

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

# **BAZÁLNÍ STIMULACE Z POHLEDU JEJICH POSKYTOVATELŮ**

Basal stimulation from perspective of theirs providers



## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Autor: **Klára Fabíková**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbých Ph.D.**

Olomouc

**2010**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 30. března 2010

.....

### **Poděkování**

Děkuji paní Bc. Alici Fialové, Mgr. Ivovi Krejčířovi a PhDr. Karolíně Friedlové za cenné rady a informace a PhDr. Martinu Lečbychovi PhD. za odborné vedení.

## Obsah

<b>I. Úvod</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Teoretická část</b> .....	<b>7</b>
1. Bazální stimulace – vysvětlení pojmu .....	7
1.1. Vývoj metody bazální stimulace .....	7
1.2. Systém bazální stimulace .....	9
1.3. Stimulace vnímání a její význam .....	11
1.4. Komunikace a dotek .....	12
1.4.1. Komunikace jako potřeba .....	12
1.4.2. Dotek jako prostředek komunikace.....	13
1.5. Techniky konceptu.....	14
2. Oblasti bazální stimulace .....	17
2.1. Somatické podněty .....	17
2.2. Vibrační metody .....	18
2.3. Vestibulární podněty .....	18
2.4. Čichové a chuťové podněty .....	19
2.5. Sluchové a zrakové podněty .....	20
2.6. Komunikační a sociálně-emocionální podněty .....	21
2.7. Vývoj smyslů .....	22
3. Neurofyziologie a její důležitost v bazální stimulaci .....	24
3.1. Ontogenetický vývoj CNS .....	24
3.1.1. Genetický vývoj CNS a jeho úloha v bazální stimulaci .....	25
3.2. Fyziologie centrální nervové soustavy .....	26
3.3 Fyziologie chování a paměti .....	28
3.3.1 Řídící mechanismy v chování jedince.....	29
4. Možnosti využití bazální stimulace v praxi .....	31
4.1. Využití bazální stimulace v nemocnicích – ARO, JIP a léčebnách pro dlouhodobě nemocné .....	31
4.2. Využití bazální stimulace v rodině – kojenci .....	32
4.3. Využití bazální stimulace ve školství u dětí se zdravotním postižením .....	33
5. Definice pojmů používaných v bazální stimulaci .....	34
5.1. Iniciální dotek .....	35
5.2. Polohování .....	35
5.2.1. Polohování „hnízdo“ .....	35
5.2.2. Polohování „mumie“ .....	36
5.3. Masáž stimulující dýchání .....	36
5.4. Kontaktní dýchání .....	37
5.5. Somatická stimulace zklidňující .....	37
5.6. Somatická stimulace povzbuzující .....	38
5.7. Neurofyziologická stimulace .....	39
5.8. Místnost Snoezelen .....	40
5.9. Terapie .....	41
5.10. Muzikoterapie .....	41
5.11. Canisterapie .....	42
5.12. Hipoterapie.....	42
5.13. Aromaterapie .....	43
<b>III. Praktická část</b> .....	<b>44</b>
1. Cíl výzkumu.....	44
2. Výzkumné otázky .....	44
3. Stručná analýza výzkumu a využitých dokumentů .....	45
4. Výběr zařízení .....	46
5. Sledovaná zařízení a jejich metody práce .....	46
5.1. Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku .....	46
5.1.1. Charakteristika a specifické zaměření Speciálně pedagogického centra v Blansku.....	46
5.1.2. Využití bazální stimulace při práci s klienty .....	48
5.2. Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku.....	53
5.2.1. Charakteristika a specifické zaměření Speciální školy pro žáky s více vadami v Blansku .....	53
5.2.2. Využití bazální stimulace u žáků v rehabilitačních třídách.....	54
5.3. Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovcích .....	58

5.3.1. Charakteristika a specifické zaměření stacionáře Emanuel.....	58
v Boskovicích .....	58
5.3.2. Využití bazální stimulace u klientů s těžkým zdravotním postižením .....	59
6. Srovnání sledovaných zařízení .....	61
7. Výběr a popis subjektů .....	62
8. Metody získávání dat a jejich vyhodnocení .....	63
8.1. Dotazník – vyhodnocení .....	63
8.2. Pozorování - kazuistiky.....	68
8.2.1. Martin .....	68
8.2.2. Veronika.....	75
8.2.3. Jaroslav .....	78
8.2.4. Srovnání sledovaných subjektů.....	80
9. Výsledky – odpovědi .....	83
<b>IV. Diskuse.....</b>	<b>86</b>
<b>V. Závěr .....</b>	<b>89</b>
<b>VI. Souhrn .....</b>	<b>90</b>
<b>VII. Použitá literatura .....</b>	<b>94</b>
<b>VIII. Přílohy .....</b>	<b>96</b>

## I. Úvod

Nedávno mi jeden velmi blízký člověk vyprávěl krátký příběh. Jedna tříletá holčička se v noci probudila z nějakého ošklivého snu a plakala. Na otázku proč pláče, jednoduše odpověděla: „Chytněme se za ruce, abychom věděli, že tady jsme, jo?“ Tou holčičkou jsem byla já.

Vždy byl pro mne důležitý dotek, pohlazení, objetí, úsměv. Myslím, že je vzácný. Nedá se koupit, má cenu okamžiku, ale vzpomínka na něj může být trvalá. Pro lidi, stejně jako pro mnohé další živočichy, má dotek zásadní životní význam. Jak uvádí v knize „Jde to vůbec?“ MUDr. Wheat: „Bůh nás stvořil se statisíci mikroskopickými nervovými zakončeními v kůži, jež mají vnímat láskyplný dotek a mít z něho užitek. Něžný dotek nám říká, že o nás někdo pečuje. Dokáže utišit obavy, konejšit bolest, přinášet útěchu nebo poskytovat emocionální jistotu. I u dospělých je dotek nadále prvořadým prostředkem komunikace s těmi, které milujeme, ať už si to uvědomujeme, nebo ne. Naše potřeba laskavého doteku je normální a zdravá a nikdy z ní nevyrosteme“.

Lidé, kteří nemají možnosti dorozumívat se verbálně, žijí ve světě doteků, nálady, pocitů. Přesto dokážou porozumět. Nejsou to slova, ale naše oči, úsměv..., dokážeme přece mluvit a přitom neříci slova. Nelze nekomunikovat.

Právě proto jsem si zvolila téma, které se zabývá bazální stimulací. Velmi mne zaujalo, že se u nás začaly objevovat a praktikovat metody, které podporují rozvoj lidí s mentálním postižením a používají se u široké škály pacientů. Rozhodla jsem se rozšířit svou postupovou písemnou práci s tématem Bazální stimulace.

Čtenáře bych ráda provedla teoretickou a praktickou částí. Teoretická část se zabývá konceptem bazální stimulace, jejím vývojem, popisem metod bazální stimulace, vývojem smyslů a následným využitím v praxi.

V praktické části se zabývám zařízeními, kde bazální stimulaci praktikují a dále se snažím zprostředkovat čtenáři náhled na bazální stimulaci z pohledu jejich poskytovatelů.

## II. Teoretická část

### 1. Bazální stimulace – vysvětlení pojmu

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimuluje péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak také v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí (Friedlová, 2005). Cílená a strukturovaná stimulace smyslových orgánů a hybnosti klienta dle konceptu bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech (Pickenhein, 2000).

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, kdy se snažíme nabídnout jedincům s těžkým mentálním postižením možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární, základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí, že nabízíme podněty všude tam, kde se jedinec např. s těžkým postižením vzhledem ke svému poškození není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj (Friedlová, 2005). Základní myšlenkou konceptu bazální stimulace je pochopení propojení mezi tělem a duševnem. Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (bazální) rovině odráží zkušenosti z prenatální vývojové psychologie (Fröhlich, 1998).

#### 1.1. Vývoj metody bazální stimulace

Vzhledem k potřebám dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami byla v 70. letech vyvinuta na základě praktických zkušeností a teoretické reflexe koncepce bazální stimulace. Zpočátku šlo pouze o úvahy neuropsychologické, které nějak neměly vliv na pedagogiku. Pod vlivem velmi rychlého rozvoje konceptu rané podpory se v oblasti teoretických úvah kladl důraz především na týmovou práci. V průběhu let se ukázalo, že tento přístup je dobrý, protože výše uvedený koncept mohou používat nejen odborníci s medicínským či terapeutickým vzděláním, ale i se vzděláním psychologickým a speciálně pedagogickým. V průběhu doby se začaly více zohledňovat aspekty vývojově

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

V praxi se opakovaně zkoumaly, korigovaly a přizpůsobovaly potřebám jedinců s těžkým postižením praktické způsoby jednání a kritéria pozorování. V průběhu času došlo ke zřetelným posunům, které korespondovaly se všeobecným vývojem v oblasti terapie a speciální pedagogiky.

Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti, holistický přístup. Základní model vychází z toho, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Našimi metodami a přístupy se můžeme dotýkat jen celého člověka, vědomé rozlišování mezi tělesným a duševním působením je nepřípustné, neboť lidská bytost je neoddělitelná (Hájková, 2009).

Autorem konceptu je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept Bazální stimulace podporující rozvoj schopností u dětí s těžkým postižením. A. Fröhlich prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Dosažené výsledky a rozvoj schopností u těchto dětí vyvolaly rozsáhlý vědecký výzkum v oblasti medicíny. Tak se stal koncept uznávaným pedagogicko – ošetrovatelským konceptem. Profesor A. Fröhlich nyní působí na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau (Friedlová, 2005).

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept Profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Od poloviny osmdesátých let spolupracuje úzce s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna. Od roku 1994 vede Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu (Hájková, 2009).

Koncept Bazální stimulace má registrovanou ochrannou známku a autoři konceptu vytvořili strukturu vzdělávání lektorů, kteří zajišťují relevantní vyškolení ošetřujících a integraci konceptu do klinické praxe. Bazální stimulace patří v současnosti v zemích



Evropské unie k nejpůvodnějším ošetrovatelským konceptům v ošetrovatelství. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na mnoha pracovištích. V celé Evropě působí více než 800 lektorů konceptu Bazální stimulace. V České republice byl zahájen první základní kurz Bazální stimulace v lednu roku 2003. V roce 2005 byl v České republice založen INSTITUT Bazální stimulace®, na nějž přešla realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činnosti pro odborníky i laiky (Friedlová, 2005).

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Koncept Bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace klientovy nejbližší osoby do péče. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa (Friedlová, 2005).

Koncept respektuje různé vývojové stupně člověka a základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů (Fröhlich, 1998).

## 1.2. Systém bazální stimulace

Za základní princip bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality zprostředkováním zkušeností a vjemů. Tyto zkušenosti a vjemy je třeba pečlivě sledovat, stejně jako je třeba promyšleně plánovat programy, které vedou k přiměřenému vývoji dítěte. Bereme v úvahu individuální vývoj dítěte, ne vývoj odpovídající jeho kalendářnímu věku. Vycházíme z toho, že každý člověk má naprogramovaný určitý jemu vlastní vývoj, který je však možno při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit (Vítková, 2001).

Zprostředkování „přes tělo“ je vzájemné celkové zprostředkování, tzn. že matka, terapeut, učitel, vychovatel či kdokoli pracuje s těžce postiženým dítětem, je svým vlastním tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost tady poskytuje jistou paralelu, popř. rovnocennost obou partnerů. Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné

zkušenosti, které jsou neoddělitelné od naší osoby a jsou neoddělitelně spojené s lidskou interakcí. Celistvost může tedy znamenat základní obrat v „terapeuticko-výchovných“ vztazích (Pipeková, Vítková, 2001).

Další základní změnu v názorech týkajících se celkové podpory jedince s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami přinesl princip „zde a teď“. Zřetelně redukováná životní očekávání ve vývoji těžce postižených a nejistota vzhledem k dalším možnostem rozvoje nás staví před nutnost pochybovat o smyslu a potřebnosti podpory dovedností a schopností vztahujících se k daleké budoucnosti. Budoucnost sice nemůžeme zcela vynechat, ale přítomnost nabývá zvláštního významu. Celá tisíciletí znamenala výchova přípravu další generace na převzetí odpovědnosti v budoucnosti. Tato představa se nedá přenést na jedince s těžkým postižením. To je asi jeden z důvodů, proč se tak dlouho mluvilo o jejich nevzdělavatelosti. Klasický koncept není pro ně vhodný. Je třeba si zvyknout na to, že podpora nemůže být zaměřena jen na budoucí cíle, ale že podpora spočívá v současnosti – ve společném zaměstnávání, podněcování a komunikaci. Oprávněnost podpory nespočívá primárně v její funkčnosti, tzn. v tom, že určitých cílů bude někdy dosaženo, ale spíše v tom, že lidé jsou schopni zde a teď navázat kontakty s druhými lidmi, že jsou schopni aktivně žít, pohybovat se, vnímat a mnoho dalšího (Pipeková, Vítková, 2001).

Vycházíme z toho, že jedinec s těžkým postižením se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Aktivita patří k životu, každý žijící člověk vlastní určitý potenciál aktivity. Postižení omezuje více nebo méně zřetelně tento potenciál. Těžké postižení znamená často radikální redukci možností aktivity. Aktivita jedince s těžkým postižením je často omezena 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. Pomocí bazálních podnětů lze alespoň občas částečně otevřít tuto individuální izolaci (Vítková, 2001).

Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetřovatelství. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie (především konceptu Bobath), psychologie

a pedagogiky. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Na klienta je pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace (Friedlová, 2005).

### **Vývoj vnímání v prenatálním období**

Nejrannější formy komunikace ještě v období prenatálním mezi matkou a nenarozeným dítětem jsou komunikace somatická, vestibulární a vibrační. Tyto tři druhy vnímání utvářejí primárně u člověka pocit jistoty. Somatické vnímání je zprostředkováno největším percepčním a zároveň hraničním orgánem, a sice kůží. Vestibulární aparát má schopnost určit polohu v prostoru a uvědomit si pohyb. Vibrační vnímání pomáhá člověku vnímat celým tělem přicházející chvění, hlasy, tony, zvuky atd. a toto vše zpracovat. Díky vibraci se dostává člověku také hlubokých tělesných podnětů (Friedlová, 2003).

Porod, tj. přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do zcela nového a zdaleka ne tak ideálního a bezpečného prostředí, je pro nezralý organismus z fyziologického hlediska značnou zátěží. Na druhé straně na různé podněty bohaté prostředí vývoj centrálního nervového systému výrazně stimuluje a do značné míry i usměrňuje. Postnatálně vývoj struktury CNS rychle pokračuje. Dochází k intenzivnímu růstu a větvení axonů a dendritů a k zapojování nových synapsí. Složitější regulační funkce mozku jsou možné pouze při zachování principu vzájemné spolupráce – integrační funkce centrálního nervového systému. Tyto funkce se týkají především příjmu informací ze zevního a vnitřního prostředí, jejich zpracování v rámci jednotlivých oddílů centrálního nervového systému a adekvátní reakce na změnu podmínek zevního a vnitřního prostředí (Friedlová, 2005).

### **1.3. Stimulace vnímání a její význam**

K tomu, aby člověk prokazatelně reagoval na somatické, vestibulární, vibrační, taktilně – haptické, chuťové, čichové, zrakové a sluchové podněty, je nutný určitý stupeň vývoje stavby a funkce nervového systému. Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů plasticity nervového systému. Plasticita je obecnou vlastností nervového systému a nejvýraznější je v časném období života. Komplikované vztahy jednotlivých

oblastí mozku se vyvíjejí na základě jak genetických informací, tak vlivů zevního prostředí (Friedlová, 2003).

Nervové buňky mají dán potenciál plastických změn ve své genetické výbavě. V období vývoje je proto mozek schopen velmi rozsáhlých anatomických i funkčních změn. V dospělosti v určitém rozsahu tato schopnost přetrvává. Vývoj mozku nezávisí pouze na biologických daných skutečnostech a genetických informacích, nýbrž podstatným faktorem je okolní prostředí organismu se svými stimuly. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Při současném nedostatku pohybu hovoříme o senzomotorické deprivaci. Prof. A. Fröhlich hovoří v této souvislosti o vzniku sekundárních poškozeních intelektu na základě masivní podnětové a pohybové deprivace. Lidé nacházející se v kritických situacích (onemocnění, úraz, vrozené mentální či somatické postižení) jsou omezeni ve svých pohybových schopnostech a aktivitách. Hospitalizace ještě umocňuje jejich pohybový deficit (např. stálý monitoring, napojení na ventilátor, kontinuální aplikace infúzních roztoků, atd.). Stále stejné prostředí nemocničního pokoje a pohybová inaktivita má za následek podnětovou deprivaci (Friedlová, 2005).

## **1.4. Komunikace a dotek**

### **1.4.1. Komunikace jako potřeba**

Komunikace je součástí života každého člověka, patří mezi základní potřeby a zaujímá významnou roli při rozvoji osobnosti člověka, při jeho začlenění do společnosti, ale také v procesu učení a vzdělávání a při získávání či předávání informací (Hájková, 2009).

Každé chování má komunikativní charakter. Naznačí-li člověk, že si nechce povídat (komunikovat), potom tím, že neodpovídá, nemluví, že odvrátí zrak nebo žádný kontakt nenaváže, i to je způsob komunikace (Procházková in Klenková, 2008). Každý člověk komunikuje a činí tak způsobem sobě vlastním. A takovým, jaký je u něj možný. U jedinců s těžkým a kombinovaným postižením převažoval dlouhou dobu názor, že nekomunikují. I dnes je o tom řada lidí přesvědčena. Realita nás však přesvědčuje o opaku.

Právě Andreas Fröhlich vycházel při vytváření konceptu Bazální stimulace z názoru, že i děti a mladí lidé s těžkým a kombinovaným postižením, jsou schopné prožívat a vnímat, že mají k dispozici také psychosociální kompetence, i přesto, že si toho

nezasvěcení lidé sotva všimnou. Současně mají tito jedinci základní potřebu vnímání, pohybu a komunikace, sami však tuto potřebu mohou uspokojit jen stěží. Pokud mohou tito jedinci skutečně něco vnímat, pak jsou schopni i komunikace. Společná forma komunikace musí ale obsahovat elementy, které děti už vnímaly a poznaly, jinak by je to přetěžovalo (Fröhlich, 2001).

#### **1.4.2. Dotek jako prostředek komunikace**

Lidé s těžkým postižením potřebují tělesnou blízkost, aby mohli vnímat okolí (Fröhlich, 2001). Dotek je jedním z hlavních prostředků komunikace s osobami s těžkým postižením. Vztah mezi člověkem s postižením a lidmi okolo něj spočívá především v dotecích. Dotek je základní komunikační formou, při které nemusí lidé s těžkým postižením již dopředu podávat jakékoli „výkony“. Vycházíme z toho, že i lidé s těžkým postižením a pacienti v hlubokém bezvědomí jsou schopni zachytit či vnímat elementární podněty a vhodná elementární sdělení i vytvářet. Jde o komunikaci, která se u lidí s těžkou poruchou vnímání vztahuje pouze na základní obsah: prožívat sebe sama, poznávat své tělo a jeho hranice, vnímat nejbližší okolní svět a seznamovat se s ním, vnímat lidi okolo, cítit přítomnost druhého člověka (Hájková, 2009).

Komunikace se vyvíjí z odpovědi na signály jedince s postižením. Toto vnímání a pocit být vnímán, toto povšimnutí si i sebemenších signálů, kterými může být jen úšklebek v obličeji, mrkání očí či změna dechové frekvence, je důležitým krokem ve vývoji lidí s těžkým postižením a nemocných lidí. Dojmy jako „někdo mě poslouchá“ a „někdo podporuje moji aktivitu“ zprostředkovávají nejen důvěru, nýbrž také schopnost k aktivnímu vytváření vztahů a koneckonců k autonomii (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 4). Dotek poskytuje jistotu, teplo a bezpečí.

I **vlastní doteky** jsou jednou z možností, jak poskytnout informace o vlastním těle. U lidí bez postižení jsou vlastní doteky naprosto samozřejmé, automatické a příjemné. Často vidáme lidi, jak mají zkřížené nohy, hlavu podloženou rukou, ruce složené v klíně apod. Tyto doteky jsou pro vnímání, vymezení našeho těla a seznamování se s ním velmi důležité (Procházková, 2004). Naprosto podvědomě si v určitých chvílích na první pohled bezdůvodně třeme ruce, přejíždíme po stehnech či pažích, promneme obličej. Naše tělo si říká o dotek a jsme-li toho schopni, poskytneme mu jej.

Lidé s těžkým postižením nejsou, bez pomoci, takovýchto pohybů schopni. Kvůli hybnému omezení nejsou schopni vlastních doteků či jen ve velmi omezené míře, přesto je

potřebují. Proto je dobré snažit se jim toto poznání, tyto zkušenosti, nabídnout a zprostředkovat. Při různých aktivitách (např. při umývání, česání) lze ruce postiženého vést, ten pak na svém těle necítí doteky žádných cizích rukou, nýbrž své vlastní (Procházková, 2004). Při stimulaci se klientovi s postižením pokoušíme umožnit dotknout se vlastního obličeje, úst, nosu, čímž získá jinou kvalitu vnímání a uvědomování si svého těla (Procházková in Klenková, 2008).

„Bazální stimulace je setkávání prostřednictvím doteků“ (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 35).

## 1.5. Techniky konceptu

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetřovatelského (terapeutického) plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytované stimuly a integrace příbuzných do péče. Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace (Friedlová, 2003).

### Prvky základní stimulace:

- somatická stimulace – umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa,
- vestibulární stimulace – vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy, informuje nás o naší poloze a pohybu v prostoru,
- vibrační stimulace – stimuluje kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti, tedy proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Zprostředkovává klientovi intenzivní vjemy z jeho těla (Friedlová, 2003).

### Nastavbová stimulace:

- optická stimulace – vychází ze změny tělesné polohy, mění se tak klientovo zorné pole a tím mu umožňuje sledovat dění v jeho okolí, což posiluje jeho pocit jistoty,
- auditivní stimulace – využívá různé prostředky (hlas, hudební nástroje, reprodukováné zvuky), zohledňuje bibliografickou anamnézu klienta, sleduje různé cíle např. naučit klienta novým slovům, zprostředkovat klientovi informace o jeho osobě, jeho těle,

- taktilně-haptická stimulace – je založena na vnímání doteků, tlaků, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací
- olfaktorická stimulace – pracuje s biografií klienta, můžeme také integrovat do péče kromě vůní spojených s jeho osobními toaletními potřebami či jídlem, také vůně z pracovního prostředí nebo ze vztahu k jeho koníčkům a zájmům,
- orální stimulace – zprostředkovává klientovi vjemy z jeho úst a tak stimuluje vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou, že klient vnímá (Friedlová, 2003).

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Kognitivní vývoj si nelze představit bez prodělané zkušenosti s pohybem. Kognitivní vývoj zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a také doprovodných emocionálních a sociálních procesů. Je tedy potřeba poskytnout a umožnit i dítěti s vrozeným postižením dostatek pohybových zkušeností. Totéž platí v ošetrovatelské péči ve vztahu k dospělým klientům. Mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách ve více svých regíonách a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regíonách (Friedlová, 2005).

Tento koncept lze využít v péči o klienty, kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, o pacienty po traumatických či jiných postiženích mozku, o ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního komatu, o mentálně postižené a také o ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání, zkrátka pro většinu pacientů, obyvatel domovů pro seniory a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života. Významné místo zaujal také v péči o nedonošené děti (Friedlová, 2003).

Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. Předpokladem je poskytnutí dostateku adekvátních podnětů, aby mohlo dojít k budování neuronálních struktur. Podněty, které v péči poskytujeme, musí být

vhodně a individuálně strukturované. Péče, dle principů Bazální stimulace, redukuje stres a podněcuje vlastní vývoj klienta (Friedlová, 2005).

Techniky konceptu vyžadují kontinuální trénink a musí být především správně provedeny, abychom dosáhli terapeutického cíle. Proto mohou techniky aplikovat do péče jen absolventi certifikovaných kurzů Bazální stimulace (Friedlová, 2003).

Desatero Bazální stimulace – podle PhDr. Karolíny Friedlové

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



## 2. Oblasti bazální stimulace

### 2.1. Somatické podněty

Celé tělo a zvláště kůže jako největší orgán představuje naše vymezení, současně je ale také místem kontaktů se světem. V kůži a podkoží jsou receptory reagující na mechanické, termické a bolestivé podněty. Leží kolem citlivých bodů o hustotě 2 tepelné, 13 chladových, 25 dotekových a 200 bolestivých na 1 cm<sup>2</sup>. Obraz těla, který je různý, vnímáme v závislosti na naší zkušenosti. Tuto představu vytvářejí zejména kůže a svaly našeho těla. Dlouhé bezvědomí, velká spasticita nebo hypotonie neumožní rozvinout požadovanou diferenciaci.

Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivních zkušeností s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Prvotní tělesná zkušenost se vyvíjí dotekem. Vychází ze středu těla, od trupu, přechází přes končetiny, až podráždění dojde k prstům rukou a nohou. K tomuto účelu se dají použít indické baby masáže, které byly pro účely použití u dětí s těžkým mentálním postižením a s více vadami zjednodušeny (Fröhlich, 1990).

