

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

**Stimulace těžce postižených osob s využitím terapeutického konceptu
bazální stimulace**

Stimulation of severely disabled persons using the therapeutic concept
basal stimulation

Vypracovala: Jana Kaplanová

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

Praha 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Karlovy univerzity v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne 16.11.2010

Jana Kaplanová

.....

Poděkování:

Děkuji Doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za vedení bakalářské práce a za rady a připomínky, které mi při zpracování této práce poskytla.

V Praze dne 16.11.2010

Jana Kaplanová

Obsah:

Úvod	7
------	---

TEORETICKÁ ČÁST:

1. Těžké postižení	9
1.1 Pojem a definice těžkého postižení	9
1.2 Etiologie těžkého postižení	11
1.3 Rodina a těžce postižené dítě	12
1.4 Základní lidské potřeby	12
1.5 Nebezpečí, která mohou ovlivnit vývoj těžce postiženého dítěte	13
2. Bazální stimulace	15
2.1 Bazální stimulace – vysvětlení pojmu	15
2.2 Základní myšlenky konceptu bazální stimulace	16
2.3 Vývoj jedince	17
2.4 Vývoj bazální stimulace	20
2.5 Teoretické základy bazální stimulace	20
2.5.1 Neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina	21
2.5.2 Vývojově genetický přístup podle Piageta	21
2.5.3 Fyzioterapeutický model vývoje podle Bobath	22
2.5.4 Teorie o časných formách vlastního uvědomění podle Adlera	22
2.6 Komunikace	24
2.7 Dotek jako prostředek komunikace	24
3. Oblasti podpory	27
3.1 Somatická stimulace	27
3.2 Vibrační stimulace	29
3.3 Vestibulární stimulace	30
3.4 Optická stimulace	31
3.5 Auditivní stimulace	33
3.6 Orální stimulace	33
3.7 Čichová stimulace	34
3.8 Taktilně haptická stimulace	35

PRAKTICKÁ ČÁST:

4. Dotazníkové šetření	36
4.1 Místo dotazníkového šetření a jeho charakteristika	36
4.2 Popis dotazníkového šetření	37
4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření	38
4.4 Závěry šetření a doporučení pro praxi	48
Závěr	50
Seznam literatury a pramenů	51
Shrnutí	53
Summary	53
Seznam příloh	54

ÚVOD

V mé práci se zabývám konceptem bazální stimulace a jeho využitím při práci s lidmi s těžkým postižením. Poprvé jsem se seznámila s konceptem bazální stimulace při exkurzi v Integračním centru Zahrada v Praze 3, v roce 2005. Velice mě překvapilo, že aniž vím o této metodě práce, již s ní pracuji. Toto bylo také vodítkem pro výběr tématu mé bakalářské práce.

Od roku 2003 se věnuji aktivní výchovně vzdělávací práci s dětmi a mládeží s těžkým a kombinovaným postižením v Základní škole Sluneční 377 v Hostinném. Toto zařízení je právnickou osobou vykonávající činnost dvou školských zařízení: Základní škola (základní škola praktická) a Pomocná škola (základní škola speciální). Zde jsem zastávala funkci pedagoga v rehabilitační třídě, kde jsem se spolu s osobní asistentkou, asistentkou pedagoga a fyzioterapeutkou, snažily vytvářet harmonické a podnětné prostředí pro lidi s těžkým postižením. .

Domnívám se, že mnoho pedagogických pracovníků používá koncept bazální stimulace při práci s lidmi s těžkým postižením bez potřebných teoretických a praktických podkladů. Proto se snažím v mé práci shrnout dosavadní zveřejněné informace o této terapeutické metodě. V praktické části se pokusím ověřit využití metody bazální stimulace při práci s žáky a žákyněmi Základní školy Sluneční 377 v Hostinném. Také se zaměřím na odbornou připravenost pedagogů v oblasti bazální stimulace.

Má práce je koncipována do čtyřech částí. V první části se zabývám těžkým postižením – zejména pak vymezením pojmu těžké postižení, etiologií těžkého postižení a potřebami těžce postižených. V druhé části se zaměřuji na koncept bazální stimulace, jeho vznik, vývoj a teoretické základy. Pozornost věnuji doteku a komunikaci, které jsou pro práci s konceptem bazální stimulace velice významné. Ve třetí části detailně rozepisují jednotlivé oblasti podpory. Poslední část je částí praktickou, kde pomocí anonymního dotazníkového šetření v Základní škole v Hostinném, ověřuji odbornou

způsobilost pracovníků a aplikaci konceptu bazální stimulace do výchovně vzdělávacího procesu.

Cílem mé práce je představit koncept bazální stimulace jako velice účinnou terapeutickou metodu použitelnou pro práci s lidmi s těžkým postižením – o toto se snažím zejména obsáhlou teoretickou částí, kterou jsem vytvořila na základě důkladného studia odborné literatury. V praktické části zpracovávám výsledky dotazníkového šetření.

Význam práce pro speciální pedagogiku shledávám ve vytvoření souhrnu teoretických informací ohledně těžkého postižení a konceptu bazální stimulace. Výsledky dotazníkového šetření poskytnu ZŠ Sluneční v Hostinném, jako vodítko ke zkvalitnění práce s žáky s těžkým postižením, které se také věnují.

Věřím, že veškerou činnost, kterou vykonáváme je přínosem pro nás samé a naše „blízké“ se kterými pracujeme. Bazální stimulace je pro mne pracovní pomůckou, která vede k harmonii a může být charakterizována citátem od Dr. Prekopové (2009, s.37): „*Tělo na tělo, od srdce k srdci, tváří v tvář*“.

TEORETICKÁ ČÁST:

1. Těžké postižení

V této kapitole se budu věnovat osobám s těžkým postižením. Nejprve se zaměřím na vymezení pojmu těžké postižení, pokusím se vytvořit výčet několika pojmů, které se využívají jako synonyma těžkého postižení, a předložím příslušné definice. Převážně se bude jednat o české autory. Také uvedu termíny, kterých se využívá v cizojazyčné literatuře jako ekvivalentu těžkého postižení.

V druhé části této kapitoly se zastavím u etiologie těžkého postižení. Představím základní lidské potřeby a potažmo i potřeby jedinců s těžkým postižením. V závěru kapitoly se budu věnovat některým nebezpečím, která mohou ovlivnit vývoj těžce postiženého dítěte.

Cílem této kapitoly je vymezení pojmu těžké postižení a vytyčení potřeb osob s těžkým postižením.

1.1 Pojem a definice těžkého postižení

Pojem těžké postižení, těžké tělesné postižení či těžké zdravotní postižení se v české odborné, tedy speciálně pedagogické literatuře vyskytuje v širokém a hlavně nejednotném pojmosloví. Nyní se s několika ekvivalenty těžkého postižení a jejich definicemi seznámíme.

Jako první pohled představím Sováka, který se v kapitole Vady kombinované, zamýšlí nad významem tohoto termínu. Chápe kombinované vady jako „*sdržení několika vad u téhož jedince, kdy určujícím činitelem závažnosti vady je tu spíše hledisko metodické nežli etiologické*“ (Sovák, 1980, s. 22).

Monatová (1990, s.26) člení „*kombinované neboli sdružené defekty do různých oblastí, které jsou mnohočetné. Nejčastěji se vyčleňuje slepohluchota, defekt pohybový a zrakový, pohybový a sluchový, pohybový a řečový, duševní a zrakový a dále kombinace různých organických defektů s neurotickými projevy*“.

V defektologickém slovníku se uvádí, že o kombinaci vady jde, když „*jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami*“ (Opatřilová, 2005, s. 10).

Vítková používá termín těžké postižení, které charakterizuje jako „*komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech*“ (Vítková in Pipeková, 2006, s.329).

Černá a kolektiv popisují vícenásobné postižení jako „*multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele*“ (Ludíková, 2006, s. 303).

Věstník MŠMT ČR č.8/1997, č.j. 25602/97-22 považuje za postiženého vícenásobným postižením dítě, respektive žáka, „*který je současně postižen dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu*“.

V odborné literatuře můžeme nalézt ještě další termíny, které jsou používány jako ekvivalent k pojmu těžké postižení. A to těžké zdravotní postižení, kombinované vady, hluboké postižení, sdružené defekty, dále pak těžké mentální postižení a nebo vícenásobné postižení, děti s extrémně psychomotoricky retardovaným vývojem, děti s těžkým narušením vnímání.

Na Slovensku se používá viacnásobné postihnutí či viaceré chyby. V němčině se obvykle používá termín schwerstmehrfachbehinderung – těžké vícenásobné postižení. Fröhlich používá termín schwerstbehinderung (těžké postižení) a má na mysli těžké a hluboké stupně postižení, nejvíce však komplex symptomů projevujících se u osob v pásmu těžké a hluboké mentální retardace (Opatřilová, 2005). Angličtina pracuje s názvy multiple handicap – vícenásobné postižení, ale také např. severe/multiple disabilities – těžké/vícenásobné postižení.

Z výše předloženého výčtu je zřejmé, že současná odborná terminologie vykazuje známky nejednotnosti. V mé práci se budu držet neutrálního termínu, který představuje Vítková (2006), a to je těžké postižení.

Člověk s těžkým postižením má omezeny a změněny schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Jde tedy o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že stěží dosahuje hranice normy akceptované běžnou populací. Těžké postižení ztěžuje základní kontakt mezi lidmi.

1.2 Etiologie těžkého postižení

Podmínky vzniku těžkého postižení zahrnují celou šíři genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických příčin, které působí v prenatálním, perinatálním i postnatálním období. Škodlivé vlivy mohou způsobit těžké postižení v každém věku. Těžké postižení je výsledkem seskupení škodlivých vlivů. Vítková udává, že „*může dojít k těžkému poškození, aniž by se s jistotou dalo mluvit o hlavním faktoru poškození*“ (Vítková in Pipeková, 2006, s. 330).

Ludíková (2006) řadí mezi diagnózy, které predikují vícenásobné postižení: DMO – dětská mozková obrna, Fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Pataův syndrom, Frolichův syndrom, Edwardův syndrom.

Opatřilová (2005) uvádí jako predikace pro vznik vícenásobného postižení: DMO, Downův syndrom, Hypotyreóza (porucha štítné žlázy), EPI, Wolfův syndrom, Fetální alkoholový syndrom a mnohé další.

V současné době se u dětí s těžkým postižením objevuje v anamnéze předčasně narození. Tedy děti s nízkou porodní hmotností. Dále se mezi těžce postiženými objevují děti po těžkých úrazech, kterým se nepodaří navázat na jejich předešlý vývoj. Sem můžeme zařadit na prvním místě traumata lebky a mozku, dále pak stavy po tonutí a infekční choroby (Vítková in Pipeková, 2006).

Společným faktorem těžce postižených jedinců je poškození centrálních funkcí, které nejsou v důsledku rozmanitých příčin schopny řídit a realizovat vnímání, pohyb a dále je zpracovávat.

Charakteristickým znakem těžce postižených osob je neschopnost si samostatně zajistit vlastní „kognitivní struktury“.

Dle Vítkové (in Pipeková, 2006) jsou těžce postižené osoby retardovány:

- v pohybových schopnostech
- ve zpracování přijímaného
- v interpretačních schopnostech vnímaného
- v komunikačních možnostech

1.3 Rodina a těžce postižené dítě

Chtěla bych se nyní zamyslet nad těžkým postižením v konfrontaci s rodinou, ve které dítě vyrůstá. Vítková k tomuto tématu říká následující: *„Okolí těžce postiženého člověka je také postiženo. Strach a nejistotu střídá naděje a očekávání. Je třeba žít pod diktátem aktuálního zdravotního stavu, společné plánování života orientované na budoucnost je téměř nemožné“* (Vítková in Pipeková, 2006, s.331).

Situace, ve které se nachází rodina těžce postiženého dítěte je velice náročná. Jedním z těžkých úkolů před kterým rodina stojí je přijetí postižení dítěte. Z praxe vím, že i po desítkách let je téma postižení velice bolestnou záležitostí pro rodiče, ale i širší rodinu. Neobejde se bez slz, sebelítosti a náhradních programů, které často pomáhají rodičům „přežít“. Budoucnost je také obtížným tématem, protože dítě s těžkým postižením i v pokročilém věku zůstává plně, v lepších případech částečně, závislé na péči rodiny.

