



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Bazální stimulace a její využití u dětí s postižením

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Ludmila Vopálková

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Renata Švestková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Bazální stimulace a její využití u dětí s postižením*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Ing. Renatě Švestkové, Ph.D. za její odborné vedení, které pro mě bylo klíčové při vypracovávání celé bakalářské práce, dále za její cenné rady, ochotu a trpělivost. Mé poděkování patří také Centru BAZALKA, o. p. s., za poskytnutí informací a rozhovorů. Také děkuji své rodině a svým blízkým za podporu při studiu.

Bazální stimulace a její využití u dětí s postižením

Abstrakt

Tato práce se zabývá tématem využití konceptu bazální stimulace u dětí s postižením. Hlavním cílem práce je zjistit, jakým způsobem využívá konceptu bazální stimulaci Centrum BAZALKA, o. p. s. u dětí s postižením a jakých výsledků bylo u klientů dosaženo prostřednictvím bazální stimulace.

Teoretická část práce se věnuje postižení. Dále je vymezen koncept bazální stimulace, historie jeho vzniku, vývoj konceptu bazální stimulace v České republice a uvedení centrálních cílů konceptu bazální stimulace. Podrobněji jsou dále popsány základní prvky bazální stimulace. V další kapitole jsou uvedeny jednotlivé způsoby realizace tohoto konceptu.

V praktické části se autorka věnuje výzkumu využití konceptu bazální stimulace v Centru BAZALKA, o. p. s. Zvolena byla metoda kvalitativního výzkumu vedeného formou polostandardizovaných rozhovorů. Zjištěné informace byly dále tříděny metodou otevřeného kódování, následně byly diskutovány a vyvozeny dílčí závěry k jednotlivým tématickým okruhům výzkumu.

Mezi zásadní závěry výzkumu odpovídající na stanovené výzkumné otázky patří zjištění, že bazální stimulace je v tomto zařízení relativně využívána. Pro její kvalitní provádění je nezbytný vysoce individualizovaný přístup ke klientovi vyžadující kromě dostatku času také odbornost a zkušenost terapeuta, znalost konkrétních metod a schopnost kombinovat jednotlivé metody v omezeném čase. Právě nedostatek času a problematická až absentující zpětná vazba ze strany klienta byly identifikovány jako hlavní bariéry limitující personál v poskytování péče, které by byla více individualizovaná a která by umožnila plné využití metod bazální stimulace a dosažení maximálních přínosů pro klienta.

Klíčová slova

bazální stimulace; Centrum BAZALKA, o. p. s.; děti s postižením; somatická stimulace; vibrační stimulace; vestibulární stimulace; vnímání; pohyb; komunikace

Basal stimulation and its application as a handicapped children support

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of basal stimulation and its application as a handicapped children support. The main aim is to find out how the concept of basal stimulation is being processed in the Centre BAZALKA, o. p. s. in taking care of handicapped children and what contributions have been reached by use of basal stimulation.

The theoretical part deals with disability. Furthermore, the concept of basal stimulation is defined, the history and the development of the concept in the Czech republic is described, and the central goals of the concept of basal stimulation are presented. Subsequently the basic elements of basal stimulation are described detailed. In next part the particular ways of the application of this concept are stated.

In the practical part, the author focuses on the research of the use of the concept of basal stimulation in the BAZALKA Center, o. p. s. The method of qualitative research conducted in the form of semi-standardized interviews is applied. The ascertained data were further sorted by the open encoding method, then the discussion was executed and partial conclusions on individual thematic areas of research were drawn.

The key conclusions of the research relevant to given research issues include the finding that basal stimulation is relatively frequently used in this facility. For its high quality implementation, a highly personalized approach to the client is required. Besides the adequate time capacity, the expertise and experience of the therapist, the knowledge of specific methods and the ability to combine these methods within a limited time is highly needed. It is precisely the lack of time and the problematic or absent feedback from the client that have been identified as the main barrier limiting the therapists to provide the more individualized care that could allow the full use of basal stimulation methods and maximalize the benefit for the client.

Key words

basal stimulation; Centre BAZALKA, o. p. s.; handicapped children; somatic stimulation; vibration stimulation; vestibular stimulation; perception; movement; communication

Obsah

Úvod.....	8
1 Péče o děti s postižením.....	9
2 Koncept bazální stimulace	11
2.1 Historie konceptu bazální stimulace	11
2.2 Vývoj konceptu bazální stimulace v České republice.....	12
2.3 Centrální cíle konceptu bazální stimulace.....	13
3 Základní prvky bazální stimulace	15
3.1 Vnímání.....	15
3.2 Pohyb.....	16
3.3 Komunikace	16
4 Způsoby realizace bazální stimulace	18
4.1 Somatická stimulace.....	18
4.1.1 Iniciální dotek	19
4.1.2 Polohování.....	20
4.1.3 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání	21
4.1.4 Somatické stimulace/koupele	23
4.2 Vibrační stimulace	24
4.3 Vestibulární stimulace.....	25
4.4 Nástavbové prvky bazální stimulace.....	27
4.4.1 Auditivní stimulace	27
4.4.2 Optická stimulace	28
4.4.3 Olfaktorická stimulace.....	28
4.4.4 Orální stimulace.....	29
4.4.5 Taktilně-haptická stimulace.....	30
5 Cíle práce a výzkumné otázky	31

5.1 Cíle práce	31
5.2 Výzkumné otázky.....	31
5.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce a výzkumných otázkách.....	31
6 Metodika výzkumu	33
6.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
6.2 Použitá metodika.....	33
6.3 Zpracování dat.....	34
7 Výsledky	35
8 Diskuze	56
9 Závěr	63
Seznam použitých zdrojů.....	65
Seznam příloh	69

Úvod

S rozvojem terapeutické péče o osoby s postižením se v České republice v posledních letech stále více a více rozšiřuje využití moderních metod, které umožňují vysoce individualizovaný přístup ke klientům. Při kvalitní aplikaci těchto metod lze dosáhnout v porovnání s doposud převažujícími metodami větších přínosů pro rozvoj klientů. Jedním z novějších přístupů je také pedagogicko - ošetrovatelský koncept bazální stimulace.

V rámci své dosavadní praxe v péči o osoby s postižením, ať již se jednalo o děti, dospělé nebo seniory, jsem se setkala s různou formou, intenzitou a kvalitou poskytované péče prostřednictvím metod konceptu bazální stimulace. Povědomí, zkušenosti a odbornost terapeutů využívajících tyto metody je také různá. Někteří jsou absolventi základního nebo i navazujícího kurzu Bazální stimulace, ale přenos teoreticky získaných znalostí do každodenní praxe je ovlivněn mnoha faktory, které pak limitují potenciál tohoto moderního přístupu.

Domnívám se, že je účelné a užitečné věnovat patřičnou pozornost výzkumu právě aplikaci metod konceptu bazální stimulace do pedagogicko - ošetrovatelské praxe a tím přispět k rozvoji poznatků umožňujících lepší naplnění potenciálu zmíněného konceptu a nadále zkvalitňovat poskytovanou péči potřebným osobám.

Pro výzkumnou část své práce jsem si zvolila zařízení Centrum BAZALKA, o. p. s.¹, které poskytuje kombinaci vzdělávání a sociálních služeb dětem s postižením. Zde jsem provedla kvalitativní výzkum formou polostandardizovaných rozhovorů. Množství takto získaných cenných informací bylo informační základnou pro další zpracování a vyvození závěrů této práce.

Výběr zařízení pro výzkumnou část této práce vycházel z faktu, že jsem v Centru BAZALKA, o. p. s., absolvovala v rámci svého studia odbornou praxi. Právě toto centrum se specializuje na využití metod konceptu bazální stimulace a patří v tomto směru k unikátním pracovištím v České republice. Za účelem hlubšího proniknutí do zkoumané problematiky a budoucího využití metod konceptu bazální stimulace v mé praktické činnosti jsem dále absolvovala Základní kurz Bazální stimulace, který realizoval INSTITUT Bazální stimulace. Zároveň mám v plánu další vzdělávání v této problematice formou absolvování Nástavbového kurzu Bazální stimulace.

¹ obecně prospěšná společnost

1 Péče o děti s postižením

Tato kapitola předkládá různé definice pojmu postižení a jeho dělení dle druhu, stupně a doby vzniku. Slowík (2007, s. 27) uvádí, že „*postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.*“ Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2008, s. 9) definují disabilitu jako „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“ Dále Novosad (2006, s. 15) uvádí, že „*za normální se považuje buď to, co je v dané skupině nejčastější (statistické pojetí), nebo společensky žádoucí (ideální – sociokulturní norma), případně to, co je optimálně funkční.*“ V kontextu tématu lze postižení rozdělit na vrozené a získané. Kromě tohoto základního rozdělení se postižení dělí dále podle následujících kritérií.

Fischer, Škoda (2008, s. 20) dělí postižení na tyto druhy:

„a) tělesné - do této kategorie patří různé poruchy, defekty a handicapy vzniklé v důsledku onemocnění, úrazů nebo ztráty hybnosti a mobility. Může se jednat jak o vrozené, tak získané poruchy či defekty. K získaným patří například důsledky chronických nemocí, závažných chorob, úrazů apod.

b) poruchy komunikace - k poruchám komunikace patří velká řada problémů spojená s vnímáním, přijímáním podnětů, s jejich zpracováním a s následnou reakcí. Do této kategorie patří poruchy v oblasti vnímání smysly (zrak a sluch) a poruchy řeči. Zařadit do této kategorie můžeme i problematiku specifických poruch učení.

c) poruchy mentální - do této kategorie patří různé handicapy a znevýhodnění v oblasti rozumových schopností. Jedná se například o důsledek vrozených defektů (mentální retardaci) a o defekty a poruchy získané v průběhu života (demence).

d) poruchy chování - do této kategorie patří různě závažné odchylky ve vzorcích chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, psaných i nepsaných pravidel společenského soužití pro danou společnost nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné. Z tohoto vymezení je zřetelné, že zásadní otázkou při jejich klasifikaci je jejich společenská závažnost a nebezpečnost.“

Dále Fischer, Škoda (2008) dělí postižení dle stupně:

a) Lehký stupeň – postižení s minimální odlišností od normy, někdy ještě běžné či hraniční. Omezení, které vyplývá z takového postižení lze zvládnout bez zvláštní a speciální institucionalizované pomoci.

b) Střední stupeň – postižení, které vyžaduje speciální metody, přístup a pomoc. Děti se s tímto postižením hůře začleňují do běžného vyučování.

c) Těžký stupeň – děti s tímto postižením jsou plně odkázány na pomoc svého okolí a zcela vyžadují celodenní speciální péči.

Typologii postižení Fischer, Škoda (2008) uzavírají dělením postižení dle doby vzniku:

a) prenatální – genetické predispozice

b) perinatální – mechanické poškození plodu

c) postnatální – vliv biologických, chemických a sociálních faktorů.

Friedlová (2015) uvádí, že hlavním cílem konceptu bazální stimulace je zprostředkovat člověku schopnost orientace na svém těle a ve svém okolí. Vnímání dětí, které se nemohou pohybovat, je redukováno na bezprostřední sféru jejich těla. Bazální stimulaci lze využívat u lidí, kteří jsou krátkodobě nebo dlouhodobě omezeni ve svém pohybu nebo komunikaci. Koncept bazální stimulace se snaží navozovat somatické, vestibulární a vibrační stimuly, a k tomu přidává prvky olfaktorické, auditivní, orální, vizuální nebo taktilně – haptické stimulace. O děti s postižením se dá dle Schäfflera (2000) pečovat také pomocí aktivit denního života, které jsou základem činnosti člověka a vedou k nasycení fyzických, psychických a duchovních potřeb. Z důvodu vrozeného nebo získaného postižení, onemocnění, následkem úrazu nebo z důvodu stáří nemohou být člověkem tyto potřeby plně nasyceny. Aktivity denního života vychází dle Kalvacha (2011) z přesvědčení, že u pacientů se závažným postižením není životně a ani rehabilitačně rozhodující rozsah pohybů či svalové síly, ale funkční zdatnost ve smyslu soběstačnosti a sebeobsluhy. Fröhlich (2014) upozorňuje na to, že je možné dítěti poskytnout výrazné pedagogické nabídky a děti se během aktivit běžného dne mnoho učí a získávají tím množství nových poznatků a zkušeností. Jde o proces učení. Aktivity nevykonávají děti samotné, ale se sourozenci, rodiči a jeho blízkými. Fröhlich (2012) upozorňuje i na děti, které se narodí s těžkým zdravotním postižením a jsou při aktivitách denního života zcela (někdy částečně) odkázány na jiné osob, přesto mají právo na stejné nabídky denního života jako intaktní děti. Ovšem je třeba brát ohled na individuální potřeby dítěte.

2 Koncept bazální stimulace

V této kapitole uvádím celistvý náhled na koncept bazální stimulace, její historii, centrální cíle a vývoj využití tohoto konceptu v České republice.

Dle Valenty et al. (2015, s. 197) je koncept bazální stimulace definován jako *“terapeutická strategie používaná při edukaci jedinců s těžkým postižením.”* Podobně také Sedlářová et al. (2008, s. 131) uvádějí, že *„bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče v pediatrii se přizpůsobuje věku a stavu dítěte. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak v péči o děti s vrozeným intelektovým a somatickým postižením či u dětí s různými akutními a chronickými onemocněními a také u úrazových stavů.”* Friedlová (2015) upozorňuje, že prvky konceptu bazální stimulace umožňují rozvíjet schopnosti klienta i v té nejzákladnější (bazální) rovině. Analýza klientových schopností a integrace prvků do péče má probíhat ve spolupráci s celým terapeutickým týmem a jeho blízkými. Pokud si celý terapeutický tým stanoví jasné cíle péče, pro klienta to znamená posílení pocitu jistoty a důvěry. Koncept bazální stimulace je dle Bienstein a Fröhlicha (2004) orientovaný na tělo, protože klientovo tělo je hlavním objektem pracovních aktivit terapeutů, pedagogů a ošetřujících. Aktivity konceptu bazální stimulace probíhají formou široké škály fyzických dotyků klientova těla praktikujícími osobami.

Bazální stimulace není označována jako metoda ani technika, ale výhradně jako koncept. To znamená, že se nejedná o přesně určenou terapii nebo pedagogické zásahy, ale pouze volně vymezené teze, které jsou dále uzpůsobovány a vyvíjí se. V centru zájmu je člověk s jeho psychickou realitou a individuálními potřebami, která nám otevírá možnost osobního setkání. Bazální stimulace je uceleným konceptem individuální péče, která napomáhá učení a osobnímu rozvoji člověka. Není možné uplatňovat v péči o člověka s postižením standardizovaných postupů. Koncept bazální stimulace umožňuje provádět pečovatelské, terapeutické a pedagogické úkony a přizpůsobovat okolní prostředí tak, aby byl podporován jeho vývoj (Fröhlich, 1998).

2.1 Historie konceptu bazální stimulace

Hlavním autorem konceptu bazální stimulace je německý speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich. Na počátku 70. let 20. století pracoval v Rehabilitačním

centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V této době, během studia, vypracoval koncept bazální stimulace. Prof. Dr. Andreas Fröhlich vycházel z různých vědeckých oborů, např. neurologie, fyziologie, vývojové psychologie (Friedlová, 2015). Andreas Fröhlich prokázal, že základní vrozené schopnosti každého jedince v oblasti vnímání poskytují dostatek pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Koncept bazální stimulace se tak stal uznávaným pedagogicko – ošetrovatelským konceptem. Do ošetrovatelské péče přenesla koncept bazální stimulace prof. Christel Bienstein, dříve zdravotní sestra. Od poloviny osmdesátých let úzce spolupracuje s prof. Andreasem Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o klienty, jejichž schopnost komunikace, vnímání a pohybu je velmi omezena a změněna. Koncept bazální stimulace má registrovanou ochrannou známku a autoři (prof. Fröhlich a prof. Bienstein) tohoto konceptu vytvořili strukturu pro vzdělávání lektorů zajišťující vyšší kvalifikaci a integraci konceptu do praxe (Sedlářová et al., 2008).

Pojem bazální znamená základní nabídku, která je nabízena v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí nabídka podnětů tam, kde klient vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatek přísunů podnětů, které potřebuje pro svůj vývoj (Valenta, 2007).

2.2 Vývoj konceptu bazální stimulace v České republice

Cílem této kapitoly je popsat vývoj konceptu bazální stimulace v České republice a upozornit na stanoviska odborné veřejnosti k tomuto konceptu. Dále je popsán legislativní rámec, v němž je koncept ukotven, a nastíněno institucionální zajištění uvedení konceptu do ošetrovatelské praxe.

Koncept bazální stimulace byl v České republice až do roku 2000 neznámým pojmem. Teprve po roce 2000 Friedlová začala informovat o konceptu zdravotnickou veřejnost, a to postupně v časopise *Sestra*, na ošetrovatelských konferencích a na dalších přednáškách zdravotnických a sociálních služeb. V lednu roku 2003 se konal první Základní kurz Bazální stimulace v České republice. V tomto roce tento základní kurz proběhl ještě sedmkrát. V roce 2004 se pak konal první Nástavbový kurz Bazální stimulace. Začaly se proskolovat nemocnice, ústavy sociální péče, domovy pro seniory, hospice aj. V tomto roce také vstoupila Česká republika do Evropské unie a koncept byl zařazen do Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky (Friedlová, 2015). Konkrétně ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických

pracovníků a jiných odborných pracovníků, je v §4, odst. 1, písm. h), který upravuje činnost všeobecné sestry, stanovena možnost výkonu bazální stimulace následujícím ustanovením: „*provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravuhybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility.*“ V roce 2005 byl založen INSTITUT bazální stimulace®, který realizuje certifikované kurzy, odborné konference nebo konzultace pro odborníky a laiky (Sedlářová et al., 2008). V roce 2006 se uskutečnil první Prohlubující kurz Bazální stimulace I. a v roce 2014 na základě poptávky absolventů všech tří stupňů kurzů byl uspořádán Prohlubující kurz Bazální stimulace II. Od tohoto roku také probíhají supervize proškolených pracovišť. Po úspěšně proběhlé supervizi a při splnění všech podmínek stanovených k certifikaci pracoviště je zařízení vystaven certifikát, „Pracoviště bazální stimulace“ (Friedlová, 2015).

