

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením –
využití konceptu Snoezelen – MSE**

(Stimulation of People with Physical and Multiple Disabilities
– the Use of the Snoezelen/MSE Therapy)

Ing. Kateřina Šulcová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2017

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením – využití konceptu Snoezelen – MSE vypracovala pod vedením doc. PaedDr. Vandy Hájkové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato diplomová práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. 12. 2016

.....

Ing. Kateřina Šulcová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za vstřícný přístup, odborné vedení a věnovaný čas. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří věnovali svůj drahocenný čas vyplnění dotazníku, čímž umožnili dokončení tohoto kvantitativního výzkumu. Závěrem bych chtěla poděkovat mé rodině za její podporu v průběhu celého studia.

NÁZEV:

Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením - využití konceptu Snoezelen – MSE

AUTOR:

Ing. Kateřina Šulcová

KATEDRA:

Katedra speciální pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

ABSTRAKT:

Diplomová práce je zaměřena na využití konceptu Snoezelen u osob s tělesným a kombinovaným postižením. Koncept Snoezelen je možné aplikovat jako terapii, podpůrnou edukační metodu nebo jako výplň volného času, a to v různých zařízeních, od škol a školských zařízeních, přes rehabilitační zařízení až po domovy pro seniory, a z tohoto důvodu ho může využívat široké spektrum klientů a odborných pracovníků. Nejčastěji je však aplikován u osob s mentálním postižením, čemuž se věnuje většina provedených výzkumů, a proto byla v rámci této diplomové práce zvolena problematika osob s tělesným a kombinovaným postižením, neboť není dostatečně zmapována.

Tato diplomová práce si klade za cíl shromáždění relevantních informací o konceptu Snoezelen a následné provedení kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku, který zjišťuje míru jeho využití, úroveň informovanosti a postoje klientů s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců i odborných pracovníků. Ze získaných dat je vytvořen ucelený přehled dané problematiky.

Vzhledem ke skutečnosti, že byla zjištěna velmi nízká úroveň informovanosti klientů s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců i odborných pracovníků, je v závěru diplomové práce vytvořen informační leták.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Koncept Snoezelen, tělesné postižení, kombinované postižení, kvantitativní výzkum, dotazník

TITLE:

Stimulation of People with Physical and Multiple Disabilities – the Use of the Snoezelen/MSE Therapy

AUTHOR:

Ing. Kateřina Šulcová

DEPARTMENT:

Special education department

SUPERVISOR:

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

ABSTRACT:

This master's thesis is focused on the Snoezelen concept used for patients with physical or multiple disabilities. The Snoezelen concept can be applied as a therapy, an auxiliary educational method or possibility to spend free time in various facilities like schools, school facilities, rehabilitation centers or retirement homes. For that reason, Snoezelen concept can be used by many clients and professionals. However, it is mostly used for patients with mental deficiency; that is reflected in the majority of researches. Therefore, patients with physical and combined deficiency were chosen for purpose of this Master's thesis as this issue has not been yet examined enough.

The Master's thesis aim is to gather relevant information of the Snoezelen concept and to make quantitative research with a questionnaire that determines rate of using the concept, awareness level and attitude of clients with physical and multiple disabilities, their representatives and professionals. From these data, a summary is created for that issue.

A very low awareness level was found in clients with physical and multiple disabilities, their representatives and professionals. Therefore an information leaflet was created and is provided at the end of the Master's thesis.

KEYWORDS:

The Snoezelen concept, physical disabilities, multiple disabilities, quantitative research, questionnaire

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	1
1 Úvod	2
2 Teoretická východiska práce	5
2.1 Specifikace pojmu tělesné postižení	5
2.1.1 Tělesné postižení při neurologických poruchách	6
2.1.2 Tělesné postižení při ortopedických vadách	8
2.2 Specifikace pojmu kombinované postižení	9
2.2.1 Mozková obrna	10
2.3 Koncept Snoezelen – MSE	14
2.3.1 Teoretická východiska konceptu Snoezelen	17
2.3.2 Tři úhly pohledu na koncept Snoezelen	24
2.3.3 Realizace lekce konceptu Snoezelen	27
3 Vlastní výzkum	30
3.1 Vymezení cíle a formulace výzkumných otázek	30
3.1.1 Cíle	31
3.1.2 Výzkumné otázky	32
3.2 Charakteristika a popis výběrového souboru	32
3.3 Časový průběh výzkumu, distribuce a návratnost dotazníku	33
3.4 Metody	34
3.4.1 Dotazník	34
3.4.2 Statistické metody	37
3.5 Sestavený vlastní dotazník	38
3.6 Výsledky a jejich hodnocení	38
3.6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření	38
3.6.2 Odpovědi na výzkumné otázky	61
3.6.3 Souhrn výsledků výzkumu	71
4 Návrh informačního letáku	73
5 Diskuze	74
6 Závěr	78
Seznam použitých informačních zdrojů	80

Seznam obrázků	90
Seznam tabulek	93
Seznam grafů	95
Přílohy	97

Seznam symbolů a zkratk

ADD	Attention Deficit Disorder – porucha pozornosti
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
°C	stupeň celsia
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
kol.	kolektiv
m²	metr čtvereční
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSE	Multisensory Environment
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
PNF	Proprioceptivní neuromuskulární facilitace
SMS	senzomotorická stimulace
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
USA	Spojené státy americké

1 Úvod

V současné době je vyvíjen stále větší tlak na kvalitní péči a vzdělávání osob s tělesným a kombinovaným postižením. Snaha o inkluzivní vzdělávání vede k začleňování nových metod a konceptů i do výuky. Rozšiřují se znalosti, dovednosti a kompetence odborných pracovníků z oblasti školství, zdravotnictví i sociální péče ohledně nových strategií stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením. Důležitým cílem speciální pedagogiky je vyhledávání vhodných metod pro podporu osob se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich začleňování do každodenní praxe.

Koncept Snoezelen představuje jednu z variant, jak je možné dále rozvíjet osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. Tento koncept má svůj prvo počátek v 70. letech 20. století v USA ve výzkumu, který se týkal podpory a rozvoje komunikačních dovedností a změn chování u osob s hyperaktivitou, mentální retardací, vývojovými vadami či autismem. Na tento výzkum navázali holanďští odborníci Ad Verheul a Jan Hulsegge a položili základy konceptu Snoezelen, který dále rozvíjeli. Jedná se o multisenzorickou metodu, jejímž základem je speciální prostředí, které se diametrálně odlišuje od reality běžného života.

V posledních desetiletích se koncept Snoezelen dostává do povědomí odborné i laické veřejnosti v České republice, převážně v souvislosti s osobami s mentálním a kombinovaným postižením, a to jako podnětné prostředí, které zprostředkovává nové zážitky a zkušenosti. Nicméně i přes výzkumem potvrzené výsledky o přínosu tohoto konceptu stále není v České republice široce využíván. Nejsou dostupné ucelené metodické materiály a je nízká úroveň informovanosti odborné i laické veřejnosti, z čehož plyne i nedůvěra v přínos konceptu Snoezelen, a tudíž není využíván jeho plný potenciál.

Tento koncept má však rozsáhlé možnosti využití. Jednou z možností je koncipovat ho jako samotnou terapii, která má svá specifika, ale nejčastěji je aplikován formou podpůrné edukační metody či jako výplň volného času. V současnosti je snaha o využití konceptu Snoezelen ve školských zařízeních za účelem rozvoje kognitivních schopností a emocionality osob, přičemž zároveň snižuje agresivitu, zlepšuje sebeovládání a koncentraci. V neposlední řadě usnadňuje socializaci osob se speciálními vzdělávacími potřebami s intaktními spolužáky.

Koncept Snoezelen lze využívat u širokého spektra diagnóz od mentálního postižení, přes kombinované či tělesné postižení, ale i u pacientů s psychiatrickými diagnózami či poruchami chování, syndromu ADHD, ADD a u poruch učení nebo u geriatrických pacientů. Tomu odpovídá i množství odborných pracovníků, např. speciální pedagog, psycholog, pedagog, fyzioterapeut, ergoterapeut či sociální pracovník, kteří se tímto konceptem zabývají a využívají ho ve školách, školských zařízeních, rehabilitačních zařízeních nebo v domovech pro seniory.

Vzhledem k tomu, že dosavadní výzkumy prováděné v České republice se převážně zabývaly osobami s mentálním postižením, tato práce má za cíl nejprve shromáždit relevantní informace o konceptu Snoezelen a následně pomocí kvantitativního výzkumu zmapovat využití, úroveň informovanosti a postoje klientů s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců a zároveň i odborných pracovníků, kteří se podílejí na stimulaci a rozvoji těchto osob.

První část této diplomové práce se věnuje analýze současného stavu problematiky. V prvé řadě bylo nezbytné vymezit pojmy tělesné a kombinované postižení, neboť se jedná o stěžejní parametr pro následnou tvorbu výběrového souboru respondentů. V této části diplomové práce je též popsán koncept Snoezelen z několika úhlů pohledu, včetně výzkumů, které potvrzují jeho přínosy a opodstatněnost pro praktické využití. Pro ucelený pohled na danou problematiku byla provedena analýza českých i zahraničních zdrojů.

Druhá část diplomové práce se zabývá samotným výzkumem. Nejprve byly vytyčeny cíle diplomové práce a následně formulovány výzkumné otázky, přičemž byl sestaven dotazník, který byl koncipován tak, aby objektivně zodpověděl výzkumné otázky a zároveň se stal univerzálním prostředkem kvantitativního výzkumu pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením, zákonné zástupce i odborné pracovníky napříč spektrem zainteresovaných profesí. V této části byly popsány i výzkumné metody a zásady, které je nezbytné při kvantitativním výzkumu dodržovat.

Ve třetí části diplomové práce byl vzhledem k nízké úrovni informovanosti navržen informační leták, který stručně a výstižně informuje jak klienty, pro něž je tento koncept určen, tak odborné pracovníky, čímž je podpořen i praktický význam této diplomové práce, neboť tyto letáky bude možné volně distribuovat, a tím podpořit rozvoj konceptu Snoezelen v České republice.

Poslední dvě části diplomové práce se zabývají diskuzí nad zjištěnými poznatky a stručným souhrnným závěrem dané problematiky.

2 Teoretická východiska práce

Nejprve byla provedena analýza současného stavu problematiky a vymezeny základní pojmy, které se k této diplomové práci vážou. V následujících kapitolách je uvedena specifikace pojmu tělesné a kombinované postižení, což je klíčové pro následující kvantitativní výzkum. Dále byly zanalyzovány dostupné zdroje o konceptu Snoezelen a uceleně popsány teoretická východiska, možnosti využití i přínosy tohoto konceptu.

2.1 Specifikace pojmu tělesné postižení

Jednotliví odborníci charakterizují a dělí tělesné postižení rozdílně, přesto se v mnohém shodují, tudíž v rámci této diplomové práce je níže uvedeno co nejkompaktnější vymezení pojmu tělesné postižení od různých autorů.

Ačkoliv je pojem tělesné postižení velmi obsáhlý, v obecné rovině ho lze chápat jako postižení, které se projevuje dočasnými nebo trvalými nedostatky v motorických dispozicích jedince. Nejčastější příčinou je porucha nervového systému, kterou lze považovat za tělesné postižení, pokud má negativní dopad na hybnost jedince. Dále se může jednat o postižení muskuloskeletárního systému (kostí, kloubů, šlah, svalů i cévního zásobení), včetně vrozených a získaných deformit končetin a těla. Z uvedeného vyplývá, že tělesné postižení může být vrozené či získané [1–4].

Tělesné postižení neovlivňuje pouze motoriku jedince, ale i psychomotorický vývoj dítěte, což může vést následně i k dalším problémům v psychické a sociální sféře. U dospělých osob se rovněž tělesné postižení promítá do emocí, kognitivních procesů, sociálních projevů i samotného výkonu [1, 2, 5, 6].

Souhrnně lze říci, že tělesné postižení jedince má somatické, psychické a sociální aspekty. V oblasti somatické se převážně jedná o zhoršení či úplnou ztrátu lokomoce, patologické pohybové stereotypy, snížení schopností v oblasti jemné motoriky či nutnost využívat ortopedické a jiné pomůcky, včetně dopomoci dalších osob. Mezi psychické aspekty patří různé formy deprivace (výkonová, emoční, podnětová), ztížená emancipace nebo problematické sebepojetí a sebehodnocení, což se odráží i v motivaci jedince. V sociální sféře může docházet z mnoha důvodů

k izolovanosti osoby s tělesným postižením. Jedním z nich jsou komunikační bariéry, které vznikají na podkladě narušené funkce mluvidel, přidruženého smyslového postižení, případně z nedostatečného sociálního učení. Problematické je i utváření sociálních vztahů z důvodu nezkušenosti osob s tělesným postižením nebo naopak neadekvátnímu hodnocení těchto osob intaktní společností [7].

Tělesné postižení je možné vnímat také jako dlouhodobé či trvalé omezení jedince v každodenních činnostech běžného života. Tato definice v sobě zahrnuje i osoby dlouhodobě nemocné [8] a lze ji dále rozšířit a rozdělit na dvě skupiny. První skupinou je chronické postižení, kam patří dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, tzn. nevyлéčitelně nemocní, druhou skupinu pak tvoří motorické postižení [3].

Tělesné postižení lze posuzovat ve dvou dimenzích jednak jako estetické postižení, jednak jako motorické postižení. Postižení motoriky se dále dělí na lehké, středně těžké a těžké postižení. Při lehkém postižení je osoba nadále schopná samostatného pohybu. Při středně těžkém postižení pohyb osoby umožňují ortopedické pomůcky. Při těžkém postižení není možný samostatný pohyb osoby [6].

Z hlediska postižení určitého tělesného segmentu se může hovořit o postižení dolních končetin, které jsou klíčové pro soběstačnost osoby a v případě jejich postižení zvyšují závislost na pomoci druhých. Dále postižení horních končetin, které jsou nezastupitelné při sebeobsluze či pracovní činnosti. V neposlední řadě mohou být postižena mluvidla a mimika, což se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci, a tudíž i v sociální integraci. Případně se může jednat o různou kombinaci výše uvedeného [6].

Na vzniku tělesného postižení se podílejí nejrůznější exogenní i endogenní faktory [1]. Stěžejními medicínskými obory zabývající se diagnostikou poruch, které lze následně specifikovat jako tělesné postižení, jsou neurologie a ortopedie, jejichž kompetence se v mnoha případech překrývají.

2.1.1 Tělesné postižení při neurologických poruchách

Jedním z měřítek úrovně motoriky je svalový tonus. V rámci neurologického postižení dochází k hypotonii, a to při postižení periferního motoneuronu či mozečku, nebo k hypertonii, která se projevuje jako spasticita při postižení centrálního motoneuronu či rigidita při postižení bazálních ganglií [1, 9].

Obrnou se rozumí ztráta možnosti volního pohybu v různé míře. Paréza je částečná ztráta schopnosti pohybu a úplná ztráta je plegie. Příčinou centrální obrny je postižení CNS, což se projevuje spasticitou. Při chabé obrně jsou postiženy periferní nervy a dochází k hypotonii. V neposlední řadě je třeba zmínit kombinované formy a psychogenní obrny. V případě centrální léze hemisfér se obrna manifestuje z důvodu zkřížení většiny nervových vláken v prodloužené míše na kontralaterální straně, ale při mozečkové lézi obrna postihuje homolaterální stranu. V závislosti na postiženém segmentu se obrna dělí na monoparézu/plegii (jedna končetina), paraparézu/plegii (postižení dolních končetin), hemiparézu/plegii (postižení jedné poloviny těla) a kvadruparézu/plegii (postižení horních a dolních končetin) [1, 9].

Další poruchou svalového tonu jsou dyskinézy, např. chorea, balismus, dystonie, myoklonus či tiky. Dyskinézy se projevují mimovolnými pohyby, které není možné potlačit vůlí. Rozsah těchto pohybů se různí v závislosti na druhu postižení. Může se jednat o drobné záškuby svalových vláken až po nekontrolovatelné pohyby celého těla [1, 9, 10].

Mezi konkrétní případy spadající pod neurologii patří chronická onemocnění svalů (tzv. myopatie), která označují poškození svalového vlákna různé etiologie. K nejzávažnějším onemocněním se řadí progresivní svalové dystrofie. Tato onemocnění jsou charakterizována degenerací příčně pruhovaného svalstva, které je následně nahrazováno vazivovou či tukovou tkání, čímž ztrácí funkčnost. Prognóza úzce souvisí s konkrétní formou svalové dystrofie. Příkladem lze uvést Duchennovu svalovou dystrofii, která je dědičná a postihuje muže. Klinické příznaky se manifestují mezi druhým a třetím rokem života. Objevuje se kachní chůze a charakteristický myopatický šplh [1].

Dalšími příklady neurologických poruch jsou poliomyelitida, mikrocefalie, makrocefalie, hydrocefalus, meningomyelokéla, megalencefalie, tuberózní skleróza, nádory nervové soustavy, mozková obrna, kraniocerebrální traumata, krvácení do mozku, poranění páteře a míchy či degenerativní onemocnění nervové soustavy atd. [1, 9, 11].

2.1.2 Tělesné postižení při ortopedických vadách

Mezi frekventovaná ortopedická postižení patří vývojová kyčelní dysplazie, která může být jednostranná i oboustranná. Tíže postižení se pohybuje od lehkého postižení kyčelního kloubu až po těžkou luxaci, přičemž se jedná o predispozici k sekundární koxartróze. Vývojová kyčelní dysplazie vyžaduje konzervativní léčbu, v těžších případech operativní řešení. Dalším postižením dětského věku je Perthesova choroba, která postihuje převážně chlapce mezi pátým až sedmým rokem života. Jedná se o nekrózu hlavice femuru [1, 12, 13].

Významnou skupinu ortopedických vad tvoří různé deformace páteře. Může se jednat o hyperkyfózu (morbus Scheuermann, kongenitální, posturální, sekundární), hyperlordózu (posturální, kongenitální, neuromuskulární, sekundární) či skoliózu. Pojem skolióza značí vybočení páteře ve frontální rovině a vzniká na různém etiologickém podkladu. Strukturální skolióza je dána strukturální změnou těl obratlů, rotací obratle a jeho asymetrií. Dělí se na idiopatickou, kongenitální, neuromuskulární, posttraumatickou, při neurofibromatóze, z poruchy tvorby mezenchymu, z poruchy metabolismu, při dwarfismu, při tumoru, u kostní infekce, při spondylolistéze, při revmatickém onemocnění, u extravertebrálních kontraktur a při mukopolysacharidóze. Nestrukturální skolióza není dána deformací obratlů a dělí se na hysterickou, sekundární při zkratu dolních končetin, antalgickou z radikulárního dráždění a při kontrakturách v oblasti kyčelního kloubu [12]. Léčba skoliózy spočívá v individuální léčebné rehabilitaci a v indikovaných případech v korzetoterapii či operativním zákroku.

Mezi vrozená vývojová postižení patří např. dysmelie, které vznikají při porušeném zárodečném vývoji končetin. Dysmelie se dále dělí na amelie (chybění končetiny), fokomelie (zakrnělé končetiny) a mikromelii (malé končetiny vůči tělu) atd. Další skupinu tvoří amputace, což je chirurgické odstranění části či celé horní nebo dolní končetiny, a to z důvodu úrazu nebo jiného onemocnění. Odstraněné části končetin bývají zpravidla nahrazeny protetickou pomůckou, která může mít funkční či estetickou funkci [1, 12].

Je třeba zmínit i zánětlivá a degenerativní onemocnění, např. osteoartrózu, která v konečném stádiu může vést až k totální endoprotéze, nebo revmatická

onemocnění (revmatoidní artritidu). Velkou skupinou jsou i nádory pohybového aparátu, úžinové syndromy, vrozené vady končetin a systémové vady skeletu, jejichž někteří zástupci byly zmíněny výše [12, 13].

2.2 Specifikace pojmu kombinované postižení

Kombinované postižení je rovněž velmi široký pojem a v České republice ani ve světě neexistuje jeho jednotná terminologie. Kombinované postižení je takové postižení, při kterém dochází k narušení více funkcí či systémů. Nejčastěji se využívají termíny kombinované postižení, kombinované vady, vícečetné či vícenásobné postižení nebo více vad a v angličtině multiple handicap nebo multiple disabilities. Celková tíže postižení je určována s ohledem na dílčí poruchy a jejich kombinaci, přičemž stanovit primární postižení bývá někdy velmi obtížné. Na základě stupně postižení a určení, které postižení danou osobu nejvíce znevýhodňuje, se následně sestavuje vhodná kombinace léčby, sociální péče a edukace. Pro účely vzdělávání jsou klíčové mentální dispozice jedince [1, 4, 8].

Kombinované postižení má často multifaktoriální příčinu a může vzniknout prenatálně (infekce matky, toxické látky), perinatálně (hypoxie, ischemie, komplikovaný porod), raně postnatálně (úrazy, infekce), ale i v průběhu života. Vznik kombinovaného postižení není limitován věkem, pouze etiologické faktory budou rozličné. V obecné rovině se na vzniku kombinovaného postižení mohou podílet genetické, metabolické, neurologické, chromozomální a traumatické faktory [14, 15].

Podle stupně postižení se dělí kombinované vady na lehké, střední a těžké [16]. Některé kombinace různých druhů postižení se vyskytují společně ve vyšší frekvenci než jiné, např. tělesné postižení s mentálním, poruchy chování s mentálním postižením nebo zrakové a sluchové vady, což vede k hluchoslepotě [8].

V rámci vzdělávání žáků s kombinovaným postižením je možné tyto osoby rozdělit do tří skupin. Pro první skupinu je společným znakem mentální retardace, která je určující pro nejvýše dosažený stupeň vzdělání. Osoby zařazené do této skupiny mohou mít následující přidružené poruchy – tělesné a smyslové vady, poruchy chování a učení, psychická onemocnění či vady řeči. Druhou skupinu tvoří kombinované vady

smyslové, tělesné a vady řeči, avšak není zde přidruženo mentální postižení. Do této skupiny patří i hluchoslepé osoby mající svá specifika. Do třetí skupiny náleží osoby s poruchou autistického spektra, které rovněž mohou mít mentální postižení, tělesné a smyslové vady nebo vady řeči. [14, 17].

Jesenský dělí kombinované postižení na: 1) slepohluchoněmotu a lehčí smyslové postižení, 2) mentální postižení s tělesným postižením, 3) mentální postižení se sluchovým postižením, 4) mentální postižení s chorobou, 5) mentální postižení se zrakovým postižením, 6) mentální postižení s obtížnou vychovatelností, 7) smyslové a tělesné postižení a 8) postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou [18].

Příkladem kombinovaného postižení je Marinesco-Sjögrenův syndrom, který se může manifestovat kvadruparézou, mentální retardací a xeroftalmií. Dalším kombinovaným postižením může být mozková obrna, pro kterou je charakteristické motorické postižení, přičemž často je doprovázena i epilepsií, mentální retardací a dalšími vadami [1, 10], a proto podrobnější specifikace byla zařazena do kombinovaného postižení, ačkoliv se v určitých případech může řadit mezi tělesné postižení.

Dále mezi kombinovaná postižení patří Apertův syndrom, Prader-Willi syndrom či Downův syndrom, který je doprovázený mentální retardací, hypotonií, zrakovými a srdečními vadami. Osoby s Downovým syndromem mají charakteristický mongoloidní vzhled [12, 16].

2.2.1 **Mozková obrna**

Mozková obrna byla nejprve nazývána jako Littleova nemoc, neboť londýnský lékař John Little jako první tuto poruchu popsal v roce 1859 (1862). Později tato porucha začala být označována jako dětská mozková obrna a tento název je dodnes v povědomí odborné i laické veřejnosti. Konkrétně tento pojem zavedl v roce 1893 Sigmund Freud. Nicméně se jednalo o název dosti nepřesný, neboť ne všechny symptomy této poruchy mají charakter obrny. V některých publikacích je uveden termín encefalopatie, což je nespecifické poškození mozku. Václav Vojta používal označení infantilní cerebrální paréza. Na základě aktualizované mezinárodní klasifikace MKN-10 je adekvátním názvem mozková obrna [1, 9–12, 19, 20].