I přes všechny překážky, kterým musí rodina s těžce postižením dítětem čelit, je nejdůležitějším místem a stimulem k co nejlepšímu vývoji. Toto nám potvrzují i psychologické výzkumy, které poukazují na rozhodující význam rodiny a to převážně v časném dětství. Zejména pro rozvoj rozumových schopností a charakteru dítěte. *„Citové vztahy jsou základnou, o níž se výchova dítěte opírá“* (Opatřilová, 2005, s. 33).

1.4 Základní lidské potřeby

Každá lidská bytost potřebuje pro zachování svého života uspokojení základních lidských potřeb a to každodenně. Jedná se o základní podmínku života, které se nemůže nikdo zříci.

Mezi základní potřeby patří (Vítková in Pipeková, 2006):

- potřeba zamezení hladu, žízní 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

Pro osoby s těžkým postižením je velice obtížné svými silami dosáhnout výše uvedených základních potřeb, ale to nic nemění na faktu, že jsou pro ně životně důležité.

Vítková (2006) definuje u těžce postižených specifické potřeby, které vznikají na základě utrpeného poškození.

Mezi specifické potřeby těžce postižených patří:

- *potřeba tělesné blízkosti, která jim poskytne získat přímou zkušenost*
- *potřeba osoby/pedagoga/terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem*
- *potřeba osoby/pedagoga/terapeuta, který jim umožní pohyb a změnu polohy*
- *potřeba každého člověka, který jim rozumí i bez řeči a spolehlivě se o ně stará a pečuje* (Vítková in Pipeková, 2006, s.332).

Z tohoto vyplívá, že při práci s těžce postiženými osobami je nutné zachovat celistvost v podpoře vývoje a to celistvost pro veškerý režim dne a pro interakci s postiženým. Měli by být uspokojovány základní lidské potřeby spolu s potřebami specifickými, které jsou uvedeny výše v textu, také by měl být podpořen trénink vnímání, pohybová podpora a podpora komunikace.

1.5 Nebezpečí, která mohou ovlivnit vývoj těžce postiženého dítěte

Těžké postižení samo o sobě je velkou zátěží, která vyžaduje trpělivost od všech, kdo s člověkem s těžkým postižením přichází do kontaktu. V některých případech může tato zátěžová situace vyvolat neadekvátní chování ze strany okolí k postiženému a to může situaci ještě více zhoršit.

Zde bych chtěla uvést několik nebezpečí, která mohou ovlivnit vývoj těžce postiženého dítěte.

Patří mezi ně:

- *Psychická deprivace může vzniknout „vlivem nedostatků v působení prostředí nebo vlivem odchylek v organismu dítěte, které znemožní podněty z prostředí přijímat“* (Opatřilová, 2005, s. 34).

- Separace = odloučení. V kontextu mé práce se jedná o odloučení těžce postiženého dítěte od osob (zejména se jedná o matku a otce) představujících zdroj jistoty a citového uspokojení, které může vyvolat separační úzkost.
- Neurotizace může vzniknout na základě neadekvátního zacházení s dítětem. Zacházení, které není úměrné jeho vývoji a postižení. Tak může dojít k vytvoření neurotických reakcí nebo k poruchám chování. Jako příklad bych zde uvedla necitlivý nácvik udržování čistoty u dětí s těžkou formou DMO v kombinaci s mentální retardací.

Ve všech výše zachycených nebezpečích figuruje velice významně rodina a rodinné klima, ale také možnost a ochota se vzdělávat a akceptovat jinakost dítěte s postižením.

2. Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace zaujal významnou pozici v oblasti podpory jedinců s těžkým postižením. Díky tomuto podpůrnému přístupu se překročily hranice nevzdělavatelosti jedinců s těžkým postižením. Ukázalo se, že i jedinec s těžkým postižením je schopen vstoupit do procesu interakce se svým okolím (Vítková, M., 2001).

V této kapitole budu pracovat s konceptem bazální stimulace, kdy nejprve vysvětlím tento pojem a základní myšlenku bazální stimulace. Dále se zaměřím na vývoj jedince od početí do narození a představím teoretické základy bazální stimulace. Další část kapitoly bude věnována komunikaci a doteku, které jsou pro bazální stimulaci velice významné.

2.1 Bazální stimulace – vysvětlení pojmu

Bazální stimulace patří mezi uznávané koncepty, jak ve speciálně-pedagogické praxi, tak v ošetrovatelství. Jedná se o pedagogicko-psychologickou aktivitu, která nabízí osobám s těžkým postižením možnosti pro rozvoj jejich osobnosti.

Pojem bazální znamená základní, elementární. *„Pojmem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj“* (Vítková, M., 2005, s.223).

Trojan chápe podnět (stimulus) jako každou změnu zevního a vnitřního prostředí organismu, která působí na neuron. *„O účinnosti podnětu rozhoduje jeho kvalita, kvantita, doba trvání a rychlost změny intenzity podnětu“* (Friedlová, 2007, s.21). Působení podnětu se nazývá stimulace (dráždění) a podněty vyvolávají vzruchy. Podstatou vzruchu je fyzikálně chemická změna přenášená nervovým vláknem. Každá informace musí být nejprve přeměněna na nervový vzruch. Vzruchy jsou přenášeny z jedné nervové buňky na druhou. Tento přenos se uskutečňuje v synapsích. Vstupní částí přenosu informací je receptor. Receptor je buňka, skupina buněk nebo orgán, které mají zaznamenat stav a změny v organismu nebo zevním prostředí a informovat o nich vyšší centra. Receptory informace přijímají, a dále zpracovávají. Z receptoru je

informace dále vedena axonem a převáděna synapsí na výkonný orgán – efektor, nebo na jiný vstup.

Nervový systém má schopnost plasticity. Tato schopnost hraje velikou roli při kompenzaci některé poškozené části CNS. Mezi projevy plasticity mozku patří schopnost uložit a uchovávat informace. Životní návyky se uchovávají v paměťových drahách mozku. Cílenou stimulací lze uložené vzpomínky znovu aktivovat k činnosti.

Fröhlich chápe bazální stimulaci jako koncept, otevřený změnám, dalšímu vývoji, analýze a novým myšlenkám. O to se také zasazuje neustálou prací na aktualizaci a rozšiřování konceptu bazální stimulace (www.basale-stimulation.de).

2.2 Základní myšlenky konceptu bazální stimulace

Základní myšlenkou bazální stimulace je celistvost, jednota mezi tělem a duší. *Holistický poznatek filozofů (například Aristotela), že celek je víc než suma jednotlivých částí a že celek se zrcadlí v detailu, znali například hinduisté už dávno* (Prekopová, 2009, s.36). C.G. Jung v roce 1935 říká: „*Tělo je závislé na duši a duše je závislá na těle.*“ Veškeré podněty a působení ovlivňuje celého člověka, tedy jeho tělesné i duševní vnímání. Fröhlich říká, že lidská bytost je nedělitelná (Fröhlich, A. in Vítková, 2005).

Fröhlich považuje za základní myšlenku konceptu bazální stimulace pochopení propojení mezi tělem a duševnem, tedy model celistvosti. Celistvost pro něho znamená, že se různé životní procesy, zkušenosti, citění, myšlení, vnímání, ale také pohyb a komunikace dějí v určitém čase u stejné osoby. Model celistvosti platí také pro rodiče, učitele, terapeuty, oni sami se také nemohou rozložit na jednotlivé součásti. Každé terapeutické opatření je komunikací, stykem, kdy terapeut vždy předává něco z vlastní osoby. Snažíme se s dítětem navázat blízký kontakt, který nám umožní vzájemnou komunikaci. Tento fyzický kontakt je společným výchozím bodem. Až když je nalezen vzájemný vztah, má smysl pokračovat v další podpoře a rozvoji. Celistvosti se snažíme dosáhnout zprostředkováním zkušeností a dojmem z pohybu. Vždy se jedná o proces individuálního rozvoje, který se neřídí podle věkové kategorie ani jiných předepsaných norem. Vnímání, pohyb a komunikace tvoří základní podmínky lidského vývoje.

Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (bazální) rovině odráží zkušenosti z prenatální vývojové psychologie (Friedlová, 2007, s. 21). U prenatálního vývoje se zastavíme v následující kapitole.

2.3 Vývoj jedince

Fröhlich (www.basale-stimulation.de) uvádí, že pro koncept bazální stimulace mají velký význam poznatky z prenatálního období. V průběhu minulých desetiletí bylo předloženo mnoho důkazů o tom, že dítě již před narozením mnoho vnímá, aktivně se pohybuje a je s matkou v bezprostředním vztahu. Každé narozené dítě prožilo tyto zkušenosti, přestože mnoho dětí s těžkým postižením bylo již v prenatálním období vystaveno kritické situaci. Přirozeně jsme v předporodním vývoji vybaveni určitými základními schopnostmi, které nám umožňují vyznat se v intrauteriním prostředí. Dítě má vrozené schopnosti, které mu umožňují cítit jak jeho tělo roste, pohybuje se, pomocí kůže přijímá podněty a pomocí rukou, nohou a především ústy sbírá první zkušenosti. Kromě toho, hraje velkou roli, že dítě má již v časném těhotenství schopnost zachytit vibrace a reagovat na ně. Tyto vibrace vznikají pomocí hlasu matky, jejího dýchání, tlukotem srdce, hlukem krevního toku, ale také hlukem a hlasy přicházejícími zvenku. Dítě je také vždy vystaveno gravitaci, pohybům a změnám polohy matky.

Fröhlich uvádí, „*současné vědecké poznatky zjistili, že se nejprve vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění, vibrací a vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru*“ (Friedlová, 2007, s.19).

Podívejme se nyní na počáteční vývoj člověka. Seznamme se s vývojem vnímání somatického, vestibulárního a vibračního, na které se snažíme u jedinců s těžkým postižením navázat a skrze ně podpořit vnímání a rozvíjet komunikaci. Tyto tři druhy vnímání jsou zdrojem pocitu jistoty u každého jedince.

Poznatky o prenatálním životě a vývoji plodu je možné získávat pomocí ultrazvuku, fetální elektroencefalografií, registrací změn srdeční aktivity plodu, termografií a pomocí izotopových technik (Matějček, 1983).

Prenatální období trvá devět měsíců, resp. deset lunárních měsíců po 28 dnech. Prenatální vývoj má obecné znaky, kdy jednotlivé funkce se objevují v určitém období.

Mezi ně řadíme především rozvoj pohybových schopností, základní percepci a jejich propojení na bázi zkušenosti. Vágnerová (2005) uvádí, že plod 20-30% celkového času vyplňuje pohybovou aktivitou. Význam pohybu v tomto období je jednak základem postnatálních funkcí – jako třeba sání, zívání, ale má také význam pro prenatalní funkce jako např. podpora krevního oběhu.

Vývoj plodu zaznamenaný po měsících:

2. měsíc - v 7. týdnu se objevují první, sotva znatelné pohyby. V 8. týdny můžeme pohyb zaznamenat formou záškubů. Právě během druhého měsíce nitroděložního vývoje se začíná rozvíjet somatické vnímání tedy vnímání vlastního těla. V této době se utváří obličej, ústa, oči, uši a končetiny. Dále pak dochází k tvorbě červených krvinek pomocí jater, začínají se tvořit nervy. Prsty se protahují a odděluje se palec. Po konstrukční stránce je embryo takřka hotovo. Vznáší se v plodové tekutině, kterou obsahuje amniotický vak. Předpokládá se, že plave volně a pasivně. Ale při bližším pozorování můžeme zjistit, že jeho svaly jsou velice citlivé na změny prostředí. Například při změně hladiny iontů v plodové vodě, na svalech embrya můžeme zaznamenat drobné záškuby. I bez vnějších podnětů je možné vidět, že se svaly jemně stahují a roztahují. Také srdce provádí již rytmické stahy, i přesto, že nemá ještě nervové napojení.

3. měsíc – v 9. týdnu plod vykonává samostatné pohyby končetinami a následně i izolované pohyby hlavou. Reaguje na dotek v okolí úst a nosu, pohybuje jazykem, zívá. Můžeme zaznamenat i sací pohyby, dumlání palce. Na podráždění reaguje sevřením prstů. Pohybuje hlavičkou, končetinami, trupem a otáčí se kolem své osy. S rozvojem schopnosti somatického vnímání je velice úzce spjata schopnost se pohybovat. Matějček a Langmeier (1983) uvádí jako začátek zřetelného spontánního pohybu první dny třetího měsíce. Spontánní pohyb se projevuje: pohyby horními i dolními končetinami, otáčením hlavičkou, vráštěním čela, polykáním, otvíráním a zavíráním úst.

