

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálně pedagogických studií

**SOMATICKÁ STIMULACE JAKO ROZVOJ VNÍMÁNÍ,
KOMUNIKACE A ZACHOVANÝCH SCHOPNOSTÍ
V KONTEXTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Diplomová práce

Bc. Michaela Konvičná

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala zcela samostatně, pod vedením Mgr. Evy Urbanovské, Ph.D. a uvedla jsem všechny prameny, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci dne

.....

Michaela Konvičná

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi v průběhu zpracování diplomové práce poskytovala. Velké díky také patří paní RNDr. Mileně Krškové za statistické zpracování výzkumných dat. Děkuji všem respondentům a dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří se zapojili do dotazníkového šetření.

Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí i tělo.

Lucius Annaeus Seneca

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	9
2 ZÁKLADNÍ PRINCIPY BAZÁLNÍ STIMULACE	10
2.1 Vnímání	10
2.2 Pohyb	11
2.3 Komunikace	13
3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	16
3.1 Neurofyziologický model vývoje	16
3.1.1 Plasticita	17
3.2 Vývojově – genetický přístup.....	18
3.3 Fyzioterapeutický model vývoje	18
3.4 Poznatky z psychologie (teorie A. Adlera, teorie včasných forem sebeuvědomění).....	19
3.5 Aktivity denního života	20
3.6 Dopad teoretických východisek na teorii konceptu bazální stimulace.....	20
4 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	22
4.1 Základní prvky stimulace	22
4.1.1 Somatická stimulace.....	22
4.1.2 Vibrační stimulace	22
4.1.3 Vestibulární stimulace.....	23
4.2 Nástavbové prvky stimulace	24
4.2.1. Optická stimulace	24
4.2.2 Auditivní stimulace	25
4.2.3 Orální stimulace	26
4.2.4 Olfaktorická stimulace	27
4.2.5 Taktilně-haptická stimulace.....	28
5 SOMATICKÁ STIMULACE DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	30
5.1 Tělesné schéma a jeho potřeba stimulace	30
5.2 Somatická stimulace.....	31
5.2.1 Somatická stimulace zklidňující.....	32
5.2.2 Somatická stimulace povzbuzující	33
5.2.3 Neurofyziologická somatická stimulace	34
5.2.4 Symetrická somatická stimulace	34
5.2.5 Rozvíjející somatická stimulace	35

5.2.6	Diametrální somatická stimulace.....	35
5.2.7	Polohování	35
5.2.7.1	Polohování mumie.....	36
5.2.7.2	Polohování hnízdo	37
5.2.7.3	Mikropolohování	37
5.2.8	Podpora dýchání v konceptu bazální stimulace	38
5.2.8.1	Masáž stimulující dýchání – Atmen stimullierende Einreibung	38
5.2.8.2	Kontaktní dýchání, kontaktní dýchání s vibrací.....	39
6	POTŘEBY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	40
6.1	Reagování konceptu bazální stimulace na potřeby osob se zdravotním postižením	40
6.1.1	Maslowova teorie potřeb v kontextu konceptu bazální stimulace.....	42
6.1.2	Centrální cíle	44
	EMPIRICKÁ ČÁST	45
7	UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	46
8	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A REALIZACE VÝZKUMU	48
8.1	Výsledky realizovaného předvýzkumu.....	48
8.1.1	Metodologie výzkumného šetření	48
8.1.2	Závěry předvýzkumu a východiska pro následnou výzkumnou činnost.....	49
8.2	Charakteristika výzkumného souboru a realizace výzkumu	49
8.2.1	Charakteristika výzkumného souboru	49
8.2.2	Realizace výzkumu	50
9	CÍL VÝZKUMU, STANOVENÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	51
10	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	55
11	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	56
12	DISKUSE	88
	ZÁVĚR	94
	PRAMENY	95
	ANOTACE	98
	SEZNAM TABULEK	100
	SEZNAM GRAFŮ	101
	SEZNAM OBRÁZKŮ	102
	SEZNAM PŘÍLOH.....	103

ÚVOD

Koncept bazální stimulace (KBS) si za posledních deset let vydobyl určitou pozici v oblasti podpory jedinců se zdravotním postižením. Zejména díky jeho rozmanité koncepci, odpovídající na vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením¹, se podařilo dokázat, že každý jedinec má potenciál rozvíjet se, pokud je mu nabídnuta určitá škála podnětů a stimulů.

Na základě prvků základní stimulace a nástavbové stimulace se bazální stimulaci daří poskytovat těmto jedincům podporu v oblastech komunikace, vnímání a rozvoje zachovalých funkcí (Friedlová, 2007), které považujeme v životě jedinců se zdravotním postižením za klíčové a zároveň za ukazatele kvality života těchto jedinců.

Diplomová práce je tradičně dělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části poukážeme na základní princip bazální stimulace a teoretická východiska pro koncept. Představíme prvky základní a nástavbové stimulace, avšak v celé práci zaměříme větší pozornost spíše na somatickou stimulaci, coby prvku základní stimulace, a její nabídky podpory vnímání, komunikace a zachovalých schopností.

Protože bazální stimulace uplatňuje holistický přístup a respektuje jedince jako individualitu, musí se zabývat i otázkou lidských potřeb. Jako teoretický konstrukt si koncept bazální stimulace pro tuto oblast zvolil strukturu lidských potřeb dle Maslowa.

V empirické části si klademe za cíl zjistit, zda je somatická stimulace nejčastěji využívaným prvkem konceptu bazální stimulace s důrazem na hledání eventualit jejího četného využívání.

V souvislosti s problematikou lidských potřeb v kontextu bazální stimulace se nabízí také otázka, jaká je vlastně kvalita života, respektive zda jsou uspokojené potřeby dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v porovnání s osobami, které o tyto jedince pečují a zda toto může ovlivnit bazálně stimulující dialog.

Pro řešení této problematiky jsme zvolili kvantitativní výzkum, který dokáže testovat naše formulované hypotézy a poskytnout tak odpovědi na naše výzkumné otázky.

¹ V diplomové práci používáme terminologii vymezení dítěte, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami dle § 16 zákona 561/2004 Sb., který je v době vzniku diplomové práce platný. Ten definuje „dítě, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním“. Novela tohoto zákona pod č. 82/2015 Sb. již termín osoba se zdravotním postižením nezná a definuje „dítě, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje podpůrná opatření“

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

V roce 1980 speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich představil světu koncept bazální stimulace, tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, s nímž měl v úmyslu osobám se zdravotním postižením zkvalitnit život (Friedlová, s. a).

Na myšlenku vytvořit koncept bazální stimulace přivedla prof. dr. Fröhliche skutečnost, že edukační proces byl do té doby stavěn pouze na učebním obsahu poskytující vědomosti, což bránilo dětem a mládeži s těžkým či kombinovaným postižením se zapojit do výchovně vzdělávacího procesu (Niehoff, 2011).

Přičemž „vycházel z poznatku, že jednotlivec má ze svého prenatálního života dostatek předpokladů, aby se mohl po narození vyvíjet a budovat vztah k sobě samému i k svému okolí.“ (Stupková, 2007, s. 3)

Koncept tedy nejprve aplikoval u dětí s hlubokou mentální retardací, u nichž byly schopnosti komunikovat s okolím, z důvodu těžkých změn v oblasti vnímání, velmi omezené, či téměř žádné. Díky schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály se pak Fröhlichovi podařilo přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázat komunikaci s těmito klienty (Friedlová, 2007).

„Fröhlich tak potvrdil předpoklad více autorů, kteří tvrdili, že všechny děti jsou vzdělavatelné minimálně v oblasti vnímání vlastního těla nebo ve schopnosti učit se pohybovým vzorcům ve smyslu sebeobsluhy.“ (Fábianová, 2014, s. 49)

Bazální stimulace, vycházející z poznatků pedagogické psychologie a behaviorální terapie, se stala svým způsobem didaktickým modelem, který ukázal učitelům a pečovatелům cestu a význam ve vzdělávání žáků se těžkým postižením (Niehoff, 2011).

„Od poloviny 80. let začal Fröhlich úzce spolupracovat s prof. Chritel Bienstein, která pracovala v oblasti intenzivní medicíny. Koncept aplikovala při stimulaci pacientů ve vigilním kómatu. Pozitivní výsledky inspirovaly odborníky i z jiných oblastí medicíny a tím se postupně koncept etabloval do všech medicínských oblastí (např. neonatologická, psychiatrická, paliativní, geriatrická péče, apod.)“ (Fábianová, 2014, s. 50)

Principy konceptu bazální stimulace se tak ukázaly prospěšné v péči o osoby, jejichž schopnosti pohybu, komunikace a vnímání jsou nějakým způsobem narušeny. Příkladem jsou osoby napojené na umělou plicní ventilaci, osoby imobilní či dezorientované, osoby ve stavu somnolence nebo kóma, osoby s mozko-lebečním traumatem, osoby po CMP, osoby umírající, osoby trpící Alzheimerovou chorobou, předčasně narození novorozenci, apod. (Bartozsek-Nydal, 2012).

2 ZÁKLADNÍ PRINCIPY BAZÁLNÍ STIMULACE

„Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se pak rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.“ (Vítková, 2007, s. 223)

Koncept vychází ze skutečnosti, že člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů, díky kterým může vnímat sebe samého a okolní svět. Schopnost vnímat lze považovat za jistý transfer k osvojení si pohybu a komunikace, mezi nimiž je také velmi úzké propojení (Friedlová, 2007).

To Friedlová (2015a, s. 31) dokládá tvrzením, že „vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání.“

Úkolem bazální stimulace je tedy „podporovat schopnost vnímání, udržet nebo zmírnit rozvoj postižení na základě podpory rozvoje vlastní identity, umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a zlepšení organismu.“ (Kapounová, 2007, s. 206).

2.1 Vnímání

„Fyziologie definuje lidské vědomí jako bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti, a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací.“ (Trojan, 2003, s. 708)

Pro Monniera (in Kulišťák, 2011, s. 245) vědomí představuje „systém kódů, jemuž lze vděčit za to, že podměty ze smyslových orgánů jsou proměněny ve znaky, které mají pro jednotlivce určitý význam. Mozkové kůře jsou prezentovány matrice elektrických signálů, které vznikají ve smyslových orgánech jako obraz vnější skutečnosti. Individuum je díky vědomí schopno toto poselství dešifrovat a zhodnotit. Vědomí tedy dešifruje obsah signálu pro jedince. Signály sice mohou i bez vědomí dosáhnout mozkové kůry, zůstávají však v tomto případě bez významu.“

Zajímavostí je, že vědomí jako takové nemá vlastní mozkové centrum a je zajišťováno nepřetržitou interakcí mezi neurony mozkových hemisfér a aktivačním systémem retikulární formace (ARAS). Proto každé výrazné poškození hemisféry či mozkového kmene může být provázeno poruchou vědomí (Ambler, 2006).

Poruchy vědomí mohou nabývat kvalitativního, nebo kvantitativního charakteru. Kvalitativní poruchy vědomí představují stavy zmatenosti, kdy člověk je při plném vědomí, ale není orientován (osobou, místem nebo časem). Kvantitativní poruchy vědomí zahrnují změnu bdělého stavu (Friedlová, 2015a). Trojan tento stav obecně nazývá bezvědomím, které se dále dělí podle hloubky na somnolenci (lehčí forma poruchy vědomí), sopor (hlubší porucha vědomí), kóma (hluboké bezvědomí) nebo mozkovou smrt (areaktivní kóma s vyhasnutím všech reflexů včetně spontánního dýchání) (Friedlová, 2015a; Trojan, 2003; Král, 2012). Z medicínského i právního hlediska se stav mozkové smrti považuje za smrt jedinice (Král, 2012).

Z poznatků o lidském vědomí pracuje bazální stimulace hlavně ze skutečností, že „stav vědomí zahrnuje řízenou pozornost k sensorickým podnětům, aktivaci paměťových stop, schopnost abstrakce, označování událostí slovy, schopnost hodnocení, vytváření nových souvislostí a myšlenek, plánování na základě zkušeností atd.“ (Trojan, 2003, s. 709)

Proto podpora vnímání, komunikace a hybnosti v kontextu bazální stimulace spočívá v poskytování kvalitních podnětů (stimulů), které aktivují mozkovou činnost (Friedlová, 2007).

Důležitost poskytování kvalitních stimulů dokládá Janků (2010, s. 116) tvrzením, že „nedostatek podnětových informací z prostředí (senzorická deprivace) podmiňuje vadné a nedostatečné fungování mozku, jeho menší výkonnost a nevyvíjí se vlivem nevytvářejících se synapsí.“ Více o této problematice pojednává kapitola Teoretická východiska konceptu bazální stimulace.

2.2 Pohyb

Jak již bylo naznačeno, s vnímáním jako takovým souvisí i schopnost pohybu, neboť samotnému pohybu předchází myšlenka na pohyb (Friedlová, 2007).

„Principem řízení pohybu je přenos z řídicího orgánu (mozku a míchy) na orgán řízený (sval).“ (Friedlová, 2015a, s. 35) Tohoto procesu se účastní retikulární formace, statokinetické čidlo a mozeček (Trojan, 2003).

Postupnou účast centrálních struktur a mechanismů na provedení pohybu provází několik kroků. Prvním z nich je zmíněná idea (koncepce) pohybu, jejímž výsledkem je vůle pohyb vykonat. Prvotní koncepce pohybu vzniká pravděpodobně součinností limbické kůry, frontálního laloku (nachází se zde motorické korové centrum) a limbických podkorových struktur. Následuje pak taktika (plán) provedení pohybu, která pochází z asociačních korových oblastí, odkud se pak dostává k bazálním gangliím a mozečku. Posledním

krokem je start pohybu, náležící motorickému kortexu, který přijal program a řídí pohyb (Trojan, 2003).

Dle Amblera (2006, s. 17) „motorický systém generuje dva základní typy pohybů: reflexní odpovědi, které jsou rychlé, stereotypní, mimovolní a vyvolané stimulem a cílená, volní motorika, která může být relativně jednoduchá, jako je tomu u lokomočních nebo jiných rytmických pohybů, ale i nesmírně složitá, jako je tomu u cílených, volních pohybů.“

Základem pro všechny hybné projevy člověka, a to jak pro lokomoci, tak i pro všechny další senzomotorické činnosti je pocit posturální jistoty, vznikající pomyslnou symbiózou těla a gravitace. Posturální jistota je zajišťována posturální motorikou, jejíž existenci si člověk neuvědomuje a vnímá pouze její výsledek, a to pocit jistoty či nejistoty (Čápková, 2008).

Posturální motorika podává výchozí startovací polohu, neboli atitudu čili posturu, která je účelově, cíleně zaměřená a nese v sobě informace o pohybovém záměru. Následně stabilizuje průběh pohybu a zajistí polohu konečnou, která je zároveň výchozí posturou pro další pohybovou sekvenci a to vše vůči gravitačnímu vlivu (Čápková, 2008).

Jakékoliv poškození centrální (CNS) či periferní (PNS) nervové soustavy vede v důsledku k poruše hybnosti. Podle intenzity léze se projeví buď jen lehkým snížením svalové síly a neobratností, nebo u těžší léze částečnou či úplnou ztrátou aktivního pohybu. Částečná porucha hybnosti, kdy je aktivní pohyb částečně zachován, se označuje jako paréza. Kompletní porucha hybnosti, kdy je aktivní pohyb zcela znemožněn bývá nazývána plegií (Ambler, 2006).

Podle lokalizace poškození rozlišujeme kvadruparézu/ kvadruplegii (částečná nebo úplná porucha hybnosti všech čtyř končetin), diparézu/ diplégii (postižení dolních končetin), hemiparézu/ hemiplegii (ochrnutí poloviny těla vertikálně). Postižena může být však i koordinace (souhra svalů) a tonus (svalové napětí). V případě svalového napětí se může jednat o hypertonii (spasticita, rigidita), hypotonii (snížení svalového napětí, ataxie) nebo střídavý tonus (atetóza, mimovolní pohyby) (Vítková, 2006; Ambler, 2006).

Bazální stimulace se v případě podpory hybnosti opírá o poznatky z fyzioterapeutického modelu vývoje, vycházejícího z konceptu manželů Bobathových (Vítková in Müller, 2007).

„Základem jsou tedy inhibice spasticity a patologických pohybových vzorů a reflexů a facilitace (usnadnění) fyziologických pohybových vzorů a reflexů.“ (Friedlová, 2007, s. 28) Více se problematikou zabývá kapitola Teoretická východiska konceptu bazální stimulace.

2.3 Komunikace

Pokud je klient schopen v dané chvíli vnímat sám sebe, své tělo, může za určitých okolností, pokud je zvolen vhodný komunikační kanál, vnímat své okolí, což umožňuje s tímto klientem navázat komunikaci, přičemž se může jednat o komunikaci v různých komunikačních kanálech (Friedlová, 2006; Klenková, 2006).

Gavora (2005, s. 9) označuje komunikaci jako dorozumívání, k němuž je potřeba pochopení a shoda myšlenek. Předpokladem je zároveň interakce, kdy „jeden člověk působí na druhého za určitým cílem – aby něčeho dosáhl, aby něco podpořil, aby něčemu zabránil apod.“

„Takto lze uvažovat i v konceptu bazální stimulace, kdy odborník bude působit na klienta, aby dosáhl rozvoje zachovalých funkcí, aby podpořil jeho vnímání, aby zabránil senzomotorické deprivaci apod.“ (Konvičná, 2014, s. 12)

Komunikační proces je tvořen pěti složkami, které představují komunikátor (mluvčí - osoba, od níž sdělení vychází), komunikant (příjemce – osoba, které je sdělení určeno a snaží se ho dešifrovat a porozumět mu), komuniké (vysílaná zpráva, signál), zpětná vazba (zpráva o tom, že informace byla přijata) a kontext (prostředí a situace, ve které komunikace probíhá a zároveň může ovlivňovat význam sděleného) (Friedlová, 2015a).

V sociální komunikaci rozlišujeme tři skupiny kanálů – verbální komunikaci, neverbální komunikaci a komunikaci činem. Verbální (slovní) komunikace představuje procesy, které se realizují pomocí mluvené či psané řeči. Neverbální komunikace v sobě nese veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Mezi tyto prostředky patří gesta, postoj celého těla, mimika, pohledy do očí, vzdálenost a zaujímání prostorových pozic a neposlední řadě i dotyk (Klenková, 2006).

V mnohých případech u dětí s psychomotorickým postižením je právě neverbální komunikace dominantním prvkem dorozumívání (Fábianová, 2014).

Ambler (2006, s. 69) k tomu podává stanovisko, že řeč, respektive verbální komunikace, patří k nejdiferencovanějším pohybovým úkonům a pro její správnou funkci je nutná „úplnost aferentních mechanismů (sluchový analyzátor, zrakový analyzátor, apod.), úplnost eferentních mechanismů (intaktnost neuronů inervujících svaly, které se podílejí na řeči i psaní), intaktnost svalového aparátu, který se na těchto úkonech podílí, správná činnost regulačních okruhů mozečku, extrapyramidového systému a dalších podkorových regulačních okruhů a integrující činnost mozkové kůry (asociační oblasti).“

Asociační oblasti mozkové kůry související se schopností komunikace jsou Brocovo motorické centrum řeči a Wernickeovo sensorické centrum řeči (Trojan, 2003).

Brocovo motorické centrum je důležité pro tvorbu motorických vzorců mluvené a psané řeči. Jeho poškození vede v důsledku k poruchám reprodukce řeči (motorická afázie). Při poškození Wernickeova sensorického centra, které má význam pro interpretaci slyšeného i čteného textu, dochází k poruchám porozumění řeči (sensorická afázie) (Friedlová, 2015a).

Lze tedy konstatovat, že „dosáhnutá úroveň řeči je kompletním výsledkem zdravotního stavu dítěte, kognitivního vývoje, jemné a hrubé motoriky, koordinace pohybů hlavy, rukou a noh.“ (Fábianová, 2014, s. 16)

„Nejnáročnějším úkolem ošetřujícího personálu je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na tomto základě mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj osobnosti. Mezi znaky příjemného pocitu patří mžikání očima, hluboké dechy, vzdychání, sténání, bručení, otevírání očí a úst, pousmání či úsměv, uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů, klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy. Mezi znaky nepříjemného pocitu se řadí zavírání očí a úst, blednutí, neklidné a nepravidelné dýchání, pláč, křik, sténání, zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby, reakce signalizující obranu, odvrácení se od osob a předmětů, všeobecný motorický neklid, stereotypní chování, manipulace na vlastním těle a sebepoškozování.“ (Kapounová, 2007. s. 207).

Komunikace v konceptu bazální stimulace (KBS) je realizovaná přes sensorické systémy, které jsou somatoviscerální, vestibulární, čichové, chuťové, sluchové a zrakové (Friedlová, 2015a). Z toho také vychází techniky konceptu bazální stimulace, a to somatická stimulace, vestibulární stimulace, vibrační stimulace, optická stimulace, auditivní stimulace, taktilně-haptická stimulace, olfaktorická stimulace a orální stimulace (Friedlová, 2007).

Za jistou formu komunikace považuje KBS i dotek. Velkou roli při jejich užívání hraje lokalita doteku a jejich intenzita. Není žádnou novinkou, že nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu, proto musí být klientovy vždy dáno najevo, kdy naše přítomnost začíná a kdy končí. Tato informace by měla být klientovy předána pomocí iniciačního doteku, jehož nejvhodnější místo na klientově těle volíme dle biografické anamnézy, přičemž bereme v úvahu i povahu klientova postižení (Friedlová, s. a.; Niehoff, 2011).

Pokud bychom tedy iniciační dotek volili na postižené části těla, bude tento kontakt klient považovat za matoucí a nebude se v něm umět orientovat. Obecně se však za vhodnou

lokalizaci považuje ruka (levá, pravá či obě zaráz), předloktí, koleno, rameno (levé nebo pravé), hlava (čelo, nos, tvář, ucho, vlasy), hrudník (Niehoff, 2011).

Procházková dodává, že jak u novorozeňat, malých dětí, tak i u těžce postižených jedinců je vhodné volit iniciální dotyk na šlapkách, které mají tito jedinci velmi citlivé. Iniciální dotyk na šlapkách je přirozenou volbou vzhledem k tomu, že již před a následně po narození se dítě za pomoci kopání seznamovalo s okolím (in Hájková, 2009).

Iniciální dotek by měl mít stanovený každý klient na jednom místě svého těla a dodržovat by ho měli všichni ti, kteří s klientem přijdou do styku např. lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti apod. Informace o místě iniciálního doteku by měla být zapsána na cedulce viditelně umístěné, což zajistí jednotné užívání (Friedlová, 2007).

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Při strukturování konceptu bazální stimulace Fröhlich vycházel ze čtyř teoretických východisek, respektive vývojových modelů, které vesměs poukazovali na to, že se jedinec vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí a pokud se mu tyto podněty nedostavují, projeví se to sníženým využitím genetického vkladu (Stupková, 2007; Vítková in Müller, 2007).

Jedná se především o neurofyziologický model vývoje, vývojově genetický přístup, fyzioterapeutický model vývoje a poznatky z psychologie (Fröhlich in Friedlová, 2015a).

„Po přenosu konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče prof. Ch. Biensteinovou se východisky pro koncept staly také poznatky z ošetrovatelství a modelu péče Aktivity denního života Liliane Juchliové.“ (Friedlová, 2015a, s. 47)

3.1 Neurofyziologický model vývoje

Nervová soustava a smyslové orgány začínají u embrya vznikat kolem 15. dne vývoje, a to ze zárodečného listu zvaného ektoderm. V tomto období je také zahájen genetický program pro vývoj páteře a hrudního koše, hlavy a končetin. Postupným růstem vzniká úzká, dlouhá primitivní brázda, z níž se později vyvine neurální trubice a mícha (Jonas, 2000).

V druhém měsíci vznikají jádra hlavových nervů a rozvíjí se mozeček. První bioelektrickou aktivitu mozku lze však zachytit na elektroencefalogramu až kolem 9. týdne těhotenství (Langmeier in Friedlová, 2007).

Ve třetím měsíci nitroděložního života vzniká řada dalších podkorových struktur a ve čtvrtém měsíci dochází ke gyrifikaci a zvětšování povrchu hemisfér (Langmeier, Krejčířová in Friedlová, 2007).

Dle Vítkové (in Müller, 2007, s. 232) „moderní fyziologické výzkumy ukázaly, že vývoj dětského mozku není v první řadě závislý na biologických skutečnostech a genetických informacích, ale že podstatným faktorem jsou zde podněty z okolí kojence.“

Langmeier (in Friedlová, 2007) s tímto stanoviskem souhlasí, ale podněty považuje za vhodné poskytovat již v prenatálním období. Dokládá to tvrzením, že mozek plodu je již schopen učení a jeho výsledky mohou ovlivňovat chování i po narození.

Podnět chápeme jako každou změnu zevního nebo vnitřního prostředí, která působí na neuron, přičemž o jeho účinnosti rozhoduje kvalita, kvantita, doba trvání a rychlost změny intenzity podnětů (Trojan, 2003).

Pro osoby s těžkým zdravotním postižením bývá mnohdy nesnadné se pohybovat, a tedy samostatně získávat podněty z okolí, což vede v důsledku k nedostatku podnětů. Proto jsou odkázáni na prostředí, které jim umožní potřebné stimuly získávat. Dalším faktorem jsou dlouhodobé pobyty těchto osob v nemocnicích (Stupková, 2007; Vítková in Müller, 2007). Dle Piageta a Inhelderové (2007, s. 31) se hospitalizované děti soustavně opoždují a jejich duševní vývoj se zastavuje, nebo dokonce vrací zpět, přičemž „hlavní úlohu v těchto případech nemusí hrát matka jako citově zvláštní element prostředí, ale nedostatek podněcujících interakcí.“

Nedostatek podněcujících interakcí podmiňuje neúplné, vadné a nedostatečné strukturování mozku. „Spojení (synapse) mezi různými nervovými buňkami mozku se nevážou, mozek zůstává nevyvinutý, a tím je méně výkonný.“ (Vítková in Müller, 2007, s. 232)

3.1.1 Plasticita

Podstatnou roli v otázce neurofyziologického vývoje také hraje skutečnost, že v raném dětství je mozek ještě relativně pružným orgánem, a tak dokáže lépe reagovat na aktuální situaci, respektive přizpůsobovat se požadavkům prostředí. Tato schopnost je označována jako plasticita (Vágnerová, 2012). Potenciál plastických změn je součástí genetické výbavy nervových buněk (Amblér, 2006).

Dle Utze (in Hornáková, 2007) plasticita mozku umožňuje reorganizovat dráhy spojů a vytvářet nové. Možnosti však nejsou neohrazené.“ Což může vést v konečné fázi k nežádoucímu efektu. Příliš velké množství podnětů způsobuje nadměrný růst dendritů a tím zvýšenou dráždivost mozku. To se projeví u dítěte jako porucha pozornosti či hyperaktivita (Ackert in Hornáková, 2007). Proto důležitější než množství je dle našeho názoru kvalita podnětů.

Trojan (in Kulišťák, 2011) rozlišuje následující typy plasticity: evoluční, reaktivní, adaptační a reparační. Evoluční plasticita představuje změny nervové tkáně během ontogenetického vývoje, reaktivní plasticita vyvolává změny způsobené krátkodobou stimulací. Při dlouhodobé nebo stálé stimulaci hovoříme o plasticitě adaptační. Reparační plasticita probíhá během strukturální a funkční obnovy poškozené nervové tkáně.

Trevarthen (in Kulišťák, 2011) hovoří ještě o ekologické plasticitě, podle níž může stavbu mozku ovlivnit kladné emoční prostředí.

3.2 Vývojově – genetický přístup

Vývojově – genetický přístup vychází z myšlenky Piageta, který říká, že „ dítě se především díky pohybům a motorickému jednání učí chápat realitu a přizpůsobuje se svému okolí.“ (Janků, 2010, s. 116)

Piaget (in Müller, 2007) totiž považuje senzomotorické fáze vývoje dětské inteligence jako základ pro celkový kognitivní vývojový proces.

