



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Pavλίna Dvořáková

Koncept Snoezelen-MSE v léčbě mentální anorexie

The concept of Snoezelen-MSE in the treatment of anorexia nervosa

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Petra Holanová

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 24. 6. 2019

PAVLÍNA DVOŘÁKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

DVOŘÁKOVÁ, Pavlína. Koncept SNOEZELLEN-MSE v léčbě mentální anorexie. [The concept of Snoezelen-MSE in the treatment of anorexia nervosa]. Praha, 2019. s. 44, příl. 1. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Holanová, Petra.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá efektem terapie v multisenzorické místnosti Snoezelen v léčbě podskupiny pacientek s mentální anorexií, u nichž v důsledku výrazné podváhy a malnutrice dochází také k významnému poškození kognitivních funkcí, snížení schopnosti řešení problémů, k deformaci zájmů a pozornosti, zhoršení paměti - z nichž některé mohou být obnoveny.

Tato práce zkoumá vliv terapie dle konceptu Snoezelen-MSE na uzdravování těchto nemocných. Jejím cílem je zjistit, jak samy pacientky vnímají účinek terapie v místnosti typu Snoezelen-MSE, která byla do programu specializovaného centra pro léčbu poruch příjmu potravy zařazena v roce 2017, jako moderní metoda pro rozvoj neuroplasticity mozku. Výzkumnou metodou je polostrukturovaný rozhovor s pacientkami na specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy trpícími mentální anorexií s BMI (body mass indexem) nižším než 16. Výzkum bude schválen etickou komisí. Účastnice budou osločovány v závěru léčby a jejich účast bude plně dobrovolná, nemocné budou moci rozhovor odmítnout bez jakýchkoliv následků, svůj souhlas stvrdí podpisem. Anonymita pacientek bude zachována.

Výsledky bakalářské práce mohou být prezentovány na psychiatrické konferenci a celkově mohou přispět ke zlepšení péče o nemocné s mentální anorexií. Práce může být podkladem k vytvoření terapeutických postupů a nových standardů pro práci v multisenzorické místnosti Snoezelen přizpůsobených právě této podskupině nemocných tak, aby byl co nejvíce využit potenciál uvedené léčebné metody.

klíčová slova: mentální anorexie, koncept Snoezelen-MSE, multisenzorická místnost, specializovaná ošetrovatelská péče

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the therapeutical effect of the Snoezelen multi-sensory room in the treatment of a subgroup of female patients suffering from anorexia nervosa. Because of their significant underweight and malnutrition, these patients exhibit significant impairment of cognitive functions, lower ability to solve problems, deformed interests and attention and memory problems as well. However, some of these can be renewed. This thesis explores the impact of Snoezelen-MSE concept-based therapy on the recovery of these patients.

The thesis aims to find out how the patients themselves perceive the effects of their therapy in a Snoezelen-MSE room. This room was involved in the treatment programme of a specialised eating disorders treatment centre in 2017, as a modern method of brain neuroplasticity development. The research method is a semi-structured interview with female patients hospitalised in a ward specialised in eating disorders treatment, who suffer from anorexia nervosa with BMI (body mass index) lower than 16. The research shall be approved by the ethical commission. The participants shall be approached in the final stage of their treatment, their participation being completely voluntary. The patients shall have the right to refuse the interview without any consequences and they shall sign their consent. The patients shall remain anonymous.

The findings of this bachelor's thesis might be presented in a psychiatric conference and thus contribute to the improvement of anorexia nervosa treatment. The thesis can help create therapeutical procedures and new standards for the Snoezelen multi-sensory room tailored specifically for this subgroup of patients and thus use the maximum potential of this treatment method.

keywords: anorexia nervosa, concept of Snoezelen-MSE, multi-sensory room, specialized nursing care

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Petře Holanové za velikou trpělivost, cenné rady a duševní podporu. Velký dík patří i vrchní sestře Bc. Zuzaně Fišarové a mé staniční sestře Bc. Blance Hrubé, které mi vycházely vstříc nejen při zpracovávání závěrečné práce, ale i po celou dobu studia. V neposlední řadě myslím na všechny své kolegy a přátele, kteří se na tvorbě mé práce podíleli nebo jen drželi palce při studiu. Speciální poděkování patří Mgr. Karlu Kolitschovi za přátelské konzultace a morální podporu.

Obsah

1. Úvod	10
2. Současný stav poznání	11
2.1. Poruchy příjmu potravy.....	11
2.1.1. Mentální anorexie.....	11
2.1.2. Dopad onemocnění na psychiku člověka	12
2.1.3. Léčba nemocných s mentální anorexií.....	13
2.2. Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy	14
2.3. Koncept Snoezelen-MSE.....	15
2.3.1. Co je Snoezelen?	15
2.3.2. Snoezelen průvodce.....	16
2.3.3. Snoezelen prostředí	16
2.3.4. Snoezelen klient.....	17
3. Výzkum	18
3.1. Cíle výzkumu.....	18
3.2. Výzkumné otázky.....	18
3.3. Metoda výzkumu.....	18
3.4. Metody a průběh tvorby dat.....	19
3.5. Metoda analýzy dat.....	20
3.6. Výzkumný soubor	20
3.7. Etické aspekty výzkumu	21
4. Výsledky	22
4.1. Emoce doprovázející průběh Snoezelen terapie.....	22
4.1.1. Pozitivní emoce.....	22
4.1.2. Negativní emoce	27
4.2. Trvání vlivu pobytu ve Snoezelenu.....	28
4.2.1. V řádu dnů.....	28
4.2.2. V řádu hodin.....	29
4.3. Pozitivně hodnocené aspekty	29
4.3.1. Atmosféra	29
4.3.2. Zapojení všech smyslů	30
4.3.3. Propojení Snoezelenu a prvků z běžného života	31

4.3.4.	Strukturovaná a připravená hodina.....	32
4.3.5.	Nabytí nových vědomostí	33
4.3.6.	Práce v malé skupině	33
4.3.7.	Pohodlí	34
4.4.	Negativně hodnocené aspekty.....	35
4.4.1.	Rušivé zvuky.....	35
4.4.2.	Věci, které se zrovna nepoužívaly / skladiště	35
4.4.3.	Krátká doba trvání	35
4.4.4.	Chlad	36
4.4.5.	Stísněný prostor	36
5.	Diskuse	36
6.	Závěr.....	40
7.	Seznam použité literatury.....	41

1. Úvod

Moderní uspěchaná doba jako by si vybírala svou daň v podobě rostoucích počtů duševně nemocných. Současná psychiatrie prochází reformou a troufám si říci, že úroveň a kvalita péče u nás rapidně roste. Specializace v oboru psychiatrie není pro zdravotní sestry v České republice žádnou novinkou, ale přibývá dalších možností vzdělávání v souvislosti s rostoucím počtem nových léčebných metod. Terapeutický koncept Snoezelen, kterému se věnuji ve své práci, je jednou z nich.

Jako hlavní cíl mé bakalářské práce jsem si stanovila popsat efekt terapie v multisenzorickém prostředí dle konceptu Snoezelen-MSE u pacientek s mentální anorexií. Zajímalo mě, jak vnímají terapii ve Snoezelenu samy nemocné, jaké konkrétní pozitivní a negativní pocity prožívají a čemu jejich původ připisují.

Téma jsem si zvolila spíše z osobního důvodu. Práci ve Snoezelenu se věnuji relativně krátkou dobu a správně vedená terapie stojí veliké úsilí: od časově náročné přípravy, přes občasnou finanční investici, vyžaduje velkou kreativitu a pozornost, stejně jako citlivé doprovázení pacientek. Přestože si myslím, že má moje činnost na nemocné pozitivní vliv, zajímala mě skutečná fakta, která by mohla být základem pro vypracování postupů práce v multisenzorické místnosti pro konkrétní diagnózu mentální anorexie tak, aby byla pro pacientky co možná největším přínosem.

Práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části seznamuji čtenáře se soudobými poznatky o onemocnění anorexia nervosa a způsobech její léčby, které vychází především z odborné České i zahraniční literatury, včetně mezinárodních doporučení. Představuji zde program specializované jednotky pro léčbu poruch příjmu potravy a specifika léčby. Taktéž se zde věnuji popisu průběhu terapie v multisenzorické místnosti typu Snoezelen-MSE a jejího efektu dle zahraničních zdrojů a také materiálů poskytovaných oficiálními zástupci organizace ISNA-MSE v České republice.

V praktické části úvodem objasňuji podmínky kvalitativního výzkumu. V hlavní části uvádím interpretace rozhovorů s respondentkami v jednotlivých kategoriích. Závěrem diskutuji výsledky analýzy rozhovorů s odbornou literaturou a již proběhlými výzkumy a uvádím vlastní závěry a doporučení, která z této práce vycházejí.

2. Současný stav poznání

O využití konceptu Snoezelen-MSE v léčbě psychiatrických pacientů bylo v české literatuře dosud publikováno minimum odborných prací, což potvrdila systematická rešerše literatury, kdy jsem využila elektronické databáze: PubMed, Scopus, Medline, Bibliographia Medica Čechoslovaca, EBSCO, ProQuest Central. Pro rešerši v Národní lékařské knihovně byla použita klíčová slova: Snoezelen-MSE, psychiatrické ošetřovatelství, multisenzorické prostředí, mentální anorexie. Bylo dohledáno celkem dvacet sedm plnotextových článků, které odpovídaly časovému vymezení 2010–2018 a byly publikovány v českém, anglickém nebo francouzském jazyce. Pro svou práci jsem využila deset z nich, ostatní byly vyřazeny z důvodu nedostatečné blízkosti k tématu.

Prostudovala a uvedla jsem stanoviska mezinárodních organizací World Health Organization (WHO), American Psychiatric Association (APA), National Eating Disorders Association (NEDA), Academy for Eating Disorders (AED) a International Snoezelen Association Multisenzory Enviroment (ISNA-MSE), jak je uvádí na svých oficiálních webových stránkách.

Dále jsem zapracovala doporučení České psychiatrické společnosti a poznatky předních českých odborníků na léčbu poruch příjmu potravy prof. MUDr. Papežové, Csc. a PhDr. Krcha; stejně jako materiály poskytované zástupcem ISNA-MSE pro Českou republiku Bc. Renatou Filatovou na jejích certifikovaných kurzech.

Z dosud provedených výzkumů bych chtěla zmínit diplomovou práci Bc. Jany Cibulkové s názvem *Efekt Snoezelenu v terapii dospělých pacientů v akutní psychiatrické péči*, která prováděla výzkum v roce 2016. Cílem bylo zmapovat roli konceptu v psychiatrické péči. Výzkumem bylo zjištěno, že Snoezelen působí jako podpůrný prostředek při léčbě duševních onemocnění a přináší mnohé benefity v podobě pozitivních prožitků.

2.1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) považuje Papežová (2018) za kontinuum patologického jídelního chování. Jde o multifaktoriálně podmíněná onemocnění, jež je nutné posuzovat a léčit v celém biopsychosociálním kontextu. Nejzávažnějším typem je anorexia nervosa (AN).

2.1.1. Mentální anorexie

Dle klasifikace MKN-10 (World Health Organization, 2018) je mentální anorexie charakterizovaná úmyslným hubnutím, které si pacient sám udržuje. Objevuje se nejčastěji u adolescentů a mladých žen, současně u dětí kolem puberty a starších žen do období menopauzy. Mohou jí být postiženi i mladí muži. Onemocnění je spojeno se specifickou psychopatologií: strach z tloušťky jako vtíravá, ovládavá myšlenka přetrvávající i při výrazné podváze; zkreslené představy o vlastním těle; trvalé usilování o snížení hmotnosti dietami,

užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením nebo provokovaným zvracením. Obvykle je přítomna podvýživa, doprovázená sekundárními endokrinními a metabolickými změnami. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou, body mass index: BMI hmotnost (kg) / výška (m)² je 17,5 a méně. U prepubertálních pacientů je opožděn nebo zastaven tělesný růst a vývoj pohlavních znaků.