4. měsíc – je možné zaznamenat střídavý pohyb horními a dolními končetinami, plod otvírá a zavírá ústa. Reaguje na dotek kdekoli na pokožce. Umí měnit výraz tváře. Na podráždění víček reaguje jen v dané oblasti, již neodpovídá celým tělem. Tvoří se základní reflexy. Reakce jsou již specifitější, například dovede zvednout horní ret,

otvírá a zavírá pus. I jazyk se pohybuje. Zažívací trak získává peristaltiku. Téměř celá jeho pokožka je citlivá na podněty.

5. měsíc – plod reaguje na tlak a začíná vnímat zvukové podněty. Jednak zvuky, které vytváří organismus matky (např. zažívání, tlukot srdce,...), ale také řeč matky a zvuky z vnějšku. Dovede rozlišovat základní chutě. Pohyblivost je výraznější. Rozdíly jsou v denní a noční aktivitě. V pátém měsíci dochází k prvnímu projevu individuality dítěte a to tzv. kopání, které matka vnímá. I přesto, že v polovině těhotenství není ještě lidský plod hotový, jeho mozek už má takřka plný počet neuronů. Neurony se již nebudou rozmnožovat, ale další vývoj přispěje k jejich zrání, propojování a organizování.

6. měsíc – pohyby končetin jsou intenzivnější. Pohybové reakce jsou nekoordinované. Zkušenost plodu se projevuje diferenciací intenzity pohybu jako reakce na rozmanité např. akustické podněty. Plod slyší zvuky z vnějšího i vnitřního prostředí, modifikované amniovou tekutinou, v níž žije. Od dvacátého druhého týdne můžeme zaznamenat u plodu sací pohyby úst, v tomto období je také možné zaznamenat slyšitelné hlasové projevy plodu. Langmaier uvádí, že plod od 6. měsíce má zřetelné citové prožitky a od tohoto období lze prokázat reakce na smyslové podněty doprovázené základními emocemi libosti či nelibosti (Friedlová, 2007).

7. – 9. měsíc – pohybové i percepční schopnosti se dále diferencují. Zvyšuje se kvalita smyslových struktur, zejména čichová, sluchová a chuťová percepce. Díky zvýšené propustnosti placenty může plod vnímat více čichových a chuťových podnětů. Během posledních měsíců těhotenství se pak sluch „vyladňuje“ na zvuky lidské řeči. Někteří badatelé předpokládají, že se dítě zaměřuje především na řeč své matky a že rozlišuje nejrůznější její emocionální důrazy a přízvuky, které vyvolávají i jeho citovou odezvu – uklidnění, pohodu, napětí, vzrušení, strach, úlek apod (Matějček, Langmeier, 1983). Zapamatování si slyšeného je výzkumy datováno po 30. týdnu gravidity.

Tyto informace nám velice pomáhají při práci s těžce postiženými jedinci, kteří tímto vývojem také prošli a na jeho základě je možné s nimi navazovat komunikaci rozvíjet vnímání. Je nutné si, ale uvědomit, že podněty musí být strukturované, tak jak k nim docházelo – tedy v pořadí somatické, vestibulární a vibrační, tehdy budou dítěti či dospělému srozumitelné, žádoucí a stimulující.

„Pohyby plodu v děloze silně převládají. Plodová voda tam zprostředkuje pohyby matky a změny její polohy, když se ohne, když si sedne nebo lehne. Výzkumy ukázaly, že rozhodující je v tom případě pohyb s dítětem, nikoliv jen pouhé držení v náruči neboli pouhý kontakt“ (Matějček, Langmeier, 1983, s. 100).

2.4 Vývoj bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vznikl v 70. letech 20. století v Německu. Jeho autorem je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který se zabýval prací s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Fröhlich se věnoval možnostem navázání komunikace s těmito dětmi. Základem jeho poznatků byly vědecké studie z oblasti prenatalní vývojové psychologie, převážně poznatky na tzv. „primitivním vývojovém stupni“ a možnosti podpory senzomotorické komunikace. *„Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi“ (Friedlová, K., 2007, s.13).* Fröhlich prokázal, že základní vrozené schopnosti v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace jedince. Postupně se tento koncept přenesl také do ošetrovatelské péče, ve které je také úspěšně využíván (www.bazalni-stimulace.cz).

Vítková (2001) uvádí, že Fröhlich byl jeden z prvních, komu se podařilo podat praktický důkaz o tom, že pedagogická podpora jedinců s těžkým postižením je možná a smysluplná a neexistuje zde žádná dolní hranice. Také položil teoretický základ systematické práce s těmito jedinci.

2.5 Teoretické základy bazální stimulace

Koncept bazální stimulace se opírá o čtyři různé vývojové modely, mezi které patří: neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina, vývojově genetický přístup podle Piageta, fyzioterapeutický model vývoje podle Bobath a teorie o časných formách vlastního uvědomění podle Adlera. Všechny tyto modely se shodují na myšlence, že každý jedinec se vyvíjí na základě podnětů ze svého okolí. Nejsou – li jedinci nabízeny podněty, jeho genetický vklad klesá.

Nyní se podíváme na jednotlivé metody podrobněji.

2.5.1 Neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina – „Struktura synaptického spojení“

Pechstein poukazuje na fakt, že schopnosti dětského mozku se vyvíjí hlavně v prvních letech života. Nejdůležitější roli hraje stimulace vnějšími podněty, což potvrzují i moderní fyziologické výzkumy. Vývoj dětského mozku není podmíněn pouze biologicky a geneticky, ale ve velké míře závisí na vnějších podnětech, které se kojenci dostávají. V případě, že je dítě vystaveno senzorické podnětové deprivaci, dochází k vadnému či nedostatečnému strukturování mozku, synapse (spojení) mezi různými nervovými buňkami se nevážou, mozek zůstává nevyvinutý a tudíž i méně výkonný. Koukolík (2008, str. 23) dodává, že *„jen část synapsí je určena dědičností. Podstatná část jich vzniká pod vlivem informací ze zevního prostředí – učením neboli zkušeností v nejširším slova smyslu. Synapse trvale a rychle vznikají, zanikají, obnovují se a udržují. Mozek se tímto způsobem celý život, v geneticky daných, velmi širokých mezích, staví, dostavuje a přestavuje“*.

Zdravé dítě, vyrůstající ve zdravém rodinném prostředí je obklopeno podněty a vlastní aktivitou, podpořenou pohybem podněty vyhledává. U dětí s těžkým postižením je situace jiná. Tyto děti v prvním období života nevytvářejí žádnou aktivitu, pohyb je velice opožděn, tudíž přísun podnětů je velice omezen. Ze strany rodičů a pečujících o dítě je na něho nahlíženo jako na nemocné, vyžadující klid.

2.5.2 Vývojově genetický přístup podle Piageta – „Vývoj senzomotorické inteligence“

Fröhlich vychází z myšlenky Piageta, a sice z tvrzení, že první formy inteligence jsou senzomotorické. Senzomotorikou míní v této souvislosti výměnný působící proces mezi motorikou a percepcí. Piaget chápe pod tímto poznávací modus, který zahrnuje pohybové a vnímací zkušenosti. Senzomotorikou nazývá aktivity, které se následně týkají vnímání, držení těla a pohybu. Dítě se pomocí pohybů a motorického jednání učí chápat a také porozumět svému okolí a následně se mu přizpůsobit. Senzomotorická inteligence je schopnost, před zvládnutím řečové komunikace, řešit praktické problémy prostřednictvím těchto aktivit. Stejně ovšem je tomu u lidí, kteří následkem úrazu či onemocnění sklouzli do nižších vývojových stádií a musí stejně jako dítě na počátku

svého vývoje řešit problémy senzomotorikou, protože řeč nyní neovládají (Fröhlich in Friedlová, 2007). Fröhlich vychází z předpokladu, že díky umožnění senzomotorických zkušeností může být u lidí se somatickým postižením bez viditelných schopností výkonu v oblasti kognice a komunikace, provokováno inteligentní chování.

2.5.3 Fyzioterapeutický vývojový model „vedení dráhy“ podle Bobath

Rehabilitace podle Bobath vychází z přesvědčení, že cílenými formami cvičení lze dosáhnout pohyblivosti. Celé cvičení se skládá z konsekventního systematického přisunu podnětů, které cvičitel s dítětem provádí. I přesto, že dítě samo pohyby neprovádí, samo na sobě zakouší změny svalového napětí a kontrakce, stejně jako souhru jednotlivých pohybů svalů. Tyto informace se zapisují do mozku jako nové struktury = dráhy (Vítková in Müller, 2005).

„Specifickým rysem Bobath konceptu je individuální vyšetření v rámci konkrétní funkce, individuální plánování a aplikace terapie.“ (Chmelová in Kraus, 2005, s. 207)

„Bobathovi nepohlíží na vývoj dítěte jako na střídání milníků, ale jako na vývoj a kombinaci koordinačních pohybových vzorců. Milníky jsou aktivity, kterých dítě dosahuje v určitých chronologických stadiích, jsou uměle izolované a vytržené z celkového kontextu vývoje.“ (Chmelová in Kraus, 2005, s. 209)

Důležitým prvkem v konceptu Bobath je technika držení a zacházení s dítětem = handling. Při handlingu se současně provádí analýza všech reakcí dítěte, také se terapeut snaží dosáhnout toho, aby dítě bylo schopno převzít aktivní kontrolu nad svým pohybem, a tím mohlo získat co nejsprávnější senzomotorickou zkušenost v rámci konkrétní funkční situace.

Fröhlich rozšířil pojem vybudování drah, který se vztahuje na motorickou oblast ve fyzioterapii, na ostatní oblasti (vizuální, auditivní,...). Předpokládá, že strukturovaným způsobem by se měli tvořit nové dráhy v oblasti zrakové a sluchové, měli by probíhat centrální změny, které by mohly vést ke zvýšení vlastní aktivity (Vítková in Müller, 2005).

2.5.4 Teorie o časných formách vlastního uvědomění podle Adlera

Friedlová (2007) k těmto třem pilířům ještě doplňuje pilíř čtvrtý, kterým jsou poznatky z psychologie, zejména uvědomění si vlastního já - jájství. Fröhlich se opírá

o teorii od Alfreda Adlera o časných formách vlastního uvědomění. Senzomotorické zkušenosti, které dítě získává během prenatalního období jsou dítěti zdrojem informací o sobě samém. Vibrační, vestibulární a somatické, t.z. celého těla se týkající, informace poskytují dítěti dostatek výchozího materiálu – informací, aby si mohlo uvědomovat hranice sebe sama a okolního světa.

Schopnost vnímat se vyvíjí již v embryonální fázi. Vnímání se nejprve projevuje v oblasti somatické (plod cítí stěny uteru a plodové vody na svém těle, cucá si palec), vibrační (pomocí zvuků, které jsou přenášeny v podobě vlnění plodovou vodou a plod si je uvědomuje jako vibrace, mezi tyto zvuky patří např. hlas matky, zaživacího traktu, srdce) a vestibulární (vnímání změn polohy svého těla a těla matky). Na vnímání somatické, vibrační a vestibulární navazují v postnatálním období další schopnosti vnímat, a sice auditivní, olfaktorické, taktilně-haptické a optické.

Na základě výše uvedených modelů dospěl Fröhlich k těmto tvrzením:

(Vítková, M., 2001, s.16)

- *Zdárny vývoj dítěte po narození, vyžaduje trvalý přísun informací. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Dítě, které se narodí s postižením, je odkázáno na své okolí, aby mu umožnilo získat podněty, které jsou pro jeho zdárny vývoj tak důležité.*
- *Kognitivní vývoj vyžaduje zkušenost s pohybem. Kognitivní vývoj zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a také doprovodné emocionální a sociální procesy. Je tedy žádoucí poskytnout dítěti s postižením dostatek pohybových zkušeností.*
- *Lidský mozek disponuje schopností plasticity. Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí. Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází, pomocí adekvátních podnětů, které pomohou vybudovat neuronální struktury.*
- *Podněty musí být nadprahové a dobře strukturované. Nesmíme opomenout hierarchii jednotlivých oblastí vnímání.*

2.6 Komunikace

Komunikace patří mezi základní lidské činnosti. Komunikovat znamená být v kontaktu, udržovat spojení, vyměňovat informace. Jedná se o vědomou činnost lidského chování. Aby došlo k porozumění mezi partnery při komunikaci musí být použito stejného komunikačního prostředku.