Psychologové se shodují, že inteligence existuje již před řečí. Jedná se zásadně o inteligenci praktickou, které záleží spíše na úspěchu než pravdě, ale přesto je nakonec schopna vyřešit některé problémy činnosti (např. dosáhnout vzdálených nebo skrytých předmětů). To se jí daří na základně vytváření složité soustavy asimilačních schémat a organizováním skutečnosti podle množiny časoprostorových a příčinných struktur. A protože v raném období vývoje dítěte chybí řeč a symbolické funkce, vycházejí tyto konstrukce výlučně z vjemů a z pohybů, tj. užívání senzomotorické koordinace činností bez zásahu představ a myšlení (Piaget, Inhelderová, 2010)

„Spontánní pohyby a reflexy přecházejí postupně a plynule v naučené zvyky a ty pak v inteligentní jednání.“ (Piaget, Inhelderová, 2010, s. 8)

Vítková (in Müller, 2007) spatřuje zásadní problém u kojence s těžkým postižením v omezení nebo výpadku jeho schopnosti pohybu, který ztěžuje nebo až znemožňuje vybudování schémat jednání (vnější schémata jednání, např. dítě uchopí předmět, strčí si jej do úst a hodí ho pryč, jsou předpokladem pro zvnitřnění těchto schémat, respektive schémat myšlení), což vede v neposlední řadě k postižení inteligence, popřípadě k celkovému postižení kognitivního vývoje dítěte.

Tento Piagetuv poznatek byl prof. dr. Fröhlichem implementován do konceptu bazální stimulace, protože předpokládal, že umožněním senzomotorických zkušeností může být provokováno inteligentní chování i u lidí se sníženou či změněnou schopností výkonu v oblasti kognice. Příkladem jsou jedinci s mentálním postižením či demencí (Friedlová, 2010).

3.3 Fyzioterapeutický model vývoje

Fyzioterapeutický model vývoje vychází z konceptu manželů Bobathových. Na myšlenku vytvořit Bobath koncept přišla Berta Bobath ve 40. letech 20. století, kdy pracovala jako fyzioterapeutka s pacienty po mozkových cévních příhodách a s dětmi s cerebrální pohybovou poruchou. Své poznatky z neurofyziologie pak do konceptu přidal její manžel, dětský lékař Karel Bobath (Friedlová, 2015a).

Princip tohoto léčebného cvičení se zakládá na poznatku, že k realizaci určitých cílů jednání se vytvářejí v neuronální síti mozku funkční systémy s vlastní organizací a na základě opětovného opakování téže činnosti, v našem případě pohybu, upevňovány a integrovány do pohybových schémat jednání. Díky cíleným formám cvičení, založených na propriorecepční a kinestetické bázi, dochází k inhibici spasticity a abnormálního reflexního držení. Na druhé straně mají být těmito cílenými formami cvičení vybudovány² základní vzory, které odpovídají normálnímu pohybu a jsou základem pro všechny diferencované pohyby (Vítková, 2006; Friedlová, 2015a).

Učitelům na základních školách speciálních je princip základních vzorů pohybu znám také pod pojmem motorické vedení. Pokud tedy chceme například žáka naučit, jak se maže chleba máslem, vedeme jeho ruku, a tak u něj navozujeme motorický proces (Vítková in Müller, 2007).

Nicméně fyzioterapeutický model vývoje dle manželů Bobathových a s ním spojený pojem vybudování drah, prof. dr. Andreas Fröhlich, autor konceptu bazální stimulace, rozšířil na oblast celistvého vnímání člověka, přičemž tvrdil, že se neliší zpracování podnětů v kinesteticko-proprioreceptivní oblasti od vizuální či auditivní oblasti. Z čehož vyplývá, že strukturovaným způsobem by se měly v těchto oblastech budovat také nové dráhy, přinejmenším probíhat nějaké centrální změny (Fröhlich in Müller, 2007).

3.4 Poznatky z psychologie (teorie A. Adlera, teorie včasných forem sebeuvědomění)

Z poznatků Alfreda Adlera, zakladatele individuální psychologie, si autor konceptu bazální stimulace převzal myšlenku o časných formách vlastního uvědomění (Friedlová, 2006).

„Adler přisuzoval velký význam vědomé dimenzi osobnosti a nevědomí spojoval s neurotickým chováním. Pouze nevědomá vůdčí myšlenka osobnosti umožňuje celý neurotický systém.“ (Adler in Drapela, 1998, s. 43)

Dle Fröhliche (in Friedlová, 2015a, s. 53) „časný vývoj dítěte směřuje již před narozením k uvědomění si svého já.“ To předpokládá zkušenost s vlastním tělem, čehož lze v konceptu bazální stimulace dosáhnout prostřednictvím somatického, vestibulárního a vibračního kanálu. Jedinec je tak schopen uvědomovat si hranice svého těla a následně pak i vnímat okolní svět (Fröhlich in Friedlová, 2006).

² Bobath tento případ nazývá facilitací neboli usnadněním (Vítková, 2006).

3.5 Aktivity denního života

„Aktivity denního života jsou základem ošetrovatelského procesu – označují činnosti člověka, které vedou k saturaci fyzických, psychických a duchovních potřeb.“ (Friedlová, 2015a, s. 54)

Aktivita je neodmyslitelnou součástí života každého člověka, protože každý člověk vlastní určitý potenciál aktivity. Potenciál aktivity ovšem může být z důvodu vrozeného postižení, onemocnění, následkem úrazu či stáří více či méně redukován (Müller, 2007; Friedlová, 2015a).

Dle Vítkové (in Müller, 2007, s. 225) „nejtěžší postižení znamená často radikální redukci možností aktivity. Postižený jedinec je nucen se omezit na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet žádné kontakty s okolím a naopak ani svět ho není schopen přiměřeně akceptovat.“

Aktivity denního života mají svůj kořen v teorii Abrahama Maslowa a s ním spojené pyramidě lidských potřeb. Vysvětluje to pak skutečnost, že u pacientů se závažnou disabilitou není v životě až natolik důležitá míra zlepšení zdatnosti, je pro ně důležitější funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. (Friedlová, 2015a).

Aktivity denního života však hrají velkou roli i v oblasti pedagogiky, respektive v procesu učení.

Protože u jedinců s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a autismem nelze předpokládat dosažení cílů základního vzdělávání, z důvodu nízké míry rozvinutí psychických funkcí, zejména pozornosti, paměti, ale i volných vlastností potřebných k systematickému osvojování učiva, omezují se cíle vzdělání těchto jedinců na rozvoj elementárních komunikačních dovedností, pohybové samostatnosti, základy sebeobsluhy a maximálně možné soběstačnosti (RVP ZŠS, 2008). Naplnění těchto cílů pak vede jedince se zdravotním postižením k potencionálnímu zvládnání činností běžného života.

K tomu Fröhlich (in Friedlová, 2015a) dodává, že proces uspokojování aktivit denního života výrazně souvisí s centrálním 10. cílem – objevovat svět a vyvíjet se. Více o této problematice hovoří kapitola Potřeby osob se zdravotním postižením.

3.6 Dopad teoretických východisek na teorii konceptu bazální stimulace

Výše zmiňovaná teoretická východiska se svým způsobem stala východisky pro teorii konceptu bazální stimulace, díky nimž lze konstatovat, že aby se dítě dobře

vyvíjelo, respektive vyvíjely se jeho diferencované mozkové struktury a předcházelo se tak senzomotorické deprivaci, musí být odkázáno na intenzivní podněty. Protože jedinci s těžkým postižením mnohdy nejsou schopni se sami o tyto podněty postarat, musí jim tyto podněty zprostředkovat a kompenzovat jejich okolí (Vítková in Müller, 2007).

Další podnětnou skutečností je, že pokud se dítěti nedostane zkušenosti pohybu, naruší to jeho kognitivní vývoj (pozornost, vnímání, myšlení, mluvení, emocionální a sociální procesy), proto i přes veškerá omezení je nutné této pohybové zkušenosti dosáhnout. Výrazným jevem je pro koncept bazální stimulace i vlastnost plasticity. Poškozené struktury mozku mohou znovu nabýt svoji funkčnosti, případně některé funkce mohou být převzaty jinými oblastmi mozku. Pro praktické využití konceptu bazální stimulace u jedinců s těžkým postižením by to znamenalo, že se terapeut snaží těmto jedincům reprodukovat vývojově nižší fáze, a tak poskytovat adekvátní podněty. Tyto podněty musí být strukturované a intenzivní, aby mohly pak ovlivnit jak primární, tak i sekundární důsledky postižení (Vítková in Müller, 2007).

4 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

V teoretických východiscích pro koncept bazální stimulace bylo naznačeno, že teorie KBS vychází především z poznatků prenatalní vývojové psychologie, z čehož vyplývá, že respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se člověk právě nachází. Předpokládá se, že nejprve se u plodu vyvíjí vnímání somatické, kdy plod cítí tlak stěny uteru a plodové vody, cucá si palec apod., následně i vibrační, kdy plod vnímá hlas matky, tlukot jejího srdce a střevní peristaltiku jako vibrace a v neposlední řadě i vnímání vestibulární, kdy vnímá změny polohy svého těla a změny polohy těla matky. Během prenatalního a dalšího postnatalního vývoje pak dítě získává vnímání auditivní, olfaktorické, taktilně-haptické, optické a orální (Friedlová, 2007; Friedlová, 2015b). Tyto skutečnosti pak vedly autora konceptu bazální stimulace k tomu, aby vytvořil prvky základní stimulace a prvky nastavbové stimulace.

4.1 Základní prvky stimulace

Základní prvky stimulace respektují, že se u plodu nejprve vyvíjí vnímání somatické, vibrační a vestibulární (Friedlová, 2007). Tedy toto vnímání souvisí bezprostředně s tělem a tělesným schématem člověka.

Dle Fröhliche (in Friedlová, 2015a, s. 31) je „nutné nejprve zprostředkovat vjemy ze svého těla, stimulovat vnímání vlastního těla (vnímání tělesného schématu) jako předpoklad vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností.“

Lze tedy konstatovat, že nejprve musí být člověk schopen vnímat své tělo, respektive své tělesné schéma, aby byl schopen přijímat podněty z okolí.

K tomu využívá bazální stimulace základní prvky stimulace, a to somatickou stimulaci, vibrační stimulaci a vestibulární stimulaci (Friedlová, 2015b).

4.1.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje klientovi vnímání vlastního těla a uvědomění si sama sebe za pomoci využití doteku, masáže těla, polohování případně koupele či zábaly (Kapounová, 2007). Blíže se této problematice věnuje kapitola 5.

4.1.2 Vibrační stimulace

Pokud somatická stimulace měla klientovi umožnit vnímat jeho tělesné schéma, respektive že je vlastníkem hlavy, trupu, horních a dolních končetin, tak vibrační stimulace se snaží klientovi poskytnout informace o hloubce jeho těla.

Toto stanovisko blíže specifikuje Vítková (in Müller, 2007, s. 227) poznatkem, že „somatické podněcování se vztahuje v podstatě na svalstvo a kůži a zasahuje pouze část lidského těla. Kostra je tímto způsobem (dotykem a tlakem) cíleně zasažena jen nepatrně. Zjistilo se, že použití vibrace po délce těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech.“

Vibrační stimulace má tedy stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací (Vaterova-Paciniho tělíška) a receptory hluboké citlivosti, tedy proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů (Friedlová, 2007).

Dle Brigitte Rüller-Peters (in Becker, Steding-Albrecht, 2015) jsou vibrace pro mnoho dětí s těžkým postižením preferovaným podnětem. Už jen jejich smích, zpěv, pobrukování či řeč produkují v konečné fázi vibrace.

K vibrační stimulaci lze využít hlas, ruce, elektrické vibrační přístroje (vibrátor, holicí strojek, elektrický zubní kartáček), vibrační hračky, vibrační hadice případně hudební nástroje produkující vibrace (Friedlová, 2007; Rüller-Peters in Becker, Steding-Albrecht, 2015).

„Hlas využijeme tím, že položíme ruce klienta na hrudní koš a necháme ho mluvit, díky vibračním způsobeným šířením jeho hlasu pocítí své ruce. Ruce můžeme využít k tvorbě vibrací a to tím, že ošetřující vibruje oběma rukama na těle klienta. Elektrické přístroje jako např. vibrax můžeme využít tak, že ho necháme působit na matraci, na které klient leží, abychom mu umožnili pocítit své tělo.“ (Friedlová, 2015b, s. 26)

Elektrické přístroje je však také možné umístit přímo na klouby končetin případně některé kosti (patní kost, vnitřní nebo zevní strana kolene, hřeben kosti pánevní, loket, rameno, dlaň). Vibrační stimulace má své kontraindikace, rozhodně není vhodné tuto stimulaci aplikovat u jedinců v krvácivých stavech, jedinců s varixy případně poraněním či poruchou integrity kůže. Také se nedoporučuje vibrační stimulaci poskytovat seniorům, a to z důvodu fragility vazů a možnosti jejich mikrotraumatizace (Friedlová, 2015b).

4.1.3 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace „je zaměřená na uvědomování se změny polohy, prostorovou orientaci a vnímání pohybu pacienta.“ (Kapounová, 2007, s. 207)

Zdravý člověk, který se neustále pohybuje a mění tak svou polohu v důsledku různých činností, které vykonává během dne, získává neustálý přísun podnětů. Osoby se zdravotním postižením, jejichž pohybové schopnosti jsou omezené, jsou o tento přísun vestibulárních podnětů ochuzeni a proto je nutné jim tyto podněty poskytnout

zprostředkovaně. Vestibulární podněty pak zpracovává vestibulární aparát, respektive rovnovážné ústrojí (Friedlová, 2015b).

Dle Fábianové (2014) lze vestibulární vnímání u těchto osob podpořit lineárním, rotačním a statickým pohybem hlavy případně umístěním klienta do houpačky, houpacího křesla, závěsných látkových vaků a trampolíny. Friedlová (2015b) k tomu dodává možnost nácviku tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli – Kornfielddübung a využití houpacích pohybů v kombinaci s polohováním mumie.

Při Kornfielddübung terapeut „klečí nebo sedí za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle, jeho hlavu má opřenou o jeho hrudník a provádí pohyb ve smyslu ležaté osmičky.“ (Friedlová, 2015a)

Vestibulární stimulaci lze také zprostředkovat klientovi formou „hopsání na gymnastickém míči (vhodnější je využití tvaru „osmičky“, která umožní terapeutovi a klientovi více stability) či položením klienta břichem na gymnastický míč (zde je vhodnější ve tvaru koule).“ (Konvičná, 2014, s. 24)

4.2 Nástavbové prvky stimulace

Nástavbové prvky konceptu bazální stimulace slouží především ke stimulaci percepce. Do této kategorie patří optická stimulace, auditivní stimulace, orální stimulace, olfaktorická stimulace a taktilně-haptická stimulace (Fábianová, 2014).

4.2.1. Optická stimulace

Zrak představuje pro člověka v životě nejdůležitější smysl, protože mu zprostředkovává až 80 % informací z prostředí (Fábianová, 2014). Dle Friedlové (2007, s. 109) „zrakový vjem umožňuje poznávat okolní svět, orientovat se, uspořádat své okolní prostředí, poznávat lidi a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty a schopnost učit se.“

„Pro optickou stimulaci v konceptu bazální stimulace platí pravidlo komplexního přístupu, tedy stimulaci optickou kombinovat se somatickou a vestibulární.“ (Friedlová, 2015a, s. 109)

To je důležité především díky faktu, že každá sebemenší změna tělesné polohy zároveň mění klientovo zorné pole, což umožňuje sledovat dění v jeho okolí (Friedlová, 2007).

Avšak je nutné uvědomit si, že ležící klient má jiné zorné pole než klient sedící a dle toho uzpůsobovat optické nabídky. Pokud tedy klient převážně leží, vnímá zrakovým analyzátozem především oblast stropu, tedy je vhodné optické podněty instalovat do tohoto prostoru. Instalujeme oblíbené předměty, fotografie, obrázky, které klient zná a

může je adekvátním způsobem asociovat a tedy zpracovat. Předměty, které klient nemá uložené v paměťových stopách, způsobí, že klient není schopný orientovat se v dané situaci, což se navenek může projevit agresí klienta případně pocitem úzkosti či strachu (Friedlová, 2015a).

Žákavec a Vísnerová (2012) uvádějí, že v jejich domově pro seniory je několik klientů dezorientovaných, kteří se sami dokáží pohybovat a chtějí se účastnit společenských setkání, avšak díky jejich dezorientaci nejsou schopni dojít do společenské místnosti případně se pak vrátit na svůj pokoj. Proto v tomto domově využili barevné vodící pásy na podlahu, tzv. orientační mosty, a klient tak ví, že se například do jídelny dostane po „červené“ vodící linii a stejně tak i zpět do pokoje.

„Z důvodu změn ve zrakovém vnímání je nutné respektovat pravidlo, že zrakový aparát seniora a osoby se zrakovým postižením (ať již vrozeným, nebo získaným) nevnímá tlumené barvy.“ (Friedlová, 2015a, s. 109)

Tohoto pravidla se řídí i Žákavec s Vísnerovou (2012), kteří ve svém domově pro seniory vymalovali v pokojích klientů vždy jednu stěnu sytě a zdůvodňují své jednání tak, že barevné nádechy seniorům splývaly s bílou zdí. Sytá barva dává klientovi informaci o prostoru ale i orientaci jak v samotném pokoji, tak i v domově. Klient si pak uvědomuje, že jeho pokoj je například červený.

Dle Friedlové (2015a) je vhodné klientovi nabídnout možnost uvědomit si denní dobu a do prostoru zorného pole umístit hodiny. Můžeme mu také poskytnout jako optickou nabídku sledování televize, musíme však respektovat jeho biografickou anamnézu a použít především jeho oblíbené pořady.

Aby ovšem byla pro klienta jakákoliv optická nabídka účinná a smysluplná, je vždy nutné respektovat klientovu biografickou anamnézu a v případě, že klient využívá brýle mu je před zahájením stimulace poskytnout (Friedlová, 2007).

4.2.2 Auditivní stimulace

Sluch má pro člověka největší význam z hlediska interindividuální komunikace při navazování a udržování vztahů ve společenském prostředí. Má také velký význam pro rozvoj myšlení a řeči (Machová, 2002).

Pro auditivní stimulaci je možné využít různých prostředků, avšak vždy je nutné zohlednit anamnézu klienta, jehož součástí by měla být i informace o případné sluchové nedostatečnosti a užívání kompenzačních prostředků, například sluchadel (Friedlová, 2007).

Prostředkem pro auditivní stimulaci může být řeč, hudba nebo zpěv. Auditivní stimulací formou řeči může znamenat i prosté vyprávění, například o již proběhlých aktivitách případně aktivitách budoucích, předčítání či reprodukce řeči (nahrané hlasy příbuzných, kamarádů, apod.). Hudbu může terapeut využít jak reprodukovanou (z přehrávače, z rádia, televize) tak produkovanou, kdy na hudební nástroj může hrát samotný klient či muzikoterapeut (Friedlová, 2007).

„Ačkoliv si to mnoho klientů neuvědomuje, během aplikace auditivní stimulace, automaticky dochází i k stimulaci vibrační. Jak hudební nástroje, tak reprodukováná hudba vysílají vibrace.“ (Konvičná, 2014, s. 27)

Dle Debry C. Gangale (2004) auditivní stimulaci může představovat i navozování kontrastů zvuků, např. hlasité/tiché zvuky, krátce/ dlouze znějící a v neposlední řadě také o zahrnutí obecných zvuků jako je mikrovlnka, zapnutá televize, oblíbené filmy, cvrlikání ptáků, splachování záchodu, apod.

Všechny tyto zmíněné prostředky umožňují klientovi aktivovat paměťovou stopu, vybaví si, že již v životě takové zvuky slyšel a schopen je asociovat.

4.2.3 Orální stimulace

Nejaktivnější a zároveň nejcitlivější tělesnou zónou z pohledu vnímání jsou bezprostředně ústa. Jsou také nejintimnější zónou v oblasti obličeje. V 9. týdnu embryonálního vývoje lze totiž spatřovat, jak si plod cumlá palce, v pozdějším vývoji pak dítě používá ústa jako prostředek získávání informací a zkušeností (Friedlová, 2007).

Osobám se zdravotním postižením tak může orální stimulace zprostředkovat chybějící vjemy z obličejové části hlavy, respektive z dutiny ústní a tím stimulovat jejich vnímání. Velký význam má tato stimulace i u pacientů vyživovaných sondou (Friedlová, 2015a).

„Orální stimulace je širokospektrální pojem, který obsahuje stimulaci chuťového vnímání, aktivizaci, stimulaci a zapojení perorálních vjemů, které jsou spojeny s příjmem potravy (čichové, hmatové, somatické, akustické a optické vjemy), stimulaci senzoryky dutiny ústní, stimulaci polykání, podporu příjmu potravy, zajištění korektní pozice při příjmu potravy, aby bylo umožněno zpracování sousta a polknutí, stimulace řečových funkcí.“ (Friedlová, 2015a, s. 120)

Debry C. Gangale (2004) poukazuje na skutečnost, že by se měl terapeut nejprve informovat, zda klient není přecitlivělý či alergický na některý z prostředků, který bude při orální stimulaci využívat. Klientovi by měl poskytovat jen oblíbené a důvěrně známé chutě a umožnit rozeznávat chuťové rozdíly (slané/sladké, hořké/ kyselé).

Jako prostředek orální stimulace lze zahrnout teplotní stimulaci, kdy například stimulace ledem vyvolává a okamžitě spouští polykací reflex. Taktéž jsou přínosné masáže v dutině ústní s využitím prstu nebo vatové či molitanové štětičky a bodová orofaciální stimulace dle C. Morales, která stimuluje orofaciální svaly, hybnost jazyka a svaly účastnící se polykání a salivaci (Debra C. Gangale, 2004; Friedlová, 2015a).

Friedlová (2015a) však nedoporučuje při orální stimulaci používat kovový peán nebo pinzetu s tamponem, protože cinká o zuby a kov může klientovi asociovat negativní vzpomínky na zákrok v dutině ústní, například zubařské ošetření. Jako nevhodné také spatřuje násilné vniknutí do úst, což může vyvolat u klienta negativní zážitek, a kombinovat více než tři chutě během jedné stimulace.

4.2.4 Olfaktorická stimulace

„Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými provokatéry vzpomínek.“
(Friedlová, 2007, s. 125)

Konkrétní vůně mohou vyvolat vzpomínky na různá roční období, různé situace případně osoby, s kterými jsme přišli do kontaktu. Mohou to být jak vzpomínky negativní, tak i pozitivní. Nicméně tyto informace by měli být u každého klienta obsaženy v jeho autobiografické anamnéze, kterou terapeut vždy respektuje (Friedlová, 2007).

Výše zmíněná orální stimulace úzce souvisí s olfaktorickou stimulací, protože příjem potravy, která proniká ústy, způsobí, že molekuly vůně či pachu proniknou až nosní sliznici. Čich a chuť ovšem nemají funkci analyzovat pouze příjemné vůně či pachy, jsou totiž také uzpůsobeny k detekci chemických látek (Friedlová, 2015a), což umožňuje člověku poznat hrozící nebezpečí.

Vítková (in Müller, 2007) považuje poskytování čichových a chuťových podnětů u osob s těžkým postižením za pedagogicko-psychologický úkol, kdy je nutné se postarat o jasné vnímání kontur a kontrastů. Proto je třeba z počátku používat pokud možno jednoznačných pachových a chuťových podnětů.

Do bazálně stimulující péče pak můžeme integrovat krom silných, důvěrně známých vůní či pachů, jako jsou toaletní potřeby, vůně potravin, oblíbené aroma oleje, také vůně z pracovního prostředí nebo prostředí klientových koníčků a zájmů (Debra C. Gangale, 2004; Friedlová, 2015a).

Friedlová (2015a) uvádí příklad, kdy klientovi, který pracoval v lese, můžeme nabídnout předměty, které mají nějakou spojitost s lesem, tedy šišky, větve, kousek dřeva se smůlou, apod.

Tyto vůně pak pomohou klientovi vybavit si vzpomínky na klíčové momenty, které v daném prostředí klient prožil. Díky evokaci vzpomínek uložených v paměťových stopách je pak klient schopný orientovat se v prostředí.

4.2.5 Taktilně-haptická stimulace

Evokaci klíčových momentů ze života klienta může podpořit také taktilně-haptická stimulace.

„Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty totiž umožňuje získávat během života taktilně-haptické zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti.“ (Friedlová, 2015a, s. 130)

Žákavec s Vísnerovou (2012) uvádějí příklad z jejich domova pro seniory, kdy bylo pro pečovatele motivování jejich klientů k ranní hygieně problematické. Když pečovatelé posadili klienta k umyvadlu, klient byl zmatený a nebyl schopný rozpoznat situaci. Proto pečovatelé asistovaně nejprve namočili klientovi ruku ve vodě v umyvadle a tím aktivizovali jeho paměťovou stopu a podpořili jeho vnímání. Klient se dokázal orientovat v dané situaci a provedl ranní hygienu.

Výše uvedený příklad naznačuje, že mnohé situace jsou pro klienty mnohdy nepochopitelné a nedůstojné. Nedokáží si v nich orientovat, jsou neklidní a tak se stává, že například ležící pacienti mají tendence svlékat si oblečení, rozepínat plenkové kalhotky a v nejhorším případě si vytahávají dreny, cévky, katetry, zkrátka různé invazivní vstupy. Tyto aktivity si koncept bazální stimulace vysvětluje jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2015a; Friedlová, 2007).

Taktilně-haptická stimulace umožňuje klientům vnímat známé předměty jak z jejich osobního života a pracovního života tak i z oblasti jejich koníčků či zájmů. Z biografie klienta je terapeut poskytující bazálně stimulující péči schopen vyčíst, jaké předměty jsou pro klienta klíčové. Může se jednat o oblíbené předměty, talismany, hračky, předměty spojené s hobby klienta, předměty užívané k výkonu povolání, předměty z denního života či předměty užívané k osobní toaletě (Friedlová, 2007).

Taktilně-haptická stimulace v podobě využití předmětu užívaného k výkonu povolání se ukázala prospěšná také v případě klienta nejmenovaného domova pro seniory. Klient dle pečovatelů vykazoval problémové chování. Svou potřebu zásadně nevykonával v prostorách tomu určených. Pečovatelé domova pro seniory z tohoto chování byli zoufalí a nevěděli, jak klienta přimět k žádoucímu chování. Z biografické anamnézy pak pečovatelé vyčetli, že klient původně vykonával profesi výpravčího a poskytli mu tedy výpravčí čepici a plácačku. Na zdi namontovali visací směrovky na wc přesně takové, jaké

je možné vidět na nádraží. Pán již takové problémové chování nevykazoval (Richterová, 2016).

Domníváme se, že díky předmětům, které již klient znal, došlo k aktivizaci jeho paměťové stopy. Vybavil si, že již v jeho životě tyto předměty sehrály určitou roly, taktéž mu byly známé nádražní směrovky na wc, které musel ve svém životě díky svému povolání určitě často spatřovat. Protože tyto směrovky již ze svého života znal, věděl, co znamenají a byl tedy orientován v situaci.

5 SOMATICKÁ STIMULACE DLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

5.1 Tělesné schéma a jeho potřeba stimulace

„Celé tělo, zvláště ale kůže jako největší orgán, představuje naše vymezení (ohraničení), ale současně je také místem kontaktů se světem. Obraz těla, který je různě diferencovaný, vnímáme v závislosti na naší zkušenosti.“ (Vítková in Müller, 2007, s. 227)

Gills (in Friedlová, 2007, s. 66) definuje tělesný obraz jako vnímání člověka v jeho vnějších hranicích a s místy, která tyto hranice mezi jeho tělem a vnějším okolím tvoří.“

Vnímání tělesného schématu je započato již samotným porodem. Průchod úzkými porodními cestami provázený stahy, který má zároveň za úkol z plic dítěte vyloučit tekutinu, představuje pro dítě první somatickou stimulaci (Richterová, 2016; Jonas, 2000).