Papežová (2018) určuje stupeň závažnosti onemocnění podle aktuálního indexu tělesné hmotnosti, klinických symptomů, stupně funkčního postižení a dle potřeby dohledu nad postiženým jedincem. Rozdělení dle DMS -5 (American Psychiatric Association, 2013):

AN mírná: BMI \geq 17 kg/m²

AN průměrná: BMI 16 - 16,99 kg/m²

AN závažná: BMI 15 - 15,99 kg/m²

AN extrémní: BMI < 15 kg/m²

Chudobová (2005) stanovuje hodnotu 16,5 BMI za hranici rizika ohrožení zdraví, 13 BMI za život ohrožující, přičemž tyto hodnoty mohou být individuální.

Mentální anorexie je závažné psychiatrické onemocnění, jež přináší mnoho somatických potíží, především v oblasti kardiovaskulárního, gastrointestinálního, neurologického a endokrinního systému, přičemž její některé znaky nemoci jsou patrné až u 6% dospívajících děvčat (Krch, 2018).

Dle statistik Americké asociace poruch příjmu potravy (NEDA, 2018) je anorexie u adolescentů třetím nejčastějším chronickým onemocněním po astmatu a diabetu prvního typu. Úmrtnost pacientů trpících mentální anorexií je šestinásobně vyšší než v běžné populaci, u dívek mezi patnáctým a čtyřicetým rokem je riziko smrti dokonce desetkrát vyšší než u skupiny dívek stejného věku. Tím se mezi psychiatrickými onemocněními řadí svou mortalitou na první místo (Gorwood et al., 2016).

2.1.2. Dopad onemocnění na psychiku člověka

Vágnerová (2014) popisuje typické osobnostní rysy u dívek se sklonem k mentální anorexii. S ostatními autory (Kocourková, Dudová, & Koutek, 2016; Koyama et al., 2012; Papežová & kol., 2018) se shodují, že je obtížné určit, které znaky jsou primární (state-markery) a které byly akcentovány váhovým úbytkem v průběhu onemocnění.

V citovém prožívání dominují negativní emoce, častá je komorbidita s úzkostně depresivní poruchou, nejistota, sebekritičnost a nižší sebevědomí. Díky zvýšené sebekontrolě mají tendence pocity potlačovat, nedovedou prožít skutečnou radost. Typické je černobílé myšlení, nízká flexibilita, rigidita, stále opakují stejné vzorce chování, mají sklon k únikovým reakcím. Jsou závislé na pozitivním hodnocení, mívají vysoké aspirace a kladou důraz na dodržování pravidel. Podléhají vlivu všeobecně uznávaných názorů. Tento specifický způsob uvažování se projevuje především na vztahu k vlastnímu tělu, jehož obraz

chtějí co nejvíce přiblížit očekávání společnosti (Vágnerová, 2014). S poruchou interocepce souvisí nejen porucha vnímání vlastního těla, ale i deficit v kognitivním zpracování emocí - alexithymie (Karlsson, Näätänen, & Stenman, 2008).

Celkově narušené vnímání vnitřních pocitů a tělesného schématu může vést dle Žuchové (Papežová & kol., 2018) spolu s nízkou hladinou estrogenů i ke změně vnímání bolesti.

Kocourková et al. (2016) uvažují o propojení PPP a poruch autistického spektra, především v oblasti terapie zaměřené na kognitivní a sociální deficity, zlepšení mentálních funkcí a práci s rodinou.

Žuchová (Papežová & kol., 2018) popisuje zhoršení pozornosti, koncentrace a paměti při váhovém úbytku na 35% předchozí váhy. U dlouhodobě dietujících žen s normální váhou uvádí pomalejší reakce a horší úroveň bdělosti. U akutních forem AN poukazuje na zhoršený reakční čas a zhoršení nevědomého zpracování informací. Popsáno je i poškození vizuálních a taktilních prostorových procesů. Přičemž poruchy pozornosti se obvykle upraví s nárůstem váhy.

Kognitivní tuhost, oslabení exekutivních funkcí a flexibility potvrzují i další studie (Aloi et al., 2015). Tchanturia (2014) vyzdvihuje sníženou flexibilitu percepční pozornosti (set-shifting) a menší schopnost integrovat informace do kontextu (centrální koherence), jež zůstávají oslabeny i po dlouhodobé remisi. Papežová (2018) uvažuje, že právě tyto charakteristické rysy mohou být spojeny s predispozicí pro AN (tzv. trait-makers).

2.1.3. Léčba nemocných s mentální anorexií

Postup léčby poruch příjmu potravy vychází z mezinárodních doporučení AED (Academy for Eating Disorders, 2016) a v České republice je upravován Doporučenými postupy psychiatrické péče IV. (Česká psychiatrická společnost, 2014).

Prvním kontaktem bývá pro somatické důsledky onemocnění PPP praktický lékař, internista, gastroenterolog, pediatr, dermatolog, gynekolog či neurolog. Pacientky i jejich rodiny se často obávají stigmatizace a oddalují psychiatrické či psychologické vyšetření odborníky, čímž se prohlubuje závažnost onemocnění. Zdroje se přitom shodují, že právě včasné rozpoznání a brzký začátek vhodné léčby z rukou specialistů, jsou prediktorem úspěchu (Academy for Eating Disorders, 2016; Česká psychiatrická společnost, 2014; Papežová & kol., 2018).

„Psychiatrická hospitalizace je indikována při neúspěšné ambulantní léčbě, při výrazném a rychlém poklesu hmotnosti, při rozvoji somatických komplikací, při suicidálních tendencích, závažnějším sebepoškozování, při komorbidních psychiatrických nebo somatických diagnózách (poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, diabetu).

U dětí a adolescentů je hospitalizace indikovaná také při těžkých konfliktech v rámci rodiny." (Česká psychiatrická společnost, 2014, str. 137).

Dle oficiálních údajů AED (2016) je u pacientů a pacientek s PPP častá komorbidita s dalšími psychiatrickými onemocněními, především depresí, úzkostí, obsedantně kompulzivní poruchou (OCD), posttraumatickou stresovou poruchou, sebepoškozováním se zvýšeným rizikem sebevraždy. Papežová, Kocourková a Koutek (Česká psychiatrická společnost, 2014) doporučují v těchto případech hospitalizaci vždy, doplněnou o medikamentózní léčbu, především při depresivní a OCD symptomatice (mirtazapin, SSRI) a hyperaktivitě (olanzapin). Upozorňují, že medikace sama k nárůstu hmotnosti nevede. Stejně jako nevede k úzdravě samotná realimentace.

Léčba je na specializovaných jednotkách vedena multidisciplinárním týmem, který zajišťuje „*strukturovaný komplexní program s realimentací, kognitivně-behaviorálními i dynamickými přístupy, komunitní prací a rehabilitací. Cílem terapie je normalizace hmotnosti a jídelního chování a komorbidních symptomů*“ (Papežová & kol., 2018, str. 574).

Dobrych výsledků je dosahováno rodinnou a vícerodinnou terapií, především u adolescentů. V individuální i skupinové formě probíhají interpersonální terapie a kognitivní remediace. Nemalý význam má motivační a psychodynamická terapie. Papežová (2018) uvádí nově i zavádění metody mindfulness.

2.2. Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy

Po vzoru Jednotky pro poruchy příjmu potravy v Belgii a ve spolupráci s americkými i evropskými odbornými centry byla založena specializovaná jednotka i v České republice. Centrum zahrnuje lůžkovou část, specializovanou ambulanci především pro první kontakty a denní stacionář. Současně se věnuje i výzkumu, výuce a rozvoji standard léčby v této oblasti. Poskytuje internetové poradenství pro pacientky a rodiče podporované grantem EU zaměřeným na primární a sekundární prevenci (VFN, 2012).

Přijímány jsou dospělé pacientky i pacienti s diagnózami anorexia a bulimia nervosa, komorbidními onemocněními: poruchy osobnosti, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, závislost na alkoholu a psychoaktivních látkách, ADHD, posttraumatická stresová porucha, diabetes mellitus I. i II. typu, potravinové alergie a intolerance, epilepsie, sclerosis multiplex; a v posledních letech i psychogenním přejídáním (Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP, 2016). Komorbidita s psychiatrickými i somatickými poruchami zhoršuje průběh a prognózu a často vyžaduje modifikaci léčby.

V závislosti na konkrétních problémech jsou pacienti či pacientky hospitalizováni po dobu 6-8 týdnů, kdy jsou vázáni terapeutickou smlouvou ke spolupráci a aktivní účasti na léčbě za podpory terapeutického týmu. Komunitní systém léčebné péče je založen na režimové léčbě, klienti jsou zařazeni do jídelního, terapeutického, pracovního a sociálního

programu, který vede ke zvládnutí jídelních obtíží, ideálně za spolupráce s rodinami postižených. Cílem je návrat pacientů do jejich běžného prostředí za dodržování doporučeného jídelního režimu v individuálních podmínkách aktivního života (Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP, 2016).

Do programu oddělení je od roku 2017 zařazena i terapie v multisenzorické místnosti typu Snoezelen, kam dochází pacientky s < 16 BMI.

2.3. Koncept Snoezelen-MSE

Termín SNOEZELEN je kombinací holandských slov „snuffeln“ = čichat a “doezelen” = dřímat. Za jeho zakladatele jsou považováni Ad Verheul a Jan Hulsegge, kteří pracovali v holandském Centru de Hartenberg pro mentálně postižené. Původní myšlenka zajistit nemocným aktivní trávení volného času se záhy přetvořila v terapeutický koncept, který je v současnosti praktikován v zemích celého světa (Verheul, 2009).

Mezinárodní organizace International Snoezelen Association Multisenzory Enviroment (ISNA-MSE) má své zástupce ve 41 zemích, kde spolupracuje s 20 univerzitami. Předními představiteli konceptu jsou zakladatelé Verheul a Hulsegge, prezident asociace Maurits Eijgendaal, neuropsycholog Paul Pagliano, doktorka Krista Mertens a Sandra Fornes. Česká republika je od roku 2013 zastoupená paní Renatou Filatovou, která je současně odborným garantem akreditovaných vzdělávacích programů konceptu v ČR i SR. Na vytváření prvních místností u nás se v roce 2002 významně podílela i doktorka Hana Stachová (III. mezinárodní konference SNOEZELEN-MSE, 2014).

2.3.1. Co je Snoezelen?

Snoezelen definuje Filatová (2018) jako integrovaný terapeutický přístup, který je aplikován odborným personálem v rámci denních činností a péče. Cílem je aktivní stimulace klienta skrze zvukové, světelné, taktilně-haptické, čichové a chuťové podněty. *„Podstatou tohoto konceptu je poskytnutí individuální a přirozeně návazné senzorické stimulace v přijatelném a nestresujícím prostředí, bez potřeby rozvoje vyšších kognitivních oblastí, kupříkladu logických a abstraktních procesů myšlení a paměti“* (Filatová, 2018, str. 7).

Oficiální koncept (International Snoezeln Association, 2018) představuje Snoezelen jako prostředí, které navozuje pocit pohody, zklidnění a uvolnění, a současně aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem. Řídí a klasifikuje podněty, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity bezpečí a jistoty, organizuje komplexní rozvoj, podporuje rozvoj vztahů, socializaci a přináší radost. Nahlíží na klienta a jeho individuální potřeby v celém biopsychosociálním kontextu péče.

V roce 2012 vznikla současná oficiální definice konceptu: *„Je to dynamické prostředí intelektuálního vlastnictví postavené na citlivém, propojeném vztahu mezi účastníkem, zkušeným doprovázejícím člověkem a kontrolovaným prostředím, ve kterém je nabízeno*

velké množství smyslových stimulů. Byl vyvinut v polovině 70. let 20. století a je praktikován po celém světě. SNOEZELEN-MSE se řídí etickými principy obohacování kvality života. Tento sdílený přístup lze aplikovat v terapii, při vzdělávání a ve volnočasových aktivitách a koná se ve speciálním, k tomu určeném prostředí, které je vhodné pro všechny lidi, zejména pro ty se speciálními potřebami, včetně lidí s poruchami autistického spektra nebo demencí" (ISNA – MSE, 2012).