Komunikační proces tvoří pět složek (Friedlová, 2007, s. 30):

- *komunikátor (mluvčí) – osoba, od níž sdělení vychází*
- *komunikant (příjemce) – osoba, které je sdělení určeno, snaží se je dešifrovat, rozumět mu*
- *komuniké – vysílaná zpráva, signál*
- *zpětná vazba – zpráva o tom, že informace byla přijata*
- *kontex – prostředí a situace, ve které komunikace probíhá, může změnit význam sděleného*

Lidé s těžkým postižením velice těžko vstupují do kontaktu s jinými lidmi a navazují komunikaci. Stejně tak i my (rodiče, speciální pedagogové, osobní asistenti) hledáme možnosti, jak navázat úspěšnou komunikaci s člověkem s těžkým postižením. Pro obě skupiny platí, že při komunikaci využívají jiné výrazové prostředky a tímto je narušen jejich komunikační proces. V následující kapitole se podíváme na komunikační prostředek, kterým je dotek.

2.7 Dotek jako prostředek komunikace

Fröhlich říká, že lidé „s těžkým postižením potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat okolí“ (Fröhlich in Hádková, 2009, str. 115).

Tělesná blízkost u lidí s těžkým postižením je zprostředkována dotekem. Dotek je základní komunikační metodou, která od lidí s těžkým postižením nevyžaduje žádné výkony. Základním obsahem komunikace dotekem je: prožívat sama sebe, poznávat své tělo a jeho hranice, vnímat nejbližší okolní svět a seznamovat se s ním, vnímat lidi okolo a cítit přítomnost druhého člověka (Procházková in Hádková, 2009).

Dotek má dvojí polaritu, může se jednat o dotek příjemný či nepříjemný, stejně tak některé doteky mohou být různým lidem příjemné a jiní je označí za nepříjemné či

bolestné. Já se v této kapitole zaměřím na dotek s kladným nábojem, na doteky příjemné.

Dotek je pro člověka zdrojem tepla, bezpečí, jistoty, může stimulovat či uklidňovat. Významné místo zaujímá iniciální dotyk. Tento tzv. první dotek má člověku s těžkým postižením poskytnout základní informaci o tom, že se s ním bude něco dělat, že tato činnost začíná, že je s ním zahájena komunikace, v některých případech může dojít i k konkretizaci osoby, která komunikaci bude provádět. Iniciální dotyk také seznamuje s ukončením činnosti. Dotek poskytuje informace o hranicích naší tělesnosti. Procházková tvrdí, že první dotek u malých a mladších dětí je prováděn na šlapkách, které jsou jednak velice citlivé a již před narozením byly zdrojem informací o okolí. Pomocí kopání se dítě seznamuje s jeho velikostí a po porodu je vhodné mu zabezpečit ohraničení dotekem rukou či zabalením do zavinovačky.

Procházková (in Hádková, 2009) doporučuje v dospělém věku iniciální dotek pomocí lehkého stisku na rameno či ruka položená na ruce postiženého jedince.

Friedlová dává iniciálnímu doteku jasné charakteristiky. Měl by být pevný, zřetelný, přiměřeného tlaku, s verbální podporou. Jako vhodná místa iniciálního doteku označuje rameno, paže a ruce (Friedlová, 2007).

Iniciální dotek by měl být pro každého individuálně vybrán na základě rozhovoru s rodinnými příslušníky postižené osoby, aby byl dítěti či dospělému příjemný a splňoval informativní požadavek. Tím se zabrání nejistotě a strachu, lidé s postižením se mohou lépe na činnost, která bude po iniciálním dotyku následovat, připravit. Friedlová (2007) dále upozorňuje na nutnost používání iniciálního doteku u všech osob, které budou s dítětem či dospělým pracovat. V ošetrovatelské péči, kterou se hlavně zabývá, doporučuje ke každému pacientovi zaznamenat formu jakou se iniciační dotek provádí a informovat personál o nutnosti tento dotek používat.

Vedle iniciálního doteku se Procházková zamýšlí nad doteky vlastními. Vlastním dotekem získáváme informace o vlastním těle. Naše tělo si říká o dotek. Nepostižení lidé mu ho poskytují spontánně např. třením rukou, přehozením si nohu přes nohu, pohlazením obličeje. Těžce postižení lidé potřebují asistenci jiné osoby, aby těchto vlastních doteků bylo dosaženo. Procházková říká, že je nutné provádět u postižených osob takové vedení, které by jim pomohlo zažívat na vlastním těle jejich

vlastní doteky např. dotknout se vlastního obličeje, úst, nosu ... V praxi toho docílíme tak, že vedeme ruku člověka s těžkým postižením a on se sám dotýká částí svého těla.

„Poskytneme-li člověku možnost, aby si určité činnosti udělal „sám“, pak ho motivujeme k aktivním činnostem, k rozvoji či spíše zachování určité míry sebeobsluhy a soběstačnosti“ (Procházková in Hájková, 2009, s.117).

„Nydahl a Bartoszek říká, že bazální stimulace je setkáváním prostřednictvím dotyku., (Procházková in Hájková, 2009, s.117).

Friedlová (2003, s. 4) uvádí: *„Dotýkat se je základní lidská schopnost. Přes doteky se k nám dostává spousta impulsů ze zevního prostředí, ale také my s našim okolím přes doteky komunikujeme. Doteky mají v životě člověka různé role a to jim přikládá obrovský význam. Ať již přes doteky poznáváme svět a nebo je také využíváme v mezilidské komunikaci.“*

Friedlová (2003) upozorňuje, že při poskytování doteků hraje důležitou roli:

- kvalita doteků – musí být zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby si je jedinec uvědomil a byl je schopen zpracovat jako vjem
- lokalita doteků – většina jedinců s těžkým postižením nelibě vnímá např. doteky v obličejové části
- intenzita doteků

3. Oblasti podpory

Mnoho dětí s těžkým postižením má velké obtíže vyrovnat se s podmínkami v prostředí mimo matčino tělo. Vynaloží mnoho své energie k tomu, aby přežily. Dalším nepříznivým faktorem je, že většina dětí s těžkým postižením je ihned po porodu odtržena od své matky a dostává se do dlouhodobé péče lékařů. Tím přichází tyto děti o přirozené podněty, jež by se jim dostávalo péčí matky. Tyto děti utrpí šok, jsou izolované, deprivované a jejich postižení se prohlubuje.

Jak již bylo výše popsáno, dítě vnímá různé podněty již během nitroděložního vývoje. Koncept bazální stimulace pokládá rané zkušenosti z nitroděložního vývoje za možnost, jak navázat s dítětem kontakt v rovině, která pro něj byla již dlouho před narozením přirozená.

Fröhlich (www.basale-stimulation.de) považuje za základní oblasti podpory v konceptu bazální stimulace somatickou, vibrační a vestibulární stimulaci, neboť tyto tři oblasti se vztahují k nejranějším a nejzákladnějším formám vnímání. Další nastavbové oblasti jsou optická, auditivní, orální, čichová a taktilně haptická stimulace.

U osob s těžkým postižením jsou extrémně redukovány aktivity. Tento jedinec je omezený na nejelementárnější životní výkony, které souvisí s jeho tělem. Aktivita směrem ven, navazování kontaktů, téměř neexistuje. Vítková (in Pipeková, 2006, s.344) říká, že *„pomocí bazálních (základních) podnětů lze dosáhnout alespoň občas částečného otevření této individuální izolace“*.

3.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kůže. Také senzibilita svalů a kloubů úzce souvisí se somatickým a kinestetickým vnímáním. Somatická stimulace umožňuje jedinci zprostředkovat vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu. Vnímá-li jedinec vlastní tělo, je to předpoklad k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat (Friedlová, 2007).

Friedlová (2007) uvádí, že tělesné schéma znázorňuje schématicky tělo jedince, což mu umožňuje identifikovat sebe sama jako člověka.

Koncept bazální stimulace rozlišuje vnímání těla ve třech různých pojmech:

- vnímání těla
- tělesné schéma – odpovídá představě o vlastním těle jako objektu v prostoru. Fröhlich (in Friedlová, 2007) uvádí, že dítě se rodí s vjemem tělesného schématu – hlava, tělo, ruce, nohy.
- tělesný obraz – „*tělesný obraz je osobní forma tělesného schématu – mé nohy jsou tak a tak dlouhé, jdu vzpřímeně. Tělesný obraz se mění velmi pomal.*“ (Fröhlich in Friedlová, 2007, s. 66).

Imobilita a nečinnost mají za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změnu ve vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2007).

Obraz vlastního těla je různě diferencovaný a vnímáme ho v závislosti na naší zkušenosti. Tuto představu vytvářejí především kůže a svaly našeho těla. Velká spasticita nebo hypotonie neumožňují rozvinout požadovanou diferenciaci. U jedinců s těžkým postižením je představa o vlastním těle nediferencovaná, což je způsobeno omezeným pohybem a pohybovou stereotypií. Naopak tato omezená představa omezuje pohybový vývoj, neboť tělo jako celek či jeho podstatné části nemá jedinec možnost vnímat (Vítková, 2001).

Jedinec s těžkým postižením si sám nedokáže vybudovat tělesné schéma, proto je nutné ho postupně vytvořit pomocí různých podnětů. Jedinci s těžkým postižením mívají problém vnímat dotek ruky jako významný kontakt. Použijeme-li intenzivnější podněty pomocí různých materiálů (např. žínky, houby, froté ručníky), zamezíme tím kontaktu kůže ke kůži a naopak zesílíme citění vlastního těla jedince s postižením (Vítková, 2001).

Při podpoře vnímání tělesného schématu a somatického vnímání stimulujeme tělo, jeho hranice. Do somatické stimulace integrujeme prvky paměťových pohybových schémat, abychom opakovanou činností podporovali plasticitu mozku. Při stimulaci tělesného schématu dbáme na to, aby stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a podporovali jsme tak symetrické vnímání těla a tělesné osy. K vnímání těla a tělesného schématu je důležitá také vizuální kontrola.

Somatická stimulace dle konceptu bazální stimulace:

- somatická stimulace zklidňující
- somatická stimulace povzbuzující
- neurofyziologická stimulace
- symetrická stimulace
- rozvíjející somatická stimulace
- diametrální stimulace
- polohování „hnízdo“
- polohování „mumie“
- kontaktní dýchání
- masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2007)

Opařilová (in Hájková, 2009) uvádí, že by jedinec neměl v jedné poloze setrvat déle než půl hodiny. Polohovací pomůcky by měly být měkké, omyvatelné, nealergizující, různých velikostí a tvarů. Dotyk by měl vycházet ze středu těla, který je tvořen trupem, na periferii.

SOMATICKE PODNETY dle Fröhlicha (Vítková in Pipeková, 2006, s.344)

Poznat a využívat povrch těla jako orgán vnímání.

Umět motoricky reagovat na podněty těla.

Učit se lokalizovat podněty na vlastním těle.

Vytvářet předpoklady pro základní poznatky o vlastním těle a jeho zkušenostním potenciálu.

3.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se během denních činností neustále pohybuje, mění svou polohu. Vnitřní sluchový orgán a jeho rovnovážné ústrojí tak získávají stálý přísun podnětů, které může zpracovávat. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Informuje nás o naší poloze a pohybu v prostoru. Jestliže dochází ke změnám poloh zřídka, ztrácí vestibulární aparát schopnost reagovat na změny polohy (Friedlová, 2003).

Vestibulární stimulace poskytuje jedinci s těžkým postižením informace o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Vestibulární podněty jsou

v těsném spojení se zpracováním informací ze zrakových podnětů. Přiměřený vestibulární podnět významně působí na stabilitu držení těla a normalizuje svalový tonus. Ovšem u jedinců s těžkým postižením je nutné nabízet vestibulární podněty v mnohem mírnější podobě než u jedinců samostatně se pohybujícím. Využívají se pomalé kolébatvé pohyby podél osy a napříč osou těla. K tomu se často využívají pohyby na terapeutickém válci nebo míči (Vítková, 2001).

Vestibulární stimulaci můžeme provádět vleže prostřednictvím zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Hlava je neustále v kontaktu s podložkou a mírně jí otáčíme do stran, přičemž ji pevně držíme oběma rukama ale nezakrýváme obličej jedince. Vestibulární stimulace je vhodné provádět před každou změnou polohy jedince. Než změním polohu těla, otočím hlavu na stranu příští pozice těla (Friedlová, 2007).