Mozková obrna je neprogresivní neurovývojové postižení motorického vývoje dítěte. Vzniká prenatálně, perinatálně či raně postnatálně, avšak v případě vzniku prenatálně či perinatálně není toto postižení stacionární, ale ve svých projevech se vyvíjí. Příčinou je postnatální jizvení, gliózy s retrakcí, progresivní atrofie či kavitace. Mozková obrna se manifestuje na motorických i senzitivních drahách, včetně smyslových, a bývá doprovázena i poruchou mentálních funkcí. Při využití zobrazovacích metod se lze setkat s mikro či makrocefalií, hydrocefalem, agenezí gyrů atd., ale není to podmínkou. Epidemiologické údaje se liší, takže incidence se pohybuje kolem 1 - 5 z 1000 živě narozených dětí [1, 9–12, 21].

Příčiny vzniku mozkové obrny jsou rozmanité, přesto je lze dělit na tři skupiny:

- **Prenatální** – nejčastěji se jedná o intrauterinní infekce, např. toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpetické infekce či syfilis. Mezi další možné příčiny patří drogy, které užívá matka, či vývojové malformace a nedonošenost.
- **Perinatální** – zde bývá příčinou sepse či komplikovaný porod, při němž může dojít k ischemii, hypoxii a mozkovému traumatu.
- **Postnatální** – do této skupiny se řadí kojenecké infekce, např. bronchopneumonie a gastroenteritidy, dále trauma hlavy, toxiny či poporodní žloutenka [9, 10, 12].

Formy mozkové obrny

Nejdominantnějším projevem mozkové obrny je porucha hybnosti, která se objevuje již v raném stádiu onemocnění a zároveň způsobuje osobám největší omezení. Charakter této poruchy je dán podle toho, jaká oblast CNS je postižena. Vzhledem k širokému spektru postižení CNS i klinických příznaků se jednotliví odborníci liší v dělení. Níže uvedený podrobný popis jednotlivých forem je dle Koláře [10] a následně jsou nastíněny i další možnosti dělení.

- **Spastická diparéza** – patří mezi nejčastější formu mozkové obrny, u které je incidence 41 % - 65 %. Motorický deficit je různý, některé osoby jsou zcela apedální, jiné dosáhnou bipedální lokomoce, avšak chůze vždy obsahuje patologické prvky. Spastická diparéza se vyznačuje větším postižením dolních končetin oproti horním končetinám. Spastická diparéza se vyvíjí ze spastické tetraparézy, kdy vzniká postupným zapojováním horních končetin

přes stadium triparézy. Často dochází k asymetrické paréze a vyvíjející se postižení může skončit monoparézou. Polovina dětí trpí epilepsií a dvě třetiny snížením intelektu. Pro děti s touto formou jsou charakteristické dysmorfismy či pseudoharrisonova rýha pod hrudním košem. U těžších forem se ve 20 % objevuje rigidita.

- **Spastická hemiparéza** – je charakterizována jednostrannou poruchou, včetně obličejů. Tuto formu mozkové obrny je možné dále dělit na kongenitální a získanou. U více než třetiny osob se manifestuje epilepsie, přičemž záchvaty jsou sekundárně generalizované či fokální. V návaznosti na epilepsii se až u 50 % epileptiků objevuje mentální retardace. Tíže postižení se určuje podle motorické funkce postižené horní končetiny. Může se vyskytovat i homonymní hemianopsie či divergentní strabismus. Současně je opožděn růst postižené horní končetiny.
- **Cerebelární forma** – tato forma mozkové obrny se samostatně téměř nevyskytuje a je často spojena s lehkou mentální retardací. Někdy je provázána i autismem. Na vzniku se podílejí převážně prenatální faktory a její vývoj úzce souvisí se zráním mozku, čemuž odpovídají příznaky. Mezi klinické příznaky patří asynergie svalových skupin, adiadochokineze, dysmetrie, ataxie trupu, intenční třes či hypotonie. Hypotonie je centrální a v jejím důsledku dochází k opoždění psychomotorického vývoje dítěte.
- **Cerebelární diparéza** – cerebelární forma mozkové obrny se často sdružuje se spasticitou, která se projevuje vedle hypotonického cerebelárního syndromu, což v praxi znamená, že se přibližně po šestém měsíci života dítěte začnou na hypotonickém podkladu jevit příznaky spasticity. Tíže motorického deficitu je závislá na rozsahu postižení, přičemž primárně jsou postižené dolní končetiny.
- **Dyskinetická forma** – je forma mozkové obrny, jež je charakterizována abnormní posturou či pohyby. Rozděluje se na hyperkinetické formy, které se projevují atetózou nebo choreou, a na dystonickou formu, při níž je abnormální svalový tonus. Dystonická forma může být provázána i v menším rozsahu mimovolními pohyby a má typické držení těla s poruchou izometrické

kontrakce. Zároveň dochází k problémům s polykáním a se žvýkáním, čímž vzniká malnutrice.

- **Smíšená tetraparéza** – zde se kombinuje více forem centrálního postižení, často je přidružena i těžší forma mentální retardace a více než 50 % osob trpí těžkými epileptickými záchvaty, které lze pouze obtížně medikamentózně ovlivnit. Tyto děti umírají v nízkém věku a nejsou schopny se o sebe postarat bez výrazné pomoci druhých.
- **Atonická diplegie** – vzniká na podkladě postižení frontálních laloků. Charakteristickým příznakem je hypotonie a často i těžší mentální postižení. Na vnější podněty dítě reaguje dystonickou atakou a celkově je apatické [10].

Další možné dělení mozkové obrny je na spastickou a nespastickou formu, přičemž pod spastické formy patří diparetická, hemiparetická a kvadruparetická a pod nespastické formy náleží hypotonická a extrapyramidová [1]. Případně je možné mozkovou obrnu dělit na spastické formy (diparetické, hemiparetické a kvadruparetické), dyskineticko-dystonické, cerebelární a smíšené [11]. V souvztáhnosti s Bobath konceptem se mozková obrna rozděluje na spastickou formu lehkou, střední či těžkou. Dále na hypotonickou, atetoidní a ataktickou formu [21]. Pfeiffer dělí mozkovou obrnu na spastickou diparézu (diparetická forma), hemiparetickou formu, bilaterální hemiparézu (kvadruparetická forma) a na hyperkinetickou (dyskinetickou) formu – atetózu [9]. Sosna určuje tři formy mozkové obrny. První je spastická (70%), kterou dále dělí na hemiplegii, diplegii, paraplegii a quadruplegii. Druhá forma je atetoidní a dyskinetická (20%) a třetí je ataktická (10%) [13]. V neposlední řadě je podstatné zmínit dělení jednak podle fyziologické klasifikace na spasticitu, dystonii, ataxii, hypotonii a smíšené formy, jednak podle anatomické klasifikace na hemiparézu/plegii, diparézu/plegii (paraparézu), triparézu/plegii, tetraparézu (kvadruparézu/plegii) a monoparézu [12].

Terapie

Hlavním principem léčby je individuální pohybová terapie na neurofyziologickém podkladu. Neurofyziologické principy v terapii mozkové obrny začal prosazovat Fay. V současnosti se nejčastěji využívá Bobath koncept, Vojtova reflexní lokomoce, pohybová terapie podle Petöho, PNF, koncept Castillo-Moralese,

neuromuskulární reflexní terapie - Fay či léčebný program dle Tardieua atd. Na komplexní léčbě se podílí pediatr, dětský neurolog, ortoped, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, logoped atd. V případě potřeby jsou indikovány operativní zákroky, medikamentózní léčba, ortézy či aplikace botulotoxinu [9, 10, 12, 13, 22].

2.3 Koncept Snoezelen – MSE

Snoezelen koncept je multisenzorická metoda, která je využívána k rozvoji a edukaci osob se speciálními potřebami. Jedná se o formu práce, jež se rozvíjí i v rámci české speciální pedagogiky. Základem celého konceptu je speciální prostředí odlišující se od okolního každodenního života. Prostředí by mělo být podnětné a stimulující všechny smysly [23].

Výraz Snoezelen vznikl z holandštiny, a to ze slov snuffelen (cítit) a doezelen (dřímat, relaxovat). Důvodem pro používání převzatého výrazu v rámci České republiky je skutečnost, že neexistuje žádný český ekvivalent, který by plně vystihoval podstatu konceptu [15, 23–27].

Začátek konceptu Snoezelen se datuje do 70. let 20. století. Američtí psychologové Cleland a Clark v roce 1966 uvedli svůj výzkum podpory a rozvoje komunikačních dovedností a změn v chování u osob s mentální retardací, hyperaktivitou, autismem a vývojovými vadami. Osoby byly stimulovány pomocí smyslových vjemů a celá terapie se nazývala Sensory cafeteria. Na podkladě tohoto výzkumu holanští odborníci Ad Verheul a Jan Hulsegge založili a rozvíjeli koncept Snoezelen. Snoezelen byl koncipován jako volnočasová aktivita pro osoby s kombinovaným a mentálním postižením. Byly vytvořeny speciální místnosti, které se diametrálně odlišovaly od běžného prostředí známého pro osoby s postižením. Hlavním cílem této metody bylo pomocí smyslových podnětů nalézt komunikační kanál mezi osobami s postižením a intaktní společností. V Nizozemí vzniklo pod dohledem Ad Verheula Centrum Snoezelen o rozloze přibližně 350 m² [23, 24, 26].

Koncept Snoezelen je možné označit za integrovaný přístup, využívaný v rámci péče odborným personálem při denních činnostech, jehož cílem je stimulovat smysly osob pomocí světelných, čichových, zvukových, hmatových a chuťových podnětů.

Důraz je kladen na nestresující prostředí, bez nutnosti využití vyšších kognitivních schopností [25, 28, 29]. Koncept Snoezelen vychází z osobních předpokladů klienta, jeho dovedností a schopností, jakož i z jeho životních postojů s ohledem na možnosti socializace. Za účelem uspokojení fyzických i psychických potřeb dochází k přizpůsobení metod a technik, které jsou aplikovány [23, 30]. Lze konstatovat, že podstata a cíl celého konceptu je založena na snaze pochopit potřeby osob a následně dopomoci k jejich realizaci [31].

Místnosti určené pro Snoezelen se nacházejí v zařízeních a školách po celém světě a jsou součástí inkluzivního vzdělávání. Jedná se o prostor diametrálně odlišný od běžného prostředí. V případě škol a školských zařízeních slouží k budování nových vztahů mezi učiteli, vychovateli a žáky. Napomáhá k vzájemnému poznání, rozvíjí a stimuluje všechny smysly a usnadňuje řešení problémů. Velkým úskalím inkluze žáků s postižením jsou poruchy chování, které narušují výuku. Multisenzorické místnosti řeší tyto komplikace prostřednictvím nových prožitků a zážitků. Jak říká Slavík, zážitek je originální vnímání nějaké situace, prostoru či části dne, který dokážeme popsat a vyprávět o něm. Na tento zážitek osoba upne svou pozornost a prožívá jej celým svým tělem, přičemž míra uplatnění zážitku je závislá na kvalitě vnímaného objektu, zkušenostech a prostředí [32].

Lancioni rovněž popisuje rozšíření konceptu Snoezelen v rámci aktivace pacientů v ústavní péči [33]. Koncept Snoezelen může být koncipován jako terapie, podpůrná edukační metoda nebo jako výplň volného času [26, 34]. V současnosti se koncept Snoezelen nejčastěji využívá u osob s mentálním postižením či autismem, čemuž i odpovídá četnost výzkumů, které byly provedeny na toto téma v zahraničí [26, 29, 35–38]. Publikované články se rovněž zaměřují na děti s poškozením mozku nebo na osoby s chronickou bolestí [39, 40].

Mnoho zahraničních studií dokládá pozitivní efekt Snoezelenu na emocionální stav osob, zlepšení jejich komunikačních schopností a redukci poruch chování se snížením agresivního chování [23, 29, 36, 37, 41–45], ale existuje jen málo důkazů o přenosu tohoto pozitivního efektu do běžného prostředí či o jeho dlouhodobém trvání [25, 29, 35, 36, 46]. Jako první se touto problematikou zabýval Singh a kol., jenž zkoumal, zda pozorované změny v průběhu lekce Snoezelenu dále přetrvávají při navazujících činnostech a byl prokázán přetrvávající efekt týkající se snížení

agresivity [45]. Další výzkum, který se věnoval přenesení pozitivního efektu konceptu Snoezelen do následných činností u osob s mentálním postižením, vedl např. Kaplan a kol. [29].

Problematickým místem výzkumů je i skutečnost, že mnoho studií vykazovalo pozitivní výsledky na podkladě kvalitativních dat, které byly získány bezprostředně po realizaci konceptu Snoezelenu, avšak bez předem definovaného cílového chování, což vedlo k subjektivnímu hodnocení [47, 48]. V rámci výzkumu i praxe je důležité nejprve učinit systematické funkční posouzení chování klienta [25, 49]. Dalším důležitým aspektem je vztah mezi terapeutem a klientem, k němuž je nezbytné přihlížet v průběhu výzkumu, neboť může vést k neobjektivním výsledkům [33]. Byly provedeny i studie, které nevykazují pouze pozitivní výsledky a nabádají k opatrnosti při využívání multismyslových místností a přísnou individualizaci postupů s následným hodnocením přínosu [25, 26, 38].

V České republice se výzkumem konceptu Snoezelen zabývala Janků a Vitásková, a to u osob s mentálním postižením a kombinovanými vadami [23, 50]. Tento výzkum se uskutečnil v roce 2007 a zaměřoval se na využívání konceptu Snoezelen v rámci České republiky a na efektivitu tohoto konceptu, což bylo vyhodnocováno na podkladě případových studií. Kvantitativní část výzkumu byla provedena v 618 zařízeních, která spadají pod MPSV (ústavy sociální péče, rehabilitační stacionáře a různá centra), MŠMT (základní školy praktické a speciální, rehabilitační třídy, mateřské a základní školy s upraveným vzdělávacím programem a školská poradenská zařízení), MZ (kojenecké ústavy) a v zařízeních, jejichž pracovníci podléhají pod různé výše uvedené resorty [23, 50].

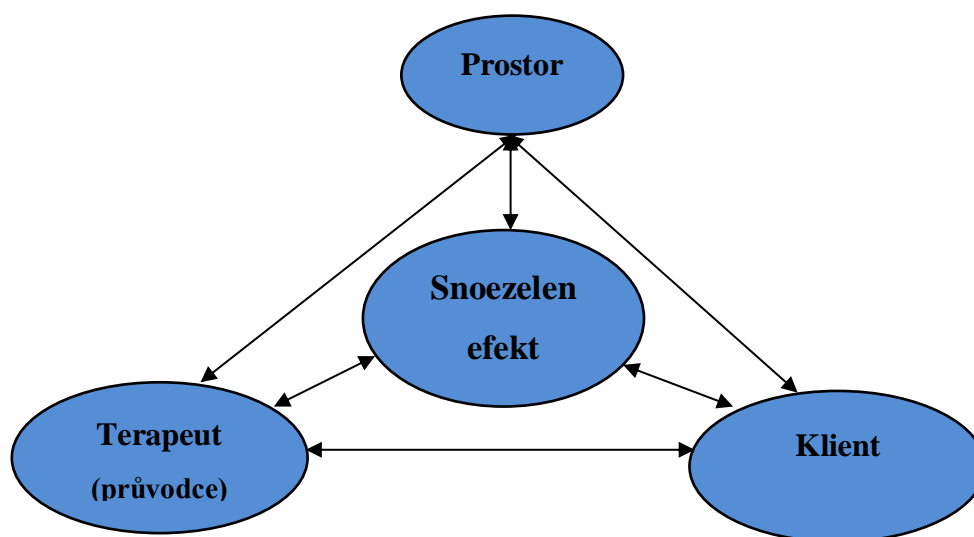
Šetření probíhalo formou dotazníků a zaměřovalo se na charakteristiku respondentů, jejich znalosti o konceptu Snoezelen a jejich pohledem na přínos konceptu a prognózu. Výsledky výzkumu byly následovné: 13 % respondentů využívalo koncept Snoezelen a 41 % tuto metodu zná, přičemž jejich délka praxe byla 6 – 10 let. Ti, kteří tento koncept vůbec neznali, měli praxi delší než 20 let. 33 % oslovených odborníků považovalo koncept Snoezelen spíše za terapii či podpůrnou edukační metodu, než za výplň volného času. Na podkladě položených otázek charakterizovalo tento koncept správně 36 % odborníků. Nejčastějšími jejich cíli byly relaxace a zklidnění, lepší socializace a snížení agresivity. Jako negativum konceptu Snoezelen

většina uváděla vysoké náklady na zřízení Snoezelen místností, dále pak nedostatek odborné literatury či nízké povědomí veřejnosti. Z výzkumu vyplynulo, že i přes veškerá negativa má odborná veřejnost o tento koncept zájem a 80 % ho považuje za přínosný. Na podkladě tohoto výzkumu lze očekávat nárůst místností určených pro koncept Snoezelen, avšak je nezbytné vytvořit teoretickou základnu, která by umožňovala snazší orientaci při výběru vhodných pomůcek a přístrojů, ale i samotného postupu či vytyčených cílů [23, 50].

Při hodnocení efektivity konceptu Snoezelen v České republice byl využit kvalitativní výzkum, který měl podklad v analýze případových studií. Bylo zanalyzováno 10 osob, u nichž byly sledovány vytyčené individuální cíle po dobu dvou let a zhodnocen celkový přínos konceptu Snoezelen. Na základě výzkumu lze konstatovat, že došlo ke zlepšení kvality života sledovaných osob, a to v oblasti smyslové percepce, konstruktivního využití volného času, poznávání, zlepšení sebeovládání a socializace [23, 50].

2.3.1 Teoretická východiska konceptu Snoezelen

Základní schéma konceptu Snoezelen je: terapeut (průvodce) – klient – prostor [23, 24].



Obrázek 1 Didaktický trojúhelník konceptu Snoezelen [23, 24]

Uvedené schéma – trojúhelník je harmonickým propojením tří činitelů, kteří společně formují střed – Snoezelen efekt. Primární zásadou konceptu Snoezelen je, že klient není do ničeho nucen, nic nemusí a vše je dovoleno, což pro terapeuta (průvodce) znamená postup spočívající v tom, aby do lekcí neprojektoval vlastní hodnoty, představy, normy či potřeby, nýbrž veškeré úsilí individuálně přizpůsobil každému klientovi [23, 24, 51–53].

Prostor

Aplikace názorných pomůcek v pedagogice i speciální pedagogice započala již v době Jana Amose Komenského, a to vydáním jeho knihy Orbis Pictus - Svět v obrazech v roce 1658. Jeho myšlenky jsou založené na principu, že čím více smyslů se na procesu učení podílí, tím lépe se daný jev uchová v paměti [54].

Různé modely a učební pomůcky jsou nezastupitelné při rozvoji poznávání a myšlení. Stěžejním kamenem konceptu Snoezelen je specificky uspořádané prostředí, které je vytvořeno s ohledem na určité cíle. Je nezbytné, aby prostředí navozovalo pocit důvěry a bezpečí. Nezastupitelnou roli zde hrají specifické přístroje a instalované pomůcky, které rozvíjejí představivost a usnadňují osvojování informací. Účelem těchto pomůcek v multisenzorických místnostech dle Krona je zprostředkování obsahů a cílů, aktivizace klientů, realizace metodických představ terapeuta (průvodce) a splnění cíle. V neposlední řadě Snoezelen místnost zlepšuje podmínky dané instituce. Základní místností je většinou tzv. bílá místnost, neboť se v ní jednodušeji provádějí změny a výrazněji vyniknou optické efekty. Místnost může být doplněna barevnými polštáři a látkami na stropě a stěnách [23, 24].

V dnešní době existuje široké spektrum pomůcek a přístrojů. Je však nutné mít na zřeteli, že místnost určená pro koncept Snoezelen by měla být uzpůsobena určitému okruhu klientů, kteří mají podobné charakteristické rysy a vlastnosti, přičemž nesmí dojít k zahlcení stimuly a podněty [55].

Místnosti se přizpůsobují skupině klientů podle stáří, průměrného počtu osob a jejich schopností volného pohybu po místnosti. Dalšími parametry jsou osobní potřeby klientů i představy terapeutů (průvodců). Místnosti se uzpůsobují podle různých cílů, např. k relaxaci, komunikaci, socializaci či rehabilitaci. Důležitým faktorem je i samotná velikost místnosti, která je pro koncept Snoezelen vyhrazena [23].

Základními parametry jsou:

- Bezpečnost klientů je při provozování místností na prvním místě, což zajišťuje proškolení personálu ohledně správné manipulace s pomůckami a technikou. Nezbytná je průběžná kontrola všech využívaných přístrojů. Místnost by neměla mít žádné ostré rohy, hrany ani schody.
- U místnosti určené pro koncept Snoezelen by měl být k dispozici telefon a hasicí přístroj.
- Pro lepší pohyb klientů je vhodná montáž madel a úchyty.
- Dostatečně velký prostor (25 m²), kde se mohou pohybovat i osoby stranící se okolí. Zpočátku jsou vhodné pouze dotyky a vztahy se známými osobami.
- Tlumené světlo od 50 luxů, které je umístěno na stropě a stěnách, např. projektory a barevná svítidla, jež jsou snadno ovladatelná.
- Přijatelná teplota 22 – 24 °C.
- Podlaha z korku, tvrdé pryže či koberce, která umožňuje bezpečný pohyb a je dobře čistitelná.
- Odpovídající větrání a příjemná vůně, která je podpořena aromatickými lampami a oleji – meduňka, pomeranč, citrón, bergamot, levandule, zázvor či eukalyptus. Vůně by měly být pouze přírodní, bez příměsí, a to kvůli vůni samotné i zdravotnímu stavu klientů.
- Dostatečné spektrum zvukového materiálu a ideální hlasitost zvuků hudební techniky, kterou lze ovládat a regulovat.
- Pohodlné sedačky, polštáře, deky a lehátka.
- Dalším vybavením mohou být vodní sloupce, zrcadla, světelná vlákna a zrcadlové koule atd.
- Hmatové pomůcky, dotykové materiály a kartáče patří do zvláštní místnosti či předsíně, pokud to prostorové možnosti dovolují [23, 24, 50, 55–57].

Koncept Snoezelen je magickým světem působící na smysly klientů (viz Obrázek 3 Snoezelen místnost převzato z [74], Obrázek 4 Snoezelen místnost převzato z [75], Obrázek 5 Snoezelen místnost převzato z [76], Obrázek 6 Snoezelen místnost převzato z [77]).

Pro bližší pochopení je níže uvedena specifikace stimulace jednotlivých smyslů [23].

Vizuální percepcce

Ke stimulaci zrakového vnímání se nejčastěji využívají světélkující tubusy naplněné vodou apod. Tyto tubusy se pohybují, což způsobuje rozličné světelné efekty na stěnách místnosti. Místnosti mohou být osvětleny širokou škálou barev, využívají se i světelná vlákna či maxi bublifuky [23, 24].

Sluchová percepcce

Sluchové vnímání může být stimulováno kromě místností Snoezelen i ve speciálních místnostech, které jsou zaměřené pouze na sluchovou percepci. Místnosti jsou vybavené rozličnými hudebními nástroji, zvukovými hračkami a zvonkohrami. Nedílnou součástí je i audio-stereo systém, jež je využíván pro podpoření relaxace či naopak k aktivaci klienta [23, 24].

Haptika

Taktilní stimulace je realizována pomocí rozličných pomůcek a vždy je závislá na samotném cíli dané místnosti. Místnosti mohou být pokryté koberci na podlaze i stěnách. Dále jsou využívány vodní postele, pohovky, polštáře, sedáky nebo pomůcky určené ke kontrole agresivity klienta, např. bouchací pytle, panáci atd. V současnosti se k místnostem, které jsou určené pro realizaci konceptu Snoezelen, připojuje i další prostor, tzv. haptické chodby. V chodbách jsou umístěny závěsné i statické taktilní pomůcky. Je vhodné využívat i podlahy reagující na dotek zvukovým či světelným efektem, což umožňuje klientovi propojení haptiky se sluchovým či zrakovým vjemem [23, 24].

Čichové vjemy

Vůně aktivují paměťové stopy klienta a pozitivně ho ovlivňují. Jsou modálním faktorem, který je realizován pomocí aroma lamp či difuzérů, např. se může využít spojení vůně skořice/jehličí a vánočního klidu [23, 24].

Chuťové vjemy

Chuť je velmi opomíjenou smyslovou oblastí, ačkoliv bezesporu ovlivňuje náladu klienta skrze dutinu ústní a chuťové buňky jazyka, např. čokoláda přináší libé pocity a může sloužit jako odměna či nástroj pro změnu situace. Stimulace chuťových

buněk umožňuje i učení rozeznávání jednotlivých chutí, což může být zdrojem pobavení [23, 24].

