

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Využití konceptu Bazální stimulace® u člověka  
s těžkým postižením**

Autor: Tamara Vránová

Vedoucí diplomové práce: Doc. PaedDr. Vanda Hájková Ph. D.

Praha 2008

Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Využití konceptu bazální stimulace® u člověka s těžkým  
postižením**

vedoucí diplomové práce: *Doc. PaedDr. Vanda Hájková Ph. D.*

autor/ka/ DP: *Tamara Vránová*

*Blízejov 27, 346 01 Horšovský Týn*

*TVranova@centrum. cz*

ročník: *5.*

obor studia: *SPPG-učitelství*

typ studia: *prezenční*

měsíc a rok dokončení DP: *listopad 2008*

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Využití konceptu Bazální stimulace® u člověka s těžkým postižením vypracovala pod vedením Doc. PaedDr. Vandy Hájkové Ph.D. samostatně a v seznamu pramenů a literatury uvedla veškeré informační zdroje, které jsem použila.

V Praze dne 15. 11.2008

Děkuji vedoucí diplomové práce Doc. PaedDr. Vandě Hájkové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a za čas, který mi věnovala.

**NÁZEV:**

Využití konceptu Bazální stimulace® u člověka s těžkým postižením

**ABSTRAKT:**

V diplomové práci se zabývám konceptem Bazální stimulace® a jeho využitím u člověka s postižením. Teoretická část popisuje stručný úvod do problematiky Bazální stimulace® a historii vzniku a vývoje, zmiňuje pojetí člověka s postižením, zejména člověka s těžkým postižením a teoretické základy konceptu. Následuje charakteristika jednotlivých okruhů stimulace - stimulace somatická, vibrační, vestibulární, optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická. Praktická část je zaměřena na praktické využití konceptu Bazální stimulace® u člověka s postižením. Tato část obsahuje vyhodnocení dotazníku o využití konceptu u žáků s těžkým postižením a kazuistiky s prvky konceptu.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

koncept bazální stimulace, člověk s těžkým postižením, somatická, vibrační, vestibulární, optická, auditivní, orální, olfaktorická, taktilně-haptická stimulace

**TITLE:**

Application the concept of Basal Stimulation® of people with disabilities

**ABSTRACT:**

My Diploma work focuses on the concept of Basal stimulation® and its practical application in the treatment of people with disabilities. The theoretical part briefly introduces the basic concept of Basal stimulation®, describes the history of its beginning and development, then deals with the way people accept individuals with several disabilities, as well as those with mild forms of disability. The following part of my work analyses the characteristics of each part of the stimulation: somatic, vibratory, vestibular, optical, acoustic, oral, related to smell, tactile. The practical part describes the use of basal stimulation for people with disabilities. This part includes the results of a research questionnaire on the use of the stimulation for pupils with several disabilities case history.

**KEY WORDS:**

concept of Basal stimulation, people with several disabilities, somatic, vibratory, vestibular, optical, acoustic, oral, related to smell, tactile stimulation

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY BS</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Definování pojmu BS</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Historie vzniku a vývoje konceptu BS</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2.1 Cíle v konceptu BS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2.2 Koncept BS v ošetrovatelské péči</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2.3 Koncept BS ve speciálně-pedagogické péči</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Současná situace</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3.1 Současná situace v ČR</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3.2 Vzdělávání v konceptu BS v ČR</b> .....	<b>12</b>
<b>2 ČLOVĚK S POSTIŽENÍM</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Definice pojmu postižení</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Člověk s těžkým postižením</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2.1 Potřeby člověka s těžkým postižením</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2.2 Vzdělávání žáků s těžkým postižením</b> .....	<b>26</b>
<b>2.2.3 Význam IVP pro žáky s těžkým postižením</b> .....	<b>31</b>
<b>3 TEORETICKÉ ZÁKLADY BS</b> .....	<b>33</b>
<b>3.1 Neurofyziologický vývojový model dle Pechsteina</b> ..	<b>33</b>
<b>3.2 Vývojově-genetický přístup podle Piageta</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3 Fyzioterapeutický model podle Bobatha</b> .....	<b>35</b>
<b>3.4 Prenatální vývoj člověka</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4.1 Obecné znaky prenatálního vývoje</b> .....	<b>37</b>
<b>3.5 Základní prvky stimulace</b> .....	<b>40</b>
<b>3.5.1 Vnímání</b> .....	<b>41</b>
<b>3.5.2 Pohyb</b> .....	<b>45</b>

3.5.3 Komunikace.....	47
<b>4 TECHNIKY KONCEPTU BS.....</b>	<b>50</b>
4.1 Základní stimulace.....	52
4.1.1 Somatická stimulace.....	52
4.1.1.1 Využití somatické stimulace.....	54
4.1.2 Vestibulární stimulace.....	58
4.1.2.1 Využití vestibulární stimulace.....	59
4.1.3 Vibrační stimulace.....	61
4.1.3.1 Využití vibrační stimulace.....	62
4.2 Nástavbová stimulace.....	64
4.2.1 Optická stimulace.....	64
4.2.1.1 Využití optické stimulace.....	65
4.2.2 Auditivní stimulace.....	67
4.2.2.1 Využití auditivní stimulace.....	68
4.2.3 Taktilně-haptická stimulace.....	70
4.2.3.1 Využití taktilně-haptické stimulace.....	70
4.2.4 Olfaktorická stimulace.....	71
4.2.4.1 Využití olfaktorická stimulace.....	72
4.2.5 Využití snoezelenu v konceptu BS.....	73
4.2.6 Orální stimulace.....	74
<b>5 KAZUISTIKY.....</b>	<b>76</b>
5.1 Kazuistika č.1.....	77
5.2 Kazuistika č.2.....	85
<b>6 PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>90</b>
6.1 Charakteristika a cíle výzkumu.....	90
6.2 Místo výzkumu.....	93



<b>7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>95</b>
<b>7.1 Presentace výsledků výzkumu.....</b>	<b>95</b>
<b>7.2 Shrnutí výsledků výzkumu.....</b>	<b>106</b>
<b>7.3 Závěry výzkumu.....</b>	<b>112</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>115</b>
<b>PŘEHLED POUŽITÝCH GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>116</b>
<b>PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>117</b>
<b>PŘEHLED LITERATURY.....</b>	<b>118</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>127</b>

## ÚVOD

Každý člověk, tedy i člověk s postižením, je neopakovatelná bytost s individuálními zážitky, prožitky, způsobem chování, stylem komunikace. Na každého člověka by tedy mělo být nahlíženo jako na jedinečnou bytost, nezávisle na jeho postižení nebo aktuálním duševním stavu. Každý jednatel má také právo na uspokojování svých potřeb. Pro člověka s postižením bývá někdy obtížné vyjádřit své potřeby tak, aby jim ostatní správně porozuměli a pochopili je.

Cílem této práce je tedy představit kvalitní terapeutický přístup, který vhodnou péčí umožní člověku s postižením vnímat, rozhodovat o svém vlastním životě, o dění ve svém okolí. Koncept bazální stimulace věnuje dostatek podpory zaměřené na individuální potřeby a specifické vlastnosti člověka s těžkým postižením, které mu umožňují zlepšení kvality v různých oblastech života.

Koncept bazální stimulace vyvinul původně pro děti a mládež s těžkým postižením v sedmdesátých letech dvacátého století v Německu prof. dr. Andreas Fröhlich - speciální pedagog, který pracoval v rehabilitačním centru Westfal/Landstuhl. V osmdesátých letech se profesně spojil se zdravotní sestrou Christel Bienstein, a společně integrovali koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče. V současné době je koncept bazální stimulace také využíván na jednotlivých nemocničních odděleních, například na jednotkách intenzivní péče, anesteticko-resuscitačních odděleních, v neonatologické a také v gerontologické péči.

Předpokladem pro vypracování tohoto konceptu bylo tvrzení Prof. dr. Fröhlicha, že i děti a mládež s těžkými kombinovanými vadami jsou schopni vzdělávat se, a to alespoň v některých oblastech - v oblasti týkající se vlastního těla a sebeobsluhy.

Koncept bazální stimulace představuje pro speciální pedagogy holistický, tedy celkový, přístup ke klientům s možností podpory jejich vývoje a kvality života za téměř žádného finančního zatížení. Je pouze potřeba proškolení v konceptu a pochopení členů pracovního týmu.

Pro toto téma jsem se rozhodla, protože mne problematika bazální stimulace oslovila na základě televizního dokumentu. Sama jsem také absolvovala zatím základní kurz konceptu Bazální stimulace® pod vedením Mgr. Karolíny Friedlové - zakladatelky Institutu Bazální stimulace v České republice.

# 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY BAZÁLNÍ STIMULACE

## 1.1 Definování pojmu bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační, interakční, vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Také člověk v komatu nebo člověk s těžkým tělesným postižením je celková osobnost, která stále určitým způsobem cítí, vnímá a reaguje, má své potřeby.

Bazální stimulace je založena na holistickém vnímání jedince, tzn. že člověk je vnímán jako celek, jako rovnocenný partner, nezávisle na jeho tělesném a duševním stavu. Základní model konceptu vychází z předpokladu, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Terapeutickými metodami a přístupy lze ovlivňovat jen celého člověka, protože lidská bytost je nedělitelná.

K. Friedlová (2007) charakterizuje bazální stimulaci jako koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.

M. Vítková (2006, s. 203) definuje bazální stimulaci:

*„Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, při které se snažíme nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde se těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Koncept je v podstatě založena na rozvoji vnímání, které představuje širokou bázi pro další rozvoj jedince. “*

Používání pojmu koncept znamená, že vývoj bazální stimulace je pořád otevřený a reaguje na nové poznatky z oblasti medicíny, ale také z neurofyzologie, vývojové psychologie, ošetřovatelství a pedagogiky.

Koncept se v průběhu let mění a přizpůsobuje se individuální potřebám dětí s postižením. Koncept se také začal prolínat s dalšími podpurnými terapiemi, nebo využívá jejich prvky (canisterapie, muzikoterapie, kinestetika, aromaterapie apod.).

*„Cílem využití konceptu bazální stimulace v péči je doprovod a podpora klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti či komunikace. Autor konceptu Prof. dr. Andreas Fröhlich hovoří o těchto lidech jako o osobnostech, které potřebují jiné lidi k tomu, aby jim přiblížili svět v té nejjednodušší rovině. A současně k tomu, aby jim umožnili pohnout se či změnit polohu. V neposlední řadě potřebují někoho, kdo jim bude schopen bez použití slov porozumět a poskytne jim profesionální individuální péči.“* (Friedlová, 2007, s. 11)

Koncept bazální stimulace má registrovanou ochrannou známku.

## **1.2 Historie vzniku a vývoje konceptu Bazální stimulace®**

Historie konceptu bazální stimulace sahá do 70. let dvacátého století. Zakladatelem konceptu bazální stimulace je Prof. dr. Andreas Fröhlich, který v té době pracoval v Rehabilitačním ústavu Westfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo. V Rehabilitačním centru pracoval s dětmi s těžkým kombinovaným tělesným a intelektovým postižením. V rámci praxe pětiletého doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace u dětí s těžkým postižením, zabýval se především podporou senzoričké komunikace.

Tyto děti měly obrovské problémy v oblasti vnímání z důvodu těžkého mentálního postižení, nebylo možné s nimi navázat vůbec verbální kontakt. Při své práci vycházel z poznatků prenatalní vývojové psychologie. Vycházel z předpokladu, že lidské tělo má schopnost vnímat a přijímat signály a reagovat přes komunikační kanál somatického, vibračního a vestibulárního vnímání a tímto způsobem

navazoval komunikaci s dětmi. Prof. dr. Fröhlich tvrdí, že i děti s těžkým postižením jsou vzdělávatelné, např. ve vnímání vlastního těla, při nácviku pohybových vzorců, v základech sebeobsluhy, což bylo předpokladem pro vývoj tohoto konceptu. Tento koncept velmi pomáhá speciálním pedagogům v péči a podpoře postižených dětí zkvalitnit jejich životní podmínky.

Prof. dr. Andreas Fröhlich získal profesuru na Vysoké škole pedagogické v Heidelbergu, od roku 1994 je profesorem na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau. Napsal celou řadu publikací, které se věnují konceptu bazální stimulace.

### **1.2.1 Cíle v konceptu Bazální stimulace®**

Na základě praktických zkušeností sestavil Andreas Fröhlich společně s Christel Bienstein (2003) cíle konceptu Bazální stimulace® v ošetrovatelské péči. Tyto cíle také uvádí K. Friedlová (Skriptum pro nástavbový seminář v konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči):

- zachovat života a zajistit vývoj
- umožnit klientovi pocítit vlastní život
- poskytnout klientovi pocit důvěry a jistoty
- rozvíjet vlastní rytmus klienta
- umožnit klientovi poznat okolní svět
- pomoci klientovi navázat vztah
- umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností
- pomoci klientovi uspořádat jeho život
- poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život.

## 1.2.2 Koncept Bazální stimulace® v ošetrovatelské péči

Do ošetrovatelské péče koncept bazální stimulace přenesla původně zdravotní sestra - nyní Prof. Christel Bienstein, která od 80. let úzce spolupracuje s Prof. dr. Fröhlichem. Christel Bienstein vede od roku 1994 Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě univerzity ve Witten/Herdecke v Německu.

*„Prof. Christel Bienstein a prof. Andreas Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace a vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, aby byl zajištěn relevantní transfer konceptu do klinické praxe ” (Friedlová, 2007, s.14)*

K. Friedlová (2007) uvádí, že se lektoři vzdělávají v kurzu, který má rozsah čtyři semestry. Po absolvování kurzu obdrží vlastní registrační číslo a oprávnění od Mezinárodní asociace Bazální stimulace®. V celé Evropě působí více než 700 lektorů konceptu Bazální stimulace®. Lektoři mají právo vystavovat standardizované certifikáty, které jsou jednotné v celé Evropské unii. Po absolvování certifikovaného semináře Bazální stimulace® a získáním certifikátu je člověk oprávněn integrovat prvky konceptu do péče o své klienty.

Bazální stimulace je dobře integrovatelná do každodenní ošetrovatelské péče. Ošetřující personál vhodně volí takové intervence, které zohledňují koncept bazální stimulace a berou v úvahu individuální vlastnosti pacienta.

*„Bazální stimulace je koncept, který dává ošetrovatelství zcela jiný rozměr a umožňuje ošetřujícím nově reflektovat svou práci, protože ošetrovatelské nabídky mají terapeutický účinek.” (Friedlová, 2006, s.11)*

V praxi s tímto konceptem pracuje řada klinických pracovišť. Ve většině zahraničních zdravotnických pracovišť fungují vlastní lektoři, kteří školí zaměstnance v konceptu.

*„V současné době je koncept integrován do osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách v některých státech Evropské unie. V České republice je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti náplně všeobecně sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, §4, odstavec h.“* (Friedlová, 2006, s. 9)

Koncept bazální stimulace může být použit u všech pacientů na standardních odděleních, zvláště pak na jednotkách intenzivní péče, na anesteticko - resuscitačních odděleních. Především se osvědčil u pacientů v bezvědomí, s úrazem mozku, u pacientů odkázaných na řízenou plicní ventilaci, u hemiplegických i somnolentních pacientů, u osob s Morbus Alzheimer, nebo u osob ve vigilním komatu a s apalickým syndromem. Koncept je také využíván v oblasti neonatologie, psychiatrie a geriatrické, v hospicové a domácí péči o umírající.

*„Bazální stimulace se orientuje na oblasti podpory vnímání, komunikace a mobilizace zachovalých schopností klienta. Základem bazálně stimulační péče je respekt jeho autonomie.“* (Friedlová, 2007, str. 11)

Prokazuje se, že péče v rámci konceptu bazální stimulace přispívá ke zkrácení hospitalizace v nemocnici a pomáhá k navrácení do běžného života člověka.

*„Bazálně stimulační ošetrovatelská péče umožňuje lidem s těžkým zdravotním nebo duševním postižením integraci do současného života s maximálním využitím jejich dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jejich budoucí životní potřeby.“* (Friedlová, 2006, s. 12)



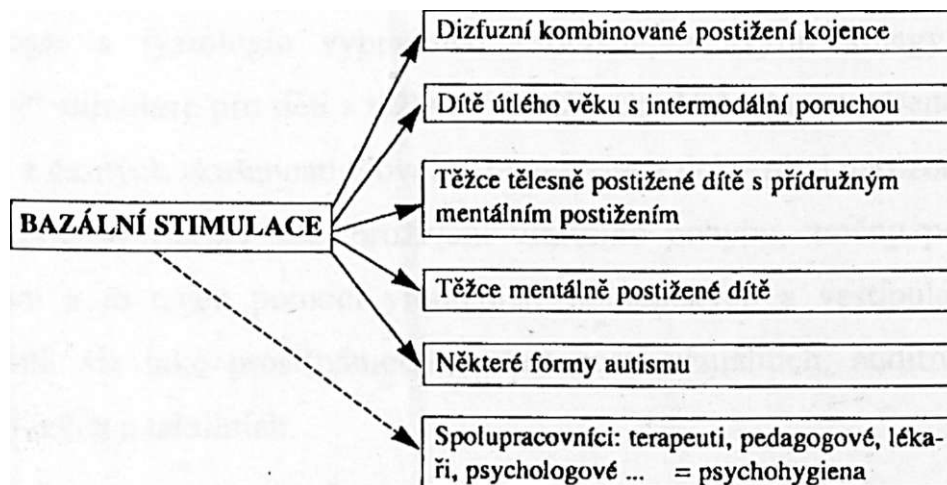
### 1.2.3 Koncept Bazální stimulace® ve speciálně-pedagogické péči

Děti s těžkým a kombinovaným postižením, ale také někteří dospělí s těžkým postižením, žili dříve většinou v ústavech, léčebnách nebo doma a pečoval o ně lékařský personál nebo jejich příbuzní. Pedagogická nebo specifická speciálně-pedagogická péče o tento okruh osob víceméně neexistovala, lidé s těžkým postižením byli bráni jako osoby bez tzv. „dalšího možného vývoje“, byli osvobozováni z povinné školní docházky.

Koncept bazální stimulace vyvinul původně Prof. dr. Andreas Fröhlich pro děti s těžkým postižením, dnes je zmiňován spíše v ošetrovatelské péči. „Fröhlich popisuje děti, pro které vytvořil metodu BS, jako velmi těžce postižené (schwerstbehindert), které svými vlastními možnostmi vývoje ve svém sociálním prostředí nepřekračují úroveň srovnatelnou s úrovní zdravého kojence ve věku 4-6 měsíců v oblasti komunikace, percepce (vnímání), funkce rukou, postavení těla a pohybu, má na mysli děti s těžkým tělesným postižením s přidruženým mentálním postižením.“ (Vítková in Müller, 2005, s.231)

V roce 1981 poukazuje Fröhlich (obr. 2) na různé oblasti použití metody bazální stimulace:

Obr. 1. : **Okruh osob** (Vítková in Müller, 2005, s. 231)



Koncept bazální stimulace představuje vtzv. „pozitivní nabídce“ pedagogů a terapeutů jednoduché a základní možnosti pro člověka s postižením- jak mít kontakt s lidmi, jak utvářet sám sebe, své okolí. *„Podstatou bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání těžce zdravotně postiženého jedince. Při práci dbáme na hierarchii jednotlivých oblastí vnímání, vycházíme od nižších smyslů. Podněty se nabízejí postupně, vzájemně se střídají až nakonec dojde kjejich propojení.“* (Opatřilová, 2005, s. 134)

Podle A. Bürliho (2006) byl prvním teoretickým impulzem pro koncept byl výzkum J. Pechsteina vývoje centrální nervové soustavy v dětství. R. Spitz z psychoanalytického pohledu uvádí, že struktura mozku se hůře vyvíjí v deprimujících podmínkách - pro vývoj mozku má velký význam sensorická stimulace. Pedagogové F. Schönberger a K. H. Jetter vyzkoumali, že somatogenní postižení s poškozením mozku je spojené s omezeným vývojem inteligence. Fyzioterapeutické snahy manželů Bobathových ukazovali možnost vybudování nových drah nových pohybových schopností a cvičení pohybových vzorců u pacientů s poškozením mozku.

Prof. dr. Fröhlich spojil tedy poznatky z různých oblastí - medicíny, psychologie a fyzioterapie. Na základě vědeckých poznatků z vývojové psychologie a fyziologie vypracoval Fröhlich se svými kolegy tzv. „nabídku“ stimulace pro děti s těžkým postižením. Nabídku zaměřenou na podněty z časných zkušeností člověka, především z doby před narozením - jako je pocit vlastního těla, prožívání vlastního pohybu, změny polohy v prostoru a to nejen pomocí vibračních, somatických a vestibulárních zkušeností, ale také prostřednictvím zkušeností vizuálních, auditivních, olfaktorických a taktilních.

Bazální stimulace je vhodná pro začlenění do celodenní péče o člověka s postižením v průběhu celého dne, zejména při vzdělávacím procesu. Koncept je využíván v péči o klienty speciálně pedagogických center, ústavů sociální péče a speciálních škol, především o děti a mládež s kombinovaným postižením. Na člověka s postižením je nahlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými vlastnostmi a schopnostmi. I těžce postižený člověk má vlastní psychosociální kompetence - vnímá, prožívá, komunikuje a má základní potřeby.

### **1.3 Současná situace**

V posledních letech bylo provedeno mnoho vědeckých studií, které dokazují, že koncept bazální stimulace stojí na vědeckých základech a na snaze poskytnout co nejlepší péči na profesionální úrovni. Podle Friedlové (2007) má koncept za sebou již fázi dokazování a přesvědčování v 70. a 80. letech dvacátého století a teď se nachází ve fázi zavádění do praxe a realizace. Dnes patří koncept bazální stimulace v evropských zemích, jako je např. Německo, Rakousko, Švýcarsko, Belgie, Holandsko, Francie a Španělsko, k uznávaným a aplikovaným konceptům v oblasti speciální pedagogiky a ošetrovatelství.

#### **1.3.1 Současná situace v České republice**

PhDr. Karolína Friedlová je první certifikovaná lektorka konceptu Bazální stimulace® v České republice (Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege). S konceptem bazální stimulace se setkala v 90. letech na soukromé klinice v Rakousku a na univerzitní klinice v Mnichově. V Mnichově také absolvovala odborné kurzy konceptu u doc. Blochinga a později v NÓ Landesakademie ve Vídni lektorské studium. Sama je členkou Mezinárodní asociace Bazální stimulace®. Na základě svých zkušeností se rozhodla šířit informace o konceptu Bazální stimulace také v České republice, od roku 2000 publikuje o konceptu v odborném tisku. K. Friedlová také působí jako vysokoškolský pedagog na Pedagogicko - filozofické fakultě Slezské univerzity v Opavě. V České republice se její zásluhou konala roce 2007 již druhá Národní konference Bazální stimulace.

První seminář Bazální stimulace® lektorovala v lednu roku 2003 na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V říjnu roku 2005 založila Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku, který je centrem

vzdělávání lektorů a realizuje certifikované kurzy, poskytuje záruku kvality vzdělávacích seminářů a půjčuje odbornou literaturu s problematikou bazální stimulace. Pracoviště, která pracují s konceptem Bazální stimulace® mohou požádat u Institutu Bazální stimulace o udělení certifikátu pro provádění a integraci konceptu Bazální stimulace® do ošetrovatelské péče. Institut také připravuje přenesení vzdělávacího kurikula pro lektory konceptu na území České republiky.

### **1.3.2 Vzdělávání v konceptu Bazální stimulace® v České republice**

V České republice jsou nejrozšířenější kurzy v konceptu bazální stimulace pořádané certifikovanou lektorkou PhDr. Karolínou Friedlovou. Kurz bazální stimulace je rozdělen na základní a nástavbový. Základní seminář má časovou dotaci 24 vyučovacích hodin a nástavbový seminář 16 vyučovacích hodin. Předpoklad pro zařazení do nástavbového kurzu je absolvování kurzu základního.

Kurzy často navštěvují zdravotní sestry, pedagogové zdravotních škol, fyzioterapeuté, ergoterapeuté, lékaři, logopedi, speciální pedagogové, ale také rodiče dětí s postižením. Kurzy zaměřené pro využití konceptu pro rodiče dětí s postižením pořádá například Diakonie církve evangelické v Praze.

Kurzy bazální stimulace si mohou objednat různé instituce, nabídky institutu využívá často pro vzdělávání svých pracovníků například Thomayerova nemocnice v Praze. Absolventi seminářů Bazální stimulace® obdrží zahraniční certifikát platný v celé EU.

Obsah kurzů je zveřejněn na internetových stránkách Institutu [www. bazalni-stimulace. cz.](http://www.bazalni-stimulace.cz)

- **Základní seminář Bazální stimulace® v ošetrovatelské péči**

Základní kurz je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR. Cílem základního semináře je získání odborných a praktických znalostí v konceptu Bazální stimulace®. Semináře se mohou zúčastnit odborníci z ošetrovatelské a pedagogické oblasti, ale také laická veřejnost. Každý účastník obdrží skriptum s tematikou základního semináře. Účastníci kurzu se učí reagovat a adekvátním způsobem uspokojovat potřeby lidí, u kterých je změněna možnost komunikace, hybnost a vnímání. Učení probíhá prostřednictvím praktických cvičení.

V časové dotaci 18/24 hodin jsou zmíněny poznatky z charakteristiky konceptu a jeho historie, neurofyzologie a neuroanatomie, z vývojové psychologie, informace o významu vnímání, interakce a komunikace. Součástí výuky jsou praktická cvičení (například polohování), rozbor videozáznamů, diskuse účastníků.

- **Nástavbový seminář Bazální stimulace® v ošetrovatelské péči**

Nástavbové inovační kurzy v ČR jsou registrovány u ČAS a Odborového svazu zdravotní a sociální péče v ČR. Podmínkou účasti tohoto semináře je absolvování již základního semináře a alespoň dvouměsíční časový odstup obou seminářů. Obsahem semináře je hlubší charakteristika konceptu, interakce a komunikace v konceptu a jednotlivé prvky stimulace vizuální, auditivní, olfaktorické, orofaciální, taktilně - haptické.

- **Prohlubující seminář Bazální stimulace**

Podmínkou pro účast na tomto semináři je absolvování základního a nástavbového semináře. Do náplně prohlubujícího semináře patří opakování základních a nástavbových prvků konceptu a především prohloubení znalostí v oblasti somatické stimulace. Časová dotace kurzu je 8 hodin.

## 2 ČLOVĚK S POSTIŽENÍM

Vztah a respekt k lidem s postižením vyjadřuje vnitřní kvality člověka a celé společnosti. Každý člověk má svůj vlastní akční potenciál, své specifické kvality.

