

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Využití bazální stimulace v předškolním
vzdělávání**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

PRAHA 2013

Vedoucí práce:

PhDr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Autor:

Bc. Veronika Bechová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

Liberec, 4. dubna 2013

.....

podpis

Děkuji PhDr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce.

Mé poděkování také patří kolegyním ze ZŠ a MŠ pro tělesně postižené v Liberci.

Abstrakt:

Diplomová práce „Využití bazální stimulace v předškolním vzdělávání“ má za cíl potvrdit kladný vliv konceptu bazální stimulace na výchovu a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením v mateřské škole speciální.

Teoretická část podává stručnou charakteristiku k tématu kombinovaného postižení a dětské mozkové obrny. Přináší pohled na vývoj dítěte s postižením v období předškolního věku. Stěžejní část se věnuje konceptu Bazální stimulace i s jeho základními a nastavbovými prvky a biografickou anamnézou.

Výzkumný projekt předkládá případové studie a ukazuje využití konceptu při konkrétní práci. Hodnotí a potvrzuje kladný vliv stimulace na děti a předkládá doporučení pro pedagogickou praxi.

Klíčová slova: kombinované postižení, dítě v předškolním vzdělávání, bazální stimulace

Abstract:

A dissertation “Use of basal stimulation in preschool education” has the aim to confirm a positive influence of the basal stimulation concept on upbringing and education of children with multiple disabilities in a special kindergarten.

A theoretical part gives you a brief characteristic on the topic of multiple disabilities and cerebral palsy (CP). It brings you a view of the development of children with disabilities in the preschool period. A crucial part is dedicated to the basal stimulation concept as well as its basic and superstructural elements and biographical anamnesis.

A research project presents the case studies and shows the use of the concept at particular work. It evaluates and confirms the positive influence of stimulation on children and presents a recommendation for pedagogical practice.

Keywords: multiple disabilities, a child in the preschool education, basal stimulation

OBSAH

ÚVOD	3
1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	5
1.1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	5
1.2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	5
2. PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI	7
2.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	7
2.2 VÝVOJ POSTIŽENÉHO DÍTĚTE V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	8
2.3 HRA JAKO PROSTŘEDEK PŘEDŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	9
2.4 SYSTÉM KURIKULÁRNÍCH DOKUMENTŮ	11
2.4.1 <i>Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání</i>	11
2.5 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN (DÁLE JEN IVP)	14
3. BAZÁLNÍ STIMULACE JAKO JEDNA ZE SPECIFICKÝCH FACILITAČNÍCH TECHNIK	15
3.1 FACILITACE A FACILITAČNÍ TECHNIKY	15
3.2 ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ MODELY METODY BAZÁLNÍ STIMULACE	16
3.3 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	17
3.4 DOSTUPNOST BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ PÉČE	18
4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	20
4.1 STIMULACE VNÍMÁNÍ.....	24
4.1.1 <i>Význam smyslové stimulace</i>	24
4.1.2 <i>Vývoj vnímání</i>	25
4.1.3 <i>Techniky konceptu bazální stimulace pro stimulaci vnímání</i>	26
4.2 PODPORA HYBNOSTI	27
4.2.1 <i>Vývoj pohybových schopností</i>	27
4.2.2 <i>Řízení hybnosti</i>	28
4.2.3 <i>Vestibulární systém a jeho vztah k pohybu</i>	29
4.2.4 <i>Stimulace a podpora motoriky</i>	29
4.3 PODPORA KOMUNIKACE.....	29
4.3.1 <i>Co je komunikace</i>	29
4.3.2 <i>Komunikace v konceptu bazální stimulace</i>	31
4.3.3 <i>Komunikace s handicapovanými žáky</i>	34
4.3.4 <i>Význam doteků v životě člověka</i>	36
5. PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	37
5.1 BAZÁLNÍ (ZÁKLADNÍ) PRVKY KONCEPTU	38
5.1.1 <i>Somatická stimulace</i>	38
5.1.2 <i>Vestibulární stimulace</i>	48

5.1.3	<i>Vibrační stimulace</i>	49
5.2	NÁSTAVBOVÉ PRVKY KONCEPTU.....	50
5.2.1	<i>Taktilně-haptická stimulace</i>	50
5.2.2	<i>Olfaktorická stimulace</i>	51
5.2.3	<i>Optická stimulace</i>	51
5.2.4	<i>Auditivní stimulace</i>	52
5.2.5	<i>Orální stimulace</i>	53
5.3	BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	53
6.	BAZÁLNÍ STIMULACE V MATEŘSKÉ ŠKOLE SPECIÁLNÍ.....	55
6.1	CHARAKTERISTIKA A CÍLE VÝZKUMU	55
6.2	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	55
6.3	CHARAKTERISTIKA ŠKOLSKÉHO ZAŘÍZENÍ	56
6.3.1	<i>Týdenní plán</i>	57
6.4	KASUISTIKY	58
6.5	VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....	74
6.5.1	<i>Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 1</i>	74
6.5.2	<i>Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 2</i>	76
6.5.3	<i>Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 3</i>	77
6.5.4	<i>Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 4</i>	79
6.6	DOPORUČENÍ PRO PEDAGOGICKOU PRAXI	80
6.6.1	<i>Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 1</i>	80
6.6.2	<i>Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 2</i>	80
6.6.3	<i>Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 3</i>	80
6.6.4	<i>Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 4</i>	81
6.6.5	<i>Obecná doporučení</i>	81
	ZÁVĚR	82
	RESUMÉ	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	84
	INTERNETOVÉ ZDROJE	87
	SEZNAM TABULEK	88
	SEZNAM GRAFŮ	88
	SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

„Vše, co uděláte, přinese výsledek, protože vše má svůj smysl.“

Kent M. Keith

Současná medicína je na vysoké profesionální úrovni a lékaři poskytují léčbu plnou nejnovějších postupů. Na člověka nahlížíme jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami (Friedlová, 2007). Ne všichni lidé však dokáží komunikovat se svým okolím verbálně a sdělit tak své aktuální potřeby. Proto je naším úkolem hledat cesty k porozumění. Je úctyhodné dokázat člověku zachránit život, dále bychom měli ale také klást důraz na plnohodnotné pokračování tohoto života. Měli bychom se snažit, aby takový člověk mohl žít smysluplný a naplněný život. Život plný důstojnosti, autonomie a nových zážitků.

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).

Již nějakou dobu je dětem s těžkým kombinovaným postižením umožněno se vzdělávat. Díky své praxi v péči a vzdělávání těchto dětí mohu posoudit, jak velký vliv má tato událost na jejich kvalitu života. Souhlasím s citátem pana Pfeffra (1988 in Vítková, 2001a), že: *„Ve škole se nejenom učíme, ale žijeme. Učení ve škole je život.“* Již několik let je využívána ke zlepšení života osob s kombinovaným postižením také metoda bazální stimulace. Mám možnost s tímto konceptem dlouhodobě pracovat a základní kurz Bazální stimulace mám taktéž absolvovaný. Proto se v této práci zabývám využitím tohoto konceptu v praxi, v přímé péči a edukaci dětí v mateřské škole speciální.

Cílem mé práce je posoudit, zda má koncept Bazální stimulace pozitivní dopad na život a předškolní vzdělávání dětí s kombinovaným postižením. Na několika kasuistikách bych ráda ukázala, jak se s touto metodou pracuje při edukaci i běžných denních činnostech a dala tak náměty pro další práci pedagogům, rodičům, popř. i studentům. Dílčím cílem bude vytvoření předlohy biografické anamnézy, která by byla zaměřena právě na děti s kombinovaným postižením.

V první kapitole krátce zmiňuji pojmy kombinované postižení a dětská mozková obrna, které teoreticky charakterizují rysy postižení vybraného vzorku dětí v kasuistikách.

V druhé kapitole seznamuji s aspekty předškolního vzdělávání a s vývojem dítěte s postižením právě v tomto období. Důležitost hry a hračky je zde také patřičně uvedena. Nebyl zde opomenut ani systém kurikulárních dokumentů a individuální vzdělávací plán, jakožto základní východiska pro kvalitní vzdělávání dětí s postižením.

Ve třetí kapitole představuji metodu bazální stimulace jako jednu ze specifických facilitačních technik. Věnuji se nejen historii konceptu a jejímu zakladateli, ale i technikám, ze kterých bazální stimulace vychází. Také je zde zmínka o současném využívání konceptu v různých oblastech.

Ve čtvrté kapitole se podrobněji zabývám teoretickými východisky konceptu. Podpora vnímání, hybnosti a komunikace je pro bazální stimulaci základní „mantrou“, neboť všechny tyto oblasti spolu úzce souvisí a jedna provází druhou.

V páté kapitole se dostávám k základním a nadstavbovým prvkům bazální stimulace. V této kapitole se již dotýkám praktických návodů, jak lze bazální stimulaci využívat v praxi. Věnuji se také významu biografické anamnézy.

V poslední části uplatňuji své zkušenosti a poznatky a pomocí jednotlivých kasuistik popisuji práci s dětmi s kombinovaným postižením, při které je využíván koncept bazální stimulace.

1. Teoretická východiska

1.1 Kombinované postižení

Kombinované postižení neboli také souběžné postižení více vadami vymezuje MŠMT ČR takto: „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně 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.*“ (Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č. j. 25602/97-22).

Sovák (in Ludíková, 2005) chápe pod pojmem kombinované vady sdružování několika postižení u jednoho jedince, které se navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění.

Pro potřeby resortu školství se uvádějí tři skupiny žáků s více vadami (čj. 16776/97-22):

- skupina, v níž je společným znakem mentální retardace (sdružují se tělesné, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování)
- skupina tvořená kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči
- autistické děti a děti s autistickými rysy, u nichž jsou diagnostikovány další vady (online¹).

Těžké postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Těžké postižení představuje pro všechny zúčastněné interakční partnery omezení, ztěžuje základní kontakt mezi dvěma lidmi (Vítková, 2001a). I Sovák (in Ludíková, 2005) vnímá tělesné vady jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám.

1.2 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna vzniká při postižení mozku, a to jak pohybových center, tak center smyslových. K poškození mozku dítěte může dojít během nitroděložního vývoje, během porodu, či v období novorozeneckém. V nejtěžším věku se projevuje jako zpomalený nebo nerovnoměrný psychomotorický vývoj (Dočkal in Müller, 2007).

¹ <http://www.helpnet.cz/kombinovana-postizeni>

Ročně se narodí 20 až 30 tisíc dětí s diagnózou dětská mozková obrna (dále jen DMO). Ta je charakterizována především narušením vývoje hybnosti, ale také velmi často zasahuje do více oblastí vývoje – kombinuje se s mentálním postižením, smyslovými vadami a v neposlední řadě ovlivňuje rozvoj komunikačních dovedností (Opatřilová, 2004). Narušení hybnosti a tonu se projevuje různým stupněm a rozsahem. Při větších pohybových poruchách je třeba dodat dítěti více předmětů pro jeho činnost do jeho blízkosti, celou pohybovou aktivitu je třeba doplnit také změnou polohy těla, protože tak se změní pohled na okolí (Opatřilová, 2008a).

Dočkal (in Müller, 2007) rozlišuje čtyři formy DMO:

- **Spastická forma** vzniká postižením centrálního motoneuronu, projevující se abnormálním zvýšením svalového tonusu. Podle toho, která část těla je postižena, ji dále dělíme na hemiparetickou, diparetickou a kvadruparetickou formu. Při hemiparetické formě DMO jsou postiženy končetiny na jedné polovině těla. Horní končetina bývá většinou postižena víc než dolní. U diparetické formy jsou převážně postiženy dolní končetiny. Při kvadruparetické formě jsou postiženy jak horní, tak dolní končetiny.
- **Dyskinetická (athetoidní) forma** je charakterizována nekontrolovatelnými pohyby, postihuje většinou celé tělo i svaly obličeje a jazyka. Stabilita je velmi porušena.
- **Hypotonická forma** se projevuje od nejútlejšího věku chudostí pohybů. Svalový tonus je snížen, avšak šlachové reflexy jsou zvýšené. Po třech letech přechází tato forma ve spastickou či dyskinetickou formu. Mnohem častěji nežli u jiných forem zde bývá psychická retardace.
- **Smišovaná forma.**

Poruchy řeči se vyskytují u více než poloviny dětí s diagnózou DMO. Jsou různého stupně, a to od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost artikulace. DMO postihuje svalstvo jednotlivých mluvních orgánů a i jednotlivé složky řečového projevu jako je dýchání, fonace, artikulace, síla, rytmus, melodie, plynulost a srozumitelnost řeči. Nejčastější poruchou řeči bývá u DMO dysartrie, což je narušení artikulace jako celku při organickém postižení centrální nervové soustavy. Příznaky mentálního postižení jsou zvláště u formy hypotonické a kvadruparetické. Epileptické záchvaty různého typu postihují kolem poloviny jedinců s dětskou mozkovou obrnou. Přibližně polovina těchto dětí má nějakou zrakovou vadu, nejčastější je strabismus a retinopatie nedonošených. Ortopedické vady jsou časté u spastiků nebo smíšených forem DMO. Jsou to různé deformity dolních končetin, vadné držení těla, vadné postavení kyčlí a jiné (Opatřilová, 2008a).

2. Předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

2.1 Předškolní vzdělávání

„Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami“ (z. č. 561/2004 Sb. srov. Opatřilová, 2008a). Bez profesionálního vedení a pomoci zůstávají těžce postižení na velmi nízké vývojové úrovni a dostávají se naprosto nutně do slepé uličky narušených vztahů s okolním světem, v masivní závislosti a hluboké izolaci (Vítková, 2001a).

Předškolní vzdělávání se maximálně přizpůsobuje vývojovým fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí této věkové skupiny. Mateřská škola proto nabízí prostředí, které by mělo být pro dítě vstřícné, podnětné, zajímavé a obsahově bohaté, ve kterém se dítě bude cítit jistě, bezpečně, radostně a spokojeně a ve kterém bude zajištěna možnost, aby se mohlo projevit, bavit a zaměstnávat svým přirozeným dětským způsobem (Opatřilová, 2008a).

Ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami u nás dochází v posledních dvou desetiletích k výrazným změnám. Koncepce vzdělávacího systému se přizpůsobuje požadavkům evropské společnosti. Je naší snahou integrovat co největší počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných typů škol a školských zařízení. To však neznamená, že nerespektujeme potřeby žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Pro ně je vytvořena dostatečně bohatá nabídka míst ve speciálních školách a školských zařízeních, ve kterých pracují erudovaní speciální pedagogové (Bartoňová, Vítková, 2007).

Pro všechny děti s těžkým postižením, zvláště pro ty, které žijí v domovech nebo ústavech, je škola centrálním obsahem života a často jediným spojením s „vnějším světem“. Jeví se velice významné tento kontakt pokud možno rozvíjet a obohacovat, tzn. vytvářet společný život (Vítková, 2001a).

„Musíme si zvyknout na to, že podpora nemůže být zaměřena jen na budoucí cíle, ale že podpora spočívá v současnosti – ve společném zaměstnávání, podněcování (aktivaci) a komunikaci. Oprávněnost podpory nespočívá v její funkčnosti, tzn. v tom, že určitých cílů bude

někdy dosaženo, ale spíše v tom, že lidé jsou schopni zde a teď navázat kontakty s druhými lidmi, že jsou schopni aktivně žít, pohybovat se, vnímat a mnoho dalšího.“ (Vítková, 2001b).

Vzdělávání dětí s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení v rámci předškolního vzdělávání má svá specifika. Důraz bývá kladen na fyzioterapii, masáže, vodoléčbu, léčebnou tělesnou výchovu. Mezi další uplatňované podpůrné metody patří snoezelen, míčková masáž či aromaterapie (Černá a kol., 2008). Originalita těžce postižených dětí a žáků, stejně jako jejich speciální vzdělávací potřeby způsobují, že jejich vyučování je třeba detailně plánovat, tzn. vypracovat vzdělávací program pro každého žáka. Je důležité pozorovat dosavadní vývoj každého jednotlivého dítěte, abychom porozuměli tomu, čeho je dítě schopné vzhledem ke svému postižení, co potřebuje a kam by mohla vést jeho další vzdělávací cesta (Vítková, 2001a).

Všechny situace, které patří k průběhu dne u dítěte s těžkým postižením, od zdravotní péče přes terapii ke hře, k funkčnímu otužování a komunikaci, musí být organizované jako vyučování, důkladně plánované a přesně strukturované. Jenom tehdy, když nabídneme žákům optimální opatření „s pomocí vybraných výukových cílů, které učitel uskutečňuje ve vytvářených učebních procesech“, můžeme je na jejich individuální úrovni oslovit a podporovat (Fischer, Mertes, 1990 in Vítková, 2001a).

U dětí se souběžným postižením více vadami a s poruchami autistického spektra je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy, vzdělávací prostředí je pro dítě klidné a podnětné, je zajištěna přítomnost asistenta, jsou využívány vhodné kompenzační pomůcky (Bartoňová, Vítková, 2007 srov. Opatřilová, 2008a).

2.2 Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku

Pohybové dovednosti

Pokud nejde o závažné motorické poškození, úroveň se zlepšuje. Naopak u motorických postižení má velký vliv rehabilitace, kompenzace, hospitalizace – operace, lázně. Ve větší míře přetrvávají potíže v oblasti manuální zručnosti a senzomotorické koordinace. Velký vliv na motorický rozvoj má vizuální kontrola. U dětí zaznamenáváme značné rozdíly, protože záleží na kombinaci postižení (Opatřilová, 2008b). Děti s hlubokou mentální retardací jsou imobilní nebo výrazně omezené v pohybu (Bendová, Zikl, 2011).

Vývoj řeči

U dětí s těžkou mentální retardací se řeč buď vůbec nevytvoří, anebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči, tj. pudových hlasových projevů, jež jsou obměňovány podle toho, jedná-li se o projev spokojenosti, přání, odporu či zlosti. Narušeny jsou

modulační faktory řeči, zejména pak její dynamika a melodie, jež jsou hrubé a nevyvážené. Někdy se u těchto jedinců uplatňují také echolalické napodobovací senzomotorické reflexy, jež se demonstrují tím, že dítě opakuje slyšené zvuky, popřípadě i slova jako ozvěna, ale bez pochopení jejich smyslu. U jedinců s hlubokou mentální retardací je chápání a používání řeči na velmi nízké úrovni. V lepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace (Bendová, Zikl, 2011).

Vývoj kognice

Rozvoj rozumových schopností je v úzké součinnosti s vnímáním a verbální komunikací. Poznávací procesy jsou u dítěte tohoto věku vázány na emocionální prožitky. Ty, pokud jsou kladné, představují základní předpoklad nejen pro intelektový vývoj dítěte, ale i pro rozvíjení jeho zájmu o poznávání okolního světa (Přinosilová, 2007).

Je ovlivněn kvantitou a kvalitou podnětů a omezením aktivního poznávání. Handicap se projevuje v nedostatku přesných představ, neschopnost adekvátně vnímat, napodobovat a učit se řeč. Omezená je i senzomotorická inteligence. U většiny nedochází k počátečním projevům symbolického myšlení. Rozvoj kognice se u jednotlivých typů postižení značně diferencuje. Opět nesmíme zapomínat na frustraci a deprivaci psychických potřeb (Opatřilová, 2008b).

„Rozumový vývoj dítěte tvoří východisko pro určování jeho celkové úrovně, uplatňuje se v jeho veškeré činnosti a ovlivňuje významně všechny ostatní oblasti, každý jeho projev“ (Monatová, 2000 in Přinosilová, 2007).

V předškolním věku dochází k postupné stabilizaci motorického poškození (pokud se nejedná o progresivní postižení), zkušenostní deprivace může být kompenzována různými typy stimulace, rozvoj rozumových schopností a řeči je závislý na stupni intelektového potenciálu (Opatřilová, 2008b).

2.3 Hra jako prostředek předškolního vzdělávání

V hluboké historii i v naprosté současnosti se odborníci i laici shodují v tom, že hra je pro dítě předškolního věku stěžejní činností (Kotátková, 2005). Hra je v tomto období základním prostředkem výchovy (Opatřilová, 2008a).

Hra, zájmové nebo volnočasové činnosti jsou vnitřně motivující činnosti, které primárně slouží k relaxaci, zábavě, spontánní radosti a sebeprezentaci (Krivošíková, 2011). Hra má řadu aspektů, kam řadíme aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivý, fantazijní, sociální, rekreační, diagnostický a terapeutický (Opatřilová, 2008a). Při aktivní hře se účelně využívá mozek – funguje smyslové vnímání. Hrou získáváme informace

různého druhu a informace o různých (elementárních) životních situacích (Opatřilová, 2008b). Hra se stává přirozeným nástrojem učení. Předmětem, jehož prostřednictvím dítě hru uskutečňuje, je hračka. Mezi základní požadavky kladené na hračku dítěte bezesporu patří to, aby byla přiměřená věku a schopnostem dítěte a v neposlední řadě by měla být bezpečná (Černá a kol., 2008).

„Hra je činnost silně motivovaná, uspokojuje potřebu činnosti (funkční libost, tedy radost z činnosti samé bez ohledu na užitečnost jejího produktu), zvědavost, potřebu sociálního styku, výkonovou motivaci aj.; hra rozvíjí nejrůznější aspekty osobnosti, a tím připravuje dítě pro učební, pracovní a jiné činnosti, pro celý další život“ (Čáp, Mareš, 2001 in Přinosilová, 2007).

Činnost (v tomto případě hra) má svou podstatu ve třech vzájemně integrovaných oblastech:

- v mozkových impulzech daných zráním a spontánním učením
- v různorodých počátečních informacích souvisejících s proměnou okolí a smyslovými stimuly
- v elementárních zkušenostech, jejichž rozsah a hloubka se postupně zvětšuje, a které mají svou výchozí podstatu v experimentaci se vším, s čím se dostane dítě do kontaktu (Koťátková, 2005).

Hrát bychom si měli tehdy, pokud je dítě odpočínuté, klidné, nemá hlad a hra je pro dítě přínosem. U dětí se zdravotním postižením ponechávejte více času na vykonávání činností, protože mají obvykle snížené tempo a déle jim trvá zpracování pokynů (informací) než u dětí intaktní populace.

Při vytváření podmínek pro hru se snažíme připravit prostředí, které hravou atmosféru navozuje. Neměla by zde být přemíra předmětů, které dítě mohou rozptylovat. Neopomíjíme základní hygienická a bezpečnostní pravidla. Dítě motivujeme k experimentování, zkoumání, získávání nových zkušeností a potažmo k aktivnímu učení. Hry a hračky obměňujeme, přičemž ponecháváme dostatečný výběr z několika možností, a to vzhledem k věku, popř. možnému zdravotnímu postižení (Opatřilová, 2008a).

Při zaměstnávání se s dětmi s těžkým postižením si musí pedagog zvyknout na velmi odpovědný a diferencovaný způsob jednání. Potřebuje hodně trpělivosti, především sám se sebou. Unáhlené a povrchní hodnocení, soudy a diagnózy se jeví nejenom jako nepříznivé a rušivé, ale mohou mít fatální následky, které negativně ovlivní proces setkávání nebo mu

dokonce zamezí. Pedagog je stále v situaci, že musí hledat nové neznámé (výukové) cesty a být při edukaci kreativní (Vítková, 2001a).

2.4 Systém kurikulárních dokumentů

V České republice vytvářejí rámec pro školní kurikulum vzdělávací standardy, které jsou závazné pro všechny školy příslušného typu. Kurikulární dokumenty v České republice jsou vytvářeny na dvou úrovních: státní a školní.

Státní úroveň představuje:

- Národní program vzdělávání.
- Rámcové vzdělávací programy (RVP). RVP vymezují závazné rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělávání.

Školní úroveň představují:

- Školní vzdělávací programy (ŠVP), podle nichž se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách.

Od roku 1989/90 je dětem se speciálními vzdělávacími potřebami umožněna individuální integrace do tříd mezi děti zdravé. Větší počet dětí navštěvuje logopedické třídy MŠ, dále třídy pro děti s mentálním nebo s kombinovaným postižením. Souběžně existují mateřské školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

2.4.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání je určeno dětem ve věku od tří do šesti let, popřípadě do doby jejich vstupu do školy. Prochází jím 89% populace. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV), platný od školního roku 2003/2004, formuluje obecné cíle předškolního vzdělávání a jeho rámcový obsah, školy si následně zpracovávají vlastní školní vzdělávací programy (ŠVP). RVP PV vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku. Úkolem tohoto vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a zajistit dítěti dostatek mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Může plnit i úkol diagnostický.