Výše popsané zavedení metod konceptu bazální stimulace do české ošetrovatelské praxe v oblasti péče o děti s postižením, zejména pak poptávka po metodách tohoto konceptu ze strany odborné i laické ošetrovatelské veřejnosti, poukazuje na pozitivní přijetí těchto metod v českém prostředí a dokladuje přesvědčení praktikujících ošetrovatelů o pozitivních přínosech tohoto konceptu na zdraví dítěte s postižením. Na druhou stranu je nutné podotknout, že mezi nevýhody/slabé stránky konceptu ovlivňující jeho vyšší využívání v praxi je zařazována vyšší časová náročnost při aplikaci metod bazální stimulace, nutnost podrobné znalosti specifík jednotlivého klienta (např. existence kvalitní autobiografické anamnézy) a obecně nižší míra informovanosti ošetrovatelského personálu s ohledem na fakt, že se jedná o relativně nový koncept (Klimešová, 2008).

2.3 Centrální cíle konceptu bazální stimulace

Autoři konceptu bazální stimulace prof. A. Fröhlich a prof. Ch. Bienstein uvedli v roce 2003 tzv. evropské centrální cíle. Jádrem těchto centrálních cílů je Maslowova pyramida potřeb (Friedlová, 2015). Maslowova pyramida lidských potřeb řadí potřeby člověka od základních až po komplexní. Nejzákladnější potřebou člověka je potřeba fyziologická, např. jídlo, sex, spánek. Další potřeby jsou pocity jistoty a bezpečí. Třetí potřebou Maslowovy pyramidy lidských potřeb jsou potřeby lásky a sounáležitosti. V další části pyramidy se nachází potřeby uznání a sebeúcty. Nejvyšší potřebou člověka dle Maslowovy pyramidy je sebeuskutečnění a seberealizace (Jankovský,

2003). V bazálně stimulující péči v rámci podpory tří základních prvků bazální stimulace se využívají smyslové orgány nejen k cílené stimulaci vnímání a pohybu, ale také jako komunikační kanály k navázání komunikace s klientem. Centrální cíle vychází z oblastí potřeb člověka (Hatz, Roth, 2012).

Centrální cíle zahrnují všechny základní lidské potřeby klientů. Snahou autorů bylo prostřednictvím těchto centrálních evropských cílů péče poskytnout terapeutům jednotné cíle (Friedlová, 2015). Friedlová (2015, s. 42) uvádí těchto 10 centrálních evropských cílů:

1. *„Zachovat život a zajistit vývoj.*
2. *Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život.*
3. *Poskytnout pocit jistoty a důvěry.*
4. *Rozvíjet vlastní rytmus.*
5. *Umožnit poznat okolní svět.*
6. *Pomoci navázat vztah.*
7. *Umožnit zažít smysl a význam věci či konaných činností.*
8. *Pomoci uspořádat život.*
9. *Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život.*
10. *Objevovat svět a vyvíjet se.“*

3 Základní prvky bazální stimulace

Technika bazální stimulace umožňuje člověku vnímat své tělo, a stimulací vnímání organismu mu nabídnout lepší vnímání vnějšího okolí. Tento základ je založen na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje a vývojové psychologie, také psychologie, pedagogiky a fyzioterapie (Friedlová, 2005).

3.1 Vnímání

Dle Langmeiera et al. (1998) se již v embryonálním období, dva měsíce po početí, začínají objevovat svalové kontrakce a náznaky úchopových pohybů ruky. U plodu v devátém týdnu vývoje lze zachytit projevy bioelektrické aktivity mozku pomocí elektroencefalogramu. Mezi základní formy komunikace, která probíhá již v prenatálním období mezi nenarozeným dítětem a matkou patří komunikace vibrační, somatická a vestibulární. Tyto tři základní prvky konceptu bazální stimulace navozují u člověka pocit jistoty. Akustické, taktilní, vizuální a chuťové podněty je jedinec schopen vnímat již od 28. – 32. týdne prenatálního vývoje. Plod je již v posledních měsících nitroděložního života schopen si zapamatovat různé podněty, protože v prenatálním období byl např. silný zvuk doprovázen slabou vibrací, kterou dítě zaznamenalo. Z tohoto důvodu ho po narození neruší ve spánku zvuky, které si pamatuje z nitroděložního života, protože mu jsou známy. Pamatuje si a zřetelně poznává hlas matky.

Bazální stimulací se snažíme pomoci klientům s postižením při vývoji jejich osobnosti (Vítková, 2006). Opatřilová (2005, s. 134) uvádí, že: „*podstatou bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání těžce zdravotně postiženého jedince. Při práci dbáme na hierarchii jednotlivých oblastí vnímání, vycházíme od nižších smyslů. Podněty se nabízejí postupně, vzájemně se střídají, až nakonec dojde k jejich propojení.*“

I prostředí a jejich barevné provedení mohou mít vliv na lidský organismus, např. modrá je harmonická barva, která povzbuzuje, snižuje nervozitu, horečku a krevní tlak, uklidňuje, působí proti nespavosti, žaludečním vředům. Červená barva je aktivní, léčivá, dynamická, zvyšuje krevní tlak, povzbuzuje činnost střev a nervového systému, stimuluje smysly, pomáhá při únavě a úzkosti. Oranžová barva působí pozitivně na deprese, rozveseluje a povzbuzuje. Působí také proti revmatismu, uvolňuje křeče a podporuje prokrvení tkání. Žlutá barva podporuje trávení, pozitivně působí

na diabetiky, uvolňuje nervové napětí, zlepšuje náladu. Zelená barva uklidňuje, stabilizuje, posiluje zrak, minimalizuje stres a citlivost vůči hluku, pomáhá při nervozitě, povzbuzuje krevní oběh a činnost srdce (Breuer, 2009).

3.2 Pohyb

Pokud dojde ke ztrátě schopnosti pohybu, dochází k senzoričké deprivaci. Lidé, u kterých k senzoričké deprivaci dojde, jsou poté značně znevýhodněni. K deprivaci dochází také u jedinců zdravotně postižených (Jankovský, 2006). Haladová, Nechvátalová (2010) uvádějí, že znalost charakteristických tělesných znaků a antropologický výzkum jsou důležité k tomu, abychom dovedli stanovit meze, kdy můžeme tělesný stav považovat ještě za normální a kdy se již jedná o stav určitého zdravotního omezení. Zdravotní postižení bychom měli vnímat jako určitou dimenzi, která poskytuje životu novou kvalitu/rozměr (Jankovský, 2006).

3.3 Komunikace

„Termín komunikace (z lat. communicatio – spojování, sdělování) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vývojových vztahů.“ (Klenková, 2000, s. 17). Hlavním lidským komunikačním prostředkem je řeč. Základní formou řeči je používání slov. Slovo vznikne za pomoci samostatných jazykových jednotek, které mají mluvnický a věcný význam. Slovo ale není jediným prostředkem určeným ke komunikaci. Lidé, co mluvit nedokáží nebo nemohou, se mezi sebou dorozumí i beze slov (Klenková, 2000).

Verbální komunikace

Mezi verbální komunikaci patří procesy dorozumívání, při kterých se používá hlasitá nebo psaná forma řeči. Klenková (2000) ve své publikaci akcentuje řeč jako jednu ze získaných lidských schopností, ke které si přinášíme určité vrozené dispozice. Pro rozvoj těchto dispozic je nezbytný styk s mluvícím okolím.

Neverbální komunikace

Kalvach et al. (2011) uvádějí, že pod pojmem neverbální komunikace se rozumí komunikace beze slov. Je to jeden z projevů člověka, díky kterému se navazují mezilidské vztahy. Sdělování pomocí slov se objevilo daleko později, proto má neverbální komunikace v historii velký význam. Proces komunikace v konceptu

bazální stimulace se řídí těmito zásadami: při komunikaci s klientem omezíme rušivé zvuky (např. televize, rádio) a ujistíme se, že nás klient dobře slyší, zachováme klid, snažíme se mít vlídný a přívětivý výraz, vyvarujeme se prudkých pohybů, po dobu rozhovoru s klientem zůstáváme v jeho zorném poli, nepoužíváme ironický tón a odborné pojmy, využíváme výrazy, které jsou klientovi dobře známé, udržujeme oční kontakt, dáme jasně najevo ukončení rozhovoru (viz Příloha č. 1).

4 Způsoby realizace bazální stimulace

V této kapitole popisují, jak koncept bazální stimulace probíhá, jaké jsou její možnosti a jakými způsoby se bazální stimulace provádí.

4.1 *Somatická stimulace*

Celé tělo, především kůže, která je největším lidským orgánem, představuje naše vymezení a zároveň je kůže místem kontaktu se světem. Obraz těla, který je různě postupně diferenciován, vnímáme v závislosti na našich zkušenostech. Vysoká spasticita, dlouhodobé bezvědomí nebo hypotonie, neumožní vzniknout požadované diferenciaci. Můžeme se tedy domnívat, že u lidí těžce postižených je jejich obraz těla nediferenciován, s výjimkou několika míst, které bývají často spojeny s negativními zkušenostmi, např. v důsledku neoblíbených ošetrovatelských úkonů nebo bolesti. Pomocí somatických podnětů můžeme docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, postavou, hranicemi těla. Primární tělesná zkušenost se především vyvíjí dotykem (Fröhlich, 1991). Vítková, Pipeková (2001) uvádějí, že jedinci s těžkým postižením nebo s více vadami mají většinou problém interpretovat dotyk jako významný kontakt. Musí dojít k intenzivnějším podnětům, a tím docílíme různými materiály, např. kožešinové rukavice, froté ručníky. Použitím těchto materiálů docílíme toho, že kontakt kůže na kůži tolik nedominuje. Prostřednictvím těchto podnětů se vytváří uvědomění si svého těla, které si jinak jedinec s postižením nedokáže představit. Pohybová nedostatečnost a jeho pohybový stereotyp způsobuje zkreslenou představu o vlastním těle. Friedlová (2007) uvádí, že vnímání tělesného schématu se vyvíjí již v prenatálním období. Embryo už má zkušenost se sebou samým. Tělesné schéma znázorňuje naše tělo, které nám napomáhá identifikovat člověka jako sebe samého. V konceptu bazální stimulace rozlišujeme vnímání svého těla ve třech pojmech: tělesné schéma, tělesný obraz a vnímání těla. Tělesné schéma odpovídá představě o vlastním těle jako objektu v prostoru. Těžce postižený jedinec si svůj tělesný obraz neuvědomuje. Nedokáže odhadnout, jak jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla, jakou polohu jeho tělo zaujímá. Pokud na základě některého onemocnění dojde k výpadku některé z těchto forem vnímání, dochází ke změně tělesného schématu.

Předpoklady pro stimulaci vnímání tělesného schématu

Dle Friedlové (2007) je ke vnímání tělesného schématu důležitá vizuální kontrola vlastního těla. Do somatické stimulace také integrujeme prvky paměťových pohybových schémat tak, aby za pomoci opakovaných činností byla podporována plasticita mozku. Při stimulaci tělesného schématu postupujeme způsobem, aby stimulace probíhala na obou stranách těla a tím bylo podporováno symetrické vnímání vlastního těla a tělesné osy. Vhodný typ somatické stimulace volíme dle potřeb a stavu klienta, zohledňujeme jeho schopnosti, lokomoci, vnímání a komunikaci. Kvalita somatické stimulace a její účinnost je velmi závislá na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje. Díky dotekům dostává tělo informace z vnějšího prostředí a také pomocí doteků komunikujeme s okolním světem. Ruce terapeutů jsou tzv. komunikačním médiem, které umožňují klientovi získat informace o okolním světě, i o sobě samém. Dle Friedlové (2015) by doteky ošetřujících měly být zřetelné a především cíleně promyšlené natolik, aby jejich nedostatečná kvalita nevyvolávala v klientech pocity strachu a nejistoty. Cílem kvalitního doteku je vzbudit pocit důvěry a poskytnout orientaci na těle. Valenta (2014) uvádí, že dotek na kůži působí emocionálně, stabilizačně i povzbudivě. Dotek je forma pravidelně opakující se něžnosti, která informuje klienta o blízkosti a pozornosti.

4.1.1 Iniciální dotek

Friedlová (2015) poukazuje na to, že iniciální dotek je forma neverbálního signálu, kterým dáváme klientovi najevo, že s ním budeme vykonávat nějaké aktivity a činnosti. Tato forma je vždy spojena s verbálním projevem pečujícího, pedagoga nebo terapeuta. Iniciální dotek se používá u klientů, kteří mají poruchu vědomí nebo deficit v kognitivních funkcích, např. mentální retardace, následky cévní mozkové příhody, demence atd.). Dále Friedlová (2015) uvádí, že u těchto klientů mohou být vyvolány pocity nejistoty a strachu, pokud s nimi budeme nečekaně manipulovat (bez použití iniciálního doteku), a proto je nutné dát klientům vždy jasně najevo, kdy u nich začíná a končí přítomnost pečujícího, pedagoga nebo terapeuta. Jako vhodná místa pro zvolení iniciálního doteku uvádí autorka paže nebo rameno a ruka. Přitom lokalizaci iniciálního doteku bychom měli konzultovat se všemi, kteří s klientem budou fyzicky manipulovat. Pro legalizaci iniciálního doteku je nutné zvolené místo zaznamenat do klientovy dokumentace a je vhodné umístit tabulku se zvoleným místem pro iniciální dotek do bezprostřední blízkosti klienta.

4.1.2 Polohování

Zikl (2011) považuje polohování za činnost, kdy je klient pasivní pro změnu polohy a klient využívá pomoci druhé osoby. Ve většině případech jsou klienti schopni spolupráce a je přínosným jevem je v těchto schopnostech podporovat. Je nutno dodržovat zásady při polohování, které nám umožňují efektivní spolupráci s klientem (viz Příloha č. 2). Zároveň se klient podílí na rozvoji svých motorických schopností. Za pomoci polohování dochází i k aktivizaci klienta. Zde přikládáme důraz na pohybové dovednosti klienta, které zvládá sám, jelikož nadměrná pomoc druhé osoby vede k celkovému zhoršení stavu klienta v oblasti motoriky. *„Koncept bazální stimulace nabízí prostřednictvím polohování „hnízdo“ a „mumie“ člověku dlouhodobě imobilnímu možnost získat informace o svém těle a stabilizovat vnímání tělesného schématu“* (Friedlová, 2015, s. 88). Friedlová (2015) uvádí, že při polohování současně využíváme vestibulární a optickou stimulaci klienta, protože při změnách poloh měníme i klientův zorný úhel pohledu. Autorka dále konstatuje, že vnímání klientova tělesného obrazu se při klidném ležení mění už po třiceti minutách, poté se u klienta může objevit dezorientovanost, ztráta pocitu vlastních tělesných hranic.

Polohování hnízdo

„Cílem polohy hnízdo je stimulovat vnímání tělesného schématu, a tím eliminovat následky degenerativní habitace.“ (Friedlová, 2015, s. 89). Tato poloha dle Friedlové (2015) navozuje u klientů pocit bezpečí a komfortu, a proto je vhodné ji užívat u neklidných a agresivních klientů. Při této poloze dochází ke zklidnění, protože klientovi je umožněno se na svém těle orientovat. Schopnost orientovat se na svém těle se nazývá primární orientace. Sekundární orientací se rozumí orientace v prostoru. Tato poloha se používá i při podpoře této schopnosti. K polohování do polohy hnízdo používáme perličkové polštáře, srolované deky nebo vaky. Klienta dáme do polohy, kterou jsme zvolili a jeho tělo obložíme polštáři a dekami.

Polohování mumie

Polohování mumie se využívá hlavně u klientů, kde je potřebná intenzivní stimulace pro vnímání svého tělesného schématu, především u klientů ve vigilním kómatu a u dětí s hlubokou mentální retardací. Tuto polohu využíváme také s cílem pro zmírnění stavů agresivity a neklidu a nevyužívá se u klientů trpících klaustrofobií. Klienta, který využívá polohování mumie, terapeut zabalí do prostěradla nebo deky

tím způsobem, že začne u dolních končetin a postupuje tak směrem k horní části těla. Konec deky nebo prostěradla zafixujeme pod klientovo tělo (Friedlová, 2015).

Tuto polohu je možno dle Friedlové (2015) aplikovat v kombinaci s celkovou zklidňující stimulací (koupelí), kde terapeut vloží zabaleného klienta do závěsných látkových vaků, které se využívají k vestibulární stimulaci. Polohování mumie můžeme také zkombinovat s polohováním hnízdo tím způsobem, že klienta zabalíme do prostěradla i se všemi polohovacími polštáři. Klientovy ruce nezabalujeme do deky, ale položíme je na jeho hrudník. Tím mu umožníme vnímat vlastní dech. U polohování hnízdo a mumie je hlava klienta podložena polštářem a dalšími pomůckami podkládáme také paty, kolena a lokty. Klienty lze polohovat s kombinací canisterapie. Někdy dochází k účinnějšímu snížení svalového napětí, než za pomoci dek nebo polštářů.

Rizika a chyby v polohování

Zikl (2011) upozorňuje na rizika v oblasti polohování a tím dochází k poškození zdraví klienta. K poškození může dojít, pokud nedodržujeme zásady polohování nebo neznáme skutečný zdravotní stav klienta. Riziková je rovněž absence polohování. Častou chybou při polohování je i neinformování klienta o změně polohy. Pokud klienta verbálně neinformujeme a je schopen nás vnímat, může se u něho objevit pocit nelibosti, pasivity, odmítání či agrese. Důležité je také klienta informovat o významu polohování.