Další možností stimulace je provádět mírné houpavé pohyby. Pokud zavěsíme jedince do houpacího vaku umožníme výraznější působení gravitace na jedincovo tělo a můžeme stimulovat jedince k vlastní aktivitě, aby se sám odrážel. Také je možné provádět tzv. pohyb ovesného klasu, kdy jedinec klečí, my ho zezadu pevně uchopíme a děláme s ním pohyb ve tvaru ležaté osmičky (Friedlová, 2007).

VESTIBULÁRNÍ PODNĚTY dle Fröhlicha (Vítková in Pipeková, 2006, s.344)

Dítě se má učit rychle vnímat v různých směrech (pohyb nahoru, dolů, dokola).

Tělo se nemá pociťovat jenom jako podložku.

Výstavba odpovídajícího svalového tonusu.

Orientovat se hlavou v prostoru.

3.3 Vibrační stimulace

Somatická stimulace (dotyk a tlak) podněcuje především kůži a svaly, ale kostra touto stimulací není téměř vůbec zasažena. Použitím vibrace na ploše těla je navozen intenzivní pocit v nosných částech a kloubech. Zdravý jedinec získává tyto zkušenosti např. při stání, během chůze a uchovává si je v paměti. Zdravé dítě se plazí, leze, chodí, běhá, skáče a získává tak představu o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži. Dítě s těžkým postižením je v monotónní pozici vleže či vsedě, což vede k návyku na tuto pozici než k lepšímu vnímání těla (Vítková, 2001).

Cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů.

Vibrace na kostech a kloubech působí velice stimulačně. Tvrdé kosti šíří vibrace na kostře dále a jsou vnímatelné hlouběji v těle i na vnitřních orgánech. Vibrace umožňuje pocítit a uvědomit si stabilitu a pospolitost těla s kostrou. Vnímání vibrace se děje ze směru od periferie dovnitř těla. Vibrací se dá také prohloubit dýchání nebo pomoci jeho rytmizaci (Friedlová, 2003).

Také jedinci s postižením sluchu mohou vnímat vibrace a časem se naučit, že vibrace je např. identická s lidským hlasem komunikujícího partnera. Vnímání vibrací v přímém tělesném kontaktu, když jsou hlavy komunikujících partnerů vedle sebe, je velice uklidňující a je pravděpodobně vzpomínkou na pocity chvění v prenatálním životě (Vítková, 2001).

K vibrační stimulaci lze použít hlas, hudební nástroje, ladičku, dupání a klepání, ruce, elektrické přístroje.

Místa vhodná pro aplikaci vibrační stimulace jsou paty, různé lokality stehenní kosti, pánev, předloktí, paže (Friedlová, 2003).

Můžeme také navodit stimulaci zvanou trilogii. Pohodlně se posadíme a celý hrudník dítěte s postižením si položíme na svůj hrudník, tělo dítěte je opřeno o naše tělo. V této pozici může dítě vnímat tlak našeho hrudníku a vibrace, které vydáváme, když hovoříme. Při této stimulaci dochází také k vestibulární a somatické stimulaci (Friedlová, 2007).

VIBRAČNÍ PODNĚTY dle Fröhliche (Vítková in Pipeková, 2006, s.345)

Dítě se má učit cítit vibraci.

Při akusticko- vibrační stimulaci má být sluchový orgán synchronně podněcován.

3.4 Optická stimulace

Zrakový vjem umožňuje jedinci orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí, schopnost uspořádat okolní prostředí, schopnost učit se a vyvolává pocit jistoty. I když jedinec s těžkým postižením pohlédne na předmět, nemusí to znamenat že jej vnímá (Friedlová, 2005).

Opatřilová (2008, s. 134) uvádí: „*Vizuální podněty stimulují fixovat nejjednodušší podněty, učíme vědomě aktivovat postavení očí, cvičit pohyby očí a hlavy za podnětem, cílem je naučit chápat lidi a předměty jako věci určené k pozorování.*“

Stupně vývoje zrakového vnímání (Fröhlicha in Friedlová, 2005, s. 4):

- vnímání světla/tmy
- vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (10 – 15 cm)
- vnímání vlastních částí těla
- vnímání okolí ve větší vzdálenosti (1 – 2 m)
- vnímání zřetelných, ostrých kontur
- rozlišování jednotlivých předmětů pomocí rukou a úst
- vývoj vnímání barev
- rozlišování forem, velikostí, předmětů, osob a paralelně vývoj vnímání barev

Pro mnoho jedinců s těžkým postižením jsou v oblasti vidění zřetelné pouze kontrastní obrazy (světlý, tmavý). Při vnímání a zpracování podnětů jsou využívány základní schopnosti jedince s postižením, kdežto komplexnější celky zůstávají dlouho mimo jeho možnosti. Podněty musí být adekvátní dosaženému vývojovému stupni. Zrakové podněty jsou základem při nabízení hry. Předmět má být nabízen na kontrastním pozadí, od kterého se výrazně liší (Vítková, 2001).

Pro optickou stimulaci je důležitá jakákoli změna polohy těla. I když upravíme jen polohu hlavy, změníme tím zorné pole jedince. Změnami polohy umožníme jedinci sledovat dění v okolí a také se orientovat na svém těle. Tím posílíme pocit jistoty. Změna polohy také současně znamená stimulaci somatickou a vestibulární. Veškeré terapeutické aktivity, které stimulují smyslové receptory ve vnitřním uchu, v kloubech, ve svalech a v kůži, mohou přispět k rozvoji zrakového vnímání (Friedlová, 2007).

VIZUÁLNÍ PODNĚTY dle Fröhlicha (Vítková in Pipeková, 2006, s.345)

Naučit fixovat nejjednodušší podněty.

Naučit vědomě aktivovat postavení očí.

Je třeba nacvičit pohyby očí a hlavy za podnětem.

Dítě se má naučit chápat každodenní předměty a lidi jako věci určené ke zrakovému vnímání.

3.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se rozvíjí řeč (Friedlová, 2007).

Cílem této stimulace je podpora sluchového vnímání, zvýšení rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky, zprostředkování informací o sobě a svém těle, umožnění orientace a navázání kontaktu. Možnosti auditivní stimulace jsou hudba, vyprávění, zpěv, nástroje. Pro lepší vnímání auditivních podnětů je vhodné slovní kontakt spojit s kontaktem tělesným. Zde je dobré používat iniciální dotek (Friedlová, 2005).

Mnohotvárné hlasité prostředí, které působí na jedince s těžkým postižením, ho nestimuluje k tomu, aby naslouchal zvukům. Dojde k přesycení zážitky, které se rozplynou. Při stimulaci mohou opakující se rytmické a s rytmem spojené nabídky podpořit pomalou orientaci na slyšené. Je zde však nutné jako kontrast ticho. Pro vývoj sluchového vnímání je trvalá zvuková kulisa nevhodná. Je vhodné kombinovat zvukové nabídky s pohybem nebo s dotykem (Vítková, 2001).

AKUSTICKÉ PODNĚTY dle Fröhliche (Vítková in Pipeková, 2006, s.345)

Učit se reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu.

Naučit, že tóny, šumy a zvuky mohou mít různou kvalitu.

Naučit, že tóny, šumy a zvuky přicházejí z různých směrů.

Naučit, že tóny, šumy a zvuky mají různý zdroj.

Naučit, že tóny, šumy a zvuky mohou mít informační charakter.

Naučit, že hluk lze vyrobit.

Naučit, že zvuky si mohu produkovat sám.

3.6 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou částí. Dítě poznává svět pomocí úst. Ústa slouží ke komunikaci, příjmu potravy, vnímání chutě, vůně a konzistence, někdy i jako pracovní nástroj. Již od 9.týdne embryonálního vývoje dumlá embryo svůj palec. Po narození je velmi důležité, aby byla ústa neustále

stimulována. Děti, které jsou od narození krmeny sondou, musí být cíleně orálně stimulovány. Jinak může dojít k vymizení sacího reflexu (Friedlová, 2005).

Vítková (2001, s. 10) k tomu dodává: „*Permanentní podávání výživy sondou, popř. krmení kašovitou stravou přispívá k omezení citlivosti celé ústní dutiny. Zůstává nevyužita nejsensibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a tím i odpovídající část mozku. Je zde zřetelný vztah k orální komunikaci. Mezi včasnou stimulací při vytváření pojmů patří i dětské zkoumání objektů a aktivity ruka – ústa.*“

Příjem potravy není vykonáván pouze za účelem dodat tělu nutriční hodnoty, ale také proto, že je spojen s pocitem libosti. Vlastní příjem potravy má fázi perorální a orální. Koncept bazální stimulace jim přikládá stejně důležitý význam. V perorální fázi se uplatňují vjemy vizuální, čichové a gustační (Friedlová, 2005).

Cílem orální stimulace je zprostředkovat jedinci vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání. Snažíme se o zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně, nebo jako přípravu na orální přísun potravy. Orální stimulace není synonymem pro hygienu dutiny ústní či nácvik polykacího reflexu. Ovšem je výhodné je vzájemně kombinovat. Během orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě. Také nesmíme násilím vnikat do úst. Pokud nemůže jedinec otevřít ústa, je vhodné začít vestibulární stimulací (Friedlová, 2005).

ORÁLNÍ PODNĚTY dle Fröhliche (Vítková in Pipeková, 2006, s.345):

A. Aktivovat oblast úst:

Senzibilizovat ústa pro nejrůznější vjemy.

Učit používat ústa ke zkoumání vlastností (orální hry).

Koordinace ruka-ústa.

B. Podněty chuťové:

Umět správně přiřadit chuť.

Poznat, že ústa mohou zprostředkovat vjemy.

3.7 Čichová stimulace

Je třeba si uvědomit, že orální a čichová stimulace spolu úzce souvisí. Určité čichové a chuťové vjemy má plod již v prenatálním vývoji. V prvních měsících po narození jsou čich a chuť pro dítě velmi důležité, představují možnost komunikace

a také interakci s matkou. Vůně matky hraje pro zdravý vývoj dítěte důležitou roli. Děti s těžkým postižením přijímají čichové podněty s velkou radostí a zájmem. Ovšem u těchto dětí je důležité používat jednoznačné pachové nabídky, které se výrazně liší od pachů všedního dne (Vítková, 2001).

Je dobré znát, které vůně a chutě jedinec upřednostňuje. Jinak můžeme vyvolat negativní stimulaci. Čichové podněty se nenabízejí kontinuálně, neboť by si na ně jedinec zvykl stejně jako na zvukovou kulisu okolí nebo stále stejně vypadající okolí (Friedlová, 2005).

ČICHOVÉ PODNĚTY dle Fröhliche (Vítková in Pipeková, 2006, s.345):

Umět správně přiřadit vůně.

Poznat, že nos může zprostředkovat vjemy.

3.8 Taktilně haptická stimulace

Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty, umožňuje získávat zkušenosti, a ty pak uchovat v paměti. Schopnost ruky pohybovat se trojrozměrně zlepšuje její funkci poznávání. Taktilně haptická stimulace poskytuje smysluplnou stimulaci, a to ve formě známých materiálů a věcí (Friedlová, 2005).

Předměty užívané k taktilně haptické stimulaci dle Friedlové (2005):

- oblíbené předměty, hračky
- kelímky, hrníčky na pití
- žínky, ručníky
- teplo a chlad
- zubní kartáček, předměty osobní hygieny
- předměty denního života

TAKTILNĚ HAPTICKÉ PODNĚTY dle Fröhliche (Vítková in Pipeková, 2006, s.345):

Zřetelně vyznačit citlivé oblasti rukou.

Umožnit rukama něco cítit.

Vytvořit možnost něco pevně držet.

Vytvořit možnost věci vědomě pustit (uvolnit).

Poznat, že věci jsou charakteristické na omak.

PRAKTICKÁ ČÁST:

4. Dotazníkové šetření

Mezi jedny z často používaných metod získávání dat v pedagogickém výzkumu patří dotazník. I já se rozhoduji pro využití této metody. Dotazník je podle Gavora charakterizován jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“ (Chráska, 2007, s.163).

4.1 Místo dotazníkového šetření a jeho charakteristika

Dotazníkové šetření bylo provedeno v Základní škole Sluneční 377 v Hostinném. Jedná se o právnická osoba vykonávající činnost těchto školských zařízení: Základní škola (základní škola praktická) a Pomocná škola (základní škola speciální).

Cílem základní školy (praktické) je poskytovat žákům, kteří se pro své rozumové nedostatky nemohou úspěšně vzdělávat na ZŠ běžného typu takové prostředí a klima, ve kterém se úspěšně uplatní a získají vzdělání poskytované základní školou. Vyučuje se zde podle učebních osnov zvláštní školy (Učební osnovy zvláštní školy 1.- 9. ročník, schváleno MŠMT ČR, odbor 24 – speciálních škol, pod č.j. 22980/97-22 ze dne 20.6.1997) a ŠVP „Místo na Slunci“. Školní vzdělávací program vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, z přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Cílem pomocné školy je poskytovat vzdělání žákům, kteří se pro své hlubší rozumové nedostatky nemohou úspěšně vzdělávat podle Učebních osnov zvláštní školy, č.j. 22980/97-22, takové prostředí a klima, ve kterém se úspěšně uplatní a získají vzdělání poskytované pomocnou školou. Vyučuje se zde podle učebních osnov Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy, schválený MŠMT ČR, pod č.j. 24 035/97-22 jako učební dokument ve smyslu § 39, ods. 1 školského zákona a Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy č.j. 15 988/2003-24. Zřizovatelem školy je Královéhradecký kraj (www.zvs.euweb.cz).

Škola má celkem sedm tříd (tři třídy základní školy praktické, tři třídy základní školy speciální a jednu autistickou třídu). Celkem se ve škole vzdělává 48 žáků.

Pedagogických pracovníků je ve škole celkem 11 (10 žen a 1 muž). Škola má 5 asistentek pedagoga/osobních asistentek.

Popis prostředí školy: škola se nachází ve vilové zástavbě podhorského městečka Hostinné. Kolem budovy školy je velká zahrada se vzrostlými stromy. Součástí zahrady je hřiště. V sousedství školy se nachází krásný les, vhodný pro procházky, výuku a relaxační pobyty.

Materiální vybavení školy: rehabilitační místnost s rehabilitačním stolem, míčkový bazén, motomed, gymnastické míče a válce, polohovací polštáře a hadi, klavír, sada orfových nástrojů, výtvarné potřeby, stavebnice, počítačová místnost, zvukové výukové programy, CD přehrávače, masážní míčky, schodolez, cvičná kuchyňka, dřevo a kovo dílna, hrnčířská pec.

Toto školské zařízení jsem si zvolila pro výzkumné šetření z několika důvodů. Od roku 2003 v tomto zařízení pracuji. Byla jsem u zrodu Pomocné školy v Hostinném, kdy jsem zabezpečovala výchovně vzdělávací program pro žáky s těžkým postižením. Podílela jsem se na vytvoření vhodných učebních prostor pro tyto žáky. Snažila jsem se uvádět do praxe informace získané z odborné literatury a z exkurzí. V současné době jsem na mateřské dovolené, přesto se zájmem sleduji aktivity školy a ráda se jich účastním.

4.2 Popis dotazníkového šetření

Pro metodu dotazníkového šetření jsem se rozhodla proto, že umožňuje relativně rychlé získání informací. Validitu dotazníku jsem se snažila zabezpečit pilotním šetřením v okruhu pedagogických pracovníků a konzultací s vedoucí práce.

Dotazník, jehož vzor můžete nalézt v příloze č.1, je koncipován podle zásad M. Chrástky (Chráska, 2007), a to tak, že otázky jsou formulovány jasně a stručně, bez použití otázek sugestivních a položek typu „proč.“

K průzkumnému šetření jsem použila kvantitativní metodu, za použití anonymního dotazníkového šetření. Vytvořila jsem vlastní dotazník s 18 položkami. Sedmnáctá položka patří mezi otázky otevřené. U ostatních položek vybírají respondenti jednu nebo více odpovědí podle toho, která jim nejvíce vyhovuje a odpovídá skutečnosti.

Položky jsou zvoleny na základě cílů šetření:

Cíl č. 1 Zmapovat druh proškolení pedagogických pracovníků konceptem bazální stimulace (otázka č. 6,7,8.).

Cíl č. 2 Zhodnotit aplikaci konceptu bazální stimulace do vzdělávacího procesu na uvedeném pracovišti (otázka č. 9-17).

Vedle dotazníkového šetření jsem se také věnovala pozornému studiu materiálů školy, které jsou přístupné na internetových stránkách školy, pohovorem s ředitelkou školy a pracovníky, studiem dokumentace žáků, náslechy v jednotlivých třídách a vlastními zkušenostmi z pedagogické činnosti s dětmi s těžkým a kombinovaným postižením. Vzhledem k tomu, že se jedná o pracoviště, kde jsem před nástupem na mateřskou dovolenou působila, byla komunikace velice otevřená a vstřícná. Výsledky šetření předložím vedení školy, jako vodítko pro zlepšení práce s žáky s těžkým a kombinovaným postižením.

Při návštěvě školy jsem osobně požádala všechny pracovníky o vyplnění dotazníku, který jsem jim předala. Seznámila jsem je s prováděným výzkumem, s jeho cíly a využitím. Výsledné dotazníky shromáždila asistentka pedagoga a zpětně mi je předala k vyhodnocení. Bylo rozdáno celkem šestnáct dotazníků a k vyhodnocení jich bylo vráceno čtrnáct. Návratnost dotazníku byla 87%.

4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Při vyhodnocení dotazníkového šetření se budu držet hlavně cílů, které jsem si vytyčila:

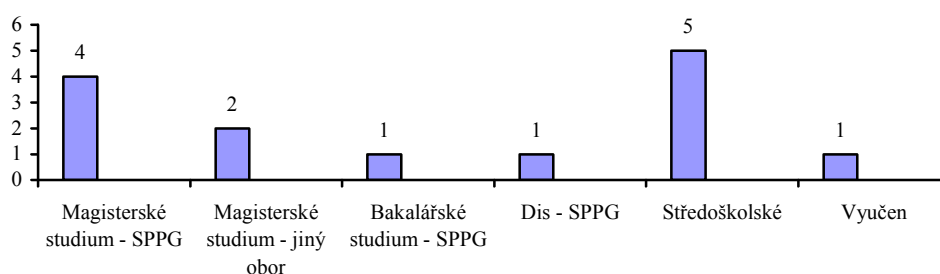
1. Zmapovat druh proškolení pedagogických pracovníků konceptem bazální stimulace v Základní škole Sluneční v Hostinném.
2. Zhodnotit aplikaci konceptu bazální stimulace do vzdělávacího procesu na uvedeném pracovišti.

Výsledky šetření budu zaznamenávat do sloupcových grafů s popisem počtu. Budu vyhodnocovat čtrnáct dotazníků.

Respondenti měli možnost vybírat jednu i více odpovědí. Pouze položka číslo 17 patřila mezi otevřené otázky.

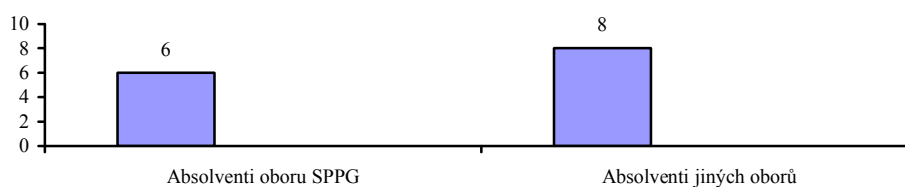
Mezi respondenty bylo třináct žen a jeden muž. Magisterské studium má celkem 6 (43%) pracovníků, z nich 4 (29%) mají vystudovanou SPPG. Bakalářské studium dokončil jeden (7%) pracovník a jeho zaměřením byla SPPG. Vyšší odborné vzdělání v oboru SPPG získal jeden (7%) pracovník. Středoškolského vzdělání dosáhlo celkem pět (36%) pracovníků. Jeden (7%) zaměstnanec je vyučen, viz graf č. 1.

Graf č.1
Vzdělání respondentů



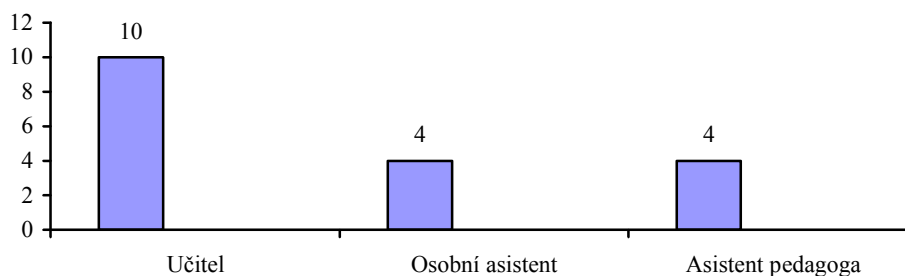
Obor speciální pedagogika absolvovalo 6 (43%) respondentů z celkového počtu 14 dotazovaných, viz graf č.2

Graf č.2
Absolventi oboru speciální pedagogika



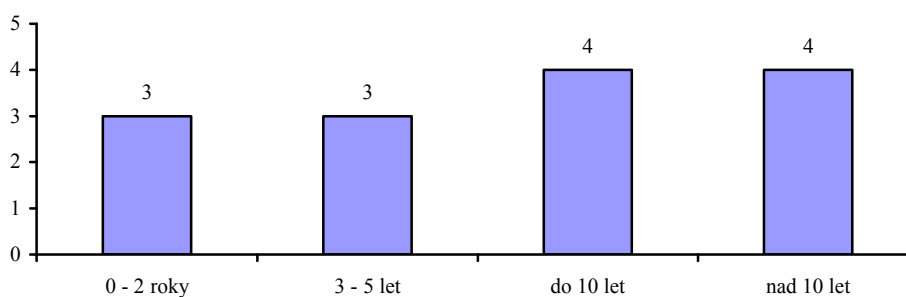
Mezi dotazovanými bylo 10 učitelů a 4 asistenti pedagoga, kteří se dělí polovičním úvazkem s osobním asistentem, viz graf č.3. Tyto čtyři asistenti pracují ve třech pomocných třídách a v jedné autistické třídě.

Graf č.3
Pedagogická funkce
Jakou zastáváte pedagogickou funkci?



Délkou praxe se zabývá graf č.4. Respondenti byli rozděleni do čtyřech skupin. První skupinu tvoří pracovníci školy, kteří mají praxi do dvou let. Do této skupiny spadají celkem 3 respondenti (21%). Druhou skupinu tvoří 3 respondenti (21%) s praxí od tří do pěti let. Třetí skupinou jsou zaměstnanci od šesti do deseti let, sem spadají 4 zaměstnanci (29%). Poslední skupinou tvoří čtyři respondenti s praxí nad deset let (29%). Z grafu vyplívá, že převažují respondenti s poměrně dlouhou praxí, nad 6 let, kteří tvoří 58% respondentů.

Graf č.4
Délka praxe

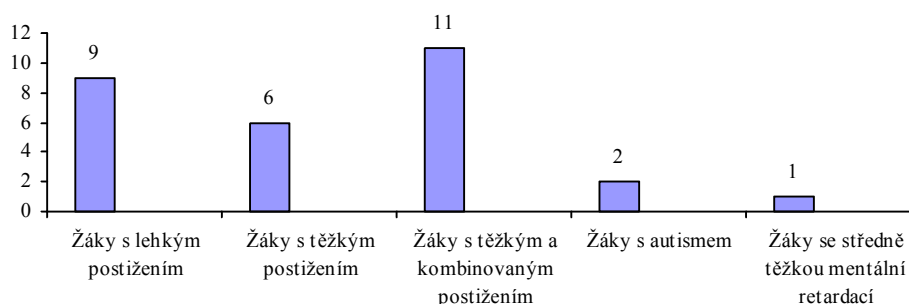


Škola se věnuje souběžně vzdělávání žáků s lehkým postižením a s těžkým postižením. Asistenti pedagoga/osobní asistenti se věnují zejména práci s žáky s těžkým postižením, s kombinovaným postižením a s autismem. Pro učitele je situace poněkud odlišná, neboť u některých dochází k prolínání práce s žáky s těžkým i lehkým

postižením. Přesto 11 (38%), dotazovaných má zkušenost s žáky s těžkým a kombinovaným postižením a podílejí se na jejich vzdělávání. Toto je skupina žáků, kterou se v bakalářské práci zabývám, a pro které je velice vhodná terapeutická metoda bazální stimulace.

Graf č.5

Jaké žáky vzděláváte?



Koncept bazální stimulace je v Základní škole Sluneční využíván plně 4 respondenty (29%). Částečně ho do své pracovní činnosti zařazuje 7 (50%) dotazovaných. Tři respondenti (21%) s konceptem nepracují, viz graf č. 6. Jedná se o učitele, kteří uvedli, že pracují pouze s dětmi s lehkým mentální postižením.