Hlavní principy RVP PV

- akceptování vývojových specifíků dětí předškolního věku
- rozvoj a vzdělávání každého dítěte v rozsahu jeho individuálních možností a potřeb
- vytváření základů klíčových kompetencí dosažitelných v předškolním věku

- prostor pro rozvoj různých programů a koncepcí pro individuální profilaci mateřské školy
- využívání různých forem a metod vzdělávání
- rámcová kritéria pro vnitřní a vnější evaluaci mateřské školy.

Rámcové cíle

Záměrem předškolního vzdělávání je rozvíjet každé dítě po stránce fyzické, psychické a sociální. Přitom mají pedagogové sledovat rozvoj dítěte, jeho učení a poznání, osvojení základů hodnot, na nichž je založena společnost, získání osobní samostatnosti a schopnosti projevat se jako samostatná osobnost působící na své okolí.

Klíčové kompetence

Klíčové kompetence reprezentují cílovou kategorii vyjádřenou v podobě prakticky využitelných výstupů.

- **kompetence k učení** - dítě soustředěně pozoruje, zkoumá a objevuje, získanou zkušenost uplatňuje v praktických situacích a dalším učení, klade otázky a hledá na ně odpověď, učí se spontánně i vědomě
- **kompetence k řešení problémů** - všímá si problémů v okolí, řeší problémy, na které stačí, a to na základě bezprostřední zkušenosti
- **kompetence komunikativní** - ovládá řeč, samostatně vyjadřuje své myšlenky, slovně reaguje a vede smysluplný dialog, ovládá dovednosti předcházející čtení a psaní, průběžně rozšiřuje svou slovní zásobu, dovede využívat informativní a komunikativní prostředky (knížky, telefon, PC), má vytvořeny elementární předpoklady k učení se cizímu jazyku
- **kompetence sociální a personální** - samostatně rozhoduje o svých činnostech, uvědomuje si, že za své jednání odpovídá a nese důsledky, napodobuje modely prosociálního chování a mezilidských vztahů
- **kompetence činnostní a občanské** - svoje činnosti a hry se učí plánovat, organizovat, řídit a vyhodnocovat, odhaduje rizika svých nápadů, zajímá se o druhé, spoluvytváří pravidla společného soužití mezi vrstevníky, dbá na osobní zdraví a bezpečí svoje i blízkých

Vzdělávací obsah

Obsah předškolního vzdělávání představuje hlavní prostředek vzdělávání dítěte v mateřské škole. Je vymezen tak, aby sloužil k naplnění vzdělávacích záměrů a dosahování vzdělávacích cílů. Vzdělávací obsah je uspořádán do pěti vzdělávacích oblastí. Každá oblast zahrnuje vzájemně propojené kategorie: dílčí cíle (záměry), vzdělávací nabídku a očekávané výstupy (předpokládané výsledky). Vzdělávací nabídka představuje soubor praktických i intelektových činností vhodných k naplňování cílů.

Dítě a jeho tělo – záměrem v oblasti biologické je:

- stimulovat růst a neurosvalový vývoj dítěte
- podporovat jeho fyzickou pohodu
- zlepšovat jeho tělesnou zdatnost i pohybovou a zdravotní kulturu
- podporovat rozvoj jeho pohybových i manipulačních dovedností
- učit je sebeobslužným dovednostem a vést je ke zdravým životním postojům a návykům

Dítě a jeho psychika – záměrem v oblasti psychologické je:

- podporovat duševní pohodu, psychickou zdatnost a odolnost dítěte
- rozvoj jeho intelektu, řeči a jazyka, poznávacích funkcí, jeho citů a vůle
- sebepojetí a sebenahlížení, jeho kreativity a sebevyjádření
- stimulovat osvojování a rozvoj vzdělávacích dovedností
- povzbuzovat je v dalším rozvoji, poznávání a učení

Tato oblast je členěna do tří podooblastí: Jazyk a řeč, Poznávací schopnosti a funkce, představivost a fantazie, myšlenkové operace, Sebepojetí, city a vůle.

Dítě a ten druhý – záměrem v interpersonální oblasti je:

- podporování utváření vztahů dítěte k jinému dítěti či dospělému
- posilovat, kultivovat a obohacovat jejich vzájemnou komunikaci
- zjišťovat pohodu těchto vztahů

Dítě a společnost – záměrem v oblasti sociálně-kulturní je:

- uvést dítě do společenství ostatních lidí a do pravidel soužití s ostatními
- uvést je do světa materiálních a duchovních hodnot, do světa kultury a umění

- pomoci dítěti osvojit si potřebné dovednosti, návyky i postoje
- umožnit mu aktivně se podílet na utváření společenské pohody ve svém sociálním prostředí

Dítě a svět – záměrem enviromentální oblasti je:

- založit u dítěte elementární povědomí o okolním světě a jeho dění
- vlivu člověka na životní prostředí
- vytvořit elementární základy pro otevřený a odpovědný postoj dítěte k životnímu prostředí

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro všechny děti stejné. Při jejich realizaci je však třeba zohledňovat individuální potřeby dětí a u dětí se zdravotním postižením nebo znevýhodněním je třeba respektovat některé další podmínky (Bartoňová, Vítková, 2007).

2.5 Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP)

Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra (Zelinková, 2001 in Přinosilová, 2007 srov. Opatřilová, 2008b).

„Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka“ (vyhláška č. 73/2005 Sb.).

Smyslem IVP je respektování speciálních vzdělávacích potřeb a tím přiblížení vzdělávání každému jedinci s postižením (Černá a kol., 2008). Výhodou vzdělávání podle IVP je respektování schopností a individuálního tempa žáka, umožnění průběžné modifikace učiva a aktivní zapojení rodičů a aktivita žáka (Přinosilová, 2007).

Sestavení IVP u těžce postižených vychází z obecných principů tvorby IVP, tzn., na základě komplexní speciálně pedagogické diagnostiky 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, 2008b).

Zásady tvorby IVP (Müller, 2004 in Bendová, Zíkl, 2011)

- znát okolnosti a důvody, které vedou k vypracování IVP
- mít alespoň základní znalosti o daném typu postižení nebo znevýhodnění
- znát, alespoň v základních rysech, osobnost dítěte
- spolupracovat s dalšími odborníky a pracovat v týmu
- znát detailně podmínky, v nichž se bude IVP realizovat (pedagogicko-psychologické, prostorové a materiální podmínky školy, třídy)
- myslet na to, že IVP je dokument, který slouží zejména pro naplňování speciálních potřeb dítěte.

3. Bazální stimulace jako jedna ze specifických facilitačních technik

3.1 *Facilitace a facilitační techniky*

Facilitace pochází z latinského slova *facilis* – snadný. Nachází uplatnění při ošetřovatelských technikách, sebeobsluze, polohování i ve vzdělávacím procesu. Pomáhá překonávat nedostatek spontánních vzruchů. Může být krátkodobá, dlouhodobá, simultánní (z více receptorů najednou) a sukcesivní (je-li podnět mnohokrát opakován). Využívá pohybových vzorů jako předurčené pohybové možnosti, které se realizují při podráždění příslušné oblasti nervové soustavy.

Úkolem facilitace je nahradit patologicky prováděné pohyby, pohyby novými. Technikám je třeba rozumět, práce s nimi je dynamická a tvůrčí. Vyžaduje základní neurofyziologické znalosti. Uplatňuje se pedagogický, psychologický i zdravotnický přístup, tedy rehabilitace celého jedince (Opatřilová, 2008b).

Pro uplatnění facilitace jako pedagogického přístupu a metody je nezbytné integrovat do svého jednání tři principy nedirektivního a na osobu zaměřeného přístupu – akceptaci, empatii a autenticitu (Kotátková, 2005).

Facilitační techniky usnadňují provádění pohybů, nastartovávají vyšší formy motoriky řízené psychikou. Dále zlepšují vzdělávání žáků s mnohočetným postižením, kdy vzdělávací proces se odehrává na úrovni motoriky podle konceptu neoddělitelnosti tělesných a duševních

procesů. Zabraňují fixaci patologických pohybových projevů, které omezují další rozvoj (Opatřilová, 2008b).

„Facilitaci si vymezíme jako usnadňování, podporu, případně provázení, které se realizuje v běžných sociálních situacích i v záměrně zvolených a na pedagogický cíl orientovaných procesech. Učitelka je myšlenkově i pocitově s dítětem a usnadňuje, podporuje a provází proces dětského poznávání, prožívání a učení“ (Kořátková, 2005).

3.2 Základní vývojové modely metody bazální stimulace

Metoda bazální stimulace se v podstatě opírá o tři různé vývojové modely, které všechny poukazují na to, že individuum se vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí. Jestliže se tyto podněty nedostavují, vede to ke snižování využití genetického vkladu.

Neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina

Moderní fyziologické výzkumy prokázaly, že vývoj dětského mozku není v první řadě závislý na biologických skutečnostech a genetických informacích, ale že podstatným faktorem jsou zde podněty z okolí jedince. Pechstein (1974) ukazuje, že schopnost dětského mozku se vyvíjí hlavně v prvních letech života. Absence vnějších podnětů (senzorická podnětová deprivace) podmiňuje neúplné nebo i vadné a nedostatečné strukturování mozku. Spojení (synapse) mezi různými nervovými buňkami mozku se neváží, mozek zůstává nevyvinutý a tím i méně výkonný. Velmi těžce postižení nejsou v prvním období života téměř vůbec aktivní a často jsou jen málo schopni pohybu (Vítková 2001b).

Vývojové genetický přístup podle Piageta

Piaget (1969 id Vítková, 2001b) popisuje senzomotorické fáze vývoje dětské inteligence jako základ pro celkový kognitivní vývojový proces. Říká, že se dítě prostřednictvím pohybů a motorického jednání učí chápat a rozumět svému okolí a přizpůsobovat se jeho zákonitostem. Omezení anebo výpadek schopnosti pohybu u kojence s těžkým postižením ztěžuje nebo znemožňuje vybudování schémat jednání (např. uchopit předmět, strčit ho do úst, odhodit ho pryč).

Fyzioterapeutický model vývoje podle Bobatha

Bobathův koncept je vyšetřovací a terapeutický přístup orientovaný na řešení problémů u osob s poruchami CNS, které vedou k poruchám funkce, pohybu a posturální kontroly (IBITA, 2008 in Krivošíková, 2011). Rehabilitace podle Bobatha pracuje už po mnoho desetiletí za předpokladu, že určitými cílenými formami cvičení je možno nabýt popř. znovu dosáhnout pohyblivosti. Cvičení se v podstatě skládají z konsekventního, systematického přísunu podnětů, kterého se zpočátku dosahuje jenom pasivními podněty. Dítě na sobě i tak zakouší změnu svalového napětí a kontrakce. Prostřednictvím těchto pocitů se vytváří nové struktury v mozku.

Rehabilitace chápe tento postup jako výstavbu drah. Základní princip vytváření těchto drah je znám učitelům ve speciálních školách jako motorické vedení (Vítková 2001b). Přístup Bobathových se původně používal u dětí s DMO a nazýval se neurovývojová léčba (Krivošíková, 2011).

Model se opírá o poznatky z vývoje zdravého jedince. Cílem je získání senzomotorické zkušenosti a její začlenění do funkce (Opatřilová, 2008b).

Kombinací těchto tří vývojových modelů dospěl Fröhlich k následujícím tvrzením, která potvrzují koncept bazální stimulace:

- Dítě je odkázáno na intenzivní podněty, aby se dobře vyvíjelo, tzn., aby se mohly vyvíjet diferencované mozkové struktury. Podněty musí dítěti zprostředkovat a kompenzovat jeho okolí.
- Bez zkušenosti pohybu je také narušen celý kognitivní vývoj, je tedy důležité tyto zkušenosti dítěti poskytnout.
- Lidský mozek včetně poškozeného mozku disponuje určitým stupněm plasticity. Poškozené struktury mohou znovu nabýt svoji funkčnosti, některé funkce mohou být převzaty jinými oblastmi mozku.
- Podněty musí být intenzivní a dobře strukturované, aby mohly ovlivnit jak primární postižení, tak jeho sekundární následky a vedly k počátkům vnímání (Vítková 2001b).

3.3 Vývoj konceptu bazální stimulace

„Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfaltz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Během pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace. U dětí s těžkými změnami v oblasti vnímání z důvodu hluboké mentální retardace nebylo možno navázat verbální komunikaci, neboť jejich schopnosti v této oblasti byly velmi omezené, či skoro žádné. Andreas Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie a zabýval se podporou 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. Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy. Koncept bazální stimulace otevřel speciálním pedagogům cestu

k jejich klientům a umožnil jim podpořit tyto děti v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života“ (Friedlová, 2007).

Vítková (2001b) zdůrazňuje, že se ukázalo, že i na tzv. „primitivním vývojovém stupni“ lze pozorovat diferencované psycho-emocionální dění. Objev existence duševních schopností u dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami představoval rozhodující krok v celkovém přístupu k těžce zdravotně postiženým.

Do ošetrovatelské péče převedla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra, která od poloviny osmdesátých let úzce spolupracuje s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna.

Dosažené výsledky v klinické praxi a rozvoj schopností klientů, u kterých byl koncept aplikován, byly stimulem pro mnoho odborníků z oblasti medicíny, aby se začali konceptem zabývat a podpořili jej svými vědeckými studii (Friedlová, 2007). Jedná se o vědecký **pedagogicko-ošetrovatelský** koncept podporující vnímání, komunikaci, kognitivní a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturována tak, aby byly podporovány zachované schopnosti klienta (Friedlová, 2008a).

„Jedná se dosud o naprosto průlomové, jedinečné vzdělávání, které umožňuje jít stejnou cestou všem odborníkům participujícím na procesu podpory vývoje klienta a při péči o jeho tělesnou, duševní i sociální stránku“ (Friedlová, 2010a).

Česká zdravotnická veřejnost byla o konceptu poprvé informována paní Karolínou Friedlovou prostřednictvím publikací v časopise *Sestra* v roce 2000 a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci (Friedlová, 2007). Druhou certifikovanou lektorkou v České republice se stala paní bakalářka Helena Dvořáková.

3.4 Dostupnost bazálně stimulační péče

Prof. Christel Bienstein a prof. A. 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. Lektoři konceptu musí absolvovat na vybraných vzdělávacích institucích v zahraničí čtyřsemestrální studium konceptu a složit závěrečné zkoušky. Lektoři jsou sdruženi v Mezinárodní asociaci bazální stimulace a jsou nositeli licence pro výuku tohoto konceptu. Jsou povinni se v dané problematice dále vzdělávat. Aplikovat prakticky koncept do péče lze na základě absolvování certifikovaného

kurzu bazální stimulace pod vedením lektora, který zodpovídá za správné nacvičení technik konceptu.

První základní kurz lektorovala PhDr. Karolína Friedlová v roce 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Mimo základní kurz bazální stimulace se také pořádá nástavbový kurz.

V říjnu 2005 byl ve Frýdku-Místku založen INSTITUT Bazální stimulace a v listopadu 2005 proběhla tamtéž historicky 1. národní konference bazální stimulace za účasti prof. Christel Bienstein. Na INSTITUT přešla realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultačních činností pro odborníky i laiky (Friedlová 2007 srov. Friedlová, 2008b).

Základní i nástavbový kurz je možné absolvovat individuálně, je zde ale také možnost, že se kurzu účastní kompletní pracoviště. Od roku 2006 superviduje PhDr. Karolína Friedlová proškolená zařízení a na základě těchto supervizí za splnění kritérií stanovených Mezinárodní asociací Bazální stimulace jsou zařízení certifikována jako Pracoviště pracující s konceptem Bazální stimulace (Friedlová, 2010a).

Ačkoli je v knize paní Friedlové napsáno, že koncept má za sebou fázi dokazování a přesvědčování již z doby 70. a 80. let, v České republice je tento koncept stále málo využíván. Převážně je aplikován v ošetrovatelské a pedagogické praxi. V poslední době se také využívá v neonatologii při péči o nedonošené děti a v sociální oblasti při péči o osoby s těžkým postižením a seniory. Nyní se nacházíme v období realizace konceptu a jeho zavedení do praxe.

V posledních letech bylo provedeno mnoho vědeckých studií, které dokazují, že koncept bazální stimulace stojí na vědeckých základech. Prvotním důvodem výzkumu byla potřeba poskytnout lidem co nejlepší péči, ale za vědecky odůvodnitelných podmínek (Friedlová, 2007).

Stále se však můžeme setkat s nedůvěrou kolegů. Také na základním kurzu bazální stimulace jsem se setkala s pracovníci sociální péče, které pochybovaly o tom, že jejich vedení povolí zavedení získaných dovedností do běžné péče. Myslím, že je to právě na těchto pracovnících, aby ukázaly svému okolí, že pokud je koncept správně používán, není zapotřebí navyšovat personál či časovou dotaci při rozličných činnostech. V oblasti speciální pedagogiky je jednodušší koncept ve výuce uplatnit. Po absolvování kurzu pedagog začlení různé prvky bazální stimulace do výuky podle individuálních potřeb svých žáků. Myslím, že ve školním vzdělávacím programu je mnoho prostoru k využití konceptu a je jen na učitelích, jak je kreativní.

4. Teoretická východiska konceptu bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání“ (Friedlová, 2007).

Bazální znamená využívat nejjednodušší a nejzákladnější možnosti k tomu, abychom dosáhli kontaktu s druhým člověkem. To také znamená navrátit se na počátek, který je základem lidského jednání. *Stimulace (podpora):* Pokud lidem s těžkým zdravotním postižením učiníme dostatek pozitivních nabídek, můžeme je povzbudit k interakci s ostatními lidmi a k tomu, aby zůstali v kontaktu s okolím (online²).

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb“ (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2005 a Friedlová, 2011b).

„Cílem je podpořit rozvoj pohybových schopností těžce zdravotně postiženého člověka a tím rozšířit jeho možnosti sebeobslužné i aktivity potřebné k seberealizaci a komunikaci v kontextu sociálních vztahů“ (Friedlová, 2011b).

Vítková (2001b) říká, že se za základní princip bazální stimulace považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality (skutečnosti), zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů.

Mohr (2010 in Friedlová, 2010g) říká, že bazální stimulace je koncept lidských setkání a vychází z toho, že pedagogické, ošetřovatelské a terapeutické interakce mohou být u lidí s postižením skutečně úspěšné jen tehdy, pokud jsou jejich aktivity a subjektivní vnímání, jež je základem jejich projevů, plně respektovány. Bazální stimulace chce být pozvánkou ke společnému vstupu do (materiálního) světa.

Koncept se přizpůsobuje věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje (Friedlová, 2007).

² <http://www.basale-stimulation.de/konzept/entstehung/>

Bazální charakter pedagogických, ošetrovatelských nebo terapeutických nabídek znamená, že příjemce těchto nabídek (klient, uživatel, žák) nemusí splňovat žádné předpoklady, aby je využil. Tedy nemusíme od něho očekávat nějaký výkon nebo předchozí znalosti (Friedlová, 2010c). „*Fyzická, živoucí přítomnost je sama o sobě dostatečná, abychom mohli vstoupit do bazálního procesu výměny informací*“ (Fröhlich, 2006 in Friedlová, 2010c).

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče je strukturovaná, umožňuje vznik prožitků, je pro pacienta normální, smysluplná a interaktivní. Dává mu možnost prožívat čas a prostor i zpracovat skutečnost. Podporuje jeho osobnost a pomáhá mu rozvíjet jeho zbylé schopnosti a rozvíjet jeho individuální reakce (Friedlová, 2000a). Zohledňuje v kontextu profesionální pozornosti prožívání, reakce, potřeby a cíle člověka s těžkým mentálním (demence, mentální retardace) nebo tělesným či smyslovým postižením (Friedlová, 2010c). U dětí, které se narodily s těžkými změnami v kognitivní oblasti (mentální retardace) a s tělesným postižením, jde v rámci konceptu Bazální stimulace o podporu psychomotorického vývoje dítěte a také o docílení kvalitního prožívání (Friedlová, 2010g).

Koncepce bazální stimulace je postavena na procesu odhalování a objevování, jak píše Karolína Friedlová v časopisu Sestra (2000a). Dále zde poukazuje na to, že bazální stimulace neznámá jen snahu učinit pro pacienta něco dobrého, ale je péčí, která se snaží rozvíjet se a přesně orientovat svůj růst.

Péče se podle konceptu BS poskytuje s cílem saturovat zmíněné lidské potřeby. Jedinečnost konceptu tkví ve strukturaci, která umožňuje, aby s ním mohli pracovat u jednoho klienta (dítěte) různí profesionálové za participace jeho rodiny a s maximálním využitím jeho autobiografických prvků, životních zvyků, návyků, rituálů (Friedlová, 2011b).

Lidé dodržují, ať vědomě či nevědomě, v denním životě rituály (Friedlová, 2011a). U pacientů se rozvíjí schopnost koncentrace nikoliv tak, že poznává nové činnosti a osoby, ale tak, že se koncentruje především na opakované pravidelné struktury situací a interakcí (Friedlová, 2000a). Pro práci v konceptu Bazální stimulace to znamená ritualizovat a strukturalizovat péči ve zdravotních zařízeních, v zařízeních poskytovatelů sociálních služeb i ve výuce dětí, žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s přihlédnutím k těmto aspektům:

- praxe založená na principu zohlednění autobiografické anamnézy
- koordinace nabídek poskytovaných klientovi s jinými členy týmu (sestra, pečovatelka, sanitář, pracovník sociální péče, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog, logoped, pedagog, sociální pracovník, aj.)

- v kontaktu s klienty se změnou vnímání a změněnou schopností komunikace a vnímání ritualizovat iniciální dotek
- integrovat do procesu péče nebo pedagogické praxe také nejbližší sociální okolí uživatele, klienta, žáka (rodina, přátelé)
- podporovat klienta v jeho zachovalých schopnostech především v oblasti sebeobsluhy, schopnosti komunikačních, ale i pracovních a sociálních návyků
- praxe orientovaná na respekt rytmu klienta (Friedlová, 2011a).

Také při vzdělávání je zde nezastupitelná zkušenost a znalost rodiny, která může velmi napomoci nejen při prvním kontaktu se žákem. Můžeme tak předejít velkému množství nedorozumění a vypjatým situacím. Od rodiny či jiných pečujících osob získáme informace o tom, jakým způsobem doma komunikují, co dítě umí, co se učí, co by se mohlo – mělo naučit. Také se dozvíme o oblíbených činnostech a polohách při odpočinku i práci a mnoho dalších důležitých věcí pro práci s dítětem. Rodiče bychom měli brát jako odborníky na své dítě, kteří nám mohou sdělit mnoho informací, které nám ulehčí práci. Tyto informace zjišťujeme během rozhovorů s rodiči, také by nám ale mohl pomoci autobiografický dotazník, který je využíván v konceptu bazální stimulace. Pokud se totiž dítě dostane z jakýchkoliv důvodů do jiné třídy, budou tam učitelé, kteří dítě neznají tak dobře a veškeré informace jim budou stejně nápomocné, jako byli na začátku nám.

Richterová (2007) zdůrazňuje, že pedagogické působení učitele se vždy odvíjí od zachovalých schopností a dovedností dítěte. Koncept je zařazen do individuálních vzdělávacích plánů dětí a rodiče se postupně učí zavádět prvky konceptu do domácí péče. Používání jednotlivých prvků bazální stimulace přináší žákům a jejich rodičům výrazné obohacení ve vzájemné komunikaci.