Jde tedy o cílenou a dobře naplánovanou práci, při níž komunikujeme s klientem na základě primárních smyslových vjemů a snažíme se tím proniknout do jeho vnímání způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný. Jedná se o nefarmakologickou metodu ke zmírnění tenze a úzkosti, podpoře duševní pohody, zvýšení komunikačních schopností, zlepšení interpersonálních vztahů, redukci psychotického chování a funkčnímu rozvoji (Riley-Doucet & Dunn, 2013).

Samotný léčebný efekt Snoezelenu vzniká harmonickou souhrou a vztahem terapeuta, uspořádaného prostoru a klienta. Filatová (2018) vymezuje pojem „Snoezelen trojúhelník" jako základní funkční vzorec terapie v multismyslovém prostředí.

2.3.2. Snoezelen průvodce

Terapii provádí dobře vyškolená osoba, kterou se může stát rodič, psycholog, ergoterapeut, speciální pedagog, fyzioterapeut, lékař nebo zdravotní sestra.

Dle Sirkkoly (2008) napomáhá zapojení zdravotních sester do práce v multisenzorickém prostředí k jeho lepšímu využití v každodenní péči. Mohou pracovat jako součást multidisciplinárního týmu i samostatně, například v domácí péči. Dále uvádí, že pro zdravotní sestry je rozšíření odborných schopností důležité v jejich osobním růstu i jako prevence vyhoření, a doporučuje jejich vzdělávání v tomto oboru. Filatová (2017) považuje práci ve Snoezelenu za dokonalou prevenci proti syndromu vyhoření pro všechny pomáhající profese.

2.3.3. Snoezelen prostředí

Uspořádaným prostorem se rozumí plánované multismyslové prostředí, které lze přizpůsobit různorodosti klientů. Nejčastěji jde o speciálně uzpůsobenou místnost, ale Snoezelen může probíhat i v zahradě, prostoru pro hydroterapii či v sauně, také jako přenosný set přímo u lůžka pacienta (Cibuřková, 2016).

Doktorka Krista Mertens (2008) popisuje několik typů takových místností v závislosti na cílové skupině klientů a jejich specifických potřebách a zvláštěnostech:

- bílá místnost (základní, univerzální, nejvíce variabilní)
- šedá místnost (bezpodnětná, vhodná pro děti se syndromem ADHD a poruchami učení),

- tmavá místnost (vyniknou zrakové stimuly, vhodná pro osoby se zrakovým postižením, nevhodná pro práci se seniory)
- barevná místnost (barvy syté, výrazné, vyniknou světelné efekty a atmosféra)

Filatová (2014) uvádí „proměnlivý pokoj“ jako multismyslové prostředí, jehož hodnotou je právě možnost změny. Prostor pro terapii tak lze přizpůsobit aktuálnímu dění, slavnostem, projektům, svátkům v roce, apod. Tento typ se současně nejvíce osvědčil v praxi na psychiatrických zařízeních (Cibuřková, 2016).

2.3.4. Snoezelen klient

V současnosti se klientela Snoezelenu rozšířila od lidí s mentálním a jiným hendikepem až po zdravou veřejnost. Dle Filatové (2018) neexistuje nevhodný klient, nevhodná diagnóza. Dočasnými kontraindikacemi může být akutní průběh nemoci, případně fobie či nechuť klienta ve Snoezelenu aktuálně pracovat.

Toto potvrzuje i široké spektrum zařízení, kde je koncept využíván: dětské domovy, školy, mateřské školy, rehabilitační ústavy, rodinná centra, domovy pro seniory, domy se sociálními službami a v nově i některá zdravotnická zařízení. Filatová (2018) uvádí, že již v roce 2007 bylo na území České republiky 77 takových pracovišť a jejich obliba roste.

V psychiatrické péči je Snoezelen současně využíván u klientů se schizofrenií, s neurotickými poruchami, afektivními poruchami, syndromem závislosti na psychoaktivních látkách, různými stupni mentální retardace, demencí, autismem, ADHD, u pacientů s poruchami příjmu potravy a dalších. Jeho účinnost je doložena mnoha zahraničními studiemi (Riley-Doucet & Dunn, 2013), v České republice dosud není běžnou součástí veřejných zdravotnických zařízení.

3. Výzkum

3.1. Cíle výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu bylo popsat působení terapie v multisenzorické místnosti typu Snoezelen na pacientky trpící mentální anorexií z pohledu pacientek samotných.

Díličmi cíli bylo prozkoumat vliv Snoezelenu po citové stránce a určit dobu tohoto působení. Dále popsat, které prvky práce ve Snoezelenu respondentky výzkumu vnímají pozitivně, a které naopak vnímají negativně. Opět dle subjektivního hodnocení dotázaných.

3.2. Výzkumné otázky

1. Jaké emoce zaznamenávají pacientky v souvislosti s terapeutickou metodou Snoezelen?
2. Jak dlouho na sobě pacientky s mentální anorexií pociťují efekt terapie ve Snoezelenu?
3. Které z aspektů práce v multismyslovém prostředí Snoezelen pacientky s mentální anorexií vyhodnotily jako pozitivní?
4. Které z aspektů práce v multismyslovém prostředí Snoezelen pacientky s mentální anorexií vyhodnotily jako negativní?

3.3. Metoda výzkumu

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Již v roce 1998 definoval Creswell kvalitativní výzkum jako „proces hledání a porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách" (Creswell, 1998, str. 18).

Hendl (2005) označuje tento typ výzkumu také za pružný nebo emergentní. V takové případě můžeme na počátku stanovené výzkumné otázky modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu. Stejně tak může výzkumník pružně reagovat na nové poznatky a analyzovat jakékoli informace, jež přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Sběr a analýza dat probíhají současně, výzkumník se podle výsledků rozhoduje, která data jsou potřebná, a následně znovu opakuje analýzu i sběr.

Miovský (2006) uvádí využití kvalitativního přístupu tam, kde chceme výzkumem realitu nejen objevovat, ale současně interpretovat, nazírat na ni z množství perspektiv. Jeho hlavním cílem je zachytit zkoumaný jev jako celek a přiřadit mu význam na základě

zjištěných interpretací. Vyzdvihuje roli výzkumníka, který je sám účastníkem šetření, a osobní vztah s ostatními účastníky výzkumu považuje za předpoklad úspěchu.

3.4. Metody a průběh tvorby dat

Pro účel svého výzkumu jsem použila polostrukturované interview, které je dle Miovského (2006) vhodné pro práci s cílovou skupinou, kde není vždy lehké získat a udržet pozornost na otázky a problémy, které výzkumníka zajímají. Dle Reichela (2009) jde o rozhovor, který je částečně řízený pomocí předem připravených otázek a témat. Výzkumník může otázky upravovat, ale podmínkou je, aby byly položeny všechny. Tyto základní definované otázky nazývá Miovský (2006) jádrem interview. Za základní požadavky úspěšnosti rozhovoru považuje přirozené podmínky, autentičnost tazatele a jeho vztah k účastníkovi.

Výzkum byl schválen náměstkyní pro nelékařské zdravotnické obory, vedoucím pracoviště i etickou komisí. Rozhovor jsem si před započítím výzkumu nacvičila s nezúčastněným kolegou. Před zahájením samotného interview jsem každou respondentku seznámila s tématem a účelem rozhovoru. Požádala jsem ji o vyplnění informovaného souhlasu a zdůraznila dobrovolnost účasti a možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit. Respondentky budou rovněž seznámeny s výsledky mého výzkumu po jeho skončení. Rozhovory s jednotlivými pacientkami probíhaly v soukromí v prostorách oddělení, které dobře znaly, před samotným závěrem léčby. Za souhlasu respondentek byly rozhovory nahrávány pro pozdější analýzu dat. Po provedení prvního a druhého interview jsem upravila otázky rozhovoru tak, aby směřovaly přímo k tématům výzkumných otázek. Výzkum probíhal v době od června 2018 do ledna 2019.

Zvolené jádro interview:

- Kolikrát jste se účastnila terapie v multisenzorické místnosti Snoezelen?
- Co pro Vás znamená terapie ve Snoezelenu? Jak Vás pobyt v místnosti ovlivnil?
- Jaké emoce si v souvislosti se Snoezelenem vybavíte?
- Která z témat, jež jste absolvovala, si vybavíte?
- Napadá Vás, proč Vás některá z témat oslovila více a jiná méně?
- Seřadte prosím pět smyslů (hmat, zrak, čich, chuť, sluch) sestupně, podle toho, který jste ve Snoezelenu vnímala nejintenzivněji.
- Co nového jste se ve Snoezelenu dozvěděla?
- Uvažujete teď nad některými věcmi jinak?
- Jak Snoezelen ovlivnil Vaše vztahy se zúčastněnými?
- Jak dlouho ve Vás přetrvávají pocity, které ve Vás Snoezelen vyvolává?
- Popište mi, co na Vás působilo v průběhu terapie negativně.
- Co byste na pobytu ve Snoezelenu změnila?

3.5. Metoda analýzy dat

Audiozáznam každého interview byl doslovně přepsán. Doslovná transkripce je podle Hendla (2005) podmínkou pro podrobné vyhodnocení textu. Každý z rozhovorů trval kolem 20 minut a v přepisu byla zachována naprostá autentičnost. Z důvodu rozsáhlosti textu nejsou přepisy rozhovorů součástí práce. Pro následnou analýzu byla použita technika otevřeného kódování: přepsané rozhovory byly vytištěny a metodou tzv. barvení textu byly označeny úseky, které souvisely s výzkumnými otázkami, a opakující se jevy. Tím vznikly kódy, které byly rozděleny do jednotlivých kategorií. Podle Hendla (2005) tato technika nejlépe umožňuje postupné objevování témat souvisejících se zkoumaným jevem, jejich propojení s nastudovanou literaturou a novými nápady.

3.6. Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek byl vybrán nepravděpodobnostní metodou prostého záměrného výběru, která je u kvalitativního přístupu dle Miovskeho (2006) nejrozšířenější metodou vůbec. Umožňuje vybrat jedince na základě předem stanoveného kritéria, při jeho splnění se mohou výzkumu účastnit, pokud chtějí. Výběr účastníků závisí na výzkumníkovi a není dle Reichela (2009) nijak složitý. Využívá se především u menších výběrů a reprezentativita vzorku je spíše minimální.

Pro svůj výzkum jsem oslovila zletilé pacientky trpící mentální anorexií s BMI <16 v době účasti na terapii, které se po dobu hospitalizace účastnily terapie v multisenzorické místnosti Snoezelen, a to nejméně třikrát. V tabulce uvádím shrnutí údajů o respondentkách.

Tabulka č. 1: Přehled respondentek

Respondentka	Věk	BMI (v čase rozhovoru)	Diagnóza	Počet pobytů ve Snoezelenu
R1	20	17,63	F50.0	7
R2	19	16,66	F50.0	3
R3	18	17,07	F50.0	5
R4	23	14,07	F50.0	4
R5	30	14,50	F50.0	9
R6	27	13,83	F50.0	8
R7	27	15,94	F50.0	13

R8	26	15,36	F50.0	7
R9	27	17,19	F50.0	3
R10	27	16,23	F50.0	10

3.7. Etické aspekty výzkumu

Dle Hendla (2005) je nutné mít při výzkumu vždy na zřeteli „*různé standardy a doporučení, která vymezují etická pravidla aplikovatelná ve výzkumu*“ (Hendl, 2005, str. 157). Za zásadní považuje získání informovaného souhlasu, respektování soukromí a zachování anonymity. Dodržování etických pravidel považuje Miovský (2006) za ochranu nejen účastníků výzkumu, ale i samotného výzkumníka.