4.1.3 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání

Kontaktní dýchání

Dýchání je základní lidskou potřebou, bez které není člověk schopen existovat. Proces dýchání umožňuje i člověku plně imobilnímu intenzivně vnímat vlastní tělo při každém nádechu a výdechu. Změněné dýchání značí psychické a somatické změny. Dochází ke sníženému přísunu kyslíku, a to má za následek snížení energie a tělesné síly. Člověk pak má problémy vnímat dění ve svém okolí, stahuje se do sebe a je minimalizována komunikace mezi člověkem a sociálním okolím. Tato terapie se může spojit i s muzikoterapií, kdy klient může vnímat vibrace jak z hudebního nástroje, tak i vibrace z trupu terapeuta (Friedlová, 2015).

Masáž stimulující dýchání

Masáž, kterou stimulujeme dýchání, probíhá v rytmu s dostatečným kontinuálním tlakem rukou terapeuta. Tato masáž se využívá v oblasti ventrální části hrudníku nebo v oblasti zad. Tento druh terapie má velmi vysokou komunikační hodnotu, poněvadž masáž stimulující dýchání vede k ustálení rytmu dýchání u klienta tak, jak terapeut stimuluje nádech a jeho hloubku na hrudníku klientova těla, a proto mezi terapeutem a klientem vzniká komunikační proces. Touto masáží může terapeut poskytnout klientovi pocity blízkosti, jistoty a uvolnění, avšak může také redukovat stavy zmatenosti a neklidu. Aby mohl terapeut tuto masáž provádět, musí absolvovat certifikovaný kurz Bazální stimulace, kde se lektor této technice dostatečně věnuje (Friedlová, 2015).

Masáž stimulující dýchání dle Friedlové (2015, s. 93) lze integrovat do péče o klienty s:

- *„povrchním dýcháním,*
- *nepravidelným dechem,*
- *zrychlenou, nebo zpomalenou tepovou frekvencí,*
- *bolestí (nefarmakologická možnost tlumení bolesti),*
- *depresivními stavy,*
- *poruchami spánku,*
- *změnami ve vnímání vlastního těla (klienti s hlubokou mentální retardací, klienti s demencí, klienti ve vigilních kómatech),*
- *u umírajících.“*

Pro provedení masáže stimulující dýchání volíme dle Friedlové (2015) především v první řadě oblast zad, pokud je to možné. Klienta uvedeme do polohy v sedě, pokud mu to jeho celkový stav dovoluje, uvolníme klientovi záda a terapeut nechá klienta, aby si sám zvolil nejpohodlnější pozici s opřenými horními končetinami. U klientů upoutaných na lůžko volíme polohu vleže na boku nebo na břicho. K masáži se využívá zahřátý olej nebo pleťové mléko. Masáž stimulující dýchání by měla trvat 3 – 5 minut. Je důležité, aby terapeut s klientem neztrácel stálý fyzický kontakt.

Cíle kontaktního dýchání a masáže stimulující dýchání dle Friedlové (2015, s. 96):

- *„dechová gymnastika,*
- *podpora činnosti dechových svalů,*
- *podpora odchodu sekretu z dýchacích cest,*
- *nefarmakologický postup při tlumení bolesti,*

- *redukce stresu,*
- *podpora vnímání vlastního těla,*
- *pedagogická nabídka umožňující dítěti získat zkušenosti se svým tělem a jeho rytmem,*
- *vyjádření empatie (doprovod k umírání),*
- *možnost navázat komunikaci s klientem,*
- *práce s rytmem klienta,*
- *práce s autonomií klienta.“*

4.1.4 Somatické stimulace/koupele

Zklidňující somatická stimulace/koupele

Friedlová (2015) uvádí, že zklidňující stimulace (koupele) se provádí oběma rukama na těle klienta a pracuje se se zásadou symetrie. Další pravidlem u této zklidňující stimulace je, že pečující, terapeut nebo pedagog nesmí s klientem ztratit stálý fyzický kontakt (stále jedna ruka na těle klienta). Je důležité redukovat rušivé zdroje, např. více lidí u lůžka. Tato technika se aplikuje ve směru a po chlupu. Cílem této zklidňující stimulace je vnímání tělesného schématu a navození celkového tělesného uvolnění. V případě aplikace této stimulace formou použijeme teplou vodu o teplotě 37 - 40 °C. Stimulaci je možné provádět také nasucho, přes oděv klienta nebo formou krémování.

Povzbuzující somatická stimulace/koupele

Povzbuzující koupele si klade za cíl především stimulaci tělesného schématu a zkušenost s vlastním tělem, dále pak zvýšení úrovně vědomí klienta, jeho pozornosti a svalového tonusu, zvýšení srdeční frekvence a hodnoty krevního tlaku a podpoření aktivity klienta. Tuto povzbuzující koupele proto neužíváme u klientů, kteří mají vysoký krevní tlak, problémy s tachykardií, dezorientovaných a neklidných. Naopak je vhodná zejména pro klienty se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace), ve vigilním kómatu, pro klienty v soporu a somnolenci, depresivní, se sníženým svalovým tonusem, apatičtí a s bradykardií. K této koupeli využíváme žínky, ručníky, tělová mléka, oleje a voda by měla dosahovat 28° - 33°. Můžeme začít obličejem, ale pokud to klient nesnese, nemusíme tuto zásadu dodržet. U této koupele, oproti zklidňující koupeli, stimulujeme proti růstu chlupů, tzn. u horních končetin od konečků prstů po ramena, na hrudníku začínáme na stranách hrudníku a končíme uprostřed hrudníku, na zádech od vnější strany trupu k páteři a dolní končetiny také proti směru

růstu chlupů, tzn. od konečků prstů k pánvi (Friedlová, 2015).

Neurofyziologická stimulace/koupel

Cílem této stimulace je dle Friedlové (2015) umožnit klientům s poruchou hybnosti jedné poloviny těla znovu vnímat nehybnou stranu a podpořit navrácení pohybových schopností. Tato stimulace se provádí u klientů s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách, s hemiplegiemi, po mozkolebečních traumatech, po operacích mozku, u dětí s dětskou mozkovou obrnou, apod. Stimulace začíná vždy na nepostižené straně, protože klient musí nejdříve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl uvědomit postiženou stranu. Velký důraz klademe na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla ze strany klienta, a proto nejlépe stimulujeme v poloze vsedě, za použití zrcadla.

Modifikace somatické stimulace

Dle Friedlové (2015) lze somatickou stimulaci aplikovat i ve snoezelenovém prostředí. Z prvků somatické stimulace ve snoezelenovém prostředí mohou terapeuti aplikovat všechny druhy somatické stimulace, tedy zklidňující, povzbuzující, celkovou a neurofyziologickou stimulaci, masáž stimulující dýchání, polohování hnízdo, kontaktní dýchání a polohování mumie. Somatická stimulace může být kombinovaná s auditivní, orální, taktilně – haptickou i optickou stimulací. Filatová, Vitásková (2010) uvádějí, že koncept snoezelen vznikl přibližně v 70. letech 20. století. V tomto období byly charakteristické znaky, které velmi ovlivnily vývoj této metody, ale také vývoj „multismyslového prostředí“ ze kterého koncept Snoezelenu vychází. Základním znakem metody snoezelen je dle Janků (2010) odlišení od běžného prostředí, kde žijeme svůj každodenní život. Toto odlišené/speciální prostředí je podnětné, které uspokojí naše individuální potřeby, především přes stimulaci nejen našich pěti základních smyslů.

4.2 Vibrační stimulace

Dle Friedlové (2015) se pod pojmem vibrační stimulace rozumí reakce receptorů uložených v kůži a podkoží. Tato reakce může být na termické mechanické nebo bolestivé podněty. Vnímání těchto vibrací zaznamenávají Vater-Paciniho tělíska a Meissnerova tělíska. Vater-Paciniho tělíska jsou umístěny hlouběji ve škáře. Tyto podněty jsou vnímány také receptory hluboké citlivosti, které jsou uloženy ve šlachách,

svalech a vazivovém aparátu kloubů a kostí. Vibrační vnímání se odehrává „ve směru od periferie dovnitř těla“. Toto vnímání je individuální. „*Cílem vibrační stimulace je stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací a proprioreceptorů*“ (Friedlová, 2015, s. 105). Tato forma stimulace se aplikuje hlavně u osob, které jsou ve vigilním kómatu a u osob s hlubokou mentální retardací. Vibrační stimulace lze také použít k přípravě při změně polohy a mobilizaci. Vibrační stimulace se provádí různými technickými předměty (např. vibrující lehátka). Dále se k celkové vibrační stimulaci používají vibrační křesla, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, bateriové vibrátory a vibrující hračky. Pokud provádíme manuální vibrační stimulaci, držíme kloub klienta po celém obvodu teplými dlaněmi a přiměřeně se snažíme jemnými a citlivými pohyby vibrovat do kloubu. Za kontraindikací v případě vibrační stimulace jsou považovány krvácivé stavy, varixy, poranění a poruchy integrace kůže. Jako techniku vibrační stimulace lze aplikovat i hudební nástroje produkující vibrace a hlas. Při zpěvu nebo řeči se hrudník jedince jemně chvěje. Díky tomuto jevu lze provést vibrační terapii tím, že terapeut přiloží svou dlaň na hrudník klienta a naopak. Tuto terapii lze provést i tak, že terapeut přiloží svůj hrudník na hrudník klienta. Během tohoto cvičení je nutné nalézt pohodlnou polohu, která bude vyhovovat všem účastníkům terapie. V této pozici dovede klient vnímat celým svým hrudníkem tlak hrudníku terapeuta (Friedlová, 2015). Zikl (2011) uvádí, že vibrační stimulaci lze realizovat i poklepy. Tato technika je vhodnější především na místech, kde není vhodné použít přístroj (např. na krku). Je také vhodné se vyhnout přístrojům v případě srdečních onemocnění, epilepsie, nebo při výskytu poškození kůže.

4.3 Vestibulární stimulace

První schopností dítěte v těle matky je vnímání somatické. Hned brzy je však vyvinuta také schopnost vnímat vestibulárním smyslovým aparátem, což se děje dříve, než je vyvinuté sluchové a zrakové vnímání. Plod se cítí v bezpečí, když je v děloze matky stimulován skrze somatické vnímání, vnímání vibračních podnětů a vestibulárního vnímání. Totéž se děje i po narození, kdy matka dítě chová – dostává se mu tělesný kontakt (somatická stimulace), pohybuje s ním pravidelným pohybem (vestibulární stimulace) a v případě vibrační stimulace např. lehce poklepává na záda (Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace ©. 2010). Dle Friedlové (2007) je zdravý člověk neustále v pohybu, a tím se jeho rovnovážné ústrojí permanentně stimuluje. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami však mají tyto informace

minimální, proto je zapotřebí je vestibulárně stimulovat, a tím podporovat jejich rovnovážné ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární percepce nám umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy, a tím nás informuje o naší poloze a pohybu v prostoru. Friedlová (2015) poukazuje na problematiku následujících problémů, pokud je změna polohy těla minimální: nauzea (pocit na zvracení), kolaps, bolesti hlavy, poruchy orientace, zvýšené svalové napětí apod.

Vestibulární stimulace je indikována především u lidí, kteří jsou imobilní déle než 3 dny, mají omezenou pohybovou aktivitu, jsou neklidní, nečinní, agresivní vůči okolí apod. Vestibulární stimulaci lze aplikovat pomocí kontaktu terapeuta nebo bez tělesného kontaktu s terapeutem. Vlastní aktivitu klienta můžeme podporovat tím, že se sám odráží na houpačce či trampolíně. Zde se může vestibulární stimulace kombinovat se somatickou stimulací, a to tím, že se klient sám odráží a tím se pohupuje ve vaku či na trampolíně. Dle konceptu bazální stimulace lze klienta napolohovat na trampolíně nebo houpačce do poloh hnízda či mumie, a tím se vestibulární stimulace kombinuje se somatickou stimulací. Pozice na trampolíně umožňuje vnímání dost výrazných stimulů ze svého těla. Stačí sebemenší pohyb a plátno se rozkmitá. Klient díky tomuto kmitání a tlaku podložky do svého těla vnímá sebe sama (Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace ©, 2010).

4.4 Nástavbové prvky bazální stimulace

Nástavbové prvky bazální stimulace jsou členěny dle pěti lidských smyslů – sluch, zrak, chuť, hmat a čich.

4.4.1 Auditivní stimulace

Vitásková (2010) uvádí, že sluchové vnímání hraje stěžejní roli v životě každého jedince. Má vliv na duševní, tělesný, řečový i rozumový vývoj. Jedná se také o velmi zkoumanou oblast právě kvůli své důležité roli v životě každého jedince. Sluch má také výrazný vliv na komunikaci mezi lidmi a navazování mezilidských vztahů. Je také základní jednotkou pro rozvoj řeči u každého jedince. Neslyšící jedinec tedy není schopen komunikovat verbálně. Lidé, kteří jsou neslyšící od narození, mají dle Slowíka (2007) sice vytvořené různé kompenzační schopnosti, ale sluchový handicap má u nich tyto nežádoucí dopady:

- komunikační bariéra, kdy je narušený vývoj řeči, omezená schopnost porozumět ostatním,
- deficit v orientačních schopnostech, např. člověk si nemůže sluchem doplňovat zrakovou orientaci,
- psychická zátěž (život neslyšících v tichu),
- omezení sociálních vztahů,
- negativní vliv na vývoj myšlení, které vychází z řeči (přemýšlíme vždy v pojmech a pro rozvoj myšlení je důležitá vnitřní řeč, která se u jedinců od narození neslyšících nevyvíjí).

Friedlová (2015) uvádí, že lze využívat auditivní stimulaci z různých důvodů, např. snaha navázat s klientem kontakt, nebo mu předat informace. Díky tomu můžeme u klienta pomoci vybudovat pocit bezpečí a jistoty. Auditivní stimulaci je možno provádět individuálně i skupinově. Důležitým prostředkem pro auditivní stimulaci je řeč. Formy jsou různé – rozhovor, vyprávění, reprodukce řeči ze záznamu.

Muzikoterapie

„Muzikoterapie je léčebná metoda používající jako terapeutického prostředku hudbu. Hudba ovlivňuje vegetativní funkce – srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motoriku, termoregulaci apod. (Hanák et al., 2011, s. 57). Kantor et al. (2009) poukazuje, že muzikoterapie by měla být prováděna kompetentní osobou, která

má v této oblasti dostatečnou kvalifikaci. Je nutná také profesionální příprava. Po klientech, kteří užívají tuto terapii, se nevyžaduje žádné hudební vzdělání. Franiok (2009) klade v této terapii především důraz na senzomotorické vnímání v kontaktu se sebou a okolím. Skrze hudební vnímání se klient více soustředí na emocionální a také tělesné prožívání., abychom prostřednictvím hudby, kterou terapeuticky použijeme, dosáhli zlepšení stavu klienta. Dle Zeleidové (2007) je podstatou muzikoterapie dosažení zlepšení stavu u klienta prostřednictvím hudby, kterou terapeuticky použijeme, a to s cílem rozšíření vnímání okolí, posílení klientovy sebeúcty a aktivizace klientovy komunikační rezervy.

4.4.2 Optická stimulace

Dle Friedlové (2015) nám zrak umožňuje schopnost orientovat se v prostoru a místě, který je kolem nás, poznávat lidi a předměty, vnímat své okolí a prostředí, ve kterém se klient nachází, dodávat pocit jistoty a umožnění učení se. Změnu zrakového vnímání lze rozpoznat podle různých jevů, např. člověk má omezené vnímání prostorů ve svém okolí, nedokáže vidět detaily, nevidí celé předměty, má poruchy ve vnímání polohy předmětu v prostoru a ve vztahu ke svému tělu, těžká koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou. Zrakový vjem je společně se sluchem nejtěžejnějším využívaným smyslem. Díky němu poznáváme okolní svět a navazujeme s ním komunikaci. Zrakem dokáže člověk rozpoznávat předměty okolo sebe a orientovat se v prostoru. Při zhoršení zraku volíme aktivity tak, abychom dali klientovi možnost rozpoznat, zda je den nebo noc, používáme barevné věci jako kontrast s bílými zdmi v místnosti a vybíráme podněty, které jsou pouze světlé nebo pouze tmavé.

4.4.3 Olfaktorická stimulace

Trojan et al. (2003) uvádějí, že čich a chuť jsou smysly, které dovedou rozpoznat chemické látky. Čichová sliznice je umístěná v dorzální a zadní části dutiny nosní. Receptory v čichové sliznici jsou obklopeny hlenem. Pro čichové vnímání rozpoznáváme dva prahy: práh, kterým vnímáme je spuštěn nízkou koncentrací vdechované látky a práh, kterým rozeznáváme je spuštěn vyšší koncentrací vdechované látky. Buchholz, Schürenberg (2005) uvádějí, že vůně a pachy slouží u člověka k vyvolání různých vzpomínek z minulosti. Některé vůně připomínají roční období

(např. vůně perníku – Vánoce). Aplikací jiných čichových vjemů nám zase přiblíží určitou situaci (např. káva – příjemný odpočinek), nebo dovedeme rozpoznat osoby podle parfému. Také příjem potravy je propojen s nabídkami olfaktorické stimulace a z dutiny ústní pronikají vůně do nosní sliznice. Orální a olfaktorická stimulace spolu tudíž úzce souvisí. Tyto dva smysly, chuť a čich můžeme společně použít např. k výběru potravy. Friedlová (2015) uvádí, že než začne používat olfaktorickou stimulaci u klienta, zjistí, které vůně má klient rád. Při použití vůně, která je klientovi nepříjemná můžeme vyvolat negativní emoce, a klient nepřijme žádné stimuly a nedojde tudíž k navazování žádného kontaktu.

4.4.4 Orální stimulace

„Latinský název úst je ór, vše, co má do činění s ústy, tedy nazýváme orální. Orální stimulace je širokospektrální pojem, který obsahuje:

- *stimulaci chuťového vnímání*
- *aktivizaci, stimulaci a zapojení perorálních vjemů, které jsou spojené s příjmem potravy (čichové, hmatové, somatické, akustické a optické vjemy)*
- *stimulaci senzoriky dutiny ústní*
- *stimulaci polykání, podporu příjmu potravy*
- *zajištění korektní pozice při příjmu potravy, aby bylo umožněno zpracování sousta a polknutí*
- *stimulaci řečových funkcí“ (Friedlová, 2015, s. 120).*

Gangale (2004) uvádí, že pro přijímání potravy a polknutí je stěžejní i správné držení těla. V různých částech těla může svalový tonus zapříčinit kolísání svalové kontroly a ovládnutí svalů při provádění orálně-motorických úkonů (sání, příjem potravy, polykání). Dle Friedlové (2015) je cílem orální stimulace přenesení vjemů klientovi z dutiny ústní. Známkou stimulace vnímání u klienta je zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní. Tato stimulace je velice přínosná u klientů, kteří už nemohou přijímat potravu ústy. Pro tyto klienty jsou chuťové prožitky výrazným faktorem, který posiluje kvalitu jejich života. U této formy stimulace jsou dány předpoklady pro správnou a úspěšnou orální stimulaci. Klienta uložíme do polohy, která mu bude příjemná a po celou dobu stimulace pozorně sledujeme klienta a jeho reakce. Orální stimulaci nelze aplikovat při únavě klienta. Sedlářová et al. (2008) uvádějí, že orální stimulace může být spojena i s péčí o dutinu ústní. Ke klientovi přistupujeme při této terapii ze strany, abychom v něm nepodnítili pocit strachu. Tento strach

by způsobil zvýšení svalového napětí v oblasti dutiny ústní. Je příhodné ho při začátku stimulace informovat iniciálním dotekem. Při péči o dutinu ústní se vyvarujeme používání kovových nástrojů (pinzet, peánů). Tyto nástroje mohou klientům připomínat např. zákrok u zubaře a může to být pro ně velmi stresující. Používáme spíše vatové nebo molitanové štětičky. Terapeut si musí uvědomit, že ústa člověka jsou na lidském těle jedním z nejintimnějších míst a invazivní vstup do nich může vyvolat nepříjemné pocity, které dá klient najevo např. semknutím úst. Friedlová (2015) uvádí, že chuťové prvky volíme dle biografické anamnézy klienta, která spočívá v tom, že zjistíme, jaké chutě má nejraději, a ty při stimulaci používáme. Před začátkem této terapie také zjistíme, zda nemá klient v ústech nějaké defekty (např. rány dekubity, defektní zuby).

4.4.5 Taktilně-haptická stimulace

Friedlová (2015) uvádí, že lidská ruka má schopnost rozeznat předměty, které uchopuje. Takto se během života ukládají do paměti taktilně-haptické zkušenosti. Ve vrstvách kůže jsou umístěny mechanoreceptory reagující na pohyb a tlak. Nedostatek taktilně-haptických podnětů vede ke slabé aktivizaci senzorické i motorické oblasti v mozkové kůře. Klienti s omezenou možností používání horní končetiny mají omezenou schopnost poznávání okolního světa i sebe sama. Pak je potřeba zahájit stimulaci horní končetiny. Může se jednat o povzbuzující nebo zklidňující somatickou stimulaci. Klient si je poté schopen uvědomit funkci horní končetiny, což je důležité pro další práci. Mezi předměty používané při taktilně-haptické stimulaci patří oblíbené předměty klienta, u dětí to mohou být oblíbené hračky. Dále se užívají předměty z každodenního života, hygienické předměty, předměty související s výkonem povolání nebo předměty, které lze nahřát nebo chladit. Známé a oblíbené předměty pomáhají stimulovat paměť. Je to prospěšné zejména u dětí ve vigilním kómatu.

5 Cíle práce a výzkumné otázky

5.1 Cíle práce

1. Zjistit, jakým způsobem využívá bazální stimulaci vybrané zařízení u dětí s postižením.
2. Zjistit, jakých výsledků bylo u vybraných dosaženo prostřednictvím bazální stimulace.

5.2 Výzkumné otázky

V souladu s cíli práce byly stanoveny těchto pět výzkumných otázek:

1. Jaký je Váš pracovní profil ve vztahu ke konceptu bazální stimulace?
2. Jaká je míra využití konceptu bazální stimulace v Centru BAZALKA, o. p. s.?
3. Jaké konkrétní užití technik konceptu bazální stimulace je aplikováno v Centru BAZALKA, o. p. s.?
4. Jaký je pro klienta celkový přínos využití technik konceptu bazální stimulace?
5. Je koncept bazální stimulace obvykle kombinován s dalšími terapeutickými metodami a je nedílnou součástí pedagogicko-ošetrovatelského procesu?

5.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce a výzkumných otázkách

Výzkumné otázky byly rozděleny do pěti oblastí:

- první oblast podrobněji informuje o respondentech, o jejich vzdělání, o pracovní pozici a její náplně, prvním kontaktu s konceptem bazální stimulace a jaké typy kurzů bazální stimulace respondent absolvoval,
- druhá oblast se zabývá mírou využití konceptu bazální stimulace v Centru BAZALKA, o. p. s., kolik klientů Centrum BAZALKA, o. p. s. v současné době má a kolik klientů využívá koncept bazální stimulace,
- třetí část pojednává ve snaze zjistit, jak je možné indikovat bazální stimulaci, jaké konkrétní techniky se v praxi uplatňují, jaké pomůcky jsou k těmto technikám využívány a jestli jsou naplňovány centrální cíle pro úspěšné zvládnutí celistvého konceptu bazální stimulace,
- čtvrtá oblast zkoumá reakce klientů na provedenou bazální stimulaci ve všech třech základních prvcích bazální stimulace, které spočívá v pohybu, vnímání a komunikaci.

Jak se klient v oblasti komunikace, verbální i nonverbální, projevuje? Jak může terapeut získat zpětnou vazbu od klienta?

- pátá oblast se zabývá teorií, že koncept bazální stimulace je součástí pedagogicko - ošetrovatelského procesu, které může být kombinováno s dalšími terapeutickými prvky a jaké mohou být výhody/nevýhody kombinace konceptu bazální stimulace s ostatními terapeutickými prvky.

6 Metodika výzkumu

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na nastavenou metodu výzkumné činnosti a jejího směru byla zvolena skupina respondentů - zaměstnanců Centra BAZALKA, o. p. s., a to zejména z tohoto důvodu: Centrum BAZALKA, o. p. s., je certifikovaným pracovištěm pro Koncept Bazální stimulace a v současné době přímo v Centru BAZALKA, o. p. s., probíhá další vzdělávání nejen zaměstnanců, především v rámci konceptu Bazální stimulace, sexuality lidí s mentálním postižením a problematiky přístupu ke klientům s poruchou autistického spektra. Informace o Centru BAZALKA, o. p. s. lze nalézt v Příloze č. 4.

V převážné míře praktikují koncept Bazální stimulace zaměstnanci Centra BAZALKA, o. p. s., a rodiče jakožto další možná skupina respondentů oslovena nebyla, protože z uvedeného předvýzkumu bylo zjištěno, že rodiče nejsou z pohledu zjišťovaných informací důležitou skupinou respondentů. Dle zjištěných informací rodiče koncept Bazální stimulace převážně nepraktikují. Vypovídací hodnota takto provedeného výzkumu tedy nebyla omezena absencí této skupiny respondentů. Pro výběr respondentů byla uplatněna tato rozhodující kritéria:

- pracovní zkušenosti se žáky s postižením,
- zkušenosti s konceptem Bazální stimulace,

Rozhovorů se účastnilo celkem 5 pracovníků Centra BAZALKA, o. p. s.

6.2 Použitá metodika

S ohledem na stanovené cíle, rozsah skupiny respondentů a velikost Centra BAZALKA, o. p. s., byl zvolen výzkum kvalitativního typu.

Hendl (2016) uvádí, že neexistuje uznávaný způsob jak vymezit kvalitativní výzkum. Negativně se k definici vyjádřili Glaser a Corbinová (1989), kteří za kvalitativní výzkum považují „jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace“ (Glaser a Corbinová, 1989, in Hendl, 2016, s. 45).

Přesto s tímto vymezením mnoho autorů nesouhlasí, protože podle nich jedinečnost tohoto typu výzkumu nespočívá jen v absenci čísel. V rámci kvalitativního výzkumu výzkumník typicky vybírá na začátku výzkumu téma a následně si určí základní výzkumné otázky. Tyto otázky mohou být upraveny v průběhu sběru a analýzy dat, tak aby lépe odrážely potřeby daného výzkumu. Sběr dat a jejich následná analýza

v kvalitativním výzkumu probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník vstupuje do výzkumu pouze s hrubou představou směru výzkumné činnosti, kterou následně na základě sběru a analýzy dostupných dat může upravit směřování dalšího výzkumu (Hendl, 2016).

S ohledem na zvolené téma výzkumu a předpokládanou skupinu respondentů byla zvolena metoda polostandardizovaného rozhovoru. Dle Hendla (2016) lze kvalitativní dotazování provádět dvěma krajními způsoby, a to s přesně danou strukturou otázek nebo naopak zcela volnou formou bez předem určených otázek. Střední cestou mezi oběma uvedenými způsoby je forma tzv. polostandardizovaného rozhovoru, který se vyznačuje „*definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací*“ (Hendl, 2016, s. 168).

Po zvolení metody polostandardizovaného rozhovoru byly připraveny níže uvedené výzkumné otázky s předpokladem úpravy znění otázek, případně doplnění dalších vhodných otázek dle průběhu rozhovoru. Zároveň byl na konci každého rozhovoru ponechán prostor pro doplnění podstatných informací ze strany respondenta.

6.3 Zpracování dat

Během provádění rozhovorů dle osnovy rozhovoru (Příloha č. 3) byl obsah sdělení respondentů zaznamenán doslovně na poznámkový aparát.

Následně bylo při prvním průchodu přepsaných rozhovorů využito tzv. otevřené kódování. Při tomto postupu je přidělováno označení slovům, odstavcům či celým pasážím textu v závislosti na jejich tematickém obsahu. Otevřené kódování textu probíhá vyhledáním a označením zajímavých jevů, frází, slov nebo vět. Takto vyhledané pasáže jsou „okódovány“ pojmem, který se dále může zařadit do kategorie a pojmenovat (Hendl 2016).

7 Výsledky

Tabulka č. 1 A Vzdělání a pracovní pozice respondentů

Respondent	Nejvyšší ukončené vzdělání	Obor	Pracovní pozice v Centru BAZALKA, o. p. s.
R 1	bakalářské studium	speciální pedagogika – vychovatelství	třídní učitelka v mateřské škole
R 2	magisterské studium	sociální práce	asistent pedagoga v mateřské škole speciální
R 3	středoškolské vzdělání	propagační výtvarnictví	pracovník v přímé péči v sociálních službách
R 4	bakalářské studium	sociální práce ve veřejné správě	pracovník v sociálních službách, osobní asistent klientů
R 5	bakalářské studium	speciální pedagogika raného věku	pracovník v sociálních službách

Zdroj dat: vlastní šetření

Tabulka č. 1 B Náplň práce respondentů

Respondent	Náplň práce
R 1	přímá práce s klienty (přebalování, krmení, příprava jídla, práce u stolečku)
R 2	individuální a společná práce s dětmi částečně i povinnosti pracovníka v sociálních službách příprava na vyučování, příprava úkolů, vymýšlení nových úkolů, vytváření pracovních sešitů
R 3	obsluha klientů
R 4	pomoc s hygienou/přímé vykonání hygieny pomoc při stravě (příprava, napomáhání, krmení) aktivizační činnosti pomoc během vzdělávání ve třídách příprava svačiny práce s dokumentací individuální plány kontrola a polohování klientů během nočních služeb
R 5	základní hygienické návyky aktivity volná zábava odpoledne bazální stimulace volný čas klientů, pomoc během vzdělávání ve třídách

Zdroj dat: vlastní šetření

Kategorie - Bazální stimulace

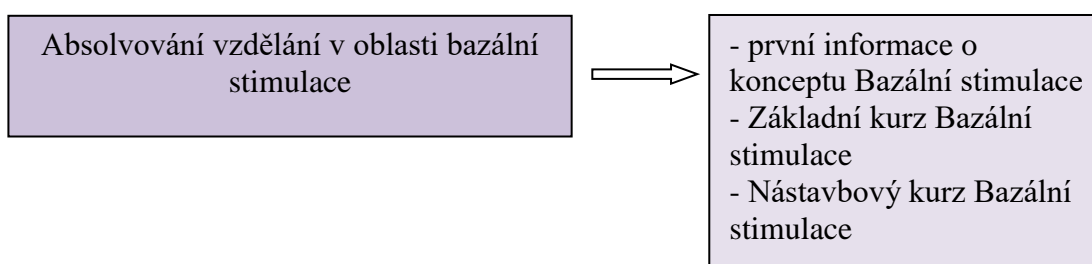
Schéma č. 1: Bazální stimulace

Kategorie

Bazální stimulace

Podkategorie

Kódy

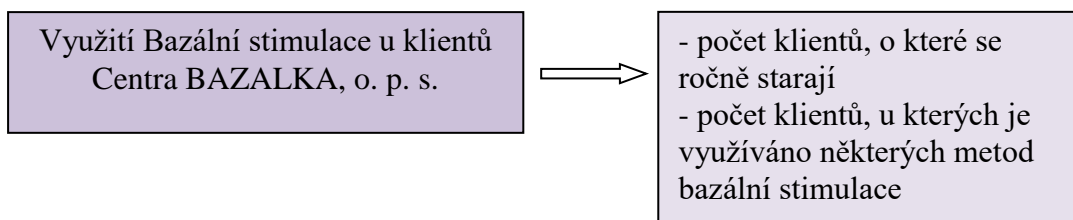


Dle odpovědí respondentů se s konceptem bazální stimulace část z nich poprvé seznámila v rámci vysokoškolského vzdělání (R1, R5), ostatní respondenti uvedli, že první kontakt s konceptem bazální stimulace zaznamenali až po nástupu do zaměstnání Centra BAZALKA, o. p. s. V této souvislosti R4 uvádí, že: „*Já jsem se o bazální stimulaci dozvěděla hlavně tady v práci. Dřív jsem neměla ani ponětí, že něco takového vůbec existuje.*“

Všichni respondenti uvedli, že absolvovali Základní kurz Bazální stimulace, protože organizace zaměstnavatele stanovuje podmínku, že všichni zaměstnanci, kteří pracují přímo s klienty (pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, speciální pedagogové, asistenti pedagogů, atd.) musí do jednoho roku od nástupu do Centra BAZALKA, o. p. s. absolvovat minimálně Základní kurz Bazální stimulace. Tato informace byla zjištěna předvýzkumem, odpovědi respondentů ji potvrzují. Z dotazovaných respondentů buď již absolvovali Nástavbový kurz Bazální stimulace (R2, R3), nebo se na něj chystají (R4, R5). Respondent R1 v této věci uvádí informaci: „*...tak zatím jen ten základní, ale časem, doufám, že je v plánu, že bych měla možnost udělat si i ty další kurzy*“.

Podkategorie

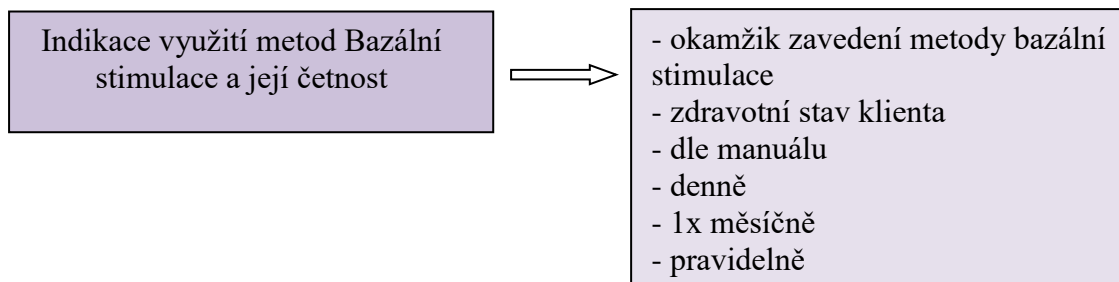
Kódy



Centrum BAZALKA, o. p. s. poskytuje sociální služby a vzdělávání. R1 a R2 shodně uvedli, že se ročně starají o 6 klientů, oba tito respondenti jsou zaměstnaní v mateřské škole speciální a oba v této třídě využívají bazální stimulaci u jednoho klienta. Naproti tomu R3, R4 a R5 jsou pracovníci v sociálních službách a přijdou do kontaktu s počtem klientů v závislosti na směnách, v kterých pracují. Dle výroční zprávy za rok 2015 Centrum BAZALKA, o. p. s. poskytuje své služby cca 42 klientům v rámci celého Jihočeského kraje ve věku 1 – 26 let. V míře využití konceptu bazální stimulace u klientů R4 uvádí, že: „...*tak okolo patnácti zhruba. Ono je to jak kdy, podle toho, jakou mám směnu, se všema určitě nepřijdu do kontaktu.*“ R4 a R5 se shodují, že průměrně využívají konceptu bazální stimulace u 4 – 5 klientů. Vyšší míra využití konceptu bazální stimulace byla zjištěna v případě R3, který uvádí, že: „...*prakticky u všech, což je asi 20 klientů, se kterými přijdu do kontaktu.*“

Podkategorie

Kódy

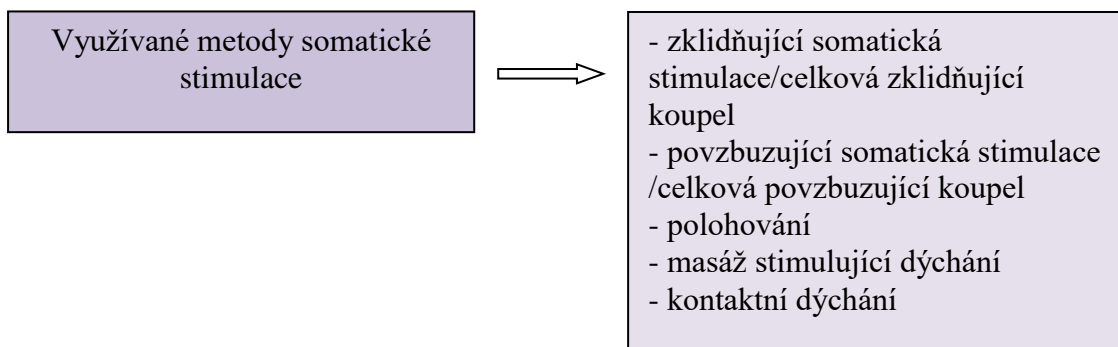


Všichni respondenti se shodli na tom, že různé metody bazální stimulace se u klienta již využívaly před nástupem respondenta do Centra BAZALKA, o. p. s., a nadále v předepsaných metodách po předchozím zaměstnanci pokračují. Ale R2 se snaží zakomponovat pro klienta také nové metody bazální stimulace a zmiňuje se o tom, že: „...člověk i různě nachází, na co klient vlastně reaguje, co je Vám příjemný i klientovi, jestli to i časově vychází.“ Dále také R2 se k otázce týkající se indikace metod bazální stimulace vyjádřila: „Primárně u mě je to, že ten klient je imobilní, tak to je to klíčový, co mě vede k tomu, že ta bazální stimulace tam bude hrát velkou roli.“ Předvýzkumem bylo zjištěno, že je pro Centrum BAZALKA, o. p. s. vytvořený interní manuál konceptu bazální stimulace, kde se zaměstnanci řídí pokyny a názornými ukázkami pro uplatnění bazální stimulace. Tento předpis je neoficiální a využíván je pouze jako vodítko pro zaměstnance. R2, R4 a R5 tuto informaci potvrzují. R4 se také zmiňuje, že: „...v rámci odpoledních směn je přímo stanovený, u jakých dětí a jaká stimulace se v ten den bude dělat, je to přesně určený, takže se to udělá...“. Všichni respondenti se shodli, že jakékoliv metody bazální stimulace provádějí každý den (např. orofaciální stimulaci a různé druhy polohování), avšak záleží na konkrétní metodě. R2 na otázku, jak často využívá metody bazální stimulace, mimo jiné, odpovídá: „...jinak rozhodně míň, než bychom si přáli. Jakože nacházíme míň času a prostoru...je fakt, že si tam hledáme nějaký ty okýnka mezi nějakými činnostmi, ževíme, že teď bude ta čtvrt hodina, tak teď udělám tohle. Protože bazálka na to není náročná, jako na věci, čas a že tu aktivitu uděláte a je to fajn. Na druhou stranu zase řešíte, abyste to dítě nepřetížila, protože ty aktivity, je tam nějaká společná aktivita, cvičení, ranní rituál, spousta jídel, zahrada a do toho cpát ještě bazálku...abychom nechtěli toho moc po těch klientech, že vlastně ty děti potřebujou taky odpočívat.“ R3,

R4 a R5 jsou zaměstnaní jako pracovníci v sociálních službách a četnost aplikace metod bazální stimulace je závislá na tom, jakou směnu mají. Proto např. R4 uvádí, že: „...když mám ranní směnu a jsem v té autistické třídě, tak tam ne. Tam se za ten den s tím nepotkám, možná až pak odpoledne při stacíku (týdenní stacionář), kdy pomůžu třeba přepolohovat klientku.“ R5 také uvádí: „...třeba jen jednou za měsíc, jak na mě vyjde směna a jak to má taky ten klient naplánovaný.“

Podkategorie

Kódy



Všichni respondenti uvedli, že využívají somatickou stimulaci. Postupně se respondenti vyjadřovali k využití konkrétních metod somatické stimulace. Ze somatických prvků bazální stimulace je nejčastěji využívaná metoda polohování (všichni respondenti) a zklidňující somatická stimulace (všichni respondenti).

R1 uvedl, že v rámci vykonávané činnosti nově využívá mikropolohování, dříve již využíval ostatní přístupy k polohování. R2 uvedl, že v rámci polohování využívá mumii, hnízdo anebo tělesné hranice. R4 upřesňuje využití metod polohování způsobem volby jednotlivých individuálních přístupů: „...*jen je potřeba si promyslet, co u toho dítěte udělám za polohování, zvláště, jestli už má nějaké dekubity...*“. R5 přednostně aplikuje polohování ve formě mumie, a to bez kombinace s jinými druhy polohování. Dle sdělených informací lze v praxi kombinovat různé přístupy v polohování, kdy u jednoho klienta je možné střídavě využívat různých poloh. Opět je zde kladen důraz na individuální přístup ke klientovi.

Aplikace zklidňující somatické stimulace byla popsána R1 následovně: „*Dále se u něj například provádí masáže, ale to já nikdy zatím nedělala...*“. R2 uvádí, že: „*masáže jsou aplikovány méně často kvůli časovým důvodům...*“. R4 v souvislosti s uplatněním zklidňující somatické stimulace popisuje důležitost správného postupu a zpětné vazby ze strany klienta: „*...na tu zklidňující koupel moc není čas, ale udělala jsem to u jedné klientky, která je úplně imobilní a ona vždycky pláče během koupání, že se jí to fakt nelíbí a já jsem jí to udělala fakt pomalu, podle toho kurzu a vůbec mi během té koupele nebrečela, ale jinak na to není moc času...*“. R5 ve věci zklidňující somatické stimulace dále uvádí: „*...zklidňující, tu dělám třeba jen jednou za měsíc, jak na mě vyjde směna a jak to má taky ten klient naplánovaný*“. R4 se dále ve vztahu

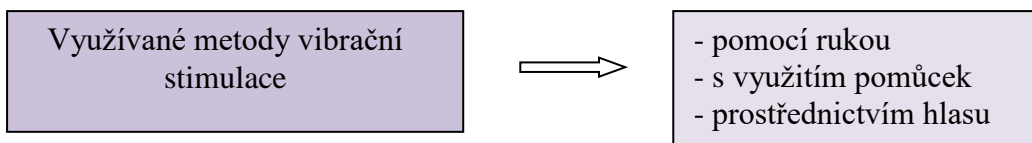
k využití somatické stimulace a nedostatku času na aplikaci metod bazální stimulace vyjádřil následovně: „...o velkých prázdninách jsme dělali tu zklidňující masáž i s olejíčkem a bylo to fajn, že byl na to klid...po té zklidňující jde na těch klientech vidět, že se uvolní.“

Poměrně překvapivě bylo zjištěno, že na rozdíl od zklidňující somatické stimulace není v Centru BAZALKA, o. p. s., využívána povzbuzující somatická stimulace. Autorka si tuto situaci vykládá tím, že s ohledem na složení klientů a převažující typ jejich postižení převládá snaha užít metod bazální stimulace k uvolnění klientů. Užití zklidňující nebo naopak povzbuzující somatické stimulace je však výrazně závislé na konkrétní diagnóze klienta a v souladu s přístupem bazální stimulace se odvíjí od jeho individuálních potřeb. R1 se zmínil v souvislosti s uplatněním masáže následovně „...dále se například provádí masáže, ale to já nikdy zatím nedělala...“. Na základě tohoto sdělení lze opět poukazovat na nezbytnost znalosti potřeb klienta a tedy i správnou indikaci této konkrétní metody bazální stimulace. Z informací zjištěných předvýzkumem pracuje R1 v Centru BAZALKA, o. p. s. prozatím krátce a neuplatňuje tedy metody bazální stimulace náročnější na správnou indikaci. R2 opětovně zdůrazňuje význam dostatku času: „Masáže (provádím) výjimečně z časových důvodů.“

Někteří z respondentů uvedli, že v praxi užívají metodu kontaktního dýchání. Poměrně často je tato metoda využívána v kombinaci s dalšími metodami. Kontaktní dýchání je vnímáno jako jeden ze vhodných uklidňujících terapeutických bazálně stimulujících prvků.

Podkategorie

Kódy



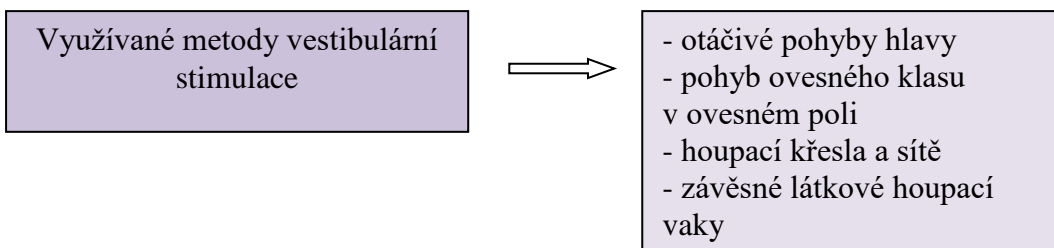
Z metod bazální stimulace byla kladně hodnocena zejména metoda vibrační stimulace. Její frekventované využití vychází v podmínkách Centra BAZALKA, o. p. s. především z její nižší časové náročnosti ve srovnání s některými jinými metodami bazální stimulace. Ze sdělení respondentů je patrný kladný vztah k této metodě, např. R2 metodu vibrační stimulace hodnotí takto: „*Vibrační stimulace je oblíbená, časově nenáročná, příjemná.*” Ze strany klientů jsou vibrační metody přijímány s patrnou pozitivní reakcí. Obdobně také R3 poukazuje na frekventované a ve srovnání s jinými metodami pravidelné využití této metody „...*při odpolední (směně) se dělají pravidelně ty vibračky a podobně*”. Stejně i R5 aplikuje vibrační stimulaci relativně intenzivně: „*Já co většinou dělám a často, tak je vibrační stimulace.*”

V případě vibrační stimulace byl jako důležitý aspekt označen zvolený druh původu vibrace. Nejčastěji se jednalo o vibrační stimulaci s využitím pomůcek (jde o hračky se zabudovanými tělesy vytvářející vibrace), často jsou vibrace vytvářeny hlasem terapeuta, méně již manuálně rukou terapeuta. R3 na otázku zjišťující druh využívané vibrace odpovídá: „*Tam to máme nastavený podle klienta, podle stavu jeho kloubu.*” R4 uvedl, že dělá vibrační stimulaci hlasem a dále poukazuje na již zmiňovaný význam indikace vyjádřením: „*Tou rukou já to nedělám, protože to moc neumím a přijde mi to moc těžký a hlavně docela fyzicky náročný. Jak já když můžu, tak radši hračkou. Ale jsou tady klienti, u kterých se to hračkou dělat nemůže.*” Fyzickou náročnost provádění vibrační stimulace manuálně potvrzuje i R5 tvrzením: „*(Stimuluji) hračkami, já to rukou neumím, to je těžký.*” Upřednostňování stimulace s využitím pomůcky dále potvrzuje také R2.

Velmi častou kombinací metod bazální stimulace je doplnění jakýchkoliv dalších metod bazální stimulace vibrační stimulací prováděnou hlasem terapeuta. Jedná se totiž o techniku, kdy jsou ruce terapeuta k dispozici pro provádění jiných metod a lze ji tak velmi jednoduše kombinovat.

Podkategorie

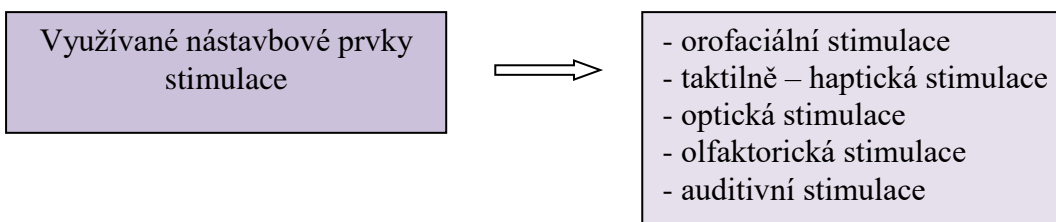
Kódy



Ve věci využívaných metod vestibulární stimulace uvádí R1, že v mateřské škole mají ve třídě závěsné křeslo a v herně je k dispozici houpací síť. R1 dále zmiňuje rozdíly mezi oběma zmíněnými prostředky vestibulární stimulace následovně: „*Je to změna té polohy a je to trochu jiné než v tom křesle..je to něco jiného...*”. R2 překvapivě uvádí, že vestibulární stimulaci vůbec nedělá. Z předchozího předvýzkumu a odpovědí jiných respondentů vyplývá, že prostředek (houpací síť) pro provádění této metody stimulace je volně k dispozici v prostorách, kde daný respondent (R2) provozuje aktivity s klienty. R4 svým vyjádřením dále podporuje již dříve zdůrazňovanou tezi o nutnosti individuálního přístupu ke klientům ve věci využití metod bazální stimulace: „*A z vestibulární stimulace děláme hodně houpání v síti, to se tady jedné klientce hodně líbí, ta se u toho i směje a to je klientka, která je plně imobilní, jen leží v posteli a přepolohovává se, a ta se do sítě dostane jen minimálně.*” R4 dále vyjádřil náročnost této metody na fyzickou kondici terapeuta: „*I ten pohyb ovesného klasu tady děláme, i když je fyzicky hodně náročný.*” Tuto skutečnost autorka práce potvrzuje na základě jejích vlastních zkušeností nabytých absolvováním základního kurzu bazální stimulace. Během demonstrace této metody na Základním kurzu Bazální stimulace bylo ze strany praktikujících osob zaznamenána nevolnost a nepříjemný fyzický pocit. R4 jako reakci na připomínku tazatele uvedl: „*No já to vlastně dělám u klientů, který mi neřeknou, jestli je jim z toho špatně. No vidíte, to mě ani nenapadlo a je fakt, že mi z toho taky nebylo zrovna nejlíp.*” R4 dále potvrdila i využívání otáčivého pohybu hlavy. R5 praktikuje houpání v síti a otáčivé pohyby hlavy. Dále zmiňuje náročnost metody ovesného klasu na fyzické dispozice terapeuta: „*No u těch velkých to moc nejde, abych si ho dala před sebe a dělala s ním klas.*”

Podkategorie

Kódy



Všichni respondenti shodně uvedli, že z nastavbových prvků bazální stimulace je v Centru BAZALKA, o. p. s. nejčastěji uplatňována metoda orofaciální stimulace. Z předvýzkumu bylo zjištěno, že orofaciální stimulace je uplatňována především u klientů, kteří mají malou tvorbu slin. R1 se k orofaciální stimulaci vyjádřila: *„Orofaciální stimulaci (děláme) vždycky před jídlem, což je tady ve školce třikrát denně, no a pak podle možností.“* R4 uvádí, že: *„...děláme orofaciální stimulaci, ale u některých klientů vynecháváme tu poslední část stimulace, protože ta část je určená pro vytvoření slin, a ta klientka, kterou mám teď na mysli, tak sama o sobě hodně sliní. Ale ta orofaciálka se dělá hlavně proto, aby ti klienti věděli, že bude nějaký jídlo, takže u této klientky se to dělá bez té poslední části jenom proto, aby věděla, že bude jíst, protože už to tak má naučený.“*

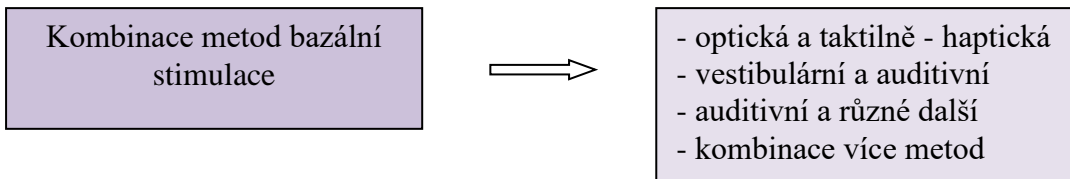
R2 se také zmiňuje o společných aktivitách v mateřské škole speciální, kde využívá nastavbové prvky bazální stimulace, jako např. taktilně - haptickou stimulaci. R4 uvádí, že: *„...teď máme tady nově hmatový chodník, tak ten se docela teď začíná využívat, ale využívá se to hlavně, myslím, v rámci rehabilitací...já jsem tam byla asi jen dvakrát s klientem.“* Dále R5 uvádí, že využívá taktilně - haptickou stimulaci v kombinaci s ostatními metodami bazální stimulace. V otázce týkající se uplatňování olfaktorické stimulace se R4 a R5 shodují, že tento typ stimulace osobně u klientů neaplikují, ale zmiňují se o aplikaci olfaktorické stimulace v rámci výuky při ranním rituálu. R4 uvádí, že: *„...tam akorát ranní rituály, že každý den mají něco jiného, třeba skořicový cukr, v některých třídách ho i ochutnávají...“*. Na otázku, proč není tato metoda v sociální péči využívána, uvádí R4: *„Jako my na to máme odpoledne tak hodinu, hodinu a půl, takže se k tomu ani nedostaneme.“* R5 potvrzuje sdělení R4 obdobným vyjádřením: *„Ne, to neděláme. Jen vím, že se to dělá pouze v rámci ranního rituálu.“* Prostředky, kterými je olfaktorická stimulace během ranního rituálu

prováděna, popisuje R2: „...máme jakoby olejíčky s obrázkama udělaný, že ukazujeme k tomu obrázky nebo máme hru nosíkovou...”.

V otázce využití metody auditivní stimulace popisuje její aplikaci R4 takto: „No to máme nějaký nahrávky, televizi, a to se jim v tý televizi pouští jen pohádky anebo v pozdějších hodinách se jim pouští Prostřeno...”. R2 uvádí další prostředky auditivní stimulace: „Máme aktivitu poslech zvuku z CD, kdy vlastně posloucháme zvuky zvířat, motorů a ještě něčeho a ukazujeme taky k tomu obrázky. Jinak klasika - posloucháme i dětský písničky, nejenom dětský, čteme knížky, zpíváme.”

Podkategorie

Kódy

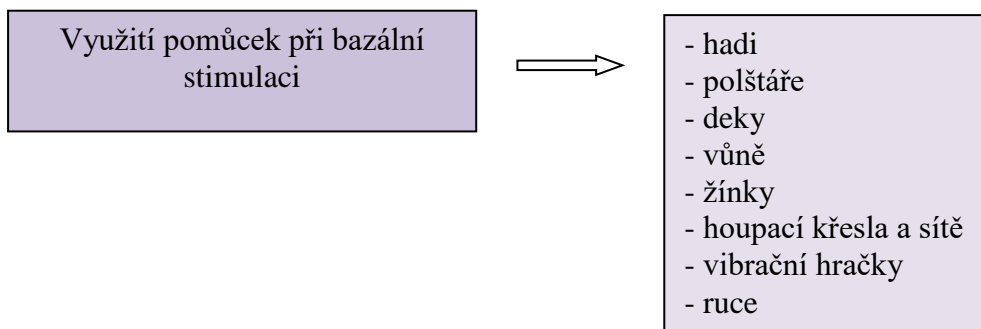


R1 se ke kombinaci různých metod vyjadřuje příkladem: „...*máme ve třídě závěsné křeslo, kde se houpeme, máme dítě položené na sobě a přitom mu třeba zpíváme, povídáme si s ním...*”. Respondent tedy využívá mj. kombinaci vestibulární stimulace (houpání v síti), kontaktní dýchání, kdy má respondent položené dítě na sobě a zároveň je aplikována vibrační stimulace hlasem, kdy si s klientem povídají anebo zpívají. Jinou kombinaci metod v podobě spojení optické a taktilně-haptické stimulace dále popisuje R4: „*Tak třeba tu zrakovou stimulaci, to mám formou té hmatové stimulace, že jsou i speciální, že se na to koukají i na ty obrazce...*”. Stejnou kombinaci lze identifikovat i z výpovědí R5: „*Ve zrakovce si třeba ukazujeme zvířátka a zároveň dělám tu hmatovku, že si na to zvířátko šáhneme, třeba když je to plyš.*” Častou kombinací je také doplnění jiných metod poslechem hudby jakožto metody auditivní stimulace, jak uvádí R5: „...*při vestibulární stimulaci jim pouštíme hudbu, takže je to všechno dohromady. Je to tam fakt někdy strašně chaotický, navíc když tam je hodně lidí do toho.*”

R4 se vyjadřuje, že optickou stimulaci kombinují s taktilně - haptickou stimulací, a to především ve snoezelenové místnosti. R5 také využívá optickou stimulaci v kombinaci s jinými prvky bazální stimulace. Dále bylo také zaznamenáno využití auditivní stimulace v kombinaci s různými dalšími metodami bazální stimulace.

Podkategorie

Kódy

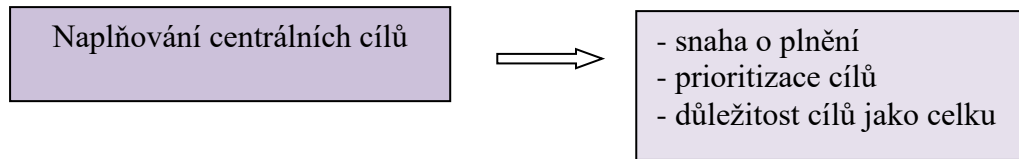


Na otázku týkající se využívaných pomůcek odpověděl R1 výčtem: „*Tak například to závěsné křeslo, houpací síť, pak máme různé vaky, pytle, takové ty hady, deky, polštáře, máme různé krémy, olejíčky, a pak takový ty drobný věci, například na bazální stimulaci máme peříčka, skleněné kuličky a tak podobně.*”

Jednotlivé pomůcky jsou používány při konkrétní aplikaci metod bazální stimulace, R1 popsal využití např. uvedeného peříčka následovně: „*(Recitujeme) básničky, který jsou nějak tématicky zaměřené, mluví se tam třeba o čele, bradě a tím peříčkem se přejíždí přes ty části těla, který zrovna říkáme. Pak jsou i na ruce, na záda, takový básničky a tím si hezky stimuluju tu část těla, o který se v tý básničce zrovna hovoří.*” R2 uvedl následující pomůcky: „*Hadi, srolovaný deky, nějaký polštáře, různý houpačky, houpací křesla, pochutiny, předměty na hmatovku, nejrůznější povrchy, hmatový chodníky...*”. Při olfaktorické stimulaci uvedl následující postup a zdůraznil tak propojení jednotlivých vjemů: „*...máme olejíčky s obrázkami udělaný, že ukazujeme k tomu obrázky...*”. Obdobně při aplikaci auditivní stimulace popsal propojení vjemů s využitím pomůcek takto: „*...(pouštíme) CD, kdy vlastně posloucháme zvuky zvířat, motorů...a ještě k tomu ukazujeme ty obrázky...*”. R3 se ve věci terapeutických pomůcek vyjádřil následovně: „*Pomůcky buď vlastní ruce nebo takový ty chlupatý rukavice, žínky, vibrační hračky, deky, vůně, různý povrchy, všechno.*” R4 a R5 uvedli téměř stejné pomůcky jako předchozí. R5 dále rozvedl oblíbenost jednotlivých pomůcek konkrétními klienty takto: „*No, nevybavuju si, že by někdo měl něco svého nebo oblíbeného.*”

Podkategorie

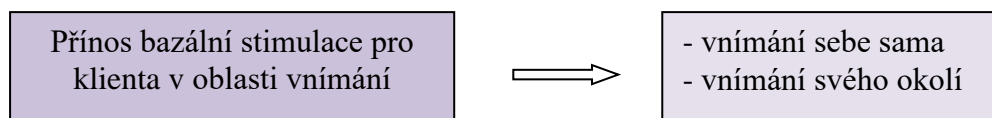
Kódy



Relativně velká pozornost byla v rámci rozhovorů věnována také zjištění, jak jsou v praxi naplňovány centrální cíle bazální stimulace. R3 uvedl, že: „*Snážíme se. Ale jsou dny, kdy to je prostě nemožný, u jídla a že je nás tu moc.*” R4 akcentoval význam některých vybraných cílů: „*Jako pro mě hodně důležitý nebo významný tam je ,Umožnit a poznat okolní svět', vlastně ty hranice svého těla, pomoci navázat vztah, poskytnout pocit jistoty a důvěry, tak tyhle body jsou třeba pro mě nejdůležitější. Umožnit vnímat sebe sama a svůj život, to taky.*” R5 naopak vyzdvihl nutnost dodržování centrálních cílů jakožto stěžejních definičních prvků prováděného konceptu bazální stimulace: „*No tak musíme to naplňovat, kdybych to nenaplňovala, tak to už asi není bazálka v tom slova smyslu.*”

Podkategorie

Kódy



Stěžejním tématem rozhovorů bylo sledování přínosů aplikace metod bazální stimulace terapeuty v oblasti vnímání klientů. R1 uvedl, že přínosy bazální simulace pozoruje a konstatuje např.: „*Tak celkově je (klient) vnímavější ke svému okolí. Fixuje očima.*” Vnímání je sledováno ve 2 směrech - klient vnímá sám sebe a klient vnímá své okolí. Na otázku, zda se aplikací metod bazální stimulace stává klient vnímavější i sám k sobě odpovídá R1: „*Předpokládám, že jo.*”

R2 dále zdůrazňuje význam rozvoje vnímání svého těla ze strany klienta, což patří k základním pilířům konceptu bazální stimulace. R2 uvádí: „*Hodně myslím na to, jakoby že fakt je důležitý, aby klient vnímal své tělo, když dělám tu bazálku.*“ Pro dosažení tohoto cíle používá nejen metody polohování, ale i dále uvádí: „*...i ty různé stimule, ted' tím myslím tu zklidňující somatickou (stimulaci) s básničkami a potom na rozvoj smyslů, já si myslím, že to je fakt důležitý, pracovat s těmi smysly.*” V rámci rozhovoru s R2 byla dále rozvíjena otázka, zda a které konkrétní smyslové vjemy jsou upřednostňovány (čich, hmat, chuť...). R2 konstatoval: „*Asi se to takhle nedá říct. Zase je to ovlivněno prací v mateřské školce, že některý ty aktivity jsou zahrnutý do společných akcí, že to děláme v kruhu. Některý děláte, jako když máte čas s tím klientem individuálně pracovat, tak na tomhle je to postavený, ne že bych u někoho preferovala nějaký smysl...v tomto případě, u toho dítěte, o kterým se bavíme, absolutně nejsem schopná tohle posoudit.*”

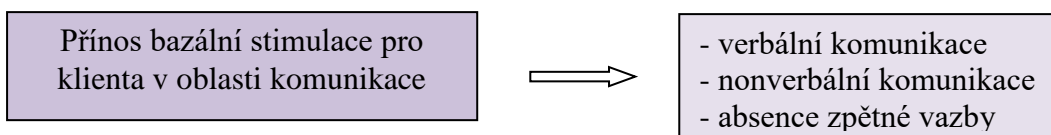
R3 se dále zmiňuje: „*No tak tam je to hlavně u toho ranního rituálu, co mají. Tam se taky využívají ty prvky bazální stimulace, tak jakože díky tomu ví, co je zrovna za den, jakou má chuť, jakou má barvu a další.*” Tento respondent subjektivně vyjádřil názor, že po využití bazální stimulace klient „*Občas líp vnímá své okolí.*”

Přínosy aplikace metod bazální stimulace popisuje podrobněji R4: „*No to jedna klientka s tím houpáním v síti, tak se jí to hodně líbí, že se i usmívá. Pak v jedné třídě měla uklidňující účinek ta canisterapie. Když jsem koupala tu klientku a zkoušela jsem tu uklidňující koupel, fakt pomalu a postupně, tak to taky třeba si myslím, že krásně*”

vnímala, to, co zrovna s ní dělám. Třeba jedné těžce postižené klientce se dávala ochutnat zmrzlina a ona se rozplakala, protože to ještě asi nikdy neměla, nikdy neměla nic studeného, vždycky se jí dává teplý jídlo.“ R4 se domnívá, že výsledkem terapie prováděné metodami bazální stimulace je zlepšení vnímání sama sebe i svého okolí, ovšem v závislosti na míře postižení klienta: „Jo, to určitě jo, ale ty imobilní klienti fakt ne.“ Podstatné informace dále sdělil R5 když vyjádřil názor, že význam aplikace některých metod bazální stimulace je problematický, a to především z důvodu absence zpětné vazby ze strany klienta. R5 uvedl: „Vnímání chutě u autistů mi přijde, že je to docela zbytečný, když jim to nevoní, tak to ani neochutnají a odsunou to...u optický stimulace zaostří ten předmět, ale nevím, jestli to má u nich přínos. Asi jak u kterýho. Třeba u těch imobilních je asi jedno, na co se koukají.“ K auditivní stimulaci dále R5 uvádí: „Podle mě ani nerozumí tomu obsahu těch slov, že jsou spíš na ty doteky. Když je pohladím po hlavě, tak je to pro ně lepší než deset slov.“ Zároveň ale R5 dodává: „No já nevím, jestli si vůbec uvědomují to svoje tělo...já nevím, jestli chápou, že to ještě ke mně patří, ta ruka nebo ten prst...mysl to rozhodně má, ale zase jak u koho, ono je to strašně individuální...oni ti klienti mi neřeknou, že to teď cítí nebo vnímá...nedokáže říct, do jaký míry mu to je příjemný nebo ne a jak to nedokáže říct, tak to je i mě nepříjemný, protože ta bazálka má pomoci a ne dělat jen to, co je napsané na papíře a prostě se to dělá. A občas je to nepříjemný i mě, že já prostě nevím.“

Podkategorie

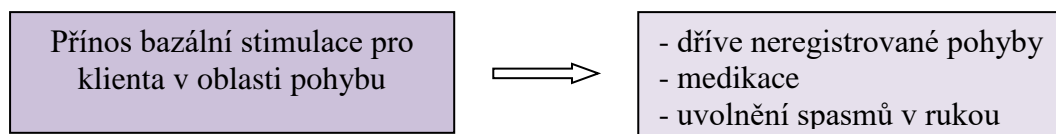
Kódy



V rámci závislosti využití metod bazální stimulace a zlepšování stavu klienta v oblasti verbální a nonverbální komunikace se R1 vyjádřil takto: „*Tak maminka jednoho klienta si myslí, že mu vlastně bazální stimulace pomáhá v rozvoji komunikace, zdá se jí celkově vnímavější a že nějakým způsobem reaguje na oslovení.*” Vzhledem k faktu, že toto předtím neuměl, může se jednat o důsledek aplikování metod bazální stimulace. R2 ve svém vyjádření však význam bazální stimulace na příkladě konkrétního klienta spíše problematizuje: „*...nejsem vůbec schopná to poznat, jestli mu to je příjemný nebo ne...protože on je imobilní a hodně málo teď reaguje na cokoliv, že ty změny u něj vidět nejsou. A v tom mám rezervy, protože mamka tohle asi vnímá víc...že třeba víc rozumí nebo vnímá víc a já to třeba tak nevnímám...takže vůbec jeho reakce nejsem schopná posoudit...často se mění ta medikace, a to chci říct, že je to taky hodně závislý potom, jak on je schopný vnímat, jak moc je třeba utlumený...furt se hledají nějaký ty hladiny, nějaká ta balance, aby to bylo nejlepší.*” R3 se spíše kloní k názoru, že je možné poznat dle verbálních nebo nonverbálních projevů klienta povahu jeho reakce na praktikovanou metodu bazální stimulace a konstatuje: „*U tý komunikace je vidět na tom klientovi, že se mu to líbí nebo ne...když vidíme, že ho to nebaví, tak jí ukončíme dřív, tu bazálku...*” Zároveň však zdůrazňuje nutnost blíže poznat klienta, jeho potřeby a komunikačních projevů v kontextu množství klientů, kterým se věnuje (tedy v podmínkách omezeného času, který může věnovat jednomu klientovi): „*...než si na to člověk přijde, tak u mě je to asi půl roku, plus minus. Ještě v tom množství klientů.*” Podobně také R5 považuje nejen verbální, ale i nonverbální projevy klientů za dostatečné projevy zpětné vazby za předpokladu schopnosti terapeuta těmito projevy porozumět: „*...když nemluví, tak ty gesta mluví za všechno, a to hodně. I u jídla to třeba poznám, že když mu dám k snídani jogurt a klient se zakření, tak je jasný, že je to na něj moc studený a poznám to, přestože nemluví...za mě je jedno gesto lepší než tisíc slov, než pořád mluvit. A většina klientů mi tady tou nonverbální komunikací něco ukáže, jen je potřeba naučit se to vnímat.*”

Podkategorie

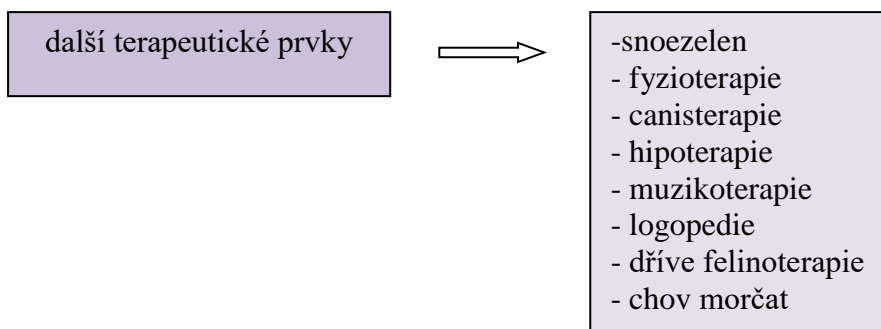
Kódy



Další stěžejní oblastí přínosů pro klienta vázaných na aplikaci metod bazální stimulace, mj., jsou přínosy v oblasti pohybu. Při uplatňování metody bazální stimulace R1 vysledoval, že se klient snaží mírně nadzvednout hlavu, přičemž to předtím klient nezvládl. Dále se R1 vyjádřil, že: „...*při orofaciální stimulaci je tam pak celkově větší pohyb úst.*” Také R3 sledováním klienta zjistil, že v oblasti pohybu došlo ke zlepšení: „*Je to vidět (pohyb), a dost je to vidět. A po zklidňující masáži je zase takový unavenější, je to dost znát.*” R2 ale poukazuje na to, že vše je závislé na tom, jak je právě klient medikován, kdy při změně medikace může být klient pasivní a dochází k potlačení pozitivních přínosů bazální terapie. R4 doplňuje, že: „...*zklidňující masáž uvolňuje spasmusy v těch rukou...*”.

Podkategorie

Kódy

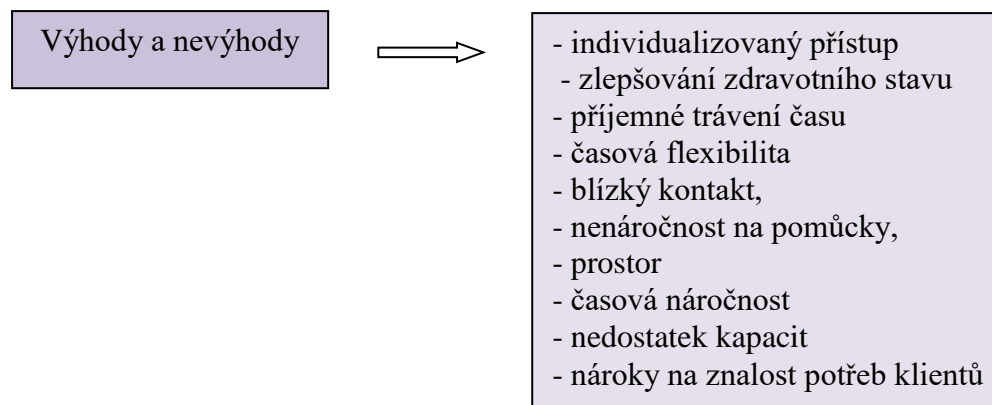


Všichni respondenti shodně uváděli využití dalších terapeutických prvků, jako např. snoezelen, fyzioterapie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, logopedie, dříve také felinoterapie, také bylo zjištěno, že Centrum BAZALKA, o. p. s. chová morčata. R2 popisuje průběh terapie tak, že klienti si morčata pohladí, zkusí jim dát nějaký pokrm a pozorují je. R2 se také zmiňuje o canisterapii, kdy pes pracuje i s imobilními klienty, např. díky canisterapeutickému výcviku mohou klienta položit na zvíře, mohou se psem aportovat, krmit jej nebo ho česat. R2 dodává, že canisterapie se velmi dobře propojuje s řadou metod bazální stimulace.