Friedlová (2000a) také poukazuje na to, že díky individuální, strukturované a smysluplné péči můžeme dát pacientovi najevo, že s ním počítáme a že není jen objektem naší péče, nýbrž je v ní také důležitým subjektem. Bazálně stimulující péče není prováděna na pacientovi, nýbrž vytváří se společně v rámci schopností a možností pacienta a ošetřujících, rodičů. Aby byl schopen zažít a prožít, nemusí třeba nic vykonávat. Je schopen zážitků a prožitků už jen tím, že reaguje na své okolí a podle svých možností toto okolí agituje. Je sice závislý, ale má současně snahu vyjádřit své pocity a přání. Má samozřejmě nárok na poznání sebe sama, na kontakt, pozornost a zájem o svou osobu. Bazální stimulace má na zřeteli autonomii pacienta/žáka,

respektuje jeho rozhodnutí a nabízí mu doprovod. Sleduje jasně cíle pacienta/žáka a nechává mu čas, aby si je sám našel.

Okruh příjemců péče v konceptu Bazální stimulace je velmi široký (Friedlová, 2011b srov. Friedlová, 2010b, g). Koncept se postupně etabloval z oblasti péče o lidi s těžkým vrozeným postižením i do dalších oblastí péče, ve kterých jsou lidé odkázáni na pomoc druhých. Patří sem:

- předčasně narozené děti, které potřebují intenzivní ošetrovatelskou a lékařskou péči
- děti, mládež a dospělí s těžkým kombinovaným postižením
- těžce postižení lidé následkem onemocnění nebo úrazu (například v bdělém kómatu, mozková cévní příhoda)
- lidé, kteří jsou závislí na péči z důvodu stáří nebo umírání
- lidé, kteří vykazují způsoby chování v souvislosti s (těžkým) kognitivním postižením nebo
- lidé, kteří onemocněli (těžkými, chronickými) kognitivními onemocněními (demence).

Prof. Bienstein a prof. Fröhlich popisují potřeby těchto lidí tak, že jsou to ti, kteří:

- občas potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat jiné lidi
- potřebují ostatní lidi, jež jim budou bez (verbální) řeči rozumět
- potřebují ostatní lidi, jež jim přiblíží okolní svět a také jejich osobu v pro ně přijatelné rovině vnímání
- potřebují jiné osoby k tomu, aby jim umožnili změnit polohu a učinit pohyb
- potřebují jiné lidi, jež je spolehlivě a odborně kompetentně zaopatří, ošetří a budou doprovázet životem.

Cílem konceptu Bazální stimulace je vytvořit takové podmínky okolního prostředí, aby na člověka s těžkým postižením vhodně působily a podporovaly jeho vývoj. Proto je potřeba zdůraznit, že vývoj je nutné pojmout celostně (Friedlová, 2010c). „Celostně znamená různé procesy učení, získávání zkušeností, myšlení a vnímání, ale také procesy pohybové a komunikační“ (Fröhlich, 2007 in Friedlová, 2010c). Celistvost vývoje se pokouší prof. Dr. Andreas Fröhlich názorně vysvětlit na obrázku, který najdeme v Příloze č. 3.

Oblasti lidských potřeb shrnuté americkým psychologem A. H. Maslowem jsou v konceptu Bazální stimulace jádrem centrálních cílů Bazální stimulace, které formulovali autor konceptu prof. Dr. Andreas Fröhlich a spoluautorka prof. Christel Bienstein. Tyto cíle jsou shodné a

jednotné pro celou Evropu pro strukturu individuálních plánů klientů v sociálních službách, v oblasti zdravotní péče a také ve vzdělávání a podpoře vývoje dětí s těžkým postižením. Tyto cíle odráží všechny základní lidské potřeby a jsou strukturovány také tak, aby jejich prostřednictvím byly vyjádřeny potřeby těch, kterým jsou určeny a kteří se nemohou verbálně vyjádřit (Friedlová, 2010b).

10 centrálních evropských cílů

- zachovat život a zajistit vývoj
- umožnit pocítit vlastní život
- poskytnout pocit jistoty a důvěry
- rozvíjet vlastní rytmus
- umožnit poznat okolní svět
- pomoci navázat vztah
- umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
- pomoci uspořádat jeho život
- poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
- objevovat svět a vyvíjet se (Friedlová, 2012a srov. Friedlová 2010b a g, 2011a – desátý cíl zatím v literatuře není uveden, ale byl nám sdělen na certifikovaném Kurzu Bazální stimulace).

4.1 *Stimulace vnímání*

4.1.1 Význam smyslové stimulace

Vývoj organismu dítěte není závislý pouze na daných biologických skutečnostech a genetických informacích. Podstatným faktorem je také okolní prostředí organismu se svými stimuly. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoliv důvodů málo podnětné, dochází k senzické deprivaci. Nedostatek stimulů podmiňuje nedostatečnou strukturu mozku a tím redukovanou schopnost jeho výkonu a následně retardaci vývoje organismu jako celku. Děti s postižením jsou ve svých pohybových schopnostech a aktivitách omezeny.

Nemožnost samostatného pohybu má za následek podnětovou deprivaci. To znamená, že těmto dětem chybí možnost, aby vnímaly své tělo a poznaly své okolí. Učení, které se vztahuje k pohybu a dotekům pro ně není možné. Fröhlich hovoří v této souvislosti nejen o primárních,

ale i o sekundárních poškozeních mozku na základě masivní podnětové deprivace (Friedlová, 2005). Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Při současném nedostatku pohybu hovoříme o senzomotorické deprivaci (Friedlová, 2008b).

Lidský mozek disponuje schopností plasticity. Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí, popř. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkce. Tuto skutečnost lze využít v péči o postižené děti. Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. Předpokladem je poskytnutí dostatku adekvátních podnětů, aby mohlo dojít k budování neuronálních struktur (Friedlová, 2007).

Vznik, vývoj a přežití člověka je možný jen v sociálních vztazích. Dítě je odkázáno na péči svého okolí, nejčastěji na péči své matky. Přes ni získává důvěru v okolní svět a základní vybavení různých škál citů a pocitů. Je nutné nejprve zprostředkovat vjemy ze svého těla, stimulovat vlastní vnímání jako předpoklad následného vnímání vlastního okolí a posléze navázat komunikaci s tímto okolím (Friedlová, 2005).

Friedlová (2012b) píše, že Fröhlich vychází z předpokladu, že život je možný jen ve vztahu a že lze okolní prostředí jedince a jemu poskytovanou péči uzpůsobit tak, aby měl jeho organizmus dostatečný přísun podnětů nutných k přežití a vývoji.

4.1.2 Vývoj vnímání

Vnímání somatické, vestibulární a vibrační jsou první percepční schopnosti utvořené již na počátku prenatalního vývoje a u člověka utvářejí primárně pocit jistoty (Friedlová, 2005).

„Na základě současných vědeckých poznatků bylo zjištěno, 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“ (Fröhlich, 1998 in Friedlová, 2007).

„Somatické vnímání je zprostředkováno největším percepčním a zároveň hraničním orgánem – kůží. Vestibulární aparát má schopnost určit polohu v prostoru a uvědomit si pohyb, vibrační vnímání pomáhá člověku vnímat celým tělem přicházející chvění, hlasy, tóny, zvuky atd., a toto zpracovat. Díky vibraci se člověku dostává také hlubokých tělesných podnětů“ (Friedlová, 2005).

Jak píše Friedlová v časopisu Sestra (2012b), Fröhlich vycházel z toho, že stěžejním a výchozím bodem pro psychomotorický vývoj člověka je zkušenost se svým vlastním tělem. Vychází také z myšlenky Piageta, a sice z tvrzení, že první formy inteligence jsou

senzomotorické a trvají po celý první rok života. Tato inteligence je základem veškerého myšlení. Senzomotorika obsahuje aktivity, které se následně týkají vnímání, držení těla (svalový tonus) a pohybu. Senzomotorikou se v této souvislosti míní výměnný působící proces mezi motorikou a percepcí. První senzorní zkušenosti v prenatálním období jsou vibrační, vestibulární a somatické, tedy informace týkající se celého těla. Tyto informace umožňují plodu budovat vnímání tělesného schématu jako základní předpokládající prvek pro psychomotorický vývoj dítěte již v intrauterinním období.

Nejranější formy stimulace ještě v období prenatálním:

- stimulace somatická (tlak děložní stěny)
- stimulace vestibulární (pohyby matky)
- stimulace vibrační (transfer ve formě vibračního chvění na děložní stěnu z tlukotu srdce a aorty matky, zvuky z činnosti její střevní peristaltiky).

Již v 8. týdnu embryonálního vývoje je zárodek schopen reagovat na somatické podráždění jemným vláknem na povrchu svého těla. V téže době se zachytil záznam na elektroencefalogramu poukazující na bioelektrickou aktivitu mozku.

Od 9. týdne pohybuje embryo zárodky svých končetin a od 12. týdne jsou prokazatelné zřetelné pohyby horních i dolních končetin, úst a hlavičky. Od 4. měsíce je pak plod schopen cíleně zaujmout a fixovat svou pozici v děloze matky. Na základě toho lze tvrdit, že senzorní zkušenosti nabyté během těhotenství (prenatálního vývoje) poskytují dítěti jisté informace o sobě samém. Jsou to výchozí informace pro to, aby si mohlo uvědomovat hranice sebe sama a okolního světa (Friedlová, 2005 srov. Friedlová, 2008b).

4.1.3 Techniky konceptu bazální stimulace pro stimulaci vnímání

Okolní svět lidí, kteří mohou jen velmi omezeně vnímat své okolí, je dle současných vědeckých poznatků redukován nebo zkoncentrován na bezprostřední sféru svého těla. Takový stav prožili všichni lidé v období prenatálním. Zážitky z tohoto období jsou shromažďovány v paměťových stopách a mohou být znovu aktivovány s cílem stimulovat vnímání sebe sama, a aby byly využity k navázání komunikace s okolním světem. Všechny aktivity člověka se dějí na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací (Fröhlich, 1998 in Friedlová, 2007). Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře rozvoje 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 (Friedlová, 2005 in Friedlová 2007).

Cílem bazální stimulace je schopnost vnímání u postižených lidí:

- podporovat
- udržet
- zmírnit rozvoj postižení (Friedlová, 2003a).

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského (v edukační činnosti individuálního) plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytovanou stimulaci. Nezastupitelnou funkci v stimulující ošetrovatelské péči má integrace příbuzných klienta do péče. Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace (Friedlová, 2007).

4.2 Podpora hybnosti

„Schopnost pohybu provází člověka prakticky po celý život. Pohyb je důležitý k zajištění chůze, udržení určité pozice těla, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci, ale také je úzce spjat s komunikací (řeč, gestikulace, mimika) a jinými psychickými projevy člověka. Schopnost hýbat se umožňuje člověku nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své vlastní tělo a okolí (Friedlová, 2007). 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).

4.2.1 Vývoj pohybových schopností

Pohybové schopnosti se rozvíjejí od časného intrauterinního období a vývoj motoriky zrcadlí vývoj nervové soustavy. Funkční vývoj se přitom realizuje ve skocích. První spontánní pohyby byly pozorovány na konci 6. týdne embryonálního vývoje. Na konci 8. týdne jsou založeny prakticky všechny svaly, mohou se vyvíjet geneticky dané motorické vzorce. Od 9. týdne pohybuje embryo zárodky svých končetin, dává si do úst zárodek svého palce a od 11. týdne gestace vykonává plod dýchací pohyby. Od 12. týdne jsou prokazatelně zřetelné pohyby horních i dolních končetin, úst a hlavičky.

Postnatální vývoj motoriky probíhá ve čtyřech stádiích. Holokinetické stádium trvá od narození – jde o nekoordinovaný pohyb všech končetin a patří sem i reflexy. Od konce druhého postnatálního měsíce již kojeneček pohybuje samostatně i jednou končetinou, nastává tzv. monokinetické stádium hybnosti trvající do 5. měsíce. Objevuje se souhra ruky – ústa. Zvolna se začíná uplatňovat cílená motorika. Na konci 5. měsíce nastupuje dromokinetické stádium hybnosti, pro které je charakteristické, že pohyby dítěte mají správný směr. S dokončením 1. roku života nastupuje poslední, kratikinetické stádium hybnosti, které pak trvá celý život. Rozvoj dětské motoriky odpovídá procesu vývoje podél spirály: dítě si osvojuje jednotlivé hybné funkce tak, že dosáhne určitého stupně dokonalosti, pak se zdánlivě vrací zpět, aby mohlo konsolidovat své schopnosti pro další vývojový skok. Veškerý vývoj hybnosti je ukončen kolem 25. roku života (Trojan, 2003 in Friedlová, 2007).

4.2.2 Řízení hybnosti

U člověka se na řízení motoriky podílejí všechny oddíly CNS počínaje mozkovou kůrou a konče páteřní míchou. Základem veškeré hybnosti je svalový tonus zajišťovaný činností páteřní míchy. Nejdůležitější složkou somatických funkcí vyšších živočichů jsou cílené úmyslné pohyby, u člověka jsou základem práce a komunikace, cílené pohyby představují tzv. cílenou motoriku neboli motorický systém úmyslného pohybu. Úmyslné pohyby jsou řízeny komplexní činností nervové soustavy. Dominantní postavení v jejich integraci zaujímá mozková kůra, bez které není možný úmyslný pohyb. Postupnou účast centrálních struktur na provedení pohybu je možné si představit jako sled těchto kroků:

- idea (koncept) pohybu – vzniká pravděpodobně součinností limbické kůry, frontálního laloku a limbických podkorových struktur
- taktika (plán) – prochází z asociačních korových oblastí, odkud se dostává k bazálním gangliím a mozečku
- start – náleží motorické mozkové kůře, která přijala programy a pohyb řídí

Analytická a integrační dokonalost motorického funkčního systému způsobuje, že nesmírné množství vstupní informace (z exteroceptorů, proprioreceptorů a interoreceptorů) je po porovnání s předchozími zkušenostmi (motorické paměťové stopy, sensorická paměť) převáděno na relativně jednoduchý, přitom však dokonalý vzorec výstupní informace (Trojan, 2003 in Friedlová, 2007).

4.2.3 Vestibulární systém a jeho vztah k pohybu

„Vestibulární systém je úzce spojen s pohybem, polohou a orientací v prostoru (Rokyta, 2000 in Friedlová, 2007). Vestibulární systém slouží k detekci úhlového a lineárního zrychlení hlavy, a tím k udržování rovnováhy a k relativní stabilizaci obrázku na sítnici zrakového aparátu. Reflexně řídí též vyrovnávací pohyby končetin a očí. Reguluje také svalový tonus, zvláště extenzorů“ (Trojan, 2003 in Friedlová, 2007).

4.2.4 Stimulace a podpora motoriky

Koncept vychází z vědeckých poznatků, a sice z tvrzení, že chování člověka obsahuje prvky vrozené, geneticky programované a také získané, tj. vytvořené v průběhu života jedince. První forma inteligence u člověka je forma senzomotorické inteligence a trvá po celý první rok života. Toto období nemůže být přeskočeno. Tato inteligence je základem veškerého myšlení a zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Senzomotorická inteligence je schopnost řešit před zvládnutím řečové komunikace praktické problémy prostřednictvím těchto aktivit. Stejně ovšem je tomu u lidí, kteří následkem úrazu či onemocnění sklouzli do nižších vývojových stádií (Fröhlich, 1998 in Friedlová, 2007).

Člověk poznává své prostředí pomocí smyslového vnímání, činů (motoriky) a analýz. Schopnost pohybu umožňuje člověku dosáhnout možných schémat jednání a chování. Bez schémat jednání není možné budování myšlenkových schémat. Dítě se prostřednictvím pohybů a motorického jednání učí chápat a také porozumět svému okolí a následně se mu přizpůsobit. Senzorické zkušenosti člověka nabyté během prenatalního vývoje poskytují dítěti jisté informace o sobě samém. K podpoře hybnosti využívá koncept techniky všech základních i nastavbových prvků. Stimulace vnímání podporuje hybnost, přičemž důležitým faktorem je motivace (Friedlová, 2007).

4.3 Podpora komunikace

4.3.1 Co je komunikace

Komunikovat znamená „být ve spojení“. Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Pomocí komunikace získáváme nové vědomosti a znalosti a předáváme je dál, dochází k výměně informací, názorů, pocitů a pozorování. Člověk nemůže nekomunikovat nebo jinak řečeno „Žádná odpověď je také odpověď“. Člověk je sociální bytost a potřebuje v různých formách komunikaci (Friedlová, 2007). Schopnost komunikovat má zřetelný vliv na kvalitu života. Vjemy z různých smyslových orgánů jsou zpracovány v mozku. Ukládány do paměti více či méně a později opět v různých situacích vybavovány, aby nám pomohly hodnotit a zpracovat novou situaci. Komunikace je

kompletní jev a je predisponována spoluprací všech smyslových orgánů, mozku a také duševních pocitů (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007). V literatuře bývá komunikace definována jako sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků (Honzák, 1999 in Friedlová, 2007). Bývá též definována jako vzájemná výměna informací (Friedlová, 2007).

Komunikace je proces, během kterého na sebe působí účastníci tohoto procesu. Komunikační proces tvoří pět složek. Pokud některá chybí, komunikace nemůže probíhat.

Složky komunikačního procesu:

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

Aby komunikace mohla probíhat, musí komunikant i komunikátor být schopni informace vnímat, analyzovat a reagovat. Také musí být splněny podmínky chtít, umět a moci komunikovat (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007).

Komunikace může být verbální (za použití slov), ale také neverbální (mimoslovní). Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí komunikačního jazyka, výškou hlasu, jeho intonací a schopností analyzovat význam slov (Friedlová, 2012a). Mimoslovní komunikace pojednává o způsobu sdělení, jeho formě a obsahu (Křivohlavý, 1995 in Friedlová, 2007). Neverbální komunikace je častější, tvoří asi 70-90 % komunikace. Sdělujeme jí emoce, zájem o sblížení, dojem o tom, kdo jsem, snahu ovlivnit postoj partnera a snahu řídit vzájemné setkání určitým směrem (Křivolaký, 1995 in Friedlová, 2007). Také neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonat pohyb, možností využití jiných komunikačních kanálů než auditivního. Vnímání není možné bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovat podněty z okolního prostředí (Friedlová, 2012a).

Sociální psychologové uvádějí čtyři sféry, ve kterých se odehrávají komunikační transakce. Jedná se o vzdálenost intimní, přátelskou, pracovní a veřejnou. I když jsou jednotlivé vzdálenosti v literatuře determinovány přesně na centimetry až metry, v praxi jsou naprosto individuální,

protože každý člověk má jiné hranice autonomie. Terapeuti i učitelé se při poskytování péče a při výuce dostávají velmi často u svých klientů a žáků do jejich oblasti intimity, komunikační prvky by proto měly směřovat k tomu, aby vstup do intimity nebyly u klienta a žáka provázeny pocity ohrožení.

V komunikaci je důležité také postavení těla komunikujících. Znamená to, že postavení těla člověka může vyjadřovat míru kvality komunikačního procesu. Komunikace bez očního kontaktu je velice nepříjemná. Svaly v oblasti obličeje dokáží vyjádřit stav prožívání člověka. Terapeut/učitel může dle svalového napětí v oblasti obličeje usuzovat na prožívané emoce klienta/žáka, ale také hodnotit úroveň jeho vnímání (Friedlová, 2007).

4.3.2 Komunikace v konceptu bazální stimulace

Tělesný a duševní život člověka je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (Friedlová, 2007).

Komunikační kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány, v konceptu Bazální stimulace tedy hovoříme o možnosti využití dle stavu a schopností klienta těchto komunikačních kanálů:

- somatického
- vestibulárního
- vibračního
- auditivního
- optického
- olfaktorického
- taktilně-haptického (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a)

Někteří lidé nacházející se v těžké situaci nejsou schopni vzhledem ke svému mentálnímu a somatickému stavu využívat ke komunikaci auditivní komunikační kanál a ani udržovat zrakový kontakt (optický komunikační kanál). Pro komunikátora je těžké vysílat signály k někomu, kdo neudržíme zrakový kontakt. Pohled na člověka je většinou úplně prvním prvkem k navázání kontaktu. Terapeut/učitel by měl umět profesionálně využívat všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je v dané situaci zvolit a měl by umět rozpoznat klientovi reakce na zvolený typ komunikace a adekvátně reagovat.

Každé lidské komunikování se děje v určitém prostředí, kontextu, a ten je neopakovatelný. Při komunikování se na obou stranách, tedy u komunikanta a komunikátora, účastní řada psychických procesů a jevů: emoce, myšlenky, vzpomínky, předsudky, očekávání, obavy... Tento fakt zohledňují terapeuti/učitelé v komunikaci s klienty v konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007).

Řeč a písmo je jen jedna z omezených možností komunikace s okolím. Člověk má k dispozici mnoho jiných možností, jež může využít téměř ve všech rovinách komunikace. Komunikace potřebuje vždy určité médium, které převezme transportní roli v našich sděleních ke svému okolí (Friedlová, 2007 srov. Friedlová 2012a). Těmito médii mohou být také vůně, doteky, chuťové vjemy, změna polohy těla a jiné fyzikální a chemické podněty působící na smyslové orgány člověka (komunikační kanály), (Friedlová, 2007).

Komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou dávku schopností zaznamenávat reakce pacienta/žáka, neboť ty mohou být někdy zcela nepatrné. Schopnost vůbec je zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a). Při poskytování bazálně stimulující péče nebo integrace Bazální stimulace do vyučování dává tato schopnost poskytovatelům zdravotní péče, sociálních služeb nebo pedagogům zcela nové kompetence a umožňuje velkou kreativitu. Nehledě na velmi pozitivní dopad pro klienta a také jeho také pro jeho nejbližší sociální okolí (např. rodinu), (Friedlová, 2012a).

Projevy komunikačních schopností mohou být u klientů i velmi nenápadné, někdy není pro terapeuta/učitele lehké je zachytit. Dochází zde k neustálé výměně informací a komunikační proces mezi těmito subjekty znázorňuje obrázek v Příloze č. 1.

Budeme-li pohlížet na každého člověka v kómatu nebo ve vegetativním stavu, s demencí či s hlubokou mentální retardací jako na osobu, která je schopna cítit, vnímat a reagovat a použijeme-li vhodnou formu komunikace, můžeme vnímání a vědomí verifikovat. Terapeut se ovšem musí přizpůsobit komunikační úrovni klienta. Komunikace je možná jen tehdy, když zvolíme jeho komunikační formu. Teprve když klient přijme naši nabídnutou formu komunikace, a reaguje na ni, pak můžeme posoudit stav vědomí. Jakékoliv aktivity, kterých je klient/žák schopen, a ty jsou někdy velmi redukovány, musíme vidět jako jeho jedinou možnost kontaktu se svým okolím. Konkrétně to znamená, že musíme být schopni rozlišit i velmi nepatrné reakce klienta/žáka a dát jim náležitý význam. Zvláštní pozornost musíme věnovat např. rytmu dýchání, neboť to může být jediná forma schopnosti se vyjádřit, nebo také mrknutí očí či jinému pohybu.

Tyto minimální signály musíme chápat jako transportní médium v komunikačním procesu v navazování kontaktu s klienty (Friedlová, 2007).

Bazální práce se vyvíjí jen v bedlivém vzájemném dialogu mezi pečujícími, terapeuty a postiženým. Jako fundamentální základna pro bazální aktivity se jeví zdařilé komunikační situace, procesy vzájemného pochopení a nalezení společného a vzájemná ohleduplnost (Friedlová, 2010c).

Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, ať už je jakkoli postižen, je schopen v úplně každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat. Vždy je schopen otevřít se světu a komunikovat se svým okolím. Přičemž také stav „nereagování“ a „nečinnosti“ může znamenat formu chování (Friedlová, 2007).

Někteří lidé mohou komunikovat pouze pomocí gest, které můžeme nazvat symboly. Projevy klientových/žakových reakcí mohou být i velmi nepatrné (Friedlová, 2007). Mezi **znaky příjemného pocitu, otevření se okolí** patří:

- mžikání očima
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení
- otvírání očí a úst
- pousmání, úsměv
- uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů nebo naopak zvýšení svalového napětí
- klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy

Mezi **znaky nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe** patří:

- zavírání očí a úst, blednutí
- neklidné, nepravidelné dýchání
- pláč, křik, sténání
- zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby
- reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování
- paradoxní reakce (novorozeneček)
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se (Friedlová, 2012a)

Na klienta se v konceptu bazální stimulace pohlíží jako na osobnost, nezávisle na jeho postižení a aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu. Terapeuti se snaží identifikovat potřeby klienta, porozumět jeho stylu komunikace a poskytnout mu prostor pro orientaci a další rozvoj jeho osobnosti (Friedlová, 2007).