Celý výzkum byl předložen k posouzení etické komisi zařízení, kde šetření probíhalo, a byl řádně schválen. Každá respondentka předem obdržela informovaný souhlas (viz příloha č.1), kde svým podpisem stvrdila dobrovolnou účast. Současně vzala na vědomí, že může z výzkumu kdykoliv odstoupit, aniž by její rozhodnutí mělo negativní dopad při poskytování léčebné péče, a to i bez udání důvodu. Účastnice souhlasily s provedením audiozáznamu za účelem pozdějšího přepisu za podmínky zachování anonymity. Anonymita byla zachována smyšlenými iniciálami uvedenými v přepisu rozhovoru. Jakékoli údaje, které by napomohly k identifikaci účastníka byly z této práce vymazány v souladu s ochranou osobních údajů a jsou známy pouze autorce. Originální záznamy byly po přepisu vymazány. Respondentky byly seznámeny s výstupem výzkumu a měly možnost přát si nezveřejnění získaných interpretací.

4. Výsledky

Výsledky výzkumu jsem rozdělila do podkapitol, které se vztahují k jednotlivým výzkumným otázkám.

4.1. Emoce doprovázející průběh Snoezelen terapie

Zajímala jsem se, které emoce pociťují pacientky při terapii v multisenzorickém prostředí. V teoretické části jsou popsány pocity, které navozuje prostředí Snoezelenu dle oficiálního konceptu. Respondentky popsaly širokou škálu emocí, jejich odpovědi se shodovaly v mnoha případech.

4.1.1. Pozitivní emoce

Všechny dotázané uvedly v souvislosti s terapií v multisenzorickém prostředí Snoezelem některé pozitivní emoce.

Osm respondentek uvedlo v souvislosti s pobytem v místnosti přívlastek příjemný: „příjemný pocit“ (R10), „příjemná relaxační technika“ (R8), „bylo to strašně příjemný“ (R9), „příjemný pocit.“ (R6), „příjemná forma metody relaxace“ (R5), „bylo mi to vždycky příjemný“ (R3), „to bylo takový příjemný“ (R1), „Ta místnost je příjemná.“ (R4).

Jedna respondentka uvedla: „Určitě pozitivní emoce. Bylo to fajn.“(R2)

Při dalším dotazování své odpovědi rozvinuly do širší škály emocí, které jsem rozčlenila do jednotlivých kategorií.

1.1.1.1 Uvolnění, relax, relaxace

Osm respondentek uvedlo v souvislosti s účastí na Snoezelenu pocity uvolnění a spojovaly si tuto terapeutickou metodu především s relaxací.

„A vždycky jsem se tam hrozně hezky odreagovala.“ „...v tom Snoezelenu je to jakoby taky relaxace...“ (R1)

„Jedním slovem je to relax, ... , odcházela jsem úplně zrelaxovaná, daleko třeba víc, než z tý relaxace, kterou máme...“ (R3)

„Tam jsem se jako dokázala nejvíc uvolnit, ... , ze mě vždycky spadnou nějaký to napětí a stres...“ (R4)

„...příjemná forma metody relaxace, pro mě asi nejvíc vyhovující forma relaxace. ... Rašelinový zábaly, různé metody uvolnění. Protože bolestí zad a podobně je spousta. Takže už vlastně jenom tohleto praktikovat taky může ulevit.“ (R5) Pacientka popisuje, že kromě duševního uvolnění jí Snoezelen přinesl i fyzickou úlevu.

„Pro mě je to takový jiný uvolnění, jiná relaxace. ... vždycky ta atmosféra byla tak hezky navozená, že jsem se tam cejtila uvolněná a svá...“ (R6)

„...člověk si odpočine, vypne od problémů, co se týkají jídla, co se týkají celého oddělení, zrelaxuje tam, přijde na jiné myšlenky, prostě si fakt jako odpočine.“ (R9)

„Pro mě je to taková příjemná relaxační technika, kdy si můžu jakoby odpoutat myšlení tady od toho oddělení, tady od toho jídla.“ (R8)

„Mně v tom uvolnění hodně pomáhá to okolí v tom Snoezu, tam si to jakoby nasaju, a pak se uvolním.“ (R7)

2.1.1.1 Klid

Pět dotázaných uvedlo, že v průběhu terapie pocítily klid.

„...když člověk může prostě zavřít oči a jenom si připadat jako někde na procházce lesem, nic neřeší, tak jako klid.“ (R8)

„...opravdu sedět a v klidu vychutnávat ty vjemy, ... ,kterej mě i dokázal uklidnit pokaždý.“ (R5)

„Takže to bylo takový hodně uklidňující.“ (R7)

„Takové jakoby tajemno vidím a určitě takovej klid.“ (R4)

„Tam jak ptáčci cvrlikají, tak to byl prostě klid.“ (R10)

3.1.1.1 Radost

Tři respondentky uvedly radost jako převládající pocit v průběhu terapie ve Snoezelenu.

„...většinou to byla radost.“ (R1)

„...to tak vzpomínám, takže asi radost...“ (R10)

„Takový uvolnění, radost, štěstí a takový odpočinek, nevím...tak asi radost.“ (R8)

Jedna respondentka popsala skvělou náladu: „Jak kdyby mi spadl vždycky kámen ze srdce. Skvělá nálada, skvěle naladěná do celého dne.“ (R5)

4.1.1.1 Nostalgie, vzpomínky

Pět respondentek se shodlo, že si ve Snoezelenu snadno vybaví vzpomínky z běžného života.

„...on si jakoby člověk vzpomene, co dělal venku, jak trávil ten čas. Že chodil s těmi lidmi, bylo mi fajn, mluvil o normálních věcech. Byl jako normální člověk v normálním světě. Takový zpátky do minulosti.“ (R9) Pacientka uvádí, že vzpomíná na období před nemocí.

„...ty vysloveně smrděly tou rybinou, tak mi to úplně přišlo, jako když jsem byla v Chorvatsku." (R7) Pacientka uvádí, že se díky výraznému čichovému vjemu snadno přesunula ve vzpomínkách k letní dovolené.

„Když jsme měli tu Indii, tak jsem si zavzpomínala, jak jsme byli na tý Srí Lance. ... jsem byla na tý Srí Lance, že jsem se jakoby mohla v těch vzpomínkách vrátit a i ten čas užít znova." (R8) Dotázaná popisuje, že ve Snoezelenu mohla opětovně prožít příjemné pocity z dovolené.

„I jsem si prostě vzpomněla, jak jsme třeba u ohně seděli, opékali špekáčky nebo v lese, jak jsme si hráli, byla jsem na táboře. A to mě dost zasáhlo, pamatuji si, že i R6 to hodně zasáhlo. A myslím, že nás to v léčbě možná i posunulo, no." (R10)

„...to byla taková nostalgie, jak jsme hodně vzpomínaly, ... , hodně jsem vzpomínala. Hodně jsem vzpomínala na svoje zážitky." (R1)

5.1.1.1 Čistá hlava

Osm dotázaných uvedlo, že v průběhu terapie dokázaly odložit stranou obvyklé myšlenky a ponořit se do přítomného okamžiku.

„Ten pocit takový, že jsem prostě v hlavě měla jasno, nemyslela jsem na jídlo a nějaké blbosti, to bylo takové hezké." (R10)

„...jak jsme si povídali nebo tak, tak v tom jakoby nejsem sama, že bych sama se sebou bojovala, sama odpoutávala ty myšlenky, že mi to spíš přivedlo...jakoby...ehm...spíš mi pomohla ta společnost k tomu, abych se jakoby odreagovala, abych si utřídila myšlenky. Myslela na něco jiného." (R1) Dotázaná popisuje, že společnost ostatních při pobytu ve Snoezelenu jí pomohla vyčistit si hlavu.

„Člověk se vždycky zamyslí úplně nad něčím jiným, to přehodí. Já vždycky, když tam vezu, tak si připadám, jako bych byla někde úplně jinde, jako bych ani nebyla v nemocnici." (R7) Respondentka popisuje odpoutání se od nemocničního prostředí.

„Pocity štěstí, naplnění, úplného vypnutí, závan čerstvého vzduchu do mysli, když to tak řeknu." (R9)

„...tak při tý anorexii je v hlavě tolik těch myšlenek a ten pobyt ve Snoezu mi umožnil vlastně přesunout se do jiného prostředí, najednou ty myšlenky nebyly a člověk se odpoutal od toho všeho, co se děje kolem něho, ať už hospitalizace, problémy venku, co řeším v hlavě, tak prostě opravdu vyprázdnil tu hlavu od všeho špatného a ten den byl úplně o sto procent jiný potom vždycky." (R5) Dotázaná popisuje, že terapie v multisenzorickém prostředí jí pomohla odpoutat mysl od starostí a zlepšila den.

„...nejen odpoutání té pozornosti, ale přenesení té myšlenky úplně jinam. To bylo jako příjemný." (R8)

„Ale kdežto tady ty myšlenky utečou a soustředí se vlastně jenom na to, co je v té místnosti. Aspoň já jsem to tak vždycky měla, že jsem se soustředila na to, co bylo to téma. Takže to se mi na tom líbí." (R4) Nemocná shodně s ostatními uvádí, že ve Snoezelenu dokázala odložit nepříjemné myšlenky.

„Člověk tam vlastně myslí na něco jiného, než jen na to jídlo." (R6)

6.1.1.1 Bezpečí

Tři z respondentek na dotaz potvrdily, že se cítily v průběhu terapie bezpečně.

Jedna respondentka spontánně uvádí: „...to byl malý prostor, tak jsem se tam cítila bezpečně, bylo to strašně příjemný..." (R9)

7.1.1.1 Překvapení

Tři respondentky uvedly moment překvapení jako součást terapie v místnosti Snoezelen.

„Vždycky je to pro nás takový překvapení, když nevím, co přijde, to je dobrý." (R7)

„Už jenom to, že se člověk těší na to překvapení, jaký bude téma." (R5)

„Tak asi jako vždycky velký překvapení, co mě čeká, a potom to znamená objevování vlastně..." (R4)

Jedna respondentka odpovídá pozitivně na dotaz, zda je pro ni důležitý tzv. wow-efekt: „Ano! My jsem si vždycky říkali, co dneska bude, co bude...takže to bylo dobré."

8.1.1.1 Svoboda

Pět respondentek uvedlo, že se ve Snoezelenu cítily svobodně nebo samy sebou.

„...nějaká taková volnost, co člověku třeba tady chybí na tom oddělení. Takže opravdu jakoby tam mohl být sám sebou. A nemusel se bát, že řekne něco špatně, nebo že ta vůně, co tam cítí je špatná. Že člověk opravdu vyjádřil svoje vlastní pocity a nikdo mu to nehanil a všichni si to jakoby užívali a udržovali ten pocit v sobě." (R9) Dotázaná popisuje pocit, že si může dovolit být sama sebou.

„...některý jsou víc volnější a teď si člověk vybere, co ho v tu chvíli napadá, v čem by se cítil dobře." (R5) Dotázaná popisuje možnost svobodné volby u některých témat.

„..., že když někdo třeba nechtěl mluvit, tak ho nikdo nenutil, že pokud se chtěl zapojit, tak chtěl, což bylo taky fajn. Někdo si to užíval sám pro sebe, ohmatával a někdo se třeba chtěl zapojit do hovoru." (R4) Respondentka uvádí, že se vycítila svobodnou atmosférou.

„Necítla jsem nějaký nátlak. Kdybych chtěla mlčet, tak mlčím. Třeba jste se mě na něco zeptaly, ale kdybych řekla, že nemám, co říct, tak to vůbec nevadilo." (R10)

„...ta atmosféra byla tak jako hezky navozená, že jsem se tam cejtla uvolněná a svá..." (R6)

9.1.1.1 Souznění, pocity sdílení

Všechny dotázané uvedly, že jim bylo příjemné povídat si s ostatními, skupinovou práci považovaly za součást terapie ve Snoezelenu.