Po porodu se vnímání těla rozvíjí především pomocí kontaktu matky s dítětem, doteků a pokračuje objevováním vlastního těla, které by mělo pokračovat i v pozdějším životě (Kandlerová, Horáková, 2014)

„Člověk s intaktním vnímáním tělesného obrazu si uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla, jakou polohu zaujímá jeho tělo ve vztahu k podlaze nebo ve vztahu k svislé poloze a jak působí pohyb těla na materiální objekty v jeho okolí.“ (Friedlová, 2007, s. 66)

Daria Halprin (in Kandlerová a Horáková, 2014) rozděluje povědomí těla do tří základních úrovní. První z úrovní nazývá fyzikální úroveň, kterou lze naplnit pomocí smyslových vjemů, dechu, držení těla a gesty. Druhou úroveň představuje citová úroveň, kdy jedinec vnímá různé pocity vycházející z těla a to, úzkost, radost, klid, vzrušení, hněv či smutek. Třetí úroveň je úroveň mentální. Zahrnuje plány, vzpomínky, starosti, představivost, asociace a fantazie.

Aby ovšem člověk udržel vnímání svého tělesného obrazu, musí být schopen vizuální kontroly a mít funkční vestibulární a sensorické vnímání. Výpadek těchto forem vnímání zapříčiní chybné vnímání tělesného obrazu (Sacks in Friedlová, 2015a).

Otázkou nutnosti stimulovat tělesné schéma u osob se zdravotním postižením se zabývá Vítková (in Müller, 2007, s. 227), která se domnívá, že „obraz o vlastním těle u těžce postižených je nediferencovaný, s výjimkou několika míst (ohnisek) s často negativními zkušenostmi (např. v důsledku koncentrace bolesti, neoblíbených ošetřovatelských úkonů apod.).“

Proto je důležité, aby si tito jedinci uvědomili, že jejich tělo je schopné přijímat i příjemné podněty. Domníváme se, že jakákoliv pozitivní zkušenost s vlastním tělem, díky které jsou schopni jedinci se zdravotním postižením diferencovat svůj tělesný obraz, je prospěšná.

Uvědomovat si své tělo a tělesné schéma je rovněž klíčovým výstupem ve vzdělávání žáků se zdravotním postižením vzdělávaných dle rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Vytváří tak potenciál k rozvoji osobnosti a sebepoznání jedince se zdravotním postižením (RVP, 2008).

Změny ve vnímání tělesného obrazu vyvolávají zmatené jednání či chování, neschopnost komunikovat s okolím, projevy strachu či úzkosti, motorický neklid a autostimulativní projevy chování, chybnou interpretaci reality (Friedlová, 2015a).

Chybné či omezené vnímání tělesného obrazu u dlouhodobě imobilních osob se také může projevit tak, že se jedinec může stáčet k postranicím, kdy si způsobí otlaky, a to často na úkor bolesti. Tento jev je pak odrazem potřeby cítit hranice vlastního těla (Žákavec, Vísnerová, 2012).

Koncept bazální stimulace ovšem reaguje na nutnost stimulovat tělesné schéma jedinců se zdravotním postižením. Autor konceptu prof. Andreas Fröhlich zastává názor, že „je nutné nejprve zprostředkovat vjemy z vlastního těla, stimulovat vnímání vlastního těla (vnímání tělesného schématu) jako předpoklad vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností.“ (Fröhlich in Friedlová, 2015a, s. 31)

Zprostředkovat vjemy z vlastního těla a stimulovat vnímání tělesného schématu umožňuje v konceptu bazální stimulace somatická stimulace.

5.2 Somatická stimulace

„Cílem somatické stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u člověka docházelo k stimulaci vnímání vlastního těla, podpoře rozvoje vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace s jeho okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a zlepšení funkcí organismu.“ (Friedlová, 2015a, s. 67)

Kapounová (2007) k tomu dodává, že somatická stimulace také umožní klientovi cítit přítomnost jiného člověka.

Už jen samotná přítomnost klientovi se zdravotním postižením „dodává pocit tepla, jistoty a lásky.“ (Kandlerová, Horáková, 2014, s. 30)

Nejzákladnější formou somatické stimulace je kvalitní dotek, jehož předpokladem je klid, způsob a význam doteku, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování a sled (Friedlová, s. a).

Somatická stimulace v konceptu bazální stimulace nabízí klientovi nabídky, prostřednictvím kterých je stimulováno jeho vnímání těla. Mezi tyto nabídky se řadí somatická stimulace zklidňující, somatická stimulace povzbuzující, neurofyziologická stimulace, symetrická stimulace, rozvíjející somatická stimulace, diametrální stimulace, polohování hnízdo, polohování mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání. Tyto prvky somatické stimulace je možné integrovat do běžných ošetřovatelských úkonů v kontextu základní ošetřovatelské péče (toaleta, dechová gymnastika, polohování). Taktéž se může jednat o terapeutická opatření, aktivizační nabídky a pedagogické nabídky ve vzdělávání žáků se zdravotním postižením (Friedlová, 2015a).

5.2.1 Somatická stimulace zklidňující

Somatická stimulace zklidňující považuje za cíl stimulovat vnímání tělesného schématu a poskytnout zkušenost s vlastním tělem. Má také redukovat neklidné stavy, stavy zmatenosti, dezorientace a navodit celkové tělesné uvolnění (Friedlová, 2015b).

Zklidňující stimulace vychází z faktu, že „každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletením, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupu podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění.“ (Friedlová, 2015b, s. 13)

K tomu dodává Richterová (2016), že po stimulaci ve směru po chlupu sval zůstává v klidu a nervová zakončení se nepodráždí.

Před samotným zahájením stimulace nejprve klienta s využitím iniciálního doteku informujeme o naší přítomnosti a informujeme jej o prováděném úkonu (Friedlová, 2007).

Zahájit stimulaci může terapeut obličejovou částí, avšak pro mnoho klientů je obličejová část těla intimní zónou. V tomto případě může terapeut provést stimulaci obličejové části asistovaně, kdy terapeut vede klientovu dominantní ruku a společně provádí daný úkon, což je mnohdy pro klienty pocitově přijatelnější, případně začít stimulací hrudníku. Na hrudníku se provádí stimulace ve směru od středu trupu k zevní straně hrudníku. Horní končetiny terapeut modeluje tak, že mezi své ruce uchopí klientovu končetinu v oblasti ramene a provede tah obou rukou ve směru po chlupu až ke konečkům prstů. Jednotlivé prsty stimuluje krouživými pohyby se zdůrazněním konců prstů. Dolní končetiny se taktéž stimulují po směru chlupu od pánve ke konečkům prstů. Žáda se stimulují směrem od páteře k zevní straně trupu (Friedlová, 2015b; Richterová, 2016).

Tyto úkony terapeut verbálně komentuje a pokud možno zajistí vizuální kontrolu, jen tak může být podpořeno vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2015a).

Klienta se snažíme dotýkat vždy oběma rukama a kontakt s klientem nepřerušit. Přerušeni kontaktu totiž působí na klienta nepříjemně až zmatečně. (Richterová, 2016).

Ke stimulaci může terapeut využít žínky, ručníky, oleje, tělové mléko, froté ponožky, plyšové hračky, apod. Jednou z možností je také somatickou stimulaci zklidňující aplikovat v podobě koupele v kontextu ošetrovatelských úkonů, kdy žínky namočíme do umyvadla s teplou vodou (37 - 40° C) a modelujeme části těla po růstu chlupu. Taktéž je možné aplikovat na sucho přes oblečení (Friedlová, 2015b).

Somatickou stimulaci zklidňující je vhodné aplikovat u klientů s těžkou či hlubokou mentální retardací s cílem stimulovat jejich vnímání tělesného schématu a navázání komunikace případně u žáků s těžkou a hlubokou mentální retardací jako pedagogickou nabídku, založenou na učení se vnímat a poznávat vlastní tělo. U klientů s tělesným postižením bude somatická stimulace zklidňující stimulovat jejich hybnost a vlastní aktivitu. Klientům dlouhodobě imobilním a ve vigilním kómatu může somatická stimulace zklidňující pomoci cítit své tělesné schéma a konečně klientům neklidným, hyperaktivním, klientům trpícím úzkostí a klientům se zvýšeným svalovým tonem dokáže poskytnout potřebné zklidnění a uvolnění (Friedlová, 2015a).

5.2.2 Somatická stimulace povzbuzující

Somatická stimulace povzbuzující má oproti somatické stimulaci zklidňující navodit opačný efekt. Má zvýšit úroveň vědomí, pozornost, svalový tonus, srdeční frekvenci a hodnoty krevního tlaku a podpořit klientovu aktivitu. Může také sloužit jako příprava na následující působení fyzioterapeuta či ergoterapeuta (Friedlová, 2015b).

Při somatické stimulaci povzbuzující se stimuluje tělo obdobně jako při somatické stimulaci zklidňující ovšem s tím rozdílem, že jednotlivé části těla modelujeme proti směru růstu chlupu, čímž dojde k podráždění nervových zakončení. Pokud bychom tedy stimulovali horní končetinu, začali bychom od konečků prstů a tahem obou rukou zakončili stimulaci v oblasti ramene. Hrudník by se modeloval od zevní strany hrudníku směrem k páteři. Nedoporučuje se tímto způsobem stimulovat úplně celé tělo, protože by mohlo dojít ke zvýšení hodnot systolického tlaku a to rovnou o 10 – 20 mm Hg (Richterová, 2016; Friedlová, 2015b).

Z toho důvodu je kontraindikací aplikovat somatickou stimulaci povzbuzující u jedinců s čerstvým krvácením do mozku, se zvýšeným intrakraniálním tlakem, s vysokým krevním tlakem, tachykardií a jedinců s Morbus Parkinson (Friedlová, 2015b).

Povzbuzující stimulaci lze také integrovat do toalety klienta, avšak teplota vody by měla být o 10° C nižší než teplota těla, adekvátně tedy 23 - 28° C (Friedlová, 2015a).

Příklad využití somatické stimulace povzbuzující uvádí Richterová (2007), která stimulaci nejčastěji aplikuje u svých žáků se zdravotním postižením na horní končetiny, a to před zahájením cvičení grafomotoriky a jemné motoriky. Jejich končetiny se prokrví, aktivizují se a dochází tak k lepší spolupráci žáka s učitelem.

5.2.3 Neurofyziologická somatická stimulace

Neurofyziologická somatická stimulace se nejčastěji využívá u klientů s poruchou hybnosti, vyskytující se pouze na jedné polovině těla, přičemž druhá polovina těla je funkčnější. Příkladem jsou klienti s hemiparézou, hemiplégií, klienti po CMP, klienti po mozkolebečních úrazech případně klienti s DMO (Friedlová, 2015a).

Aplikace neurofyziologické somatické stimulace se začíná na nepostižené části těla klienta z toho důvodu, aby měl klient možnost nejprve vnímat svou zdravou stranu těla a následně si uvědomit tu méně funkční stranu. V případě neurofyziologické somatické stimulace se kombinuje somatická stimulace zklidňující se somatickou stimulací povzbuzující. Nejprve tedy aplikujeme na zdravé polovině těla v sagitální rovině somatickou stimulaci povzbuzující, která je aplikována proti směru růstu chlupu, čímž dojde k podráždění neuronů. Po aplikaci terapeut přesouvá své ruce k méně funkční části těla, na kterou aplikuje somatickou stimulaci zklidňující. Ta je vedena po směru růstu chlupu a neuron tak nepodráždí (Richterová, 2016; Friedlová, 2015a).

Při aplikaci by měl terapeut klienta verbálně vyzvat k vnímání a uvědomění si zdravé strany, postiženou stranu stimulovat k vyvolání pocitů, umožnit optickou kontrolu postižené strany a v neposlední řadě zdůraznit vnímání střední části těla. Vnímání střední části těla může terapeut zdůraznit krátkou pauzou či lehkým přitlakem při přenášení vjemu z funkční poloviny těla na méně funkční polovinu těla (Friedlová, 2015b).

5.2.4 Symetrická somatická stimulace

Symetrická stimulace si klade za cíl obnovit vnímání tělesného schématu na základě fixace tělesné symetrie (Bienstein in Friedlová, 2007).

„Terapeut pracuje synchronně na obou polovinách těla. Například synchronně stimuluje obě horní končetiny a následně obě dolní končetiny.“ (Friedlová, 2007, s. 88)

Richterová (2007) se své praxi v rehabilitačních třídách setkává s žáky, kteří upřednostňují šikovnější ruku a druhou ruku nevnímají a nepoužívají, proto na tomto pracovišti stimuluje

končetiny tak, aby docházelo k symetrickému vnímání a alespoň částečnému zapojení obou rukou do aktivity.

5.2.5 Rozvíjející somatická stimulace

Rozvíjející somatická stimulace klade důraz na symetrii a střed těla. Je poskytována klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ho ještě rozvíjet. Nejčastěji je aplikovaná u předčasně narozených novorozenců, děti do věku 4 let, klientů ve vigilním kómatu, klientů s kvadruplegií a dlouhodobě imobilních klientů (Friedlová, 2007).

5.2.6 Diametrální somatická stimulace

Diametrální somatická stimulace je přínosem pro klienty se spasticitou. Spasticitou se rozumí „zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech a zejména svalů kosterních.“ (Velký lékařský slovník, 1998-2016)

Zvýšené napětí svalů omezuje pohyb, a pokud tento stav doprovází ještě bolest, jedince minimalizuje svůj pohyb. V diametrální somatické stimulaci hraje velkou roli teplo. Teplo totiž redukuje svalové napětí. Využívat by měl terapeut tedy taková média (voda, oleje, gelové, bahenní, pohankové nahřívací polštáře), která udrží teplotu alespoň v rozmezí 38-40° C. Ruce terapeuta by rovněž neměly být při aplikaci chladné (Friedlová, 2015a).

„Vhodné je dodržet tělesnou symetrii, tzn., je-li diametrální stimulace aplikována na jedné polovině těla, musí být i druhé polovině těla poskytnuta somatická nabídka. Je vhodné na opačné straně těla aplikovat alespoň zklidňující stimulaci. Diametrální stimulace se na končetinách aplikuje v diametrálně odlišném směru na flexorových a extenzorových svalů. Během stimulace se může přidat také stimulace proprioreceptorů.“ (Friedlová, 2015a, s. 87)

Po ukončení stimulace klienta nepolohujeme proti jeho svalovému napětí, ale naopak v tonu, aby došlo k jeho uvolnění (Friedlová, 2007).

5.2.7 Polohování

Člověk, který je kvůli svému zdravotnímu stavu nucen být dlouhodobě na lůžku, většinou trpí nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity. Po 30 minutách klidného ležení se mění jeho vnímání vlastního těla a ztrácí pocit vlastních tělesných hranic. Psychika a vnímání těla se tak nastavily na jednotvárnost. Tento proces se nazývá degenerativní habituace (Friedlová, 2015b).

Dle Fröhlicha (in Friedlová, 2015a) má degenerativní habituace nejen následek změny vnímání tělesného schématu, ale i poruchu tělesné identity, změnu koordinace pohybů, poruchy v komunikaci, dezorientaci v čase a v prostoru, poškození intelektu a nápadné chování, vyznačující se depresí či neklidem až agresivitou a sebepoškozováním (autostimulací).

Polohování tedy slouží jako prevence výše zmiňovaných stavů, ale i jako profylaxe vzniku dekubitů, pneumonie a tromboembolických komplikací. V neposlední řadě také představuje pro klienty se zdravotním postižením relaxaci (Friedlová, 2015b).

„Relaxace pomáhá předcházet obtížím psychosomatickým, zvýšené nemocnosti nebo alergickým projevům a také podporuje koncentraci pozornosti či působí kladně na motorickou koordinaci a celkově přispívá ke zklidnění dětí.“ (Kandlerová, Horáková, 2014, s. 34)

Ke změně tělesné pozice klienta se zdravotním postižením koncept bazální stimulace využívá polohování mumie, polohování hnízdo a mikropolohování.

5.2.7.1 Polohování mumie

Polohování mumie se využívá u klientů, kde je nutná velmi intenzivní stimulace tělesného schématu. Slouží i jako nefarmakologický prostředek k eliminaci stavu neklidu a agresivity. Kontraindikací jsou bezprostředně klienti trpící klaustrofobií (Friedlová, 2015a).

Klienta terapeut nejprve kontaktuje iniciálním dotekem a informuje ho o zamýšlené intervenci. Terapeut podloží klientovi hlavu polštářem a horní končetiny mu situuje na hrudník klienta. Jeho tělo v poloze na zádech zavine do deky případně do prostěradla tak, že začínáme zavínavat od nohou a končíme v horní části těla, avšak klientovi se snažíme ponechat možnost, aby se sám z této pozice vymanil. Klienta uloženého v této poloze terapeut neustále sleduje. Délku aplikace volí dle stavu a reakcí klienta, nicméně v této poloze by klient neměl setrvat déle než 90 minut (Friedlová, 2015b).

Polohu mumie lze svou koncepcí přirovnat k běžnému mateřskému úkonu u novorozenců, a to zavinutí dítěte do zavinovačky. Tento úkon přináší dítěti klid a bezpečí. Matky prvorodičky také nabývají větší jistoty při úchopu dítěte v zavinovačce (Richterová, 2016). Polohování mumie je možné kombinovat s prvky somatické stimulace. Výjimku však představuje somatická stimulace povzbuzující, kdy nabuzení klienta a následné uložení do relaxační polohy je kontraproduktivní.

Rovněž je možné polohu mumie aplikovat s polohováním hnízdo (Friedlová, 2015b).

5.2.7.2 Polohování hnízdo

Polohování hnízdo také umožňuje klientům si odpočinout a navozuje u nich příjemné pocity, pocit bezpečí, jistoty a zlepšuje jejich vnímání hranic těla. Kombinovat ji je možné s prvky somatické stimulace³ a to s polohováním mumie, s polohováním s canisterapeutickým psem (u klientů se spastickou formou DMO pes přispívá k rychlejšímu uvolnění spasmů a naopak u hypotonických forem vede k posílení svalového tonusu) a s polohováním klientů s tělem nejbližší osoby. (Richterová, 2016; Friedlová, 2015b).

V posledních dvou zmiňovaných případech se kromě odpočinku a relaxace klientům dostává i pocit blízkosti, tepla a lásky druhé osoby či blízkosti a tepla canisterapeutického psa.

„Polohování do hnízda se provádí prostřednictvím srolovaných dek, perličkových polštářů a také vaků. Klienta uložíme do polohy, kterou jsme zvolili (záda, bok, břicho, sed v křesle atd.) a jeho tělo obložíme srolovanými dekami nebo fixačními perličkovými polštáři nebo vaky. Části těla lze také modulovat pomocí srolovaných ručníků či prostěradel.“ (Friedlová, 2015a)

5.2.7.3 Mikropolohování

Podpořit vnímání těla je možné i za pomoci minimálních změn v poloze klienta. Výhodná je především v případech, kdy je klient napolohován a přesto po delším setrvání v jedné pozici ztrácí povědomí o svých hranicích těla. Zároveň mu hrozí riziko vzniku dekubitů. Minimální změna tělesné pozice opět aktivuje povědomí o tělesném schématu a je profylaxi dekubitů. Možnosti změny tělesné pozice může představovat propletení prstů rukou, položení rukou na hrudník, ohnutí horní končetiny směrem k tělu, překřížení dolní končetiny, uchopení nohy rukou, polohování na různě tvrdých a měkkých matracích. Změny polohy lze také dosáhnout pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů. Pokud bychom tedy měli klienta uloženého na boku v poloze hnízdo, odebráním polštáře či srolovaného ručníku a následným přemístěním těchto pomůcek na protilehlou stranu těla, bychom docílili minimální změny v poloze, přičemž pokud je tento úkon prováděn jemně a citlivě, tak si spící klient takové změny nemusí ani povšimnout (Richterová, 2016; Friedlová, s. a).

³ Výjimku tvoří somatická stimulace povzbuzující, která se ze zásady nekombinuje s polohováním

5.2.8 Podpora dýchání v konceptu bazální stimulace

Dýchání je základní potřebou člověka, bez které by nemohl existovat. Dýchání člověka má dvojí centrální řízení. Je řízen vegetativním systémem, který zapříčiní automatické, podvědomé dýchání a kortikospinálním motorickým systémem, který vytváří volní, vědomé dýchání (Čápová, 2008).

„Dechová cvičení jsou ve fyzioterapii velmi oblíbená a používají se především tam, kde chceme ovlivnit oba řídicí systémy.“ (Čápová, 2008, s. 54)

Nedostatečná ventilace omezuje přísun kyslíku a tím dochází u člověka ke snížení tělesné síly a energie, což se projeví neschopností vnímat okolní svět a jeho dění. Jedinec se stahuje stále více do sebe a zcela chybí aktivní výměna informací mezi ním a jeho sociálním okolím (Friedlová, s. a.).

Dechová funkce také významně ovlivňuje konfiguraci těla a mobilitu kloubů. Je stabilizačním prvkem posturálních funkcí. Rovněž má vliv na excitabilitu nervového systému, která se projeví ve svalovém tonu. Při nádechu excitabilita stoupá a při výdechu klesá (Čápová, 2008).

Dle Fábianové (2014, s. 56) „dýcháním dochází i oxygenaci mozkové tkáně, čímž se částečně zlepší i schopnost koncentrace pozornosti.“

Výše zmiňované důvody naznačují nutnost podporovat dýchání u jedinců se zdravotním postižením a jedinců dlouhodobě ležících na lůžku. Koncept bazální stimulace na tuto nutnost podpory dýchání reaguje prostřednictvím masáže stimulující dýchání (Atmen stimullierende Einreibung), kontaktního dýchání a kontaktního dýchání s vibrací. Fábianová (2014) doporučuje po aplikaci stimulací podporující dýchání klienty následně uvést do úlevové polohy, kterou může být embryonální poloha a nebo poloha hnízdo s hlavou otočenou na stranu.

5.2.8.1 Masáž stimulující dýchání – Atmen stimullierende Einreibung

Masáž stimulující dýchání (Atmen stimullierende Einreibung) je součástí dechové gymnastiky. Primárně je aplikována na oblasti zad. Terapeut aplikuje tělové mléko v množství velikosti vlašského ořechu do svých rukou, čímž zajistí tělesnou teplotu a pak přímým tahem od zátylku, až k bedrům rozetře tělové mléko klientovi po zádech. Přímé tahy opakuje terapeut asi třikrát. Posléze začne masírovat na zádech tři kruhy, které se prolínají. Těmito pohyby se zvedá a roztahuje hrudník do stran. Stimulace se zakončí opět třemi přímými tahy. Technika je obtížnější už z toho důvodu, že se terapeut musí

naladit na rytmus a frekvenci dýchání klienta, proto správné a účinné aplikování vyžaduje kontinuální trénink (Friedlová, 2015b; Richterová, 2016).

Technika se nejčastěji integruje do péče u klientů s povrchním dýcháním, s nepravidelným dechem, se zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí dechu s cílem najít vhodný kompromis mezi těmito extrémy, s bolestí jako nefarmakologický prostředek tlumení, s depresivními stavy, s poruchami spánku, se změnami vnímání vlastního těla a klientů umírajících (Friedlová, 2015a).

5.2.8.2 Kontaktní dýchání, kontaktní dýchání s vibrací

Kontaktní dýchání s sebou nese vysokou komunikační hodnotu a napomáhá k uvolnění psychosomatického napětí. Využití je vhodné u jedinců s psychosomatickými změnami a dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (Fábianová, 2014).

„Při kontaktním dýchání má terapeut položeny ruce na hrudníku klienta a doprovází ho v nádechu i při výdechu. Výdech může podpořit stlačením hrudníku a také lze přidat vibrace v době výdechu.“ (Friedlová, 2007, s. 103)

Častým problémem v souvislosti s omezenou ventilací jsou u dlouhodobě ležících klientů či pacientů pneumonie či infekty, proto kontaktní dýchání v kombinaci s vibrací podpoří vykašlávání těchto jedinců (Vokurka, 2012; Friedlová, 2007).

Vibrace aplikované v době výdechu se provádějí pomocí terapeutových rukou, které velmi jemným a citlivým třesem vytvoří požadovanou mikrovibraci. Ruce jsou tak jediným povoleným nástrojem pro vibraci v oblasti hrudníku, protože umožní terapeutovi vytvořit pouze mikrovibraci. Vibrační nástroje elektrické oproti tomu vytvoří větší vibraci, která již v oblasti hrudníku nemůže být klientovi prospěšná (Richterová, 2016).

„Kontaktní dýchání lze poskytnout klientovi také jeho vlastní rukou, kterou terapeut položí klientovi na jeho hrudník. Klient tak může vnímat vlastní dech. Tato rytmická činnost může dosti výrazně stimulovat klientovo vnímání sebe sama. Kontaktní dýchání může být realizováno i formou hrudník na hrudník. Především u malých dětí se kontaktní dýchání aplikuje tak, že si rodič položí hrudník dítěte na svůj hrudník a společně dýchají.“ (Friedlová, 2007, s. 103)

Richterová (2016) k tomu dodává, že si klient může kontaktní dýchání aplikovat i samostatně, kdy terapeut klienta instruuje, avšak to je věcí kreativity a vzájemné komunikace a tolerance klientovi biografie.

Aby však masáž byla účinná, efektivní neměla by přesáhnout 3 – 5 minut (Friedlová, 2007).

6 POTŘEBY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

6.1 Reagování konceptu bazální stimulace na potřeby osob se zdravotním postižením

Koncept bazální stimulace se podobně jako současná medicína snaží přiklánět k holistickému pojetí zdravotního stavu člověka. Holistické pojetí je tvořeno fyzickou, psychickou a sociální dimenzí lidského zdraví a nemoci (Konvičná, 2014; Novosad, 2009). Dle Frölicha (in Lopuchová, Šušorová, Záni, 2013, s. 30 - 31) „v péči o klienta není možné činit významný rozdíl mezi tělem a duší. Metodami a přístupy totiž můžeme ovlivnit celou osobnost člověka, proto záměrné oddělování psychických a fyzických dějů je podle něj nepřijatelné.“

Koncept bazální stimulace vnímá klienta jako rovnocenného partnera, jako člověka s vlastní historií, se svými potřebami a touhami. Klade velký důraz na respektování klientovy či pacientovy identity (Nydal, Bartoszek, 2012).

To vše je podpořeno biografickou anamnézou klienta, integrací příbuzných klienta do péče, týmovou prací kolektivu pečujícího o klienta a dodržováním 10 centrálních cílů, sestavených autorem konceptu bazální stimulace prof. dr. Andreasem Fröhlichem (Friedlová, 2015b).

Za autobiografickou anamnézu považujeme „podrobný popis dosavadních zvyků, oblíbených činností, jídel, nápojů a časového plánu nemocného. Zahrnuje detailní seznam příjemných předmětů denní potřeby, hraček, písní, kazet či filmů. Obsahuje informace o způsobu oblékání, o charakteristice a zvycích týkajících se spánku, nebo zda jde o praváka či leváka.“ (Kapounová, 2007, s. 207)

Shromážděné informace o klientovi a následná diagnostika problému a klientových zachovalých funkcí jsou podkladem pro stanovení centrálních cílů. Po stanovení centrálních cílů je nezbytné plánování a následná realizace terapeutických, ošetrovatelských popřípadě pedagogických nabídek. Poslední fází je evaluace s eventuální úpravou cílů či plánů. Protože je koncept bazální stimulace nabídkou, může samotný klient rozhodnout, zda nabízené vjemy přijme či nikoliv s ohledem na jeho aktuální potřeby (Friedlová, 2015a; Friedlová, s. a.)

„Lidé se speciálními potřebami představují heterogenní skupinu, která je obecně vnímána jako znevýhodněná vůči majoritní společnosti i při uspokojování svých potřeb.“ (Ludíková, 2014, s. 6)

Dle Kirbyho (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) prožívání života, uspokojování individuálních psychologických a fyzických přání a potřeb je odrazem kvality života.