Rozdílné jsou názory odborníků, kteří se konceptem Snoezelen zabývají ohledně využívání venkovního prostoru. Jedna skupina odborníků tvrdí, že koncept Snoezelen má být realizován výhradně ve vnitřních prostorách budovy, tedy ve speciálně uzpůsobených místnostech, a to z důvodu neměnnosti prostředí. Druhá skupina odborníků se přiklání k využívání i venkovního prostoru. Třetí skupina má globální pohled na tuto problematiku. Tito odborníci respektují a považují za přínosné veškeré předem naplánované pozitivní podněty [23, 24, 50, 56].

Terapeut (průvodce)

Terapeutem (průvodcem) by měla být osoba s pozitivní energií, vyzařující vnitřní klid a otevřenost, jak po stránce emocionální, tak i tělesné. K dalším vlastnostem terapeuta (průvodce) by měla patřit empatie, trpělivost, kreativita a umění naslouchat klientům. Klienta je nutné umět pozitivně motivovat. Pro dosažení stanovených cílů a úspěšnou spolupráci je zapotřebí mezi terapeutem (průvodcem) a klientem navodit vztah založený na důvěře. Vysoká sociální vnímavost, kterou by měl každý terapeut (průvodce) mít, je dána uvědoměním a schopností pozorovat odlišnosti klientů a konstruktivně s nimi nakládat. Dále tato sociální percepce zahrnuje sociální a emoční inteligenci či zhodnocení rizika chybného odhadu při poznávání klientů. Tuto percepci ovlivňuje fyzický vzhled, nonverbální a verbální projev klienta. Ze strany vnímajícího terapeuta (průvodce) se jedná i o faktory jako sebepojetí, předchozí pocity ze sledovaných podnětů atd. a o dojmy ze stimulující osoby v podobě klienta, což jsou nejčastěji pocity vůči vnímané osobě či specifické rysy osobnosti [23, 24, 55, 58].

Nedílnou součástí vědomostí terapeuta (průvodce) by měla být znalost diagnóz a z nich plynoucích potřeb i problémů. Zároveň terapeut (průvodce) musí znát podstatu působení jednotlivých smyslových vjemů na lidský organismus, a to zejména s ohledem na cílenost a bezpečnost konceptu Snoezelenu. Vzhledem k tomu, že koncept Snoezelen je využíván v různých zařízeních od mateřských školek, přes základní školy, rehabilitační zařízení až po hospice a domovy pro seniory, může být terapeutem (průvodcem) speciální pedagog, vychovatel, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut,

sociální pracovník, pedagog apod. Souhrnně lze konstatovat, že terapeut (průvodce) by měl být kompetentní a zodpovědnou osobou [23, 24, 55].

Terapeut (průvodce) by měl mít následující individuální kompetence:

- **Sociální kompetence** – patří sem schopnost týmové spolupráce, komunikativnost, kooperace, schopnost řešit konflikty, empatie, schopnost vnímat klienta a jeho verbální i neverbální komunikaci nebo jeho dovednosti. Dále sem spadají znalosti o interpersonální inteligenci či o faktorech, které ovlivňují pedagogickou i sociální percepci apod. [23, 24, 59].

Důležitou vlastností každého terapeuta (průvodce) je výše zmíněná empatie. Empatie má základ v pochopení vlastních emocí a v sebeuvědomění. Vzhledem k tomu, že většinu emocí osoby projevují nonverbálně, terapeut (průvodce) musí být k těmto projevům vnímavý, neboť až 90 % veškeré komunikace je tímto způsobem sdělováno. Dalším důležitým prvkem je schopnost aktivního naslouchání, které je spojováno s příjemným pocitem osoby, jíž je nasloucháno, a to z důvodu vytvoření prostoru pro její myšlení, budování důvěry, úcty a přátelství. Terapeut (průvodce) by neměl mít předsudky a měl by se plně věnovat klientovi. Důležitým faktorem je trpělivost, ochota věnovat čas a pozornost klientovi, bez nutkání vnášet do hovoru vlastní názory, předsudky a životní postoje [60–62].

- **Kompetence ve vztahu k vlastní osobě** – pod tento pojem lze zahrnout nakládání s vlastními hodnotami a normami, schopnost sebehodnocení a dalšího seberozvoje [23, 24, 59].
- **Kompetence v oblasti metod** – jedná se o uplatnění odborných znalostí v praxi. Celý proces by měl být systematický a cílený. Důležitým aspektem je tvořivost a inovativnost, ale nesmí být opomíjena schopnost terapeuta (průvodce) při hodnocení přínosů a rizik, a to na základě nashromážděných dostupných informací uvedených do kontextu dané situace [23, 24, 59].

S ohledem na zaměření této diplomové práce na speciální pedagogiku je nezbytné též objasnit kompetence speciálního pedagoga, učitele či vychovatele. Mezi hlavní složky kompetence patří zkušenosti, dovednosti a znalosti [23, 63].

Hovoří-li se o profesních kompetencích, jsou do této kategorie zahrnuty i osobní předpoklady, hodnoty či postoje, neboť všechny zmíněné složky umožňují pedagogickému pracovníkovi výkon povolání [61].

Dovednosti pedagogického pracovníka jsou získávány praxí a upínají se k určitému cíli, kterého má být dosaženo. Měly by být aplikovány a citlivě přizpůsobovány s ohledem na prostředí, nicméně vyžadují i přesnost provedení. V pedagogických kompetencích se odrážejí i profesní postoje, respektive to, co pedagogický pracovník považuje za žádoucí či nežádoucí jevy. Na základě subjektivního hodnocení pedagogického pracovníka je následně určena hodnota těchto jevů, což v konečném důsledku silně ovlivňuje způsob chování, volbu prostředků i cíle [58, 64].

Zásady práce terapeuta (průvodce)

- Respektování intimní, případně osobní zóny klienta.
- Nespěchat na klienta, neboť každý má jinou délku a čas reakcí a je velmi těžké ji předem odhadnout.
- Nastavení určitého řádu (rituálů) v terapii.
- Klient by měl terapeuta (průvodce) znát a mít k němu důvěru, a proto není vhodné terapeuty (průvodce) střídat.
- Průběžné sledování psychického i fyzického stavu klienta, což se odrazí v následném přizpůsobování terapie.
- Posuzování terapie z různých úhlů pohledu, sledování vytyčeného cíle a schopnost vše analyzovat a činit odpovídající závěry.
- Sledování vývoje klienta a jeho úspěchy v určitém časovém úseku, a to jak z hlediska verbální, tak i neverbální komunikace.
- Zaměření se i na negativní projevy klienta jako je pláč, lhostejnost, pomalá adaptace apod.
- Neopomínat i na samotnou cestu do Snoezelen místnosti, neboť se pro klienta jedná o změnu prostředí.
- Kladení důrazu i na dotek a tělesný kontakt, přičemž hranici určuje terapeut (průvodce) s klientem.
- Individuální přístup [23, 55].

Klient

Vzhledem k tomu, že koncept Snoezelen se využívá v mnoha odlišných zařízeních, je klientela různorodá, přesto ji lze popsat ve třech základních dimenzích [23, 24]:

- **Diagnóza** – nejčastěji se koncept Snoezelen využívá u tělesného a mentálního postižení či u kombinovaných vad, těmto klientům je nejčastěji věnována péče speciálními pedagogy. Dále je vhodné tento koncept aplikovat u klientů s psychiatrickými diagnózami, u demencí (různé etiologie), u širokého spektra neurologických diagnóz např. Parkinsonův syndrom, sklerosa multiplex nebo u poruch chování a syndromu ADHD a ADD či u specifických poruch učení, v neposlední řadě i v rámci geriatrické péče. Prostředí se přizpůsobuje specifickým potřebám každého klienta v závislosti na mnoha faktorech, přičemž jedním z nich je jeho diagnóza [23, 24, 55, 56].
- **Věk** – koncept Snoezelen lze používat ve všech věkových kategoriích při respektování ontogenetických zvláštností [23, 24].
- **Prostředí, v němž klient žije** – v současné době jsou zřizovány Snoezelen místnosti v různých zařízeních. Trendem je stavba celých rozsáhlých komplexů, které jsou vystavěny v souladu s tímto konceptem [23, 24].

V průběhu celého procesu je sledována mimika a gestikulace klienta, rovněž dýchání, držení těla i rychlost pohybů, hlas a tón řeči i nálada a interakce s ostatními klienty při skupinovém využití konceptu Snoezelen. Je nezbytné neustále přizpůsobovat aplikaci této metody aktuálnímu stavu a rozpoložení klienta [23, 24, 55].

2.3.2 Tři úhly pohledu na koncept Snoezelen

Samotní odborníci se liší v názoru, zda je možné tento koncept považovat za terapii nebo za podpůrnou edukační metodu či pouze za volnočasovou aktivitu. Někteří se shodují v tom, že koncept je možné využívat ve všech výše uvedených podobách. Existuje velké množství definic, které koncept Snoezelen specifikují [15, 23, 24, 26, 34, 55, 65].

Koncept Snoezelen jako terapie

V případě terapie je nutné dodržovat následující základní parametry:

- Terapie vychází z psychoterapie.
- Terapie je vždy individuální – musí vycházet z potřeb a možností každého klienta a sledovat stanovené cíle. S ohledem na možnosti prostředí terapeut (průvodce) musí vhodně volit jednotlivé techniky, které umožní dosažení záměru terapie.
- Terapie má předem stanovený, dobře strukturovaný cíl.
- Terapie je založena na diagnostice klienta a musí být v souladu s jeho diagnózou.
- Terapie je vždy průběžně vyhodnocována. Nedílnou součástí je zpětnovazební mechanismus a evaluace, čímž je zajištěna efektivita celého procesu [23, 24, 55, 65].

Tento koncept nám umožňuje využívat v rámci Snoezelen místností další terapie a terapeutické koncepty, např. dramaterapii, terapii loutkou, aromaterapii, animoterapii, muzikoterapii, arteterapii a biblioterapii [23, 24].

Koncept Snoezelen jako podpůrná edukační metoda

Koncept Snoezelen se častěji uplatňuje jako podpůrná edukační metoda. Podpůrnými edukačními metodami jsou obecně různé činnosti, které podporují cíle i úkoly výchovně vzdělávacího procesu. V rámci praktického využití v České republice to znamená, že při začleňování tohoto konceptu do škol a školských zařízeních je nutné zohlednit odlišné cíle, strukturu i metodiku, na rozdíl od využití konceptu Snoezelen v ústavech dlouhodobé péče [23, 24].

Edukačními cíli mohou být zklidnění a relaxace dětí ve školách, redukce senzorické deprivace u dětí, podpora seberealizace, zlepšení jemné motoriky a komunikace, socializace či zlepšení pozornosti nebo lepší zvládnání hyperaktivity atd. Velkým přínosem této metody je možnost utvoření pozitivního vztahu mezi učitelem a žákem. Klidová atmosféra při konceptu Snoezelen usnadňuje řešení osobních problémů [23, 24, 26].

Ve školách a školských zařízeních se tento koncept využívá u osob s ADD a ADHD, dále u jedinců se specifickými poruchami učení či s poruchami chování apod.

V rámci České republiky se tyto místnosti využívají nejčastěji ve vzdělávání osob s mentální retardací a kombinovanými vadami, neboť multisenzorické místnosti jsou tzv. neutrálními místnostmi a odlišují se od prostředí třídy. Tato skutečnost umožňuje řešení různých problémů, které mohou nastat při inkluzivním vzdělávání pomocí zážitku a prožitku, což vyvolává zpětný pozitivní efekt. Mezi nejfrekventovanější problémy při zařazení dětí s mentálním postižením do běžných škol jsou poruchy chování, jejichž frekvenci lze snižovat pomocí konceptu Snoezelen [23, 24, 56, 66].

Tyto místnosti představují pozitivně naladěné prostředí sloužící k relaxaci, ale i k poznávání a interakci, přičemž tyto funkce mohou být navzájem oddělené s ohledem na individuální potřeby a stav klienta. U osob se speciálními vzdělávacími potřebami je hlavním cílem uvolnění, neboť právě tito jedinci jsou často a opakovaně vystaveni napětí a stresu. Uvolnění je v tomto pojetí protikladem stresu, který může vznikat tělesnou i duševní zátěží, a to převážně v institucích s celodenním či celoročním pobytem, kde je stálá přítomnost velkého počtu osob v omezeném a stále stejném prostředí, což může vyvolávat stres. Zároveň se pomocí tohoto konceptu usnadňuje začlenění do kolektivu zdravých žáků ve školách a školských zařízeních, aby ve třídě nedocházelo k rozporu v sociokulturním zázemí. Tento rozpor je dán odlišnými schopnostmi, dovednostmi, zájmy a motivací. Koncept Snoezelen umožňuje prožít společné zážitky a prožitky všech žáků ve třídě [23, 24, 51].

Dalším přínosem konceptu Snoezelen je rozvoj seberealizace. Individuální zvláštnosti osob s postižením, které v běžné třídě lze považovat za zvláštní, rušivé či nevhodné, mohou být rozvíjeny ve Snoezelen místnosti, neboť pro tyto osoby představují pozitivní hodnotu [23, 67].

Dílčí cíle procesu výchovy a vzdělávání při konceptu Snoezelen:

- rozvoj emocionality, vnímání a poznávání, komunikace a motoriky
- zlepšení sebekontroly, seberegulace a koncentrace
- snížení agresivního chování vůči okolí i sobě
- hledání rovnovážného stavu mezi aktivací a relaxací
- pozitivní socializace
- „neutrální půda“ [23, 68]

Koncept Snoezelen jako volnočasová aktivita

Posledním směrem, kterým lze koncept Snoezelen koncipovat, je smysluplné vyplnění volného času. Koncept Snoezelen jako výplň volného času využívali již jeho zakladatelé, a to převážně u osob s těžší formou mentálního postižení či u jedinců s těžkým kombinovaným postižením. Proniknout do způsobu vnímání těchto osob je velice náročné. Koncept Snoezelen může sloužit jako prostředek uvolnění či podpory seberealizace [15, 23, 24, 26, 51].

Multisenzorické místnosti způsobují pozitivní změny v neurovegetativním systému, čímž dochází k harmonizaci osobnosti. Nedostatečnou schopnost verbalizace a vyjadřování zájmů a pocitů je možné v rámci konceptu Snoezelen nahradit řečí těla. Hlavní podmínkou pro využití tohoto konceptu jako volnočasové aktivity je svoboda volby, dostatek času a volnost. Motivačními faktory jsou pouze materiály, předměty, technika atd., což vede ke stimulaci klienta bez působení terapeuta (průvodce) [15, 23, 24, 55].

2.3.3 Realizace lekce konceptu Snoezelen

Lekce konceptu Snoezelen se skládá z několika fází. Tyto fáze jsou vzájemně propojeny a navazují na sebe, čímž utváří samotnou lekci, která by měla být v souladu s hlavní myšlenkou celého konceptu „nic se nemusí a vše je dovoleno“ [51, 52]. Strukturu každé lekce lze shrnout následovně:

- **přivítání**
- **aktivní část**
- **relaxační část**
- **ukončení se zpětnou vazbou** [24]

Podíl aktivní a pasivní části lze kombinovat v libovolném poměru a zároveň je možné tyto části několikrát zopakovat dle individuálních potřeb klienta. Je nezbytné vést podrobný záznam o každé lekci. Tento záznam lze rozdělit do níže uvedených bodů, které by měl každý terapeut (průvodce) respektovat a zpracovávat, a to z důvodu smysluplnosti a efektivity Snoezelen lekcí [24].

Stanovení cíle

Při stanovení cíle je nutné mít na zřeteli, zda se provádí terapie nebo podpůrná edukační metoda či volnočasová aktivita. Zmíněný cíl lze považovat za primární, avšak následně je třeba stanovit i cíl individuální, tedy pracovní. Individuální cíl se plně přizpůsobuje klientovi, který koncept Snoezelen využívá. V konkrétním případě se může jednat o snížení agresivity a napětí, posílení koncentrace, zlepšení spolupráce či jemné motoriky, která je nezbytnou dovedností každého člověka, jak pro fungování ve školském zařízení, tak i v osobním životě [24].

Při stanovení cíle se vychází z psychického i fyzického stavu klienta, z jeho diagnózy, ale i z informací získaných od osob blízkých nebo dalších odborníků, kteří se podílejí na péči či vzdělávání tohoto klienta. Cíl by měl být stanoven jako dlouhodobý a dobře strukturovaný, aby jeho plnění bylo možné sledovat v čase [24].

Časový harmonogram – didakticko-metodický záměr

Časový harmonogram zajišťuje rozvržení individuálního cíle do jednotlivých lekcí. Ve většině případů nelze cíl splnit okamžitě v průběhu jedné lekce. Individuální cíl se rozdělí do dílčích cílů, které následně povedou k dosažení tohoto cíle. Tento postup umožňuje závěrečné vyhodnocování každé lekce, sledování průběžných výsledků a případnou zpětnou vazbu s pozměňováním koncepce jednotlivých lekcí, aby bylo v konečném důsledku plynule dosaženo individuálního cíle. Pod pojmem didakticko-metodický záměr se rozumí dílčí cíl, který má didaktickou hodnotu a lze jej objektivně hodnotit [24].

Obsah a organizace procesu a pomůcky

Obsah úzce souvisí s celou organizací procesu, možnostmi prostoru a dostupností pomůcek, což je stěžejním parametrem pro volbu konkrétních technik, které se budou využívat v průběhu lekce. Lekce je možné organizovat jako individuální či skupinové. Skupinové lekce umožňují věnovat se několika klientům současně, nicméně v mnoha případech nejsou osoby se speciálními potřebami schopny vzájemné kooperace, a proto je vhodnější volit lekce individuální. V úvahu se musí brát i stanovený cíl a možnost jeho dosažení ve větší skupině klientů [24].

Výběr pomůcek i technik je nutné promyslet ještě před započítím samotné lekce. Koncept Snoezelen je zážitkový, tudíž v případě využití všech dostupných pomůcek při první lekci by mohlo vést ke ztrátě zájmu a nudění klienta v lekcích následujících. Toto riziko stoupá u dětských klientů, u kterých by mělo být zachováno očekávání z toho, co nového přijde na dalším sezení [24].

Závěr, vyhodnocení a evaluace

Každá lekce musí být ukončena závěrečným vyhodnocením. Doporučuje se zavést takový závěrečný rituál, kdy na konci lekce dojde k vyhodnocení a je poskytnuta zpětná vazba klientovi. Závěrečná evaluace je vždy objektivním hodnocením efektivity pobytu klienta a posouzením míry splnění stanoveného cíle [24].

3 Vlastní výzkum

Jedním z cílů speciální pedagogiky je hledání vhodných metod pro podporu osob se speciálními potřebami a jejich aplikace v praxi. Koncept Snoezelen je jednou z možností, jak dále rozvíjet osoby se speciálními potřebami. V posledních desetiletích se i v rámci České republiky dostává tento koncept do povědomí odborné veřejnosti i uživatelů. Na koncept lze pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, koncept Snoezelen lze využívat jako terapii, avšak nejčastěji se uplatňuje jako podpůrná edukační metoda či výplň volného času. Koncept Snoezelen má svá specifika bez ohledu na to, jak se na něj pohlíží. Dříve se koncept Snoezelen využíval pouze u osob s těžkým mentálním postižením či kombinovanými vadami, a to jako prostředí, které přináší nové zážitky a zkušenosti. V současnosti má daleko širší uplatnění, a to i ve školách a školských zařízeních, kde slouží k rozvoji kognitivních schopností a emocionální stránky osoby. Je vhodným prostředkem pro usnadnění socializace či snížení agresivity. Zahraniční výzkumy potvrzují, že tento koncept zlepšuje koncentraci a je vhodný pro diagnózy ADHD a ADD.

I přes objektivní výsledky o přínosu tohoto konceptu není stále v České republice široce využíván, chybí metodické materiály a panuje nedůvěra vůči konceptu Snoezelen u odborné veřejnosti. Potencionální uživatelé rovněž nejsou o existenci tohoto konceptu objektivně informováni, čímž dochází k nevyužití jeho potenciálu.

3.1 Vymezení cíle a formulace výzkumných otázek

Na podkladě analýzy dostupných zdrojů, týkajících se dané problematiky, je nezbytné na počátku každého výzkumu stanovit výzkumný problém. Tato analýza nazývaná jako předběžná teoretická analýza poznatků má zabránit jednak zbytečnému řešení problémů, které již byly vyřešeny, jednak umožňuje se vyvarovat chyb a omylů dřívějších výzkumníků. Dále by se měl výzkumník vyhnout chybám pramenícím nejčastěji z příliš široce formulovaného výzkumného problému nebo naopak ze zaměření se na triviální skutečnosti [69, 70].

Cílem této diplomové práce bylo zjištění míry využití konceptu Snoezelen u osob s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců i odborných

pracovníků. Současně je uplatnění tohoto konceptu úzce spjato s informovaností a postoji odborných pracovníků, klientů s tělesným a kombinovaným postižením a jejich zákonných zástupců, a proto i tyto poznatky byly součástí stanoveného cíle. Vzhledem k tomu, že velká část dosavadních výzkumů se primárně zaměřovala na aplikaci tohoto konceptu u osob s mentálním postižením, výzkum v oblasti osob s převážně tělesným postižením, popřípadě kombinovaným, je nové a nedostatečně zmapované téma.

Výzkumná část diplomové práce byla vedena v souladu se zásadami kvantitativního výzkumu. Byl zvolen deskriptivní výzkumný problém, který analyzuje výskyt, stav či situaci určitého jevu. Stěžejní výzkumnou metodou pro získání dat byl dotazník. Výzkum byl prováděn na území České republiky. Pro snadnější vyvození závěrů byla získaná data následně analyzována a vhodně graficky zobrazena.

Přínosem této diplomové práce je zmapování současné situace týkající se využití konceptu Snoezelen v České republice a následné vytvoření informačního letáku cíleného nejen na potencionální uživatele tohoto konceptu, ale i na odbornou veřejnost.

3.1.1 Cíle

- Zjištění úrovně informovanosti klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců o konceptu Snoezelen.
- Zjištění úrovně informovanosti odborných pracovníků o konceptu Snoezelen.
- Zjištění postojů klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců ke konceptu Snoezelen.
- Zjištění postojů odborných pracovníků ke konceptu Snoezelen.
- Zjištění využívání konceptu Snoezelen v praxi klienty s tělesným a kombinovaným postižením.
- Zjištění využívání konceptu Snoezelen v praxi odbornými pracovníky.
- Návrh informačního letáku.

3.1.2 Výzkumné otázky

Na podkladě výzkumného problému byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaká je úroveň informovanosti klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců o konceptu Snoezelen?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jaká je úroveň informovanosti odborných pracovníků o konceptu Snoezelen?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké jsou postoje klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců ke konceptu Snoezelen?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Jaké jsou postoje odborných pracovníků ke konceptu Snoezelen?
- **Výzkumná otázka č. 5:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji využívány k získávání informací o konceptu Snoezelen klienty s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců?
- **Výzkumná otázka č. 6:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji využívány k získávání informací o konceptu Snoezelen odbornými pracovníky?
- **Výzkumná otázka č. 7:** Kolik procent klientů s tělesným a kombinovaným postižením využívá koncept Snoezelen?
- **Výzkumná otázka č. 8:** Kolik procent odborných pracovníků využívá koncept Snoezelen?

3.2 Charakteristika a popis výběrového souboru

V rámci České republiky je výběrový soubor tvořen jednak klienty s tělesným a kombinovaným postižením, případně jejich zákonnými zástupci, jednak odbornými pracovníky. Odborníci byli vybráni napříč spektrem profesí, které se v praxi nejčastěji spolupodílejí na realizaci konceptu Snoezelen, což jsou fyzioterapeuti, sociální pracovníci, speciální pedagogové, ergoterapeuti či pedagogové.

3.3 Časový průběh výzkumu, distribuce a návratnost dotazníku

Od počátku roku 2016 byl analyzován současný stav problematiky a blíže specifikovány cíle diplomové práce. Po sestavení dotazníku v srpnu 2016 byl proveden v průběhu září předvýzkum u 19 náhodně vybraných osob, které splňovaly výše uvedené parametry, a to z důvodu zjištění srozumitelnosti dotazníku. Současně bylo zkoumáno, zda dotazník skutečně sleduje vytyčené cíle. V rámci předvýzkumu byly některé položky formulovány jako otevřené. Následně na základě nejčastěji vyjmenovaných odpovědí byly sestaveny varianty pro polouzavřené položky. V tomto předvýzkumu byla zvolena forma osobního předání a následného vyplnění respondentem, čímž bylo dosaženo 100% návratnosti.