Šest respondentek zaznamenalo kladné pocity v oblasti vztahů s ostatními účastnicemi, dvě z nich oslovují i dobrý vztah s terapeutky.

„Určitě si myslím, že s vámi i s Míšou jsme si byly bližší mně tak přišlo. I vlastně s těma lidma, jak jsme byli, tak taky mně přišlo. ... Ale je pravda, že ten Snoezelen dělají dost třeba i lidé." (R10) Vztahy mezi lidmi jsou pro respondentku základem otevřeného prožívání terapie ve Snoezelenu (jak uvádí dále v rozhovoru).

„Já bych řekla, že je to lepší, když je tam právě takhle jakoby víc lidí. Ale je fajn, když je tam právě málo lidí, víc lidí už by nebylo ok. To dělá právě jakoby tu hezčí atmosféru, ale je to prostě lepší, když je míň lidí vždycky. Pak už je takovej chaos a takhle se to dá víc jako prožít. Je prostor, aby se každé vyjádřil." (R4) Pro respondentku byla důležitá přítomnost ostatních za předpokladu zachování intimity a klidu, pro práci ve Snoezelenu jí vyhovuje menší skupina.

„...teď se člověk koukne a mluví se o tom, takže takový jakoby souznění, taková jakoby nějaká souhra i mezi těmi spolupacienty, sestřičkou..." (R9)

„...ale jak jsme si tam povídaly nebo tak, tak v tom jakoby nejsem sama, že bych sama se sebou bojovala, sama odpoutávala ty myšlenky, že mi to spíš přivedlo jakoby...ehm...spíš mi pomoha ta společnost k tomu..." (R1) Dotazovaná pomohla společnost ostatních k uvolnění.

„A i že se tam o sobě jako docela dozvíme věci. A tak. Že jsem pak měla i dobrej vztah s těma holkama zrovna, se kterýma jsem chodila do Snoezu. ... Já myslím, že je to hlavně tím, jak je nás tam míň. Že je to takový fakt jak když si sednou kamarádky a povídají si o něčem příjemným." (R3) Dotazovaná zaznamenala pozitivní změnu ve vztazích s ostatními účastnicemi terapie včetně terapeutek.

„Jo, tak určitě se tam toho o sobě víc dozvíme, protože si mezi tím i povídáme, kdo co má rád, koho co baví, jestli se mu to líbí a o tom druhým se dozvíte docela hodně věcí, protože je to tam vlastně pokaždý jiný a vždycky se tam probírá něco jinýho. Takže teď třeba v tý minulý jsem se o holkách dozvěděla, kdo co má rád nebo i co se jim líbí, třeba i skrz tu Itálii. Já si myslím, že to hodně působí na ten kolektiv. Sbližuje. A tady k tomu si myslím, že je to docela dobrý, že právě takový věci si mezi sebou jen tak neřekneme a tam se to dozvíte.

Myslím si, že to je fajn." (R6) Respondentka dále v rozhovoru popisuje i pozitivní vztah k terapeutkám, které na ni působí, jako sehraný team.

Jedna respondentka na dotaz, jak terapie ve Snoezelenu ovlivnila její vztahy s ostatními uvedla: „Určitě bylo aspoň o čem si povídat, minimálně jedno jídlo po tom." (R2)

Jedna dotazovaná uvedla, že se považuje za stydlivou, aktivita ostatních jí „pomohla, abych si to taky vyzkoušela." (R7)

Jedna pacientka uvedla, že cítí sebe samu: „Vypnout a vcítit se někdy sama do sebe - a to je taky hodně důležitý. Cejtít sama sebe najednou a nepřemejšlet jenom, jak udělám dobře ostatním, co mě všechno čeká, co bych měla splnit, ale prostě zamyslet se i sama nad sebou, co mi dělá dobře a takhle." (R5)

10.1.1.1 Povzbuzení

Jedna z dotazovaných vnímala rozdíl mezi aktivizujícími a relaxačními tématy.

„Tak to člověk se jakoby prohrál, tak byl takovej jako víc akční potom. ... to bylo hodně takový aktivující. Hodně povzbuzující." (R7) Respondentka taktéž rozlišila, že některé aktivity jí dodaly energii více než jiné.

Jedna dotázaná uvedla, že pokud jí bylo blízké téma hodiny, cítila se plná energie a iniciovala aktivitu.

Dvě dotázané uvedly, že jim Snoezelen dodal chuť bojovat s nemocí.

„...i jsem si uvědomila, že fakt jako na tom světě je spousta jiných věcí. Takže má smysl i fakt se uzdravit a prostě vnímat jiný věci než jen to jídlo." (R10)

„Jo, vždycky pozitivně naladěná a chuť bojovat." (R5)

4.1.2. Negativní emoce

Čtyři respondentky popsaly i negativní emoce.

11.1.1.1 Smutek

Jedna dotázaná uvedla pocity smutku v souvislosti se vzpomínkami na život před léčbou.

„Občas tam byl i smutek, že jsme se dotkly nějakýho tématu, ale to bylo teda jenom zřídkakdy." (R1)

12.1.1.1 Nervozita

Jednu dotázanou rozrušily zvuky, které neznala z běžného života.

„...ty zvuky těch planet, to byly autentický zvuky těch planet nahrané z vesmíru, tak to mě trošku jakoby...ne traumatizovalo,ale znervózňovalo. Takový skřípavý zvuky a to vlnění, praskání, nevím. Bylo to zajímavý, ale nechytlo mě to." (R7)

13.1.1.1 Obavy

Dvě dotázané cítily obavy v souvislosti s reakcí ostatních.

„No, že třeba jsem se bála i trošku víc mluvit, protože aby mě nepomluvili třeba." (R10)
Respondentce ze začátku trvalo, než pro ni bylo bezpečné otevřít se ostatním.

„...akorát mi přišlo, že se moc zapojuju na úkor ostatních. Že třeba by se mohly zapojit více a víc bysme si to užily." (R2)

4.2. Trvání vlivu pobytu ve Snoezelenu

Pokud si účastnice výzkumu byly vědomy nějakých změn, které u nich terapie v multisenzorické místnosti vyvolala, zajímala jsem se, jak dlouho tento efekt trval. Zaznamenala jsem odpovědi ve dvou kategoriích. Přičemž samotné pozitivní vzpomínky na práci ve Snoezelenu reflektovaly všechny účastnice.

Dvěma dotázaným napomohla k prodloužení pozitivního vlivu terapie skutečnost, že si mohly Snoezelen připomenout i po návratu na oddělení - cítily z rukou kokosový olej.

4.2.1. V řádu dnů

Čtyři dotázané u sebe zaregistrovaly změnu nálady a pozitivní naladění v době i několika dnů.

„Jako třeba ten oheň a les, na to vzpomínám často. To mi fakt utkvělo v hlavě a myslím, že ještě dlouho to tam bude přetrvávat. Že vždycky když třeba nějak trošku ztrácím motivaci, tak si na to vzpomenu, jak mě tam bylo, a čeho bych zase chtěla zpátky dosáhnout." (R10)
Pozitivní emoce a vzpomínky pomohly respondentce posilovat motivaci k léčbě.

„Já bych řekla klidně i dnů, že si na to vzpomenu, i teď si na to vzpomenu." (R4)

„...skvěle naladěná do celého dne. A v podstatě z toho člověk dokázal čerpat někdy i celý tejdén. A opravdu se těšil, až zas tam bude moci přijít. ... Určitě z toho člověk dokáže čerpat pár dnů i." (R5)

„Určitě celý den. Celý den jsem měla vždycky hezký. A řekla bych i den před tím i den po tom. Protože den před tím už jsem se na to těšila a ten den potom už to nebylo tak silný, ale ještě to doznívalo. Takže opravdu to na mě působilo hodně ten Snoezelen." (R1)

4.2.2. V řádu hodin

Pět respondentek zaznamenalo změnu v celkovém naladění v řádu hodin po skončení terapie. Pozitivní nálada byla v několika případech ukončena obědem.

„Ten pocit třeba přetrvával ještě další dvě nebo tři hodinky, člověk tak jakoby se dostal do nějakýho stavu klidu mysli, což bylo strašně fajn. A dokázal se na tu půl hodinku... Já nejsem člověk, kterej vydrží jakoby bejt na místě, ale během tý půl hodinky jsem opravdu byla v klidu, dokázala jsem se uvolnit, bylo mi to příjemný a ten pocit toho uvolnění celkovýho trval ještě tak dvě tři hodinek potom.“ (R9)

„No, třeba tak do toho oběda, protože ten oběd je pak takovej náročnej, jakože je toho hodně, tak potom už mě ta dobrá nálada tak jako opustí potom (smích), ale do toho oběda jako vždycky, no. Že i třeba přijdu s těma rukama od toho oleje a ještě to tak jako cítím ten Snoezelen. Třeba hodinu, dvě hodiny potom.“ (R3)

„I dny. Nebo jako vzpomínky na to, že si vzpomenu, tak ty mám dlouho. Pocit příjemnej (smích) tak do oběda.“ (R6)

„No, určitě jakoby tam a někdy to vydrží až do oběda. V řádu hodin, jo.“ (R8)

„Tak na mě vy působíte tak jako pozitivně. Tím, že jste tam byla vy jako ten lektor, tak prostě když jsem vás potom viděla, tak ta nálada jako pokračovala. Myslím si, že kdybyste tam nebyla, tak...pár hodin by to určitě mělo vliv. A potom následně v dalších dnech, když jsem si na to vzpomněla, tak určitě taky bych se musela usmát a říct: „Jo, to bylo super,“ a těšila bych se zase. Ale ten pocit vyloženě: „Je mi dobře a nevím proč,“ tak to by bylo asi na pár hodin.“ (R2)

4.3. Pozitivně hodnocené aspekty

Zajímala jsem se, které prvky a aspekty terapeutické práce ve Snoezelenu pacientky s mentální anorexií zaznamenaly a vyhodnotily jako pozitivní. Dle teoretické části jsou právě tyto pozitivní vjemy základními kameny léčivého efektu práce v multisenzorické místnosti.

4.3.1. Atmosféra

Šest dotázaných spojuje navozenou atmosféru se schopností intenzivního prožitku přítomného okamžiku. Uvádějí, že změna prostředí jim výrazně napomohla při odložení negativních myšlenek a navození příjemných pocitů.

„...když tam vlezu, tak si fak připadám, jako bych byla někde úplně jinde, jako bych ani nebyla v nemocnici.“ (R7)

„...nejvíc mě zaujal vesmír a teď to moře. Protože tam jsem se...tam mě to úplně vtáhlo do té atmosféry, to jsem si užila nejvíc. ...no a pak si člověk užíval zrovna tu chvíli. Úplně v jiném světě, jako by člověk byl." (R4)

„...pobyt ve Snoezelenu mi umožnil přesunout se do jiného prostředí, najednou ty myšlenky nebyly, ..., příjemná atmosféra." (R5)

„...takový jakoby se člověk úplně v mysli přepnul někam do Itálie třeba opravdu na tu pláž." (R9)

„...vždycky ta atmosféra byla tak jako hezky navozená, že jsem se cejtila uvolněná a svá..." (R6)

„...tak si člověk fakt může připadat jako u moře, nebo se prostě v tu chvíli jako úplně odnýt třeba někam jinam..." (R8)

4.3.2. Zapojení všech smyslů

Všechny respondentky vyzdvihují zapojení všech smyslů jako nástroj k rychlému a přirozenému navození dobré atmosféry a příjemných pocitů. Pro lepší zmapování, které z pěti základních smyslů nejvíce oslovují pacientky trpící mentální anorexií, jsem výsledky zpracovala do přehledné tabulky.

