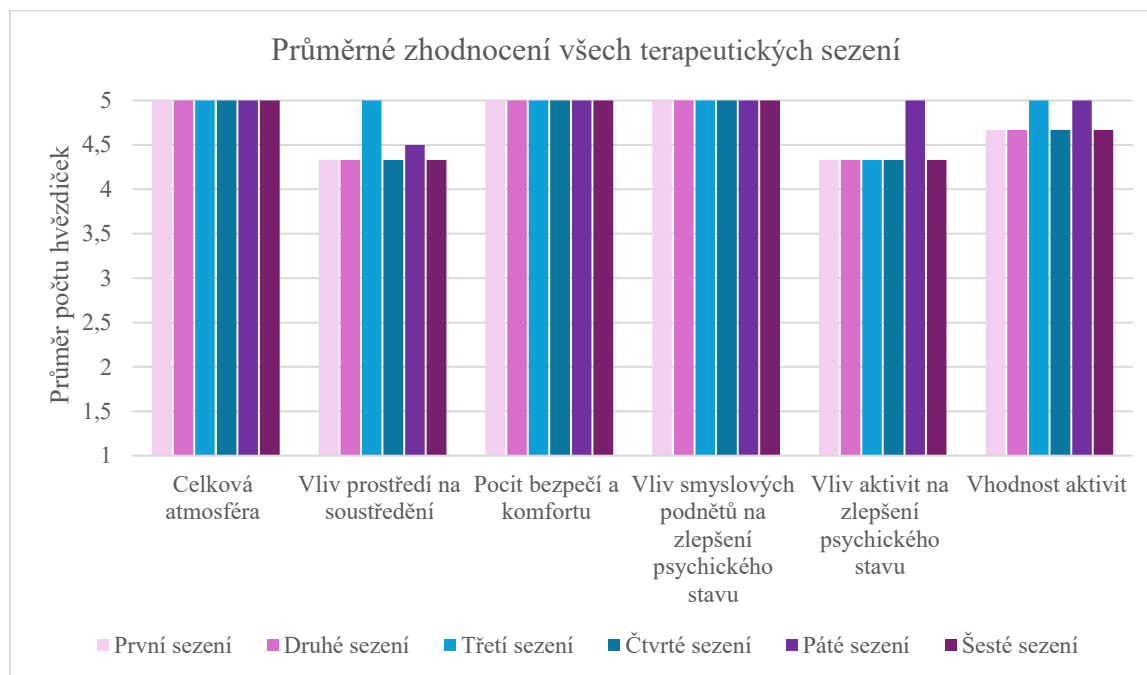
Graf 11 Výsledky strukturovaného hodnocení pátého terapeutického sezení



Pátého sezení se účastnily pouze 2 pacientky. U pacientky č. 1 došlo k pozitivní změně vlivu zvolených aktivit na zlepšení psychického stavu (viz Graf 11). Tento aspekt byl hodnocen o jednu hvězdičku lépe než ve všech předchozích sezeních. V hodnocení vlivu prostředí na soustředění opět došlo k mírnému poklesu a hodnocení se tak vrátilo ke konstantním hodnotám z předchozích sezení. Pacientka č. 3 opět hodnotila všechny aspekty s maximální spokojeností.

3.3.8. Průměrné zhodnocení všech terapeutických sezení

Graf 12 Průměrné zhodnocení všech terapeutických sezení



Na základě průměrného hodnocení jednotlivých terapeutických sezení lze říct, že celkový trend hodnocení terapeutických sezení je převážně pozitivní s drobnými variacemi v hodnocení jednotlivých aspektů (viz Graf 12). Hodnocení celkové atmosféry bylo v průběhu všech šesti sezení konstantní a dosahovalo maximální hodnoty. Vliv prostředí na soustředění vykazuje mírnou variabilitu mezi jednotlivými sezeními, přičemž průměrné hodnocení se pohybuje mezi hodnotami 4,33 a 5. Nejvyšší hodnocení bylo zaznamenáno u třetího terapeutického sezení. Pocit bezpečí a komfortu byl také hodnocen maximálně ve všech sezeních. Jedná se o pozitivní ukazatel pro průběh terapeutického procesu. Stejně tak vliv smyslových podnětů prostředí na zlepšení psychického stavu pacientek byl hodnocen maximálním počtem hvězdiček ve všech sezeních. U hodnocení aspektu vlivu aktivit na psychický stav pacientek se ale objevují mírné odchylky. U prvních čtyř terapeutických sezení bylo hodnocení stabilně na průměrné úrovni 4,33, což naznačuje, že pacientky hodnotily aktivity jako přínosné, ale nikoliv vždy zcela optimální pro jejich psychický stav. Páté sezení vykázalo zlepšení tohoto aspektu na průměrnou hodnotu 5. Tato pozitivní změna ale může souviset s nižším počtem účastnic pátého terapeutického sezení. U šestého sezení se hodnota tohoto aspektu vrátila opět na svou konstantní hodnotu. Hodnocení vhodnosti aktivit se pohybovalo mezi hodnotami 4,67 a 5. Celkově lze konstatovat, že terapeutická sezení vykazují vysokou spokojenost pacientek s jednotlivými aspekty prostředí.

4. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo navrhnout a realizovat skupinové terapie v multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie pro pacienty trpící depresí v subakutní fázi léčby v psychiatrické nemocnici. Terapie byla součástí procesu, který měl za cíl zlepšit psychický stav pacientů prostřednictvím multisenzorické stimulace. Dílčím cílem bylo zjistit, jak pobyt a terapeutické intervence v multisenzorické místnosti pacienti subjektivně prožívají a jak vnímají, že využití Snoezelenu ovlivňuje jejich symptomy onemocnění. Etické zásady byly dodrženy v souladu s pravidly práce s pacienty v psychiatrické nemocnici.

Praktická část výzkumu byla pečlivě naplánovaná s jasnou náplní jednotlivých terapeutických sezení. Návrh terapeutických jednotek v prostředí Snoezelen byl zvolen s cílem maximálně podpořit pacientky v jejich emocionálním, psychickém a fyzickém zlepšení prostřednictvím multisenzorických podnětů a terapeutických aktivit. Přípravná fáze, úvodní seznámení se s programem, hlavní terapeutická část a závěrečná reflexe poskytly dobře strukturovanou organizaci jednotlivých terapeutických sezení. Tato struktura jednotlivých terapeutických jednotek se potvrdila jako účinná a vhodná pro pacientky. Podstatným aspektem bylo, že terapeutické jednotky kombinovaly různé aktivity, včetně fyzických, kreativních a relaxačních technik, jak doporučuje i Gejdoš a Savková (2017) a Dogfei et al. (2021). Tento přístup měl reflektovat individuální rozdíly mezi pacientkami a umožňovat jim se zapojit do aktivit, které jim byly příjemné. Časový harmonogram, přizpůsobený chodu nemocnice, byl realistický a umožnil pravidelné setkávání. Toto nastavení bylo dostatečné pro sledování krátkodobých efektů terapie, avšak pro hlubší pochopení dlouhodobého vlivu by bylo vhodné realizovat terapii po delší dobu ve více než šesti sezeních, což bohužel v této studii nebylo možné, kvůli brzkému propuštění patientek.

Celkový závěr z analýzy všech šesti terapeutických sezení pomocí kvantitativního nástroje PANAS ukazuje, že terapie přinesla dlouhodobé zlepšení pro všechny pacientky, přičemž se u některých projevilo rychleji než u jiných. U všech patientek je ale patrný trend zlepšení, během kterého se PA v průběhu jednotlivých sezení postupně zvyšovaly, zatímco NA klesaly. Pokroky však nebyly u všech patientek stejné, což je přirozené vzhledem k individuálním potřebám a reakcím na terapii. Největší pokrok byl zaznamenán u pacientky č. 3, která vykazala stabilní zlepšení ve všech sezeních. Pro pacientku č. 2 byly terapie také velmi účinné, čemuž nasvědčoval neustálý růst PA. Objevily se ale i problémy s vysokým skóre NA. Patientka č. 1 reagovala na terapii mírněji, s menšími změnami v PA, ale stále vykazovala pokles NA, což svědčí o pozitivním efektu terapie, i když v menší míře než

u ostatních. Důležitým faktorem, který mohl mít vliv na výsledky, je subakutní fáze onemocnění, ve které se pacientky aktuálně nacházely. Celkově lze však konstatovat, že jednotlivé terapeutické intervence byly efektivní a vedly k postupnému zlepšení emocionální pohody patientek. Tato zjištění jsou v souladu s výzkumy, jako jsou studie Kima et al. (2021) a Canbeyliho (2022), které prokázaly, že senzorická stimulace může modulovat náladu, pocity a emoce.

Závěr z hodnocení depresivních symptomů pomocí Beckova depresivního inventáře naznačuje, že terapeutické intervence v prostředí Snoezelen vedly ke zlepšení depresivních příznaků u všech patientek. I přesto, že všechny pacientky stále spadají do kategorie střední deprese, výsledky ukazují pozitivní trend, který je důsledkem terapeutických sezení v kombinaci s dalšími intervencemi probíhajícími v psychiatrické nemocnici. Konkrétní výsledky ukazují pozitivní změny v několika oblastech. Pacientky začaly projevovat větší zájem o lidi kolem sebe. Snížila se míra smutku a pocitu životního neúspěchu, celkově se zvýšila spokojenost a ustoupily myšlenky na sebevraždu. Zároveň se snížila podrážděnost a zlepšila se schopnost rozhodování. Pozitivní změny nastaly i v oblasti pracovního výkonu a kvality spánku. Výsledky Beckova depresivního inventáře jsou v souladu s dřívější studií Moghadasifara et al. (2019), ve které byly také prokázány pozitivní účinky senzorické stimulace na depresivní symptomy. Efekt multisenzorického prostředí na snížení agresivního či sebepoškozujícího chování, zmírnění stresu a zvýšení zájmu o okolí dokládá také Dziewiątkowska-Kozłowska (2021).

Semistrukturované rozhovory na konci každého terapeutického sezení také potvrzují efektivitu této terapeutické metody. Výsledky ukazují přítomnost pozitivních terapeutických účinků, které souvisejí především s relaxací a uvolněním, a to jak na psychické, tak i na fyzické úrovni. Pacientky se shodly na tom, že Snoezelen prostředí podporuje relaxaci, přičemž každá z nich hodnotila jiný prvek místnosti jako zvlášť příjemný. Tyto individuální preference ukazují na rozmanitost potřeb patientek, což je důležitý faktor při plánování terapeutických aktivit, které by měly zahrnovat holistický přístup ergoterapeuta (Queiros et al. 2021; Petersen et al., 2019; Rocamora-Montenegro et al., 2021). Zároveň to poukazuje na důležitost vytvoření příjemné a podporující atmosféry, která zajišťuje pocit bezpečí. Prostor Snoezelen se ukázal jako klíčový faktor, který zvyšuje účinnost terapie a potvrzuje tak i tvrzení Browna et al. (2010). Pacientky vyjádřily, že by změna prostředí pravděpodobně snížila účinnost terapie, což potvrzuje důležitost správně navrženého terapeutického prostoru. Význam prostředí byl potvrzen i komentářem jedné pacientky, která zdůraznila roli terapeuta a vhodné vedení sezení

jako nezbytný faktor pro dosažení pozitivního terapeutického zážitku. To naznačuje, že prostředí a terapeut jsou dva klíčové aspekty, které společně ovlivňují úspěch celkového procesu terapie. Tato zjištění jsou v souladu se studií Browna et al. (2010). V rámci sezení měly pacientky možnost vyzkoušet různé terapeutické aktivity, které zahrnovaly jak relaxační techniky a kreativní techniky, tak fyzické cvičení. Reakce jednotlivých patientek na jednotlivé aktivity byly různé, což naznačuje, důležitost zahrnutí různých typů aktivit, které mohou pokrýt širší spektrum potřeb patientek. Dziewiątkowska-Kozłowska (2021) také uvádí, že aktivity v prostředí Snoezelen by měly být různorodé, podporovat rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, posilovat motivaci a stimulovat kreativitu. Patientky dále vyjádřily, že průběh jednotlivých terapeutických jednotek vyhovuje jejich potřebám a přináší příjemný zážitek. Avšak co se týče dlouhodobých změn, pacientky nepozorovaly výrazné trvalé efekty. Terapeutická sezení v Snoezelen místnosti by se tedy nejlépe měla kombinovat i s jinými terapeutickými metodami (např. psychoedukační, kognitivní a cvičební intervence, které může vést také ergoterapeut). Nicméně se pacientky shodly na tom, že terapeutická sezení naplnila jejich očekávání a že by terapie v Snoezelen prostředí doporučily i dalším pacientům.

Výsledky strukturovaného hodnocení prostředí a terapeutických aktivit ve Snoezelen místnosti ukazují na vysokou spokojenost patientek se všemi aspekty terapie. Atmosféra místnosti byla hodnocena jako příjemná a uklidňující, což přispělo k pocitu bezpečí a komfortu. Smyslové podněty, jako světla, zvuky a vůně, vnímaly pacientky pozitivně. Tato zjištění jsou v souladu s poznatky ze studie Dogfei et al. (2021). Prostředí multisenzorické místnosti dále také podporovalo soustředění, přičemž některé pacientky vykázaly menší rozdíly v intenzitě tohoto efektu. I přesto, že celková spokojenost patientek s výběrem aktivit zůstala vysoká, některé aktivity měly prostor pro zlepšení v rámci jejich přizpůsobení se specifickým potřebám. To může být výzvou pro terapeuty, kteří by se měli více zaměřit na detailní analýzu individuálních reakcí patientek na konkrétní aktivity a podněty. Celkově lze ale říct, že terapeutická sezení byla ve své většině úspěšná, přičemž některé variace v hodnocení naznačují prostor pro jemné vylepšení přístupu k prostředí a aktivitám.