V průběhu října a listopadu 2016 byla distribuována finální podoba dotazníku, a to v elektronické i tištěné verzi, v elektronické podobě prostřednictvím webové stránky „www.vyplnto.cz“. Respondenti byli osloveni přes různé online skupiny, které sdružují osoby s tělesným i kombinovaným postižením, a rovněž se jednalo o skupiny výše uvedených odborných pracovníků, napříč spektrem profesí. Respondenti byli požádáni o vyplnění dotazníku a byl přiložen webový odkaz, čímž byl zajištěn jejich náhodný výběr z celé České republiky.

Nicméně je nezbytné si uvědomit, že online dotazníky vyplňuje jen specifická skupina uživatelů. Z tohoto důvodu byl dotazník distribuován i v tištěné podobě prostřednictvím oslovených vybraných zařízení, kdy respondenti vyplnili dotazník, anonymně ho odevzdali a následně byly dotazníky zaslány zpět poštou, případně osobně vyzvednuty. V konečném důsledku nelze tedy hovořit o náhodném výběrovém souboru, přestože konkrétní respondenti byli náhodně vybráni, neboť v případě rozeslaných dotazníků do vybraných zařízení byla stanovena následující kritéria pro distribuci: skupina oslovených klientů a jejich zákonných zástupců by měla být stejně početná jako oslovená skupina odborných pracovníků. U klientů a jejich zákonných zástupců měl být osloven stejný počet osob s tělesným a s kombinovaným postižením. V případě odborných pracovníků byl požadavek na oslovení různých druhů profesí, které ve vybraném zařízení pracují. Tyto požadavky byly definovány z důvodu následného porovnávání jednotlivých skupin a jsou v souladu s charakteristikou výzkumného souboru.

Z důvodu vysoké koncentrace cílových skupin respondentů byly vybrány rehabilitační ústavy, lázeňská zařízení, školy a školská zařízení či sociální zařízení po celé České republice. K vyhledání zmíněných lokací ve všech krajích České republiky byly využity veřejné registry a jiné online seznamy.

Na konci listopadu 2016 byly výsledky zanalyzovány a následně uceleně interpretovány, včetně názorného grafického zobrazení. Celkem bylo respondenty vyplněno 97 dotazníků. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly distribuovány i online, nelze celkové procento návratnosti určit, neboť značná část oslovených online respondentů dotazník nezačala ani vyplňovat. 7 vyplněných dotazníků muselo být z výzkumu vyřazeno pro formální chyby, takže celkem bylo analyzováno 90 dotazníků.

3.4 **Metody**

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního výzkumu. Vzhledem k omezenému výzkumnému vzorku se dá hovořit spíše o průzkumu. Výzkumnou metodou byl nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen na podkladě vydefinovaného výzkumného problému a výzkumných otázek navazujících na tento problém [69].

3.4.1 **Dotazník**

Jednou z výhod dotazníku je možnost oslovení velkého počtu respondentů, a to bez nutnosti osobní přítomnosti výzkumníka, což umožňuje redukci času při získávání dat. Dalším kladem této výzkumné metody je snadná administrace a zároveň lze získat informace, které by při využití jiných metod mohly zůstat skryté, např. postoje respondentů. Důležitým aspektem je i to, že získaná data je možné zpracovat pomocí počítačového programu. V tomto případě byl použit MS Excel sloužící ke statistickému zpracování dat [69–71].

Provádění výzkumu prostřednictvím dotazníku má i své zápory. Jednotlivé otázky neumožňují širší rozsah odpovědí, než které dotazník specifikuje. Odpovědi mohou být subjektivní a při velkém rozsahu dotazníku i nahodilé. V neposlední řadě může být výzkum i úmyslně zkreslen z důvodu anonymity dotazníku [69–71].

V případě dotazníků je vhodnější používat termín položka než otázka, neboť každá položka nemusí mít formu otázky, nýbrž se může jednat o pokyn. Položky se rozdělují podle různých kritérií, např. cíl, forma odpovědi a obsah [70].

Cíl

Pod tímto pojmem se rozumí cíl, pro který je položka určena. Rozlišují se položky obsahové, jimiž se získávají data pro splnění výzkumného záměru, a funkcionální optimalizující samotný průběh dotazování. Funkcionální položky lze dále dělit na: kontaktní položky (vytvářejí kontakt mezi výzkumníkem a respondentem), funkcionálně psychologické položky (odstraňují napětí u respondenta, zlehčují přechod témat, odstraňují stereotypy), kontrolní položky (prověřují věrohodnost odpovědí) a filtrační položky (eliminují respondenty nemající pro výzkum význam) [70].

Forma odpovědi

Forma odpovědi je určena tím, jakým způsobem má respondent na položky v dotazníku odpovědět [70].

- **Otevřené (nestrukturované) položky** – nepředkládají respondentovi žádné odpovědi, respondent může volně vyjádřit svou odpověď. V tomto případě je pouze vyjádřen předmět, což vede k obtížnému vyhodnocování a položky vyžadují následnou kategorizaci. Nejčastěji se otevřené položky využívají v předvýzkumu. Poté se nejčastější odpovědi používají při konstrukci nabídky pro uzavřené položky. Výhodou otevřených položek je větší výstižnost skutečného mínění respondentů [70, 71].
- **Polouzavřené položky** – poskytují varianty odpovědí, nicméně na konci využívají nabídky „jiná odpověď“, kde respondent uvede vlastní variantu odpovědi či vysvětlí svou volbu [70, 71].
- **Uzavřené (strukturované) položky** – respondent vybírá z předem daných variant odpovědí. Jednoznačnou výhodou je snadné vyhodnocování a zároveň větší ochota respondentů daný dotazník vyplnit. Nevýhodou je nutnost výběru jedné z předem daných odpovědí, ačkoliv nemusí plně odpovídat názoru respondenta. Podle počtu odpovědí na položku lze rozdělit položky

na dichotomické (ano – ne) nebo polytomické (respondent má na výběr z více odpovědí) [70, 71].

Obsah

Obsahem položky dotazníku mohou být fakta, znalosti a vědomosti, mínění, motivy či postoje respondentů. Podle zaměření obsahu se citlivě formulují položky a zároveň se určuje, jaké místo v pořadí dotazníku položka zaujme [70].

Zásady konstrukce dotazníku

Pro sestavování dotazníku platí určité zásady. Ve všeobecné rovině by struktura dotazníku měla být následující:

- V úvodu je uvedeno jméno autora či instituce, která dotazník administruje. Je zde uveden i cíl dotazníkového šetření a zároveň pokyny pro vyplnění dotazníku.
- V další části jsou položky (otázky), které se řadí dle následujícího schématu: v úvodu se dávají jednodušší položky (otázky), následují těžší a méně zajímavé a v závěru se zařazují důvěrnější a faktografické. Sestavený dotazník je nutné ověřit v tzv. předvýzkumu, kde se sleduje, zda je dotazník srozumitelný a jednoznačný.
- Závěrečná část obsahuje poděkování respondentům za účast ve výzkumu.
- Položky musejí být formulovány jasně a srozumitelně s ohledem na věk a vzdělání respondentů.
- Formulace položek musí být jednoznačná a nesmí docházet k mnohoznačnému výkladu.
- Není vhodné klást otázku „Proč?“, pokud to není předmětem výzkumu.
- Dotazník nesmí být rozsáhlý a má zjišťovat jen potřebné informace.
- Jednotlivé položky nesmí být sugestivní.
- Základem využití metody dotazníku je ochota respondentů spolupracovat, což lze ovlivnit úvodem o potřebnosti, přínosu výzkumu a zároveň zajímavostí dotazníku.
- Při sestavování dotazníku je nutné zohlednit možnosti zpracování jednotlivých položek [69, 70].

Validita dotazníku

Validita dotazníku je určena tím, že dotazník reálně zjišťuje to, co je výzkumným záměrem. Vysokou validitu mají zejména položky faktografické, např. věk či vzdělání, naopak se validita snižuje u těch položek, které jsou zaměřené na postoje či odhad respondenta. Nezanedbatelný vliv na validitu má sám respondent, který může úmyslně či neúmyslně měnit realitu. Posouzení validity dotazníku je vždy subjektivním hodnocením výzkumníka a závisí na jeho kompetentnosti. Dotazník by měl vycházet z vědecké hypotézy a jednotlivé položky musí poskytnout data k jejímu zamítnutí či nezamítnutí [69, 70].

Reliabilita

Reliabilita je schopnost dotazníku zachycovat přesně a spolehlivě výzkumné jevy. Vysoká reliabilita je důležitá pro dobrou validitu dotazníku, ale nelze říci, že by ji zaručovala. Z důvodu reliability dotazníku je vhodné se ptát více položkami na jednu věc. Stupeň reliability výsledků je možné vždy kontrolovat a odhadnout, např. pomocí metody štěpení nebo pomocí Cohenova koeficientu kappa [69, 70].

3.4.2 Statistické metody

Při vyhodnocování dotazníkového šetření je vhodné využít statistické metody. Jedná se o nástroje pro statistické vyhodnocování získaných údajů, jejichž cílem je zjišťování současného stavu a jeho rozložení. V případě sledování dvou a více znaků u jedné veličiny se hovoří o dvou- a vícerozměrném statistickém souboru. Základní statistický soubor zahrnuje všechny prvky, které jsou předmětem sledování. V případě sledování obsáhlých souborů, kde není technicky proveditelné zařadit do výzkumu všechny prvky, je možné pracovat s tzv. výběrovým souborem [72, 73].

Mezi jednoduché graficko-statistické metody patří např. medián, průměr, rozptyl a odchylka. Tyto metody vycházejí z deskriptivní statistiky a jejich cílem je zkoumání rozložení údajů v množině dat. Pro názorné zobrazení statistických výpočtů se využívají krabicové grafy, histogramy, koláčové grafy atd. [70, 72, 73].

3.5 Sestavený vlastní dotazník

Vlastní dotazník obsahuje 16 položek a není-li uvedeno jinak, lze vybrat pouze jednu odpověď, s výjimkou položek číslo 6, 10 a 14, kde je možnost výběru více odpovědí. Podle možností odpovědi se jedná většinou o položky uzavřené, případně polouzavřené s možností vlastní odpovědi či upřesnění, a to u položek číslo 3, 6, 10 a 13. Otevřenou položkou je pouze položka číslo 1, která se zabývá věkem respondenta. Následně při zpracování výsledků byl věk respondenta kategorizován.

První čtyři položky jsou faktografické a zkoumají základní údaje. Následují položky, které mapují postoje a využití stimulačních konceptů a metod, včetně konceptu Snoezelen, a to bez ohledu na informovanost klientů, jejich zákonných zástupců a odborných pracovníků.

Úroveň informovanosti je zjišťována od položky číslo 9. Od položky číslo 10 dotazník vyplňují pouze klienti s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonní zástupci a odborní pracovníci, kteří tento koncept znají buď teoreticky, nebo i prakticky. Položka číslo 10 zjišťuje informační zdroje. Cílem položek číslo 9, 13, 14, 15 a 16 je zjištění úrovně informovanosti o konceptu Snoezelen a položky číslo 11 a 12 mapují postoje k tomuto konceptu. V následné analýze výsledků byla sledována i korelace mezi úrovní informovanosti a postoji respondentů (viz Příloha 1 Ukázka vlastního dotazníku).

3.6 Výsledky a jejich hodnocení

Na podkladě kvantitativního výzkumu, provedeného prostřednictvím dotazníku pro sběr dat, lze zodpovědět předem definované výzkumné otázky. Data byla zpracována pomocí statistických metod a pro přehledné zobrazení byly využity koláčové grafy atd.

3.6.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Nejprve byl vyhodnocen dotazník, na jehož podkladě byly následně zodpovězeny výzkumné otázky. Každá položka byla zanalyzována a v neposlední řadě i graficky zobrazena pro lepší názornost. Získaná data byla rozdělena na klienty, zákonné zástupce a odborné pracovníky, přičemž dotazníky v tištěné formě byly

distribučovány tak, aby byly zastoupeny všechny kraje České republiky a vybraní respondenti pokrývali celé spektrum předem definovaného výběrového souboru. Celkem bylo zanalyzováno 90 dotazníků. Položky číslo 1 – 4 jsou faktografické.

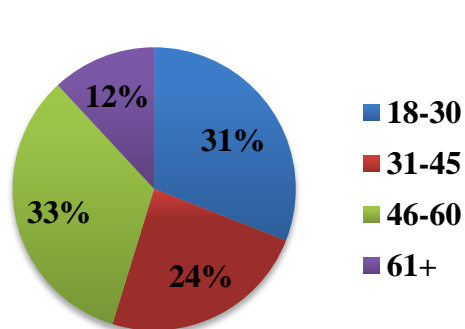
- **Položka číslo 1: Věk respondenta (uved'te).....**

Jedná se o otevřenou položku, kde respondent vyplnil svůj věk. Získaná data bylo nezbytné kategorizovat. Věkové kategorie byly stanoveny takto: 18 – 30 let, 31 – 45 let, 46 – 60 let, 61+ let. Dolní hranice 18 let byla zvolena z důvodu, že u mladších klientů dotazník vyplňovali zákonní zástupci, kteří mají rozhodující vliv na výběr aplikované terapie.

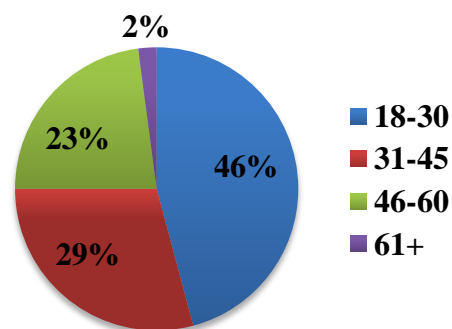
Tabulka 1 Položka č. 1 Věk

Věkové kategorie	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
18-30	13	22
31-45	10	14
46-60	14	11
61+	5	1
Celkový součet	42	48

Graf 1 Položka č. 1: Klienti a zákonní zástupci



Graf 2 Položka č. 1: Odborní pracovníci



Počet klientů a zákonných zástupců, kteří vyplnili dotazník, byl následující: ve věku 18 – 30 let 13 (31 %), ve věku 31 – 45 let 10 (24 %), ve věkové kategorii 46 – 60 let 14 (33 %) a nejmenší počet respondentů čítala kategorie 60+, kde se jednalo o 5 osob (12 %). Důvodem nízkého počtu respondentů v kategorii 60+ je nižší účast těchto osob na vyplňování online dotazníků a menší ochota spolupráce.

Počet odborných pracovníků spadajících do věkové kategorie 18 – 30 let byl 22 (46 %) respondentů, ve věku 31 – 45 let byl 14 (29 %) respondentů, do věkové kategorie 46 – 60 let patřilo 11 (23 %) respondentů a ve věku 61+ (2 %) byl pouze 1 respondent. Důvodem nízkého počtu odborných pracovníků 61+ je fakt, že značná část pomáhajících profesí je fyzicky i psychicky náročná a není v silách odborných pracovníků pokračovat v dřívější práci v pokročilém věku. Současně kategorie 61+ zahrnuje věk odchodu do důchodu a posledním nezanedbatelným důvodem nízkého počtu respondentů v této kategorii je i neúčast při vyplňování dotazníků online a menší ochota respondentů se na výzkumu podílet.

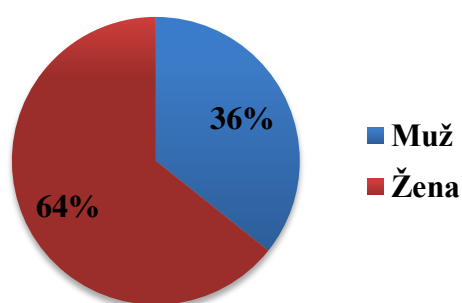
- **Položka číslo 2: Pohlaví:**

V této položce respondenti volili mezi odpověďmi, muž versus žena, tudíž se jedná o dichotomickou odpověď.

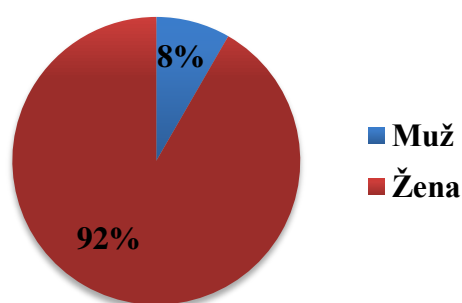
Tabulka 2 Položka č. 2 Pohlaví

Pohlaví	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Muž	15	4
Žena	27	44
Celkový součet	42	48

Graf 3 Položka č. 2: Klienti a zákonní zástupci



Graf 4 Položka č. 2: Odborní pracovníci



Z tabulky a koláčového grafu je patrné, že větší část klientů a zákonných zástupců tvořili ženy, a to 27 (64 %) respondentů. Tato převaha ženského pohlaví je dána tím, že zákonné zástupce tvořily ženy. Počet respondentů mužského pohlaví byl 15 (36 %).

V rámci odborných pracovníků byli 4 (8 %) muži a 44 (92 %) žen. Odborní pracovníci, kteří spadají do tzv. pomáhajících profesí, jsou většinou ženy, což je patrné již v rámci vzdělávání, kde převažují studentky. Tato skutečnost je dána jednak finančním ohodnocením těchto profesí, jednak preferencí osob.

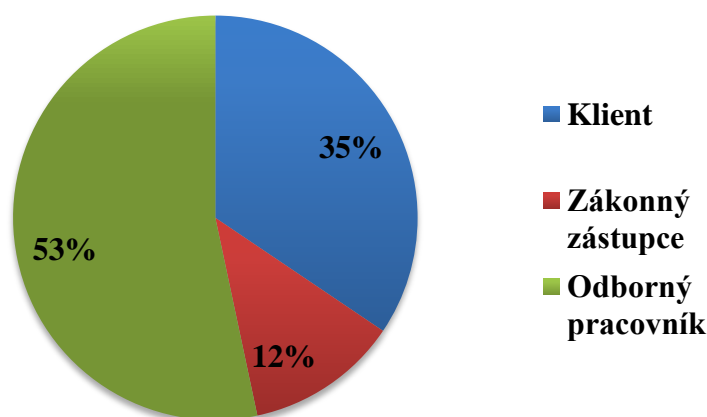
- **Položka číslo 3: Dotazník vyplnil/a:**

V této položce dotazníku měli respondenti specifikovat, zda se jedná o klienty s tělesným či kombinovaným postižením nebo zákonné zástupce klienta s tělesným či kombinovaným postižením. V případě odborných pracovníků se jednalo o konkrétní specifikaci jejich povolání (speciální pedagog, fyzioterapeut, sociální pracovník, ergoterapeut) a otázka byla polouzavřená a nabízela odborným pracovníkům možnost doplnění vlastní odpovědi.

Tabulka 3 Položka č. 3 Složení respondentů

Složení respondentů	Počet
Klient	31
Zákonný zástupce	11
Odborný pracovník	48
Celkový součet	90

Graf 5 Položka č. 3: Složení respondentů

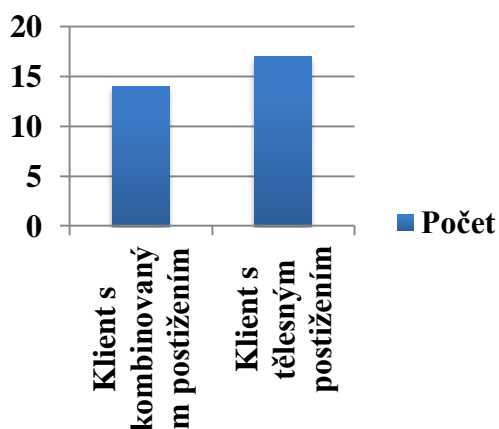


Z celkového počtu respondentů bylo 31 (35 %) klientů, 11 (12 %) zákonných zástupců a 48 (53 %) odborných pracovníků.

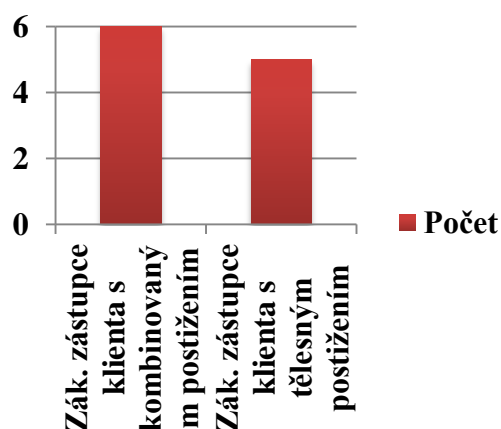
Tabulka 4 Položka č. 3 Složení respondentů dle jednotlivých odpovědí

Složení respondentů		Počet
Klient	S kombinovaným postižením	14
	S tělesným postižením	17
Zákonný zástupce	Klienta s kombinovaným postižením	6
	Klienta s tělesným postižením	5
Odborný pracovník	Fyzioterapeut	20
	Speciální pedagog	14
	Ergoterapeut	5
	Sociální pracovník	4
	Pedagog	3
	Lékař	1
	Logoped	1

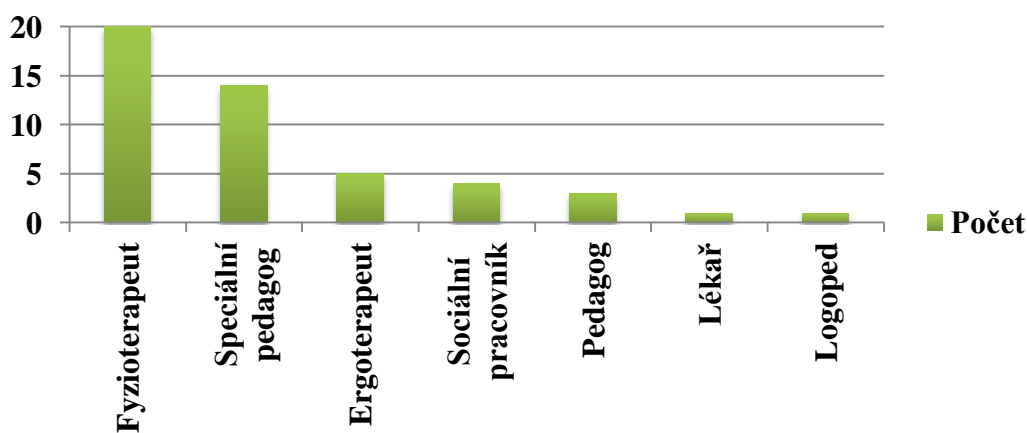
Graf 6 Položka č. 3: Klienti



Graf 7 Položka č. 3: Zákonní zástupci



Graf 8 Položka č. 3: Odborní pracovníci



Získaná data byla dále analyzována a pomocí sloupcových grafů bylo názorně zobrazeno konkrétní zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích. Respondentů s tělesným postižením bylo 17 a respondentů s kombinovaným postižením 14. Výzkumu se zúčastnilo i 5 zákonných zástupců klientů s tělesným postižením a 6 zákonných zástupců klientů s kombinovaným postižením. Nejvíce odborných pracovníků bylo z řad fyzioterapeutů, a to 20. Speciálních pedagogů bylo 14, ergoterapeutů 5, sociálních pracovníků 4, pedagogů 3, lékař 1 a logoped 1. Vzhledem k tomu, že se na implementaci konceptu Snoezelen do praxe může podílet široké spektrum odborných pracovníků, byl kladen důraz na jejich zastoupení ve výzkumu.