Fungování lidské společnosti je založeno na dodržování zákonů, vyhlášek a norem. Normy udává společnost v rámci určité kultury, jsou podmínkou úrovně vývoje celé lidské společnosti. Normy určují co je žádoucí a nežádoucí, posuzují dané jevy ve společnosti. Kriteria pro posuzování normality se v průběhu vývoje společnosti mění, proměny hodnot jsou vázány na změny ve společnosti.

Jevy, které jsou lidem nesrozumitelné, jsou tím ve společnosti nápadné, na sebe upoutávají pozornost, a tedy považovány za abnormální. Takovým jevem se občas stávají lidé s postižením. Většinová společnost vyvíjí tlak, který působí také na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Lidé mají sklon ke generalizaci, vidí a posuzují věci stejným způsobem bez ohledu na individuální odlišnosti člověka.

V České republice tvoří lidé s postižením poměrně početnou skupinu osob, vyznačující se velkou heterogenitou. Před rokem 1989 nebyli lidé s postižením považováni za rovnoprávné členy společnosti, za dobu komunistické vlády byly vyloučeni téměř ze všech složek života - zejména ze vzdělávání a pracovního uplatnění.

Po změnách společenského vývoje v České republice došlo k posunutí vnímání osob s postižením. Především dochází také ke změnám v péči o tyto osoby, která není zaměřena jen na uspokojování fyzických potřeb, ale je komplexní pomocí pro zkvalitnění jejich života. Pozornost se obrací spíše k aktivitám, možnostem a schopnostem člověka s postižením, než k jeho omezením.

## 2.1 Definice pojmu postižení

Nejen v České republice, ale i v celém světě je rozdílně chápán pojem termínu postižení.

Světová zdravotnická organizace (WHO) sestavila v osmdesátých letech 20. století mezinárodní klasifikaci postižení International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH). Tato klasifikace byla publikována v roce 1980 a ve většině států se stala základem pro určování definice postižení. Základ klasifikace tvořily tyto tři následující definice:

**Defekt** (vada, poškození) je definován jako jakákoliv ztráta či abnormálnost fyziologické, psychologické nebo anatomické funkce.

Slowík, J. (2007, s. 27) uvádí, že **postižení** (disability) znamená „omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem, nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.“

**Znevýhodnění** (handicap) je nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho postižení nebo vady, která omezuje nebo znemožňuje uplatnění, které je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, k pohlaví a k sociálním a kulturním faktorům) normální.

V roce 1997 vyvinula WHO vlastní pojmový aparát, který nahradil pojmy z roku 1980 poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap), pojmy poškození, aktivita a participace.

Klasifikace ICIDH byla kritizována za určení přímého vztahu mezi defektem, postižením a handicapem. V roce 2001 byla Světovou zdravotnickou organizací (WHO) dokončena revize, která přeměnila ICIDH klasifikaci na klasifikaci ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) v České republice MKF (Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví), tzn. klasifikaci toho, které orgány a funkce má jedinec neporušené.



*„Podle revidovaného přístupu k mezinárodním definicím a klasifikacím (ICF) se pohled na situaci člověka svádou, postižením a handicapem zásadně mění. Sleduje se funkce a stav tělesných struktur člověka, namísto jeho vad a poruch, sleduje se aktivita takového jedince, namísto jeho postižení a omezení a konečně je také rozhodující jeho možnost participace na životě společnosti, nikoliv už pouze jeho vlastní handicap.“ (Slowík, J. , 2007, s. 28)*

Důležitým znakem ICF klasifikace je "univerzálnost" chápání postižení, která rozvíjí úvahu, že každý jedinec ve společnosti se může stát postiženým nebo chronicky nemocným. Stejně jako klasifikace ICIDH neobsahuje klasifikace ICF hranici, která by určovala, kdo je a kdo není postižený.

Podle autorů Pedagogického slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2004) je postižený ten jedinec, trpící nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci více méně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu. Handicap je v tomtéž Pedagogickém slovníku definován jako znevýhodnění jedince v důsledku jeho postižení (tělesného, mentálního, smyslového) nebo příslušnosti k určité skupině. Zasahuje jak vzdělávací dráhu postiženého, tak jeho sociální vztahy. Míra handicapu nezávisí jen na samotném postižení, ale také na podmínkách, které společnost k jeho vyrovnávání poskytuje.

Ve Školském zákoně 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání a jiném vzdělávání a v navazujících vyhláškách MŠMT ČR se začal jednotně používat termín děti (žáci, studenti) se speciálními vzdělávacími potřebami.

Školský zákon v §16 odst. (1) vymezuje, že dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

V odst. (2) je pro účely tohoto zákona definováno zdravotní postižení. Za zdravotní postižení je považováno mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Fischer a Škoda (2008) uvádí klasifikaci handicapů a znevýhodnění podle stupně:

- a) handicap a poruchy lehkého stupně
- b) handicap a poruchy středního stupně
- c) handicap a poruchy těžkého stupně

*„Do této kategorie patří jedinci, jejichž handicap lze charakterizovat jako potřebu celodenní speciální péče. Tito jedinci jsou plně odkázáni na pomoc okolí a společnosti. Péče je vysoce specializovaná, handicap v oblasti fyzické, psychické či sociální již velmi omezuje možnost edukace i společenské seberealizace. “* (Fischer, Škoda, 2008, s. 21)

## 2.2 Člověk s těžkým postižením

Dynamický rozvoj medicíny v posledních letech umožňuje nové možnosti léčby chorob a zkvalitnění života. Díky novým objevům, technickým prostředkům a zlepšením zdravotnické péče dochází k záchraně více lidských životů, a proto se rodí a přežívá také více lidí s trvalým orgánovým nebo funkčním postižením.

Ludíková (2006, s. 303) tvrdí, že „jedinci s vícenásobným postižením představují nezanedbatelnou část populace. Jejich výskyt má zvyšující se tendenci" a že „není možné početně přesně určit výskyt vícenásobně postižených v populaci, stejně tak je obtížné určit četnost a výskyt v rámci jednotlivých kategorií vícenásobně postižených ". Opatřilová (2005) uvádí, že těžce zdravotně postižení jedinci tvoří asi 2% populace.

Problematice člověka s těžkým postižením začala být věnována pozornost teprve v nedávném čase, proto existuje v tomto pojmu nejednotná terminologie.

Ludíková (2005) představuje nejfrekventovanější termíny:

- těžké zdravotní postižení
- kombinované postižení, kombinované vady
- vícenásobné postižení

Tyto pojmy zahrnují stejný okruh osob.

V zahraniční odborné literatuře jsou využívány tyto pojmy:

- v anglickém jazyce „multiple handicap" (tj. vícenásobné postižení) nebo „severe/multiple disabilities" (těžké nebo vícenásobné postižení), »profound handicap" (hluboké postižení)
- v německém jazyce „mehrfachschwerstbehinderung" (vícenásobné Postižení), „geistig schwerstbehindert" (těžké mentální postižení) a další

(Fröhlich používá termín „schwerstbehinderung“ - těžké postižení, tj. těžké a hluboké postižení, komplex symptomů u osob v pásmu těžkého a hlubokého mentálního postižení.)

- ve slovenském jazyce „viacnásobné postihnutí“ nebo „viaceré chyby“

Sovák (1983) tvrdí že izolované postižení neexistuje, protože každé postižení ovlivňuje psychiku, utváření a udržení si sociálních vztahů. Kombinované vady chápe jako sdružování několika postižení u jednoho jedince, které se navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění.

Defektologický slovník (Edelsberger, 2000) uvádí, že se jedná o kombinované vady, pokud je jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami.

Vítková (2006, s. 193) používá termín „těžké postižení“:

*„Za těžké postižení se považuje zvlášť těžká forma nějakého druhu postižení. Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesně, ale také sociální a komunikační.“*

Výskyt je nejčastěji vázaný na poškození mozku a CNS. Nejčastěji je vícenásobné postižení spojeno s mentální retardací, která bývá primárním symptomem. Čím je stupeň mentální retardace závažnější, tím závažnější je i stupeň dalších postižení a jejich četnost. *„Velmi těžce a hluboce postižené děti jsou na stupni psychického vývoje 4 měsíců nebo i mladšího dítěte. Projevuje se to v jejich sociálně komunikativním kontaktu i v oblasti jejich vnímání.“* (Švarcová, 2001, s. 39)

V heterogenní komunitě osob s kombinovanými vadami se obtížně určují společné faktory pro dělení do jednotlivých kategorií. *„Pro potřeby*

*resortu školství se žáci s vícenásobným postižením člení do tří skupin. Skupina v níž je společným znakem mentální retardace. Druhou skupinu tvoří kombinace vad tělesných, smyslových a vad řeči. Specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé. Samostatnou skupinu tvoří děti autistické a s autistickými rysy. " (Opatřilová, 2005, s. 9)*

Příčiny vzniku těžkého postižení jsou různé. Často dochází ke kombinaci příčin, etiologie je nejasná. Dochází k nim v různých etapách vývoje, nejzávažnější v prenatálním období.

Opatřilová (2005) uvádí nejzákladnější etiologické faktory jako jsou například genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, poruchy v těhotenství, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, trauma apod.

Ludíková (2005, s. 11) připomíná diagnózy, které predikují výskyt kombinované vady. *„Mezi ně patří DMO - dětská mozková obrna, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Frolischův syndrom, Edwardův syndrom, Downův syndrom, CHARGE a řada dalších.“*

U člověka s těžkým postižením se jedná o poškození centrálních nervových funkcí - z nejrůznějších příčin podstatné narušení nebo ztráta koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování.

*„ Trvalé zdravotní postižení v podobě poškození organismu nebo jeho funkcí negativně ovlivňuje schopnosti člověka existovat a vyvíjet aktivity směrem k prostředí, zvládat nejrůznější životní úkoly. To znevýhodňuje a poškozuje postavení člověka ve společnosti, dochází k poruše jeho vztahu s prostředím, což s sebou přináší problémy psychologického i sociálního*

*charakteru, dochází k poškození kvality života postižených "*. (Ludíková, 2005, s. 7)

Člověk s těžkým postižením je znevýhodněn ve společnosti, vznikají poruchy ve vztahu s prostředím, se zvládáním úkolů, a další psychické a sociální problémy, životní funkce se neustále ocitají v krizi. Vítková (2001) uvádí neustálé aktuální ohrožení života osob s těžkým postižením, které znemožňuje uspokojení potřeby otevřené budoucnosti. *„Jedinci s těžkým mentálním postižením a s více vadami jsou lidé s vlastní dynamikou rozvoje, potřebují podněty a mohou, i když velmi omezeně, žít svůj život v autonomii. "* (Vítková, 2001, s. 11)

Člověk s těžkým postižením má problém s orientací ve svém prostředí, neumí ho sám poznat, změnit a tak si budovat vlastní kognitivní struktury. Je postižen ve své celistvosti, v životních výkonech. Má ztížené uspokojování potřeb, příjem informací a jejich centrálního zpracování, vyjadřování, a také především v interakci s okolím, s ostatními lidmi. I v nejzákladnějších oblastech života potřebuje pomoc druhé osoby, např. při jídle, oblékání, svlékání, změně polohy těla a při pohybu.

Vzhledem k pokračujícím tělesným změnám, tím pádem zvýšení nemocnosti a výskytu záchvatovitých onemocnění (především epilepsie) je člověk s těžkým postižením často hospitalizován v nemocnicích. Dlouhodobé hospitalizace traumatizují a vyvolávají pocit strachu a nejistoty nejen u jedince s postižením, ale i v jeho okolí.

V diplomové práci dále využívám termín člověk (jedinec, lidé, osoby dítě, žák, klient) s těžkým postižením a kombinovanými vadami.

## 2.2.1 Potřeby člověka s těžkým postižením

Potřeba je něco, co potřebuje člověk pro svůj vývoj a svůj život. Uspokojování potřeb má vliv na kvalitu života člověka. Sillamy (2001, s. 156) definuje potřebu jako: „*pocitovaný nedostatek něčeho*”.

A. Maslow stanovil hierarchii potřeb podle jejich vývojové závislosti, rozlišoval primární a sekundární potřeby. Do primárních potřeb patří fyziologické potřeby, jejichž uspokojení je nezbytné k životu (např. žízeň, hlad, vyprazdňování) a potřeba bezpečí. Mezi sekundární psychosociální potřeby se řadí potřeba sounáležitosti a sebeúcty, potřeba seberealizace, potřeba otevřené budoucnosti.

Potřeby se v různých obdobích života mění, záleží na hodnotách a na osobním vývoji člověka. Pokud není potřeba uspokojena dochází k porušení rovnováhy organismu a následuje frustrace.

Vítková (2006) také uvádí, že okolí člověka s těžkým postižením je ve své pozici a funkci také „postiženo”. Výchova dětí po celou dobu spočívala v převzetí odpovědnosti další generací v budoucnosti. Podpora osob s těžkým postižením nemusí být zaměřena jen na budoucí cíle, ale spíše více na současnost. Podpora nespočívá pouze v dosažení určitých cílů, ale spíše v tom jak teď a tady, navázat kontakt s jinými lidmi, pohybovat se, komunikovat a určitým způsobem se zúčastňovat dění ve společnosti.

*„Podmínkou přiměřeného psychického vývoje dítěte je uspokojování základních psychických potřeb. Jestliže tyto potřeby nejsou uspokojovány v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu, může dojít kpsychické deprivace. Ta může vzniknout vlivem nedostatků působení prostředí anebo vlivem odchylek v organismu dítěte, které znemožní podněty z prostředí Přijímat. ”* (Opatřilová, 2005, str. 34)

Těžké kombinované postižení představuje komplexní narušení vztahů na základě různého poškození dimenzí osobnosti. Zdravý člověk vnímá své

tělo, dokáže se samostatně pohybovat v prostoru a čase, jeho smyslové vjemy (zrak, čich, chuť, sluch, hmat) jsou zachovány, proto snadno uspokojí všechny své potřeby.

Osoby s těžkým postižením mají obtíže s uspokojením základních potřeb. „*Člověk s těžkým a kombinovaným postižením má také své potřeby, jejich uspokojování má však ztíženo, někdy i znemožněno. Na jedné straně postižení stav potřeb umocňuje, na straně druhé postižení brání jejich patřičnému uspokojování. Neuspokojování vede ke stresu, depresím, odmítání, apatii, nezájmu žít a často až k agresivnímu chování. Bez cizí podpory však jedinec s těžkým postižením dojde k uspokojení svých potřeb jen obtížně*” (Vítková, 2001, s. 8)

Pokud je prostředí pro člověka s postižením nestimulující, může dojít k senzomotorické deprivaci, která způsobuje sekundární poškození mozku. Lidé, kteří pečují o člověka s těžkým postižením se musí naučit porozumět jeho potřebám, správně na ně reagovat a nabízet vhodné podněty.

Švarcová (2001, s. 39) zmiňuje právo postižených na uspokojování potřeb: „*...citovosti, lidských vztahů, aby získali pocit bezpečí, stabilita a trvalých podmínek a aby byli stimulováni ke svému dalšímu rozvoji. Pokud to hloubka jejich postižení dovolí, měli by získat alespoň možnost, aby dokázali vyjádřit své nejzákladnější primární potřeby: pocit hladu, žízně a bolesti, a aby dokázali navázat kontakt se svým okolím.*”

Při definování základních potřeb, kterých se nemůže člověk zříct, vychází Vítková (2006, s. 195) z Fröhlicha :

- „*potřeba zamezení hladu, žízni a bolesti,*
- *potřeba podnětů, změny a pohybu,*
- *potřeba jistoty, stability - spolehlivost vztahů,*
- *potřeba vazby, být někým přijat, potřeba něhy,*
- *potřeba uznání a sebeúcty,*



- *potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení. "*

Lidé s těžkým zdravotním postižením mají také specifické potřeby pro vlastní vývoj a interakci s jinými lidmi. Fröhlich (2003) vymezuje osoby s těžkým postižením jako ty, které:

- potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat druhé
- potřebují jinou osobu (pedagoga nebo terapeuta), která jim přiblíží okolní svět nejjednodušším způsobem
- potřebují jinou osobu, která jim umožní pohyb a změnu polohy
- potřebují někoho, kdo jim bude rozumět i bez použití slov, spolehlivou profesionální péči, zaopatření a ošetření.

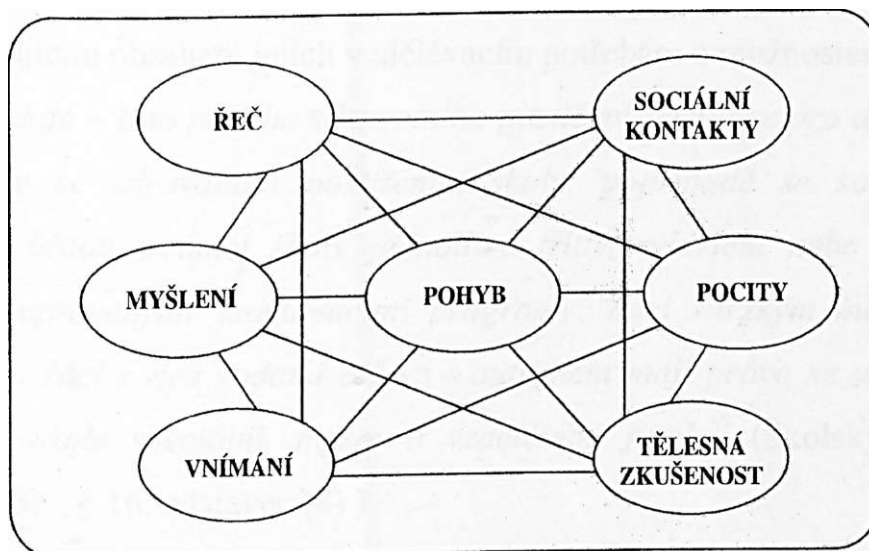
Člověk s těžkým postižením by měl mít podle Fröhlicheho zajištěný nárok na celistvost („Ganzheitlichkeit“) v podpoře vývoje - tzn. ve všech oblastech života jako je vnímání, sociální zkušenost, kognice, pohyb, emoce, komunikace, tělesná zkušenost.

Pomocí modelu vývoje osobnosti se pokouší psycholožka Ursula Haupt (obr. 2) o znázornění celistvosti. V souvislostech uvádí sedm nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka, každá oblast působí na další, ale teprve všechny oblasti vytvářejí jednotu. U člověka s těžkým postižením nejsou jednotlivé oblasti uspořádány hierarchicky.

*„Platí, že všechny složky jsou stejně důležité, to znamená, že tělesné a emocionální složky mají stejný stupeň reality. Každé nadřazování některé složky představuje svévolné zasahování do určitého hodnotového systému, což není obrazem reality. Všechny tyto složky působí společně.“*

(Vítková in Muller, 2005, s. 224)

Obr. 2 : **Model vývoje osobnosti** (Pipeková, Vítková (ed.), 2001, s. 62)



## 2.2.2 Vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením

Každý jedinec je v určité míře vzdělavatelny. Před rokem 1989 byl přístup k jedincům s postižením určován všeobecnou situací ve společnosti. Postižení nebyli považováni za rovnoprávné členy společnosti, společnost je většinou nepřijímala. Pro osoby se zdravotním postižením byla zřízena rozsáhlá síť ústavů sociální péče a zvláštních škol a lidé s těžkým postižením byly označeni za nevzdělavatelny a neschopné práce.

Po událostech v roce 1989 došlo ke změně vnímání a přístupu k osobám s postižením. Člověk s postižením se tak stává subjektem, který má právo na vzdělání a pracovní uplatnění a je oprávněn rozhodovat o svém životě.

Právo na vzdělání a povinnost školní docházky vyplývá z ústavních norem. Listina základních práv a svobod ve čtvrté hlavě - Hospodářská, sociální a kulturní práva uvádí v článku 33: *„Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon. “*

Děti, žáci a studenti se speciálními potřebami mají právo na vzdělávání s odpovídajícím obsahem jejich vzdělávacím potřebám a možnostem.

*„ Vyžaduje - li to povaha zdravotního postižení zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzděláváni jinak.“* (Školský zákon 561/2004 Sb., § 16, odstavec (8))

V § 42 Školského zákona je stanoveno vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením:

*„Dítěti s hlubokým mentální postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví.“*

Podle Školského zákona 561/2004 Sb. § 48 Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami a s autismem mají tito žáci možnost navštěvovat základní školu speciální, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.

Psychologické výzkumy ukazují, že pro vývoj rozumových schopností dítěte a vývoj celé osobnosti je důležitá především včasná péče a podpora dítěte. Rodiče již mají možnost využívat služeb Středisek rané péče. Pracovnice střediska navštěvují rodiče a plánují pomoc a podporu rodině, a také společně s dítětem nacvičují různé činnosti, které působí na stimulaci vývoje. Cílem rané intervence je podpořit a podněcovat senzorio-motorický, emocionální, sociální a intelektuální vývoj dítěte tak, aby se mohlo co možná nejsamostatněji aktivně zapojit do života společnosti.

Speciální potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení, nejčastěji Centrum speciálně-pedagogické péče, které na základě výsledků vyšetření doporučí vhodnou formu edukace.

Vzdělávání dětí a mládeže s těžkým postižením v největší míře probíhá na základních školách speciálních, popřípadě v přípravných třídách těchto škol. Další vhodnou možností edukace je Rehabilitační program základní školy speciální, který je určený pro žáky s těžkým postižením a s více vadami. Tento program se experimentálně ověřoval v letech 1998/1999 a 1999/2000 a postupně se zaváděl jako alternativní program ZŠ speciální.

Vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením je umožněno na základě Vyhlášky 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Za žáky s těžkým zdravotním postižením podle vyhlášky 73/2005 Sb. se v §1 odst. (4) považují žáci se zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívací schopnosti, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením. Těmto žákům s ohledem na potřebu speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření.

Podpůrnými opatřeními se rozumí podle §1 odst. (3) využívání speciálních metod a přístupů, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů.

Mezi speciální přístupy patří různé stimulační, které podporují pokroky v procesu učení a rozvíjejí osobnost jedince. Prostředí jedince s těžkým postižením by mělo vést k aktivnímu učení, protože i on má mít možnost získávat zkušenosti a poznatky samostatným aktivním zkoumáním. Jednou z takových metod je koncept Bazální stimulace®.

Ludíková (2005, s. 12) charakterizuje cíl edukace osob s kombinovanými vadami „jako snahu o maximálně možný rozvoj osobnosti každého jedince, dosažení adekvátního stupně vzdělání a zapojení do společnosti intaktních osob, přičemž musí být jednoznačně respektovány jeho individuální potřeby, které vyplývají zejména z charakteru kombinované vady, ale i dalších ovlivňujících faktorů.“

Každý žijící člověk disponuje sobě vlastním potenciálem aktivity, ale člověk s těžkým postižením se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit, postižení jeho potenciál omezuje. Každý člověk má naprogramovaný svůj vlastní rozvoj, a jeho diferenciaci je vhodné podpořit. Cílem vzdělávání člověka s těžkým postižením by mělo být zapojení se do života společnosti bez zbytečné závislosti na svém okolí, vybavit ho přiměřeným množstvím poznatků, dovedností a návyků.

*„Edukace osoby s kombinovanou vadou by měla vždy být realizována prostřednictvím individuálního vzdělávacího programu, který je sestaven celým týmem pracovníků podílejících se na výchově a vzdělávání tohoto jedince.“* (Ludíková, 2005, s.13)

Nejtěžší postižení znamená radikální redukci možností aktivity. Těžce postižený jedinec je někdy nucený svou činnost omezit jen na nejelementárnější životní výkony, které má často spojené jen s vlastním tělem. Svět kolem něj je pro něj obtížně vnímatelný, a proto je pro něj problém vyvíjet kontakty směřující k okolí. A ani okolní svět ho není schopen přiměřeně akceptovat, přijímat a reagovat na něj. Pomocí konceptu Bazální stimulace® založeného na nejelementárnějších podnětech lze dosáhnout alespoň částečného otevření jeho individuální izolace.

*„Bazální stimulace je jedním z primárních způsobů rozvoje jedinců s takovým mentálním (či kombinovaným) postižením, které jim neumožňuje*

*zvládat stávající edukační postupy a programy (např. běžný program pomocné školy). " (Müller, Valenta 2003, s. 225)*

Činnosti prováděné v rámci konceptu bazální stimulace se snaží o zprostředkování zkušeností, které člověk s těžkým postižením nemá možnost získávat přirozenou cestou a tím mu napomáhají k sebeuvědomování.

*„Didaktická koncepce podpory vychází z vnímání a umožňuje interakci mezi jedincem a prostředím, zajišťuje příjemné tělesné pocity, zprostředkovává zážitky těla, u těžce tělesně postižených je to nejdůležitější oblast pro učení. Uskutečňuje se pouze na základě pozitivně pocitovaného emocionálního vztahu, obsahuje základní interakční a komunikační podporu a realizuje se během aktivit celého dne. " (Opatřilová, 2005, s. 133)*

### **2.2.3 Význam individuálního vzdělávacího plánu pro žáky s těžkým postižením**

Jedním z důležitých cílů edukace jedinců s postižením je snaha o maximálně možný rozvoj osobnosti, dosažení adekvátního stupně vzdělání, ale také zapojení do společnosti intaktních osob - a to vše se děje za respektování individuálních potřeb.

Jedinečnost dětí a žáků postižením a jejich speciální vzdělávací potřeby vyžadují detailní naplánování jejich vzdělávání, tzn. vypracovat individuální vzdělávací program pro každého žáka. Individuální vzdělávací plán je určený a uzpůsobený pro konkrétního jedince se specifickými vzdělávacími potřebami a vypracovává se ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem.

Na vypracování IVP spolupracuje v týmu řada odborníků, např. psycholog, speciální pedagog, pedagog, lékař, pracovník SPC nebo PPP, ale k jeho vytváření přispívají také rodiče, asistent pedagoga, asistent dítěte, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, někdy i samotné dítě. Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu odpovídá ředitel školy, a ten také seznamuje s tímto dokumentem rodiče žáka, kteří jej podepisují.

Podle § 18 Školského zákona 561/2004 Sb. může ředitel školy s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními potřebami na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními potřebami na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.

Podle Vyhlášky 73/2005 Sb. v § 6 se individuální vzdělávací plán stanovuje v případě potřeby pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením nebo pro žáka speciální školy.