Silné stránky studie spočívají v jejím zaměření na inovativní terapeutickou metodu v rámci ergoterapie v psychiatrické péči a využití validovaných nástrojů pro měření změn psychického stavu. Využití kombinace více metod hodnocení umožnilo komplexní posouzení účinnosti terapie. Zatímco PANAS dotazník poskytl rychlý přehled o emočním stavu patientek, Beckův depresivní inventář poskytl hlubší vhled do změn v symptomatologii deprese. Semistrukturované rozhovory pak umožnily získat kvalitativní data, která poskytla cenné

informace o subjektivním pohledu pacientek, což je důležité pro pochopení účinnosti multisenzorické terapie na individuální úrovni.

Studie má však i své slabé stránky, mezi které patří především omezený vzorek pacientek, jenž zahrnoval pouze tři účastnice. Tento malý vzorek snižuje schopnost zobecnit výsledky na širší populaci pacientů trpící depresí a dá se tak považovat pouze za pilotní studii, která předchází většímu výzkumu a umožňuje odstranit případné chyby a nedostatky. Dále je třeba vzít v úvahu, že výsledky byly získány z terapie zaměřené na dospělé ženy, což může ovlivnit přenositelnost těchto důkazů na jiné věkové skupiny nebo pohlaví. Pro validitu výsledků by bylo třeba provést výzkum s větším a různorodějším vzorkem a také zvážit počet terapeutických sezení vzhledem k dlouhodobějšímu efektu terapií na kvalitu života pacientů. Další slabinou je absence kontrolní skupiny, což znamená, že není možné s jistotou tvrdit, že pozorované zlepšení symptomů deprese bylo výhradně důsledkem Snoezelen terapie, nebo zda se na něm podílely i jiné faktory. Pacientky, které se šesti sezení účastnily, totiž absolvovaly během hospitalizace v zařízení i jiné terapie, které se mohly pozitivně podílet na změně jejich stavu.

Z praktického hlediska výsledky této studie naznačují, že Snoezelen terapie může být užitečným nástrojem v léčbě deprese v subakutní fázi. Vzhledem k prokázanému pozitivnímu vlivu na zlepšení nálady pacientek v této menší studii je možné tuto terapii doporučit jako doplňkový terapeutický přístup pro ergoterapeuty pracující v psychiatrických nemocnicích. Zároveň je nutno zdůraznit, že multisenzorická stimulace by měla být prováděna odborníky, kteří mají zkušenost s prací s pacienty trpícími duševními poruchami. Nedostatečná znalost technik a možností využití Snoezelen terapie by mohla mít negativní dopad na účinnost terapie. Tato studie zdůrazňuje důležitost přizpůsobení terapeutických přístupů individuálním potřebám pacientů, zajištění vhodného prostředí a udržování flexibility v přístupu k terapii.

Další výzkum by se mohl zaměřit na rozšíření výzkumného vzorku a zahrnutí kontrolní skupiny (bez terapie v prostředí Snoezelen, pouze s běžnými terapiemi v zařízení), což by umožnilo přesnější porovnání účinnosti této metody s jinými přístupy. Dále by se mohl potencionální výzkum zaměřit na několik aspektů, které by mohly poskytnout hlubší vhled do efektivity Snoezelen terapie a její aplikace u pacientů s depresí. Jedním z klíčových směrů by mělo být prozkoumání dlouhodobých účinků této terapie. Výsledky této studie ukázaly, že terapeutické intervence vedly ke zlepšení psychického stavu pacientek během samotného procesu, nicméně dlouhodobé efekty se ukázaly jako omezené. Bylo by tedy vhodné zjistit, zda by pravidelná a dlouhodobější aplikace Snoezelen terapie měla stabilní efekt na psychický stav

pacientů. Mohlo by být zajímavé porovnat různé frekvence sezení (např. týdenní versus měsíční), aby se určil ideální časový rámec pro dosažení trvalejšího účinku. V rámci dalšího výzkumu by také bylo vhodné prozkoumat různé terapeutické intervence, které by mohly být aplikovány v rámci Snoezelen místnosti. Zatímco v této studii byly zahrnuty pouze kreativní techniky, relaxace a fyzické aktivity, lze předpokládat, že specifické terapeutické postupy, jako například muzikoterapie, by mohly mít rovněž významný terapeutický účinek. Takový výzkum by mohl zjistit, které konkrétní techniky mají největší efekt na pacienty s depresí a jaké techniky mohou být použity k dosažení optimálních výsledků. Dále by bylo užitečné zkoumat individuální preference pacientů týkající se různých forem senzorické stimulace, což by mohlo vést k personalizovanému přístupu v terapii, jak navrhuje také Pertersen et al. (2019) ve své přehledové studii o ergoterapeutických intervencích v oblasti duševního zdraví.

Celkově lze konstatovat, že výsledky této studie jsou v souladu s dostupnými vědeckými poznatky o účinnosti multisenzorické stimulace v psychiatrii a potvrzují její potenciál v ergoterapii jako podpůrné terapeutické metody v léčbě depresivních pacientů. Přestože má výzkum své limity, poskytuje cenné informace pro další vývoj ergoterapie v psychiatrické praxi a otevírá prostor pro další výzkum v oblasti multisenzorické stimulace a její aplikace na pacienty trpící depresí a jinými psychickými poruchami.

5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na využití multisenzorické místnosti Snoezelen v rámci ergoterapie v prostředí psychiatrické nemocnice u pacientů potýkajících se s depresí hospitalizovaných na subakutním oddělení psychiatrické nemocnice.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo navrhnout a realizovat skupinové terapie v prostředí multisenzorické místnosti v rámci ergoterapie pro pacienty trpící depresí v subakutní fázi léčby v psychiatrické nemocnici. Dílčím cílem bylo zjistit, jak pobyt a terapeutické intervence v multisenzorické místnosti pacienti subjektivně prožívají a jak vnímají, že využití Snoezelenu ovlivňuje jejich symptomy onemocnění. Cíle práce byly naplněny, neboť bylo navrženo a realizováno šest terapeutických jednotek, během nichž bylo možné sledovat změny v psychickém stavu patientek pomocí validovaných nástrojů. Výsledky výzkumu naznačují, že terapeutické intervence v Snoezelen prostředí měly pozitivní vliv na emoční pohodu patientek a přispěly k zmírnění některých depresivních symptomů. Analýza dat získaných prostřednictvím PANAS dotazníku a Beckova depresivního inventáře ukázala postupné zlepšování psychického stavu patientek. Semistrukturované rozhovory poskytly hlubší pohled na subjektivní vnímání terapie patientkami. Patientky celkově hodnotily terapii jako velmi přínosné.

Hlavním přínosem této bakalářské práce je podpora využívání multisenzorické stimulace v psychiatrické péči v rámci ergoterapie, konkrétně tedy při léčbě deprese. Výsledky totiž potvrzují, že vhodně navržené terapeutické prostředí hraje klíčovou roli v procesu zotavení. Výsledky této práce dále potvrzují význam multisenzorické terapie jako inovativního nástroje při léčbě depresivních pacientů. Doporučuje se její začlenění do komplexní terapeutické péče v psychiatrických nemocnicích, přičemž je třeba dbát na správné vedení a individuální přístup.

Navzdory pozitivním výsledkům má studie i své limity. Hlavním omezením studie je malý vzorek patientek a absence kontrolní skupiny neumožňující zobecnění výsledků na širší populaci. Dále nebylo možné zhodnotit dlouhodobý efekt terapie, což otevírá prostor pro další výzkum v této oblasti.

Celkově lze konstatovat, že práce splnila stanovené cíle a přinesla cenné poznatky o potenciálu Snoezelen terapie v léčbě depresivních pacientů. I přes metodologická omezení přispívá k lepšímu porozumění vlivu multisenzorického prostředí na psychický stav pacientů a zdůrazňuje jeho význam v rámci komplexní terapeutické péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERS, Martin a ČERVENÝ, Rudolf. *Deprese: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2023. ISBN 978-80-88280-43-9.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Overview of Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 14. března 2017 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/KJrDq>

BAILLON, Sarah et al. Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment* [online]. 2018, **8**(6), 444-450 [cit. 2024-12-30]. ISSN 1472-1481. Dostupné z: doi:10.1192/apt.8.6.444

BIPIN, Mathew. The Role of Occupational Therapy in Mental Health Treatment. In: Homewood Health Centre [online]. 03. 01. 2025 [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: <https://1url.cz/4JrDB>

BROWN, Catana et al. *Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation*. United States: F.A. Davis Company, 2010. ISBN: 9780803659292

CAKMAK, Selcen. The Role of Physical Activity and Exercise in the Prevention and Treatment of Depression. *International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering* [online]. 2024, **10**(4), 1678-1688. [cit. 2025-01-15]. ISSN 2149-9144. Dostupné z: <https://1url.cz/5JrDG>

CANBEYLI, Resit. Sensory stimulation via the visual, auditory, olfactory and gustatory systems can modulate mood and depression. *The European journal of neuroscience* [online]. 2022, **55**(1), 244–263 [cit. 2024-01-07]. ISSN 0953816X Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ejn.15507>

CIBULKOVÁ, Jana. *Efekt Snoezelenu v terapii dospělých pacientů v akutní psychiatrické péči* [online]. Brno, 2017 [cit. 2024-01-06]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Lucie Procházková, Ph.D. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/cqu51/>

CLELAND, C. C. a CLARK, C. M. Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency* [tištěný časopis]. 1966, **71**(2), 213–225.

CROUCH, Rosemary B. a ALERS, Vivyan M. Occupational therapy in psychiatry and mental health. Fifth edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 2014. ISBN 9781118624227.

DOBREK, Lukasz a GLOWACKA, Krystyna. Depression and Its Phytopharmacotherapy – A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences* [online]. 2023, **24**(5), 4772 [cit. 2025-04-27]. ISSN 1422-0067. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijms24054772>

DONGFEI, Ma et al. Sensory-based approaches in psychiatric care: A systematic mixed-methods review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2021, **77**(10), 3953-4289.[cit. 2025-01-12]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jan.14884>

DORAZILOVÁ, Aneta. *Možnosti využití skupinové arteterapie v rámci léčby pacientů hospitalizovaných v PL Brno* [online]. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. 2012 [cit. 2024-11-16]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/opxy/>.

DZIEWIATKOWSKA-KOZLOWSKA, Kinga. The use of Snoezelen in prevention and therapy of mental and behavioural disorders. *Current Problems of Psychiatry* [online]. 2021, **1**, 298-309. [cit. 2025-01-01]. ISSN 1897-6557. Dostupné z: [10.34767/PP.2021.01.16](https://doi.org/10.34767/PP.2021.01.16)

FALTYSOVÁ, Erika. Vnímání a radost, aneb, SNOEZELEN-MSE. In: Šance dětem [online]. 12. 01. 2021 [cit. 2025-01-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/bJrDx>

FILATOVA, Renáta. SNOEZELEN – MSE. In: ISNA – MSE: člen International Snoezelen Association Multisensory Environment. [online]. 2017 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://isna-mse.cz/index.php/snoezelen-mse/>

FILATOVA, Renáta Snoezelen – MSE. 1. vydání. Frýdek – Místek: Kleinwächter, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1

FOWLER, Susan. *Multisensory Rooms and Environments: Controlled Sensory Experiences for People with Profound and Multiple Disabilities*. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN: 9781846428098.

GARCIA-GESTAL, Uxía et at. Occupational Therapy in Psychiatric Short-Term Hospitalization Units: Scoping Review. *Community Mental Health Journal* [online]. 2024, **60**(7), 1283-1307 [cit. 2025-03-30]. ISSN 0010-3853. Dostupné z: <https://1url.cz/VJrDI>

GEJDOŠ, Miroslav a SAVKOVÁ, Irena. Koncept Snoezelen – MSE. *Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne* [online]. 2017, **44**(5), 87-105.[cit. 2024-12-30]. ISSN 2450-3878. Dostupné z: <https://pracenaukowe.wwszip.pl/prace/prace-naukowe-44.pdf#page=89>

GIBSON, Robert W. et al. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2011, **65**(3), 247–256 [cit. 2025-04-25]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://1url.cz/YJrDm>

GOVORIL, Valbona et al. The use of Beck Depression Inventory for assessment of depressive symptoms in epilepsy: a single-center experience in Kosovo. *Italian Journal of Medicine* [online]. 2024, **18**(1703), 1-5. [cit. 2024-12-30]. ISSN 1877-9344. Dostupné z: <https://1url.cz/aJrDF>

HOGG, James et al. The use of 'Snoezelen' as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: a review of the research. *Research in developmental disabilities* [online]. 2001, **22**(5), 353–372 [cit. 2024-05-30]. ISSN 0891-4222. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(01\)00077-4](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(01)00077-4)

HRČOVÁ, Jana. Využití Snoezelenu v oblasti psychiatrie. In: *3lobit* [online]. 13. 8. 2016 [cit. 2024-05-31]. Dostupné z: <https://shorturl.at/K5KrZ>

CHRISTIE, Lynn et al. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2021, **282**, 962–973 [cit. 2025-04-25]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.097>

JANKŮ, Kateřina. SNOEZELEN Multismyslové prostředí. Support of the Snoezelen concept and its integration into university education. Opava: Slezská Univerzita [online]. 2022, 1-4 [cit. 2024-05-31]. Dostupné z: <https://1url.cz/BJrDR>

JANKŮ, Kateřina et al. *Implementation of Snoezelen – MSE in the Czech republic, Poland and Catalonia*. Opava: Silesian University in Opava, 2023. ISBN: 978-80-7510-559-2

JELÍNKOVÁ, Jana KRIVOŠÍKOVÁ, Mária ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KADRNOŽKOVÁ, Monika. *Metoda snoezelen jako možnost intervence u dětí s poruchou autistického spektra v mateřské škole*. Rožmberk: VERBUM – vydavatelství Katolickéj

univerzity v Ružomberku, 2023[online]. ISBN 978-80-561-1060-7. Dostupné z:
<https://1url.cz/c1637>

KAPLAN, Howard et al. Snoezelen multi-sensory environments: task engagement and generalization. *Research in developmental disabilities* [online]. 2006, **27**(4), 443-55 [cit. 2024-05-30]. ISSN 089-4222. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ridd.2005.05.007

KIM, Jong-Hoon et al. Effects of Snoezelen Therapy on Stress, Anxiety, Depression, and Quality of Life of College Students with Game Addiction. *The Journal of Korean Physical Therapy* [online]. 2021, **33**(3), 123-130 [cit. 2024-05-30]. eISSN 2287156X. Dostupné z: <https://doi.org/10.18857/jkpt.2021.33.3.123>

KŘÍŽOVÁ, Beatrix. Ergoterapie a terapeutická zahrada FN Brno. In: Fakultní nemocnice Brno [online]. 10. 05. 2017 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/Ir4W2>

KUBÁTOVÁ, Dagmar a KUBÁT, Pavel. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2010, **11**(3), 107–110 [cit. 2025-04-28]. ISSN 1213-0509. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/05.pdf>

KUČEROVÁ, Helena. *Bolest v psychiatrii*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-399-9.