Ta se dle Libingerové a Müllerové (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) promítá do čtyř dimenzí, které tvoří tělesný stav a funkční schopnosti, psychický stav a pocit pohody (životní spokojenosti), sociální vztahy a ekonomická situace a zaměstnání. Hodnocena bývá zde dvou hledisek, a to subjektivního a objektivního. Subjektivní kvalita života představuje jedincovo vnímání svého postavení v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije. Objektivní kvalita se týká materiálního zabezpečení, sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

„Kvalita života osob se speciálními potřebami je ovlivňována mimo samotné postižení i řadou dalších faktorů, mezi kterými významnou roli hraje i míra podpory, které se jim dostává, a to jak z rodiny, blízkého okolí, ale zejména od odborných pracovníků.“ (Ludíková, 2014, s. 6)

Dle Trachtové (in Malíková, 2011) mohou být potřeby uspokojeny buď žádoucím, nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob uspokojení potřeby představuje takové uspokojení potřeby, které nemá škodlivý vliv na okolí či jiné osoby a je v souladu se zákonnými normami a se sociálně kulturními hodnotami jedince. Při nežádoucím způsobu uspokojení potřeby dochází k poškození jiných osob nebo jedince samotného a potřeby nejsou v souladu se sociálně kulturními hodnotami nebo jsou v rozporu se zákonem.

„Snaha nutit klientovi určitou péči, která vůbec nezohledňuje jeho individualitu a s ní spojené potřeby, může tedy vyústit v psychosomatický útlum klienta, nebo naopak agresivní obranou reakci klienta.“ (Friedlová, 2015a, s. 65)

Druhým faktem je, že mnozí pacienti ošetrovatelskou péči zdravotních sester hodnotí dle svých pocitů ze saturace základních životních potřeb, tedy na základě spokojenosti s hygienickou péčí, se stravou, vyprazdňováním, kvalitou spánku a především s chováním sestry a jejím přístupem k němu a jeho blízkým, a již do tohoto pohledu nezohledňují čas a energii, kterou do své práce zdravotní sestra věnuje, respektive podávání léku, příprava infuzí, injekcí, administrativní práce, asistování lékaři apod. (Friedlová, 2006).

Oblasti lidských potřeb bylo za poslední století věnováno mnoho pozornosti, která vyústila v mnoho teoretických konstruktů psychosociálních potřeb, vycházejících z klinické praxe psychologů, ošetrovatelů a dalších odborníků z oblasti pomáhajících profesí. Z teoretických konstruktů si koncept bazální stimulace vybral jako východisko pro svou teorii právě model humanistického psychologa Abrahama Maslowa (Friedlová, 2015a; Malíková, 2011).

6.1.1 Maslowova teorie potřeb v kontextu konceptu bazální stimulace

Abraham Maslow vytvořil model lidských potřeb, který vzhledem k hierarchickému členění znázornil jako pětiúrovňovou pyramidu. Tu tvoří fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, potřeba náležitosti⁴ a lásky, potřeba úcty a potřeba sebeaktualizace⁵ (Friedlová, 2015a).

Tyto lidské potřeby Maslow rozděluje na úroveň nižších potřeb (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí), které zajišťují fyziologické přežití jedince a úroveň vyšších potřeb (lásky a úcty), které zajišťují duševní pohodu a rozvoj osobnosti. Potřeba sebeaktualizace je svým způsobem přechodem od úrovně vyšších potřeb k úrovni nižších potřeb, které Maslow nazývá B-úrovň. „B“ v tomto případě znamená „bytí“, respektive ve smyslu existence (Drapela, 1998)

Maslowova hierarchie lidských potřeb v pětiúrovňové pyramidě „vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné provázanosti. Objasňuje tak logickou posloupnost uspořádání potřeb a vznik další potřeby po uspokojení té předchozí.“ (Malíková, 2011, s. 167)

V pyramidě potřeb Maslow staví na nejnižší pozici fyziologické potřeby. Fyziologické potřeby provází lidskou bytost od jejího počátku života až po skloněk života. Zahrnují potřebu dýchání, regulace tělesné teploty, tělesné integrity, vody, spánku, přijímání potravy, vylučování a vyměšování, pohlavního styku a fyzické aktivity (Malíková, 2011). „Jsou-li tyto potřeby frustrovány, působí mocným tlakem na všechny osobnostní funkce.“ (Drapela, 1998, s. 139)

Druhou nižší potřebou, nadřazenou fyziologickým potřebám je potřeba bezpečí a jistoty. Vzniká brzy po uspokojení fyziologických potřeb (Malíková, 2011).

Pokud je člověk vytržen ze svých důležitých orientačních struktur, ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Příkladem jsou jedinci hospitalizovaní či umístění do domova pro seniory. Tito jedinci jsou obklopeni cizím prostředím a cizími osobami. Jejich den má jinou strukturu, než na kterou byli doposud zvyklí, a proto se zhoršuje jejich orientace. Dochází ke ztrátě naděje a schopnosti reálně hodnotit situaci. Koncept bazální stimulace na tyto skutečnosti reaguje a snaží se jedinci zprostředkovat i v relativně cizím prostředí podněty, které zná ze svého života a jsou pro něj svým způsobem významné, například podněty týkající jedincova zaměstnání, bydlení, rodiny, přátel, koníčků, apod. V tomto kontextu

⁴ V literatuře uváděná také jako potřeba sounáležitosti

⁵ V literatuře uváděná také jako potřeba seberealizace

pak zde hrají velkou roli klientovi rodinní příslušníci, kteří znají všechny tyto klientovy stabilní struktury, a tak umožní vést kvalitní a efektivní bazální dialog (Friedlová, 2007).

Další pilíř Maslowy pyramidy, tentokrát na úrovni vyšších potřeb, představuje potřeba sounáležitosti, kterou reprezentují citové vztahy, ať už přátelské či partnerské (Malíková, 2011).

V případě jedinců se zdravotním postižením se jejich postižení s jistým omezením manifestuje krom schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné i do oblasti sociální a komunikační. Ve většině z těchto oblastí stěží dosahují hranic toho, co v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu lze považovat ještě za normu (Vítková in Müller, 2007).

Fröhlich (in Müller, 2007, s. 231) proto „poukazuje na to, aby byla podpora jedinců s těžším postižením chápána na základě principů bazální stimulace celistvě a aby se prováděla na základě spolehlivého a upřímného vztahu k jedinci s těžkým postižením.“

Pro jedince se zdravotním postižením je už důležitý samotný fakt, že terapeut či pedagog věnuje svůj čas a pozornost právě jen jemu. A to se konceptu bazální stimulace daří díky individuálnímu přístupu.

Druhou potřebou na vyšší úrovni je potřeba úcty a uznání. Dle Malíkové (2011, s. 168) „saturace těchto potřeb vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí. Projevuje se snahou o dosažení úspěchu, respektu, samostatnosti, pozornosti okolí, pochvaly, veřejného uznání, pověřování odpovědností atd.“

Někteří zdravotníci zastávají názor, že pacienti ve vigilním kómatu, pacienti s Morbus Alzheimer či jinými těžkými změnami vnímání nevnímají a v poskytování podnětů proto spatřují ztrátu času. Koncept však k pacientovi či klientovi přistupuje s úplně jiným pohledem. Pohledem, který vnímá klienta či pacienta jako osobu, která je schopná cítit, vnímat a reagovat za předpokladu, že je užita vhodná forma komunikace adekvátní stavu klienta a jakékoliv sebemenší reakci přisuzuje význam.

Zároveň je rovnocenným partnerem, který má svou vlastní historii, určité schopnosti a vyznačuje se svou individualitou, kterou manifestuje tělesně a psychicky (Friedlová, 2006).

Na vrchol pyramidy Maslow postavil potřebu sebeaktualizace. Malíková (2011) ji nazývá potřebou seberealizace. Potřeba seberealizace vyjadřuje snahu o naplnění záměrů a představ jedince. Dle Drapely (1998) se jedná o probíhající proces, a tedy člověk není nikdy plně sebeaktualizován, přesto o to usiluje.

Atkinson a Atkinsonová (in Ludíková, 2014) ještě tuto hierarchii rozšiřují o potřeby kognitivní, resp. potřebu poznávat, vědět a rozumět, a potřebu estetickou, představující symetrii a krásu.

6.1.2 Centrální cíle

Na základě Maslowovy pyramidy lidských potřeb autoři konceptu bazální stimulace prof. dr. Andreas Fröhlich a prof. Christel Bienstein formulovali centrální cíle neboli centrální oblasti, které jsou strukturovány tak, aby prostřednictvím nich byly vyjádřeny potřeby příjemců bazálně stimulující péče. Autoři vycházeli ze skutečnosti, že příjemci péče, tedy klienti, se nacházejí mnohdy v situaci, kdy nejsou schopni verbálně vyjádřit své potřeby, což znemožňuje stanovit cíle bazálně stimulující péče. Proto byly stanoveny centrální cíle, poskytující pečujícím, terapeutům a pedagogům společné jednotné cíle pro stanovení ošetrovatelských, terapeutických a vzdělávacích plánů. Vzhledem k tomu, že tyto cíle vycházejí z modelu lidských potřeb, je proto možné je aplikovat na tvorbu plánů péče v oblasti sociálních služeb, v oblasti zdravotnictví a rovněž oblasti vzdělávání jedinců se zdravotním postižením, přičemž tito pracovníci budou saturovat vždy stejné cíle (Friedlová, 2015a).

Centrálními evropskými cíli jsou „zachovat život a zajistit vývoj, umožnit vnímat sebe sama a vlastní život, poskytnout pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus, umožnit poznat okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci uspořádat život, poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život a objevovat svět a vyvíjet se.“ (Friedlová, 2015b, s. 29)

I přesto, že jsou díky autorům konceptu bazální stimulace stanoveny centrální cíle, poskytovatelé bazálně stimulující péče musí brát neustále v potaz, že jedinec je individualita a jeho potřeby se neustále mění, z toho důvodu se stanovené plány průběžně hodnotí a případně doplňují (Friedlová, 2015a).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Bazální stimulace představuje koncept, který podporuje vnímání, hybnost, komunikaci, přičemž mezi těmito prvky nalézáme spojitost (Friedlová, 2007).

Každá změna i sebemenší pohyb působí na člověka a přináší mu tak podněty z okolí, které vnímá a svým způsobem na ně i reaguje. Tím, že reaguje, a vyjadřuje například pocity libosti či nelibosti, zároveň komunikuje.

Klientům se změnami v oblasti vnímání, komunikace a hybnosti poskytuje koncept podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, díky čemuž je aktivována mozková činnost, vzniknou nová spojení dendritů a nová neuronální organizace určitých mozkových lokalit (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace je nabídkou, kterou klient může a nemusí přijmout. Je nabídkou, zprostředkovávající podněty jak z jeho vlastního těla, tak i z okolního prostoru.

K tomu využívá prvky základní a nástavbové stimulace. Mezi prvky základní stimulace se řadí somatická stimulace, vibrační stimulace a vestibulární stimulace. Nástavbové prvky bazální stimulace pak tvoří optická stimulace, auditivní stimulace, taktilně – haptická stimulace, olfaktorická stimulace a orální stimulace (Kapounová, 2007).

„Zmiňované prvky konceptu se pak implementují do péče cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů sestavených dle autobiografické anamnézy klienta a jeho somatického a mentálního stavu.“ (Friedlová, 2015b, s. 29)

V diplomové práci se však zaměřujeme pouze na jeden prvek bazální stimulace, a to na somatickou stimulaci.

Dle Fröhlicha (in Friedlová, 2015a, s. 31) je „nutné nejprve zprostředkovat vjemy ze svého těla, stimulovat vnímání vlastního těla (vnímání tělesného schématu) jako předpoklad vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností.“

Lze tedy konstatovat, že nejprve musí být člověk schopen vnímat své tělo, respektive své tělesné schéma, aby byl schopen přijímat podněty z okolí (Richterová, 2016). Podněty z vlastního těla může klientovi se zdravotním postižením nabídnout právě somatická stimulace.

Bazálně stimulující péče krom práce s biografickou anamnézou klienta vyžaduje týmovou spolupráci a zapojení příbuzných klienta do intervence. Vzhledem k hlavní myšlence konceptu bazální stimulace, a to myšlence holistického principu, považuje KBS za kruciólní i respektování klienta a jeho potřeb, které jsou zařazeny do 10 centrálních cílů konceptu bazální stimulace. Teoretické východisko pro 10 centrálních cílů konceptu bazální stimulace hledá v modelu lidských potřeb dle Maslowa. Z tohoto pohledu by měl mít klient

potřebu seberealizace, úcty a uznání, pocit sounáležitosti, potřebu bezpečí a jistoty a fyziologické potřeby, (Friedlová, 2015a; Friedlová, 2015b) přičemž přikládána míra důležitosti těchto potřeb je individuální.

8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A REALIZACE VÝZKUMU

8.1 Výsledky realizovaného předvýzkumu

V 2014 jsme realizovali předvýzkum, který zkoumal, zda má koncept bazální stimulace vliv na rozvoj osobnosti žáka se zdravotním postižením. Pro předvýzkum jsme si stanovili tyto výzkumné cíle:

1. Analyzovat účinky bazální stimulace u žáků se zdravotním postižením vzdělávaných dle rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální.
2. Zjistit, zda koncept bazální stimulace podporuje cíl výchovně vzdělávacího procesu žáků se zdravotním postižením, a tedy rozvoj zachovalých schopností, komunikaci a vnímání (Konvičná, 2014).

8.1.1 Metodologie výzkumného šetření

Pro realizaci předvýzkumu jsme zvolili kvalitativní výzkum. Požádali jsme Základní školu speciální v Prostějově, která využívá koncept bazální stimulace (KBS), o spolupráci a u třech náhodně vybraných žáků se zdravotním postižením jsme analyzovali účinky KBS (Konvičná, 2014).

Zvolili jsme techniku studia písemných pramenů, kdy jsme pracovali se záznamy školní docházky zkoumaných žáků od počátku jejich vzdělávání až po současnost, s individuálním vzdělávacím plánem (IVP) zkoumaných žáků a s jejich hodnocením na konci pololetí. Čerpali jsme také informace z lékařských zpráv, zpráv ze speciálněpedagogických vyšetření, z osobní a rodinné anamnézy (Konvičná, 2014).

V neposlední řadě jsme vycházeli i z rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS) (Konvičná, 2014).

Za přínosnou jsme považovali i metodu pozorování, kdy jsme sledovali aplikaci bazální stimulace u žáků se zdravotním postižením a následně i pak některé techniky KBS u zkoumaných žáků aplikovali, a metodu rozhovoru s pedagogy ZŠS Prostějov (Konvičná, 2014).

8.1.2 Závěry předvýzkumu a východiska pro následnou výzkumnou činnost

Na základě studia písemných pramenů, pozorování a rozhovoru jsme došli k těmto závěrům:

1. Po dlouhodobé aplikaci bazální stimulace došlo u zkoumaných žáků s kombinovaným postižením k výraznému pokroku zejména v oblastech, které jim původně činily potíže. Z funkčního hlediska mělo kombinované postižení těchto žáků dopad na oblast motoriky, hybnosti, komunikace, zrakové percepce, sebeobsluhy a hygieny. Aplikace bazální stimulace vedla k rozvoji všech zmiňovaných oblastí s výjimkou zrakové percepce, kdy byl s ohledem na přidružené těžké zrakové postižení rozvíjen sluch, coby nižší kompenzační činitel (oblast zachovalých schopností) a vnímání. Zkoumaní žáci se zlepšili v pohybových a hmatových schopnostech, začali lépe reagovat na smyslové podněty a zlepšila se i jejich sluchová paměť. Výchovně vzdělávací proces jim přinášel radost a stával se pro ně smysluplnějším (Konvičná, 2014).

2. Po přenesení jednotlivých prvků konceptu bazální stimulace – somatická stimulace, vestibulární stimulace, vibrační stimulace, optická stimulace, auditivní stimulace, orální stimulace, olfaktorická stimulace a taktilně-haptická stimulace, do požadavků RVP ZŠS jsme zjistili, že KBS je možné, díky své bohaté nabídce prvků, implementovat do výuky všech pěti bloků - člověk a komunikace, člověk a jeho svět, umění a kultura, člověk a zdraví, člověk a svět práce a že koncept plně podporuje cíl výchovně vzdělávacího procesu žáků se zdravotním postižením, a to rozvoj zachovalých funkcí, komunikace a vnímání (Konvičná, 2014).

8.2 Charakteristika výzkumného souboru a realizace výzkumu

8.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří využívají koncept bazální stimulace při práci s žáky či klienty se zdravotním postižením.

Protože neexistuje ucelený seznam všech školských zařízení, která ve své praxi využívají koncept bazální stimulace, kontaktovali jsme mateřské školy speciální, základní školy praktické, základní školy při zdravotnických zařízeních a základní školy speciální ve všech krajích České republiky s dotazem, zda s konceptem bazální stimulace pracují a zda jsou ochotni se zapojit do výzkumu.

K dispozici byl pouze seznam proškolených zařízení pod INSTITUTEM Bazální stimulace, vedeným PhDr. Karolínou Friedlovou, avšak tento seznam byl orientován převážně na zdravotnická zařízení, zařízení poskytující sociální služby seniorům a 18 škol, poskytujících služby žákům se zdravotním postižením.

Ne všechna školská zařízení, která pracují s bazální stimulací, prošly kurzem pod INSTITUTEM Bazální stimulace, a tudíž se nemohly dostat na seznam.

Prostřednictvím emailové komunikace jsme oslovili celkem 351 zařízení, poskytující speciální péči žákům se zdravotním postižením. Některá zařízení, respektive v olomouckém, moravskoslezském a jihomoravském kraji jsme navštívili osobně.

Z oslovených 351 zařízení se nám vrátilo celkem 45 dotazníků. Jsme schopni konstatovat, že ne všechna oslovená zařízení s bazální stimulací skutečně pracují, jaké je ale procento těchto zařízení, nejsme schopni odhadnout, protože zde hraje velkou roli další faktor, a to ochota respondentů zapojit se do výzkumu.

8.2.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl koncipován jako dotazníkové šetření s cílem zmapovat využití konceptu bazální stimulace ve školských zařízeních v České republice.

S ohledem na v minulosti probíhající výzkum⁶, jehož součástí byla i otázka, který z prvků bazální stimulace je nejčastěji využíván, jsme se rozhodli výsledek aktualizovat, porovnat a rozšířit o hledání možností, proč je výsledný prvek bazální stimulace častěji využíván než ostatní prvky.

Naše pozornost byla věnovaná i otázce, zda pracovníci školských zařízení po dlouhodobé aplikaci bazální stimulace spatřují u žáků či klientů se zdravotním postižením pozitivní výsledky.

Zaměřili jsme se také na uspokojené potřeby terapeuta a klienta, a zda mezi jejich uspokojenými či neuspokojenými potřebami existuje nějaká vazba, ovlivňující efekt bazálně stimulujícího dialogu.

⁶ Zmiňovaný výzkum, který nás inspiroval, probíhal v roce 2008 v rehabilitačních třídách MŠ a ZŠ v Kyjově. Účastnilo se ho 20 pedagogických pracovníků. Cílem bylo zjistit personální obsazení a kvalifikaci pracovníků, kteří s KBS pracují, jaké využívají metody a pomůcky při aplikaci KBS a zda využívají bazální stimulaci i mimo vzdělávací proces (Fialová, Hanáková in Hájková, 2009).

9 CÍL VÝZKUMU, STANOVENÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Cílem výzkumného šetření je zmapovat využití konceptu bazální stimulace ve školských zařízeních v ČR, poskytující intervenci klientům se zdravotním postižením. Naše pozornost je věnována otázce nejčastějšího využitého prvku konceptu bazální stimulace u klientů se speciálními vzdělávacími potřebami s důrazem na hledání důvodu jeho četného využití.

Další oblastí zkoumání je respondenty spatřovaný efekt aplikace bazální stimulace u klientů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměříme se také na otázku uspokojených případně neuspokojených potřeb samotných respondentů a i jejich klientů. Zajímá nás, jaký zaujímají k jednotlivým potřebám postoj a jakou míru důležitosti těmto potřebám přisuzují. V neposlední řadě budeme hledat, zda existuje mezi uspokojenými či neuspokojenými potřebami respondenta a klienta nějaká vazba, která by ovlivňovala efekt bazálně stimulačního dialogu.

Jsme si vědomi, že odpovědi na otázky týkající se potřeb klientů se zdravotním postižením v našem případě budou subjektivní z důvodu nemožnosti tázat se klientů přímo osobně. Věříme však, že i přesto můžou být výsledky, nabízející pohled respondentů, velmi zajímavé.

Na základě studia problematiky v odborné literatuře jsme formulovali tyto výzkumné otázky:

1. Je somatická stimulace využívána častěji než ostatní prvky konceptu bazální stimulace?
2. Existuje vztah mezi spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace u klientů se zdravotním postižením a rozvojem jejich vnímání, komunikace a zachovalých schopností?
3. Existuje vztah mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením?
4. Existuje rozdíl mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením?

Ze stanovených výzkumných otázek nám vzešly výzkumné cíle:

1. Zjistit vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a
 - klientelou navštěvující školská zařízení, poskytující intervenci klientům se zdravotním postižením
 - přínosem pro klienty se zdravotním postižením
 - klientovou schopností vnímat své tělesné schéma
2. Zjistit, zda existuje vztah mezi spatřovaným efektem a
 - rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením
 - časem věnovaným aplikaci bazální stimulace
3. Zjistit, zda existuje rozdíl mezi uspokojenými potřebami respondentů a
 - respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením
 - respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace
4. Zjistit, zda existuje rozdíl mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením.

Na základě výzkumných cílů jsme vyjádřili statistické hypotézy, které představují hypotetická tvrzení o vztazích mezi jevy vyjádřená ve statistických termínech. Abychom mohli ověřovat hypotézy, formulovali jsme je jako nulové H_0 a alternativní H_A (Chráška, 2007).

H1: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení, poskytující intervenci klientům se zdravotním postižením.

H₀: V častém využití somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení není statisticky významný rozdíl.

H_A: V častém využití somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení je statisticky významný rozdíl.

H2: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H2₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl mezi využitím somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H2_A: Existuje statisticky významný rozdíl mezi využitím somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H3: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma.

H3₀: V častém využití somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma neexistuje statisticky významný rozdíl.

H3_A: V častém využití somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma existuje statisticky významný rozdíl.

H4: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením.

H4₀: Mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

H4_A: Mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

H5: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace.

H5₀: Mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace neexistuje statisticky významný rozdíl.

H5_A: Mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace existuje statisticky významný rozdíl.

H6: Existuje rozdíl mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením.

H6₀: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

H6_A: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

H7: Existuje rozdíl mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace.

H7₀: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace neexistuje statisticky významný rozdíl.

H7_A: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace existuje statisticky významný rozdíl.

H8: Existuje rozdíl mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením.

H8₀: Mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

H8_A: Mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

10 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření jsme koncipovali jako kvantitativní výzkum, protože „je zaměřen na testování hypotéz a hledání vztahů mezi nimi. Jeho průběh je strukturovaný, nepřipouští změny během výzkumu.“ (Čábalová, 2011, s. 133)

Nejfrekventovanější metodou kvantitativního výzkumu je především dotazník. Dle Gavory (2008, s. 122) „se dotazník považuje za ekonomický výzkumný nástroj. Můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času.“

Abychom respondentům poskytli maximální úsporu jejich času, poskytli jsme jim, díky společnosti Survio, na jejichž webu byl dotazník zavěšen, možnost vyplnit dotazník v elektronické podobě.

„I když je elektronický dotazník ekonomičtější a rychlejší než dotazník distribuovaný na papíru, je velkou otázkou, zda je jeho návratnost vyšší než u dotazníku rozesílaného poštou. Na první pohled by se zdálo, že pohodlnost vyplňování elektronického dotazníku mu dává převahu, ale být to tak vždy nemusí.“ (Gavora, 2008, s. 136)

Položky dotazníku, které jsme formulovali vždy s ohledem na anonymitu respondenta, obsahovali otázky týkající se charakteristiky respondentů (věk, pohlaví, pracovní pozice, typ zařízení) a jejich klientů se zdravotním postižením (jejich konkrétní zdravotní postižení a rámcový vzdělávací program, dle kterého jsou vzdělávání).

Dále jsme zahrnuli položky týkající se bazální stimulace (využitelnost, časová dotace, efekt, přínos), potřeb respondentů a jejich klientů se zdravotním postižením (důležitost jednotlivých potřeb dle Maslowovy pyramidy potřeb, uspokojené případně neuspokojené potřeby), jiných využívaných metod, konceptů či terapií a v neposlední řadě i somatické stimulace, coby prvku konceptu bazální stimulace.

Respondenti v dotazníku odpovídali na uzavřené otázky, které nabízely již hotové alternativní odpovědi, otevřené otázky, které dávali respondentům velkou volnost a neurčovali jim odpovědi, polouzavřené otázky, které nabízely respondentům nejprve alternativní odpověď a následně žádali vysvětlení či objasnění a nakonec škálové otázky, které poskytovaly odstupňované hodnocení jevu (Gavora, 2008).

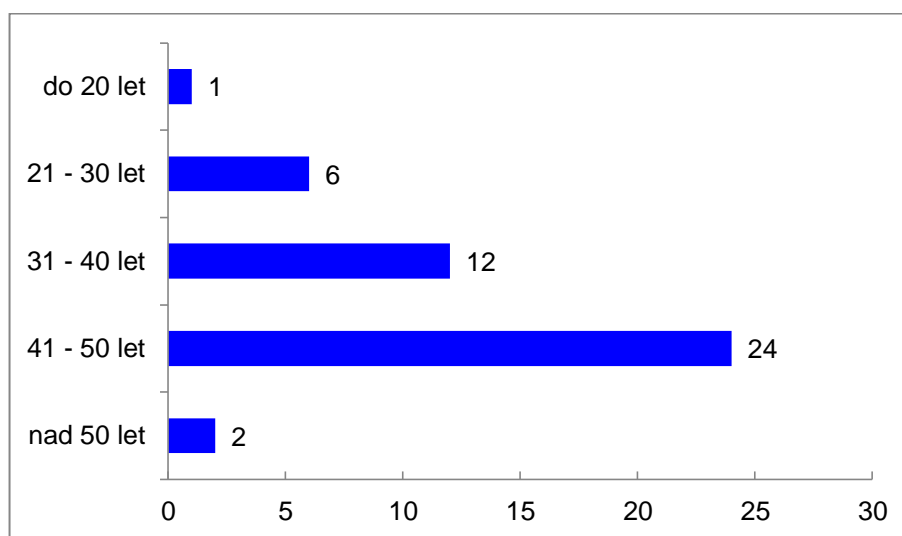
Získaná data jsme analyzovali pomocí využití programu Microsoft Excel 2010, který nám pomohl vypočítat četnosti a následně vytvořit grafy. Statistické výpočty nám poskytl program IBM SPSS Statistic 23.

11 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách, využívající koncept bazální stimulace u klientů se zdravotním postižením

Výzkumu se účastnilo 45 pracovníků, kteří využívají koncept bazální stimulace u žáků se zdravotním postižením. Respondenty byly shodou náhod pouze ženy (100 %). Věk tázaných se pohyboval v rozmezí 18 – 54 let věku, největší kategorii však tvořili respondenti ve věku 41 – 50 let (53,3 %). Druhou největší skupinou byli respondenti ve věku 31 – 40 let (26,7 %).

Graf 1: Rozložení respondentů dle věku

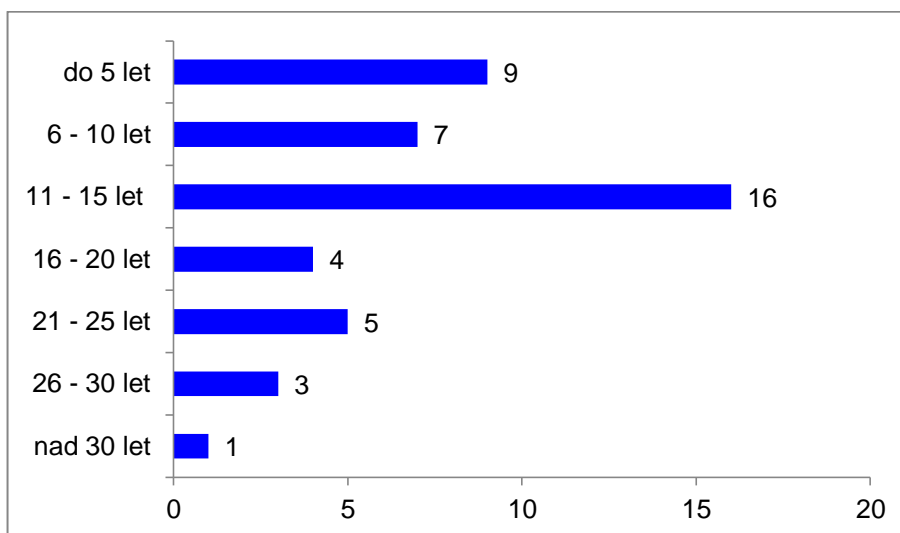


Tabulka 1: Rozložení respondentů dle věku

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
do 20 let	1	2,2
21 – 30 let	6	13,3
31 – 40 let	12	26,7
41 – 50 let	24	53,3
nad 50 let	2	4,4
Celkem	45	100

Délka praxe respondentů s klientelou se zdravotním postižením byla od 0 – 31 let. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe v rozmezí 11 – 15 let (35,6 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti s praxí do 5 let (20 %).

Graf 2: Rozložení respondentů dle délky praxe s klientelou se zdravotním postižením



Tabulka 2: Rozložení respondentů dle délky praxe s klientelou se zdravotním postižením

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
do 5 let	9	20,0
6 – 10 let	7	15,6
11 – 15 let	16	35,6
16 – 20 let	4	8,9
21 – 25 let	5	11,1
26 – 30 let	3	6,7
nad 30 let	1	2,2
Celkem odpovědělo	45	100

Respondenti měli za úkol uvést, v jakém typu zařízení pracují a jakou v něm vykonávají pracovní pozici. Největší skupinu respondentů tvořili pedagogičtí pracovníci základní škol speciálních (71,1 %) a základních škol praktických (15,6 %). Nejčastěji uváděná pracovní pozice těchto respondentů byla pozice speciální pedagog (66,7 %) a asistent pedagoga (17,8 %).

Tabulka 3: Rozložení respondentů dle typu zařízení, v němž pracují

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Mateřská škola	3	6,7
Mateřská škola speciální	3	6,7
Základní škola při zdravotnickém zařízení	3	6,7
Základní škola praktická	7	15,6
Základní škola speciální	32	71,1
Praktická škola	4	8,9
Pobytové zařízení	3	6,7
Občanské sdružení	1	2,2
Celkem odpovědělo	45	100

Tabulka 4: Pracovní pozice respondentů

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Speciální pedagog	30	66,7
Psycholog	0	0
Sociální pracovník	0	0
Výchovný poradce	1	2,2
Asistent pedagoga	8	17,8
Osobní asistent	3	6,7
Rehabilitační pracovník	1	2,2
Vychovatel	1	2,2
Všeobecná sestra	1	2,2
Ergoterapeut	2	4,4
Pečovatel	1	2,2
Celkem odpovědělo	45	100

Zajímalo nás také, s jakou klientelou respondenti v uváděných zařízeních nejčastěji pracují. Z výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že nejčastěji respondenti pracují s klienty s mentálním postižením (62,2 %), s klienty s tělesným postižením (62,2 %) a s klienty s kombinovaným postižením (62,2 %).

Jednalo se nejčastěji o kombinaci mentálního postižení s tělesným postižením (35,6 %), mentálního postižení s pervazivní vývojovou poruchou (24,4 %) a tělesného postižení s pervazivní vývojovou poruchou (13,3 %).

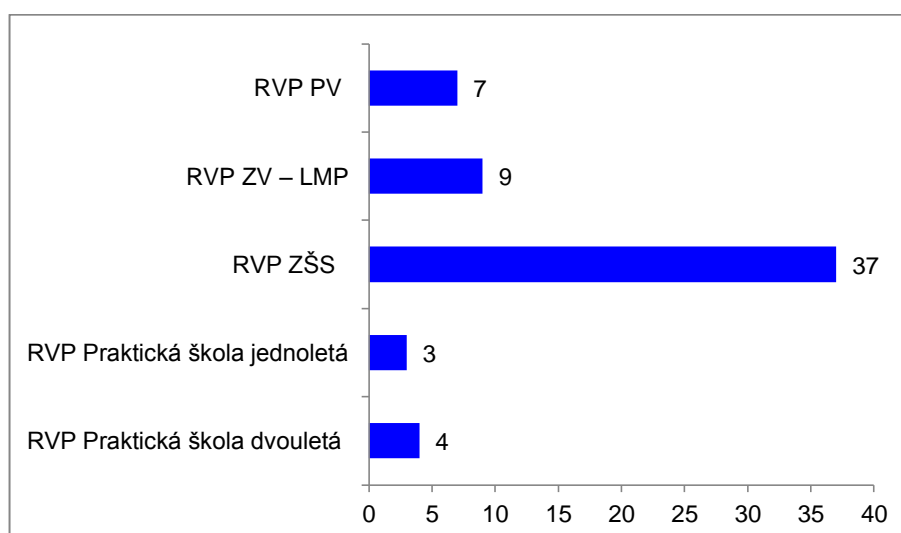
Tabulka 5: Klientela v respondenty uváděných zařízeních

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Klienti s mentálním postižením	28	62,2
Klienti s tělesným postižením	28	62,2
Klienti se zrakovým postižením	10	22,2
Klienti se sluchovým postižením	8	17,8
Klienti s narušenou komunikační schopností	18	40,0
Klienti s parciálními poruchami	10	22,2
Klienti s pervazivní vývojovou poruchou	23	51,1
Klienti se specifickými poruchami chování	7	15,6
Klienti s kombinovaným postižením	28	62,2
Celkem odpovědělo	45	100

Tabulka 6: Klienti s kombinovaným postižením

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Mentální postižení a tělesné postižení	16	35,6
Mentální postižení a pervazivní vývojová porucha	11	24,4
Mentální postižení, tělesné postižení a narušená komunikační schopnost	5	11,1
Mentální postižení a zrakové postižení	3	6,7
Mentální postižení a sluchové postižení	3	6,7
Tělesné postižení a pervazivní vývojová porucha	6	13,3
Tělesné postižení a zrakové postižení	5	11,1
Tělesné postižení a sluchové postižení	4	8,9
Tělesné postižení a parciální poruchy	1	2,2
Tělesné postižení a narušená komunikační schopnost	1	2,2
Downův syndrom	2	4,4
Zrakové postižení a pervazivní vývojová porucha	3	6,7
Parciální poruchy a specifická porucha chování	1	2,2
Celkem odpovědělo	28	62,2
Celkem neodpovědělo	17	37,7
Celkem	45	100

Uvádění klienti se zdravotním postižením se nejčastěji vzdělávali podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální (82,2 %). 20 % klientů se zdravotním postižením se vzdělávalo podle přílohy Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání (RVP ZV – LMP). Další kategorii pak tvořili klienti se zdravotním postižením, vzdělávání podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělání (RVP PV) v zastoupení 15,6 %. Kategorii středoškolského vzdělávání pak reprezentovali žáci vzdělávání podle Rámcového vzdělávacího programu Praktická škola dvouletá (8,9 %) a Rámcového vzdělávacího programu Praktická škola jednoletá (6,7 %).

Graf 3: Rozložení klientů dle RVP

Tabulka 7: Rozložení klientů dle RVP

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
RVP PV	7	15,6
RVP ZV - LMP	9	20,0
RVP ZŠS	37	82,2
RVP Praktická škola jednoletá	3	6,7
RVP Praktická škola dvouletá	4	8,9
Celkem odpovědělo	45	100

Bazální stimulace

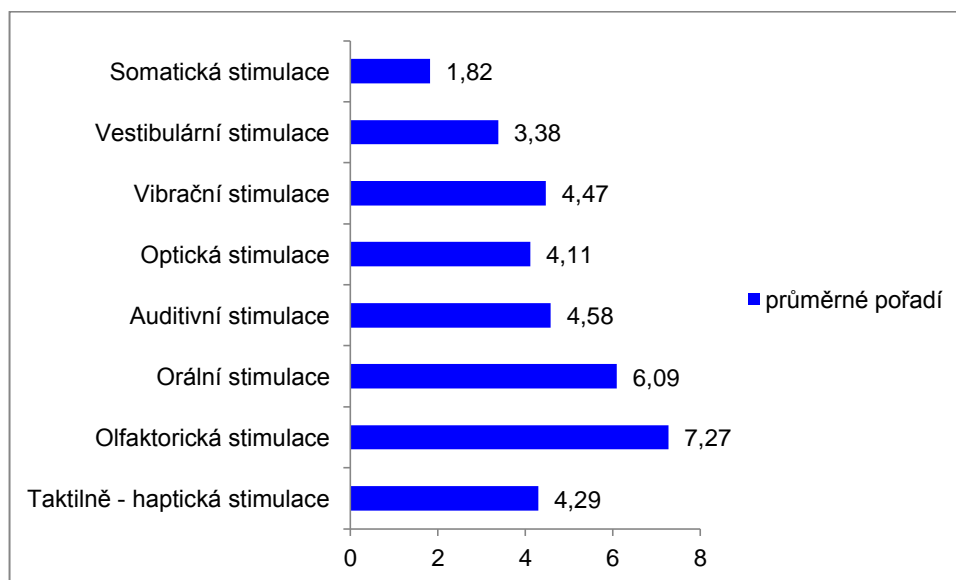
Všichni respondenti (100 %) využívali ve své praxi koncept bazální stimulace. Respondenti byli vyzváni, aby uvedli pořadí, ve své praxi, nejčastěji využívaných prvků bazální stimulace.

Pro zpracování této otázky jsme počítali modus, „hodnotu, která se v daném souboru dat vyskytuje nejčastěji.“ (Chráska, 2007, s. 50) Výsledek nám stanovil následující pořadí nejčastěji využívaných prvků bazální stimulace: somatická stimulace, vestibulární stimulace, optická stimulace, taktilně – haptická stimulace, vibrační stimulace, auditivní stimulace, orální stimulace, olfaktorická stimulace. Z toho lze konstatovat, že nejčastěji využívaným prvkem bazální stimulace je somatická stimulace a oproti tomu respondenty méně používanou je olfaktorická stimulace.

Tabulka 8: Průměrné pořadí nejčastěji využívaných prvků KBS

	N	Mean	Modus
Somatická stimulace	45	1,8	1
Vibrační stimulace	45	4,4	3 4
Vestibulární stimulace	45	3,3	2
Orální stimulace	45	6,0	7
Taktilně – haptická stimulace	45	4,2	1
Optická stimulace	45	4,1	5
Auditivní stimulace	45	4,5	4 5
Olfaktorická stimulace	45	7,2	8

Graf 4: Průměrné pořadí nejčastěji využívaných prvků bazální stimulace



Svou volbu respondenti nejčastěji zdůvodňovali odpovědí, že je využitelná u většiny jejich klientů (51,1 %). 33,3 % respondentů v prvku uváděném na prvním místě spatřovalo největší přínos pro klienty. Pozitivně nás překvapilo, že nikdo z respondentů zvolený prvek na prvním místě nevyužívá proto, že by s ním pracoval nejraději (0 %). Respondenti dále uváděli, že využívají pouze některé prvky bazální stimulace (11,1 %), a že prvek pomohl již mnoha klientům (4,4 %).

Někteří respondenti svou výpověď blíže specifikovali tvrzením, že využívají nejčastěji somatickou stimulaci, protože je to způsob, jak u klienta uvolnit spasmus a umožnit mu snadněji nasadit ortézu případně snadněji obout či obléct. Také je dle respondentů tato metoda nenáročná na pomůcky.

Tabulka 9: Důvody nejčastějšího využití somatické stimulace

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Je využitelná u většiny mých klientů	23	51,1
Spatřuji v ní největší přínos pro moje klienty	15	33,3
S tímto prvkem pracuji nejraději	0	0
Využívám pouze některé prvky	5	11,1
Pomohla již mnoha klientům	2	4,4
Celkem	45	100

Kurzem bazální stimulace prošlo 77,8 % respondentů. Z toho vyplývá, že 22,2 % pracuje s konceptem bez patřičného proškolení. Ze všech tázaných by v budoucnu kurz absolvovalo 24,4 %. Mezi těmito respondenty byli samozřejmě i respondenti, kteří odpověděli na otázku, zda prošli kurzem, kladně. Z toho usuzujeme, že by si tito respondenti rádi doplnili pokračující rozšiřující kurz bazální stimulace pod INSTITUTEM Bazální stimulace.

Zajímalo nás, kolik času týdně respondenti věnují práci s konceptem bazální stimulace. Nejvíce respondentů (44,4 %) věnuje bazální stimulaci 0,5 – 3 hodiny týdně. Uvažujeme tedy, že tito respondenti využívají bazální stimulace jako doplňkovou terapii.

Maximální, respondenty uváděná, hodnota byla rozmezí 13 - 20 hodin týdně (6,7 %). Z čehož lze usuzovat, že koncept bazální stimulace tito respondenti považují za základ výchovně vzdělávacího procesu žáků se zdravotním postižením.

Tabulka 10: Čas věnovaný bazální stimulaci týdně

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
0,5 – 3 h.	20	44,4
4 – 7 h.	14	31,1
8 – 12 h.	8	17,8
13 – 20 h.	3	6,7
Celkem	45	100

Respondenti byli tázáni, zda využívají i jiné koncepty, metody či terapie mimo bazální stimulaci. 34 respondentů (75,6 %) odpovědělo, že ano. Zbýlých 11 respondentů (24,4 %) žádnou jinou metodu, koncept či terapii u žáků se zdravotním postižením nevyužívá. Respondenti, kteří odpověděli kladně, nejčastěji uváděli, že využívají Snoezelen (17, 8 %) a muzikoterapii (15,6 %).

Tabulka 11: Jiné využívané metody, koncepty či terapie

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Rehabilitace podle Bobatha	3	6,7
Kinestetická mobilizace	3	6,7
Vojtova metoda	1	2,2
Reflexní masáže	2	4,4
Facilitovaná komunikace	1	2,2
Míčkování	1	2,2
Canisterapie	1	2,2
Muzikoterapie	7	15,6
Arteterapie	2	4,4
Spiritual response therapy ⁷	1	2,2
Snoezelen	8	17,8
Metoda PANat ⁸	1	2,2
AAK	3	6,7
Odpovědělo	19	42,2
Neodpovědělo	26	57,8
Celkem	45	100

⁷ Spiritual response therapy spočívá v práci s Vyšším Já. Za pomoci „kyvadla, které zprostředkovává odpovědi na kladené otázky a soustavy 40 tabulek, kde je zařazená většina problémů, na které mohou duše při své cestě narazit.“

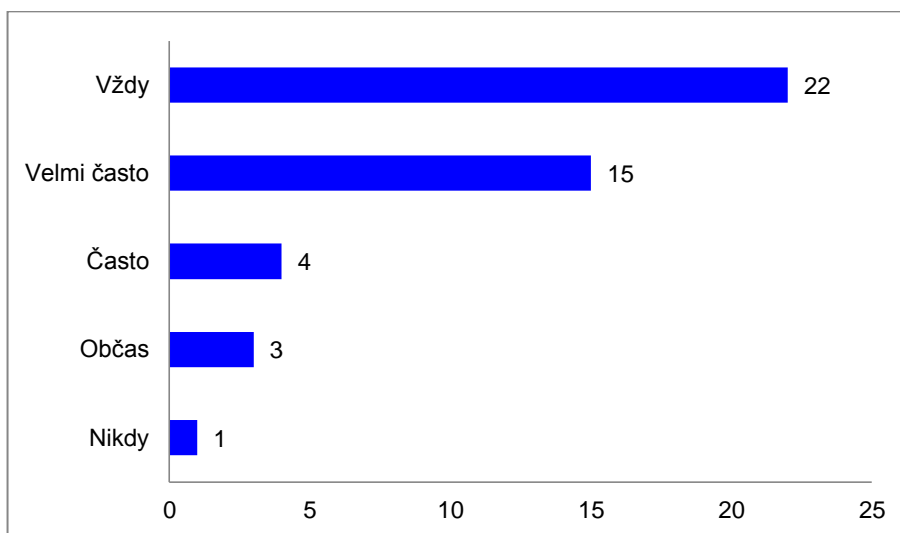
Spiritual response therapy. In: Cesta naděje [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.cestanadeje.cz/srt.html>

⁸ PANat je metoda, která využívá specifické polohování končetin ve vzduchových dlahách. Metoda PANat.

In: Spirála [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/fyzioterapie/panat-se-vzduchovymi-dlahami>

Práci s bazální stimulací vždy zahajuje iniciálním dotekem 48,9 % respondentů. Velmi často zahajuje iniciálním dotekem svou práci s klientem 33,3 % respondentů. Často využívá iniciální dotek jako prvotní formu komunikace 8,9 % dotazovaných. Občas zahájí svou činnost s klientem iniciálním dotekem pouze 6,7 % respondentů. Nikdy nezahajuje bazální stimulaci iniciálním dotekem 2,2 % respondentů.

Graf 5: Využití iniciálního doteku



Další otázka měla za úkol zjistit, zda respondenti upozorovali po aplikaci bazální stimulace u klientů se zdravotním postižením zlepšení. Odpověď „ano“ využilo 68,9 % respondentů. Částečné zlepšení upozorovalo 26,7 % respondentů. Pouze 4,4 % dotazovaných neumí posoudit výsledný efekt.

Všichni respondenti (100 %) se však shodli, že je důležité u osob se zdravotním postižením podporovat jejich vnímání, komunikaci a rozvíjet jejich zachovalé schopnosti. Taktéž je podle dotazovaných (100 %) důležité poskytovat těmto klientům kvalitní stimuly.

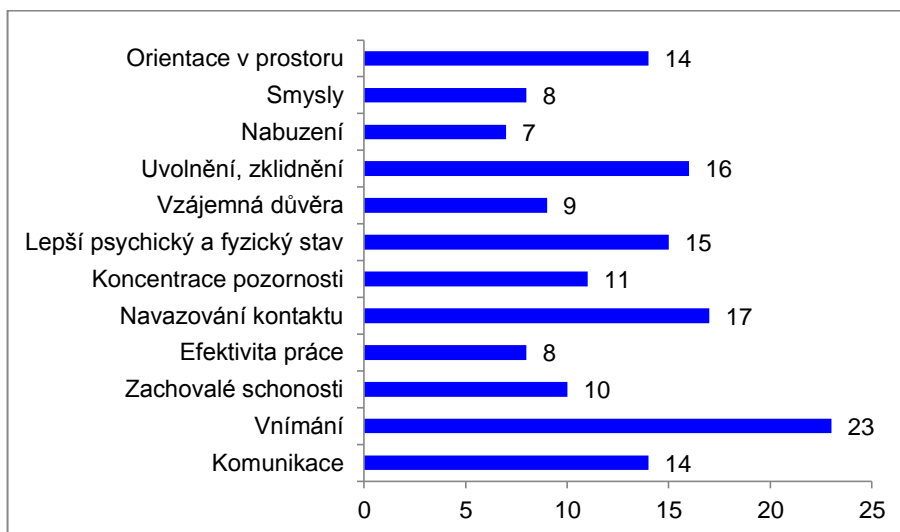
Tabulka 12: Pozorovaný výsledný efekt bazální stimulace

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Ano	31	68,9
Pouze částečně	12	26,7
Ne	0	0
Neumím posoudit	2	4,4
Celkem	45	100

Bazální stimulaci označilo za přínosnou pro klienty se zdravotním postižením 88,9 % respondentů, zbylých 11,1 % neumí toto posoudit.

Přínos spatřovali respondenti v rozvoji komunikace (31,1 %), vnímání (51,1 %), zachovalých schopností (22,2 %), v lepší efektivitě práce (17,8 %), ve schopnosti navazovat kontakt (37,8 %), v lepší koncentraci pozornosti (24,4 %), v lepším psychickém a fyzickém stavu (33,3 %) a dosahování vzájemné důvěry (20,0 %). Po aplikaci bazální stimulace docházelo u klientů k jejich celkovému uvolnění a zklidnění ⁹ (35,6 %). Respondenti toto tvrzení blíže specifikovali příkladem, že u klientů trpících spasmy se povolovalo napětí a klientů s hyperaktivitou docházelo ke zklidnění. Bazální stimulace také žáky stimulovala, nabudila ¹⁰ (15,6 %) k aktivitám, rozvíjela jejich smysly (17,8 %) a zlepšila jejich orientaci v prostoru (31,1 %).

Graf 6: Spatřovaný přínos bazální stimulace



K této otázce je na místě dodat, že respondenti mohli odpovídat volně a mnohdy vyjadřovali podnětné názory a zkušenosti:

„Bazální stimulace je pro klienty přínosem ve smyslu vnímání svého těla a svých nových pocitů a sama sebe. Více se mají rádi a více se samy sebe dotýkají a také dotyk samy vyžadují a ví, za jakým účelem a proč se jich člověk dotýká a co každý dotyk znamená.“

„V BS je spousta prvků – nápadů, jak se dětem s těžkým postižením věnovat, jak je stimulovat.“

⁹ Po aplikaci somatické stimulace zklidňující

¹⁰ Po aplikaci somatické stimulace povzbuzující

„Mnohdy přináší bazální stimulace klientům vrácení se do reality všedních dnů.“

„Když už v ničem jiném, tak alespoň v pocitu blízkosti, bezpečí, lásky a toho, že ten člověk je tu pro mě a věnuje se právě jen mě.“

„Podpora klienta v jakékoliv oblasti je vždy přínosná. Zájem o klienta v jakémkoli zdravotním stavu je nejlepší lék. (Dětská básnička „Polámal se mraveneček“).“

Tabulka 13: Spatřovaný přínos bazální stimulace

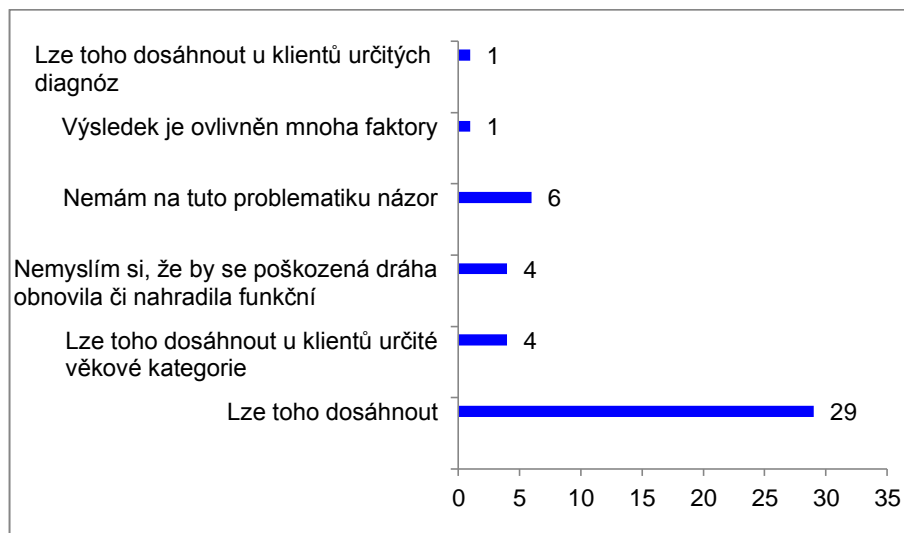
Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Komunikace	14	31,1
Vnímání	23	51,1
Zachovalé schopnosti	10	22,2
Efektivita práce	8	17,8
Navazování kontaktu	17	37,8
Koncentrace pozornosti	11	24,4
Lepší psychický a fyzický stav	15	33,3
Vzájemná důvěra	9	20,0
Uvolnění, zklidnění	16	35,6
Nabuzení	7	15,6
Smysly	8	17,8
Orientace v prostoru	14	31,1
Odpovědělo	34	75,6
Neodpovědělo	11	24,4
Celkem	45	100

V další otázce se respondenti měli vyjádřit k teorii plasticity. Teorie plasticity říká, že dojde-li k poškození nervové dráhy, na základě poskytnutí kvalitních stimulů lze nervovou dráhu obnovit nebo nahradit jinou, funkční (Friedlová, 2007).

64,4 % respondentů si myslí, že toho lze dosáhnout díky kvalitním stimulům. 8,9 % respondentů si však myslí, že toho lze dosáhnout díky kvalitním stimulům jen v případě klientů určité věkové kategorie.

Nemyslí si, že by se poškozená nervová dráha obnovila či nahradila jinou, funkční 8,9 % respondentů. 13,3 % respondentů na tuto problematiku nemá názor a 4,4 % respondentů má jiný názor. Jiný názor spočíval v tvrzení, že samotný výsledek je ovlivněn mnoha faktory, případně tvrzením, že lze toho díky kvalitním stimulům dosáhnout v případě klientů určitých diagnóz a z důvodu poškození nervové dráhy.

Graf 7: Názory respondentů na teorii plasticity



Dotazovaní dále měli za úkol odpovědět, zda respektují klientovu autonomii. Vždy respektuje klientovu autonomii 75,6 % respondentů, velmi často 20,0 % respondentů a často 4,4 % respondentů. Možnost občas či nikdy si ne zvolil žádný respondent.

Potřeby klientů se zdravotním postižením a jejich pedagogů

Následující otázky se týkaly potřeb klientů se zdravotním postižením a jejich pedagogů, případně pracovníků v sociálních službách, pracujících s těmito klienty.

Při sestavování otázek jsme vycházeli s Maslowovy pyramidy potřeb. Zajímalo nás tedy, jaký postoj zaujímají respondenti k jednotlivým potřebám, jakou jim přisuzují váhu a zda si myslí, že jsou jejich potřeby naplněné. Poté jsme po respondentech chtěli, aby se vcítili do svých klientů a pokusili se odpovědět, jakou váhu přisuzují klienti jednotlivým potřebám, které potřeby jsou pro ně nejdůležitější a zda jsou jejich potřeby uspokojovány.

Tabulka 14: Postoj respondentů k jednotlivým potřebám

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nemám vyhraněný názor	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Uplatnění a rozvoj osobnosti	53,3%	42,2 %	4,4 %	0 %	0%
Úcta a uznání	31,1 %	53,3 %	13,3 %	2,2 %	0 %
Pocit sounáležitosti	42,2 %	53,3 %	4,4 %	0 %	0 %
Bezpečí a jistota	46,7 %	51,1 %	2,2 %	0 %	0 %
Fyziologické potřeby	17,8 %	62,2 %	17,8 %	2,2 %	0 %

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 53,3 % respondentů naprosto souhlasí, že je pro ně v životě důležité se uplatnit a rozvíjet jejich vlastní osobnost a schopnosti. 42,2 % respondentů s tímto stanoviskem souhlasí a 4,4 % respondentů nemá vyhraněný názor.

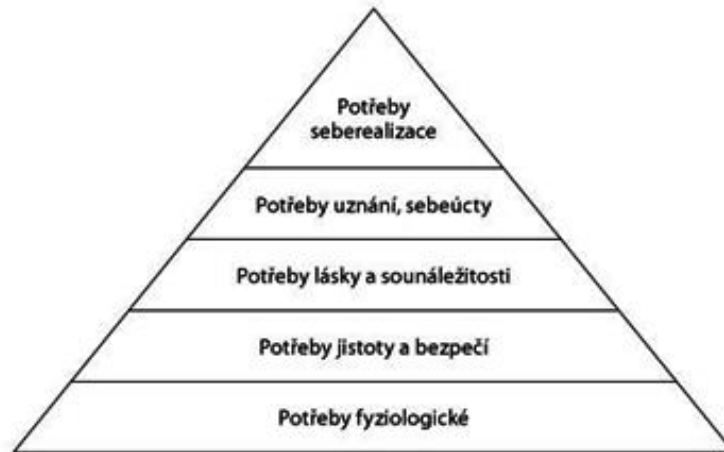
Naprosto souhlasí 31,1 % respondentů, že potřebují ve svém životě cítit, že je okolí ctí a uznává. Souhlasí 53,3 % respondentů a 13,3 % respondentů k tomu nemá vyhraněný názor. 42,2 % respondentů naprosto souhlasí, že mají pocit sounáležitosti. 53,3 % respondentů souhlasí, že mají pocit sounáležitosti. 4,4 % respondentů v této otázce nemá úplně vyhraněný názor. K otázce postoje k potřebě bezpečí a jistoty se respondenti vyjadřovali následovně.