Mnoho jedinců s těžkým postižením má velké problémy interpretovat dotek ruky jako významný kontakt. Musí být použit intenzivnější podnět, čehož docílíme pomocí různých materiálů. K nim patří například froté ručníky, ale i kožešinové rukavice, žínky, houby a další materiály. Tím, že použijeme těchto materiálů, kontakt kůže ke kůži tolik nedominuje, naopak se zesílí cítění vlastního těla. Jsou možné různé další varianty, např. použití fěnu, kdy teplý vzduch dodá tělu (kůži) dojem sounáležitosti. Prostřednictvím různých podnětů se tak postupně vytváří tělesné schéma, které si jedinec s těžkým postižením jinak nedokáže vybudovat. Jeho pohybová nedostatečnost a pohybová stereotypie způsobuje, že představa o vlastním těle je nevyhraněná. Dotek kůže, dotek celého těla ale přesto působí emocionálně a povzbudivě. Je to forma systematické, pravidelně se opakující něžnosti, která signalizuje blízkost, pozornost a jistou výlučnost vztahu. Je to nejintenzivnější forma komunikace, pomineme-li kontakty sexuální (Vítková, 2001).

## 2.2. Vibrační metody

Somatické podněcování se vztahuje v podstatě na svalstvo a kůži a zasahuje tak jen část lidského těla. Kostra je tímto způsobem cíleně zasažena jen nepatrně. Zjistilo se, že použití vibrace po ploše těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Např. malé vibrátory lze umístit tak, že umožní pocítit celou nohu od kotníku přes koleno až ke kyčli. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk běžně získává při stání, chůzi apod. a uchovává si je v paměti. Malé dítě se plazí, leze, chodí, utíká a skáče a získává tak povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži. Těžké postižení toto většinou dítěti neumožňuje, monotónní pozice vleže nebo vsedě vede spíše k habituaci k návyku na tuto pozici než k lepšímu vnímání vlastního těla (Hájková, 2009).

Vibrace se ale může stát takovým mostem k vnímání chvění a směru odkud přichází, zvláště je-li vibrátor opatrně umístěn na hrudníku nebo na hlavě. Také neslyšící popř. nedoslýchaví jedinci mohou vnímat chvění a časem se naučit, že chvění je např. identické s lidským hlasem komunikujícího partnera. Slyšení chvění v přímém tělesném kontaktu, když jsou hlavy komunikujících partnerů těsně vedle sebe – vodivost kostí působí velice konejšivě – uklidňuje a je pravděpodobně vzpomínkou na pocity chvění v prenatálním životě (Vítková, 2001).

## 2.3. Vestibulární podněty

V posledních letech se rozšířilo podněcování prostřednictvím „senzorické integrační terapie“. Vestibulární podněty zprostředkovávají člověku s těžkým postižením informace o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Jsou v těsném spojení se zpracováním informací z vizuálních vjemů. Z toho lze usuzovat, že přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. Vnější znaky a projevy dětí s těžkým postižením pak ukazují na to, že se cítí dobře. Nabídneme-li přiměřený vestibulární podnět, pozorujeme v mnoha případech uvolněný úsměv, který se předtím neobjevil v jiných příjemných situacích. Vestibulární podněty pro jedince s těžkým postižením je třeba nabízet v podstatně mírnější podobě, než samostatně se pohybujícím dětem. V zásadě se jedná o pomalé kolébaté pohyby podél osy a napříč osou

těla, zvláště se využívají pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči, které se mohou stát uvolněným „tancováním“ podle hudby (Pipeková, Vítková, 2001).

Vzpomeňme si na situaci utěšování. Vezmeme někoho do náruče, přitiskneme ho k sobě, nedíváme se při tom na něho, nýbrž položíme svoji hlavu na jeho, díváme se při tom stranou. Ruce jsou sevřeny na zádech, potichu říkáme utěšující slova, jejich obsah nemusí nic znamenat, přitom se kolébáme s utěšovaným partnerem ze strany na stranu. Prostřednictvím tepla a doteku dochází k tělesnému podnětu, vibracemi přenášíme náš hlas a zprostředkováváme klidný vestibulární podnět. Tyto tři základní podněty dodávají klid, jistotu a bezpečí a vedou k psycho-fyzickému vyrovnaní (Vítková, 2001).

## 2.4. Čichové a chuťové podněty

Určité čichové a chuťové požitky má již plod v prenatálním vývoji. V prvních měsících života dítěte jsou chuť a čich pro dítě zvláště důležité, představují jak možnost komunikace, tak interakci s matkou. Vůně matky hraje pro zdravý vývoj dítěte velkou roli. Ve výchově dětí se tomuto nevěnovalo příliš pozornosti. Děti s těžkým postižením přijímají čichové podněty s radostí a jsou pro ně oblastí velkého zájmu (Hájková, 2009).

Permanentní podávání výživy sondou, popř. krmení kašovitou stravou přispívá k omezení citlivosti celé ústní dutiny. Zůstává nevyužita nejsensibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a tím i odpovídající část mozku. Je zde zřetelný vztah k „orální“ komunikaci. Mezi včasnou stimulaci při vytváření pojmů patří i dětské zkoumání objektů a aktivity ruka-ústa (Friedlová, 2005).

U dětí s těžkým postižením je třeba používat pokud možno jednoznačných pachových a chuťových nabídek, které se výrazně liší od pachů všedního dne. Jedinci s těžkým postižením nejsou zpočátku schopni postihnout a rozlišit různé, rychle se objevující a zase mizící vůně svého okolí. Splývají patrně s ostatními vjemy do nedefinovatelné „šedi“ (Hájková, 2009).

## 2.5. Sluchové a zrakové podněty

Slyšení a vidění jsou našimi tzv. dálkovými smysly, kterými opouštíme bezprostřední oblast těla. Viděné a slyšené není pro člověka něco, co je bezprostředně v jeho dosahu. Není to předmět, kterého se můžeme „dotýkat“. Pro mnoho osob s těžkým postižením jsou v oblasti vidění často zřetelné jen kontrastní obrazy či v oblasti slyšení výrazné zvuky a rytmy. Tím jsou při vnímání a zpracování podnětů osloveny elementární schopnosti postiženého, zatímco komplexnější celky zůstávají dlouho mimo jeho možnosti. Podněty musí být adekvátní dosaženému vývojovému stupni dítěte (Vítková, 2001).

Mnohotvárné hlasité prostředí, prostoupené zvuky, které působí na jedince s těžkým postižením mnoha barvami a tvary, ho sotva přivede k tomu, aby se díval a naslouchal zvukům. Víceméně dojde k přesycení zážitky, které se rozplynou v „šedi“. Důsledkem je zpravidla ústup, čili pravý opak toho, co je žádoucí a co jsme chtěli (Linka, 1997).

Při podpoře samotné mohou vyvolat opakující se rytmické a s rytmem spojené nabídky pomalou orientaci na slyšené. Ovšem při tom je nutné jako kontrast ticho. Pro vývoj sluchového vnímání je trvalá zvuková a hudební kulisa nevhodná. Zdá se, že je vhodné kombinovat zvukové nabídky s pohybem nebo s dotekem. Uplatňují se jednoduché pohybové rytmické hry nebo tanec při hudbě (Linka, 1997).

Zrakové podněty jsou základem při vytváření hravých nabídek. Předmět nabízíme na kontrastním pozadí, od kterého se musí výrazně odlišovat. Kontrasty světlý-tmavý, doplňkové barvy, mohou být jednou z možností, jak lze předměty vůbec vizuálně vyčlenit (Teplá, 2001).

## 2.6. Komunikační a sociálně-emocionální podněty

Ze šetření víme, že rané formy komunikace mají pravděpodobně charakter stimulace. Dospělý stimuluje dítě svou mimikou a vzbuzuje jeho pozornost speciálním zabarvením hlasu. Dítě zase naopak stimuluje svým vzhledem a svojí mimikou dospělého k této docela specifické formě komunikace, tzv. baby-talk. Možnosti vzájemné komunikace redukuje u obou partnerů postižení dítěte. Dítě má těžkosti zjistit a přijmout aktivitu dospělého a naopak dospělý má obtíže postřehnout a interpretovat redukované komunikační formy aktivity dítěte (Vítková, 2001).

Komunikace a sociálně emocionální podněty existují v širším kontextu při interakci mezi lidmi. Zde je třeba opět poukázat na systém celistvosti. Všechno naše snažení směrem k dítěti s těžkým postižením, naše doteky, naše pohyby a jeho vnímání ústí do emotivního zabarvení všech těchto zkušeností, z kterých vzniká sociální zkušenost. Lidský hlas, obličej, chování, dotek, pohyb jsou součástí celkového společného jednání, nemohou se oddělit od ostatních aktivit. Současně je patrné, že neexistuje „čistá“ péče, neexistuje „čistá“ stimulace, ale vždy je zde podstatnou složkou komunikace. Vzdáme-li se dobře strukturované, zřetelné a vstřícné komunikace, tak ochuzujeme dítě s postižením o získávání důležitých zkušeností (Vítková, 2001).

Závěrem lze uvést, že bazální stimulace zaujala v posledních patnácti letech určitou pozici v oblasti podpory jedinců s těžkým postižením. Prostřednictvím tohoto podpůrného přístupu se podařilo překročit hranice nevzdělavatelnosti těchto jedinců. Bylo možné ukázat, že živý člověk je schopen vstoupit do procesu interakce se svým okolím. Při vhodné volbě mediálních prostředků a nabídek je možná komunikace a interakce mezi lidmi i tehdy, když těžké postižení zdánlivě blokuje především schopnost aktivity. Jedinci s těžkým mentálním postižením a s více vadami jsou lidé s vlastní dynamikou rozvoje, potřebují podněty a interakci a mohou, i když velmi omezeně, žít svůj vlastní život v autonomii, je-li po jejich boku interakční partner (Vítková, 2001).

## 2.7. Vývoj smyslů

Zrání periferních a centrálních recepčních struktur je dost pokročilé k tomu, aby umožnilo jemné zpracování smyslových vstupů během poslední čtvrtiny období vývoje plodu. Je známo, že určité složky, které budou tvořit součást prostředí po narození (čichové, chuťové a zvláště sluchové), mohou začít pracovat už v nitroděložním prostředí, v podmínkách, které je činí schopnými aktivovat příslušné receptory plodu. Určité výsledky posledních pokusů na zvířatech i u člověka ukazují na návaznost paměťových schopností u plodu mezi prenatálním a postnatálním obdobím. Navíc novorozenec rozpoznává stimuly, jimž byl pravidelně vystavován nebo které mohl vnímat v určité situaci asociačního učení se během prenatálního života (Pouthas, Jouen, 2000).

U lidí, stejně jako u všech obratlovců, se vývoj smyslů uskutečňuje v následujícím pořadí: citlivost kožních nervů (hmatová, tepelná, na rušivé a škodlivé jevy), citlivost propioceptivní, vestibulární, chuťová, čichová, sluchová a zraková (Pouthas, Jouen, 2000).

### Citlivost kožních nervů

Projevuje se často ve stejnou dobu jako citlivost vestibulární a kinestetická. Většinou je těžké rozeznat přesný původ určitých reakcí plodu. Rozvoj jednotlivých receptorů začíná od 7. týdne těhotenství v oblasti úst a je dovršen souběžně na povrchu kůže i svalů do 20. týdne. Od doby, kdy se objeví hmatové receptory, pozorujeme odpovědi na lehké doteky jednotlivých tělových zón. Vyjma odpovědi jako odtažení po náhodném píchnutí při odebrání amniotických vzorků, nemáme žádné přímé informace o vnímání nepříjemných jevů. Lze najít nepřímou ukázkou citlivosti plodu na silné tlaky, protože hladiny mozkových endorfinů jsou vyšší u dětí narozených koncem pánevním a vakuovou extrakcí než u dětí narozených přirozenou cestou a císařským řezem (Pouthas, Jouen, 2000).

### Vestibulární citlivost

Vestibulární systém – se odvozuje, stejně jako sluchové ústrojí, od ušní vesikuly. Tyto dvě struktury následně zrají téměř souběžně, s 15 až 20denním předstihem vestibulárního systému. Neurony vestibulárních jader bývají funkční až kolem 21. týdne.

### **Citlivosti chemické**

a) *Orální chemorecepce* je založena na dvou typech receptorů: chuťových pohárcích, rozmístěných zvláště na jazyku a patře, a na trojklaných zakončeních, rozmístěných ve sliznici úst. Tyto receptory dovolují obvykle kombinovaná určení čtyř základních chutí: sladké, slané, hořké a kyselé. Morfologicky diferencované chuťové pohárky jsou na jazyku patrné od 13. až 15. týdne těhotenství (Pouthas, Jouen, 2000).

b) *Nazální chemorecepce*. Původci tvorby čichových vjemů jsou tři seskupení receptorů:

1. Čichová soustava, složená z ostrůvků neuroreceptorů, uložených na horní straně obou nosních dutin. Jejich funkcí je určovat vůně přiváděné proudem vdechovaného vzduchu.
2. Ve sliznici nosní rozptýlená citlivá zakončení trojklaného nervu, která jsou aktivována složkami hmatovými, složkami čichovými, ale i chemickými stimulacemi.
3. Sliznice vomeronazální, která u savců dovoluje určovat jemné pachy, ovšem u člověka je zatím málo prozkoumaná.

Tyto tři druhy chemoreceptorů se během těhotenství velmi brzy diferencují. Čichové neuroreceptory se objevují od 11. týdne a primární čichový lalok vzniká během druhé třetiny těhotenství. Kolem 30. týdne jsou, zdá se, čichové struktury připraveny k činnosti (Pouthas, Jouen, 2000).

### **Citlivost sluchová**

Jednotlivé struktury středního ucha dovršují svůj vývoj kolem 7. až 8. měsíce. Ve vnitřním uchu se dokončuje navíjení závitů hlemýždě mezi 6. a 10. týdnem a výsledného tvaru je dosaženo ve 20. týdnu. Cortiho orgán, receptivní struktura hlemýždě, pravděpodobně funguje od 10. až 20. týdne. Nitroděložní prostředí zdaleka není ponořeno do ticha (Pouthas, Jouen, 2000).

### 3. Neurofyziologie a její důležitost v bazální stimulaci

Centrální nervová soustava (CNS) je nejvýše postaveným a integrujícím systémem v organismu. Vyniká přesností a rychlostí registrace obrovského kvanta informací o stavu zevního i vnitřního prostředí organismu. Další významnou činností je její preciznost a rychlost zpracování těchto vstupních údajů a jejich další analýza za využití předchozích informací kumulovaných v paměťových stopách. CNS je ve svém účinku nadřazena endokrinnímu a imunitnímu systému (Trojan, 2003).

#### 3.1. Ontogenetický vývoj CNS

##### Vývoj před narozením

Nervová soustava vzniká v době vývoje zárodka z vnějšího zárodečného listu (ektodermu) jako trubice, která prochází hřbetní stranou zárodka pod ektodermem. Neuronální trubice vytváří v trupu hřbetní míchu (Machová, 2002).

Ve druhém měsíci vývoje zárodka vznikají na dně budoucí čtvrté komory jádra hlavových nervů a začíná se rozvíjet mozeček. Vytváří se základ neurohypofýzy (podvěsku mozkového), rinencefala (čichového mozku), hippokampu a bazálních ganglií. Začínají se vyvíjet hemisféry velkého mozku (Langmeier, 1998).

Již ve třetím měsíci nitroděložního života vzniká řada dalších podkorových struktur a začíná se vytvářet corpus calosum, polokoule koncového mozku překrývají mezimozek, ve čtvrtém měsíci začíná docházet k intenzivní gyrifikaci hemisfér a povrch hemisfér se zvětšuje (Langmeier, Krejčířová, 1998).

V pátém měsíci překrývají polokoule koncového mozku střední mozek a v osmém měsíci i mozeček (Trojan, 2003).

Ze stručného přehledu vývoje nervové soustavy vyplývá, že plodové období je pro mozek dobou vývoje a vytváření, zatímco pro všechny ostatní orgány je toto období především dobou růstu. Mozek plodu se již může učit a výsledky učení mohou ovlivňovat chování po narození. Jak prokazují studie, má plod schopnost se učit a pamatovat si od šestého měsíce svého prenatálního vývoje. Prenatální podněty mají význam pro rozvoj dítěte (Langmeier, 1998).



## Vývoj po narození

Důležitou dobou pro vývoj mozku a celé nervové soustavy je porod. Porod, příchod dítěte je pro nezralý organismus z fyziologického hlediska značnou zátěží. Na druhé straně prostředí bohaté na různé podněty vývoj CNS výrazně stimuluje a do značné míry i usměrňuje (Machová, 2002).

Velké změny prostředí si vyžádají rychlé zapojení nových nepodmíněných reflexů, které probíhají po již vytvořených drahách za předpokladu, že je CNS dostatečně zralá (Machová, 2002). Dochází k rychlému vzniku nových neuronálních okruhů a dendritická arborizace výrazně houstne. Její hustota po dvou měsících po narození je markantně zvýrazněna. Předpokladem tohoto vývoje nervové tkáně je ovšem genetická výbava a dostatečně podnětné okolí (Pickenhein, 2002). Zároveň postupuje myelinizace a gyryfikace velkého mozku. Zdokonalují se smyslové a výkonné schopnosti CNS (Trojan, 2003). Prenatální vývoj CNS se řídí principy vývoje trubicové nervové soustavy při výrazné akcentaci principu cefalizace a především kortikalizace. Percepční, kognitivní, paměťové, emoční a komunikativní schopnosti novorozence jsou mnohem větší, než se dříve předpokládalo. Je tedy zřejmé, že i v průběhu intrauterinního života není plod pouze pasivní, ale že se aktivně účastní komunikace s matkou. Současné klinické nálezy ostatně tuto představu prokazují (Trojan, 2003).

### 3.1.1. Genetický vývoj CNS a jeho úloha v bazální stimulaci

Fröhlich vychází z myšlenky Piageta, a sice z tvrzení, že první formy inteligence jsou senzomotorické. Senzomotorikou míní v této souvislosti výměnný působící proces mezi motorikou a percepcí. Piaget chápe pod tímto poznávací model, který zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Senzomotorikou nazývá aktivity, které se následně týkají vnímání, držení těla (svalový tonus) a pohybu. Senzomotorická inteligence je schopnost před započítím řečové komunikace řešit praktické problémy prostřednictvím těchto aktivit. Ve stejné situaci se nacházejí lidé, kteří následkem úrazu či onemocnění spadli do nižších vývojových stádií a musí, stejně jako dítě na počátku svého vývoje, řešit problémy senzomotorikou, protože se nemohou verbálně vyjadřovat (Fröhlich, 1998).

Člověk poznává své prostředí pomocí činů (pohyb a motorika) a analýz. Schopnost pohybu umožňuje člověku dosáhnout možných schémat jednání a chování. Bez schémat jednání není možné budování myšlenkových schémat. Popis vývoje schémat jednání

senzomotorického inteligenčního vývoje je identický se strukturálním vývojem mozku. Fröhlich vychází ve svém konceptu z předpokladu, že díky umožnění senzomotorických zkušeností může být provokováno inteligentní chování i u lidí se sníženou či změněnou schopností výkonu v oblasti kognice. Základem konceptu bazální stimulace je působení na senzomotorické systémy cílenou stimulací zohledňující biografii klienta, aby byla aktivizována paměťová stopa (Fröhlich, 1998).

### 3.2. Fyziologie centrální nervové soustavy

Významnou vlastností CNS je její identita. Třebaže funkce každé CNS je založena na jednotných a přesně specifikovaných principech, je výsledná činnost CNS každého jedince naprosto jedinečná a nezaměnitelná. Variabilita CNS je v přímém vztahu k další specifické vlastnosti nervového systému, plasticitě. Jako plasticita jsou označovány dvě základní skupiny funkčních změn. První skupina charakterizuje přizpůsobení změnám prostředí (adaptace), jejímž výsledkem je změna exprese genotypu ve fenotyp. Tento typ plasticity se tedy výrazně podílí na utváření jedinečnosti CNS. Druhým typem jsou projevy plasticity, vyplývající z funkční zátěže systému. Zde je podstatná rychlost nástupu funkčních změn a jejich reverzibilita. Specifickou vlastností nervové soustavy je její úloha trofická. Trofika nervového systému je tedy jedním z rozhodujících činitelů pro udržení minimálního možného poklesu neuronů (Trojan, 2003).

Nervová soustava je souborem analytických a syntetických funkčních systémů. Rozbor podnětů ze zevního a vnitřního prostředí, které na organismus působí, se uskutečňuje v analyzátorových systémech.

Ty se skládají:

- z receptoru – senzoru,
- z aferentních vláken, která vedou informace ke korovým oblastem,
- z podkorových jader mozku,
- z projekčních korových oblastí,
- z efektorových korových oblastí, z nichž vlákna směřují k efektoru.

Receptory přijímají podnět, přemění ho na vzruch a ten se šíří do mozkové kůry. Když podnět působí na receptor, vzniká v mozku počitek – základní prvek vnímání. Vjem

je soubor počítků, který hodnotí podnět na základě porovnání s předchozí zkušeností – s paměťovou stopou.

Receptory rozdělujeme na:

- exteroceptory – jsou citlivé na podněty vycházející z okolí těla. V souladu s tím je většina exteroceptorů umístěna na tělesném povrchu nebo v jeho blízkosti. Patří sem receptory pro dotek, tlak, bolest a teplotu kůže a také většina receptorů specializovaných smyslových orgánů (zrak, sluch, hmat, čich a chuť),
- proprioceptory – registrují polohu a pohyby těla (svalová vřeténka a šlachová tělíčka),
- interoceptory – přijímají signály z vnitřních orgánů, např. z plic, močového měchýře a z trávicí trubice. Různé receptory zachycují různé podněty včetně změn v chemických koncentracích, chuťových signálů, roztažení tkání a teploty. Jejich aktivace způsobuje, že vnímáme bolest z útrobu, vyvolává pocit hladu nebo sytosti, pocit nevolnosti (Marieb, Mallat, 2005).

Senzorické systémy, které přijímají podněty ze zevního i vnitřního prostředí organismu jsou:

- somatoviscerální
- vestibulární
- čichový
- chuťový
- sluchový
- zrakový

Centrální nervový systém je komplex analyticko-syntetických integračních celků – subsystémů, které jsou základem integrační činnosti. Funkčně nejvýznamnější jsou mozkový kmen a mezimozek, limbický systém a mozková kůra. Mozková kůra vykonává detailní analýzu zevního a vnitřního prostředí organismu. Uchovává v krátkodobé a dlouhodobé paměti většinu přijatých informací. Řídí nebo moduluje naprostou většinu výkonných funkcí CNS. Přímé spojení mezi mozkovou kůrou a pátevní míchou představuje pyramidová dráha.

### 3.3 Fyziologie chování a paměti

Chování člověka obsahuje jak prvky vrozené, geneticky určené, tak získané, tj. vytvořené v průběhu života jedince. Na výsledném chování se obě složky podílejí v různém poměru a vzájemně se doplňují. Učení může měnit určité vrozené tendence, organismus se naučí vykonávat vrozenou reakci v nové situaci nebo se jednotlivé vrozené prvky mohou při učení kombinovat do různých forem chování.

V období vývoje jedince se genetické informace uložené v jaderné DNA přepisují do struktury organismu, a tedy i do struktury nervového systému. Stavba i způsob vzájemného propojení jednotlivých neuronálních okruhů v mozku pak z velké části determinuje vrozené mechanismy adaptace:

- nepodmíněné reflexy
- motivace
- emoce
- instinkty

Naproti tomu učení a paměť jsou podkladem schopnosti ukládat a využívat informace získané v průběhu života. Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů plasticity nervového systému.

Plasticita je nejvýraznější v časném období života. Nervové buňky mají potenciál plastických změn dán ve své genetické výbavě. V období vývoje je proto mozek schopen velmi rozsáhlých anatomických a funkčních změn, např. při perinatálním poškození mozku v oblasti řečových center mohou být řečové funkce přeneseny do opačné mozkové hemisféry. Dospělé mozkové buňky ztrácejí schopnost číst genetický program pro tvorbu nervových spojů a jejich schopnost plastických změn je snížena. Vývoj nervového systému je sice řízen genetickým programem, v určitém období vývoje struktury má však tento program otevřený vstup. V období označovaném jako kritická vývojová perioda mohou podněty zevního i vnitřního prostředí genetický přepis podstatně ovlivnit nebo znemožnit. Příkladem mohou být děti, vyrůstající v časném dětství, tj. v kritickém období vzniku řeči a sociálních vztahů, izolované v péči zvířat (vlčí děti). Po návratu se nedokázaly naučit mluvit a ani zařadit do společnosti (Trojan, 2003).

Jedinec vnímá podněty přicházející z okolí i z nitra organismu (vnímá, slyší, pociťuje bolest, únavu aj.). Tyto vjemy pak zpracovává v mysli tak, že je ukládá do paměti

(na krátkou či delší dobu), může si je později v paměti vybavit jako představy i v nepřítomnosti vnímaného předmětu, může je kombinovat ve fantazii, spojovat je s jinými představami (symboly, např. slovy) a manipulovat s nimi tak, že je řadí do myšlenkových schémat. Konečně pak může na vjemy zpracované v mysli reagovat svým vnějším chováním (Langmeier, 1998).

### **3.3.1 Řídící mechanismy v chování jedince**

#### **a) Vrozené informace**

##### **Nepodmíněné reflexy**

Jsou to vrozené děje, které nejsou vázány na předchozí zkušenost. Jedná se o somatické a autonomní reflexy, jež mohou být modulovány vlivem jiných oddílů mozku nebo ovlivněny dalšími vrozenými mechanismy chování (motivace, emoce). Motivace ovlivňuje chování informacemi z vnitřního prostředí organismu. Vlivem přebytku nebo nedostatku některé látky se spouští takové mechanismy chování, které tuto odchylku vyrovnávají. Mnoho typů chování je spouštěno také změnami hladin hormonů, popř. vnitřními aktivitami CNS (biologické hodiny, vnitřní rytmy). Podobně může být chování ovlivněno i potřebami poznávacími – zvědavost.

Emoce ovlivňují jak motorickou aktivitu a činnost somatického a vegetativního nervstva, tak i endokrinní systém. Emoce jsou řízeny z limbického systému, a to jak z podkorových, tak z korových oblastí. Projevují se somatickými a vegetativními reakcemi nervového systému, například změnou srdeční frekvence, krevního tlaku, prokrvení kůže, motility gastrointestinálního traktu, projevy chování jako je pláč, smích, vztek.

Instinkt je komplexní děj zahrnující nepodmíněné i naučené prvky. Instinkty umožňují jednat v různých situacích i bez využití předchozí zkušenosti (Trojan, 2003, Rokyta, 2000).

## **b) Získané informace**

Učení je součástí chování a lze je definovat jako vytváření dočasného spojení mezi dvěma ohnisky podráždění v mozkové kůře nebo i v nižších strukturách CNS. Opakováním dočasného spojení se vytvářejí podmíněné reflexy a současně se tvoří i paměťová stopa. Abychom si něco zapamatovali, musíme se to nejprve naučit. Biologicky významné události (podněty) se mohou zapamatovat i po jednom spojení. Nejjednodušší a fylogeneticky nejstarší formou je změna odpovědi na jediný podnět, tzv. neasociativní učení. Patří sem habituace, což je zeslabování reakce na podnět, který ztrácí biologický význam, a senzitivace, což je naopak zvyšování odpovědi na podnět, který se stal biologicky významným.

Paměť je schopnost uchovávat a vybavovat informace. Paměť je genetická, imunitní a neuronální. V neuronální paměti se do nervového systému ukládají jednotlivé stopy představující časové a prostorové kombinace podnětů. Podle doby, po kterou se informace uchovává, má paměť tyto formy: krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá.

Kapacita dlouhodobé paměti je prakticky neomezená a informace jsou v dlouhodobé paměti řazeny sémanticky v okruzích podle podobnosti a vzájemných logických vazeb. Vybavují se různě rychle v závislosti na frekvenci používání a době od uložení. Do dlouhodobé paměti jsou zařazovány informace, které se opakují, nebo které mají určitý emoční náboj. Zvláštní formou jsou paměťové stopy s vysokou stabilitou. Vznikají mnohonásobným opakováním a jsou snadno a okamžitě přístupné.

Základem krátkodobé a střednědobé paměti jsou funkční změny na synapsích a dendritických trnech těch neuronálních okruhů, které daný podnět aktivoval (Trojan, 2003, Rokyta, 2000).

Kognitivní procesy „jsou duševní procesy vnímání, kódování informací a jejich uchování, zpracování informací, jejichž prostřednictvím jedinec získává informace, plánuje a řeší problémy“ (Atkinson, 2003, s. 693). Abstrakce a zobecnění konkrétních podmíněných podnětů umožňuje člověku vyjádřit řečí vztahy k prostředí, podávat zprávy a vytvářet tak typicky lidské myšlení, jehož projevem je řeč (Trojan, 2003, Rokyta, 2000).

## **4. Možnosti využití bazální stimulace v praxi**

### **4.1. Využití bazální stimulace v nemocnicích – ARO, JIP a léčebnách pro dlouhodobě nemocné**

V 70. letech vyvinul prof. Andreas Fröhlich koncept bazální stimulace, který umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení komunikace se svým okolím. Poznatky prof. Fröhliche ukázaly, že principy konceptu bazální stimulace mají význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé i nemocné. Koncept přenesla do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné a do péče v intenzivní medicíně zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více regionech a to nám dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost (Friedlová, 2003).

Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací a tím výrazně stoupá kvalita života u pacientů a snižuje se délka jejich hospitalizace. Na pacienta je pohlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou psychicky i tělesně manifestuje. Každý má vzhledem ke svému momentálnímu stavu jiný požadavek na komunikaci se svým okolím (Friedlová, 2003).

#### **Užití bazální stimulace v ošetrovatelské péči se uplatňuje především v péči o:**

- pacienty v komatózních stavech z různých příčin
- pacienty neklidné a dezorientované
- pacienty v intenzivní péči
- pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko
- geriatrické pacienty

Somatické vnímání -somatická stimulace- nám poskytuje vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu. Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí s kinestetickým vnímáním. Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov (Hašplová, 2000).

**Předpokladem kvalitního doteku je:**

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

Takový kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci pacienta. Špatně poskytované doteky, hluk, matoucí informace z okolí a od ošetřujících vedou k nežádoucím reakcím, k zvýšenému svalovému napětí.

**Možnosti somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace:**

- celková koupel zklidňující
- celková koupel osvěžující
- celková bazálně stimulující koupel dle konceptu Bohatna
- celková koupel diametrální
- polohování - mumie  
- hnízdo
- masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2005).

**4.2. Využití bazální stimulace v rodině – kojenci**

„Dotek znamená kontakt: v nejtělejší věku se sebou samým a záhy s tím, co nás obklopuje. Pro lidi, stejně jako pro mnohé další živočichy, má dotek zásadní životní význam. Dodává pocit tepla, jistoty, lásky.

Ze všech smyslů se nejdříve rozvíjí hmat. Děti zkoumají a objevují svět kolem sebe především hmatem, proto jsou hmatové podněty pro zdravý vývoj nezbytné. Uspokojují naši potřebu dotýkat se. Mazlení a hlazení, jehož se nám v dětství dostává, nám pomáhá vytvořit si zdravou představu o sobě samých. Podporuje v nás jistotu, že když se nás někdo dotýká, také nás přijímá a miluje. Dítě si vytváří základní důvěru v lidi v poslední čtvrtině prvního roku života – odtud pak pramení i důvěra v sebe sama. Neprožije-li dítě toto



vývojové období bez potíží, je pravděpodobné, že místo důvěry ho bude životem provázet nedůvěra.

Dotýkáme se často spontánně svého těla nebo těla svých dětí při úrazu, bolesti, pocitu únavy. Utěšováním, hlazením a neuvědomělou masáží bolavých míst odplavujeme negativní pocity. Přinášíme tím úlevu, obnovujeme životní sílu, prožíváme pocit radosti a štěstí“ (Hašplová, 2000, s. 13).

### **Masáže dětí**

Dotek lze využít k relaxaci a navodit pocit pohody u dětí, které masáže přijímají, i u dospělých, kteří je provádějí. Tato technika může zlepšit vzájemné vztahy mezi rodiči a dětmi i mezi všemi členy rodiny navzájem, neboť masáž mimo jiné podněcuje a prohlubuje schopnost vcítit se do druhé osoby, s níž jste při masáži v neverbálním kontaktu. Jde o jemné hlazení, při němž se nevyvíjí tlak, proto touto masáží nelze ublížit (Hašplová, 2000).

Masážní technikou můžeme odstranit u dětí poporodní trauma. Masáž pozitivně ovlivní děti, které trpí specifickými poruchami učení (dyslexií, dysgrafií, dyskalkulií), lehkou mozkovou dysfunkcí, dokonce i některými formami Downova syndromu nebo autismu. Zlepšuje stav astmatiků, alergiků, ekzematiků aj. Působí na svalový, oběhový a lymfatický systém i na jednotlivé tlakové body a meridiány, ovlivňuje rovnováhu životní energie, působí preventivně i léčebně (Kopkánová, 1995).

Metoda masáží dětí a kojenců je natolik univerzální, že ji můžeme užívat jak u zdravých, tak u handicapovaných dětí, u miminek i starších dětí, dokonce i u dospělých (Hašplová, 2000).

### **4.3. Využití bazální stimulace ve školství u dětí se zdravotním postižením**

Bazální stimulace se využívá především v rehabilitačních třídách pomocné školy, které byly zřízeny proto, aby poskytovaly vzdělávání žákům s těžkým a hlubokým mentálním postižením a žákům s více vadami. Bazální stimulace se užívá jako prostředek k získávání základních podnětů „přes tělo“ a umožňuje tak zdravotně postiženému dítěti interakci se svým okolím.

V rámci bazální stimulace se dětem nabízí podněty:

- somatické
- vibrační
- vestibulární
- orální
- akustické
- taktilně baltické
- vizuální

Děti vzhledem ke svému postižení nejsou schopné samy se postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů, které jsou potřebné pro jejich vývoj (Vítková, 2001).

## **5. Definice pojmů používaných v bazální stimulaci**

Iniciální dotek

Polohování – Polohování „hnízdo“ x Polohování „mumie“

Masáž stimulující dýchání

Kontaktní dýchání

Somatická stimulace zklidňující

Somatická stimulace povzbuzující

Neurofyziologická stimulace

Místnost Snoezelen

Muzikoterapie

Canisterapie

Hipoterapie

Aromaterapie

## 5.1. Iniciální dotek

Nečekanými a necílenými doteky nebo jinými projevy můžeme vyvolat u klientů se změnami v oblasti vnímání pocity nejistoty a strachu.

Proto musíme klientovi vždy dát najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu můžeme zprostředkovat pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na klientově těle (nejlépe v centrální části těla) a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Vhodná místa jsou: rameno, paže, ruka. Iniciální dotek je nutné vždy doprovázet verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou do styku s klientem (a ostatní poskytovatelé zdravotní nebo sociální péče) respektovat a klientovi vždy poskytnout (Friedlová, 2008).

## 5.2. Polohování

Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se ještě umocňuje u klientů dezorientovaných. Pomocí polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o svém těle. Polohováním neposkytujeme pouze stimulaci somatickou, ale také vestibulární. Také díky poloze končetin můžeme klientovi nabídnout informace o jeho těle. Musíme ale mít na paměti, že takováto opatření neprovádíme na dobu delší než 90 minut, jinak vedou k habitaci. Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity redukuje přísun informací k člověku. Vnímání tělesného obrazu a okolí se stává stále méně zřetelným a vede k poruchám orientace na vlastním těle a okolí a k těžkým krizím vlastní identity. Prof. A. Fröhlich nazývá tento proces

### 5.2.1. Polohování „hnízdo“

Tato poloha umožňuje klientům si odpočinout a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim tato poloha nabízí pocit jistoty a bezpečí a zlepšení vnímání hranic svého těla.

Indikace:

- ve fázi odpočinku
- během noci
- po vyšetřeních
- po dýchání stimulující masáži
- k navození libého pocitu
- stimulace vnímání tělesného obrazu/schématu

Cílem je poskytnout klientovi co největší pohodlí k odpočinku.

### **5.2.2. Polohování „mumie“**

Cílem tohoto polohování je umožnit klientovi zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice svého těla.

Indikace:

- neklidní klienti
- agresivní, zmatení klienti
- klienti v dospávací fázi po narkóze
- klienti, kteří se probouzejí z komatu
- klienti dlouhodobě upoutaní na lůžko, kteří ztratili vnímání hranic svého těla

### **5.3. Masáž stimulující dýchání**

Masáž je součástí dechové gymnastiky, má vysokou komunikační hodnotu a provádí se v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Vede k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u pacienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjádřit empatii. U této techniky se předpokládá správné provedení a kontinuální trénink terapeuta, aby bylo dosaženo terapeutického cíle. Vědeckými studiemi bylo dokázáno, že dýchání stimulující masáž redukuje stavy neklidu a zmatenosti. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky umožňují navodit klientovi pocit jistoty.

## 5.4. Kontaktní dýchání

Při kontaktním dýchání má terapeut položeny své 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. Kontaktní dýchání lze poskytnout klientovi také jeho vlastní rukou, kterou terapeut položí klientovi na jeho hrudník, přičemž klient tak může vnímat vlastní dech. Tato rytmická činnost může výrazně stimulovat klienta k vnímání sebe sama. Kontaktní dýchání může být i formou hrudník na hrudník. V této chvíli dochází ještě k intenzivnějšímu uvědomění si sebe sama a ke stimulaci vnímání a aktivizaci paměťové stopy a tím činnosti mozkové tkáně.

## 5.5. Somatická stimulace zklidňující

Může být i koupel (stimulujeme po směru chlupů). Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletením, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů, které terapeut provádí, podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění. Cíle pro aplikaci somatické zklidňující stimulace mohou být různé a terapeuti mohou sledovat i více cílů současně:

- stimulace vnímání tělesného schématu
- redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace
- navození celkového tělesného uvolnění

Zklidňující stimulaci aplikujeme např. u těchto klientů:

- klienti se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení (učení se vnímání a poznávání vlastního těla)
- klienti se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem navázat s nimi komunikaci (klienti s kombinovanými zrakovými a sluchovými vadami)
- klienti s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat jejich hybnost a vlastní aktivitu
- klienti ve vigilních komatech s cílem stimulovat vnímání tělesného schématu

- klienti v komatech s cílem stabilizovat vnímání tělesného schématu
- neklidní klienti
- klienti s hyperaktivitou
- klienti úzkostní, ustrašení
- klienti se zvýšeným svalovým tonusem s cílem uvolnit svalové napětí
- klienti se změnami vnímání tělesného obrazu/schématu
- klienti s tachykardií
- klienti s poruchami spánku
- možno využít jako nefarmakologickou možnost tlumení bolesti
- u umírajících klientů s cílem poskytnout empatickou a humánní doprovázející péči
- u klientů v preoperační péči s cílem zmírnit úzkost
- u klientů v pooperační péči s cílem redukovat stavy zmatenosti a dezorientace v probouzející fázi po anestézii
- klienti s Morbus Parkinson
- klienti s různými typy demencí (Friedlová, 2008)

## **5.6. Somatická stimulace povzbuzující**

Může být i koupel (stimulujeme proti směru chlupů). Cíle pro aplikaci somatické povzbuzující stimulace:

- stimulace vnímání tělesného schématu
- zvýšit úroveň vědomí u pacienta, zvýšit jeho pozornost
- zvýšit svalový tonus
- zvýšit srdeční frekvenci a krevního tlaku
- podpořit klientovu aktivitu
- příprava na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta

Povzbuzující stimulaci aplikujeme u těchto klientů:

- klienti se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení (učení se vnímání a poznávání vlastního těla)
- klienti ve vigilním komatu
- klienti v komatu
- klienti v soporu, somnolentní
- depresivní klienti
- klienti se sníženým svalovým tonem
- klienti s bradykardií
- klienti apatičtí

Somatickou masáž povzbuzující nepoužíváme u klientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem (Friedlová, 2008).

## 5.7. Neurofyziologická stimulace

U neurofyziologické stimulace klademe velký důraz na zrakovou kontrolu klienta, abychom zavčas mohli stimulaci přerušit. Cílem této stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti znovu vnímat tu část těla, u které došlo k postižení (Pickenhein, 2000). Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu.

Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u klientů:

- s plegiemi a parézami po mozkových cévních příhodách, nejvhodnější je aplikace u klientů s hemiplegiemi
- po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu
- po operacích mozku a onemocněních s postižením pohybového aparátu
- děti a kojenci s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací, vrozenými vadami pohybového aparátu, aj.

S klientem můžeme také pracovat formou asistované stimulace, kdy vedeme jeho postiženou ruku. Zdravou rukou se klient stimuluje dle pokynů terapeuta sám, popřípadě opět dopomáháme. Klient musí nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby mohl vnímat postiženou stranu.

Pracujeme tedy na těchto principech:

- klienta verbálně vyzvat k vnímání a uvědomění si své zdravé strany
- postiženou stranu stimulovat k vyvolání pocitů
- umožnit optickou kontrolu postižení (možno i s využitím zrcadla)
- důležité je střední část těla dostatečně stimulovat tlakem
- může být i koupel (Friedlová, 2008)

## 5.8. Místnost Snoezelen

Místnost Snoezelen je specificky vytvořené prostředí pro účely senzorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti. Původním záměrem bylo zaměřeni na lidi s hlubším mentálním či kombinovaným postižením, a to pro využití volného času, pro stimulaci a rozvoj smyslových receptorů skrze své vlastní prožitky a zkušenosti. V dnešní době se již Snoezelen využívá jak u dětí s postižením, tak u intaktních dětí, dospělých i v geriatrické oblasti. Zavádí se v různých zařízeních a podle potřeby je využíván.

Snoezelen slouží k relaxaci, zklidnění, k rozvoji verbální i neverbální komunikace, ke stimulaci smyslů, k odbourávání rizikových projevů jedince, posílení schopnosti adaptace, socializace, ke snížení poruch chování, pozornosti, nesoustředěnosti, k odbourání impulzivity, k podpoře kognitivní a emociální složky osobnosti, přináší nové zážitky a zkušenosti (Vitásková, 2007). Náklady na pořízení této místnosti nejsou nikterak nízké a celková cena zařízení menší místnosti se může vyrůst až na částku 250-300 tis. Kč. Veškeré vybavení by mělo být koncipováno také tak, aby splnilo přísné nároky na použité materiály. Musí být omyvatelné, dobře čistitelné, pratelné, případně desinfikovatelné – podle složení klientů. Ideální jsou potahy z paropropustných, voděodolných materiálů. Materiál by měl být měkký, příjemný na dotek. Pomůcky nesmějí mít ostré, špičaté nebo nebezpečné hrany, rohy a okraje, nejsou vhodné ani příliš kluzké materiály, které by mohly přivodit pád klienta. Přednost by měla mít kvalita před levnějšími napodobeninami. Je důležité, že za zakoupené zboží ve specializovaném obchodě někdo ponese garanci a po dobu záruky bude poskytován také servis formou pravidelných kontrol. Po záruce sice



bývá servis hrazený, ale drahé zařízení by nemělo zůstat bez kontroly a odborné opravy v případě jakékoli poruchy (Hájková, 2009).

## 5.9. Terapie

Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení.

Pro veškeré využívané terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém prostředí a v určitém čase,
- mají určitou organizační formu,
- odpovídají určité orientaci terapeuta
- závisí na věku, příčinách a symptomech klienta,
- mohou být prvotně zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta,
- bývají zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně.

Terapie se dají dle vlastních bazálních prostředků rozdělit na:

1. terapii chirurgickou,
2. farmakoterapii,
3. fyzioterapii,
4. psychoterapii (Müller, 2007).

## 5.10. Muzikoterapie

Je terapeutický přístup z oblasti tzv. *expresivních terapií*, které jsou také nazývány *neverbální, umělecké* nebo *art kreativní terapie*. Pojem muzikoterapie je odvozen z latinského slova *musica* – hudba a řeckého *therapeia, therapeineio* – léčení, cvičení, vzdělávání. Znamená léčení nebo pomoc člověku hudbou. Muzikoterapie je vnitřně značně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v klinické praxi.

Dokumentováno je užití hudby v psychoterapii, fyzioterapii, neurologii, ošetrovatelství, porodnictví, speciální pedagogice a dalších oblastech. Pojem muzikoterapie již není spojován pouze s terapií ve svém původním významu – označuje také neléčebné aplikace hudby za účely rehabilitace, vzdělávání, psychohygieny aj.

Čtyři úrovně chápání pojmu muzikoterapie, podle kterých lze muzikoterapii považovat za:

- specifickou formu psychoterapie,
- skupinové hudební aktivity, při kterých jde hlavně o zlepšení sociálních vazeb,
- součást léčebného a rehabilitačního procesu,
- psychohygienický proces (Müller, 2007).

### **5.11. Canisterapie**

Název vznikl složením latinského slova *canis* (pes) a slova *terapie* (léčba). Jde o jednu z forem zooterapie, která se snaží o využití zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Canisterapií v užším pojetí rozumíme využití psa v podpůrné terapii. Pes napomáhá v navození vzájemného kontaktu mezi klientem a terapeutem, k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci klienta. Pes je pro klienta velkým motivačním činitelem a dokáže přispět i k tlumení nežádoucích a negativistických projevů klienta.

Pozitivní účinky canisterapie tedy můžeme pozorovat jak u kontaktu psa s klienty zdravotně postiženými nebo jinak znevýhodněnými, tak i u klientů intaktních. Přispívá k rehabilitaci, edukaci i reedukaci a nachází již své místo i v řadě zařízení (Müller, 2007).

### **5.12. Hipoterapie**

Hipoterapie je speciální formou léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje fyzické a psychické prvky. Název pochází z řeckého slova *hippos* = kůň, *terapie* = léčba. Kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla (frontální, sagitální, horizontální). Při něm dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je nucen se neustále přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu a to i při své naprosté pasivitě. Dochází v podstatě k pokusu o soulad pohybu koně a pohybu pacienta. Prvotní je snaha o rehabilitaci ve smyslu fyzikálním. Vychází především z balančních

cvičení, je prováděna fyzioterapeutkou na základě indikace lékaře. Hipolog zde slouží jako pomocník v přípravě a v ovládní koně během rehabilitace (Pipeková, Vítková, 2001).

### **5.13. Aromaterapie**

Už po celá tisíciletí si lidé cení výtažků z aromatických rostlin, resp. jejich ozdravných vlastností a opojné vůně. Starověké umění bylo po staletí zdokonalováno. Využívali léčebné síly silicových olejů k uvolňující a posilující masáži, při níž se spojuje požitek z vůně s ozdravnou silou doteku. Blahodárné vlastnosti olejů můžeme využít k léčbě běžných zdravotních obtíží, k posílení své fyzické a duševní pohody, ale i ke zpříjemnění mnoha stránek svého života. Takto mocné silice jsou darem přírody pro duši i tělo. Techniky aromaterapie využívají účinných čistých výtažků aromatických rostlin a pryskyřic k tomu, aby působily na nejmocnější smysly – čich a hmat – a obnovily tak soulad těla a duše (McGilveryová, Reedová, 2002).

## III. Praktická část

### 1. Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo seznámení se s názory odborníků na metodu bazální stimulace a na její praktické využití u lidí s těžkým mentálním postižením.

### 2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak je využívána metoda bazální stimulace v praxi vybraného zařízení?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají poskytovatelé názor na využívání metody bazální stimulace u těžce postižených klientů?

Výzkumná otázka č. 3: Jakou mají poskytovatelé zkušenost s délkou využívání metody bazální stimulace u jedince s těžkým postižením, než je znatelné zlepšení tělesného i duševního stavu uživatele?

Výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou možnosti využití bazální stimulace v součinnosti s ostatními metodami ve vybraném zařízení při práci s jedinci s těžkým postižením.

Výzkumné otázka č. 5: Jaké změny u klientů pozorují poskytovatelé metody bazální ;; stimulace?

Výzkumné otázka č. 6 : Jaké jsou názory poskytovatelů bazální stimulace na míru obliby této metody u klientů?

### 3. Stručná analýza výzkumu a využitých dokumentů

Vzhledem k tomu, že problematika využívání bazální stimulace (stejně jako dalších netradičních a podpůrných metod) ještě není veřejnosti běžně známá, rozhodla jsem se blíže se s ní seznámit v praxi a své osobní zkušenosti popsat ve své práci.

Vyzkoušela jsem si bazální stimulaci i sama na sobě během účasti na kurzu bazální stimulace, kde jsem získala mezinárodní certifikát k provádění zmíněné metody. Tato zkušenost byla pro mne velmi přínosná. Přesvědčila jsem se, jak jsou techniky bazální stimulace příjemné pro jejich příjemce, jak mě dovedly např. uvolnit, uklidnit, navodit pocit bezpečí atd.

Příležitostný výběr zařízení, ve kterých jsem prováděla svůj výzkum, vycházel ze skutečnosti, že jsem měla během svého studia možnost s těmito zařízeními spolupracovat. Zvolila jsem si tři zařízení na okrese Blansko, věnující se péči o klienty s těžkým mentálním a zdravotním postižením, k porovnání. Získala jsem zde informovaný souhlas pro využití kazuistik a anamnéz vybraných klientů pro výzkumné účely. Výběr subjektů probíhal ve spolupráci s pracovníky zařízení. Jednalo se o anonymní výzkum.

O každém klientovi jsem vedla s pracovníky rozhovor. Ti mi poskytli spoustu informací, které dlouhodobě získávali během takřka každodenního styku s klientem v zařízení, a také od jeho rodičů a rodinných příslušníků, kteří jsou s ním nejčastěji v kontaktu.

Dlouhodobé pozorování klientů prováděli nejen pracovníci zařízení, ale i já sama, a postupně jsem si zaznamenávala jejich dílčí pokroky vycházející z využívání bazální stimulace.

Při svých průběžných návštěvách zařízení jsem pozorovala metody práce, které jsou zde využívány, sledovala jejich další činnosti, a především jsem zjišťovala míru a kvalitu využití bazální stimulace při práci s jedinci s těžkým postižením. Své teoretické poznatky získané z odborné literatury jsem tedy měla možnost ověřit si přímo v praxi. V jednotlivých zařízeních jsem také požádala personál o vyplnění dotazníku, protože mě zajímaly jejich zkušenosti s metodou bazální stimulace, jejich poznatky a případná kritika. Snažila jsem se, aby dotazník nebyl moc obsáhlý, protože pak se snižuje ochota lidí k vyplnění. Ve všech případech mi respondenti vyšli vstříc.

Zajímala jsem se o to, co pracovníkům využívání bazální stimulace přineslo do jejich profesního života nového, jak na metodu klienti reagují, zda se setkali při práci

s touto metodou s některými překážkami atd. Hovořila jsem též s pracovníky o tom, jak dávají zmiňovaní klienti najevo libost či nelibost.

Zjišťovala jsem dále, jaké mají o této metodě povědomí rodinní příslušníci klientů, zda pozorují oni nějaké změny u svého dítěte, jestli se pokoušejí praktikovat bazální stimulaci v domácím prostředí apod.

Dále jsem se při rozhovorech s rodiči klientů zajímala o to, co mají jejich děti rády za vůni, hudbu či jídlo, zda mají děti něco oblíbeného z dětství atd., aby mohla být bazální stimulace praktikována co nejúčinněji.

## **4. Výběr zařízení**

Informace jsem průběžně získávala kvalitativním výzkumem při návštěvách v těchto zařízeních: Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku (dále SPC), Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku a Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích.

Tento příležitostný výběr vycházel ze skutečnosti, že jsem měla během svého studia možnost s uvedenými zařízeními spolupracovat.

Při svých průběžných návštěvách těchto zařízení jsem pozorovala metody práce, které jsou zde využívány, a především jsem zjišťovala míru a kvalitu využití bazální stimulace při práci s jedinci s těžkým postižením. Své teoretické poznatky získané z odborné literatury jsem tedy měla možnost ověřit si přímo v praxi.

Vzhledem k tomu, že problematika využívání bazální stimulace (stejně jako dalších netradičních a podpůrných metod) ještě není veřejnosti běžně známá, rozhodla jsem se blíže se s ní seznámit v praxi a své osobní zkušenosti popsat ve své práci.

## **5. Sledovaná zařízení a jejich metody práce**

### **5.1. Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku**

#### **5.1.1. Charakteristika a specifické zaměření Speciálně pedagogického centra v Blansku**

Speciálně pedagogické centrum (dále jen centrum) v Blansku zahájilo svoji poradenskou činnost v roce 1993. Jeho hlavním úkolem je poskytování péče těžce

zdravotně postiženým klientům od narození až do dospělosti a jejich rodinám. V současné době tuto péči zajišťuje tým kvalifikovaných odborníků ve složení psycholog, sociální pracovníce a dva speciální pedagogové.

Klientelu centra tvoří děti a mladiství, kteří jsou v péči rodiny (těmto klientům je pak poskytována péče ambulantně v centru, případně formou výjezdů do rodin), nebo jsou zařazeni v některém školském, charitativním či ústavním zařízení.

### **Speciálně pedagogické centrum v Blansku poskytuje tyto služby:**

- systém komplexní péče o mentálně postižené děti a mládež, nebo s kombinací vad od narození do dospělosti
- vyšetření dětí pro rozhodnutí o zařazení do odpovídajícího typu školy
- odborné psychologické služby v průběhu školní docházky, popřípadě před ní či po jejím ukončení
- odborné psychologické služby v rámci rodinné terapie
- sociální šetření v rodinách klientů
- sociálně právní poradenství
- provádění speciálně pedagogické diagnostiky, tvorba individuálních stimulačních a výchovně vzdělávacích programů, následně pak konzultace při jejich realizaci
- vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí v rodině nebo v centru
- logopedickou péči
- pomoc v oblasti profesní orientace
- metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům a rodičům
- organizaci instruktážních psychorehabilitačních pobytů rodiny s postiženým dítětem
- zapůjčování učebních textů, odborné literatury, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek

Těžiště práce pracovníků centra spočívá především v poskytování včasné podpory klientům s více vadami a jejich rodinám. Vzhledem k tomu, že problém postiženého dítěte je v první řadě problém rodiny, je zapotřebí získat rodinu pro potřebnou spolupráci. Pro většinu rodičů postižených dětí je nesmírně těžké přijmout dítě, takové jaké je. Proto pracovníci centra musí nacházet cestu k rodičům, získat jejich důvěru a navázat s nimi kontakt.

Poskytnutí včasné podpory má nesmírný význam pro celkový psychomotorický vývoj dítěte s postižením. Proto je jednou z nejdůležitějších činností provádění speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky klientů, které mimo vlastní vyšetření spočívá ještě v rozhovoru s rodiči a prostudování lékařských posudků. Na základě komplexní diagnostiky je stanovena speciálně pedagogická a psychologická diagnóza, na jejímž základě se pro klienta stanoví jeho individuální možnosti a je stanovena jeho předpokládaná perspektiva celkového rozvoje.

Pracovníci centra potom podrobně seznamují rodiče s možnostmi, jak s postiženým dítětem pracovat, aby byl co nejlépe zajištěn jeho psychomotorický rozvoj. Speciální pedagožky nabízí rodičům těžce postižených dětí možnost pravidelných návštěv v centru, kde je klientům poskytována individuální speciálně pedagogická péče včetně konzultací s rodiči. Při individuálních činnostech mají rodiče možnost být přítomni v místnosti, kde jsou individuální činnosti prováděny a mají tak možnost průběh návštěvy sledovat. Pro některé děti není přítomnost rodičů vhodná, proto byla provedena rekonstrukce pracoven speciálních pedagogů. Do stěny bylo zabudováno speciální okno, přes které rodiče mohou činnosti s dítětem sledovat, aniž by bylo dítě rušeno jejich přítomností. Stejně okno bylo pořízeno také do psychorelaxační místnosti - „snoezelenu“, kde by mohla být přítomnost rodiče či jakékoliv jiné osoby také rušivým prvkem.

Pro rozvoj těžce postiženého klienta vypracovává speciální pedagog individuální stimulační program, se kterým podrobně seznámí rodiče, a společně se pak snaží v souladu s tímto programem působit na psychomotorický rozvoj dítěte. Bez aktivního zapojení rodičů do společného a jednotného působení na dítě by výsledky práce nebyly efektivní. Ve většině případů při práci s klienty se daří pracovníkům centra spolupráci s rodiči navázat.

### **5.1.2. Využití bazální stimulace při práci s klienty**

Převážnou část klientely jsou děti s těžkým zdravotním postižením. Jde především o kombinaci těžké a hluboké mentální retardace a dalších přidružených vad jako např. těžké tělesné postižení a smyslové vady. Tito klienti, vzhledem ke svému postižení, nejsou schopni sami se postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Proto při individuálních činnostech s těžce postiženými klienty využívají speciální pedagožky bazální stimulaci jako způsob zprostředkovávání základních podnětů „přes tělo“ a umožňují jim tak interakci se svým okolím. V rámci bazální stimulace nabízejí



klientům podněty somatické, vibrační, vestibulární, orální, akustické, taktilně haptické a vizuální. Pro zprostředkování jednotlivých podnětů využívají v centru speciální pedagožky netradiční a podpůrné metody. Využíváním těchto metod nedochází pouze ke zprostředkovávání podnětů, ale některé z nich mají také psychoterapeutický charakter. Určité metody se mohou využívat samostatně, často se však vzájemně prolínají. Využitím několika metod současně může být jejich účinek mnohdy umocněn.

S jednotlivými metodami se seznamují v rámci možností také rodiče a učí se některým technikám. Ty pak rodiče mohou využívat u svých dětí doma. Jedná se např. o míčkování, dětskou masáž, polohování, základy aromaterapie, muzikoterapie apod. Znalosti a praktické zkušenosti o těchto metodách získávají pracovníci centra především studiem odborné literatury a svou osobní účastí na kurzech a seminářích zaměřených na tuto problematiku. Pozitivní vliv těchto technik mají ověřeny ve své několikaleté praxi s těžce zdravotně postiženými klienty.

### **Nonverbální komunikace**

Tato klientela nemá vybudovanou aktivní slovní zásobu, řeč ke komunikaci nepoužívá, jen někteří klienti občas použijí jednoduché slabiky, které často nemají svůj význam. Ve většině případů tito klienti vyluzují pouze primitivní zvuky s doprovodem mimiky, gesta a různých pohybů svého těla. Tomuto způsobu komunikace se musí naučit porozumět všichni ti, kteří s dítětem přichází do styku. Na tuto jejich specifickou formu komunikace musíme umět reagovat, dát jim najevo, že jim rozumíme, opakovat zvuky a gesta po nich. Jen tak je ujistíme, že jsme jim porozuměli a povzbudíme je tím k další komunikaci s námi. Proto je zapotřebí u těchto klientů využívat jiný způsob komunikace než je v běžném životě obvyklý. Tato specifická forma komunikace je známá pod názvem nonverbální komunikace.

Aby dítě mluvené řeči porozumělo, je nutné používat pouze jednoduchá slova a jednoduché pokyny, které je i tak nutné doprovázet mimikou (usmíváme se na dítě, zamračíme se na dítě...), doteky (pohlazení, pro vnímání určité části těla vždy ke slovu přidat dotek na příslušné části...), gesty (zvedneme ukazovák, když se na dítě hněváme, doprovázíme slůvkem „ty-ty“, rukou ukazujeme na předmět, který pojmenováváme...) atd. Těžce postižený klient nechápe obsahovou stránku řeči, proto je tato formální stránka v komunikaci s ním neodmyslitelnou součástí. Bez tohoto typu komunikace nám dítě jen velmi těžko porozumí.

### **Bazálně dialogický princip**

Další z netradičních metod, které souvisí s komunikací a úspěšným navázáním kontaktu s těžce postiženým klientem, kterou při své práci pracovníci centra uplatňují je tzv. bazálně dialogický princip, bez něhož není možné s postiženým dítětem navázat důvěrný kontakt a předávat mu potřebné podněty. Pedagog se musí do klienta vcítit, oprostít se od myšlenek reálného světa a navodit s dítětem tzv. bazální (základní) dialog „těla k tělu“. Tato metoda klade na pedagoga velké nároky především na jeho schopnost empatie – vcítit se do klienta a bezprostředně s ním komunikovat na jeho úrovni. Zvládnutí této metody je jedním ze základních předpokladů úspěšnosti při působení na klienta s těžkým zdravotním postižením.

### **Snoezelen**

Často využívanou netradiční, podpůrnou a psychoterapeutickou metodou v centru v rámci bazální stimulace je „snoezelen“. „Snoezelen“ je speciálně vybavená místnost, pro kterou mají pracovníci centra různá pojmenování („pohádka“, „psychorehabilitační místnost“, „bílý pokoj“...). Tato místnost slouží především pro prenatální a senzomotorickou terapii jedinců s těžkým zdravotním postižením, kteří mají problémy s vnímáním a prožíváním tohoto světa. Svým technickým vybavením a zařízením slouží k provádění obou terapií.

Ve „snoezelenu“ pracovníci centra poskytují již několik let nejrůznější typy terapií především těžce postiženým dětem, ale často je využíván i pro jiné cílové skupiny jako například rodiče postiženého dítěte v rámci rodinné terapie či relaxace. Osvědčilo se také využití této místnosti k navázání prvního kontaktu pracovníků centra s postiženým dítětem a jeho rodiči. Je to velmi příjemné prostředí, kde se cítí dobře nejen dítě, ale i rodiče, kteří jsou tak otevřenější, sdílnější a vnímavější.

Základem této místnosti je vodní lůžko s pevným ochozem a přístupné několika schůdky. Topení lůžka je řízené termostatem, který udržuje teplotu vody v matraci mezi 25-30 °C. Jsou zde vytvořeny vhodné podmínky pro **prenatální terapii**. Vodní lůžko vyhřívané na teplotu plodové vody, vhodně nasvícená místnost, příjemná hudba nebo nahrávka tlukotu srdce umožní u těžce postiženého dítěte navodit prožívání prenatálního období života. Připadají si jako u maminky v bříšku a u některých dětí se navozují fyziologické reflexy z kojeneckého období.

Vodní lůžko hraje také velkou roli při přenosu zvuku a hudby, protože jsou k tomuto účelu zabudovány reproduktory v ochozu lůžka. Audiovizuální technika je

ovládána z hlavního panelu pedagogem nebo z panelu umístěného na ochozu lůžka, který může ovládat sám klient.

Místnost je účelně vybavena také pro **senzomotorickou terapii**. Pro stimulaci sluchového vnímání je místnost vybavena hi-fi soupravou. Ke stimulaci vizuálního vnímání slouží dva základní projektory, které promítají na zeď nejrůznější světelné efekty. Dále je místnost vybavena bodovými světly různého zabarvení, UV světlem, zrcadlovou koulí, dotykovou koulí, dutými vlákny nasvícenými UV zářivkou, olejovou lampou, bublajícím vodním válcem. Místnost je doplněna zrcadlovou stěnou, která slouží k sebezpozorování či nápodobě. Vedle uvedených podnětů jsou v místnosti ještě nejrůznější hračky a pomůcky, které jsou využívány k rozvoji dítěte. Místnost je tak optimálně vybavena pro zprostředkovávání podnětů somatických, vibračních vestibulárních orálních, akustických, vizuálních i taktilně haptických.

### **Dětská masáž**

Další z terapií, které jsou prováděny v centru v rámci bazální stimulace, jsou dětské masáže. K provádění dětské masáže je využívána převážně příjemná atmosféra psychorelaxační místnosti – „snoezelenu“. Před započítím masáže terapeut místnost příjemně nasvítí bodovými světly (popřípadě svíčkami) a pustí relaxační hudbu. Dítě si položí na vyhřáté vodní lůžko, na kterém je rozprostřena osuška nebo si dítě napolohuje na své tělo. Při masážích se osvědčilo používání olivového oleje, do kterého je přidáno několik kapek vonné esence. Při dětské masáži se jedná o jemné hlazení, takže masáží nelze dítěti ublížit. Pracovnice centra provádí buď masáž celého těla, nebo jen některých jeho částí – záleží na tom, k čemu má masáž sloužit. Po ukončení masáže je dítě zabaleno do osušky a nechává se v klidu relaxovat při tiché hudbě.

Dětské masáže lze provádět i v jakékoliv jiné místnosti, která má příjemnou teplotu tak, aby dítě mohlo být svlečené. Také by měla být místnost zbavená rušivých podnětů. Mají-li rodiče zájem, provádí speciální pedagog masáže také přímo u nich doma. Jestliže má matka postiženého dítěte zájem, může si i ona sama na sobě vyzkoušet účinky masáže a v případě zájmu se tuto techniku sama naučit a provádět ji u svého dítěte doma. Pracovnice centra využívají tuto techniku u klientů poměrně často. Při ní jsou postiženému jedinci zprostředkovány podněty, které mu umožňují vnímat své vlastní tělo a jeho jednotlivé části. Klienti přijímají tuto terapii velmi pozitivně především proto, že následkem bývá velké uvolnění a zklidnění.

### **Polohování**

Jak již bylo zmíněno, důležité nejen při provádění masáží, ale i v běžných denních situacích je důležité polohování dítěte. K polohování pracovníci centra využívají vodní lůžko, polohovací válce a vaky, velké míče, speciální polohovadlo, speciální polohovací židle apod.

Při správném napolohování dítěte dochází k uvolnění svalstva a ke snížení spasticity. Pro dítě je příjemná poloha nutností ke zvládnutí nových pohybových dovedností a některé vhodně zvolené polohy umožňují více vizuálně vnímat dění v jeho okolí (Jebavá, 1994).

### **Muzikoterapie**

Další z často využívaných terapií u dětí s těžkým postižením v centru je muzikoterapie. Hudba je využívána často jako doprovod při jiných formách terapií (masáže, míčkování...). Při muzikoterapii se snaží využívat všechny dostupné prostředky, kterými lze na dítě působit a stimulovat tak jeho vnímání. Je využívána reprodukováná hudba (relaxační, rytmická...), zpěv terapeuta, přírodní zvuky, různé hudební nástroje (bubínky, ozvučná dřívka, triangl...) melodické hrací strojky podpořené vibracemi, hra na tělo apod. Děti se na hudebních aktivitách sami dle svých schopností aktivně podílí (například vytvářením či napodobováním různých zvuků, hrou na tělo...) nebo jen pasivně přijímají nabízené zvukové podněty.

### **Aromaterapie**

V rámci zprostředkovávání bazálních senzomotorických podnětů je často v centru využívána aromaterapie. Pracovnice centra využívají působení vůní většinou jako doplněk k vytvoření příjemného prostředí. Při práci s klienty často využívají účinek aromalampy s vonnými esencemi. Vonné esence přidávají také v malém množství do olejů při provádění dětských masáží.

### **Míčkování**

Metoda míčkování je v centru používána u dětí s těžkým i lehčím stupněm postižení. U dětí je tato metoda využívána nejčastěji jako zklidňující a relaxační prostředek. Při této formě je důležitý výběr vhodného prostředí bez rušivých prvků. Pro navození příjemné atmosféry je využíváno psychorelaxační místnosti, která je příjemně

osvětlená bodovými světly nebo svíčkami, provoněná pomocí aromalampy vonnými esencemi a zvukovou kulisu tvoří tichá relaxační hudba.

U některých klientů je míčkování vhodným podnětem, pro vnímání vlastního těla a jeho jednotlivých částí. Aby bylo podnětů pro vnímání těla více, jsou při míčkování využívána jednoduchá říkadla, ve kterých se jednotlivé části těla objevují. Je možné klientovi tyto části těla také pojmenovávat (Jebavá, 1994).

Klienti, kteří jsou motoricky schopnější, se již sami snaží zacházet s míčkem a masáž jednotlivých částí těla zkouší napodobovat. V tomto případě lze nenásilnou formou cvičit úchop a rozvíjet motorické schopnosti.

## **5.2. Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku**

### **5.2.1. Charakteristika a specifické zaměření Speciální školy pro žáky s více vadami v Blansku**

Speciální škola pro žáky s více vadami zahájila svoji činnost v lednu roku 1992 v rekonstruované, bezbariérově upravené budově bývalých jeslí na Žižkově ulici v Blansku.

Tato škola zabezpečuje výchovu a vzdělávání pro těžce zdravotně postižené děti s kombinací dvou nebo více vad, z nichž dominantní je mentální postižení. Žáci jsou rozděleni podle stupně mentálního postižení do pěti tříd. Děti předškolního věku navštěvují třídu speciální MŠ, která je součástí školy. Děti školního věku jsou zařazeny do tříd zvláštní školy (1 třída), pomocné školy (2 třídy) a rehabilitačních tříd pomocné školy (2 třídy).

Výchovně vzdělávací činnost je zde založena na individuálním vzdělávacím programu pro každé dítě a je realizována kvalifikovanými pracovníky.

Kromě denní docházky nabízí škola dětem ze vzdálenějších lokalit možnost týdenního pobytu v rámci internátu. Pro děti, jež denně dochází, je zřízena školní družina.

Ve školní budově je vybudována moderní rehabilitace, kde s dětmi cvičí erudované fyzioterapeutky z privátní ortopedické ambulance. Na přípravě dlouhodobých plánů, podle nichž toto cvičení probíhá, externě spolupracují dětský neurolog a rehabilitační lékař.

Komplexní péči o žáky doplňuje individuální logopedická péče, realizovaná školním logopedem. Škola má vlastní keramickou dílnu a výtvarný ateliér, kde je realizována ergoterapie a arteterapie.

V případě potřeby mohou zaměstnanci školy a rodiče dětí navštěvujících speciální školu využít služeb pracovníků SPC, kteří sídlí v budově školy.

### **5.2.2. Využití bazální stimulace u žáků v rehabilitačních třídách**

Rehabilitační třídy pomocné školy byly zřízeny proto, aby poskytovaly vzdělávání žákům s těžkým a hlubokým mentálním postižením a žákům s více vadami.

Těžiště práce spočívá v komplexním speciálně pedagogickém působení na tělesný a psychický rozvoj žáků, spojeném s důsledným respektováním jejich individuálních zvláštností a potřeb. U těchto žáků nelze reálně počítat s osvojením trivia. Jejich vzdělávání spočívá především v rozvíjení jejich schopností orientovat se v okolním světě a v časových a prostorových dimenzích jejich života, v utváření a rozvíjení komunikačních dovedností, které jim umožní navázat kontakt s jejich okolím a v rozvíjení jejich pohyblivosti. Konečným cílem je zlepšení kvality jejich života. Do popředí vystupuje týmová práce speciálního pedagoga, logopeda, psychologa, rehabilitačních pracovníků a odborných lékařů.

Vzdělávání těžce postižených jedinců je velmi náročné z hlediska všech zúčastněných osob, vzhledem k nutnosti stálého hledání adekvátních postupů a metod. Při vzdělávání žáků rehabilitačních tříd nelze často uplatňovat běžné didaktické metody, a proto jsou využívány některé netradiční metody, jako nezbytná součást stimulačních technik u postižených jedinců.

Velkou výhodou žáků školy je, že oproti klientům centra, kteří centrum navštěvují maximálně 1x týdně, je působení odborníků na těžce postiženého žáka téměř každodenní záležitostí.

#### **Bazální stimulace**

U žáků v rehabilitačních třídách je využívána mimo jiných metod práce také bazální stimulace, jako jedna z možností zprostředkování základních somatických, vibračních, orálních, akustických, vizuálních, vestibulárních a taktilně haptických podnětů. Pomocí této stimulace je těžce postiženým žákům umožněna interakce s okolím.

Pro tyto činnosti pedagogové využívají buď psychorelaxační místnost – „snoezelen“, která se nachází v budově školy, nebo prostředí třídy, která je k těmto účelům přizpůsobená svým umístěním a vybavením. Třída je prostorná, rozčleněná na pracovní a relaxační koutky. Ve třídě je umístěna ohrádka se zavěšenými předměty na rozvoj úchopu,

zvukové a zrakové stimulace, kuličkový bazén, polohovací klín, polohovací vaky, válce a míče, speciální polohovací židle a stoly, zrcadla, gumové a molitanové podložky, zvedák pro imobilní žáky apod. Nedílnou součástí vybavení je velké množství pomůcek, které slouží k rozvíjení všech oblastí u žáků s těžkým zdravotním postižením.

Součástí třídy je tzv. individuální pracovna, která zajišťuje klidné a ničím nerušené prostředí pro individuální výchovně vzdělávací činnosti a terapie.

V rámci bazální stimulace jsou ve speciální škole využívány různé netradiční, podpůrné a terapeutické metody, které jsou nezbytnou součástí výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitačních třídách.

### **Fyzioterapie**

Jednou z terapií, která je uplatňována při výuce v rehabilitačních třídách, je fyzioterapie. Tato forma terapie je prováděna erudovanými fyzioterapeutkami, které s žáky ve škole cvičí. Vhodná cvičení pro každého žáka doporučuje rehabilitační lékař a neurolog. Při rehabilitaci je u těchto žáků používána Vojtova metoda, Bobathova metoda, parafinové zábaly, vířivé a perličkové koupele. Pedagogové jsou instruováni fyzioterapeutkami o možných cvičeních, které mohou s dětmi v rámci výuky provádět samostatně.

### **Polohování**

Vzhledem k tomu, že žáci ve škole tráví celé dopoledne, je zapotřebí u nich častěji střídat polohy, protože v důsledku svého motorického postižení sami nejsou schopni tuto změnu poloh realizovat. Proto musí všichni pedagogové, kteří ve třídě zajišťují výuku, ovládat metodiku správného polohování a vhodné pomůcky, kterých lze při polohování využívat. Každé dítě má svou speciální židli, která se dá napolohovat. Aby dítě pouze nesesedělo, využívají pedagogové různé formy polohování a k tomu vhodné pomůcky – polohovací vaky, válce, vodní lůžko apod. Změny poloh mají význam nejen relaxační, ale při správně zvolené poloze dochází u žáka k lepší motorické aktivitě či lepšímu vnímání dění v okolí. Velmi oblíbenou a účinnou netradiční metodou je polohování žáka na psovi – viz. canisterapie.

### **Snoezelen**

Pedagogové z rehabilitačních tříd velmi oceňují, že mají možnost využívat snoezelen při výchovně vzdělávacím procesu u žáků s těžkými formami postižení. Této místnosti se využívá především pro senzomotorickou terapii. Podrobnosti o vybavení jsou popsány v předchozí kapitole u činností ve „snoezelenu“ v SPC.

V této místnosti, na rozdíl od běžného prostředí, nejsou smysly zaměstnávány komplexně. To je velmi důležité právě u těchto žáků, kteří často nejsou schopni dostatečně vnímat více podnětů zároveň. Zde má možnost nabízet pedagog žákům smyslové podněty selektivně a současně redukuje podněty zbytečné.

„Snoezelen“ navštěvuje pedagog s dítětem dle potřeby (ve škole není stanovený přesný řád návštěv). Kromě zprostředkovávání bazálních podnětů, které přispívají k rozvoji vnímání postiženého žáka, je příjemné atmosféry této místnosti využíváno také k provádění různých terapií, které jsou používány za účelem zklidnění, uvolnění a relaxaci.

### **Canisterapie**

Již několik roků je ve škole realizována canisterapie, která je u těžce postižených dětí velmi oblíbenou a účinnou netradiční metodou. Pro canisterapii je využívána fena Maggie a pes Andy. Oba psi s průkazem původu plemene Flat coated retriever, byli vybráni především pro svou vhodnou velikost a citlivou bezproblémovou povahu. Posouzení vhodnosti psů a test povahy provedl speciální kynolog.

Původní projekt byl později rozšířen o metodu individuálního polohování. Formou pokládání dítěte na psa nebo mezi psy dochází k postupnému uvolnění dítěte, což je velmi výrazně patrné např. u spastických dětí. Tato metoda je prováděna buď individuálně, nebo ve skupince 3 – 4 dětí. Využití canisterapeutického psa má pro postižené dítě nesmírný význam především pro rozvoj motorických a rozumových schopností a velmi ovlivňuje citový vývoj postiženého dítěte. Pro zvýšení efektu je nutná pravidelnost. V neposlední řadě je to práce týmová, při které úzce spolupracují kynolog, speciální pedagog a canisterapeut.

Ve škole jsou využívány všechny formy této terapie – hra, rozvoj motoriky s atributy rehabilitační péče, polohování a relaxace.

Pedagogové ve speciální škole mají již několikaletou zkušenost s působení psa na dítě s těžkým postižením. Pro ilustraci uvádím, některé činnosti canisterapeuta a jejich vliv na dítě s těžkým kombinovaným postižením:



- polohování, relaxace : je založeno na přímém fyzickém kontaktu dítěte a psa
- nonverbální vnímání a komunikace : ohmatávání vibrací při vrčení, štěkání, vnímání plochou těla jak pes, u nemluvicích dětí přispívá k nonverbálnímu kontaktu a komunikaci  
dýchá, pofoukání tlapky, rozfoukávání srsti
- citová složka : rozvíjí něžnost, pocit jistoty, přičylnost
- nácvik koncentrace : pozorování psa, čekání na jeho reakce, stabilita těla
- rozvoj orientace v prostoru : ovládání těla v prostoru, pohybová orientace
- jemná motorika : stimulace dotykem, úchop, upuštění, podávání, rozevírání sevřené dlaně
- hrubá motorika : stimulace k pohybu, jsou využívány konkrétní možnosti rozvoje vzpřimovacích, rovnovážných a obranných reakcí

### **Muzikoterapie**

V rehabilitačních třídách je muzikoterapie zařazována každý den v pravidelnou dobu a patří k oblíbeným aktivitám. Pedagogové mají zaveden ranní rituál, kterým každý den začínají výuku v rehabilitační třídě.

Po příchodu všech žáků zazvoní zvoneček, skupina se přivítá dle schopností žáků – pozdrav, zamávání, úsměv.

S každým žákem je navázán oční a tělesný kontakt – podání ruky, pohlazení, pohled do očí, vysloví se jméno dítěte.

Pro navození potřebné atmosféry je vytvořeno příjemné prostředí – přítmi, aromalapa s vonnou esencí nebo svíčka.

V rámci tohoto rituálu probíhá každý den muzikoterapie. Využívány jsou obě formy muzikoterapie aktivní (žák aktivně vytváří hudbu, zvuky...) i receptivní (žák je posluchačem hry na hudební nástroje, zpěvu, relaxační hudby...).

Aktivní muzikoterapie spočívá v tom, že pedagog hraje na harmonium a zpívá, žáci a druhý pedagog ho doprovází vytvářením různých zvuků buď vlastním tělem a hlasem (hra na tělo, vydáváním různých zvuků,...) nebo hudebními nástroji jako je například zvonkohra, tibetské bubínky, ozvučná dřívka, chrastítka apod. Každé dítě je do těchto činností aktivně zapojeno. Tato aktivní forma muzikoterapie se u těžce postižených dětí osvědčila, děti ji mají velmi rády. Výsledkem bývá pozitivní naladění celého kolektivu na dopolední výuku.

### **5.3. Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích**

#### **5.3.1. Charakteristika a specifické zaměření stacionáře Emanuel v Boskovicích**

Oblastní charita Blansko provozuje od roku 1994 v Boskovicích denní stacionář Emanuel, který poskytuje péči 12 dětem ve věku od 3 do 19 let. Zařízení je zcela specifické svým charakterem, protože poskytuje péči dětem, které trpí těžkým mentálním postižením, u některých z těchto dětí je přidruženo také těžké tělesné a smyslové postižení. Všechny z těchto dětí jsou vzhledem k vážnosti svého mentálního postižení a obtížně zvládnutelné komunikaci osvobozeny od povinné školní docházky a jejich vzdělávání je zajištěno formou individuální výuky. V tomto směru pracovníci zařízení úzce spolupracují se Speciálně pedagogickým centrem v Blansku, které je pověřeno KÚ v Brně zajišťovat pro klienty osvobozené od povinné školní docházky individuální výuku. Ta je realizována speciálním pedagogem SPC, který do stacionáře pravidelně zajíždí. Dle potřeby využívá stacionář také péče logopeda a psychologa SPC.

Výchovně vzdělávací činnosti jsou založeny na individuálním výchovně vzdělávacím programu pro každé dítě a jsou realizovány kvalifikovanými odborníky. Speciální pedagog Speciálně pedagogického centra v Blansku tyto vzdělávací programy sestavuje. Při sestavování plánů pro jednotlivé děti se vždy vychází z kvalitní diagnózy, z psychických a fyzických schopností dítěte a podmínek, ve kterých jsou činnosti realizovány.

Při působení na rozvoj těžce postižených klientů stacionáře je nutná především týmová spolupráce všech zainteresovaných – speciální pedagog, psycholog vychovatel a v neposlední řadě také rodič. Všichni, kteří se podílejí na poskytování péče klientům stacionáře, jsou seznámeni s jejich postižením a možnostmi jejich rozvoje a snaží se společně hledat cesty, jak jejich celkovému rozvoji napomáhat a umožnit klientům s těžkým postižením prožívat plnohodnotný a šťastný život.

Při práci s dětmi v denním stacionáři Emanuel je kladen důraz především na:

- sociální adaptibilitu.
- získání co nejvyšší míry v sebeobsluze.
- upevňování základních hygienických návyků.

Děti se snaží dle jejich schopností zapojovat do všech činností a klienti, kteří jsou toho schopni, jsou zapojováni do pracovních činností při zajišťování chodu stacionáře. Snahou pracovníků stacionáře je, aby ti schopnější klienti pomáhali podle svých možností ostatním (např. pomoc při oblékání, obsluha u stolu apod.).

V rámci socializace se děti zúčastňují i různých kulturních a sportovních aktivit (divadelní představení, sportovní hry, hudební festivaly, psychorehabilitační pobyty).

Vedle standardní péče je dětem poskytována rehabilitační terapie, speciální pedagogická výchova, logopedie, canisterapie, doprava do zařízení a zpět domů.

Při rozvíjení těžce postižených jedinců je kladen ve stacionáři důraz na jednotné výchovné působení. Vzhledem k těžce postižené klientele se pracovníci stacionáře snaží získávat informace o nových metodách práce, a ty potom v praxi využívají.

Jednou z metod, která má v praxi ověřené pozitivní účinky při rozvoji klientů s těžkým postižením je bazální stimulace. Teoretické poznatky pracovníci stacionáře získávají postupně z odborné literatury, na seminářích a při stážích na pracovištích, kde je bazální stimulace využívána.

### **5.3.2. Využití bazální stimulace u klientů s těžkým zdravotním postižením**

#### **Snoezelen**

Účelem této místnosti je celkové uvolnění klientů, kteří tady tráví velkou část volného času, zejména pak ti s nejtěžším postižením. „Snoezelen“ je vybaven vodním lůžkem, které je vyhříváno na určitou teplotu. Děti mohou prožít období prenatalního života, připadají si jako u maminky v bříšku, a také se v tomto prostředí u některých z nich poprvé navozují fyziologické reflexy z kojeneckého období. Dochází tak k rozvoji motorických funkcí. Nezbytnou součástí je audiovizuální technika.

Pro sluchové vnímání je zde hi-fi souprava pro poslech hudby. Výběr hudby je pro každého klienta individuální. Využívá se hudba relaxační, rytmická, ale také různé zvuky z přírody apod. Vizuální vnímání je stimulováno dvěma projektory, které promítají na zeď nejrůznější barevné světelné efekty. Vedle uvedených podnětů poskytují pracovníci dětem stimulaci také pomocí různorodého materiálu, kterým je místnost vybavena (např. kamínky, kmen stromu, velké kulaté zrcadlo, kožešiny). Pobytu ve „snoezelenu“ je doplňován aromaterapií.

### **Aromaterapie**

Aromaterapie je využívána u klientů při masážích, koupelích a formou inhalací. Při inhalacích je využívána aromalampa s vonnými esencemi. Ta se využívá nejen ve „snoezelenu“, ale i ve společné místnosti, kde vhodně zvolené vůně navozují velmi příjemnou atmosféru. Příjemně provoněná místnost vonnými esencemi má velmi zklidňující účinky. U některých klientů se provádějí koupele nohou v masážních bublinkových vaničkách, do kterých jsou vonné esence přidávány a klienti mají tyto koupele ve velké oblibě. Nejenže tato koupel přispívá ke stimulaci dolních končetin, ale má také relaxační a zklidňující účinky (Nováková, Šedivý, 1996).

### **Muzikoterapie**

V rámci muzikoterapie jsou ve stacionáři využívány obě dvě její formy- aktivní i pasivní. Každé působení hudbou, které je ve stacionáři často využíváno, je cíleně promyšlené. Klienti jsou aktivně zapojováni do hudebně pohybových činností, rádi zpívají a hrají sami dle svých schopností na jednoduché hudební nástroje. Tyto činnosti jsou zařazovány do programu každý den v rámci ranního rituálu při setkání všech klientů.

Ke zklidnění a navození příjemné atmosféry je využíván především poslech relaxační hudby. V rámci muzikoterapie ve stacionáři používají vychovatelé také některé nástroje a techniky, které jsou v běžné praxi méně známé. Jde především o africké bubny a didgeridoo.

### **Africké bubny**

Pravidelný rytmus doprovázený zvukem bubnu, který se dá modulovat, dokáže být pro dítě velmi příjemným zážitkem. Zpočátku terapeut udává rytmus a intenzitu bubnování, avšak ve chvíli, kdy si dítě najde svůj rytmus, určuje si dále vše samo. Dochází ke koncentraci a uvolnění. Dítě a terapeut jsou jakoby „naladěni na stejnou vlnovou délku“.

### **Didgeridoo**

V případě využití tohoto nástroje australských domorodců je dítě zpočátku pasivním posluchačem. Terapeut v místnosti s vhodnou akustikou nejprve sám hraje, později se dítě připojí, a začne si spokojeně broukat nebo přímo zpívat. Tuto činnost si oblíbily především hyperaktivní děti.

### **Polohování**

U klientů stacionáře, kteří jsou těžce tělesně postiženi, je nezbytně nutné provádět často v průběhu dne změny poloh. Jednak se u ležících klientů zabrání vzniku dekubitů (proleženin), ale především proto, že každá změna polohy má vliv na rozvíjení některých jeho schopností, především motorických. K polohování je stacionář vybaven některými vhodnými pomůckami. Oblíbený u dětí je kuličkový bazén, velké rehabilitační míče a válce, dále také polohovací vak. Všichni pracovníci znají základní pravidla při polohování.

### **Dětské masáže**

Dětské masáže jsou využívány ve stacionáři poměrně často. Slouží především ke zklidnění některých hyperaktivních dětí, které masáž často samy vyžadují. Dotek a tedy přímý kontakt s vychovatelem jim dělá velmi dobře, dochází rovněž k prohlubování vzájemného vztahu.

### **Říkaneky**

Tuto součást bazální stimulace mají všechny děti ze stacionáře ve zvláštní oblibě. Jedná se o soubor říkanek, které jsou zaměřeny na celé tělo. Začíná se od hlavy a vše se zakončí říkankou o nohách. Říkaneky jsou doprovázeny různorodými materiály, kterými terapeut dítě hladí. Je naprosto úžasné, jak si děti s těžkým mentálním postižením pamatují přesný sled říkanek a dokážou patřičně reagovat na případné pochybení terapeuta. Smyslem této činnosti je, aby si děti uvědomovaly nejen svoje tělo jako celek, ale právě tu část těla, které se konkrétní říkanka přímo týká.

## **6. Srovnání sledovaných zařízení**

Jak jsem již uvedla, k seznámení s praktickým využitím bazální stimulace jsem zvolila tři různá zařízení na Blanensku, která se věnují péči o těžce postižené děti a mládež.

Dvě z těchto zařízení jsou státní - Speciálně pedagogické centrum Blansko a Speciální škola pro žáky s více vadami Blansko. Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích je organizace nezisková.

Při srovnávání získaných poznatků o těchto zařízeních jsem došla k závěru, že dvě státní zařízení (SPC a Speciální škola) těží při využívání metody bazální stimulace z dobrého materiálního zajištění. Další jejich výhodou je také dostatek finančních

prostředků na další vzdělávání pracovníků v dané oblasti, což zásadně ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb.

Za značnou nevýhodu při využívání metody bazální stimulace v těchto dvou zařízeních však považuji vysoký počet klientů, jelikož pak není možné věnovat se všem v dostatečné míře (využívání snoezelenu).

Ačkoliv v zařízení Emanuel jsou pro využívání metody bazální stimulace rovněž dobře materiálně vybaveni, prostředků pro další vzdělávání pracovníků je nedostatek. Ten je však vyvážen velkým zájmem pracovníků o tuto novou oblast, což se projevuje především v jejich samostudiu, častými diskusemi a vzájemným předáváním si nových poznatků.

Velkou výhodou zařízení Emanuel je poměrně malý počet klientů. Nenastávají zde tedy problémy s prostorem (snoezelen) či nedostatkem času ze strany poskytovatelů věnovat se klientům individuálně.

Přestože má každé z uvedených zařízení jinou náplň činností, daří se jim navzdory různým podmínkám dosahovat cíle, který si při využívání technik bazální stimulace stanovily. Tímto cílem je v co možná nejvyšší míře dosáhnout spokojenosti každého klienta a posunu v jeho osobnostním rozvoji.

## **7. Výběr a popis subjektů**

Ve své práci jsem se zaměřila na klienty s mentálním a tělesným postižením, kteří navštěvují sledovaná zařízení. Ve spolupráci s pracovníky zařízení byly pro výzkum pečlivě vybrány celkem 3 subjekty, a to s ohledem na závažnost jejich postižení, aby bylo u nich možné následné srovnání účinnosti metody bazální stimulace. Jelikož jsem se zaměřila na kvalitu, nikoliv na kvantitu, jsou kazuistiky podrobné a propracované do hloubky (zvláště pak popis pozorování jednoho ze subjektů).

Ve snaze o ucelený pohled na dané téma jsem v této práci volila pro dotazníkovou metodu a rozhovory tytéž zařízení. Na otázky v dotaznících písemně odpovídalo 25 pracovníků z výše uvedených zařízení a se třemi pracovníky jsem vedla rozhovor. Z každého zařízení jsem si pro rozhovor vybrala jednoho pracovníka, který měl největší zkušenosti s využitím bazální stimulace v praxi.

## 8. Metody získávání dat a jejich vyhodnocení

Jak již z výše uvedeného vyplývá, při svém výzkumu jsem využívala metodu pozorování jednotlivých subjektů a následné porovnání kazuistik, které mi byly v daném zařízení poskytnuty pro využití v mé práci.

Dalšími metodami, které mi umožnily získávat potřebná data, byly dotazník a rozhovor.

Z těchto materiálů je zřejmé, jak je metoda bazální stimulace praktikována a jak je účinná. Pečlivě jsem sledovala, jak zařízení v rámci bazální stimulace s klienty pracuje, a jakým způsobem na tento způsob práce sami klienti reagují. Pro svoji orientaci a lepší pochopení kontextu celého zařízení jsem se průběžně zajímala i o ostatní metody, které jsou v daném zařízení využívány.

K velmi cenným poznatkům a k utřídění již získaných informací mi výrazně pomohly konzultační hodiny s ředitelkou Institutu bazální stimulace ve Frýdku-Místku, paní PhDr. Karolínou Friedlovou.

### 8.1. Dotazník – vyhodnocení

Dotazník k nahlédnutí se nachází v příloze č. 1

#### Vyhodnocení dotaznickové metody

##### Věk klientů:

- děti
- dorost
- dospělí

##### Cílová skupina:

- lidé s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným

##### Záznamy o prováděné metodě – pracovníci (tab. č. 1):

- ano – všechna zmíněná pracoviště si vedla záznamy o prováděné metodě

##### Záznamy o prováděné metodě – rodinní příslušníci (tab. č. 1):

- ne

##### Počet pracovníků v zařízení provádějící metodu bazální stimulace (tab. č. 1):

- Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích 30%
- Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku 20%
- Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku 10%

Tab. 1: Základní údaje o zařízeních provádějících bazální stimulaci

Zařízení	Počet klientů	Forma organizace	Záznamy o prováděné metodě	Záznamy vedené rodiči	Počet pracovníků provádějící metodu BS
SPC	300 za rok	Státní zařízení	Vedli	0	2
Emanuel	15	Nezisková organizace	Vedli	0	3
Speciální škola	6 v jedné třídě	Státní zařízení	Vedli	0	2

Vysvětlivky k zařízením:

**SPC** – Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku

**Emanuel** – Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích

**Speciální škola** – Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku

#### Doba používání metody bazální stimulace v jednotlivých zařízeních:

- 3 – 6 let

#### Odezvy rodičů na metodu bazální stimulace (tab. č. 2):

- pozitivní
- neutrální

Tab. 2: Hodnocení metody bazální stimulace rodiči

Zařízení	Pozitivní	Neutrální	Negativní
SPC	56	19	0
Emanuel	15	0	0
Speciální škola	7	3	0

#### Metody bazální stimulace a jiné terapeutické metody, které jednotlivá zařízení používají (tab. č. 3):

- iniciální dotek (3)
- polohování „hnízdo“ (3)
- polohování „mumie“ (3)
- kontaktní dýchání (2)

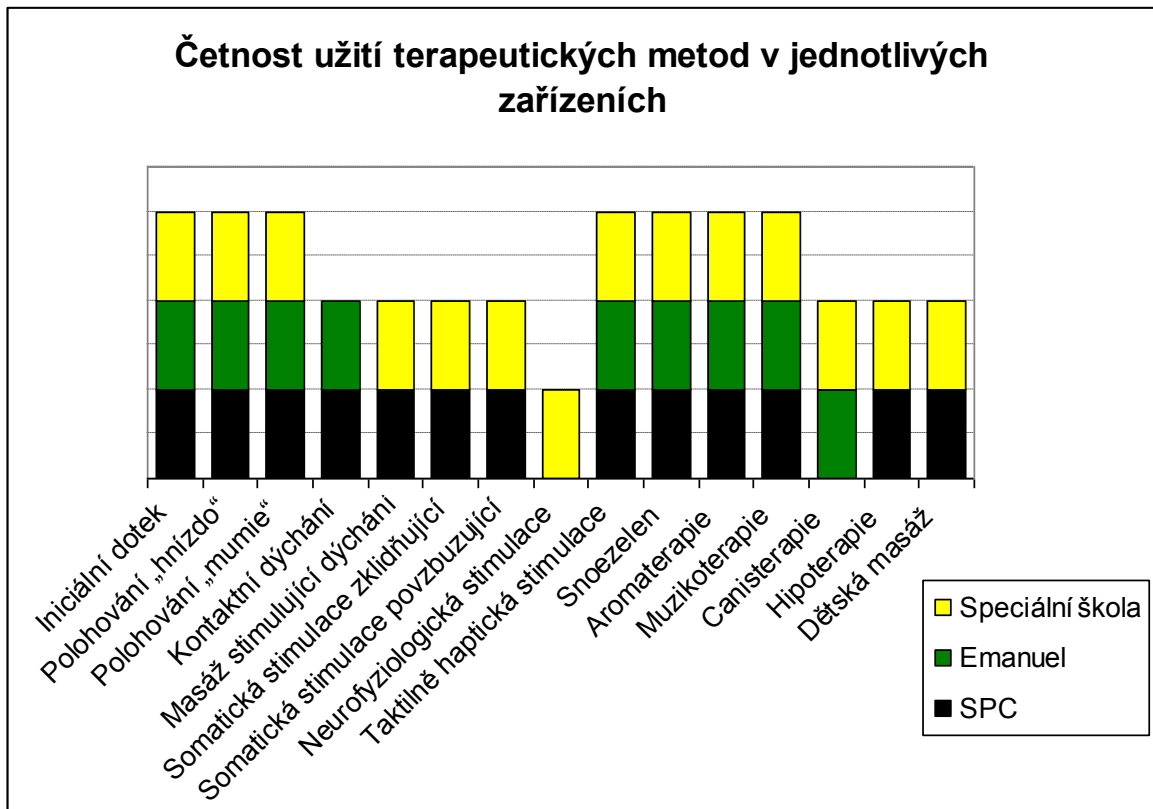


- masáž stimulující dýchání (2)
- somatická stimulace zklidňující (2)
- somatická stimulace povzbuzující (2)
- neurofyziologická stimulace (1)
- taktilně haptická stimulace (3)
- Snoezelen (3)
- aromaterapie (3)
- muzikoterapie (3)
- canisterapie (2)
- hipoterapie (2)
- dětská masáž (2)

(v závorkách jsou uváděné počty zařízení provádějící danou metodu bazální stimulace)

Tab. 3: Použití technik bazální stimulace jednotlivými zařízeními (+ ANO/- NE)

Techniky BS	SPC	Emanuel	Speciální škola
Iniciální dotek	+	+	+
Polohování „hnízdo“	+	+	+
Polohování „mumie“	+	+	+
Kontaktní dýchání	+	+	-
Masáž stimulující dýchání	+	-	+
Somatická stimulace zklidňující	+	-	+
Somatická stimulace povzbuzující	+	-	+
Neurofyziologická stimulace	-	-	+
Taktilně haptická stimulace	+	+	+
<b>Terapeutické metody</b>			
Snoezelen	+	+	+
Aromaterapie	+	+	+
Muzikoterapie	+	+	+
Canisterapie	-	+	+
Hipoterapie	+	-	+
Dětská masáž	+	-	+



### Jaké viděli nedostatky u bazální stimulace? Co by vylepšili?

V jednom ze sledovaných zařízení nebyl snoezelen vybaven zcela dle představ pracovníků. Dostatečným vybavením této místnosti by se dle jejich soudu úroveň poskytované služby podstatně zlepšila.

Ve druhém zařízení nebyl zatím personál pro nedostatek finančních prostředků odpovídajícím způsobem vyškolen. V rámci stávající situace však výrazné nedostatky nespatořoval.

Ani v jednom ze zařízení pracovníci využívání metody bazální stimulace nehodnotili negativně, snad by jen uvítali větší množství času, který si tato metoda vyžaduje.

### S jakou odezvou se setkávali při používání bazální stimulace? Jaké jsou reakce jejich klientů na bazální stimulaci?

Odezvy všech pracovníků byly pozitivní a většina z nich se shodla na tom, že bazální stimulace je pro klienty příjemnou záležitostí. Při její aplikaci docházelo k navázání důvěrnějšího vztahu mezi klientem a poskytovatelem. Přirovnávali tyto chvíle k naladění se na „stejnou vlnu“ či k tomu, že se „potkali na společné palubě“.

Problémy se zpočátku vyskytovaly u klientů s prvky autismu, protože ne každý z nich byl této metodě přístupný. Přesto si však i většina těchto klientů pobyt ve snoezelenu oblíbila, a to bez kontaktu s pracovníkem nebo pouze s kontaktem minimálním.

Klienti reagovali např. obavami, strachem, nejistotou, ale potom naopak radostí, poddáním se situaci, uvolněním, někteří nebyli přístupní dotekům, preferovali pouze některé z nabízených technik (audio, video, efekty...).

Negativní reakce se postupně proměňovaly v pozitivní, což bylo vždy pro každého pracovníka odměnou, a současně zpětnou vazbou.

Důležitá bývá vhodná volba pracovníka pro bazální stimulaci. Ne každý je totiž schopen tohoto běhu na dlouhou trať (překážkou může být přílišný temperament, nedostatek trpělivosti atd.).

### **Co konkrétně znamená bazální stimulace pro jejich klienty? (možnost vyjádřit negativa i pozitiviva)**

Bazální stimulace se od počátku pro klienty stala oblíbenou a vyhledávanou součástí jejich denního programu. Vlivem využívání této metody se prohloubil vzájemný vztah mezi klientem a pracovníkem. Tím byla pak možná lepší a kvalitnější spolupráce při jiných činnostech a schopnost se na ně soustředit (např. práce ve skupině, která byla do té doby obtížná). Většině klientů se líbí, když se pracovník věnuje určitou dobu jen jim a je tam „pouze pro ně“.

Někteří klienti měli naopak z bezprostředního kontaktu spíše nepříjemné pocity, což platilo zejména pro klienty s prvky autismu či poruchou autistického spektra. Jinak byli vesměs všichni klienti ochotni podstoupit nabízené techniky.

### **Došlo vlivem bazální stimulace ke zlepšení u jejich klientů? Pokud ano, k jakým?**

K postupnému zlepšování celkového stavu u klientů jednoznačně docházelo. Jednalo se např. o zlepšení koncentrace a pozornosti, dále pak o zlepšování psychomotorických schopností.

U hyperaktivních jedinců šlo o jejich výrazné zklidnění.

Rovněž se zlepšily a upevnily vztahy mezi klienty a pracovníky, posílila se vzájemná důvěra a ochota ke spolupráci při méně oblíbených činnostech.

## **Co konkrétně přinesla bazální stimulace jejím poskytovatelům?**

Poskytovatelé bazální stimulace se shodli na tom, že se naučili svým klientům lépe rozumět, a tímto si k nim vytvořili bližší a důvěrnější vztah, např. „pomohla mi ke zlepšení vztahu ke klientovi, kterému jsem dříve nerozuměla“. Úsměv na tváři klienta se stal pro pracovníka velkou odměnou za práci, která jej tak více bavila, např. „Spokojený klient = moje spokojenost = skvělá zpětná vazba, která mi v práci mnohdy chybí.“ Protože se jedná o práci, při které se výsledky projevují až po delší době, mnoho pracovníků se tím učí obrovské trpělivosti. Ti poskytovatelé, kteří se k využívání bazální stimulace stavěli spíše neutrálně, hovořili o ní jako o „příjemné pracovní záležitosti“. Naopak někdo ji označil za „emocionální revoluci mezi terapiemi“ nebo „jsme přisvědčení, že právě koncept bazální stimulace je jedním z pilířů práce právě v rehabilitačních třídách“.

## **8.2. Pozorování - kazuistiky**

Z dlouhodobého pozorování klienta Martina, jak v SPC v Blansku, ve Speciální škole pro žáky s více vadami v Blansku, tak i v rodině, jsem zaznamenala jeho vývoj a pokrok od začátku využívání metody bazální stimulace při práci s ním.

### **Nejprve uvádím krátkou anamnézu pro seznámení s klientem:**

#### **8.2.1. Martin**

Ročník 1997

Chlapec s kombinovaným postižením je klientem SPC v Blansku od roku 2001.

Diagnóza : DMO - diparetická forma, závažné tělesné postižení, těžká až hluboká mentální retardace, epilepsie, sluchová vada

#### **Z rodinné anamnézy :**

Otec nar. 1971, vyučen

Matka nar. 1974, vyučená

Sourozenci – 2 bratři, jeden z nich je Martinovo dvojče.

Rodina úplná, funkční. Rodiče i sourozenci jsou zdraví.

### **Z osobní anamnézy :**

zátěžová, první těhotenství matky, rizikového pro vícečetnost, matka byla od 6. měsíce hospitalizována, narozen jako první z dvojčat v 7. měsíci, PM 45 cm, PH 1075g, po dobu dvou měsíců byl v inkubátoru, kde byl po měsíci kříšen. Od počátku byl jeho celkový vývoj výrazně opoždován.

### **Z psychologického vyšetření :**

Hrubá motorika :

Leze po čtyřech, stojí s oporou, ujde kousek s oporou, zvládne vysoký klek, sedí v židli s oporou – úroveň cca 9 měsíců.

Jemná motorika:

Uchopuje dlaní, hrabavě, s předměty pouze tluče nebo je dává do úst, při manipulaci chybí zraková kontrola – úroveň cca 9 měsíců.

Řeč :

Nemluví, vydává neartikulované emočně podbarvené zvuky, občas se podaří slabika „ba“, úroveň – cca 6 měsíců. Mluvené řeči rozumí jen ve velmi omezené míře – sporadicky reaguje na své jméno, nereaguje ani na jednoduché slovní pokyny – na pokyn nepodává věci, neukazuje.

Sociální chování:

Čistotu neudrží ani nehlásí, není ani vysazován. Při jídle musí být krmen, sám dá občas do pusy kousek tuhé stravy, o jídlo se nehlásí, pije z hrnečku s dopomocí nebo po lžičkách. Sám se nesvléká ani neobléká, občas částečně spolupracuje. Sociální hříčky nezná, občas však na ně dobře reaguje, oblíba v tleskání a pravidelné rytmičce. V klidu autostimulace, v afektu tendence k sebepoškozování. Vděčný za pomazlení, libost či nelibost dává najevo mimikou a vokalizací. Nezájem o dění kolem sebe.

**Adaptivita :**

Při zvukové stimulaci přibližuje předmět k uchu, nebo přikládá ucho k předmětu, sám štěrchá, patrná libost při vydávání silných zvuků (tlučení předměty, velmi hlasitá hudba či různé zvuky). Nízká úroveň adaptivního chování – cca 10 měsíců.

**Závěry z vyšetření :**

Chlapec ve věku 12 let, vývoj retardovaný ve všech složkách vyrovnaně, celková úroveň vývoje chlapce odpovídá max. 12-15 měsícům vývojového věku, hluboká mentální retardace, těžké tělesné postižení, sluchová vada.

Z dlouhodobého pozorování zaznamenaný vývoj klienta Martina a jeho pokrok od začátku využívání metody bazální stimulace:

**Počátky péče o klienta Martina v SPC**

První kontakt s rodinou byl navázán v dubnu 1995, kdy rodiče navštívili sociální pracovníci SPC. Ta rodičům poskytla informace z oblasti sociální pomoci a nabídla jim možnost pravidelných návštěv speciálního pedagoga SPC, který by stimuloval jeho vývoj. Dále jim byla nabídnuta možnost docházky do speciální MŠ. Obě nabídky rodiče zatím odmítli, přislíbili, že se ozvou.

Rodiče se do SPC dostavili až v roce, kdy měl Martin zahájit plnění povinné školní docházky. U chlapce bylo provedeno psychologické vyšetření a byl mu doporučen odklad školní docházky o jeden rok a opět doporučena stimulace speciálním pedagogem, čehož opět rodiče nevyužili. Po dalším roce byl chlapci psychologem doporučen druhý odklad školní docházky. V tomto roce již rodiče využili nabídky centra a chlapci byla poskytována individuální péče speciálním pedagogem zpravidla 1x za 14 dní. Ta byla převážně realizována v SPC, občas formou výjezdů do rodiny. Rodiče nejevili velký zájem o spolupráci, rozvoj chlapce ponechávali na speciálním pedagogovi, celkově bylo prostředí rodiny nepodnětné. Rodiče často nedodržovali ani lékařská doporučení, nejezdili například na rehabilitaci – upřednostňovali návštěvy léčitele, kterému důvěřovali. Pokud ve vývoji u Martina došlo k posunu, věřili, že to je díky působení léčitele.

## Výuka chlapce ve speciální škole

V září 1999 nastoupil na základě doporučení SPC Martin do Speciální školy pro žáky s více vadami v Blansku do rehabilitační třídy, která byla prvním rokem otevřena v nové přístavbě školy. Vzdělávací program rehabilitačních tříd, jeho forma i obsah v této třídě chlapci vyhovovaly. Na žádost rodičů byl Martin ubytován na internátě školy, protože rodiče nemohli zajistit každodenní dopravu Martina do školy.

V průběhu prvního roku školní docházky byl zaznamenán u Martina velký pokrok především v oblasti motoriky, socializace a stravování. Velké zlepšení bylo nejvíce patrné v oblasti motoriky. Martin se dokázal sám postavit, chodit s oporou za jednu ruku, kratší vzdálenost i sám bez opory. Zvládl chůzi do schodů i ze schodů s přidržováním. Sám dokázal sníst svačinu, pít z hrnečku, naučil se přijímat potravu bez větších obtíží a učil se používat lžičku. Udržovat čistotu se nedařilo, potřebu nenaznačoval, nosil pleny.

Na žádost třídní učitelky, která měla podezření, že Martin špatně slyší, absolvoval Martin v roce 2000 vyšetření sluchu, kde bylo zjištěno oboustranné poškození sluchu. Již dříve byl na základě doporučení pracovníků centra na tomto vyšetření, ze kterého rodiče přivezli lékařskou zprávu, že Martinův sluch je v pořádku.

Tato sluchová vada má velký vliv při rozvoji jeho komunikace. Martin nemluvil, vydával hlasité neartikulované zvuky, mluvené řeči rozuměl jen částečně - řeč musela být doprovázena mimikou, gesty, doteky apod. Reagoval na slovo „ne“, na své jméno, někdy otočil hlavu za zvukem, pokud byl výrazný.

Jeho nejoblíbenější činností byla hra na tibetský bubínek, rytmizace písní, jednoduchá říkadla a hříčky spojené s pohybem. Velkým přínosem pro chlapce bylo využívání bazální stimulace. Ta byla realizována někdy ve třídě, převážně však v psychorehabilitační místnosti „snoezelenu“. Zde byla prováděna senzomotorická terapie, muzikoterapie, dětské masáže, polohování apod. Pravidelně chodil na rehabilitaci, logopedii a canisterapii. Velké množství podnětů, které mu byly v průběhu prvního roku školní docházky nabízeny, měly obrovský vliv na jeho rozvoj.

V průběhu druhého roku školní docházky se začaly u Martina projevovat značné problémy v chování. Jednalo se zejména o projevy sebepoškozování a silné záchvaty vzteku, nastaly problémy s přijímáním potravy, často zvracel. Na základě těchto problémů bylo rodičům na konci školního roku doporučeno neurologické a psychiatrické vyšetření. Neurologické vyšetření s Martinem rodiče absolvovali, psychiatrické vyšetření odmítli. Vše bylo konzultováno s dětskou lékařkou Martina, která konstatovala, že vyšetření nejsou

nutná a dle jejího názoru se jedná o citovou deprivaci a reakci na odloučení od rodiny. Dle sdělení rodičů byl Martin doma klidný a problémy, které měl ve škole, se doma údajně neprojeví.

V září opět Martin nastoupil do školy a na internát. Dle sdělení rodičů se o prázdninách žádné problémy nevyskytovaly. Na začátku školního roku ve třídě i na internátě opět docházelo u Martina k projevům sebepoškození, a to většinou v pondělí, v průběhu týdne se relativně zklidnil. Ke zklidnění bylo nutné často využívat zklidňující a relaxační formy terapií (muzikoterapie, dětská masáž...). Málodky se dala zjistit příčina jeho změn v chování, či spouštěcí mechanismus. Jeho chování bylo pravidelně po dobu 14 dnů zaznamenáváno videokamerou a byly pořizovány i písemné zápisy. Tuto situaci bylo nutno řešit s rodiči. Rodičům byly nabídnuty tři varianty řešení. První variantou bylo psychiatrické vyšetření formou hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Druhou variantou bylo ukončení pobytu na internátě, kde byly potíže podstatně výraznější než dopoledne ve škole a denně by rodiče Martina do školy vozili. Třetí varianta byla osvobození Martina od povinné školní docházky se zajištěním individuální výuky speciálním pedagogem centra v rodině či SPC.

Rodiče se rozhodli pro třetí variantu a podali si žádost na Krajský úřad, odbor školství o dočasné osvobození od povinné školní docházky. U chlapce bylo provedeno pracovníky SPC v Blansku komplexní vyšetření (speciálně pedagogické a psychologické) a na jeho základě odbor školství krajského úřadu žádosti o osvobození vyhověl.

### **Individuální výuka chlapce v rodině**

Chlapec přešel do péče speciálního pedagoga SPC, jenž byl pověřen realizací individuální výuky, která po dohodě s rodiči byla realizována 1x za 14 dní.

Speciální pedagog pro Martina vypracoval individuální výchovně vzdělávací plán vycházející z jeho psychických a fyzických schopností. Plán byl zaměřen především na rozvoj motoriky, sebeobsluhy, komunikace, rozumových schopností, myšlení a vnímání. Zpočátku byla tato forma výuky realizována v rodině. Při častějších návštěvách bylo zjištěno, že rodinné prostředí je dosti nepodnětné, nebyla zaznamenána větší ochota spolupracovat se speciálním pedagogem. Bylo patrné, že doporučení některých vhodných činností, které by mohly vést k rozvoji chlapce, rodiče neakceptovali. Jednalo se především o rozvoj motoriky, nácvik stravování a rozvoj vnímání.



Návštěvy speciálního pedagoga v rodině byly změřeny na individuální činnosti s chlapcem a konzultace s matkou. Při návštěvách bylo zjištěno, že negativní projevy chování jsou u chlapce i doma. Bylo obtížné ho čímkoliv zaujmout, na nabízené podněty reagoval zvýšenou agresivitou, sebepoškozováním, křikem. Matka nakonec přiznala, že tyto projevy jsou u chlapce časté. Po několika návštěvách v rodině, které neměly dostatečný efekt, a nedařilo se s chlapcem navázat potřebný kontakt a spolupráci, bylo s rodiči dohodnuto, že se změní prostředí a způsob působení na chlapce. Byly tedy dojednány návštěvy rodičů s chlapcem v centru, kde bude možné využívat dostatečného vybavení k provádění různých stimulačních a relaxačních činností.

### **Realizace bazální stimulace a její přínos pro chlapce**

Pravidelné návštěvy Martina v centru byly pro chlapce velkým přínosem hlavně z hlediska navození jeho psychické pohody a možnosti zprostředkovávání dostatečného množství podnětů, které při výuce v rodině nebylo možné zajistit. Zpočátku byla snaha nabízet Martinovi různé hračky – kostky, míče a s nimi spojené činnosti. Stejně jako doma Martin o tyto činnosti nejevil zájem, reagoval velmi podrážděně. Proto bylo od těchto činností zatím upuštěno a s chlapcem začaly být realizovány návštěvy ve „snoezelenu“.

Martin vzhledem ke svému těžkému kombinovanému postižení nebyl schopen sám vyhledávat a zprostředkovávat podněty. Proto bylo přistoupeno k využití bazální stimulace jako jedné z forem zprostředkovávání základních podnětů, které by zohledňovaly jeho vývojové možnosti, a byly mu příjemné. Byla snaha touto stimulací zprostředkovat chlapci zkušenost s tělem, vnímání sebe a okolí.

Dalším důvodem pro zvolení této formy působení na chlapce bylo také očekávání, že vhodně zvolené stimulace a terapie povedou ke zmírnění nebo dokonce odstranění nežádoucích projevů chování jako například sebepoškozování, agresivita vůči druhým osobám, monotónním kývavým projevům apod.

Před příjezdem Martina si speciální pedagog připraví prostředí „snoezelenu“ a potřebné pomůcky pro bazální stimulaci a terapie. Místnost musí být příjemně vyhřátá, stejně tak vodní lůžko. To je velmi důležité proto, aby mohl být Martin dostatečně uvolněný, mohl být buď jen v lehkém oděvu, nebo svlečený do spodního prádla, což je mu velmi příjemné a zároveň nutné pro realizaci bazální stimulace.

Důležité je při bazální stimulaci volit vhodné polohy. U Martina se osvědčila poloha ležení na vodním lůžku, sezení v polohovacím vaku a polohování na velkém

rehabilitačním míči. Zpočátku býval Martin při střídání poloh velmi nejistý, neklidný. Postupem času si na změny poloh zvykl a nyní již obavy nejsou, všechny zmiňované polohy přijímá pozitivně. Nemá však rád sezení v židli.

Vzhledem k tomu, že Martin nemluví a mluvené řeči rozumí jen velmi málo, využívají se při komunikaci kromě jednoduchých slov také prvky nonverbální komunikace. Mluvené slovo je vždy nutno doprovázet mimikou, gesty, doteky. Martin s okolím komunikuje svou mimikou, pláčem, smíchem, různými zvuky a pohyby, tělesným kontaktem. Ten však sám přijímá jen tehdy, pokud má sám tuto potřebu. Pokud mu je kontakt nepříjemný, dává to najevo.

Ve „snoezelenu“ bývá Martin velmi spokojený a proto je v této místnosti schopen vnímat nabízené podněty. S Martinem je tato forma stimulace prováděna teprve necelý rok. Proto je tato stimulace ve fázi ověřování. Zkouší se mu nabízet všechny typy podnětů - somatické, orální, vibrační, vestibulární, akustické, taktilně haptické a vizuální a sleduje se, na které bude nejlépe reagovat. V každém případě lze však s jistotou říci, že pobyt ve „snoezelenu“ má na chlapce velmi pozitivní vliv. Za celou dobu pobytů ve „snoezelenu“ u něj nebyly zaznamenány negativní projevy v chování.

Ze somatických podnětů velmi dobře reaguje na dětskou masáž s použitím vonného oleje a relaxační hudby. Cílem je uvědomit si vlastní tělo a prožít si příjemného pocitu, který masáž navozuje.

Podněty vibrační jsou zprostředkovávány několika způsoby. Nejlépe reaguje na vibrace, které vytváří hlasitá hudba z reproduktorů, jež jsou zabudovány v ochozech vodního lůžka. Že mu jsou tyto vibrace příjemné, bylo vyzkoušeno, když při puštění hlasité hudby postupem času sám vyhledával místa, kde jsou vibrace nejsilnější. Dále je využíván vibrační polštářek a malé vibrátory, které jsou přikládány na různé části těla. Na tyto vibrace však zatím moc nereaguje nebo své pocity nedává dostatečně najevo.

Ke zprostředkování podnětů vestibulárních bylo zpočátku využíváno houpání na vodním lůžku a v dece, postupně se začaly zkoušet pohyby na terapeutickém válci a velkém rehabilitačním míči. Na míči a válci jsou zaznamenávány obavy, proto se postupuje velmi pomalu a opatrně pomocí jemných pohybů.

„Snoezelen“ je velmi dobře vybaven ke zprostředkování silných zrakových a sluchových podnětů. Na většinu zrakových podnětů, jako jsou například hračky, Martin nereagoval. Proto je využíváno silných bazálních podnětů, jako jsou různé světelné efekty, jimž je „snoezelen“ vybaven.

Nejlépe reaguje na zrcadlovou kouli, která vytváří pohybující se světélka. Ta v poslední době začal sledovat. Občas ho zaujme dotyková koule a lampa s dutými vlákny. Na jiné nabízené zrakové podněty nebyla zaznamenána pozitivní odezva. Vzhledem ke sluchovému postižení bylo nutné volit silné zvukové podněty. Velice dobře reaguje na hlasitou rytmickou hudbu. Ta ho dokáže vyprovokovat k rytmickému pohybu tělem a tleskání. V poslední době se dokonce podařilo, že sám vyhledal kontakt s pedagogem, vzal jeho ruce a tleskal s nimi. Pokud je dobře naladěný snaží se napodobovat bubnování na tibetské bubny a se zaujetím poslouchá hru na flétnu.

Přestože bazální stimulace je u Martina využívána relativně krátkou dobu a podněty mu nejsou zprostředkovávány každodenně i tak má na něho pozitivní vliv. Byl zaznamenán posun v oblasti vnímání a navozování kontaktu s okolím.

Pomocí různých terapií, jejich opakovaným prováděním a zejména vytipováním těch nejučinnějších, došlo u Martina k navození „psychické pohody“. Jeho pozitivní naladění dle sdělení otce přetrvává ještě nějakou dobu po návratu domů. Proto se zvažuje, zda by od nového školního roku nebylo vhodné opět zařadit Martina do školy a působit v rámci výuky na jeho rozvoj pomocí již odzkoušené, a zdá se, že také účinné bazální stimulace.

**Zde uvádím dvě kazuistiky, klientky Veroniky a klienta Jaroslava, pro srovnání (včetně anamnézy):**

### **8.2.2. Veronika**

Ročník 1999

Diagnóza: DMO - hypotonická forma, závažné tělesné postižení, těžká až hluboká mentální retardace, epilepsie,

Z rodinné anamnézy:

Otec nar. 1977, zaměstnání – skladník

Matka nar. 1979, zaměstnání – zdravotní sestra

Sourozenci – bratr nar. 2003

Rodiče i bratr jsou zdraví

Manželství harmonické, bydlí u rodičů, péče o dítě dobrá.

Z osobní anamnézy:

Narozena ve 32. týdnu těhotenství, 1600g/42 cm, inkubátor 7 týdnů, kyslík, operace očí, nález na EEG, EPI, cysty na cerebellu – ECHO, diaparéza v tetradist. Rozložení, preferuje LHK, nerovnoměrný vývoj, retardovaný ve všech složkách. Od dvou let v péči Speciálně pedagogického centra v Blansku. Od tří let byla zařazena do speciální MŠ, kam docházela 2x týdně.

Před zahájením docházky do rehabilitační třídy se velmi zvýšila frekvence EPI záchvatů (až 28 denně). Po záchvatech nastal regres ve vývoji, přestala se plazit, padala jí hlavička, nastoupila nekontrolovatelná salivace (několikrát změna medikace). Čistotu neudrží, potřebu nehlásí. Občas se sama přetočila na břicho, na zádech otáčela hlavou a pomocí nožiček se odstrkováním plazila po zemi. Všechno vkládala do úst, mluvené řeči částečně rozuměla, měla ráda zpěv a dětský kolektiv, hodně fixována na matku, spíše plačtivá, těžko snášela odloučení od matky. Orientovala se především podle sluchu, pozornost udržela jen krátkodobě. Znamé lidi poznávala, dorozumívala se pomocí zvuků a začínajícího žargonu. V oblíbě měla zvukové hračky. Byla zcela závislá na asistenci druhé osoby.

V individuálním výchovně vzdělávacím programu byly úkoly zaměřeny především na rozvíjení komunikačních schopností, orientaci v okolním prostředí, rozvoji motoriky. Výrazně byla při jejím rozvoji využívána stimulační terapie a hudba.

Během docházky do rehabilitační třídy bylo zaznamenáno u Veroniky zlepšení v oblasti socializace, v oblasti hrubé a částečně i jemné motoriky, přijímání potravy, verbální komunikace a impresivní složce řeči. Dá se tedy říci, že ačkoli Veronika nemluví, snaží se nyní více komunikovat se svým okolím, občas užije ve svém žargonu jedno zřetelné smysluplné slovo, užívá více významové hlásky.

Velmi ráda naslouchá hudbě, zklidní se při ní a uvolní. Velmi ráda má činnosti, které jsou prováděny v rámci muzikoterapie, do nichž je v rámci svých schopností aktivně zapojována. Očima se naučila pátrat po zvuku, častěji i otáčí za zvukem hlavu. Snaží se někdy napodobovat zvuky, které slyší. Ráda poslouchá jednoduchá říkadla a básničky. Líbí se jí rytmizace. Velkou motivací je zpěv, hra na nástroje i oblíbená reprodukováná hudba (např. dětské písně). Pochopila také význam slova „ne“ – reaguje na něj. Podrobuje se jednoduchým instrukcím.

Velký pokrok byl zaznamenán v oblasti přijímání potravy, ke kterému došlo v důsledku systematického používání speciální metodiky pro nácvik správného krmení.

Dříve dokázala sníst s velkými obtížemi pasírovanou stravu, nyní přijímá i malé kousky. Učí se správnému stolování a určitým zásadám, jež se musí při krmení dodržovat. Sama již dokáže sníst např. oplatek.

Při hrách se dokáže přetáčet, pokud má motivaci, snaží se plazit. V poloze na bříšku se dovede opírat o předloktí, přitahuje se do sedu. Pro rozvoj motorických schopností je využíváno polohování a k tomu příslušné pomůcky (např. molitanové válce, polohovadlo, atd.). Sedět dokáže s fixací. Hračky uchopuje shora do pravé ruky a je schopna je přemístit do ruky levé. Častěji užívá však levou ruku, začíná úchop s opozicí palce. Vážně vizuomotorická koordinace, učí se kontrolovat pohyb ruky a manipulaci zrakem. Na pokyn umí hračku upustit. Zapojuje se dle svých schopností do jednoduchých sociálních her.

Na kolektiv třídy reaguje velmi dobře, odloučení od rodičů již snáší bez větších obtíží, poznává známé spolužáky a pedagogy, občas projevuje sama zájem o druhé osoby. Reaguje velmi pozitivně na pochvalu. Největší odměnou je pro ni vodní perličková masáž, cvičení na míči, hry v kuličkovém bazénu a pobyt v psychorehabilitační místnosti „snoezelenu“.

Ve „snoezelenu“ se Veronika dokáže velmi dobře uvolnit na vodním lůžku. Potom je schopna lépe reagovat na nabízené podněty. Především ji dovedou zaujmout podněty zvukové, zrakové, vibrační a somatické. Má velmi ráda dětskou masáž a míčkování při relaxační hudbě. Během provádění technik bazální stimulace se u Veroniky osvědčila rytmizace básniček nebo zpívání dětských písniček, kdy pedagog používá stejné říkanky a písničky a nemění jejich sled. Ukázalo se, že Veronika rozpozná chybu v pořadí, ať záměrnou či nikoliv. Na tomto vysledovaném podkladu mohl pedagog sestavit přesný plán (se zaměřením na stimulaci somatickou, vestibulární, auditivní a na podporu čichových, zrakových a sluchových podnětů) postupu bazální stimulace s cílem pozitivně ovlivňovat psychický stav Veroniky a zaměřit pozornost na rozvoj jejího vnímání a motorických schopností. Optická stimulace kvůli EPI byla vynechána. Výchovně vzdělávací program umožňoval zařazení každodenního pobytu ve „snoezeleu“

Bazální stimulace je u Veroniky velmi účinná a vzhledem k závažnosti postižení nejčastěji využívaná metoda, která je realizována v průběhu každodenních činností. Docházkou do rehabilitační třídy je pro Veroniku zajištěna taková forma vzdělávání, která vychází z jejích psychických a fyzických schopností a přispívá k jejímu celkovému rozvoji. Veronika v rámci dopolední výuky chodí také pravidelně na fyzioterapii, canisterapii a logopedii.

Spolupráce s rodinou je na dobré úrovni. Rodiče se zajímají o veškeré činnosti, které Veronika ve škole absolvuje. Na základě pravidelných konzultací s pedagogem se matka začala aktivně zajímat o bazální stimulaci (absolvovala kurz) a její účinky na celkový stav Veroniky. To vede k tomu, že v době, kdy je Veronika doma (víkendy, prázdniny, nemoc), provádí matka bazální stimulaci v domácím prostředí. Zaměřuje se na techniky (dětské masáže, míčkování, polohování, somatickou stimulaci zklidňující a somatickou stimulaci povzbuzující – vše za doprovodu zpěvu či hudby, s podporou vonných olejů), které nevyžadují zvláštního audiovizuálního vybavení. Přesto však Veronika na vše reaguje stejně radostně jako ve „snoezelenu“.

### 8.2.3. Jaroslav

Ročník 1998

Diagnóza: DMO, těžký stupeň mentální retardace, Downův syndrom

Z rodinné anamnézy:

Otec nar. 1959, zaměstnání – rodinná péče

Matka nar. 1955, zaměstnání – uklízečka

Sourozenci – sestra nar. 1991

Manželství harmonické, bydlí u rodičů. Slabá péče rodiny. Rodiče se dostavili se synem do SPC za účelem psychologického vyšetření pro potřeby OSSZ.

Z osobní anamnézy:

4. gravidita matky (otec i matka – druhé manželství), v 7. měsíci oznámeno, že dítě bude postižené, 3000 g/51 cm. Dětská mozková obrna, psychomotorický vývoj výrazně opožděn ve všech složkách, těžká až hluboká mentální retardace. Měl odklad školní docházky o jeden rok s tím, že budou rodiče pravidelně (minimálně 1x za 14 dní) se synem navštěvovat speciálního pedagoga SPC.

Před zahájením docházky se jevil Jareček spíše jako sociálně zanedbané dítě s mentální retardací. Nejevil zájem o okolí, kontakt nenavazoval, spíše jen manipuloval s předměty, které byly v jeho dosahu. Myšlení měl na velice nízké úrovni, neznal sociální hříčky, nemluvil, vydával neartikulované zvuky, mluvené řeči rozuměl jen velmi málo,

věci nepodával ani neukázal, jen s nimi manipuloval a tloukl, nebo je vkládal do úst. Čistotu neudržel, potřebu nehlásil, na nočník nebyl vysazován (dle rodičů se bojí výšky). Sám se nedokázal najíst, pil z hrnečku po lžičkách, o jídlo se nehlásil. Neuměl se obléci, při oblékání spolupracoval velmi málo. Sám nechodil, nestavěl se na nohy, nelezl – pohyboval se po zedečku. Sedí od 6 roků.

Během docházky do rehabilitační třídy byl zaznamenán veliký úspěch především v oblasti motoriky a socializace, rozvíjí se i komunikace s jednoduchými slabikami (mama, tata, baba, atd.). Bez problémů leze po čtyřech, s dopomocí se dokáže postavit, s oporou dokáže chodit. Naučil se sedět v židličce s opěrkou zad. Učí se správnému stolování. Sám již dokáže sníst svačinu, naučil se pít z kojenecké lahve. Potravu se naučil přijímat bez větších obtíží, používá speciální lžičku. Poznává oblíbené potraviny.

S předměty manipuluje, vkládá je rád do úst, doveďte je předávat z jedné ruky do druhé, doveďte také vytahovat předměty z krabice, prohlíží si je, ale pozornost udrží jen krátkodobě, zvládá dlaňový úchop. Čistotu neudrží, nosí pleny. Při oblékání částečně spolupracuje. Nemluví, vydává hlasité neartikulované zvuky, mluvené řeči rozumí částečně. Na odloučení rodičů přivykl bez větších obtíží, naučil se navazovat kontakt s okolím, má rád kolektiv dětí. Se zájmem se dívá na svůj obraz v zrcadle, reaguje na pochvalu, projevuje vlastní aktivitu při hrách.

Velkou stimulací je pro něj pobyt v psychorehabilitační místnosti „snoezelenu“ a terapie na vodním lůžku. Bazální stimulaci se zpočátku bránil, ale postupně se mu stávala příjemnou, nyní se jí sám dožaduje. Ve chvíli, kdy byly překonány Jarečkovy obavy, dala se zařadit bazální stimulace do jeho individuálně výchovně vzdělávacího programu jako pravidelná činnost. Zpočátku Jarečka nejvíce fascinovaly podněty vizuální a auditivní. Po „snoezelenu“ skotačí, pobíhá, skáče na vodním lůžku (což mu přináší velikou radost), reaguje radostnými výkřiky, ne cíleně manipuluje s pomůckami, velmi obtížně se dá uklidnit. Jako účinná metoda pro zklidnění se ukázalo nabídnutí jeho oblíbené jahodové marmelády coby odměny za uposlechnutí pokynu pedagoga.

Na delší pobyty v psychorehabilitační místnosti se chlapec připravuje postupně pravidelnými kratšími návštěvami „snoezelenu“. Pedagog začíná přecházet k somatické stimulaci (zklidňující i povzbuzující), které se zpočátku Jareček sice bránil, ale brzy si ji oblíbil. Postupně se u něj přistoupilo k dětské masáži, začalo se využívat též muzikoterapie a aromaterapie. Výhodou je, že chlapec je velmi taktilní coby iniciátor, a dotek pedagoga

vnímá pozitivně a již bez počátečních obav. Získává i nadále jistotu a nebrání se dalším technikám, které pedagog postupně nabízí. Dovede dát jasně najevo libost či nelibost s konkrétní technikou (nevyhledává např. vibrační stimulace), a tak pedagog postupným zkoušením technik bazální stimulace vybírá jen ty vyhovující, které jsou Jarečkovi denně poskytovány jako „odměna“ za práci v rehabilitační třídě.

Bazální stimulace se stává nejen výborným stimulačním prostředkem, jakým lze u Jarečka dosáhnout lepší spolupráce, ale současně u něj nastává zlepšení v oblasti motorických schopností, stejně jako i celkové zklidnění. Rodina toto kvituje s nadšením, avšak aktivní spolupráci vzhledem ke své vytíženosti zatím odmítá.

#### **8.2.4. Srovnání sledovaných subjektů**

##### **Kritéria pro srovnání:**

- 1) Proč byla zvolena metoda bazální stimulace u daného klienta?*
- 2) Jaké techniky bazální stimulace byly u tohoto klienta využívány?*
- 3) Jakým způsobem byly zvolené techniky pro klienta přínosné?*

##### **Martin**

- 1) K využívání bazální stimulace bylo u Martina přistoupeno vzhledem k jeho těžkému kombinovanému postižení. Chlapec nebyl totiž schopen samostatně vyhledávat a zprostředkovávat podněty ve svém okolí, a také u něj přetrvávaly nežádoucí projevy chování, především agresivita a sebepoškozování.
- 2) Ve „snoezelenu“ Martin využívá vodní lůžko a různé druhy polohování. Zkouší se mu nabízet všechny typy podnětů - somatické, orální, vibrační, vestibulární, akustické, taktilně haptické a vizuální, a sleduje se, na které bude nejlépe reagovat. Významným faktorem pro výběr vhodných přístupů v rámci bazální stimulace je fakt, že Martin trpí kromě dalších postižení sluchovou vadou. Proto také viditelněji reaguje na podněty vibrační, na hlasitou hudbu a výraznější světelné efekty. Ze somatických podnětů velmi dobře reaguje na dětskou masáž s použitím vonného oleje a relaxační hudby.
- 3) Lze s jistotou říci, že pobyt ve „snoezelenu“ má na chlapce velmi pozitivní vliv. Za celou dobu pobytů ve „snoezelenu“ u něj nebyly zaznamenány negativní projevy v



chování. Různorodost používaných technik se u něj postupně zúročila natolik, že začalo být uvažováno o jeho znovuzачlenění do školní docházky, což je v rámci jeho socializace velice důležité.

### **Veronika**

- 1) Bazální stimulace se začalo u Veroniky využívat především jako doplňkové metody, která měla společně s docházením do rehabilitační třídy a využíváním fyzioterapie, canisterapie a logopedie přispět k jejímu celkovému rozvoji.
- 2) Při pohodlné poloze na vodním lůžku Veronika kladně reaguje na zvukové, zrakové, vibrační a somatické podněty, oblíbila si míčkování, masáže a různé rytmizace básniček a písniček.
- 3) Po ročním praktikování bazální stimulace se dá u Veroniky hovořit o celkovém zlepšení stavu, což se projevilo především zklidněním, celkovou spokojeností, dále pak schopností lépe se soustředit na činnosti prováděné např. v rámci nácviku motoriky.

### **Jaroslav**

- 1) Záměrem pro využívání bazální stimulace u Jaroslava mělo být zajištění lepší spolupráce s pedagogem, zlepšení jeho motorických schopností a snaha o zklidnění jeho projevu vůči okolí. Dalším důvodem bylo „zpestření“ jeho denního programu, do kterého jsou zařazeny jiné výchovné prostředky.
- 2) Jaroslav si z činností ve „snoezelenu“ postupně oblíbil jak zklidňující, tak povzbuzující somatickou stimulaci, vyhovují mu dětské masáže, a velmi kladně přijímá techniky muzikoterapie i aromaterapie.
- 3) Chlapec dovede po překonání ostychu při počátečních pokusech již nyní aktivně spolupracovat na volbě používaných technik ve „snoezelenu“, a tyto techniky si pak dostatečně prožít. Nastalo u něj zlepšení motorických schopností a celkově se zklidnil. Aby však bylo dosahováno hmatatelných výsledků, je u něj nutné pevné a důsledné vedení.

Domnívám se, že účinnost bazální stimulace je nejvíce zřetelná u Martina, jehož forma postižení je ze všech sledovaných subjektů nejtěžší.

Po pečlivém prostudování uváděných kazuistik a po zhodnocení a prodiskutování jednotlivých případů se zkušenými pracovníky jsem přesvědčena, že bazální stimulace je velmi citlivý nonverbální komunikační prostředek, díky kterému je možné navázat spojení s člověkem, jehož schopnosti jsou natolik omezené, že jiné prostředky pro zvyšování kvality jeho života selhávají, nebo nejsou dostatečně efektivní.

Závěrem bych ráda citovala Táňu Fischerovou, jejíž slova mne velmi oslovila.

Táňa Fischerová v knize Lydiiny dveře: *„Já si Vás vážím za to, co děláte, třeba vidím i Vaše chyby, to je jiná věc, ale komunikuji především s lidskou bytostí, v každém je něco dobrého a my to nevidíme. A vůbec už to nevidíme v těch slaboučkých, kteří se nemohou bránit a kteří nám to často ani nemohou říci. A celý tenhle problém je otázka, co jsme my zdraví dokázali s tímto světem udělat. Jak ho ničíme počínaje zvířaty a konče vlastními dětmi a sebou. To je vlastně životní motiv, což je to, na co jsem přišla, k čemu mě skutečně dovedlo moje dítě. Ne, že bych k tomu třeba nedošla jinak, ale tím jsem měla tu cestu mnohem snadnější. A já zjišťuji, že můj syn a všechny další postižené děti jsou pro mne veliké autority. A nemůžu to nikomu vysvětlit“* (Fischerová, 1994, s. 82).

## 9. Výsledky – odpovědi

Výzkumná otázka č. 1: Jak je využívána metoda bazální stimulace v praxi vybraného zařízení?

Na základě rozhovorů s pracovníky vybraných zařízení jsem došla k závěru, že metoda bazální stimulace je využívána u subjektů se středním, především však s těžkým postižením. U těchto klientů se dle poznatků pracovníků využívání této metody v praxi velmi osvědčilo, což mohu potvrdit i já díky mému dlouhodobému pozorování.

Metoda bazální stimulace se v těchto zařízeních dostává do popředí a postupně zaujímá významné místo ve výchovně vzdělávacích programech jednotlivých žáků, zvláště potom tam, kde je kladen důraz na individuální přístup ke klientovi.

V některých případech se též ukázalo, že významnou roli při využívání této metody může sehrát podpora či dokonce aktivní spolupráce rodiny.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají poskytovatelé názor na využívání metody bazální stimulace u těžce postižených klientů?

Na tom, že metoda bazální stimulace prospívá především jedincům s těžkým stupněm postižení, a to jak mentálního, tak i tělesného, se shodli pracovníci všech sledovaných zařízení. V těchto případech zpravidla bývá zmíněná metoda nejefektivnějším komunikačním prostředkem, díky kterému se dá prohlubovat a zkvalitňovat vzájemný vztah klienta a poskytovatele. Současně také dochází u každého klienta k rozvoji různých oblastí vnímání, prožívání a ke zlepšování celkového stavu. Je to však u každého klienta silně individuální.

Výzkumná otázka č. 3: Jakou mají poskytovatelé zkušenost s délkou využívání metody bazální stimulace u jedince s těžkým postižením, než je znatelné zlepšení tělesného i duševního stavu uživatele?

Zdravotní stav, docházka do zařízení, individualita klienta, překonávání různých obav (např. u některých klientů se musí překonat strach z doteku jako špatné zkušenosti z nemocnice atd.) – to vše je natolik individuální a specifické, že obecně nelze určit, jak dlouho je třeba využívat metody bazální stimulace, aby se dalo hovořit o zlepšení stavu

klienta. V úvahu je třeba brát u každého jednotlivého klienta také další využívané metody, které se podílejí na jeho rozvoji.

Dá se říci, že duševní pohoda u každého z uživatelů se zlepšuje po krátkodobém využívání metody bazální stimulace (zkušenost s něčím novým, příjemné chvíle, individuální přístup atd.), uživatel si na ni velmi rychle „navykne“.

Obecně lze říci, že u klientů s tělesným postižením se jedná při využívání bazální stimulace o „běh na dlouhou trať“. U objektů sledovaných v rámci této práce se výraznější výsledky dostavovaly přibližně po jednom roce.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou možnosti využití bazální stimulace v součinnosti s ostatními metodami ve vybraném zařízení při práci s jedinci s těžkým postižením?

Jak jsem již uvedla, k seznámení s praktickým využitím bazální stimulace jsem si vybrala tři zařízení na okrese Blansko, která se věnují péči o těžce postižené děti a mládež. Přestože každá z těchto institucí má jinou náplň činností, mají všechny společný cíl. Tímto společným cílem je podílet se v co možná největší míře a s pomocí nejrůznějších metod na stimulaci jedinců s těžkým kombinovaným postižením. Každé zařízení má jiné možnosti:

SPC: nonverbální komunikace, bazálně dialogické princip, snoezelen, dětské masáže, aromaterapie, muzikoterapie, míčkování

Speciální škola: fyzioterapie, polohování, snoezelen, cansterapie, muzikoterapie

Emanuel: snoezelen, aromaterapie, muzikoterapie, africké bubny, didgeridoo, polohování, dětské masáže, říkanky

Všechny uvedené techniky se v jednotlivých zařízeních využívají samostatně, některé z nich se často prolínají. Většinu z nich (polohování, muzikoterapie, aromaterapie, masáže a míčkování..) se dá využít při bazální stimulaci. Důležité je, aby poskytovatel dovedl vyzorovat, které z nich jsou pro klienta příjemné, a zda mu postupem času něco přinášejí.

Výzkumné otázka č. 5: Jaké změny u klientů pozorují poskytovatelé metody bazální stimulace?

Všichni respondenti a dotazovaní se shodli na tom, že metoda bazální stimulace se ukázala pro jednotlivé klienty jako velmi přínosná a stala se nezbytnou součástí individuální péče. Dlouhodobější aplikace metody u každého klienta dle poskytovatelů pozitivně ovlivnila jeho chování, vnímání a soustředění se na další činnosti, které vyžadují zvýšenou pozornost a úsilí. Postupně u nich začalo docházet také ke zlepšování celkové kondice, a u jedinců se sklony k agresivnímu chování začaly tyto jejich nežádoucí projevy postupně odeznívat.

Pro klienty s hlubokým stupněm mentálního postižení bývá bazální stimulace příjemným okamžikem dne. Spojením sluchových, čichových a zrakových vjemů u nich dochází ke značnému uspokojení. Klienti si tuto metodu oblíbili natolik, že se jí v mnoha případech doslova dožadují, což pracovníci vnímají jako velkou odměnu za svoje úsilí a představuje to pro ně obrovskou motivaci do další práce, která je díky pozitivním výsledkům uspokojuje a baví.

Výzkumné otázka č. 6: Jaké jsou názory poskytovatelů bazální stimulace na míru oblíbenosti této metody u klientů?

Podle vyjádření pracovníků si klienti bazální stimulaci oblíbili ve velmi krátké době a postupně mnozí z nich začali její využívání považovat za běžnou a vyhledávanou součást jejich denního programu. Tím, že často dávají svými projevy najevo spokojenost či dokonce radost, poskytují tím pracovníkům okamžitou zpětnou vazbu a možnost dané činnosti nadále rozvíjet správným směrem. V případě klientů se středním a lehčím stupněm mentálního postižení se dají metody bazální stimulace využívat také jako motivační prostředek k méně oblíbeným činnostem.

## IV. Diskuse

Podstatou mé práce bylo seznámení se s názory odborníků na metodu bazální stimulace a na její praktické využití u lidí s těžkým mentálním postižením. Nakolik bazální stimulace jako metoda pomáhá jedincům s těžkým postižením, jak dlouho musí být praktikována, než je znatelné zlepšení jejich tělesného i duševního stavu, a dále jakým způsobem je praktikována v součinnosti s ostatními metodami ve vybraných zařízeních. Dalším cílem, který jsem sledovala, bylo zmapovat zkušenosti a názory poskytovatelů, kteří tuto metodu po delší dobu u klientů s mentálním postižením praktikují. Zajímala jsem se zejména o jejich pohled na účinnost metody v praxi. Dále jsem zjišťovala, jak se využívání bazální stimulace projevuje u klientů samotných, a zda se tato metoda u nich těší oblibě. Výzkum jsem prováděla v zařízeních, která jsem si zvolila příležitostným výběrem.

Při své výzkumné činnosti jsem si stále více uvědomovala, nakolik je koncept bazální stimulace založen na propojení těla a duše, jak se v každém člověku obě tyto složky snoubí, jak tvoří jeden celek. Aplikací této metody tedy dochází k propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní (bazální) rovině, je zde využíváno zkušeností z prenatálního období.

Tím se také vysvětluje převážně pozitivní vztah k této metodě jak ze strany klientů, tak i ze strany poskytovatelů. Jelikož zkušenosti z prenatálního vývoje v sobě nosíme všichni, je možné dobře sledovat, jak nejen že k této metodě oba zúčastnění postupně získávají kladný vztah, ale současně se prohlubuje i jejich vztah vzájemný. To je velmi důležitý moment, protože dojde k jejich lepšímu vzájemnému porozumění. Cílem se stává „cesta“, tedy dlouhodobý průběh bazální stimulace, nikoliv „výsledek“. Touto „cestou“ je pak zvyšována kvalita života klienta.

Zajímavé jsou rovněž výsledky týkající se pohledu poskytovatelů bazální stimulace na to, co tato metoda přináší jim, a jak je pro ně samotné obohacující nejen při výkonu jejich zaměstnání, ale i mimo něj. Mnozí ve svých odpovědích uváděli, že jim přináší např. pocit většího naplnění či smysluplnosti jejich práce, učení se respektu a pokoře vůči věcem za hranicí známého a probádaného, že jim dává možnost „zastavit se“ a uvědomovat si, co je pro ně v životě důležité apod. Dává jim také pocítit hlubší sounáležitost s klientem, což s sebou přináší jejich zvýšené úsilí udělat pro něj v rámci jeho možností maximum. Za

významné též považuji to, jak oceňují při využívání bazální stimulace směrem od klienta zpětnou vazbu, která se v různých formách dříve či později dostavuje.

Zajímavé by jistě bylo v tomto výzkumu pokračovat, a tak sledovat další „posuny“ u sledovaných klientů. Existují samozřejmě další možnosti, jak vést výzkum týkající se využívání bazální stimulace. Uvedu několik příkladů, na které bych se já osobně zaměřila:

- rozšířit počet sledovaných zařízení, klientů i poskytovatelů, čímž by se výsledky zpřesnily a byly by lépe zobecnitelné,
- zaměřit se na jedince pouze s určitou diagnózou, na psychicky nemocné, na umírající, léčící se na ARO či JIP, jedince po úrazech hlavy, páteře atd.,
- vést výzkum u různých věkových skupin a činit srovnání,
- zjišťovat, jaký je rozdíl v úspěšnosti bazální stimulace ve vývoji klienta, když se u něj této metodě současně věnují i rodiče doma, či je-li využívána pouze ve vzdělávacím zařízení,
- zkoumat rozdíly např. v kresbě před a po bazální stimulaci (pravděpodobnost, že kresba bude uvolněnější, ne strnulá, ne rychlá, díky uvolnění zapojení více harmoničtějších či teplejších barev),
- zajímat se, zda dochází vlivem bazální stimulace u psychiatrických pacientů k postupnému zklidnění, navození příjemných pocitů, úctě ke svému tělu, k sobě samému apod.

Ráda bych také zmínila některé skutečnosti, které mi působily při práci na tomto textu nesnáze, nebo kterými se v tomto smyslu potvrdila některá má očekávání. Jednalo se např. o nedostatek literatury, z níž bylo možno čerpat, což vychází ze skutečnosti, že jde zatím o poměrně novou metodu. Přesvědčila jsem se také, že opravdu není snadné u těžce postiženého klienta jednoznačně prokázat, jak je s využíváním bazální stimulace spokojený (můžeme se pouze domnívat, pozorovat a všimnout si i velmi malých změn). Práce s těžce postiženými klienty je, co se týče jakýchkoliv výsledků, velmi zdolná, a tímto „během na dlouhou trať“ je samozřejmě i bazální stimulace. Musím též uvést, že někteří rodiče nejeví přílišný zájem o využívání nových metod, někteří mají zase pro nedostatečnou znalost problému přehnané nároky na vzdělávací zařízení.

Prvořadým záměrem této práce bylo seznámení se s názory odborníků na metodu bazální stimulace a na její praktické využití u lidí s těžkým mentálním postižením v praxi. Vzhledem k tomu, že literatury týkající se tohoto tématu neexistuje mnoho, věřím, že se moje práce stane cenným příspěvkem do diskuse na téma bazální stimulace. Může též plnit funkci čistě „popularizační“, nebo poslouží jako vodítko či příručka pro ty, kteří využívají tuto metodu. Určena může být pracovníkům různých vzdělávacích zařízení, stejně jako rodičům či blízkým jedinců s postižením.

Jak jsem již několikrát uvedla, využívání bazální stimulace chápu jako „běh na dlouhou trať“, a proto bych ráda všem, kteří ve své práci využívají metody bazální stimulace nebo se k tomu chystají, připomenula slova dánského filozofa, teologa a psychologa Søreny Kierkegaarda, který již v roce 1859 napsal:

*„Má-li se mi podařit dovést někoho k určitému cíli, musím se sám nejdříve dostat tam, kde je on, a začít právě odtud. Kdo toto nedokáže, hrubě se plete, když myslí, že může pomoci druhým. Abych mohl někomu pomoci, musím dozajista znát a umět více než on, ale nejdříve musím pochopit, co chápe on. Pokud toto nedokážu, je zcela lhostejné, že znám a vím víc. A budu-li chtít dokazovat, co všechno umím sám, je to proto, že jsem ješitný a domýšlivý, a že vlastně chci být druhým obdivován sám, ne že chci někomu pomoci. Všechna opravdová ochota pomáhat začíná pokorným vztahem k člověku, kterému chceme pomoci, začíná vědomím, že chtít pomoci nemá nic společného s chutí panovat, ale odhodláním sloužit. Neuvědomím-li si toto, nedokážu nikomu opravdu pomoci“* (Kierkegaard, 1993, s. 146).



## V. Závěr

Z mého výzkumu a dlouhodobého pozorování jednoznačně vyplývá, že bazální stimulace je velmi účinná a efektivní metoda. Ukázalo se, že je přijímána velmi kladně nejen uživateli mnou sledovaných zařízení, ale i jejími poskytovateli.

Díky veskrze pozitivním výsledkům se stává stále více používanou metodou, a to především u klientů těžce postižených, pro které se ukázala být jako jediný prostředek pro jejich osobnostní rozvoj a pro komunikaci s jejich okolím. Velice účinně se rovněž projevovala u klientů neklidných a agresivních. Jsem si jista, že aplikováním metody bazální stimulace dochází u klienta k rozšiřování a rozjasňování jeho vlastního obzoru, a také k postupnému zlepšování jeho celkové kondice.

Jelikož je každý jedinec zcela individuální, objevují se u každého výsledky praktikování bazální stimulace po různě dlouhé době. U subjektů, které jsem měla možnost sledovat při svém výzkumu, byly výsledky patrné přibližně po jednom roce využívání.

Jsem přesvědčena o tom, že jsem tímto svým výzkumem a jeho následným zpracováním přispěla k rozšíření poznatků v oblasti bazální stimulace, a to především v praxi zařízení, která tuto metodu u svých těžce mentálně a zdravotně postižených klientů využívají dlouhodobě.

Moje práce se může stát také návodem či příručkou pro poskytovatele tohoto účinného druhu péče, stejně jako pro rodiče těžce postižených jedinců.

## VI. Souhrn

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologická aktivita, prostřednictvím které nabízíme jedincům s těžkým mentálním postižením možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární, základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí, že nabízíme podněty všude tam, kde se jedinec např. s těžkým postižením není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.

Koncept bazální stimulace vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, a na poznatcích z fyzioterapie, psychologie a pedagogiky. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Na klienta je pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace.

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Realizuje se nejjednodušší formou s ohledem na možnosti a potřeby konkrétního uživatele. Podporuje tak rozvoj jeho vlastní identity a umožňuje mu orientovat se na vlastním těle, a následně také v jeho okolí.

Vycházíme z toho, že jedinec s těžkým postižením se nachází ve stavu extrémně redukovaných aktivit. Aktivita patří k životu, a každý žijící člověk vlastní její určitý potenciál. Postižení více nebo méně zřetelně tento potenciál omezuje, a těžké postižení pak často znamená radikální redukci možností aktivity. Aktivita jedince s těžkým postižením je zpravidla omezena na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něj téměř neexistuje, a tento jedinec není schopen vyvíjet žádné kontakty s okolím, stejně jako okolní svět není schopen přiměřeně akceptovat takového jedince. Pomocí bazálních podnětů lze alespoň občas částečně otevřít tuto individuální izolaci.

Pohlížíme-li na člověka jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami, víme také, že k výrazné sociální potřebě člověka patří potřeba komunikace a pocit akceptace vlastní osobnosti. Bohužel ne všichni klienti v různých typech zařízení jsou schopni s poskytovateli péče komunikovat verbálně.

Zprostředkování „přes tělo“ je vzájemné celkové zprostředkování, tzn. že matka, terapeut, učitel, vychovatel atd. pracuje s těžce postiženým dítětem a je svým vlastním tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost tady poskytuje jistou paralelu, popř. rovnocennost obou partnerů. Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neoddělitelné od naší osoby, a jsou rovněž neoddělitelně spojené s lidskou interakcí. Celistvost může tedy znamenat základní obrat v „terapeuticko-výchovných“ vztazích.

Konceptu bazální stimulace lze využít rovněž v péči o klienty, kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, o pacienty po traumatických či jiných postiženích mozku, o ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního komatu, o mentálně postižené a také o ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání. Bazální stimulace zaujala také významné místo v péči o nedonošené děti. V zahraničí se využívá i v péči psychiatrické, geriatrické a neonatologické, v intenzivní péči a v péči doprovázející umírání, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také u klientů s demencí.

Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více regionech, a to nám dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost.

Při poskytování bazální stimulace se dají využívat různé typy podnětů. Jsou to především podněty somatické, vestibulární, vibrační, čichové a chuťové, sluchové a zrakové, dále komunikační a sociálně-emoční podněty.

Koncept bazální stimulace byl vyvinut v 70. letech a dnes patří k nejpopulárnějším ošetrovatelským konceptům v Evropě.

Praktická část této práce je zaměřena na využití a účinnost metody bazální stimulace u lidí s těžkým mentálním postižením. Informace byly získávány kvalitativním výzkumem při návštěvách těchto zařízení: Speciálně pedagogické centrum pro kombinované vady v Blansku, Speciální škola pro žáky s více vadami v Blansku a Stacionář Emanuel pro děti a mládež se zdravotním postižením v Boskovicích.

Každé z těchto zařízení má různé podmínky pro práci, a také jinou náplň činností. Pro využívání bazální stimulace mají tato zařízení různé podmínky. Je to např. úroveň

materiálního vybavení, množství finančních prostředků na vzdělávání pracovníků v dané oblasti, a také počet klientů.

Přesvědčila jsem se však, že se jim v těchto zařízeních daří dosahovat cílů, které si na počátku využívání technik bazální stimulace stanovili, tedy dosažení vysoké míry spokojenosti klienta a posun v jeho osobnostním rozvoji.

Těžiště práce pracovníků center spočívá především v poskytování včasné podpory klientům s více vadami a jejich rodinám. Vzhledem k tomu, že problém postiženého dítěte je v první řadě problémem rodiny, je zapotřebí získat rodinu pro efektivní spolupráci. Jelikož je pro většinu rodičů postižených dětí nesmírně těžké přijmout dítě takové, jaké je, musejí pracovníci center nacházet cestu k rodičům, získat jejich důvěru, a navázat s nimi kontakt.

Při individuálních činnostech mají rodiče možnost být přítomni v místnostech, kde jsou tyto činnosti prováděny, a mají tak možnost vše sledovat. U některých dětí není přítomnost rodičů během činnosti vhodná, proto byla v jednom z center provedena rekonstrukce pracoven speciálních pedagogů. Do stěny bylo zabudováno speciální okno, přes které rodiče mohou činnosti s dítětem sledovat, aniž by bylo dítě rušeno jejich přítomností. Stejně okno bylo pořízeno také do psychorelaxační místnosti - „snoezelenu“, kde by mohla být přítomnost rodiče či jakékoliv jiné osoby také rušivým prvkem.

Výše uvedený „snoezelen“ je v centrech velice často využívanou netradiční, podpůrnou a psychoterapeutickou metodou v rámci bazální stimulace. Tato místnost slouží především pro prenatální a senzomotorickou terapii jedinců s těžkým zdravotním postižením, kteří mají problémy s vnímáním a prožíváním tohoto světa. Svým technickým vybavením a zařízením slouží místnost k provádění obou terapií. Vodní lůžko vyhřívané na teplotu plodové vody, vhodné nasvícení místnosti, příjemná hudba či nahrávka tlukotu srdce (ta umožní u těžce postiženého dítěte navodit prožívání prenatálního období života, protože se cítí jako u maminky v bříšku, a u některých se dokonce navozují fyziologické reflexy z kojeneckého období). Pro stimulaci sluchového vnímání je místnost vybavena hi-fi soupravou a ke stimulaci vnímání vizuálního slouží dva základní projektory, které promítají na zeď nejrůznější světelné efekty. Dále je místnost vybavena bodovými světly různého zabarvení, UV světlem, zrcadlovou koulí, dotykovou koulí, dutými vlákny nasvícenými UV zářivkou, olejovou lampou, bublajícím vodním válcem. Místnost je doplněna zrcadlovou stěnou, která slouží k sebepozorování či nápodobě. Vedle uvedených podnětů zde najdeme ještě nejrůznější hračky a pomůcky, které jsou využívány k rozvoji

dítěte. Místnost je tak optimálně vybavena pro zprostředkovávání podnětů somatických, vibračních vestibulárních orálních, akustických, vizuálních i taktilně haptických.

Ve spolupráci s pracovníky zařízení jsem vybrala tři subjekty s různým druhem postižení. Byly mi poskytnuty anamnézy a kazuistiky těchto klientů, a ty mi společně s dlouhodobým pozorováním a rozhovory s pracovníky posloužily k tomu, abych mohla provést vyhodnocení a srovnání získaných informací.

Z vyhodnocení těchto informací vyplývá, že pro všechny tři klienty je využívání bazální stimulace velmi prospěšnou metodou. U jednoho ze subjektů (toho s největší mírou postižení) se vliv metody ukázal dokonce jako naprosto zásadní, kdy se u něj postupně přestaly projevovat některé negativní projevy chování, a začalo být zvažováno jeho znovuzачlenění do školní docházky. U ostatních dvou subjektů se začal postupně zlepšovat celkový stav, docházelo ke zklidnění, ke zkvalitnění motorických schopností, a rovněž se zlepšila jejich spolupráce s pedagogy.

Při rozhovorech bylo pracovníkům kladeno šest hlavních otázek. Z jejich odpovědí vyplynulo, že využívání bazální stimulace vesměs vítají a výsledky považují za pozitivní. Prospěšnou délku a frekvenci jejího využívání, stejně jako zvolené postupy, označili za čistě individuální u každého klienta. Obliba bazální stimulace je, dle zkušeností pracovníků, u klientů velká.

Z dotazníku určených rovněž poskytovatelům služeb vyplývá, že metoda bazální stimulace je nezbytnou součástí individuální práce s klientem. Dlouhodobější aplikace metody u každého klienta podle nich výrazně ovlivnila jeho chování, vnímání a soustředění se na další činnosti, které vyžadují zvýšenou pozornost a úsilí. Z dotazníku také vyplynulo, jaké konkrétní metody pracovníci využívají. Negativum, které zmínili, byl nedostatek finančních prostředků jednotlivých zařízení na další vzdělávání v této oblasti. Rodinní příslušníci klientů reagují dle pracovníků na využívání bazální stimulace kladně nebo neutrálně.

## VII. Použitá literatura

1. Atkinson, R.L. a kol. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
2. Deylová, J. (1995). *Aromaterapie pro ženu a dítě*. Praha: Alternativa.
3. Fischerová, T. (1994). *Lydiiny dveře*. Praha: Občanské sdružení porozumění.
4. Friedlová, K. (2005). *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství*. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace.
5. Friedlová, K. (2003). *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetřovatelské péči*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter.
6. Fröhlich, A., Heinen, N., Lamers, W. (2001). *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn*. Texte zur Körper – und Mehrfachbehindertenpädagogik. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
7. Fröhlich, A. (1998). *Basale Stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
8. Fröhlich, A. (1991). *Basale Stimulation für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung*. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben.
9. Hájková, V. (2009). *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, o.s.
10. Hašplová, J. (2000). *Masáže dětí a kojenců*. Praha: Portál.
11. Inhelderová, I., Piaget, J. (1970). *Psychologie dítěte*. Praha: Státní pedagogické nakl.
12. Jebavá, Z. (1994). *Míčkování*. Praha: Portál.
13. Kierkegaard, S. (1993). *Bázeň a chvění*. Praha: Svoboda-Libertas.
14. Kol. autorů (2001). *Sborník příspěvků I. Mezinárodní konference k problematice vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením*. Blansko.
15. Kopkánová, J. (1995). *Míčková automasáž*. Praha: Sdružení pro aktivní odpočinek postižených.
16. Langmeier, J., Langmeier, M., Krejčířová, D. (2002). *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie*. Praha: Nakl. H a H.
17. Lehovský, M. a kol. (1989). *Pečujeme o nervově nemocné dítě*. Praha: Avicenum.
18. Linka, A. (1997). *Kapitoly z muzikoterapie*. Praha: Gloria.
19. Marieb, E. N., Mallat, Jon. (2005). *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Book, a.s.
20. McGilveryová, C., Reedová, J. (2002). *Aromaterapie*. Praha: Svojtka & Co.

21. Müller, O. (2007). *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
22. Nováková, B., Šedivý, Z. (1996). *Praktická aromaterapie*. Praha: Pragma.
23. Nydahl, P., Bartoszek, G. (2003). *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. München: Jena.
24. Pickenhain, L. (2000). *Basale Stimulation – Neurowissenschaftliche Grundlagen*. Düsseldorf: Verlag selbestimmtes Leben.
25. Pipeková, J., Vítková, M. (2001). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido.
26. Pouthas, V., Jouen, F. (2000). *Psychologie novorozence, chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada Publishing.
27. Procházková, L. (2004). *Možnosti podpory jedinců s těžkým a kombinovaným postižením*. Rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita.
28. Procházková, L. (2008). *Dotek jako prostředek komunikace*. In Klenková, J., Vítková, M. (Ed.) *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Vzdelávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Sborník z konference s mezinárodní účastí. Brno: Paido.
29. Říčan, P., Krejčířová, D. (1995). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum.
30. Szabová, M. (1999). *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky*. Praha: Portál.
31. Švancara, J. a kol. (1980). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
32. Teplá, M. (1999). *Přípravný stupeň pomocné školy*. Praha: Tech-Market.
33. Teplá, M. (2001). *Náměty pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením*. Praha: Tech-Market.
34. Vágnerová, M. (1993). *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: Karolinum.
35. Vitásková, K. (2007). *Využití multismyslové metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Disertační práce, Brno: Masarykova universita.
36. Vítková, M. (2001). *Podpora a vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II*. Praha: IPPP.
37. Vygotskij, L. S. (1976). *Vývoj vyšších psychických funkcí*. Praha: Státní pedagogické nakl.
38. Wheat, E. (1995). *Jde to vůbec?* Třinec: Biblos.

## VIII. Přílohy

### Příloha číslo 1.

#### DOTAZNÍK (2 strany)

Dovoluji si Vám předat dotazník, týkající se používání bazální stimulace ve Vašem zařízení. Velmi Vás prosím o podrobné pročtení a zodpovězení všech otázek. Dotazník je anonymní a všechna data budou využita pouze jako podklad pro mou diplomovou práci na téma „Bazální stimulace z pohledu jejich poskytovatelů“. Provádím výzkum zaměřený na pohled lidí, pracujících s bazální stimulací. Především na kvalitu této metody a na Vaše zkušenosti s metodou.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a spolupráci,

Klára Fabíková, studentka 5. ročníku psychologie, filozofické fakulty, Univerzity Palackého v Olomouci.

- 1) U kterých klientů používáte bazální stimulaci?
  
- 2) U jakých věkových skupin?
  
- 3) Vedete si nějaké záznamy o klientech, u kterých je využívána bazální stimulace?
  
- 4) Uplatňují rodinní příslušníci klientů bazální stimulaci v domácím prostředí?  
(předpokládá se, že rodinní příslušníci jsou vyškolení v oblasti bazální stimulace)
  
- 5) Vedou si rodinní příslušníci nějaké záznamy?
  
- 6) Kolik pracovníků ve Vašem zařízení provádí u klientů bazální stimulaci?
  
- 7) Jak dlouho používáte bazální stimulaci ve Vašem zařízení?
  
- 8) Narazili jste na nějaká úskalí při používání bazální stimulace? Pokud ano, na jaká?



9) Jaké u ní vidíte nedostatky? Co byste vylepšili?

10) S jakou odezvou se setkáváte při používání bazální stimulace? Jaké jsou reakce Vašich klientů na bazální stimulaci?

11) Jaké metody bazální stimulace a jiné terapeutické metody konkrétně využíváte?

12) Jak se díváte na koncept bazální stimulace? Je jeho využití pro Vás, Vaše zařízení PŘÍNOSEM?

13) Můžete konkrétně uvést, co znamená bazální stimulace pro Vaše klienty?  
(uveďte negativa i pozitivna)

14) Došlo vlivem bazální stimulace ke zlepšení u Vašich klientů? Pokud ano, k jakým?

15) Co konkrétně Vám osobně bazální stimulace přinesla?

## Příloha číslo 2.

Vysoká škola: **Univerzita Palackého v Olomouci**

Fakulta: **filozofická**

Katedra: **psychologie**

Školní rok: **2008/2009**

### ABSTRAKT

Jméno: **Klára Fabíková**

Obor: **Psychologie, prezenční magisterské studium**

Rok imatrikulace: **2004**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbých Ph.D.**

Oponent:

Počet stran:

Název diplomové práce: **Bazální stimulace z pohledu jejich poskytovatelů**

Diplomová práce sleduje u nás málo rozšířenou metodu bazální stimulace. Autorka seznamuje čtenáře s pojmem bazální stimulace, jejími oblastmi, metodami a možnostmi využití. Výzkum se zabývá otázkou bazální stimulace ve spojení s lidmi s mentálním a tělesným postižením a potřebnosti metody v práci s těmito lidmi. Sledovanými vlastnostmi jsou: empatie, trpělivost, znalost, důvěra.

Klíčová slova:

koncept bazální stimulace  
osobnost  
dotek  
individuální přístup  
psychologický výzkum

Abstract:

### **Basal stimulation from perspective of their providers**

Diploma thesis follows up the method of basal stimulation, which is few-spread in Czech Republic. Autor introduce the term of basal stimulation, its features, methods and possibilities of usage. Research deals with connection of basal stimulation of mentally and physically affected people. It also wants to answer a necessity of application of this method for these people.

The attributes in view are: empathy, patience, knowledge, trust.

Key words:

Concept of Basal stimulation  
Personality  
Touch  
Individualization  
Psychological research

**Příloha číslo 3.**

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta

**Příloha číslo 3.**

Studijní program: Psychologie  
Akademický rok: 2007/2008

**PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

<b>PŘEDKLÁDÁ:</b>	<b>ADRESA:</b>	<b>OSOBNÍ ČÍSLO:</b>
FABÍKOVÁ Klára	Stříbrná 110/7; Valašské Meziříčí	F04487

**NÁZEV TÉMATU ČESKY:**

Bazální stimulace z pohledu jejich poskytovatelů

**NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:**

Basal stimulation from perspective of theirs providers

**VEDOUCÍ PRÁCE:**

PhDr. Martin Lečbych

**ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:**

Zásady pro vypracování:

- 1) Seznámení se s normami diplomových prací v oboru psychologie a dodržování hlavních zásad v nich uvedených.
- 2) Hledání relevantních zdrojů – monografií, článků, výzkumných prací, teoretických studií – domácích i zahraničních. Využití databází zahraničních článků na internetu, které jsou volně přístupné z univerzitní sítě.
- 3) Studium relevantní literatury z oblasti psychopatologie, patopsychologie, speciální pedagogiky, neuropsychologie, vývojové psychologie, rehabilitace.
- 4) Zpracování osnovy diplomové práce, formulace cíle výzkumu.
- 5) Zpracování základní kostry teoretické části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce – předpokladem je návaznost na ročníkovou práci, seznámení s metodou bazální stimulace, možnostmi jejího uplatnění, efektivitou, doporučenou cílovou skupinou osob, rámcový přehled dosavadních výzkumů v tomto tématu.
- 6) Formulace výzkumných otázek vycházejících z teoretické části práce nebo zájmu autora diplomové práce a jejich konzultace s vedoucím diplomové práce – předpokladem je zjišťování hodnocení metody bazální stimulace z pohledu jejich poskytovatelů, rozhovory s poskytovateli metody. Výběr vhodných metod získávání a analýzy dat (předpokladem je semistrukturovaný rozhovor, ohnisková skupina). Realizace výzkumu, sběr dat.
- 7) Zpracování výzkumné části práce a její konzultace s vedoucím diplomové práce.
- 8) Dokončení diplomové práce – integrace jednotlivých částí a kapitol do srozumitelného a logicky navazujícího celku s ohledem na požadované formální náležitosti.

Rozsah grafických prací: Dle potřeby.

Rozsah původní zprávy: Dle potřeby, minimální rozsah DP však 60 normostran.

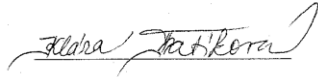
**SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:**

Seznam odborné literatury:

- Friedlová, K. (2005). Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha, Grada publishing.
- Friedlová, K. (2005). Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace.
- Friedlová, K. (2003). Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter.

- Friedlová, K. (2003). Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter.
- Langmeier, J., Langmeier, M., Krejčířová, D. (2002). Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie. Praha: Nakl. H a H.
- Pipeková, J., Vítková, M. (2001). Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido.
- Řičan, P., Krejčířová, D. (1995). Dětská klinická psychologie. Praha: Avicenum.
- Szabová, M. (1999). Cvičení pro rozvoj psychomotoriky. Praha: Portál.
- Teplá, M. (2001). Náměty pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením. Praha: Tech-Market.
- Vágnerová, M. (1993). Variabilita a patologie psychického vývoje. Praha: Karolinum.
- Vygotskij, L. S. (1976). Vývoj vyšších psychických funkcí. Praha: Státní pedagogické nakl.

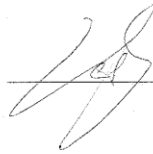
PODPIS STUDENTA:



DATUM:

27.5.2008

PODPIS VEDOUCÍHO PRÁCE:



DATUM:

27.5.2008

## Příloha číslo 4. Obrázkové ukázky jednotlivých terapeutických technik

### Polohování



Zdroj: <http://www.daneta.cz/fotogalerie/?g=9&f=27>

### Iniciální dotek



Zdroj: <http://www.daneta.cz/fotogalerie/?g=9&f=25>

### Vibrační stimulace



Zdroj: <http://www.daneta.cz/fotogalerie/?g=9&f=21>

### Masáž stimuluující dýchání



Zdroj: <http://www.daneta.cz/fotogalerie/?g=9&f=2>

### Somatická stimulace obličejové části hlavy



Zdroj: <http://www.daneta.cz/fotogalerie/?g=9&f=10>

### Míčkování



Zdroj: <http://www.svetlaska-cb.cz/terapie.aspx>

## Canisterapie



Zdroj: <http://www.svetlaska-cb.cz/terapie.aspx>

## Canisterapie



Zdroj: <http://canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>



## Hudební nástroje využívané v zařízeních pro muzikoterapii



Zdroj: [http://www.uspza.cz/index\\_sub.php?id=10453](http://www.uspza.cz/index_sub.php?id=10453)

## Hra se světlem



Zdroj: [http://www.halifaxacl.com/center\\_tour\\_snoezelen.html](http://www.halifaxacl.com/center_tour_snoezelen.html)

## Snoezelen



Zdroj: <http://www.autismhellas.gr/en/Spaces.aspx>

## Snoezelen



Zdroj: <http://www.skoly-brezejc.cz/metody/>

**Příloha číslo 5.****ŘÍKANKY (3 strany)****Hlava**

*(pírkem šimráme po obličejí)*

Ouško, ouško, ucho-  
pojď sem, neposluch!  
Vlázky, vlázky, vlas-  
nemáš na ně čas.  
Čelo, čelo, čílko-  
šup tam, násobilko!  
Nosík, nosík, nos-  
na mrazu je bos.  
Oči, oči, očka-  
nejlíp vidí kočka.  
Pusa, zoubky, zub-  
všechno jsi mi slup.

**Vlak**

*(prsty „chodíme“ od zápěstí směrem k rameni a zpět, nejprve na pravé a poté na levé ruce)*

Leze, leze po železe,  
očmuchává všechny meze.  
Jede, jede na páru,  
troubí přitom fanfáru.

**Pekař**

*(zlehka štípáme na ruku, tvářích, krku)*

Pekař peče housky,  
uštípuje kousky,  
pekařka mu pomáhá,  
uštípují oba dva.

**Foukej větříčku**

*(pírkem šimráme na krku zezadu i zepředu a doprovázíme fouknutím do zátylku)*

Foukej, foukej větříčku,  
shoď mi jednu hruštičku,  
shoď mi jednu nebo dvě,  
budou dobré obě dvě.

*(nakonec foukneme silněji pod tričko)*

**To je táta**

*(zvedáme dítěti pravou-máma, levou-táta ruku, pravou-bába a levou-děda nohu)*

To je táta, to je máma,  
to je bába, to je dědek,  
to je vnouček, malý klouček.

**Malíř**

*(žlutou tužkou malujeme na bříšku kolečka)*

Vezmi žlutou tužku,  
namaluj mi hrušku  
a pod hrušku talíř.  
Sláva ty jsi malíř.

**Elce, pelce**

*(kamínkem hladíme hřbet ruky k lokti a posléze dlaň k lokti)*

Elce, pelce, na veselce,  
dělal kocour kotrmelce,  
směje se mu myš,  
že vyjedla spíš,  
kiškaráda, kiš.

**Co dělají prsty**

*(mušličkou hladíme každý prst zvlášť)*

Ten vaří-  
ten smaží-  
ten peče-  
ten říká: "dej mi kousek"  
ten povídá: "matla-matla-  
matlafousek"

**Tluču mák**

*(dítě uchopí do ruky rolničku a napodobuje tlučení máku)*

Tluču, tluču mák,  
ale nevím jak.  
Povězte mi panímámo,  
jak se tluče mák.

**Kočka**

*(kouskem kožešiny hladíme po tváři, krku, bříšku)*

Či, či, či, či, či, či, či,  
čí jsi kočko kočičí?  
Čí jsem, či jsem, Aničky,  
naši malé holčičky.

**Hra v kuličky**

*(skleněnou kuličkou děláme krouživé pohyby v dlani a na hřbetu ruky)*

Zdalo se mi, zdálo,  
mám kuliček málo.  
Chtěl jsem jich mít víc  
a teď nemám nic.

**Co bude k snídani?**

*(dítě uchopí hrníček a lžičku a napodobuje míchání)*

Co bude k snídani?

Hrneček mazání.  
Co bude k obědu?  
Hrneček od medu.  
Co bude k večeři?  
Ošatka od peří.

### **Kovej, kovej**

*(rolničkou ťukáme na chodidla)*

Kovej, kovej kovářičku,  
okovej mi mou nožičku,  
okovej mi obě,  
zaplatím já tobě.

### **Počítadlo**

*(dítě má natažené pokud možno uvolněné nohy, které za něj zvedáme)*

Jedna, dvě, Honza jde,  
jedna, dvě, tři, pes ho věští.  
Jedna, dvě, tři, čtyři,  
kampak si to míří,  
jedna, dvě tři, čtyři, pět,  
běží k mámě na oběd.

### **Jak se chodí do světa**

*(dítě napodobuje jízdu na kole opět s naší pomocí)*

Levá, pravá, levá, pravá,  
tak se chodí do světa.  
Kdo to splete,  
můj ty světe,  
ten je velký popleta.

Levá, pravá, levá, pravá,  
po schodech a ze vrátek.  
Kdo to splete,  
můj ty světe,  
ať se vrátí nazpátek.

Všechny říkanky můžeme opakovat a tím bazální stimulaci prodloužit. Důležitý je dotek, říkanky říkáme pomalu a klidně. Pozor! I děti s těžkým mentálním postižením poznají, když změníte sled říkanek.