LO BUONO, Viviana et al. Multisensory stimulation and rehabilitation for disability improvment: Lessons from a case report. *Medicine*[online]. 2022, **101**(46), 1-3 [cit. 2024-05-30]. ISSN 1536-5964. Dostupné z: doi:10.1097/MD.00000000000031404

MALLA, Ashok et al. Global aspects of psychosocial rehabilitation. *World Social Psychiatry*. [online]. 2023, **5**(1), 47-50, [cit. 2025-04-25]. ISSN 1723-8617. Dostupné z: <https://1url.cz/cJrDa>

MARICLE, Amy. *Medituj kreslením: vědomé kreslení, méně stresu*. Brno: Zoner Press, 2023. ISBN 978-80-7413-560-6.

MEGA, Dagmar. Efektivní smyslová stimulace – praktické rady při provázení klienta v multisenzorickém prostředí. In: 3lobit [online]. 21. 01. 2021 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/ZJrDV>

MOGHADDASIFAR, Iman et al. Investigating the effect of multisensory stimulation on depression and anxiety of the elderly nursing home residents: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care* [online]. 2019, **55**(1), 42-47 [cit. 2024-01-12]. ISSN 00315990. Dostupné z: <https://1url.cz/bufzk>

- MYSLIVCOVÁ, Květa. Rehabilitační aktivity. In: Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice [online]. 12. 06. 2018 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/dJrD7>
- NOVOPSYCH. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). In: NovoPsych [online]. 27. 07. 2022 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/cJrDk>
- PAGLIANO, Paul. *Multisensory Environments*. United Kingdom: Taylor & Francis, 2017. ISBN 9781317854715
- PÁV, Marek et al. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních*. Bohnice: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN: 978-80-906574-1-0
- PETERSEN, Kirsten Schultz et al. Occupational therapy interventions in mental health: a scoping review of recent evidence. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. [online]. 2019, **26**(9), 1-21 [cit. 2024-05-30]. ISSN 1759779X. Dostupné z: doi:10.12968/ijtr.20160070
- PONECHALOVÁ, Daniela. Co je to Snoezelen – Teoretický úvod. In: 3lobit [online]. 12. 8. 2016 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>
- PRAŠKO, Ján et al. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vydání třetí. Rádci pro zdraví. Praha: Nakladatelství Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4.
- PROCHÁZKA, Marek et al. Centrum komplexní rehabilitace. Metodika. Horní Beřkovice: Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice, 2020
- QUEIROZ, Adriana et al. Leisure in mental health occupational therapy interventions: a qualitative investigation. *Research Society and Development*. [online]. 2021, **10**(11), e200101119439 [cit. 2025-04-25]. ISSN 2525-3409. Dostupné z: <https://1url.cz/tJrDs>
- RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.
- REMES, Olivia et al. Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, [online]. 2021, **11**(12), 1633 [cit. 2025-04-25]. ISSN 2076-3425. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/12/1633>
- ROBINSON, Anne Mazur and AVALONE, Joan. Occupational Therapy in Acute Inpatient Psychiatry: An Activities Health Approach. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1990, **44**(9), 809-814.[cit. 2024-12-30]. ISSN 1943-7676. Dostupné z: <https://1url.cz/sJrhL>

ROCAMORA-MONTENEGRO, María et al. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ open* [online]. 2021, **11**(10), 1-11 [cit. 2024-05-30]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047467>

ROTHSCHILD, Babette. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma Treatment*. New York: W.W. Norton and Company, 2000. ISBN 9780393703276

SARSACK, Hassan Izzeddin. Applied occupational therapy for major depressive disorder: clinical case report. *MOJ Clinical Medical Case Reports* [online]. 2020, **10**(2), 31-34 [cit. 2025-04-27]. ISSN 2576-8258. Dostupné z: <https://doi.org/10.15406/mojcr.2020.10.00337>

SCHOFIELD, Pat a DAVIS, Bryn (2000). Sensory stimulation (snoezelen) versus relaxation: a potential strategy for the management of chronic pain. *Disability and rehabilitation* [online]. 2000, **22**(15), 675–682 [cit. 2024-05-30]. ISSN 1464-5165. Dostupné z: <https://1url.cz/hJrht>

SINGH, Balwinder et al. Treatment-resistant depression patients with baseline suicidal required more treatments to achieve therapeutic response with ketamine/esketamine. *Journal of Affective Disorders*. [online]. 2024, **351**, 534-540 [cit. 2024-05-30]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: [doi:10.1016/j.jad.2024.01.262](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.262)

SINGH, Nirbhay Nand et al. Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in developmental disabilities* [online]. 2004 **25**(3), 285–293 [cit. 2024-05-30]. ISSN 0891-4222. Dostupné z: <https://1url.cz/zJrhM>

SINGH, Puneetpal. *Depression: A Silent Culprit in Health and Disease*. Sharjah, U.A.E: Bentham Science Publishers, 2015 [online]. ISBN 9781681081458. Dostupné z: <https://1url.cz/6JrDT>

SLEVIN, Eamonn a McCLELLAND, Ann. Multisensory environments: are they therapeutic? A single-subject evaluation of the clinical effectiveness of a multisensory environment. *Journal of clinical nursing* [online]. 1999, **8**(1), 48–56 [cit. 2024-05-30]. eISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00211.x>

TOMAN, Jakub. *Emergentní jev zóny a jeho vztah k emocím: Experimentální postup pro počítačové zpracování záznamu pohybu* [online]. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. 2018 [cit. 2024-11-05]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ycox9/>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. MKN-10: F32 Depresivní fáze. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2025 [cit. 2025-04-25]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F32>

van WEERT, Julia C M et al. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International journal of nursing studies* [online]. 2004, **41**(4), 397–409 [cit. 2024-01-06]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011>

VITELLI, Romeo. *Depression: Your Questions Answered*. Santa Barbara, California: Greenwood, 2019 [online]. ISBN 9798216073239. Dostupné z: <https://1url.cz/JJrDj>

WATSON, David et al. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 1988, **54**(6), 1063-1070 [cit. 2024-11-20]. ISSN 0022-3514 Dostupné z: <https://1url.cz/fJrDd>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. In: World Health Organization [online]. 31. 03. 2023 [cit. 2024-12-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depressive disorder (depression). In: *World Health organization* [online]. 2023 [cit. 2024-05-30]. Dostupné z: <https://1url.cz/oJrhz>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. In: World Health Organization [online] 1996. [cit. 2025-02-01]. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/60630>

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK

Tabulka 1 Rozdělení pocitů a emocí na PA a NA	34
Tabulka 2 Hodnotící škála.....	57
Graf 1 Výsledky PANAS skóre prvního sezení	50
Graf 2 Výsledky PANAS skóre druhého sezení.....	51
Graf 3 Výsledky PANAS skóre třetího sezení	52
Graf 4 Výsledky PANAS skóre čtvrtého sezení.....	52
Graf 5 Výsledky PANAS skóre pátého sezení	53
Graf 6 Výsledky PANAS skóre šestého sezení	54
Graf 7 Výsledky skóre BDI při prvním a posledním setkání	54
Graf 8 Podrobnější analýza výsledků BDI.....	56
Graf 9 Výsledky strukturovaného hodnocení prvního, druhého, čtvrtého a šestého terapeutického sezení	58
Graf 10 Výsledky strukturovaného hodnocení třetího terapeutického sezení.....	59
Graf 11 Výsledky strukturovaného hodnocení pátého terapeutického sezení.....	60
Graf 12 Průměrné zhodnocení všech terapeutických sezení	61
Obrázek 1 Smlouva o zabezpečení odborné praxe.....	102
Obrázek 2 Smlouva o zabezpečení odborné praxe.....	103
Obrázek 3 Smlouva o zabezpečení odborné praxe.....	104
Obrázek 4 Snoezelen místnost	105
Obrázek 5 Snoezelen místnost	105
Obrázek 6 Autoportrét pacientky č.1.....	106
Obrázek 7 Autoportrét pacientky č. 2.....	107
Obrázek 8 Autoportrét pacientky č. 3.....	108
Obrázek 9 Lapač snů pacientky č. 1.....	109
Obrázek 10 Lapač snů pacientky č. 2.....	110
Obrázek 11 Lapač snů pacientky č. 3	111
Obrázek 12 Vzor dechu pacientky č. 1.....	112
Obrázek 13 Vzor dechu pacientky č. 2.....	113
Obrázek 14 Vzor dechu pacientky č. 3.....	114
Obrázek 15 Zvířata z plastelíny	115

SEZNAM PŘÍLOH

Kazuistika č. 1	77
Kazuistika č. 2	84
Kazuistika č. 3	91
Positive and negative affect schedule (PANAS)	98
Návrhy připravených terapeutických jednotek	99
Informovaný souhlas pacienta.....	101
Smlouva o zabezpečení odborné praxe	102
Snoezelen místnost v PN Horní Beřkovice	105
Autoportréty pacientek.....	106
Lapače snů.....	109
Pomalé kreslení – vzor dechu.....	112
Modelování zvířat	115

PŘÍLOHY

Kazuistiky

V rámci kazuistik jsem se zaměřila na individuální příběh každé pacientky, přičemž jsem sledovala jejich počáteční stav a reakce na jednotlivé terapeutické aktivity. Každá kazuistika obsahuje základní anamnestické údaje včetně diagnózy a popisu dětství, informace o předchozích hospitalizacích, hodnocení kognitivních a psychosociálních funkcí a úroveň soběstačnosti v oblasti personálních a instrumentálních všedních denních činností. Dále jsou součástí kazuistik cíle a plány pacientek do budoucna, jejich silné a slabé stránky a stanovené cíle ergoterapie za využití Snoezelenu.

Kazuistika č. 1

Pohlaví a rok narození: žena, 1976

Dg.: F323 – těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Ostatní dg.:

Z630 – J. problémy spojené s primární podpůrnou skupinou, vč. rodinných okolností – Problémy ve vztahu k manželovi(-ce) nebo partnerovi(-ce)

Z032 – Lékařské pozorování a hodnocení pro podezření na nem. a patol. stavy, které byly vyloučeny – pozorování pro podezření na poruchu duševní a poruchu chování

Pacientka hospitalizovaná se souhlasem, hospitalizace dobrovolná.

Anamnéza

NO: deprese, úzkost, ztráta zájmu, poruchy spánku, pocity beznaděje či viny, myšlenky na sebevraždu, paranoidnější vůči rodině

Status praesens: v tenzi, úzkostná, vystrašená

RA: otec v 60 letech dokonaná sebevražda střelnou zbraní, matka zdravá, dvě sestry zdravé, syn (28 let) a dcera (14 let) oba zdraví

OA: s ničím se neléčí, úrazy, operace, hospitalizace neguje, nikdy vážněji nestonala

SA: bydlí s manželem a dcerou v bytě

Bytová situace: panelák, byt 3+1, 1. patro, přibližně 15 schodů, jezdí výtahem, toaleta a koupelna oddělena, v koupelně vana, bez protiskluzných podložek

ŠA: SOU kadeřnice

PA: DPN z psychiatrické indikace, dříve pracovala v restauraci

FA: Olanzapin 5mg 0-0-1, mirtazapin 30 mg 0-0-1, nově escitalopram 10 mg 1-0-0

Alergie: neguje

GA: 2 porody, gynekologické obtíže neguje, na kontroly dochází

Abúzus: nikotin – krabička cigaret denně i více, alkohol sporadicky při společenských událostech

Dětství: na dětství má dobré vzpomínky, ráda na ně myslí, dětství trávila s prarodiči

Předchozí hospitalizace: dříve také v PNHoB, sebevražedný pokus (léky + alkohol), docházela do denního stacionáře

Denní režim dle rozvrhu nemocnice pro oddělení 2 A:

6.45	Budíček, Otevření oddělení
7.00	Ranní sčítání
7.05	Rozcvička
7.30 – 8.00	Snídaně
8.00 – 8.15	Podání léků
8.30 – 9.00	Komunita (Po, St, Pá)
9.15 – 11.00	<i>Individuální dopolední program</i>
11.30 – 12.00	Oběd
12.00 – 12.15	Podání léků
12.30 – 13.00	Polední klid
12.45 – 14.30	<i>Individuální odpolední program</i>

14.30 – 16.00	Svačina a káva
16.00 – 17.00	<i>Individuální podvečerní program</i>
17.30 – 18.00	Večeře
18.00 – 18.30	Úklid oddělení
19.00 – 19.10	Večerní sčítání
19.30	Podání léků, Uzavření oddělení

Pacientka si během dne udělá několikrát čas na cigaretu a kávu, pravidelně ji chodí navštěvovat dcera, během dne se účastní většiny aktivit, chodí spát kolem 9. večerní hodiny, spánek je ale poruchový. Bojí se vrátit zpět do běžného života, nastavený denní režim jí vyhovuje.