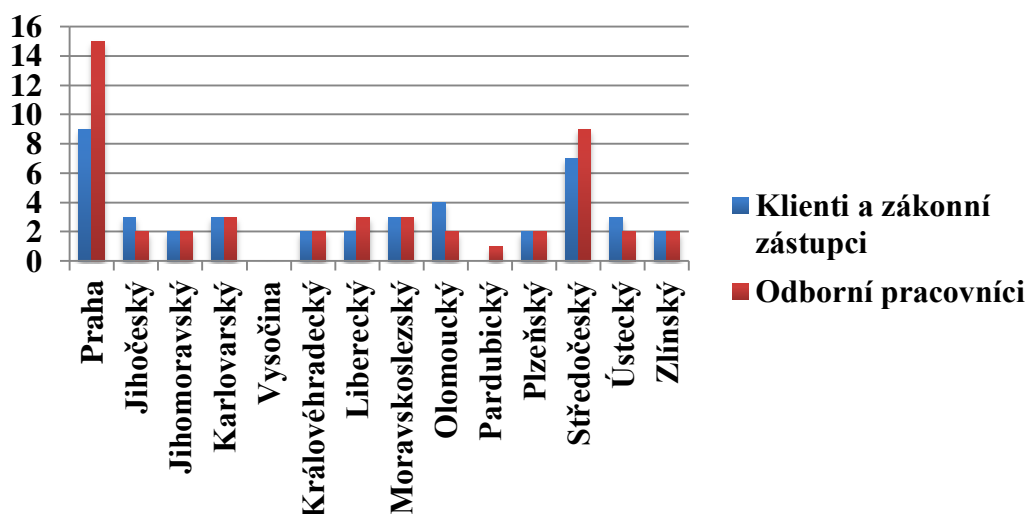
- **Položka číslo 4: Ve kterém kraji České republiky žijete?**

V této položce měli respondenti vybrat kraj České republiky, ve kterém žijí.

Tabulka 5 Položka č. 4: Respondenti dle krajů

Kraj	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Hlavní město Praha	9	15
Jihočeský kraj	3	2
Jihomoravský kraj	2	2
Karlovarský kraj	3	3
Kraj Vysočina	0	0
Královéhradecký kraj	2	2
Liberecký kraj	2	3
Moravskoslezský kraj	3	3
Olomoucký kraj	4	2
Pardubický kraj	0	1
Plzeňský kraj	2	2
Středočeský kraj	7	9
Ústecký kraj	3	2
Zlínský kraj	2	2
Celkový součet	42	48

Graf 9 Položka č. 4: Respondenti dle krajů



Vzhledem k tomu, že výzkum byl veden jako celorepublikový, tak jsou zde zastoupeni respondenti z řad klientů a jejich zákonných zástupců z 12 krajů, s výjimkou kraje Vysočina a Pardubického kraje, kde na zaslané dotazníky nereagovalo žádné oslovené zařízení a ani online respondenti. Naopak nejvíce klientů a zákonných zástupců žije v Praze a Středočeském kraji.

Zástupci odborných pracovníků rovněž pocházejí z 13 krajů České republiky, kromě kraje Vysočina, přičemž vysoký počet respondentů z Prahy je dán za první větší koncentrací odborných pracovníků a za druhé vstřícnějším postojem k výzkumu.

- **Položka číslo 5: Zajímáte se o možnosti (metody/koncepty) stimulace osob s tělesným či kombinovaným postižením?**

Jednalo se o uzavřenou položku s možností výběru ze tří následujících odpovědí:

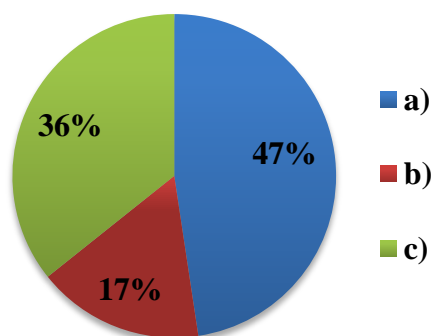
- a) Ano, aktivně vyhledávám informace a nebojím se vyzkoušet nové možnosti.
- b) Ano, ale mám obavu z případných komplikací při zkoušení nových možností.
- c) Ne, nezajímá mě to.

Respondenti v rámci analýzy výsledků byli rozděleni jednak na klienty a zákonné zástupce, jednak na odborné pracovníky.

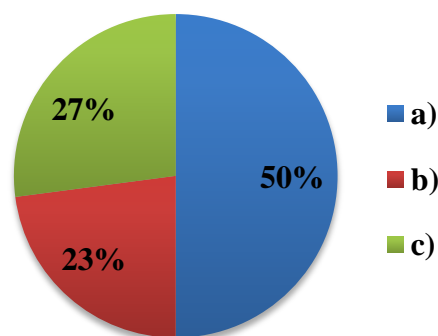
Tabulka 6 Položka č. 5: Zájem o stimulační metody a koncepty

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
a) Ano, aktivně vyhledávám informace a nebojím se vyzkoušet nové možnosti.	20	24
b) Ano, ale mám obavu z případných komplikací při zkoušení nových možností.	7	11
c) Ne, nezajímá mě to.	15	13
Celkový součet	42	48

Graf 10 Položka č. 5: Klienti a zákonní zástupci



Graf 11 Položka č. 5: Odborní pracovníci



V případě klientů a jejich zákonných zástupců zvolilo možnost a) 20 (47 %) respondentů, možnost b) 7 (17 %) a možnost c) 15 (36 %), přičemž možnost c) vybralo 12 klientů s tělesným postižením a jejich zákonných zástupců a 3 klienti s lehkým kombinovaným postižením. Při bližším průzkumu získaných dat je patrný pokles zájmu o možnosti stimulace se zvyšujícím se věkem.

V případě odborných pracovníků zvolilo možnost a) 24 (50 %) respondentů, možnost b) 11 (23 %) a možnost c) 13 (27 %). Nejaktivnější skupinou ve vyhledávání nových stimulačních metod byli fyzioterapeuti, u nichž možnost a) zvolilo 14 respondentů, následně speciální pedagogové, kterých bylo 6, 3 ergoterapeuti a 1 lékař. Vzhledem k malému vzorku respondentů nelze vyvozovat globální závěry a současně je třeba brát v potaz nízké zastoupení ostatních odborných pracovníků.

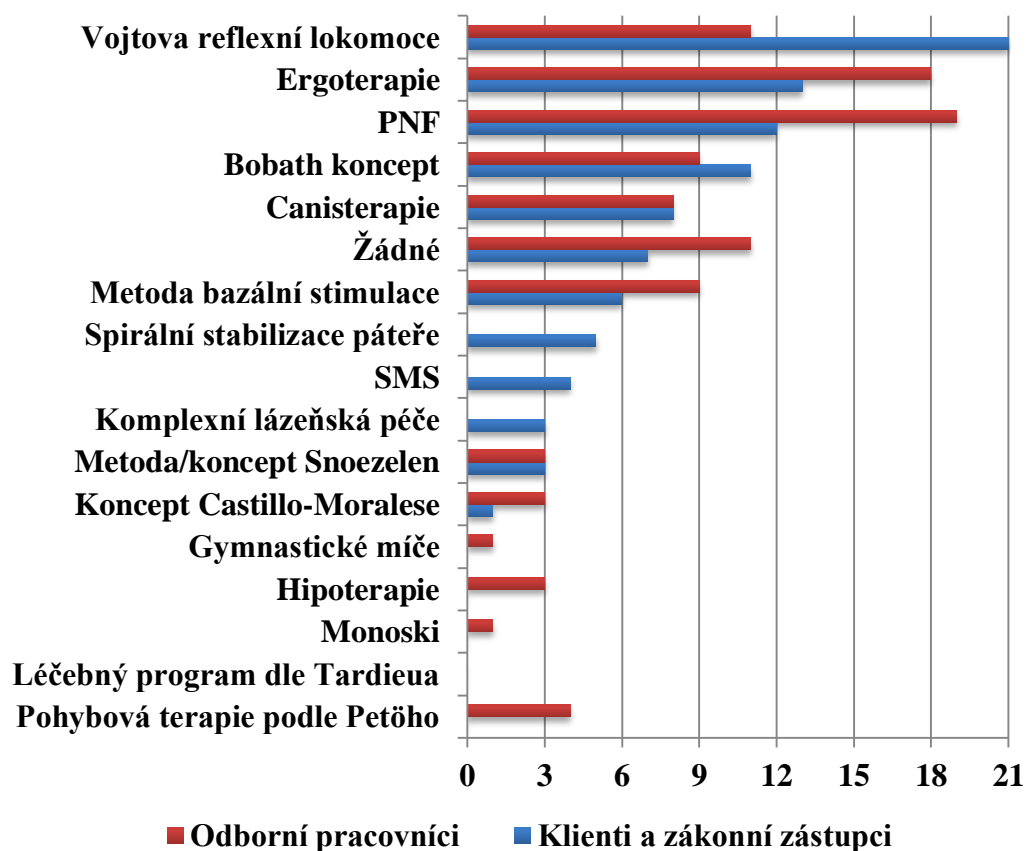
- **Položka číslo 6: Jaké konkrétní metody využíváte? (možné vybrat více odpovědí)**

Respondenti měli na výběr z 10 různých terapeutických konceptů a metod, přičemž jednou z nabízených možností byl i koncept Snoezelen. Jedenáctá možnost byla, že nevyužívají žádné metody, a dvanáctou možností bylo vepsání vlastní odpovědi. Vzhledem k tomu, že respondenti měli možnost výběru více odpovědí, nebyly výsledky následně zpracovány na procentuální zastoupení, neboť by to bylo zavádějící. Byl sestrojen pruhový graf s počtem respondentů, kteří danou možnost zvolili.

Tabulka 7 Položka č. 6: Využívané metody

Metody	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Vojtova reflexní lokomoce	21	11
Ergoterapie	13	18
PNF	12	19
Bobath koncept	11	9
Canisterapie	8	8
Žádné	7	11
Metoda bazální stimulace	6	9
Spirální stabilizace páteře	5	0
SMS	4	0
Metoda/koncept Snoezelen	3	3
Komplexní lázeňská péče	3	0
Koncept Castillo-Moralese	1	3
Pohybová terapie podle Petöho	0	4
Léčebný program dle Tardieua	0	0
Monoski	0	1
Hipoterapie	0	3
Gymnastické míče	0	1

Graf 12 Položka č. 6: Metody



Klienti a zákonní zástupci nejčastěji uváděli, že využívají Vojtovu reflexní lokomoci (21 respondentů), následně ergoterapii (13 respondentů) a PNF (12 respondentů). Koncept Snoezelen uvedli pouze 3 respondenti, přičemž se jednalo o klienty s kombinovaným postižením a jejich zákonné zástupce.

Odborní pracovníci nejvíce využívají PNF (19 respondentů), dále ergoterapii (18 respondentů) a 11 respondentů aplikuje ve své praxi Vojtovu reflexní terapii nebo žádnou metodu. Koncept Snoezelen využívají 3 odborní pracovníci, z čehož jsou 2 speciální pedagogové a 1 lékař.

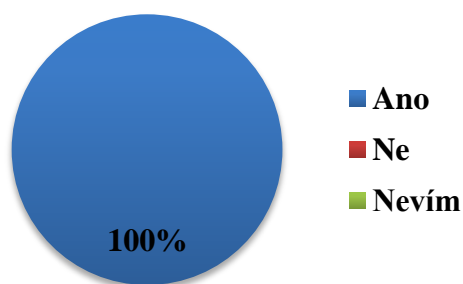
- **Položka číslo 7: Jsou podle Vás stimulační metody a koncepty přínosné pro rozvoj osob s tělesným či kombinovaným postižením?**

V rámci této položky byl zjišťován názor na přínos stimulačních metod a konceptů, přičemž klienti, zákonní zástupci a odborní pracovníci vybírali z předem daných odpovědí „Ano“, „Ne“ a „Nevím“, tudíž se jedná o položku s uzavřenou odpovědí.

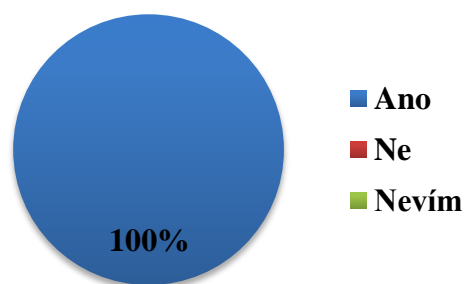
Tabulka 8 Položka č. 7: Názor na přínos stimulačních metod a konceptů

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Ano	42	48
Ne	0	0
Nevím	0	0
Celkový součet	42	48

Graf 13 Položka č. 7: Klienti a zákonní zástupci



Graf 14 Položka č. 7: Odborní pracovníci



Klienti, zákonní zástupci i odborní pracovníci zastávají názor, že stimulační metody a koncepty jsou přínosné pro rozvoj s tělesným a kombinovaným postižením, tudíž všichni (100 %) odpověděli „Ano“.

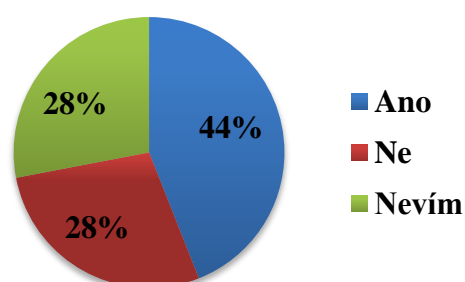
- **Položka číslo 8: Vyzkoušel/a byste metodu/koncept Snoezelen v praxi?**

Položka číslo 8 byla opět uzavřená s možností odpovědi „Ano“, „Ne“ a „Nevím“. Odpovídali na ni všichni respondenti bez ohledu na to, zda koncept Snoezelen znají či nikoli.

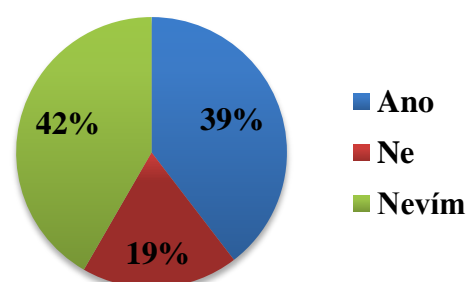
Tabulka 9 Položka č. 8: Ochota k vyzkoušení konceptu Snoezelen

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Ano	18	19
Ne	12	9
Nevím	12	20
Celkový součet	42	48

Graf 15 Položka č. 8: Klienti a zákonní zástupci



Graf 16 Položka č. 8: Odborní pracovníci



Z analýzy dat vyplynulo, že 18 (44 %) respondentů z řad klientů a zákonných zástupců by metodu vyzkoušelo, 12 (28 %) nikoli a 12 (28 %) respondentů neví. Vzhledem k tomu, že 12 respondentů z 18, kteří odpověděli „Ano“, byli klienti s kombinovaným postižením či jejich zákonní zástupci, lze konstatovat, že klienti s kombinovaným postižením a jejich zákonní zástupci mají pozitivnější postoj k tomuto konceptu. Pouze 2 z těchto respondentů by metodu nevyzkoušelo a 6 respondentů zvolilo odpověď „Nevím“.

Počet odborných pracovníků, jenž by koncept Snoezelen vyzkoušelo je 19 (39 %), 9 (19 %) by ho ani nevyzkoušelo a 20 (42 %) neví. Převážná většina nerozhodných respondentů byla z řad fyzioterapeutů (13 respondentů). Závěrem lze říci, že ke kladné odpovědi se napříč spektrem odborných pracovníků přikláněli mladší

věkové kategorie s výjimkou 1 lékaře, který odpověděl „Ano“ a patří do věkové kategorie 61+.

- **Položka číslo 9: Znáte metodu/koncept Snoezelen?**

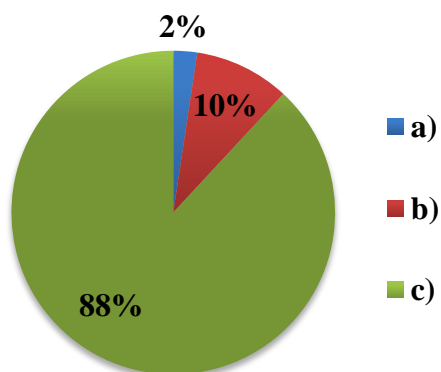
Tato položka byla uzavřená a respondenti měli na výběr mezi následujícími odpověďmi:

- a) Ano, ale pouze teoreticky
- b) Ano, i prakticky – vyzkoušel/a jsem si metodu/koncept Snoezelen jako klient (zákonný zástupce) či terapeut/průvodce
- c) Ne

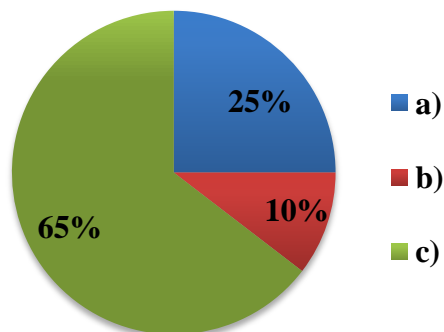
Tabulka 10 Položka č. 9: Znalost konceptu Snoezelen

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
a) Ano, ale pouze teoreticky	1	12
b) Ano, i prakticky	4	5
c) Ne	37	31
Celkový součet	42	48

Graf 17 Položka č. 9: Klienti a zákonní zástupci



Graf 18 Položka č. 9: Odborní pracovníci



Odpověď a) zvolil pouze 1 (2 %) zákonný zástupce klienta s kombinovaným postižením. Odpověď b), která je vázána i na praktickou zkušenost s konceptem Snoezelen, uvedli 4 (10 %) respondenti a 3 z nich byli klienti s kombinovaným postižením či jejich zákonní zástupci. Dále z průzkumu vyplynulo, že 37 (88 %) respondentů tento koncept nezná.

Z řad odborných pracovníků zná koncept Snoezelen teoreticky 12 (25 %) respondentů a i praktickou zkušenost s ním má 5 (10 %) respondentů. Koncept Snoezelen nezná 31 (65 %) respondentů.

V případě záporné odpovědi u položky číslo 9 respondenti dále dotazník nevyplňovali, neboť v následujících otázkách byla zjišťována úroveň informovanosti a postoje klientů, zákonných zástupců a odborných pracovníků ke konceptu Snoezelen, a to v případě, že vědí o existenci tohoto konceptu a mají o něm nějaké informace. V dotazníku dále pokračovalo 5 klientů a jejich zákonných zástupců a 17 odborných pracovníků.

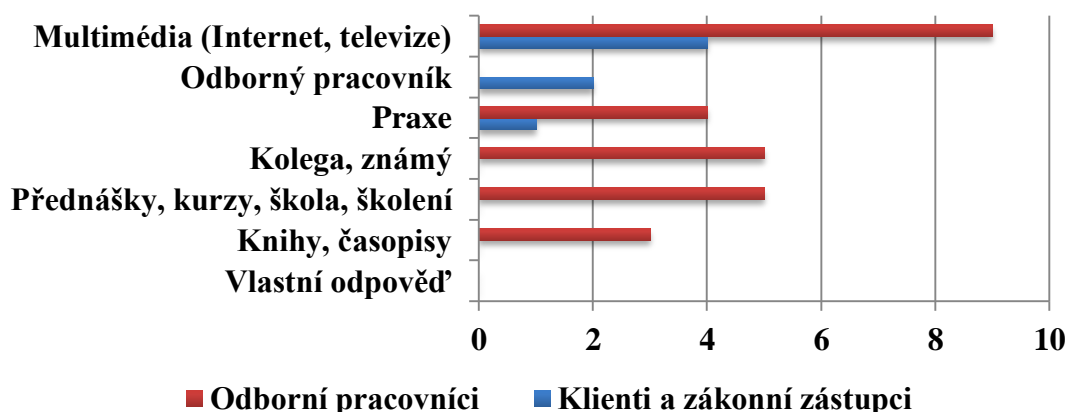
- **Položka číslo 10: Informace o metodě/konceptu Snoezelen jsem získal/a z tohoto zdroje:**

Klienti, zákonní zástupci i odborní pracovníci mohli v této položce vybrat více odpovědí i doplnit vlastní zdroj. Z důvodu možnosti více odpovědí současně byl zvolen pruhový graf, jenž vyobrazuje počet respondentů, kteří vybrali daný zdroj informací. Vlastní odpověď nevyplnil žádný respondent.

Tabulka 11 Položka č. 10: Informační zdroje

Zdroje	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Multimédia (Internet, televize)	4	9
Odborný pracovník	2	0
Praxe	1	4
Knihy, časopisy	0	3
Přednášky, kurzy, škola, školení	0	5
Kolega, známý	0	5
Vlastní odpověď	0	0

Graf 19 Položka č. 10: Informační zdroje



Klienti a zákonní zástupci nejčastěji získali informace pomocí multimédií jako je např. internet, a to ve 4 případech. 2 respondenti uvedli, že informace mají od odborného pracovníka a 1 z praxe. Na tuto otázku odpovídalo pouze 5 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že koncept Snoezelen znají teoreticky nebo prakticky.

Odborní pracovníci, kterých bylo 17, také získávají informace nejvíce z multimédií (9 respondentů), následují informační zdroje v podobě přednášek, kurzů, škol a školení (5 respondentů) nebo od kolegy či známého (5 respondentů). Z praxe, tedy informace získané při výkonu povolání, uvedli 4 respondenti a 3 respondenti informace čerpali z knih a časopisů.

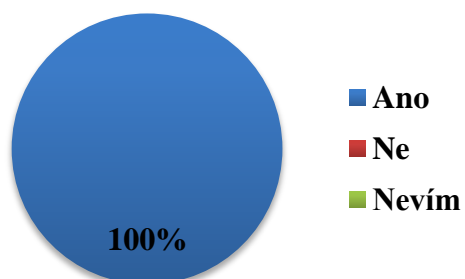
- **Položka číslo 11: Je podle Vás metoda/koncept Snoezelen přínosný při stimulaci osob s kombinovaným či tělesným postižením?**

Na uzavřenou položku číslo 11 odpovídali respondenti „Ano“, „Ne“ a „Nevím“. Cílem bylo zjištění postojů ke konceptu Snoezelen u respondentů, kteří tento koncept znají.

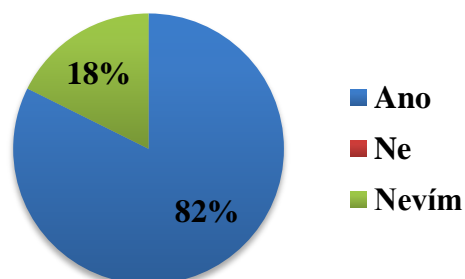
Tabulka 12 Položka č. 11: Přínosnost konceptu Snoezelen

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Ano	5	14
Ne	0	0
Nevím	0	3
Celkový součet	5	17

Graf 20 Položka č. 11: Klienti a zákonní zástupci



Graf 21 Položka č. 11: Odborní pracovníci



Klienti a zákonní zástupci zvolili odpověď „Ano“ v 5 (100 %) případech.

Odborní pracovníci odpověděli „Ano“ ve 14 (82 %) a pouze 3 (18%) respondenti nevěděli. Všichni odborní pracovníci nemající jasný názor na přínos konceptu Snoezelen byli z řad fyzioterapeutů.

Ze získaných dat lze odvodit, že negativní postoj ke konceptu Snoezelen nemá žádný klient, zákonný zástupce ani odborný pracovník.

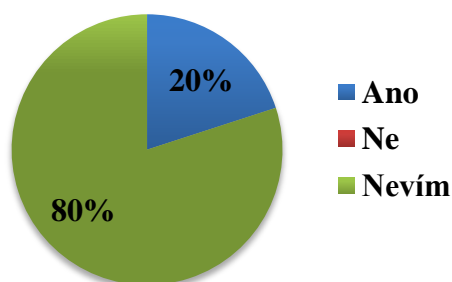
- **Položka číslo 12: Je podle Vás metoda/koncept Snoezelen rovnocenný s jinými metodami využívanými při stimulaci osob s tělesným či kombinovaným postižením?**

Tato uzavřená položka s odpovědí „Ano“, „Ne“ a „Nevím“ zkoumala vnímání respondentů ohledně rovnocennosti konceptu Snoezelen s jinými metodami.

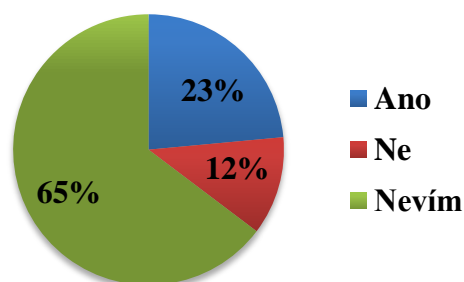
Tabulka 13 Položka č. 12: Rovnocennost konceptu Snoezelen s jinými metodami

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Ano	1	4
Ne	0	2
Nevím	4	11
Celkový součet	5	17

Graf 22 Položka č.12: Klienti a zákonní zástupci



Graf 23 Položka č. 12: Odborní pracovníci



Pouze 1 (20 %) klient s tělesným postižením uvedl, že považuje koncept Snoezelen za rovnocenný a 4 (80 %) klienti s kombinovaným postižením a jejich zákonní zástupci vybrali odpověď „Nevím“.