„...jak to tam působí na ty všechny smysly, tak tím pádem to jde jako líp."(R3) Dotázaná popsala, že je pro ni jednodušší se uvolnit díky zapojení všech smyslů.

„Pro mě to bylo to, že člověk může vnímat všemi smysly."(R9)

„...jak to na nás působilo všema smyslama, že jsme si tam vždycky jako...i byla příjemná hudba, vůně..." (R1)

„...objevování vlastně těmi smysly jakoby nových vůní, pocitů, pohmatů a spojování si právě těch emocí a věcí dohromady." (R4)

„...asi nejpřínosnější terapie, už to, že tam člověk vlastně používá všechny ty smysly. Že je tam ta vůně, ten hmat se tam používá. Nevím, zvuk..." (R7)

„...vždycky, když jsme tam byly, tak se to nějak pojilo se zapojením více smyslů, takže člověk měl možnost se na to víc soustředit. A víc se do toho ponořit." (R2)

„A pak takový intenzivní vnímání těch smyslů, když jsme měli třeba tu vůni zkoušet..." (R6)

Tabulka č. 2: Rozložení smyslů

Respondentka	Nejvyšší intenzita					Nejnižší intenzita
	Čich	Sluch	Zrak	Hmat	Chuť	
R1	Čich	Sluch	Zrak	Hmat	Chuť	
R2	Čich	Zrak	Sluch	Hmat	Chuť	
R3	Zrak	Čich	Hmat	Sluch	Chuť	
R4	Hmat	Čich	Sluch	Zrak	Chuť	
R5	Čich	Sluch	Zrak	Hmat	Chuť	
R6	Čich	Hmat	Sluch	Zrak	Chuť	
R7	Hmat	Čich	Chuť	Zrak	Sluch	
R8	Sluch	Čich	Hmat	Zrak	Chuť	
R9	Zrak	Čich	Hmat	Sluch	Chuť	
R10	Sluch	Hmat	Čich	Zrak	Chuť	

Pro vyhodnocení, který ze smyslů nemocné vnímají nejintenzivněji a který naopak nejméně, jsem obodovala jednotlivé smysly podle umístění na škále intenzity.

Z výše uvedeného vyplývá, že při práci ve Snoezelenu pacientky trpící mentální anorexií oslovuje především čich. Dále hmatové a sluchové vjemy, zatímco zrakovým a chuťovým podnětům věnují jen malou pozornost.

4.3.3. Propojení Snoezelenu a prvků z běžného života

V odborné literatuře je pro práci ve Snoezelenu doporučováno využití předmětů z běžného života, zachování synchronizace s ročním obdobím, doporučuje se zpracovávat témata tradic a svátků.

Sedm dotázaných uvedlo, že je pro ně důležitý i osobní vztah k danému tématu. Díky tomu se dokázaly nechat pohltit atmosférou a snadno se dostaly k pozitivnímu prožitku.

„...člověk si to uměl reálně představit. Že by fakt seděl v té kavárně. Kdežto třeba na ples člověk jen tak nejde.“ (R9)

„...nejvíce se mě dotklo...možná ten ples se mě dotknul nejvíce, že to bylo takový...aktuální, to se mi líbilo hodně.“ (R1) Dotázaná uvedla, že se jí nejvíce dotklo téma plesu. Téma plesu absolvovala krátce pro vlastním maturitním bále.

„Jak to na mě působilo...celkově všechno: ta hudba, atmosféra, různé ty tvary a možná i spojení se svýma zážitkama." (R4)

„A ten hygge styl se mi líbil, taková domácí dánská pohoda, že mi to i připomínalo domov a takovou čistou duši a všechno o kolo. Tak to se mi líbilo hodně." (R5)

„ Že když je tam moře nebo Itálie, jak jsme měli, tak k tomu mám blízko. Celkově třeba teplo, když jakoby do toho zapadalo, tak já se do toho vžiju víc a dokážu si to víc představit, uvědomit, než když je tam téma...kdybysme měli nějaký téma třeba na zimu, kterou nemám ráda, tak jsem tam byla, líbilo se mi to, ale neprožívala bych to úplně na 100% třeba. Ale to téma, když k tomu máte blíž, tak je to určitě jakoby že vás to ovlivní." (R6)

„No mě třeba hodně zasáhly, jak byl: oheň, les a ještě to masírování. Tak hlavně ten les a ten oheň, to jsem si hodně vzpomněla na dětství a to, jak jsem byla dřív vlastně." (R10)

„Se mi líbil i ten les, jak jsme tam měli ty šišky a různý ty vůně taky, když člověk může prostě zavřít oči a jenom si připadat jako někde na procházce lesem..." (R8)

Jedna dotázaná uvedla, že ji úplně cizí zvuky znervózňují: „...to vlnění, praskání, nevím. Moc se mi to nelíbilo. Bylo to zajímavý, ale nechytlo mě to. Takovýhle galaktický." Dále uvádí, že imitace známého prostředí kavárny ji uklidňuje: „Mně se nejvíc líbí prostě to kavárenské prostředí. Mě to uklidňuje. Lidi si povídají, jsou v klidu, hraje tam hudba...tak."(R7)

4.3.4. Strukturovaná a připravená hodina

Z teorie vyplývá, že každá hodina ve Snoezelenu by měla mít dobře stanovený cíl a jasnou strukturu. Šest dotázaných uvádí, že dobrou přípravu a strukturované vedení terapie pociťují jako důležitou součást pozitivního prožitku.

„ ...ale když to byl třeba ten ples nebo něco, tak mi to nebylo až tak osobně blízky, takže už by tam musel být někdo a ten by řekl: tak, teď si tady budeme vyrábět třeba masku na ples. Pokud mi to téma bylo bližší, tak bych se i sama iniciovala, ale takhle bych jakoby potřebovala někoho, kdo by mě tam k tomu nahnal. Bylo fajn, že jste to nadhodily, a pak už to bylo na nás." (R9)

„Já si myslím, že jste to měly vždycky jakoby promyšlený, do detailu připravený hrozně hezky. A že jste jako věděly vždycky prostě o čem si povídat, aby se ta řeč neztratila a různě otázky, provázet tou místností a zpestřit to vždycky právě nějakým videem nebo vůněma. Jo, hrozně hezky no na sebe navazovalo." (R4)

„Říkám, asi jako i s váma, že to děláte, že to umíte, že jako z vás jde nějaká energie jiná." (R6)

„...když to bylo trošku vedený, tak ho to namotivovalo i víc, víc ho to uvolnilo..." (R5)

„Mně přišlo, že jste byly vždycky jakoby sešrané, když někdo se třeba i bál projevit, tak jste se ho do toho snažily zapojit. A taky jste se ptaly vždycky všech. To bylo dobré a fakt jste to měly vždycky jakoby naučené, zrovna třeba to Holandsko, o tom různé takové...ehm...perličky, takže to bylo dobré." (R10)

„Ta Itálie mi přišla taková intenzivnější, že jste se nám víc věnovaly a měly jste připraveno...bylo to lépe propracované, než když jsme šly ven a tam jsme nevěděly coby. A tak jsme něco zkoušely, ale bylo to takové jakoby se někdo předtím domluvil, a pak se to zorganizovalo jako taková neorganizovaná aktivita. Kdežto ta Itálie, tam už byla vidět ta příprava a člověk měl chuť to jako víc prozkoumat, víc se zapojit." (R2)

4.3.5. Nabytí nových vědomostí

Pět respondentek považovalo za přínosné, když měly možnost dozvědět se v průběhu terapie něco nového a zajímavého.

„...vlastně i jsme se tam kolikrát dozvěděla něco nového, co mě zajímalo. Třeba jak byl ten Snoezelen masáže. Tak od toho jsem si fakt jako odnesla hodně informací. Různé techniky, co si můžu koupit na masáže, tak to mě fakt zajímalo." (R3)

„Ty lávový kameny, pak Indie, to bylo taky docela zajímavý, tam jsme si povídali o tom hinduismu. Jo, to bylo taky docela zajímavý, když jsme jakoby věštily, že nám dali takový vykládací karty a my jsme si měly vybrat, která nás jakoby charakterizuje. Tak jsme si vybrali dvě karty, já si vybrala trpělivost a odvalu. Tak to bylo taky zajímavý, že jsme si pak ještě povídaly, co ta karta všechno znamená. Pak jsme si povídali o vánočních zvycích Keltů, Germánů a Slovanů, to bylo takový poučný." (R7)

„...hodně lidí by tam našlo svoje způsoby, jak relaxovat i doma a jak to můžou ovlivnit běžnými věcmi doma dostupnými. A že tímhle můžou ovlivnit i ostatní kolem sebe a udělat něco pro ně tady tím stylem." (R5) Respondentka doporučuje samotnou metodu ostatním, jako inspiraci pro relaxaci v domácím prostředí.

„A tadyhle na tom se mi líbilo, že to bylo úplně jiné a dozvěděla jsem se i spoustu nových věcí, že třeba teď to Holandsko, tak to bylo super, protože jsem zjistila jako spoustu nových věcí anebo jak byly ty planety, tak taky jakože fakt poučné." (R10)

„Teď až uvidím Italu, tak mu ukážu (dělá gesto) a bude. (smích) Já mám ráda, když si z toho něco odnesu." (R2)

4.3.6. Práce v malé skupině

Pět respondentek považuje skupinovou práci za součást Snoezelenu a shodně preferují skupinku o menším počtu lidí, dvě z nich uvádí optimální počet tři až čtyři osoby, jedna dotázaná považuje za maximální počet pět účastníků.

„...jak nás tam bylo i málo, tak to bylo takový víc, jak to říct, no, daleko víc mi to pomohlo, jak nás tam bylo míň, tak to bylo takový intenzivnější..." (R3)

„Určitě je příjemný, že nás tam nechodí tolik, že je to takový komornější. ... že nás tam bylo tak čtyři, maximálně asi pět, a to mi přišlo jako dobrý, že to je tak ideální počet." (R1)

„...jak nás tam bylo třeba vždycky tři nebo tak, to bylo takové lepší, takže určitě i v těch menších skupinkách je to lepší a i ta místnost se na to hodí. Prostě pro ty tři lidi nebo čtyři - to bylo fajn." (R10)

„...je hezký, že je to tam takový komornější, že je nás tam jenom pár, tak tam nejsou ty rušivé elementy. Kdyby nás tam bylo hodně, tak někdo by tam mohl dělat nějaký hluk třeba. I je tam malej prostor na to." (R8)

„Já bych řekla, že je to lepší, když je tam právě takhle jakoby víc lidí. Ale je fajn, když je tam právě málo lidí. ... Nás tam bylo asi čtyři nejvíc, čtyři nebo pět, takže ty čtyři bych řekla, že je tak akorát, víc už ne." (R4)

4.3.7. Pohodlí

Osm respondentek popsalo, že k dosažení uvolňující atmosféry napomohl pocit pohodlí. Pět dotázaných si chválilo posezení v sedacích pytlích - fatboy, na dvě dotázané působilo přítmí, dvěma dotázaným přišlo dobré sezení v blízkém kruhu, třem dotázaným napomohlo k uvolnění teplo, dvě zmiňují příjemnou vůni.