Zájmy: pečení, výlety (na kopce), procházky, četba – Patrik Hartl, koukání na TV, poslech hudby

Řidičský průkaz: sk. B, nejezdí

Ergoterapeutické vyšetření

Hodnocení postavy a držení těla: mírná podváha, shrbená záda, uzavřené držení těla, sklopená hlava

Mobilita a lokomoce

Bez problémů, pacientka docházela na terapie sama bez doprovodu, lehká hypomotorika

Vyšetření HKK

Dominance: PHK

Vzhled: bpn

Postavení a držení HKK: bpn

Orientační vyšetření rozsahů pohybů na HKK: bez omezení ve všech kloubech, pacientka zvládne předpažit, upažit, vzpažit, palmární a dorzální flexi, radiální a ulnární dukci, extenzi a flexi prstů, opozici palce

Kognitivní funkce

Pozornost: pacientka se bez problémů zvládla soustředit během konverzace, neodbíhala od témat, při hodnocení byla schopna udržet pozornost a adekvátně reagovat na zadané aktivity, schopnost koncentrace se jeví jako zachovaná

Paměť: pacientka vykazuje mírnější obtíže v této oblasti, zejména při vybavování nedávných informací

Orientace: pacientka je orientována místem, časem, osobou

Exekutivní funkce: pacientka je schopná zvládat běžné každodenní úkoly, vykazuje mírné obtíže při řešení komplexnějších úkolů, potíže s rozhodováním

Dle psychiatrického vyšetření vigilní, lucidní, orientovaná všemi kvalitami správně, spolupracuje, verbální kontakt navazuje, spontánně rozvíjí, oční kontakt navazuje na chvíli, odpovědi v relaci dotazu, s mírnou latencí, lehce inhibované PMT, forie pokleslá, plačtivá, hypobulie, hypohedonie, emotivita labilnější, úzkostné ladění, myšlení katatymně zkreslené, paranoidně laděná vůči rodině, na hranici bludné představy, poruchy vnímání neexplorovány, TS před přijetím (alkohol + rivotril), aktuálně verbalizuje suicidální ideace, suicidální tendence, nejeví známky auto/heteroagrese, intelekt orient. v rámci normy, dyssomnie, apetence snižená (snižená chuť k jídlu, 4 dny skoro nejedla), mikromanické představy o bezcennosti, rodina se jí chce zbavit, beznaděj, náhled parciální

Psychosociální funkce: u pacientky přetrvává negativní nálada, při sociální interakci má tendenci se izolovat, ve skupině se plně zapojovala do aktivit a dokázala komunikovat a spolupracovat s ostatními pacientkami, snižená iniciativa v navazování nových vztahů, sebepojetí pacientky je negativně ovlivněno, vyskytují se známky zvýšené sebekritiky a pocity osamělosti, pacientka vykazuje sníženou schopnost plnit své role

Smysly

Zrak: dioptrické brýle na blízko

Sluch: bpn

Soběstačnost

Personální všední denní činnosti

Hodnocení za pomoci Barthel indexu:

Mobilita na lůžku – 15 b. – bez problému

Chůze po rovině – 15 b. – bez problému

Chůze po schodech – 10 b. – bez problému

Osobní hygiena – 5 b. – bez problému

Koupání – 5 b. – bez problému

Kontinence, moč – 10 b. – bez problému

Kontinence, stolice – 10 b. – bez problému

Použití WC – 10 b. – bez problému

Oblékání – 10 b. – bez problému

Sebesycení – 10 b. – bez problému

Vyhodnocení: **100 b. /100 b.** – **nezávislá** na pomoci druhé osoby v oblasti personálních denních činností.

Instrumentální všední denní činnosti

Když se pacientka cítí dobře, nemá jakékoli problémy s položkami spadajícími do oblasti instrumentálních všedních denních činností. Při zhoršení stavu není schopná vylézt z bytu, má strach z lidí, nekomunikuje, nejí, nespí. Veškeré instrumentální všední denní činnosti za ni v takovém stavu vykonává manžel.

Kompenzační pomůcky: dioptrické brýle na blízko

Cíl klienta a plány do budoucna: vrátit se do běžného života, vrátit se do práce

Silné a slabé stránky

Silné: spolupracující, milá, přátelská, ráda si povídá, citlivá, podpora rodiny, miluje své děti, zapojuje se do aktivit, baví ji kreativní aktivity, pečlivá, nemá problém pracovat ve skupině, ve skupině je sdílná, soucitná, schopnost sebereflexe, má plány do budoucna

Slabé: depresivní, úzkostná, v tenzi, vystrašená, pocit beznaděje, viny, sebevražedné myšlenky, paranoidejší vůči rodině, strach z návratu do běžného života, sebekritičnost

Cíle ergoterapie za využití Snoezelenu

- Vytvořit příležitost pro smysluplné aktivity v Snoezelen prostředí.
- Seznámit pacientky s multisenzorickým prostředím

- Umožnit zážitek multisenzorického prostředí.
- Zvědomit vlastní vnímání smyslů.
- Podpořit sociální interakci formou individuálních i skupinových rozhovorů.
- Vytvořit prostor pro budování zájmů.
- Představit pacientkám techniky pro zvládání stresu za využití dechových cvičení a relaxačních technik pro udržení duševní rovnováhy v náročných situacích.
- Nabídnout pacientkám fyzické aktivity pro podporu fyzického i duševního zdraví.
- Pomoci pacientkám k uvědomění si svých schopností. Poukázat na silné stránky pacientky.
- Vytvořit osobní návrh denního režimu.
- Přenést získané dovednosti do praxe.

Plán ergoterapie

- Využití strukturovaných i volně vedených aktivit.
- Podpora autonomie výběrem z nabízených činností.
- Praktická demonstrace jednotlivých senzorických prvků (světla, zvuky, vůně, hmatové podněty).
- Vědomé zapojení všech smyslů s možností sdílení prožitku.
- Reflektující rozhovory po aktivitě.
- Vědomé pozorování.
- Sdílení dojmů, posilování naslouchání a vzájemného respektu.
- Mapování zájmů skrze senzorické preference.
- Nácvik relaxačních a jednoduchých dechových technik.
- Zavedení jemných pohybových aktivit podporujících koordinaci a vnímání těla (strečink, prvky jógy, Tai-či) s využitím měkkých senzorických podložek.
- Práce s pozitivní zpětnou vazbou.
- Vytvoření denního harmonogramu, který odráží zájmy, potřeby i odpočinek.
- Motivace k využívání senzorických a relaxačních prvků mimo terapeutické prostředí.

Terapie

Terapie probíhaly ve formě skupinových terapií v Snoezelen prostředí.

Závěr

49letá pacientka s těžkou depresivní fází s psychotickými příznaky. Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Vykazuje symptomy těžké deprese včetně úzkostného ladění, paranoidních tendencí vůči rodině a sebevražedných myšlenek. Před hospitalizací se pokusila o sebevraždu kombinací alkoholu a léků. U pacientky byly zaznamenány mírné obtíže s pamětí a problémy s rozhodováním. Pacientka používá dioptrické brýle na čtení. Vyšetření horních končetin bez známek patologie. V oblasti soběstačnosti je pacientka v běžných denních činnostech plně soběstačná. Při zhoršení psychického stavu je však neschopná vykonávat instrumentální denní činnosti. Spánek je poruchový. Přes sníženou motivaci se zapojuje do skupinových aktivit. Ve společnosti působí přátelsky a citlivě.

Doporučení

Doporučuji sestavení struktury vhodného denního režimu s ohledem na potřeby pacientky s cílem podpořit adaptaci na běžný život a jeho následné dodržování. Dále doporučuji využití relaxačních technik a strategií pro zvládání stresu a úzkosti. Možné zařazení modelových činností pro přípravu na návrat do práce. Vhodná je i příprava krizového plánu pro případ náhlého zhoršení stavu.

Kazuistika č. 2

Pohlaví a rok narození: žena, 1978

Dg.: F251 – schizoafektivní porucha, depresivní typ

Ostatní dg.:

Z880 – Alergie na léky, léčiva návykové a biologické látky v osobní anamnéze

Pacientka hospitalizovaná se souhlasem, hospitalizace dobrovolná.

Anamnéza

NO: deprese, přítomnost auditivních halucinací, sebevražedné pokusy

Status praesens: uzavřená, pesimistická, unavená

RA: matka po smrti – multiorgánové selhání, otec – zavražděn, 2 děti zdravé

OA: hypertenze, DM, st. P. hysterectomie (2021) pro riziko nádorového onemocnění, sledovaná na endokrinologii pro strumu, vážnější úrazy neuguje

SA: bydlí sama na ubytovně v Děčíně, ID III. st (4000,- z ČR + 5000,- ze SR), rozvedená, manžel hodně pil a bil jí, dvě děti v péči babičky z otcovy strany

Bytová situace: dříve na ulici, v současné době spolupracující služba – Fokus Labe – TDZ Děčín, v přízemí, 2+1 s balkónem, stará koupelna s vanou

ŠA: základní vzdělání, SŠ nedokončila – nemohla docházet, měla strach

PA: nezaměstnaná, ID III. st

FA: v domácím prostředí léky neužívá, v nemocnici Neurol 1mg 1-0-0, Buronil 25mg 0-0-1, Esprital 45mg 0-0-1, Asentra 100mg 1-0-0

Alergie: penicilin, kočičí srst

GA: 2 porody císařským řezem, na kontroly dochází

Abúzus: nikotin – 15 cigaret/den, alkohol příležitostně, drogy experimentálně – zkoušela marihuanu, zvracela

Dětství: dobré vzpomínky, na ZŠ ji ale šikanovala zlá spolužačka

Předchozí hospitalizace: v minulosti hospitalizace na psychiatrickém oddělení v Nemocnici Košice, opakované hospitalizace v Přerově, 3x hospitalizovaná MNÚL, naposledy roku 2022

Denní režim dle rozvrhu nemocnice pro oddělení 2 A:

6.45	Budíček, Otevření oddělení
7.00	Ranní sčítání
7.05	Rozcvička
7.30 – 8.00	Snídaně
8.00 – 8.15	Podání léků
8.30 – 9.00	Komunita (Po, St, Pá)
9.15 – 11.00	<i>Individuální dopolední program</i>
11.30 – 12.00	Oběd
12.00 – 12.15	Podání léků
12.30 – 13.00	Polední klid
12.45 – 14.30	<i>Individuální odpolední program</i>
14.30 – 16.00	Svačina a káva
16.00 – 17.00	<i>Individuální podvečerní program</i>
17.30 – 18.00	Večeře
18.00 – 18.30	Úklid oddělení
19.00 – 19.10	Večerní sčítání
19.30	Podání léků, Uzavření oddělení

Pacientka vykouří několik cigaret hned po ránu a během dne, ke snídani si dává kávu z automatu, na dopolední i odpolední programy dochází, užívá si polední klid a společné vycházky. Chodí spát v 9 hodin. Spánek je poruchový.

Zájmy: ráda sleduje TV, především romantické pořady, v létě chodí s dětmi na koupaliště, má ráda jídlo, hlavně pizzu, poslech hudby

Řidičský průkaz: nevlastní

Ergoterapeutické vyšetření

Hodnocení postavy a držení těla: zakulacená, shrbená záda

Mobilita a lokomoce

Bez problémů, pacientka docházela na terapie sama bez doprovodu.

Vyšetření HKK

Dominance: LHK

Vzhled: bpn

Postavení a držení HKK: bpn

Orientační vyšetření rozsahů pohybů na HKK: bez omezení ve všech kloubech, pacientka zvládne předpažit, upažit, vzpažit, palmární a dorzální flexi, radiální a ulnární dukci, extenzi a flexi prstů, opozici palce

Grafomotorika: písmo čitelné, rozklepané, zvládne psát pouze tiskacími písmeny, na tužku tlačí

Kognitivní funkce

Pozornost: pacientka popisuje občasné potíže se soustředěním, tyto obtíže jsou spíše mírné a nebrání ji v běžných aktivitách

Paměť: pacientka neprojevuje žádné výrazné obtíže, je schopná si efektivně zapamatovat a vybavit si potřebné informace

Orientace: pacientka je orientována místem, časem, osobou

Exekutivní funkce: pacientka je schopná zvládat běžné každodenní úkoly, občas měla mírné obtíže s porozuměním instrukcím zadané aktivity

Dle psychiatrického vyšetření vigilní, lucidní, orientovaná správně všemi modalitami, PMT zpomalené, oční kontakt naváže, udrží, verbální kontakt kvalitní, výtěžný, odpovídá adekvátně, bez latencí, místy lživé odpovědi (např. ohledně bydlení), forie subdepresivní, emotivita labilní, patrná anxieta, myšlení bradypsychické, vcelku koherentní, bez spont. ventilace bludné produkce, referuje auditivní halucinace ve večerních hodinách (hlas nabádající k suicidiu), v mládí opakované sebevražedné pokusy kvůli hloupostem (polykala léky), behaviorální

korelát nepozorován, bez známek auto/heteroagrese, referuje suicidální ideace (skok z výšky), tendence k provedení zdenejeví, náhled křehký, výpověď semivalidní, kognitivní fce orient. bez deteriorace, spánek poruchový, apetence

Psychosociální funkce: pacientka nevykazuje problémy se sebeúctou, ve skupině je ochotná spolupráce, občas působí nepřátelsky, dokáže se rozpovídat o tématech, která ji zajímají, nemá problémy se sebeúctou, pacientka vykazuje sníženou schopnost plnit své role

Smysly

Zrak: dioptrické brýle na blízko

Sluch: bpn

Soběstačnost

Personální všední denní činnosti

Hodnocení za pomoci Barthel indexu:

Mobilita na lůžku – 15 b. – bez problému

Chůze po rovině – 15 b. – bez problému

Chůze po schodech – 10 b. – bez problému

Osobní hygiena – 5 b. – bez problému

Koupání – 5 b. – bez problému

Kontinence, moč – 10 b. – bez problému

Kontinence, stolice – 10 b. – bez problému

Použití WC – 10 b. – bez problému

Oblékání – 10 b. – bez problému

Sebesycení – 10 b. – bez problému

Vyhodnocení: **100 b. /100 b. – nezávislá** na pomoci druhé osoby v oblasti personálních denních činností.

Instrumentální všední denní činnosti

Pokud se pacientka cítí dobře, zvládne se o sebe postarat ve všech oblastech instrumentálních všedních denních činností. Když se ale stav zhorší, pacientka nechce vařit ani uklízet. Nechce se ji vycházet mezi lidi. Nemá energii do života a nechce se ji žít. Při zhoršení stavu ji pomáhá dcera.

Kompenzační pomůcky: dioptrické brýle na blízko

Cíl klienta a plány do budoucna: pacientce vyhovuje režim nemocnice, který by chtěla převést do svého života

Silné a slabé stránky

Silné: spolupracující, komunikativní, sebevědomá, přátelská, ochotná se svěřit ve skupině, nezávislá, má ráda své děti, schopnost sebereflexe, má plány do budoucna, podpora od dcery

Slabé: zpomalené psychomotorické tempo, opakované sebevražedné pokusy, auditivní halucinace, sociální úzkost

Cíle ergoterapie za využití Snoezelenu

- Vytvořit příležitost pro smysluplné aktivity v Snoezelen prostředí.
- Seznámit pacientky s multisenzorickým prostředím
- Umožnit zážitek multisenzorického prostředí.
- Zvědomit vlastní vnímání smyslů.
- Podpořit sociální interakci formou individuálních i skupinových rozhovorů.
- Vytvořit prostor pro budování zájmů.
- Představit pacientkám techniky pro zvládání stresu za využití dechových cvičení a relaxačních technik pro udržení duševní rovnováhy v náročných situacích.
- Nabídnout pacientkám fyzické aktivity pro podporu fyzického i duševního zdraví.
- Pomoci pacientkám k uvědomění si svých schopností. Poukázat na silné stránky pacientky.
- Vytvořit osobní návrh denního režimu.
- Přenést získané dovednosti do praxe.

Plán ergoterapie

- Využití strukturovaných i volně vedených aktivit.
- Podpora autonomie výběrem z nabízených činností.
- Praktická demonstrace jednotlivých senzorických prvků (světla, zvuky, vůně, hmatové podněty).
- Vědomé zapojení všech smyslů s možností sdílení prožitku.

- Reflektující rozhovory po aktivitě.
- Vědomé pozorování.
- Sdílení dojmů, posilování naslouchání a vzájemného respektu.
- Mapování zájmů skrze senzorické preference.
- Návuk relaxačních a jednoduchých dechových technik.
- Zavedení jemných pohybových aktivit podporujících koordinaci a vnímání těla (strečink, prvky jógy, Tai-či) s využitím měkkých senzorických podložek.
- Práce s pozitivní zpětnou vazbou.
- Vytvoření denního harmonogramu, který odráží zájmy, potřeby i odpočinek.
- Motivace k využívání senzorických a relaxačních prvků mimo terapeutické prostředí.

Terapie

Terapie probíhaly ve formě skupinových terapií v Snoezelen prostředí.

Závěr

47letá pacientka se schizoafektivní poruchou – depresivní typ. Pacientka spolupracující, orientovaná místem, časem, osobou. Vykazuje avšak známky zpomaleného psychomotorického tempa, sub depresivní náladu a známky úzkosti. Udává přítomnost auditivních halucinací zejména ve večerních hodinách, což zvyšuje riziko suicidálních ideací. V minulosti opakované sebevražedné pokusy. Ve skupině je ochotná spolupracovat, občas ale působí nepřátelsky. U pacientky se vyskytují mírné obtíže se soustředěním a porozuměním instrukcí. Používá dioptrické brýle na čtení. Vyšetření horních končetin bez známek patologie. V oblasti soběstačnosti je pacientka v běžných denních činnostech nezávislá. V instrumentálních denních činnostech zvládá péči o domácnost a sebe sama, ale v období dekompenzace ztrácí motivaci a energii k provádění činností, omezuje sociální interakce a vyhýbá se společnosti. Spánek je poruchový. Pacientka je v současné chvíli nezaměstnaná, pobírá invalidní důchod III. stupně. Žije sama v ubytovně v Děčíně. Má dvě děti, s dcerou udržuje kontakt.

Doporučení

Doporučuji vytvoření vhodného denního plánu s jasně stanovenými aktivitami, které povedou k podpoře aktivizace. Dále zaměření se na motivaci pacientky k provádění pravidelných aktivit. Také doporučuji práci s uvědoměním si vlastních emocí a strategií zvládání krizových situací. Vhodné je i zapojit návuk instrumentálních denních činností pro zajištění maximální

soběstačnosti. Možný nácvik grafomotoriky. Vhodná je i příprava krizového plánu pro případ náhlého zhoršení stavu.

Kazuistika č. 3

Pohlaví a rok narození: žena, 1963

Dg.: F313 – Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese

Ostatní dg.:

E785 – Poruchy metabolismu lipoproteinů a jiné lipidemie – hyperlipidemie NS

Z602 – Problémy spojené se společenským (sociálním) prostředím – Osamělé žití

Pacientka hospitalizovaná se souhlasem, hospitalizace dobrovolná.

Anamnéza

NO: lehká nebo střední deprese, apatie, hypobulie, hypohedonie

Status praesens: pozitivní, usměvavá, unavená

RA: bratr – hypertenze, před 20 lety infekční hepatitida, smrt po operaci pankreatu, matka – karcinom ovaria, otec zdravý – již po smrti, syn a dcera zdraví

OA: arteriální hypertenze, hypercholesterolemie, šedý zákal – operace květen a červen 2024

SA: trvalé bydliště je byt, kam už se pacientka nikdy nechce vracet, bydlí sama na chatě půjčené od kamarádky, s rodinou je v kontaktu, bez partnerského vztahu, bývalý přítel, s nímž byla 12 let ji mlátil

Bytová situace: chata v lese, vytápí pomocí briket a dřeva, sprchový kout v garáži, suchá toaleta, chata se zahrádkou, 20 schodů do zahrádky

ŠA: gymnázium a dvouletá nástavba – fyzioterapeut

PA: nezaměstnaná, částečný ID II. st, dříve pracovala jako rehabilitační sestra

FA: Ramipril H Actavis 5/25mg 1-0-0, Rosucard 10mg 0-0-1, Valproát 500mg 1-1-1, Venlafaxin 150-75-0 mg

Alergie: neguje

GA: 3x těhotná, 2x porod, 1x interrupce, na pravidelné prohlídky nechodí

Abúzus: nikotin – 10 cigaret/den, alkohol a drogy neguje

Dětství: umřel ji bratr, nerada na to vzpomíná

Předchozí hospitalizace: v minulosti 3x hospitalizace – 1998 Bohnice, 2010 a 2012 Kosmonosy, od té doby léčena v psychiatrické ambulanci v Medicentru, dlouhodobě kompenzována na medikaci

Denní režim dle rozvrhu nemocnice pro oddělení 2 A:

6.45	Budíček, Otevření oddělení
7.00	Ranní sčítání
7.05	Rozcvička
7.30 – 8.00	Snídaně
8.00 – 8.15	Podání léků
8.30 – 9.00	Komunita (Po, St, Pá)
9.15 – 11.00	<i>Individuální dopolední program</i>
11.30 – 12.00	Oběd
12.00 – 12.15	Podání léků
12.30 – 13.00	Polední klid
12.45 – 14.30	<i>Individuální odpolední program</i>
14.30 – 16.00	Svačina a káva
16.00 – 17.00	<i>Individuální podvečerní program</i>
17.30 – 18.00	Večeře
18.00 – 18.30	Úklid oddělení
19.00 – 19.10	Večerní sčítání
19.30	Podání léků, Uzávěření oddělení

Pacientka se ráno probudí, ustele postel, umyje se, dojde si na toaletu a zapálí cigaretu. Následuje snídane s kávou a odchod na terapii. Nejradši má relaxační aktivity. Užívá si polední klid na procházky moc nechodí. Chodí spát v 9 hodin večer. Špatně spí.

Zájmy: ráda chodí se svým psem na procházky okolo chaty, kouření a káva, stará se o venkovní rostliny v truhlíku, má ráda jídlo a poslech hudby, s vnoučaty chodí na koupaliště

Řidičský průkaz: sk. B, řídí

Ergoterapeutické vyšetření

Hodnocení postavy a držení těla: zakulacená záda, svěšená ramena

Mobilita a lokomoce

Bez problémů, pacientka docházela na terapie sama bez doprovodu. Stěžuje si na bolestivá kolena.

Vyšetření HKK

Dominance: PHK

Vzhled: bpn

Postavení a držení HKK: bpn

Orientační vyšetření rozsahů pohybů na HKK: lehké omezení při vzpažení HKK, jinak bez omezení, pacientka zvládne předpažit, upažit, palmární a dorzální flexi, radiální a ulnární dukci, extenzi a flexi prstů, opozici palce

Kognitivní funkce

Pozornost: pacientka projevila adekvátní zaměření na zadané činnosti, nepopisuje problémy s udržením pozornosti

Paměť: pacientka vykazuje mírné paměťové obtíže, které jsou v souladu s věkem, paměťové schopnosti pacientky neovlivňují její každodenní fungování

Orientace: pacientka je orientována místem, časem, osobou

Exekutivní funkce: pacientka je schopná zvládat běžné každodenní úkoly, exekutivní funkce nejsou výrazně narušeny

Dle psychiatrického vyšetření vigilní, lucidní, klidná, kooperuje, orientovaná správně, oční kontakt udrží, verbální kontakt kvalitní, výtěžný, spolupracuje ochotně, odpovídá v relaci dotazů, psychomotorické tempo mírně zpomalené, nálada depresivní, je neustále v obavách, hypobulie, hypoergie, apatie, hypohedonie, mírná anxieta, emotivita oploštělá, myšlení

normálního tempa, koherentní, katathymně zabarvené, apychotická, spánek narušen, apetence snižená, ale dostatečná, suicidální ideace neguje, tendence nevyjevuje, bez známek zvýšené dráždivosti či agrese, mnestické a kognitivní funkce orientačně bez deteriorace, občas má myšlenky na sebevraždu, ale kvůli vnučkám by ji spáchat nechtěla, osobnost bez výrazných psychopatických rysů, náhled vcelku solidní, výpověď validní

Psychosociální funkce: preferuje klid a omezené sociální interakce, ve skupině pracovala bez problémů, narušení v oblasti emoční regulace, občasné epizody smutku až plachivosti, sebe vnímá spíše sebekriticky, motivace je kolísavá, pacientka je ale ochotná pracovat na svém zlepšení, pacientka vykazuje sníženou schopnost plnit své role

Smysly

Zrak: dioptrické brýle na blízko

Sluch: slyší hůře na obě uši

Soběstačnost

Personální všední denní činnosti

Hodnocení za pomoci Barthel indexu:

Mobilita na lůžku – 15 b. – bez problému

Chůze po rovině – 15 b. – bez problému

Chůze po schodech – 10 b. – bez problému

Osobní hygiena – 5 b. – bez problému

Koupání – 5 b. – bez problému

Kontinence, moč – 10 b. – bez problému

Kontinence, stolice – 10 b. – bez problému

Použití WC – 10 b. – bez problému

Oblékání – 10 b. – bez problému

Sebesycení – 10 b. – bez problému

Vyhodnocení: **100 b. /100 b. – nezávislá** na pomoci druhé osoby v oblasti personálních denních činností.

Instrumentální všední denní činnosti

Pacientka nemá problém se o sebe postarat. Invalidní důchod si vyzvedává sama. Ráda hlídá své vnučky. Při zhoršení stavu ji nic nebaví, nic netěší, celý den jen proleží a během nocí nespí.

Není schopná opustit chatu, bojí se lidí. Když přijede syn s vnučkami, umoří ji to. Vnučky zbožňuje, ale když se necítí dobře, tak ji nezajímají a nechce se o ně starat. Ráda uklízí a stará se o byt.

Kompenzační pomůcky: dioptrické brýle na blízko

Cíl klienta a plány do budoucna: přeje si být jako dřív, aby se zase dokázala smát

Silné a slabé stránky

Silné: spolupracující, komunikující, klidná, milá, empatická, usměvavá, přátelská, sdílná, podpora rodiny, ráda cvičí, venčí svého psa, schopnost sebereflexe

Slabé: zpomalené psychomotorické tempo, apatie, oploštěné emoce, strach z lidí

Cíle ergoterapie za využití Snoezelenu

- Vytvořit příležitost pro smysluplné aktivity v Snoezelen prostředí.
- Seznámit pacientky s multisenzorickým prostředím
- Umožnit zážitek multisenzorického prostředí.
- Zvědomit vlastní vnímání smyslů.
- Podpořit sociální interakci formou individuálních i skupinových rozhovorů.
- Vytvořit prostor pro budování zájmů.
- Představit pacientkám techniky pro zvládání stresu za využití dechových cvičení a relaxačních technik pro udržení duševní rovnováhy v náročných situacích.
- Nabídnout pacientkám fyzické aktivity pro podporu fyzického i duševního zdraví.
- Pomoci pacientkám k uvědomění si svých schopností. Poukázat na silné stránky pacientky.
- Vytvořit osobní návrh denního režimu.
- Přenést získané dovednosti do praxe.

Plán ergoterapie

- Využití strukturovaných i volně vedených aktivit.
- Podpora autonomie výběrem z nabízených činností.

- Praktická demonstrace jednotlivých senzorických prvků (světla, zvuky, vůně, hmatové podněty).
- Vědomé zapojení všech smyslů s možností sdílení prožitku.
- Reflektující rozhovory po aktivitě.
- Vědomé pozorování.
- Sdílení dojmů, posilování naslouchání a vzájemného respektu.
- Mapování zájmů skrze senzorické preference.
- Nácvik relaxačních a jednoduchých dechových technik.
- Zavedení jemných pohybových aktivit podporujících koordinaci a vnímání těla (strečink, prvky jógy, Tai-či) s využitím měkkých senzorických podložek.
- Práce s pozitivní zpětnou vazbou.
- Vytvoření denního harmonogramu, který odráží zájmy, potřeby i odpočinek.
- Motivace k využívání senzorických a relaxačních prvků mimo terapeutické prostředí.