Odborní pracovníci považují koncept Snoezelen za rovnocenný s ostatními metodami ve 4 (23 %) případech a 2 (12 %) respondenti (1 ergoterapeut a 1 logoped) se domnívají, že jiné koncepty a metody jsou přínosnější. Celkem 11 (65 %) respondentů nemá jasný názor na danou problematiku.

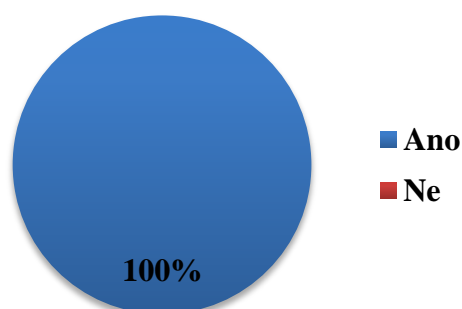
- **Položka číslo 13: Znáte nějaké zařízení v České republice, kde je metoda/koncept Snoezelen realizován?**

Položka číslo 13 byla polouzavřená s možností odpovědi „Ano“ nebo „Ne“. V případě, že respondent odpověděl „Ano“, měl upřesnit konkrétní zařízení. Tato položka je jedním z podkladů pro zjištění úrovně informovanosti.

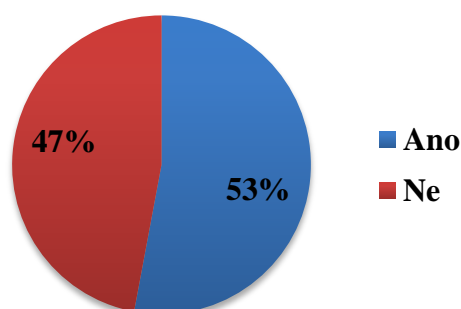
Tabulka 14 Položka č. 13: Znalost zařízení realizujících koncept Snoezelen

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Ano	5	9
Ne	0	8
Celkový součet	5	17

Graf 24 Položka č. 13: Klienti a zákonní zástupci



Graf 25 Položka č. 13: Odborní pracovníci



Klienti a zákonní zástupci odpověděli v 5 (100 %) případech „Ano“. Tato skutečnost má souvislost s tím, že 4 z 5 respondentů v položce číslo 9 uvedlo, že koncept Snoezelen znají i prakticky, tudíž se dá předpokládat, že se s ním seznámili v nějakém zařízení.

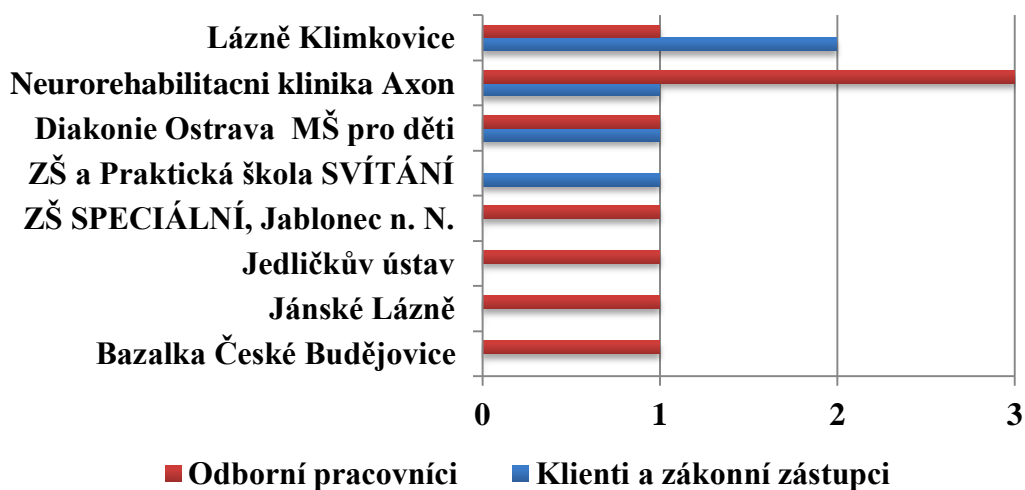
Odborní pracovníci uvedli odpověď „Ano“ v 9 (53 %) případech a 8 respondentů odpovědělo „Ne“ (47 %). V tomto případě není souvislost s položkou číslo 9 tak patrná, neboť praktickou znalost konceptu uvedli pouze 4 odborní pracovníci z 9 odpovědí „Ano“.

Pruhový graf zobrazuje uvedená zařízení klienty, zákonnými zástupci a odbornými pracovníky. Zajímavostí je, že Neurorehabilitační kliniku Axon, která je nejčteněji zastoupena, uvedli z odborných pracovníků pouze fyzioterapeuti (3 respondenti).

Tabulka 15 Položka č. 13: Uvedená zařízení

Uvedené zařízení	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Lázně Klimkovice	2	1
Neurorehabilitační klinika Axon	1	3
Diakonie Ostrava MŠ pro děti	1	1
Základní škola a Praktická škola SVÍTÁNÍ	1	0
Bazalka České Budějovice	0	1
Jánské Lázně	0	1
Jedličkův ústav	0	1
ZŠ SPECIÁLNÍ, Jablonec nad Nisou	0	1

Graf 26 Položka č. 13: Uvedená zařízení



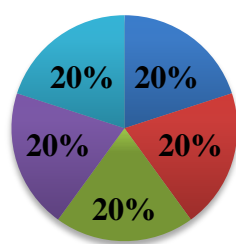
- **Položka číslo 14: Metodu/koncept Snoezelen lze považovat za (terapii, podpůrnou edukační metodu a volnočasovou aktivitu):**

Tato položka sloužila opět ke zjišťování úrovně informovanosti a respondenti mohli zvolit jednu a více odpovědí, přičemž správně bylo volit všechny tři, neboť koncept Snoezelen lze považovat za terapii, podpůrnou edukační metodu i volnočasovou aktivitu.

Tabulka 16 Položka č. 14: Možnosti využití konceptu Snoezelen

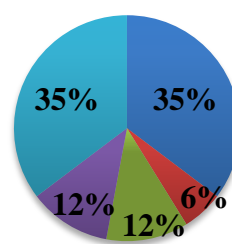
Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Podpůrnou edukační metodu	1	6
Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu	1	1
Terapii	1	2
Terapii, Volnočasovou aktivitu	1	2
Terapii, Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu	1	6
Celkový součet	5	17

Graf 27 Položka č. 14: Klienti a zákonní zástupci



- Podpůrnou edukační metodu
- Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu
- Terapii
- Terapii, Volnočasovou aktivitu
- Terapii, Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu

Graf 28 Položka č. 14: Odborní pracovníci



- Podpůrnou edukační metodu
- Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu
- Terapii
- Volnočasovou aktivitu
- Terapii, Podpůrnou edukační metodu, Volnočasovou aktivitu

Klienti a zákonní zástupci volili různé kombinace odpovědí, avšak plně správná odpověď (terapie, podpůrná edukační metoda, volnočasová aktivita) byla jen 1 (20 %). Konkrétně ji uvedl zákonný zástupce klienta s kombinovaným postižením, jenž má i praktickou zkušenost s konceptem Snoezelen. Po 1 (20 %) odpovědi získaly i varianty odpovědí: podpůrná edukační metoda, podpůrná edukační metoda a volnočasová aktivita, terapie a v neposlední řadě i terapie a volnočasová aktivita.

Odborní pracovníci vybrali všechny 3 odpovědi (terapie, podpůrná edukační metoda a volnočasová aktivita) v 6 (35 %) případech. Současně 6 (35 %) respondentů se domnívá, že se jedná o podpůrnou edukační metodu. Dále 2 (12 %) respondenti považují koncept Snoezelen za terapii a 2 (12 %) za volnočasovou aktivitu. Pouze 1 (6 %) odborný pracovník uvedl odpověď: podpůrná edukační metoda a volnočasová aktivita. Správnou odpověď (terapie, podpůrná edukační metoda a volnočasová aktivita) označil 1 pedagog, 2 fyzioterapeuti a 3 speciální pedagogové, přičemž 4 z nich mají i praktickou zkušenost s konceptem Snoezelen.

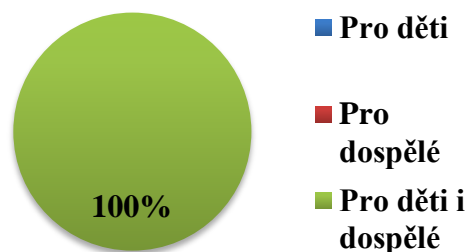
- **Položka číslo 15: Pro koho je metoda/koncept Snoezelen určen z hlediska věku?**

Klienti, zákonní zástupci i odborní pracovníci měli v rámci této položky s uzavřenou odpovědí na výběr ze tří následujících variant: pro děti, pro dospělé nebo pro děti i dospělé.

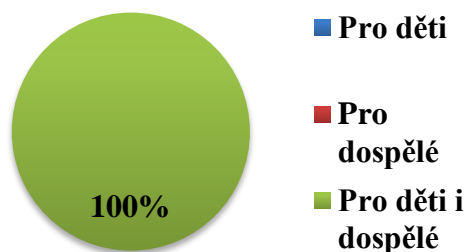
Tabulka 17 Položka 15: Vhodnost konceptu Snoezelen pro děti a dospělé

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
Pro děti	0	0
Pro dospělé	0	0
Pro děti i dospělé	5	17
Celkový součet	5	17

Graf 29 Položka č. 15: Klienti a zákonní zástupci



Graf 30 Položka č. 15: Odborní pracovníci



Správná odpověď byla pro děti i dospělé a uvedlo ji 5 (100 %) klientů a jejich zákonných zástupců a 17 (100 %) odborných pracovníků. Položka číslo 15 se zaměřovala na reálnou úroveň informovanosti.

- **Položka číslo 16: Metodu/koncept Snoezelen byste charakterizoval/a takto:**

V rámci této uzavřené položky vybírali respondenti ze tří definic tu, jenž vystihuje koncept Snoezelen.

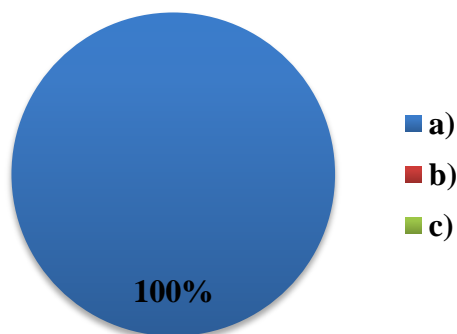
- a) Metoda je realizována ve speciálním prostředí, které podporuje rozvoj klientů. Slouží ke stimulaci, relaxaci, podpoře vzdělávání či k terapii. Primární zásadou je, že klient není do ničeho nucen, nic nemusí a vše je dovoleno. (Koncept Snoezelen)
- b) Jedná se o speciálně vytvořenou místnost tzv. prenatální, která napodobuje podmínky, ve kterých je dítě před narozením. (Prenatální místnost)
- c) Metoda, která je určena pro těžce postižené osoby. Pomocí těla dochází ke zprostředkování zkušeností a vjemů, a tím uvedení do reality. (Metoda bazální stimulace)

Všichni respondenti (klienti, zákonní zástupci a odborní pracovníci), kteří znají koncept Snoezelen prakticky nebo i pouze teoreticky, zvolili odpověď a), jež charakterizuje koncept Snoezelen.

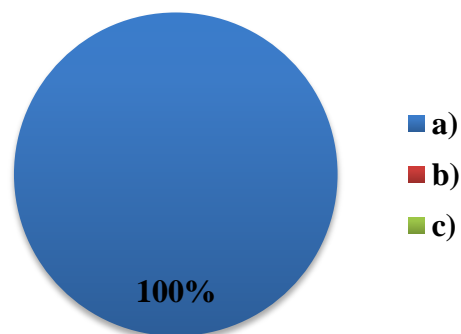
Tabulka 18 Položka č. 16: Charakteristika konceptu Snoezelen

Odpověď	Klienti a zákonní zástupci	Odborní pracovníci
a) Metoda je realizována ve speciálním prostředí, které podporuje rozvoj klientů. Slouží ke stimulaci, relaxaci, podpoře vzdělávání či k terapii. Primární zásadou je, že klient není do ničeho nucen, nic nemusí a vše je dovoleno.	5	17
b) Jedná se o speciálně vytvořenou místnost tzv. prenatalní, která napodobuje podmínky, ve kterých je dítě před narozením.	0	0
c) Metoda, která je určena pro těžce postižené osoby. Pomocí těla dochází ke zprostředkování zkušeností a vjemů, a tím uvedení do reality.	0	0
Celkový součet	5	17

Graf 31 Položka č. 16: Klienti a zákonní zástupci



Graf 32 Položka č. 16: Odborní pracovníci



U klientů a zákonných zástupců se jednalo o 5 (100 %) respondentů, kteří zvolili variantu a), která je správná.

U odborných pracovníků vybralo správnou odpověď a) 17 (100 %) respondentů.

Ze získaných dat lze vyvodit, že v případě uvedení kladné odpovědi v položce číslo 9 mají klienti, jejich zákonní zástupci i odborní pracovníci povědomí o konceptu Snoezelen a jsou schopni správně určit alespoň základní parametry.

3.6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Na podkladě výzkumného problému byly stanoveny následující výzkumné otázky.

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaká je úroveň informovanosti klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců o konceptu Snoezelen?

Úroveň informovanosti byla zjišťována pomocí dotazníkových položek číslo 9, 13, 14, 15 a 16. Ke každé odpovědi u všech uvedených položek byl přiřazen předem definovaný počet bodů a následně byly body u každého respondenta sečteny a určena úroveň informovanosti. Počet osob s tělesným a kombinovaným postižením či jejich zákonných zástupců byl 42.

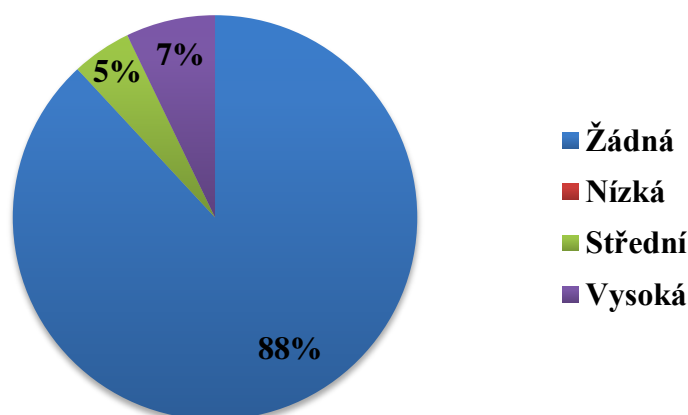
Tabulka 19 Výzkumná otázka č. 1: Vyhodnocení úrovně informovanosti

Úroveň informovanosti	Počet bodů
Žádná	0
Nízká	1-2
Střední	3-4
Vysoká	5-6

Tabulka 20 Výzkumná otázka č. 1: Úrovně informovanosti

Úroveň informovanosti	Počet
Žádná	37
Nízká	0
Střední	2
Vysoká	3
Celkový součet	42

Graf 33 Výzkumná otázka č. 1: Úrovně informovanosti



Žádné úrovni informovanosti odpovídá 0 bodů. Do této kategorie spadají všichni respondenti, kteří v položce číslo 9 odpověděli, že koncept Snoezelen neznají. Jednalo se o 37 (88 %) respondentů. V případě získání 1 – 2 bodů mají respondenti nízkou úroveň informovanosti a v této kategorii není žádný respondent. Při získání v součtu 3 – 4 bodů lze respondenty zařadit do střední úrovně informovanosti. Tyto podmínky splňovali 2 (5 %) respondenti a vysoká úroveň informovanosti byla při dosažení 5 – 6 bodů shledána u 3 (7 %) respondentů.

Na základě získaných dat lze konstatovat, že úroveň informovanosti klientů a jejich zákonných zástupců je nízká, neboť po zaokrouhlení průměrný počet bodů za všechny respondenty činí 1 bod. Pouze 5 (12 %) respondentů znalo koncept Snoezelen na nějaké úrovni a byli schopni ho v základních parametrech specifikovat. Vysoké úrovni informovanosti dosáhl 1 klient s kombinovaným postižením a 2 zákonní zástupci klienta s kombinovaným postižením, přičemž všichni v položce číslo 9 uvedli, že koncept Snoezelen znají i prakticky. Zanalyzovaná data potvrzují, že respondenti s praktickou zkušeností s konceptem Snoezelen mají vyšší úroveň informovanosti, než klienti pouze s teoretickou znalostí.

- **Výzkumná otázka č. 2:** Jaká je úroveň informovanosti odborných pracovníků o konceptu Snoezelen?

Na posouzení úrovně informovanosti se zaměřovala položka číslo 9, 13, 14, 15 a 16. K jednotlivým odpovědím u každé položky byl přiřazen počet bodů a nakonec byly získané body u každého respondenta sečteny a na tomto podkladě byla určena úroveň informovanosti. Počet hodnocených odborných pracovníků byl 48.

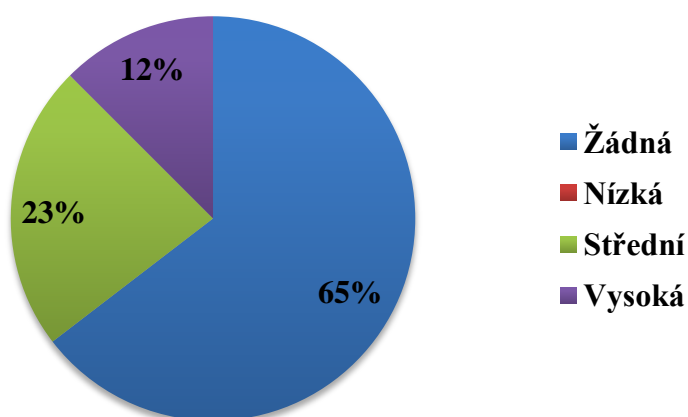
Tabulka 21 Výzkumná otázka č. 1: Vyhodnocení úrovně informovanosti

Úroveň informovanosti	Počet bodů
Žádná	0
Nízká	1-2
Střední	3-4
Vysoká	5-6

Tabulka 22 Výzkumná otázka č. 2: Úrovně informovanosti

Úroveň informovanosti	Počet
Žádná	31
Nízká	0
Střední	11
Vysoká	6
Celkový součet	48

Graf 34 Výzkumná otázka č. 2: Úrovně informovanosti



Na základě získaných dat lze říci, že 0 bodů, jenž odpovídá žádné úrovni informovanosti, získalo 31 (65 %) respondentů. Nízkou úroveň informovanosti s 1 – 2 body nevykazuje žádný respondent a střední úroveň informovanosti, která je specifikována 3 – 4 body, dosáhlo 11 (23 %) respondentů. V neposlední řadě je nezbytné zmínit vysokou úroveň informovanosti charakterizovanou 5 – 6 body, do které spadá 6 (12 %) respondentů. Ačkoliv odborní pracovníci vykazují vyšší úroveň informovanosti než klienti a zákonní zástupci, přesto činí průměrná úroveň jejich informovanosti po zaokrouhlení pouze 2 body, což odpovídá nízké úrovni informovanosti. Z výzkumu je dále zřejmé, že jenom 35 % odborných pracovníků zvládlo koncept Snoezelen správně definovat v základních parametrech. Z podrobnější analýzy dat vyplývá, že s praktickou zkušeností s konceptem Snoezelen roste i úroveň informovanosti, neboť 4 z 6 odborných pracovníků s vysokou úrovní informovanosti uvedlo i praktickou zkušenost a pouze 1 odborný pracovník s praktickou zkušeností vykazoval střední úroveň informovanosti.

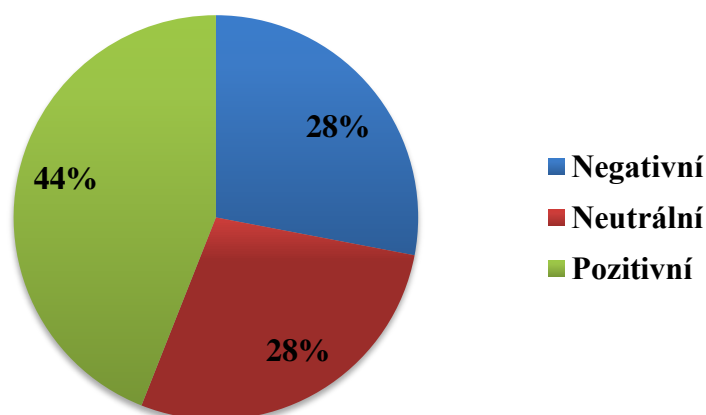
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké jsou postoje klientů s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců ke konceptu Snoezelen?

Postoje klientů a jejich zákonných zástupců bez ohledu na znalost konceptu Snoezelen zjišťovala dotazníková položka číslo 8, kde byli respondenti tázáni, zda by koncept Snoezelen vyzkoušeli.

Tabulka 23 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet
Negativní	12
Neutrální	12
Pozitivní	18
Celkový součet	42

Graf 35 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen



V rámci této položky lze konstatovat, že 12 (28 %) respondentů zaujímá ke konceptu Snoezelen negativní postoj, neutrální postoj 12 (28 %) respondentů a 18 (44 %) respondentů pozitivní. Pozitivní postoje klientů a jejich zákonných zástupců úzce korelují s globálním přístupem ke stimulačním metodám a konceptům, neboť pravděpodobnost kladného postoje ke konceptu Snoezelen rostla v případě odpovědi „*Ano aktivně vyhledávám informace a nebojím se vyzkoušet nové možnosti*“ uvedené v dotazníkové položce číslo 5.

Postojům klientů a zákonných zástupců, kteří koncept Snoezelen znají, se věnovala položka číslo 11 a 12 dotazníku. V případě odpovědi „*Ne*“ byl přidělen -1 bod, při odpovědi „*Nevím*“ 0 bodů a odpověď „*Ano*“ byla ohodnocena 1 bodem. Následně byly body za obě dvě otázky sečteny a vyhodnoceny dle níže uvedené tabulky.

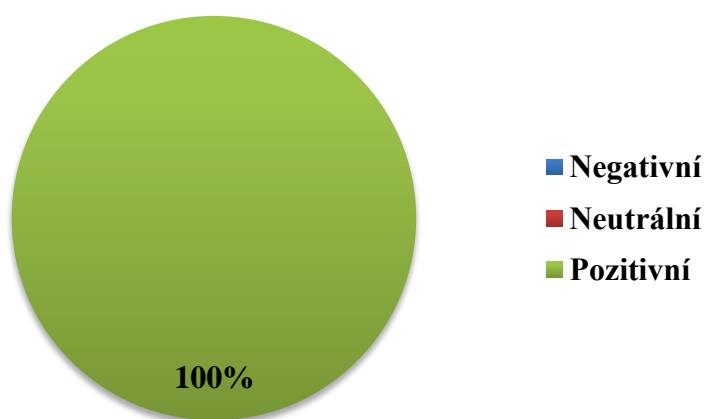
Tabulka 24 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen - kategorie

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet bodů
Negativní	-2 - (-1)
Neutrální	0
Pozitivní	1 - 2

Tabulka 25 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet
Negativní	0
Neutrální	0
Pozitivní	5
Celkový součet	5

Graf 36 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů



Postoj klientů a zákonných zástupců, kteří koncept Snoezelen znají teoreticky či prakticky, je u 5 (100 %) respondentů pozitivní, z čehož vyplývá, že v případě zvyšování úrovně informovanosti klientů a jejich zákonných zástupců by mohl potencionálně růst i zájem o využívání tohoto konceptu.

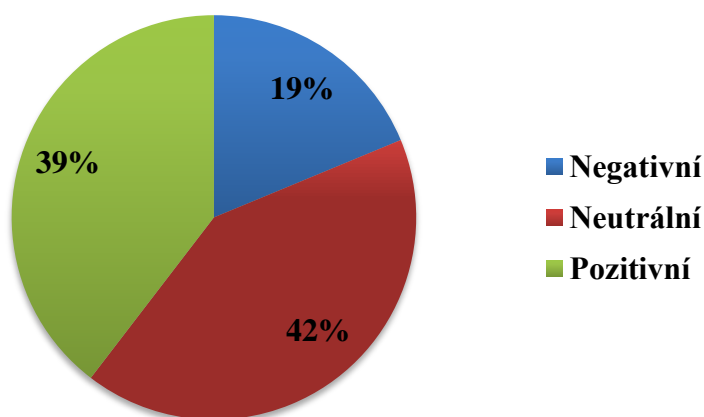
- **Výzkumná otázka č. 4:** Jaké jsou postoje odborných pracovníků ke konceptu Snoezelen?

Pomocí dotazníkové položky číslo 8 byly hodnoceny postoje odborných pracovníků ke konceptu Snoezelen bez ohledu na znalost tohoto konceptu.

Tabulka 26 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet
Negativní	9
Neutrální	20
Pozitivní	19
Celkový součet	48

Graf 37 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen



Ze získaných dat vyplývá, že by koncept Snoezelen vyzkoušelo 19 (39 %) odborných pracovníků mající pozitivní postoj. Dalších 20 (42 %) respondentů odpovědělo, že neví, zda by koncept vyzkoušelo, což bylo hodnoceno jako neutrální postoj a 9 (19 %) respondentů má negativní postoj ke konceptu Snoezelen a ani by ho nevyzkoušeli. Opět je zde patrná přímá souvislost se všeobecnými postoji ke stimulačním metodám a konceptům, přičemž 13 odborných pracovníků, jež v položce číslo 5 dotazníku odpovědělo „*Ano aktivně vyhledávám informace a nebojím se vyzkoušet nové možnosti*“ by bylo ochotných koncept Snoezelen vyzkoušet a 11 s touto odpovědí vykazovalo neutrální postoj.

Analýza postojů u odborných pracovníků, kteří jsou informováni o konceptu Snoezelen, byla provedena na podkladě dotazníkových položek číslo 11 a 12. Odpověď „*Ne*“ byla ohodnocena -1 bodem, odpověď „*Nevím*“ 0 body a odpověď „*Ano*“ 1 bodem. Poté byly body sečteny a vyhodnoceny dle níže uvedené tabulky.

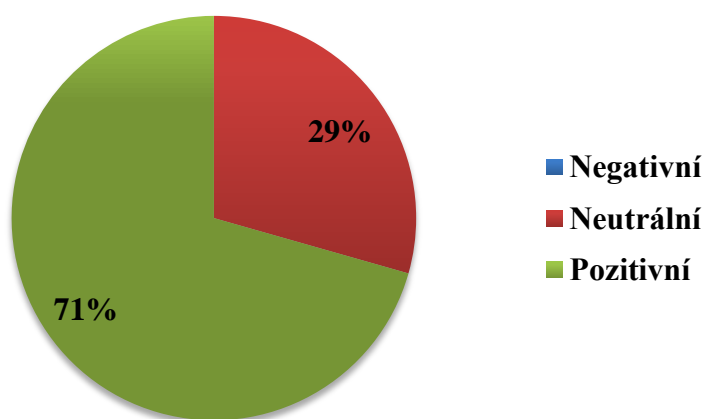
Tabulka 27 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen - kategorie

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet bodů
Negativní	-2 - (-1)
Neutrální	0
Pozitivní	1 - 2

Tabulka 28 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů

Postoj ke konceptu Snoezelen	Počet
Negativní	0
Neutrální	5
Pozitivní	12
Celkový součet	17

Graf 38 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů



Žádný odborný pracovník nezaujímá negativní postoj ke konceptu Snoezelen, ale 5 (29 %) odborných pracovníků má neutrální postoj a pozitivní postoj zastává 12 (71%) odborných pracovníků. Pro zvyšování procenta využití konceptu Snoezelen je nezbytné řádně proškolit odborné pracovníky o této problematice, neboť s tím poroste i pozitivní přístup k tomuto konceptu.

- **Výzkumná otázka č. 5:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji využívány k získávání informací o konceptu Snoezelen klienty s tělesným a kombinovaným postižením nebo jejich zákonných zástupců?

Na tuto výzkumnou otázku se zaměřovala dotazníková položka číslo 10. Odpovídali na ni pouze respondenti (5 respondentů), jež mají teoretickou nebo i praktickou zkušenost s konceptem Snoezelen. Bylo možné vybrat více

informačních zdrojů, případně vepsat vlastní odpověď, avšak této možnosti nevyužil žádný z klientů či zákonných zástupců.

Ze získaných dat lze vyvodit, že nejčastěji jsou k získávání informací využívána multimédia, např. internet. Multimédia k získání informací využili 4 respondenti. Další 2 respondenti zároveň získali informace i od odborného pracovníka a 1 při praktickém využití.

- **Výzkumná otázka č. 6:** Jaké informační zdroje jsou nejčastěji využívány k získávání informací o konceptu Snoezelen odbornými pracovníky?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku byla získána z položky číslo 10 dotazníku. Zaměřovala se pouze na odborné pracovníky (17 respondentů), kteří uváděli teoretickou nebo praktickou znalost konceptu Snoezelen. Měli možnost vybrat více zdrojů informací a doplnit i vlastní odpověď.

Obdobně jako v případě klientů a jejich zákonných zástupců i odborní pracovníci nejčastěji jako zdroj informací uváděli multimédia (9 odborných pracovníků). Druhým nejčastějším zdrojem informací jsou přednášky, kurzy, škola či školení společně s informacemi od kolegů či známých. Obě varianty uvedlo 5 respondentů. V rámci své praxe získali informace o konceptu Snoezelen 4 odborní pracovníci a 3 odborní pracovníci využívají jako informační zdroj též knihy a časopisy.

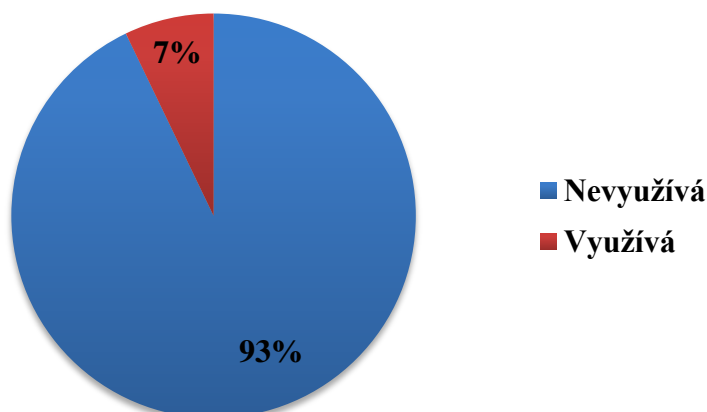
- **Výzkumná otázka č. 7:** Kolik procent klientů s tělesným a kombinovaným postižením využívá koncept Snoezelen?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku, lze odvodit z položky číslo 6 dotazníku. Respondenti v této otázce měli na výběr z 10 různých metod a konceptů, včetně konceptu Snoezelen. Současně jedenáctou možností bylo, že nevyužívají žádnou metodu nebo koncept a dále bylo možné vyplnit vlastní odpověď.

Tabulka 29 Výzkumná otázka č. 7: Využití konceptu Snoezelen

Odpověď	Počet
Nevyužívá	39
Využívá	3
Celkový součet	42

Graf 39 Výzkumná otázka č. 7: Využití konceptu Snoezelen



Z dat získaných z položky číslo 6 dotazníku lze říci, že koncept Snoezelen využívají 3 (7 %) klienti a jejich zákonní zástupci, z čehož byl 1 klient s kombinovaným postižením a 2 zákonní zástupci klienta s kombinovaným postižením. Dále je zřejmé, že 39 (93 %) klientů a zákonných zástupců volilo kombinaci jiných metod a konceptů, případně nevyužívají žádnou metodu či koncept. Z tohoto faktu lze odvodit, že koncept Snoezelen většinou není u tělesného postižení aplikován. Naopak častěji je využívám u osob s kombinovaným postižením, čemuž i odpovídá četnost realizovaných výzkumů v souvislosti s problematikou aplikace konceptu Snoezelen.

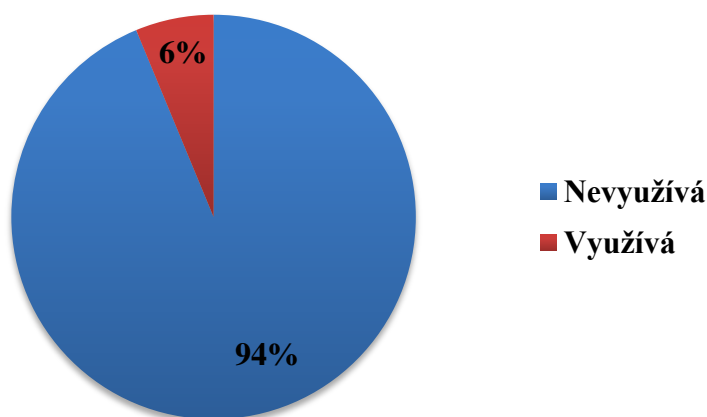
- **Výzkumná otázka č. 8:** Kolik procent odborných pracovníků využívá koncept Snoezelen?

Této výzkumné otázce se věnovala dotazníková položka číslo 6, kde měli odborní pracovníci vybrat metody, které využívají. Jednalo se o polouzavřenou položku s výběrem více odpovědí a možností vepsání vlastní odpovědi. Koncept Snoezelen byl jednou z možností výběru.

Tabulka 30 Výzkumná otázka č. 8: Využití konceptu Snoezelen

Odpověď	Počet
Nevyužívá	45
Využívá	3
Celkový součet	48

Graf 40 Výzkumná otázka č. 8: Využití konceptu Snoezelen



Koncept Snoezelen využívají pouze 3 (6 %) odborní pracovníci a 45 (94 %) aplikuje do praxe jiné koncepty a metody, případně nevyužívá žádné. Konkrétně v praxi koncept Snoezelen využívají 2 speciální pedagogové a 1 lékař, který má zkušenosti s tímto konceptem z České republiky i ze zahraničí. Ze získaných dat je patrné, že koncept Snoezelen není v České republice široce implementován do praxe.

3.6.3 Souhrn výsledků výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo pomocí kvantitativního výzkumu za pomoci vlastního dotazníku získat náhled na problematiku využívání konceptu Snoezelen. Dále byla zjišťována úroveň informovanosti a postoje osob s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců i odborných pracovníků k tomuto konceptu.

Z analýzy získaných dat lze učinit závěr, že koncept Snoezelen využívá pouze 7 % klientů s kombinovaným postižením a žádný klient s tělesným postižením.

Odborní pracovníci rovněž koncept Snoezelen neuplatňují příliš v praxi příliš, neboť pouze 6% jich uvedlo, že koncept Snoezelen aplikuje.

Úroveň informovanosti klientů je velice nízká, pouze 12 % zná základní specifikace konceptu Snoezelen. Klienti s kombinovaným postižením a jejich zákonní zástupci vykazují lepší úroveň informovanosti než klienti s tělesným postižením a jejich zákonní zástupci, což koreluje s faktem, že koncept Snoezelen je více využíván u osob s kombinovaným postižením. S praktickou zkušeností s tímto konceptem roste i úroveň informovanosti.

Odborní pracovníci rovněž vykazují nízkou úroveň informovanosti, nicméně ve srovnání s klienty je vyšší. Základní charakteristiky konceptu Snoezelen správně definovalo 35 % odborných pracovníků. Vzhledem k tomu, že klienti a jejich zákonní zástupci jako druhý nejčastější informační zdroj uvedli právě odborné pracovníky, je jejich úroveň informovanosti nedostatečná. Nejčastějšími zdroji při získávání informací jsou multimédia a u odborných pracovníků následují různé vzdělávací akce v podobě kurzů, školení či přednášek nebo informace získané od kolegů.

Postoje klientů a jejich zákonných zástupců ke konceptu Snoezelen jsou v případě znalosti konceptu kladné, avšak z dat je patrné, že se snižující se informovaností klesá kladnost postojů. Na rozdíl od klientů a jejich zákonných zástupců v případě informovaných odborných pracovníků u 29 % přetrvává neutrální postoj. V 71 % zaujímají odborní pracovníci kladný postoj. S klesající úrovní informovanosti roste i počet negativních postojů ke konceptu Snoezelen.

4 Návrh informačního letáku

Z důvodu nízké úrovně informovanosti široké veřejnosti o konceptu Snoezelen byl vytvořen informační leták. V tomto letáku je uvedena stručná charakteristika tohoto konceptu a diagnózy, pro které může být přínosem. Zároveň je uveden i webový odkaz organizace, která koncept Snoezelen zaštiťuje v rámci České republiky a podílí se na mezinárodní spolupráci. Na těchto webových stránkách naleznou potenciální klienti a odborní pracovníci podrobnější informace o konceptu Snoezelen, včetně seznamu proškolených zařízení, které provozují tento koncept v České republice. Cílem informačního letáku je zlepšení úrovně informovanosti široké veřejnosti, což zároveň zvyšuje praktický přínos této diplomové práce.

Snoezelen

Snoezelen je realizován ve speciálním prostředí, které podporuje rozvoj klientů.
Slouží ke stimulaci, relaxaci, podpoře vzdělávání a k terapii.

Hlavní zásadou je, že klient není do ničeho nucen a vše je dovoleno!

Snoezelen je určen pro klienty:

- s tělesným postižením
- s mentálním postižením
- s kombinovaným postižením
- s psychiatrickými diagnózami
- s neurologickými diagnózami
- s poruchami chování
- s ADHD a ADD
- geriatrické
- se specifickými poruchami učení atd.



<https://cz.pinterest.com/pin/444308319459995449/>

Více informací, včetně provozovatelů, naleznete na: <http://www.snoezelen-mse.cz>

Obrázek 2 Informační leták: Snoezelen

5 Diskuze

V současnosti je kladen velký důraz na vzdělávání osob se speciálními potřebami. S ohledem na stoupající tendenci inkluzivního vzdělávání v České republice i v zahraničí se otvírají mnohé možnosti pro začleňování nových konceptů a metod do výuky. Nicméně inkluzivní vzdělávání a implementace nových metod a konceptů klade zvýšené nároky na kompetence, znalosti a dovednosti odborných pracovníků, což je nezbytné akcentovat při jejich celoživotním vzdělávání. Současně je potřeba vytvořit ucelené metodické materiály a včleňování nových metod do výuky podložit výzkumem o jejich efektivitě a pozitivním přínosu. Výše uvedené je jedním z cílů speciální pedagogiky a prvním krokem k aplikaci např. konceptu Snoezelen do každodenní praxe. Dalším nepostradatelným krokem je zvýšení povědomí laické veřejnosti o přínosu a nových možnostech stimulace osob se speciálními potřebami.

Na základě analýzy současného stavu problematiky lze konstatovat, že problematickým místem, které je předmětem diskuze odborných pracovníků, je samotný výzkum efektivity konceptu Snoezelen. Většina výzkumů se zaměřovala na osoby s mentálním postižením, případně na osoby s více vadami [23, 26, 29, 35–38, 50], takže relevantní informace o přínosu konceptu Snoezelen pro osoby s tělesným postižením chybějí.

Značná část zahraničních výzkumů dokládá pozitivní efekt konceptu Snoezelen převážně v oblasti emocionálního stavu klientů a redukce poruch chování, včetně agresivity [23, 29, 36, 37, 41–45], avšak existuje řada odborníků, kteří zpochybňují samotný design studií a v souvztáznosti s tím upozorňují na zkreslování výsledků efektivity a subjektivní hodnocení výzkumů [25, 33, 47–49]. Problematickou oblastí je zejména délka trvání pozitivního stimulačního efektu a jeho přenesení do běžného prostředí, což by bylo příhodné dále objektivizovat a provádět výzkumná šetření tímto směrem [25, 29, 35, 36, 45, 46].

Důležitým faktorem, který se musí brát v potaz, je individualita každého klienta. Přínos konceptu Snoezelen je nezbytné individuálně a průběžně vyhodnocovat, neboť z výsledků výzkumů plyne, že pozitivní efekt se u některých klientů nemusí dostavit, a proto je třeba zacházet s tímto konceptem striktně individuálně

a nepovažovat ho za univerzální prostředek vhodný pro každou osobu se specifickou diagnózou [25, 26, 38].

Tato diplomová práce přináší náhled do problematiky využívání konceptu Snoezelen v České republice nejen u osob s tělesným a kombinovaným postižením, ale i u odborných pracovníků, kteří se podílejí na péči o tyto osoby. K této problematice se váže i úroveň informovanosti a postoje, které byly rovněž zjišťovány pomocí dotazníkového šetření. Respondenty lze rozdělit na dvě skupiny, přičemž první skupina zahrnuje osoby s tělesným a kombinovaným postižením a jejich zákonné zástupce, do druhé skupiny patří odborní pracovníci.

V první části dotazníkového šetření byly umístěny jednoduché faktografické položky, např. věk, pohlaví, specifikace respondenta a kraj, v němž žije. Z hlediska věku byli respondenti heterogenní skupinou, pouze u odborných pracovníků byla věková kategorie 61+ zastoupena pouze 1 lékařem. Je to dáno tím, že tato věková kategorie v sobě zahrnuje i důchodový věk a specifikované profese jsou mnohdy fyzicky i psychicky náročné. Současně nižší účast respondentů této kategorie i z řad klientů a zákonných zástupců může být zapříčiněna menší ochotou spolupracovat i neúčastí na online dotazníku.

Další výrazná nevyváženost skupiny respondentů byla v pohlaví. Muži tvořili pouze 36 % klientů a jejich zákonných zástupců. Při analýze souvislostí bylo zjištěno, že tento rozdíl je dán zákonnými zástupci ženského pohlaví. Z řad odborných pracovníků bylo pouze 8 % mužů. Již v rámci vzdělávání odborných pracovníků jsou patrné genderové rozdíly. Částečně se na těchto rozdílech podílí tradice, částečně nízké platové ohodnocení.

Zastoupení klientů s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců a odborných pracovníků je vyvážené z důvodu stanovených podmínek pro vyplňování dotazníku v tištěné formě. Malé odchylky v zastoupení jednotlivých skupin respondentů jsou dány vyplněnými dotazníky online.

Největší počet respondentů byl z Prahy a následně ze Středočeského kraje, což je jednak zapříčiněno vyšší koncentrací potencionálních respondentů, jednak lepší spoluprací s vybranými zařízeními.

Z kvantitativního výzkumu provedeného v rámci této diplomové práce vyplývá, že stimulační metody a koncepty jsou odbornou i laickou společností považovány

za přínosné pro rozvoj osob s tělesným i kombinovaným postižením. 100 % respondentů odpovídajících na dotazníkovou položku číslo 7 zaujímá kladný postoj ke stimulačním metodám a konceptům, avšak nejčastěji je ke stimulaci osob využívána Vojtova reflexní lokomoce, PNF a ergoterapie, přičemž koncept Snoezelen uplatňuje v praxi jen malé procento respondentů.

Zajímavým bodem výzkumu bylo sledování korelace mezi postoji ke konceptu Snoezelen a úrovni informovanosti. Z analýzy dat vyplývá, že názory na koncept Snoezelen jsou ovlivňovány nízkou úrovní informovanosti, tudíž pro úspěšnou implementaci tohoto konceptu do každodenní praxe je nezbytné metodické materiály doplnit a průběžně zvyšovat úroveň informovanosti i u klientů s tělesným postižením, kteří jsou často opomíjenou skupinou.

Ve výzkumu Vitáskové [50] z roku 2007 mělo 80 % odborných pracovníků pozitivní postoj ke konceptu Snoezelen a považovalo ho za přínosný, což potvrzuje i výzkum realizovaný v této diplomové práci, kde v případě odborných pracovníků, kteří tento koncept znají, zastávalo pozitivní postoj 71 % z nich, u osob s tělesným a kombinovaným postižením, včetně jejich zákonných zástupců, mělo pozitivní postoj 100 % respondentů.

Vlastním výzkumem zjištěná úroveň informovanosti odborných pracovníků, jež činila 35 %, je v souladu s poznatkem Vitáskové [50], kdy 36 % odborných pracovníků charakterizovalo tuto metodu správně. Z toho vyplývá, že úroveň informovanosti se v průběhu 9 let nezvýšila a úroveň informovanosti osob s tělesným a kombinovaným postižením a jejich zákonných zástupců je nyní pouze 12%.

Využití konceptu Snoezelen u odborných pracovníků v případě výzkumu Vitáskové [50] bylo 13%, avšak získaná data v rámci tohoto výzkumu ukazují pouze 6% využití. Tento rozdíl může být dán velikostí výzkumného vzorku této diplomové práce, ale i snižující se tendencí k aplikaci tohoto konceptu do praxe, neboť stále neexistuje dostatek výzkumů, jež by poskytovaly relevantní informace z oblasti efektivity a délky trvání pozitivního efektu v souvislosti s realizací konceptu Snoezelen. Současně nadále panuje stav nedostatku ucelených metodologických materiálů v českém jazyce, což je klíčové pro využívání konceptu Snoezelen v každodenní praxi.

Zřizování Snoezelen místností je finančně velice náročné, což též nepřispívá k rozvoji tohoto konceptu a k rozsáhlému využití.

Vzhledem k absenci výzkumů týkajících se využívání konceptu Snoezelen u osob s tělesným postižením má tato diplomová práce potenciál a bylo by optimální ji dále rozšířit, a to zaprvé o další respondenty za účelem zevšeobecnění výsledků kvantitativního výzkumu na celou populaci, což vzhledem k získanému počtu respondentů nyní není možné. Za druhé doplnit tento výzkum o kvalitativní, který by se zabýval účinky konceptu Snoezelen na osoby s tělesným i kombinovaným postižením v souvislosti s přenášením pozitivního efektu do běžného prostředí.

6 Závěr

Diplomová práce je zaměřena na aplikaci konceptu Snoezelen u osob s tělesným a kombinovaným postižením, který není v České republice běžně využíván. V poslední době jsou kladeny stále vyšší nároky na poskytování kvalitní péče, včetně vzdělávání, osobám se specifickými potřebami. Jedním z cílů speciální pedagogiky je začleňování nových konceptů a metod do každodenní praxe.

Diplomová práce je rozdělena na několik částí, přičemž první část se věnuje současnému stavu problematiky. Nejprve jsou vymezeny pojmy tělesné a kombinované postižení, a to z hlediska různých odborníků. Následně je specifikován koncept Snoezelen, jeho teoretická východiska i způsob aplikace do každodenní praxe. Nechybí odkazy na řadu publikovaných výzkumů, které podporují opodstatněnost využití tohoto konceptu, ovšem některé poukazují i na nedostatečnou efektivitu a málo relevantních důkazů o pozitivním efektu v některých oblastech.

Druhá část diplomové práce se zabývá vlastním výzkumem, který má charakter kvantitativní. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zmapováno využití konceptu Snoezelen osobami s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonnými zástupci i odbornými pracovníky. Souběžně byla předmětem výzkumu i úroveň informovanosti a postoje těchto osob ke konceptu Snoezelen. Předem definované cíle této diplomové práce byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Jak bylo předpokládáno, na základě analýzy současného stavu problematiky bylo zjištěno, že koncept Snoezelen je využíván pouze 7 % osob s postižením a 6 % odborných pracovníků. S tímto faktem koresponduje i nízká úroveň informovanosti postižených osob, jejich zákonných zástupců i odborných pracovníků. Nicméně postoje ke stimulačním metodám a konceptům jsou pozitivní, a to i ke konceptu Snoezelen, pokud jsou osoby informovány o tomto konceptu. Z uvedeného vyplývá, že koncept Snoezelen má za předpokladu zvýšení úrovně informovanosti cílových skupin potenciál rozvoje i v České republice.

Vzhledem ke zjištěné nízké úrovni informovanosti, byl ve třetí části diplomové práce vytvořen informační leták, který by měl mít praktický přínos pro rozšíření konceptu Snoezelen do každodenní praxe. V závěrečné části této diplomové práce bylo

v rámci diskuze upozorněno na nedostatky v provedených výzkumech a potřebu zkoumání efektivity konceptu Snoezelen a možností přenosu pozitivního efektu do běžného života. Současně je nutné zvýšení počtu publikovaných ucelených metodických materiálů v českém jazyce.

Přínosem této diplomové práce je aktuální náhled do problematiky konceptu Snoezelen v českém prostředí a na jeho uplatnění pro rozvoj osob s tělesným a kombinovaným postižením. Diplomová práce skýtá potenciál pro její rozšíření v podobě kvalitativního výzkumu, zaměřujícího se převážně na osoby s tělesným postižením, případně i kombinovaným.

Seznam použitých informačních zdrojů

- [1] JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- [2] RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše a kol. LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- [3] NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita : diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [4] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- [5] VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšíře. 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- [6] BUŘVALOVÁ, Denisa a Eva REITMAYEROVÁ. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
- [7] NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením: Uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-383-1.
- [8] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [9] PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
- [10] KOLÁŘ, Pavel a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

- [11] KOTAGAL, Suresh. *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton, 1996. ISBN 80-85875-06-3.
- [12] DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0550-8.
- [13] SOSNA, Antonín a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
- [14] PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [15] OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- [16] KUNHARTOVÁ, Monika. Charakteristika kombinovaného postižení. *Šance dětem* [online]. 2013 [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanym-postizenim/charakteristika-kombinovaneho-postizeni.shtml>
- [17] GOŠOVÁ, Věra. Kombinované postižení. *Metodický portál - RVP inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. 2011 [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/K/Kombinovan%C3%A9_posti%C5%BEen%C3%AD
- [18] JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
- [19] VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: Včasná diagnóza a terapie*. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-85424-98-3.
- [20] DAŇKOVÁ, Šárka. *ANALÝZA: Mezinárodní klasifikace nemocí a její aktualizace* [online]. 2009. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf

- [21] KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80- 247-1018-8.
- [22] PAVLŮ, Dagmar. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. opraven. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s. r. o., 2003. ISBN 80-7204-312-9.
- [23] JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody SNOEZELLEN u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta OU, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
- [24] FILATOVA, Renata a Kateřina JANKŮ. *Snoezelen*. 1. vyd. Ostrava: Asociace konceptu Snoezelen, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
- [25] FAVA, Leonardo a Kristin STRAUSS. Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2010, roč. 31, č. 1, s. 160–171. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2009.08.006
- [26] HOGG, James, Judith CAVET, Loretto LAMBE a Mary SMEDDLE. The use of „Snoezelen" as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: A review of the research. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2001, roč. 22, č. 5, s. 353–372. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/S0891-4222(01)00077-4
- [27] HULSEGG, Jan a Ad VERHEUL. *Snoezelen: Another World*. Chesterfield: ROMPA, 1987. ISBN 0951282107.
- [28] KOK, W, J PETER a J CHOUFOUR. *Snoezelen*. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis, 2000.
- [29] KAPLAN, H., M. CLOPTON, M. KAPLAN, L. MESSBAUER a K. MCPHERSON. Snoezelen multi-sensory environments: Task engagement and

- generalization. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2006, roč. 27, č. 4, s. 443–455. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2005.05.007
- [30] NOORDEN, A. Complementary care, the magical element in the care [Complementaire zorg, het magische element in de zorg]. *Magie en Verpleging*. 1999, roč. 91, s. 23–26.
- [31] BENSING, J. Bridging the gap: The separate worlds of evidence based medicine and patient centred medicine. *Patient Education and Counselling* [online]. 2000, roč. 39, s. 17–25. ISSN 0738-3991. Dostupné z: doi:10.1016/S0738-Get
- [32] SLAVÍK, Jan. *Umění zážitku, zážitek umění*. Praha: Pedagogická fakulta UK v Praze, 2001. ISBN 80-7290-066-8.
- [33] LANCIONI, G E, a J CUVO a M F O'REILLY. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and rehabilitation* [online]. 2002, roč. 24, č. 4, s. 175–184. ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi:10.1080/09638280110074911
- [34] PAGLIANO, Paul. Multisensory environments and their use in education with children with profound multiple disabilities. In: *2nd International Come To Your Senses Conference Come to your senses: opening the sensory world to children & adults with complex disabilities* [online]. 2007, s. 169–176. ISBN 978-0-9689788-2-5. Dostupné z: <http://eprints.jcu.edu.au/7677>
- [35] ASHBY, Mark, William R. LINDSAY, Deborah PITCAITHLY, Sarah BROXHOLME a Nicola GEELLEN. Snoezelen : its Effects on Concentration and Responsiveness in People with Profound Multiple Handicaps. *The British Journal of Occupational Therapy* [online]. 1995, roč. 58, č. 7, s. 303–307. ISSN 03080226. Dostupné z: doi:10.1177/030802269505800711
- [36] CUVO, Anthony J., Michael E. MAY a Tiffany M. POST. Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation. *Research in*

- Developmental Disabilities* [online]. 2001, roč. 22, č. 3, s. 183–204. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/S0891-4222(01)00067-1
- [37] SHAPIRO, Michele, Shula PARUSH, Manfred GREEN a Dana ROTH. The efficacy of the ‘Snoezelen’ in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviours. *The British Journal of Development Disabilities* [online]. 1997, roč. 43, č. 85, s. 140–155. ISSN 0969-7950. Dostupné z: doi:10.1179/bjdd.1997.014
- [38] MCKEE, Shari A., Grant T. HARRIS, Marnie E. RICE a Larry SILK. Effects of a Snoezelen room on the behavior of three autistic clients. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2007, roč. 28, č. 3, s. 304–316. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2006.04.001
- [39] HOTZ, Gillian A, Andrea CASTELBLANCO, Isabel M LARA, Alyssa D WEISS, Robert DUNCAN a John W KULUZ. Snoezelen: a controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain injury : [BI]* [online]. 2006, roč. 20, č. 8, s. 879–888. ISSN 0269-9052. Dostupné z: doi:10.1080/02699050600832635
- [40] SCHOFIELD, Patricia. The effects of Snoezelen on chronic pain. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)* [online]. 2000, roč. 15, č. 1, s. 33–34. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11971385> \n <http://www.refdoc.fr/Detailnotice?idarticle=30943026>
- [41] BAILLON, Sarah, Erik VAN DIEPEN, Richard PRETTYMAN, Julie REDMAN, Nan ROOKE a Rowena CAMPBELL. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2004, roč. 19, č. 11, s. 1047–1052. ISSN 08856230. Dostupné z: doi:10.1002/gps.1208
- [42] VAN WEERT, Julia C M, Ada KERKSTRA, Alexandra M. VAN DULMEN, Jozien M. BENSING, Jan G. PETER a Miel W. RIBBE. The implementation of

- snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2004, roč. 41, č. 4, s. 397–409. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011
- [43] MINNER, De, Patty HOFFSTETTER, Linda CASEY a Delores JONES. Snoezelen activity: the Good Shepherd Nursing Home experience. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 2004, roč. 19, č. 4, s. 343–348. ISSN 1057-3631. Dostupné z: doi:10.1097/00001786-200410000-00010
- [44] BAKER, R, Steven BELL, Emma BAKER, Sarah GIBSON, Jane HOLLOWAY, Rebecca PEARCE, Zena DOWLING, P THOMAS, J ASSEY a L a WAREING. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology* [online]. 2001, roč. 40, č. Pt 1, s. 81–96. ISSN 0144-6657. Dostupné z: doi:10.1348/014466501163508
- [45] SINGH, Nirbhay N., Giulio E. LANCIANI, Alan S W WINTON, Enrique J. MOLINA, Monica SAGE, Stephen BROWN a Jop GROENEWEG. 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, roč. 25, č. 3, s. 285–293. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2003.08.003
- [46] HOUGHTON, Stephen, Graham DOUGLAS, John BRIGG, Shane LANGSFORD, Lesley POWELL, John WEST, Annaliese CHAPMAN a Rick KELLNER. An empirical evaluation of an interactive multi-sensory environment for children with disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* [online]. 1998, roč. 23, č. 4, s. 267–278. ISSN 1366-8250. Dostupné z: doi:10.1080/13668259800033761
- [47] HAGGAR, Louise Elandra a Roger Brian HUTCHINSON. Snoezelen: an approach to the provision of a leisure resource for people with profound and multiple handicaps. *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)*

- [online]. 1991, roč. 19, č. 2, s. 51–55. ISSN 02619997. Dostupné z: doi:10.1111/j.1468-3156.1991.tb00620.x
- [48] HOPE, K W. The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of psychiatric and mental health nursing* [online]. 1998, roč. 5, č. 5, s. 377–385. ISSN 1365-2850. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2850.1998.00143.x
- [49] AGER, Alastair a Fiona O 'MAY. Issues in the definition and implementation of „best practice" for staff delivery of interventions for challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* [online]. 2001, roč. 26, č. 3, s. 243–256. ISSN 1366-8250. Dostupné z: doi:10.1080/1366825012006341
- [50] VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Využití multismyslové metody Snoezelen u osob s mentálním postižením* [online]. B.m., 2007. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/163640/pedf_d/diser.prace.pdf
- [51] ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [52] HULSEGG, Jan a Ad VERHEUL. *Snoezelen - eine andere Welt*. Marburg: Band 21, 1989. ISBN 3-88617-091-8.
- [53] FILATOVA, Renata. *Snoezelen - MSE*. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1.
- [54] KOMENSKÝ, Jan Amos. *Didaktika analytická*. Brno: Tvořivá škola, 2004. ISBN 80-903397-1-9.
- [55] MERTENS, Krista. *Snoezelen : eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 2003. ISBN 3-8080-0518-1.
- [56] VERHEUL, Ad a Krista MERTENS. *Snoezelen - many countries - a lot of ideas*. In: . Ede: International Snoezelen Association, 2003.

- [57] DYEOVÁ, Jane. *Aromaterapie pro ženu a dítě*. 1. vydání. Praha: Alternativa, 1995.
- [58] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- [59] BELZ, Horst a Marco SIEGRIST. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0846-4.
- [60] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-405-7.
- [61] CISOVSKÁ, Hana. *Možnosti dramatické výchovy v rozvoji osobnostní sociální kompetence budoucích učitelů*. Ostrava: Pedagogická fakulta OU, 2003. ISBN 80-7042-295-5.
- [62] GOLEMAN, Daniel. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80-85928-48-5.
- [63] MAREŠ, Jiří, Jan PRŮCHA a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. upraven. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- [64] KYRIACOU, Chris. *Klíčové dovednosti učitele: Cesty k lepšímu vyučování*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0052-9.
- [65] SLEVIN, E a A MCCLELLAND. Multisensory environments: are they therapeutic? A single-subject evaluation of the clinical effectiveness of a multisensory environment. *Journal of clinical nursing* [online]. 1999, roč. 8, č. 1, s. 48–56. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2702.1999.00211.x
- [66] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. přeprac. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

- [67] VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vydání. Olomouc: UP PdF, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- [68] STEPHENSON, Jennifer. Characterization of multisensory environments: Why do teachers use them? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 2002, roč. 15, č. 1, s. 73–90. ISSN 13602322. Dostupné z: doi:10.1046/j.1360
- [69] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšíře. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315- 185-0.
- [70] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- [71] PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619163.
- [72] SVOZILOVÁ, Alena. *Zlepšování podnikových procesů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3938-0.
- [73] VEBER, Jaromír. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce*. 2. vyd. Praha: Management Press, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7261-210-9.
- [74] *Pinterest: Celosvětový katalog nápadů* [online]. [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: <https://cz.pinterest.com/pin/444308319459995449/>
- [75] SOMOBA. *Centre Fonneuve - MONTAUBAN* [online]. [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: <http://somoba.fr/snoezelen/realisations/41-centre-fonneuve-montauban>
- [76] SOMOBA. *Espace Snoezelen à l'EHPAD Yves Cousy - St André de Sangonis* [online]. [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: <http://somoba.fr/snoezelen/realisations/52-espace-snoezelen-a-la-residence-yves-cousy-st-andre-de-sangonis-34>

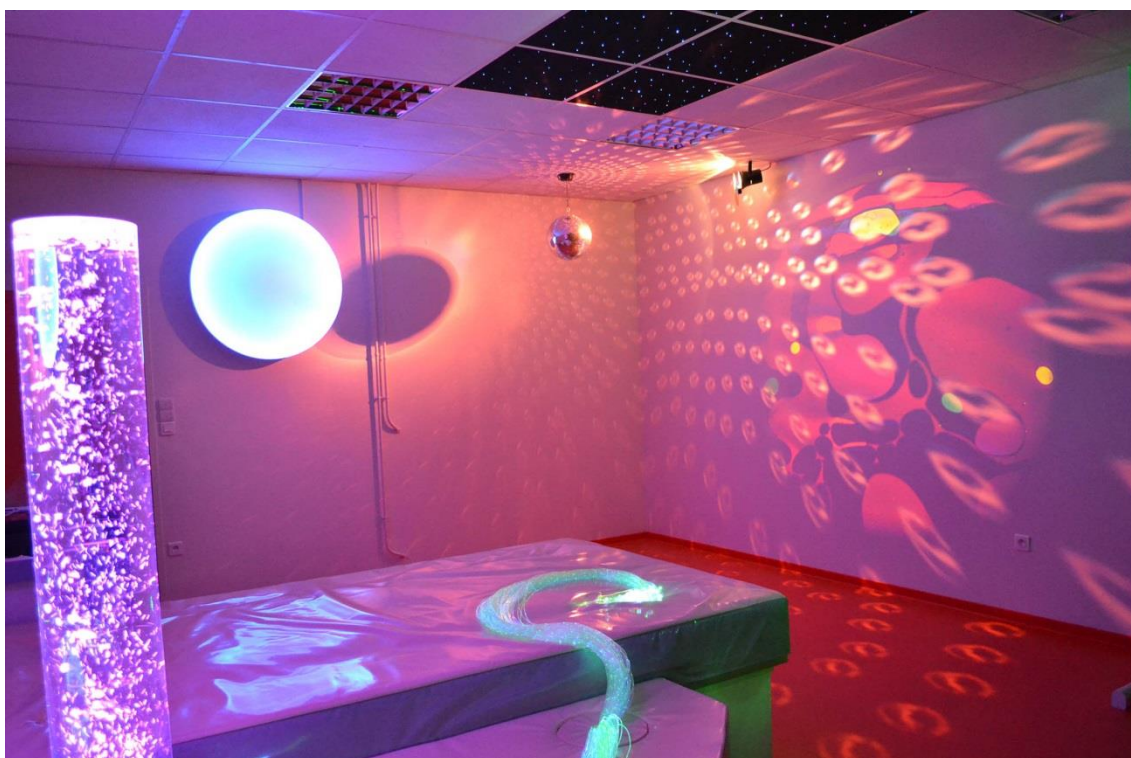
[77] HEINZLOVÁ, Ľuba. *Akropolis o.s., Uherské Hradiště* [online]. [vid. 1. leden 2016]. Dostupné z: http://3lobit.sk/wp-content/uploads/DSC_0076.jpg

Seznam obrázků

Obrázek 1 Didaktický trojúhelník konceptu Snoezelen [23, 24].....	17
Obrázek 2 Informační leták: Snoezelen	73
Obrázek 3 Snoezelen místnost převzato z [74].....	90
Obrázek 4 Snoezelen místnost převzato z [75].....	91
Obrázek 5 Snoezelen místnost převzato z [76].....	91
Obrázek 6 Snoezelen místnost převzato z [77].....	92



Obrázek 3 Snoezelen místnost převzato z [74]



Obrázek 4 Snoezelen místnost převzato z [75]



Obrázek 5 Snoezelen místnost převzato z [76]



Obrázek 6 Snorezen místnost převzato z [77]

Seznam tabulek

Tabulka 1 Položka č. 1 Věk	39
Tabulka 2 Položka č. 2 Pohlaví.....	40
Tabulka 3 Položka č. 3 Složení respondentů	41
Tabulka 4 Položka č. 3 Složení respondentů dle jednotlivých odpovědí	42
Tabulka 5 Položka č. 4: Respondenti dle krajů.....	43
Tabulka 6 Položka č. 5: Zájem o stimulační metody a koncepty	45
Tabulka 7 Položka č. 6: Využívané metody	46
Tabulka 8 Položka č. 7: Názor na přínos stimulačních metod a konceptů	48
Tabulka 9 Položka č. 8: Ochota k vyzkoušení konceptu Snoezelen	49
Tabulka 10 Položka č. 9: Znalost konceptu Snoezelen	50
Tabulka 11 Položka č. 10: Informační zdroje	51
Tabulka 12 Položka č. 11: Přínosnost konceptu Snoezelen	52
Tabulka 13 Položka č. 12: Rovnocenost konceptu Snoezelen s jinými metodami.....	54
Tabulka 14 Položka č. 13: Znalost zařízení realizujících koncept Snoezelen	55
Tabulka 15 Položka č. 13: Uvedená zařízení.....	56
Tabulka 16 Položka č. 14: Možnosti využití konceptu Snoezelen	57
Tabulka 17 Položka 15: Vhodnost konceptu Snoezelen pro děti a dospělé	58
Tabulka 18 Položka č. 16: Charakteristika konceptu Snoezelen	60
Tabulka 19 Výzkumná otázka č. 1: Vyhodnocení úrovně informovanosti	61
Tabulka 20 Výzkumná otázka č. 1: Úrovně informovanosti	61
Tabulka 21 Výzkumná otázka č. 1: Vyhodnocení úrovně informovanosti	63
Tabulka 22 Výzkumná otázka č. 2: Úrovně informovanosti	63
Tabulka 23 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen	64
Tabulka 24 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen - kategorie	65
Tabulka 25 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů.....	66
Tabulka 26 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen	66
Tabulka 27 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen - kategorie	67

Tabulka 28 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů.....	68
Tabulka 29 Výzkumná otázka č. 7: Využití konceptu Snoezelen.....	70
Tabulka 30 Výzkumná otázka č. 8: Využití konceptu Snoezelen.....	71

Seznam grafů

Graf 1 Položka č. 1: Klienti a zákonní zástupci.....	39
Graf 2 Položka č. 1: Odborní pracovníci.....	39
Graf 3 Položka č. 2: Klienti a zákonní zástupci.....	40
Graf 4 Položka č. 2: Odborní pracovníci.....	40
Graf 5 Položka č. 3: Složení respondentů.....	41
Graf 6 Položka č. 3: Klienti.....	42
Graf 7 Položka č. 3: Zákonní zástupci.....	42
Graf 8 Položka č. 3: Odborní pracovníci.....	42
Graf 9 Položka č. 4: Respondenti dle krajů.....	44
Graf 10 Položka č. 5: Klienti a zákonní zástupci.....	45
Graf 11 Položka č. 5: Odborní pracovníci.....	45
Graf 12 Položka č. 6: Metody.....	47
Graf 13 Položka č. 7: Klienti a zákonní zástupci.....	48
Graf 14 Položka č. 7: Odborní pracovníci.....	48
Graf 15 Položka č. 8: Klienti a zákonní zástupci.....	49
Graf 16 Položka č. 8: Odborní pracovníci.....	49
Graf 17 Položka č. 9: Klienti a zákonní zástupci.....	50
Graf 18 Položka č. 9: Odborní pracovníci.....	50
Graf 19 Položka č. 10: Informační zdroje.....	52
Graf 20 Položka č. 11: Klienti a zákonní zástupci.....	53
Graf 21 Položka č. 11: Odborní pracovníci.....	53
Graf 22 Položka č. 12: Klienti a zákonní zástupci.....	54
Graf 23 Položka č. 12: Odborní pracovníci.....	54
Graf 24 Položka č. 13: Klienti a zákonní zástupci.....	55
Graf 25 Položka č. 13: Odborní pracovníci.....	55
Graf 26 Položka č. 13: Vybraná zařízení.....	56
Graf 27 Položka č. 14: Klienti a zákonní zástupci.....	57
Graf 28 Položka č. 14: Odborní pracovníci.....	57
Graf 29 Položka č. 15: Klienti a zákonní zástupci.....	59
Graf 30 Položka č. 15: Odborní pracovníci.....	59

Graf 31 Položka č. 16: Klienti a zákonní zástupci	60
Graf 32 Položka č. 16: Odborní pracovníci	60
Graf 33 Výzkumná otázka č. 1: Úrovně informovanosti	62
Graf 34 Výzkumná otázka č. 2: Úrovně informovanosti	63
Graf 35 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen	65
Graf 36 Výzkumná otázka č. 3: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů	66
Graf 37 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen	67
Graf 38 Výzkumná otázka č. 4: Postoj ke konceptu Snoezelen u informovaných respondentů	68
Graf 39 Výzkumná otázka č. 7: Využití konceptu Snoezelen	70
Graf 40 Výzkumná otázka č. 8: Využití konceptu Snoezelen	71

Přílohy

Příloha 1 Ukázka vlastního dotazníku	101
--	-----

Vlastní dotazník

Vážený pane/paní,

ráda bych Vás touto formou požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí diplomové práce s názvem: Stimulace osob s tělesným a kombinovaným postižením – využití konceptu Snoezelen – MSE, jež je zpracovávána v rámci navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Cílem je zjištění postojů, informovanosti a využití metody/konceptu Snoezelen u klientů s tělesným a kombinovaným postižením, jejich zákonných zástupců i odborných pracovníků.

Dotazník je anonymní, takže bez obav odpovídejte dle skutečnosti a nevyhledávejte odpovědi z dostupných zdrojů.

Dotazník obsahuje 16 položek, v případě že není uvedeno jinak, je možné zaškrtnout pouze jednu odpověď?

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Ing. Kateřina Šulcová (katy.bum@seznam.cz – pro dotazy)

1. Věk respondenta (uveďte).....

2. Pohlaví:

- žena
- muž

3. Dotazník vyplnil/a:

Klient (specifikujte):

- S tělesným postižením: s dočasnou nebo trvalou poruchou motoriky (nervový či muskuloskeletární systém – kosti, klouby, šlachy, svaly a cévní zásobení) či dlouhodobě nemocný
- S kombinovaným postižením: s narušením více funkcí či systémů

Zákonný zástupce (specifikujte):

- Klienta s tělesným postižením
- Klienta s kombinovaným postižením

Odborný pracovník (specifikujte):

- Speciální pedagog
- Fyzioterapeut
- Sociální pracovník
- Ergoterapeut
- Jiné (uveďte).....

4. Ve kterém kraji České republiky žijete?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

5. Zajímáte se o možnosti (metody/koncepty) stimulace osob s tělesným či kombinovaným postižením?

- Ano, aktivně vyhledávám informace a nebojím se vyzkoušet nové možnosti.
- Ano, ale mám obavu z případných komplikací při zkoušení nových možností.
- Ne, nezajímá mě to.

6. Jaké konkrétní metody využíváte? (možné vybrat více odpovědí)

- Metoda/koncept Snoezelen

- Bobath koncept
 - Metoda bazální stimulace
 - Vojtova reflexní lokomoce
 - Pohybová terapie podle Petöho
 - PNF
 - Koncept Castillo-Moralese
 - Léčebný program dle Tardieua
 - Ergoterapie
 - Canisterapie
 - Žádné
 - Jiné (uveďte).....
7. Jsou podle Vás stimulační metody a koncepty přínosné pro rozvoj osob s tělesným či kombinovaným postižením?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Vyzkoušel/a byste metodu/koncept Snoezelen v praxi?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Znáte metodu/koncept Snoezelen?
- Ano, ale pouze teoreticky
 - Ano, i prakticky – vyzkoušel/a jsem si metodu/koncept Snoezelen jako klient (zákonný zástupce) či terapeut/průvodce
 - Ne

V případě odpovědi „NE“ v dotazníku dále nepokračujte.

10. Informace o metodě/konceptu Snoezelen jsem získal/a z tohoto zdroje: (možné vybrat více odpovědí)
- Multimédia (internet, televize)
 - Knihy, časopisy
 - Přednášky, kurzy, škola, školení
 - Praxe

- Kolega, známý
 - Odborný pracovník
 - Jiné (uved'te).....
11. Je podle Vás metoda/koncept Snoezelen přínosný při stimulaci osob s kombinovaným či tělesným postižením?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
12. Je podle Vás metoda/koncept Snoezelen rovnocenný s jinými metodami využívanými při stimulaci osob s tělesným či kombinovaným postižením?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
13. Znáte nějaké zařízení v České republice, kde je metoda/koncept Snoezelen realizován?
- Ano (uved'te zařízení).....
 - Ne
14. Metodu/koncept Snoezelen lze považovat za: (možné vybrat více odpovědí)
- Terapii
 - Podpůrnou edukační metodu
 - Volnočasovou aktivitu
15. Pro koho je metoda/koncept Snoezelen určen z hlediska věku?
- Pro děti
 - Pro dospělé
 - Pro děti i dospělé
16. Metodu/koncept Snoezelen byste charakterizoval/a takto:
- Metoda je realizována ve speciálním prostředí, které podporuje rozvoj klientů. Slouží ke stimulaci, relaxaci, podpoře vzdělávání či k terapii. Primární zásadou je, že klient není do ničeho nucen, nic nemusí a vše je dovoleno.
 - Jedná se o speciálně vytvořenou místnost tzv. prenatální, která napodobuje podmínky, ve kterých je dítě před narozením.

- Metoda, která je určena pro těžce postižené osoby. Pomocí těla dochází ke zprostředkování zkušeností a vjemů, a tím uvedení do reality.

Příloha 1 Ukázka vlastního dotazníku