Graf č. 6

Využití konceptu Bazální stimulace

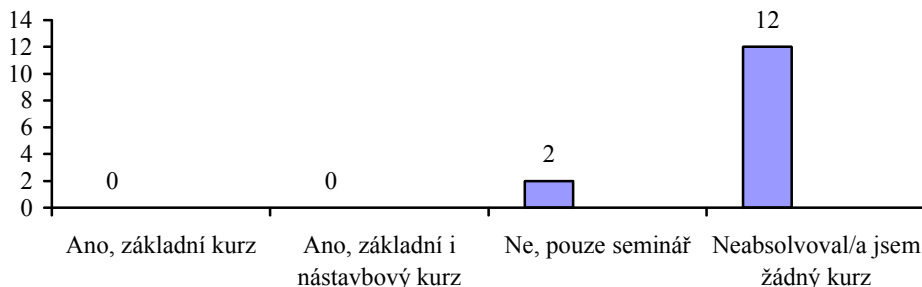
Využíváte k vaší činnosti terapeutický koncept Bazální stimulace?



Graf č. 7 se vztahuje k prvnímu cíli, který sleduji při dotazníkovém šetření v mé bakalářské práci. Pouze 2 respondenti (14%) absolvovali seminář zaměřený na koncept bazální stimulace, ostatních 12 (86%) respondentů nemá žádný kurz týkající se konceptu bazální stimulace.

Graf č. 7

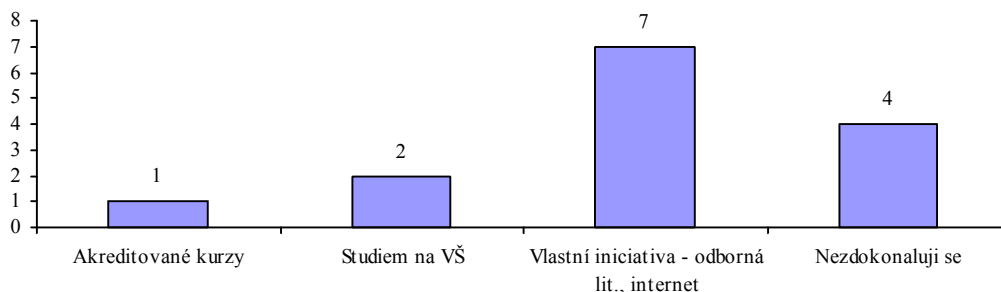
Absolvoval/a jste certifikovaný kurz bazální stimulace?



I přesto, že většina respondentů nemá dokončený základní kurz bazální stimulace, mají respondenti zájem na zdokonalování se v bazální stimulaci. Celkem 10 (71%) respondentů se jakýmkoliv způsobem zdokonaluje v této oblasti. Nejvíce respondentů (50%) si iniciativně vyhledává informace týkající se bazální stimulace v literatuře a na internetu, jeden respondent se v bazální stimulaci zdokonaluje akreditovanými kurzy, dva respondenti si rozšiřují vzdělání zaměřené na bazální stimulaci studiem na vysoké škole.

Graf č.8

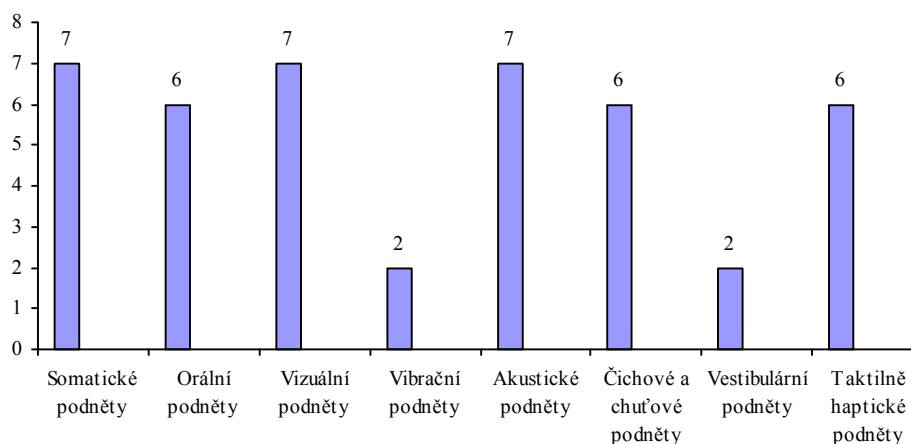
Jak se v bazální stimulaci zdokonalujete?



Graf č. 9 zaznamenává nejčastěji využívané podněty. Nejvíce používané metody bazální stimulace jsou podněty somatické, vizuální a akustické. Celkem jsou využívány u 7 (16%) respondentů. Šest (14%) respondentů využívá podněty orální, taktile baltické, čichové a chuťové. Nejméně jsou využívány podněty vibrační a vestibulární, 5% respondentů.

Graf č. 9

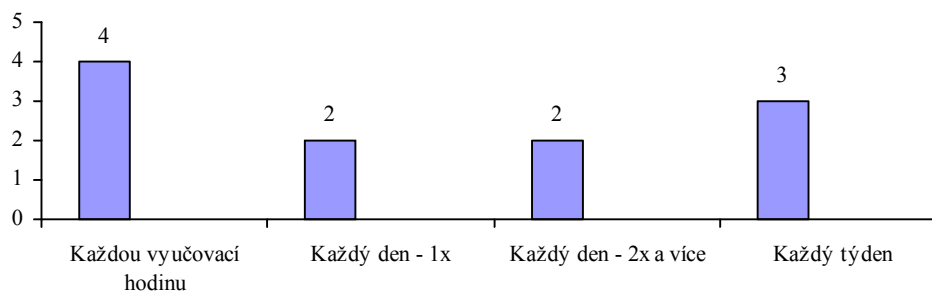
Které z metod bazální stimulace využíváte nejčastěji?



Celkem 4 respondenti (37%) využívají bazální stimulaci u svých žáků každou hodinu. Dva respondenti (18%) využívají bazální stimulaci každý den alespoň jedenkrát. Každý den, ale dvakrát a vícekrát, využívá bazální stimulaci 2 respondenti (18%). Jedenkrát za týden používá bazální stimulaci 3 respondenti (27%), viz graf č. 10.

Graf č.10

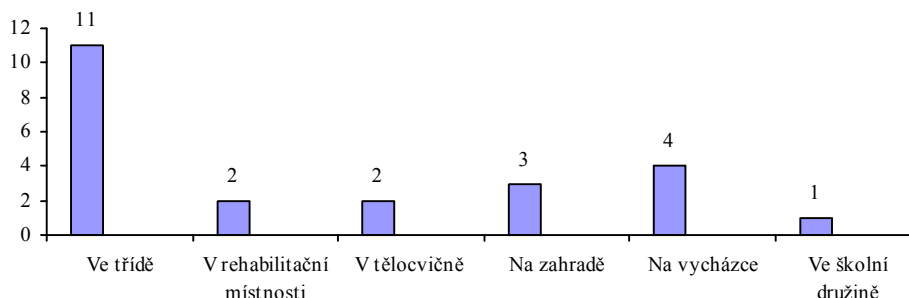
Jak často bazální stimulaci používáte?



Nejvíce respondentů provádí bazální stimulaci ve třídě, při běžné výuce. Jedná se o 11 (48%) respondentů. Mezi druhé nečastěji využívané místo pro bazální stimulaci je vycházka. Tu využívají 4 respondenti (17%). Málo využívaným prostorem pro bazální stimulaci je rehabilitační místnost, tělocvična a školní družina, viz graf č. 11.

Graf č. 11

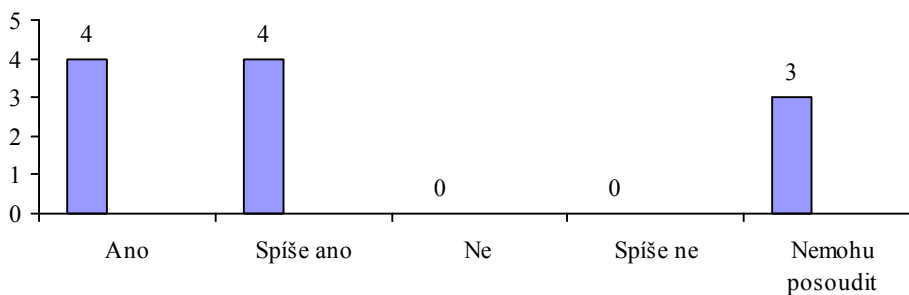
Kde bazální stimulaci provádíte nejčastěji?



Osm (73%) respondentů si myslí, že bazální stimulace přispěla či spíše přispěla k rozvoji jejich svěřenců. Tři respondenti (27%) volili odpověď – nemohu posoudit, viz graf č. 12.

Graf č. 12

Přispěla bazální stimulace k rozvoji vašich svěřenců?

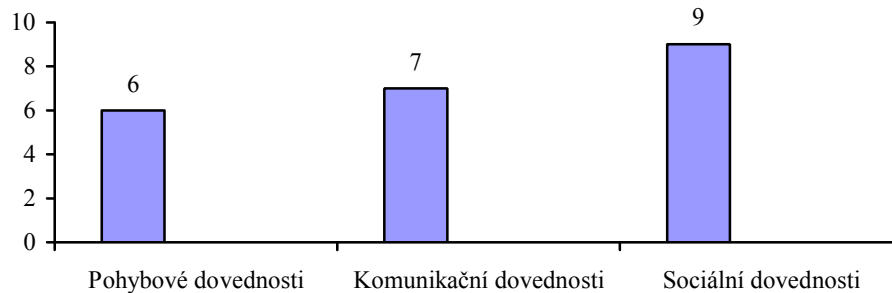


Mezi nejvíce rozvinuté dovednosti patří dovednosti sociální, vybíralo celkem 9 (41%) respondentů. Sedm (32%) respondentů si myslí, že byly rozvinuty dovednosti komunikační. Šest (27%) respondentů vybralo pohybové dovednosti, viz graf č. 13.

Graf č. 13

Rozvinuté dovednosti

Které dovednosti byly rozvinuty u vašich klientů nejvíce?



31% respondentů zvolilo pomůcky A mezi které patří rehabilitační míče, deky, polštáře, válce, klíny, míčky, polohovací hady.

9% respondentů zvolilo pomůcky B mezi které patří žínky, ručníky, kartáče, houbičky, masážní a elektrické strojky, kožešiny.

0% respondentů zvolilo pomůcky C mezi které patří houpačky a houpací sítě.

22% respondentů zvolilo pomůcky D mezi které patří hudební nástroje, ladičky, zvukové hračky, vibrační hračky, reprodukováná hudba.

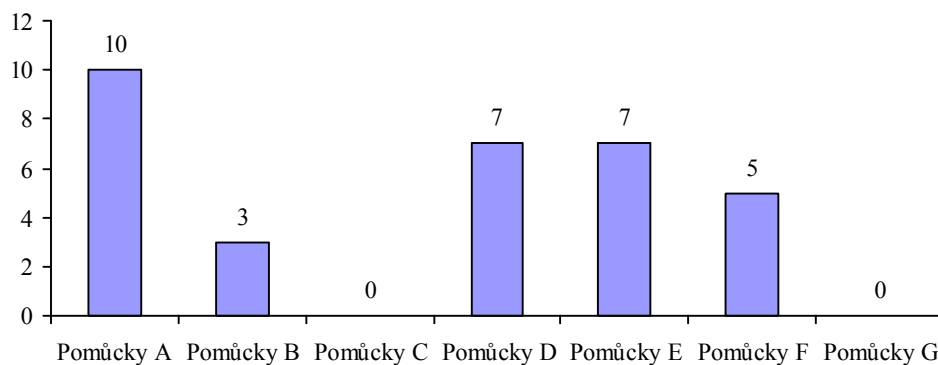
22% respondentů zvolilo pomůcky E mezi které patří hmatové hračky z výrazných materiálů.

16% respondentů zvolilo pomůcky F mezi které patří obrázky, světelné efekty, počítačová grafika.

0% respondentů zvolilo pomůcky G mezi které patří aromalampy, sady vonných olejů, vonné svíčky, solné lampy, viz graf č. 14.

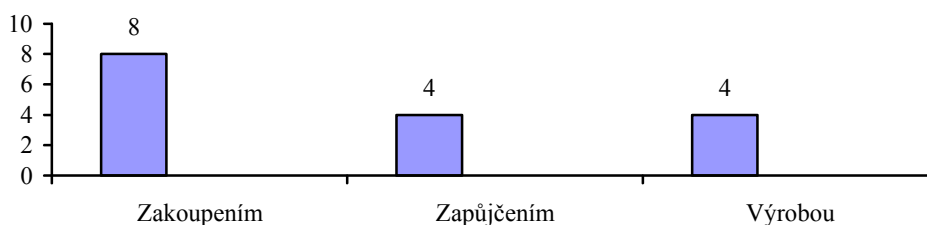
Graf č.14

Které z těchto pomůcek nejčastěji využíváte



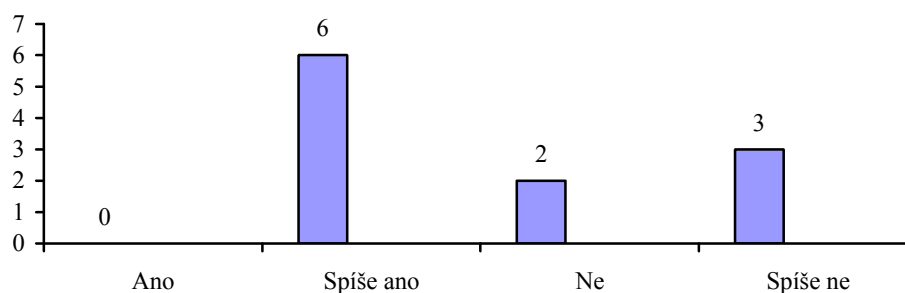
Způsob získávání pomůcek zaznamenává graf č. 15. Pomůcky z 50% škola získává zakoupením. Výroba a zapůjčení pomůcek je zastoupeno stejnou měrou a to 25%.

Graf č. 15
Způsob získávání pomůcek
Jak pomůcky nejčastěji získáváte?



S množstvím pomůcek jsou respondenti relativně spokojeni, odpověď spíše ano vybralo 55% dotazovaných. Oproti 18% respondentů, kteří si myslí, že nemají dostatek pomůcek.

Graf č.16
Máte dostatek potřebných pomůcek?



Sedmnáctou položku dotazníku tvořila otevřená otázka.

V čem spatřujete přínos konceptu bazální stimulace z hlediska práce s těžce postiženými žáky?

Respondenti spatřují přínos konceptu bazální stimulace při práci s těžce postiženým žáky v tomto:

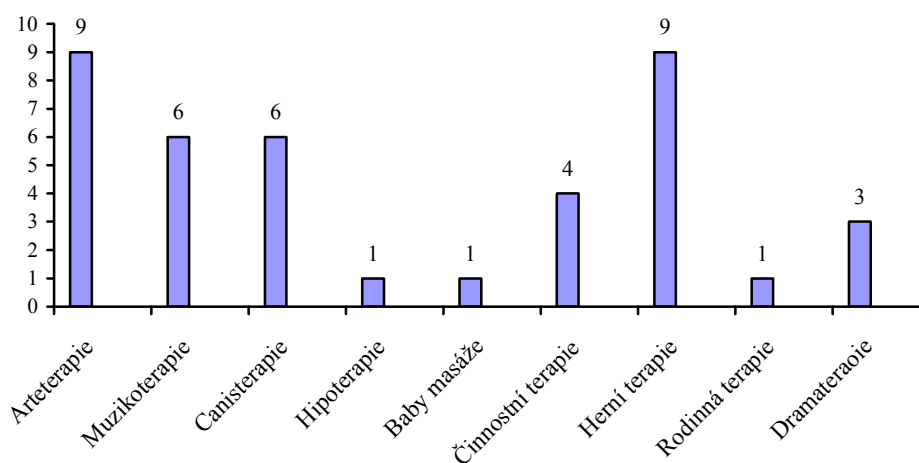
- přináší uvolnění

- relaxace
- odpočinek
- navození příjemné a dobré atmosféry
- zklidnění
- zaktivování dětí
- zkvalitnění výuky
- motivace k činnosti
- rozvoj smyslových orgánů
- často jediná možnost jak s žáky navázat kontakt a posunout je dál
- rozvoj celé osobnosti jedince
- zdokonalení
- osvojení různých dovedností

Škála metod práce, které respondenti využívají, je velice široká. Mezi nejvíce oblíbené metody práce patří arteterapie a herní terapie, vybíralo 22% respondentů. Rodinnou terapii, baby masáže a hipoterapii zařazují do práce s žáky s postižením pouze jednotlivci, viz graf č. 18.

Graf č. 18

Které další metody práce využíváte?



4.4 Závěry šetření a doporučení pro praxi

Dotazníkové šetření, které jsem provedla v Základní škole Sluneční v Hostinném, přineslo tyto výsledky.

Při představení dotazníkového šetření jsem si vytyčila dva cíle:

Cíl č. 1 Zmapovat druh proškolení pedagogických pracovníků konceptem bazální stimulace.

Podarilo se mi zmapovat proškolení pedagogických pracovníků na výše zmíněné škole a zjistila jsem, že žádný pracovník nemá základní kurz bazální stimulace, pouze dva pracovníci (14%) absolvovali seminář zaměřený na bazální stimulaci, ostatní pracovníci celkem 12 (86%) neabsolvovali žádný kurz. Připravenost pracovníků na aplikaci bazální stimulace je na velice špatné úrovni. Proto bych navrhovala podpořit pracovníky v účasti na certifikovaných kurzech bazální stimulace, pořádat semináře zaměřené na tuto problematiku, odborné diskuse a exkurse v zařízeních, kde je bazální stimulace prováděna odborně způsobilými pracovníky. Domnívám se, že by o tuto problematiku byl z řad pracovníků zájem. Což dokazuje kladný vztah k získávání informací ohledně bazální stimulace, kdy 10 (71%) respondentů se zdokonaluje. 1 pracovník akreditovaným kurzem, 2 pracovníci studiem na VŠ, 7 pracovníků na základě vlastní iniciativy mezi něž je zařazeno studium odborné literatury a získávání informací z internetu.

Cíl č. 2 Zhodnotit aplikaci konceptu bazální stimulace do vzdělávacího procesu na uvedeném pracovišti.

Koncept bazální stimulace je využíván pracovníky Základní školy Sluneční v Hostinném. Čtyři (29%) pracovníci využívají koncept bazální stimulace, sedm (50%) pracovníků ho využívá částečně. Pouze tři (21%) pracovníci koncept nevyužívají, zde se jedná o učitele pracující s žáky s lehkým postižením, kteří se od otázky 9 nepodíleli na dotazníkovém šetření.

Nejčastěji využívanými podněty jsou somatické, vizuální a akustické. Mezi málo používané podněty řadí pracovníci vibrační a vestibulární podněty. Čtyři (37%) pracovníci využívají bazální stimulaci každou vyučovací hodinu. Tři (31%) pracovníci zařazují bazální stimulaci do pracovní činnosti alespoň jedenkrát za týden.

Mezi nejčastěji využívané prostory pro bazální stimulaci patří třída, celkem jedenáctkrát (48%) zaškrtnuto v dotazníku. Dalším často používaným místem je vycházka, přiřadili čtyři respondenti (17%). Šest (51%) pracovníků si myslí, že má škola dostatek pomůcek. Nejčastěji používané pomůcky jsou rehabilitační míče, deky, polštáře, válce, klíny, míčky, polohovací hadi – vybralo 10 (31%) respondentů. Mezi další stejně oblíbené skupiny pomůcek patří:

- hudební nástroje, ladičky, zvukové hračky, vibrační hračky, reprodukováná hudba
- hmatové hračky z výrazných materiálů.

Myslím si, že koncept bazální stimulace je v Základní škole Sluneční v Hostinném dobře aplikován do vzdělávacího procesu, i přesto, že není podložen dostatečným teoretickým a praktickým vzděláním pracovníků. Pracovníci vidí bazální stimulaci jako metodu, která přispěla k rozvoji žáků, kdy 8 (73%) pracovníků vybralo ano či spíše ano přispívá bazální stimulace k rozvoji žáků. Nejvíce vidí pokroky u žáků v oblasti sociálních dovedností (41%), komunikačních (32%) a pohybových (27%).

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo představit koncept bazální stimulace jako účinnou metodu pro stimulaci těžce postižených a toto ověřit kvalitativním výzkumem v Základní škole Sluneční v Hostinném.

V Základní škole Sluneční v Hostinném se vzdělává 48 žáků. V tomto roce tvoří nadpoloviční většinu žáci se středně těžkým, těžkým a kombinovaným postižením. Z tohoto důvodu dochází ke zvyšování počtu tříd, kde se tito žáci vzdělávají. Tyto změny kladou nové nároky na pedagogy, zejména pak na organizaci výuky, na zařazování nových metod práce a na vzdělávání pedagogů samých.

Dotazníkové šetření potvrdilo, že odborná připravenost pro práci s konceptem bazální stimulace je na velice špatné úrovni. Doposud žádný pracovník neabsolvoval základní kurz bazální stimulace. Pouze dva pracovníci absolvovali seminář zaměřený na tuto problematiku. I přesto pracovníci využívají bazální stimulaci, jak vyplývá z šetření a uvědomují si její přínos pro žáky s těžkým postižením. Vybavenost školy k tomu jistě přispívá. Stejně tak i ochota pedagogů se vzdělávat. Z tohoto důvodu by bylo velice nutné zabezpečit odborné vzdělání zaměřené na tuto problematiku. Za nejúčinnější považují absolvování základního kurzu bazální stimulace, který přinese poznatky teoretické, ale také praktické zkušenosti, které mohou být v praxi dále ověřovány a modifikovány dle konkrétního žáka.

Práce s lidmi s těžkým postižením patří mezi náročné profese. Přesto koncept, který Fröhlich vytvořil, je možností pro lidi s těžkým postižením na důstojné bytí, ale také možností nás (speciálních pedagogů, osobních asistentů i rodičů) do světa těžce postižených více proniknout, rozvinout jejich vnímání a navázat komunikaci. Jedná se o proces dlouhodobý, vyžadující trpělivost obou zúčastněných stran, ale přesto smysluplný.

Přeji nám pedagogům i našim klientům příjemné chvíle s konceptem bazální stimulace.

Seznam literatury a pramenů:

- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace.* 2003.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro nastavbový kurz Bazální stimulace.* 1.vydání. 2005.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetrovatelství 1. a 2. díl.* Frýdek- Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.
- HÁDKOVÁ, V. (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením.* Praha: Somatopedická společnost o.s., 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše.* 3. vydání. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna.* 1.vydání. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady.* 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života.* Praha: Panorama, 1983.
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální.* 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-1009-6.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
- PIPEKOVÁ, J., (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 1. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-614-8.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

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

VÍTKOVÁ, M., (ed.) *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 3. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN: 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

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

Internetové zdroje:

Historie konceptu [online]. bazalni-stimulace.cz, [cit. 10.10.2010]. Dostupné na www: <http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>

Co je bazální simulace [online]. bazální-stimulace.cz, [cit. 10.10.2010]. Dostupné na www: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

Fröhlich, A. *Basale Stimulation* [online]. basale-stimulation.de, [cit. 5.9.2010]. Dostupné na www: <http://www.basale-stimulation.de/Paedagogik/online-literatur.php?lang=de>

Základní škola Sluneční 377, Hostinné [online]. zvs.euweb.cz [cit. 10.10.2010]. Dostupné na www: <http://www.zvs.euweb.cz/>

Shrnutí:

Bakalářská práce se zabývá stimulací těžce postižených s využitím terapeutického konceptu bazální stimulace.

Teoretická část je tvořena třemi částmi. První se zabývá definicí těžkého postižení, etiologií a potřebami těžce postižených. Druhá část popisuje bazální stimulaci, její hlavní myšlenky, vývoj a teoretické základy. Třetí část se věnuje oblastem podpory – jednotlivým stimulacím.

Praktická část je založena na dotazníkovém šetření, které bylo provedeno v Základní škole Sluneční v Hostinném. Cílem tohoto výzkumu bylo ověření využitelnosti bazální stimulace při práci s těžce postiženými a odborné způsobilosti pracovníků pro užití konceptu bazální stimulace.

Summary:

Thesis deals with the severely disabled by stimulation with the use of therapeutic concept of basal stimulation.

The theoretical part is made up by three parts. The first deals with the definition of disability, etiology and the needs of severely disabled. The second part describes the basal stimulation, its main ideas, development and theoretical foundations. The third part shall be given to areas of the aid – individual stimulation.

The practical part is based on the investigationns, which were carried out in Základní škola Sluneční, Hostinné. The aim of this research was to verify the usefulness of the basal stimulation when working with a severely handicapped and professional competence of workers for the use of the concept of basal stimulation.