Terapie

Terapie probíhaly ve formě skupinových terapií v Snoezelen prostředí.

Závěr

61letá pacientka s diagnózou bipolární afektivní poruchy, současná fáze lehká nebo střední deprese. Je orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje, je klidná a sdílná, nicméně vykazuje zpomalené psychomotorické tempo, apatii, oploštěné emoce a strach z lidí. Má sníženou schopnost plnit své sociální role, což se projevuje zejména při péči o vnoučata. Vyskytuje se u ní tendence sociální izolace a omezení pohybových aktivit. Kognitivní funkce jsou vzhledem k věku přiměřené, přítomny jsou lehké paměťové obtíže. Používá dioptrické brýle na čtení a hůře slyší na obě uši. Vyšetření horních končetin bez známek patologie, pouze lehké omezení při vzpažení u obou HKK. Pacientka si ale stěžuje na bolest kolen. Z pohledu soběstačnosti je pacientka nezávislá na provádění všech personálních všedních denních činnostech. V oblasti instrumentálních denních činností je schopná se o sebe postarat, avšak v období zhoršení stavu dochází k útlumu aktivity a narůstá izolace od okolí. Spánek je poruchový. Pacientka preferuje klid, ráda se věnuje aktivitám v přírodě a stará se o svého psa. Nyní v invalidním důchodu. Bydlí sama na chatě u lesa.

Doporučení

Doporučuji podporu pacientky v aktivizaci a motivaci k pravidelným činnostem. Dále doporučuji účast pacientky na skupinových aktivitách v bezpečném prostředí pro zlepšení sociálních dovedností a zmírnění strachu z lidí. Vhodné jsou také mindfulness techniky k podpoře duševní pohody. Pokračovala bych také v práci na budování sebedůvěry a uvědomění si vlastních silných stránek a podpoře soběstačnosti v instrumentálních všedních denních činnostech. Nabízí se také návrh drobných ergonomických úprav domácího prostředí. Vhodná je i příprava krizového plánu pro případ náhlého zhoršení stavu.

Positive and negative affect schedule (PANAS)

Následující slova popisují různé pocity a emoce. Přečtěte si každou položku a potom označte, do jaké míry se právě cítíte v této chvíli. K zaznamenání odpovědi použijte následující stupnici:

Emoce a pocity	Velmi málo nebo vůbec		Středně		Hodně
Čilý/á	1	2	3	4	5
Provinilý/á	1	2	3	4	5
Energický/á	1	2	3	4	5
Ostražitý/á	1	2	3	4	5
Stydět se	1	2	3	4	5
Pozorný/á (mít zájem)	1	2	3	4	5
Pocit strádání	1	2	3	4	5
Nadšený/á	1	2	3	4	5
Mít obavy	1	2	3	4	5
Nepřátelský/á	1	2	3	4	5
Inspirovaný/á	1	2	3	4	5
Zaujatý/á	1	2	3	4	5
Podrážděný/á	1	2	3	4	5
Roztěkaný/á	1	2	3	4	5
Nervózní	1	2	3	4	5
Hrdý/á	1	2	3	4	5
Polekaný/á	1	2	3	4	5
Silný/á	1	2	3	4	5
Znepokojený/á	1	2	3	4	5
Odhodlaný/á	1	2	3	4	5

Návrhy připravených terapeutických jednotek

První setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: podpis informovaného souhlasu, seznámení, navázání terapeutického vztahu, vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, vyplnění Beckova depresivního inventáře

Hlavní aktivity: seznamovací aktivita, kresba autoportrétu, vedená relaxace

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Druhé setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, individuální rozhovory

Hlavní aktivity: fyzická aktivita (jemné protahování vsedě), vedená relaxace

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Třetí setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, individuální rozhovory

Hlavní aktivity: tvorba lapačů snů, vedená relaxace

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Čtvrté setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, individuální rozhovory

Hlavní aktivity: Tai-chi, pomalé kreslení

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Páté setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, individuální rozhovory

Hlavní část: fyzická aktivita (jemné protahování vsedě), vedená relaxace, skládání origami

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Šesté setkání

Před terapií: příprava multisenzorické místnosti a potřebných pomůcek pro jednotlivé aktivity

Úvodní část: vyplnění PANAS dotazníku, volný prostor pro pohyb po místnosti, individuální rozhovory, opětovné vyplnění Beckova depresivního inventáře

Hlavní aktivity: lehká fyzická aktivita ve stoje, aktivita s názvem Moje zvíře za využití plastelíny, vedená relaxace

Závěrečná reflexe a zpětná vazba: opětovné vyplnění dotazníku PANAS, semistrukturovaný rozhovor

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP): Snoezelen – využití senzorické místnosti v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP sdělované pacientovi):

Tato bakalářská práce se zaměřuje na to, jak lze multisenzorickou místnost Snoezelen využít v ergoterapii pro pacienty s depresí v subakutní fázi léčby. Cílem je zjistit, jak pacienti vnímají terapeutické sezení v této místnosti. Výsledky budou získány prostřednictvím dotazníku PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) a semistrukturovaných rozhovorů, které pacientům umožní sdílet své zkušenosti a pocity, aby se ukázalo, zda a jak Snoezelen může přispět k jejich psychické pohodě.

Celkově práce přináší vhled do potenciálu Snoezelen místností jako inovativního nástroje v ergoterapii pro zlepšení psychického zdraví a kvality života pacientů s depresí.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: 

Obrázek 1 Smlouva o zabezpečení odborné praxe

Smlouva o zabezpečení odborné praxe

Univerzita Karlova
se sídlem v Praze 1, Ovocný trh 3/5, 116 36
týkající se součástí: 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2
IČ: 00216208
Zastoupená: děkanem fakulty prof. MUDr. Martinem Vokurkou, CSc.
(dále jen „1. LF UK“)

a

Psychiatrická nemocnice Horní Bečkovice
se sídlem: Podřipská 1, Horní Bečkovice, 411 85
IČ: 00673552
Zastoupená: ředitel MUDr. Jiří Tomeček, MBA
-jméno a funkce-

(dále jen „nemocnice“)

a

jméno a příjmení: Barbora Nehybová
narozen/a: 31. 8. 2002
bydliště: Nymburská 109, Loučeň, 289 37
(dále jen „student/studentka“)

Smluvní strany se dohodly na uzavření smlouvy o zabezpečení odborné praxe následujícího znění:

I. Předmět smlouvy

1. Předmětem smlouvy je zajištění konání souvislé studijní odborné praxe (dále jen „praxe“) Barboře Nehybové studentovi/studentce 2. ročníku 1. LF UK, oboru Ergoterapie

Tato skutečnost je doložena potvrzením o studiu v aktuálním akademickém roce, které je přílohou č. 1 této smlouvy.

2. Praxe proběhne v době od 1. 4. 2024 do 30. 4. 2025 na pracovišti nemocnice: Psychiatrické nemocnice Horní Bečkovice.

II. Obsahová náplň odborné praxe

1. Student/studentka bude vykonávat odbornou praxi na oddělení pod vedením pověřených zaměstnanců nemocnice. Práce studenta/studentky a vedení pověřených zaměstnanců musí být v souladu s přílohou č. 2 (obsahová náplň praxe).

2. Pověřený zaměstnanec se ve věcech odborné výuky bude řídit požadavky 1. LF UK vyjádřenými obsahovou náplní odborné praxe, která stanoví její cíle, obsah a strukturu a která je nedílnou součástí této smlouvy jako příloha č. 2.

III. Závazky 1. LF UK

1. Připraví studenta/studentku pro základní odbornou činnost jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické.

2. Vypracuje obsahovou náplň praxe v souladu s čl. II.

3. Prohlašuje, že student/studentka byl/a očkovan/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

1

Obrázek 2 Smlouva o zabezpečení odborné praxe

4. Zajistí, aby student/studentka měl/a pracovní oděv odpovídající činnostem vykonávaným v rámci odborné praxe.
5. Po dohodě s pověřeným zaměstnancem zabezpečí pravidelnou kontrolu studenta/studentky osobní návštěvou pověřeného pracovníka 1. LF UK nebo telefonicky.
6. 1. LF UK prohlašuje, že v případě studenta/studentky se státní příslušnosti ČR nebo s trvalým pobytem v ČR řádně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu tak, aby bylo za studenta/studentku státem hrazeno zdravotní pojištění. V případě ostatních platí, že zdravotní pojištění na území ČR si sjednávají individuálně.
7. 1. LF UK prohlašuje, že má ke dni uzavření této smlouvy v rámci pojistné smlouvy pojištěné riziko – odpovědnost za újmu způsobenou studenty při teoretickém nebo praktickém vyučování nebo v přímé souvislosti s ním pojistníkovi nebo třetím osobám, u nichž je teoretické nebo praktické vyučování vykonáváno, se sjednaným sublimitem pojistného plnění 20.000.000,- Kč a s územním rozsahem svět vč. USA, Kanady a Austrálie.
8. 1. LF UK informuje studenta/studentku o povinnosti dodržovat v průběhu praxe obecně závazné právní předpisy a předpisy zmíněné v čl. IV. odst. 2, s nimiž byl/a řádným způsobem seznámen/a.
9. 1. LF UK prohlašuje, že student/studentka absolvoval/a veškerá zákonem stanovená školení týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany.

IV. Závazky nemocnice

1. Pověřil vedením praxe studenta/studentky pouze zkušeného zaměstnance. Ten je povinen řídit se obsahovou náplní praxe podle čl. II.
2. Před zahájením praxe zajistí řádné seznámení studenta/studentky s právními předpisy v oblasti bezpečnosti práce a požární ochrany i s vnitřními předpisy nemocnice vztahujícími se k výkonu odborné praxe, a to zaměstnanci nemocnice, do jejichž kompetence spadá obdobné poučení vůči zaměstnancům nemocnice. Student/studentka bude též poučen/a o povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i po ukončení praxe.
3. Umožní studentovi/studentce vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu praxe a do dalších prostorů souvisejících s výkonem odborné praxe.
4. Zajistí a poskytne studentovi/studentce prostor k odkládání osobních věcí.

V. Závazky studenta/studentky

1. Student/studentka nesmí zahájit výkon praxe v případě, že nebyl/a očkován/a proti virové hepatitidě B v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, není k odborné praxi zdravotně způsobilý/á nebo mu/jí jsou známy jakékoliv zdravotní překážky, které by výkonu praxe bránily, nebo pokud není bezúhonný/á podle platných právních předpisů, tzn., že má záznam v rejstříku trestů ČR, anebo v jiném, naroveň postaveném rejstříku.
2. Student/studentka je povinen/povinna při výkonu odborné praxe v nemocnici zejména:
 - a) vykonávat praxi řádně a svědomitě po celou dobu sjednanou výše
 - b) dodržovat při výkonu praxe pracovní postupy a metody tak, jak s nimi byl/a seznámen/a
 - c) používat při výkonu praxe stanovený pracovní oděv, osobní ochranné prostředky a pracovní prostředky tak, jak je pro danou činnost předepsáno
 - d) nepožívat alkoholické nápoje a jiné omamné látky v době výkonu praxe a nevstupovat na pracoviště nemocnice pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek
 - e) chránit dobré jméno a pověst nemocnice, a to zejména korektním vystupováním a jednáním s pacienty a dalšími osobami, upraveným zevnějškem a čistým oděvem
 - f) po celou dobu výkonu praxe v nemocnici nosit na viditelném místě identifikační kartu, pokud to nemocnice vyžaduje
 - g) zachovávat mlčenlivost podle obecně závazných právních předpisů a GDPR o všech skutečnostech, týkajících se zdravotního stavu pacientů a údajů ze zdravotnické dokumentace pacientů, s nimiž se během praxe seznámí, přičemž si je vědom skutečnosti, že má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta pouze za podmínek stanovených § 65 zák. č. 372/2011 Sb., v platném znění, a to jen u pacientů určených pověřeným zaměstnancem nemocnice a zásadně jen se souhlasem těchto pacientů nebo jejich zákonných zástupců
 - h) dodržovat veškeré obecně závazné právní předpisy, vnitřní předpisy nemocnice vztahující se k vykonávané praxi, se kterými byl seznámen, a pokyny pověřených zaměstnanců.

Obrázek 3 Smlouva o zabezpečení odborné praxe

VI. Pověření zaměstnanci

1. Nemocnice stanoví jako pověřeného zaměstnance: Bc. Květa Myslivcová
2. 1. LF UK stanoví jako pověřeného zaměstnance: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová
3. Smluvní strany se zavazují seznámit se zněním této smlouvy pověřené zaměstnance, kteří se účastní zabezpečování výkonu odborné praxe.