Vzhledem k rozdílné míře i typu postižení s rozdíly v potřebách, schopnostech a dovednostech se stává individuální vzdělávací plán



samozřejmostí pro žáky s těžkým postižením. Podle Opatřilové (2005) je IVP vypracován na předměty nebo složky výchovy, kde se handicap výrazně projevuje. Individuální vzdělávací plán je spíše program rehabilitace, v jednotlivých etapách života člověka s kombinovanou vadou, důležitá je střídavá profilace jednotlivých složek komplexní rehabilitace.

Sestavení IVP pro těžce postižené vychází z obecných principů tvorby IVP „...tzn. na základě komplexní speciálně pedagogické diagnostiky se specifikuje aktuální úroveň žáka, která vystihuje specifické projevy a potřeby, vyjadřuje prognózu, taktéž určuje krátkodobé a dlouhodobé cíle intervence, předkládá obsahovou nabídku a procesuální záležitosti edukace, konkretizuje metody a časové období.“ (Opatřilová, 2005, s. 57)

Vítková (2001) uvádí, že pro sestavování IVP je nutný biografický pohled na práci s těžce postiženým jedincem. Je proto důležité vycházet z diagnostiky odborného pracoviště PPP nebo SPC, znát rodinnou anamnézu a osobní anamnézu klienta, údaje o rozumovém vývoji žáka, poznatky upřesňující diagnózu, poznatky založené na pozorování klienta v různých situacích (např. přijímání potravy, hygiena, poloha, terapie, schopnost sám se zaměstnat a hrát si, schopnost zapojit se ve skupině, reakce na neznámé a nové... atd.). Při sestavování plánu se tedy vychází z důkladné znalosti stavu žáka, dlouhodobé a krátkodobé cíle detailně popisují vzdělávací potřeby a způsob jejich naplnění.

### **3 TEORETICKÉ ZÁKLADY BAZÁLNÍ STIMULACE**

Metoda bazální stimulace se podle Fröhlicha opírá o tři různé vývojové modely - o neurofyzilogický vývojový model (Pechstein), vývojově-genetický model (Piaget) a fyzioterapeutický model (Bobath). Tyto modely poukazují na skutečnost, že je jedinec ve svém vývoji závislý na podnětech, které mu poskytuje jeho okolí. Podstatou bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání dítěte pomocí intenzivních a strukturovaných podnětů.

#### **3.1 Neurofyzilogický vývojový model dle Pechsteina**

Pechstein konstatuje, že schopnost dětského mozku se vyvíjí v prvních letech života pomocí stimulace vnějšími podněty. Podstatným faktorem pro vývoj dostatečný vývoj dětského mozku a diferencovaných mozkových struktur je přísun intenzivních podnětů.

Dítě s těžkým postižením má omezenou schopnost pohybu, je méně aktivní, neumí tedy tak dobře samostatně získávat podněty ze svého okolí, a proto musí zprostředkovat a kompenzovat tyto podněty jeho okolí. Pokud dítěte nemá dostatek podnětů, může u něj dojít k senzorigké deprivaci. Při současném nedostatku pohybu lze hovořit o deprivaci senzomotorické. Fröhlich ještě zmiňuje vznik sekundárních poškození intelektu na základě této podnětové a pohybové deprivace.

Těžce postiženému dítěti jsou tedy navozovány uměle strukturované podněty, které odpovídají jeho současné úrovni vnímání a které přispívají k jeho rozvoji.

### 3.2 Vývojově-genetický přístup podle Piageta

*„Piaget popisuje senzomotorické fáze vývoje dětské inteligence jako základ pro celkový kognitivní vývojový proces.“ (Vítková in Müller, 2005, s. 233)*

První etapou kognitivního vývoje je podle Piageta (1997) senzomotorické období (od 0 do 2 let). Dítě objevuje svět smysly, pomocí motoriky - prostřednictvím pohybů a motorického jednání se učí chápat a rozumět svému okolí. Myšlení se odehrává na úrovni smyslových vjemů a pohybů, na senzomotorické úrovni se dítě učí zacházet s předměty a strukturuje si tak pojetí světa. První formou inteligence je senzomotorická inteligence, která představuje schopnost řešit praktické problémy před zvládnutím řečové komunikace prostřednictvím vnímání, držení těla a pohybu.

Vývoj vnějších schémat je podle Piageta (1997) předpokladem pro vývoj schémat myšlení. Schémata jsou vzorce chování nebo myšlení, které děti i dospělí používají při zacházení s objekty. Mohou být jednoduchá (dosáhnout na vzdálenou věc natahováním se) i složitá, spíše behaviorální (řízení auta) nebo kognitivní. Základní schémata vznikají na podkladě vrozených reflexů, mezi nejjednodušší schémata malých dětí patří kousání, bouchání s věcmi, házení/shazování věcí apod. Když se dítě setká s něčím novým, zkouší nejprve použít svá stávající schémata.

Dítě s těžkým postižením díky omezené pohyblivosti má ztíženo nebo až znemožněno vybudování schémat jednání a bez schémat jednání není možné budovat myšlenková schémata.

### 3.3 Fyzioterapeutický model podle Bobatha

Člověk s těžkým postižením má bez vlastní pohybové zkušenosti omezen celý kognitivní vývoj, který zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a doprovodné emocionální a sociální procesy. Dítěti s postižením je tedy třeba poskytnout dostatek pohybových zkušeností.

Terapie podle Bobath konceptu je založena na předpokladu zachovalého potenciálu v postižené straně a na plasticitě mozku - tj. schopnosti regenerace a tvorbě nových neuronálních spojů (synapsí) a tím i nových neuronálních sítí. Podle Bobatha lze určitými formami cvičení dosáhnout pohyblivosti. *„Snahou u Bobath konceptu je poskytnout klientovi senzomotorickou zkušenost. Klient se pohybům pasivně neučí, ale v rámci „handlingu“ se terapeut za použití stimulačních a facilitačních technik snaží dosáhnout převzetí aktivity klientem, který tak získává kontrolu nad svým pohybem a senzomotorickou zkušenost z funkční situace. Snahou terapeuta je, aby klient prováděl pohyb co nejsprávněji sám.“* (Opatřilová, 2005, s. 88)

Systematickým přísunem kvalitních informací všeho druhu - motorických, senzitivních a percepčních se zpočátku dosahuje prostřednictvím pasivních pohybů dítěte. Prostřednictvím kinesteticko - proprioreceptivního vnímání se vytváří nové struktury v mozku, jde o tzv. výstavbu drah („*Bahnung*“) a s pomocí nových struktur lze aktivně provádět nově vytvořené pohyby.

*„Fröhlich rozšířil pojem vybudování drah, který se vztahuje na motorickou oblast ve fyzioterapii, na oblast celistvého vnímání člověka. Vychází z toho, že se neliší zpracovávání podnětů v kinesteticko-Proprioreceptivní oblasti od vizuální (zrakové) nebo auditivní (sluchové) oblasti.“* (Vítková in Müller, 2005, s.234) Podle Fröhliche lze tedy budovat nové dráhy i v jiných oblastech, ve kterých by mohly probíhat centrální

změny ke zvýšení vlastní aktivity člověka s postižením. „*Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech.* " (Friedlová, 2003, s. 15)

### **3.4 Prenatální vývoj člověka**

Prenatální vývoj trvá devět kalendářních měsíců a v tomto období se vytvářejí nejen všechny orgánové systémy, ale i první psychické reakce. V této vývojové fázi získává plod první zkušenosti, vznikají potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek se rozvíjí v průběhu celé prenatální fáze a ještě dlouho po ní.

Vágnerová (2005, s. 63) člení embryonální období na tři části:

1. Období od oplození do uhnízdění blastocytu a vytvoření tří zárodečných listů trvá necelé tři týdny, během kterých vzniká nervová trubice jako základ nervového systému.
2. V embryonálním období, kdy dochází k vytváření všech hlavní orgánových základů, trvá do 12 týdne (tj. do konce 1. trimestru). „ *Vzhledem k intenzivnímu růstu a diferenciaci orgánových systémů je v tomto časovém úseku embryo citlivé na působení nejrůznějších vlivů a některé z nich mohou vést ke vzniku vývojové vady.* "
3. V období fetálního vývoje je dokončen vývoj orgánových systémů. Toto období trvá od konce 12 týdne až do narození.

Langmeier (1998) představuje závěry z prenatálního období do tří hlavních poznatků:

- plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození
- plod je aktivní, tj. ovládá („kontroluje“) prostředí

- plod získává schopnost sociální interakce.

### **3.4.1 Obecné znaky prenatálního vývoje**

#### **2. měsíc:**

Somatické vnímání (vnímání těla) se u člověka vyvíjí na konci druhého měsíce nitroděložního vývoje. V tomto období je vytvořen základ všech svalových skupin a lze pozorovat reakce ve formě drobných záškubů nebo jemných kontrakcí.

- v 6. týdnu se objevují první spontánní pohyby
- v 8. týdnu má pohyb charakter záškubů, embryo je schopné zvyšovat svalové napětí
- v 9. týdnu se končetiny samostatně pohybují, objevují se izolované Pohyby hlavy, embryo si dává do úst zárodek svého palce

#### **3. měsíc:**

- embryo reaguje na dotek v okolí ústa i nosu, pohybuje jazykem, zívá
- na podráždění odpovídá sevřením prstů, pohybuje hlavou, rukama, trupem, umí se otáčet kolem své osy
- objevují se náznaky úchopových pohybů, lze pozorovat u plodu sací pohyby

#### **4 měsíc:**

- plod pohybuje horními nebo dolními končetinami a reaguje na dotek kdekoli na pokožce
- začínají se vytvářet základní reflexy
- plod je schopen cíleně zaujmout a fixovat svou pozici v děloze matky

#### **měsíc:**

- plod reaguje na tlak, vnímá zvukové podněty (především tlukot srdce matky), rozlišuje základní chutě, rozeznává denní a noční aktivity

## **6. měsíc:**

Od 6. měsíce vykazuje plod výrazné citové prožitky, má schopnost učit se a pamatovat si. Všechny pohybové reakce jsou ještě reflexní a nekoordinované, ale zkušenost plodu se projevuje v různé intenzitě pohybu jako reakce na různé podněty.

- plod intenzivně pohybuje končetinami, vnímá zvuky z vnějšího i vnitřního prostředí
- reaguje na akustické podněty, později odlišuje zvuky lidské řeči od jiných

## **7 - 9 měsíc:**

V období sedmého až devátého měsíce se schopnosti plodu stále diferencují. Plod je v posledních dvou měsících nitroděložního života schopen se učit, těžit ze zkušenosti. V poslední třetině těhotenství pije plod určité množství amniové tekutiny, v této době má zřejmě vyvinutý smysl pro chuť.

Podle Vágnerové (2005) je chování plodu v posledním trimestru individuálně typické. Plod je schopen reagovat určitým způsobem na nové a neznámé podněty. Naučí se reagovat například na různé zvuky - hudbu nebo hlasy. Zraková percepce dozrává až po narození.

*„Funkční rozvoj smyslové percepce je závislý na stimulaci, tyto podněty Přispívají k rozvoji určitých nervových spojení, jimž by nestačilo pouhé zrání. Vtom je vývojový smysl rané stimulace. Plod je tak připraven na kvantitativní i kvalitativní změnu v přísunu podnětů, která nastane po narození. “ (Vágnerová, 2005, s. 66)*

V průběhu intrauterinního života není plod pasivní, ale aktivně komunikuje s matkou. Vágnerová (2005) uvádí tři způsoby komunikace mezi matkou a plodem:

- **fyziologická komunikace**

Krev, která prochází placentou je komunikačním kanálem mezi dítětem a matkou. V placentě jsou obsažené různé látky, které putují z organismu matky do organismu plodu, a tak podávají informace o pocitech. Veškeré změny ve vnitřním prostředí organismu matky se projeví i v organismu plodu.

- **smyslová komunikace**

Plod reaguje na smyslové podněty, např. na změnu polohy nebo mateřský hlas. Nejčastěji vyjadřuje plod nelibost pohybovou aktivitou.

- **emoční a racionální postoj matky k plodu**

Žena prožívá těhotenství specifickým způsobem, soustředí pozornost na existenci dítěte, vytváří emoční vztah ke svému dítěti.



### 3.5 Základní prvky stimulace

Mezi základní prvky konceptu Friedlová (2007) zařazuje pohyb, komunikaci a vnímání - tyto oblasti se vzájemně ovlivňují. „*Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů.*“ (Friedlová, 2007, s. 19) Všechny lidské aktivity se dějí na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací. „*Pohyb vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání.*“ (Friedlová, 2003, s. 5)

Koncept bazální stimulace vychází především z myšlenky Piageta, že život je možný jen ve vztahu a z těchto principů (Friedlová, Skriptum pro základní kurz bazální stimulace v ošetrovatelské péči, 2003):

1. Smysly vnímání se utvářejí postupně.
2. Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.
3. Člověka formují jeho zkušenosti.
4. Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.
5. Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat.

### 3.5.1 Vnímání

Člověk dokáže vnímat smyslovými orgány sám sebe a okolní svět. Člověk vnímá prostřednictvím smyslů - pomocí zraku, čichu, sluchu, chuti a hmatu.

Schopnost vnímání se vyvíjí u člověka již ve fázi embrya - počátky vnímání začínají v 9. týdnu těhotenství. „*Dle současných vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se nejprve vyvíjí vnímání vlastního těla (somatické vnímání), které nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění, vibrací (vibrační vnímání), které nás informuje o intenzitě vibrací (např. skákání, běh, vibrace při mluvení) a vnímání rovnováhy (vestibulární vnímání).... Tyto tři druhy vnímání utvářejí primárně u člověka pocit jistoty.*“ (Friedlová, 2003, s. 16) Během dalšího postnatálního vývoje získává člověk další schopnosti vnímání - auditivní, olfaktorické, taktilně-haptické, optické.

„*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání*“ (Friedlová, 2007, s. 19). Koncept vychází z předpokladu, že každý člověk je schopen v každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat.

Poškození nebo omezení kteréhokoli smyslu vede k jinému vnímání světa nebo i vlastní osoby. Každá činnost u člověka s postižením je v konceptu vlastně terapeutický zákrok s cílem stimulovat pacientovy smysly. Dítě s těžkým postižením potřebuje delší dobu stimulace smyslů než dítě zdravé, a proto se někdy učí používat smysly někdy celý život.

Vnímání je podstatě selektivní zpracovávání informací podle určitých Principů do významových celků. Čítí zahrnuje procesy, při kterých smyslové orgány člověka přejímají informace z prostředí. Vnímání zahrnuje procesy, při kterých lidé uchopují, vybírají, organizují a interpretují čítí. „*Vnímání není pouhé pasivní reagování na všechno, co*

*V určitém okamžiku působí na jednice. Člověk si vybírá z množství působících podnětů, vnímání je výběrové, projevuje se v něm aktivní postoj člověka k prostředí. Vnímání se soustřeďuje na to, co je podle naší zkušenosti nějak důležité, významné, co souvisí s našimi potřebami a zájmy. " (Čáp, Mareš, 2001, s. 79)*

Sám smyslový orgán však k vnímání nestačí, je zapotřebí také příslušné části v mozku a nervové dráhy, která obojí spojuje. Celý aparát (receptor, dostředivá dráha a mozkové centrum) se také označuje termínem analyzátor, protože jeho hlavní funkcí je analýza podnětů. Pomocí smyslových analyzátorů dochází k přeměně působení vnějších vlivů do podoby nervového vzruchu, který se šíří po nervových vláknech a Přijímané informace jsou podrobeny selekci, výběru a modifikaci, protože se uplatňuje vliv zkušenosti.

*„Každý smysl reaguje na určitý druh podnětu - zrak reaguje na světelnou energii, sluch a hmat na mechanickou energii, čich a chuť na chemickou energii. Mozek však není schopen vnímat žádnou z nich, rozumí Pouze jazyku elektrických signálů spojených s nervovými vzruchy. Každý smysl tedy musí nějakým způsobem umožnit proces transdukce, tedy Přeložit odpovídající fyzikální energii do elektrických signálů, aby se mohly tyto signály nakonec dostat do mozku. " (Atkinson, 2003, s. 111)*

Transdukce je umožněna pomocí receptorů - specializovaných nervových buněk, které mají důležitou roli pro zpracování vnějších jevů na vědomé vnímání. Transdukce představuje proces, při kterém je fyzikální energie přeměněna v sensorické nervové impulsy.

Receptory jsou specifické pro příjem určitého podnětu. Receptor po své aktivaci předává elektrický signál neuronům, které jsou s ním ve spojení. *"Signál postupuje až do přijímací korové oblasti mozku, přičemž každému smyslu odpovídá jiná korová oblast. Kdesi v mozku vyústí elektrický signál*

ve vědomý smyslový zážitek." (Atkinson, 2003, s. 115) Teprve v mozkové kůře vzniká počitek, vjem a poznání.

Podle toho, ze kterého směru přichází podnět se receptory dělí na (Machová, 1994):

- **extroreceptory** - přijímají podněty ze zevního prostředí (receptory pro dotyk, tlak, teplo, chlad, bolest, chuť)
- **telereceptory** - přijímají podněty ze vzdáleného zdroje (zrak, sluch, čich)
- **interoreceptory** - jsou uloženy např. na počátku aorty, v útrokách ...a jsou citlivé na podněty z vnitřního prostředí organismu (na chemické látky, teplotu, tlak krve, objemové změny)
- **proprioceptory** - tzv. systém hlubokého cití (svalová vřeténka, Golgiho šlachová tělíska, kloubní mechanoreceptory) jsou uloženy ve svalech, šlachách a kloubních pouzdrech a zaznamenávají polohu, napětí a pohyb svalů, šlach a kloubů.

Šmarda (2004) zmiňuje dělení receptorů podle druhů adekvátního Podnětu:

- **mechanoreceptory** - reagují na fyzikální podněty, na dotyk, vibraci, napětí, natažení apod.
- **chemoreceptory** - registrují různé chemické látky
- **radioreceptory** - jsou drážděny světelným zářením - tj. fotoreceptory anebo tepelným zářením - tj. termoreceptory.

Druhy vnímání se rozlišují především podle jednotlivých smyslových orgánů. Jednotlivé druhy vnímání se spojují navzájem, a tím člověk dosáhne ucelenějšího poznání skutečnosti.

Zrakové vnímání umožňuje poznávat předměty na vzdálenost s velkou Přesností. Sluchové vnímání poskytuje informace o předmětech a

událostech vzdálených, dříve než se dotknou povrchu těla. Čich a chuť slouží např. k odlišování potravy od nebezpečných látek. Při působení předmětů na povrch těla, vnímá člověk dotek, chlad, teplo, popř. bolest. Kožní smysly slouží např. k poznávání vlastností materiálů.

Hmatové vnímání slučuje informace kožního a pohybového analyzátoru při aktivním ohmatávání předmětů. Pohybový analyzátor (čidlo kinetické a statické) slouží kontrole pohybů a polohy jednotlivých částí těla, končetin a hlavy, je také spojený s vnímáním a udržováním rovnováhy. Kožní smyslové ústrojí sdružuje několik receptorů: čidla pro chlad, teplo, tlak, dotyk, bolest - tj. celkově kožní analyzátor, který zajišťuje povrchové čítí.

Nervový systém má schopnost přizpůsobování se různým vlivům - tzn. má schopnost plasticity - ukládá a uchovává informace. Lidský mozek disponuje schopností uchovávat životní návyky v paměťových drahách, a proto lze cílenou stimulací uložených vzpomínek aktivovat jeho činnost.

### 3.5.2 Pohyb

Pohyb je pro člověka životně důležitou schopností. Pohybu je potřeba téměř ke všem lidským činnostem - k chůzi, k práci, k získávání potravy, ale také je součástí komunikace, především neverbální.

*„Schopnost hýbat se umožňuje člověku nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své vlastní tělo a okolí. Ten, kdo nemůže vůbec změnit svou polohu, je velmi ochuzen o mnoho podnětů z vnitřního i vnějšího světa. Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb.“* (Friedlová, 2007, s. 25)

Koordinaci pohybu zajišťuje kinestetický systém, který monitoruje polohy různých částí těla a jejich vzájemné vztahy, pomocí receptorů v kloubech, šlachách, svalech spojených s motorickými oblastmi mozku.

Postnatální vývoj motoriky probíhá ve čtyřech stádiích:

- **holokinetické stádium** - po narození, pohyby všech končetin jsou zatím nekoordinované
- **monokinetické stádium** - od konce druhého do pátého měsíce, kojeneček pohybuje samostatně i jednou končetinou
- **dromokinetické stádium** - pohyby dítěte mají správný směr
- **kratikineticke stádium** - po dokončení 1. roku života, trvá celý život.

Veškerý vývoj hybnosti je ukončen kolem 25. roku života.

*„Ztráta schopnosti pohybu vede k senzoričké deprivaci a následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Vznik nových dendritických spojení mezi neurony podmiňuje neustálý přísun podnětů z okolí i vlastního těla.“* (Friedlová, 2003, s. 3)

Pokud se člověk nemůže pohybovat, dostává se k němu málo podnětů jak z okolí, tak z jeho vlastního těla. Člověk s postižením ztrácí schopnost

vnímat správně sama sebe, má pocity nejistota a strachu. „*Imobilita a nečinnost např. z důvodu úrazu, onemocnění či kombinovaného postižení má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu* (Friedlová, 2007, s. 68).“

### **3.5.3 Komunikace**

Každý den vstupuje každý člověk jako sociální bytost do kontaktu se svým okolím a komunikací s ním udržuje kontakt - člověk nemůže nekomunikovat. Komunikace patří mezi základní životní potřeby člověka, důležitá je především při jeho socializaci a vzdělávání. „*Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a Přijímání významů*“ (Janoušek, in Výrost a Slaměník, 2008, s. 217) Prostřednictvím informací z okolí může člověk porozumět okolnímu světu.

Komunikace pomáhá navazování a utváření vztahů mezi lidmi, jedná se o výměnu informací, pocitů a názorů. Podle Vágnerové (2005) motivace ke komunikaci může vycházet z různých potřeb. Potřeba komunikovat je součástí potřeby sociálního kontaktu, potřeby orientace, sebepotvrzení. Komunikace může být verbální (s použitím slov) a neverbální (beze slov). Neverbální komunikace tvoří asi 70 - 90% lidské komunikace. K prostředkům neverbální komunikace patří mimoslovní prostředky, jako jsou např. tělesný kontakt, vzájemné postavení, orientace a blízkost komunikujících partnerů, mimika, výraz tváře, oční kontakt, gesta, pohyby těla a celkové držení těla. Také neverbální aspekty řeči, jako jsou např. tón a hlasitost řeči, intonace, odmlky a jiné paralingvistické jevy pomáhají upřesnit verbální informaci.

V procesu komunikace sděluje jeden člověk něco jinému člověku. Je potřeba vyjádřit sdělení informace tak, aby mu příjemce porozuměl a Pochopil. Podle Vágnerové (2005) pochopení obsahu a významu sdělení

mohou ovlivnit různé faktory: forma sdělení, obsah sdělení, osobnosti komunikujících partnerů a jejich vztah.

Člověk s těžkým postižením má často narušený nebo až znemožněný komunikační proces, v důsledku senzoričkových (zraková vada, vada sluchu) nebo kognitivních bariér (mentální postižení), popřípadě v důsledku nedostatků v oblasti motoriky (hrubé i jemné) a emočně-volní oblasti.

*„Kombinovaná vada představuje pro daného jedince limitující faktor, jenž se zákonitě projevuje i v oblasti komunikace. Globálně lze tedy říci, že u osob s více vadami dochází v důsledku kombinace senzoričkého, mentálního a tělesného postižení také k různému stupni narušení komunikační schopnosti.“* (Bendová in Ludíková, 2005, s. 15)

*„U dětí s kombinovanou vadou však vzhledem k širší vývojové normě Pozorujeme opoždění, popřípadě až omezení vlastního rozvoje řeči, které se Projevuje již na úrovni jednotlivých jazykových rovin, a tudíž se promítá i do oblasti řečového projevu jedince s kombinovanou vadou,“* (tamtéž)

Řeč ale není jediným komunikačním prostředkem - komunikačními kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány. Friedlová (2007) uvádí, že člověk může komunikovat na bázi komunikace somatické, vibrační, vestibulární, olfaktorické, orální, optické, auditivní a taktilně-haptické.

Je náročné pochopit potřeby člověka s postižením, protože jeho mimika<sup>a</sup> gesta mohou působit zmatečným dojmem. Komunikační partner by měl umět poznat jeho styl komunikace a porozumět mu. Člověk s postižením takto získává prostor pro orientaci, jistotu, rozvíjí se jeho osobnost.

Pro člověka s těžkým postižením je vhodná nabídka komunikace na tělesné úrovni. Fröhlich popisuje tzv. „somatický dialog“. Somatický<sup>di</sup>alog je obousměrně informační dialog založený na rovnocenném vztahu<sup>o</sup> bou komunikačních partnerů. V bezprostřední tělesné blízkosti se lze



S ostatními dorozumět na úrovni „bazální komunikace“ - jiný člověk cítí mě a já cítím jeho, např. v objetí, při držení ruky. Za základní princip konceptu bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí vnímání vlastního těla můžeme jedince uvést do reality (Vítková, 2001).

Potřebu budovat vztahy prostřednictvím komunikace mají i lidé, kteří ji nemohou sami dobře realizovat. Také okolí člověka s postižením je tzv. „postiženo“ i v oblasti komunikace. Člověk s těžkým postižením využívá při komunikaci základní repertoár, tj. úsměv, smích, pláč nebo křik, to např. pro rodiče představuje problém vybudovat na základě tohoto repertoáru a způsobu chování uspokojující společnou komunikaci. Zátěží je pro ně také často nátlak očekávání společnosti - požadavek „normální“ komunikace. Omezení vyjadřování se objevuje i v oblasti neverbální komunikace, u člověka s postižením se vyskytují např. změny svalového tonu, které vedou k redukci pohybových schopností a mají zřejmě také vliv na tzv. „řeč těla“.

Také doteky patří mezi významné prvky v mezilidské komunikaci. Dotekem člověk poznává své okolí, poznává svět, doteky spojují, zprostředkovávají fyzickou přítomnost jiné osoby. V konceptu bazální stimulace musí být doteky zřetelně promyšlené tak, aby klientovi poskytovaly dostatečný pocit jistoty, zejména při polohování a při masážích. V konceptu jde především o respektování autonomie člověka s Postižením, a proto je důležité brát ohled na kvalitu doteků.