4.3.3 Komunikace s handicapovanými žáky

Handicapovaným klientem můžeme rozumět děti, mládež, dospělé i seniory, kteří trpí různými změnami v oblasti percepce (smyslových orgánů), tělesnými handicapy, změnami intelektu (mentální retardace, demence) a změnami vědomí (např. vigilní kóma).

Klient, který následkem výše zmíněných handicapů není schopen zpracovávat informace stejným způsobem jako člověk bez těchto deficitů, není nechápavý. Informace v komunikačním procesu je schopen zpracovávat jiným způsobem. Terapeut by měl úroveň komunikace v rámci svého profesionálního přístupu přizpůsobit úrovni vnímání a zpracování informací klienta.

Zdravotním postižením myslíme nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechny postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí vyúsťující v handicap dotýkající se takového jedince ve společnosti (Matějček, 2001 in Friedlová, 2007).

Za zdravotně postižené jsou považovány ty osoby, které nejsou schopny bez potíží nebo bez pomoci vykonávat v tzv. hlavním věku přiměřenou aktivitu. Podle mezinárodní klasifikace zdravotního postižení a handicapů WHO revidované v polovině roku 2001, jak uvádí E. Topinková, funkční postižení hodnotí ve třech rovinách:

- porucha/poškození orgánové funkce (impairment)
- neschopnost/nezpůsobilost vykonávat konkrétní činnosti (disability)
- společenské znevýhodnění, které svému nositeli funkční postižení přináší (handicap), a omezení v účasti na běžných společenských aktivitách (participace)

U dětí se vyskytuje přibližně 7-10 % chronických onemocnění v dětské populaci, u dětí s dětskou mozkovou obrnou dochází ke kombinaci s mentální retardací až u poloviny případů a k poruchám řeči v 75 %, ve 20 % jsou přítomny poruchy sluchu. Epilepsie se vyskytuje v dětské populaci u 4 % dětí a si u 2/3 z nich jsou uváděny také poruchy chování, učení a známky postižení intelektu. Dvacet procent dětí s epilepsií trpí současně i mentální retardací (Říčan, Krejčířová, 1997 in Friedlová, 2007).

Tělesné postižení nečiní zpravidla problémy ve verbální komunikaci, ale omezuje člověka v možnosti pohybu, a tím samozřejmě omezuje také přísun podnětů. Tělesná postižení ale mohou být kombinována s mentálním postižením. Nejdůležitější v komunikačních přístupech k těmto lidem je **úcta a respekt**.

Koncept bazální stimulace vychází z těchto principů (Friedlová, 2004 in Friedlová, 2007):

- smysly vnímání se utvářejí postupně
- schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení
- člověka formují jeho zkušenosti
- člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá
- nejasné podněty vedou k snížené schopnosti reagovat

Pravidla komunikace při jednání se zdravotně a mentálně postiženými klienty v konceptu bazální stimulace

Zohledňující prvky:

- bazální stimulace umožňuje terapeutům stimulovat vnímání klientů pomocí informací, které postrádají a naopak redukcí těch informací, které je zatěžují
- bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou
- bazální stimulace se formuje ze vztahu mezi terapeutem a klientem
- bazální stimulace nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne
- bazální stimulace umožňuje klientovi, aby:
 - vnímal hranice svého těla
 - mohl prožívat a mít prožitky
 - vnímal okolní svět
 - vnímal přítomnost jiného člověka
- bazální stimulace umožňuje klientovi poznat a akceptovat vlastní hranice
- bazální stimulace umožňuje ošetřujícímu rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti

Na základě výše zmíněných pravidel lze velmi úspěšně navázat komunikaci a podporovat rozvoj komunikačních, ale také pohybových a mentálních schopností za maximální možné akceptace osobnosti klienta/žáka. Možnými individuálními komunikačními formami mohou být prvky popsané v Příloze č. 2 (Friedlová, 2007).

4.3.4 Význam doteků v životě člověka

Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu respektu autonomie člověka, a proto si terapeuti dávají pozor na kvalitu doteků poskytovaných v péči/ve vzdělávacím procesu (Friedlová, 2007).

Jednou z významných neverbálních akcí jsou vzájemné doteky (Plňava, 2005 in Friedlová, 2007). Hmat má vedle zraku relativně největší percepční možnosti. Ukazuje se, že haptický kontakt má mimořádnou důležitost při vytváření dobrých vzájemných vztahů a důvěry (Křivohlavý, 1995 in Friedlová, 2007).

Dotek je významným prvkem v komunikaci. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Doteky se k nám dostává spousty impulzů ze zevního prostředí, ale také my můžeme pomocí doteků komunikovat s okolím. Doteky mají v životě člověka různé role a význam (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a). Ať již přes doteky poznáváme svět (dítě se učí poznat jednotlivé předměty i tím, že si je musí osahat) nebo je také využíváme v mezilidské komunikaci.

Dlouho nebyl význam doteků v péči a v pedagogickém procesu tematizován. Ošetřující se učili, jak mají používat své ruce k vykonávání jednotlivých ošetřovatelských výkonů, ale ne jak jimi poskytovat informace klientovi o svém těle. Ruce terapeutů jsou médiem a umožňují získat klientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007). Taktéž prostřednictvím cíleně strukturovaných doteků lze poskytovat pedagogické nabídky žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. U dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací se jedná o pedagogickou podporu v kontextu somatické stimulace. Touto stimulací lze podpořit rovněž psychomotorický vývoj dítěte.

Doteky terapeutů nebo také pedagogů, kteří pracují s těžce smyslově a mentálně postiženými dětmi, by měly být zřetelně a cíleně promyšlené tak, aby jejich nedostatečná kvalita nevyvolávala v klientovi nebo žákovi pocity nejistoty. Cílem kvalitního doteku je poskytnout orientaci a budit pocit důvěry.

Způsob, jakým se dotýkáme a jak dovolíme svému okolí, aby se nás dotýkalo, souvisí s našimi životními prožitky a zkušenostmi.

Koncept Bazální stimulace není doteková terapie a nelze ji s tímto pojmem zaměňovat. Koncept Bazální stimulace ale pracuje s dotekem (strukturované techniky stimulace vnímání tělesného schématu) a klade velký důraz na kvalitu doteku (Friedlová, 2012a).

5. Prvky bazální stimulace

Základní prvky, se kterými se v konceptu pracuje, jsou stimulace somatická, stimulace vestibulární a stimulace vibrační (Friedlová, 2011b). Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se člověk právě nachází. Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi. Somatické vnímání, tedy vnímání podráždění na povrchu těla, začíná již koncem 8. týdne prenatalního vývoje. Somatické podněty se dostávají plodu následkem tlaku stěny uteru a také prostřednictvím vnímání plodové vody na svém těle či pomocí vlastních vykonávaných pohybů (cucání palce). Záhy se vyvíjí schopnost vnímat vibrace a chvění děložní stěny následkem pulzování matčina srdce a aorty, žaludeční a střevní peristaltiky matky a také zvuky (hlas matky) jsou přenášeny v podobě vlnění plodovou vodou a embryo si je uvědomuje jako vibrace. Vestibulární podněty zpracovává od 16. týdne intrauterinního vývoje a díky nim vnímá změny polohy svého těla a změny polohy těla matky (Friedlová, 2007).

Cílem základních prvků je primárně zabezpečit základní životní aktivity, potřeby a funkce. Sekundární je podpora pohybových schopností k obnově sebeobslužných úkonů, pohybových návyků, ale také posilování důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí, navázání vztahů a rozvíjení komunikace (Friedlová, 2011b). V úzké souvislosti s vnímáním somatickým, se vyvíjí vnímání taktilně-haptické a orální. Propojení je v oblasti vestibulárního vnímání s vývojem vnímání optického a vnímání auditivní se rozvíjí s vnímáním vibračním. Plod vnímá na počátku sluchové podněty na úrovni auditivně vibračního vnímání (Friedlová, 2007). Důležitým prvkem je interakce klienta s okolním prostředím a vytváření podmínek pro rozvoj socializace, komunikace a emocionality (Friedlová, 2011b).

I nástavbové prvky nejen nespécificky stimulují, ale také podporují hybnost, vnímání a komunikaci v kontextu Maslowovy hierarchie hodnot (Friedlová, 2011b). To znamená, že prostřednictvím těchto prvků lze rovněž saturovat základní životní potřeby (příjem potravy), ale také pocit jistoty, bezpečí, možnost navázat vztah, orientovat se, vnímat vlastní autonomii a být schopen si alespoň částečně sám organizovat vlastní život (Friedlová, 2010b srov. Friedlová, 2011b).

Nástavbové prvky bazální stimulace, stimulace optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální, se integrují buď společně s prvky základními, nebo samostatně jako jednotlivé ošetřovatelské a terapeutické nabídky (Friedlová, 2011b).

Všechny základní i nastavbové prvky konceptu podporují autonomii člověka a především umožňují aplikovat důstojnou péči. Cílem těchto prvků je primárně zabezpečení základních životních funkcí, ale také vytvoření důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí, navázání vztahů a rozvíjení komunikace (Friedlová, 2010b).

U lidí s těžkými omezeními v pohybové a také komunikační oblasti (těžká vrozená postižení nebo postižení získaná za života úrazem, nemocí či v důsledku stáří) je nutné pracovat především s prvky základní trilogie konceptu (Friedlová, 2010d).

5.1 Bazální (základní) prvky konceptu

5.1.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propiocepcí a úzce souvisí se somatickým a kinestetickým vnímáním (Friedlová, 2010c srov. Friedlová, 2007).

Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Díky schopnosti uvědomit si sebe sama a tento vjem uložit do paměti se vyvíjí u člověka jeho identita - „jáství“ (uvědomění si svého já).

Stimulaci kožního smyslového orgánu a pohybovou aktivitu potřebuje člověk i postnatálně, celoživotně k udržení pohybových a kognitivních funkcí organismu (Friedlová, 2010c srov. Friedlová, 2007).

V průběhu prvního roku dítě nenavazuje jen vztahy k druhým lidem, ale začíná si utvářet představu o sobě, upevňuje své tělesné schéma (Langmeyer, 1994 in Friedlová, 2007). Tělesné schéma znázorňuje schematicky naše tělo, což nám umožňuje identifikovat sebe sama jako člověka. Vnímání těla rozlišujeme v konceptu bazální stimulace ve třech diferencovaných pojmech:

- vnímání těla
- tělesné schéma
- tělesný obraz (Friedlová, 2007).

Mave Salter (in Friedlová, 2007) vysvětluje, že tělesné schéma odpovídá představě o vlastním těle jako objektu v prostoru. Člověk s intaktním vnímáním tělesného obrazu si uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla, jakou polohu zaujímá jeho tělo ve vztahu k podlaze nebo ve vztahu k svislé poloze a jak působí pohyb těla na materiální objekty v jeho okolí. Gillis (in Friedlová, 2007) definoval v roce 1984 tělesný obraz jako vnímání člověka v jeho vnějších hranicích a s místy, která tyto hranice mezi jeho tělem a vnějším okolím tvoří. Fröhlich (in Friedlová, 2007) rozlišuje následujícím způsobem: „*Tělesný obraz je osobní forma tělesného schématu – mé nohy jsou tak a tak dlouhé, jdu vzpřímeně. Tělesný obraz se mění velmi pomalu, např. hemiplegičtí pacienti potřebují týdny, než si přestaví svůj obraz do reality.*“

Oliver Saks (in Friedlová, 2007) zmiňuje tyto předpoklady nutné k udržení vnímání tělesného obrazu:

- vizuální kontrola vnímaného
- vestibulární vnímání
- senzorické vnímání.

Proto v konceptu bazální stimulace klademe při aplikaci technik somatické stimulace důraz na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla. Vhodná je také integrace zrcadlové terapie. Do somatické stimulace integrujeme také prvky paměťových pohybových schémat tak, aby pomocí opakovaných činností byla podporována plasticita mozku (Friedlová, 2007).

Vítková (2001) upozorňuje na to, že se můžeme domnívat, že obraz o vlastním těle u jedinců s těžkým postižením je nediferencovaný, s výjimkou několika míst. Obraz těla vnímáme na základě naší zkušenosti, která je u těchto jedinců omezená.

Pokud na základě nějakého onemocnění dojde k výpadku některé z těchto forem vnímání, dochází ke změně vnímání tělesného obrazu. Vjem tělesného obrazu je v mozku podřízen vjemu tělesného schématu. Tělesný obraz je forma vnímání sebe sama, které je podrobena stálým změnám a přizpůsobování se. Naše vnímání sebe sama a naše vnímání těla se vyvíjí s naším vnímáním (Friedlová, 2007).

Imobilita a nečinnost, např. z důvodu kombinovaného postižení nebo následkem onemocnění (stavy po mozkové cévní příhodě) a také z důvodu stárí, má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2010c srov. Friedlová, 2007). Vnímání tělesného schématu lze ošetřovatelskými a terapeutickými nabídkami v konceptu Bazální stimulace cíleně měnit. Při stimulaci tělesného schématu v konceptu Bazální stimulace klademe důraz na to, aby prováděná stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a bylo

tak podporováno symetrické vnímání těla a také tělesné osy (Friedlová, 2010c srov. Friedlová, 2007).

Hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Vhodný typ somatické stimulace volíme dle stavu a potřeb klienta, zohledňujeme jeho schopnost vnímání, komunikace a lokomoce (Friedlová, 2010c srov. Friedlová, 2007).

Stimulace vnímání vlastního těla je základní předpoklad péče o lidi se změnami v kognitivní a pohybové oblasti.

Vědecké poznatky jednoznačně prokázaly, že pokud dochází k destimulaci vnímání tělesného schématu, ubývá pohybových, sebeobslužných, kognitivních a komunikačních schopností (Friedlová, 2010c).

Nezákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam. Důležité je přitom jak se dotýkat (Friedlová, 2012a).

Kvalita somatické stimulace a její účinnost jsou závislé na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje na těle klienta při stimulaci vnímání tělesného schématu. Koncept využívá možnosti pomocí doteků komunikovat a také terapeuticky působit, a to v těchto technikách:

- v polohování
- v somatické stimulaci tělesného schématu
- v podpoře a stimulaci dýchání
- v pomoci při pohybu a korekci polohy.

Na kvalitě poskytovaných doteků záleží, zda si je klient uvědomí a bude schopen je zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity. Velkou roli hraje také kvalita, lokalita a intenzita doteků (Friedlová, 2007). Při každé manipulaci s dítětem dbáme o to, aby naše doteky měly informační hodnotu a poskytly dítěti dostatek jasných informací o jeho těle, především o jeho tělesných hranicích (Friedlová, 2005).

Předpokladem kvalitního doteku je:

- klid
- způsob a význam kontaktu
- vyvinutá síla, tlak
- rytmus, opakování

- kontinuita, sled.

Takový kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci. Je nutné si uvědomit, že chaotické doteky terapeuta na klientově těle mohou také vést ke zvýšení svalového tonu a vůbec k nežádoucí reakci organismu (Friedlová, 2007).

Nečekané a necílené doteky u klientů se změnami v oblasti vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Také jiné námi a jejich okolím poskytované informace, které vnímají různými smyslovými orgány, je mohou, přicházejí-li nečekaně, lekat (Friedlová, 2012a).

Dodržováním následujících pravidel lze předejít či eliminovat obrannou reakci organismu:

- omezujeme doteky letmé, krátkodobé
- omezujeme rušivé a chaotické doteky
- uspěchané činnosti eliminujeme, protože ve spěchu poskytujeme nejasné informace (chaotické doteky), které vyvolávají pocit nejistoty
- dotek by měl být klidný, provedený celou plochou ruky, ne jen prsty
- po celou dobu pracujeme s určitým tlakem, který přizpůsobujeme situaci a stavu klienta (jiný tlak vyvíjíme u dítěte a jiný u dospělého klienta)
- ritualizujeme po dohodě se zdravotním týmem iniciální dotek (Friedlová, 2007).

Klientovi nebo žákovi s těžkými změnami v oblasti vnímání je důležité dát vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007).

Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na klientově těle (nejlépe v centrální části těla) a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku a musí být doprovázen verbálně (Friedlová, 2007).

Vhodná místa jsou:

- rameno nebo paže (u změněného stavu vědomí, kdy dochází k silným změnám ve vnímání akrálních částí těla)
- ruka (nejvhodnější místo, kontakt rukou známe jako ritualizovanou formu pozdravu a člověk ji má takto uloženou v hluboké paměťové stopě).

Iniciální dotek musíme také podpořit verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou do kontaktu s klientem respektovat, a před zahájením a po ukončení své činnosti poskytnout. Iniciální dotek (jeho zvolené místo) je nutné zaznamenat do dokumentace klienta.

Nejnáročnějším úkolem poskytované péče je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti (Friedlová, 2012a).

U klientů s těžkými změnami v pohybové oblasti dochází ke vzniku změn ve vnímání tělesného obrazu již třetí den po jejich imobilizaci. Z tohoto důvodu je potřeba u těchto lidí strukturovat péči a sestavit individuální plán s cílem zamezit v co největší možné míře vzniku následků ze změn vnímání sebe sama, a to:

- snížení pohybových a tím sebeobslužných činností
- chybné interpretaci působení okolí
- změně v kognitivní oblasti, neschopnosti přiměřeně rychle a adekvátně zpracovávat přijaté informace
- dezorientaci v prostoru a čase
- stavům neklidu až agresivity
- autostimulativnímu chování až s prvky sebepoškozování
- úbytku komunikačních schopností
- ztrátě pocitu bezpečí v důsledku poruch vnímání tělesného schématu
- emocionálním poruchám (depresím)
- ztrátě identity osobnosti (Friedlová, 2010d).

Friedlová (2010d) poukazuje na to, že techniky stimulace vnímání tělesného schématu lze integrovat do základních ošetrovatelských činností, jako jsou:

- polohování
- dechová gymnastika
- celková koupel
- forma pomoci při pohybu a korekci polohy (zejména formou asistované péče).

Koncept nabízí širokou nabídku terapeutických aktivit somatické stimulace (Friedlová, 2010d). Friedlová (2012a) zmiňuje, že všechny typy somatické stimulace lze aplikovat

s použitím různých médií na sucho, jako koupel na lůžku, ve vaně, ve sprše, s použitím různých druhů materiálů např. žínky, froté ponožky, pleťová mléka, dětské oleje, lufa žínky...). Možnosti somatické stimulace, které koncept nabízí, jsou:

- 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 srov. Friedlová, 2012a, 2010d).

Somatická stimulace zklidňující

Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění.

Cíle pro aplikaci somatické zklidňující stimulace mohou být různé a terapeuti nebo pedagogové mohou sledovat i více cílů současně:

- stimulace vnímání tělesného schématu, zkušenost se svým tělem
- redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace
- navození celkového tělesného uvolnění.

Tento druh stimulace je bez kontraindikací, tudíž ji můžeme použít u různých klientů/žáků. U žáků se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení, navázat s nimi komunikaci (Friedlová, 2012a). Pokud aplikujeme somatickou stimulaci během koupele, použijeme vodu o teplotě 37 - 40°C. Bez vody provádíme stimulaci buď opět žínkami, nebo jen rukama (nasucho přes oděv či za použití krému nebo oleje), froté ponožkami a jinými materiály. Po celou dobu poskytované stimulace sledujeme reakce klienta a adekvátně na ně reagujeme. Stimulaci jednotlivých částí

těla verbálně komentujeme a sdělujeme klientovi, co právě modulujeme. Můžeme ji aplikovat i jako částečnou nebo jako kombinovanou (Friedlová, 2007). Musíme mít ale na paměti, že to, co platilo včera, už nemusí být dnes aktuální, a také to, že někdy je méně více. Klienta nesmíme v žádném případě přetěžovat (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007).

Somatická stimulace povzbuzující

Cíle pro aplikaci somatické povzbuzující stimulace:

- stimulace vnímání tělesného schématu, zkušenost se svým tělem
- zvýšit úroveň vědomí, pozornost
- zvýšit svalový tonus
- zvýšit srdeční frekvenci a hodnoty krevního tlaku
- podpořit aktivitu
- příprava na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta, aj. (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a).

Stimulujeme proti růstu chlupů a dle stavu klienta volíme tělesný region k zahájení stimulace. Stimulaci neužíváme u klientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku, se zvýšeným intrakraniálním tlakem, u lidí s Morbus Parkinson, s vysokým krevním tlakem, tachykardií a u spastických dětí. Pokud stimulaci aplikujeme při koupeli, využíváme vodu o teplotě 28 - 33°C (Friedlová, 2012a).

Neurofyziologická stimulace

Cílem této stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či v některých regionech jedné poloviny těla znovu vnímat tuto stranu (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a). Podporujeme vzpomínky z našeho těla, které jsou uloženy v paměťových drahách a stimulujeme mozkové regiony tak, aby si klient mohl uvědomovat i svou postiženou stranu těla (Friedlová, 2007). Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007). Velký důraz je kladen na zrakovou kontrolu. Nejprve se stimuluje zdravá polovina těla.

Neurofyziologická stimulace vychází také z poznatků konceptu Bobathových, dříve nazývána Bobathových orientovaná stimulace. Cílem tohoto konceptu je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, integrace klienta do běžných denních aktivit a dosažení jeho samostatnosti (Friedlová, 2007).

Symetrická stimulace

Cílem je podpora obnovení tělesného schématu u klientů s poruchou rovnováhy, a to na základě fixace tělesné symetrie (Bienstein, 2003 in Friedlová, 2007). Terapeut pracuje synchronně na obou polovinách těla. Před symetrickou stimulací se doporučuje zklidňující stimulace (Friedlová, 2007).

Rozvíjející stimulace

Rozvíjející stimulaci poskytujeme klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ještě ho rozvíjet. Při této koupelové stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Aplikujeme ji u předčasně narozených novorozenců, u kvadruplegiků či dlouhodobě imobilních klientů, jejichž tělesné schéma je narušeno (Friedlová, 2007).

Diametrální stimulace

Užívá se u klientů se zvýšeným svalovým napětím, které omezuje pohyb v kloubu. Spasticita se vytváří od prvního dne postižení, a to také díky špatnému polohování či špatným a nefyziologickým pohybovým vzorům (Friedlová, 2007). Diametrální stimulace redukuje svalový tonus a stimuluje vnímání tělesného schématu. Stimulace se aplikuje většinou jako částečná na tu oblast těla, kde trpí klient zvýšeným svalovým napětím. Předpokladem pro úspěšné provedení stimulace je dodržení těchto zásad:

- teplo
- klid
- předchozí zklidňující stimulace k uvolnění klienta (u neklidných pacientů)
- eliminace rušivých elementů
- nepůsobit bolest (Friedlová, 2011a).

Polohování v konceptu bazální stimulace

Friedlová (2007) informuje, že vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Prostřednictvím polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu (Nydal, Bartoszek, 2000 in Friedlová, 2007). Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, ale rovněž vestibulární, protože měníme klientovu pozici a stimuluje vestibulární aparát. Také zraková stimulace je predisponována polohou klienta.

Jirglová ve svém příspěvku říká, že pro každého, kdo není schopen samostatné změny polohy, je pravidelné polohování základním předpokladem. Změna polohy těla a končetin u zdravého člověka je během dne a i ve spánku samozřejmostí, kterou si ani neuvědomujeme. Polohování je velmi důležitá preventivní a rehabilitační činnost (2007).

Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem senzorických podnětů a pohybové aktivity redukuje přísun informací k člověku. Vnímání tělesného obrazu se mění a vede k poruchám orientace na vlastním těle i okolí a také k těžkým krizím vlastní identity. Prof. Dr. Fröhlich nazývá tento proces degenerativní habituací. To znamená, že se psychika a vnímání těla nastavily na jednotvárnost (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a). Člověk sám sebe méně cítí a také ztrácí tělesnou a psychickou orientaci. Může vést k úplné nečinnosti klienta, kdy se dá velmi snadno říct, že nekomunikuje. Nebo může být klient naopak zmatený, autoagresivní či agresivní (Friedlová, 2012a).