Všichni respondenti rovněž uvedli, že se koncept snoezelen využívá i s kombinací konceptu bazální stimulace, s výjimkou R5, kdy upřesňuje: „...já osobně tam nechodím, ale ostatní to (snoezelenová místnost) docela využívají. Třeba u autistů je tam docela problém s nimi být, vždycky je tam na ně moc velká tma nebo hluk, moc světla. Vždycky se něco najde. Ale myslím, že tahle kombinace je dost dobrá”. R2 dodává, že „...je to přesně jeden z cílů, na který bychom si měli nacházet čas, i toho klienta tam vzít samotného...”.

Podkategorie

Kódy



Na úvod této podkategorie je potřeba konstatovat, že účelem zjištění nebylo porovnávat výhody a nevýhody metod bazální stimulace a jiných terapeutických prvků jakožto možné alternativy. Každá z praktikovaných metod musí vycházet z konkrétní situace, konkrétních potřeby klienta a konkrétních podmínek (kapacity, zkušenosti personálu, znalost klienta...). Identifikované výhody a nevýhody tak mohou být pouze jakýmsi vodítkem pro volbu vhodné struktury terapeutických metod daného pracoviště.

V uvedené podkategorii figuruje vyjádření R1, který za nevýhodu metod bazální stimulace považuje časovou náročnost a nedostatečné personální kapacity. Naopak jako výhody spatřuje v určitých případech možné zlepšování celkového zdravotního stavu a obecně vytvoření příjemného způsobu trávení volného času. R2 jako výhodu konceptu vidí časovou flexibilitu, kdy může aplikovat časově méně náročné metody kdykoliv jek tomu prostor v časovém rozvrhu terapeuta, dále pak blízký kontakt s klientem, nenáročnost na používané pomůcky a prostor vyžadovaný k provádění terapie. R3 konstatuje, že: „*Nejde tu mluvit o výhodách a nevýhodách, ale musí se to správně použít. Nebudu používat psa, když chci s klientem začít jíst. Musí se to kombinovat. Kdyby byl ten klient jenom na bazální stimulaci, tak tady u nás konkrétně to možný není.*” Vyšší personální nároky jako nevýhodu konceptu bazální stimulace v současném stavu zařízení ve své odpovědi uvedl i R4: „*Tak jelikož je každý ten klient jinej, má jiný potřeby, tak v tomhle je to asi těžký, splnit ty jeho potřeby. Je nás na tohle v tomto směru v podstatě málo, těch zaměstnanců.*” R4 dále ještě zmínil nutnost personální kontinuity s ohledem na znalost klientů - nově příchozí zaměstnanci se nejdříve dlouhou dobu s klienty poznávají, než jsou schopni kvalitně a účinně provádět metody bazální

stimulace s ohledem na potřeby klienta. R4 dále zevrubně popisuje náročnost požadavku na individualizovanou péči o klienta, která klade vyšší nároky na organizaci práce v terapeutickém zařízení. Jako výhody uvádí R4: *„Tak já to vnímám tak, že jim to uvolňuje nějaký to svalový napětí, že díky tomu mají kontakt se svým tělem a poznávají hranice svého těla, že je to i zklidní.“*

R5 obdobně jako předchozí respondenti uvedl časovou a tedy i personálně-kapacitní náročnost metod bazální stimulace a dále již zmiňovanou problematickou zpětnou vazbu ze strany klienta: *„Sice zaměstnanců je tam dost, ale abychom se mohli těm klientům plnohodnotně věnovat, tak by fakt chtělo, aby tam byl jeden na jednoho. Další nevýhodou je to, že se někdy nedá na tom klientovi poznat, jestli se mu to líbí nebo ne anebo na kterých místech mu to je příjemný a kde už mu zasahuju do intimní zóny.“* Jako výhody pak R5 uvádí: *„...stimuluji a rozvíjím všechny jeho části těla, zažívá pocit, že se mu někdo věnuje a je někým přijímán, že se hodně klade důraz na individualitu a jeho potřeby, v tom vidím jako obrovský plus.“*

8 Diskuze

S využitím informací o konceptu bazální stimulace získaných v teoretické části práce byla provedena diskuze hlavních zjištění z realizovaného průzkumu. Úvod diskuze se nejdříve zabývá zhodnocením kontextových informací týkajících se osob respondentů a jejich vztahu ke konceptu bazální stimulace. Následně jsou diskutovány časové aspekty aplikace metod konceptu bazální stimulace, dále pak jednotlivé metody a jejich přínos.

Polostandardizované rozhovory byly provedeny s celkem 5 zaměstnanci Centra BAZALKA, o. p. s. Celkem 4 zaměstnanci uvedli, že jsou absolventy vysokoškolského vzdělání v pedagogickém nebo sociálním směru, zbývající respondent má středoškolské vzdělání v uměleckém směru. Lze tedy konstatovat, že uvedení 4 respondenti disponují předpoklady v rovině vzdělání pro praktickou činnost v Centru BAZALKA, o. p. s. Zároveň bylo zjištěno, že (viz tab. 1A).

Obecnou znalost konceptu bazální stimulace respondenty před jejich působením v Centru BAZALKA, o. p. s. dokumentuje fakt, že tři respondenti z pěti se o bazální stimulaci dozvěděli až při nástupu do Centra BAZALKA, o. p. s. (viz tab. 1A). Z této informace vyplývá, že uchazeči o zaměstnání v tomto zařízení někdy ani nemají jakékoliv povědomí o tomto konceptu. Koncept, po kterém se zkoumané centrum jmenuje, je spíše vnímán jako specifikum, nadstavba či snaha odlišení se od obdobných zařízení.

Přestože je Centrum BAZALKA, o. p. s., pojmenováno přímo podle konceptu bazální stimulace, je tento v péči o klienty využíván jako součást terapeuticko-ošetrovatelské praxe s tím, že se na koncept více zaměřují než jiná zařízení. Tento fakt je plně v souladu s chápáním konceptu bazální stimulace jako vysoce individualizované péče, kdy se míra využití metod konceptu odvíjí od potřeb daného klienta (např. Fröhlich, 1998). Jako důležité se jeví také zjištění, že i v této organizaci jsou klienti, u kterých se bazální stimulace neuplatňuje.

Důležitou součástí dalšího vzdělávání pracovníků Centra BAZALKA, o. p. s., je absolvování minimálně Základního kurzu Bazální stimulace, a to do 1 roku od nástupu do zaměstnání. Dále se někteří zaměstnanci zúčastnili Návšobového kurzu Bazální stimulace (viz tab. 1A).

Tři respondenti uvedli zařazení na pracovní pozici v sociálních službách a dva další v pedagogické činnosti Centra BAZALKA, o. p. s. Lze tedy konstatovat, že složení

výběrového souboru je dostatečně reprezentativní z pohledu vykonávaných činností organizace (viz tab. 1B).

Ze zjištěných informací lze říci, že míra využití bazální stimulace se u jednotlivých zaměstnanců v sociálních službách odvíjí od toho, jakou směnu vykonávají. Častější využití metod konceptu bazální stimulace bylo reportováno v odpolední směně, kdy neprobíhá tolik pravidelných a skupinových aktivit jako ve směně ranní.

Jako nejvýznamnější faktor ovlivňující míru využití konceptu bazální stimulace v praxi byla tedy identifikována omezená časová dotace individuální (a tedy i individualizované) péče o klienty.

Způsob nastavení práce s klienty v rámci sociálních služeb Centra BAZALKA, o. p. s. neumožňuje průběžný dohled nad péčí věnovanou jednotlivým klientům. O daného klienta v průběhu času pečují různí zaměstnanci (systém směn v případě sociálních služeb). Z pohledu uplatnění konceptu bazální stimulace lze toto spatřovat jako rizikové z důvodu potenciálně problematického přenosu informací mezi jednotlivými zaměstnanci pečujícími o daného klienta může být limitován.

Z teorie konceptu bazální stimulace, že zásadní důraz je kladen na individualizovaný přístup ke klientovi, znalost jeho biografické anamnézy a bližší znalost jeho charakteru oblíbených činností, nálad atd. Právě systém směn může omezit předávání informací o daném klientovi, a to může vést k eliminaci pozitivních účinků aplikovaných metod bazální stimulace.

Na základě informací zjištěných v rámci výzkumné činnosti lze nepřímo vyvozovat, že využití konkrétních metod konceptu bazální stimulace je závislé na personálních otázkách. Myšleno je tím to, že indikace konkrétních metod byla v některých případech provedena dřívějšími zaměstnanci a další zaměstnanci je převzali bez hlubšího povědomí o způsobu indikace a důvodu jejich využití metod. Tento fakt lze vnímat jako rizikový v kontextu upozornění Friedlové (2015), která uvádí, že analýza klientových schopností a integrace prvků do péče má probíhat ve spolupráci s celým terapeutickým týmem a jeho blízkými.

Ze zjištění výzkumné činnosti vyplývá, že v praxi jsou metody bazální stimulace využívány převážně v kombinaci s jinými metodami, je obtížné přesně vymezit, jaká metoda a v jaké intenzitě je využívána v konkrétní péči o konkrétního klienta. Toto je zcela v souladu s konstatováním Fröhlicha (1998), který uvádí, že není možné uplatňovat v péči o člověka s postižením standardizovaných postupů a dále, že koncept

bazální stimulace není přesně určenou terapií nebo pedagogickými zásahy, ale pouze volně vymezenými tezemi, které jsou dále uzpůsobovány a vyvíjí se.

Zásadní roli ve využití konkrétních metod dále hraje zpětná vazba ze strany klienta (spokojenost klienta, absence negativních dopadů, ...), která může vést k upuštění některé z aplikovaných metod či naopak využití metod jiných.

Metody bazální stimulace nejsou v praxi aplikovány tak často, jak by bylo vhodné a přínosné pro klienty, a to z časových důvodů. Jestliže jsou jednotlivé metody méně časově náročné, bylo pozorováno jejich častější využití. Bazální stimulace je obecně časově náročný koncept péče o klienty a z toho vyplývá, že předpokladem pro kvalitní poskytování péče formou bazální stimulace je nezbytná dostatečná časová dotace. Toto však souvisí s obecným problémem v systému poskytování péče v České republice, a to konkrétně vyššímu vytížení zaměstnanců, kteří se musí věnovat většímu počtu klientů. Koncept bazální stimulace je jistě moderním přístupem péče o klienty, k jehož intenzivnějšímu využití a dalšímu rozšíření v České republice brání výše zmíněná omezená časová dotace v poskytovaných službách. Lze se domnívat, že zvýšením časové dotace na jednoho klienta by byly metody bazální stimulace využívány mnohem intenzivněji. Jednotlivé metody bazální stimulace by byly lépe indikovány a přístup by byl více individualizovaný.

Kromě dostatku času je pro terapeuty důležitá odbornost, zkušenost, znalost konkrétních metod či schopnost kombinovat jednotlivé metody v omezeném čase.

Metody bazální stimulace ze své podstaty vyžadují náležité rozpoložení, fyzický i psychický stav terapeuta takový, aby byl jeho pozitivní přínos pro klienta. Terapeut pod nátlakem není kompetentní k provádění většiny metod bazální stimulace. Existuje zcela zřejmá a intenzivní vazba mezi terapeutem a klientem.

Kvalitní provedení bazální stimulace je závislé na dostatku času. Z odpovědí respondentů vyplývá, že než dělat nekvalitně, možná by bylo lepší nedělat bazální stimulaci vůbec.

Jedna z metod bazální stimulace je vibrační stimulace. Vibrační stimulace rukou je těžká a je k tomu zapotřebí fyzické zdatnosti terapeuta, dobrý zdravotní stav klienta (především jeho kloubů). Stejně jako u jiných metod je i v případě aplikace vibrační stimulace nutné nalézt pohodlnou polohu, která bude vyhovovat všem účastníkům terapie (Friedlová, 2015). Někteří respondenti uvedli, že je vibrační stimulace velmi využívaná a u klientů oblíbená, ale k vibrační stimulaci využívají především vibrační polštářky. Tento využívaný druh stimulace je jedním z nejvyužívanějších metod bazální

stimulace. Mechanické vytváření vibrací s využitím pomůcek (obvykle se jedná o hračky se zabudovanými tělesy vytvářejícími vibrace) lze využít u klientů méně citlivých na podněty, naopak metoda vytváření vibrací hlasem či manuálně se jeví jako citlivější pro klienta. Toto je v souladu s konstatováním Vítkové a Pipekové (2001), které uvádějí, že jedinci s těžkým postižením nebo s více vadami mají většinou problém interpretovat dotyk jako významný kontakt a proto musí dojít k intenzivnějším podnětům.

Kvalitní využití vibrační stimulace stejně jako i jiných metod bazální stimulace je závislá na citlivé indikaci, u vibrační stimulace je tato indikace zejména závislá na fyzickém stavu klienta. Tato metoda vibrační stimulace se také hojně kombinuje s dalšími terapeutickými prvky.

Každý z respondentů volí individuální přístup k výběru vhodné metody bazální stimulace. Vždy však berou v úvahu individuální potřeby klienta, jeho reakce na poskytované podněty a v neposlední řadě musí být taková prováděná terapeutická činnost příjemná také pro samotného terapeuta, který pak kladné podněty přenáší na klienta.

Orofaciální stimulace je vedle polohování ze všech metod bazální stimulace v Centru BAZALKA, o. p. s. nejvíce využívaná. Je velice pravděpodobné, že hlavním důvodem je nižší časová náročnost těchto zmíněných metod bazální stimulace.

Nemusí se kombinovat jen prvky ze základních prvků (somatická stimulace, vibrační stimulace a vestibulární stimulace), ale také různé nastavbové prvky bazální stimulace.

V otázce kombinace více metod bazální stimulace je na základě zjištěných informací vyvozován závěr, že volba konkrétní kombinace metod bazální stimulace je zcela na terapeutovi. Ten se snaží volit takovou kombinaci metod, která maximalizuje terapeutický účinek v čase (tj. “když už je věnován čas praktikování bazální stimulace, tak jsou preferovány jednodušší a časově nenáročné metody, často se využívá více metod najednou”).

Na druhou stranu je však zásadní, aby nebyl klient přesyten podněty, aby měl každý klient dostatek času na odpočinek a aby byla bazální stimulace prováděna v soukromí (pokud jsou k tomu důvody). Jak uvádí Kalvach et al. (2011), je nutné v procesu komunikace s klientem dodržovat několik zásad, z nichž mezi hlavní patří omezení rušivých zvuků a udržování klidu.

Centrum BAZALKA, o. p. s., je ve věci pomůcek velmi nadprůměrně vybavená. Využití pomůcek je velmi časté, oblíbené. Některé metody nejsou bez pomůcek ani realizovatelné. Kvalita využitých pomůcek se může značně odrážet v kvalitě poskytované péče. Většinu metod lze aplikovat s využitím obyčejných pomůcek, záleží na schopnostech terapeuta, jeho představivosti a schopnosti improvizovat. Většina metod bazální stimulace je takového charakteru, že nevyžadují příliš specializované pomůcky, často jsou využívány předměty denní potřeby či jiné vhodné lehce dosažitelné pomůcky. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že Centrum BAZALKA, o.p.s. patří z pohledu vybavenosti k aplikaci metod bazální stimulace k dostatečně vybaveným pracovištím.

Je poměrně překvapivé, že na základě zjištěných informací nebyla identifikována existence individuálních preferencí jednotlivých pomůcek ze strany klientů. Lze tedy vyvozovat, že spíše než určité pomůcky je individualizace uplatňována v rovině konkrétní aplikované metody.

Závěrem ze zjištěných informací od terapeutů ve věci naplňování centrálních cílů bazální stimulace je fakt, že různí respondenti přistupují k jejich naplňování s různou důsledností a připisují jim různý význam. Pro některé znamenají centrální cíle nutné zásady pro vymezení uplatňovaného konceptu v celé šíři a metodické čistotě, pro jiné terapeutů naopak znamenají pouze množinu principů, z které si vybírají do své terapeutické praxe pouze ty zásady, které považují za přínosné. Lze tedy konstatovat, že uplatňují koncept bazální stimulace “pouze v jeho omezené podobě” a spíše si vytváří vlastní synkretický přístup k terapeutické péči, v kterém mimo jiných metod využívají i vybraných metod bazální stimulace.

Na základě vyjádření respondentů je patrné, že lze poměrně problematicky určovat přínosy aplikace metod bazální stimulace. Vyjádření často operují s “předpokládanými přínosy”, které však respondenti nejsou obvykle schopni doložit konkrétními informacemi či přímo uvádějí, že nejsou schopni posoudit, jaké přínosy byly aplikací metod bazální stimulace dosaženy.

Jako problematické se dále jeví také doložení jasné příčinné souvislosti mezi provozováním metod bazální stimulace a zlepšováním stavu klientů na základě takto koncipovaného výzkumu. Za tímto účelem by bylo potřeba provést dlouhodobější výzkum na větším vzorku klientů soustředící se na sledování změn stavu klientů a závislosti tohoto stavu na aplikovaných terapeutických metodách. Tento směr

výzkumné činnosti však nebyl předmětem řešení této práce a jeho realizace může být provedena v budoucím výzkumu konceptu bazální stimulace v ČR.

Častá absence zpětné vazby ze strany klienta, u kterého jsou metody bazální stimulace prováděny, je spatřována jako vážná komplikace při volbě, zda a které metody bazální stimulace u daného klienta provádět. Jako rizikové je možné spatřovat rozhodnutí o využití bazální stimulace, které by bylo činěno na základě žádných či nedostatečných informací o preferencích daného klienta. To mj. popisuje také Zikl (2011), který na příkladu polohování upozorňuje, že k poškození zdraví může dojít při aplikaci nesprávné metody bazální stimulace způsobené neznalostí klientova zdravotního stavu nebo nedodržením zásad dané metody bazální stimulace.