Doteky jsou nepostradatelné, mají různou roli a smysl a v některém Případě nahradí taktilní stimulace verbální komunikaci. Podle Vítkové (2005) dotyk kůže a dotyk celého těla působí emocionálně, povzbudivě a stabilizačně. *„Je to forma systematické, pravidelně se opakující něžnosti, herá signalizuje blízkost, pozornost a jistou výlučnost vztahu.“* (Vítková in Müller, 2005, s. 227)

Prostřednictvím doteků je možné dát člověku s postižením najevo, kdy začíná a kdy končí přítomnost péče druhé osoby (například terapeuta, logopeda, ergoterapeuta apod.). Tato ustálená forma doteku se nazývá „iniciální dotek“ a měli by ho používat všichni, kteří přijdou do styku s postiženým člověkem. Nejvhodnějšími místy jsou podle Friedlové (2003) např. rameno, paže, ruka. Iniciální dotek je vhodné podpořit slovem.

*„Koncept bazální stimulace není doteková terapie a nelze ji s tímto pojmem zaměňovat. Koncept bazální stimulace ale pracuje s dotekem a klade velký důraz na kvalitu doteku (Friedlová, 2007, s. 72).“*

Friedlová ve skriptu pro základní kurz (2003, s. 27) definuje pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace jako Desatero bazální stimulace:

- *„Přivítejte se a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
- *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- *Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem.*
- *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- *Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- *Nepoužívejte v řeči zdobněliny, pokud na ně není klient zvyklý.*
- *Nehovořte s více osobami najednou.*
- *Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- *Umožněte klientovi reagovat na vaše slova. “*

## **4 TECHNIKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Friedlová (2005) uvádí jako cíl v konceptu bazální stimulace podporu a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- k zlepšení funkcí organismu.

Předpokladem pro integraci prvků konceptu bazální stimulace do péče je znalost klientových chování a návyků. Tyto informace jsou obsaženy v biografii klienta. Biografie poskytuje informace o jedinci (např. oslovení, zájmy, oblíbené jídlo a oblíbený nápoj, oblíbená poloha při spánku), které pomáhají zkvalitnit péči o něj. Pro zpracování biografie je tedy zapotřebí integrovat příbuzné klienta do péče. Pro dlouhodobou péči jsou vytvářeny biografické listy tématicky zaměřené na jednotlivé oblasti vnímání - tzv. senzobiografie.

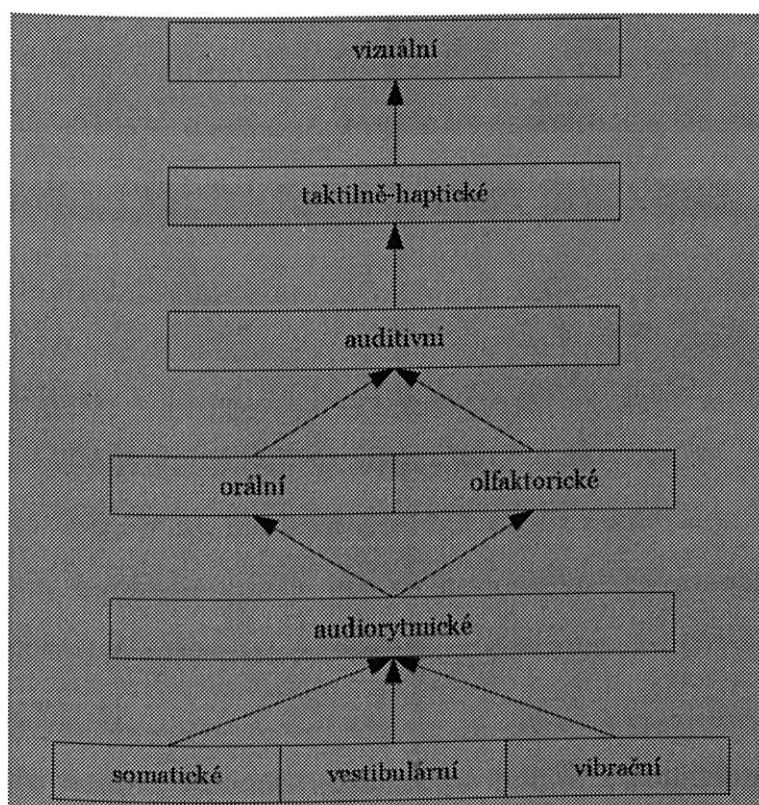
Techniky konceptu se dělí na prvky základní a nástavbové stimulace (Friedlová, 2007, s. 24):

**Prvky základní stimulace** - somatická, vestibulární, vibrační stimulace.

**Prvky nástavbové stimulace** - optická, auditivní, taktilné - haptická, olfaktorická, orální stimulace.

Obr. 3. : **Hierarchie podnětů bazální stimulace** dle Prof. Fröhlicha (2003, s. 41, in bakalářská práce Využití konceptu bazální stimulace u osob s těžkým postižením a kombinovanými vadami, L. Šmeralová, Dis., s. 12)

Každá změna zevního nebo vnitřního prostředí je podnětem. Působení podnětu se nazývá stimulace a jejím působením na jednotlivé smysly jedince dochází k jeho rozvoji. U člověka s postižením vzniká nebezpečí Přesycení podněty. Vždy je nabízen jeden podnět z oblasti optické, sluchové, hmatové apod. Důležité je nabídku podnětů harmonizovat.



## 4.1 Základní stimulace

Člověk je z prenatálního období vybaven smyslovými zkušenostmi, které mu poskytují informace o jeho tělu. Vibrační, vestibulární a somatické vnímání mu pomáhá uvědomit si hranice sebe sama a okolního světa.

Somatické vnímání je zprostředkováno kůží, rovnovážný aparát slouží k uvědomění si polohy a pohybu v prostoru a vibrační vnímání pomáhá zpracovávat celým tělem chvění a hlasy přicházející z jeho okolí. Vibrace člověku také zprostředkovávají hluboké tělové cití pomocí proprioreceptorů uložených ve šlachách a kloubech. Podle Vítkové (in Muller, 2005) tyto tři základní podněty (somatické, vestibulární a vibrační) dodávají člověku s postižením klid, pocit jistoty a bezpečí.

### 4.1.1 Somatická stimulace

Při somatické stimulaci je stimulován kožní percepční orgán člověka - tj- kůže. Kůže je největším orgánem na těle člověka, představuje vymezení ^č i okolnímu světu, ale také zároveň místo kontaktů s okolním světem - člověk má kontrolu kdo a jak se ho dotýká. U dospělého člověka činí Plocha kůže 1,6 až 2 metry čtvereční, její celková váhaje 4 - 5 kilogramů (Šmarda, 2004).

Člověk vnímá podněty z povrchu těla i z vnitřního prostředí svého organismu. Podněty z povrchu těla vnímá člověk prostřednictvím receptorů v kůži. Propriocepce je senzibilita ze svalů, šlach a kloubů.

*»Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze ^ho těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního ^ Vnímání vlastního těla je tedy předpokladem k uvědomění si líního světa a schopnosti s ním komunikovat.« (Friedlová, 2007, s. 64)*

Mezi cíle somatické stimulace patří především získání pozitivní zkušenosti s tělem a reálného obrazu těla, zprostředkování zřetelné informace o člověku, o jeho těle - pocit pohody, orientace, vymezení hranic, identity, poznání nejbližšího okolí, umožnění nových poznání a objevů dalších pohybových možností prostřednictvím aktivit a tzv. „nabídka“ pozitivního lidského vztahu. *„Hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity.“* (Friedlová, 2007, s. 69) Vnímání vlastního těla je předpokladem pro uvědomění si sama sebe, i sama sebe v okolí a schopnosti komunikovat s okolním světem.

Vítková (in Muller, s. 227) uvádí, že: *„...pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu.“*

Základní formou somatické stimulace je dotek, jeho pomocí se vyvíjí primární tělesná zkušenost.

Předpokladem kvalitního doteku je klid, způsob doteku, vyvinutá síla a tlak, rytmus, opakování a sled doteků. Podle místa tlaku dotykové plochy vznikají v dotycích odpovídající pocity, vypovídají o pocitech dotýkajícího se člověka. Doteky by měly být jasné a zřetelné, přizpůsobené situaci, vnímány jako příjemné. Rychlé, chaotické pohyby vyvolávají u člověka pocit nejistoty a zmatku. Význam doteků je zmíněn již v kapitole 3.5.3 Komunikace.

Lidé s těžkým postižením mají často problém s interpretací doteku (Vítková, 2001). Intenzivnější podnět umožňuje např. využití tělového mýdla, froté ručníků, zvířecích kůže aj. materiálů. Zmiňuje také jako vhodné použití fény, nebo vysavače - teplý vzduch dodá tělu dojem tepla.

#### 4.1.1.1 Využití somatické stimulace

K somatické stimulaci se řadí (Friedlová, 2007) somatická stimulace zklidňující, stimulace povzbuzující, neurofyziologická stimulace (dříve označována dle Bobath konceptu), symetrická stimulace, rozvíjející stimulace, diametrální stimulace, polohování (poloha „mumie“, poloha „hnízdo“, mikropolohování), kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání.

Druhy somatické stimulace lze využít při celodenní péči např. v oblasti hygieny o klienty s těžkým postižením v ústavech sociální péče, ve stacionářích s týdenním pobytem. Každá stimulace („koupel“) má svá specifika např. teplotu vody, cíle a skupinu klientů, postup a zásady.

Modifikace v podobě masáže (tzv. „koupele na sucho“) lze používat např. ve fyzioterapii pro uvolnění, především pro modelaci a uvědomění si jednotlivých částí těla. Bez vody lze provádět stimulaci pomocí žinek, froté Ponožek nebo jen rukama (i přes oblečení), s použitím tělového mléka, ale také různými jinými materiály (např. kožešiny).

Aplikaci somatické stimulace zklidňující uvádí Friedlová (2007) jako vhodnou pro klienty se změnou v oblasti vnímání - tzn. u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením - v oblasti vnímání tělesného schématu a Podpory v procesu učení (např. při poznávání vlastního těla). Další příklad využití této stimulace uvádí také u osob s kombinovanou zrakovou a duchovou vadou - pro oblast navazování komunikace, u osob s tělesným Postižením - pro oblast stimulace hybnosti, vlastní aktivity.

Zdravý člověk má stálou možnost vlastního pohybu a to mu umožňuje vnímat tělo jako celek. Pohybové změny vysílají informace o tělesné poloze a charakteru. Člověk s pohybovým postižením má tento tok informací o vnímání těla značně redukováný. Fröhlich uvádí že dochází k Poruchám tělového obrazu a orientace, nebo až k těžkým krizím identity.

Tento proces nazývá „degenerativní habituace“<sup>1</sup> (Fröhlich, 2003, Friedlová, 2007).

Vnímání vlastního těla se mění již po 30 minutách klidného ležení. Lidem, kteří nemohou sami změnit pozici svého těla, je potřeba pomoci polohováním. Polohování slouží k celkovému zklidnění, k omezení dezorientace, k podpoře svalového tonu, jako prevence proti dekubitům, ale také především pro vnímání kontur těla, vnímání ohraničení a tím tedy i pro vybudování pocitu jistoty a bezpečí. Polohování by nemělo trvat déle než 90 minut (Friedlová, 2003), jinak se psychika člověka nastavuje na jednotvárnost a tím dochází také k již zmíněné habituaci. Polohy lze vzájemně kombinovat dle aktuálního stavu a potřeby klienta.

Při změně polohy těla nedochází pouze k somatické stimulaci, ale změna pozice umožňuje také stimulaci vestibulárního aparátu a zrakového ústrojí. Polohovaný člověk tak získává informace o svém těle a má jiný pohled na okolní svět.

K polohování jsou využívány polohovací pomůcky různé velikosti a tvaru (viz. příloha č. 5, foto c). Mezi známé výrobce polohovacích pomůcek patří firma CSO Ostrava ([www.csoostrava.cz](http://www.csoostrava.cz)), která vyrábí pomůcky pro bazální stimulaci pro novorozence i dospělé osoby, nebo firma Maxim v Ostravě - Vítkovicích ([www.maxim-zdr.cz](http://www.maxim-zdr.cz)). Polštáře s výplní polystyrolových kuliček nebo dutého vlákna obklopují tělo a i «hybní klienti vydrží tedy delší dobu v poloze. Polohovací pomůcky jsou nejčastěji ve tvaru tzv. „hnízda“, „hada“, „rohlíku“, používají se také různé kory, límce. K polohování lze využívat ale i jednoduché pomůcky z okolí jako jsou např. srolované deky, ručníky, malé polštáře - záleží na kreativité pracovníka, který pečuje o člověka s postižením. Důležité je samozřejmě sledovat pocity a reakce klienta při polohování.



Jako vhodné polohy v somatické stimulaci představuje Friedlová (2003, 2004) polohu hnízda, polohu mumie a mikropolohování. Při popisování poloh vycházím z odborné literatury především K. Friedlové (2003, 2007).

Poloha hnízda je možná je možná na zádech, boku, bříše, také při sedu v křesle. Tělo klienta je obloženo srolovanými dekami a perličkovými polštáři (viz. příloha č. 6.) . Jednotlivé části těla lze modelovat pomocí srolovaných ručníků, u dětí i pomocí měkkých hraček. Cílem je zklidnění, relaxace, a stabilizace tělesného obrazu. *„Polohování do „hnízd“ je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu.“* (Friedlová, 2007, s. 99)

Poloha mumie (viz. příloha č. 6.) je využívána u klientů s nutnou intenzivní stimulací tělesného schématu, např. u dětí s hlubokou mentální retardací. *„Klienta zabalíme do deky nebo prostěradla, a to tak, že začínáme u nohou klienta a končíme v horní části těla, kde prostěradlo nebo deku zafixujeme přeložením jejich konce pod tělo klienta.“* (Friedlová, 2007, s. 100)

Polohy mumie a hnízda lze kombinovat. Polohovat lze také prostřednictvím těla blízké osoby, která svým tělem moduluje tělo klienta s Postižením.

Mikropolohování znamená polohování jednotlivých částí těla např. Překřížení nohou nebo propletení prstů, využívají se také masáže částí těla<sup>na</sup> Př. rukou a nohou. Vítková (2001) zmiňuje modifikaci indických baby ^sáží vhodných především pro děti s těžkým postižením. Vhodnou Pomůckou pro masáže jsou také facilitační míčky, a tzv. Ježečci".

Polohování bývá uplatňováno v péči o klienty s těžkým postižením a kombinovanými vadami také společně s canisterapií<sup>2</sup>. Pes svým tělem moduluje tělo klienta, ten vnímá jeho dech jako vibraci, dochází

<sup>2</sup> t e r a p i e - terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka

k uvolnění, relaxaci a ke snížení spasticity. Canisterapie je vhodná pro rozvoj citových a rozumových schopností a jemné motoriky (např. krmení, hlazení, česání psa). Reakce na canisterapii nemusí být vždy pozitivní, někteří klienti se psů bojí.

Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným tlakem rukou provedená masáž v oblasti zad. *„Masáž má také vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u pacienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjádřit empatii.“* (Friedlová, 2003, s. 21)

MSD omezuje neklidné stavy, při intenzivním tělesném kontaktu navozuje pocit bezpečí a jistoty. Masáž je prováděna zahřátýma rukama pečující osoby, pomocí tělového mléka nebo oleje. Následné prohloubení dýchání uvolňuje psychosomatické napětí. Způsob masáže je uveden v příloze č. 7..

*„Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku klienta<sup>a</sup> doprovází ho v nádechu i při výdechu.“* (Friedlová, 2007, s. 103)

Terapeut může také držet klientovu ruku na jeho hrudníku, pro vnímání vlastního dechu. Kontaktní dýchání formou hrudník na hrudník je vhodné u kalých dětí společně s rodiči, rodič má na svém hrudníku hrudník dítěte a společně dýchají (Friedlová, 2007).

#### 4.1.2 Vestibulární stimulace

Rovnovážné ústrojí se nachází ve vnitřním uchu. Skládá se z polokruhovitých kanálků - tří trubiček tekutinou. Pohyb nachyluje, proto při pohnutí tekutina šplouchá do stran, naráží na drobné vláskové buňky, které posílají impulzy malému mozku. Vestibulární systém tak monitoruje natočení hlavy a polohu těla v prostoru, ale informace získává těž zrak, kožní čítí a propriocepce z kloubních pouzder a svalů. „*Informace z vestibulárního systému se uplatňují také při stabilizaci obrazu na sítnici, regulaci svalového tonu a vyrovnávání pohybů končetin a očí.*“ (Šmarda, 2004, s. 353)

Rovnovážný systém zdravého člověka je tedy stimulován jeho vlastním pohybem a změnou polohy těla podle té činnosti, kterou právě vykonává. „*Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické Pohyby hlavy.*“ (Friedlová, 2007, s. 104) Člověk s těžkým tělesným Postižením má méně možností získat takto informace o svém těle, protože jeho pohyb je omezen.

Priměřený vestibulární podnět působí na stabilitu držení těla a pomáhá normalizovat tonus. „*Vestibulární podnět zprostředkovává člověku s těžším mentálním postižením nebo s více vadami informaci o poloze v prostoru, o Pohybu celého těla v prostoru.*“ (Vítková in Müller, s. 228)

Cílem vestibulární stimulace je podpora rovnovážného systému, orientace v prostoru a vnímání pohybu.

Také vestibulární aparát může podlehnout habituae (Nydahl, Bartozsek, 7, Fröhlich, Bienstein, 2003). Rovnovážný systém si může zvyknout na <sup>Ur</sup>«té stavy, pokud je člověk dlouhou dobu v jedné poloze.

Friedlová (2007) doporučuje aplikaci vestibulární stimulace např. u <sup>kl</sup>\*ntů upoutaných na lůžko déle než tři dny, u lidí s omezenou možností <sup>P</sup>ohybu, u dětí s hlubokou mentální retardací. Uvádí, že je vhodné provádět

vestibulární stimulaci před každou změnou polohy těla. Změně polohy těla by měla předcházet mírná změna polohy hlavy - uvedením do pozice ve směru příští polohy těla. Vestibulární stimulaci lze provádět pomocí změny pozice celého lůžka, pozice vsedě v lůžku, vsedě v křesle (Friedlová, 2003) houpacími pohyby v lůžku a otáčivými pohyby hlavy.

#### 4.1.2.1 Využití vestibulární stimulace

Jako příklad vestibulární stimulace uvádí Friedlová (2007) nácvik tzv. Pohybu klasu v ovesném poli. *„Při této stimulaci sedí nebo klečí terapeut za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle, také jeho hlavu má opřenou o svůj hrudník a provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky.“* (Friedlová, 2007, s. 106)

Autorem této techniky tzv. „ovesného klasu“, v originále KÁF-U® tj. Kornahrenfeld - Übung, je DGKP Johann Rannegger, Kursleiter Basale Stimulation® ([www.basale.at](http://www.basale.at)). Tato technika pomáhá rychle a kvalitně k vybudování jistoty a pohybu. Nepotřebují se kní žádné podpůrné prostředky, pouze proškolený personál. Cílenými pohyby těla jsou vedeny informace do mozku a zároveň probíhá stimulace rovnovážného systému tedy vestibulární (pohyby v prostoru), ale také stimulace vibrační (terapeut \*luví, mručí, zpívá - hlasem vytváří vibrace) a proprioceptivní. Doba cvičení je přizpůsobena věku a postižení člověka, rotační pohyby trvají 8 - 12 vteřin.

Vítková (2001) doporučuje u dětí s těžkým postižením postupovat od mírnějších podnětů k silnějším. Jako příklad vestibulární stimulace uvádí P°\*alé kolébaté pohyby podél a napříč osou těla, pohyby na terapeutickém válci, na velkém míči, s využitím hudební kulisy.

Vestibulární stimulace pomáhá jedincům s postižením naučit se vnímat různé směry (nahoru, dolů, dokola) a nepociťovat tělo jen jako podložku (Opatřilová, 2005).

Mezi nejčastěji využívané pomůcky vestibulární stimulace pro klienty s těžkým postižením a kombinovanými vadami patří různé houpačky, závěsné vaky, houpací sítě, overbaly (různě velké nafukovací míče), terapeutické válce, balanční plochy, trampolína. Dítě usazené v závěsném vaku se houpe, zároveň na jeho tělo působí gravitace a je nuceno vyvinout ještě vlastní aktivitu - nohama se odrážet k houpání. Spirální vzorce pohybů při houpání a kolébání pomáhají dítěti uvědomit si trojrozměrnost vlastního těla v prostoru.

Mnoho zařízení pro klienty s těžkým postižením využívá také vodní lůžko. Na vodní lůžku děti mohou zaujmout pro ně přirozenou polohu těla. Tíha těla se díky tlaku těla a za současného působení vody rozloží rovnoměrně na podložku lůžka, a tím dochází také k vylepšení cirkulace krevního oběhu. Pobyt na vodním lůžku s oblíbenou hudební kulisou je příjemnou relaxací.

### 4.1.3 Vibrační stimulace

Vibrační podněty stimulují kožní receptory pro vnímání vibrací (Vaterova-Paciniho tělíska) a receptory hluboké citlivosti tzv. proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Kožní mechanoreceptory umožňují vnímat dotyk, vibrace, tlak a bolest. „*Hluboké (proprioreceptivní) čítí má komponentu svalovou, šlachovou a kloubní. Přivádí do mozku kontinuálně informace o aktuálním stavu pohybového aparátu z proprioreceptorů - tj. ze svalových vřetének (drážděných při protažení svalu), Golgiho šlachových tělísek (registrujících protažení a zkrácení šlachy) a kloubních mechanoreceptorů*” (Šmarda, 2004, s. 335)

Vibrace na svalech vyvolávají lokální pocity, vibrace na kostech vedou vibrace dále. Kostí vedou vibrace po skeletu, poté jsou vnímány hlouběji v těle, a tak si člověk může uvědomit existenci některých svých orgánů.

„*V principu působí vibrace na každý sval lokálně, protože měkké svaly zachycují většinu vibrací. Díky šíření vibrací po kostech můžeme touto stimulací podnítit u pacienta schopnost vnímat své končetiny.*” (Friedlová, 2003, s. 25)

Vnímání vibrací je individuální. Cílem vibračního vnímání je učinit zkušenost s tělesnou hloubkou, tíhou těla a získat pocit jistoty a vnitřní stability. Vibrační podněty zprostředkovávají klientovi intenzivní vjemy z vlastního těla. Vibrační stimulace ovlivňuje také dýchání, je důležité pro sluchové ústrojí (při využívání vibračních strojků, které vydávají zvuk) a napomáhá při vytváření hlasového projevu člověka, povzbuzuje ke stimulaci haptické.

#### 4.1.3.1 Využití vibrační stimulace

Zdravé dítě získává vibrační zkušenosti při veškerých pohybových činnostech - při stání, lezení, chůzi, běhu, skákání a uchovává si je v paměti. Pohybem získává dle Vítkové (2001) povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibracích a měnící se zátěži.

Vibrační stimulace je vhodná dle Friedlové (2007) pro děti s hlubokou mentální retardací také jako příprava k vnímání pohybu a následné vertikalizaci a mobilizaci. Vibrační stimulace pomáhá navodit dětem s těžkým postižením a kombinovanými vadami příjemné pocity, rády ji vyhledávají.

Jako pomůcky k vibrační stimulaci jsou nejčastěji využívány např. vodní lůžka se zabudovanými reproduktory, perličková koupel, masážní a vibrační polštáře, elektrické zubní kartáčky, holicí strojky, bateriové vibrátory, vibrující hračky (viz. příloha č. 5. foto a ), vibrující lehátka a sedátka, ale i hudební nástroje, které vydávají vibrace např. kytara, tibetské mísy. Friedlová (2003) uvádí mezi příklady médií k vibrační stimulaci hlas, ladičku, dupání a klepání, ruce.

Vibrátory mohou působit na matraci, na které klient leží, dochází tak k celotělové stimulaci. Malé vibrátory se vkládají klientům do dlaně, nebo přikládají na klouby. Jako vhodná místa aplikace vibrací uvádí Friedlová (2003) patu, vnitřní nebo zevní stranu kolene, pánev, předloktí, ruku - dlaň.

Příjemné vibrace pro děti s těžkým postižením jsou získávány z těla nejbližší osoby nebo pečujícího - v pozici tělo na tělo. Nejjednodušší je se posadit za klienta na zem, do křesla, položit si jeho trup na svůj a vibrace vyvolávat zpěvem pobroukáváním. Při mluvení a zpěvu se hrudník jemně chvěje.

*„Slyšení chvění v přímém tělesném kontaktu, když jsou hlavy komunikujících partnerů těsně vedle sebe - vodivost kostí - působí velice konejšivě a je pravděpodobně vzpomínkou na prenatální svět pocitů chvění.“ (Vítková in Miiller, 2005, s. 228)*

Úlohu trampolíny (trampolína JUS, viz. příloha č. 5. foto h)) při bazální stimulaci pro získání vibračních podnětů zmiňuje Friedlová (2007). Děti s těžkým postižením tak mohou prožívat výrazné stimuly z vlastního těla. Na trampolíně totiž stačí jen minimální pohyb dítěte, aby došlo k jejímu rozhoupání, vnímání těla, a tím také ke stimulaci vestibulárního aparátu. Děti se tak učí poznávat svoje tělo pomocí vlastní pohybové aktivity. Dochází k rozvoji nervosvalové koordinace, senzomotorických dovedností, prostorové orientace a rytmizace. Pohybující se plocha trampolíny přispívá také k uvolnění, k odpoutání se od stresových situací.

Při používání vibrační stimulace způsobem tělo na tělo a prostřednictvím trampolíny se jedná o tzv. trilogii - současné působení vibrační, vestibulární a somatické stimulace.



## 4. 2 Nástavbová stimulace

### 4.2.1 Optická stimulace

Zrakové ústrojí umožňuje vnímání světla, barev, velikosti, tvaru, vzdálenosti předmětů. Zrakovým orgánem je oko, které se skládá z oční koule a přídatných orgánů (okohybné svaly, horní a dolní víčko, spojivka, slzné ústrojí). Světlo vyvolává podráždění receptorů sítnice - tyčinek a čípků. V receptorech dochází k přeměně světelné - elektromagnetické energie na nervové vzruchy.

Zrak je důležitým čidlem pro získání informací z okolí, pro orientaci v prostoru a funguje také zároveň jako komunikační kanál. Oko umožňuje vnímat nejen světlo, barvy, tvar, pohyb, ale i prostorové rozložení předmětu. Okolní prostředí tvoří především soubor optických signálů, různé symboly a vizuální vjemy jsou důležité pro komunikaci a mezilidské vztahy.

Zrakovým vnímáním je umožněna orientace a schopnost vnímat okolní prostředí, schopnost uspořádat okolní prostředí. Zrakovou kontrolou člověk především získává pocit jistoty. Cílem optické stimulace je podpora vnímání zraku, rozvoj „vidění“ a „dívání se“.