Při polohování je nutné vždy zohlednit to, jak pohodlně se klient cítí, tedy jeho komfort a autobiografický faktor (Friedlová, 2010d srov. Friedlová, 2012a, 2007). Pro někoho je při usínání důležité, když zaujme určitou polohu, má svůj polštářek či deku zastrčenou za ramena (Friedlová, 2007).

Během polohování lze také pracovat s gravitací, váhou těla klienta a různým tempem změny pohybu. Polohováním lze umocnit stabilizaci vnímání tělesného schématu po předchozí somatické stimulaci (např. prostřednictvím koupele). K polohování používáme různých polohovacích pomůcek, které by měly být měkké, omyvatelné (nebo potažené vhodným pracím potahem) a nealergizující, s příjemným povrchem (Routnerová, Beránek, Hřebíková, 2002). Pro fixaci tělesného schématu užívá bazální stimulace k polohování srolované deky, ručníky a také perličkové polohovací pomůcky výrazně zvyšující komfort polohování (Friedlová, 2010d srov. Friedlová, 2012a). Hlavním cílem je podpora dalšího psychomotorického vývoje a odstranění patologických pohybových vzorců (Routnerová, Beránek, Hřebíková, 2002).

Mezi možnosti změny tělesné pozice patří:

- propletení prstů rukou
- položení rukou na hrudník
- ohnutí horních končetin směrem k tělu
- překřížení dolních končetin
- uchopení nohy rukou

- polohování na různě tvrdých a měkkých matracích
- změna polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů
- polohování pomocí perličkových polohovacích polštářů
- mikropolohování
- poloha mumie
- poloha hnízdo

Poloha „mumie“

Tato poloha se využívá především u těch klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Jde o děti s hlubokou mentální retardací a klienty ve vigilních kómatech. Kontraindikována je „mumie“ u lidí s klaustrofobií. 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 (Friedlová, 2007). Cílem tohoto polohování je umožnit klientovi zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice svého těla. Polohování mumie lze kombinovat s polohováním hnízdo a mikropolohováním. Po tomto polohování se klienti zklidní a my jim musíme umožnit klidovou fázi, popřípadě jim můžeme nabídnout polohu „hnízdo“ (Friedlová, 2012a). „Mumii“ lze kombinovat s polohováním „hnízdo“. Polohovat lze klienty v péči také pomocí canisterapeutických psů (Friedlová, 2007).

Poloha „hnízdo“

Cílem této pozice je stimulovat vnímání tělesného schématu, a tím eliminovat následky degenerativní habituace. „Hnízdo“ poskytuje klientům poziční komfort a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim nabízí pocit jistoty a zlepšení vnímání hranic svého těla. Polohování do „hnízd“ je důležité pro svalový tonus, motoriku a snímání tělesného obrazu (Friedlová, 2007). Polohu „hnízdo“ je možné indikovat například u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve třídě během výuky (Friedlová, 2012a). Tělo dítěte může modulovat svým tělem také rodič, který si k němu lehne do lůžka. Toto polohování má význam zvláště u dětí trpících spasticitou. Při tomto typu polohování dojde k výraznému uvolnění, protože zde velmi pozitivně působí teplo vydávané tělem rodiče a vyšší odpor, než jaký by spastické části těla mohla poskytnout srolovaná deka (Friedlová, 2005).

Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba. Kromě toho nabízí dýchání člověku fascinující zdroje informací o vlastním bytí. Změněné dýchání signalizuje somatické a psychické aktivity nebo také jejich omezení (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a).

Nedostatečná ventilace vede ke snížení tělesné síly, která pak postačuje těmto lidem pouze na možnost uvědomění si sebe sama. Ale i tato schopnost může být hodně omezena. Znamená to tedy, že takový člověk nemá více energie vnímat okolní svět a jeho dění. Stahuje se stále více do sebe a zcela strádá aktivní výměna informací mezi ním a jeho sociálním okolím (Friedlová, 2012a).

Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Má vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálení rytmu dýchání u klienta tak, jak terapeut stimuluje nádech a jeho hloubku na hrudníku klienta. Tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout klientovi uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a terapeutovi umožňuje vyjádřit svou empatii vůči klientovi (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2010d).

MSD se aplikuje také u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s cílem uvolnit psychické nebo fyzické napětí žáka nebo s cílem dosáhnout lepšího prodýchání dítěte. Následně zvýšené oxygenace mozkové tkáně, což je základním předpokladem pro schopnost žáka se koncentrovat na pedagogické nabídky (Friedlová, 2012a).

Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku klienta a doprovází ho v nádechu i při výdechu. Výdech může podpořit stlačením hrudníku a také lze přidat vibrace v době výdechu (Friedlová, 2007). U malých dětí se kontaktní dýchání aplikuje hrudník na hrudník. V této chvíli dochází ještě k intenzivnějšímu uvědomění si sebe sama a ke stimulaci vnímání a aktivizaci paměťové stopy, a tím činnosti mozkové tkáně. Paměťová stopa je také aktivována hlasem rodiče a vůní rodiče (Friedlová, 2012a srov. Friedlová, 2007).

5.1.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v závislostech na různých činnostech vykonávaných během dne. Jeho rovnovážné ústrojí se tak permanentně stimuluje. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami mají těchto informací minimálně. Vestibulární vnímání nás informuje o naší poloze a pohybu v prostoru. Zodpovídá za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému (Friedlová, 2007).

Při každé změně polohy, ať již pasivní či aktivní, dochází k pohybům endolymfy ve smyslově-rovnovážném ústrojí a k přenosu vzniklých podnětů do mozku, který pohyby zpracovává. Tato aktivita je velmi stimulační a může být také možností, jak si uvědomit své tělo a okolní svět (Friedlová, 2010e). Stimulace vestibulárního aparátu u imobilních klientů má velký význam, a to nejen z důvodu redukce nežádoucích účinků následkem imobilizace (nauzea, bolesti hlav, kolaps), ale také vliv na snížení spasticity extenzorů a flexorů (Friedlová, 2005 srov. Friedlová, 2008b).

Koncept bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulací převádět informace na vestibulární jádra v mozku a následně:

- zprostředkovávat informace o postavení v prostoru
- redukovat závrať z otáčivého pohybu
- snížit napětí flexorů a extenzorů
- připravit organismus na mobilizaci
- udržet pohyb endolymfy ve vestibulárním aparátu (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a).

Vestibulární stimulaci můžeme provádět prostřednictvím nepatrných pohybů jeho hlavou do stran. Provádět tuto stimulaci je vhodné před každou změnou polohy těla klienta. Lze také provádět tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Při této stimulaci je tělo klienta fixováno na těle terapeuta, který provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Jedná se o stimulaci vestibulární, optickou, propioceptivní a somatickou. Také lze využívat závěsné houpačí látkové vaky, síťové houpačky či pohupování na rehabilitačním balónu a další (Friedlová, 2007). Vlastní aktivitu klienta můžeme výrazně stimulovat tím, že se sám odráží za účelem pohupování ve vaku, na trampolíně či houpačce (Friedlová, 2010e)

5.1.3 Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti, tedy propioceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a, 2010f). Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie do středu těla a je zcela individuální (Friedlová, 2007). Vnímání vibračních podnětů je velmi intenzivní a tyto zkušenosti z celotělového vnímání vibrací jsou uloženy v hlubokých paměťových stopách již z období prenatálního (Friedlová, 2010f).

Vibrační stimulaci integrujeme především u uživatelů s hlubokou a těžkou mentální retardací, ale také u těch, kterým slouží jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci (Friedlová, 2010f).

K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (baterkové vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka) nebo pouze vlastní ruce. Vibrátory přikládáme do okolí kloubů na horních a dolních končetinách, můžeme jej vkládat i do jeho dlaně (Friedlová, 2007). Malé vibrátory lze umístit tak, že umožní procítit celou nohu od kotníku přes koleno až po kyčli. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk běžně získává při stání, chůzi apod. a uchovává si je v paměti. Těžké postižení toto dítěti většinou neumožňuje (Vítková, 2001). Ke stimulaci můžeme použít také hudební nástroje, vydávající vibrace, a hlas (Friedlová, 2007). Kontraindikací pro tuto stimulaci jsou krvácivé stavy, varixy, poranění a porucha integrity kůže. Elektrické vibrátory nepoužíváme v péči o gerontologické klienty z důvodů fragility vazů a možnosti mikrotraumatizace (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2012a). U dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací lze k vibračním podnětům v domácnosti využít také zkušenosti s předměty denního života (pračka, vysavač...). Abychom mohli klientovi poskytnout dostatečně velkou plochu vnímání vibrací, je důležité při všech vibračních stimulacích ukládat klienta do polohy vleže na zádech, do sedu, na zem na matrace či polohovací vaky (Friedlová, 2012a).

5.2 *Nástavbové prvky konceptu*

Cílem aplikace nastavbových prvků je podpořit vnímání vlastní autonomie a schopnosti si alespoň částečně sám organizovat vlastní život. U nastavbových prvků je základním předpokladem při jejich využití v péči orientace na senzobiografii člověka. Prvky nacházejí významné uplatnění také při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jsou pro tuto skupinu dětí součástí jejich individuálních plánů jako pedagogické nabídky (Friedlová, 2010f).

5.2.1 *Taktilně-haptická stimulace*

Somestetický systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací. Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Schopnost ruky pohybovat se trojrozměrně perfekcionalizuje její funkci poznávání (Friedlová, 2007). Hmatová stimulace a stimulace ruky má nezastupitelné místo v konceptu Bazální stimulace. Ruka je spolu s ústy nejaktivnější částí těla. Aktivita ruky je geneticky programována a tato potřeba zůstává zachována celoživotně (Friedlová, 2010f srov. Friedlová, 2011a).

Zvláště při dlouhodobé imobilitě, u neklidných či hyperaktivních klientů jsou jejich ruce velmi aktivní a potřebují identifikovat předmět, který nahmatali. Dochází tak občas k situacím, které jsou pro tyto klienty nedůstojné a pro terapeuty nepříjemné. Koncept chápe tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace a insuficience vlastní aktivity (Friedlová, 2011a srov. Friedlová, 2007). Taktilně-haptická stimulace umožňuje poskytnout smysluplné stimulace i těmto klientům, a to ve formě jim známých materiálů a věcí. Používáme předměty z osobního i pracovního života a z oblasti hobby nebo zájmů (Friedlová, 2007).

5.2.2 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus hlavními vyvolavateli vzpomínek. Určité vůně asociují roční období, situace nebo lidi. Orální a olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí. Je důležité zjistit, které chutě a pachy upřednostňuje, abychom nevyvolali negativní stimulaci (Friedlová, 2011a srov. Friedlová, 2007). Olfaktorické nabídky lze využít také k ritualizaci péče nebo při pedagogickém procesu jako možnosti orientovat žáky v procesu výuky. Neměly by se nabízet kontinuálně, neboť by si klient na ně zvykl stejně jako na zvukovou kulisu okolí či stále stejně opticky vypadající okolí (Friedlová, 2011a). Stimulace navozuje u lidí pocit jistoty a bezpečí. Pokud je situace transparentní, člověk nemá důvod se bát. Vůně vlastních toaletních prostředků proto může umožnit pochopit správně danou situaci (Friedlová, 2010f).

5.2.3 Optická stimulace

Zrakový vjem je spolu se sluchovým vjemem nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace (Friedlová, 2007 srov. Friedlová, 2010f) Zrakový vjem umožňuje člověku poznávat okolní svět, orientovat se, uspořádat své okolní prostředí, poznávat lidi a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty, schopnost učit se (Friedlová, 2007). Integrace něčeho známého, uloženého v paměťové stopě klienta, do nového, neznámého prostředí může navodit zklidnění (Friedlová, 2010f).

Friedlová (2007) tvrdí, že pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je velice důležitá jakákoliv změna tělesné polohy, čímž se změní klientovo zorné pole. Optická stimulace neznamená jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale také poskytnutí možnosti změnit prostředí (alespoň na chvíli opustit pokoj, třídu). Pozorování stále stejných objektů může vyvolat iluzorní vnímání a dezorientaci. Vnímání světa i vlastního těla je jiné z úrovně horizontální a jiné z úrovně vertikální (Friedlová, 2011a). V kontextu optické stimulace můžeme s klientem pracovat aktivně, nabízet mu různé obrázky, fotografie a aktivizovat ho tak k vyprávění (Friedlová, 2007).

Zrakové podněty jsou základem pro vytváření herních nabídek. Předmět nabízíme na kontrastním pozadí, od kterého se musí výrazně odlišovat (Vítková, 2001).

5.2.4 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč. Auditivní stimulaci aplikujeme z různých důvodů a sledujeme různé cíle, které se ovšem mohou kombinovat:

- navázat kontakt s klientem
- zprostředkovat klientovi informace o jeho osobě, jeho těle
- stimulovat vnímání klienta aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách
- mobilizovat vzpomínky klienta
- budovat u klienta pocit jistoty
- umožnit klientovi orientaci
- zvýšit rozlišovací schopnosti sluchového aparátu
- naučit klienta nových slovům, řeči (Friedlová, 2007).

V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení klientům a naopak minimalizovat nejasné zvuky okolního světa. Terapeuti a pedagogové by měli zvolit zcela jednoduchou a zřetelnou formu slovního kontaktu a poskytnout klientovi nebo žákovi možnost jasně rozlišit, kdy se hovoří s ním, a kdy s jeho okolím. Vhodná je kombinace s iniciálním dotekem (Friedlová, 2011a).

Jak uvádí Friedlová (2007), k auditivní stimulaci lze využít různých prostředků (hlas, hudební nástroj, reprodukováné zvuky) a zohlednit biografickou anamnézu klienta. Důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti klienta a užívání kompenzačních prostředků (sluchadla). Je důležité, mluvit s klientem v jemu známé a vlastní formě a gesta by měla být v symbióze s verbalizovaným projevem (Friedlová, 2011a).

Vítková (2001) informuje, že pro mnoho osob s těžkým postižením jsou v oblasti vidění často zřetelné jen výrazné zvuky a rytmy. Při podpoře samotné mohou vyvolat opakující se rytmické a s rytmem spojené nabídky pomalou orientaci na slyšené. Ovšem při tom je nutné jako kontrast ticho. Pro vývoj sluchového vnímání je trvalá zvuková a hudební kulisa nevhodná. Zdá se, že je vhodné kombinovat zvukové nabídky ve smyslu intermodality s pohybem nebo s dotykem (např. jednoduché pohybové rytmické hry, tanec při hudbě).

5.2.5 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a neaktivnější zónu, a to již v prenatálním vývoji dítěte. Ústa umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci chuť, vůni, konzistenci, tvar. Člověk vnímá svá ústa jako intimní a osobní zónu. Mají pro nás zásadní význam a to nejen kvůli příjmu potravy, ale také pro jejich schopnost zprostředkovat člověku libé pocity (Friedlová, 2011a srov. Friedlová, 2007).

Pod pojmem orální stimulace je zahrnuta stimulace senzoryky (čítí) dutiny ústní a chuťová stimulace (Friedlová, 2010f). Jejím cílem je zprostředkovat uživateli, klientovi nebo žákovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u klienta (Friedlová, 2011a srov. Friedlová, 2007). Využívá se i jako logopedická terapie (Friedlová, 2010f). Je třeba používat pokud možno jednoznačné chuťové nabídky, aby mohlo dojít k jasnému vnímání kontur a kontrastů (Vítková, 2001).

K orální stimulaci nebo péči o dutinu ústní jsou vhodné molitanové štětičky nebo vatové štětičky. Je vhodné používat také tzv. cucací váčky. Jedná se o kousíček nějaké poživatiny zabalené v gáze smočené v minerální vodě. Tento váček se vloží do dutiny ústní klienta a vhodným způsobem se fixuje. Stimulující chuťová média v kombinaci s chladem stimulující motilitu jazyka a mohou se využít při nácviku hybnosti jazyka (Friedlová, 2011a). Během orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě a také platí zásada nevnikat násilím do úst. Invazivním vstupem lze vyvolat nepříjemný zážitek (Friedlová, 2007).

5.3 Biografická anamnéza

Předpokladem pro práci s konceptem u jednotlivých klientů je akceptace jejich biografie a integrace nejbližšího sociálního okolí klienta (rodiny) do péče (Friedlová, 2010b). Sepsání biografie je důležitá část ošetřovatelského nebo pedagogického procesu. Práce s biografií klienta znamená volit nabídky zohledňující individualitu klienta. Biografické údaje jsou výchozím bodem pro individuální bazálně stimulující péči. Biografická anamnéza může výrazně pomoci strukturovat individuální plány a poskytovat profesionální péči. Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a pochopit jeho chování (Friedlová, 2010b srov. Friedlová, 2010g). Uplatnění těchto prvků podporuje autonomii uživatele (Friedlová, 2010f). Pracovat s autonomií klienta, znamená respektovat ho a pochopit (Friedlová, 2007).

V bazálně stimulující péči je výchozím předpokladem vcítit se do vnímání druhého a věnovat pozornost potřebám a požadavkům klienta, nepovažovat ho za postiženého s jeho deficitem, nýbrž jeho zachovalé schopnosti a kompetence respektovat a podporovat. Takovýto

přístup může otevírat terapeutům a pedagogům cestu k dialogu a k získání cenných informací pro poskytování kvalitní individuální péče (Friedlová, 2011a).

Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý člověk je jiný, jinak se chová v určitých situacích, jinak reaguje. Každý člověk je jedinečná bytost, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace (Friedlová, 2007).

Každé pracoviště by si mělo strukturovat biografickou anamnézu dle skladby klientů (Friedlová, 2012a). Získávání biografie může být dlouhodobý proces, protože ani klient sám a ani příbuzní nemusí poskytnout všechny údaje hned při prvním rozhovoru. Některé údaje poskytnou až po získání důvěry. Výrazným faktorem je zde také forma, jakou terapeut vysvětlí klientovi a příbuzným, proč se ho ptá na určité věci a co od něho očekává (Friedlová, 2010g).

6. Bazální stimulace v mateřské škole speciální

6.1 Charakteristika a cíle výzkumu

Mé několikaleté zkušenosti s prací s dětmi s kombinovaným postižením mě inspirovaly k volbě daného tématu pro můj výzkum. Pracuji s dětmi v předškolním a školním věku již šestým rokem a dobře vím, jak je vhodná a dostatečná stimulace důležitá pro jejich rozvoj. Při své práci jsem se setkala také s konceptem bazální stimulace a viděla, jak jeho využití může podpořit možný rozvoj a zlepšit kvalitu života klientů Jedličkova ústavu i žáků Mateřské školy pro tělesně postižené v Liberci.

Bazální stimulace mě zaujala především proto, že nahlíží na člověka holisticky a podporuje všechny oblasti lidského vnímání. Upozorňuje také na využití multisenzorického přístupu a různých komunikačních kanálů. Po absolvování kurzu si člověk také uvědomí, že spousta prvků této stimulace již přirozeně při své práci využívá. Kurz mu ale poskytne komplexnější pohled, naučí ho novým technikám a dá mu zažít vlastní prožitek se svým tělem, což je dle mého názoru ta nejdůležitější informace pro lepší vcítění se do svých klientů či žáků. Koncept lze aplikovat v různých situacích i prostředích – ve škole, doma, v Domově pro osoby se zdravotním postižením i na rehabilitaci, což podporuje jednotný přístup v péči a vzdělávání a umožňuje tak žákovi – klientovi – dítěti lepší orientaci.

Cílem výzkumu je zjistit, zda koncept Bazální stimulace zlepšuje proces výchovy a vzdělávání u dětí s kombinovaným postižením v mateřské škole a zda má vliv na kvalitu jejich života. Dílčím cílem je na základě přímé práce s dětmi popsat postupy, jakými toho lze dosáhnout a vypracování průvodního dopisu a dokumentu, který se zabývá biografií dítěte (Biografická anamnéza Příloha č. 9).

6.2 Metodologie výzkumu

Pro kvalitativní formu výzkumu jsem využila techniku případové studie, kasuistiky. Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) uvádí, že smyslem případové studie je detailní zkoumání a porozumění jednoho nebo několika případů v přirozeném prostředí, čímž můžeme porozumět složitým sociálním jevům. Základem šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu).

Ke zjišťování dat jsem využila následující techniky:

- analýza odborné literatury
- analýza dokumentace dětí

- přímé pozorování
- aktivní práce s dětmi

Teoretické informace o konceptu bazální stimulace jsem získala studiem odborné literatury a také při absolvování Základního kurzu konceptu Bazální stimulace, při kterém se teorie propojila s praxí a především s autentickými zážitky. Díky tomuto kurzu jsem osobně zažila některé z forem somatické, vestibulární a vibrační stimulace a uvědomila jsem si tak jejich pozitivní vliv na lidské tělo. Pro analýzu dokumentů jsem měla k dispozici lékařské zprávy a zprávy z psychologických vyšetření. Ze školní dokumentace jsem měla možnost využít individuální vzdělávací plány konkrétních dětí. Přímé pozorování a aktivní práce s dětmi probíhaly od září 2012 do března 2013 v mateřské škole Pastelka, která je součástí Základní a mateřské školy pro tělesně postižené v Liberci. Pozorovanou skupinou byli kromě samotných klientů a jejich reakcí i učitelky MŠ. Celého programu jsem se účastnila osobně.

6.3 Charakteristika školského zařízení

Mateřská škola pro tělesně postižené v Liberci zajišťuje plnohodnotné předškolní vzdělávání dětem s tělesným a zdravotním postižením i dětem s kombinovanými vadami. Budova mateřské školy PASTELKA je samostatná jednopodlažní budova umístěná v areálu Jedličkova ústavu, je v bezprostřední blízkosti Základní školy pro TP. Vstup do objektu a prostory v mateřské škole jsou bezbariérové. V suterénu je umístěna tělocvična s kuličkovým bazénem. Bezprostředně před školkou je pískoviště a travnatá plocha s dřevěnými hracími prvky.

V současnosti je kapacita mateřské školy 25 dětí, které jsou rozděleny do tří tříd. Nyní v MŠ pracuje 5 učitelek se specializací speciální pedagogiky, pedagogická asistentka a fyzioterapeutka, která provádí rehabilitaci a poradenskou činnost pro rodiče.

Koncepce mateřské školy vychází z úvodního motto ŠVP: “Svět očima dítěte. Spolu si hrajeme, spolu se učíme, spolu se radujeme”. Hlavní snahou je zajistit všem dětem ty nejlepší podmínky pro jejich rozvoj v předškolním vzdělávání za využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek a didaktických materiálů, včetně zajištění služeb asistenta pedagoga a léčebnou, nápravnou a rehabilitační péči. Veškeré dětské aktivity musí obsahovat prvky hry a tvořivosti, aby podněcovaly radost z učení, stejně jako vlastní zájem dítěte poznávat nové. Podstatou práce učitelky je individuální přístup k dítěti a práce v menší skupině i s jednotlivcem. Vzdělávací působení učitelky vychází z pozorování a uvědomění si specifických potřeb a zájmů každého

dítěte, zajišťuje dostatek prostoru projevit se a zaměstnávat je přirozeným způsobem (online³).

V lednu 2012 byla zahájena činnost projektu, jehož cílem je vytvoření vhodných edukačních a terapeutických podmínek pro systematický rozvoj základních schopností a dovedností dětí a žáků s kombinací zdravotních postižení ve věku 4 – 9 let. Komplexní a ucelenou nabídkou speciálních činností ve skupinové nebo individuální formě, bude umožněno těmto dětem se lépe připravit na vstup do školského systému a na další vzdělávání podle jejich možností a schopností. Vybrané děti pro můj výzkum jsou součástí tohoto projektu, který využívá speciálních terapií – bazální stimulace, canisterapie, konceptu Snoezelen či muzikoterapie. Terapeutický tým tvoří tři terapeutky speciální individuální intervence a čtyři terapeutické asistentky (online⁴).

6.3.1 Týdenní plán

Vždy v pondělí a v pátek je součástí dopoledního programu canisterapie. Během dvou hodin jsou v rámci individuální i skupinové činnosti rozvíjeny různé oblasti vnímání. Dlouhodobým cílem v naší skupině je podpora psychomotoriky a komunikace. U každého dítěte je také vytýčeno několik cílů krátkodobých, které podporují především jemnou motoriku a vnímání vlastního těla. Toho docílíme například polohováním se psem a hlazením jeho srsti. Canisterapie může být také formou optické a taktilně-haptické stimulace.