46,7 % respondentů naprosto souhlasí, že je pro ně potřeba bezpečí a jistoty důležitá. 51,1 % respondentů souhlasí, že je pro ně důležitá potřeba bezpečí a jistoty. Zbýlých 2,2 % respondentů v této otázce nemá vyhraněný názor.

Naprosto souhlasí 17,8 % respondentů, že jsou jejich fyziologické potřeby uspokojené. 62,2 % respondentů souhlasí, že jsou jejich fyziologické potřeby uspokojené. 17,8 % respondentů nemá v otázce uspokojených fyziologických potřeb vyhraněný názor.

S tvrzením, že jsou fyziologické potřeby dotazovaných nadměru uspokojené, nesouhlasí 2,2 % respondentů.

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb¹¹



Níže uvedená data se týkala respondentů domněných postojů klientů se zdravotním postižením k jednotlivým potřebám v kontextu Maslowovy pyramidy potřeb.

44,4 % respondentů se domnívá a naprosto souhlasí, že je pro jejich klienty důležité se uplatnit a rozvíjet jejich vlastní osobnost a schopnosti. Souhlasí s tímto stanoviskem 44,4 % a nemá vyhraněný názor 6,7 % respondentů. S tímto stanoviskem nesouhlasí 2,2 % respondentů a naprosto nesouhlasí 2,2 % respondentů.

42,2 % respondentů naprosto souhlasí, že jejich klienti potřebují cítit, že je jejich okolí uznává a ctí. S tímto souhlasí 48,9 % respondentů. 6,7 % respondentů v této otázce nemá vyhraněný názor. S tvrzením však naprosto nesouhlasí 2,2 % respondentů.

Pocit sounáležitosti u svých klientů spatřuje 42,2 % respondentů. 44,4 % respondentů souhlasí, že jejich klienti mají pocit sounáležitosti a vědí, kam patří. 6,7 % respondentů v této otázce nemá vyhraněný názor. Nesouhlasí s tímto tvrzením 4,4 % respondentů a 2,2 % respondentů naprosto nesouhlasí, že by si jejich klienti uvědomovali, kam patří a měli pocit sounáležitosti.

Dle respondentů (75,5 %) je pro klienty v životě naprosto nezbytná potřeba bezpečí a jistoty. S tvrzením souhlasí 24,4 % respondentů.

Na otázku uspokojených fyziologických potřeb klientů odpovídali respondenti velmi rozmanitě. 20,0 % respondentů naprosto souhlasí, že jsou fyziologické potřeby jejich

¹¹ Maslowova pyramida potřeb. In *Naplnění psychických potřeb* [online]. Středisko mediální výchovy Teologické fakulty Jihočeské univerzity, 2015. [vid. 09. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.stremev.cz/naplneni-psychickyh-potreb/>

klientů uspokojené. 42,2 % souhlasí, že jsou fyziologické potřeby jejich klientů uspokojené. 28,9 % respondentů v této otázce nemá vyhraněný názor. 8,9 % respondentů nesouhlasí, že by jejich klienti měli uspokojené fyziologické potřeby.

Tabulka 15: Respondenty domnívané postoje klientů se zdravotním postižením k jednotlivým potřebám

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nemám vyhraněný názor	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Uplatnění a rozvoj osobnosti	44,4 %	44,4 %	6,7 %	2,2 %	2,2 %
úcta a uznání	42,2 %	48,9 %	6,7 %	0 %	2,2 %
Pocit sounáležitosti	42,2 %	44,4 %	6,7 %	4,4 %	2,2 %
Bezpečí a jistoty	75,5 %	24,4 %	0 %	0 %	0 %
Fyziologické potřeby	20,0 %	42,2 %	28,9 %	8,9 %	0 %

V další otázce měli respondenti za úkol seřadit své potřeby dle jimi přisuzované důležitosti. Následně se měli vcítit do role svých klientů a taktéž seřadit potřeby tak, jakou by jim klient se zdravotním postižením přisuzoval váhu.

Tabulka 16: Přisuzovaná důležitost jednotlivých potřeb dle Maslowovy pyramidy potřeb

Potřeby respondentů				Respondenty domnívané potřeby klientů			
	N	Mean	Modus		N	Mean	Modus
Potřeba bezpečí a jistoty	45	1,9	1 2	Fyziologické potřeby	45	1,9	1
Fyziologické potřeby	45	2,9	1 5	Potřeba bezpečí a jistoty	45	1,8	2
Potřeba seberealizace	45	3,0	3	Potřeba sounáležitosti	45	3,2	3
Potřeba úcty a uznání	45	3,6	4	Potřeba seberealizace	45	4,0	5
Potřeba sounáležitosti	45	3,5	5	Potřeba úcty a uznání	45	4,1	5

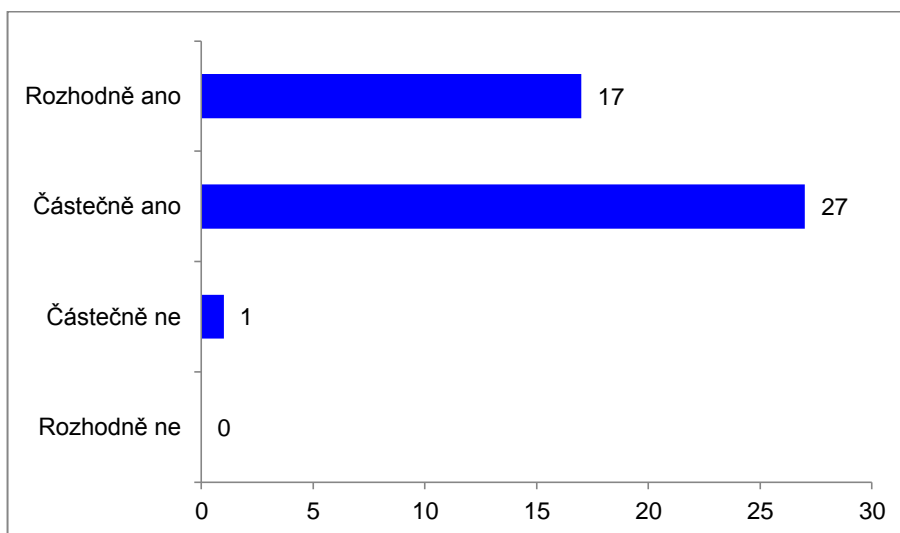
Z výše uvedené tabulky vyplývá, že pro respondenty je v životě nejdůležitější potřeba bezpečí a jistoty. Uspokojení fyziologických potřeb staví ve svém žebříčku hodnot

na druhé místo. Na třetím místě je to potřeba seberealizace. Čtvrté místo připadá potřebě úcty a uznání. Za nejméně důležitou považují respondenti potřebu sounáležitosti.

V případě klientů je podle respondentů na prvním místě uspokojení fyziologických potřeb. Na druhém místě je pro klienty důležitá potřeba bezpečí a jistoty. Třetí místo v životě klientů zaujímá potřeba sounáležitosti. Za nejméně důležitou potřebu klienta považují respondenti potřebu seberealizace a potřebu úcty a uznání.

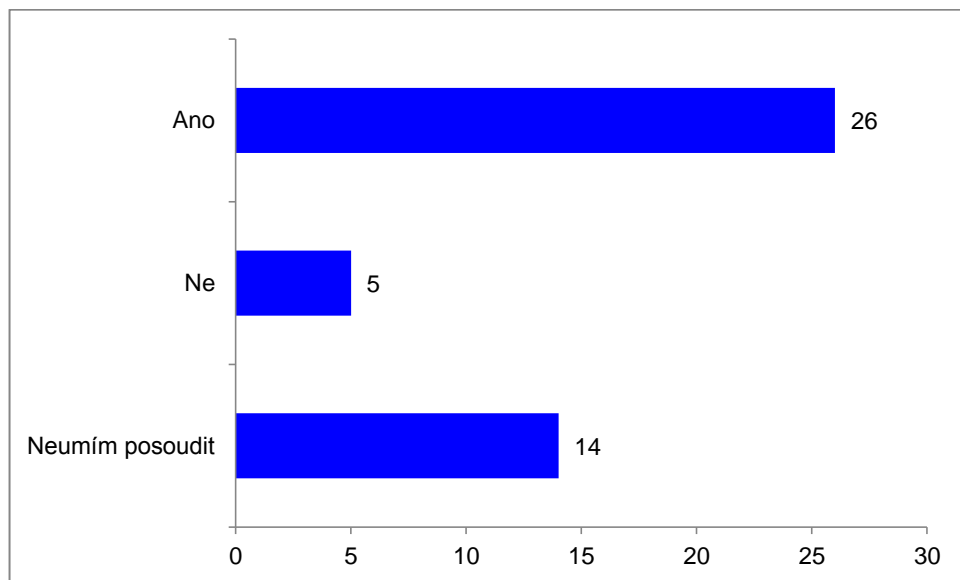
Zajímalo nás také, zda mají respondenti uspokojené potřeby. 27 respondentů (60 %) má částečně uspokojené potřeby, 17 respondentů (37,8 %) rozhodně uspokojuje své potřeby a 1 respondent (2,2 %) částečně neuspokojuje své potřeby.

Graf 9: Uspokojené potřeby respondentů



26 respondentů (57,8 %) se domnívá, že mají jejich klienti uspokojené potřeby. 5 respondentů (11,1 %) se domnívá, že jejich klienti nemají uspokojené potřeby a 14 respondentů (31,1 %) neumí posoudit, zda jsou potřeby jejich klientů uspokojené. Někteří respondenti také uváděli, že v rámci jejich zařízení, respektive jejich péče, jsou potřeby jejich klientů naplňovány. Jsou ovšem potřeby, které zařízení nemůže naplňovat, a měly by být řešeny v rámci rodiny, ale jsou mnohdy ignorovány – například sexuální identita, sexuální uspokojení.

Graf 10: Uspokojené potřeby klientů



Somatická stimulace

V diplomové práci jsme se zaměřili pouze na jeden prvek konceptu bazální stimulace. Naši volbu zdůvodňujeme tvrzením autora konceptu bazální stimulace prof. dr. A. Fröhliche (in Friedlová, 2015a), že je nutné nejprve stimulovat vnímání vlastního těla (tělesné schéma), což vytváří předpoklad vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností. Podněty z vlastního těla zprostředkovává somatická stimulace.

Využívá k tomu somatickou stimulaci zklidňující, somatickou stimulaci povzbuzující, neurofyziologickou stimulaci, symetrickou stimulaci, rozvíjející somatickou stimulaci, diametrální stimulaci, kontaktní dýchání, masáž stimuluující dýchání a polohování. V dotazníku jsme se respondentů tázali, které z výše zmiňovaných prvků ve své praxi využívají.

Tabulka 17: Prvky somatické stimulace

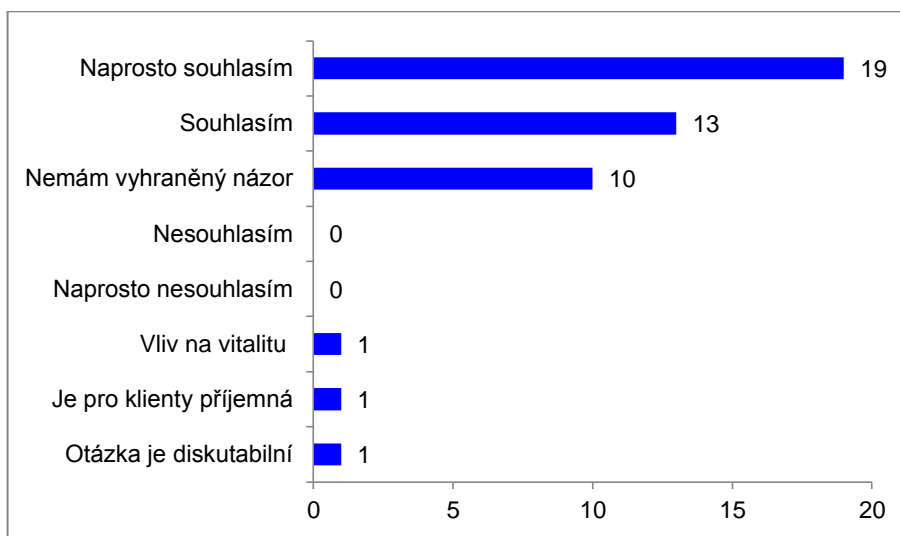
Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Somatická stimulace zklidňující	45	100
Somatická stimulace povzbuzující	21	46,7
Neurofyziologická stimulace	9	20,0
Symetrická stimulace	3	6,7
Rozvíjející somatická stimulace	14	31,1
Diametrální stimulace	4	8,9
Polohování „hnízdo“	34	75,6
Polohování „mumie“	19	42,2
Kontaktní dýchání	17	37,8
Masáž stimuluující dýchání	24	53,3
Celkem odpovědělo	45	100

Nejčastěji využívaným prvkem somatické stimulace je dle respondentů (100 %) somatická stimulace zklidňující. 34 respondentů (75,6 %) pak uvedlo, že využívají polohování „hnízdo“. 21 respondentů (46,7 %) u svých klientů aplikuje somatickou stimulaci povzbuzující. Polohu „mumie“ využívá u svých klientů 19 respondentů (42,2 %). Za důležitou pro své klienty považuje 24 respondentů (53,3 %) aplikaci masáže stimuluující dýchání. Kontaktní dýchání aplikuje u svých klientů 17 respondentů (37,8 %).

V souvislosti s kontaktním dýcháním jsme se respondentů ptali, zda souhlasí s tvrzením, že správné dýchání má vliv na správnou činnost mozku. S tvrzením naprosto souhlasí 19 respondentů (42,2 %), souhlasí 13 respondentů (28,9 %) a k tomuto tvrzení nemá žádný

postoj 10 respondentů (22,2 %). Možnost „nesouhlasím“ nebo „naprosto nesouhlasím“ nevyužil žádný respondent. Měli ovšem možnost vyjádřit jiný názor než nabízely odpovědi otázky. Nejčastěji respondenti uváděli, že otázka je diskutabilní, protože reakce jsou vždy individuální (2,2 %), že správné dýchání má vliv nejen na činnost mozku, ale i na vitalitu celého těla (2,2 %) nebo, že kontaktní dýchání pro klienty příjemné (2,2 %).

Graf 11: Kontaktní dýchání a jeho vliv na správnou činnost mozku

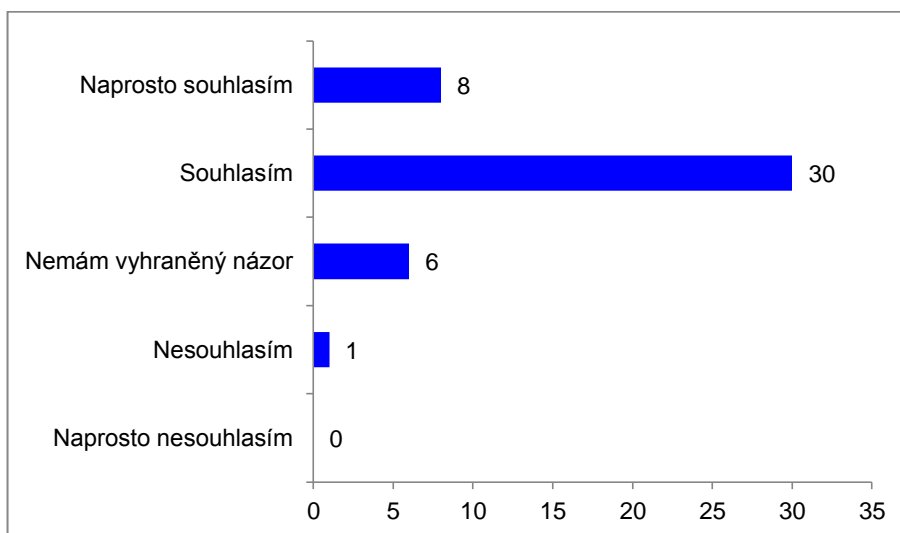


Zajímalo nás, jaký efekt spatřují respondenti u svých klientů po aplikaci somatické stimulace zklidňující. 30 respondentů (66,7 %) souhlasí, že se jejich klienti po aplikaci somatické stimulace zklidňující uklidní. S tímto tvrzením naprostou souhlasí 8 respondentů (17,8 %), nemá vyhraněný názor 6 respondentů (13,3 %) a nesouhlasí 1 respondent (2,2 %). Možnost naprosto nesouhlasím nebyla respondenty zvolena.

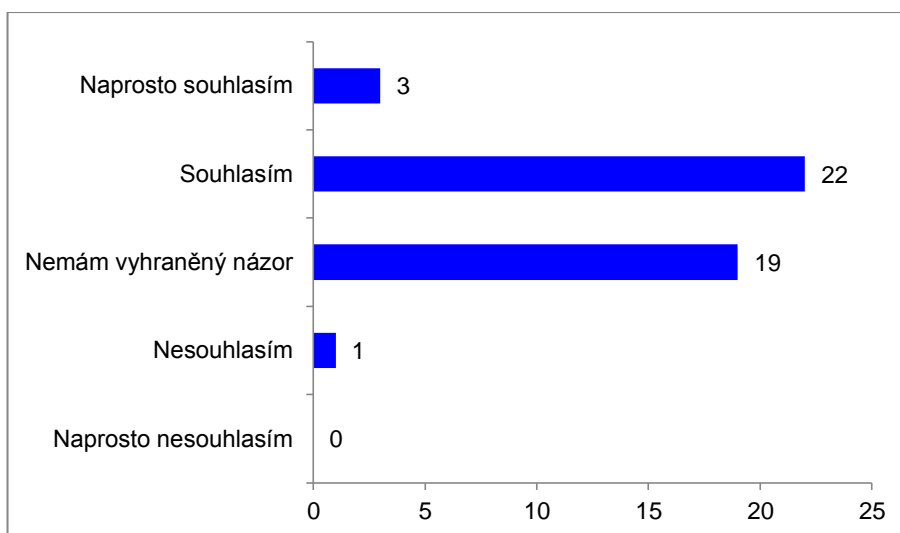
Respondenti se měli také vyjádřit k efektu somatické stimulace povzbuzující. 22 respondentů (48,9 %) souhlasí, že se jejich klienti po aplikaci somatické stimulace povzbuzující nabudí, 3 respondenti (6,7 %) naprosto souhlasí, že se jejich klienti po aplikaci somatické stimulace povzbuzující nabudí. Druhou největší kategorií však tvoří respondenti, kteří v této otázce nemají vyhraněný názor. Počet responzí v kategorii „nemám vyhraněný názor“ byl 19 (42,2 %).

Efekt nabuzení po aplikaci somatické stimulace povzbuzující ovšem popírá 1 respondent (2,2 %).

Graf 12: Spatřovaný efekt po aplikaci somatické stimulace zklidňující

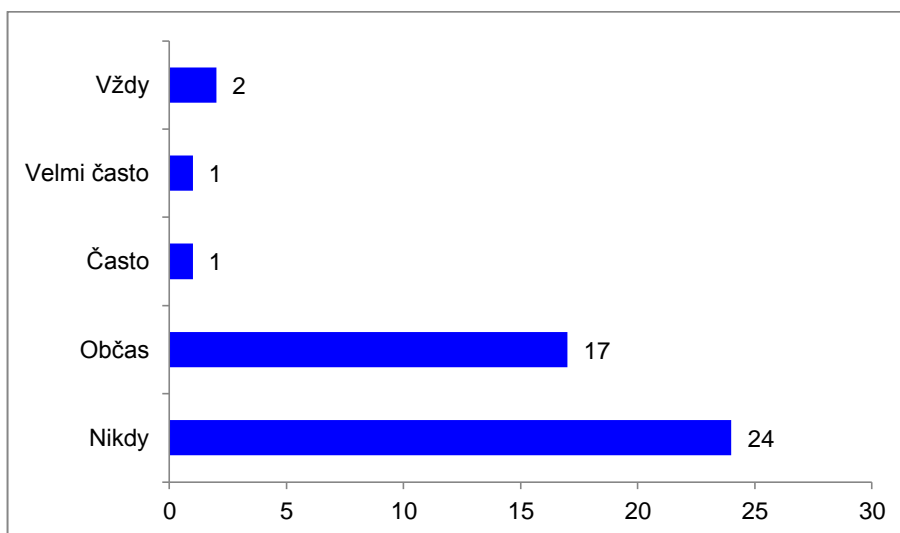


Graf 13: Spatřovaný efekt po aplikaci somatické stimulace povzbuzující



Odpovědi respondentů na otázku, zda aplikaci somatické stimulace kombinují s koupelí, respektive využívají mokré žínky, byly velmi rozmanité. Možnost „vždy“ v této otázce volili 2 respondenti (4,4 %), odpověď „velmi často“ zvolil pouze 1 respondent (2,2 %). Často kombinuje somatickou stimulaci s koupelí pouze 1 respondent (2,2 %). Občas kombinuje somatickou stimulaci s koupelí 17 respondentů (37,8 %). 24 respondentů (53,3 %) nikdy nekombinuje somatickou stimulaci s koupelí.

Graf 14: Somatická stimulace s využitím koupele (žínky)



Tabulka 18: Nejčastěji využívané pomůcky při somatické stimulaci

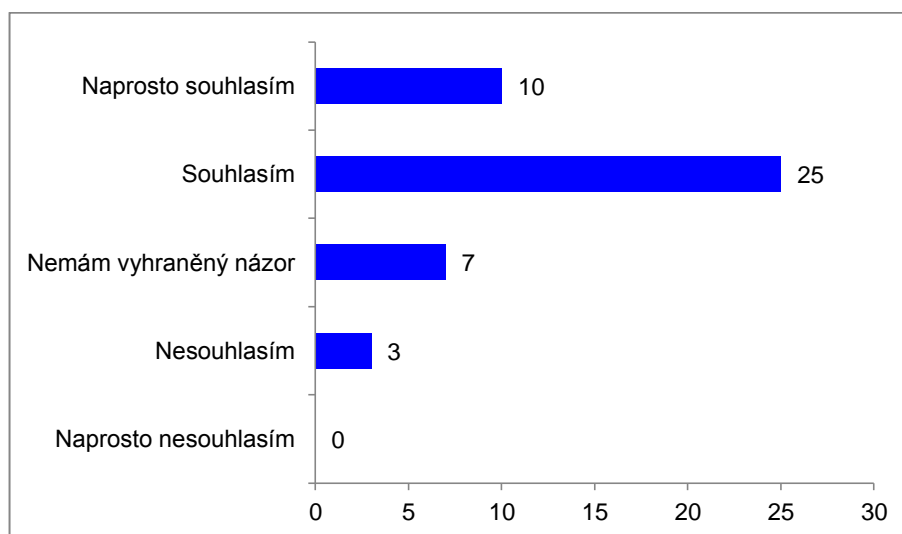
Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Rehabilitační míče	28	62,2
Deky	34	75,6
Různé balanční plochy	15	33,3
Abdukční klíny	14	31,1
Fixační perličkové polohovací polštáře, vaky, válce	41	91,1
Žínky	21	46,7
Aromatické oleje	2	4,4
Ponožky	2	4,4
Rotoped	1	2,2
Masážní vana	1	2,2
Prostěradla	1	2,2
Závěsný houpací vak	2	4,4
Plyšové hračky	1	2,2
Masážní křeslo	1	2,2
Vibrační předměty	1	2,2
Hudební předměty	1	2,2
Interaktivní tabule	1	2,2
Celkem odpovědělo	45	100

Respondenti při aplikaci somatické stimulace nejčastěji využívali fixační perličkové vaky, polohovací polštáře a válce. Průkazná je četnost 41 responzí (91,1 %). Další početnou kategorií byli respondenti, kteří nejčastěji využívali deky, s četností 34 responzí (75,6 %). 28 respondentů (62,2 %) pak i využívalo rehabilitační míče. Somatickou stimulaci aplikovalo 21 respondentů (46,7 %) pomocí žínky. 15 respondentů (33,3 %) pracovalo při

somatické stimulaci s balančními plochami a 14 respondentů (31,1 %) využívalo abdukční klíny. Z dalších využívaných pomůcek respondenti uváděli aromatické oleje (4,4 %), ponožky (4,4 %), rotoped (2,2 %), masážní vanu (2,2 %), prostěradla (2,2 %), závěsný houpací vak (4,4 %), plyšové hračky (2,2 %), masážní křeslo (2,2 %), vibrační předměty (2,2 %), hudební předměty (2,2 %) a interaktivní tabuli (2,2 %).

Protože souhlasíme s názorem prof. dr. Fröhliche (in Friedlová, 2015a), že aby se člověk mohl orientovat v prostoru a být schopen vnímat podněty z tohoto prostoru, musí se nejprve umět orientovat na svém těle a být schopen přijímat podněty z vlastního těla, tázali jsme se respondentů, zda si myslím, že jejich klienti vnímají své tělo a uvědomují si své tělesné schéma, respektive, že mají hlavu, trup, horní a dolní končetiny.

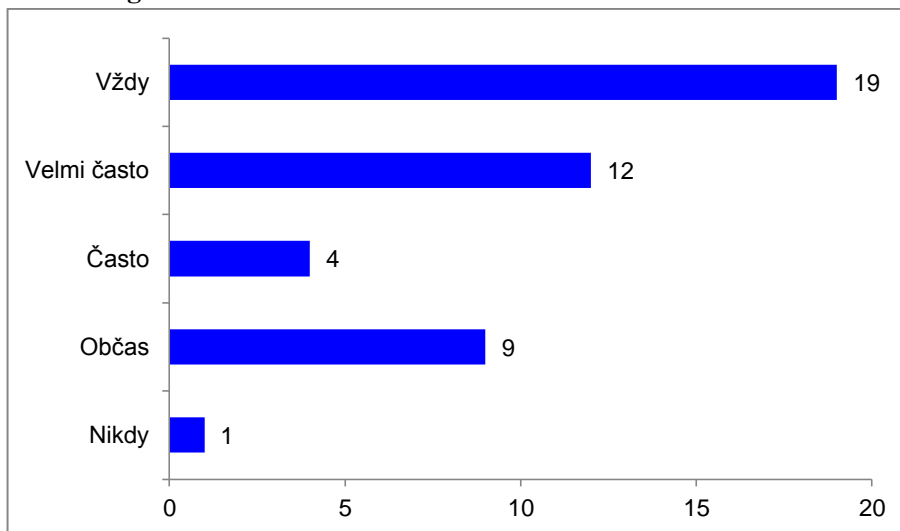
Graf 15: Tělesné schéma klientů



Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 10 respondentů (22,2 %) naprosto souhlasí, že jejich klienti jsou schopni si uvědomovat své tělo, 25 respondentů (55,6 %) souhlasí, že jejich klienti vnímají své tělesné schéma, 7 respondentů (15,6 %) v této otázce nemá vyhraněný názor a 3 respondenti (6,7 %) si nemyslí, že by jejich klienti byli schopni vnímat své tělo. Možnost „naprosto nesouhlasím“ v tomto případě nezvolil žádný respondent.

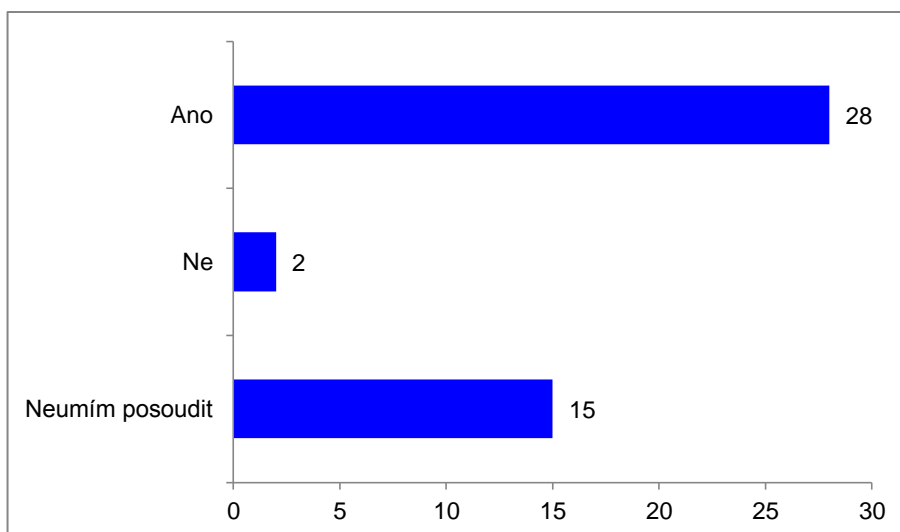
Biografickou anamnézu svých klientů respektuje a pracuje s ní vždy 19 respondentů (42,2 %), velmi často 12 respondentů (26,7 %) a často 4 respondenti (8,9 %). Nejvíce nás šokovala četnost odpovědi „občas“, kterou zvolilo 9 respondentů (20,0 %) a odpověď „nikdy“ volil 1 respondent (2,2 %).