Fröhlich (Bienstein, Fröhlich, 2003, Friedlová, Skriptum pro nastavbový kurz, 2003) uvádí stupně zrakového vývoje u dítěte po narození. Při optické stimulaci je nutné tyto vývojové stupně akceptovat.

1. vnímání světla (tmy) preferování vnímání kulatých tvarů a červené barvy.
2. vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (15-20 cm)
3. vnímání vlastních částí těla
4. vnímání okolí ve větší vzdálenosti (cca 1 - 2 m)
5. vnímání zřetelných ostrých kontur

6. rozlišování jednotlivých předmětů pomocí rukou a úst
7. vývoj vnímání barev
8. rozlišování forem, velikostí, předmětů, osob a paralelně vývoj vnímání barev.

#### **4.2.1.1 Využití optické stimulace**

*„Pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy. Třebaže jde někdy jen o malou změnu polohy hlavy, mění se klientovo zorné pole.“* (Friedlová, 2007, s. 110)  
Změna polohy je zároveň stimulací somatickou a vestibulární. Ve správné poloze se dítě cítí bezpečně a může vnímat nabízené podněty.

Při optické stimulaci záleží především na kreativitě personálu, který by měl zohlednit psychický stav klienta a také si vyzkoušet a dívat se jeho zorným polem. Vždy je nezbytné pozorovat reakce klienta na nabízené podněty.

Friedlová (Skriptum pro nastavbový kurz 2003, 2007) zmiňuje důležité dodržování zásad optické stimulace:

- nabízení podnětů zřetelně světlých a zřetelně tmavých
- nabídnout možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí
- obrázky pro stimulaci musí být dostatečně velké, umístění do zorného pole (obrázky, které klient zná, vhodný je formát A3), nevhodné jsou obrázky abstraktní
- obrázky lze umístit na okraj zorného pole, klient tak vyvíjí vlastní pohybovou aktivitu s cílem na ně pohlédnout
- u poruchy zraku je vhodné používat ke stimulaci jednoduché obrázky, nejlépe černobílé
- je nutné nasazení brýlí, pokud je klient nosí

„ *Optická stimulace neznamená jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale také poskytnutí možnosti změnit prostředí.* " (Friedlová, 2007, s. 113) Člověk s postižením by měl mít možnost opustit svůj pokoj, oddělení, budovu školy, stacionáře nebo ústavu - samozřejmě dle jeho úrovně vývoje - v doprovodu učitele nebo vychovatele, asistenta. Pro člověka s postižením představuje podnět každá akce a změna stávající situace, např. doprava na hipoterapii, do výtvarného ateliéru, do snoezelenu.

K aktivní optické stimulaci lze zařadit nabízení různých obrázků a fotografií, především známých a nejbližších osob, a pomocí nich povzbuzovat vyprávění důležité pro rozvoj slovní zásoby a řeči.

Lidem s těžkým postižením, kteří si nejsou schopni samy zprostředkovat zrakové podněty, je nutné zprostředkovat je umělým způsobem. Zrakové podněty jsou nejčastěji základem pro nabídku her. Při optické stimulaci je vhodné využívat materiály, které si dítě může nahmatat a nabízet je na kontrastním pozadí, od kterého se odlišují. Podle Vítkové (2001) optické podněty mají smysl, ale musí být adekvátní k dosaženému vývojovému stupni dítěte. U těžce postižených dětí může dojít k přesycení podněty a zážitky, důsledkem je spíše ústup než aktivizace.

Vizuální podněty slouží k tomu, aby se dítě s těžkým postižením naučilo fixovat zrakem nejjednodušší podněty a vědomě aktivovat postavení očí. Optickou stimulací se také cvičí pohyby očí a hlavy za podnětem a chápání lidí a předmětů jako věcí určených k pozorování (Opatřilová, 2005).

Mezi nejčastěji využívané pomůcky optické stimulace patří předměty se světelným efektem jako např. světelné koule, světelné dotykové koule, světelné hadice světelné vodní válce, světelné taktilní válce, světelné válce svoskovými efekty, tzv. „disko koule", podsvícený stůl spiskem,

prosvícený kuličkový bazén (pomůcky pro vizuální stimulaci, viz. příloha č. 5. foto 1)).

Světelné podněty pomáhají vyvolat a upoutat pozornost dítěte. Aby světelné efekty vynikly, je třeba příslušnou místnost zatemnit. Mezi pomůcky, které pomáhají vzbudit pozornost jsou také otočné reflektory nebo meotary, které lze využít k promítání abstraktních obrazců na zdi. Při stimulaci dětí s diagnostikovanou epilepsií je nutné vyloučit blikající světla.

K optické stimulaci a orientaci na těle člověka se dále využívají také zrcadla, zrcadlové stěny. Vizuální podněty lze využít také k lokalizaci směru pohybu pomocí nasvícených předmětů nebo hraček v doplňkových a kontrastních barvách. Lze použít také tapety nebo nálepky s reflexními vzory (např. hvězdné nebe).

#### **4.2.2 Auditivní stimulace**

Receptorem sluchového analyzátoru je ucho, které slouží k rozlišování zvukových vln. Ucho se dělí na tři části - zevní, střední a vnitřní ucho. Zvuk vzniká kmitáním pevných těles. Kmitání je přenášeno vlněním prostředí - vzduchu, vody, pevných těles ke sluchovému ústrojí. Uvnitř hlemýžďe je Cortiho orgán s vlastními sluchovými receptory - vláskovými buňkami.

Sluch je nejcitlivější lidský smysl. Sluchové ústrojí má největší význam pro verbální komunikaci a sociální interakci - pro navazování a udržování vztahů, pro rozvoj myšlení a řeči.

K cílům auditivní komunikace patří především navázání kontaktu s klientem, zprostředkování informací o jeho vlastním těle. Dalším cílem sluchového vnímání je podpora rozlišovacích schopností sluchového aparátu pro jednotlivé zvuky. Poskytnutím jednoduché a zřetelné formy

kontaktu, jasných informací bez rušivého vlivu televize nebo rádia lze vybudovat pocit jistoty a umožnit orientaci v okolním prostředí. Trvalá zvuková kulisa způsobuje přesycení akustickými vjemy a snižuje citlivost jejich vnímání. Vhodná je kombinace s iniciálním dotekem.

Podle Friedlové (Skriptum pro nastavbový kurz, 2003) zmiňují některé předpoklady pro úspěšnou auditivní stimulaci:

- mluvit pomalu, jasně a zřetelně, v obvyklé tónině a hlasitosti
- známá a důvěrná forma řeči, bez zdobnělin
- zvuky jsou vleže vnímány hlasitěji než vsedě nebo ve stoje
- využívat známé zvuky.

#### **4.2.2.1 Využití auditivní stimulace**

Tóny, šumy a zvuky mohou mít různou kvalitu, různý zdroj - přicházejí z různých směrů, mají rozličný informační charakter. Pomocí akustických podnětů lze děti s těžkým postižením naučit reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu a také že hluk lze vyrobit a mohou ho samy produkovat (Opatřilová, 2005).

Jako nejčastější auditivní podněty uvádí Friedlová (2005) zvuky z běžného denního prostředí a také využití hlasu, zpěvu a hudby.

Prostřednictvím hlasu může personál, který pečuje o děti s těžkým postižením předčítat a vyprávět, nejčastěji pohádky a příběhy, které je vhodné ještě podpořit vizuálními vjemy (obrázky, obrázkovou knihou). K auditivní stimulaci lze využít také reprodukci záznamu hlasů blízkých osob. Při zpěvu známých a oblíbených písní může dítě vnímat rytmus a hlasové vibrace - u sebe, ale i u druhé osoby.

Pasivní poslech oblíbené a známé hudby vyvolává uvolnění a relaxaci, často je spojen také se somatickou stimulací (při masážích a jiných stimulacích prostřednictvím různých materiálů), s vestibulární stimulací (při

polohování, při relaxaci na vodním lůžku). Důležitý je výběr hudby, je nutné zohlednit vkus klienta, často jsou využívána CD s relaxační hudbou.

Aktivně lze využívat různé hudební nástroje, na které hraje personál nebo sám klient (flétny, kytary, bubínky). Mezi netradiční hudební nástroje patří chřestidla, bonga, dešťové hole, rumba koule atd. Vhodné je používání nástrojů, které vyvolávají vibrace, k celotělovému cítění vibrací přispívá polohování přímo na tyto nástroje.

Koncept bazální stimulace lze propojit také s muzikoterapií. Muzikoterapie představuje pro děti s postižením atraktivní techniku pro ventilaci emocí, relaxaci, navázání kontaktu a harmonizaci. Podle Vítkové (2001) je vhodné kombinovat zvukové nabídky ve smyslu intermodality<sup>3</sup> s pohybem nebo s dotykem (např. tanec při hudbě).

K auditivní stimulaci jsou využívány také různé pomůcky, které jsou originální nebo vyrobeny vlastními silami kreativního personálu. Známým výrobcem kvalitních hraček a pomůcek pro rozvoj smyslů je firma Benjamin, s. r. o. . V příloze č. 5. foto b) je uvedena pomůcka pro auditivní stimulaci tzv. „Sluchové pexeso“. Pexeso tvoří 8 párů kostek s různým obsahem, které vydávají tím pádem zvuky. Jedna z mnoha variant her je, že se kostky se otočí průhledným plexisklem dolů a děti zkouší najít stejně znějící pár. Potom si mohou obsah kostky otočením zkontrolovat. Dno kostek lze odšroubovat a vyměnit tak jejich obsah.

### 4.2.3 Taktilně-haptická stimulace

V různých vrstvách kůže se nacházejí mechanoreceptory. Somestetický systém umožňuje člověku vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací.

*„Schopnost lidské ruky rozeznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Schopnost ruky pohybovat se trojrozměrně perfekcionalizuje její funkci poznávání.“* (Friedlová, 2007, s. 128) Při nahmatání předmětu se ho snaží člověk někam zařadit, při neúspěchu prožívá nejistotu a ztrátu orientace.

Cílem taktilně-haptické stimulace je vyznačení citlivé oblasti rukou, umožnění rukama něco cítit, snaha o vytvoření možnosti úchopu a podpora poznání, že věci jsou charakteristické na omak (Opatřilová, 2005).

#### 4.2.3.1 Využití taktilně-haptické stimulace

Jako vhodné pomůcky uvádí Friedlová (2007) veškeré předměty denního života, které stimulují paměťovou stopu a aktivizují ruku k činnosti. Např. oblíbené předměty, talismany, hračky, předměty užívané k osobní hygieně. Taktilně-haptickou stimulaci lze kombinovat se stimulací optickou, auditivní a olfaktorickou.

Ve speciálněpedagogické péči je taktilně-haptická stimulace zaměřena na získání pozitivních reakcí a zkušeností. U osob s těžkým postižením a kombinovanými vadami je smysluplná stimulace možná pomocí známých materiálů a věcí.

Jako pomůcky se využívají předměty se zajímavým tvarem a povrchem (kožešiny, látky), různé strukturované povrchy na stěnách, podněty, které vyvolávají teplo nebo chlad. Stimulace je možná rukama při masáži. Dále se používají například plyšové hračky, látkové sáčky nebo kbelíky, mísy naplněné různými materiály (např. ořechy, hrách, rýže anebo také pěnou,

peříčka, drátěnky, houbičky, hlína. Jako další pomůcky lze uvést např. stoly nebo tácy se sypkým materiálem (písek, mouka) do kterých klienti kreslí a píší.

V příloze č. 5. foto e) jsou uvedeny příklady pomůcek pro taktilně-haptickou stimulaci. Hmatové domino vyrobili ergoterapeuté v JÚŠ. Hmatové pomůcky a tzv. „chodníček“ jsou opět výrobky firmy Benjamin s. r. o. . Po částech chodníčku z různých materiálů mohou děti chodit bosy, cílem je naučit se rozpoznávat materiály a jejich vlastnosti. Jako alternativu chodníčku lze vyrobit různě široká, třeba dřevěná koryta, která jsou naplněna velmi jemným šterkem nebo pískem, po kterém se klienti mohou procházet, nebo v něm prostě „být“.

V rámci taktilně-haptické stimulace nedochází jen k ohmatávání různých ploch. Předměty běžné denní potřeby jsou využívány k nácviku úchopu (viz. kapitola 5.1. Kazuistika č. 1.).

#### **4.2.4 Olfaktorická stimulace**

Čichovým receptorem jsou čichové buňky ve sliznici v horní části dutiny nosní. Čichový receptor se dráždí některými plynnými látkami obsaženými ve vdechovaném vzduchu. Tzv. chemoreceptory mají vztah k základním funkcím tj. k orientaci, vyhledávání a přijímání potravy a k regulaci dýchání. Čich je detekční smysl, čichovým orgánem je malé „čichové políčko“, které je uloženo v horní třetině přepážky nosu a stropu nosní přepážky. Při rýmě nastává dočasná ztráta čichu.

Různé vůně a pachy vyvolávají asociace a vzpomínky např. na roční období, oblíbené jídlo, osoby, na situace a prostředí. Velkou roli pro dítě hraje vůně matky, která pro něj znamená pocit bezpečí. *„Propojení čichových drah s limbickým systémem má velmi úzký vztah k citovému*



*zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopy.* " (Friedlová, 2007, s. 126)

Čichové vnímání souvisí s orálním vnímáním.

Cílem olfaktorické stimulace je podpora čichového vnímání a vybudování pocitu jistoty a bezpečí. Aplikace čichových podnětů napomáhá schopnosti orientovat se v dané situaci (např. při hygieně).

#### **4.2.4.1 Využití olfaktorické stimulace**

Mezi vhodné pomůcky k olfaktorické stimulaci zařazuje Friedlová (2007) flakónky s parfémy, deodoranty, potřeby osobní hygieny např. vůně mýdla, vůně jídla, vůně prádla. Nevhodné jsou vonné svíčky.

Při konfrontaci s podnětem je potřeba pozorně sledovat reakce klienta s postižením. Pro jedince s těžkým postižením je potřeba při čichové stimulaci nabízet výrazně odlišné pachy od pachů všedního dne.

V konceptu bazální stimulace lze využít při olfaktorické stimulaci také aromaterapii, konkrétně prostřednictvím éterických masážních olejů a aromaterapeutických olejů do aromalamp. Jednotlivé oleje jsou používány při masáží v somatické stimulaci. Vonné esence, které ze odpařují z aromalamp zprostředkovávají olfaktorickou stimulaci.

V příloze č. 5. foto d) jsou uvedeny příklady pomůcek pro stimulaci čichového vnímání. První pomůcku vytvořily ergoterapeuté v JÚŠ. Jedná se o kelímky od filmů s různými výraznými vůněmi, např. skořice, hřebíček, houby apod. Druhá pomůcka je výrobek firmy Benjamin, s. r. o., tzv. pexeso s vůněmi. Přední strana karet je opatřena symboly, zadní vůněmi. Vůně se objeví po přejetí plochy.

#### 4.2.5 Využití snoezelenu v konceptu bazální stimulace

Snoezelenová<sup>4</sup> terapie představuje nabídku smyslových dojmů, která slouží k celkovému uvolnění člověka s postižením.

Pro lidi s těžkým postižením věci dostanou význam teprve pokud je blíže poznají prostřednictvím smyslů, potom se mohou lépe orientovat v situaci. Primární zkušenosti zprostředkované smysly lidé s postižením neprožívají naplno, zkušenosti tedy mohou být těžko zpracovávány. Snoezelen těmto lidem dává možnost soustředit se do hloubky na jednotlivé smyslové vjemy, nabízí prožití příjemných smyslových podnětů.

Nejčastěji se snoezelen provádí ve speciální izolované a bezbariérové místnosti, bez rušivých vlivů okolí. Snoezelenový pokoj využívají pro své klienty např. speciální mateřské školy a speciální základní školy, ústavy sociální péče, domovy pro seniory. Vybavení místnosti je různorodé, záleží na možnostech zařízení. Výrobu vybavení zajišťují specializované firmy s atesty. Činnost vychází od klienta, který může sám měnit intenzitu a rychlost pohybu barev, zvuků, světel.

#### **Při snoezelenu lze využívat prvky konceptu bazální stimulace:**

- zprostředkování somatické, vestibulární, vibrační stimulace pomocí vodního lůžka, vibračních polštářů, pomůcek pro polohování
- zprostředkování optické stimulace pomocí soustavy světel - barevná hudba, zrcadla, UV světelné efekty, promítání s pomocí projektoru napojeného na počítač, zrcadlový barevný světelný tunel, světelný závěs, světlovodná vlákna, prosvícený míčkový bazének apod.
- umožnění taktilně-haptické stimulace pomocí vibrujících válců s barevnými světly, vodní probublávající válec, světelné dotykové koule, fontány s vodou, s oblázky

<sup>4</sup> Snoezelen - z holandského překladu, snuffen - čichat, doezelen - dřímat.

- umožnění auditivní stimulace pomocí reprodukováné hudby, audio sestava umožní prostorově vnímání
- olfaktorická stimulace lze provádět prostřednictvím aromalamp s aromatickými oleji a vonných tyčinek.

#### 4.2.6 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou intimní zónu člověka pro vnímání chutě, vůně, konzistence. Slouží ke komunikaci, příjmu potravy, pro zprostředkování pocitů rozkoše. Příjem potravy je spojen s libými pocity. Malé dítě poznává svět orálním způsobem.

Receptorem chuti jsou chuťové buňky, seskupené v chuťových pohárcích. Chuťovým podnětem je látka rozpustná ve slinách. Chuťová soustava se skládá z chuťových receptorů na jazyku a na patře. Chuťové pohárky jsou rozptýlené v dutině ústní, na jazyku na patře a na stěně hltanu. Pohárky mají na povrchu tenká vlásková zakončení receptorů - vyčnívají na povrch jazyka a přicházejí do kontaktu s roztokem v ústech a tím vzniká elektrický impulz - tj. signál, který je vedený do mozku. Na špičce jazyka je sladká a slaná chuť, hořká se nachází v oblasti měkkého patra, kyselá chuť po stranách a střed není citlivý k chuťovým podnětům. Chuťový receptor zprostředkuje nepodmíněné reflexní vyměšování slin.

Cílem orální stimulace je zprostředkování klientovi vjemů ze svých úst a stimulace vnímání. Orální stimulace není synonymem péče o dutinu ústní nebo nácvikem polykacího reflexu, ale vzájemná kombinace je výhodná. Stimulaci lze provádět izolovaně nebo jako přípravu na orální přívod stravy. „*U klientů s těžkými změnami v oblasti vnímání a komunikace (děti s hlubokou mentální retardací, klienti ve vigilních komatech aj.) mohou ústa sloužit také ke stimulaci vnímání a následně k navázání komunikace.*“

*Vnímání lze výrazně stimulovat chuťovou stimulací a aktivitou úst.*"  
(Friedlová, 2007, s. 118)

Během orální stimulace je aktivizována oblast úst. Dítě s postižením se tak učí používat ústa ke zkoumání vlastností předmětů při různých orálních hrách si vyzkouší také koordinaci ruka - ústa. Děti se učí poznávat různé chutě, chuťové libé podněty jsou využívány k poznání, že i ústa mohou přinášet užitečné vjemy.(Opatřilová, 2005).

Při orální stimulaci by měl klient získat příjemné prožitky. Jako předpoklady pro úspěšné využití orální stimulace vidí Friedlová (2007) v:

- umožnění vhodné polohy, pro příjem podnětů a koncentraci
- ochutnávání příjemných, oblíbených a známých chutí
- neprovádět orální stimulaci při únavě klienta
- nekombinovat více než tři chuti najednou
- nevnikat do úst klienta násilím
- sledovat reakce na podávané podněty
- nespěchat a mít dostatek trpělivosti.

Jako pomůcky při orální stimulaci jsou používány molitanové štětičky (viz. příloha č. 5. foto g)) smočené v oblíbené tekutině a tzv. cucací váčky (Friedlová, 2007) např. u klientů, kteří jsou vyživováni uměle. Cucací váčky jsou tvořeny kousky požívatin s intenzivní a pozitivní chutí pro klienta zabalené v mulu smočeném v minerální vodě, vkládají se do ústní dutiny. Používání váček slouží ke zvýšení pozornosti, zprostředkování nových vjemů, ale také jako nucení k obnovení paměťové stopy, stimulace jazykovéhovalu, ke znovuoobnovení schopnosti řeči, jako nabídka jistoty a důvěry, a také poskytnutí orientace a nácvik pevného svalstva.

## 5 KAZUISTIKY

Informace pro jednotlivé kazuistiky jsou zpracovány ve spolupráci s ergoterapeutkou, fyzioterapeutkou, třídní učitelkou a asistentkou pedagoga.

Kazuistika č. 1. pojednává o celkovém přístupu v konceptu bazální stimulace, kazuistika č. 2. zmiňuje využití prvků konceptu bazální stimulace v oblasti fyzioterapie a ergoterapie. Oba žáci jsou klienty JÚŠ. Profesionální péče o klienty probíhá vtzv. týmech, do kterého patří odborníci z různých oblastí (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, vychovatel, třídní učitel, psycholog).

Rodiče obou žáků souhlasili se zpracováním osobních dat do kazuistiky, nevyplněný formulář informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 3..

## 5.1 Kazuistika č. 1.

### **Jméno:**

Matěj, narozen v roce 1999

### **Diagnóza:**

Dětská mozková obrna - dystonicko-dyskinetická forma, centrální kvadruspasticitá s převahou vlevo, vrozená hluchota, mozková atrofie, vývojové dysartrie extrapyramidového typu.

### **Osobní anamnéza:**

Narozen z 6. gravidity, porod ve 26. týdnu po krvácení, porodní váha 830 g. Po porodu resuscitace, dlouhodobá hospitalizace na JIP, průběh byl komplikován hyperbilirubianemií a anemií. DMO byla diagnostikována v 9. měsíci, mentální kapacita v pásmu středního průměru. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn, vývoj řeči je ovlivněn vrozenou hluchotou. Od roku 2002 využívá kochleární implantát. Pohyb na mechanickém vozíku, speciální kolečkové židli.

Matěj je zvědavý, zajímá se o podněty ze svého okolí. Sluchové vnímání je na dobré úrovni, rozumí jednoduché konverzaci, řeč je těžkopádně tvořena, srozumitelnost je relativně dobrá. Podle ORL vyšetření se orientuje především sluchem, většinou používá jednotlivá slova, ojediněle vytvoří agramatickou cca. třířlovnou větu.

Matěj je odkázán ve všech životních úkonech na pomoc druhé osoby. Třetím rokem chodí do školy, opakuje druhou třídu, v odpoledních hodinách navštěvuje školní klub.

### **Průběh bazální stimulace:**

Ve školním roce 2008/2009 je bazální stimulace prováděna pravidelně v rámci školy, fyzioterapie a ergoterapie. Do profesionálního týmu pro provádění bazální stimulace patří třídní učitelka (speciální pedagog), asistentka pedagoga, ergoterapeuta a fyzioterapeutka. Všichni členové týmu absolvovali základní a také nastavbový kurz Bazální stimulace®.

### **Celkový přístup v konceptu Bazální stimulace®:**

**Iniciální dotek:** podání pravé ruky s pozdravem ahoj

### **Bazální stimulace ve škole:**

- prováděno v pondělí a ve středu
- **celková koupel osvěžující nebo zklidňující** - stimulace probíhá před zahájením školního vyučování
- **polohování** - podle potřeby
  - prováděno ve čtvrtek
- **vestibulární stimulace** - pohyb ovesného klasu - během hodiny tělesné výchovy.

**Cíle:** tělesné uvolnění, redukce neklidných stavů, zvýšit pozornost a aktivitu klienta.

### **Bazální stimulace na fyzioterapii:**

- prováděno v pátek
- celková stimulace zklidňující (přes oblečení, poloha na zádech)
- vestibulární stimulace - pohyb ovesného klasu
- polohování - poloha hnízda - během 2. vyučovací hodiny

**Cíle:** ovlivnění neklidu, spasticity, tělesné uvolnění, stimulace vnímání vlastního těla, vestibulární vnímání, odpočinek.

### **Bazální stimulace na ergoterapii:**

- prováděno v úterý

- celková stimulace osvěžující nebo zklidňující (přes oblečení, poloha na zádech)
- částečná stimulace osvěžující nebo zklidňující (HKK)
- vestibulární stimulace (eventuálně až trilogie)
- polohování - poloha hnízdo - během třetí vyučovací hodiny, diametrální stimulace - příprava na následné působení nebo uvolnění pro práci horních končetin

**Cíle:** stimulace vnímání vlastního těla, jeho hranic, polohy i pohybu, celkové zlepšování klientovy aktivity, příprava na následné působení, ovlivňování spazmů (snižování).



## **Biografická anamnéza:**

- 1. sociální situace, zaměstnání:** žák
- 2. kdo ho může a nemůže navštěvovat:**
- 3. jaký je typ:** živý
- 4. jak slyší:** porucha sluchu, kochleární implantát
- 5. jak vidí:** snaha o zacílení, chtěný pohyb rušen dyskinézami
- 6. denní rytmus:** běžný denní režim žáka
- 7. dominantní ruka:** pravák
- 8. doteky, které má rád:** hlazení
- 9. jak spí, poloha přikrývky:** spí na zádech, dobře, má prošívanou deku
- 10. jak si čistí zuby:** s asistencí druhé osoby
- 11. co jí rád nerad:** má rád všechno kromě měkkého ovoce
- 12. co pije rád, nerad:** pije téměř vše, má rád limonády
- 13. které zvuky rád poslouchá:** tichá hudba
- 14. upřednostňuje některé materiály:** žádné
- 15. oblíbená vůně:** výrazně oblíbenou nemá žádnou
- 16. co dělá, když má bolesti:** slovně upozorní
- 17. co dělá, aby se cítil dobře:** má rád kolem sebe rodinu
- 18. ostatní sdělení:**
- 19. důležitý zážitek z poslední doby:** —

Používání technik a prvků konceptu bazální stimulace Matěj přijímá pozitivním způsobem. Po použití konceptu je uvolněný nebo povzbuzený - podle aktuálně aplikované techniky, pozitivně naladěný, projevuje radost. Matka s používáním konceptu souhlasí. Bazální stimulace není vytržena z konceptu školního vyučování, je zaintegrována do běžné výuky. Ve třídě je koutek s relaxačním pytlíkem pro polohování, lze zatáhnout závěsy pro pocit soukromí.

Především ranní přesuny (např. z auta do šatny - na židli - do třídy), ale i pohyb rámci areálu JÚŠ (cesta do dílen, bazénu nebo na rehabilitační pavilon) představují pro Matěje určitou fyzickou i psychickou zátěž, která se projevuje zvýšenou unavitelností. Matěj je rozrušený, neklidný, dochází ke zhoršení dyskinéz. Matěj také spoustu energie spotřebuje na sluchové vnímání, potřebuje určitý čas a síly na slyšené informace, jejich následné zpracování a na reakci.