V úterý a ve čtvrtek je pak čas věnován muzikoterapii. Při této terapii je samozřejmě zaměstnáván především auditivní komunikační kanál. S dětmi navazujeme pomocí různých nástrojů kontakt, při kterém dochází k interakci dítěte a terapeuta. Hudební nástroje také některé děti aktivují k samostatnému pohybu, což podporuje nejen zlepšování motoriky, ale také k samostatné činnosti. Práce s hudebními nástroji také umožňuje taktilně-haptické vnímání jejich povrchu.

Ve středu se využívá multisenzorická místnost Snoezelen, kde dochází především k optické stimulaci pomocí osvětlených válců, lamp, barevného podsvícení místnosti apod. Součástí také bývá stimulace somatická, kdy děti během pobytu ve Snoezelenu bývají polohovány do poloh hnízdo či mumie. Také využíváme kontaktního dýchání či různých masáží. Díky vibračnímu lehátku mohou děti prožít vibrační stimulaci a závěsná houpačka nám umožňuje podpořit také vestibulární kanál. Taktilně-haptické vnímání je pak rozvíjeno díky

³ <http://www.zsprotp-liberec.cz/matrska-skola/zakladni-informace>

⁴ <http://www.zsprotp-liberec.cz/projekty/vzdelavaci-a-terapeuticke-centrum-dr-jedlicky>

různým materiálům, které se v multisenzorické místnosti nacházejí. Díky relaxační hudbě a možnosti aromaterapie je také uskutečněna auditivní a olfaktorická stimulace.

Pracovnice se snaží o multisenzorický přístup, neboť si jsou vědomy potřeby dětí vnímat své okolí a činnosti více smysly. Během dne je také dodržován jednotný postup při vítání a oslovování dětí, což je vhodné pro ritualizaci a lepší orientaci nejen v čase, ale i v konkrétních situacích. Pro komentování věcí a dějů se učitelky snaží využívat jednoduchá a jasná označení. Většina dětí ve skupině ráda rytmičuje a užívá si slovní pochvalu, ta je tudíž vždy doprovázena zatleskáním a oslovením „šikulka“. Z předchozích informací je znatelné, že koncept bazální stimulace se prolíná během celého týdne dopoledním programem.

6.4 Kasuistiky

Výzkumný projekt obsahuje kasuistiky čtyř dětí, u nichž jsou z důvodu zajištění anonymity použita jiná křestní jména, a není uvedeno datum narození. Součástí práce jsou rozborů osobní dokumentace. Využito je též pozorování a přímá práce s těmito dětmi, což bylo podkladem pro vypracování oblastí podpory u jednotlivých dětí.

JAKUB, 3,8 let

Dg.: DMO – spastická diparéza, psychomotorická retardace, sekundárně epilepsie, zrakové postižení – hypermetropia cum astig., esotropia, CVI. Sluch v normě.

Rodinná anamnéza

Jakub se narodil v roce 2009 jako první dítě svých rodičů. Rodiče spolu v současné době nežijí, ale oba mají o chlapce zájem. V péči o Jakuba se pravidelně střídají. V případě, že je matka v práci, vyzvedává chlapce z mateřské školy babička.

Osobní anamnéza

Jakub je chlapec s těžkým kombinovaným postižením – tělesným, mentální, zrakovým a řečovým, vývoj velmi pozvolna pokračuje. Je převážně pozitivně laděný, nebrání se kontaktu, spolupracuje krátkodobě. Narodil se jako nedonošené dítě v 35. týdnu těhotenství. Od tří měsíců rodiče pozorují šilhání. V pěti měsících se u chlapce objevila sekundárně epilepsie. Chlapec je veden na neurologii, ortopedii a očním oddělení.

Psychomotorický vývoj

Aktuální motorika odpovídá druhému až třetímu trimenonu. Chlapec pase koníčky a zvládá trakční přitah do sedu. V rámci mateřské školy chodí pravidelně na rehabilitace, má za sebou pobyt v lázních. Mentálně zvládá 15 slůvek, rozumí jednoduchým věcem, dětským

hříčkám, prohlíží si hračky. Psychomotorický vývoj je u chlapce denně stimulován nejen metodou bazální stimulace.

Speciálně pedagogická diagnostika

Kognitivní procesy

Zajímá se o všechny podněty, je schopný nápodoby. Pozitivně reaguje na písničky, říkanky, na pohyb se svým tělem.

Hrubá a jemná motorika

Chlapec se přetočí, pase opřený o lokty. Při přitažení do sedu udrží hlavu. Nemá příliš rád polohování na břichu, zde je pro něj udržení hlavičky obtížné. Proto je nutné zvolit vhodnou optickou stimulaci, kdy si na tuto polohu tolik nestěžuje a snaží se. Je odkázaný na invalidní vozík. Do činnosti zapojuje obě horní končetiny. Hračky a jiné předměty vezme i pustí, umí je předávat z jedné ruky do druhé. Nabízením různorodých materiálů a předmětů je možné podpořit další rozvoj jemné motoriky. Kresba a grafomotorika nerozvinuta.

Senzorika

Jakub dobře přijímá vibrační a vestibulární podněty, vizuální vnímání je vzhledem ke zrakové vadě omezené, ale chlapec má rád třpytivé pohyblivé předměty (např. korálkové řetězy ve Snoezelenu). U chlapce je s ohledem na CVI nutná pravidelná zraková stimulace. Na akustické podněty reaguje dobře.

Komunikace

Chlapec nekomunikuje verbálně, i když umí pár slov.

Emocionalita

Chlapec je převážně pozitivně laděný, má rád kontakt s druhou osobou.

Chování a způsobilost pro sociální interakci

Pozitivně reaguje na doteky, na pohybové aktivity i zvuky, zajímá se o dění ve svém okolí.

Sebeobsluha

Chlapec je ve všech oblastech sebeobsluhy odkázan na pomoc druhé osoby. Je inkontinentní, hygienické návyky nejsou vytvořeny. Potřebuje asistenci při oblékání i stravování. Stravu rozkouše, z hrnečku dokáže pít s pomocí.

Orientace v prostředí

Je dobře adaptovaný na prostředí mateřské školy, změny v prostředí přijímá bez větších problémů.

Oblasti podpory

Somatická stimulace

Somatickou stimulaci uplatňujeme především pro fixaci tělesného schématu. V dopoledním programu ji využíváme především při relaxaci formou polohování. K polohování využíváme široké spektrum různých pomůcek – perličkové vaky a hady, deky a různé polštáře či plyšové hračky. Díky pravidelné canisterapii využíváme také polohování se psem, které umožní intenzivní vjem tělesného tepla, což způsobí výrazné uvolnění spasmů. Canisterapie je také formou kontaktního dýchání a dítěti nabízí při hlazení srsti psa možnost rozvíjet jemnou motoriku. U Kuby využíváme nejčastěji polohu mumie na dolních končetinách, doplněnou o polohu hnízdo a mikropolohování. Chlapec tak může intenzivněji vnímat hranice svého těla. Vzhledem k tomu, že má chlapec funkční horní končetiny, nabízíme mu v této poloze různé taktilní předměty. Chlapec je rád v přítomnosti druhé osoby, je spokojený, když se chová nebo když se ho někdo dotýká. Pro možnost samostatného pohybu využíváme ležítka, kde jsou fixované jednotlivé části těla, což také umožňuje vnímání hranic těla.

Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace umožňuje změnu polohy a tím uvědomění si vlastního těla. Chlapec umí polohu měnit i sám, přetáčí se z břicha na záda a naopak. Rád ale využívá vestibulární stimulaci na gymnastickém míči nebo v síťové houpačce, kde se při aktivitách směje a je spokojený. Snaží se také odrážet nohama od země, pokud leží na míči na břišku a dosáhne na zem. Je patrné, že Jakuba vestibulární stimulace motivuje k určité formě samostatného pohybu – na míči se zvedá do sedu. Má také rád pohupování v náručí, kdy mu je příjemný tělesný kontakt s druhým člověkem.

Vibrační stimulace

Z chlapcova chování je patrné, že vibrační stimulace je mu velmi příjemná – usmívá se. Sám si ji dopřává především při bubnování na bubínek, který má v klíně či na břišku. Při polohování vleže pravidelně plácá rukama o zem vedle svého těla, čímž se vibrace také přenáší. Rád tleská svou rukou o ruku učitelky či na své nohy. Také vyluzuje různé zvuky, kterými šíří vibrace po celém svém těle. V multisenzorické místnosti využíváme vibrační lehátko, které je Kubovi příjemné.

Optická stimulace

Pro optickou stimulaci je velmi důležitá pravidelná změna polohy. Té dokáže Kuba docílit vlastními silami, v rámci různých aktivit ale také měníme během dopoledne prostor. Využíváme pro práci komunikační knihu, ve které chlapec zrakem rozpoznává lidi ze svého okolí. V současné době jsme se zaměřili na výběr zvířete ze dvou možností, což chlapce opticky a somaticky stimuluje. Kubovi nenabízíme pouze fotografie, ale máme také namalované obrázky určitých zvířat, které doplňujeme o jejich plyšové loutky. Snažíme se předměty a obrázky nabízet na ohraničeném místě, abychom neodváděli chlapcovu pozornost od konkrétní činnosti. Jakub si také rád prohlíží knížky.

Akustická stimulace

Sluch stimuluje především formou komentování veškerých činností, povídáním, čtením pohádek a říkadel. Básničky si vyprávíme i ve skupině a doprovázíme je pohybem. Děti tak spojují více smyslů a mohou opticky sledovat svého kamaráda, který vykonává s dopomocí stejné pohyby. Kuba má nejraději kombinaci zvuku s rytmikou, neboť rád tleská. Písničky provází celé naše dopoledne a jsou samozřejmě významnou součástí muzikoterapie. Hraním na triangel nebo zvonek je doprovázen také ranní rituál.

Taktilně-haptická stimulace

Pro tuto formu stimulace využíváme nejrůznějších předmětů i hraček, které se ve školce vyskytují. Chlapec rád ohmatává koberec, proto se mu snažíme nabídnout další rozdílné materiály, které bývají uspořádány na hmatových deskách. Využíváme také často přírodní materiály, které jsou pro děti velmi zajímavé – bukvice, kaštiny, žaludy, kamínky, mušle, písek apod. Tyto materiály používáme také při výtvarné činnosti, kde dále pracujeme s látkami, vlnou, vatou apod.

Orální stimulace

Stimulaci chuti podporujeme především před a při podávání svačiny a oběda. Nejprve dochází ke stimulaci senzoričky dutiny ústní a obličeje. Snažíme se vycházet z toho, co má Kuba rád. Do jídla ho nenutíme.

Olfaktorická stimulace

Olfaktorická stimulace je rozvíjena především při práci ve Snoezelen místnosti, kde navozujeme atmosféru pomocí aromalampy. Snažíme se o zažití příjemných pocitů. Při podávání jídla chlapci vždy dáváme čichnout, aby si mohl spojit chuťový a čichový vjem. Při osobní

hygieně využíváme hygienické ubrousky, které dostává chlapec z domova, což pro něj může také zvyšovat pocit jistoty.

SÁRA, 7 let

Dg.: tělesné postižení (na některých pracovištích DMO, spastická kvadruparéza, jinde hodnoceno jako svalová hypotonie), mentální postižení (orientačně těžká mentální retardace), vada zraku

Rodinná anamnéza

Dívka má dvě starší sestry a je z rozvedené rodiny. S tatínkem se stýká dle domluvy – nyní pravidelně každých 14 dní o víkendu.

Osobní anamnéza

Sára je dívka s těžkým kombinovaným postižením – tělesným, mentálním a řečovým, vývoj velmi pozvolna pokračuje. Je vedena na neurologii, ortopedii, oční klinice, po několika operacích. Byla opakovaně na lázeňských pobytech. Trpí zácpou. Trvale rehabilituje. Bývá převážně pozitivně laděná, nebrání se fyzickému kontaktu, spolupracuje krátkodobě, při vyžadování cílené práce bývá občas plačtivá. Do nedávna byla bez předškolního zařízení, pouze v péči rodiny. Nyní je téměř rok umístěna v Jedličkově ústavu na týdenním pobytu (4 dny v týdnu v péči JÚ, 3 dny v domácí péči). Od září 2012 dochází do mateřské školy na 4 hodiny denně.

Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj je omezen díky těžkému kombinovanému postižení. Po přijetí do Jedličkova ústavu ale matka udává (po náročnějším adaptačním období) posun v Sárině vývoji. Jak motoricky, tak i ve smyslu zájmu o vnější podněty a zmírnění úzkostného reagování na okolí. Sára hlasitě vokalizuje, s matkou a sestrou komunikuje neverbálně, dle matky zvládne zhruba 10 jednoduchých slůvek. Kontakt s cizím dospělým příliš nenavazuje. Rozumí jednoduchým pokynům, případně dokáže jejich znění zopakovat. Je velmi lehce unavitelná. Při delším soustředění dává najevo rozladěnost, pozornost je krátkodobá, nespokojenost projevuje hlasitým pláčem.

Speciálně pedagogická diagnostika

Kognitivní procesy

Na pokyn je schopna předvést „paci, paci“, napodobuje zvuky zvířat, opakuje slova, zdá se, že některá s porozuměním. Prohlíží si obrázky a pozitivně reaguje na pohyb vlastním tělem.

Má ráda rytmizaci. Cílenou práci (např. podávání) zvládne jen krátkodobě, někdy spolupráci odmítá.

Hrubá a jemná motorika

Dívka je imobilní, zcela závislá na invalidním vozíku. Pokud je dívka dobře motivována, leze. Sedí s oporou a sama se zvedne do kleku, v kterém vydrží sedět. Bez opory sedí nerada. Do činnosti zapojuje obě horní končetiny, upřednostňuje pravou ruku. Hračky uchopí, přendává z ruky do ruky, je schopná vkládat předměty do nádoby, postavit kostky. Kresba a grafomotorika nerozvinuta. Veškeré činnosti ovlivňuje nízká koncentrace. Dívku je nutné vhodně motivovat, většinu činností přijímá raději v podobě hry.

Senzorika

Zrakové vnímání má Sára dobře rozvinuto, kladně přijímá také vibrační a vestibulární podněty. Upřednostňuje akustické vnímání, otáčí se za zvukem, líbí se jí rytmizace, písničky a říkanky s pohybem.

Komunikace

Dívka nekomunikuje verbálně, ale je schopná opakovat některá slova. Rozumí jednoduchým verbálním pokynům. Je schopna navázat oční kontakt.

Emocionalita

Dívka je převážně pozitivně laděná, mazlivá, projevuje radost při říkankách a písničkách. Je u ní dobře rozlišitelná libost a nelibost, kterou dává najevo pláčem (hlavně při svačině či cílené činnosti). Dobře snáší kontakt se známou osobou - doteky, hlazení.

Chování a způsobilost pro sociální interakci

S úsměvem reaguje na známé osoby, radost projevuje při slovních hříčkách, zajímá se o dění ve svém okolí i o ostatní děti ve skupině (pohlazení, úsměv). Zajímá se o pestré předměty, se kterými manipuluje.

Sebeobsluha

Dívka je odkázána na pomoc druhé osoby při jídle, hygieně i oblékání. Je inkontinentní, jí mixovanou stravu, nekouše. Celkově jí velmi málo, bývá při jídle plačtivá, někdy jídlo zcela odmítá. Z hrnečku pije s pomocí.

Orientace v prostředí

Dobře adaptovaná na prostředí mateřské školy. Poznává známé osoby – učitelky ze školky i pracovnice Jedličkova ústavu.

Oblasti podpory

Somatická stimulace

Tělesné schéma u Sáry podporujeme nejen pomocí polohování dle konceptu bazální stimulace, ale také díky propojení auditivního a taktilně-haptického vnímání. Pomocí písničky „Hlava, ramena“ si dívka uvědomuje, jak vzdálené jsou jednotlivé části jejího těla a jakou polohu v prostoru právě zaujímá. Orientuje se také lépe na svém těle. Somatická stimulace je také součástí canisterapie. V tělocvičně využíváme kuličkový bazén, který umožňuje velmi intenzivní vnímání vlastního těla. Dívku se snažíme vést také k aktivnímu pohybu – lezení. K tomu ji motivuje auditivní podpora a hračky a činnosti, které má ráda – například při kutálení doleze ochotně pro míč. Sára je ráda v kontaktu s druhým člověkem, s ochotou si vám vyleze na klín a nechá se chovat. Má ráda doteky a hlazení.

Vestibulární stimulace

Pro tuto stimulaci je i u Sáry nejčastěji využíván gymnastický míč a síťová houpačka. Ve Snoezelen místnosti se houpeme občas i ve dvou v závěsné houpačce, přičemž je pomocí světelných válců stimulováno také optické vnímání.

Vibrační stimulace

Sára miluje hudbu, a proto využíváme vibrace klavíru, kdy ji přikládáme na jeho tělo. Při sezení na klíně pak Sára vnímá vibrace hlasu při povídání, zpěvu a poskakování při různých básničkách. Tím je do jisté míry stimulován i vestibulární aparát pro častou změnu její polohy.

Optická stimulace

I u Sáry využíváme pro optickou stimulaci především různé knížky, obrázky a fotky. Snažíme se využívat obrázků a fotek zvířat, které Sára doplňuje o charakteristické zvuky. I ona má komunikační knihu s fotkami své rodiny. Ráda se dívá na ostatní děti. Občas si hraje s vlastními prsty, na které intenzivně kouká. Tento autoregulační mechanismus se snažíme pomocí nových stimulů eliminovat.

Akustická stimulace

Zvukové podněty jsou pro dívku velmi stimulující, proto je často využíváme i jako motivaci pro jiné činnosti. Například využíváme míč s rolničkami uvnitř, aby bylo kutálení pro

děti atraktivnější. Také hrajeme různé zvukové hry, Sára doplňuje jednoduchá slova do písniček či básniček. Říkadla jsou vždy obohacena rytmizací či pohyby těla, což u dívky vyvolává veselí.

Taktilně-haptická stimulace

Při taktilně-haptické stimulaci využíváme mimo přírodniny také různé typy masážních pomůcek a míčků s bodlinkami, které zprostředkovávají nové hmatové vjemy. Spolu s haptickými deskami máme k dispozici také haptické disky pro stimulaci horních i dolních končetin. Dívku se snažíme aktivizovat k samostatnému výběru činností a taktilní vnímání využíváme i při strukturovaných úkolech, kdy například dívka přemísťuje kostky či kroužky různého tvaru a struktury, což přispívá k rozvoji jemné motoriky.

Orální stimulace

Orální stimulace probíhá opět především při svačině a obědě. Dívka jí mixovanou stravu, neboť má problémy s kousáním. Občas jí dáme kousek piškotu či sušenky, aby si vyzkoušela, jakou má jídlo konzistenci v běžném stavu. Uvažujeme o využití molitanových váčku, díky kterým by dívka mohla zažít další chutě. Celkově má dívka nejraději čokoládové pudinky a jogurty. Snažíme se proto o rozšíření chuťových podnětů.

Olfaktorická stimulace

Čichové stimuly jsou nabízeny především díky aromalampám a vonným svíčkám. Při masážích využíváme rozličné vonné oleje. Dívka si všimne i toho, je-li učitelka příjemně navoněná, což dokáže úsměvem ocenit. Sáře dáváme také vždy přičichnout k jídlu.

JAN, 7 let

Dg.: DMO, centrální hypotonický syndrom, hypnogeneze DKK, celková atrofie svalů, hluboká mentální retardace, sluchová vada

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je riziková, chlapec je v současné době v nařízené ústavní péči. Otec občas projevuje o chlapce zájem. Naposledy chlapce viděl při zápisu do základní školy speciální. Uvažuje o tom, že si chlapce vezme na víkend domů. Trávil s chlapcem pár dní v lázních.

Osobní anamnéza

Honzík je chlapec s těžkým kombinovaným postižením – tělesným, mentálním sluchovým a řečovým, vývoj pokračuje pozvolna. Narodil se předčasně ve 38. týdnu s nízkou porodní hmotností - 2,260 g. Chlapec má perzistující foramen ovale, stenózu pravé větve plicní a průduškové astma. Rozvinutá alergie na roztoče a plísňe chlapci způsobuje permanentní rýmu.

Sluchová vada je patrná (chybí úleková reakce, identifikace a otočení za zvukem), ale její rozsah není znám. Často to vypadá, že slyší, ale zvuk pro něj není dost důležitý. Je patrná symptomatická porucha vývoje řeči díky závažným primárním diagnózám. V Jedličkově ústavu je od září 2008. Nyní chodí na 4 hodiny do speciální mateřské školy. Byl v péči SPC pro děti s vadami řeči a sluchu (doporučení pro vytvoření komunikačního kanálu, doporučena jednoduchá alternativní obrázková komunikace, jednoduché užívání znaků). Je velmi pozitivně laděný, nebrání se kontaktu ani s cizí osobou. Spolupracuje krátkodobě, má nápadně zvýšenou unavitelnost.

Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj je na úrovni 7. - 8. měsíce. Díky správné motivaci chlapec místo plazení využívá k pohybu lezení po kolenou. Díky svalové atrofii je patrný patologický vzorec zvedání na kolena. Zdá se, že při intenzivní práci v mateřské škole se Honzíkův vývoj posouvá k lepšímu.

Speciálně pedagogická diagnostika

Kognitivní procesy

Chlapec pozitivně reaguje na knížky a obrázky, které si prohlíží. Rozliší, pokud jsou vzhůru nohama. Prohlížení doprovází neartikulovanými zvukovými projevy (houkáním). Kniha je pro chlapce nejlepším motivačním prostředkem pro práci. Zvuky nenapodobuje. Uchopuje hračky, prohlíží si je, ale po krátké době je zahazuje nebo odkládá. Pozornost je krátkodobá, oční kontakt navazuje sporadicky, nevyhledává ho. V poslední době je viditelné zlepšení. Cílené podávání zvládá jen krátkodobě, s občasnou fyzickou dopomocí. Je lehce unavitelný. Předškolní dovednosti nejsou rozvinuty. Honzík je ve stádiu objevování, snaží se dostat na nová místa, prohlížet nové věci (hračky, obrázky, předměty).

Hrubá a jemná motorika

U chlapce je patrná celková atrofie svalů, především na dolních končetinách. Je zcela závislý na vozíku, nechodí. Otáčí se za zad na břicho a sám se posadí přes šikmý sed. Vydrží sedět. Přemísťuje se plazemím/v poslední době spíše lezením k vyhlédnutému předmětu. Plazení je jednostranné, odrazová je levá dolní končetina, opírá se o předloktí. Pokud ho nějaký předmět zaujme, v daném prostoru ho dokáže očima vyhledat a přemístit se k němu, pokud je mimo dosah. Schopen opory o jeden loket s uchopením hračky. Pohybuje se také sám na ležítku. K pohybu chlapce motivují především obrázky, fotografie a knížky. Do činnosti zapojuje obě

HKK, střídá je. K uchopování a při jídle preferuje spíše levou ruku. Kresba a grafomotorika nerozvinuta, bez spontánního čarání. Obrací listy leporel a knížek.

Senzorika

Hmatové a kinestetické vnímání je bez výrazných projevů, vestibulární vnímání narušené, má rád vibrační a taktilní podněty. Čichové a chuťové vnímání je zachováno. Zrakové vnímání je dobře rozvinuto, ale zrakový kontakt aktivně nevyhledává, komunikačně ho neudrží a je zvyklý využívat především prostorové vnímání. U chlapce je suspekce na sluchovou vadu. Je bez reakcí na zvukové podněty (reakce pozorována jen někdy u tónů s vysokou frekvencí), sporadické reakce na zvukové podněty spojené s pohybem nebo světelnými efekty.

Komunikace

Ústa má chlapec spontánně pootevřená, je u něj výrazná hypotonie tváří, rtů i jazyka, občasná salivace. Často má prsty v puse. Chlapec nekomunikuje verbálně, časté hrdelní zvuky - houkání. Hlas užívá pouze v emoční nebo fyzické pohodě/nepohodě. Je u něj dobře rozlišitelná libost a nelibost. Verbálním pokynům převážně nerozumí. U chlapce je symptomatická porucha vývoje řeči při závažných primárních diagnózách. Nemá vytvořený komunikační kanál.