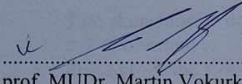
VII. Ukončení smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou vymezenou sjednanou délkou praxe.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran nebo výpovědí.
3. Dohoda o ukončení smlouvy musí mít výhradně písemnou formu, k jiné formě se nepřihlíží.
4. Výpověď ze strany nemocnice je přípustná, pokud 1. LF UK neplní závazky vyplývající z čl. III. této smlouvy, popřípadě pokud student/studentka závažným způsobem poruší povinnosti stanovené v čl. V. této smlouvy nebo pokyny pověřených zaměstnanců.
5. 1. LF UK je oprávněna vypovědět smlouvu, jestliže nemocnice nezajistí podmínky stanovené v čl. IV.
6. Výpovědní doba činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

VIII. Společná a závěrečná ustanovení

1. Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými předpisy, zejména zákoníkem práce.
2. Tato smlouva je vzájemně i ve vztahu ke studentovi/studentce smlouvou bezúplatnou.
3. Smlouva se vyhotovuje ve třech stejnopisech s platností originálu, přičemž každé smluvní straně náleží jeden a jeden výtisk náleží studentovi/studentce.
4. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou vzestupně číslovanými dodatky a se souhlasem obou smluvních stran, k jiné než písemné formě se nepřihlíží.
5. Platnosti a účinnosti nabývá smlouva dnem podpisu oběma smluvními stranami.
6. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah jim je jasný a jsou s ním seznámy. Na důkaz své vážné vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

V Praze dne 20-03-2024


prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc.
děkan 1. LF UK

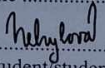
V dne

MUDr. Jiří Tomeček
MBA
MBA
Digitálně podepsal
MUDr. Jiří Tomeček
MBA
Datum: 2024.03.11
07:41:30.0100

MUDr. Jiří Tomeček, MBA



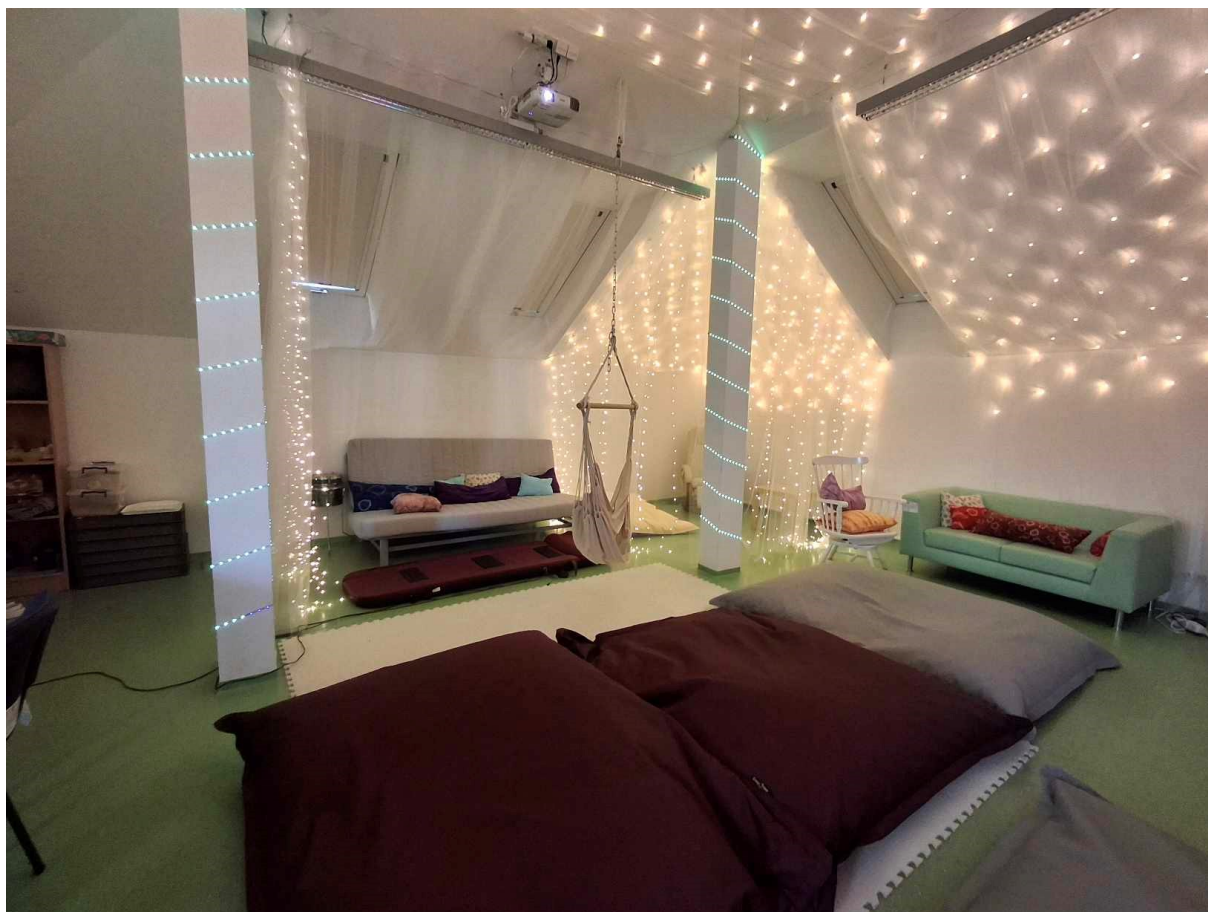
V Praze dne 7.3.2024


student/studentka

3

Snoezelen místnost v PN Horní Beřkovic

Obrázek 4 Snoezelen místnost

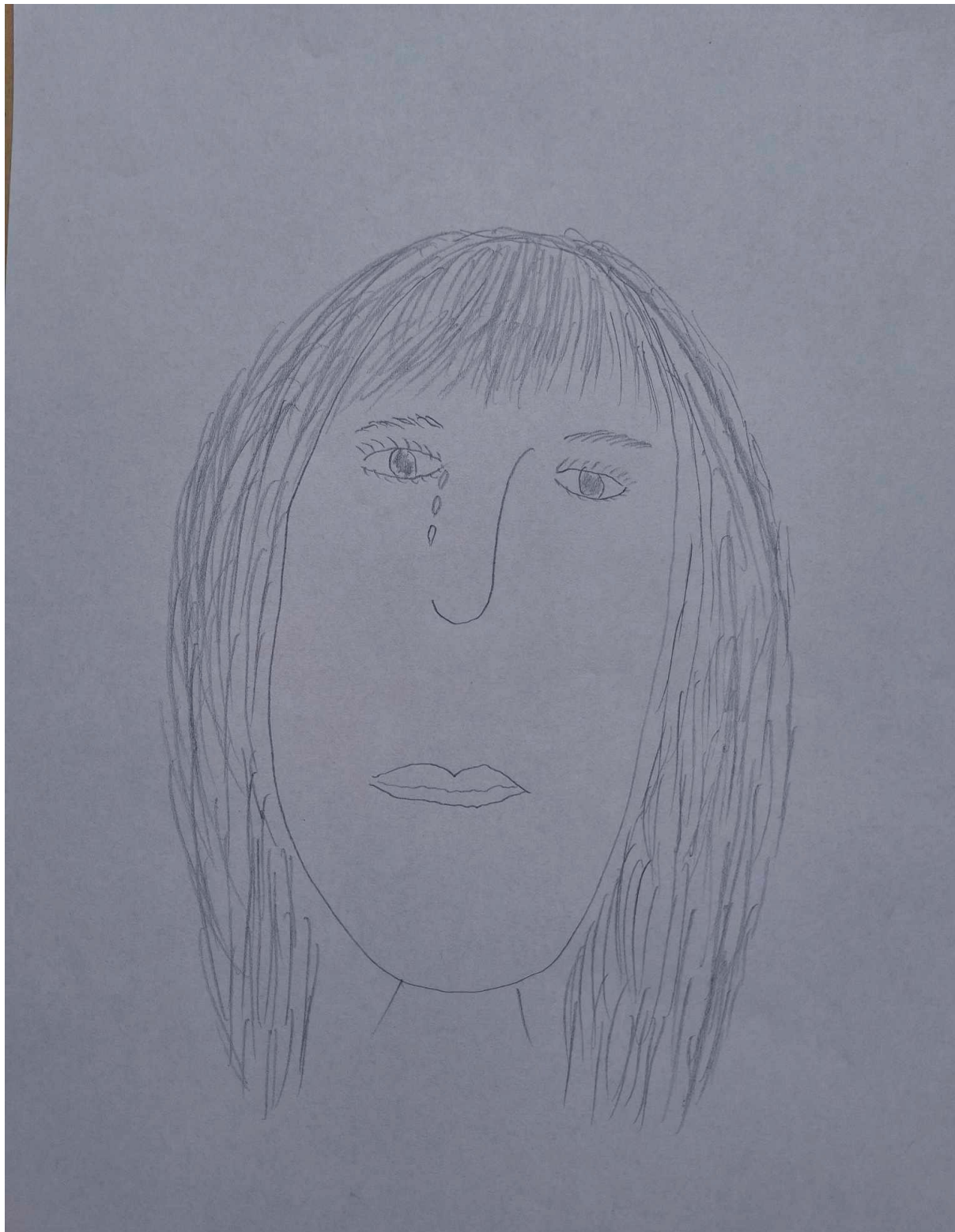


Obrázek 5 Snoezelen místnost

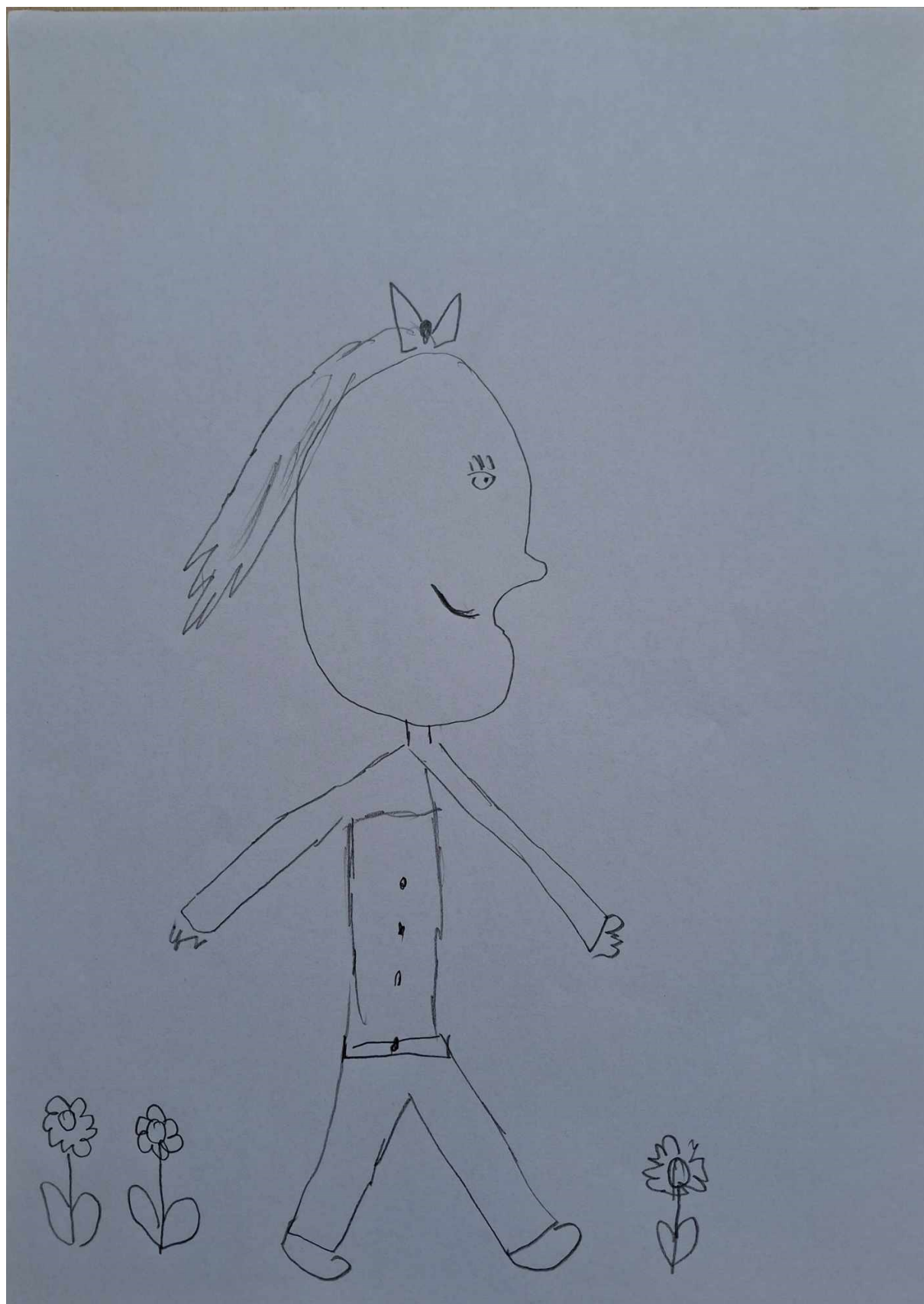


Autoportréty pacientek

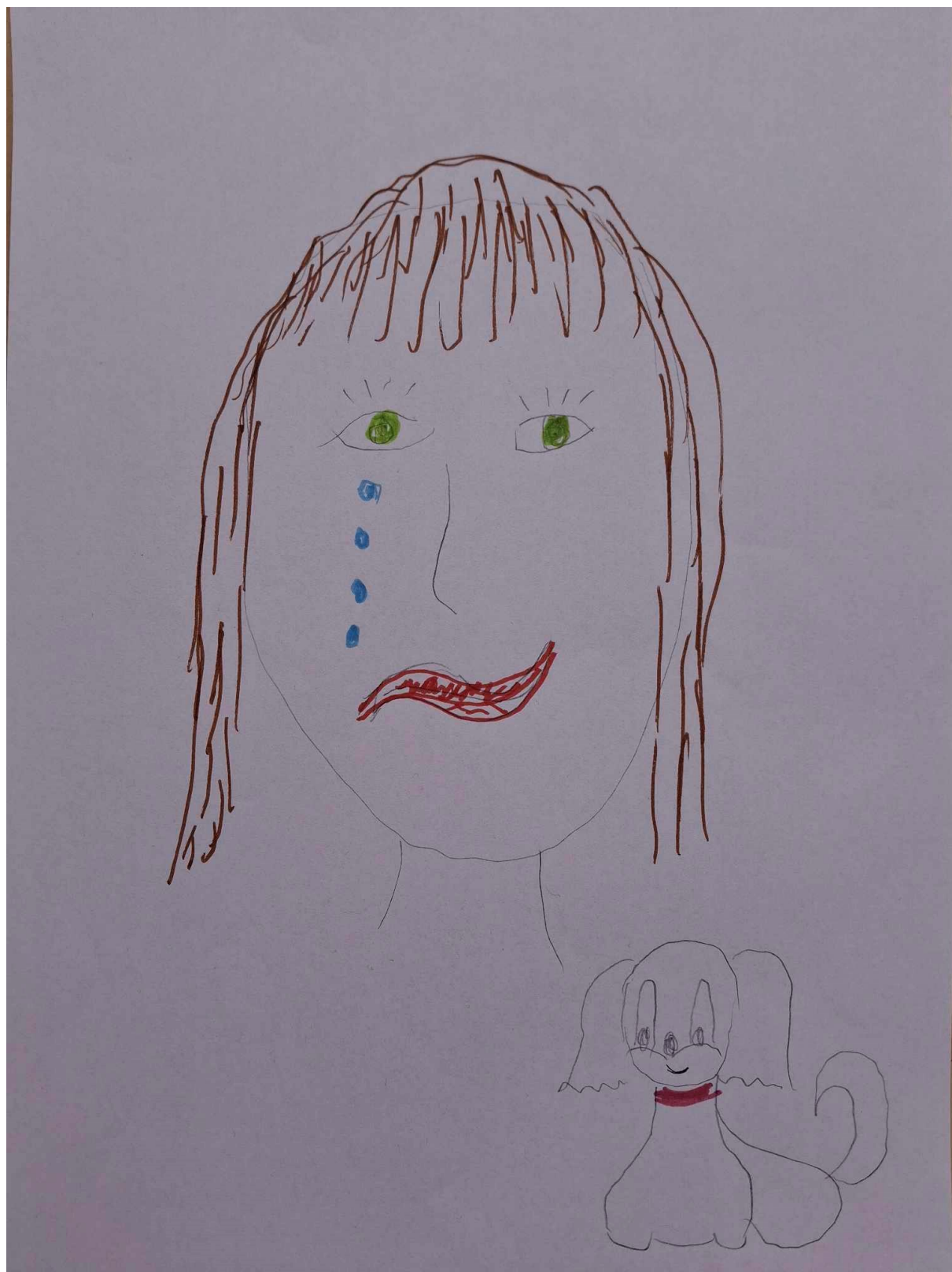
Obrázek 6 Autoportrét pacientky č.1



Obrázek 7 Autoportrét pacientky č. 2



Obrázek 8 Autoportrét pacientky č. 3



Lapače snů

Obrázek 9 Lapač snů pacientky č. 1



Obrázek 10 Lapač snů pacientky č. 2

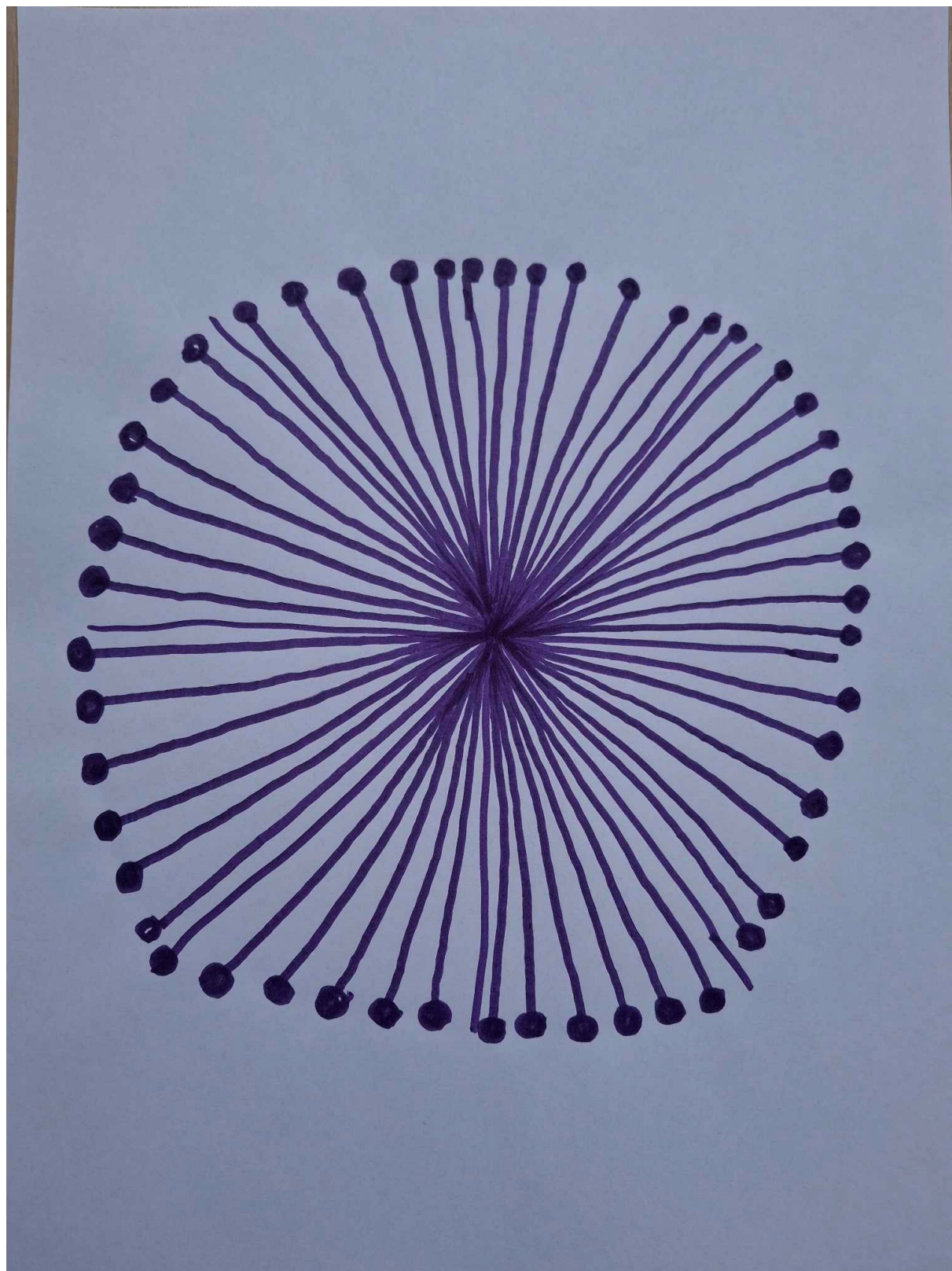


Obrázek 11 Lapač snů pacientky č. 3

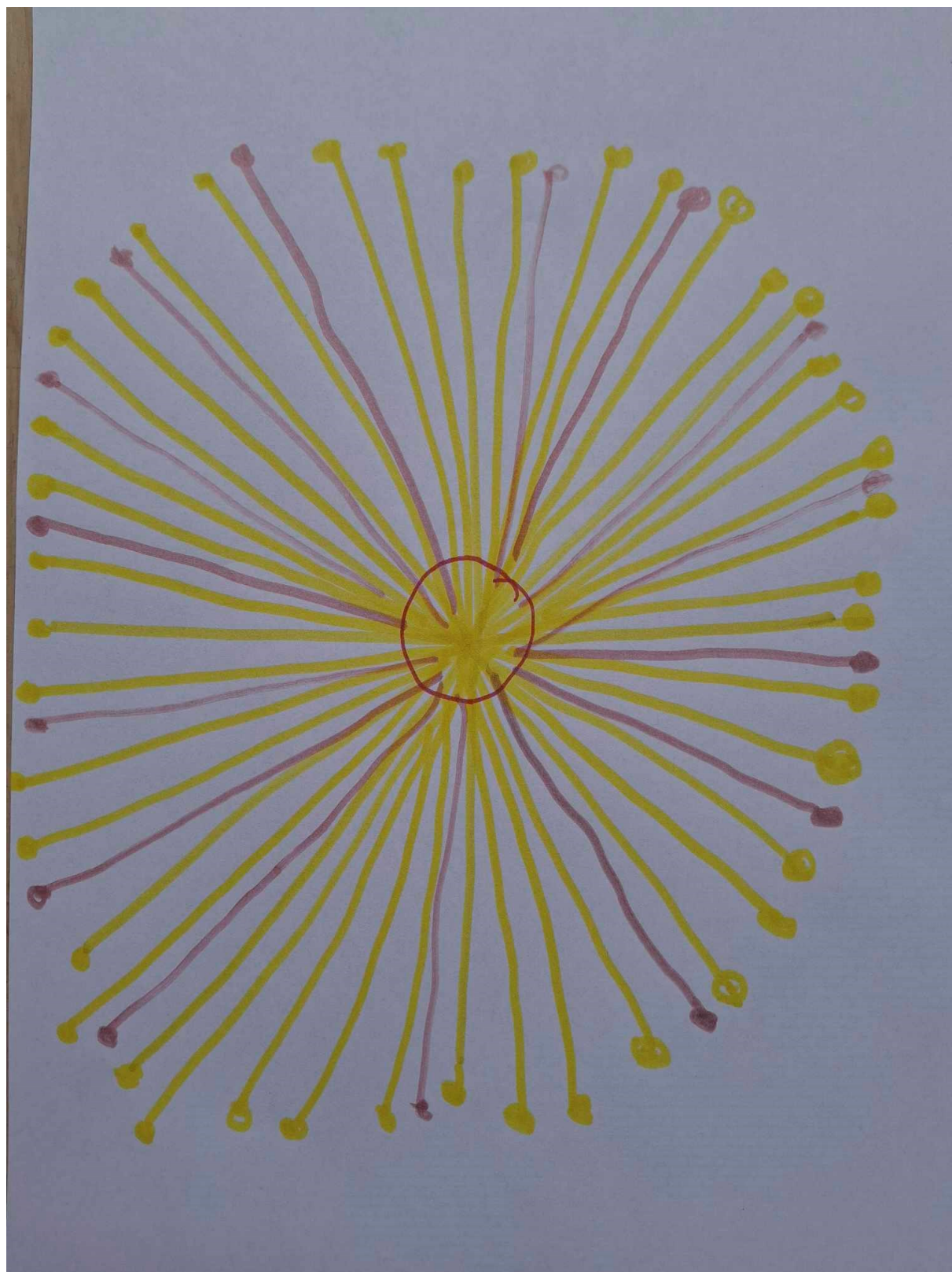


Pomalé kreslení – vzor dechu

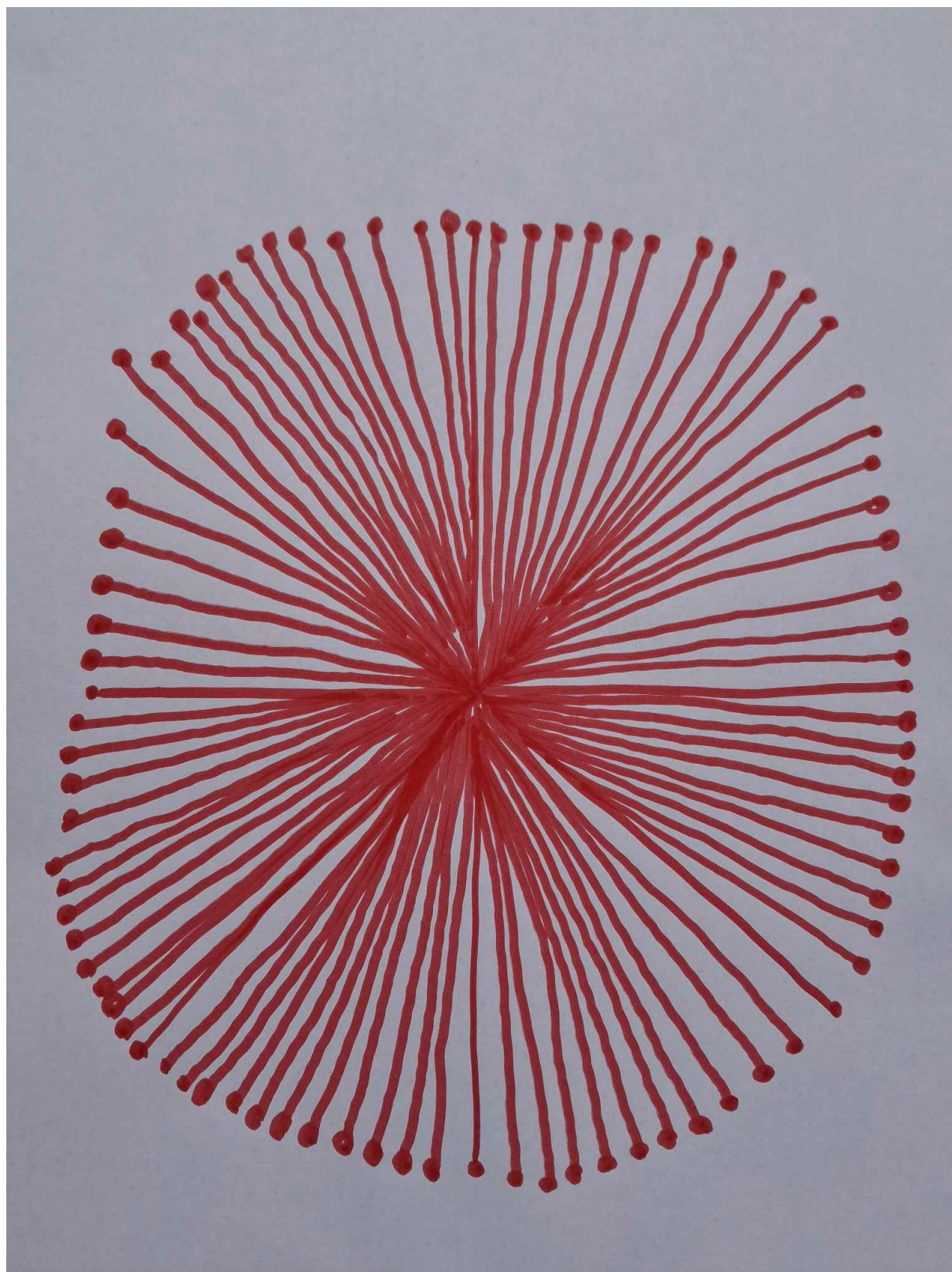
Obrázek 12 Vzor dechu pacientky č. 1



Obrázek 13 Vzor dechu pacientky č. 2



Obrázek 14 Vzor dechu pacientky č. 3



Modelování zvířat

Obrázek 15 Zvířata z plastelíny