Nutné je sledování kochleárního implantátu během celého dne, především pokud Matěj nereaguje adekvátně situaci. Vlivem dyskinéz kochleární implantát nedrží, vypadává, odlepuje se atd. a dochází tak k přerušování slyšeného. Pro omezení porozumění v řeči je vhodná pomalá, trpělivá konverzace v jednoduchých větách.

Matěj pracuje na počítači se speciální dotykovou obrazovkou a zjednodušenou klávesnicí. Používá kloubovou podničku pro fixaci ruky, PVC desku na klávesnici, která brání pohybu a trackball.

**V rámci konceptu Bazální stimulace® jsou u Matěje aplikovány tyto techniky a jednotlivé prvky stimulace:**

**Somatická stimulace:**

- celková tělesná koupel povzbuzující nebo zklidňující (podle aktuálního stavu)
- polohování, využití polohy hnízdo v kombinaci s mumií
- v rámci Tělesné výchovy - ve vodě na principu tělesné koupele, poznávání tělového schématu s aktivním zapojením Matěje
- v rámci dodržování základní hygieny - mytí rukou, setření úst prstem
- diametrální stimulace - pro snížení spasticity rukou, např. před nácvikem úchopu, před grafomotorickým cvičením, před prací na počítači, před veškerými úkoly, které vyžadují zapojení jemné motoriky, dochází k uvolnění prstů

**Vestibulární stimulace:**

- v rámci Tělesné výchovy - podle aktuálního stavu aplikace techniky „pohyb ovesného klasu“

**Vibrační stimulace:**

- vibrační stimulace na skákání velké žíněnce, na trampolíně

**Auditivní stimulace:**

- v rámci Hudební výchovy - zpěv oblíbených písní
- podpora sluchového vnímání - diferenciacce, koncentrace

**Taktilně-haptická stimulace:**

- využívání předmětů běžné denní potřeby
- seznamování se s novými věcmi, např. v dřevařské dílně - ohmatání si náradí v reálné podobě, nácvik činností je spojen s tréninkem slovní zásoby

- nejde pouze o hmatání, ale o úchopy - předměty musí být vkládány do ruky, dbát na jejich sevření, správnou polohu předmětu (např. kladiva) pro reálnou činnost, aby Matěj poznal pravý smysl používání - princip intermodality (propojení smyslů)
- zaměstnávání rukou proti zarývání nehtů do dlaní - vkládání hraček s kuličkovým obsahem, balónky s hladkou moukou, pytlíky s fazolemi, různých mačkáčích pomůcek (s vhodnou náplní, aby nedošlo k promáčknutí pytlík nebo k poranění) - pro následné cvičení úchopu
- předmět se do ruky musí upevnit prodyšným prubanem, ruka se nepotí, míček nebo hračka drží na vhodném místě

#### **Olfaktorická stimulace:**

- v rámci Smyslové výchovy, Rozumové výchovy, předměty běžné denní potřeby jídlo, mýdlo, výrazné čichové kontrastní podněty (např. ocet)

#### **Orální stimulace:**

- povzbuzování k vlastní aktivaci - sám si drží rohlík, ukusuje, vybírá si co dá do úst (možnost výběru podporuje rozhodování)
- v rámci Smyslové výchovy, Rozumové výchovy, poznávání základních chutí
- cucání lízátek, trénink jazyka

#### **Optická stimulace:**

Ve veškerých situacích se Matěj orientuje v podstatě zrakem. Při neklidu dochází k častým dyskinézám a tím i ke zhoršení sluchového a zrakového vnímání, které je rozostřeno.

- rozlišení prostoru třídy na určité části, výzdoba třídy (např. abeceda na zdi - oční kontakt s probíranou látkou), stimulující prostředí, podněty jsou zvoleny podle úrovně vývoje dětí
- podpora zrakového vnímání - diferenciací, koncentrací

Mimo jiné se Matěj účastní hipoterapie, reiki, využívá snoezelen.

Je důležité dávat pozor, aby nedošlo k přestimulování, vždy je potřeba brát v úvahu aktuální stav a náladu dítěte, zaujmout přirozený postoj k dané situaci a dítě stimulací zbytečně nestresovat.

## 5.2 Kazuistika č. 2.

### **Jméno:**

Natalia, narozena 1987

### **Diagnóza:**

Dětská mozková obrna - kvadruparetická atetoická forma, strabismus, centrální porucha zraku, nekróza očních nervů.

### **Osobní anamnéza:**

Narozena z rizikové gravidity, porod ve 32. týdnu, porodní váha 1800g. Po narození 8 týdnů v inkubátoru na oddělení nedonošených dětí, problémy s okysličováním mozku. Po prvním roce byla oznámena diagnóza s nejistou prognózou. V současné době žákyní druhého ročníku Praktické školy (2. ročník byl rozložen do dvou let), navštěvuje školní klub. Pohybuje se na mechanickém vozíku.

### **Průběh Bazální stimulace® v rámci fyzioterapie:**

**Iniciální dotek:** uchopení pravé ruky, dotyk na pravém rameni pravého ramene

Sama Natálie hodnotí průběh bazální stimulace pozitivně, zažívá příjemné pocity a těší se na setkávání s fyzioterapeutkou. Matka s péčí souhlasí.

Bazální stimulace probíhá také na vodoléčbě (celková zklidňující koupel) na lůžku, s pomocí froté ručníků, teplota vody je 37 stupňů Celsia. Cílem je tělesné svalové uvolnění, redukce neklidných stavů, stimulace vnímání vlastního těla. Auditivní stimulace probíhá prostřednictvím tekoucí vody, šplouchání vody.

- **celková zklidňující somatická stimulace, vestibulární stimulace**

Fyzioterapeutka verbálně zahajuje stimulaci slovy: „Natálko, uděláme společně bazální stimulaci“.

Celková zklidňující somatická stimulace probíhá asistované na obličeji. Fyzioterapeutka vede klientce ruku, společně pokládají ruku a hladí určité části těla, pojmenovávají je. Při kontaktu a provádění postupuje pomalu, v klidu. Natálie si části svého těla uvědomuje, jmenuje je společně s fyzioterapeutkou.

Ukončení stimulace je opět verbální: „Natálko, ukončily jsme bazální stimulaci.“

Pro vnímání hranic těla objede fyzioterapeutka celé tělo Natálie, od hlavy přes horní končetiny, trup, dolní končetiny se slovy „a toto jsi Natálko celá ty.“ Tento závěr je určitým rituálem, na který se Natálie těší, vyžaduje ho, pokud je na něj zapomenuto.

**Cíl:** zprostředkování kontaktu se svým tělem, uvědomování si svého těla, zlepšení vnímání tělesných hranic, komunikace, vyjadřování.

Po uskutečnění stimulace je Natálie klidná, svalový spasmus je snížen, tvář vyjadřuje pozitivní pocity - spokojenost, uvolněnost, živost, úsměv.

- **polohování**

Polohování probíhá s podložením, Natálie je přikrytá dekou do podpaží, má ráda, když jsou ruce volně položeny.

**Cíl:** zlepšení držení těla v sedě na mechanickém vozíku (vzpřímený sed, aktivní narovnávání) a v sedu bez opory na kraji stolu.

Při sedu na okraji stolu sedí sama, ruce má podél těla - lehce v kontaktu se stolem. Sedí rovně, udrží rovnováhu 1 - 2 minuty. Fyzioterapeutka stojí Před Natálií a jistí ji.

Natálie dochází v rámci ergoterapie jednu hodinu týdně na bazální stimulaci. Na ergoterapii je prováděna celková masáž zklidňující - u hlavy

- čehož se s dopomoelí účastní i Natálka (asistované vedení její ruky po obličejí), dále pak přes hrudník - horní končetiny - dolní končetiny - záda. Provádíme ji vleže na bříše, Natálie zůstává oblečená, celá koupel trvá asi dvacet minut. Po koupeli je Natálie dobře naladěná a zklidněná.

Vibrační stimulace byla zkoušena na velkých kloubech (rameno, loket, zápěstí, kyčel, koleno, kotník a pata), ale Natálii dělalo problémy správně identifikovat, kde cítí vibrace, jinak se jí ale stimulace líbila a byla z ní nadšená.

Mezi auditivní stimulaci se může zařadit hovory a zpívání s vychovatelem ve Slovenském jazyce (Natálie pochází ze Slovenska). Natálie ráda poslouchá klasickou hudbu např. Vivaldiho Čtvero ročních období, Mozarta - Malou noční hudbu, Panovu flétnu.

Na vodoléčbě je u Natálie prováděna celková koupel zklidňující, teplota vody je 33 - 36 stupňů. Natálie leží na zádech nebo na boku, stimulace s pomocí žínky nebo ručníku trvá dvacet minut, poté následuje dvacet minut odpočinku. Natálie je zabalena v suchém prostěradle, nemá zakryté ruce. Celkovou zklidňující koupel provádí fyzioterapeutka na trupu a končetinách, směrem od velkých kloubů k malým, distálně, na trupu od středu do stran. Fyzioterapeutka přistupuje z pravé strany, uchopí Natálku za ruku, oznámí jí záměr. Jmenuje jednotlivé části těla, u kloubů a na kraji trupu se zastaví, zvětší přítlak - chvíli přidrží a pokračuje dál. Vše probíhá pro zlepšení uvědomění a poznání hranic těla. Ruce fyzioterapeutky neopouští kontakt s tělem Natálie. Natálie je spokojená, cítí se dobře, je uvolněnější, klidnější, více komunikuje, je radostná, pozitivně naladěná.

Nebo je aplikována celková vířivá koupel, která trvá dvacet minut, spojena s procvičováním dolních končetin ve vodě, poté následuje dvacet minut odpočinku v suchém zábalu.



Při rehabilitaci je využíváno stropní zařízení. V závěsu je prováděna vertikalizace - vestibulární stimulace, pokusy o kroky. Natálii se v závěsu líbí, velmi emocionálně situaci prožívá, výská radostí. Natálie je polohována, s podložením polohovacích pomůcek, v poloze na zádech nebo v poloze na boku.

Kontaktní dýchání probíhá asistované, někdy v sedě před zrcadlem. Fyzioterapeutka vede Natálieinu ruku, hladí a dotýká se různých částí těla, jmenují je nahlas. Natálie si hladí své tělo, dotýká se ho ( hlava, vlasy, tvář, krk, ramena, hrudník, břicho, ruce, boky, stehna, kolena). Poté nechá ruce spočinout položené na těle s propletenými prsty. Společně dýchají do hrudníku, břicha. Natálii je tato stimulace velmi příjemná.

Maminka doma také provádí stimulaci při hygieně, polohování a kontaktní dýchání. Natálie poslouchá hudbu, maluje (barevné abstraktní obrazy, měla výstavu).

### **Biografická anamnéza:**

Vstává v 6:45 , sprchuje se , nesnídá , první jídlo - svačina o velké přestávce ve škole , probouzí se pomalu , často ve škole spává. Po škole jde na klub výchovy , domů jí vodí asistentka. Doma píše úkoly, poslouchá hudbu, maluje, sleduje televizi (má ráda seriál Ulice , nové pořady, tance). Hudbu má ráda klasiku i moderní, střídá ji podle nálady. Usíná s panenkami kolem sebe, při poslechu CD, kolem 21-22 hodiny. Spí na pravé straně, stočená do klubíčka, přikrytá prošívanou přikrývkou, vlněnou dečkou, polštář a polštářek pod hlavou.

O víkendu sleduje déle televizi, ráda si přispí, spontánně se probouzí - déle. Spí 8 hodin, o víkendu až 10 hodin. Je levák. Zuby si čistí asistované, před zrcadlem.

Nemá ráda dotyky cizích lidí na své tváři - tváře je třeba dotýkat se asistované. Má ráda dotyky na zádech, šíji, trapézích, nohách, ploskách nohou.

Jídlo, které má ráda: sýr, rajčata, olivy, jogurty, omáčky, typickou českou a slovenskou kuchyní, vodu, ovocné čaje.

Jídlo, které nemá ráda: cukrovou vatu

Oblíbené barvy: růžová, lila, fialová

Oblíbené vůně: svěží, citrusové

Reakce na bolest: klepe se jí brada, je vážná, tichá, pasivní, smutná, tiše pláče, tečou jí slzy, pokud je reakce bouřlivější, není situace tak vážná.

Má ráda: hudbu, koncerty, miminka, panenky, kavárnu - objedná si kávu, ale dá přednost čokoládě a sladkému koláčku, lidi kolem sebe, opečování, kostely - atmosféru, mše, svátky, vodu - vlažnější, pěnu, šampón - Micetal, Polytur F, pastu Lacalut, deodorant pánské vůně - FA, Nivea, krém a vodička na akné, pleť čistí maminka, nehty stříhá také (Natálie nemá ráda dotyk jiných lidí).

Pracuje s počítačem, který je speciálně upravený - klávesnice, myš, velké písmo, má ráda hry, malování, mailly. Překonala fobii z telefonování, nyní použije telefon, mobil, nemá strach .

Doma má psa - labradora, s kterým se mazlí, hladí ho, povídá si, je s ním ráda, je to její přítel, je volnější, klidnější, má pocit jistoty.

Stimulem je pochvala, návštěvy, cestování. Je vnímavá, citlivá.

## 6 PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMU

### 6.1 Charakteristika a cíle výzkumu

K získání potřebných dat a údajů byla zvolena **metoda dotazníkového šetření** (originální dotazník je uveden v příloze). Výzkum byl prováděn od února do dubna roku 2008.

V krátkém dotazníku s danou strukturou bylo položeno 8 otázek:

- otázky otevřené (otázka č. 2., 5., 8.)
- otázky polouzavřené (otázka č. 1.)
- otázky uzavřeného typu (otázka č. 3., 4., 7.).

Anonymní dotazník byl určen pro pracovníky mateřských a základních speciálních škol a také různých center, které vzdělávají žáky, nebo pečují o klienty s těžkým postižením a kombinovanými vadami. Celkem bylo rozesláno a rozdáno 100 dotazníků.

#### **Cílem výzkumu bylo:**

1. Zjistit jakým způsobem a kým, tzn. jakými profesemi v oblasti speciální pedagogiky, je využíván koncept Bazální stimulace® u žáků s těžkým postižením a kombinovanými vadami.
2. Zjistit jakým způsobem jsou prvky konceptu Bazální stimulace® zaintegrovány do individuálního vzdělávacího plánu pro žáky s těžkým postižením a kombinovanými vadami.

#### **Výzkum byl zaměřen na následující oblasti:**

- profese, které pracují s konceptem bazální stimulace (otázka č. 1.)
- seznámení se s konceptem bazální stimulace (otázka č. 2.)
- vzdělávání (základní a nástavbový kurz) v konceptu bazální stimulace (otázka č. 3., 4., 5.)

- rozmanitost diagnóz žáků (klientů) vhodných pro využívání konceptu bazální stimulace (otázka č. 6.)
- individuální vzdělávací program žáků (klientů) s těžkým postižením a kombinovanými vadami (otázka č. 7. , 8. )

## **Formulace hypotéz**

### **1. hypotéza**

S konceptem Bazální stimulace® v oblasti péče a vzdělávání člověka s těžkým postižením nejčastěji pracuje speciální pedagog.

### **2. hypotéza**

Informace o konceptu Bazální stimulace® získávají pracovníci nejčastěji od svých kolegů v zaměstnání.<sup>5</sup>

### **3. hypotéza**

Nadpoloviční většina dotazovaných osob, které pracují v oblasti péče a vzdělávání člověka s těžkým postižením, absolvovala alespoň základní kurz bazální stimulace.

### **4. hypotéza**

V 70% se na vedení kurzů podílel Institut Bazální stimulace.

<sup>5</sup> zaměstnání - zařízení v oblasti péče a vzdělávání osob s těžkým postižením (stacionáře, USP, základní školy speciální apod.)

## **5. hypotéza**

Prvky konceptu Bazální stimulace® jsou uplatňovány nejčastěji u diagnózy těžká a hluboká mentální retardace.

## **6. hypotéza**

Prvky konceptu Bazální stimulace® jsou zaintegrovány v individuálním vzdělávacím plánu jedinců s těžkým postižením.

## 6.2 Místo výzkumu

Dotazník byl distribuován do speciálních základních a speciálních mateřských škol, popř. do speciálně-pedagogických center, nebo středisek a stacionářů, které pečují o žáky a klienty s těžkým postižením a kombinovanými vadami.

Pro rozdáni a rozesláni dotazníků jsem zvolila zařízení, o kterých předpokládám, že v rámci rozsahu své péče využívají prvky konceptu bazální stimulace, nebo o kterých vím, že byla v konceptu bazální stimulace proškolená.

Místa šetření jsem vybrala podle vlastních zkušeností ze školních praxí a informací na internetu:

- **Mateřská škola a SPC Jihlava**, Demlova 28, Jihlava.
- **Integrační centrum Zahrada - Základní škola Zahrádka**, U Zásobní zahrady 2445/8, Praha 3
- **Speciálně pedagogické centrum při ZŠ a OŠ Zbůch**, Macháčkova 43, Plzeň
- **Speciální základní škola a Speciální mateřská škola Teplice**, Trnovanská 1331, Teplice
- **Mateřská škola a Základní škola speciální Diakonie ČCE Praha**, Saratovská 159, Praha 10
- **Škola SPMP Modrý klíč**, Šmolková 567/2, Praha 12
- **Denní stacionář Akord**, Záhřebská 36, Praha 2
- **Speciální škola pro žáky s více vadami Nový Jičín**, Komenského 64, Nový Jičín
- **Speciálně pedagogické centrum a mateřská škola pro děti s více vadami Beroun**, Hostímská 6439, Beroun

- **Jedličkův ústav a Základní škola a Střední škola, V Pevnosti 4,**  
Praha 2
- **Soukromá speciální škola pro žáky s více vadami Ostrava, s. r. o.,**  
Železárenská 880/5, Ostrava - Mariánské hory
- **Diakonie ČCE - středisko Rolnička, Mrázkova 700, Soběslav**
- **Korálek, Pařížská 2199, Kladno 2**
- **Základní škola speciální Jihlava, Březinova 31, Jihlava**
- **Základní škola speciální Diakonie ČCE Čáslav, Komenského  
náměstí 140, Čáslav**
- **Slunce, o. p. s., Škola Stochov, Hornická 410, Stochov**
- **Speciální mateřská škola a Dětský domov Beroun, Mládeže 1102,**  
Beroun 2
- **Mateřská škola a Základní škola pro tělesně postižené Brno,**  
Kociánka 6, Brno
- **DC Paprsek, středisko DAR, Alžírská 647/1, Praha 6**

## 7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Pro výzkum byla vybrána metoda dotazníkového šetření. Výzkumu se zúčastnilo 45 (31%) respondentů z množství 100 kusů rozdaných a rozeslaných dotazníků.

Výsledky šetření jsou zpracovány do podoby grafu, tabulek a popisů výsledku. Odpovědi, které nebylo možné takto statisticky zpracovat (otázka č. 2., č. 4. a č. 8.) jsou uvedeny formou výčtu a popisu.

### 7.1 Prezentace výzkumu

#### **Otázka č. 1.: Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

První otázka dotazníku byla zaměřena na profese, které pracují s konceptem bazální stimulace v základních nebo mateřských speciálních školách nebo v zařízení v péči o děti s těžkým postižením nebo kombinovanými vadami.

Z uvedených možností odpovědí bylo ze 45 respondentů 3 fyzioterapeuté (7%), 1 ergoterapeut (2%) a 18 učitelů (41%). Bohužel se pro vyplnění dotazníku nepodařilo získat ani jednoho logopeda (0%).

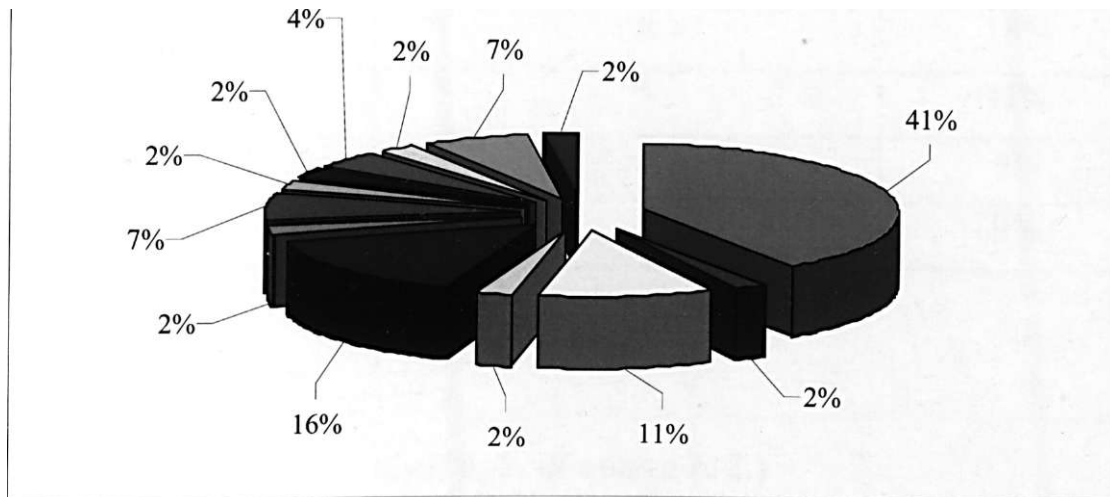
Z nabízené možnosti uvedení jiné profese se objevovala nejvíce profese speciálního pedagoga 7 (16%), vychovatele 5 (11%) a asistenta pedagoga 3 (7%). Dále se výzkumu zúčastnily ještě 3 zdravotní sestry (vrchní sestra - 2%, všeobecné sestry - 4%), osobní asistent, asistent v přímé péči, učitelka v mateřské škole a sociální pedagog (po 2%).



<b>Tabulka č. 1. (k otázce č. 1.)</b>		
<b>typ odpovědi</b>	<b>počet respondentů</b>	<b>%</b>
<b>fyzioterapeut</b>	3	7%
<b>ergoterapeut</b>	1	2%
<b>logoped</b>	0	0%
<b>učitel</b>	18	41%
<b>jiné:</b>		
učitelka MŠ	1	2%
speciální pedagog	7	16%
sociální pedagog	1	2%
asistent pedagoga	3	7%
asistent v přímé péči	1	2%
osobní asistent	1	2%
vychovatel	5	11%
vrchní sestra	1	2%
všeobecná sestra	2	4%
psycholožka	1	2%

**Graf č. 1. (k otázce č. 1.)**

- Učitel/ka
- Učitel/ka v MŠ
- Vychovatel/ka
- Osobní asistent/ka
- Speciální pedagog
- Sociální pedagog
- Asistent pedagog
- Asistent v přímé péči
- Vrchní sestra
- Všeobecná sestra
- Ergoterapeut
- Fyzioterapeut
- Psycholožka



**Otázka č. 2.: Jak jste se dozvěděl/la o konceptu Bazální stimulace?**

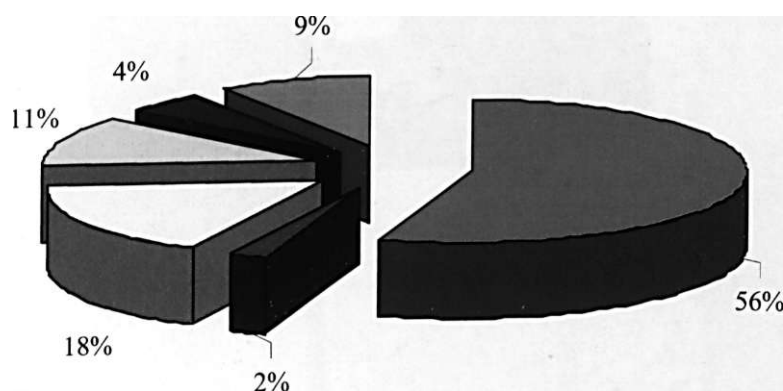
Otevřená otázka č. 2. zjišťovala, jak se vlastně respondenti dozvěděli o konceptu bazální stimulace.

Celkem 25 respondentů (56%) uvedlo, že se informace o konceptu dozvěděli v zaměstnání od kolegů. Ze studia vysoké školy nebo vyšší odborné školy se o konceptu dozvědělo 8 (18%), z odborné literatury 5 (11%) respondentů. Možnost přímo na kurzu bazální stimulace 4 (9%) a také z internetových zdrojů uvedli 2 (4%) respondenti.

Tabulka č. 2. (k otázce č. 2.)		
typ odpovědi	počet respondentů	%
v zaměstnání	25	56%
z TV	1	2%
VS, VOS	8	18%
z literatury	5	11%
z internetu	2	4%
na kurzu BS	4	9%

**Graf č. 2. (k otázce č. 2.)**

- v zaměstnání, od kolegů
- z televizního vysílání
- ze studia VŠ, VOŠ
- z literatury
- z internetu
- z BS kurzu



### Otázka č. 3. : Absolvoval/a jste kurz Bazální stimulace?

Otázka č. 3. byla zaměřena na oblast vzdělávání se v konceptu bazální stimulace.

Zabývala se tím, jaké množství ze 45 respondentů absolvovalo kurz bazální stimulace. Nadpoloviční většina dotazovaných osob (67%) uvedla, že kurz absolvovala.

<b>typ odpovědi</b>	<b>počet respondentů</b>	<b>%</b>
ano	<b>30</b>	<b>67%</b>
ne	15	<b>33%</b>

**Graf č. 3. (otázce č. 3)**

• ANO • NE



#### **Otázka č. 4.: Pokud ano na jaké úrovni?**

Otázka č. 4. pokračovala v oblasti vzdělávání v konceptu. Ze 30 respondentů, kteří uvedli, že absolvovali kurz bazální stimulace jich 30 uvedlo základní kurz a 4 z nich uvedli ještě nastavbový kurz.

#### **Otázka č. 5.: Pokud ano, kdo jej lektoroval?**

Otázka č. 5 zjišťovala kdo byl lektorem kurzu bazální stimulace. Nejvíce (90%) se vyskytovaly kurzy organizované Institutem Bazální stimulace. Jako lektory nejčastěji respondenti uváděli zakladatelku a ředitelku institutu PhDr. K. Friedlovou a certifikovanou lektorku Ing. J. Richterovou.

Dva respondenti uvedli, že si nepamatují jméno organizace (označeno jako X, 7%) a jeden uvedl kurz vedený IPPP (konkrétně v Modrém klíči, v roce 2001, zahraniční lektori Fons Bertels a Luk Bekaert).

<b>Tabulka č. 4. (k otázce č. 5.)</b>		
<b>typ odpovědi</b>	<b>počet respondentů</b>	<b>%</b>
IBS	27	90%
IPPP	1	3%
X	2	7%

**Graf č. 4. (κ otázce č.**

**• IBS • IPP • X**

7 %

**Otázka č. 6. : U kterých typů klientů (diagnóz) Vašeho zařízení uplatňujete v péči prvky konceptu BS?**

Otázka č. 6. se byla zaměřena na diagnózy žáků/klientů, u kterých se v péči uplatňují prvky konceptu bazální stimulace. Odpovědi nebylo možné graficky zpracovat, proto uvádím z odpovědí respondentů výčet diagnóz.

<b>Tabulka č. 5. (k otázce č. 6.)</b>	
<b>Výčet diagnóz</b>	
DMO	33
Těžké MP	11
Mentální postižení	2
Poúrazové stavy	5
PAS	9
Hluchoslepota	1
Zrakové postižení	1
Sluchové postižení	1
Downův syndrom	1
Rettův syndrom	1
Apalický syndrom	2
Epilepsie	3
Centrální paréza	1
Hyperaktivita	2
Svalová onemocnění	1
Leukodystrofie	1
Mitochondriální porucha	1

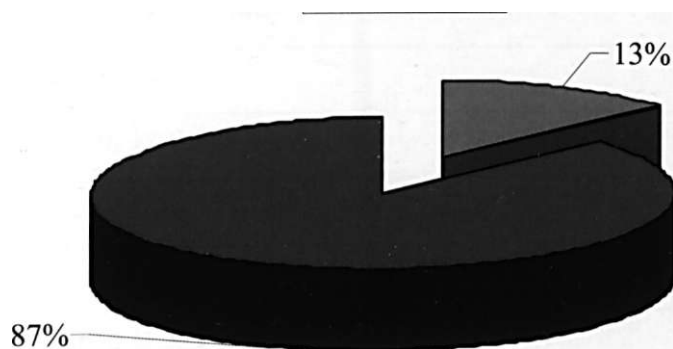
### Otázka č.7. : Jsou prvky konceptu BS zaintegrovány do IVP klientů?

Otázka č. 7. se zabývala oblastí individuálního vzdělávacího programu. Zjišťovala jestli mají žáci/klienti do IVP zaintegrovány jednotlivé prvky bazální stimulace. Z odpovědí bylo 39 (87%) kladných a 6 (13%) záporných.

<b>Tabulka č. 6. (k otázce č. 7.): IVP program žáků s těžkým postižením</b>		
<b>typ odpovědi</b>	<b>počet respondentů</b>	<b>%</b>
ano	39	87%
ne	6	13%

**Graf č. 6. (k otázce č. 7.)**

• NE • ANO





**Otázka č. 8. : Pokud ano, uveďte prosím příklad jakým způsobem.**

Otázka č. 8. zjišťovala konkrétní vyjádření jakým způsobem jsou techniky a jednotlivé prvky bazální stimulace uvedeny v individuálním vzdělávacím plánu. Odpovědi nebylo možné graficky zpracovat, proto uvádím z odpovědí respondentů výčet způsobů.

<b>Tabulka č. 7. (k otázce č. 8.)</b>	
<b>výčet formulací z IVP</b>	
využití při logopedii	1
využití při Rehabilitační tělesné výchově	8
využití při Smyslové výchově	6
využití při nácviku sebeobsluhy	13
polohování	13
orální stimulace	9
masáž stimulující dýchání	9
vibrační stimulace	6
celková tělesná koupel	3
iniciální dotek	3
houpání	1
celkový přístup k uživatelům	2
jsme ve fázi hledání	2
masáže končetin	6
vestibulární stimulace	3
zraková stimulace	2
sluchová stimulace	2
taktilně-haptická stimulace	4

míčkování	1
v podobě konkrétních úkolů	3
spolupráce jednotlivých týmů	1
polohování při canisterapii	1
pro aktivizaci před nějakou činností	1
při hygieně	2
při muzikoterapii	2
vířivka	1
čichová stimulace	2
chuťová stimulace	2
ve všech předmětech	2
využití snoezelenu	1
vodní postel	1

## 7. 2 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit jakým způsobem a jakými profesemi v oblasti speciálně pedagogické péče je využíván koncept bazální stimulace u žáků s těžkým postižením a více vadami. Dílčím cílem bylo zjistit zda a jak jsou prvky konceptu bazální stimulace zapojeny do individuálního vzdělávacího plánu žáka.

### 1. hypotéza

**S konceptem Bazální stimulace® v oblasti péče a vzdělávání člověka s těžkým postižením nejčastěji pracuje speciální pedagog.**

K této hypotéze se vztahovala první otázka v dotazníku.

Pro distribuci dotazníku nebylo jasně definováno, kdo má dotazník vyplnit, byl určený pro všechny profese, které se v daném zařízení podílí na komplexní péči o jedince s těžkým postižením. V odpovědích se proto vyskytuje velká rozmanitost profesí (osobní asistent, asistent pedagoga, vychovatelé, psychologka).

Vzhledem k tomu, že byl dotazník rozdáván a rozeslán z větší části do mateřských a základních speciálních škol, nejčastěji ho vyplnili učitelé (18). Očekávání, že bude odpovídat nejvíce speciálních pedagogů (7) se tedy nesplnilo. V doplňujících instrukcích pro vyplnění dotazníku (průvodní dopis k dotazníku, viz. příloha č. 2.) bylo uvedeno: pokud jste povoláním speciální pedagog uveďte to prosím do možnosti ť) jiné.

Do komplexní péče pro jedince s těžkým postižením patří terapie různého směru - i v těchto terapiích jsou využívány prvky konceptu bazální stimulace. V první otázce dotazníku byla k výběru odpovědi možnost fyzioterapeut (3) a ergoterapeut (1). Pro výzkum se bohužel nepodařilo sehnat ani jednoho logopeda.

V některých zařízeních pro jedince s těžkým postižením je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu zajištěna také péče zdravotních sester (3).

## **2. hypotéza**

**Informace o konceptu Bazální stimulace® získávají pracovníci nejčastěji od svých kolegů v zaměstnání.**

K této hypotéze se vztahovala druhá otázka dotazníku.

Zařízení se zaměřením na péči o jedince s těžkým postižením nabízí svým zaměstnancům vzdělávací kurzy a výcviky v oblasti různých terapií. Většina zaměstnanců v oblasti školství a sociální péče je pozitivně motivována a kurzy a výcviky aktivně vyhledává, popřípadě si doplňuje kvalifikaci, pro zvyšování nabídky kvalitních služeb klientům.

Nejvíce respondentů (25) uvádělo, že se o konceptu bazální stimulace dozvědělo v zaměstnání, od kolegů. Hypotéza se tedy potvrdila.

Na druhém místě byla uváděna možnost získání informace při studiu vysoké nebo vyšší odborné školy (8). Se studiem vysoké nebo vyšší odborné školy souvisí také práce s odbornou literaturou (5) a vyhledávání internetových zdrojů (2). V současné době je téma konceptu bazální stimulace zpracováváno ve spoustě odborných titulů v oblasti ošetřovatelství i speciálněpedagogické péče. Dva respondenti uvedli, že se o konceptu dozvěděli na kurzu bazální stimulace, ale je možné, že určité informace o konceptu již měli, než ho navštívili.

### **3. hypotéza**

**Nadpoloviční většina dotazovaných osob, které pracují v oblasti péče a vzdělávání člověka s těžkým postižením, absolvovala alespoň základní kurz Bazální stimulace®.**

K této hypotéze se vztahovala třetí a čtvrtá otázka dotazníku.

V dnešní době je koncept bazální stimulace poměrně rozšířen a hojně využíván právě v péči o klienty s těžkým postižením a kombinovanými vadami. Pro správnou aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace® do péče nebo vzdělávání jedinců s těžkým postižením je nutné získat osvědčení o absolvování základního, a poté nástavbového kurzu Bazální stimulace®. V České republice nabízí vzdělávání v oblasti Bazální stimulace® Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku, který poskytuje záruku kvality certifikovaných vzdělávacích seminářů. Mezi základním a nástavbovým kurzem by měla být pauza trvající alespoň tři měsíce (popis oblasti vzdělávání je nastíněn v kapitole 1.3.2) Absolventi kurzů od Institutu Bazální stimulace® obdrží certifikát platný v celé Evropské unii.

Ze 45 zúčastněných respondentů jich 30 absolvovalo kurz základní. Z množství 30 osob uvedli pouze čtyři dokončený nástavbový kurz v konceptu Bazální stimulace®.

### **4. hypotéza**

**V 70% se na vedení kurzů podílel Institut Bazální stimulace.**

K této hypotéze se vztahovala pátá otázka dotazníku.

V České republice jsou certifikované kurzy Bazální stimulace® pořádané lektorkou PhDr. Karolínou Friedlovou, která v roce 2005 Institut Bazální stimulace založila. Absolventi kurzů od Institutu Bazální stimulace obdrží certifikát platný v celé Evropské unii.

Hypotéza se potvrdila, celkem 27 respondentů uvedlo, že navštívili právě kurz Institutu. Jako lektorky kurzu konceptu Bazální stimulace® byly nejčastěji uváděny PhDr. Friedlová a Ing. Richterová.

Jeden respondent uvedl jako organizátora kurzu IPPP, v roce 2001. Dvě z dotazovaných osob si bohužel jméno nepamatovali.

## **5. hypotéza**

**Prvky konceptu Bazální stimulace® jsou uplatňovány nejčastěji u diagnózy těžká a hluboká mentální retardace.**

K této hypotéze se vztahovala šestá otázka dotazníku.

Prof. Andreas Fröhlich vyvinul koncept Bazální stimulace® původně pro jedince s těžkým postižením. Bylo tedy pravděpodobné, že prvky konceptu Bazální stimulace® dle odpovědí respondentů budou uplatňovány v péči především u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Jako nejčastější diagnóza, u které uplatňují dotazovaní pracovníci koncept bazální stimulace byla uváděna dětská mozková obrna, a to ve 33 případech. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Těžké mentální postižení bylo zmíněno jedenáctkrát.

Vícekrát se objevovala také diagnóza porucha autistického spektra (9), porážkové stavy (5), apalický syndrom (2), epilepsie (3) a hyperaktivita (2).

## **6. hypotéza**

**Prvky konceptu Bazální stimulace® jsou zaintegrovány v individuálním vzdělávacím plánu jedinců s těžkým postižením.**

Tato hypotéza byla stanovena k sedmé otázce dotazníku.

Vzhledem k tomu, že děti s těžkým postižením a kombinovanými vadami mají specifické potřeby v oblasti vzdělávání, je pro ně nejvhodnější individuální přístup personálu. Ve vzdělávání, ale také při výchovné

činnosti, je týmem odborníků vypracován tzv. individuální vzdělávací (výchovní) plán.

Z celkového počtu 45 respondentů jich 39 uvedlo kladnou odpověď. Hypotéza se tedy potvrdila.

**K otevřené otázce č. 8.** nebyla hypotéza stanovena, vzhledem k výčtu specifických odpovědí. Ačkoli byly po respondentech požadovány konkrétní odpovědi, někteří se vyjadřovali příliš obecně. Jednotlivé formulace odpovědí jsou rozděleny do několika okruhů.

- **využívání konkrétních stimulací**

Nejčastěji se objevovala orální stimulace (9), vibrační stimulace (6), taktilně-haptická stimulace (4), vestibulární stimulace (3) a stimulace auditivní (2).

- **využívání jednotlivých prvků konceptu Bazální stimulace®**

Nejvíce využívaným prvkem somatické stimulace bylo polohování (13), masáž stimulující dýchání (9), masáže končetin (6), celková tělesná koupel (3), iniciální dotek (3) a míčkování (1). Objevila se také stimulace vestibulární - houpání (1) a vibrační - vodní postel (1), vířivka (1).

- **využívání Bazální stimulace® ve speciálně-pedagogických terapiích**

Po jedné odpovědi byla zmíněna logopedie, muzikoterapie, snoezelen a polohování při canisterapii.

- **využívání konceptu Bazální stimulace® v oblasti vzdělávání**

Vzhledem k tomu, že dotazník vyplňovala většina pedagogických pracovníků, zmiňovali využití konceptu bazální stimulace právě v předmětech rehabilitační tělesné výchovy (6), při smyslové výchově (6) a při nácviku sebeobsluhy (13). Jeden respondent uvedl využití konceptu ve všech předmětech.

- nspecifikované odpovědi

Několik respondentů přesně neurčilo stimulaci nebo prvek bazální stimulace. Ve svých odpovědích se vyjadřovali spíše obecně. Nejčastěji se objevovala odpověď, že je bazální stimulace uvedena v IVP v podobě konkrétních úkolů (3). Byl uváděn také celkový přístup k uživatelům (2), nebo že fáze hledání vhodného využití konceptu (2). Po jedné možnosti se objevila aktivizace před nějakou činností a spolupráce jednotlivých týmů žáka (kooperace školy, ergoterapie, logopedie, fyzioterapie a výchovné činnosti).



### 7. 3. Závěry výzkumu

#### **Z uvedených poznatků lze vyvodit následující závěry:**

V konceptu Bazální stimulace® je k jedincům s těžkým postižením přistupováno holistickým způsobem. Aplikaci konceptu lze tedy uplatňovat během celého dne, není přesně stanovené množství nabízených podnětů, ani čas a doba trvání stimulace. Na prvním místě stojí klient a jeho aktuální stav. Používání jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace® v péči o osoby s těžkým postižením není výsadou pouze speciálního pedagoga, koncept Bazální stimulace® mohou s klientem využívat i ostatní, kteří se pohybují v jeho bezprostředním okolí - tj. asistent pedagoga, vychovatel, osobní asistent.

Své opodstatněné uplatnění nachází koncept Bazální stimulace® i v oblasti ergoterapie, fyzioterapie, logopedie a jiných speciálněpedagogických terapií. Pro poskytování kvalitní a profesionální péče je samozřejmě nutnost, aby pracovníci těchto oblastí absolvovali základní i nástavbový kurz Bazální stimulace®.

Mnoho vědeckých studií dokazuje, že koncept Bazální stimulace® stojí na vědeckých základech a na snaze poskytnout co nejlepší péči na profesionální úrovni.

Koncept Bazální stimulace® není metodou s přesně určeným postupem vykonávání. Koncept se v průběhu let mění, přizpůsobuje se individuálním potřebám klientů, začíná se prolínat s dalšími podpůrnými terapiemi, nebo využívá jejich prvky (canisterapie, muzikoterapie, kinestetika, aromaterapie, snoezelen apod.).

Cílem není jen pouhé nabízení podnětů, ale skutečná podpora vnímání, která jedinci s těžkým postižením přináší příjemný zážitek a v pozitivním směru ovlivňuje jeho život. Podněty jsou nabízeny tak, aby podpořili

aktivní zapojení samotného klienta. Podněty by měly vyplynout přirozeně v dané situaci, při velkém množství podnětů by u klienta mohlo dojít k přestimulování. Důležité je vždy sledovat reakce klienta.

### **Doporučení pro budoucí praxi:**

- **zvýšit informovanost o konceptu Bazální stimulace®**

K rozšíření informovanosti o konceptu Bazální stimulace® by přispělo širší začlenění okruhu osob s těžkým postižením a kombinovanými vadami do vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů, psychologů, a podobně zaměřených profesí v podobě semestrálního kurzu (např. v psychopedii - vzdělávání a péče o jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením, v somatopedii - vzdělávání a péče o jedince s těžkým tělesným postižením a kombinovanými vadami).

- **zvýšit možnost získání kvalifikace v konceptu Bazální stimulace®**

Jednotlivá pracoviště v oblasti speciálně-pedagogické péče nabízejí svým zaměstnancům vzdělávací kurzy, které zvyšují jejich odbornost. K rozšíření možnosti získání kvalifikace v konceptu Bazální stimulace® by vedlo rozšíření nabídky kurzů Bazální stimulace®.

- **zapojit koncept Bazální stimulace® do běžného vyučovacího procesu**

Koncept bazální stimulace je potřeba začlenit do běžné výuky ve škole. Jednotlivé prvky konceptu Bazální stimulace® by neměly být vytrženy z kontextu, ale měly by vyplynout přirozeně ze situace.

Prvky konceptu Bazální stimulace® lze zakomponovat do různých předmětů - Rozumová výchova, Smyslová výchova (olfaktorická stimulace, orální stimulace), Hudební výchova (auditivní stimulace),

Výtvarná výchova (taktilně-haptická stimulace) i do volnočasových aktivit  
- pro zklidnění, relaxaci během dne.

- **zapojit koncept Bazální stimulace® do péče v domácím prostředí**

Vhodná je integrace nejbližších příbuzných, především rodičů, do péče v konceptu a alespoň zaučení v jednotlivých technikách, které mohou dítěti s těžkým postižením a kombinovanými vadami poskytovat v domácím prostředí.

- **vypracovávání podrobných biografických anamnéz pro žáky**

Kvalitní biografická anamnéza přináší dostatek informací o žákovi nebo klientovi s těžkým postižením a kombinovanými vadami. Na základě této biografie, především získané z informací rodičů, lze pracovat tak, aby byl žák spokojený, připravený přijímat nové podněty. Biografická anamnéza může být součástí individuálního vzdělávacího plánu.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce a výzkumného šetření bylo představit koncept Bazální stimulace® jako jednu z možností podpory rozvoje člověka s těžkým postižením.

Z výzkumné části vyplynulo, že koncept bazální stimulace má své místo ve speciálně-pedagogické péči, zvláště v okruhu péče o osoby s těžkým postižením a kombinovanými vadami, ale také v oblasti vzdělávání a terapie. Koncept Bazální stimulace® je zaintegrovan v podobě jednotlivých prvků do individuálních vzdělávacích plánů.

Člověk každý den prožívá prostřednictvím smyslů mnoho podnětů, které si vlastně ani sám neuvědomuje - vidí, slyší, cítí, ochutnává, sám se pohybuje - prožívá tak různé situace. Těžké postižení pro člověka znamená omezení možností téměř ve všech oblastech jeho života - např. ve vzdělávání, vnímání a komunikaci s okolím, ale především má omezený pohyb a tím jsou redukovány i zkušenosti, které může během dne získat. Vnímání světa u člověka s těžkým postižením je vázáno na zkušenosti s jeho vlastním tělem.

Koncept Bazální stimulace® umožňuje lidem s těžkým postižením vývoj primárního vnímání, prostřednictvím nabízených podnětů a jednotlivých prvků konceptu působí na celkový rozvoj osobnosti. Koncept Bazální stimulace® nedokáže odstranit příčinu těžkého postižení, ale pomáhá zmírnit jeho následky a pozitivním směru ovlivňuje kvalitu života člověka s těžkým postižením a kombinovanými vadami.

## **PŘEHLED POUŽITÝCH GRAFŮ A TABULEK**

Tab. č. 1.

Tab. č. 2.

Tab. č. 3.

Tab. č. 4.

Tab. č. 5.

Tab. č. 6.

Tab. č. 7.

Grafč. 1.

Grafč. 2.

Grafč. 3.

Grafč. 4.

Grafč. 5.

Obr. 1.

Obr. 2.

Obr. 3.

## **PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK**

<b>BS</b>	bazální stimulace
<b>IVP</b>	individuální vzdělávací plán
<b>SPC</b>	speciálně-pedagogické centrum
<b>PPP</b>	pedagogicko-psychologická poradna
<b>DMO</b>	dětská mozková obrna
<b>MSD</b>	masáž stimulující dýchání
<b>IBS</b>	Institut Bazální stimulace
<b>MŠ</b>	mateřská škola
<b>JÚŠ</b>	Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
atd.	a tak dále
apod.	a tak podobně
např.	například
popř.	popřípadě
tj.	to je

## PŘEHLED LITERATURY

### Seznam prostudované literatury:

ATKINSON, R. L. , a kol. : *Psychologie*, Praha: Portál, s. r. o. , 2003, ISBN 80-7178-640-3.

BENDOVA, P. : *Komunikace osob s kombinovanými vadami*, (s. 15 - 24)  
in LUDIKOVA, L. : *Kombinované vady*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, ISBN 80-244-1154-7.

ČÁP, J. , MAREŠ, J. : *Psychologie pro učitele*, Praha: Portál s. r. o. ,2001, ISBN 80-7178-463-X.

EDELSBERGER, L. (a kol.): *Defektologický slovník*, Jinočany: H a H, 2000, ISBN 80-86022-76-5.

FISCHER, S. , SKODA, J. : *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*, Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRIEDLOVÁ, K. : Bazální stimulace, *SESTRA*, 2000, vol. X, č. 5, s. 6 - 8, ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, K. : *Bazální stimulace*, Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí, Olomouc: 2000,s. 24 - 26, ISBN 80-86257-21-5.

FRIEDLOVÁ, K. : *Bazální stimulace, pojetí konceptu*, Sborník multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství, Olomouc: 2002, s. 80 - 83. ISBN 80-247-0536-2.

FRIEDLOVA, K. : *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství, 1. a 2. díl*, Frýdek - Místek: INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE , 2006, 2. vydání. ISBN 80-239-613-2.

FRIEDLOVA, K. : *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace®*, Frýdek-Místek: INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2003.

FRIEDLOVÁ, K. : *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace®*, Frýdek - Místek: IBS, 2004.

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

JANOŮŠEK, J. : *Sociální komunikace*, (s.217-230) in VÝROST, J. , SLAMĚNÍK, I. (eds.): *Sociální psychologie*, 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN 978-80-247-1428-8.

KASSIN, S. : *Psychologie*, Brno: Computer Press, a. s. , 2007, ISBN 978-80-251-1716-3.

KAPRÁLEK, K. , BĚLECKÝ, Z. : *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*, Praha: Portál, s. r. o. , 2004, ISBN 80-7178-887-2.

KOLEKTIV AUTORŮ: *Cesta k humánnímu ošetrovatelství, Sborník Historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*, Frýdek-Místek: IBS, 2007, ISBN 978-80-254-0757-8.

KOUKOLÍK, F. : *Lidský mozek*, Praha: Portál, s. r. o. , 2002, ISBN 80-7178-632-2.



LANGMEIER, J. , KREJČÍŘOVÁ, D. : *Vývojová psychologie*, Praha: Grada Publishing, a. s., 1998, ISBN 80-7164-195-X.

*LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD* (s. 69) in kol. autorů (eds.): *Práva dítěte v dokumentech*, Praha: Odbor prevence kriminality Ministerstva vnitra ve spolupráci s českou sekcí DCI a FOD, 1998, ISBN 80-8521-56-7.

LUDIKOVA, L. : *Kombinované vady*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, ISBN 80-244-1154-7.

MACHOVÁ, J. : *Biologie člověka pro speciální pedagogy*, Praha: Karolinum, 1994, ISBN 80-7066-980-2.

MERTIN, V. : *Individuální vzdělávací program*, Praha: Portál, s. r. o. , 1994, ISBN 80-7178-033-4.

*MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE*, Duševní poruchy a poruchy chování, WHO, Ženeva, Praha: Psychiatrické centrum.

MÚLLER, O. , VALENTA, M. : *Psychopedie*, Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

OPATŘJLOVÁ, D. : *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*, Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta - Katedra speciální pedagogiky, 2005, ISBN 80-210-3819-5.

PIAGET, J. : *Psychologie dítěte*, Praha: Portál, s. r. o. , 1997, ISBN 978-80-7367-263-8.

PIPEKOVÁ, J. , VÍTKOVÁ, M. (ed.) : *Terapie ve speciálněpedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-7.

PIPEKOVÁ, J. : *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-65-6.

PRŮCHA, J. , WALTEROVÁ, E. , MAREŠ, J. : *Pedagogický slovník*, Praha: Portál, s. r. o. , 4. aktualizované vydání, 2008, ISBN 978-80-7367-416-8.

RENOTIÉROVÁ, M. , LUDÍKOVÁ, L. : *Speciální pedagogika*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, ISBN 80-244-1475-9.

SILLAMY, N. : *Psychologický slovník*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. české vydání, 2001, ISBN 80-244-0249-1.

SLOWÍK, J. : *Speciální pedagogika*, Praha: Grada Publishing, a. s. , 2007, ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, M. : *Nárys speciální pedagogiky*, 5. upravené vydání, Praha: SPN 1983, č. 06-40-13-5.

ŠMARDA, J. a kol. : *Biologie pro psychology a pedagogy*, Praha: Portál, s. r. o., 2007, ISBN 978-80-7376-343-7.

SMERALOVÁ, L. : *Využití konceptu bazální stimulace u osob s těžkým postižením a více vadami*. Bakalářská práce, konzultant prof. PhDr. Marie Vítková, Csc. , Brno: Masarykova univerzita, Katedra speciální pedagogiky, 2006.

ŠVARCOVÁ, I. , VÍTKOVÁ, M. : *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením III. Právo na vzdělávání. Kurikulární aspekty podpory*, Praha: IPPP ČR, 2001.

VÍTKOVA, M. : *Somatopedické aspekty*, Brno: Paido, 2006, 2. rozšířené a přepracované vydání, ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVA, M. (ed.) : *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*, 2. rozšířené a přepracované vydání, Brno: Paido, 2004, ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVA, M. : *Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a svíce vadami*, (s. 223 - 251) in MÜLLER, O. : *Terapie ve speciální pedagogice, Teorie a metodika*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, ISBN 80-244-1075-3.

VÍTKOVÁ, M.: *Podpora a vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*, Praha: IPPP ČR, 2001.

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

VÁGNEROVÁ, M. : *Základy psychologie*, Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0841-3.

ZELINKOVA, O. : *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací plán. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*, Praha: Portál, s. r. o. , 2001, ISBN 80-7178-544-X.

### **Zákony a vyhlášky:**

Zákon MŠMT 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání a jiném vzdělávání (Školský zákon) ze dne 24. 9. 2004.

Vyhláška MŠMT 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ze dne 9. února 2005.

Vyhláška MŠMT 62/2005 kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb. , ze dne 19. března 2007.

Vyhláška MŠMT 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ze dne 9. února 2005.

### **Elektronické zdroje:**

[www.csoostrava.cz](http://www.csoostrava.cz)

[www.benjamin.cz](http://www.benjamin.cz)

[www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)

[www.maxim-zdr.cz](http://www.maxim-zdr.cz)

FRIEDLOVÁ, K. : *Co je bazální stimulace /online/*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

[www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php) [cit. 2008-08-11])

### **Seznam prostudované cizojazyčné literatury:**

BÜRLI, A. : *Basale Stimulation Rückblick auf ihre Entwicklung* (s. 449 - 454) in *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 57. Jahrgang. Würzburg: Verband Sonderpädagogik e. V., 2006. ISSN 0513-9066.