Emocionalita

Chlapec je pozitivně laděný, radost projevuje hlavně při pohybových a vestibulárních činnostech (v houpačce), při hře s maňásky, při prohlížení obrázků a knížek. Dobře rozlišitelná libost a nelibost neartikulovanými zvuky. Navozuje krátkodobý oční kontakt. Dobře snáší doteky, hlazení, masáže.

Chování a způsobilost pro sociální interakci

Reaguje úsměvem na známé osoby. Neznámé osoby mu ale nevadí, kontakt s nimi přijímá bez větších problémů. Je spíše pasivní, často bez zájmu o činnosti. Zajímá se hlavně o pestré předměty, obrázky, knížky. Zvýšeně, ale krátkodobě, navazuje oční kontakt, někdy ho nepotřebuje a stačí mu informace z periferního vidění. Zaznamenáváme počínající zájem o komunikaci s podporou gest a posunků, zatím bez potvrzeného porozumění. Bývá to v jednoduché opakující se situaci, bez potřebného sledování realizace gesta pro jeho zapamatování a pozdější nápodobu. Ostatní děti registruje, ale spolupracuje s nimi minimálně. V poslední době se situace zlepšuje.

Sebeobsluha

Chlapec je inkontinentní, při hygieně i oblékání je třeba dopomoc druhé osoby. Při jídle je schopen si vkládat kousky jídla sám do úst. Je potřeba kontrolovat množství jídla v puse. Snaha o samostatné držení lžice. Z hrnečku pije téměř sám, pomáháme chlapci pouze při pokládání na stůl.

Orientace v prostředí

Honzík je dobře adaptovaný na školní i domácí prostředí. V poslední době znatelně lépe navazuje oční kontakt s personálem mateřské školy. Při setkání se známou osobou projevuje radost úsměvem a právě očním kontaktem. Orientuje se především zrakem, snažíme se tedy o využití předmětové komunikace. Líbí se mu objevovat nové prostory.

Oblasti podpory

Somatická stimulace

Vzhledem k tomu, že je Honzík schopen samostatného pohybu, dokáže sám měnit místo v prostoru a hledat si nové stimuly a polohy. K pohybu ho cíleně motivujeme především opticky, rád leze za oblíbenou knížkou. Bazální stimulace využíváme při canisterapii, kdy při polohování se psem Honzík nedokáže vydržet na místě. Honzík napolohujeme do mumie, ruce necháme volné a chlapec tak má možnost zažívat nové situace. Chlapec si také velmi užívá různé masáže a doteky. Díky chronickým rýmám využíváme i masáž stimulující dýchání, která uvolňuje tok hlenu. Kvůli hypotonii dolních končetin, které chlapec tolik nevyužívá, se mu snažíme poskytnout celkový obraz jeho tělesného schématu. K somatické stimulaci máme také k dispozici kuličkový bazén, který dětem poskytuje zcela neznámé somatické a vestibulární vjemy. Poprvé byl Honzík velmi zaskočen a museli jsme postupovat pomalu. Nyní se již snaží zvedat na čtyři a v bazénku se samostatně pohybovat.

Vestibulární stimulace

Honzík se velmi rád schoulí do náruče a nechá se pohupovat. Miluje houpání v houpačce, síti i na gymnastickém míči, což doprovází úsměvem a spokojeným broukáním. Nevadí mu ani vychylování z osy na terapeutickém válci. Rád se odráží vlastníma nohama od země. Aktivně ovšem tyto činnosti nevyhledává.

Vibrační stimulace

K vibrační stimulaci jsou využívány nejen vibrační hračky, ale zkoušeli jsme také ruční vibrace na velkých kloubech. Chlapec si ale tuto stimulaci, kterou doplňuje osvětlený vodní válec, nejvíce užívá na vibračním lehátku ve Snoezelenu.

Optická stimulace

Zrakové vjemy jsou pro Honzika nejatraktivnější. Miluje knížky, fotky a časopisy, které ho motivují k samostatnému pohybu. Také díky optické stimulaci zkusíme nalézt komunikační kanál, který by chlapci vyhovoval. Ve Snoezelenu chlapce zajímají osvětlené válce, dotyková koule, hra se světelnými vlákny, lávové lampy či řetězy. Na počátku Honza nevyužíval k sociální interakci oční kontakt, nyní ale dává najevo, že chce být v kontaktu s druhou osobou, že chce být součástí hry. Honzík nadále využívá dobré periferní vidění, ale je znát značný posun ve vyhledávání zrakového kontaktu a zlepšení sociálních vztahů se svým nejbližším okolím. V situaci, kdy potřebuje pomoc, oční kontakt nadále nepoužívá, začal ale alespoň natahovat ruku k druhému.

Akustická stimulace

Chlapec má podezření na sluchovou vadu, jejíž rozsah není znám. Může mít spojitosti s chronickými rýmami a záněty. Občas chlapec na zvuk reaguje, ale nevyhledává ho. Neví, k čemu se dá využít. Proto u Honzy nyní zařazujeme především nástroje, u kterých si sám může vyzkoušet, jak zvuk vzniká a odkud vychází. Nejvíce pracujeme s bubínkem a tamburínou, kde už Honzík přišel na to, že jiný zvuk vzniká boucháním rukou a jiný tehdy, pokud o sebe cinkají jen dva činely. Na oslovení stále reaguje minimálně. Jinak se také chlapec účastní individuální i skupinové muzikoterapie. Má rád i říkanky s pohybem, kde rád sleduje své kamarády a nyní bývá i v kontaktu s pedagožkou.

Taktilně-haptická stimulace

Chlapec rád vyhledává nové předměty a hračky i mimo naší malou hernu. Často věci dává do pusy. Pasivní předkládání přírodnin nevyhledává, raději si vybere, co se mu líbí. Plosky nohou má velmi citlivé, i přesto se mu líbí poznávat nové materiály. Nejraději má různé míčky s bodlinami.

Orální stimulace

Honzík zvládá jíst malé kousky rukou. Hrnek si také dokáže podržet, problémy má s pokládáním. V rámci svačiny dochází i u něj k chuťové stimulaci, pozor musíme dávat na

množství jídla. Snažíme se o nácvik držení lžice. V rámci nových podnětů se snažíme občas přinést kupříkladu ovoce a další jídlo, které nebývá při svačinách běžné.

Olfaktorická stimulace

Čichová stimulace i u Honzika probíhá především při pobytu ve Snoezelenu díky aromaterapii a při jídle. Také využíváme kvetoucí rostliny a stromy a další možnosti, které nám příroda nabízí.

MICHAL, 6,8 let

Dg.: DMO spastická kvadruparéza s převahou vlevo, sekundární epilepsie, hydrocefalus, kombinované postižení mentální, tělesné a smyslové: vada sluchu, vada zraku.

Rodinná anamnéza

Michal je jedináček a žije v úplné rodině. Rodiče se oba podílí na péči, maminka je v domácnosti a věnuje chlapci tu nejlepší péči. Míša často jezdí do lázní a pravidelně navštěvuje rehabilitaci, dříve byla uplatňována Vojtova metoda, v současnosti s fyzioterapeutkou provádějí balanční cvičení. Rodiče velmi dobře a vstřícně spolupracují s učitelkami mateřské školy.

Osobní anamnéza

Je to chlapec s těžkým kombinovaným postižením – tělesným, mentálním a smyslovým, vývoj jednotlivých funkcí je nerovnoměrný, celkově v oblasti horního pásma hluboké mentální retardace. Michal se narodil předčasně, ve 28. týdnu těhotenství s nízkou porodní hmotností. Po porodu nastalo krvácení do mozku a sepse. Čtvrtým rokem dochází do speciální mateřské školy pro tělesně postižené. Pobyt v MŠ je každý den dopoledne na 4 hodiny. Osobnostně je Míša klidný, ve spontánních činnostech spíše apatický. Bývá převážně pozitivně naladěný, usměvavý. Má rád fyzický kontakt, spolupracuje krátkodobě, je patrná zvýšená unavitelnost.

Psychomotorický vývoj

Je znatelné výrazné opožďení psychomotorického vývoje. Výkony odpovídají úrovni konce 1. roku života. Celkově nejsilnější oblastí je u Míši sociální chování, nejslabší je pak hrubá motorika a aktivní řeč. Neprojevuje separační úzkost.

Speciálně pedagogická diagnostika

Kognitivní procesy

Pozitivně reaguje na známé předměty. Míša registruje předměty nejlépe pomalu se pohybující, výrazných barev. Aktivizují ho závěsné hračky. Své okolí a zejména blízké osoby poznává hmatem. Chápe funkce některých předmětů – aktivně vyluzuje zvuk zmáčknutím.

Zaměřuje pozornost na větší jasně barevné objekty a obrázky. Zvuky nenapodobuje. Nabízené hračky uchopuje, prohlíží si je. Po krátké době odkládá. Pozornost je krátkodobá díky snadné unavitelnosti. Předškolní dovednosti nerozvinuty.

Hrubá a jemná motorika

Lokomoce na vozíku s doprovodem druhé osoby. Celkově převažuje motoricky hypotonie a celková hypoaktivita. Michal drží pevně hlavičku, po posazení dokáže pevně sedět v tureckém sedu s oporou o ruce, dokáže vydržet v kleku a na břicho, překuluje se ze zad na břicho i opačně. Neplazí se, neleze. Je patrná větší spasticita levé ruky než pravé, kterou tudíž převážně používá. Pravá ruka je vyspělejší i po stránce motorické. Předměty uchopuje celou dlaní někdy klešťovým úchopem, pak je spíš pouští, nedokáže je podat. Věci, které ho zajímají, uchopuje, vyndá z nádoby a upírá k nim dlouhodoběji pozornost. Má rád ozvučené a světelné předměty. Zatím se nerozvíjí kresba a grafomotorika.

Senzorika

Na zvuk reaguje chlapec sporně, je ale pozorováno občasné otáčení za zvuky. Zrakové podněty vzhledem k centrální vadě registruje málo, je patrný strabismus, občas zaměřuje pozornost na výrazně barevné světelné kontrastní nebo pohybující se předměty. Pro jeho zrakové vnímání je snadnější pozorovat věci, které jsou v pomalém pohybu než věci statické. Vhodná prezentace předmětů je ve vzdálenosti 15 – 25 cm, reaguje na velké předměty do 2 m, na malé do 50 cm. Rád kouká na světlo, na okna, pozoruje stíny. Oční kontakt nenavazuje, vnímání probíhá nejčastěji přes tělo, na nabízené předměty reaguje, osáhá je, uchopí je. Cíleně umí vyndat předmět z krabice. Má velmi rád fyzický kontakt, mazlení, houpání, vibrační nebo taktilní podněty. Pozitivně reaguje na jemné dotykové vjemy – masáže rukou, stimulaci končetin masážními pomůckami. Dobře reaguje na jednoduché pohybové rytmické hry, říkadla – kombinace pohybu, dotyku, zvuku, vibrace. Je snadněji unavitelný.

Komunikace

Chlapec nekomunikuje verbálně. Expresivní řeč je na úrovni vokalizace – houkání a podobně. Hlasem se emočně projevuje (radost i nepohoda). Když je spokojený, usmívá se. Rád se dotýká ostatních osob, dětí i zvířat. Obtíže plynou z přítomné zrakové a sluchové vady. Na verbální pokyn a gesto reaguje málo, porozumění je ojedinělé. Probíhá spojování pravidelných situací s jasnými gesty – nacvičená gesta pro zdravení, jídlo, pochvala, ne, ještě, bude se cvičit. Pozitivní zpětná vazba při interakci s vrstevníky ve školce.

Emocionalita

Chlapec je převážně pozitivně laděný, zvýšené projevy radosti jsou při pohybových a vestibulárních činnostech. Nerozlišuje výrazněji cizí osoby. Na děti v MŠ reaguje v těsném kontaktu. Nelibost dává najevo kousáním do rtu nebo silným kousáním do ruky a zvukem (houkáním). Navozuje krátkodobý oční kontakt. Dobře snáší doteky, hlazení, dává najevo libé pocity. Někdy se raduje a třepe rukama.

Chování a způsobilost pro sociální interakci

V individuálním kontaktu s dospělým navozuje občas oční kontakt, na známé osoby reaguje pozitivně, někdy s úsměvem. Dobře snáší doteky, hlazení, houpání, hry se slovními hříčkami i blízkost ostatních dětí, kterých se rád dotýká. Velmi pozitivně reaguje při Canisterapii – sám aktivně vyhledává kontakt se psem. V mateřské škole se projevuje klidně a spokojeně.

Sebeobsluha

Míša je plně odkázán na pomoc dospělé osoby. Je inkontinentní. Před podáním stravy používá kousátko/nyní lžičku, které si přidrží v ústech, Míšovi se provádí před podáním jídla stimulace oromotorických bodů v obličeji. Je krmen mixovanou stravou ze lžičky, snaha o nácvik samostatného uchopení lžičky a vložení jídla do úst. Podávání stravy je časově velmi náročné. Je také prováděn nácvik kousání menších kousků jídel, piškot sám uchopí, přiloží k ústům a ukousne. Pije z hrníčku s dopomocí.

Orientace v prostředí

Dobře adaptovaný na školní i domácí prostředí. Orientuje se zrakem, poznává známé předměty od nových. Fixuje krátce zajímavé předměty

Oblasti podpory

Somatická stimulace

Chlapec se samostatně nepohybuje, ale dokáže si z lehu kleknout a naopak. Také se přetáčí ze zad na břicho a naopak. Chlapec má díky dětské mozkové obrně více postiženou levou stranu těla, zvláště pak levou horní končetinu. Proto se snažíme zapojovat do tělesného obrazu i tuto stranu. Využíváme často polohu „hnízdo“, při které chlapec lépe vnímá hranice svého těla. Při polohování se psem, když ho chlapec hladí pravou rukou, zapojujeme do činnosti za asistence i druhou ruku. Míša se udrží v kleku a v poslední době jsme zaznamenali, že se snaží přiblížit k psovi a pokouší se lézt. Podobný účinek na něj má i hra na plastový klavír. V pátek pravidelně chodívá Míša do perličkové koupele. Vodu má moc rád. Během koupele, utírání i masáže

krémem často uplatňujeme zklidňující stimulaci dle konceptu bazální stimulace. Chlapec má lidský kontakt moc rád a sám se dotýká obličeje ostatních.

Vestibulární stimulace

Změnu polohy v rámci vestibulárního vnímání má chlapec moc rád. Míša si užívá pobyt ve velkém válci, kde ho pohupujeme. Nelíbě nenese ani polohování na míči či poskakování na klíně při říkance „Takhle jedou páni.“ Dobře snáší i pobyt v houpačce či houpání v dece. Sám se občas pohupuje na kolenou.

Vibrační stimulace

Míša má moc rád různé vibrační hračky a velmi si užívá pobyt u klavíru, kde v blízkosti nástroje vnímá přenášené vibrace. Když máme chlapce v náručí a vyprávíme pohádku, spokojeně naslouchá našemu hlasu.

Optická stimulace

Zrakové vjemy vnímá Míša nejlépe v pomalém pohybu. Upřednostňuje barevné předměty a obrázky nebo fotky. V alternativní komunikaci zařazujeme několik gest, kterými pravidelně doplňujeme řeč. V současné době také zkusíme výběr pohledem mezi dvěma předměty. Pokud Míša vidí svou oblíbenou závěsnou hračku, snaží se k ní dolézt a dokáže s ní velmi dlouho manipulovat. I při této hře se snažíme co nejvíce zapojovat levou ruku.

Akustická stimulace

Jak už jsem zmínila výše, Míša upřednostňuje zvuk klavíru. Když sedí paní učitelce při hraní na klíně, pokládá svou ruku na její a snaží se používat jednotlivé prsty. Toho využíváme i ke stimulaci druhé ruky. Při práci s plastovým pianem, které leží na zemi a je tak přístupné dětem i vleže, můžeme měnit zvuk kláves na různé nástroje. I zde má Míša za úkol využívat obě ruce. Chlapec si velmi užívá říkanky spojené s pohybem, což dává najevo širokým úsměvem. Ve školce máme také velké množství různých „rachtátek“ a rolničků, které nabízejí dětem další zdroje zvuku. Vyprávění pohádek často doplňujeme o vizuální vjemy, ať už formou plyšových loutek nebo obrázků. Využíváme také hodně citoslovce, které se dětem líbí.

Taktilně-haptická stimulace

Míša často zkoumá hmatem různé materiály a předměty. Nevadí mu dotýkat se rozličných přírodnin, které mu jsou předkládány i na procházce venku. Rád pracuje v písku. Při malování prstovými barvami se příliš neprojevuje. Pro stimulaci hmatu jsou také využity hmatové disky a

desky, rád si hraje s vlasy a hladí ostatní po tváři. Při polohování se psem si moc užívá probírání se psí srstí. Má rád různé masážní pomůcky i míčky s bodlinami.

Orální stimulace

Míšovi jsou pravidelně před jídlem stimulovány oromotorické body v obličeji, což napomáhá ke stimulaci úst a jejich okolí. Jídlo chlapci trvá velmi dlouho. Snažíme se ale dodržovat zásady, které fungují v domácím prostředí, což Míšovi umožňuje orientovat se v dané situaci. Míša má speciální dietu, tudíž chuť stimulujeme pouze potravinami z domova. Má k dispozici různé cereální sušenky, křupky a piškoty. Což umožňuje jiný vjem, než mixovaná strava či vločky s ovocem a ořechy.

Olfaktorická stimulace

Vůně se nachází všude kolem nás, proto využíváme všech možností k tomu, jak na ně upozornit. Při pobytu venku nabízíme Míšovi a ostatním dětem nové podněty. Díky vůni svačiny navozujeme chuť k jídlu. Při perličkové koupeli jsou pak používány různé pěny do koupele a při masážích vonné olejčky.

6.5 Výsledky kvalitativního šetření

6.5.1 Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 1

Kuba zná různé druhy zvířat a je schopen vybrat ze dvou nabídek tu správnou. Díky zrakovému postižení není zcela upevněná koordinace oko – ruka, snažíme se proto nalézt vhodnou velikost obrázků a podporovat nácvik cíleného úchopu. Chlapec velmi rád hraje na hudební nástroje, bubínek či piano, čehož využíváme i jako pozitivní motivace pro další práci. Při cílených činnostech reaguje na jednoduché pokyny a je viditelné zlepšení i při zrakovém kontaktu, kde samozřejmě záleží na velikosti předmětů a jejich vzdálenosti od Kuby.

U Kuby se díky vhodné stimulaci zlepšuje držení hlavy při poloze na břichu. Na gymnastickém míči se zvládá sám posadit. Pomocí různorodé nabídky hraček a činností se snažíme dále rozvíjet jemnou motoriku. Pobízíme Kubu, aby pomocí kostek a dalších předmětů častěji pracoval s horními končetinami.

V oblasti komunikace usilujeme o to, aby chlapec místo oblíbeného hraní si se rty a jazykem („odfrkávání a prskání“) uzavíral retní uzávěr (zastřkoval jazyk a spíše vyfukoval vzduch). Vedeme Kubu k častějšímu broukání a zvukovému vyjadřování. Kuba velmi dobře rozumí slovnímu sdělení.

Kuba nyní lépe zvládá separaci od rodiny a nepotřebuje k tomu ani lahev s pitím, která pro něj představuje zástupný předmět ke zklidnění. Rád tráví svůj čas ve společnosti ostatních dětí, což projevuje širokým úsměvem.

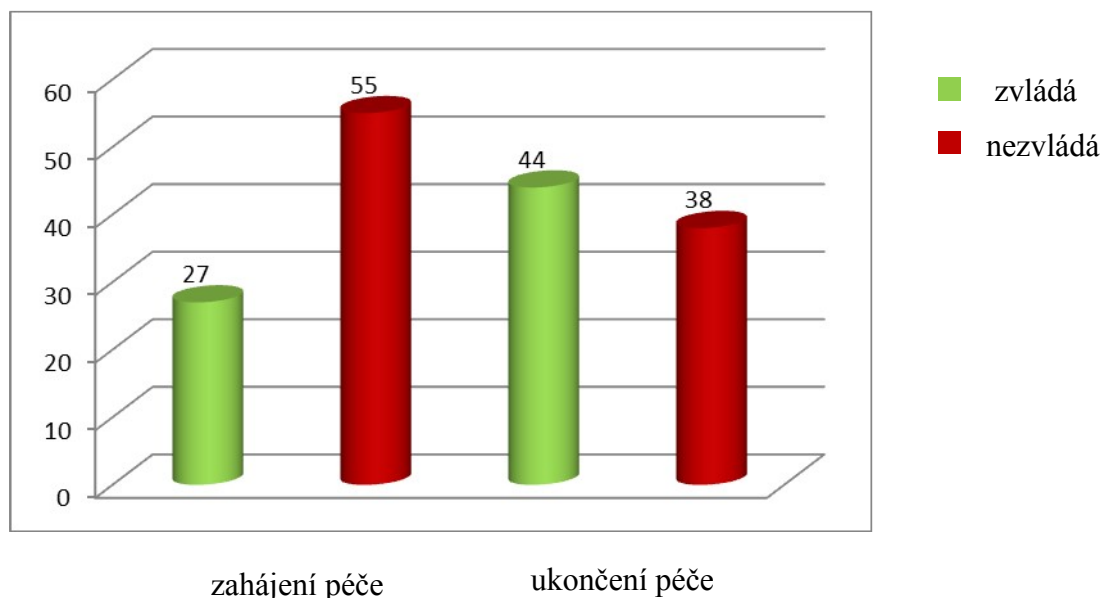
Při sebeobslužných činnostech nastává pomalý posun při pití z hrnku s náustkem, chlapec se také snaží při svačině dávat si kousky jídla sám do úst.

Následující tabulka a graf shrnují získané informace – viz. Příloha č. 5.

Hodnocení: hodnoceno na škále 1 – zvládá, 2 – nezvládá. Celkem možno získat 82 bodů.

Kazuistika č. 1	Zahájení péče		Ukončení péče	
	zvládá	nezvládá	zvládá	nezvládá
Kognitivní dovednosti	9	9	14	4
Hrubá motorika	4	8	6	6
Jemná motorika	2	12	5	9
Komunikační dovednosti	4	7	5	6
Socializace	2	6	6	2
Sebeobslužné dovednosti	6	13	8	11
celkem	27	55	44	38

Tab. č. 1 – Vyhodnocení případové studie č. 1



Graf. č. 1 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 1

Z tabulky je viditelné zlepšení ve všech sledovaných oblastech. Největší posun nastal v oblasti kognitivních dovedností. Myslím, že to souvisí především s přechodem z domácího prostředí do mateřské školy, kde byla využita vhodná stimulace. Největší deficit je v oblasti sebeobslužných dovedností.

6.5.2 Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 2

U Sáry se zlepšila koncentrace a pozornost při cílených činnostech. Více fixuje předměty, se kterými pracuje a rozvíjí se u ní porozumění. Dokáže poznat některé druhy zvířat a s dopomocí zvukově vyjádřit, jaký zvuk které zvíře vystihuje.

Sáru motivujeme k častému lezení, které sama od sebe moc nevyužívá. Šťastná je při posílání velkého ozvučeného gymnastického míče. Ráda tleská. Velmi se zlepšila při cílené práci, kdy přenáší či staví na sebe různé druhy kostek a kroužků. Má ráda práci s různými materiály, účelně využívá pastelku ke čmárání.

Dívka má od počátku poměrně rozvinutou oblast komunikace, gesta ani jinou alternativní komunikaci ovšem nevyužívá. Stačí jí pár naučených slov. Echolalicky napodobuje řeč dospělých. Zvládá doplňovat jednoduchá slova do známých písniček.

Posun nastal v oblasti socializace. Sára lépe zvládá odloučení od rodiny. Nerada také spolupracovala při cílené činnosti, v čemž nastalo výrazné zlepšení. Práci si užívá a doprovází ji spokojeným breptáním. Vyhledává také více společnost ostatních dětí, se zájmem se dívá, jak ostatní pracují, dokáže je potleskem či pohlazením ocenit, pokud se jim něco podaří.