Je zcela evidentní a opět se potvrzuje, že přínosy (jakékoliv) lze obtížně určit při absenci zpětné vazby ze strany klienta nebo jen jejich slabých projevech. Je zde patrná závislost mezi schopností poskytnout zpětnou vazbu a mírou postižení klienta. Velmi důležitá je schopnost terapeuta porozumět klientovým projevům a vyvodit správný závěr. K tomu je nezbytná blízká znalost klienta. Toto je ve shodě s konstatováním Hatze a Rotha (2012), kteří uvádí, že v bazálně stimulující péči v rámci podpory tří základních prvků bazální stimulace se využívají smyslové orgány nejen k cílené stimulaci vnímání a pohybu, ale také jako komunikační kanály k navázání komunikace s klientem. Klenková (2000) dále rozvádí význam komunikace u postižených osob a konstatuje, že lidé, co mluvit nedokáží nebo nemohou, se mezi sebou dorozumí i beze slov.

Jako důležitý je spatřován fakt, že někdy jsou rodiče dítěte (resp. osoba, která s dítětem tráví pravidelně delší dobu) schopni lépe identifikovat a dále posuzovat případné přínosy aplikovaných terapeutických metod než terapeuti, kteří přijdou do styku s klienty kratší dobu, nepravidelně a v rámci skupinové péče.

Ve věci přínosu klientova pohybu za pomoci bazální stimulace, záleží na terapeutovi, jak on vnímá klienta, zda pozná, jestli je to reakce po aplikaci bazální stimulace nebo zda se jedná o zautomatizovaný pohyb. Zde je potřeba zdůraznit, že posuzování přínosů a jejich vazba na aplikované terapeutické metody je dlouhodobější záležitostí a vyžaduje znalost klienta, vývoje jeho stavu a schopnost vnímat drobné posuny celkového zdravotního stavu.

Centrum BAZALKA, o. p. s. nabízí mnoho další terapeutických prvků, které se mohou kombinovat s konceptem bazální stimulace. U canisterapie je z prvků bazální stimulace využívaná metoda polohování, vibrační stimulace a kontaktního dýchání. To

je plně v souladu s možnými kombinacemi canisterapie zmiňovanými Friedlovou (2015), která uvádí, že někdy lze při polohování s využitím canisterapie docílit účinnějšího snížení svalového napětí než při použití dek nebo polštářů. Jako určité negativum lze pak spatřovat nízkou frekvenci návštěv canisterapeuta, který dochází jen jednou za 14 dní. U snoezelenu se z prvků bazální stimulace využívá polohování, optická stimulace a auditivní stimulace.

Z toho vyplývá, že bazální stimulace je nedílnou součástí jiných terapeutických prvků, které Centrum BAZALKA, o. p. s. nabízí a bazální stimulace je tedy doplňkovou metodou dalších konceptů a metod. Centrum BAZALKA, o. p. s. v praxi péče o klienty velmi dobře kombinuje nejen metody bazální stimulace navzájem, ale také tyto metody doplňuje a kombinuje s mnoha dalšími terapeutickými prvky.

9 Závěr

S využitím poznatků z teoretického studia konceptu bazální stimulace byl proveden výzkum za účelem dosažení stanoveného cíle této bakalářské práce. Tento výzkum byl veden kvalitativní formou s využitím metody polostandardizovaných rozhovorů. Zjištěné informace byly následně tříděny otevřeným kódováním a na základě diskuze výsledků byly vyvozeny níže uvedené hlavní závěry odpovídající na stanovené otázky.

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem využívá bazální stimulaci vybrané zařízení u dětí s postižením.

Mezi zásadní závěry výzkumu patří zjištění, že bazální stimulace je v Centru BAZALKA, o. p. s. relativně využívána. Zjištěno bylo provádění množství metod konceptu bazální stimulace, a to především ve formě jejich kombinací. Jedná se zejména o polohování mumie, polohování hnízdo, kombinace polohování, mikropolohování, masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání, houpání v závěsných křeslech a sítích, pohyb ovesného klasu, práce s vibračními přístroji a hračkami a samozřejmě nastavbové prvky (optická stimulace, olfaktorická stimulace, taktilně - haptická stimulace, orofaciální stimulace, auditivní stimulace). Míra využití bazální stimulace u zaměstnanců Centra BAZALKA, o. p. s. je závislá na tom, jakou směnu vykonávají. V odpolední směně je obvykle více prostoru na individuálně zaměřenou péči a aplikaci bazální stimulace.

Cíl 2: Zjistit, jakých výsledků bylo u vybraných dosaženo prostřednictvím bazální stimulace.

U klientů, u nichž je využíváno metod bazální stimulace, jsou dle sdělení respondentů patrné výsledky. Aplikaci bazální stimulace a indikaci vhodné metody však často problematizuje absence zpětné vazby ze strany klienta. Velkou roli tak hraje schopnost terapeuta porozumět klientovým projevům. Je potřeba zdůraznit, že posuzování přínosů a jejich vazba na aplikované terapeutické metody je dlouhodobější záležitostí a vyžaduje znalost klienta, vývoje jeho stavu a schopnost vnímat drobné posuny celkového zdravotního stavu.

Pro kvalitní provádění bazální stimulace je nezbytný vysoce individualizovaný přístup ke klientovi vyžadující kromě dostatku času také odbornost a zkušenost

terapeuta, znalost konkrétních metod a schopnost kombinovat jednotlivé metody v omezeném čase.

Také kvalita pomůcek se může odrážet v kvalitě poskytované péče. Centrum BAZALKA, o. p. s., je velmi dobře vybavené pomůckami pro bazální stimulaci.

Právě nedostatek času a problematická až absentující zpětná vazba ze strany klienta byly identifikovány jako hlavní bariéry limitující personál v poskytování péče, která by byla více individualizovaná a která by umožnila plné využití metod bazální stimulace a dosažení maximálních přínosů pro klienta.

Autorka považuje význam této práce jako další příspěvek k výzkumu problematiky aplikace metod bazální stimulace do pedagogicko - ošetrovatelské praxe v České republice. Další navazující výzkumná činnost může vycházet ze závěrů této práce, autorka na základě zjištěných skutečností identifikovala úskalí pro co nejvíce přínosné využití konceptu bazální stimulace, která by bylo vhodné dále popsat, zanalyzovat a navrhnout opatření k jejich odstranění.

Autorka má v plánu se nadále věnovat problematice bazální stimulace v její praktické činnosti, a to zejména zaměřené na péči o seniory. Za tímto účelem má záměr absolvovat Nástavbový kurz Bazální stimulace.

Seznam použitých zdrojů

1. BIENSTEIN, Ch., FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 2. Aufl. Seelze-Velber: Kallmeyer, 2004. ISBN 37-800-4001-8.
2. BIENSTEIN, Ch., FRÖHLICH, A., 2003. *10 centrálních evropských cílů* [online]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/> [český překlad]
3. BREUER, Petra. *Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz: Grundlagen zur visuellen Gestaltung des Umfeldes für Senioren mit (Alzheimer-)Demenz*. Bern: Huber, 2009. ISBN 34-568-4768-8.
4. BUCHHOLZ, T., SCHÜRENBERG, A. *Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. Bern: Hans Huber Verlag, 2005, 285 s.
5. Centrum BAZALKA. Webová prezentace [online]. Centrum BAZALKA, 2016. Dostupné online: <http://www.centrumbazalka.cz/#!/centrum-bazalka>
6. FILATOVA, R., VITÁSKOVÁ, K.. *Snoezelen*. Vyd. 1. Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
7. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
8. FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2008. 142 s. ISBN 978-80-7368-622-2.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. a 2. díl*. 2005. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
11. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 stran. ISBN 978-80-904668-9-0.
12. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Evidence Based Nursing – ošetřovatelství založené na důkazech*. 2014. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR, ročník: XVI., říjen 2014, s. 20-21, ISSN 1803-7348.

13. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace*. 2010. *Sociální služby, odborný časopis APSS ČR*, ročník: XII., srpen – září 2010. s. 36 – 37. ISSN 1803-7348.
14. FRÖHLICH, Andreas. *Basale Stimulation für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung*. In: FIKAR, S. u. H., THUMM, K. E. (Hrsg.): *Körperarbeit mit Behinderten*, Stuttgart 1991.
15. FRÖHLICH, Andreas. *Basale Stimulation Gemeinsame Schritte in eine erfahrbare Welt*. In: ASbH Ratgeber: *Üben Fördern Beraten*. Str. 31 – 40. Dortmund 1998. ISBN 3-9803513-5-1.
16. FRÖHLICH, Andreas. *Basales Leben. Texte für Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Hechspeyer: Internationaler Förderverein Basale Stimulation®*, 2012.
17. FRÖHLICH, Andreas. *Bildung – ganz basal*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2014. ISBN 978-3-910095-92-2.
18. GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
19. HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 135 s. ISBN 978-80-7013-516-7.
20. HANÁK, Petr et al. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Vyd. 1. [Česko: s.n.], 2011. 131 s. ISBN 978-80-260-0022-8.
21. HATZ, M., ROTH, M. *Basale Stimulation in der Akutpflege: Handbuch für die Pflegepraxis*. Bern: Huber, 2012. ISBN 978-345-6851-303.
22. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
23. Institut bazální stimulace: *Deset cílů* [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>
24. Institut bazální stimulace: *O bazální stimulaci ®* [online], [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
25. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
26. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

27. JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
28. KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
29. KANTOR, Jiří et al. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 295 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.
30. KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
31. KLIMEŠOVÁ, Pavla, 2008. *Bazální stimulace v ošetrovatelské praxi*. Brno. *Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství*.
32. LANGMEIER, Josef, et al. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. 1. vyd. Praha: H & H, 1998. 132 s. ISBN 80-86022-37-4.
33. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, 2008. 1. vyd., 280 s.
34. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
35. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
36. SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.
37. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.
38. SCHÄFFLER, A. *Pflege heute*. München: Urban u. Fischer Verlag, 2000. ISBN 3-437-55030-6.
39. TROJAN, Stanislav et al. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
40. VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
41. VALENTA, Milan et al. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
42. VALENTA, Milan et al. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. 317 stran. ISBN 978-80-262-0937-9.

43. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace [online]. srpen - září 2010 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_vestibularni_stimul.pdf
44. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
45. VÍTKOVÁ, M., ed., PIPEKOVÁ, J., ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči = Therapien in der sonderpädagogischen Behandlung*. 2., rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
46. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
47. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2011 [online]. [cit. 2016-12-12]. In: Sběrka zákonů, částka 20/2011, s. 482-544. ISNS: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
48. Výroční zpráva 2015 [online]. Centrum BAZALKA, o. p. s. [cit. 2016-12-15] Dostupné online: http://www.centrumbazalka.cz/upload/V_ro_n_zpr_va_2_15_Centrum_BAZALKA_o_p_s_.pdf
49. ZELEDIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.
50. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 112 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3856-7.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Desatero Bazální stimulace®

Příloha č. 2 Zásady při polohování

Příloha č. 3 Osnova rozhovoru vedeného s respondenty

Příloha č. 4 Centrum BAZALKA, o. p. s.

Příloha č. 1 Desatero Bazální stimulace®

1. *„Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
2. *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
3. *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
4. *Nezvyšujte hlas, mluvejte přirozeným tónem.*
5. *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
6. *Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
7. *Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.*
8. *Nehovořte s více osobami najednou.*
9. *Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
10. *Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova“.*

Zdroj: Bienstein, Fröhlich (2003)

Příloha č. 2 *Zásady při polohování*

1. Vycházet ze zdravotního stavu a případných omezení,
2. zabezpečit před pádem,
3. poloha by vždy měla odpovídat fyziologickému stoji, lehu nebo sedu,
4. dodržovat osovou souměrnost,
5. stabilita polohy,
6. uvědomění si cílů, kterých chci dosáhnout,
7. pravidelnost (celodenní polohování),
8. odbornost (kvalifikace, zaškolení všech pečujících osob),
9. komunikace s klientem,
10. respektovat přání klienta,
11. ochrana zdraví pečujících osob.

Zdroj: Zikl (2011, s. 76, 77)

Příloha č. 3 Osnova rozhovoru vedeného s respondenty

1. Jaké máte ukončené vzdělání a jakého oboru?
2. Jaká je Vaše pracovní pozice?
3. Jaká je náplň Vaší činnosti v Centru BAZALKA, o. p. s.?
4. Odkud jste se dozvěděl/a o konceptu bazální stimulace?
5. Jaké typy kurzu bazální stimulace jste absolvoval/a?
6. Kolika klientům ročně se věnujete v rámci své pracovní náplně?
7. U kolika klientů ročně z celkového počtu klientů, kterým se věnujete, Vy osobně uplatňujete bazální stimulaci? (jedná se o klienty vymezené předešlou otázkou)
8. Jak Vy indikujete využití metod bazální stimulace pro daného klienta? Metody – dotyk, polohování...
9. Popište, prosím, konkrétní případy využití konceptu bazální stimulace, tj. jaký druh stimulace byl využíván u konkrétních klientů a jak často?
10. Jaké pomůcky využíváte při aplikaci metod konceptu bazální stimulace?
11. Naplňujete centrální cíle bazální stimulace ve všech jeho bodech?
12. V čem vnímáte přínos pro klienta v oblasti vnímání?
13. V čem vnímáte přínos pro klienta v oblasti komunikace? Popište prosím, zda je dle projevů verbální i nonverbální komunikace využívaný druh stimulace pro klienta příjemný.
14. V čem vnímáte přínos pro klienta v oblasti pohybu?
15. Jaké další terapeutické prvky jsou poskytovány klientům, u nichž je využíváno metod konceptu bazální stimulace?
16. Jaké jsou výhody a nevýhody metod konceptu bazální stimulace v porovnání s jinými terapeutickými prvky?

Příloha č. 4 *Centrum BAZALKA, o. p. s.*

Centrum BAZALKA je obecně prospěšnou společností, která je registrována u Krajského soudu v Českých Budějovicích. Toto centrum bylo založeno podle Zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů.

Zakladatelé obecně prospěšné společnosti, kteří jsou zapsáni v obchodním rejstříku (ke 31. 12. 2015) jsou Ing. Vanda Polívková, Martina Koudelková a Bc. Věra Srdečná.

Centrum BAZALKA, o. p. s., poskytuje sociální služby klientům od 1 roku do 26-ti let a nabízí sociální služby formou denního stacionáře a týdenního stacionáře pro děti a mládež se zdravotním postižením. Klientům se tak nabízí možnost prožití všedního dne v prostředí odpovídajícímu jejich potřebám.

Historie Centra BAZALKA, o. p. s.

V roce 2003 byla založena obecně prospěšná společnost pod názvem Dětský stacionář Světluška, ale ke konci roku 2003 město České Budějovice ukončilo její provoz a zařízení bylo od roku 2004 pronajato jako dětský stacionář s týdenním režimem. V roce 2007 bylo zaregistrováno provozování služeb denního stacionáře a týdenního stacionáře. Od září 2009 byly rozšířeny poskytované služby o oblast vzdělávání a byla založena Mateřská škola speciální a Základní škola speciální Světluška, o. p. s. Kromě toho byl přejmenován Dětský stacionář Světluška, o. p. s., na Sociální služby Světluška, o. p. s., z důvodu rozšíření cílové skupiny o mládež do 26 let. V roce 2010 získalo zařízení registraci jako nestátní zdravotnické zařízení k poskytování služby fyzioterapie.

V roce 2012 se sjednotily všechny dříve provozované aktivity do dnešní současné podoby, a to pod novým názvem Centrum BAZALKA, o. p. s. Tento název přímo odkazuje na koncept Bazální stimulace, na kterém Centrum BAZALKA pracuje. Dále se v Centru BAZALKA klade velký důraz na individualitu, spolupráci s rodinou a rodinnou atmosféru a to pomáhá podporovat zdravý chod celé rodiny. Základním pilířem společnosti je rodina. Název Centra může také připomínat bylinu bazalku, která je znamením zdraví, lásky a moudrosti.

V centru dochází k rozvoji schopností a dovedností klientů, a to prostřednictvím speciálních přístupů a terapií. Tyto sociální služby byly poskytnuty

42 klientům. V roce 2015 Centrum BAZALKA zaměstnávalo celkem 32 zaměstnanců, z toho 20 pracovníků přímé péče, 7 pracovníků v provozu a 5 pracovníků v administrativě.

Cílová skupina

Cílovou skupinou Centra BAZALKA, o. p. s. jsou klienti s věkovým rozmezím od 1 – 26 let, kteří mají těžké zdravotní postižení, jako je těžké kombinované postižení, středně těžké až těžké mentální postižení anebo mají poruchu autistického spektra s přidruženým mentálním postižením.

Co Centrum BAZALKA, o. p. s. nabízí?

Centrum Bazalka nabízí ošetrovatelskou péči v konceptu Bazální stimulace, rehabilitaci, nácvik sebeobsluhy, zprostředkování plnění povinné školní docházky, využití různých terapií, např. canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie či felinoterapie nebo koncept snoezelen; širokou škálu nabídek kulturních a zájmových aktivit, celodenní stravování.

Cíle služby

- umožnit klientům pocítit vlastní život a uspořádat si jej
- poskytnout klientům zodpovědnost za svůj život
- poskytnout klientům pocit důvěry a jistoty
- zachovat život a zajistit jejich vývoj
- pomoci klientům navázat vztah
- umožnit klientům poznat okolní svět
- umožnit klientům rozvíjet svůj rytmus
- umožnit klientům zažít význam a smysl věci nebo konaných činností
- poskytnout klientům autonomii

Vzdělávání

Vzdělávání klientů, kteří plní povinnou školní docházku, probíhá v ZŠ speciální a MŠ speciální. Vzdelávání probíhá podle určitého vzdělávacího oboru: Základní škola speciální a oboru Pomocná škola.

Principy organizace

- individuální přístup ke klientům
- týmová spolupráce
- respekt k jejich sociálním potřebám
- vzájemná podpora a respekt
- empatie
- vstřícné jednání
- spolupráce s rodinou
- podpora samostatnosti klientů
- podpora dalšího vzdělávání zaměstnanců
- otevřenost vůči novým přístupům a metodám
- konstruktivní řešení problémů
- pozitivní myšlení

Zdroj: Výroční zpráva Centra BAZALKA, o. p. s., 2015