Graf 16: Práce s biografickou anamnézou klientů



Následující otázky měly za úkol zjistit, zda respondenti spatřují u svých klientů po dobu aplikace KBS pokrok či nějaký posun ve vývoji. 28 respondentů (62,2 %) spatřuje u svých klientů po dobu aplikace KBS pokrok. Oproti tomu 2 respondenti (4,4 %) žádný pokrok u svých klientů po dobu aplikace KBS nespátřuje. 15 respondentů (33,3 %) efekt neumí posoudit.

Graf 17: Spatřovaný pokrok u klientů po dobu aplikace KBS



Pokrok respondenti spatřovali nejčastěji ve vnímání (20,0 %), komunikaci (17,8 %) a zklidnění (17,8 %). 6 respondentů (13,3 %) spatřovalo u klientů pokrok v navazování vztahu s pedagogickým pracovníkem. 5 respondentů (11,1 %) spatřovalo u klientů lepší pohybové schopnosti. Dle respondentů (8,9 %) klienti po dlouhodobé aplikaci dokázali lépe vyjadřovat svoje potřeby, zlepšila se jejich koncentrace (4,4 %) a byli schopni relaxovat (4,4 %). Klienti také cítili sebejistotu (2,2 %). Pokrok respondenti také viděli v lepší spolupráci (4,4 %) s klientem a v klientově schopnosti sebeobsluhy (6,7 %)

Tabulka 19: Spatřovaný efekt

Kategorie	Četnosti	
	absolutní	relativní (%)
Komunikace	8	17,8
Vyjádření potřeb	4	8,9
Vnímání	9	20,0
Navazování vztahu	6	13,3
Pohyb	5	11,1
Sebejistota	1	2,2
Zklidnění	8	17,8
Koncentrace	2	4,4
Spolupráce	2	4,4
Sebeobsluha	3	6,7
Relaxace	2	4,4
Odpovědělo	23	51,1
Neodpovědělo	22	48,9
Celkem	45	100

V závěru dotazníku nám mohli respondenti sdělit své poznatky či připomínky. Respondenti by vítali prohloubení spolupráce rodičů a pracovníků ve zdravotním i školním prostředí. Větší osvěta bazální stimulace by dle jejich názoru pomohla uvědomění si odpovědnost za zdraví svých dětí.

Jsme si vědomy, že veškeré reakce a vývoj klienta po aplikaci konceptu bazální stimulace jsou vždy individuální a rozhodně toto stanovisko v celém dotazníku respektujeme, jakožto i respektujeme, že výsledný efekt u klientů může být ovlivněn mnoha faktory. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že se bazální stimulaci v jejich podmínkách příliš nedaří, využívají pouze některé prvky, avšak jejich děti s hlubokým mentálním postižením nespolupracují, odmítají doteky a jsou jim často nepříjemné. Jiný respondent zase koncept bazální stimulace vnímá jako nepostradatelnou součást života klientů jejich zařízení.

Vyhodnocení stanovených hypotéz

H1: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení, poskytující intervenci klientům se zdravotním postižením.

H₁₀: V častém využití somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení není statisticky významný rozdíl.

H_{1A}: V častém využití somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení je statisticky významný rozdíl.

Tabulka 20: Podklady k hypotéze H1

	<i>x</i>	<i>n</i>	<i>modus</i> %	<i>sd</i>
Klienti s mentálním postižením	1,89	28	1 50,0	1,257
Klienti s tělesným postižením	1,61	28	1 60,7	,956
Klienti se zrakovým postižením	1,90	10	1 50,0	1,287
Klienti se sluchovým postižením	1,63	8	1 75,0	1,408
Klienti s narušenou komunikační schopností	1,89	18	1 44,4	1,079
Klienti s parciálními poruchami	1,40	10	1 60,0	,516
Klienti s pervazivní vývojovou poruchou	1,61	23	1 56,5	,941
Klienti se specifickými poruchami chování	1,43	7	1 57,1	,535

Je zřejmé, že ve všech skupinách respondentů bylo nejčastější uváděné pořadí (modus) první místo. Tabulka obsahuje setřídění podle velikosti průměrného pořadí. I v tomto případě jsou všechny průměry menší než 2. Porovnáme-li (pomocí *t testu* aplikovaného na otázky č. 5 a č. 8 z příloženého dotazníku) první a poslední skupinu, tj. p nejvíce odlišné průměry (klienti s mentálním postižením a klienti se specifickými poruchami chování) získáme hodnotu pravděpodobnosti $p = 0,355$, tj. mezi těmito skupinami není statisticky významný rozdíl – **pro všechny skupiny klientely je somatická stimulace nejčastěji využívanou metodou**. Přijímáme tedy hypotézu H₁₀.

H2: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H₂₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl mezi využitím somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H_{2A}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi využitím somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

Tabulka 21: Podklady k hypotéze H2

		ot8.1				Total	
		Využitelná u většiny mých klientů	Největší přínos pro klienty	Využíván některé prvky	Pomohla již mnoha klientům		
ot8somat	1	Count	11	9	2	2	24
		% of Total	24,4%	20,0%	4,4%	4,4%	53,3%
	2	Count	7	5	2	0	14
		% of Total	15,6%	11,1%	4,4%	0,0%	31,1%
	3	Count	2	1	1	0	4
		% of Total	4,4%	2,2%	2,2%	0,0%	8,9%
	5	Count	1	0	0	0	1
	% of Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	
	6	Count	1	0	0	0	1
	% of Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	
	7	Count	1	0	0	0	1
	% of Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	
Total	Count	23	15	5	2	45	
	% of Total	51,1%	33,3%	11,1%	4,4%	100,0%	

Z tabulky je zřejmé, že nejčastější odpovědi u otázky č. 8.1 z přiloženého dotazníku jsou „využitelná u většiny mých klientů“ a „největší přínos pro klienty“. Jestliže porovnáme tyto dvě skupiny ¹² s nejčastěji uváděnými odpověďmi pomocí Mann-Whitneyova *U testu*, získáme $p = 0,123$, není tedy významný rozdíl mezi těmito situacemi. Přijímáme tedy hypotézu H₂₀.

¹² Zbývající odpovědi u otázky č. 8.1 mají pouze malé zastoupení, způsobené nízkým počtem respondentů a nejsou tedy použité k testování. Nejčastější odpovědi jsou zdůrazněné tučným písmem

H3: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma.

H3₀: V častém využití somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma neexistuje statisticky významný rozdíl.

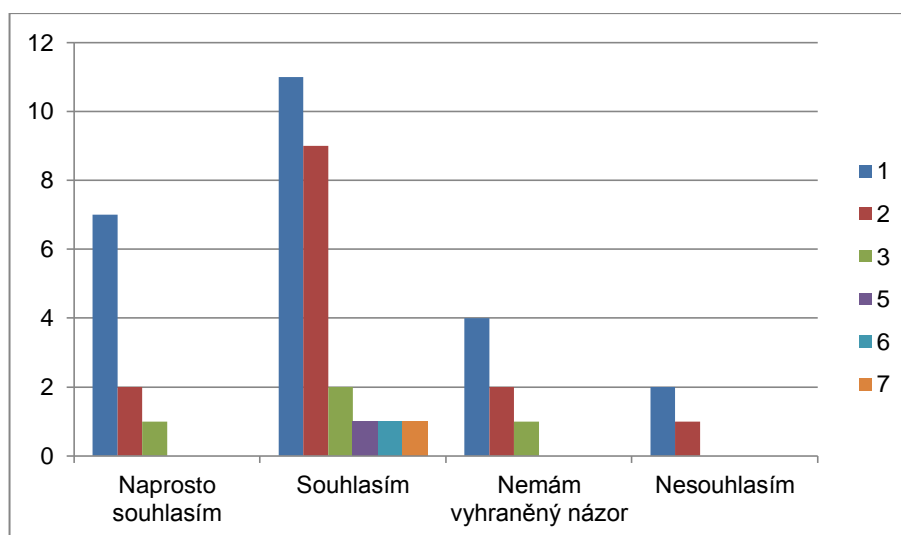
H3_A: V častém využití somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 22: Podklady k hypotéze H3

	otázka č. 40				Total
	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Nemám vyhraněný názor	Nesouhlasím	
1	7	11	4	2	24
2	2	9	2	1	14
3	1	2	1	0	4
5	0	1	0	0	1
6	0	1	0	0	1
7	0	1	0	0	1
Total	10	25	7	3	45

Ke zjišťování vztahu mezi otázkami č. 8 a č. 40 z přiloženého dotazníku byl použitý Mann-Whitneyův *U Test*. Na základě této metody není statisticky významný rozdíl na zvolené hladině významnosti. Získaná hodnota pravděpodobnosti je $p = 0,298$. Přijímáme tedy hypotézu H3₀.

Graf 18: Podklady k hypotéze H3



H4: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením.

H₄₀: Mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_{4A}: Mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 23: Podklady k hypotéze H4

ot 15.1	ot 42				χ^2 test <i>p</i>
	Ano <i>n</i>	%	neumím posoudit <i>n</i>	%	
Vnímání	18	64,3	5	33,3	0,052
Navazování kontaktu	13	46,4	4	26,7	0,207
Komunikace	12	42,9	2	13,3	0,086
Lepší psychický a fyzický stav	12	42,9	3	20,0	0,134
Uvolnění, zklidnění	12	42,9	4	26,7	0,292
Orientace v prostoru	11	39,3	3	20,0	0,308
Zachovalé schopnosti	9	32,1	1	6,7	0,127
Koncentrace pozornosti	9	32,1	2	13,3	0,276
Efektivita práce	7	25,0	1	6,7	0,226
Vzájemná důvěra	6	21,4	3	20,0	1,000
Smysly	5	17,9	3	20,0	1,000
Nabuzení	4	14,3	3	20,0	0,680

Hypotéza byla ověřovaná pomocí Pearsonova χ^2 testu, který byl aplikován na odpovědi otázek č. 15.1 a č. 42¹³. Na podkladě tohoto testu není statisticky významný rozdíl na zvolené hladině významnosti ($p > 0,05$), tj. mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl¹⁴. Přijímáme tedy hypotézu H₄₀.

¹³ Vzhledem k nízkému počtu respondentů, byla při testování ignorována odpověď „ne“ z otázky č. 42, protože se její volba vyskytla ve zkoumaném vzorku pouze dvakrát.

¹⁴ Z tabulky je zřejmá převaha kladných odpovědí u otázky č. 42, přesto vzhledem k četnosti zkoumaného vzorku nebylo možné hypotézu ve zkoumaném vzorku potvrdit.

H5: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace.

H5₀: Mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace neexistuje statisticky významný rozdíl.

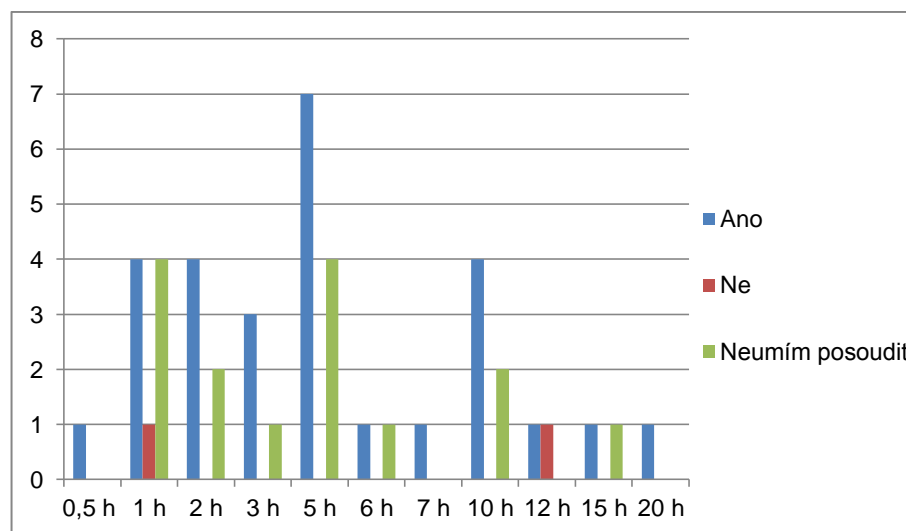
H5_A: Mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 24: Podklady k hypotéze H5

Ot10	Ot42			Total
	Ano	Ne	Neumím posoudit	
0 h	1	0	0	1
1 h	4	1	4	9
2 h	4	0	2	6
3 h	3	0	1	4
5 h	7	0	4	11
6 h	1	0	1	2
7 h	1	0	0	1
10 h	4	0	2	6
12 h	1	1	0	2
15 h	1	0	1	2
20 h	1	0	0	1
Total	28	2	15	45

Ověření hypotézy bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyova U testu pro porovnání odpovědí otázky č. 10 a č. 42¹⁵. Na základě získané pravděpodobnosti $p = 0,614$ nemůžeme potvrdit předpokládaný vztah, tj. mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným bazální stimulaci není statisticky významný rozdíl¹⁶, platí tedy hypotéza H5₀.

Graf 19: Podklady k hypotéze H5



¹⁵ U testované otázky č. 42 byly akceptovány pouze odpovědi „ano“ a „neumím posoudit“

¹⁶ Je však možné, že při větším počtu respondentů bychom významný rozdíl mohli získat

H6: Existuje rozdíl mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením.

H6₀: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

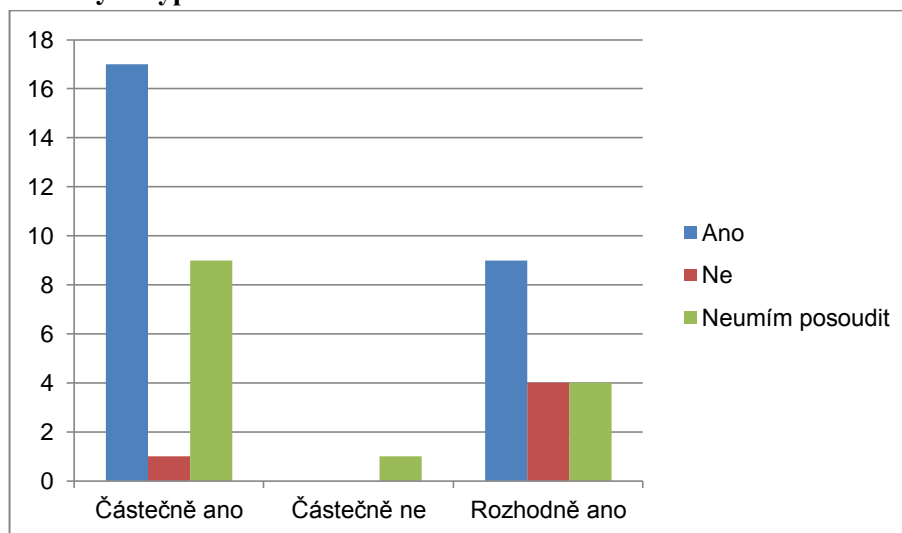
H6_A: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 25: Podklady k hypotéze H6

otázka č. 24 * otázka č. 30 Crosstabulation						
		otázka č. 30			Total	
		Ano	Ne	Neumím posoudit		
otázka č. 24	Částečně ano	Count % of Total	17 37,8%	1 2,2%	9 20,0%	27 60,0%
	Částečně ne	Count % of Total	0 0,0%	0 0,0%	1 2,2%	1 2,2%
	Rozhodně ano	Count % of Total	9 20,0%	4 8,9%	4 8,9%	17 37,8%
Total		Count % of Total	26 57,8%	5 11,1%	14 31,1%	45 100,0%

Hypotéza byla testovaná s využitím statistického nástroje Crosstabulation, na základě kterého bylo zjištěno, že nejčastější kombinace kladných odpovědí na sledované otázky č. 24 a č. 30 neodpovídají předpokládanému rozdílu.¹⁷ Při tomto vzorku respondentů tedy přijímáme nulovou hypotézu H6₀.

Graf 20: Podklady k hypotéze H6



¹⁷ Domníváme, že při početnějším vzorku respondentů bychom mohli významný rozdíl získat

H7: Existuje rozdíl mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace.

H7₀: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace neexistuje statisticky významný rozdíl.

H7_A: Mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 26: Podklady k hypotéze H7

H7			ot. č. 30			Total
			Ano	Ne	Neumím posoudit	
ot. č. 12	Ano	Count % of Total	21 46,7%	3 6,7%	7 15,6%	31 68,9%
	Neumím posoudit	Count % of Total	0 0,0%	1 2,2%	1 2,2%	2 4,4%
	Pouze částečně	Count % of Total	5 11,1%	1 2,2%	6 13,3%	12 26,7%
Total		Count % of Total	26 57,8%	5 11,1%	14 31,1%	45 100,0%

H7			ot. č. 24			Total
			Rozhodně ano	Částečně ano	Částečně ne	
ot. č. 12	Ano	Count % of Total	10 22,2%	21 46,7%	0 0,0%	31 68,9%
	Neumím posoudit	Count % of Total	1 2,2%	0 0,0%	1 2,2%	2 4,4%
	Pouze částečně	Count % of Total	6 13,3%	6 13,3%	0 0,0%	12 26,7%
Total		Count % of Total	17 37,8%	27 60,0%	1 2,2%	45 100,0%

Kontingenční tabulky, ve kterých jsou do vztahu dány otázky č. 12, č. 24 a č. 30 z přiloženého dotazníku ukazují souhlasné kladné odpovědi na dvojice otázek. Na tomto podkladě tedy můžeme konstatovat, že mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace existuje statisticky významný rozdíl. Přijímáme tedy alternativní hypotézu H7_A.

H8: Existuje rozdíl mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením.

H8₀: Mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením neexistuje statisticky významný rozdíl.

H8_A: Mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl.

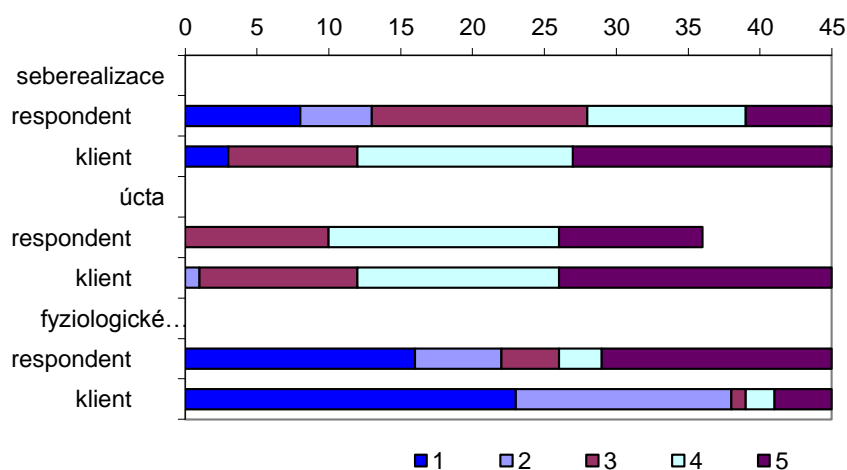
Tabulka 27: Podklady k hypotéze H8

Test Statistics ^a					
	ot31sebereal - ot23.sebereal.	ot31ucta- ot23.úcta	ot31sounalež - ot23sounalež	ot31bezpeč- ot23bezpečí	ot31fyziol- ot23fyziol
Z	-4,424 ^b	-3,291 ^b	-1,703 ^c	-,842 ^c	-3,934 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,089	,400	,000

Hypotéza byla testována Mann-Whitneyovým U testem. Test byl aplikován na odpovědi č. 23 a č. 31 z příloženého dotazníku. Podle této metody existuje statisticky významný vztah na zvolené hladině významnosti, tedy mezi uspokojenými potřebami¹⁸ respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením existuje statisticky významný rozdíl. Platí tedy alternativní hypotéza H8_A.

Graf 21: Podklady k hypotéze H8

Pořadí potřeb



¹⁸ Statisticky významný rozdíl byl zjištěn v případě kategorií seberealizace, úcty a uznání a fyziologických potřeb

12 DISKUSE

Empirická část diplomové práce si kladla za cíl zmapovat využití konceptu bazální stimulace ve školských zařízeních v ČR, poskytujících intervenci dětem, žákům či studentům se zdravotním postižením. Naši pozornost jsme věnovali otázce nejčastěji využívaného prvku konceptu bazální stimulace s důrazem na hledání důvodu jeho četného využití.

Další oblastí našeho zájmu bylo zkoumání pohledu respondentů, kteří ve své praxi běžně aplikují koncept bazální stimulace, na celkový efekt aplikace KBS u jedinců se zdravotním postižením.

Jestliže koncept bazální stimulace vnímá klienta jako rovnocenného partnera se svými potřebami a touhami a klade velký důraz na respektování klientovy identity (Nydal, Bartoszek, 2012), nabízela se zde otázka, zda vůbec jedinci se zdravotním postižením mají uspokojené potřeby. Vzhledem k nemožnosti tázat se přímo jedinců s těžkým zdravotním postižením, jsme tuto otázku omezili pouze na pohled těch pedagogických pracovníků a pracovníků v sociálních službách, kteří s jedinci se zdravotním postižením tráví podstatnou část jejich života a jsou tak schopni odhadnout jejich potřeby. A protože s těmito jedinci tráví velké množství času, zajímalo nás také, jak se toto odráží na uspokojování jejich vlastních potřeb.

S ohledem na 10 centrálních cílů konceptu bazální stimulace jsme zvolili pro zkoumání pohledů na uspokojené potřeby model lidských potřeb dle Maslowa. Tento teoretický konstrukt je zároveň teoretickým východiskem pro 10 centrálních cílů v konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2015b).

Rovněž jsme hledali odpověď na otázku, zda existuje mezi uspokojenými či neuspokojenými potřebami respondenta a klienta se zdravotním postižením nějaká vazba, která by ovlivňovala efekt bazálně stimulujícího dialogu.

Výzkumný vzorek tvořili respondenti, respektive pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách (osobní asistenti), kteří aplikují u dětí, žáků, studentů se zdravotním postižením koncept bazální stimulace.

Na podkladě prostudované literatury jsme stanovili výzkumné otázky a výzkumné cíle, z nichž vyvstaly věcné hypotézy, pro potřeby výzkumu formulované jako nulové H_0 a alternativní H_A statistické hypotézy.

Z verifikovaných formulovaných hypotéz jsme získali výsledky výzkumu, které porovnáme se závěry z odborné literatury.

Primárním cílem bylo zjistit, který z prvků konceptu bazální stimulace je nejčastěji využíván u jedinců se zdravotním postižením. Náš předpoklad, ovlivněný výsledky z výzkumu probíhajícím v roce 2008 v MŠ a ZŠ v Kyjově, který se tázal mimo jiné i na otázku nejčastěji využívaného prvku konceptu bazální stimulace, byl potvrzen. Výsledek výzkumu v MŠ a ZŠ v Kyjově z roku 2008 plně korespondoval s výsledkem našeho výzkumného šetření, a tedy lze konstatovat, že nejčastěji využívaným prvkem konceptu bazální stimulace u jedinců se zdravotním postižením je somatická stimulace. V našem výzkumu jsme se zaměřili na hledání důvodu, proč je somatická stimulace nejčastěji využívána. Stanovili jsme proto následující hypotézy:

H1: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientelou navštěvující školská zařízení, poskytující intervenci klientům se zdravotním postižením.

H2: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a přínosem pro klienty se zdravotním postižením.

H3: Existuje vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma.

Při stanovování hypotézy H1 jsme vycházeli z předpokladu, že každé postižení v kontextu speciálněpedagogických pedií, respektive diagnostika problému a klientových zachovalých funkcí, nevytvářejí vždy stejné centrální cíle, nezbytné pro plánování a následnou realizaci terapeutických, ošetřovatelských případně pedagogických nabídek (Friedlová, 2015a). Přestože v četnosti využití somatické stimulace tabulkově převažují klienti s tělesným a klienti s mentálním postižením, u nichž bychom předpokládali, že z hlediska funkčního dopadu jejich postižení bude u těchto jedinců větší potřeba stimulovat tělesné schéma a jejich vnímání podnětů z vlastního těla¹⁹, statistickým ověřením se tato hypotéza nepotvrdila. Přijímáme tedy hypotézu H1₀. Tedy, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi častým využitím somatické stimulace a klientelou se zdravotním postižením.

Tuto skutečnost si vysvětlujeme tak, že somatická stimulace patří do základní nabídky prvků bazální stimulace, které mají za úkol stimulovat tělesné schéma. Nástavbové prvky bazální stimulace pak rozvíjejí smyslovou percepci (Fábianová, 2014).

Autor konceptu bazální stimulace prof. dr. Fröhlich zastává názor, že u jedinců se zdravotním postižením je nutné nejprve zprostředkovat vjemy z vlastního těla a

¹⁹ Uvažovaným příkladem byli klienti s tělesným postižením, jejichž aktivitu mnohdy blokují spasmusy, které mohou být za předpokladu využití somatické stimulace eliminovány (Vítková, 2006; Friedlová, 2007).

stimulovat vnímání vlastního tělesného schématu, což je předpokladem vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností (Fröhlich in Friedlová, 2015a). Richterová (2016) k tomu dodává, že jedinec nejprve musí umět vnímat podněty z vlastního těla, aby byl pak schopen přijímat podněty z jeho okolí.

Druhou hypotézou týkající se somatické stimulace je četnost jejího využití ve vztahu k přínosu. Předpokladem by tedy bylo, že jiné prvky bazální stimulace jsou pro klienty méně přínosné s ohledem na povahu jejich postižení. Tento předpoklad se však nepotvrdil a na podkladu statistického ověření tedy přijímáme nulovou hypotézu H_{20} .

Třetí hypotéza zjišťovala vztah mezi častým využíváním somatické stimulace a klientovou schopností vnímat své tělesné schéma. Vycházeli jsme z předpokladu, že somatická stimulace je často využívána proto, že si díky ní jedinci uvědomují své tělesné schéma (Friedlová, 2010).

Přestože v četnosti odpovědí tabulkově převládá kladná odpověď, statistickým výpočtem se toto bohužel nepotvrdilo. Významný vzájemný vztah tedy nebyl potvrzený a v tomto případě přijímáme nulovou hypotézu H_{30} . Přestože tento předpoklad není dle statistických nástrojů primárním podnětem pro četné využití somatické stimulace, sehrává v kontextu bazální stimulace podstatnou roli.

Jestliže nám tedy z výzkumného šetření vyšlo, že je somatická stimulace nejčastěji využívaný prvek KBS, nabízela se otázka, které z nabídek somatické stimulace jsou běžně v praxi u klientů se zdravotním postižením aplikované a které jsou aplikované u klientů se zdravotním postižením pouze zběžně. Z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastěji terapeuti využívají somatickou stimulaci zklidňující, polohování „hnízdo“ a somatickou stimulaci povzbuzující. Nejméně je oproti tomu využívána symetrická stimulace a diametrální stimulace.

Pokud bychom tento náš výsledek porovnali s výsledky výzkumu, který realizoval INSTITUT Bazální stimulace na svých supervidovaných pracovištích v České republice a Slovenské republice od ledna 2006 do prosince roku 2012, zjistili bychom, že v domovech pro osoby s postižením je z prvků somatické stimulace nejčastěji aplikovaná somatická stimulace zklidňující, polohování „hnízdo“ a masáž stimulující dýchání. Nejméně je využívána neurofyzilogická stimulace (Friedlová, 2013). Je tedy pochopitelné, že se v tomto výsledek našeho výzkumného šetření s výsledkem výzkumu INSTITUTU Bazální stimulace rozchází.

Další oblast našeho zájmu se věnovala názorům respondentů na spatřovaný efekt aplikace konceptu bazální stimulace. Pro tuto oblast zájmu jsme stanovili tyto hypotézy:

H4: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a rozvojem vnímání, komunikace a zachovalých schopností klientů se zdravotním postižením

H5: Existuje vztah mezi spatřovaným efektem a časem věnovaným aplikaci bazální stimulace

Předpoklad pro hypotézu H4 byl podpořen faktem, že „bazální stimulace se orientuje na oblasti podpory vnímání, komunikace a mobilizace zachovalých schopností klienta.“ (Friedlová, 2007, s. 11) V případě četnosti odpovědí na otázky č. 15.1 a č. 42 z příloženého dotazníku, které byly dány do vztahů, u respondentů skutečně převažovala kladná odpověď, která by byla v souladu s předchozím tvrzením. Přesto se však hypotéza na podkladě statistického výpočtu nepotvrdila. Jako platná by tedy připadala v úvahu nulová hypotéza H_{40} . Tuto skutečnost si vysvětlujeme jako příčinu nízkého počtu vzorku zkoumaných.

Mnohé kvalitativní výzkumy však naší původní hypotézu potvrzují, za příklad uvádíme kazuistiku popisující čtyřměsíční práci terapeuta (od září až do prosince 2013) s chlapcem (6 let) s diagnózou centrální hypotonický syndrom, strukturální aberace 13. chromozomu, mnohočetné vývojové anomálie a hluboká mentální retardace. Před aplikací KBS byla pro chlapce akceptovatelná pouze jedna poloha, ve které nejraději setrval, a jakákoliv změna této polohy v něm vzbuzovala strach a nejistotu, byl plačtivý a třásl se. Doteky a blízkost terapeuta pro něj byli rovněž nepřijatelné. Po aplikaci prvků bazální stimulace se chlapec stal celkově vnímavějším (ve snoezelenu vydržel déle než před aplikací KBS a byl tak schopen relaxovat), nebál se kontaktu a nových pohybových vzorců (Zvoníčková in Friedlová, 2015a). Tudíž u něj došlo k rozvoji vnímání, komunikace a pohybu.

V případě hypotézy H5, tedy spatřovaného efektu a času věnovaného aplikaci bazální stimulace se rovněž nevyskytl statisticky významný vztah, tudíž přijímáme hypotézu H_{50} . Je však možné, že při větším počtu respondentů bychom statisticky významný rozdíl mohli získat.

S odkazem na 10 centrálních cílů konceptu bazální stimulace a Maslowovu teorii lidských potřeb jsme se zabývali vztahy mezi uspokojenými případně neuspokojenými potřebami respondentů a jejich klientů se zdravotním postižením, a zda se toto odráží i na spatřovaném efektu aplikace konceptu bazální stimulace v péči o klienta se zdravotním postižením. Pro tuto oblast zkoumání jsme stanovili následující hypotézy:

H6: Existuje vztah mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením.

H7: Existuje vztah mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace.

Pro hypotézu H6 jsme vycházeli z předpokladu, že osoby, které pečují o klienty se zdravotním postižením, s těmito klienty tráví velké množství času, přičemž se v této péči snaží uspokojovat potřeby svých klientů v co nejvyšší možné míře. To by se mohlo odrazit vzhledem k časové vyčerpání a psychickému tlaku na potřebě uspokojovat své vlastní potřeby. Z důvodu nízké četnosti zkoumaného vzorku nejčastější kombinace kladných odpovědí na sledované otázky pro hypotézu H6 neodpovídaly předpokládanému rozdílu, proto dle statistických výpočtů neexistuje vztah mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením. Za přijatelnou v tomto případě považujeme hypotézu nulovou H₀. Je však možné, že při větším množství respondentů by mohla být tato hypotéza potvrzena.

Otázka vztahu uspokojených potřeb na obou stranách bazálně stimulujícího dialogu při hypotéze H7 byla statisticky příznivá. Předpokládali jsme, že pokud nebude mít terapeut uspokojené své potřeby, odrazí se to pak na jeho pracovním výkonu. Rovněž jsme předpokládali, že pokud klient nebude naladěn přijímat nabídky bazální stimulace, bude to mít v konečné fázi vliv na efekt této aplikace.

Naše hypotéza byla potvrzena, tedy lze konstatovat, že existuje vztah mezi uspokojenými potřebami respondentů a respondenty domnívanými uspokojenými potřebami jejich klientů se zdravotním postižením a spatřovaným efektem aplikace bazální stimulace. Přijímáme tedy alternativní hypotézu H_{7A}.

Protože jednotlivým potřebám v kontextu Maslowovy pyramidy potřeb každý jedinec věnuje jinou míru důležitosti, zajímalo nás, zda se míra přiřádané důležitosti potřeb jedinců intaktních liší od přiřádané míry důležitosti potřeb jedinců se zdravotním postižením. Hypotéza tedy zněla:

H8: Existuje rozdíl mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a respondenty domnívanou mírou důležitosti potřeb jejich klientů se zdravotním postižením.

Na podkladu statistických výpočtů byl zjištěn statisticky významný vztah mezi mírou důležitosti potřeb respondentů a domnívanou mírou důležitosti potřeb jedinců se zdravotním postižením. Největší rozdíl v důležitosti potřeb respondentů a jejich klientů se zdravotním postižením byl spatřen v potřebě seberealizace, úcty a uznání a fyziologických potřebách. Potřebu seberealizace respondenti ve svém žebříčku hodnot stavěli na třetí místo, avšak klienti se zdravotním postižením měli ve svém žebříčku hodnot potřebu seberealizace až na čtvrtém místě. Potřeba úcty a uznání byla u respondentů na čtvrtém místě a u klientů se zdravotním postižením až na pátém místě. Fyziologické potřeby respondenti staví na druhé místo avšak pro klienty se zdravotním postižením je uspokojení této potřeby krucální a proto ji staví ve svém žebříčku hodnot na první místo.

Na základě existence vztahu mezi těmito poměry můžeme přijmout alternativní hypotézu H_{8A} .

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo představit somatickou stimulaci v kontextu bazální stimulace jako nabídku, která rozvíjí vnímání, komunikaci a zachovalé schopnosti jedinců se zdravotním postižením.

V teoretické části jsme poukázali na základní principy, teoretická východiska a prvky konceptu bazální stimulace.

Oblastí našeho specifičtějšího zájmu byl však pouze jeden prvek bazální stimulace, a to somatická stimulace společně s jejími možnými nabídkami podpory v oblasti vnímání, komunikace a zachovalých schopností.

Empirická část se snažila dokázat, že je somatická stimulace nejčastěji využívaným prvkem bazální stimulace a hledala důvod nejčastějšího využití.

Za přijatelnou eventualitu tohoto četného využití lze považovat skutečnost, že prostřednictvím somatické stimulace dochází ke stimulaci vnímání tělesného schématu a vnímání podnětů z vlastního těla, což je zároveň předpokladem k přijímání podnětů z okolního prostoru. Tuto skutečnost lze doložit i tím, že somatická stimulace je zahrnuta do základních prvků bazální stimulace, které mají za úkol zprostředkovat podněty z vlastního těla a stimulovat tělesné schéma, tedy do prvků, kde vedle somatické stimulace stojí také vestibulární stimulace a vibrační stimulace. Nástavbové prvky pak rozvíjí percepci a to tehdy, až je jedinec schopen vnímat podněty z vlastního těla.

S ohledem na centrální cíle konceptu bazální stimulace jsme se také věnovali potřebám jedinců se zdravotním postižením a potřebám jedinců, pečujících o tyto osoby.

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že respondenti vnímají rozdíl mezi svými uspokojenými potřebami a uspokojenými potřebami svých klientů se zdravotním postižením. Přestože se respondenti snaží v rámci svých možností podporovat uspokojování potřeb svých klientů, stále existují potřeby, které se v rámci péče, kterou terapeuti případně pedagogové klientům poskytují, není možné z etického hlediska naplnit, a to potřebu tělesného naplnění.

Odlišná je také míra prisuzované důležitosti jednotlivých lidských potřeb v žebříčku hodnot respondentů v porovnání s jejich klienty, kdy podle respondentů jsou pro klienty nejdůležitější uspokojené fyziologické potřeby, které staví na první místo. Respondenti těmto potřebám prisuzují váhu druhého místa v žebříčku hodnot. Na prvním místě je totiž v jejich životě potřeba bezpečí a jistoty.

Ačkoliv tedy existují zřejmé rozdíly mezi uspokojenými potřebami intaktní populace a klientů se zdravotním postižením, vždy bude snaha tyto rozdíly minimalizovat doceněná.

PRAMENY

- AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Karolinum, 2006.
- ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011
- ČÁPOVÁ, J. *Terapeutický koncept "Bazální programy a podprogramy"*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2008.
- DRAPELA, J. V. *Přehled teorií osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998.
- FÁBIANOVÁ, A. *Orofaciální a bazální stimulácia*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2014.
- FRIEDLOVÁ, K. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*. Vydání neuvedeno. s. l., s. a.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 2. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.
- FRIEDLOVÁ, K. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 2010, **12**(6-7/2010), 30-31.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2013, **9**(3), 25-27.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2015a.
- FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. Vydání neuvedeno. s. l., 2015b
- GANGALE, D. C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004
- GAVORA, P. *Učitel a žáci v komunikaci*. Vydání neuvedeno. Brno: Paido, 2005.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Polygrafické stredisko UK v Bratislavě, 2008.
- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2012.
- HORŇÁKOVÁ, M. Mozog ako partner v liečebnej výchove. *Revue liečebnej pedagogiky*. 2007, **1**(1), 3
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.

- JANKŮ, K. *Využití metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010.
- JONAS, R. *Zázračná cesta na svět*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2001
- KANDLEROVÁ, H. – HORÁKOVÁ, E. *Vnímání těla*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2014.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.
- KONVIČNÁ, M. *Bazální stimulace a její využití na základní škole speciální*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. UP Olomouc, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií.
- KULIŠŤÁK, P. *Neurologie*. 2. vyd. Praha: Portal, 2011.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.
- KRÁL, M. *Neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.
- LOPÚCHOVÁ, Jana, Veronika ŠUŠOROVÁ a Martin ZÁNI. Stimulation programs as a part of the intervention approaches in the early care for children with visual impairments. *Journal of Exceptional People*. 2013, 2(3), 19-39.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014.
- MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011.
- Maslowova pyramida potřeb. In *Naplnění psychických potřeb* [online]. Středisko mediální výchovy Teologické fakulty Jihočeské univerzity, 2015. [vid. 09. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.stremev.cz/naplneni-psychickych-potreb/>
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.
- NIEHOFF, D. *Basale Stimulation und Kommunikation*. 3. Aufl. Köln: Bildungsverlag EINS, 2011.
- NYDAL, P. – BARTOSZEK, G. *Basale stimulation: Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Aufl. München: Urban & Fischer, 2012.
- PIAGET, J. – INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007
- PIAGET, J. – INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. 5. vyd. Praha: Portál, 2010
- RICHTEROVÁ, J. Koncept bazální stimulace při vyučování. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí: sborník příspěvků*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007.

- RICHTEROVÁ, J. *Základní kurz Bazální stimulace: Základní modul I. (přednáška)* Nové Město nad Metují: Institut Bazální stimulace, 1. - 2. 3. 2016.
- RÜLLER-PETERS, B. Basale Stimulation. In *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Heidrun Becker, Ute Steding-Albrecht. 2. auf. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2015. s. 181
- SEKÁČOVÁ, G. Možnosti vzdělávání žáků základní školy speciální v oblasti podpory pohybového vývoje. In *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Vanda Hájková (ed.) a kol. 1. vyd. Praha: Epoque, 2009. s. 38-
- Spasticita. *Lékařský slovník*. [online]. 1998-2016 [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/spasticita>
- STUPKOVÁ, M. Recenzia: Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. *Revue liečebnej pedagogiky*. 2007, **1**(2), 4. ISSN 1337-5563.
- TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003.
- VAĎUROVÁ, H. – MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012
- VOKURKA, M. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2012.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
- ŽAKAVEC, Jakub a Lucie VÍSNEROVÁ. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v přímé ošetrovatelské péči: Na prvním místě člověk. *Diagnóza*. 2012, **8**(5), 30-31.
- Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání Základní škola speciální*. 1. vyd. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2008. 109 s. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z WWW: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf>.
- Zákon 561/2004 Sb. O předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání. In: Sbíрка zákonů. 10. 11. 2004.
- Novela školského zákona 82/2015 Sb. O předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání. In: Sbíрка zákonů. 11. 5. 2015.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Konvičná
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Somatická stimulace jako rozvoj vnímání, komunikace a zachovalých schopností v kontextu bazální stimulace
Název v angličtině:	A somatic stimulation as the development of perception, communication and preserved abilities in the context of basal stimulation
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je představit somatickou stimulaci v kontextu bazální stimulace jako nabídku, která rozvíjí vnímání, komunikaci a zachovalé schopnosti jedinců se zdravotním postižením. Prostřednictvím somatické stimulace dochází ke stimulaci vnímání tělesného schématu. Vnímání podnětů z vlastního těla je předpokladem k přijímání podnětů z okolního prostoru. Empirická část se snaží dokázat, že je somatická stimulace nejčastěji využívaným prvkem bazální stimulace a hledá důvod nejčastějšího využití. S ohledem na centrální cíle konceptu bazální stimulace se také věnuje potřebám jedinců se zdravotním postižením a potřebám jedinců, pečujících o tyto osoby.
Klíčová slova:	Somatická stimulace, nabídka, vnímání, komunikace, rozvoj zachovalých schopností, bazální stimulace, lidské potřeby, centrální cíle.
Anotace v angličtině:	The aim of the thesis is to present somatic stimulation in the context of basal stimulation as an offer, which develops perception, communication and the preserved abilities of individuals with disabilities. Through somatic stimulation leads to the stimulation of the perception of body schema. The perception of stimuli from the own body is a prerequisite to taking cues from the surrounding space. The empirical part is trying to prove that it is a somatic stimulation of the most commonly used element of the basal stimulation and looking for a reason the most common use. With regard to the central goal of the concept of basal stimulation is also dedicated to the needs of individuals with disabilities and the needs of individuals caring for these persons.
Klíčová slova v angličtině:	Somatic stimulation, proposition, perception, communication, development of the preserved abilities, basal stimulation, human needs, the central objectives

Přílohy vázané v práci:	Seznam tabulek Seznam grafů Seznam obrázků Seznam příloh
Rozsah práce:	114
Jazyk práce:	český

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Rozložení respondentů dle věku

Tabulka 2: Rozložení respondentů dle délky praxe s klientelou se zdravotním postižením

Tabulka 3: Rozložení respondentů dle typu zařízení, v němž pracují

Tabulka 4: Pracovní pozice respondentů

Tabulka 5: Klientela v respondenty uváděných zařízeních

Tabulka 6: Klienti s kombinovaným postižením

Tabulka 7: Rozložení klientů dle RVP

Tabulka 8: Průměrné pořadí nejčastěji využívaných prvků KBS

Tabulka 9: Důvody nejčastějšího využití somatické stimulace

Tabulka 10: Čas věnovaný bazální stimulaci týdně

Tabulka 11: Jiné využívané metody, koncepty či terapie

Tabulka 12: Pozorovaný výsledný efekt bazální stimulace

Tabulka 13: Spatřovaný přínos Bazální stimulace

Tabulka 14: Postoj respondentů k jednotlivým potřebám

Tabulka 15: Respondenty domnívané postoje klientů se zdravotním postižením k jednotlivým potřebám

Tabulka 16: Přisuzovaná důležitost jednotlivých potřeb dle Maslowovy pyramidy potřeb

Tabulka 17: Prvky somatické stimulace

Tabulka 18: Nejčastěji využívané pomůcky při somatické stimulaci

Tabulka 19: Spatřovaný efekt

Tabulka 20: Podklady k hypotéze H1

Tabulka 21: Podklady k hypotéze H2

Tabulka 22: Podklady k hypotéze H3

Tabulka 23: Podklady k hypotéze H4

Tabulka 24: Podklady k hypotéze H5

Tabulka 25: Podklady k hypotéze H6

Tabulka 26: Podklady k hypotéze H7

Tabulka 27: Podklady k hypotéze H8

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozložení respondentů dle věku

Graf 2: Rozložení respondentů dle délky praxe s klientelou se zdravotním postižením

Graf 3: Rozložení klientů dle RVP

Graf 4: Průměrné pořadí nejčastěji využívaných prvků bazální stimulace

Graf 5: Využití iniciálního doteku

Graf 6: Spatřovaný přínos bazální stimulace

Graf 7: Názory respondentů na teorii plasticity

Graf 9: Uspokojené potřeby respondentů

Graf 10: Uspokojené potřeby klientů

Graf 11: Kontaktní dýchání a jeho vliv na správnou činnost mozku

Graf 12: Spatřovaný efekt po aplikaci somatické stimulace zklidňující

Graf 13: Spatřovaný efekt po aplikaci somatické stimulace povzbuzující

Graf 14: Somatická stimulace s využitím koupele (žítky)

Graf 15: Tělesné schéma klientů

Graf 16: Práce s biografickou anamnézou klientů

Graf 17: Spatřovaný pokrok u klientů po dobu aplikace KBS

Graf 18: Podklady k hypotéze H3

Graf 19: Podklady k hypotéze H5

Graf 20: Podklady k hypotéze H6

Graf 21: Podklady k hypotéze H8

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb

Obrázek 2: Polohování hnízdo

Obrázek 3: Polohování mumie v kombinaci s polohou hnízdo

Obrázek 4: Pomůcky pro somatickou stimulaci

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Nabídky somatické stimulace

Příloha 1: Dotazník

Vážený respondente,

jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, Pedagogické fakulty. Dovoluji si Vám poslat dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Účelem následujícího dotazníku je zmapovat využití konceptu Bazální stimulace na základních školách speciálních. Dotazník je anonymní a informace, z něj získané, budou užity pouze pro účel výzkumu. Při jeho vyplňování, které nezabere více než 20 minut, prosím, postupujte dle pokynů v dotazníku.

Děkuji za váš čas a ochotu.

S pozdravem Bc. Michaela Konvičná

ÚVODNÍ INFORMACE

1. Označte své pohlaví:

žena muž

2. Doplňte Váš věk: Klepněte sem a zadejte text.

2.1. Doplňte, prosím, délku své praxe s klientelou se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním: Klepněte sem a zadejte text.

3. Doplňte typ zařízení, v němž pracujete: Klepněte sem a zadejte text.

4. Označte pracovní pozici, kterou v zařízení vykonáváte:

Speciální pedagog

Psycholog

Sociální pracovník

Výchovný poradce

Asistent pedagoga

Osobní asistent

Jiné: (prosím, doplňte) Klepněte sem a zadejte text.

5. Označte klientelu, se kterou v zařízení nejčastěji pracujete: (lze označit i více možností)

Klienti s mentálním postižením

Klienti s tělesným postižením (DMO, neurologické onemocnění, ...)

Klienti se zrakovým postižením

Klienti se sluchovým postižením

Klienti s narušenou komunikační schopností

Klienti s parciálními poruchami (LMD, specifické poruchy učení, ADD, ADHD, ...)

Klienti s pervazivní vývojovou poruchou (Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, ...)

Klienti se specifickými poruchami chování

Klienti s kombinovaným postižením: *(Prosím, doplňte, o jakou kombinaci se jedná):*

Klepněte sem a zadejte text.

6. Podle jakého rámcového vzdělávacího programu se Vaši klienti vzdělávají?

Zvolte položku.

BAZÁLNÍ STIMULACE

7. Využíváte ve své praxi Koncept Bazální stimulace (KBS)?

Ano Ne

8. Uveďte pořadí, ve své praxi, nejčastěji využívaných metod Bazální stimulace:

1. Zvolte položku.

2. Zvolte položku.

3. Zvolte položku.

4. Zvolte položku.

5. Zvolte položku.

6. Zvolte položku.

7. Zvolte položku.

8. Zvolte položku.

8.1. Pokuste se odpovědět, proč metodu zvolenou na prvním místě nejčastěji využíváte:

je využitelná u většiny mých klientů

spatřuji v ní největší přínos pro moje klienty

s touto metodou pracuji nejradji

jiné: *Klepněte sem a zadejte text.*

9. Prošel/a jste kurzem Bazální stimulace?

Ano Ne *(Pokud jste odpověděli ano, přejděte k otázce číslo 10)*

9. 1. Uvažujete v budoucnu o absolvování kurzu Bazální stimulace?

Ano Ne

10. Kolik času týdně ve výuce věnujete KBS? *(Prosím, doplňte)* *Klepněte sem a zadejte text.*

11. Práci s konceptem bazální stimulace začínám iniciálním dotekem.

vždy velmi často často občas nikdy

12. Zpozorovali jste u vašich klientů po aplikaci KBS zlepšení?

Ano

Pouze částečně

Ne

Neumím posoudit

13. Bazální stimulace podporuje vnímání, komunikaci a rozvoj zchovalých schopností osob se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Myslíte si, že je u těchto osob důležité podporovat vnímání, komunikaci a rozvíjet jejich zchovalé schopnosti?

Ano

Ne

Neumím posoudit

14. Bazální stimulace pracuje s teorií plasticity. Tato teorie tvrdí, že dojde-li k poškození nervové dráhy, na základě poskytnutí kvalitních stimulů lze nervovou dráhu obnovit nebo nahradit dráhou funkční. Jaký je Váš názor na tuto teorii?

Myslím, že lze toho díky kvalitním stimulům dosáhnout

Myslím, že lze toho díky kvalitním stimulům dosáhnout jen v případě klientů určité věkové kategorie

Nemyslím si, že by se poškozená nervová dráha obnovila či nahradila jinou, funkční

Nemám na tuto problematiku názor

Mám na tuto problematiku jiný názor (chcete-li nám jej sdělit, prosím, využijte prostor níže)

.....
.....

15. Myslíte si, že KBS je pro klienty se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním přínosem?

Ano

Ne

Neumím posoudit

(Pokud jste odpověděli „ne/ neumím posoudit“ přejděte k otázce č. 16)

15.1. V čem přínos spatřujete?

.....
.....

16. Je podle vás důležité dítěti se zdravotním postižením poskytovat kvalitní stimuly? Kvalitním stimulem se rozumí takový stimul, který klientovi se zdravotním postižením pomáhá se rozvíjet.

Ano

Ne

Neumím posoudit

17. Respektuji klientovu autonomii.

- vždy velmi často často občas nikdy

POTŘEBY

Každý člověk má své potřeby a každý člověk přisuzuje těmto potřebám různou důležitost v závislosti na různých faktorech (osobnost, zkušenost, možnost a míra uspokojení, ...) Dle Maslowa má člověk tyto potřeby: potřeba seberealizace, potřeba uznání a úcty, potřeba sounáležitosti, potřeba jistoty a bezpečí, fyziologické potřeby.

18. Je pro mě důležité uplatnit se a rozvíjet mou vlastní osobnost a schopnosti.

- Naprosto souhlasím
 Souhlasím
 Nemám vyhraněný názor
 Nesouhlasím
 Naprosto nesouhlasím

19. Potřebuji cítit, že mě mé okolí ctí a uznává.

- Naprosto souhlasím
 Souhlasím
 Nemám vyhraněný názor
 Nesouhlasím
 Naprosto nesouhlasím

20. Mám pocit sounáležitosti. Víím, že někam patřím.

- Naprosto souhlasím
 Souhlasím
 Nemám vyhraněný názor
 Nesouhlasím
 Naprosto nesouhlasím

21. Potřeba bezpečí a jistoty je v mém životě důležitá.

- Naprosto souhlasím
 Souhlasím
 Nemám vyhraněný názor
 Nesouhlasím
 Naprosto nesouhlasím

22. Mé fyziologické potřeby jsou nadměru uspokojené.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

23. Seřadte potřeby tak, aby na prvním místě byla Vaše nejdůležitější potřeba a na posledním místě méně důležitá potřeba.

- 1 Zvolte položku.
- 2 Zvolte položku.
- 3 Zvolte položku.
- 4 Zvolte položku.
- 5 Zvolte položku.

24. Uspokojujete své potřeby?

- Rozhodně ano
- Částečně ano
- Částečně ne
- Rozhodně ne

(Následující otázky se budou týkat potřeb klientů. Pokuste se, prosím, vcítit do role klienta)

25. Je pro mé klienty důležité uplatnit se a rozvíjet vlastní osobnost a schopnosti.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

26. Moji klienti potřebují cítit, že je jejich okolí ctí a uznává.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

27. Moji klienti mají pocit sounáležitosti. Ví, že někam patří.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

28. Pro mé klienty je v životě důležitá potřeba bezpečí a jistoty.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

29. Myslím si, že fyziologické potřeby mých klientů jsou nadměru uspokojené.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

30. Myslíte si, že vaši klienti mají uspokojené své potřeby?

- Ano
- Ne
- Neumím posoudit

31. (Vžijte se do role klienta) Seřadte potřeby tak, aby na prvním místě byla KLIENTOVA nejdůležitější potřeba a na posledním místě KLIENTOVA méně důležitá potřeba.

- 1 Zvolte položku.
- 2 Zvolte položku.
- 3 Zvolte položku.
- 4 Zvolte položku.
- 5 Zvolte položku.

(Na následující otázky odpovídejte už za sebe)

JINÉ METODY ČI KONCEPTY VYUŽÍVANÉ V PRAXI

32. Využíváte ve své praxi i jiné metody popřípadě koncepty?

- Ano Ne *(prosím, napište jaké)*

.....
33. Využíváte ve své praxi Snoezelen?

- Ano Ne

SOMATICKÁ STIMULACE

34. Prosím, označte, které ze zmiňovaných metod ve své praxi nejčastěji využíváte. (lze označit i více možností)

- Somatická stimulace zklidňující
- Somatická stimulace povzbuzující
- Neurofyziologická stimulace
- Symetrická stimulace
- Rozvíjející somatická stimulace
- Diametrální stimulace
- Polohování "hnízdo"
- Polohování "mumie"
- Kontaktní dýchání
- Masáž stimulující dýchání

35. Označte pomůcky, které při somatické stimulaci nejčastěji využíváte. (lze označit i více možností)

- Rehabilitační míče
- Deky
- Různé balanční plochy
- Abdukční klíny
- Fixační perličkové polohovací polštáře či vaky
- Žínky
- Jiné: (prosím napište) Klepněte sem a zadejte text.

36. Aplikaci somatické stimulace u klientů kombinuji s koupelí (mokrými žínkami).

- vždy velmi často často občas nikdy

37. Po aplikaci somatické stimulace zklidňující se moji klienti uklidní.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

38. Po aplikaci somatické stimulace povzbuzující se moji klienti nabudí.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

39. Myslím si, že metoda „kontaktního dýchání“ je pro klienty se zdravotním postižením důležitá – správné dýchání má vliv na správnou činnost mozku.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím
- Mám jiný názor *(Chcete-li nám jej sdělit, prosím, využijte prostor níže)*

.....
.....

40. Myslím si, že moji klienti vnímají své tělesné schéma – uvědomují si, že mají hlavu, tělo, ruce a nohy.

- Naprosto souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Naprosto nesouhlasím

41. Při aplikaci somatické stimulace pracuji s klientovou biografickou anamnézou.

- vždy velmi často často občas nikdy

42. Spatřujete u svých klientů posun či pokrok za dobu aplikace KBS?

- Ano
 Ne
 Neumím posoudit

42.1. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ano“, uveďte, v jakých oblastech spatřujete pokrok.

.....
.....

43. Chcete-li nám cokoli sdělit, využijte prostor níže.

.....
.....
.....
.....

TÍMTO JE DOTAZNÍK U KONCE. MNOHOKRÁT DĚKUJEME ZA VÁŠ DRAHOCENNÝ ČAS

Příloha 2: Nabídky somatické stimulace

Obrázek 2: Polohování hnízdo



Obrázek 3: Polohování mumie v kombinaci s polohou hnízdo



Obrázek 4: Pomůcky pro somatickou stimulaci