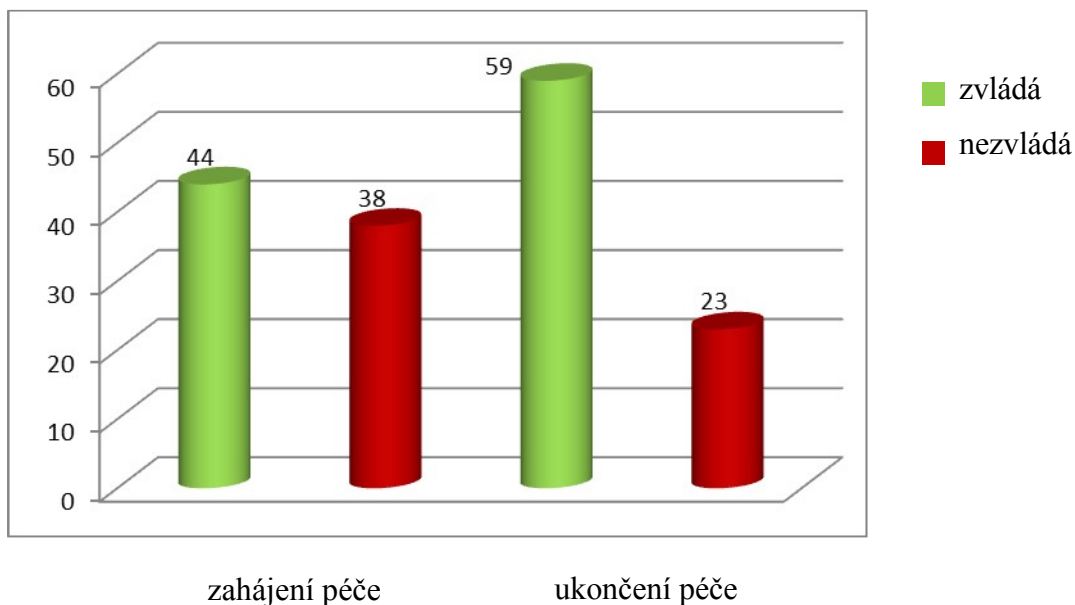
Sára umí pít z hrnku s dopomocí a kontroluje salivaci. Umí kousat a žvýkat, ale z nějakého důvodu nejí tuhou stravu. Také má určité oblíbené potraviny, které při stravování upřednostňuje.

Následující tabulka a graf shrnují získané informace – viz. Příloha č. 6.

Hodnocení: hodnoceno na škále 1 – zvládá, 2 – nezvládá. Celkem možno získat 82 bodů.

Kasuistika č. 2	Zahájení péče		Ukončení péče	
	zvládá	nezvládá	zvládá	nezvládá
Kognitivní dovednosti	10	8	15	3
Hrubá motorika	8	4	8	4
Jemná motorika	6	8	11	3
Komunikační dovednosti	9	2	9	2
Socializace	4	4	8	0
Sebeobslužné dovednosti	7	12	8	11
celkem	44	38	59	23

Tab. č. 2 – Vyhodnocení případové studie č. 2



Graf. č. 2 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 2

Z tabulky vyplývá, že v oblasti komunikace a hrubé motoriky nedošlo k výraznému posunu. V těchto oblastech se snažíme především o zachování a posilování dosažených schopností. Díky tomu, že se Sára naučila lépe spolupracovat při cílené práci, zlepšila se v kognitivních dovednostech a zvládá i nové úkoly z oblasti jemné motoriky.

6.5.3 Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 3

V oblasti kognitivních dovedností nastala u Honzíka velká změna. Kromě intenzivního využívání periferního vidění chlapec navázal oční kontakt, který nyní využívá i při práci. Rozumí jednoduchým pobídkám. Rád si prohlíží obrázkové knížky, které si nastaví správným směrem. Chlapec si zvládne vzít předměty či hračky, o které má zájem. Často je zkoumá nejen rukama, ale i ústy. Vyhledává nové podněty, kdy je schopen si dolézt i do jiné místnosti.

Díky správné stimulaci Honzík začal využívat k pohybu místo plazení lezení. K tomu, aby se dostal do kleku, využívá patologický vzorec pohybu. Dostane se i do vysokého kleku, ze kterého si dokáže podat hračky či knížky. Hračky si přendává z ruky do ruky a dívá se na věci, které upustí na zem. S kostkami si hraje s dopomocí. Rád bubnuje a „rachťá“ s nástroji. Užívá si přenosy vibrací při hře na klavír nebo u ozvučených hraček.

Honza vyluzuje různé zvuky, lze rozlišit libost či nelibost. Chlapec začal vyhledávat oční kontakt u ostatních lidí. Na známé tváře reaguje širokým úsměvem, natahováním rukou či

pohlazením. Začíná si uvědomovat i ostatní děti. Honzík neměl problémy se separační úzkostí, neboť dlouhodobě žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

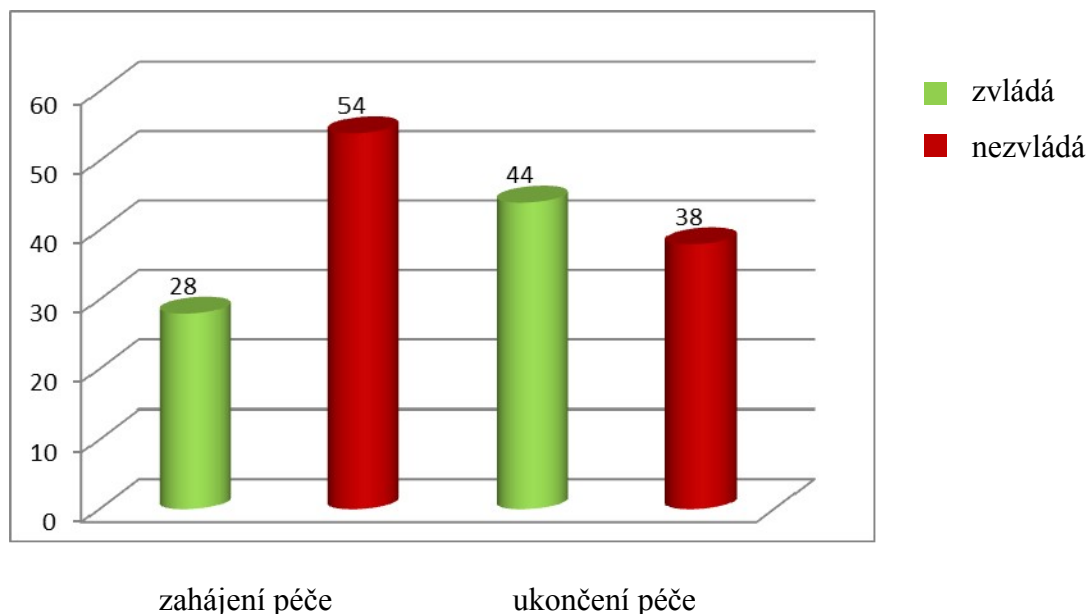
Honzík si umí dávat kousky jídla do úst, zaměřujeme se nyní na množství jídla, které si do nich dává. Trénujeme také samostatné jedení lžící.

Následující tabulka a graf shrnují získané informace – viz. Příloha č. 7.

Hodnocení: hodnoceno na škále 1 – zvládá, 2 – nezvládá. Celkem možno získat 82 bodů.

Kasuistika č. 3	Zahájení péče		Ukončení péče	
	zvládá	nezvládá	zvládá	nezvládá
Kognitivní dovednosti	2	16	9	9
Hrubá motorika	6	6	8	4
Jemná motorika	3	11	5	9
Komunikační dovednosti	3	8	4	7
Socializace	3	5	7	1
Sebeobslužné dovednosti	11	8	11	8
celkem	28	54	44	38

Tab. č. 3 – Vyhodnocení případové studie č. 3



Graf. č. 3 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 3

Z grafu je viditelný významný posun k lepšímu. Největší rozvoj nastal v oblasti kognitivní složky, což způsobilo především zlepšení motoriky, cílené využívání očního kontaktu a rozvinutí sociálních vztahů. Výrazný deficit je v oblasti jemné motoriky.

6.5.4 Závěrečné zhodnocení kasuistiky č. 4

Michal se v oblasti kognitivních dovedností zlepšil především díky aktivnějšímu využívání svých pohybových možností. Zkoušíme výběr ze dvou obrázků pohledem, což nám ale stěžuje deficit sluchu. Míša rád pracuje s fotkami své rodiny, které jsou doplněny o konkrétní znaky. Rozumí jednoduchým pobídkám a úkolům.

V oblasti hrubé motoriky došlo ke značnému zlepšení díky dlouhodobému pobytu v lázních, ale také kvůli vhodnému vedení při jednotlivých činnostech. Míša se začíná pomalu pohybovat lezením, vynakládá k tomu zatím ale velké množství síly, proto je potřebná velmi silná motivace. Dokáže vyndávat kostky z krabice a přendávat věci z ruky do ruky. Problémy má při dávání věcí do natažené dlaně, ty spíše upustí, než předá. Nejraději si hraje se závěsnou hračkou.

Míša si častěji brouká a využívá k tomu i jiných slabik. Pro porozumění při komunikaci má zavedeno několik pravidelně využívaných znaků – jíst, pít, cvičit, mazlit se a hrát si. Aktivně je sice nevyužívá, ale napomáhají mu při orientaci se v okolním dění.

Michal bývá většinou pozitivně naladěný chlapec, který má rád ostatní děti kolem sebe. Když se mu něco líbí, usmívá se a spokojeně si brouká. Rád se probírá ve vlasech a užívá si kontakt s ostatními dětmi. Odloučení od rodiny prožívá bez problémů, ve školce je spokojený. Když se nudí, nebo se mu něco nelíbí, kouše se do prstu.

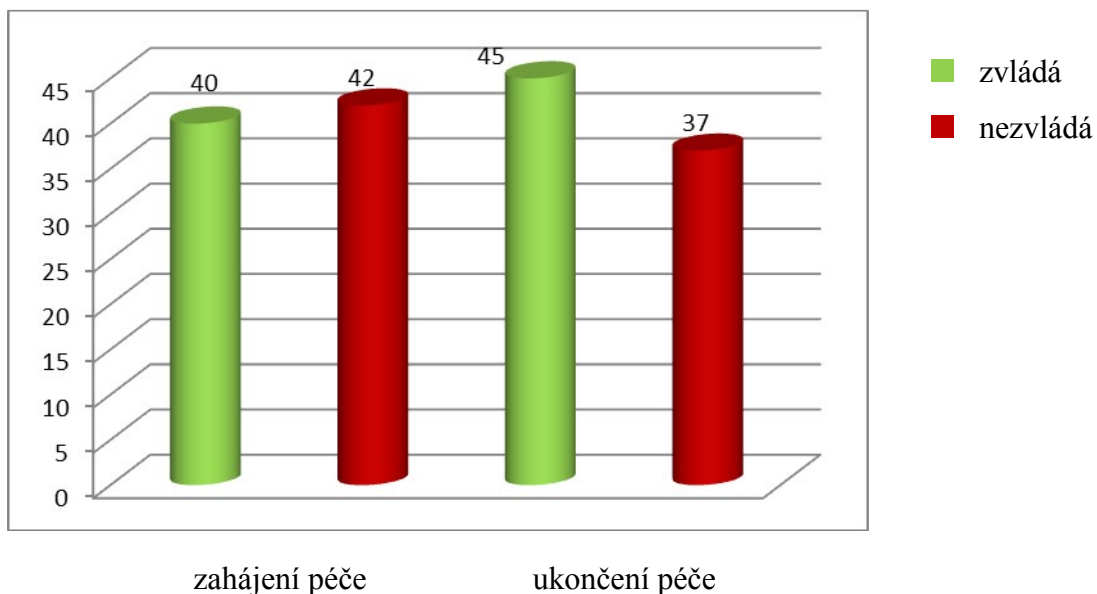
Největší deficit je v oblasti sebeobslužných dovedností, což je spojeno s mírou mentálního a tělesného postižení.

Následující tabulka a graf shrnují získané informace – viz. Příloha č. 8.

Hodnocení: hodnoceno na škále 1 – zvládá, 2 – nezvládá. Celkem možno získat 82 bodů.

Kasuistika č. 4	Zahájení péče		Ukončení péče	
	zvládá	nezvládá	zvládá	nezvládá
Kognitivní dovednosti	10	8	13	5
Hrubá motorika	5	7	6	6
Jemná motorika	6	8	6	8
Komunikační dovednosti	4	7	5	6
Socializace	6	2	6	2
Sebeobslužné dovednosti	9	10	9	10
celkem	40	42	45	37

Tab. č. 4 – Vyhodnocení případové studie č. 4



Graf. č. 4 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 4

Z tabulky i grafu je patrné, že nedošlo k výraznému posunu. Musíme si ale uvědomit, že chlapec byl během výzkumného období několikrát v lázních. Největší posun je v oblasti kognitivní, čemuž napomohlo využití vlastních možností pohybu a vhodná stimulace.

6.6 Doporučení pro pedagogickou praxi

6.6.1 Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 1

U Kuby je vhodné dále rozšiřovat jeho znalosti a porozumění, k tomu je nejlepší využívat výběr z obrázků. Proto je důležité upevnit koordinaci oko ruka a najít vhodnou velikost obrázků. Po domluvě s rodinou mu již neposkytovat jistotu v podobě lahve. Nacvičovat pití z hrnečku s náustkem a samostatné jedení.

6.6.2 Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 2

Se Sárou je důležité systematicky pracovat a díky správné motivaci zlepšovat její koncentraci. Podporovat samostatný pohyb díky lezení a využívání mluvené řeči k cílené komunikaci. Rozšiřovat aktivní slovník pomocí písniček a říkanek, které má Sára ráda. Důležité je také rozvíjet grafomotoriku.

6.6.3 Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 3

U Honzy je nejdůležitější hledání komunikačního systému a podpora v sociálním kontaktu s ostatními. Také je vhodné zařazovat konkrétní činnosti a posilovat tím jeho pozornost. Díky různým aktivitám můžeme Honzu podněcovat k samostatnému pohybu, což mu napomůže

v získávání nových zkušeností a vědomostí. Veškeré věci a děje kolem je nutné jednoduše a jasně komentovat.

6.6.4 Individuální doporučení pro další speciálně pedagogickou péči u kasuistiky č. 4

Michal by měl být nadále podporován v rozvoji hrubé a jemné motoriky pomocí somatické či taktilně-haptické stimulace. Pro pohyb by mělo být vyhraněno dostatek prostoru. Dále by se měly využívat při komunikaci známé i nové znaky. Pro lepší orientaci během dne podporovat strukturovaný rozvrh pomocí předmětové komunikace.

6.6.5 Obecná doporučení

U všech dětí, které byly součástí mého výzkumného šetření je patrný pozitivní dopad bazální stimulace na jejich rozvoj v různých oblastech. Koncept Bazální stimulace lze tedy doporučit jako podpůrnou metodu pro výchovu a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením v předškolním vzdělávání. Je patrné, že u každého dítěte byl využit individuální přístup, který vycházel z jeho přání a potřeb. Potřebné informace jsme získali především díky kladné spolupráci s rodinou, někdy pro to ale bylo potřeba delší časové období.

Musím dodat, že kvalitní biografická anamnéza dítěte, by velmi usnadnila a urychlila vhodnost péče a vzdělávání. Nápomocná by byla při vstupu dítěte do školky, kdy učitel ještě nezná konkrétní dovednosti v různých oblastech. Zůstává součástí dokumentace dítěte, čímž může napomoci také dalším (popř. novým) pracovníkům. Pokud rodiče dítěte nebydlí spolu, předávání informací bývá v některých případech problematické a zdlouhavé. Díky biografické anamnéze nám mohou být poskytnuty informace z obou stran. Pokud dítě žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením, je vhodné, aby biografickou anamnézu vypracoval klíčový pracovník za pomoci ostatních kolegů.

Také ve zkoumané mateřské škole bych doporučila využívat biografickou anamnézu, ke které jsem pro tento účel vytvořila předlohu i průvodní dopis – viz Příloha č. 9. Anamnéza může napomoci při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů a zůstává součástí dokumentace dítěte. Může být také kdykoliv doplňována a upravována podle aktuální situace.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala využití konceptu Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v předškolním věku.

Úvodní kapitoly se zabývaly charakteristikou kombinovaného postižení a dětské mozkové obrny. Dále práce neopomenula předškolní vzdělávání a vývoj dítěte s postižením v tomto období. Část kapitoly patřila i individuálnímu plánování. Rozsáhleji práce popisuje samotný koncept Bazální stimulace i s jeho základními a nástavbovými prvky a biografickou anamnézou.

V empirické části vybrané případy ukázaly, že má metoda bazální stimulace pozitivní vliv při edukaci i běžných denních činnostech, a jak tuto metodu prakticky aplikovat při práci. To mohou využít jako inspiraci pedagogové, rodiče, popř. studenti. Dílčím cílem je vytvoření předlohy pro biografickou anamnézu, která je zaměřena především na děti s kombinovaným postižením. Tento dokument bude uplatňován při přijímání nových dětí do této mateřské školy.

Na základě svého výzkumu musím souhlasit s tvrzením, že: *„Bazální stimulace je procesně orientovaná péče s terapeutickými momenty, která klade velký důraz na sebeurčení a vlastní rozvoj. Kvalitativní studie ukazují vliv konceptu na člověka: snižování stresu, pohoda, větší sociální interakce, větší nezávislost, více možností pro vnímání a jednání (online⁵)“*. U sledovaných případů se zlepšila sociální interakce a spolupráce nejen s pedagogy, ale i s ostatními dětmi ve skupině. Správnou stimulací se ukázalo, že je podnícen větší zájem dětí o okolní svět. V práci je patrné, jak je důležité klást důraz na individualitu každého jedince, což dokládá mnohdy rozdílné využití stimulací pro dosažení konkrétních cílů u jednotlivých dětí.

Metoda Bazální stimulace je známá již několik desetiletí a okruh jejího využití se značně rozšířil. V současné době hraje nezastupitelnou roli nejen v péči a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením, ale etablovala se již také do ošetrovatelské péče v různých odvětvích – u nedonošených dětí, u lidí v komatu či v péči o seniory. Byla bych ráda, aby se využití této metody stalo v České republice nedílnou součástí péče a edukace v různých odvětvích, neboť bazální stimulace pohlíží na člověka v holistickém pojetí a podporuje v co nejvyšší míře jeho důstojnost a autonomii. To vše napomáhá k všestrannému rozvoji a zlepšení kvality každého života.

⁵ <http://www.basale-stimulation.de/konzept/entstehung/>

RESUMÉ

Cílem práce je informovat o konceptu Bazální stimulace a zjistit, zda vhodně ovlivňuje vzdělávání a výchovu u dětí v předškolním věku. Pomocí případových studií seznamuje výzkumná část s aktuální situací v několika oblastech u konkrétních dětí a nabízí také možnosti podpory za využití bazální stimulace.

Vzhledem ke snahám společnosti o zabezpečení důstojnosti a kvality života lidí s různými problémy se naskýtá prostor právě pro metodu bazální stimulace. Ta se obrací především k lidské individualitě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Paido, 2007. 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.
- BENDOVÁ P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
- ČERNÁ, M. A KOLEKTIV. *Česká psychopedie*. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOČKAL, V. Ergoterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace. *Sestra*, 2000, č. 5, s. 6 - 8. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Nástavbový kurz Bazální stimulace Nástavbový modul II*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o., 2011a. 25 s.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace Základní modul I*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o., 2012a. 31 s.
- FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v pediatrii. In SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008b. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*, 2003a, č. 1, s. 15 - 17. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v terénních pečovatelských službách. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010g. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. Bobathův koncept v ošetrovatelské praxi. *Sestra*, 2003b, č. 7 - 8, s. 25 - 26. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. Koncept Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*, 2010b, č. 3, s. 12 - 13. ISSN 1803-7348.

- FRIEDLOVÁ, K. Koncept bazální stimulace v dlouhodobé péči. In KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011b. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- FRIEDLOVÁ, K. Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace. Odborný časopis Sociální služby, 2010c, č. 4, s. 18 - 19. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. Odborný časopis Sociální služby, 2010d, č. 6 - 7, s. 30 - 31. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. Stimulace vnímání. In FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
- FRIEDLOVÁ, K. Supervize týmů poskytujících péči v konceptu Bazální stimulace. *Sestra*, 2008a, č. 9, s. 15 - 16. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. Odborný časopis Sociální služby, 2010e, č. 8 - 9, s. 36 - 37. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. Odborný časopis Sociální služby, 2010f, č. 11, s. 28 - 30. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. Využití konceptu Bazální stimulace v sociálních službách. Odborný časopis Sociální služby, 2010a, č. 2, s. 24. ISSN 1803-7348.
- FRIEDLOVÁ, K. Uplatnění bazální stimulace v geriatrii. *Sestra*, 2012c, č. 9, s. 58 - 59. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. Uplatnění bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*, 2012b, č. 3, s. 43 - 44. ISSN 1210-0404.
- JIRGLOVÁ, M. Bazální stimulace jako součást komplexní rehabilitace u jedinců s kraniocerebrálním onemocněním. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství. Sborník příspěvků historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o., 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.
- KOŤÁTKOVÁ, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. 184 s. ISBN 80-247-0852-3.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno : Masarykova univerzita, 2008b. 146 s. ISBN 978-80-210-3819-6.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. 52 s. ISBN 80-210-3242-1.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Masarykova univerzita, 2008a. 292 s. ISBN 978-80-210-3977-3.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-142-3.
- RICHTEROVÁ, J. Koncept bazální stimulace při vyučování. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Cesta k humánnímu ošetřovatelství. Sborník příspěvků historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o., 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.
- ROUTNEROVÁ, M., BERÁNEK, J., HŘEBÍKOVÁ, M. *Základy neurofyzologie pro speciální pedagogy. Facilitace ontogenetického vývoje*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2002. 36s.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Základní informace. Speciálně pedagogická diagnostika*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001a. 23 s.
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001b. 34 s.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

INTERNETOVÉ ZDROJE

HOUŠKOVÁ, E. Využití podpůrných terapií a stimulací u žáků s těžkým zdravotním postižením [online]. [cit. 2013-04-06]. Dostupný z WWW:

<http://is.muni.cz/th/363395/pedf_m/diplomova_prace.pdf>.

Charakteristika a koncepce mateřské školy [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupný z WWW:

<<http://www.zsprotpliberec.cz/matrska-skola/zakladni-informace>>.

Kombinované postižení [online]. [cit. 2013-02-06]. Dostupný z WWW:

<<http://www.helpnet.cz/kombinovana-postizeni>>.

NYDAHL, P, DAMAG, A. Vývoj konceptu [online]. [cit. 2013-04-07]. Dostupný z WWW:

<<http://www.basale-stimulation.de/konzept/entstehung>>.

Vzdělávací a terapeutické centrum Dr. Jedličky – identifikace projektu [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupný z WWW: <http://www.zsprotpliberec.cz/projekty/vzdelavaci-a-terapeuticke-centrum-dr-jedlicky>

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 – Vyhodnocení případové studie č. 1

Tab. č. 2 – Vyhodnocení případové studie č. 2

Tab. č. 3 – Vyhodnocení případové studie č. 3

Tab. č. 4 – Vyhodnocení případové studie č. 4

SEZNAM GRAFŮ

Graf. č. 1 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 1

Graf. č. 2 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 2

Graf. č. 3 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 3

Graf. č. 4 – Grafické vyjádření výsledků případové studie č. 4

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Komunikační proces mezi terapeutem/učitelem a klientem/žákem

Příloha č. 2 Individuální formy komunikace

Příloha č. 3 Celistvost vývoje

Příloha č. 4 Záznamový list speciálně pedagogické diagnostiky pro žáky s těžkým zdravotním postižením

Příloha č. 5 Záznamový list kasuistiky č. 1 JAKUB

Příloha č. 6 Záznamový list kasuistiky č. 2 SÁRA

Příloha č. 7 Záznamový list kasuistiky č. 3 JAN

Příloha č. 8 Záznamový list kasuistiky č. 4 MICHAL

Příloha č. 9 Biografická anamnéza