„Vypíchla bych masáž nohou. Na takový stroji, co tam je, tak ten je dobrej. ... Celkově třeba teplo." (R6)

„...seděli jsme na těch fatboyích, byla tam příjemná atmosféra, i to že bylo přítmí." (R9)

„Mně se tam líbí ty pytle, jsou moc fajn, ty nás taky přivádí do té relaxace." (R4)

„Mně se tam líbí ty sedací pytle, že si tam můžeme třeba lehnout. No a pak se mi tam líbí právě jako ty vůně a ta hudba, třeba šumění nebo tak no. A vlastně i ten zrak, jako když se promítá na to plátno třeba. A jak je tam vlastně to přítmí, jak tam není to světlo, tak je to takový příjemný. Takový jako útulný, no." (R8)

„Bylo tam i příjemné posezení, ty fatboye, to bylo fajn. A ten kroužek, to bylo taky takové, že jsme všichni byli u sebe. ...jako to teplo. to bylo velice příjemné." (R10)

„...menší prostor, malej, příjemnej, krásně zútulněnej, příjemná atmosféra i vlastně to vedení jako perfektní. Nápady jsou v tom perfektní." (R5)

„...jsme se tam mohly uvelebit v těch sedacích vacích, mohly jsme se přikrýt dekou, navléct si ponožky, prohlížet knížky...takže to bylo takový hodně uklidňující." (R7)

„...jsou tam ty vztahy a i ta místnost je taková jako, takový hezky do kruhu a všechno je tam navoněný tak no.“ (R3)

4.4. Negativně hodnocené aspekty

Zajímala jsem se, které prvky mohly při terapii ve Snoezelenu působit na nemocné negativně. Devět dotázaných si takové vybavilo.

4.4.1. Rušivé zvuky

Čtyři respondentky uvedly, že jim rušivé zvuky z okolí narušovaly atmosféru a průběh terapie, dvě z nich současně uvedly, že je pro ně důležitá bezpečná atmosféra ve Snoezelen místnosti.

„...možná ten hluk z venku nebo jak jednou vypadlo to světlo...“ (R3)

„...venku bylo spoustu jiných vjemů. Každou chvíli tam mohl někdo projít, venku zvuky jsou, jako auta a ptáci a tak...“ (R2)

„Protože venku, říkám, ta atmosféra není taková jako když se dá udělat vevnitř...“ (R6)

„...asi jenom fakt u toho prvního ten ruch z té ulice. To kazilo.“ (R10)

4.4.2. Věci, které se zrovna nepoužívaly / skladiště

Dvě respondentky zmínily, že na ně v mutisenzorické místnosti působila rušivě skříň s odloženými pomůckami.

„Možná bych tam dala pryč tu skříň, ta je taková rušivá.“ (R4)

„...spíš aby tam třeba nebyla ta skříň za náma a různý ty jakoby...ten bordel, když to tak přeženu, tak to bych určitě vyměnila.“ (R9)

4.4.3. Krátká doba trvání

Čtyři respondentky vnímaly vymezený čas jako nedostatečný. Jedna dotázaná by chtěla zařadit Snoezelen do programu častěji.

„...mně to přijde málo. Hm, že je to takový, že to sotva vždycky stihneme do té svačiny, no. I to rychle uteče, právě.“ (R8)

„...já bych to brala třeba dvakrát týdně.“ (R7)

„...bych změnila to, že to chtělo prodloužit čas na tu třičtvrtě hodinu až klidně hodinu. Protože člověk si nestačí za tu půl hodinu všechno v podstatě užít, všechno vychutnat a načerpat toho tolik, jak by mohl za tu půlhodinu všechno v podstatě užít, všechno

vychutnat a načerpat z toho tolik, jak by mohl za tu hodinu, protože tam je opravdu všech těch vjemů tolik, že je to potom škoda odejít a neprožít to úplně." (R5)

„Mně to přišlo krátký, vždycky to tam hrozně uteklo. Klidně kdyby to bylo delší - neříkám hodinu, ale čtyřicet minut." (R6)

„Klidně bych tam byla dýl." (R4)

4.4.4. Chlad

Tři respondentky vnímaly chlad jako negativní prvek v průběhu terapie.

„Studená voda byla nepříjemná." (R6)

„On je tam uprostřed takovej kobereček a kolem jsou dlaždice studený, já bych dala všude vysoký koberec." (R7)

„Asi nejdál to první, to jak jsme byly venku, jak tam byl nějaký ten led a nějaká ta voda..." (R10) V rozhovoru dotázaná popisuje jako možný důvod, pro to, že si jedno z témat neužila tolik jako ostatní, využití ledu.

4.4.5. Stísněný prostor

Dvě dotázané by shledaly pohodlnějším větší prostor.

„...mně by přišlo lepší, kdyby to bylo trošku větší." (R7)

„...možná bych tu místnost udělala trošičku jakoby větší." (R9)

5. Diskuse

Cílem mého výzkumu bylo popsat, jaký efekt práce dle terapeutického konceptu Snoezelen-MSE na sobě pociťují pacientky trpící mentální anorexií. Konkrétními cíli bylo zmapovat jejich pozitivní a negativní emoce, dobu po jakou na sobě efekt pociťují, a se kterými konkrétními aspekty terapie si zachycené emoce spojují.

Pro svůj výzkum jsem uskutečnila deset polostrukturovaných rozhovorů s pacientkami v závěru léčby mentální anorexie, které vyhovovaly stanoveným kritériím. Tento počet jsem si předem určila a považuji jej vzhledem k zadanému rozsahu práce za dostatečný. Všechny oslovené s rozhovorem souhlasily, při realizaci rozhovorů byly přátelské a ochotně spolupracovaly. Vzhledem k faktu, že jde o můj první výzkum, byla tato část pro mě zajímavou zkušeností. Z pozdějších audiozáznamů jsem měla možnost slyšet samu sebe v komunikaci s respondentkami a musím připustit, že se mi ne vždy dařilo zvládnout svou netrpělivost, ponechat dotázané dostatečný prostor na přemýšlení a nepokládat návodné otázky. Přičemž považuji za pozitivní, že kvalita vedení rozhovoru stoupala s počtem

respondentek. Domnívám se, že se mi podařilo získat odpovědi na položené výzkumné otázky. Současně jsem si vědoma možnosti jistého zkreslení odpovědí, popisovaného odbornou literaturou jako „efekt morčete“ (Gavora, 2010), kdy dotázaní ve snaze potěšit výzkumníka přizpůsobí své odpovědi tak, jak se domnívají, že by si tazatel přál.

Za další možnou příčinu nepřesnosti výsledků považuji fakt, že definice práce dle konceptu Snoezelen-MSE podle Filatové (2014) doporučuje dobu trvání terapie v rozmezí čtyřiceti minut až jedné hodiny alespoň třikrát týdně, což v případě léčebného programu Centra pro poruchy příjmu potravy není dodrženo. Účastnice výzkumu navštěvovaly Snoezelen jednou týdně po dobu třiceti minut, a to v čase relaxace, což dle mého názoru mohlo zapříčinit omezení vnímání Snoezelenu pouze jako relaxační techniky.

Hlavním cílem práce bylo popsat efekt Snoezelenu skrze emoční prožitky pacientek. Z podstaty konceptu, jak jej definuje International Snoezelen Association (2018), jsem očekávala škálu pozitivních emocí. V souladu s touto definicí nemocné uvedly pocity uvolnění, klidu a pohody, bezpečí i povzbuzení a zájmu.

Absolutně všechny respondentky uvedly pocit sdílení a souznění s ostatními, v čemž spatřuji výhodu skupinové práce, se kterou oficiální koncept nepočítá. Nicméně i Riley-Doucet a Dunn (2013) ve své studii vyzdvihují zlepšení interpersonálních vztahů a komunikačních schopností. Za významný zde považuji i vztah k samotnému terapeutovi, který je společným prožitkem ve Snoezelenu posílen. U diagnózy mentální anorexie je přitom odpor a nespolupráce častou vztahovou překážkou a dle mého názoru, je posilování terapeutického vztahu a důvěry pro úspěšnou léčbu zásadní. V tomto může Snoezelen významně přispět.

Vědomý prožitek popsaných pozitivních emocí včetně radosti a svobody považuji za důležitý. Vágnerová (2008) uvádí, že pacientky s mentální anorexií radost nejsou schopny skutečně prožívat, s čímž se závěry mého výzkumu neshodují. Nicméně omezené citové prožívání bylo v průběhu terapie i následných rozhovorů patrné.

Tchanturia (2014) pozoruje ve svých výzkumech soustředěnost na detail a neschopnost pacientek odpoutat se od problému. V tomto případě uvedla naprostá většina nemocných, že ve Snoezelenu zažily pocit „čisté hlavy“ a dokázaly se ponořit do přítomného okamžiku. Ke stejným výsledkům došla ve své bakalářské práci i Cibulková (2016).

V souladu s mým očekáváním, pacientky zachytily minimum negativních emocí. Nervozita, kterou uvedlo několik respondentek, souvisí s rušivými elementy z okolí, na což upozorňuje i Filatová (cit). Popsané obavy z neznámého a negativního hodnocení odráží charakteristické rysy onemocnění, jak je popisuje Vágnerová (2014). Jedna dotázaná referovala smutek v souvislosti se vzpomínkami na život před léčbou. Myslím, že předchozí znalost anamnézy jednotlivých účastnic je zásadní pro výběr témat tak, aby nezasahovala citlivá životní období pacientek.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit dobu trvání efektu terapie. Všechny dotázané registrovaly pozitivní ladění a změnu nálady. Polovina respondentek zaznamenalo výkyv v řádu hodin, ostatní dokonce v řádu několika dnů. Zde si uvědomuji limity výzkumu v nedostatečné definici pojmu „efekt terapie“: některé dotázané započítávaly do času trvání i dny, kdy se na terapii těšily, zatímco jiné uváděly jako dobu trvání výrazné zlepšení nálady po opuštění místnosti.

V následující části výzkumu se snažím propojit konkrétní aspekty práce s pozitivními zážitky pacientek. Mým cílem bylo zachytit, které prvky jsou s pozitivními emocemi respondentek ve vztahu přímé kauzality. Všechny dotázané spontánně uvedly zapojení všech smyslů, jako nástroj k rychlému navození příjemných pocitů. Z mého výzkumu vyplývá, že čichové vjemy jsou vnímané nejintenzivněji, následuje hmat a sluch. Dle mého očekávání, byly chuťové vjemy pro nemocné zanedbatelné. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku nelze výsledky zobecňovat, ale považuji je za materiál pro další šetření.

Zásadní byl pro navození atmosféry pocit pohodlí. Respondentky jmenovitě vyzdvihovaly sedací vaky a přítmí. Domnívám se, že měkké tvarovatelné pytle dobře rozpustí kontury těla, a tím umožní nemocným vzdálit se od negativního vnímání tělesného schématu. Některé respondentky uvedly, že jejich příjemnému prožitku výrazně napomohlo teplo, které dle mého názoru obecně podporuje relaxaci a uvolnění, ale u pacientek s mentální anorexií spatřuji i souvislost s nízkým procentem tělesného tuku. Chlad u některých dotázaných vyvolával přímo negativní citovou odezvu.

Filatové (2014) doporučuje přizpůsobovat terapii aktuálnímu dění a využití předmětů z běžného života, což ve své práci potvrzuje i Cibulková (2016). Oba aspekty hodnotí pozitivně většina respondentek, přičemž kladně hodnotí i možnost dozvědět se něco nového a zajímavého. Domnívám se, že tlak na nabytí nových vědomostí vychází z charakteristik onemocnění a je třeba zvážit míru zapojení vyšších kognitivních funkcí do procesu terapie v multisenzorickém prostředí. Několik respondentek vnímalo vzpomínky na běžný život před léčbou jako významný motivační prvek. Osobně spatřuji ve Snoezelenu velký potenciál právě při posílení kolísající motivace a dodávání pozitivní energie pro překonávání náročných kroků v léčbě. Zaujalo mě zjištění, že samy nemocné pociťují často jen slabou naději na uzdravení, která sílí právě po absolvování terapie v multisenzorickém prostředí.

Většina oslovených ocenila detailní přípravu a vedení hodiny. Domnívám se, že struktura napomáhá nabytí pocitu jistoty a důvěry v terapeutovy schopnosti. Současně je oporou i pro průvodce samotného. Nízká emoční odezva a kognitivní tuhost, které jsou pro pacientky s výrazně nízkým BMI dle Papežové (2018) typické, mohou být pro terapeuta při práci ve Snoezelenu frustrující.