BIENSTEIN, CH. , FRÖHLICH, A. : *Basale Stimulation in der Pflege, die Grundlagen*. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, Gmbh, 2003. ISBN 3-7800-4001-8.

NYDAHL, P. , BARTOSZEK, G. (Hrsg.) : *Basale Stimulation. Neue Wege in der Intensivpflege*. Berlin: Ullstein-Moby, 1997. ISBN 3-86126-612-1.

### **Elektronické cizojazyčné zdroje:**

*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Ženeva: WHO, 2001.

(Dostupné z World Wide Web:

[www.who-int./classifications/icf](http://www.who-int./classifications/icf) [2008-02-16])

FRÖHLICH, A. : *Basale Stimulation /online/*. Stuttgart: International Förderverein Basale Stimulation® e. V., 2004.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale-stimulation.de/Paedagogik/paedagogik-ol/BA05.HTM> [cit. 2008-09-11])

SCHEIDT, CH. : *Konzepte der Förderung Schwerstbehinderter in der derzeitigen sonderpädagogischen Diskussion /online/*. Stuttgart: International Förderverein Basale Stimulation® e. V., 2004.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale-stimulation.de/Paedagogik/paedagogik-ol/BA02.HTM> [cit. 2008-10-30])

BIENSTEIN, CH. , FRÖHLICH, A. : *Basale Stimulation® (Pädagogik) und Basale Stimulation® in der Pflege - Entstehungsgeschichte* /online/. Stuttgart: International Förderverein Basale Stimulation® e. V., 2004.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basalestimulation.de/Allgemein/index.php?lang=de> [cit. 2008-08-25])

RANNEGGER, J. : *Basale Stimulation in der Pflege* /online/. Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale.at/svstem/anypage/index.php?opnparams^DTVbawZnC2o> [cit. 2008-09-25])

RANNEGGER, J. : *Kornährenfeld - Übung® (KÄF-Ü®)*, Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

[www.basale.at/svstem/anvpage/index.php?opnparams-Vm5VZOZnBmOBPg](http://www.basale.at/svstem/anvpage/index.php?opnparams-Vm5VZOZnBmOBPg) [cit. 2008-09-25])

RANNEGGER, J. : *Wahrnehmung* /online/. Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale.at/system/anypage/index.php?opnparams=BDxSYgFgAmU#> [cit. 2008-09-25])

RANNEGGER, J. : *Somatische Wahrnehmung* /online/. Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale.at/svstem/anvpage/index.php?opnparams-UGhVZOdmUDY> [cit. 2008-09-25])

RANNEGGER, J. : *Somatische Stimulation!* /online/. Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale.at/svstem/anypage/index.php?opnparams^U2tSYgR1B2M#>

[cit. 2008-09-25])

RANNEGGER, J. : *Das Gleichgewichtssystem* /online/. Schwanberg: © by Johann Rannegger, 2007.

(Dostupné z World Wide Web:

<http://www.basale.at/svstem/anypage/index.php?opnparams=AztSY1MvC2A>

[cit. 2008-09-25])

## **PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh:**

- 1. Dotazník**
- 2. Průvodní dopis k dotazníku**
- 3. Informovaný souhlas ke kazuistice**
- 4. Originální osvědčení o absolvování základního kurzu BS**
- 5. Fotografie pomůcek využívaných v konceptu BS:**
  - foto a) Pomůcky pro vibrační stimulaci
  - foto b) Pomůcka pro auditivní stimulaci
  - foto c) Pomůcky pro polohování
  - foto d) Pomůcky pro olfaktorickou stimulaci
  - foto e) Pomůcky pro taktilně-haptickou stimulaci
  - foto f) Pomůcky pro optickou stimulaci
  - foto g) Pomůcka pro chuťovou stimulaci
  - foto h) Trampolína - pomůcka pro vestibulární a vibrační stimulaci
- 6. Příklady polohování (hnízdo a mumie)**
- 7. Způsob provádění MSD (Friedlová, 2003, s. 23)**



Příloha č. 1.

## **Dotazník**

### **Využití konceptu Bazální stimulace u člověka s postižením**

**1. Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

- b) fyzioterapeut
- c) ergoterapeut
- d) logoped
- e) učitel
- f) jiné (uveďte prosím jaké)

**2. Jak jste se dozvěděl/a o konceptu Bazální stimulace?**

**3. Absolvoval/a jste kurz Bazální stimulace?**

- a) ne
- b) ano

**4. Pokud ano, na jaké úrovni?**

- a) základní
- b) nástavbový

**5. U kterých typů klientů (diagnóza) Vašeho zařízení uplatňujete v péči prvky konceptu Bazální stimulace?**

**6. Jsou prvky konceptu Bazální stimulace zaintegrovány do IVP klientů?**

- a) ne
- b) ano

**7. Pokud ano, uveďte prosím příklad, jakým způsobem:**

Pozn. IVP = individuální vzdělávací plán

Příloha č. 2.

**Dobrý den,**

jmenuji se Tamara Vránová a jsem studentkou pátého ročníku oboru Speciální pedagogika - učitelství Pedagogické fakulty v Praze.

Cílem mé diplomové práce je popsat využití konceptu bazální stimulace u člověka s postižením.

Ráda bych Vás tímto dopisem poprosila o vyplnění krátkých dotazníků o bazální stimulaci a jejím zapojení do individuálního vzdělávacího plánu Vašich klientů.

Pro vyplnění dotazníků jsem zvolila zařízení, o kterých předpokládám, že v rámci rozsahu své péče využívají prvky tohoto konceptu, nebo o kterých vím, že byla v konceptu bazální stimulace proškolená.

**Pokud je to možné, prosím o navrácení dotazníků a mnohokrát děkuji za ochotu při jejich vyplňování.**

Tamara Vránová  
TVranova@centrum.cz

T. Vránová  
adresa

**Doplňující instrukce k vyplnění dotazníku:**

V otázce číslo 1.:

- pokud jste povoláním speciální pedagog uveďte to prosím do možnosti f) .

V otázce číslo 4.:

- prosím uveďte také instituci, od které byl kurz nebo seminář objednan (např. Institut Bazální stimulace apod.).

V otázce číslo 6.:

- zkratkou IVP je míněn individuální vzdělávací plán.

V otázce číslo 7.:

- buďte prosím konkrétní a uveďte jednotlivé činnosti.

Příloha č. 3.

**Souhlasím s uveřejněním a využitím osobních informací týkajících se mého dítěte:**

**...pro účel zpracování diplomové práce - Využití konceptu bazální stimulace u člověka s postižením.**

**Podpis:**

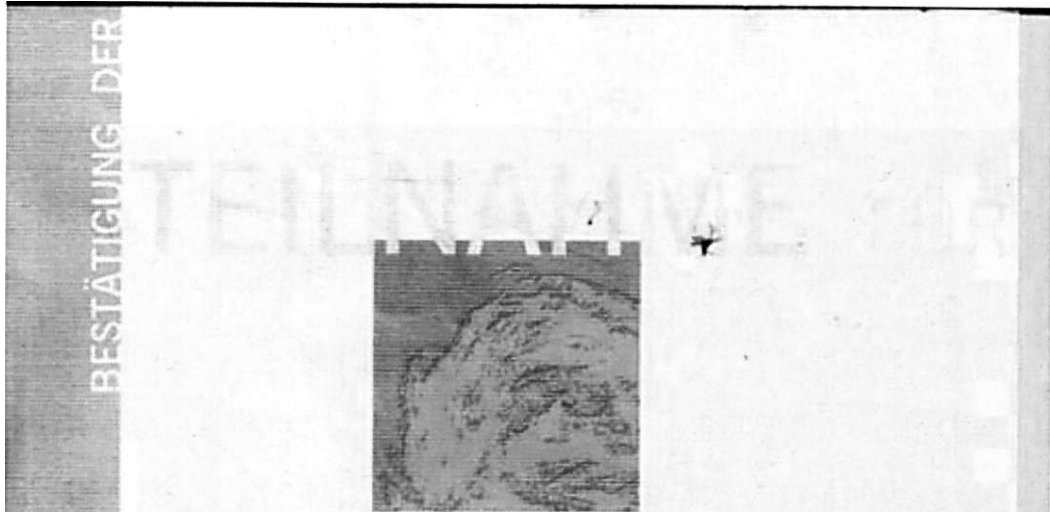
S osobními daty bude nakládáno podle Zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Z uveřejněných informacích bude využito křestní jméno dítěte, rok narození, informace týkající se jeho diagnózy, zdravotního stavu a různých oblastí péče, ve kterých se pracuje s konceptem bazální stimulace, tzn.:

- ergoterapie
- logopedie
- fyzioterapie
- psychoterapie
- výchova a vzdělávání.

Prosím také o vyjádření Vašeho názoru na koncept bazální stimulace, jak Vašemu dítěti pomáhá, učinilo nějaké pokroky, kterých jste si všiml/a atd.

Priloha c. 4.



BASALE STIMULATION  
IN DER PFLEGE  
**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®**  
IN DER PFLEGE

Ziklad™ symposium Bazální stimulace\*  
v ošicfwtelsW peö

*7ctmarcu yrcTnofcT, L ^ 9 \* 0*

VOR- UND ZUNAME / Jmino a pfi)menf

IN DER ZETT VON / V dooS od 6.6. BIS / do 8.6.2007

. UNTERRICHTSTUNDEN / C\*3 vyufavsdc hodi

DATUM / Datum 8.6.2007

£

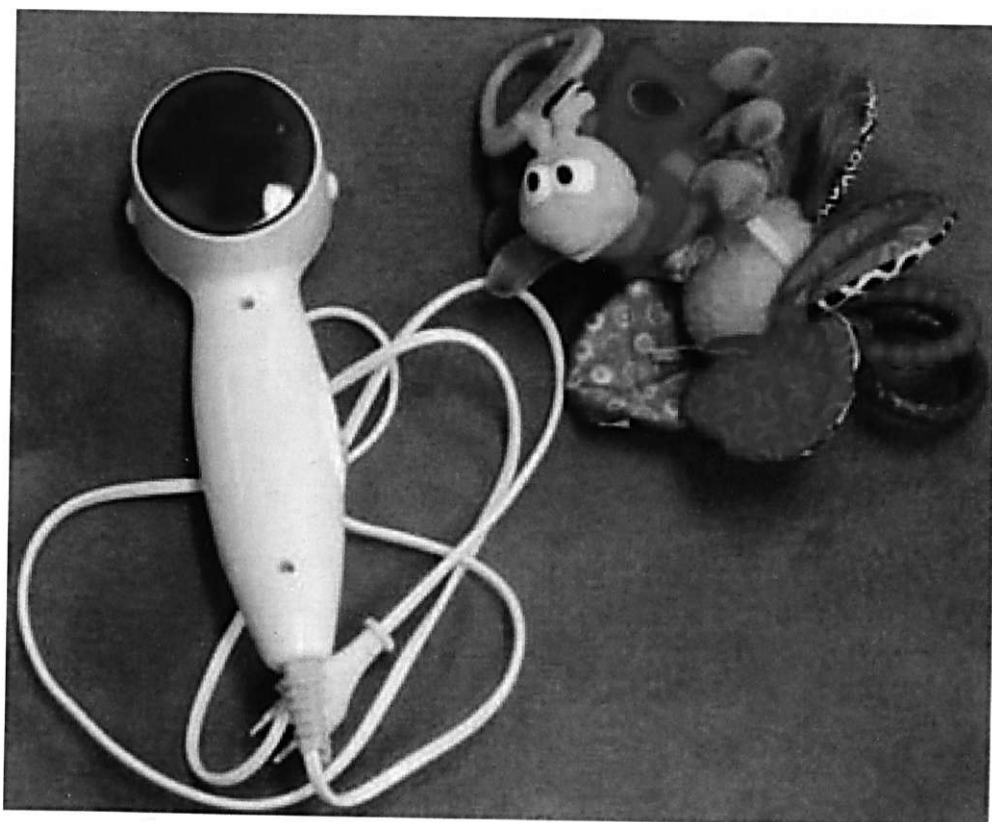
STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-OES KURSLEITERS / Risiko a podpls lektor»  
Mgr. Karotins Friedlovä, PraxistegMter Basafe Sömulaöon\* in der Prteq

Ott, Ha- tAS/MC/1329/2007  
JMBMO/

uct pastvnl

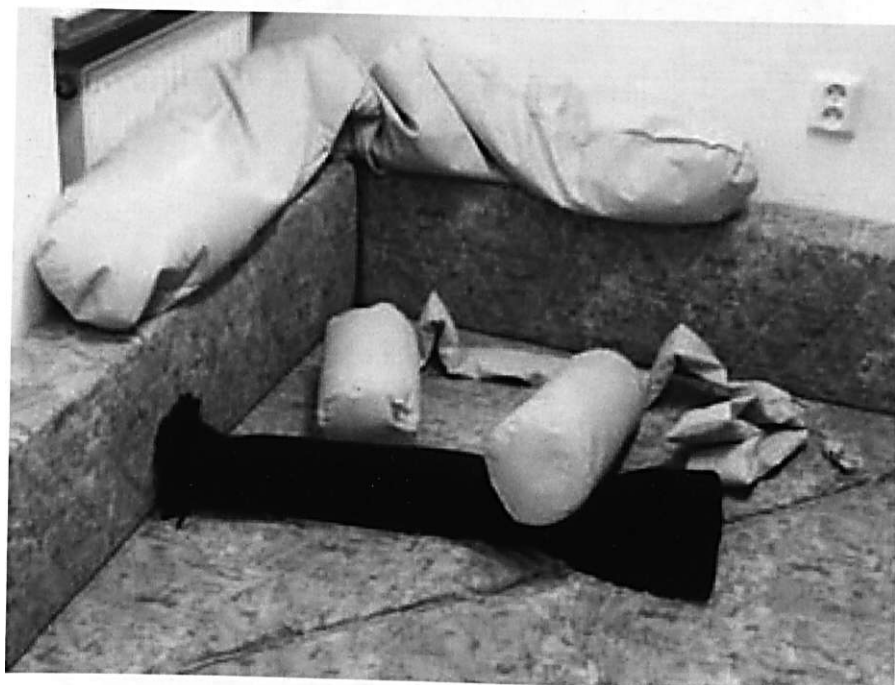
PM kmn: 9

Příloha č. 5. foto a)



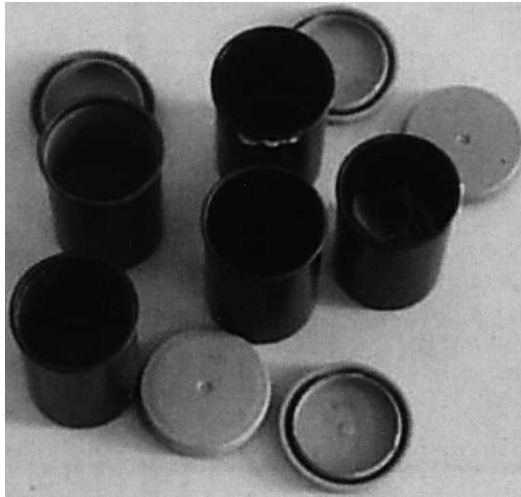


Příloha č. 144. foto a)



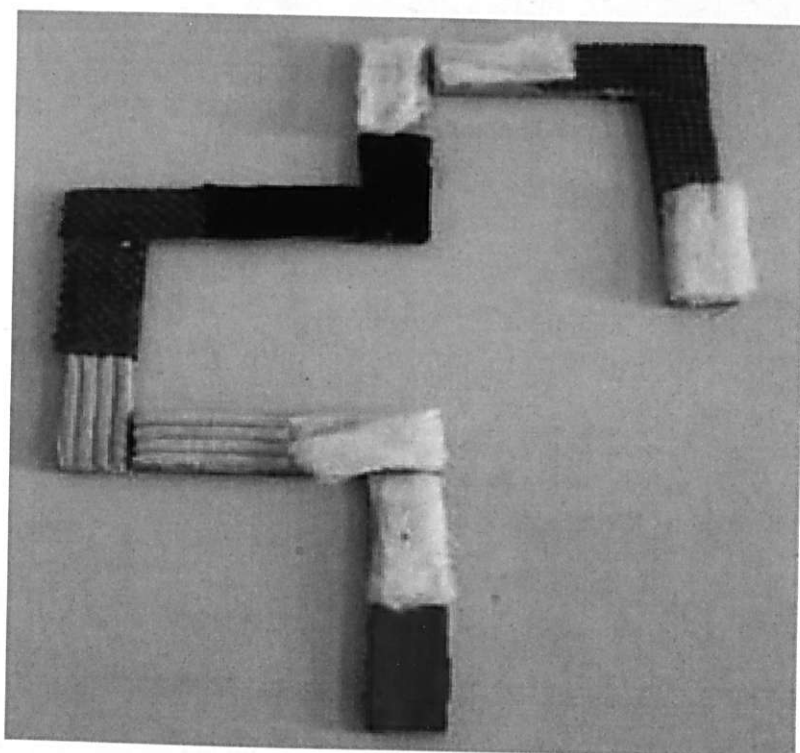
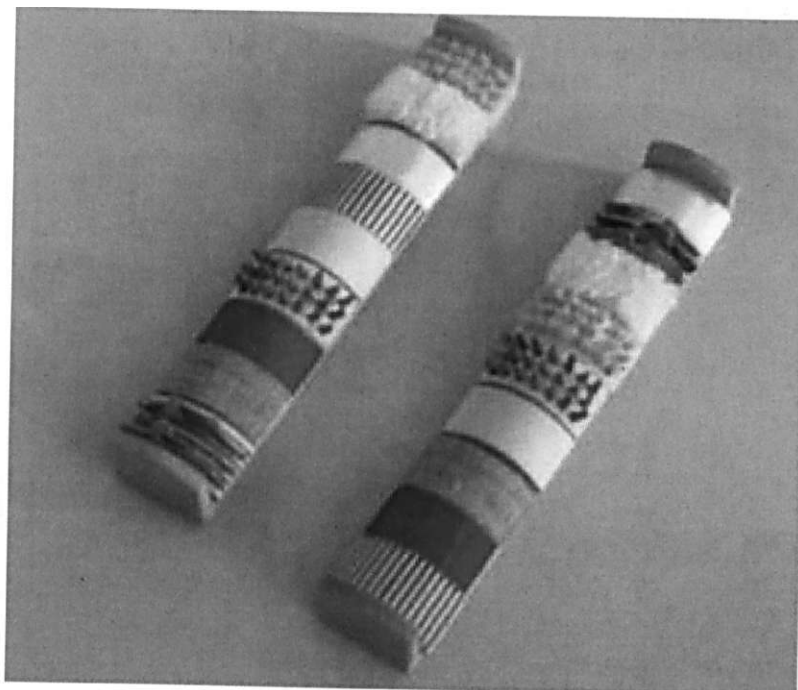


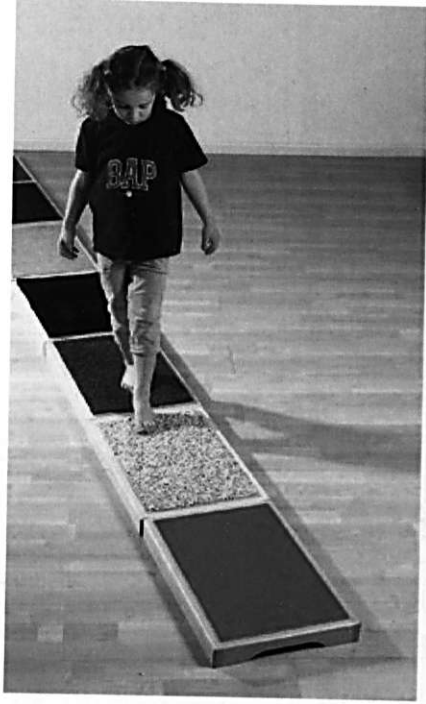
Příloha č. 145. foto a)



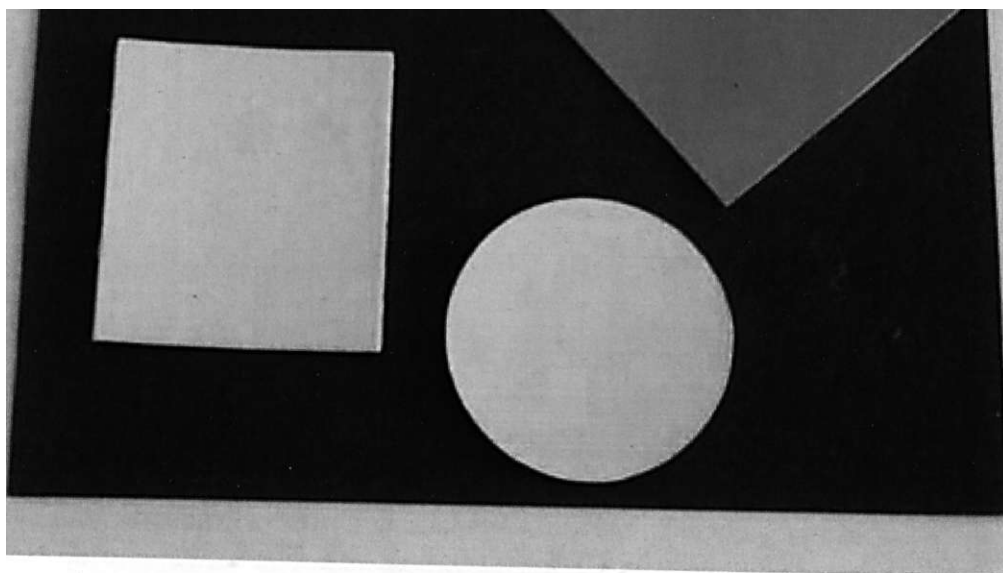
●	●   «	●
A	A   A	·
m	O	· O
*	*   1*	1*
W	·	·
	*	* m

Příloha č. 146. foto a)

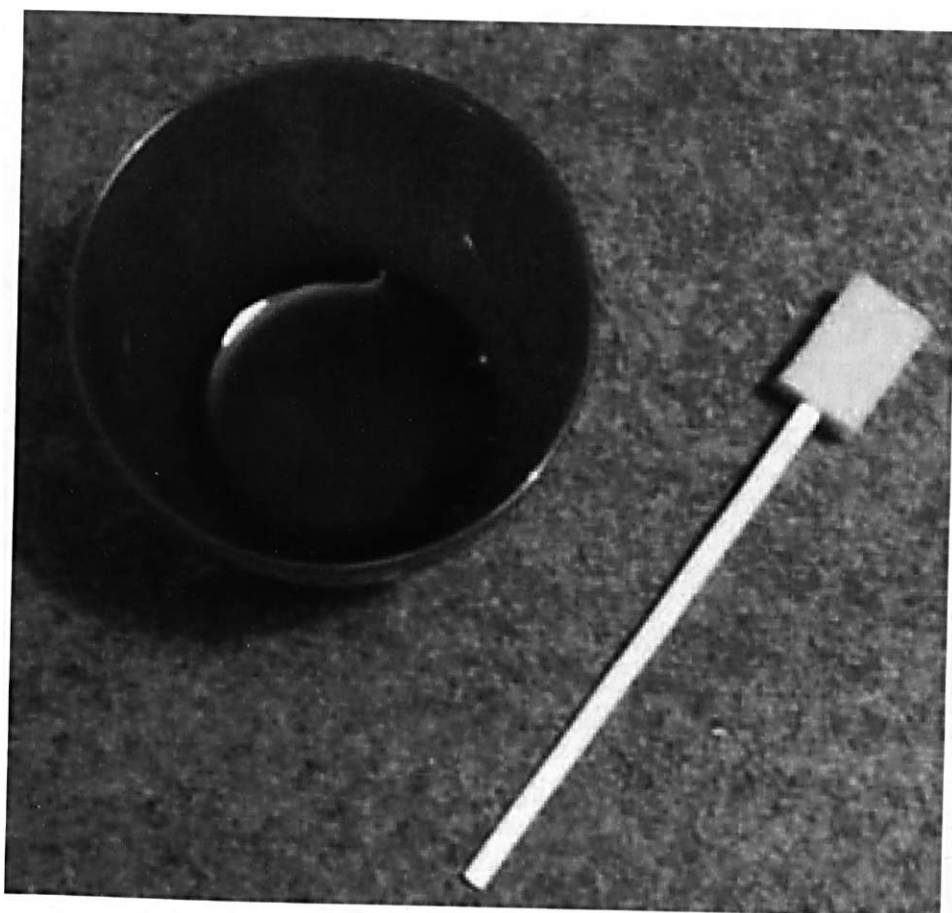




Příloha č. 148. foto a)



Příloha č. 149. foto a)



Příloha č. 5. foto a)

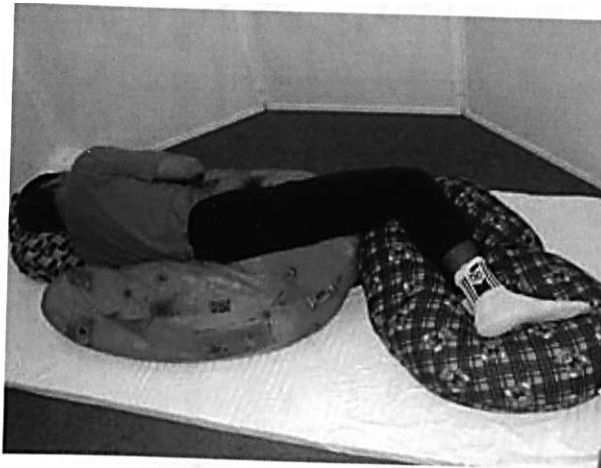


Příloha č. 6.

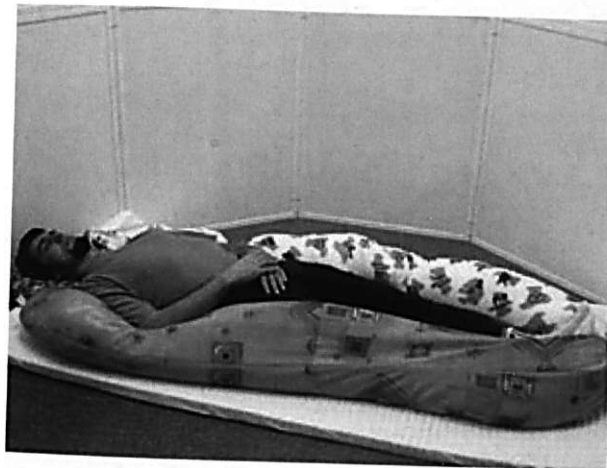
Poloha hnízdo



Poloha hnízda na boku



Poloha mumie



Příloha č. 7.