Polovina dotázaných pozitivně hodnotila práci ve skupině do pěti členů. Uvažuji, že na výsledek výzkumu mohla mít vliv sama velikost místnosti, kde se pohodlně usadí nejméně

pět pacientek. Současně může hrát roli i jistá exkluzivita – nemocné s vyšším BMI Snoezelen nenavštěvují, dostatečný prostor pro vyjádření se a intenzivnější kontakt s terapeutem. Domnívám se, že jistá intimita mezi členy skupiny je zásadní pro navození pocitu jistoty a bezpečí, který nemocné samy uváděly jako zdroj pohody a uvolnění.

Závěrem výzkumu jsem se věnovala i příčinám negativního prožívání terapie. Respondentky uváděly především technické nedostatky: rušivé zvuky z okolí, vybavení místnosti a stísněný prostor. Na všechny tyto aspekty upozorňuje také Filatová (2014). Polovina účastnic zmiňovala nedostatečnou časovou dotaci, jako stresový faktor. Osobně se domnívám, že většinu negativních aspektů nebylo průvodcem přímo možné ovlivnit.

Považuji za přínosné zmínit, že k podobným výsledkům s menší výzkumnou skupinou pacientek s poruchami příjmu potravy dospěla ve své bakalářské práci i Cibulřková (2016). Za zajímavou považuji i tu část jejího výzkumu, která se zabývá přínosem Snoezelenu pro členy ošetřujícího personálu. Potvrzuje slova Filatové (2017): „Kdo pracuje ve Snoezelenu, nevyhoří!“. Přestože ověření tohoto tvrzení nebylo cílem mé bakalářské práce, v průběhu mého výzkumu se ukázalo být pravdivé. Přikláním se tedy i k názoru Sirkkoly (2008), který roli průvodce všeobecným sestrám přímo doporučuje jako možnost profesního růstu a prevenci vyhoření.

6. Závěr

Ve své práci „Koncept Snoezelen-MSE v léčbě mentální anorexie“ jsem přiblížila čtenářům moderní terapeutickou metodu využívanou při léčbě mentální anorexie.

Závěrem bych se chtěla nad uvedeným výzkumem zamyslet. Jeho výsledky v naprosté většině případů potvrdily informace, které o Snoezelenu přináší odborná literatura. Cílem výzkumu nebylo odhalit převratná a nečekaná fakta. Bylo jím ověření účinnosti práce v multismyslovém prostředí u úzké skupiny psychiatrických pacientů - dívek hospitalizovaných pro anorexii nervosu. Podrobnějším zkoumáním efektu této terapie z pohledu samotných účastnic programu jsem se snažila zmapovat, které z aspektů práce ve Snoezelenu se dívek dotýkají nejintenzivněji. Jinak řečeno, které věci dělat, a kterým se naopak vyhnout při práci s touto diagnostickou skupinou, abychom dosáhli maximálního pozitivního vlivu a využívali Snoezelen tím nejefektivnějším způsobem.

Z výzkumu vyplynulo, že metoda Snoezelenu je pacientkami trpícími mentální anorexií pozitivně hodnocená a samy nemocné z ní významně profitují především po stránce prožívání pozitivních emocí. Snoezelen může od počátku léčby hrát významnou roli při navázání a prohloubení terapeutického vztahu mezi ošetřujícími personálem a pacientkami. Dále lze využít k posílení motivace v léčbě i jako ventil nashromážděných pocitů omezení a nesvobody, které pacientky v průběhu hospitalizace zažívají. Efektem je tedy prožití široké škály kladných pocitů, jejichž odraz přetrvával u většiny pacientek v řádu hodin i dnů.

Na základě mých zjištění, která by mohla být impulzem pro další důkladné šetření, by mohly být vypracovány pracovní postupy zaměřené přímo na nemocné trpící anorexií nervosou, podle nich by mohly pracovat řádně vyškolené ošetrovatelské teamy i za hranicemi jednotky, kde byl výzkum proveden. O účinnosti popsané léčebné metody jsem osobně přesvědčená a šíření zkušeností s prací v multisenzorickém prostředí typu SNOEZELEN-MSE považuji za hlavní přínos své bakalářské práce.

7. Seznam použité literatury

- Academy for Eating Disorders. (2016). Publications - Academy for Eating Disorders. Získáno 6. listopad 2018, z <https://www.aedweb.org/learn/publications/medical-care-standards>
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M. A., ... Segura-García, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*, 15, 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0395-z>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP. (2016). Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy - Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Získáno 14. listopad 2018, z <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>
- Cibuřková, J. (2016). *Efekt Snoezelenu v terapii dospělých pacientů v akutní psychiatrické péči* (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, PDF.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Sage Publications.
- Česká psychiatrická společnost. (2014). Doporučené postupy. Získáno 5. listopad 2018, z <https://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-doporucene-postupy>
- Filatová, R. (2014). *Snoezelen-MSE*. Tiskárna Kleinwachter.
- Filatová, R. (2017). Výroční zpráva 2017. Získáno 13. listopad 2018, z <http://snoezelen-mse.cz/popis-spolecnosti-snoezelen-mse/dokumenty/>
- Filatová, R. (2018). SNOEZELEN - MSE Skriptum pro akreditovaný a certifikovaný základní kurz. ISNA-MSE.

- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., ... Epelbaum, J. (2016). New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Chudobová, P., Papežová, H., Sekot, M., & Klecanda, A. (2005). Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí - PDF. Získáno 11. listopad 2018, z <https://docplayer.cz/2410343-Moznosti-a-limity-lecby-pacientu-s-poruchami-prijmu-potravy-formou-denniho-stacionare-v-ceske-republice-a-v-zahranici.html>
- III. mezinárodní konference SNOEZELEN-MSE. (2014). Sborník. In „*Terapie z rukou odborníků znamená luxus pro všechny smysly*“. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.
- International Snoezeln Association. (2018). Snoezelen. Získáno 13. listopad 2018, z <http://www.isna-mse.org/snoezelen.html>
- Karlsson, H., Näätänen, P., & Stenman, H. (2008). Cortical activation in alexithymia as a response to emotional stimuli. *British Journal of Psychiatry*, 192(01), 32–38. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034728>
- Kocourková, J., Dudová, I., & Koutek, J. (2016). Souvisí poruchy příjmu potravy s poruchami autistického spektra? *Ceskoslovenska Psychologie*, 60(1), 88.
- Koyama, K. I., Asakawa, A., Nakahara, T., Amitani, H., Amitani, M., Saito, M., ... Inui, A. (2012). Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 28(11–12), 1132–1136. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.03.003>

- Krch, F. (2018). Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání. Získáno 5. listopad 2018, z <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/ppp-v-detstvi-a-dospivani>
- Mertens, K. (2008). *Snoezelen - in Action*. Shaker.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- NEDA. (2018, únor 19). Statistics & Research on Eating Disorders. Získáno 5. listopad 2018, z <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
- Papežová, H., & kol. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá Fronta.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing a.s.
- Riley-Doucet, C. K., & Dunn, K. S. (2013). Using multisensory technology to create a therapeutic environment for people with dementia in an adult day center: a pilot study. *Research in Gerontological Nursing*, 6(4), 225–233. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130801-01>
- Sirkkola, M., Veikkola, P., & Tuomas, P.-O. (2008). Multisensory Work - Interdisciplinary approach to multisensory methods. Hamk University of Applied Sciences.
- Tchanturia, K. (2014). *Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating and Weight Disorders*. Routledge.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Verheul, A. (2009). Fundamental philosophy of Snoezelen – historical background, planning and concept, 17.
- VFN. (2012). Centrum pro léčbu poruch příjmu potravy | Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Získáno 14. listopad 2018, z <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a->

oddeleni/psychiatricka-klinika/specializovana-centra/centrum-pro-lecby-poruch-
prijmu-potravy/

World Health Organization. (2018, leden 1). MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a
přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Ústav
zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno z
<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Seznam zkratek

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

AED - Academy for Eating Disorders

AN – Anorexia nervosa

APA - American Psychiatric Association

BMI – Body Mass Index

DMS – Diagnostický a statistický manuál

EBESCO - Ebscohost's Academic Search Premier

ISNA-MSE - International Snoezelen Association Multisensory Environment

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocných

MSE – Multisensory Environment

NEDA - National Eating Disorders Association

OCD – Obsedantně kompulzivní porucha

PPP – Poruchy příjmu potravy

SSRI - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

WHO -World Health Organization

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled respondentek.....	20
Tabulka 2: Rozložení smyslů.....	31

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů při provádění studie (V ANONYMIZOVANÉ PODOBĚ)

Název studie: Koncept Snoezelen-MSE v léčbě mentální anorexie

Řešitel studie: Pavlína Dvořáková

Vážená paní,

Váš ošetřující personál Vám nabídl účast ve studii a popis studie byl uveden v informacích pro pacienta. Pokud budete souhlasit a účastníte se studie, je třeba Vás informovat i o zpracování osobních údajů, které je nezbytné k tomu, aby studie mohla být provedena.

Studie se můžete zúčastnit pouze tehdy, pokud budete souhlasit se shromažďováním a zpracováním osobních údajů tak, jak je popsáno v tomto formuláři. Váš výslovný souhlas se zpracováním těchto údajů by měl být udělen po sdělení, pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván, jakému správci a na jaké období. Vaše osobní údaje budou zpracovávány zařízením XY.

Tyto informace jsou sepsány v souladu s Nařízením Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Řešitel bude zaznamenávat Vaše osobní údaje včetně jména, data narození, pohlaví a klinická data shromážděná v souvislosti s Vaší účastí ve studii. Veškeré údaje budou uchovávány pouze pro účely studie a v souladu s platnou právní úpravou. Bez zpracování osobních údajů by nebylo možné provést a ani vyhodnotit prováděnou studii.

U všech studií mohou dohled vykonávat členové Etické komise zařízení XY. Tyto osoby jsou vázány povinnou mlčenlivostí a kontrolují, zda je studie řádně prováděna, zda je zajištěna bezpečnost účastníků studie a také zda jsou shromážděné osobní údaje a další informace správné.

Aby byla zajištěna ochrana soukromí, všechny údaje získané ve studii budou zpracovány pouze v pseudoanonymizované podobě. To znamená, že k údajům budou přiřazeny falešné iniciály. Údaje umožňující zjistit Vaši totožnost tak neopustí pracoviště řešitele. Pouze řešitel

a oprávněné osoby budou mít možnost spojit tento kód s Vaším jménem - a to na seznamu, který bude bezpečně uložen ve studijním centru po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu celé studie.

Prostřednictvím svého lékaře máte právo na přístup k informacím, které byly o Vás shromážděny a případně požádat i o jejich opravu. Máte navíc nárok stěžovat si na to, jakým způsobem bylo s Vašimi osobními údaji zacházeno. Stížnost můžete vznést k Úřadu na ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7. Tento Úřad je odpovědný za prosazování práva na ochranu osobních údajů.

Za určitých okolností při splnění podmínek daných platnou právní úpravou máte právo požádat

o jejich vymazání/odstranění, omezit zpracování těchto údajů nebo požádat o to, aby byly tyto údaje poskytnuty Vám či třetí straně ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu. Máte rovněž právo na soupis zpracovávaných osobních údajů.

Po ukončení studie nebo po ukončení Vaší účasti ve ní zůstávají údaje správci, aby nebyla narušena validita dat získaných ve studii, a to po dobu nezbytnou k dosažení účelu prováděné studie.

Tento souhlas se zpracováním osobních údajů vyjadřujete na dobu nezbytně nutnou pro řádné vyhodnocení této studie.

Výsledky této studie mohou být publikovány v odborném tisku, mohou sloužit k výukovým a vědeckým účelům. Chtěli bychom zdůraznit, že se vždy bude jednat o souhrnné výsledky studie, ze kterých nebude možné Vás identifikovat. A také se nikde ve vyhodnocení studie neobjeví Vaše jméno či jiná informace, která by mohla vést k odhalení Vaší totožnosti.

V místě XY dne

Jméno účastníka studie:

Podpis účastníka studie:

