

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

TEREZA GRULICHOVÁ

ZÁKLADNÍ A NÁSTAVBOVÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE A MOŽNOSTI
JEJICH VYUŽITÍ U DĚTÍ S TĚLESNÝM A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
NA 1. STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Diplomová práce

Vedoucí práce – Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

OLOMOUC 2018

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

V Olomouci

.....

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi poskytli pro účel této práce svůj čas. Zejména vedoucí mé diplomové práce Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D, za její trpělivost, odborné vedení a připomínky při realizaci práce, manželovi, rodičům a sourozencům za podporu, a také učitelům a žákům, díky nimž se mohl tento výzkum realizovat.

Děkuji.

Motto:

**„Porozumět znamená chápat, co nám někdo sděluje.
Abychom pochopili, musíme se naučit naslouchat,
vnímat a vidět to, co třeba druhý nevidí.“**

(PhDr. Karolína Friedlová)

Obsah

Úvod	7
1. Význam konceptu bazální stimulace.....	8
2. Historie konceptu bazální stimulace	15
2.1 Autoři konceptu	15
2.2 Původ konceptu.....	16
2.3 Vznik konceptu u nás.....	17
2.4 Současná situace	18
3. Teoretická základna konceptu Bazální stimulace	20
3.1 Neurofyziologický model vývoje	21
3.1.1 Stavba nervového systému	21
3.1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy	22
3.1.3 Fyziologie chování a paměti.....	23
3.1.4 Neurofyziologické podklady pro koncept Bazální stimulace.....	23
3.2 Genetický prvek vývojové psychologie.....	24
3.2.1 Ontogenetický vývoj centrální nervové soustavy a nervové činnosti	24
3.3 Poznatky z fyzioterapie.....	25
3.4 Poznatky z psychologie	26
4. Význam doteků v životě člověka	27
5. Komunikace	30
5.1 Komunikace v konceptu Bazální stimulace.....	31
6. Prvky konceptu bazální stimulace.....	33
6.1 Základní prvky bazální stimulace	33
6.1.1 Somatická stimulace	33
6.1.2 Vestibulární stimulace	50
6.1.3 Vibrační stimulace.....	51
6.2 Nástavbové prvky bazální stimulace	53
6.2.1 Optická stimulace	53
6.2.2 Auditivní stimulace	55
6.2.3 Orální stimulace.....	58
6.2.4 Olfaktorická stimulace.....	60
6.2.5 Taktilně haptická stimulace	60
7. Biografická anamnéza	62

8.	Jedinec ve věku mladšího školního období.....	64
8.1	Jedinec s tělesným postižením.....	65
8.2	Jedinec s mentálním postižením.....	70
9.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	72
9.1	Úvod do problematiky.....	72
9.2	Cíl práce a výzkumná otázka.....	73
10.	Metodologický rámec.....	74
10.1	Použitá metoda.....	74
10.2	Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření.....	75
11.	Výsledky výzkumu.....	77
11.1	Polostrukturované rozhovory s pracovníky.....	77
11.2	Případová studie.....	83
12.	Diskuze.....	106
	Závěr.....	110
	Seznam prostudované a použité literatury.....	111
	Elektronické zdroje:.....	115
	Seznam obrázků:.....	117
	Seznam příloh:.....	118

Úvod

Kanadský kněz Jean Vainer jednou vyslovil krásnou myšlenku:

„Pochopíte snadno, že slabý potřebuje silného, ale zřejmě těžko porozumíte tomu, že stejně tak silný potřebuje slabého.“

V této větě je vystiženo vše, o čem život vlastně je. V praxi se mnohokrát setkáváme s lidmi, kteří jsou jiní než intaktní společnost, a potřebují k sobě někoho, kdo by je vedl. Ale zároveň nám už nedochází, že také zdraví lidé potřebují být silní pro někoho, kdo je potřebuje. Pro někoho, kdo nestačí tempu současné doby.

Ošetřovatelé, zdravotníci, pedagogové a další pracovníci se každodenně setkávají ve svých zařízeních a školách s jedinci, kteří jsou jedineční, originální v celé své bytosti, a kteří potřebují také jedinečný přístup. Přístup, který bude určený jen jim, a který povede k uspokojení jejich potřeb. Občas je velmi těžké porozumět klientu, a pochopit ho, ale o to krásnější jsou pak výsledky. V rámci pochopení a pomoci druhému můžeme využít mnoho způsobů – koncept Bazální stimulace, rehabilitace, terapie a mnoho dalšího. Koncept Bazální stimulace můžeme využít u všech klientů, bez ohledu na věk, pohlaví, stupeň omezení nebo postižení. Nevyžaduje žádné speciální pomůcky ani naučené fráze. Vyžaduje jen personál, který prošel certifikovaným kurzem a otevřený přístup celého zbytku týmu. Koncept Bazální stimulace vychází ze základních potřeb každého člověka. Od jemného pohlazení, až po naplnění nejvyšších potřeb jedince.

Cílem diplomové práce je komplexní pohled na práci s dětmi mladšího školního věku s tělesným a mentálním postižením v rámci konceptu Bazální stimulace. Tyto děti jsou velmi citlivé a potřebují ve svém vývoji pomoc, jak s vnímáním, tak s uvědoměním sami sebe, a nalezením svého místa nejen ve společnosti, a v tomto věku obzvlášť ve třídním kolektivu, ale hlavně nalezením místa v životě.

V této práci se zabýváme možnostmi uplatnění tohoto konceptu při práci s dětmi, a možnostmi využití různých stimulů, které dětem předkládáme, a které nejsou schopny samy z vlastní aktivity na sobě aplikovat. Vycházíme z materiálů, které jsou běžně dostupné v zařízeních a ve školách, a díky kterým děti s tělesným a mentálním postižením cítí bezpečí a pocit jistoty, protože to je pro ně něco známého a bezpečného.

1. Význam konceptu bazální stimulace

*„Bazální stimulace je koncept, který **podporuje** v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“* (Friedlová, 2007, s. 19).

Koncept Bazální stimulace vznikl jako psychologická aktivita, kdy nabízíme jedincům s mentálním postižením a s více vadami různé možnosti pro vývoj v rámci jejich osobnosti. Pojem bazální znamená tu nejprimárnější rovinu, kterou jedinec může pocítit a realizovat v té nejprostnější podobě. Vždy se vychází z toho nejzákladnějšího, co člověk může přijmout. Tato stimulace nabízí velký přísun podnětů a stimulů, které jsou velmi potřebné pro vývoj, a které se využívají tam, kde jedinec s těžkým mentálním postižením není schopen se sám postarat o tento přísun. (Vítková in Pipeková, 2010)

Ve Slovníku speciálněpedagogické terminologie se také můžeme dočíst pod pojmem Bazální stimulace následující: *„Bazální stimulace – **vědecký pedagogicko – ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka.** 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. Koncept podporuje zachovalé komunikační a pohybové schopnosti klienta. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a poté s ním navázat komunikaci. Předpokladem je práce s autobiografií klienta (individualizovanou – historie klienta, informace o jeho návycích, hodnotách, zálibách, životních zkušenostech atd.) a integrace jeho příbuzných do procesu bazální stimulace. U klientů s nevratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. 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.“* (Pastieriková in Kroupová, 2016, s. 185)

Když vyjdeme z definice, kterou uvádí Slovník speciálněpedagogické terminologie, je podstatné na prvním místě podtrhnout to, že se jedná o koncept, který je zaměřený na tělo. Je důležité si uvědomit, že v praxi se jedná o tělo pacienta, které je hlavním tématem všech pracovních činností pedagogů, ošetrojících a terapeutů. Zdravý člověk si umí najít činnosti, které ho naplňují a které ho propojují s lidmi okolo něj. Tělo zdravého člověka proto dostává

neustálé podněty, a jeho kontakt s okolním světem probíhá zprostředkovaně pomocí různých druhů doteků. (Fröhlich in Friedlová, 2015)

Významnou cílovou skupinou tohoto konceptu vždy byly a také dodnes zůstávají lidé s těžkým tělesným, kombinovaný a mentálním postižením a lidé po úrazech. Výhodou tohoto konceptu je pro klienty s vrozeným postižením realita, že jim může poskytnout zkušenosti v oblastech, které jsou většinou pro jejich vývoj buď omezené, nebo nedostupné. Jde tedy o to, umožnit těmto klientům prožít své vlastní tělo, umět se v něm zorientovat. (Kantor, 2013a)

*„Bazální stimulace není metoda ani technika, je to **koncept**. Koncept znamená, že se nejedná o přesně formulovanou terapii nebo pedagogická opatření, ale teze, které musí být stále rozvíjeny a přizpůsobovány. V centru zájmu je člověk s jeho psychickou realitou, která nám otevírá možnost osobního setkání. Bazální stimulace je systematický individuální doprovod a péče, které podporují učení a osobní rozvoj člověka. Nejde o to člověka s těžkým postižením nutit do určitých schémat péče a standardizovaných postupů. Člověka není možné vyvinout, ale zle uzpůsobit pečovatelské, terapeutické a pedagogické nabídky a okolní prostředí tak, aby byl podporován jeho vývoj.“* (Fröhlich in Friedlová, 2015, str. 17)

Všichni lidé na tomto světě vnímají pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v té nejranější – **embryonální fázi**, a mají pro nás od narození až po smrt naprosto nezastupitelné místo a obrovský význam. Díky smyslům, které máme, si můžeme plně uvědomit nejen okolní svět, ale hlavně sami sebe. Tato schopnost vnímat nás učí komunikovat a pohybovat se. Proto nesmíme ani jedno opomíjet, protože **vnímání, pohyb a komunikace** nás významně vzájemně ovlivňují. To, že můžeme vnímat, nám umožňuje pohyb. A opačně – díky pohybu a vnímání můžeme komunikovat. Koncept Bazální stimulace tedy podporuje a propojuje percepci, lokomoci a komunikaci (Friedlová, 2017a)

Jako příchod na svět, tak také smrt musíme brát jako součást našeho života. Nikdy se na ni nedokážeme plně připravit, ale čas, který máme určený je důležitý, abychom jej plně prožili. Tuto možnost musíme dát všem. Bez rozdílu postižení a omezenosti. Smrt je velmi citlivé téma. Umírající, kteří cítí, že se blíží jejich konec, se cítí vřelejší a vstřícnější. Proto je důležité chovat se s úctou ke všem. **Nejen u narozených, ale u umírajících** je potřeba stimulovat jejich vnímání a umožnit jim důstojný odchod. (Mindell, 1994)

Bez pohybu nevnímáme tělo, musíme neustále vnímat sami sebe. V praxi to znamená, že nejprve musíme umožnit člověku, aby věděl, kde začíná a končí jeho tělo, a následně ho stimulovat v daném prostředí s ohledem na něj. (Základní kurz, Vsetín, 2017a)

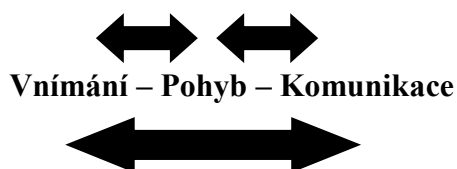
Andreas Fröhlich (in Friedlová, 2015) také tvrdí, že dítě/ jedinci/ senioři/ pacienti s hlubokou a těžkou mentální retardací a těžkým tělesným postižením jsou vzdělavatelní. Alespoň v rámci svého těla, ve vnímání svého těla.

Friedlová (2015) také obhájí svou hlavní myšlenku celé filozofie konceptu bazální stimulace, že člověk může mít špatnou medicínskou prognózu, ale dobrou prognózu sociální. Proto je důležité rozvíjet schopnosti klienta i v té nejzákladnější, bazální rovině.

Základními prvky konceptu jsou: (Friedlová, 2017a)

- Vnímání
- Pohyb
- Komunikace

Tyto tři hlavní pilíře, na kterých je postaven koncept bazální stimulace, jsou na sebe navzájem závislé a spolupracují.



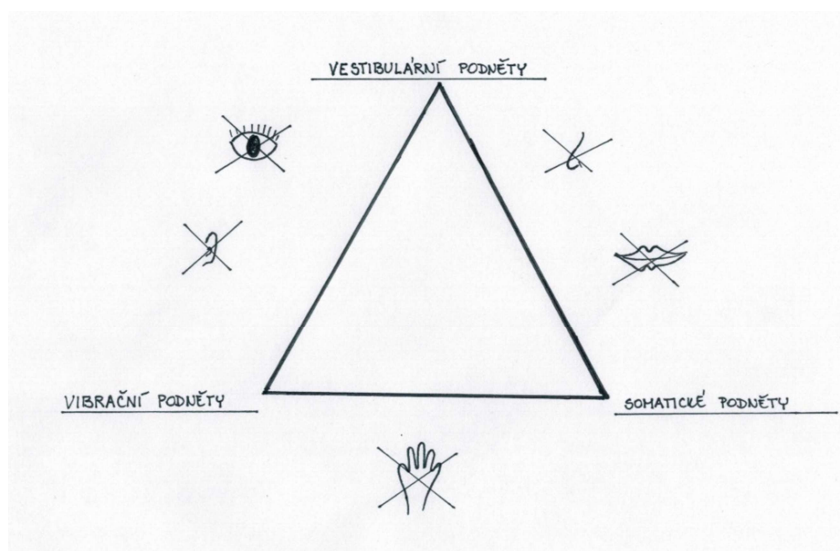
Bazální stimulace uznává odlišné vývojové stupně schopnosti vnímat, které člověk právě prožívá. Schopnost vnímání začíná již v 7. týdnu prenatálního vývoje, proto je embryonální fáze z našeho momentálního pohledu velmi důležitá. Také Andreas Fröhlich ve svých projevech klade velký důraz na prenatální období. (Friedlová, 2017a)

„Nejvýznamnější podněty dostává plod po celou dobu prenatálního vývoje v oblasti:

- **Vibrační** (zvuky, např. hlas matky, nebo tlukot jejího srdce, žaludeční a střevní peristaltika, jsou přenášeny v podobě vlnění plodovou vodou a plod si je uvědomuje jako vibrace)
 - **Somatické** (plod cítí tlak stěny uteru a plodové vody na svém těle, cucá si palec...)
 - **Vestibulární** (vnímá změny polohy svého těla a změny polohy své matky...)“
- (Friedlová, 2017a, s. 2)

Trilogie prvků

(základní podněty + zaškrtnuté obrázky jsou již nastavbové smysly)

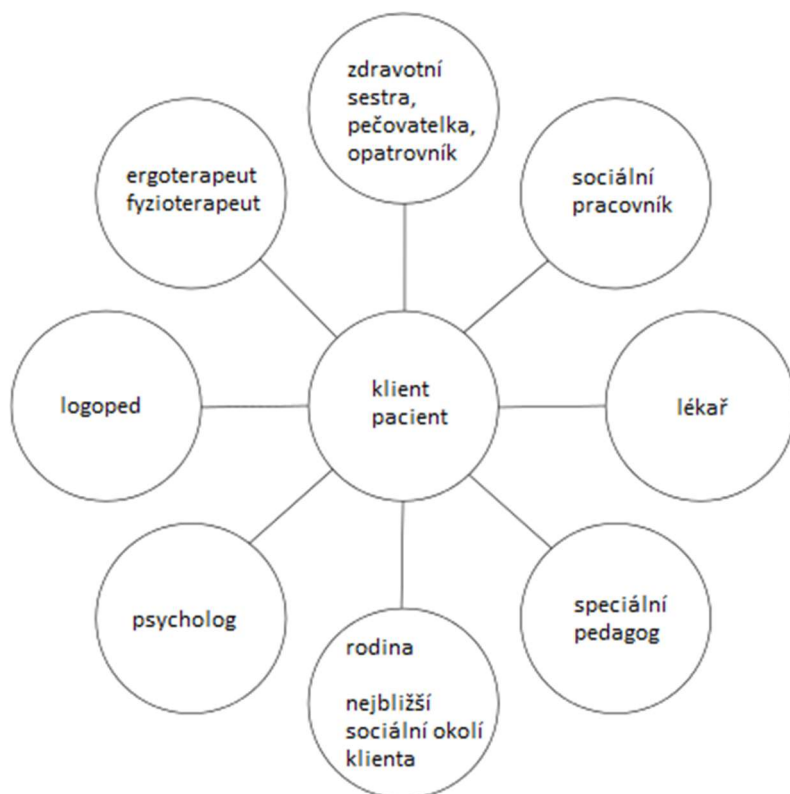


Obrázek 1 – Trilogie prvků (nakresleno dle osobní účasti na Základním kurzu Bazální stimulace, 2.- 3. 3. 2017a Vsetín)

Za základní princip bazální stimulace považuje Vítková (in Valenta 2014, s. 241-242):
„Zjištění, že zprostředkováním zkušenosti a vjemů můžeme u jedince podpořit jeho vývoj. Tyto zkušenosti a vjemy je třeba pečlivě sledovat a promyšleně plánovat programy. Bereme v úvahu individuální vývoj dítěte, nikoliv vývoj, který odpovídá kalendářnímu věku. Vycházíme z toho, že každý člověk má naprogramovaný jemu vlastní vývoj, který je možné při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit. Je třeba, aby podpora spočívala ve společném zaměstnávání, podněcování a komunikaci.“

Dle autora konceptu prof. A. Fröhlicha „Bazální stimulace znamená jít společnou cestou pečujících, pedagogů, terapeutů, klienta a jeho rodiny.“

Komplexní týmová práce je základem bazálně stimulující péče



Obrázek 2 - Týmová práce (Friedlová, 2018 - <https://www.bazalni-stimulace.cz/>)

„Během prenatalního a dalšího postnatálního vývoje získává člověk další schopnosti vnímání, a to v oblasti:

- Auditivní, olfaktorické, taktilně – haptické, optické, orální.

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.“ (Friedlová, 2017a, str. 3)

„V konceptu Bazální stimulace podporujeme: stimulaci vnímání vlastního těla, rozvoj vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase, lokomoční schopnosti, zlepšení

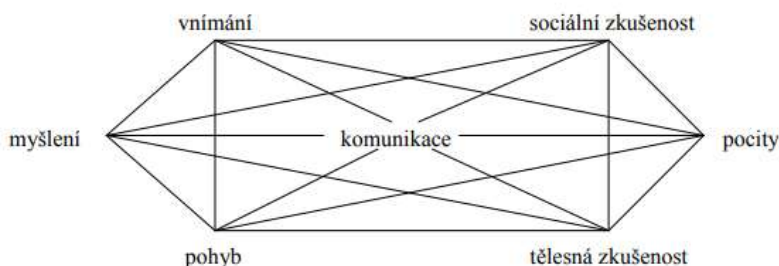
funkcí organismu, psychomotorický vývoj člověka, respekt autonomie člověka, důstojné prožívání, umožnit prožívat život v co nejvyšší možné míře kvality (i v těžkých stavech se špatnou prognózou).“ (Friedlová, 2017a, str. 3)

Jednotlivými prvky podpory v rámci tohoto konceptu jsou: somatické podněty, vibrační podněty a vestibulární podněty, a dále: sluchové a zrakové podněty, čichové a chuťové podněty, komunikativní a sociálně – emocionální podněty. (Janků, 2010)

Vítková (in Müller 2014, str. 361) připomíná, že: „základní myšlenkou bazální stimulace je **požadavek celistvosti, holistický přístup**. Základní model vychází z předpokladu, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Našimi metodami a přístupy můžeme ovlivňovat jen celého člověka, vědomé rozlišování mezi tělesným a duševním působením je nepřipustné, neboť lidská bytost je nedělitelná.

Také Opatřilová (2013) ve své publikaci uvádí, že **celistvost** je důležité pochopit tak, že jedna oblast působí na druhou, a teprve až potom všechny vytvoří jednotu. Nesmíme opomenout říct, že všechny složky jsou stejně důležité, všechny působí společně a není možné nadřadit jednu z nich, protože pak bychom to mohli považovat za zasahování do hodnotového systému.

*„Pomocí modelu vývoje osobnosti se pokouší Ursula Haupt o znázornění celistvosti. Dala do souvislosti sedm nejdůležitějších oblastí **vývoje osobnosti člověka**. (obr. 3) Na obrázku naznačené spojovací čáry mají ukázat, že žádná oblast ve vývoji osobnosti není možná bez druhé. Každá oblast působí na další, ale teprve všechny oblasti vytvářejí jednotu. Vychází z toho, že každý člověk sbírá zkušenosti ze všech těchto oblastí a také je v nich prožívá. Oblasti vývoje osobnosti člověka tvoří tyto složky:“ (Vítková in Müller, 2014, str. 361)*



Obrázek 3 – Znázornění celistvosti ve vývoji člověka (Vítková in Müller, 2014, str. 361)

V raném dětství, v těžké nemoci nebo při těžkém mentálním postižení nejsou uspořádány jednotlivé oblasti podle pořadí. Je důležité si tuto skutečnost uvědomit. Zatímco tedy člověk, který je zdravý, si umí ujasnit určité priority, umí použít v dané situaci určitou oblast a vnímání ji, jedinci s postižením tuto schopnost nemají. Neumí se rozhodnout, která složka je důležitější, a které dát přednost. Jsou tedy pro ně všechny složky stejně důležité. Tělesné a emocionální složky mají stejný stupeň skutečnosti. (Vítková in Müller, 2014)

„Ztráta schopnosti pohybu vede k senzorické deprivaci, a následkem toho bývá nedostatečná vlastní organizace neuronální sítě. Vznik nových dendritických spojení mezi neurony způsobuje neustálý přísun podnětů především z vlastního těla (somatická stimulace) a také z okolního světa.“(Friedlová, 2017a, str. 3)

„Koncept se tedy uplatňuje především v péči o:

- *Děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání*
- *Děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace*
- *Klienty v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin (např. po úrazech mozku)*
- *Klienty dlouhodobě upoutané na lůžko*
- *Klienty neklidné, dezorientované*
- *Klienty v intenzivní péči*
- *Geriatrické klienty*
- *Seniory s demencí*
- *Umírající (hospicová péče)*
- *Klienty po mozkových cévních příhodách*
- *Žáky a děti se speciálními vzdělávacími potřebami*
- *V neonatologické intenzivní péči (péče o předčasně narozené děti)“*

(Friedlová, 2017a, str. 3)

2. Historie konceptu bazální stimulace

2.1 Autoři konceptu

„Název konceptu Bazální stimulace pochází z němčiny, v originále „Basale Stimulation“. Koncept je využíván v řadě evropských zemí, nejvíce v Německu, Švýcarsku a Rakousku, ale postupně se rozšiřuje i do jiných, německy nehovořících zemí, jako je Česká republika, Belgie, Itálie, Španělsko nebo Francie.“ (Zikl, 2017, str. 116)

*„Za autora konceptu bazální stimulace považujeme – **Prof. Dr. Andream Fröhlich**, speciálního pedagoga, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami.“ (Friedlová, 2016, str. 5)*

U dětí s těžkým kombinovaným postižením je obvykle velmi těžké aplikovat standardní výukové metody, a je ještě těžší s nimi navázat komunikaci a správně uchopit přístup k nim. Umět naslouchat jejich potřebám a zároveň stimulovat správným směrem jejich vývoj. Andreas Fröhlich tedy na základě poznatků, které měl z oboru neurofyzologie, vývojová psychologie a fyzioterapie (zejména u Bobath konceptu) zformuloval a vytvořil koncept Bazální stimulace, který měl pro pedagogy jeden důležitý cíl, a to takový – umožnit pedagogům takové postupy, o které se budou moct opřít vzhledem k vědeckému základu, a budou aplikovatelné u dětí s velmi těžkým postižením a umožní efektivnější práci s touto skupinou dětí. (Zikl, 2014)

Ze života Andream Fröhliche je také důležité vyzdvihnout to, že koncept Bazální stimulace vypracoval během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia. Poté, co získal profesuru na Vysoké škole pedagogické v Heidelbergu, se stal od roku 1994 profesorem na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau. Prof. Dr. Andreas Fröhlich je také velmi uznávaným speciálním pedagogem vzdělávaným v pedagogickém a filozofickém směru. Je zároveň autorem stovek publikací, mnoho monografií a i když je nyní už v důchodu neustále publikuje, účastní se na výzkumných projektech a zároveň přednáší na konferencích. Není od věci vyzdvihnout, že byl panu Prof. Dr. Fröhlichovi udělen také Spolkový záslužný kříž a Zlatý čestný odznak Německého ošetrovatelského svazu, a za přínos pro Českou a Slovenskou republiku v oblasti ošetrovatelství také roku 2013 udělena Zlatá medaile Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce svaté Alžběty v Bratislavě. (Friedlová, 2016)

Od 80. let 20. století začal intenzivněji pracovat s Christel Bienstein, a společně se tedy podíleli na dotvoření ošetřovatelského konceptu Bazální stimulace. Také zároveň vytvořili systém, jak vzdělávat lektory a průvodce praxí konceptem Bazální stimulace. (Friedlová, 2016)

Friedlová ve své publikaci (2016) dále popisuje **Prof. Christel Bienstein**, jako zdravotní sestru, která pracovala mnoho let v Essenu v Německu ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetřovatelská povolání. Je až obdivuhodné, s jakou chutí se snažila zabývat problematikou ošetřovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímat, komunikovat a pohybovat se je velmi změněna a snížena. Od roku 1994 vede Institut ošetřovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. V roce 2003 převzala profesuru v oblasti výzkumu v ošetřovatelství na Univerzitě v Brémách. V rámci své vědecké práce vede výzkumné projekty v oblasti změn lidského vnímání.

2.2 Původ konceptu

Je důležité na prvním místě znovu připomenout jméno **Prof. Dr. Andreas Fröhlich**, díky kterému tento koncept máme. Již na počátku sedmdesátých let minulého století se snažil A. Fröhlich rozvíjet koncept, který by podporoval rozvoj schopností u dětí s těžkými změnami v oblasti tělesné a duševní. Z důvodů jejich omezení oblastí vnímání je u těchto dětí je velmi náročné navázat verbální komunikace. Úspěšnost jeho přístupu v navázání komunikace s těmito dětmi byla postavena na podkladu somatické, vibrační a vestibulární komunikace. Jeho dosažené výsledky se staly velmi důležité nejen pro jeho následující činnost, ale také pro mnoho odborníků z řad medicíny. Tento koncept se i díky tomu stal respektovaným a oceňovaným pedagogicko – ošetřovatelským konceptem a proto mohl Prof. Dr. Andreas Fröhlich pro tento koncept registrovat ochrannou známku a vytvořit strukturu vzdělávání lektorů, kteří zaručí důležité vyškolení ošetřujících a integraci konceptu do praxe. (Friedlová, 2016)

Jak už vyplývá z konceptu Bazální stimulace – profesionální přístup by se měl kloubit s lidskostí, používáním špičkové zdravotní techniky, ale zároveň bychom měli být schopni empatie nejen k pacientovi, ale i jeho rodině. Wolffová (2007) ve sborníku příspěvků z II. Národní konference bazální stimulace také neopomíjí uvést, že koncept vychází z myšlenky Piageta „*život je možný jen ve vztahu*“, a na základě toho umožňuje pacientovi uvědomit si sám sebe, svoje tělo a své okolí, a navázat komunikaci na úrovni svého vnímání. Je důležité dát možnost pacientovi, nebo dítěti s těžkým kombinovaným postižením možnost pocítit

vjemy a stimulovat ho směrem, který je mu příjemný. My si ani neuvědomuje vjemy, které nás obklopují každý den. Bereme to jako součást každodennosti, aniž bychom se nad tím více zamysleli a uvědomili si, za co máme být vděční. Zpěv ptáků, pevná půda pod nohama, voda z kohoutku, to všechno se nám zapisuje do podvědomí, aniž bychom se o to sami snažili. To nám pak dává možnost vlastní existence. Když bychom tyto vjemy vymazali, odstranili z našich životů, omezili bychom tak aktivitu dendritů v mozku a zredukovali tak schopnost mozku něco vnímat. Tyto skutečnosti by vedly k deprivaci, která by se projevila u zdravého jedince jako agrese, úzkost a strach. Když si představíme jedince, který je upoután na lůžku, a má poškozenou část mozkové tkáně - stresuje se z hluku okolo sebe, neví, co se s ním bude dít, všichni ho nechávají v nevědomosti. Je důležité myslet také z tohoto úhlu, že co je pro zdravého jedince samozřejmostí, pro lidi s poškozením mozkové tkáně není.

2.3 Vznik konceptu u nás

Bazální stimulace byla původně konceptem speciálně – pedagogickým, ale od 80 - tých let byl tento koncept rozšířen i do oblasti ošetrovatelství, o což se zasloužila již dříve zmíněná prof. Christel Bienstein. V ČR se o rozšíření konceptu Bazální stimulace zasloužila PhDr. **Karolína Friedlová**, která je původně zdravotní sestrou, která pracovala v Rakousku a Německu a ve Vídni absolvovala studium pro lektory Bazální stimulace. Od roku 2000 prosazuje koncept v ČR (později i v SR), první kurzy proběhly v roce 2003, v počátcích tvořili podstatnou část účastníků v ČR zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci. Vzhledem k tomu, že u kurzu Bazální stimulace není požadováno specifické vstupní vzdělání nebo praxe, jsou účastníci velmi různorodí a mimo zdravotnických pracovníků je absolvují stále více i pracovníci ze školství (učitelé, speciální pedagogové, asistenci), sociální služeb (sociální pracovníci, pracovníci různých typů sociálních služeb, osobní asistenti) a také neformální pečující (zejména rodiče a další rodinní příslušníci). (Friedlová, 2015)

Samozřejmě začátky tohoto konceptu v České republice také nebyly snadné, publikum se tehdy setkalo se zcela jinou filozofií péče o klienta, než se kterou se doposud pracovali a byli na ni zvyklí. Neuměli si to představit a báli se změn. Nebáli se vyjádřit stylem, jako například - naskládané osobní věci pacienta kazí dojem, když jsou naskládané vedle jeho postele, nebo další protesty typu - je to nepříjemné, když se vám někdo dívá z rodinných příslušníků pod ruce. Byli ovšem i takoví nadšenci, které ihned tato filozofie chytila a oslovila. Díky svému nadšení se z nich pak stali první absolventi historicky prvního Základního kurzu Bazální stimulace v České republice, který proběhl v lednu roku 2003 na Lékařské fakultě

v Olomouci. Jejich chuť zkoušet něco nového přineslo první ovoce, a jejich chuť pracovat začala opět narůstat. Byl to nový impulz, který ukázal pracovníkům, že se dá péče a přístup ke klientovi brát také z jiného úhlu, než byli doposud zvyklí. Poté následovaly první proškolené pracoviště, kurzy začalo navštěvovat stále větší a větší množství lidí, kteří byli z různých oblastí – ať už to byli ošetřovatelé, učitelé zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové, psychologové, sociální pracovníci a také pracující z oblasti speciální pedagogiky. Při vstupu do Evropské unie, roku 2004, byl tak koncept zařazen do Vyhlášky MZ ČR, kterou se stanovují činnosti všeobecné sestry. PhDr. Friedlová byla tedy požádána, aby sepsala ucelenou učebnici pro učitele předmětu ošetřovatelství. Zároveň byl roku 2005 založen INSTITUT Bazální stimulace ve Frýdku – Místku, kde v témže roce proběhla česko-slovenská konference Bazální stimulace za účasti autorky prof. Ch. Biensteinové. (Friedlová, 2015)

2.4 Současná situace

Koncept Bazální stimulace patří v současné chvíli v zemích Evropské unie k nejužívanějším ošetřovatelským konceptům v ošetřovatelství. Nejen pro lidi, kteří mají změny v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace, ale zároveň pro větší část klientů v ústavní péči, obyvatel domovů pro seniory a jiných zařízeních podobného typu jsem tento koncept stal již podstatnou součástí jejich života. Nezastupitelné místo také obsadil v péči o nedonošené děti, a to nejen na jednotkách intenzivní péče pro předčasně narozené. (Friedlová, 2016)

V této chvíli jsme již ve fázi, kdy dokazování účinku konceptu již není potřeba, proces zavádění do praxe a realizace se ujal, a je asi nejdůležitější zdůraznit, že počet zdravotnického personálu, který v současné době s konceptem pracuje, se neustále rozšiřuje. Je dobré, že tento koncept vzbudil v lidech, kteří pracují s cílovou skupinou plno otázek, a zároveň myšlenek, jak uchopit některé neuchopitelné. Každý má prostor vyjádřit se na různých konferencích, seminářích k různé literatuře, a nedílnou součástí je také možnost studia na internetu, kde je nepřehledné množství videí, fotek a záznamů. Je dobré si uvědomit, že obě skupiny jsou stejné důležité. Jak ti, co tvoří koncept, formulují myšlenky a poznatky do teorie, tak také ti, kteří tyto myšlenky praktikují v praxi a nabývají nových zkušeností, jak koncept posunout ještě výše. (Friedlová, 2016)

V České republice byl první základní kurz přednášen v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, a od té doby bylo již proškoleno mnoho absolventů. Ať už se jedná o zdravotní sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, speciální pedagogy, sociální pracovníky nebo rodinné příslušníky, kteří jsou v denním kontaktu s jedinci s omezením vnímání. Do současné chvíle bylo také proškoleno 411 zařízení v ČR a SR a 124 supervidovaných pracovišť v ČR a SR (www.bazalni-stimulace.cz)

„Absolventi seminářů pořádaných INSTITUTEM Bazální stimulace obdrží stejný certifikát jako absolventi seminářů zahraničních, certifikát je platný v celé Evropské unii. Základní, nástavbové, prohlubující kurzy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví ČR, MPSV ČR, MŠMT ČR a Ministerstvem zdravotnictví Slovenska.“ (Friedlová, 2016, str. 9)

3. Teoretická základna konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace pokládá za primární princip to, že díky vnímání a uvědomování si vlastního těla, můžeme uvést zpátky jedince do reality. (Vítková in Friedlová, 2009)

Nydahl (2012) dále rozebírá naše vnímání jako něco, co lidi v běžném životě berou jako samozřejmost. Jako něco, co je automatické. Vnímání je podle něj velmi přirozené, že o něm začínáme přemýšlet až v situacích, kdy se cítíme omezeni.

Dle Friedlové (2015) koncept Bazální stimulace vychází z co největšího pokusu o to, aby se člověk sám v sobě dokázal zorientovat a uvědomil si své tělo. Je zde dána možnost lidem s omezením hybnosti podpořit jejich pohyb a komunikaci. Vychází se ze základních podnětů, které dávají možnost uvědomit si svůj prvotní vývoj. Za primární učení se zde považuje senzomotorické. Jedinečnost klienta je dána na první místo, a vždy se musí jednat v závislosti na autobiografii klienta. Koncept Bazální stimulace se snaží vyprovokovat základní somatické, vestibulární a vestibulární stimuly. A pomocí těchto základních stimulů pokračovat v nastavbových.

Fröhlich (in Friedlová, 2015) se snaží popsat výchozí poznatky, které jej vedly k základu konceptu Bazální stimulace. Snažil se propojit neurologii a lékařskou fyziologii, vývojovou psychologii (hlavně v prenatálním období), a individuální psychologii Alfreda Adlera a koncept manželů Bobathových.

„Teoretická základna pro koncept Bazální stimulace je založena na čtyřech předpokladech:

- *Neurofyziologický model vývoje*
- *Genetické prvky vývojové psychologie*
- *Poznatky z fyzioterapie*
- *Poznatky z psychologie“ (Friedlová, 2016, str. 25- 26)*

3.1 Neurofyziologický model vývoje

3.1.1 Stavba nervového systému

Největší postavou v rámci české fyziologie ve světě je neodmyslitelně Jan Evangelista Purkyně. Stal se spoluzakladatelem cytologie a mimo mnoho biologických, fyziologických objevů se zabýval především nervovým systémem. Poprvé také popsal základní funkční a anatomickou jednotku- **neuron**. (Vožeh, 2015)

Neuron (nebo také nervové buňky) je základní jednotkou mozku a nervového systému. Jsou to buňky zodpovědné za přijímání senzorických vstupů z něčího světa. Interakce mezi vzájemnými nervovými buňkami určují, kdo vlastně jsme. Kdo jsme jako lidé. Neuron je schopen přijmout vybrané druhy signálů, a vytvářet určité synapse s ostatními neurony. Je dobré si představit tělo neuronu formou stromu. Neuron má 3 hlavní části – dendrity, axon a buněčné tělo, které můžeme představit ve formě větve, kmene a kořene stromu. Dendrit je místo, které umožňuje přijímat vstup z ostatních buněk. Buněčné tělo (soma) je místo, kde se nachází jádro, a kde je umístěna DNA neuronu. V axonu je výstupní struktura neuronu, která, když chce mluvit neuron s jiným neuronem, vyšle zprávu zvanou akční potenciál po celém axonu. Součástí dendritu jsou dendritické trny. Existují různé typy neuronů, a to jak v míše, tak i v mozku. Obecně můžeme neurony dělit podle výskytu, podle projekce a podle využití neurotransmiterů. (Queensland Brain Institute, 2018)

Nervová buňka je tedy základní funkční jednotkou, a je nejprimárnějším kamenem celého stavebního nervového systému. Je tak malá, že ji nelze okem zahlédnout. Má asi 0,1 mm, a je možné ho vidět pouze pod mikroskopem. Dělí se tedy na 3 části, a nejdůležitější částí je tedy tělo buňky s buněčným jádrem. Z něho vycházejí dendrity. Axon je delší částí buněčného dělení. Je dobré připomenout, že nervová buňka má velmi specifický tvar. (Dési, 1968)

„Neurony vytvářejí v centrálním nervovém systému komplikovanou a vzájemně mnohočetně propojenou síť. Procesy probíhající v rámci této sítě jsou podřízeny dvěma základním monofunkčním principům, tj. principům divergence a konvergence.“ (Friedlová, 2016, str. 26-27)

3.1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy

Nervová soustava nám dovoluje řídit a koordinovat funkci organismu a jeho následný kontakt s vnějším prostředím. Smyslová buňka neboli receptor je na začátku všeho. Pomocí ní dokážeme cítit. Zároveň zachycuje podněty z vnějšího prostředí, ty pak dále mění na nervové vzruchy a tyto vzruchy pak putují dále celým tělem. Pohyb tohoto nervového vzruchu pak dále pokračuje dostředivou drahou až do centrálního nervového systému, který je následně dále zpracován a poslán k tzv. efektoru. Centrální nervový systém je tvořen 2 částmi: mozkem a míchou. (Bočková, 2014)

Machová (in Friedlová, 2016) také popisuje, že vše, co se stalo uvnitř nebo mimo organismus lidského těla, dokážou zachytit receptory ve smyslových orgánech. Změny, které upravují zevní nebo vnitřní prostředí, a dále pak ovlivňují receptory, můžeme dělit na fyzikální (mechanické, elektrické a tepelné) nebo na chemické síly. Tyto síly pak můžeme pojmenovat jako podněty – neboli stimuly.

Jelínek (2002) dále rozděluje nervovou soustavu člověka na 2 části – na **ústřední nervovou soustavu**, která je tvořena výhradně mozkem a páteřní míchou, a dále na **obvodové nervy**, tyto nervy dále dělí na dostředivé (senzitivní) a odstředivé (motorické; autonomní – sympatické a parasympatické)

Trojan (2003) řadí z hlediska hierarchie CNS na pomyslnou první příčku. Jako její významnou vlastnost označuje – **přesnost a rychlost** registrace množství informací o stavu organismu, **preciznost a rychlost** zpracování vstupních údajů, **identitu, adaptaci, trofickou (výživovou) úlohu, a praktickou nemožnost regeneraci neuronů.**

Z hlediska konceptu Bazální stimulace je podstatná vlastnost identita. I když je stavba centrální nervové soustavy u všech stejná, a je založená na velmi podobných předpokladech, každý jsme jedineční, a originální. (Friedlová, 2016)

Již v prenatálním vývoji dochází k rozvoji CNS. V době, kdy je plod ještě u matky, probíhá vzájemná interakce mezi dítětem a matkou. Začínají se již pomalu rozvíjet jeho percepční, emoční i paměťové schopnosti. (Trojan in Friedlová, 2016)

Samotný porod je nejen pro matku, ale hlavně pro samotné dítě obrovským zážitkem a darem. Dochází zde k výraznému posunu v rozvoji CNS. Tyto posuny probíhají stále většími

kroky, a během prvního půl roku života dítěte dojde k nejméně dvěma změnám. (Friedlová, 2016)

3.1.3 Fyziologie chování a paměti

Na lidské chování mají velký vliv mozkové funkce. Nejedná se jen o schopnost přijmout vnější a vnitřní podněty, ale hlavně se jedná o systémy, jako jsou – učení, paměť, a také chování z hlediska emocí a motivace. (Friedlová, 2015)

Učení patří neodmyslitelně k chování. Schopnost učit se, napodobovat vzorce chování, má již novorozenec. Dokáže zopakovat naučené vzorce, a později se v nich po stálém procvičování upevňuje. U předškolních dětí může docházet k nahodilému učení, které dítě zkouší. Není to cílené učení, a dítě zkouší, co dokáže. Až v mladším školním věku dostává učení novou formu, a dítě se dostává do fáze, učí se, jak se učit. A toto už vydrží po celý život. Také **paměť** se procvičuje již od narození. Nejprve se dítě učí na matce, otci, vytváří si své první paměťové vzorce, a různé strategie. (Langmeier, 2006)

Friedlová (2015, str. 50) definuje paměť jako: „*schopnost uchovávat a vybavovat informace.*“ Mezi další důležité systémy řadí také **nepodmíněné reflexy**, které nejsou vázány na předchozí zkušenosti, **instinkt** – který obsahuje nepodmíněné i naučené prvky, **motivaci**, která ovlivňuje veškeré chování informacemi z vnitřního prostředí organismu a v neposlední řadě také **emoce**. Emoce jsou pro nás v tuto chvíli velmi podstatné, ovlivňují totiž jako aktivitu motorickou, tak také somatickou a vegetativní, a zároveň endokrinní systém. Díky emocím můžeme vidět nejen u sebe, ale především u klientů změnu srdeční činnosti, změnu v krevním tlaku, prokrvení kůže, nebo v projevech chování můžeme zaznamenat reakce, jako je pláč, smích.

3.1.4 Neurofyziologické podklady pro koncept Bazální stimulace

Pickenhein (in Friedlová, 2016) také podotýká, že to jak se vyvíjí náš mozek, nesouvisí pouze na biologických podmínkách a genetickém vybavení, ale také na tom, jaké stimuly podněcují naše prostředí. Když se člověk vyskytuje v málo podnětném prostředí, může docházet k tzv. senzorickým deprivacím. Znamená to tedy, že mozek nedostává dostatek stimulů, a je tedy omezen jeho výkon. Z tohoto důvodu vzniká podnětní deprivace. Vzniká u klientů s omezením hybnosti, protože jejich těla jsou omezena provést určitý samostatný pohyb. Jedinci se neumí zorientovat ve vlastním těle. Jestliže jsou ale také klienti delší dobu hospitalizováni, může se u nich projevat také sociální deprivace.

3.2 Genetický prvek vývojové psychologie

3.2.1 Ontogenetický vývoj centrální nervové soustavy a nervové činnosti

Langmeier (2006, str. 23) ve své publikaci tvrdí, že: „*životní běh člověka nezačíná až jeho narozením, porod je jen jedním – i když velmi významným – časovým bodem v průběhu vývoje. Proto také v některých kulturách bylo stáří člověka počítáno od předpokládaného data početí.... Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození.*“

Dle Friedlové (2016) je velmi podstatné a důležité prenatální období. Již od početí se začíná tvořit nervová soustava. Nejprve se vyvíjí nervová trubice, poté mozek a jeho hemisféry. Friedlová (2016, str. 36) dále podotýká, že: „*ze stručného pohledu vývoje nervové soustavy vyplývá, že plodové období je pro mozek dobrou vývoje a vytváření, zatímco pro všechny ostatní orgány je toto období především dobrou 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 6. měsíce svého prenatálního vývoje. V prenatálním období není mozková kůra ještě dostatečně rozvinutá a je tudíž možné, že paměťové stopy se ukládají jiným, zřejmě efektivnějším způsobem, než v období dětství a dospělosti. Prenatální podněty mají význam pro rozvoj dítěte...Od 28. – 30. týdne reaguje plod aktivně na taktilní, akustické, vizuální a chuťové podněty. Plod vykazuje od 6. měsíce také výrazně citové prožitky.*“

Langmeier (2006) také doporučuje, aby matky se svými, ještě nenarozenými dětmi, v tomto období komunikovaly. Je dobré „dítě“ často hladit, dotýkat se, jemně poklepávat, nebo také pouštět jemnou muziku. Také při doteku otce, nebo sourozenců cítí dítě, že je přijímáno. Určitým směrem se začíná stimulovat jeho vnímání. Dítě je v břiše matky v jakési schránce, která ho chrání před okolním světem, a zároveň mu dává možnost cítit vestibulární stimulaci prostřednictvím matky. Cítí stejné pocity jako matka.

Vzhledem k důležitosti vývoje nervové soustavy a mozku je nutné podotknout, že zde má velký význam porod. Od samého prvotního nádechu novorozence dochází k mnoha výrazným změnám. Jeho centrální nervová soustava se zdokonaluje v této rychlé změně prostředí. (Friedlová, 2016)

Langmeier (2006) ve své publikaci také klade velký důraz na včasnou komunikaci a vzájemnou interakci novorozence s matkou a otcem. Tento vztah je v danou chvíli nenahraditelný a výrazně ovlivňuje dítě po celý zbytek jeho života. Je důležité dát pocítit dítěti, že je milované a chtěné. Tato prvotní láska mu umožňuje pozdější socializaci se světem.

V rámci souvislosti konceptu Bazální stimulace anovorozence uvádí Friedlová (2016, str. 38): „*člověk poznává své prostředí pomocí činů (pohyb a motorika). Schopnost pohybu umožňuje člověku dosáhnout možných schémat jednání a chování. Bez schémat jednání není možné budování myšlenkových schémat. Dítě se prostřednictvím pohybů a motorického jednání učí chápat a také porozumět svému okolí a následně se mu přizpůsobí.*“

3.3 Poznatky z fyzioterapie

Koncept Bazální stimulace vychází z myšlenek **Bobath konceptu**.(Friedlová, 2016)

Friedlová (2016, str. 39) popisuje historii Bobath konceptu: „*s myšlenkou tohoto konceptu přišla ve 40. letech 20. století Berta Bobath (fyzioterapeutka), a to během své práce s pacienty po mozkových cévních příhodách. Integrovala poté koncept do péče o děti s cerebrální pohybovou poruchou. Její manžel Karel Bobath (neurolog) současně její poznatky zpracovával ze strany neurofyziologie.*“

Bobath koncept je neurologicky založený, interdisciplinární přístup. Tento koncept se snaží pomáhat lidem zvládat každodenní činnosti, a zároveň se účastnit každodenního života, i když je jejich neurologický vývoj omezen. Tento vývoj je omezen z hlediska motorického, sensorického, emocionálního a také je narušena schopnost vnímání a sociální interakce. (Heidrun, 2016)

„*Bobath koncept je dnes celosvětově uznávaný koncept nejen pro zacházení s dětmi se změnami v pohybové oblasti, ale také s dospělými, kteří jsou následkem mozkových cévních poruch nebo jiného těžkého onemocnění mozku postiženi ochrnutím nebo spasticitou. To, že tato forma terapie je použitelná u dětí i dospělých, má dva důvody. A sice u dítěte se jedná o přípravu pro zvládnutí motorického vývoje, u dospělých o opětovné dosažení těchto vývojových stádií po poškození mozku.*“ (Friedlová, 2016, str. 39)

3.4 Poznatky z psychologie

Fröhlich (in Friedlová, 2016) klade velký důraz na uvědomění si **kdo jsem**, co je mé **vlastní já**. Odkazuje také na rakouského lékaře a psychologa Alfreda Adlera, který hovoří o důležitosti ve vlastním uvědomování. Zároveň Fröhlich hovoří o prenatálním vývoji jako o velmi významném období, kdy dítě získává prostřednictvím matky senzorycké zkušenosti. Tyto zkušenosti se týkají celé jeho bytosti, a prostupují všemi složkami jeho vnímání. Jedná se o vestibulární, vibrační a somatickou oblast. Každá tato oblast je z hlediska uvědomění si, jaké je mé já velmi důležité.

Vítková (in Friedlová, 2016, str. 42) zdůrazňuje tvrzení, ke kterému Fröhlich dospěl v rámci své mnohaleté zkušenosti v praxi s konceptem Bazální stimulace.

- *„Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Dítě, které se narodí postižené, je o to více odkázáno na své okolí, aby mu umožnilo získat podněty, které jsou pro jeho vývoj tak důležité. Bez nedostatečně podnětného okolí dochází k senzomotorické deprivaci a následně k dalším změnám v oblasti intelektu.*
- *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 třeba poskytnout a umožnit i dítěti s vrozeným postižením dostatek pohybových zkušeností. Totéž platí v ošetrovatelské péči ve vztahu k pacientům imobilním.*
- *Lidský mozek disponuje schopností plasticity. Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí, popř. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkce. Tuto skutečnost lze využít v péči o postižené děti, ale také o pacienty po traumatických či jiných postiženích mozku. 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 neprahové a také dobře strukturované. V úvahu je nutno brát také hierarchii jednotlivých oblastí vnímání.“*

4. Význam doteků v životě člověka

Dotek je považovaný za primární formu neverbální komunikace. Je nejzákladnější potřebou po celý život. Stimuluje jak nervovou soustavu, tak také podporuje zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj. Při jeho nedostatku může dojít k citové deprivaci dítěte. Právě proto je **dotyk považován za základní formu somatické stimulace**. (Fabiánová, 2014)

Dotek podporuje vůli k životu. Při dotykovém nedostatku se cítíme nesví, jsme bez elánu, ztrácí se nám sebevědomí, zhoršují sociální kontakty. Každý jedinec během dne nespočetně použije své ruce, někoho se dotkne, někoho obejmeme. Nemusí jít jen o ruce, doteky se dají provést i jinak. O někoho se jen tak mimochodem opřeme nebo nechtěně zavadíme, něco se zase dotkne první nás. Díky těmto dotekům vnímáme situace kolem nás. Někdy si ani neuvědomíme, a ani není možné si představit, kolik doteků za den provedeme. Je důležité si ovšem zdůraznit, že není dotek jako dotek. (Základní kurz, Vsetín, 2017)

Dotýkat se je základní schopnost. Záleží ovšem na kvalitě doteků. V publikaci dále Fabiánová (2014) uvádí, jak by měl vypadat kvalitní dotek. Měl by být klidný, rytmický, dostatečně silný, a zároveň kontinuální. V žádném případě by neměl být chaotický, uspěchaný, vláčný, letmý. V tomto případě by se pak klienti cítili s pocitem strachu a nejistoty, neschopnosti se orientovat v dané situaci, cítili by nevysvětlitelný chlad, bolest.

Friedlová (2007) klade důraz na to, aby byl dotek klidný, provedený plochou celé ruky, ne pouze prsty. Po celou dobu musí být dotek proveden určitým tlakem, který musí být ovšem přizpůsobený stavu a situaci klienta. Je nutné si uvědomit, že jiný tlak budeme tvořit u dítěte a jiný u dospělého klienta.

Díky dotekům může člověk získat mnoho podnětů jak z vnějšího okolí, tak také se svým okolím komunikovat. Dlouhou dobu se v ošetrovatelské péči neřešil význam doteků. Bralo se to jako něco méně důležitého, ošetřující sice věděli, a učili se, jak mají použít své ruce k různým zdravotnickým úkonům, ale nikdy jim nebylo řečeno, jak poskytnout své ruce, aby předaly informace pacientovi o jeho těle. (Friedlová, 2016)

Koncept Bazální stimulace pokládá na jedno z prvních míst kvalitní dotek, který pacientovi předkládá a poskytuje zdravotnický tým. Krásně tuto potřebu vystihla Friedlová ve své knize (2016, str. 15) „*ruce ošetřujících jsou komunikačním médiem a umožňují získat pacientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě.*“

Dotek je jedním z primárních prostředků, jak komunikovat s osobou s těžkým postižením. **Právě v podobě doteků probíhá vztah mezi člověkem s postižením a lidmi okolo něj.** Je podstatné si uvědomit, že i lidé s těžkým postižením a pacienti v hlubokém bezvědomí jsou schopni vnímat a zachytit základní podněty, a také zároveň základní sdělení vytvářet. Jde o dorozumívání, která se u lidí s těžkou poruchou vnímání vztahuje pouze na elementární obsah: poznávat sebe sama, vymezit hranice svého těla, pochopit a vnímat nejbližší okolní svět a seznamovat se s ním, všimnout si lidí okolo, a zároveň cítit přítomnost druhého člověka. (Procházková in Hájková, 2009)

Je důležité si uvědomit, zda si vůbec pacient uvědomuje a zpracuje poskytované doteky. A zároveň je na místě popřemýšlet, zda jsou mu doteky v danou chvíli příjemné či naopak, a zda dokážou podpořit jeho vývoj zdravotního stavu. (Friedlová, 2016)

„Koncept Bazální stimulace není doteková terapie a nelze ji s tímto pojmem zaměňovat. Koncept Bazální stimulace ale pracuje s dotekem a klade velký důraz na kvalitu doteku.“ (Friedlová, 2007, str. 72)

Další důležitou složkou, která má vliv na kvalitu doteků, je **počet rukou na klientově těle.** Je to velmi náročné pro samotného klienta, zorientovat se, kde má jeho tělo hranice, kde začíná a kde končí, a do toho vnímat ještě ruce jednoho natož více pečujících. Nejhorší situací ještě může být, že daného klienta například při koupeli koupou 2 a více ošetřujících, oba dva na něj sahají, do toho řeší své problémy, a klient se nemůže ani bránit, a jen svým tělem může dát najevo, že se mu to nelíbí. Je proto významné si uvědomit, že dotek by měl být prováděn pouze jedním ošetřujícím, a v navození důvěry a bezpečí by pohyby měly postupovat vždy jen v jednom směru, a s přiměřeným, rytmickým stálým tempem a tlakem. (Friedlová, 2007)

*„Podstatnou roli hraje primární tzv. **iniciální dotyk.** Je to dotyk, podle kterého má mít postižený člověk první možnost poznat, že s ním bude nyní někdo komunikovat, něco dělat, i případně kdo. Proto by tento dotyk měl být vždy stejný, respektive na stejném místě. U těžce postižených a u silně slabozrakých a nevidomých osob je iniciální dotyk zvláště důležitý.“* (Procházková in Hájková, 2009, str. 116)

Je samozřejmostí si uvědomit, že jiný dotyk bude příjemný těm nejmenším a malým dětem, a jiný zase dospělým. U malých dětí se proto za nejčastější iniciální dotek používá dotek na chodidla, která jsou pro nesmírně citlivé, a které značí, že se něco bude dít, ale nemusí se bát. U dospělých je to pak zejména oblast ramene a ruky. S jistotou však můžeme

říct, že každý jsme jiný, a co je příjemné někomu – druhému nemusí být ani zdaleka příjemné. Musíme vždy respektovat individualitu jedince, a brát ho takového jaký je. (Procházková in Hájková, 2009)

Na základě biografické anamnézy tedy vybereme nejpříhodnější místo na klientově těle a stálým, srozumitelným dotekem ho pokaždé informujeme o tom, že jsme zde pro něj, a také ho informujeme o činnosti s jeho tělem. Jak jsme již uvedly výše, dotek musí být zřetelný, klidný, s ohledem na klienta, aniž bychom ho nuceně museli tlačit do matrace, a dotek musí být také doprovázen verbálním projevem. Jako nejvhodnější místo zvolení iniciálního doteku tedy můžeme považovat oblast ramene, paže a ruky. Je podstatné, aby se vzaly v úvahu všechny dosavadní informace o klientovi a také všechny názory lidí, kteří s ním pracují. Ať se již jedná o lékaře, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga či rodinu, která o klientovi ví vždy většinou nejvíce. Iniciální dotek by se měl tedy vždy použít na začátku práce s klientem, a na konci, jako tzv. ukončení činnosti. Tuto informaci bychom měli nezapomenout zapsat do klientovy dokumentace a je také vhodné, abychom tuto informaci o iniciálním doteku napsali na ceduli, kterou zavěsíme do bezpečné blízkosti klientova lůžka. (Friedlová, 2007)

5. Komunikace

Slovo komunikace je latinského původu, pojem *communico, communicare* se chápe jako výměna informací, vytváření, stávání se veřejným, spolusdílet nebo spolupodílet se. V ošetrovatelských oblastech se klade největší důraz na pojem spolusdílet, nebo také lépe řečeno jako vytvářet vztah. Protože vytvořit opravdu dobrý vztah, který je postavený na bezpečí a důvěře je mezi zdravotnickým personálem a pacientem jedním ze zásadních podmínek k úspěšnému léčení. (Fendrychová, 2005)

Je důležité si uvědomit, že jsme jedineční, ve všem co děláme a jak se chováme. Každý jsme originál, ke kterému by se mělo přistupovat s úctou. Má to samozřejmě vliv i na naši komunikaci. Naše osobnost vymezuje to, jak zareagujeme na ostatní, a také na to, jak vnímáme a prožíváme různé stimuly z našeho okolí. (Olejníčková in Jurkovičová, 2010)

Každá komunikace, která mezi lidmi probíhá, se děje v určité chvíli, souvislosti, a vždy je neopakovatelná. Samozřejmě při komunikaci se na obou stranách podílí velké množství psychických procesů a jevů: ať už jsou obavy, očekávání, myšlenky, nebo samotné emoce. (Friedlová, 2007)

Můžeme tedy komunikaci přeložit jako formu dorozumívání, kterou potřebujeme ke svému sebevyjádření. Musíme si také uvědomit, že během komunikace kromě našeho sdělování, také informace přijímáme, a musíme podle toho zareagovat, jak sdělení pochopíme. Někdy i mlčení vysílá signály, a tím ukazuje naše postoje k dané situaci. (Olejníčková in Jurkovičová, 2010)

5.1 Komunikace v konceptu Bazální stimulace

Peter Drucker, americký teoretik a filozof, jednou pronesl větu: „*To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.*“

Je velmi důležité si uvědomit, že koncept Bazální stimulace je hlavně o komunikaci a to mezi klientem a ošetřujícím. Může se jednat o verbální komunikaci, ale v tomto případě z větší části o neverbální komunikaci. Co je to vlastně komunikace? Člověk se narodil, aby komunikoval, aby žil sociální život. Není možné vyloučit žádného jedince z komunikačního procesu. Ať je to člověk zdravý nebo s mentálním postižením.

Fábianová (2014) zdůrazňuje, jak je složitá komunikace. Velmi často se v ní odráží náš tělesný a psychický život. Je velmi propojena s procesem dozrávání centrální nervové soustavy a s rozvojem kognitivních a motorických schopností. Dále Fábianová (2014) popisuje komunikační proces jako model 5 složek, které jsou vzájemně propojené a jen vzájemnou spoluprací může komunikace probíhat. Složkami tedy jsou: komunikátor (hovořící), komunikant (příjemce), komuniké (vysílaný signál), zpětná vazba a prostředí, kde se daná komunikace vyskytuje. Jedinečnost člověka, z tohoto spojení vychází koncept Bazální stimulace.

Někteří lidé mohou komunikovat jen prostřednictvím gest nebo mimiky. Tyto prvky mohou být pozitivní nebo negativní. Například pousmání, úsměv, otevírání očí a úst, uvolněná mimika, klidný pohled – v tom všem můžeme vidět pozitivní reakce. Naopak, když klient zavírá oči, vzdychá, křičí, má nepravidelné dýchání, to vše může znamenat negativní reakce. Klient se nám snaží říct, že se mu daná situace nelíbí. Cítí se ohrožen. (Friedlová, 2007)

Dle Honzáka (1999) je velmi důležité, abychom jednali vždy s druhým tak, jako bychom chtěli, aby druzí jednali s námi. Kládl na první místo empatii. Umění vcítit se do druhého. Také připojuje pojem – paralingvistické prostředky. Jsou to prostředky, které umocňují naše řečové vyprávění. Je to například síla hlasu, mimika, gestikulace... Klient nebo pacient vycítí, že se něco děje, když zesílíme na hlase, přidáme mocné rozhazování rukama. Proto ošetřovatel musí mluvit vždy klidně, pomalu, a s jistotou v hlase.

Prekopová (2008) také uvádí, že již od malička bychom měli vést děti v komunikaci k vzájemné schopnosti milovat a k vzájemné toleranci. Mít při každé komunikaci a v každé situaci na paměti, že každá bytost je originál. A také bychom se měli k druhému chovat jako sami k sobě.

V rámci konceptu Bazální stimulace přináší Friedlová (2017a) možnosti, jak hovořit s klientem prostřednictvím všech smyslových orgánů. Tyto komunikační kanály jsou velmi potřebné, abychom navázali kontakt a vztah s klientem. Jsou to tedy:

- Somatický komunikační kanál – který se zprostředkovává pomocí doteků
- Vestibulární komunikační kanál – pohyby, které naznačují, jak se jedinec cítí, zda pohybuje prsty, je nervózní, neustále někam ukazuje
- Vibrační komunikační kanál – klient se mírně chvěje, má strach – je nutné integrovat vibrace, které jedince uklidní, stimulují jej
- Auditivní komunikační kanál
- Optický komunikační kanál – klient přivírá oči, nechce nás vidět, nebo naopak má oči vyvalené, jakoby se s nimi usmíval
- Olfaktorický komunikační kanál – by se měl vyskytovat při krmení, také bychom měli v rámci tohoto kanálu zprostředkovat klientovi například vůni jeho oblíbeného deodorantu
- Taktile haptický komunikační kanál – zprostředkovat klientovi, to co je pro něj dostupné a bezpečné. Například dát klientovi do ruky kapesník, bublinkovou folii, kterou si bude klient mnout v ruce. Umožnit klientovi předmětem získat pocit jistoty a zároveň rozvíjet jeho jemnou motoriku.
- Orální komunikační kanál – vždy sledovat jeho ústa. Když dítě mlaská, skřípe zuby – musíme zaměřit jeho orofaciální oblast. Např. mu dát na spodní ret marmeládu, nebo to, co má rád. Tímto kanálem podáváme informace prostřednictvím úst. Klienti nám na oplátku dávají najevo, že jim to chutná. (Základní kurz – 2. -3. 3. 2017, Vsetín)

Friedlová (2017a) také upozorňuje na to, že bychom měli před každým kontaktem s klientem mít vše dopředu nachystané, co budeme potřebovat. Nesmíme v žádném případě přerušovat činnost, a vždy musíme zajistit, aby nás nikdo nerušil. Tedy potřebujeme mít 100% klid na činnost, kterou budeme provádět. V rámci komunikačního procesu je důležité si uvědomit, že se prolínají 4 hlavní oblasti, a to prostředí, situační kontext, komunikační kanály a vůbec proces komunikace, kdy si klient a ošetřující uvědomí, že chtějí, můžou a umí komunikovat.

6. Prvky konceptu bazální stimulace

6.1 Základní prvky bazální stimulace

Základní prvky, které tvoří koncept bazální stimulace, a na kterých tento koncept stojí, tvoří stimuly – **somatické, vestibulární a vibrační**. Jsou mimořádně důležité pro správný psychomotorický vývoj a také jsou podstatné pro rozvoj a upevnění tělesného vnímání. Zásadní formou somatické stimulace je tedy dotek. Největším orgánem lidského těla je kůže, která svým rozsahem umožňuje největší prostor pro kontakt se světem. Právě díky kontaktu je umožněné somatické vnímání. V kůži a podkoží můžeme najít receptory, které reagují na bolestivé, mechanické a termické podněty. (Fábianová, 2014)

Friedlová (2016) dále upozorňuje na to, že základní princip konceptu bazální stimulace stojí především na tom, že pomocí **vnímání vlastního těla** můžeme jedinci zprostředkovat vstup do reality. Je nutné nejdříve poznat vjemy ze svého těla, motivovat vnímání vlastního těla jako podmínku k následnému vnímání okolí a až poté můžeme navázat komunikaci s okolím.

6.1.1 Somatická stimulace

Je důležité si znovu uvědomit, že největší část vjemů získáváme z povrchu našeho těla, zprostředkované kůží. Uvědomit si tedy hranice našeho těla, umět vnímat své tělo, je základním předpokladem k uvědomování si okolního světa a mít možnost s ním komunikovat. (Friedlová, 2017a)

Valenta (2013) vidí cíle somatické stimulace v poznání a využívání svého povrchu těla, jakožto orgánu vnímání. Naučit se pohybově reagovat na jednotlivé podněty těla a zároveň se učit určovat podněty na svém vlastním těle. A také tvořit dispoziční pro primární poznatky o vlastním těle.

Musíme tedy vycházet z toho, že učit se vnímat své tělo, je celoživotní proces. Už prenatální období můžeme považovat za jistý základ našeho sebeuvědomění, který probíhá celý život. Neustále přijímáme stimuly, které nás obohacují a posilují. Ze zkušeností s vlastním tělem se pak odvíjí naše vnímání, emoce, sociální zkušenosti, komunikace, kognice a motorika. Tyto oblasti mají stejnou váhu a vývoj jedné oblasti je úzce propojen

s druhou. Proto není možné rozvíjet jednu oblast bez přítomnosti druhé. V případě, kdy dojde k poškození jakékoliv z oblastí vnímání, dochází tak nepřesnému vnímání vlastního těla. (Fábianová, 2014)

Friedlová (2017a) uvádí příklady lidí, u kterých došlo k výpadku některých forem vnímání, a tím pádem paralelně dochází ke změně vnímání tělesného obrazu a k nepřesnému vnímání těla. Jsou to lidé po úrazech, s těžkými změnami v mentálních oblastech, jako mentální retardace nebo demence, lidé po cévních mozkových příhodách, nebo lidé s jinými neurologickými onemocněními, děti s dětskou mozkovou obrnou. Je důležité nezapomínat u osob s omezením hybnosti (z důvodu úrazu, onemocnění, kombinovaného postižení) na to, že kvůli změnám v tělesném schématu nezapojují všechny části těla a tudíž vzpomínky na pohyb rychle mizí. Koncept bazální stimulace napomáhá vnímání tělesného schématu a somatické vnímání. Jedná se tedy o stimulaci těla, kožního smyslového orgánu.

Nejpodstatnější formou somatické stimulace je tedy **dotek**. Procházková (in Hájková, 2009) upřesňuje bazální stimulaci jako něco, co navazuje na poznání, které jsme získali díky zkušenostem a schopnostem v prenatalním období a v kojeneckém věku, a na jejich základě nabízí jedinci s těžkým postižením pocit tělesné blízkosti, kterým chce navázat především na tělesné prožívání. Různé formy vnímání, pohybu a komunikace mají pomoci k tomu, aby bylo celkové zapojení postiženého jedince a pomoci tím v jeho rozvoji. Orientace, blízkost a bezpečí je zprostředkované pomocí doteků. Díky tělu, tzv. somatickými podněty, může získat člověk pocity, které jsou neoddělitelné, celistvé. Prostředkem, díky kterému jsme na světě, je naše tělo. Představuje neoddělitelnou součást našeho bytí.

Abychom se přiblížili co nejvíce klientovi, musíme si uvědomit, že kvalitní dotek má jisté podmínky. Musí být proveden v klidu, poskytnout klientovi význam kontaktu. Síla a tlak musí být přizpůsobený lidskému tělu, a také rytmus musí vycházet z potřeb klienta. Pouze takový kontakt umožňuje pocítit jistotu a bezpečí. (Friedlová, 2017a)

Také Vítková (in Hájková, 2009) klade důraz na celistvost našeho těla, kde díky kůži můžeme cítit, jak jsme ohraničení. Pomocí somatických podnětů pak můžeme docílit příznivých zkušeností s naším tělem, s naší postavou, a také s pohledem na svět. Základní tělesným prožitkem je tedy dotek.

Friedlová (2007, str. 74 -75) ve své publikaci uvádí, jaké jsou možnosti využití **somatické stimulace** v konceptu bazální stimulace.

- „*somatická stimulace **zklidňující**, somatická stimulace **povzbuzující**, **neurofyziologická stimulace**, **symetrická stimulace**, **diametrální stimulace**, **rozvíjející somatická stimulace**, **polohování hnízdo**, **polohování mumie**, **kontaktní dýchání**, **masáž stimulující dýchání**.*“

Jakékoliv formy somatické stimulace lze použít různými prostředky – na sucho, ve vaně, jako umývání na lůžku, ve sprše, ve vaně, také nesmíme opomenout různé materiály, které lze využít v rámci somatické stimulace – froté ponožky, žínky, dětské oleje, pleťové krémy a mléka...). Takto lze aplikovat buď jako stimulaci celkovou, částečnou, kombinovanou, nebo asistovanou péči. U asistované péče je nutné vyzdvihnout fakt, že tuto péči neprovádím já sama, jakožto ošetřující, ale s uživatelem. Neumývám ho já sama, ale vedu ho, jak má žínku použít. (Friedlová, 2017a)

Fábianová (2014) také doporučuje, aby se se somatickou stimulací začalo vždy včasné, protože opakováním jednotlivých fází, činností podporujeme plasticitu mozku interakcí pomocí paměťových pohybových schémat. Tím vznikají paměťové stopy, které jsou aktivací paměťových schémat, a určujeme správné pohybové reakce klienta. Díky tomu se rozvíjí psychomotorické reakce. Neustálým cvičením se tak modeluje koordinovanost a provázanost pohybových projevů. Výsledkem jsou pak pro nás motorické komponenty volitelného procesu vnímání, které se dále projevují svalovou reakcí a reakcí na vegetativní úrovni. Pozitivní zkušenost s vlastním tělem je umožněna, a dá se dosáhnout jen pomocí vhodných somatických podnětů, stimulací.

Somatickou stimulaci lze taktéž poskytovat jako koupel, která je včleněna do přímé ošetrovatelské péče u klientů, uživatelů. Terapeuti (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi) nebo speciální pedagogové využívají somatickou stimulaci jinými prostředky (například nasucho, nebo také formou masáže s využitím pleťového mléka nebo s použitím dětského oleje). Důležité jsou zásady, které platí nejen pro terapeutů, ale také pro ty, kteří nepracují s vodou. (Friedlová, 2017a)

„Celková tělesná koupel dle konceptu Bazální stimulace

U celkové tělesné koupele dodržujeme tyto zásady:

- *u každého mytí se snažíme dotýkat klientova těla oběma rukama. Tam, kde to bude, možné modelujeme jeho tělesnou formu tak, abychom mu umožnili poskytnout informace o jeho těle*
- *během mytí bychom neměli odcházet a vůbec bychom neměli být jakkoli rušeni, je vhodné předem maximálně eliminovat možné rušivé elementy*
- *v místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra*
- *každá celková koupel by měla být, je – li to možné, poskytována jen jedním ošetřujícím (zde je nutné podotknout, že pokud je klient těžký, další ošetřovatel může pomoci s jeho otáčením, ale musí vždy pouze jeden mýt, dotýkat se a mluvit)*
- *během koupele bychom neměli hovořit s třetí osobou.“ (Friedlová, 2017a, str. 12)*

Valenta (2013) ve své díle uvádí příklad jedince s těžkým postižením, nebo více vadami, kteří mají nesmírně velké problémy zapojit své ruce a použít je jako významný kontakt. Právě pomocí materiálů – jako jsou kožesinové rukavice, froté ponožky apod kontakt kůže na kůži tolik nedominuje, a naopak cit pro vlastní tělo zesílí. Tělesné schéma se tak vytváří prostřednictvím podnětů, které si jedinec s těžkým postižením jen stěží dokáže představit. Většinou má tak jednostranný pohled na své tělo, neví mnohdy, kde začíná, a kde končí. V tomto případě má obrovskou roli dotek, který byl mnohokrát zmiňován, a který působí na tělo velmi povzbudivě a ustáleně. Je to druh soustavné, obvykle se opakující jemnosti, která značí jistou blízkost, porozumění a pocit, že je tu s danou osobou někdo, komu na ní záleží.

6.1.1.1 Zklidňující somatická stimulace

Všechny chlupy a vlasy jsou u kořene obklopeny nervy, které když zaregistrují pohyb, dodají tuto informaci do mozku. Tyto pohyby ve směru chlupů nebo vlasů podávají zcela spolehlivou informaci o tělesné formě a mají vliv na zklidnění. Směry můžeme dělit na aktivizující, povzbuzující (směr nahoru po chlupu) a uklidňující (směr dolů po chlupu). Při zklidňující somatické stimulaci, musíme vždy jít ve směru po chlupu domů, tedy od ramene po dlaň a znovu svrchu dolů. Nesmíme tyto pohyby kombinovat.(Friedlová, 2017a)

Friedlová (2007) ve své knize uvádí cíle aplikace somatické zklidňující stimulace, které mohou být různé a terapeuti nebo pedagogové mohou vyzorovat i mnoho cílů zároveň:

- *„stimulace vnímání tělesného schématu*
- *redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti, dezorientace*
- *navození celkového tělesného uvolnění*
- *navázání komunikace*
- *stimulace vnímání.“ (Friedlová, 2007, str. 76)*

Ještě než začneme samotnou stimulaci, je důležité informovat klienta o samotné masáži nebo koupeli a to na základě jeho schopnosti vnímání a schopnosti zpracování informací. U některých klientů můžeme tuto informaci spojit s iniciálním dotekem. Také je důležité během masáže s klientem komunikovat, a vše mu popisovat verbálně. Ve většině případů je to pro klienty bezpečnější, protože ví, co se s jejich tělem děje a co bude následovat. Po celou dobu, kdy klientovi poskytujeme stimulaci, sledujeme jeho reakce a přiměřeně na ně reagujeme. Mohou to být změny v oblasti hemodynamiky (změny v oblasti tepové frekvence, změny v hodnotách krevního testu, změny na perifériích těla – změna svalového tonu), anebo také změny v oblasti sekrece –slyšitelná střevní peristaltika, změna sekrece potu a také zvýšená tvorba slin. Na to všechno je dobré brát ohled, protože tím nám většinou klient naznačuje, že něco není v pořádku. (Friedlová, 2007)

Zklidňující stimulaci využíváme 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 kombinovaným zrakovými a sluchovými vadami)*
- *klienti s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat jejich hybnost a vlastní aktivitu*
- *předčasně narozené děti*
- *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 tonem s cílem uvolnit svalové napětí
- klienti se změnami ve vnímání tělesného schématu/ obrazu
- 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, 2017a, str. 13)

Fábianová (2014) popisuje zklidňující somatickou stimulaci jako něco, jejichž aplikací dokážeme navodit celkové tělesné uvolnění a zklidnění, redukujeme neklidné stavy a stimulujeme vnímání vlastního tělesného schématu. Provádí se tedy mokkými žínkami, anebo nasucho froté ponožkami, suchými žínkami, kožešinovými ponožkami přes oblečení, nebo prostřednictvím tělového mléka, nebo dětského oleje přímo na kůži klienta. V této stimulaci je podstatné to, že musíme vždy postupovat ve směru růstu chlupů, tzn. od ramene ke konečkům prstů, od středu hrudníku k vnější straně hrudníku, a na zádech – od páteře k zevní straně trupu. Většinou se snažíme nezačínat v oblasti obličeje, protože to může být většině klientů nepříjemné. Je to přece jen intimní zóna, takže u úzkostných lidí to může způsobit ještě větší uzavřenost, a zvýšení svalového napětí.

Zásady, které je nutné dle Friedlové (2007) dodržovat u zklidňující somatické stimulace jsou následující:

- vždy bychom měli u stimulace používat obě naše ruce, kterými budeme modelovat klientovo tělo
- po celou dobu stimulace bychom měli s klientem udržovat stálý kontakt
- genitálie a obličej jsou velice intimní místa, proto bychom měli vycházet z aktuální situace, a když uvidíme, že se to pro danou chvíli nehodí, a klient se cítí nespokojený, a plný strachu, můžeme například u koupele tuto část vynechat a umýt v úplně jinou dobu během dne, mimo celkovou koupel

- v průběhu stimulace bychom neměli být ničím vyrušováni, měli bychom s předstihem zmenšit nebo úplně odstranit možné rušivé elementy a v žádném případě bychom neměli odcházet
- zároveň by měla být v místnosti pohodová atmosféra bez stresu, a příjemná teplota
- všechny stimulace by měly být prováděny pouze jednou osobou, jen v intenzivnější péči mohou být přítomni dva ošetřující, ale je nutné podotknout, že pouze jeden ošetřuje a provádí stimulaci a druhý je zde pro případ manipulace
- také bychom během stimulace neměli komunikovat s nikým dalším, mimo klienta
- pokud se u klienta objeví odmítavé reakce, stimulaci přerušíme a můžeme mu nabídnout jinou ošetřovatelskou péči.

Postup provádění somatické stimulace zklidňující – u koupele

Je nutné začít namočením ruky klienta do vody, aby zjistil, že se bude mýt. Ideální teplota by měla být 37 – 40 °C. (Také u této teploty je důležité si uvědomit, že teplá voda uvolňuje svalový tonus, a tím se nám lépe rozevírají prsty, jak u nohou, tak u rukou.) Poté mu ošetřovatel navleče na jeho ruku žínku, aby mu následně mohl tuto ruku vést a on si myl vlastní obličej. Pokud nebude chtít, navleče si sám ošetřovatel 2 žínky nebo froté ponožky na ruce. Začíná se nejprve umývání obličeje (dbát na to, zda je to klientu příjemné, či nikoliv) a poté se pokračuje hrudníkem, jedna ruka, druhá ruka (je opět důležité si pohlát s jednotlivými prsty, aby jedinec cítil, že jsou také jeho součástí), pak následuje jedna noha, druhá noha, opět je důležité zaměřit se i na prsty u nohou. Nesmíme zapomenout na záda, a končíme iniciálním dotekem. (Základní kurz, 2017, Vsetín)

6.1.1.2 Povzbuzující somatická stimulace

Povzbuzující stimulace se vykonává za účelem podpory aktivity, zvýšení úrovně vědomí a vnímání a také se často využívá před rehabilitačním cvičením. (Fábianová, 2014)

Oproti somatické stimulaci zklidňující je hlavní rozdíl v tom, že somatická stimulace povzbuzující se provádí proti chlupu. Tyto pohyby jsou velmi intenzivně vnímané a umožňují intenzivnější kožní stimulaci. Podporují aktivitu klienta, jeho vnímání tělesného schématu, svalového napětí. (Friedlová, 2015)

Opět je důležité uvést cíle, které můžeme sledovat pro aplikaci somatické povzbuzující stimulace, v tomto případě při koupeli:

- „stimulace vnímání tělesného schématu, zkušenost se svým tělem
- zvýšit úroveň vědomí u klienta, zvýšit jeho pozornost
- zvýšit svalový tonus
- zvýšit srdeční frekvenci a hodnoty krevního tlaku
- podpořit klientovu aktivitu
- příprava na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta, aj.“

(Friedlová, 2017a, str. 14)

Také zde nesmíme zapomenout na typy klientů, u kterých provádíme tuto povzbuzující somatickou stimulaci:

- klienti se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení (učení ve vnímání a poznávání vlastního těla), klienti ve vigilním kómatu, klienti v kómatu, klienti v soporu, somnolentní, depresivní klienti, klienti se sníženým svalovým tonem, klienti s bradykardií, klienti apatičtí“ (Friedlová, 2007, str. 81 - 82)

Somatickou stimulaci povzbuzující můžeme do péče o klienta začlenit také během koupele. Zde ovšem platí, že voda by měla mít asi o 10 °C méně, než má teplota těla, tedy přibližně 23-28 °C. Opět klienta před zahájením informujeme o následném postupu, abychom podpořili jeho schopnosti vnímat a zpracovávat informace. U klienta můžeme začít v obličejové části, ale pokud uvidíme, že tato část není příjemná klientu, necháme to až na konec stimulace. Musíme vycházet z toho, že v této stimulaci jdeme proti chlupu, a při každé činnosti na to nesmíme zapomenout. Tedy oproti zklidňující stimulaci jdeme v opačném směru. Začínáme na boku trupu, a oběma rukama se potkáme v centru trupu. Končetiny formujeme vždy od konečků prstů až směrem k rameni. Stejně jako hrudník, tak obdobně postupujeme u zad, kdy opět oběma rukama jdeme od hranic trupu k páteři. Nesmíme zapomenout vše verbálně doprovázet, a popisovat klientovi, se kterou částí těla zrovna pracujeme. Somatickou stimulaci povzbuzující můžeme použít kdykoliv během dne, a můžeme použít jakékoliv prostředky. (Friedlová, 2015)

Musíme také myslet na to, že tuto somatickou stimulaci nelze použít u klientů, kteří jsou neklidní, dezorientovaní, a také v žádném případě u osob s vysokým krevním tlakem,

s krvácením do mozku nebo se zvýšenou tepovou frekvencí. Je dobré si změřit u klienta před prováděním somatické stimulace povzbuzující krevní tlak, protože po aktivitě se můžou hodnoty systolického tlaku zvýšit až o 10 – 20 mm Hg. (Friedlová, 2017a)

6.1.1.3 Neurofyziologická somatická stimulace

Cílem této neurofyziologické somatické stimulace je schopnost vnímat postiženou stranu jedné poloviny těla, jestliže klient aktivně vnímá a zároveň integruje nepostiženou stranu do tělesného schématu. Z tohoto předpokladu vycházeli Frohlich a Bienstein, kteří potvrdili také to, že když klient vnímá zdravou stranu svého těla, postupem času mu nedělá problém si uvědomit možnosti postižené strany. Díky uloženým vzpomínkám, které jsou uloženy v paměťových drahách, se dají přiměřenou stimulací opět obnovit pohybové vzorce. Důraz je v tomto případě kladen na optickou kontrolu svých stimulovaných částí těla. Například posadit klienta v křesle nebo v lůžku, ve vaně, anebo zapojit zrcadlovou terapii. V případě osob se zrakovým postižením se využívá také taktilní kontrola. (Fábianová, 2014)

Musíme vždy začít zdravější částí, a dojít k cíli, který je umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné straně těla znovu si uvědomit svou postiženou část těla.

Tu somatickou stimulaci neurofyziologickou 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, nejvhodnější je aplikace u klientů s hemiplegiemi
- po operacích mozku a onemocněních s postižením pohybového aparátu
- děti a kojenci s dětskou mozkovou obrnou
- klienti se změnou hybnosti části těla“ (Friedlová, 2017a, str. 17)

Friedlová (2007) také odkazuje na to, že neurofyziologická stimulace vychází z poznatků konceptu Bobathových. Vyvolávání vzpomínek na pohyb a pohybové vzorce je cílem, abychom si uvědomili postiženou stranu těla, a obnovili rovnováhu. Pomocí těchto poznatků také můžeme lépe klienta integrovat do běžných každodenních aktivit, a dosáhnout tím jeho samostatnosti.

V této formě somatické stimulace můžeme využít opět žínky, ručníky, tělové mléko, dětské oleje, a voda by opět neměla přesáhnout 28 – 33 °C. Postup pak probíhá tímto

způsobem, kdy si terapeut stoupne na postiženou stranu těla, a jestliže se bude jednat o koupel, pomůžeme klientovi navléknout na postiženou ruku žínku a s naší pomocí mu zprostředkováváme dotyk nejprve se svým obličejem, kdy vždy musíme jít ve směru od zdravé strany k postižené. Pak následuje mytí zdravé ruky, kdy lehkým tlakem postupujeme až směr k hrudníku. Ve středu hrudníku zvyšujeme tlak a myjeme ve směru postižené strany. To samé platí i u dolních končetin, kdy opět **postupujeme od zdravé strany k postižené**. Genitálie buď umyjeme asistovaným mytím jeho rukou, anebo si je jedinec umyje sám. Ručnícem pak sušíme klienta znovu ve směru od zdravé strany až k postižené, nesmíme zapomenout na pomalý a přiměřený tlak. (Friedlová, 2017a)

V případě péče o klienty s poruchami hybnosti a cití poloviny těla, je nutné **zachovávat určité postupy:**

- noční stůl, kapsář, televizi a jiné předměty podobného typu umístujeme vždy na postiženou stranu těla. Také všechny činnosti, které se týkají klienta, by měly být prováděny na straně, která je postižená – například ošetřovatel provádí svou činnost z této strany, návštěva stojí na této straně, lékař hovoří z této strany. Klient je tak povinen otočit hlavu na postiženou stranu, zároveň dochází k vizuální kontrole postižené strany těla. Tato kontrola zřetelně přispívá k uvědomění si strany, která je postižena. Když si chce poté něco podat z kapsáře, či z jiných odkládacích ploch, je tak nucen se svou zdravou rukou natáhnout přes postiženou stranu, a tím je mu umožněn kontakt, který je velmi stimulující
- je důležité podporovat klienta i v takových každodenních činnostech, jako je mytí si vlastních částí těla, poskytnout mu podporu při podávání stravy
- důležité je procvičování pohybových vzorů, které jedinec buď zapomněl, anebo se je teprve učí
- snažíme se také eliminovat strach z pádu, klienti mají snížené vnímání na postižené straně, a protože se cítí neohraničený, bojí se. Ošetřující se i proto situuje na postiženou stranu klienta
- také klademe velký důraz na předcházení vzniku poranění u klienta, protože jejich svalový tonus je většinou velmi ochablý, je tedy nutné sledovat správné postavení kloubů při pohybech, aby nedošlo k fatálním důsledkům (Friedlová, 2015)

6.1.1.4 Rozvíjející somatická stimulace

Rozvíjející somatická stimulace se provádí u klientů, kteří ještě nemají tělesné schéma plně stabilizované, a je nutné ho ještě rozvíjet. V rámci koupelové stimulace musí dojít k zdůraznění symetrie a středu těla. Tato koupel se většinou aplikuje u předčasně narozených dětí, u malých dětí – zejména do 4 let, u kterých ještě nedošlo k vyvinutí vnímání tělesného schématu. (Friedlová, 2007)

Pohyby je dobré vykonávat na obou polovinách těla, i když se vnímání soustředí na střed těla. (Fábianová, 2014)

U předčasně narozených dětí je při této stimulaci obzvláště důležitý úvodní dotek, kterým bychom měli začínat při každé kontaktu. Tento dotek by měl být jemný, vlídný, v žádném případě by neměl být uspěchaný. Úvodním dotekem také dáváme dítěti čas na to, aby si na nás zvyklo, a připravilo se na následující masáž, nebo stimulaci. Je to dotek, který je z jisté části už ritualizovaný, a proto dítěti dává signál, že se s ním bude něco dít. Díky tomu doteku si dítě uvědomí, že není na světě samo, že je tu někdo, komu na něm záleží. Dotyky a dotýkání se probíhají jako forma neverbálního rozhovoru mezi dítětem a matkou, otcem nebo ošetřujícími. Při rozvíjející somatické stimulaci dítě hladíme vždy od shora směrem dolů, kdy opět dítěti určujeme jeho ohraničení těla, a také mu jednotlivé části těla spojujeme. Hlazením od středu těla do boků tělo tzv. centralizujeme a jemným třepáním mu uvolňujeme napětí ve svalech. Je nutností dělat pohyby symetricky, a vždy se dítěte dotýkat minimálně jednou rukou. Tato rozvíjející stimulace je tedy vzájemným procesem poznávání, protože prostřednictvím teplých dlaní a prstů se navazuje důležitý pocit jistoty a bezpečí. I v těchto chvílích je dobré na dítě láskyplně hovořit, povídat mu o všem co se děje okolo něj, a hlavně nezapomínat na něžný dotek. Protože jen v rodičovských rukou se nachází útěcha, kterou plačící a neklidné děti potřebují. (Dokoupilová, 2009)

6.1.1.5 Diametrální somatická stimulace

Diametrální somatická stimulace se využívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím. Toto svalové napětí následně brání pohybu kloubu u klienta. Když se po určité době nalézá tento kloub stále v též pozici, nebo pouze s minimálním pohybem, mohou se postupem času objevovat svalové kontraktury. Například dlouhodobé ležení, bolesti, nebo ztráta chuti k pohybu mohou být příčinami ke vzniku kontraktur. (Friedlová, 2007)

Tedy diametrální somatická stimulace snižuje svalové napětí a zároveň zmenšuje svalové kontraktury, které vznikají v důsledku stále stejné pozice kloubu, nebo v jeho minimálním pohybu. Spasticita (neboli velké svalové napětí) pak znemožňuje postiženým nejen plynulý pohyb, ale také ho omezují faktory, které zvyšují svalový tonus. Jsou to například stres, nedostatečné polohování, hluk, neznámé zvuky, bolest, únava, emocionální vypětí, a chaotické informace, které klienta znejistí. (Fábianová, 2014)

Diametrální stimulaci můžeme provádět nasucho, a to v podobě krémování, nebo během toalety. Důležitá je zde teplota, protože pouze ve větší teplotě se uvolňuje svalové napětí. Před aplikací diametrální stimulace je vhodné končetiny předeřhát – ať už pohankovým nahřívacím polštářem, nebo gelem). A také je dobré si uvědomit, že ošetřovatel by neměl sahat na klienta studenými rukama. Jestliže se bude jednat o koupel, měla by voda mít zhruba 38 – 40°C. Proto by se neměla používat pleťová mléka, které dlouhodobě neudrží teplo, ale především oleje, které jsou v tomto případě ideální. (Friedlová, 2015)

Tato stimulace nemusí být aplikována na celé tělo klienta, ale pouze na jednotlivé části. Neměli bychom zapomenout, že čím déle je u klienta kontraktura, tím hůře půjde uvolnit. Je nutné dodržet tělesnou strukturu, tzn., že pokud je diametrální stimulace používána na jedné polovině těla, nebo jen na její části, použijeme na opačné straně těla alespoň zklidňující stimulaci. Je také vhodné nepolohovat klienta na konci stimulace proti jeho svalovému napětí, ale naopak podpořit, aby došlo k uvolnění jeho svalového tonu. V tomto případě jsou velmi dobré extrémně měkké matrace, které stimulují svalový tonus, a nekladou klientovu tělu žádný odpor. (Friedlová, 2007)

6.1.1.6 Polohování v konceptu bazální stimulace

Je zajímavostí uvést, že vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Ztrácí se pocit vnímání vlastních tělesných hranic, a klienti se cítí dezorientováni. Proto máme možnost dát informace klientovi o jeho těle právě prostřednictvím polohování. Polohováním je mimo somatickou stimulaci poskytována i stimulace vestibulární. Také je důležité myslet na tvrdost podložky, protože na měkké podložce se rychleji ztrácí vnímání vlastního těla a klienti se pak neorientují ve svém vlastním těle. Bojují sami v sobě. Už samotný smotaný ručník, povlečení nebo polohovací polštáře mohou vytvořit změny v poloze a podporují vnímání vlastního těla. (Friedlová, 2017a)

Polohování pro děti v tomto případě znamená již samotné propletení prstů, překřížení dolních i horních končetin, položením ruky na hrudník – v tomto případě, je zde důraz kladen na dobře nepolohované lokty, aj. (Fábianová, 2014)

Nedostatek podnětů a pohybové aktivity způsobuje snížení přísunu informací k člověku, a tím se zmenšuje orientace ve vlastním těle a dochází ke krizi vlastní identity.

Prof. A. Fröhlich (InFriedlová, 2017a) pojmenovává tento stav jako degenerativní habituace (habituace – návyk, přijímání). V praxi to pro nás znamená, že psychika a vnímání těla se nastavily na monotónnost. Ztrácí se tělesná a psychická orientace, klient se ztrácí sám v sobě, a ošetřující tak často vidí pouze pasivního klienta, který nekomunikuje, ztrácí smysl života, a raději by zemřel. Nebo může dojít k opačnému případu, kdy naopak klient působí zmateně až agresivně. (Friedlová, 2017a)

V důsledku habituace tak může dojít k poruchám vnímání vlastního těla, k poruchám koordinace a komunikace, k poškození intelektu, emocionálním poruchám, ztrátě v prostoru a čase a to nejdůležitější – k ztrátě vlastní osobnosti. (Friedlová, 2005)

Při polohování také musíme vycházet z toho, jak se klient tento den cítí. Musíme také počítat s jeho váhou, gravitací a přizpůsobit tomu tempo změny polohy. Polohování lze také zesílit tím, že předtím, než jej začneme, stabilizujeme vnímání vlastního těla například pomocí koupele. V konceptu Bazální stimulace je vhodné využít k polohování různých dek. Vždy musíme vycházet z materiálů a možností, které mají různá zařízení. Někdy je lepší méně než víc. Například v některých zařízeních je tolik „hadů“ a „polohovacích prostředků“, že se zapomíná na obyčejné srolované ručníky, deky a prostěradla, které jsou mnohdy daleko

účinnější a bližší klientovi. Samozřejmě se vždy musí vycházet z potřeb samotného klienta. (Friedlová, 2017a)

Je nutné, aby polohování bylo pravidelné, a to u klientů, kteří mají z určitého důvodu ztrátu nebo omezení hybnosti. Tento deficit bývá zhoršován, když klient leží i několik hodin na lůžku, aniž by se změnila jeho poloha. Polohování zároveň pomáhá v odlehčení kůže, a zvyšuje prokrvení jednotlivých částí těla. Brání tím vzniku dekubitů, a také napomáhá, aby nedošlo ke vzniku deformací kloubů, zmenšuje bolesti a napomáhá celkově lepšímu psychickému stavu. Polohování musí probíhat tak, aby nedocházelo k bolestem u klienta, a cítil se v bezpečí. Provádí se co 2-3 hodiny, včetně noci. Vždy se musí zkontrolovat místa, která by eventuálně mohla být ohrožena. (Kolář, 2009)

Nejvíce však somatickou stimulaci umožňuje uložení klienta do **polohy hnízdo a do polohy mumie**.

POLOHA MUMIE

Cílem tohoto polohování je intenzivní stimul vnímání vlastního těla. Hlavní důraz je kladen na ohraničení tělesného schématu. Dá se velmi dobře přirovnat k terapii pevného objektu, která naznačuje přijetí (dítě zde slyší tlukot matčina srdce, cítí její dýchání, které uvolňuje napětí a bezmoc). Tato poloha se velmi často využívá u dětí s hlubokou mentální retardací, dezorientovaných osob, osob ve vigilním kómatu, u novorozenců, jejichž matky byly drogově závislé. Také u předčasně narozených dětí – zde somatická stimulace napodobuje tak děložní stěny. Méně často se už využívá u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve třídě – během výuky, nebo u velmi agresivních a zmatených lidí. (Fábianová, 2014)

V tomto polohování se využívají prostěradla, nebo eventuálně polohovací perličkové polštáře nebo deky, které se mohou srolovat. (Mumie se dá velmi dobře kombinovat s polohou hnízdo).

Postup pak probíhá následně – nejprve klientovi oznámíme, co s ním plánujeme provést. Je dobré, pokud máme tu možnost, poskytnout klientovi nejprve celkovou zklidňující koupel nebo stimulaci, poté mu podepřeme hlavu polštářem. Horní končetiny mu umístíme na hrudník, a poté klientovo tělo, které je na zádech, zavineme do prostěradla nebo do deky. Jestliže bude potřeba, můžeme kolem klienta položit srolované ručníky, deky – v tomto

případě se však jedná už o kombinaci mumie a hnízda. Je samozřejmostí mít neustále klienta pod dohledem, a délka musí být vždy uzpůsobena stavu klienta. (Friedlová, 2017a)

POLOHA HNÍZDO

Tato poloha nabízí klientům poziční komfort a zmírňuje následky degenerativní habituace. Také v nich vyvolává pocity jistoty, bezpečí. Tuto polohu volíme u klientů, kteří jsou dezorientovaní, se spasticitou, hypertenzí. U neklidných novorozenců, nebo u předčasně narozených dětí, které jsou v inkubátorech. Také bývá velmi často využívána ve fázi odpočinku, po celkové zklidňující koupeli, v noci a po vyšetřeních. Velmi citlivě se dá využít také u klientů, kteří umírají. (Friedlová, 2007)

K tomuto polohování opět potřebujeme hlavně deky a polštáře. A vhodné jsou i perličkové polohovací polštáře.

V praxi se většinou postupuje tímto způsobem. Klient může ležet na zádech, nebo na boku, v poloze 135 °nebo také v poloze na břicho. Obzvláště účinné je to vsedě u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami přímo ve třídě během vyučování. Podmínkou k úspěchu je vytvořit z dek pevnou roli, kterou ohraničíme klienta, kterého mám již nachystaného v konkrétní poloze. Záleží na velikosti klienta, kolik dek využijeme, protože můžeme libovolně ohraničit jakoukoliv končetinu, i zvláště. Nakonec klienta přikryjeme. Také musíme vycházet z informací biografické anamnézy při zakrývání ramen. Někteří klienti jsou zvyklí mít ramena zakrytá, jiní v žádném případě. (Friedlová, 2017a)

Také je možné polohovat klienty pomocí canisterapeutických psů, které je bývá pro některé klienty daleko účinnější, a teplem psí srsti dochází ke snížení svalového napětí, než při polohování pomocí dek a prostěradel. Také bývá velmi účinné polohování klientů tělem jim nejbližších osob, kdy se to v obou případech dá zkombinovat s kontaktním dýcháním. Klient tak může vnímat dech osoby nebo klienta, která ho objímá a pomáhá mu zformulovat také jeho tělo. (Friedlová, 2007)

6.1.1.7 Masáž stimulující dýchání (MSD)

Tato stimulace je založena na dýchání, které je základní lidskou potřebou, bez které bychom nemohli žít. Kromě toho, díky dýchání si můžeme uvědomovat, že jsme na světě. Je to informace o našem bytí. Když dojde ke změně v dýchání, signalizuje to určitou somatickou nebo psychickou aktivitu. Lidé, kteří mají změnu ve vnímání svého tělesného schématu, obvykle mohou mít povrchní zrychlené dýchání. Všechny části plic jsou tak nedostatečně ventilovány, a dochází k oslabení výměny plynů mezi vnějším a vnitřním prostředím. Protože dochází u klientů k nedostatečné ventilaci, způsobuje to také úbytek jejich tělesné síly. Tito lidé si tak mohou maximálně uvědomovat sami sebe a ještě i tato schopnost může být velmi omezená. Klientům dochází síly na vnímání nejen sebe, ale i vnímání okolí a všeho, co se okolo nich děje. Klient se zavírá sám do sebe, a nechce přijímat žádné podněty okolo sebe. Masáž stimulující dýchání se provádí v rytmu, a s nepřetržitým tlakem našich rukou. Tato masáž má také značnou hodnotu v rámci komunikace. Tím, že se tato masáž provádí ve stále stejném rytmu, po jisté době se tento dech klienta ztotožní s dechem ošetřovatele, a vzniká mezi nimi takzvaný komunikační proces, který navozuje pocity důvěry. Důležitým předpokladem této masáže je pravidelnost a správnost provedení. Opět jsou zde důležité ruce ošetřujícího, které by měly být přiměřeně teplé, a bez jakéhokoliv rušivého elementu – např. v podobě hodinek a řetízků nebo prstýnků. (Friedlová, 2017a)

„Masáž stimulující dýchání je vhodné integrovat do péče u klientů:

- s povrchním dýcháním, s nepravidelným dechem, se zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí dechu, s bolestí (nefarmakologická možnost tlumení bolesti), s depresivními stavy, s poruchami spánku, se změnami ve vnímání vlastního těla (klienti s hlubokou mentální retardací, klienti s demencí, klienti ve vigilních kómatech), se strachem před těžkými operacemi a diagnostickými zákroky (z důvodu uklidnění), s maligní diagnózou (k vyjádření empatie), v odvykací fázi po umělé plicní ventilaci, u umírajících.“ (Friedlová, 2007, str. 103)

Nejvhodnějším místem, kde bychom měli provádět tuto masáž, jsou záda. Nejpříjemnější je tato masáž v poloze vsedě, kdy klienta usadíme do nejpohodlnější polohy, aby se mohl také opírat zároveň horními končetinami. U klientů, kteří jsou ležící, obvykle vybíráme polohu vleže nebo na břicho. K masáži zároveň používáme pleťové mléko nebo dětský olej, který se současně preferuje, protože dokáže udržet dlouho teplo. A délka masáže

by měla trvat minimálně 3-5 minut, ale opět záleží na individualitě klienta. Nesmíme zapomenout na stálý kontakt s klientem, a v případě, že by klient kašlal, musíme pozastavit masáž a vibračními pohyby ho podpořit ve vykašlávání hlenu z dýchacích cest. (Friedlová, 2015)

Je vhodné ukončit masáž stejnými pohyby, jako jsme ji začali. Po masáži je tělo klienta velmi unavené, proto je dobré věnovat klientovi čas na odpočinek. (Friedlová, 2017a)

6.1.1.8 Kontaktní dýchání

Stejně jako masáž stimulující dýchání můžeme využít také kontaktní dýchání, které je velmi dobré v navázání kontaktu a komunikace s klientem. Při tomto dýchání pokládá své ruce ošetřovatel na hrudník klienta, a doprovází ho při nádechu a výdechu. Výdech můžeme podpořit tím, že stlačíme hrudník, a také můžeme využít vibrace. Při kontaktním dýchání můžeme také zapojit klientovy ruce, kdy je položíme na jeho hrudník, a na ruce položíme své, a tak můžeme umocnit klientovi prožívání jeho vlastního dechu. Klient si opět uvědomuje sám sebe a stimuluje se. U malých dětí se používají většinou jen 2 prsty – ukazováček a prostředníček, nebo je také vhodnou volbou tzv. klokánkování, kdy dítě ošetřovatel nebo rodič přiloží k sobě hrudník na hrudník, a společně dýchají. V tomto případě je velmi vhodné propojit kontaktní dýchání s muzikoterapií, kdy děti nebo klienti vnímají nejen vibrace hudebních nástrojů, ale také vibrace rodiče nebo ošetřovatele. (Friedlová, 2015)

6.1.2 Vestibulární stimulace

Smyslově rovnovážné ústrojí (vestibulární aparát) zdravého člověka má neustálý přísun pohybu během dne v rámci různých každodenních činností. U lidí s omezením hybnosti tomu však není. Tito lidé mají problém s přísunem vestibulárních podnětů. Koncept Bazální stimulace se snaží těmto klientům poskytnout velké množství stimulů, které stimulují rovnovážné ústrojí, pomohou klientů zlepšit se v prostorové orientaci, a ve vnímání pohybu. Vestibulární vnímání je pro nás důležité, protože nám dává možnost dosahovat lineárních, statických a rotačních pohybů hlavy. Poskytuje nám zároveň informace o poloze, ve které se vyskytujeme, a o pohybu v prostoru. Pokud u klienta dochází ke snížení vestibulárního vnímání, může dojít ke kolapsu, pocitu na zvracení, změny svalového napětí a k poruchám orientace ve vlastním těle. (Friedlová, 2017a)

Je vhodné využít cvičení, která zmenšují závratě z otáčivého prostoru, umožnit informace, které pomůžou s orientací v prostoru, zredukovat napětí flexorů a extenzorů. A zároveň je důležité připravit organismus na mobilizaci. (Friedlová, 2007)

Tato stimulace se provádí u klientů, kteří jsou imobilní déle než 3 dny, u klientů s omezenou schopností pohybu, u klientů, kteří mají narušené vědomí (například u vigilního kómatu), zároveň je důležité tuto stimulaci rozvíjet u klientů s těžkými postiženími (převážně u těžké a hluboké mentální retardace), u klientů se spasticitou flexorů a extenzorů a u klientů neklidných. Specifickou skupinou jsou děti, které se narodily předčasně. (Friedlová, 2017a)

Při využití této stimulace musíme respektovat osu člověka. Začít můžeme velmi pomalými a lehkými pohyby hlavou, kdy nesmíme v žádném případě zvedat hlavu, při těchto otáčivých pohybech, protože by mohlo dojít k fraktuře krčního obratle. Ve středu osy člověka, se vždy snažíme na chvíli zastavit. Hlavou klienta také můžeme otáčet také s pomocí polštáře, kdy to může být mnohdy i příjemnější pro klienta. Další možnosti jsou například – houpací pohyby, které můžeme provést v lůžku, například v poloze mumie. Zajímavým typem cvičení je také tzv. pohyb ovesného klasu – Kornfeldübung. Klient sedí na posteli a za ním si klekne ošetřující, který má zpevněné nohy a břicho a opře si klienta o sebe. Ošetřující si klienta zapře jednou svou rukou do hrudníku a druhou ruku položí na hlavu. Zhoupne se i s klientem dozadu, a vytvoří pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Tento pohyb párkrát zopakuje. Další možnosti vestibulární stimulace jsou houpačky a houpací křesla. Také se zde počítají trampolíny a závěsné látkové houpací vaky. (Friedlová, 2017a)

6.1.3 Vibrační stimulace

Cílem této stimulace je umožnit klientovi intenzivní prožitky jeho vlastního těla.

Další cíl této stimulace uvádí Friedlová ve své publikaci (2017a, str. 26): „*Cílem vibrační stimulace je stimulace receptorů pro vnímání vibrací uložených v kůži, a sice Vater Paciniho tělísek a receptorů hluboké citlivosti, tedy proprioreceptorů ve svalech, šlachách a vazivového aparátu kostí a kloubů. Vnímání se děje ve směru od periferie dovnitř těla.*“

Vibrační stimulace se využívá zejména u klientů s hlubokou mentální retardací, nebo u klientů, kde je podpůrnou složkou při vnímání pohybu. Také se velmi dobře osvědčila u klientů ve vigilním kómatu. V rámci vibrační stimulace můžeme využít několik pomůcek, a to zejména technických, nebo vlastní ruce. Do technických pomůcek můžeme zařadit – holicí strojky, vibrující hračky, lehátka a sedátka, elektrické zubní kartáčky nebo bateriové vibrátory. (Friedlová, 2015)

Je dobré umístit malé vibrátory tak, že umožníme klientovi pocítit jeho nohu od samotného kotníku až po kyčel. Zdravý jedinec tyto podněty prožívá v rámci chůze, nebo běhu a automaticky se mu uchovávají v paměti. I malé dítě tyto zkušenosti získává v rámci plazení po zemi, lezení, skákání. Zjišťuje co je odpor podlahy vůči tělu a co je to vlastně vibrace, která na něj z různých materiálů působí. Klient, který je těžce postižený, si toto bohužel nemá možnost vyzkoušet. Je v neustálé jednotvárné poloze vleže, a nemá prostor vnímat vlastní tělo. Také u neslyšících je tato stimulace velmi prospěšná. Díky chvění se časem naučí, jak asi zní lidský hlas, a obvykle si pak tyto vibrace spojí s komunikací. Také vodivost kostí působí velmi uklidňujícím dojmem. U malých dětí to vyvolává vzpomínky na prenatální období, kdy byly uzavřeny ve světě vibrací a chvění. (Valenta, 2013)

Vibrační stimulace nám umožňuje pocítit naši tělesnou hloubku, vnitřní stabilitu a tělesné hranice, a to prostřednictvím kožních receptorů. Místa, která jsou vhodná pro použití vibračních přístrojů: dlaň, loket a rameno, následně pata, koleno a pánevní kost. Vibrace na hrudníku můžeme aplikovat pouze rukama. Dále při této stimulaci můžeme využít také hlas, kdy se vibrace přenáší prostřednictvím rukou. A u malých dětí je velmi vhodné využít vibraci tzv. tělo na tělo. Kdy si ošetřovatel nebo rodič sedne těsně za dítě, nebo si ho položí na klín. Tato poloha umožňuje přenášení vibrací z hrudníku. Opět se propojují somatické, vestibulární a vibrační stimulace. (Fábianová, 2014)

Pozor bychom si měli dát u krvácivých stavů, křečových žil, poranění a poruchy jednotnosti kůže. K vibrační stimulaci se výborně hodí také různé druhy hudebních nástrojů, prostřednictvím kterých můžeme slyšet zvuky a cítit vibrace. A také člověk, který vydává zvuk, ať už v podobě mluveného nebo zpívaného slova. Zde je dobré, když si sám klient položí svou ruku na svůj hrudník a začne mluvit. Cítí vibrace, které vycházejí z něho, což je velmi důležité. (Friedlová, 2017a)

6.2 Nástavbové prvky bazální stimulace

6.2.1 Optická stimulace

Je důležité si uvědomit, že zrak je našim nejdůležitějším smyslem. Pomocí zraku můžeme vnímat až 80 % všech informací z okolního prostředí. Je proto důležité, aby během prvních 4 let života dítěte bylo jeho prostředí bohaté na podněty, protože jsou tyto roky kritické na zdravý zrakový vývoj. (Fábianová, 2014)

Nesmíme zároveň zapomenout na to, že zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem našimi nejvíce užívanými smysly, pomocí kterých můžeme sledovat a poznávat svět okolo nás a navazovat komunikaci. Tento zrakový vjem poskytuje každému člověku možnost sledovat okolní svět, umět se v něm orientovat a zároveň možnost uspořádat si okolní prostředí. Můžeme také díky zraku poznávat nové lidi, nové předměty, a máme možnost prožívat pozitivní vjemy, které díky tomuto smyslu máme. Posilujeme zároveň pocit jistoty. (Friedlová, 2007)

Andreas Fröhlich (in Friedlová, 2017b) uvádí vývojové stupně zrakového vnímání:

- „1. vnímání světla/ tmy/ preferování vnímání kulatých tvarů a červené barvy*
- 2. vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (cca 10 -15 cm)*
- 3. vnímání vlastních částí těla*
- 4. vnímání okolí ve větší vzdálenosti (cca 1- 2 m)*
- 5. vnímání zřetelných, ostrých kontur*
- 6. rozlišování jednotlivých předmětů pomocí rukou a úst*
- 7. vývoj vnímání barev*
- 8. rozlišování forem, velikostí, předmětů, osob a paralelně vývoj vnímání barev“*

Tyto fáze jsou běžné pro typický vývoj zdravého dětského oka již od narození.

Postižení zraku a postižení sluchu může být vrozené a také získané během života. Když se dítě narodí se zrakovým postižením, z větší části se k tomu pojí další postižení. Nejčastěji se jedná o postižení centrální nervové soustavy. V těchto případech je pak nejčastěji diagnostikována dětská mozková obrna. U zdravého jedince stimuluje zrakový analyzátor mozek neustálými přísunem podnětů, a tím zůstává centrální nervová soustava stále aktivní. U lidí s postižením zraku to je složitější, protože aktivace CNS je velmi snižena, a

pokud se klientům nedostává záměrných aktivací, dochází k apatii, a snížení svalového napětí. Například u dětí se zrakovým postižením můžeme sledovat jejich vlastní způsob provedení stimulace, kdy se houpou, mačkají si oči. K centrálním poruchám zraku může dojít také v důsledku úrazu hlavy, infekce CNS a mozkové nádory. (Friedlová, 2015)

Optická stimulace je velmi důležitá z hlediska pohledu klienta. Když si vybavíme prostředí nemocnic, většinou si představíme bílé zdi, plno hadiček a přístrojů. Klient, který se právě probouzí z bezvědomí, nebo po operaci, se cítí velmi frustrován. Nemí schopen se orientovat v prostoru a je velmi agresivní na své okolí. Předměty okolo sebe si nemůže vybavit ze své paměti. Proto je velmi vhodné začlenit do jeho okolí předměty, které jsou mu blízké. Musíme vycházet z jeho potřeb a přání. Zde je důležité vycházet z biografické anamnézy. Také je velmi podstatné měnit tělesnou polohu klienta. Někdy stačí pouze malá změna v poloze hlavy, která zároveň ale změní zorné pole klienta. (Friedlová, 2007)

Je ovšem nutné při aplikaci nových podnětů, sledovat klienta. Nesmí dojít k negativním emocím, a v žádném případě by nemělo dojít k iluzornímu vnímání a dezorientaci. (Friedlová, 2017b)

Při této stimulaci je nutné dodržet několik **zásad**:

- „ nabízet **podněty**, které jsou **zřetelně světlé a zřetelně tmavé**
- nabídnout klientovi možnost uvědomit si denní dobu, **rozdíl mezi dnem a nocí**
- jako **kontrast k bílým zdem** volit barevné oblečení klienta a personálu a také barevné ložní prádlo
- pokud jsou klientovy nabízeny **obrázky**, **musí být dostatečné velikosti a umístěny do jeho zorného pole**
- **příliš malé obrázky jsou těžko definovatelné, především na větší vzdálenost**
- **u klientů s demencí nebo mentální retardací jsou vhodné obrázky, které klient zná** (práce s biografií klienta), mohou proto také sloužit jako orientační body a tzv. vizuální mosty
- **nebezpečné jsou abstraktní kresby**, mohou vyvolávat u klientů úzkostné stavy z důvodů negativních asociací
- používá-li klient **brýle**, nikdy **nezapomeňte mu je nasadit**

- *pro stimulaci pohybové aktivity klienta je vhodné **fotografie a obrázky** umístit na **okraj jeho zorného pole** tak, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu, když na ně bude chtít pohlédnout*
- ***bezpečné jsou dětské kresby**, nevyvolávají negativní asociace, jsou vždy definovatelné a mají jednoduché tvary a výrazné barvy*
- *u klientů s poruchami zraku je vhodné volit raději zcela jednoduché obrázky, nejlépe černo-bílé nebo dětské kresby*
- *také **sledování televize**, videa patří k formám optické stimulace kombinované s auditivní stimulací, nutno je dodržovat zásadu úměrné expozice, aby nedošlo k opačnému efektu, kdy se televize stane homogenním polem, pro stimulaci paměťové stopy a umožnění orientace v denní době jsou vhodné známé pořady klienta.“ (Friedlová, 2017b, s. 7)*

Také je nutné u klienta se zrakovým postižením dodržovat určitá pravidla. Mezi primární pravidlo patří pozdrav a oslovení klienta. V tomto případě nelze použít oční kontakt, proto podáme buď ruku, nebo využijeme iniciální dotek. Také je dobré udržovat klidné tempo, zapojit mimiku, a v hlase intonovat. (Fábianová, 2014)

Je důležité, aby klient se zrakovým postižením nehádal, kdo jsme. Znovu je tedy na místě připomenout, že je důležité osobu oslovit slovně, a poté i taktilním kontaktem. Je důležité se pokaždé znovu představit, protože tyto osoby slyší denně tisíce hlasů, a je pro ně náročné si některá jména vybavit. Proto zároveň těmto osobám odpovíme na otázku, kterou si kladou v hlavě „Kdo jsi?“ (Stejskalová in Regec, 2012)

6.2.2 Auditivní stimulace

Pomocí auditivní stimulace můžeme stimulovat sluchové vnímání a rozvíjet dále schopnosti vnímat a rozpoznávat jednotlivé zvuky. Auditivní sdělovací kanál, díky němuž můžeme přenášet zvuky, informace, je výborný také v navazování kontaktu s klientem, a žákem. Musíme tedy vystihnout co je nejdůležitější v danou chvíli pro klienta, a co je naopak rušivým elementem. Je vhodné kombinovat auditivní stimulaci s iniciálním dotekem. A také ošetřovatelé by měli dbát na to, aby jejich slovní vyjádření bylo vždy k danému tématu a uměli dát klientovi najevo, kdy hovoří k němu, a kdy hovoří k okolí. (Friedlová, 2017b)

Klienti, kteří mají snížené sluchové vnímání, mají často obranné reakce, kterými se brání, protože se neumí zorientovat v okolí, kolem sebe. Tyto obranné reakce jsou pak například pláč, nebo vztek, které si okolí vysvětluje jako agresivitu ze strany klienta. Je důležité procvičovat toto vnímání již od nejranějšího věku, a vystihnout kdy je klient klidný. To znamená, kdy je najezený, nebrečí, a je otevřený k lidem okolo sebe. Zkoušíme sluchovými podněty zaujmout jeho pozornost, a hlavně nesmíme hned na začátku jeho vnímání přesytit. Tyto stimuly se ovšem snažíme kombinovat, a provádíme většinou 3 krát denně po dobu asi 2 minut. V těchto cvičeních se snažíme dítě podněcovat k tomu, aby bylo schopné upřesnit místo, kde byl zvuk vydán, a rozpoznat intonaci v hlase u dospělého. Základní prostředky v auditivní stimulaci jsou především **řeč, hudba a zpěv**. (Fábianová, 2014)

V rámci auditivní stimulace se také velmi hojně využívá muzikoterapie.

Šimanovský (2011) ve své publikaci uvádí, že hudba a rytmus je velmi vhodný jako léčebný prostředek. Už od pravěku se hudba využívá jako určitý druh komunikace, lidé prostřednictvím hudby dříve takhle hovořili s bohy, démony, nebo léčily zároveň úzkostné poruchy.

Muzikoterapii můžeme také popsat jako léčbu hudbou. Ve své publikaci Hartl (2004, str. 331) definuje muzikoterapii jako: *„psychoterapeutickou techniku, která navozuje pomocí hudby zážitek, který pacienta nebo klienta přeladí do lepšího stavu; využívána též k odkrývání pacientova či klientova nevědomí; je používána především u léčby neuróz, řidčeji u psychóz po odeznění, odlehčení akutního stavu, za účelem dg., terapeutickým, relaxačním.“*

U auditivní stimulace můžeme sledovat různé cíle, které se samozřejmě mohou prolínat:

- nejdůležitější je způsob a forma oslovení klienta a následný způsob vedení rozhovoru
- poskytování klientovi informace o jeho těle a jeho osobnosti
- povzbudit klientovo vnímání v rámci vybavování si vzpomínek uložených v paměti
- podporovat u klienta pocity jistoty a bezpečí
- pomoci klientovi orientovat se okolo sebe a také pomoci klientovi v učení se nových slov (Friedlová, 2007)

Friedlová (2017b) uvádí jako možnosti auditivní stimulace mimo hudbu a zpěv ještě nástroje a vyprávění. V rámci **hudby** můžeme poskytnout sluchátka klientovi s melodiemi, které mají klienti oblíbené a budou se proto cítit uvolněněji. Musíme ovšem vycházet z biografické anamnézy. Také je vhodné si uvědomit, že tóny vždy vzbuzují v lidech emoce, a je proto důležité vystihnout to, že emoce jsou negativní nebo naopak pozitivní, a dále s nimi pracovat. Obecně jsou uvolňující spíše klidné a hluboké tóny, když naopak chceme klienta trochu zaktivizovat, jsou vhodné rychlejší a vyšší tóny.

Další skupinou je **vyprávění**, které je z pohledu terapeutického vedení velmi individuální. Je velmi kladně ohodnocené natočení záznamů pohádek, příběhů jejich rodinnými příslušníky. Také se v dnešní době rozšiřuje, především na jednotkách intenzivní péče pro předčasně narozené děti, forma namluvených příběhů a zážitků z rodinných událostí, které se staly v předešlých dnech. U seniorů je zase dobré si uvědomit, že naopak oni potřebují někoho, kdo bude naslouchat jejich příběhům.

Ve **zpěvu** je to opět stejně individuální, jako u výše uvedeného vyprávění. Buď můžeme propojit s muzikoterapií, využít u logopeda v rámci nácviku řeči, anebo pracovat s rytmem klienta. Zpěv je velmi dobrý prostředek v navázání komunikace, a to především mezi klientem a ošetřujícím, a také mezi žákem a jeho vyučujícím.

Nesmíme zapomenout ani na **nástroje**, které se využívají také v propojení se somatickou, vestibulární a vibrační stimulací. Musíme vycházet z individualit klienta, podporovat ho v jeho komunikačních schopnostech a sledovat ho zároveň u změn, které ho doprovází.

Friedlová (2007) také vybízí klienty k odpovědi na pár dotazů, které se pak zaznamenávají do jeho biografické anamnézy. Jsou to například otázky typu – Které hudební nástroje jsou mu příjemné, a které v něm naopak vzbuzují pocity strachu a úzkosti. Ve kterých situacích, kdy hraje hudba, se cítí uvolnění, a kdy je jim naopak na obtíž. Preferují spíše mužské – hluboké, nebo ženské – vysoké tóny hlasu? Používají během dne sluchové kompenzační pomůcky?

6.2.3 Orální stimulace

Friedlová (2015) ve své knize připomíná, odkud vzniklo slovo orální. Slovo *ór* pochází z latinského jazyka, a v češtině znamená ústa. Tedy vše co provádíme ústy, se dá pojmenovat jako orální.

Dutina ústní je zařízena k tomu, aby mohla mělnit potravu, a zároveň tvořit jednotlivá sousta k polykání. V ústech jsou také umístěny chuťové pohárky, které nám umožňují vnímat chuťový vjem. Nejen k potravě, ale také k vytváření hlásek nám slouží dutina ústní. (Kopecký, 2010)

Je nutné si uvědomit, že ústa jsou velmi intimní zónou na našem těle, a tvoří je spousta sensorických receptorů. Ústa jsou tedy naší nejcitlivější tělesnou zónou, a jejich rozvoj začíná již v prenatálním období. První pokusy plodu využívat svoje ústa v rámci cucání palce, můžeme vidět již v 9. týdnu vývoje plodu. Následně v 11. týdnu už dítě polyká, saje a zívá. Tyto činnosti vykonává během celého prenatálního vývoje, a jsou nedílnou složkou jeho rozvoje sacího reflexu. (Friedlová, 2017b)

Cílem orální stimulace v konceptu bazální stimulace je umožnit klientovi vnímat jeho tělo a to především v obličejové části. Podpořit ho v orientaci na svém obličejí a to především v oblasti dutiny ústní, v řečových funkcích a v příjmu potravy. Je důležité tuto část stimulace rozvíjet u lidí, kteří z důvodu vyživování prostřednictvím sondy nejsou schopni přijímat potravu přirozenou cestou, a to prostřednictvím úst. Je tedy nutné zvyšovat jejich kvalitu života a podporovat je. Při provádění orální stimulace musí být klient odpočatý, bez známek únavy musí být uložený v takové poloze, která je mu nej příjemnější, vždy využíváme jeho oblíbené a příjemné chutě. Je zde nutné opět čerpat z autobiografické anamnézy. A zároveň máme klienta neustále pod dohledem. Protože na jakoukoliv změnu jeho reakcí, musíme zpětně reagovat. Nesmíme ho nikdy nechat utápět se ve vlastním těle. (Friedlová, 2015)

Friedlová (2017b) klade velký důraz na polohu, ve které se klient během průběhu orální stimulace vyskytuje. Tato poloha ovlivňuje primárně polykání. Je důležité, aby byl klient v rovnoměrné tělesné poloze, hlava byla postavena ve středu, a celé tělo by mělo být v jedné rovině. Hlava musí být mírně předkloněna, ale nesmí dojít k hyperextenzi. Je také vhodné zkontrolovat, zda má klient správné postavení pánve. Hýždě musí být rovnoměrně rozloženy, a musí být sedět až úplně vzadu na židli nebo v křesle. Pokud to situace a klientův stav dovolí, předloktí horních končetin opřeme o stůl. Když bude ošetřovatel krmit klienta na

lůžku, musí mít hlavu ošetřující níž než je hlava klienta. Opět musíme brát v úvahu, že může dojít hyperextenzi. Když dokončíme naši činnost, musí zůstat klient vždy po dobu minimálně 30 minut ve vyvýšené poloze. Mohlo by dojít k vyvrácení potravy. Vždy musíme dbát na to, abychom se k danému klientu chovali s úctou. Je dobré připomenout, že ústa jsou velmi intimní část těla. Proto máme v rukou jeho budoucnost, zda mu na krmení vytvoříme negativní zkušenost, která bude později velmi obtížná na úpravu. V případě, že klient odmítá otevřít ústa, musíme vyjít z iniciálního doteku, poté je dobré pokračovat čichovou stimulací, kdy dáme klientovi možnost ovonět danou potravu, následuje somatická stimulace obličejové části hlavy, ruční stimulace slinných žláz a stimulace rtů.

Je důležité během této stimulace nevnikat do úst klienta násilím, a také se nesmí kombinovat více jak tři různé chutě najednou. Musíme mít na paměti, že v orální stimulaci nejde jen o nutriční cíle, ale také o to, abychom zachovali člověka v jeho důstojnosti. Ústa patří k velmi intimním místům na našem těle, a proto si zaslouží, aby se s nimi takto pracovalo. Jestliže mají klienti omezené možnosti z hlediska prožitků z potravy, z důvodu například zavedení perkutánní gastrostomické sondy, je vhodné, umožnit mu přístup těchto prožitků jinou formou. (Friedlová, 2007)

Tyto prožitky se dají umožnit klientovi prostřednictvím vatových nebo molitanových štětčiček. Nikdy bychom neměli v orální stimulaci, ani v péči o dutinu ústní používat kovové pinzety, ani pomůcky podobného kovového typu, které mohou vyvolat v klientovi nežádoucí emoce. Před podáním potravy v rámci orální stimulace musíme vyšetřit, zda v ústech klienta nejsou viditelné defekty, které by mohly klientovi ještě více přitížit, při naší neopatrné péči. Jsou to například afty, drobné trhlínky. (Friedlová, 2015)

Nydahl (2012) ve své publikaci uvádí, že pokud seznamuje ošetřovatel klienta s novou chutí, je vhodné ji nejprve dát na jazyk, a pozorně sledovat, jak klient reaguje. Vždy ale musíme vycházet z chutí, které jsou klientovi nejbližší. Pokud měl dříve velmi rád pivo, můžeme jej zmrazit a pak kousky ledových kostek dávat klientu na jazyk nebo zamotat do gázy, jemně jí jezdit po rtech klienta. Když měl naopak rád med nebo marmeládu, pokračujeme podobným postupem. Opět je dobré vycházet z jeho autobiografických záznamů.

Také Friedlová (2015) ve své knize nabízí otázky, na které by si měl odpovědět každý ošetřující, když jde provádět orální stimulaci klientovi. Musí tedy vždy zohlednit, zda jsou ústa suchá nebo naopak vlhá, zda nejsou v ústech afty, nebo podobné defekty. Při polykání

sledujeme, jestli to klientu nezpůsobuje obtíže. Zda nejsou natržené rty nebo ústní koutky. Kterým chutím dává klient přednost, a po kterých chutích naopak dochází k pevnějšímu sevření úst...

6.2.4 Olfaktorická stimulace

Vítková (in Müller, 2014) upozorňuje na fakt, že dítě může čichat a chutnat již v době prenatalního období. Po narození se stává čich a chuť obzvláště důležité. Jsou to jediným prostředkem, kterým mohou malé děti po narození komunikovat vytvářet vztahy, a to především s matkou. Vůně matky má v životě, a to především ze začátku, dítěte nenahraditelnou funkci. Především u dětí s tělesným a mentálním postižením můžeme vidět, jakou radostí přijímají čichové podněty.

I pro nás samotné je každá vůně spojena s jednotlivými vzpomínkami. V někom vyvolá pozitivní emoce například káva, koláč, v někom naopak může vyvolat třeba voňavka velmi negativní emoce, a to v souvislosti třeba s tragédií v rodině. Opět má každý z nás rád jiné vůně, a vždy musíme dbát na individualitu klienta. Nejsme stroje, a je velmi dobré, že jsme každý jiný. U žáků, kteří mají speciálně vzdělávací potřeby, můžeme olfaktorickou stimulaci aplikovat s cílem vzdělávacím. U klientů, kteří mají po úraze hlavy, nebo u klientů s demencí můžeme prostřednictvím olfaktorické stimulace pomoci orientovat se v okolí, a v dané denní době. (Friedlová, 2017b)

Fábianová (2014) doporučuje například u předčasně narozených dětí využívat jemné mandlové a meruňkové oleje. Také se velmi často využívají vody z extraktu růží, a mnohonásobné využití má vanilka. Prohlubuje dýchání, velmi kladně působí na psychiku a snižuje nespavost. Na zklidnění dechu se také doporučuje levandule a meduňka. Velmi pozitivní účinky také vyvolává máta a eukalyptus. Vždy musíme vycházet z autobiografické anamnézy klienta. Blahodárně působí také kusy látek, které jsou nasáklé vůní z domova.

6.2.5 Taktile haptická stimulace

Díky kožnímu systému můžeme vnímat dotek, tlak, chlad i teplo. Nejméně aktivní částí na našem těle jsou především ruce. Pomocí nich můžeme rozvíjet aktivizaci sensorické a motorické části mozkové kůry. Tyto části jsou velmi plastické a pouze dostatečnou stimulací klienta se mění jejich velikost. Během celého života získává klient schopnost pomocí rukou rozpoznat jednotlivé předměty. Již v prenatalním období poznává dítě své okolí dotekem prostřednictvím rukou, a ústy. (Fábianová, 2014)

U klientů, kteří své ruce mají velmi aktivní, a v důsledku toho dochází k vytahávání prostěradel, tahání za katetry, klepání do matrací a peřin, rozepínání košil, a vytahování plínek. Pomocí taktilně haptické stimulaci můžeme umožnit klientům smysluplnou stimulaci. (Friedlová, 2017b)

Je důležité, jaké pomůcky využijeme v taktilně haptické stimulaci. Měli by to být především oblíbené hračky a předměty. Je velmi vhodné, když se do této stimulace začlení také předměty denní potřeby – jako hrnečky, lžice, pomůcky na denní potřebu. Také musíme vycházet z klientových koníčků a povolání. Také se osvědčily předměty, díky nimž mohou klienti rozeznávat teplo a chlad. (Friedlová, 2015)

Taktilně haptickou stimulaci je velmi vhodné aplikovat pomocí terapií zvířat – tzv. zooterapií. Mezi nejčastější formy zooterapie tedy patří: **Hipoterapie a Canisterapie**. (Valenta, 2008)

„Hipoterapie je fyzioterapeutická metoda využívající jako léčebný prostředek speciálně připraveného koně v kroku, konkrétně pohyb jeho hřbetu. Tento pohyb je střídavý, rytmicky a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS. Výsledkem je komplexní facilitace reparačních procesů jedince a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální.“ (Hiporehabilitace, 2018)

Valenta (2008, str. 193) ve své knize popisuje Hipoterapii jako: *„speciální formu léčebné rehabilitace, kde kůň slouží jako terapeutický prostředek. Má příznivý vliv na rozvoj motoriky, koordinaci pohybu, smyslového vnímání, posiluje empatii a další. Využívá se například u dětí s DMO, při různých ortopedických obtížích, chronické bronchitidě, neurózách a dalších.“*

Canisterapii můžeme chápat jako léčbu pomocí psa. Je zde důležitý kontakt pes a člověk.

„Canisterapií se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. A o tom, že úsměv léčí, není pochyb.“ (Olga Tomášů, 2009)

7. Biografická anamnéza

Biografii můžeme chápat jako něco, co nám umožní pochopit lépe klienta. Ideální verzí by bylo, kdyby měl sociální pracovník nebo ošetřovatel možnost jít se podívat domů přímo na klienta, aby zjistil, jak běžně funguje, co nosí za oděv, jaké nápoje a jídla má rád. Poznat ho v běžném denním životě.

Friedlová (2007, str. 131) ve své knize uvádí, že: *„péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života.“*

Je tedy důležité, abychom v péči o klienta vycházeli z jeho životních zkušeností a návyků. Každého člověka můžeme vnímat jako jedinečnou osobnost, která je svým stylem života, způsobem chování nenahraditelná. Vždy musíme vycházet z individuality a jedinečnosti člověka. (Friedlová, 2007)

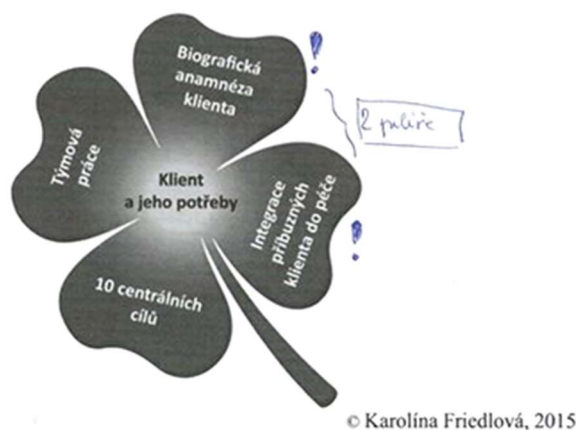
Nesmíme zapomenout na to, že ke každému člověku se musíme chovat s úctou a důstojností. Také je dobré rozvíjet u klientů jejich sebeúctu a jejich sebedůvěru. To je předpokladem toho, aby se klienti cítili v zařízení bezpečně. Je tedy vhodné, abychom klienty učily vnímat sebe samy jako někoho, kdo je pro druhé důležitý. Koho druzí potřebují v jeho jedinečnosti. Pro tento rozvoj je potřeba dávat velmi častou zpětnou vazbu a ocenění. (Kopřiva, 2008)

K tomu, aby ošetřovatelé sesbírali a vyhodnotili biografická data, potřebují tyto schopnosti:

Měli by být dostatečně komunikačně schopní, empatičtí, také by měli umět trpělivě naslouchat a být všímaví. Uměli rozpoznat řeč, která vychází z neverbální komunikace a mít schopnost začlenit také příbuzné do péče o klienta. Mimo sociální kompetence jsou také důležité intelektuální a organizační schopnosti ošetřujících. Biografie je v rámci konceptu Bazální stimulace velmi důležitá, dá se říct, že slouží jako stavební kámen k tomu, abychom pochopili a poznali klienta a jeho potřeby. Na těchto pomyslných kamenech pak můžeme stavět, a pomáhat klientu oživit jeho vzpomínky na minulost. Při rozhovoru by otázky ze strany ošetřovatele neměly být příliš vtíravé. Ošetřovatel není v roli hodnotitele, ale pozorujícího, který se snaží o důstojné provedení klienta v jeho dnech. Je důležité, aby si zároveň ošetřující udržel odstup od obsahu sdělovaného a zároveň si vyhradil určitý čas na vyprávění. Mnoho otázek ze strany ošetřujícího může také klienta znervózňovat, a může dojít

k jeho uzavření. Nikdy nesmí ošetřující zsměšnit životní příběh klienta, a být vždy v roli trpělivého naslouchače. Pouze těmito předpoklady může získat ošetřující v očích klienta vysokou cenu, a plně se mu otevře. (Friedlová, 2017b)

Friedlová (2015, str. 57) připomíná: „Získávání biografických údajů od klienta a jeho rodiny může být dlouhodobým procesem, protože ani klient sám a ani příbuzní nemusí poskytnout všechny údaje hned při prvním rozhovoru... Výrazným faktorem je také forma, jakou terapeut vysvětlí klientovi a příbuzným, proč se ho ptá na určité věci a co od něho očekává. Důvěru lze budovat již při prvním kontaktu klienta a jeho příbuzných se zařízením.“



Obrázek 4 - Současné pojetí ošetrovatelské péče (Friedlová, 2015, str. 56)

Centrální cíle byly sestaveny v rámci struktury pro individuální péči například u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami Prof. Dr. A. Fröhlichem a Prof. Ch. Bienstein v roce 2002. Tyto cíle plně respektují potřeby člověka, a vycházejí z Maslowovy hierarchie lidských potřeb.

10 CENTRÁLNÍCH EVROPSKÝCH CÍLŮ

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit pocítit vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus
5. Umožnit poznat okolní svět - *DOBŘE NASLouchAVAT POTŘEB*
6. Pomoci navázat vztah
7. Umožnit zažít smysl a význam věci či konaných činností
8. Pomoci uspořádat jeho život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
10. Objevovat svět a vyvíjet se (2010)

(2017a, str. 29)

Obrázek 5 – 10 centrálních evropských cílů (Friedlová, 2017a, str. 29)

8. Jedinec ve věku mladšího školního období

Langmeier (2006, str. 117) ve své knize označuje dobu mladšího školního období jako: „zpravidla dobu od 6-7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11- 12 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy...Kdybychom chtěli celé toto období psychologicky celkově smysluplně charakterizovat, patrně bychom je mohli označit jako věk střízlivého realismu. Na rozdíl od menšího dítěte, které je ve svém vnímání, myšlení i jednání hodně závislé na vlastních přáních i fantaziích, a na rozdíl od dospívajících, pro kterého je často důležitější vědět, co by mělo být „správné“, je školák plně zaměřen na to, co je a jak to je. Chce pochopit okolní svět, a věci v něm doopravdy.“

Vývoj mladšího školního věku u zdravého jedince je z hlediska poznávacích procesů brána jako rostoucím obdobím. Žák nechce jen pasivně přijímat informace, ale chce pochopit souvislosti, chce vědět, proč se vše děje, tak jak se děje. **Vnímání** je už cílené, přechází se od konkrétního ke všeobecnému, představivost dosahuje v tomto věku k vrcholu, dítě dokáže rozlišovat skutečnost od fantazie. V tomto věku se také **paměť** rychle zdokonaluje, propojují se různé druhy paměti, a převládá paměť neúmyslná a mechanická. **Pozornost** se postupně rozvíjí, nejdříve mají žáci problémy s rušivými vlivy, ale postupem času se stává dlouhodobější. **Myšlení** žáka je velmi ovlivněno osobností učitele a motivací. Záleží na množství úloh, které žáci dostávají, a také jak moc si určité věci dokážou představit.

Také k primárním poznávacím procesům patří **řeč**, kdy velmi záleží na žákově slovní zásobě, výslovnosti, a zda umí v praktickém životě ovládat v dostatečném množství svůj mateřský jazyk. (Šimíčková – Čížková, 1999)

Korbecki (2017) popisuje motorické dovednosti jako učení, prostřednictvím kterého se jedinci učí určitou motorickou činnost. Jsou důležité z hlediska rozvoje jemné a hrubé motoriky. K aktivizaci velkých svalových skupin, a jsou zároveň spojeny se základními formami přirozeného pohybu. Tyto motorické dovednosti se dají dělit do 3 kategorií – lokomoce, stabilita a manipulace.

Dítě v mladším školním věku se také snaží vnímat vše okolo sebe, má potřebu si zkoušet stále něco nového, objevovat svět. Tento svět se snaží poznávat pomocí hry. Ovšem vývoj kognitivních funkcí, pohybových schopností je také do jisté míry závislý na tělesném růstu dítěte. V tomto věku je většinou růst plynulý, dochází k výraznému zlepšení jemné a hrubé motoriky, pohyby jsou rychlejší, přesnější, a také svalová síla (především u chlapců) je větší. Také smyslové vnímání se v tomto věku vytrvale vyvíjí. Dítě se obvykle snaží přijít všemu na „kloub“, sleduje velmi malé detaily, a snaží se zorientovat v prostoru a čase. (Langmeier, 2006)

8.1 Jedinec s tělesným postižením

Jankovský (2006, str. 39) uvádí: „**Tělesným (somatickým) postižením** rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte). Jedná se především o **poruchu nervového systému**, pokud mají za následek poruchu hybnosti. Může však jít též o různé poruchy **pohybového a nosného (muskuloskeletálního) aparátu**. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně projevit také na vývoji osobnosti dítěte s postižením. Bývá narušen jeho psychomotorický vývoj, což se může projevit i na jiné úrovni, než jen v oblasti somatické, resp. Motorické. Mohou nastat problémy také v psychické a sociální sféře (např. v kognitivních psychických procesech, v emocionálních a sociálních projevech, ale i ve výkonu, atp.“

„**Tělesné postižení** je postižení, které brání mobilitě, pracovní činnosti, dělí se na přechodné a trvalé, vrozené a získané.“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 442)

Vítková (in Pipeková, 2010) uvádí jistou souvislost mezi pohybem, vnímáním a poznáváním. Zdůrazňuje, že dítě se učí prostřednictvím pohybu. Zatímco zdravé dítě může vylézt na svou židli, vzít předmět do rukou a pozorovat jej, dítě s tělesným postižením tuto schopnost nezvládne. Dále pak uvádí Vítková (in Pipeková, 2010, str. 181) že: „**děti s pohybovým postižením jsou tedy obecně omezeny ve svých možnostech, aby mohly získávat vlastní zkušenosti ze svého prostředí, a tak se optimálně rozvíjet.**“

Opařilová (2012, str. 26) také odkazuje na **Světovou zdravotnickou organizaci** (WHO 1980), která postižení definuje jako: „**částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.**“ Dále poukazuje na to, že když vyjdeme z této definice, nemusí se v souvislosti

s lidmi s tělesným postižením jednat jen o snížení jejich kvalit života. Jedinec může být plnohodnotným členem společnosti, zvláště v dětském školním věku.

Děti v tomto věku zvláště potřebují cítit jistotu okolo sebe, učí se jak se orientovat v okolním prostředí, jak si budovat kamarádské vztahy. A ze všeho nejvíce se učí, jak se orientovat ve svém vlastním těle. Děti s tělesným postižením pak mají velmi omezené možnosti vnímání samy sebe. Jsou uvězněné uvnitř sebe.

Jankovský (2006) uvádí jako limitaci dítěte mladšího školního věku s tělesným postižením školní docházku. Výkon nejen ve vzdělávání ve škole, ale především mezi vrstevníky se stává určujícím. Nejen děti intaktní, ale i děti s tělesným postižením potřebují slyšet pochvalu, být motivováni, bojovat s pocitem méněcennosti. Hledat své místo ve třídě. Pro děti s tělesným postižením je to obzvláště náročné. Také z hlediska toho, že tyto děti bývají velmi často hospitalizovány a nemohou se plně věnovat školní docházce a být součástí třídy během každodenních činností a zážitků.

Nejčastější tělesná postižení u žáků v mladším školním věku

- DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

Kantor (2013b, str. 13) ve své publikaci uvádí, že DMO je „*typický český název pro nosologickou jednotku, která zahrnuje mnoho odlišných syndromů. V zahraničí se nerozlišují centrální obrny podle vzniku. Např. v anglicky mluvících zemích se všechny obrny označují pojmem cerebralpalsy, ať již vzniklou v dětství, nebo v dospělosti.*“

Dále pak Kantor (2013b, str. 13) popisuje: „*za DMO se však považují pouze taková postižení, která vznikla v raném vývoji (udává se interval do 1. – 3. roku).*“

„*Dětská mozková obrna neměla jednotné označení, jednotliví autoři označovali DMO názvy, které se odvíjely od jednotlivých forem DMO. V 60. letech 19. století poprvé popsal spastickou diurézu dr. Little. Zakladatel dětské české neurologie Ivan Lesný zavedl nejprve v roce 1952 název perinatální encefalopatie a o 7 let později název dětská mozková obrna.*“ (Jakobová, 2011, str. 67)

DMO lze definovat jako „*raně vzniklé postižení CNS, které se projevuje převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti*“ (Lesný, 1972, str. 9)

Jakobová (2011, str. 67) popisuje DMO jako: „*zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života. Zpravidla se v dalším průběhu nezhoršuje. Označení **dětská** vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká, pojem **mozková** vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku. Pojem **obrna** vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti, způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postury (držení) trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických oblastí mozku.*“

Dětskou mozkovou obrnu můžeme dělit z hlediska příčin vzniku na prenatální (infekce, léky), perinatální (hypoxie plodu, nitrolební krvácení, protražený porod) a postnatální (trauma, žloutenka, infekce CNS). (Kantor, 2013b)

Kotagal in Opatřilová (2010, str. 11-12) uvádí **klinické příznaky**, které se nejčastěji pojís DMO: „***vývojová retardace** (zpoždování motorického vývoje), **odchylný vývoj hybnosti** (abnormality vzpřimování, lokomoce a jemné motoriky), **odchylky svalového tonu** (hypotonie, hypertonie, asymetricky zvýšený tonus očních svalů, které často vede ke strabismu), **abnormální kinézy a postury** (např. přetrvávající držení ručky v pěst, extenční držení dolních končetin s propjatými špičkami a hypertonickými adduktory, snížená kloubní mobilita, opistotonické držení), **reflexologické odchylky** (např. zvyšování šlachosvalových reflexů, přetrvávání primitivních reflexů, které již měly vymizet), **poruchy somatického růstu** (hlavně u těžších forem dětské mozkové obrny), **ortopedické komplikace** (např. zkrácení Achillových a kolenních šlach, které brání chůzi)*“

Opatřilová (2010, str. 12) také popisuje příznaky, které jsou charakteristické pro dětskou mozkovou obrnu. Je to především: „*nerovnoměrný vývoj, tělesná neobratnost, zvýšený pohyblivost a neklid, nesoustředěnost a těkavost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představitelost, překotná a impulzivní reakce, emoční labilita a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči.*“

Protože není ani v České republice jednotná **klasifikace dětské mozkové obrny**, vybrala jsem si tyto 2 dělení:

Formy dětské mozkové obrny můžeme rozdělit dle (Opatřilové, 2010):

- SPASTICKÁ FORMA – Diparetická forma, Pauhospastickádiparetická forma, Hemiparetická forma, Kvadruparetická forma
- NESPASTICKÁ FORMA – Hypotonická forma, Dyskinetická forma

Kantor (2013b) **rozděluje DMO**:

- dle lokalizace postižení: kvadruparéza, hemiparéza a diparéza. Méně často pak monoparéza a triparéza
- dle stupně: plegie a paréza
- dle svalového tonu: spastická, hypotonická a dyskinetická

U dětí s DMO také dochází k výskytu mnoha **přidružených postižení**, které děti omezují.

Je to mentální retardace, poruchy řeči a sluchu, snížená pozornost a koncentrace. Velmi často se pojí také epilepsie, onemocnění CNS a citové problémy. (Jakobová, 2011)

○ **VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY**

*„Vrozené vývojové vady (VVV) vznikají během prenatálního vývoje. S termínem VVV se pojí pojmy **variace a anomálie**. Variace představují menší odchylky od normálu a z medicínského hlediska nejsou považovány za projevy patologie. Anomálie jsou naproti tomu odchylky závažnějšího stupně, které mění tvar i funkci pohybového orgánu.“* (Kantor, 2013b, str. 53)

Zde je důležitý pojem malformace, což znamená vrozená anomálie (kdežto získaná anomálie je deformace). Vrozené vývojové vady se dále dělí na **VVV končetin** (Hk+ Dk), **VVV lebky**, **VVV páteře**. (Kantor, 2013b)

- **Vrozené vývojové vady končetin** vznikají již ve 4. – 7. týdnu po oplození, tedy je tato doba pro ně velmi rozhodující. Nebo dochází k vrozeným vývojovým vadám také v důsledku zaškrcení končetiny pupeční šňůrou.

Tyto malformace končetin se pak dělí na amélii a meromélii. A již méně užívané pojmy jako: dysmelie a fokomélie.

K **vrozeným vývojovým vadám ruky** pak patří – arachnodaktylie, rozštěp ruky, radiální aplazie, polydaktylie, nadměrný nebo minimální růst prstů.

Vrozené vývojové vady dolních končetin se dělí na luxaci a kongenitální dysplazii kyčelního kloubu.

Vrozené vývojové vady nohou jsou pak polohové vady a strukturální vady.(Kantor, 2013b)

- **Vrozené vývojové vady lebky**

Kantor (2013b) uvádí u vrozených vývojových jako nejčastější příčinu velikost lebky.

Dělí se: makrocefalus, mikrocefalus, kraniostenóza, anencefalus. Dále dochází u vrozených vývojových vad lebky k rozštěpům rtů, čelisti a patra. Postižení vznikající v souvislosti s DMO nebo s VVV páteře se nazývá hydrocefalus. (Kantor, 2013b)

- **Vrozené vývojové vady páteře**

(Štefánek, 2011) popisuje rozštěp páteře jako: „*vrozenou poruchu uzavření neurální trubice, která vytvoří základ centrální nervové soustavy. Proč k této poruše dojde, není jisté, předpokládá se určitý genetický daný předpoklad a potvrzen je i nedostatek kyseliny listové u matky v těhotenství. Stejně tak byly rozštěpy páteře častěji pozorovány u dětí obézních matek a matek s cukrovkou 2. typu. Obecně se rozštěp páteře objevuje na zádech v křížové oblasti. Podle tíže vady rozlišujeme okultní rozštěp páteře (spina biflaocculata), meningokélu a myelomeningokélu.*“

8.2 Jedinec s mentálním postižením

Valenta (2014) ve své knize popisuje mentální postižení jako nejčastější poruchu, která se vyskytuje napříč celým obyvatelstvem. Mentální postižení také definuje jako pojem, který pokrývá všechny jedince s IQ pod 85. Pod mentální postižení spadá již užší pojem a to mentální retardace. Tu definuje Valenta (2014, str. 24) jako: „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.*“ Dále uvádí rozdělení (2014, str. 25): „*mentální retardace - vrozená a získaná časně (tj. do 2 let), hovoříme o tzv. primárním mentálním postižení zvaném oligofrenie (tj. slabomyslnost), přestože tento termín v posledních letech poněkud ustupoval nadřazenému pojmu mentální retardace. Oligofrenie se považovala za stacionární stav, relativně neměnný, trvalý, chronický, které nemá tendenci se zlepšovat či zhoršovat. Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – demenci, která má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů.*“

Bazalová (in Pipeková, 2010, str. 289) definuje mentální retardaci jako: „*vývojovou poruchu integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušena poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný (do 2 let života dítěte).*“

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace dle Bazalové (in Pipeková, 2010, str. 292)

Lehká mentální retardace - IQ je 69-50

V období mladšího školního věku můžeme vnímat velmi výrazné problémy. Slovní zásoba dítěte s lehkou mentální retardací je velmi malá, dítě také vykazuje slabší paměť, a převládá konkrétní mechanické myšlení nad abstraktním. Zároveň je opožděná jemná a hrubá motorika, a dochází k poruchám pohybové koordinace. V rámci emocionality dochází k větší impulzivnosti, labilitě a zároveň je mírně opožděn rozvoj sociálních dovedností. Děti mívají

problémy navázat bližší kontakty se svými vrstevníky. U dětí také dochází k opoždění psychomotorického vývoje.

Středně těžká mentální retardace - IQ je 49-35

Ve středně těžké mentální retardaci dochází velmi často k výskytu epilepsie a autismu. Řeč je obsahově velmi chudá, jednoduchá. Někdy žák komunikuje pouze neverbálně. Opožděno je také myšlení. Žák není schopen jemných úkonů, a je zde zvýšená neobratnost a pohybová nekoordinovanost. Jemná a hrubá motorika je velmi zpomalena a omezena. Také v oblasti sebeobsluhy dochází u žáka pouze k částečné samostatnosti. Děti nejsou schopny abstraktního myšlení, a je pro ně velmi často problém vyřešit náročnější úkoly, které jim ukazují podobnost s praktickým životem. Jsou proto také častěji labilní, mívají afektivnější reakce, které neumí zvládat sami bez pomoci druhých.

Těžká mentální retardace - IQ je 34-20

Těžká mentální retardace je patrná již v předškolním věku, kdy můžeme sledovat problémy v osvojování si pohybových vzorců. Zde jsou již patrné častěji přidružené somatické vady, a celkové poškození CNS. Někteří žáci jsou schopni si osvojit hygienické návyky, ale z větší části se to někteří nenaučí ani v pozdějším věku. Tyto děti s těžkou mentální retardací potřebují celoživotní péči. Mají velmi omezené psychické procesy, vnímání, velmi často ztrácí pozornost. Také jejich komunikační dovednosti jsou na primární úrovni. Nejsou schopni tvořit nová slova, mají problém naučit základní pokyny.

Hluboká mentální retardace - IQ je 19 a níže

Děti s hlubokou mentální retardací potřebují víc než kdokoliv jiný pocítovat lásku. Jejich postižení provází automatické pohyby, které jsou velmi stereotypní. Sluchové a zrakové vnímání je velmi narušeno, a proto také dochází k častým kombinacím s tímto postižením. Žák komunikuje z větší části nonverbálně, ale má problém orientovat ve svém těle. Má problém s vnímáním vlastního těla, a s jeho ohraničením. Je možné u některých dětí rozvinout schopnost porozumět jednoduchým úkonům.

9. PRAKTICKÁ ČÁST

Základní a nastavbové prvky bazální stimulace a možnosti jejich využití u dětí s tělesným a mentálním postižením na 1. stupni základní školy

Jak již vyplývá z názvu diplomové práce, praktická část je zaměřena na koncept Bazální stimulace a možnosti jeho využití u dětí s tělesným a mentálním postižením. V této kapitole vymezíme cíl výzkumného šetření, techniky sběru dat a způsob výběru probandů. V další kapitole pak budeme popisovat průběh šetření u pedagogických pracovníků a u dětí s tělesným a mentálním postižením ve dvou záměrně vybraných zařízeních.

9.1 Úvod do problematiky

Koncept Bazální stimulace je přístup, který se objevuje v poslední době v mnoha zařízeních, a je velmi dobrou zprávou, že se tento koncept dostává i do většího povědomí mezi laickou veřejností. S přístupem do České republiky nejprve přišla v roce 2000 PhDr. Karolína Friedlová, a od této doby se rozšiřuje po celém území. Mnoho pracovníků hlavní myšlenka tohoto konceptu velmi zaujala, a na jejím základě si nejprve udělali kurzy, které jsou v České republice k dispozici, a poté si nechali od Institutu Bazální stimulace proškolení zařízení, a také prošli supervidovaným proškolením. V rámci tohoto Institutu se zároveň pořádají kongresy co dva roky, kdy si jedinci mohou vyměnit informace, atd. Protože si myslíme, že se tento koncept po 18 letech již usadil v zařízeních, velmi nás zajímalo, jak dále se můžou jednotlivé prvky využívat, a jak vlastně v praxi reálně fungují. Konceptem se od doby rozšíření v České republice zabývalo již mnoho autorů, studentů a pracovníků a došli k mnoha zajímavým podnětům.

Koncept Bazální stimulace tedy podporuje jedince v jeho nejzákladnější rovině. (Friedlová, 2007) Ne každého může tento koncept zaujmout, a proto je důležité si toto ujasnit hned na začátku práce s klientem. Není to povinnost pro všechny. Je to jen směr, možnost práce s druhým člověkem, ukázat cestu druhému, že se dá pracovat i jinak, než je zvykem. Snažíme se tedy pochopit člověka v celé jeho bytosti. Celý koncept je postaven na hlavní myšlence, že na prvním místě je vždy lidská bytost. Tento přístup není o rychlosti, ani o kvantu vykonaných činnostech, ale o tom, že se snažíme se přiblížit k druhému člověku prostřednictvím toho nejzákladnějšího.

Za nejzákladnější prvky považujeme – vnímání, pohyb a komunikaci. (Friedlová, 2017a)

9.2 Cíl práce a výzkumná otázka

Cíl – Srovnat možnosti využití Bazální stimulace u dětí s tělesným a mentálním postižením ve dvou zařízeních různého typu.

Dílčí cíle:

1. Posoudit využití pomůcek v rámci konceptu Bazální stimulace.
2. Zjistit, jaké role hraje dotek v životě pracovníků.
3. Porovnat, jak reagují děti na základní a nástavbové prvky konceptu Bazální stimulace.

Výzkumné otázky:

1. Jaké pomůcky jsou v daných zařízeních využívány a jakým způsobem?
2. Jakou roli hraje dotek v životě pracovníků?
3. Jak reagují děti na základní a nástavbové prvky konceptu Bazální stimulace?

10. Metodologický rámec

10.1 Použitá metoda

Vzhledem k charakteru výzkumu jsme zvolili kvalitativní výzkum a použili jsme metodu hloubkového rozhovoru – konkrétně **polostrukturovaný rozhovor**, a metodu **případové studie**.

Švaříček (2007, str. 160) ve své knize popisuje **polostrukturovaný rozhovor** jako rozhovor, který: „vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek.“ Jelikož se pouze vychází z předem připraveného seznamu, je o něco flexibilnějšího.

Hendl (2016, str. 170) klade zároveň důraz na to, že: „rozhovor je uměním i vědou zároveň, vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu.“ Zároveň také ve své publikaci uvádí (2016, str. 171), že: „zvláštní pozornost je nutné věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku dotazování je nutné prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem. Také zakončení rozhovoru je jeho důležitou součástí. Právě na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme ještě získat důležité informace. Kvalitativní rozhovor není pouze sběrem dat, ale může mít i intervenční charakter.“

„Zkušený tazatel je také zkušeným pozorovatelem, schopným číst neverbální sdělení, citlivým k prostředí rozhovoru a ke svému vztahu s účastníkem zkoumání. Stejně tak pozorovatel často potřebuje dovednosti k rozhovoru, protože během práce v terénu je nucen dotazovat se mnoho otázek, neformálně a formálně. Porozumění pozorování a rozhovoru jako provázaným technikám kvalitativního výzkumu je základním krokem k uvědomění si podstaty tohoto typu zkoumání.“ (Švaříček, 2007, str. 160)

Definici **případové studie** pak můžeme najít v knize od Hendla, kde ji Stake (in Hendl, 2016, str. 104) definuje jako: „úsilí o porozumění určitému sociálnímu objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě. Sociální objekt je pro něho ohraničeným systémem, tzn., že představuje systém s určitými sociálními hranicemi.“

Sedláček (in Švaříček, 2007, str. 97) zdůrazňuje, že: „v odborné literatuře nepanuje mezi jednotlivými autory vždy bezvýhradná shoda ve vymezení případové studie. Hranice mezi jednotlivými pojetími však nejsou příliš ostré a v zásadě lze říci, že **případová studie**, jak vyplývá z názvu, je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů. Adjektivum empirický naznačuje klíčovou

charakteristiku, kdy základem případového šetření musí být sběr skutečných dat vztahujících se k objektu výzkumu (případu).“

Dále Sedláček (in Švaříček, 2007, str. 97-98) ve své publikaci vyzdvihuje také 3 základní charakteristiky, které by případová studie měla zohledňovat: „*Případ jako předmět výzkumu případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi (prostorové i časové), zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálním kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu, pro získ relevantních údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat.*“

10.2 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření

Výzkum jsme prováděli ve dvou zařízeních dle námi vlastního výběru. První zařízení – **Domov pro osoby se zdravotním postižením** jsme vybrali záměrně, protože se jedná o proškolené pracoviště v rámci Institutu Bazální stimulace. Druhé zařízení – **Základní školu speciální** jsme pak vybírali podle dobré zkušenosti, protože jsme zde absolvovali několikátýdenní praxi v rámci studia.

Výběr žáků v rámci případových studií jsme měli ohraničený věkovou hranicí a druhem postižení. Jednalo se o děti z obou zařízení ve věku mladšího školního věku (tj. od 7-12 let) s tělesným a mentálním postižením. V praxi se jednalo především o kombinované vady, kde převládala především dětská mozková obrna, poruchy intelektu a zároveň postižení jednoho ze smyslových orgánů. V rámci praktické části jsme tedy pracovali dohromady s 8 dětmi, z toho se 2 chlapci a 6 dívkami. Spolupráce s dětmi trvala přibližně 4 měsíce. S dětmi ze základní školy speciální jsme měli možnost se seznámit již na naslechové praxi, a poté na několikátýdenní každodenní praxi, takže pozdější spolupráce byla jednodušší než v druhém zařízení, kde proběhlo jen několik návštěv a kontakt s dětmi nebyl tak intenzivní. V obou zařízeních jsme byli nejprve seznámeni s osobní anamnézou dětí, jejich schopnostmi a dovednostmi a následovala praktická činnost v rámci konceptu Bazální stimulace. Obě zařízení prováděla tento koncept naplno, a snažila se rozvíjet děti prostřednictvím různých činností. Nejprve jsme pozorovali, které činnosti jsou dětem bližší, a které jsou jim naopak velmi nepříjemné. Potom jsme měli možnost si u všech dětí vyzkoušet různé druhy prvky stimulací. Protože jsme sami prošli základním i nástavbovým kurzem Bazální stimulace, bylo pro nás osobně velkým přínosem vyzkoušet si tyto činnosti v praxi. Z důvodu osobních údajů jsou také jména v případových studiích změněna, a není uvedeno ani datum narození.

Probandy v rámci polostrukturovaného rozhovoru jsme vybrali z řad pedagogických pracovníků a ošetřovatelů, kteří jsou v denním kontaktu s žáky, dle našeho výběru. Spolupracovali jsme se 13 pracovníky, z toho bylo 12 žen a 1 muž. Jeden pracovník měl základní vzdělání, deset pracovníků mělo střední vzdělání s maturitou, jeden magisterské vzdělání, a jedna pracovnice měla postgraduální vzdělání. Také nás zajímala v rámci úvodu rozhovoru nejvyšší dosažený kurz v rámci konceptu Bazální stimulace – 11 dotázaných má zatím nejvyšší Základní kurz, a 2 další mají již nejvyšší – Prohlubující kurz bazální stimulace. Také jsme se na úvod rozhovoru zeptali, kolik let pracují v přímém kontaktu s dětmi. Vzhledem k velikosti výzkumného vzorku nemůžeme výsledky generalizovat, přesto nám přišly dané informace zajímavé a pro účel přínosné. Nejčastěji pracovali pedagogičtí pracovníci asi 10-15 let s dětmi, nejvyšší délka praxe byla 27 a 40 let. Poslední otázku na úvod každého rozhovoru jsme položili každému – kdy a kde poprvé uslyšeli termín Bazální stimulace. Nejčastěji se vyskytovala odpověď – povinný kurz v rámci zařízení, v odborných knihách, časopisech a na internetu. Dvě dotázané byly původně zdravotní sestry na rehabilitačním oddělení v rámci nemocnice, takže tento termín slyšeli v rámci praxe v nemocnici. Také jedna se s pojmem Bazální stimulace setkala v rámci svého magisterského studia.

Sběr dat v rámci polostrukturovaného rozhovoru probíhal 4 měsíce. Byla nutná domluva a časové naplánování v obou zařízeních, aby byli vždy přítomni pedagogičtí pracovníci, se kterými jsme byli domluveni. Každý rozhovor trval asi 15 - 25 minut. Probíhal většinou přímo v rámci pracovní činnosti, tzn. i pro samotné pedagogické pracovníky to nebylo tak frustrující, když to brali jako přátelské povídání. Pedagogické pracovníky jsme ujistili, že veškeré informace zůstanou v plné anonymitě a nebudou použity nikde jinde, kromě naší diplomové práce. Rovněž jsme vždy dopředu řekli, že pokud nebudou chtít odpovídat na některé otázky, budeme to plně respektovat. Rozhovor jsme měli nachystaný v hlavních a pak dílčích bodech. Vždy jsme potřebovali, aby odpověděli na hlavní otázky, a pak jsme rozhovor směřovali určitým směrem. Chtěli jsme hlavně poznat z rozhovoru s pracovníky, jak funguje koncept Bazální stimulace, jaké mají pomůcky, a jak tento koncept vnímají oni sami ze svého pohledu. Během rozhovoru jsme si dělali poznámky k našim dopředu nachystaným otázkám.

11. Výsledky výzkumu

11.1 Polostrukturované rozhovory s pracovníky

Využití základních a nastavbových prvků konceptu Bazální stimulace v zařízeních:

V obou zařízeních se pracovníci v praxi setkávají denně, jak se základními, tak s nastavbovými prvky konceptu Bazální stimulace. Jako primární uvedli všichni dotázaní **iniciální kontakt**, který je pro ně při práci s klienty velmi důležitý. Zároveň se všichni dotázaní shodli, že **pohlazení, dotek, polohování, masáže a relaxace** je pro jejich klienty nejběžnějším a nejpřirozenějším kontaktem, nebo také formou neverbální komunikace.

Rovněž se v obou zařízeních využívají v převážné většině hlavně základní prvky konceptu – somatické, vestibulární, vibrační. Vždy samozřejmě záleží na osobnosti jak personálu, tak klienta. Ne všichni pracovníci umí vycítit u každého klienta, co potřebuje, a samozřejmě také klientům nemusí být sympatický každý ošetřující. Také záleží, jakou rychlostí se provádí jednotlivé základní a nastavbové prvky.

„Bazální stimulaci používáme při každé směně už tím, že s klienty hovoříme a hladíme je.“

Jedna pracovnice v rozhovoru uvedla tuto myšlenku, která mě zaujala: *„když jsem pracovala u ležících klientů, používala jsem **iniciální dotek u každého klienta**, důležité bylo také mluvené slovo, **záleželo hodně na tónu hlasu**. Děti měly své **oblíbené pohádky, písničky**. Prováděly se také **masáže těla + esenciální koupele, polohování s nejrůznějšími pomůckami (hadi, polštáře, atd.)**, používaly se nejrůznější hračky – **dotekové, zvukové**.“*

Protože mají všichni dotázaní za sebou minimálně základní kurz Bazální stimulace, bylo zajímavé poslouchat, jak každý dokáže předat klientům něco jiného ze sebe, a přitom se stejnou myšlenkou konceptu Bazální stimulace. V zařízení pro osoby se zdravotním postižením se větší částí využívá z oblasti základních prvků hlavně polohování, masáže při koupelích, zklidňující a aktivizující somatické masáže, a z nastavbových orální a auditivní stimulace, v základní škole speciální se ve větší míře provádí spíše vestibulární (houpací síť, velký gymnastický míč) a vibrační stimulace, a z nastavbových hlavně olfaktorická, optická a taktilně – haptická stimulace.

V základní škole speciální se dle výpovědi jedné vyučující v rámci stimulací využívají hlavně tyto: „*Somatická stimulace – zklidňující a aktivující masáž, masáž stimulující dýchání, poloha hnízdo, z vestibulární stimulace – obilný klas, houpačka a velký gymnastický míč, v rámci vibrační – vibrace při bubnování na gymnastickém míči, u auditivních stimulací využíváme hlavně zpěv, hru na housle, hru na Orffovy nástroje, hudební nahrávky, mluvené slovo – vyprávění, pohádky, básničky. A u vizuální stimulace – fotografie, využití vybavení Snoezelenu.*“

Využití pomůcek v rámci konceptu Bazální stimulace v přímém kontaktu s dětmi:

Taktéž pomůcky se v obou zařízeních využívají denně. Nejčastěji jsou využívány běžné každodenní pomůcky, které jsou nejdostupnější – především *ruce* ošetřujícího/ vyučujícího. Vždy samozřejmě ošetřující vycházejí opět z potřeb klienta.

V základní škole speciální jsou pak nejvyužívanější tyto pomůcky: „*froté ponožky, molitanové míčky, žínky, houbičky na nádobí, deky, polštáře, plyšové hračky, fotky, housle, Orffovy nástroje, gymnastické míče, a v rámci Snoezelenu – houpací síť, vodní postele, světelné válce, optická vlákna, projektory, CD nahrávky a knihy.*“

V zařízení pro osoby se zdravotním postižením se oproti základní škole speciální využívá více pomůcek například při koupeli, která se v základní škole neprovádí. „*Vše záleží na individuálním posouzení potřeb klienta a konkrétním přístupu pečující osoby. Pomůcek je v našem zařízení dostatek, některé se využívají denně, jiné se užívají 1krát týdně – například masáž + koupele (vibrační rohože při perličkové koupeli),*

Také se v zařízení pro osoby se zdravotním postižením využívají ve větší míře oproti základní škole speciální: „*rehabilitační pomůcky, obrázkové knihy a fotoalba.*“

Naopak v základní škole speciální se v rámci pomůcek využívají také tyto pomůcky: „*míčky, hudební nástroje, v rámci aromaterapie – bylinky a olejíčky, dále pak zvonkohry, světelné zdroje (baterky), polohovací pomůcky (válce, kuličkový bazén, houpací síť), a v rámci dráhové orofaciální masáže také využíváme různé štětce, pířka a žínky.*“

Pracovníci z obou zařízení jsou spokojeni s množstvím pomůcek, které mají k dispozici. Někdy mají pocit, že jich je až moc, a kvantita je na úkor kvality. Z množství pomůcek si pak někteří neumí vybírat a efektivně je využívat. Někdy mají také pracovníci strach s negativním účinkem jednotlivých pomůcek a jsou při výběru zdrženliví. Také jsou

však všichni otevřeni vůči tématu pomůcky a také jedna z vyučujících podotkla: „*je stále co zlepšovat a dolad'ovat, určitě mě v blízké době napadne, co by bylo ještě dobré a co by se v našem zařízení hodilo, aby se zlepšila efektivita využití pomůcek. Je potřeba se stále vzdělávat, proto mě lákají další kurzy, protože po nic přibude touha po dalších pomůčkách.*“ Nejraději ošetřující i vyučující pracují s pomůckami, které jsou nejběžněji dostupné, jako jsou deky, prostěradla, polštáře, froté ponožky, a žínky.

Role doteku v životě pracovníků:

Protože dotek patří k významným prvkům v komunikaci v rámci konceptu Bazální stimulace, naše první otázka směřovala k tomu, **jaké typy doteků jsou pracovníkům příjemné a nepříjemné**, protože jsme každý jiný, a proto také výpovědi se trochu lišily, bez ohledu na druh zařízení. Každý z nás je jedinečný a také doteky, které druhému dovolíme, jsou jen na nás. Záleží tedy na tom, kam až druhému dovolíme, aby zašel. Zóna, která jednomu může být ještě příjemná, druhého už může znervóznět a navodit chvíle nejistoty. Proto je dobré vždy přistupovat k druhé osobě tak, jak to vyžaduje, a ne, jak my chceme.

„Vždy je mi příjemný dotek, který je myšlený upřímně. Je to například podání ruky, objetí, ale nemám ráda, když jsou tyto doteky fádni, až neosobní. Samozřejmě mezi nepříjemné doteky řadím ty, kdy dotyčná osoba již překročí základní zónu.“

Jiná ošetřující konstatovala, že: *„nemám problémy s jakýmkoliv dotekem od klienta, ale velmi mi vadí, když se dotýká mého obličeje, v těchto chvílích se cítím velmi nervózní.“*

Rovněž jeden vyučující sdělil: *„za příjemný dotek považuji chlácholivý dotek, a je mi často velmi nepříjemný dotek ošahávací, surový a vítací, do kterého bych zařadil formální objímání a líbání.“*

Další odpovědi byly podobného typu: *„Není mi příjemný od klientky dotek na intimní místa.“* *„Záleží na osobě, samozřejmě hrubé a bolestivé doteky jsou nepříjemné vždy.“* *„Vadí mi doteky z těsné blízkosti.“* *„Nepříjemný je mi dotek cizích lidí na obličej, záda.“*

„Já jsem hodně taktilní typ, takže hodně doteků je mi milých. Nemám ale ráda dotyky prudké nebo prchavé, štiplavé a dotyky v intimních partiích, foukání do ucha a lechtání na ploskách. Ale jinak mám ráda vše. Dotěrné a nevhodné doteky se sexuálním podtextem, se kterými jsem se od neznámých mužů také setkala, pochopitelně příjemné nebyly.“

Mezi další otázky patřila role doteku v životě pracovníků, a zážitky z dětství.

Ne všichni měli kladné vzpomínky na dětství a doteky v dětství, proto někteří odmítli vypovídat, a my toto jejich přání respektovali a zároveň jsme si uvědomili, jak moc nás ovlivňuje dětství a vzpomínky na něj. Ne všichni mají možnost prožít bezstarostné dětství, plné láskyplného objetí rodičů, a cítit v nich bezpečí a oporu při každém našem kroku v životě.

Pracovníci se shodli v tom, že doteky jsou v dětství velmi důležité. *„Dítě se cítí v dětství milováno, ví, kam patří, ví, že pro své rodiče na prvním místě. Velmi ráda vzpomínám také na hlazení babičky a dědečka, kteří by se pro nás – pro své vnoučata – rozdali.“*

„Doteky jsou pro mne v životě velmi důležité a příjemné, dávají mi pocit jistoty a blízkosti. Zážitky z dětství jsou u mě zřejmě dobré, na špatné si nepamatuji.“

„Dotek beru v životě jako doplněk nonverbální komunikace. Vždy podtrhne to, co druhý říká, a umocní tím prožitek.“

„Doteky a hlazení jsou pro mne důležité. Velmi ráda vzpomínám na večerní čtení v posteli s maminkou a sourozenci.“

„Tělesná blízkost a doteky jsou pro mě hodně důležité. Po celý život mi byly dopřávány, takže v tomto ohledu mám zážitky z dětství kladné.“

Jaké způsoby doteků u žáků a spolupracovníků nejméně vadí ošetřujícím/vyučujícím:

Jelikož jsou ošetřující/ vyučující v každodenním kontaktu se svými žáky a kolegy, je samozřejmostí, že musí být nastavena určitá tolerance k okolí a vzájemný respekt.

„Když o tom tak přemýšlím, zjišťuji, že mi při kontaktu s dětmi nevadí skoro nic. Vlastně jen hodně bolestivé doteky, jako je škrábání, kousání, trhání vlasů a lámání kloubů. To kvůli bolesti. Jinak opravdu dokážu jít s dětmi do velmi blízkého kontaktu. U kolegů do takové intimity nejdu. Vadily by mi dotyky v intimních zónách, ale nesetkávám se s tím. Asi se k sobě chováme tak, že teď nedokážu říct, že by mi něco konkrétního vadilo.“

„Je v tom samozřejmě rozdíl, jestli se jedná o žáka nebo o kolegu. U dětí je vzájemný dotek důležitý a součástí výuky. Mezi kolegy jsou to spíš letmé doteky.“

„Spolupracovníci se mne nedotýkají, a klienti můžou pouze na ruce.“

Většina pracovníků považuje za normální doteky vyplývající z běžných činností. Nikdy se nevyhneme dotekům, které jsou prostě důležité, a v rámci nich můžeme klienta/žáka stimulovat. Ne všichni se setkali ve své praxi již s agresivním chováním klienta, ale shodli se v tom, že u kolegů jsou v normě doteky, které jsou jen letmé, bez sexuálního podtextu.

Využití dalších terapeutických přístupů v kombinaci s konceptem Bazální stimulace, náměty na další činnosti v rámci tohoto konceptu:

V obou zařízeních se shodli, že je koncept Bazální stimulace dostatečně rozvinut. Velkou výhodou také viděli dotázaní v tom, že všichni mají základní kurz, a proto je možná spolupráce mezi sebou navzájem. Mají oporu ve vedení, proto se nebojí ani zeptat se mezi sebou, když si neví rady a potřebují posunout i v rámci svého osobního růstu.

V zařízení pro osoby se zdravotním postižením se využívá jednou měsíčně canisterapie, a také muzikoterapie, která naopak chybí zaměstnancům v základní škole speciální. V obou zařízeních se také velmi využívá Snoezelen, který se kombinuje s konceptem Bazální stimulace.

„Každý odborník přinese do zařízení něco nového, co stojí za vyzkoušení. Osobně jsem ráda za každý nový impuls, jak obohatit život našich klientů. Spoustu podnětů využívám i na rodičích a vnoučatech. Jen manžel se zatím zdráhá.(smích)“

„Myslím si, že u nás je koncept Bazální stimulace prováděn v plném měřítku dle zdravotního stavu klientů. Personál klade důraz na řádně prováděnou Bazální stimulaci denně. Všichni pracovníci prošli základním kurzem Bazální stimulace. Nemohu posoudit, zdali je potřeba s dalšími odborníky spolupracovat. V našem zařízení míváme canisterapii, muzikoterapii a také snoezelen.“

V základní škole speciální si velmi pochvalují velké množství pomůcek, které mohou využívat při každodenním provádění konceptu Bazální stimulace. *„Máme velmi dobře vybavenou třídu. Také snoezelen, který máme na škole, se snažíme využívat maximálně. Působíme opravdu systematicky na všechny smyslové oblasti. Nenapadá mě teď, jak víc přiblížit dětem každodenní život. Vzhledem k různému rozsahu mentální retardace jsou možnosti individuálně omezené.“*

„Pomůcky a prostor pro využití muzikoterapie máme, jen je potřeba je více využít.“

I když je v obou zařízeních podpora vedení v konceptu Bazální stimulace, v základní škole speciální by uvítali, kdyby se tento koncept dokázal rozšířit do povědomí všech pracovníků (učitelé a asistenti pedagoga) na škole, ne jen v rehabilitačních třídách. Často cítí právě ze strany asistentů pedagogů a učitelů, že berou koncept Bazální stimulace jako něco méněcennějšího, a nevěří mu. Také se občas setkali již s poznámkami, k čemu celý tento koncept vlastně vůbec je a také s výsměchem. Tyto chvíle berou jako náročné, protože si musí umět obhájit, proč pracují s tímto konceptem, ale právě výsledky u dětí jim dává naději, že práce postavená v základní (bazální) rovině má smysl.

Pak většina pokračovala odpovědí spíše ve svém osobním růstu, kdy by se sami pracovníci chtěli zdokonalovat buď v samotném konceptu Bazální stimulace, nebo v jiných přístupech.

„Uvítala bych prohloubení vlastních znalostí a zkušeností a také vzdělání v tomto konceptu u více kolegů. Myslím, že by se nám hodily poznatky, ale hlavně praktické nahlédnutí do oblasti Bobath konceptu. S logopedkou se chci pobavit o orofaciální stimulaci – vím, že ji dělá, takže je to jen otázka volné chvílky. Přínosná by byla také odborná muzikoterapie a arteterapie, protože do těchto oblastí zatím jen laicky nakukujeme.“

V zařízení pro osoby se zdravotním postižením by uvítali navíc ještě rehabilitační pracovníky.

11.2 Případová studie

Ze zařízení: **Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Jana (10 let)

Osobní anamnéza:

- kvadraparetická forma DMO, defekt intelektu, kvadruspasticita
- vývoj. II. trimenon, bez epi projevů
- komunikuje jednoslovně, rozumí řeči, projevuje radost, nechodící
- novorozenecké sepse

Rodinná anamnéza:

- matka – psycholožka
- otec – psycholog
- zdravý bratr, manželství se před nedávnem rozpadlo

Využití prvků bazální stimulace:

- *Somatická stimulace:* nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je také důležitý způsob, jakým se druhých dotýkáme. Jana je pravák, po ránu je vždy zvyklá na mytí obličeje. Ruce mívá Jana často velmi suché, proto miluje různé krémy. Pokrývkou bývá přikryta jen velmi zlehka, a má svůj oblíbený velký polštář a velkého plyšového tygra. Miluje své růžové pyžamo a nejraději má, když ji někdo hladí po vlasech a češe ji.

- *Vestibulární stimulace:* Jana velmi miluje, když ji někdo jemně kolíbá dopředu a dozadu (když leží na boku) a také miluje závěsnou houpačku, která ji vždy rozesměje.

- *Vibrační stimulace:* Jana má velmi oblíbenou panenku, která ji visí nad postelí a která když se zmáčkne, příjemně vibruje po celém těle. Jana se vždy usmívá, když se touto panenkou přejíždí po její ruce, anebo po tváři.

- *Optická + auditivní stimulace:* Sledování televize je pro Janu nejoblíbenější činností. Má velmi ráda program Děčko na ČT1, kde jsou vysílány pohádky pro děti. Nejraději sleduje pořad Taneční hrátky s Honzou Onderem. Tento pořad je pro ni oblíbený z důvodu zpívání a tancování zároveň.

- *Orální stimulace:* Jana dává přednost slanejším pokrmům, má ráda maso a různé druhy příloh.
- *Olfaktorická stimulace:* Jana má ráda vůni jara – kvetoucí stromy a různé druhy květin. Miluje proto, když je jaro, a ona může ven do přírody.
- *Taktilně – haptická stimulace:* Tygr, kterého má Jana neustále vedle sebe v posteli je pro ni velmi důležitý. S pomocí druhé osoby mu neustále hladí srst. Z tohoto důvodu je velmi nadšená, když je v zařízení prováděna canisterapie.

Využití BS: Jana byla polohována nejprve na bok, a poté na břicho.



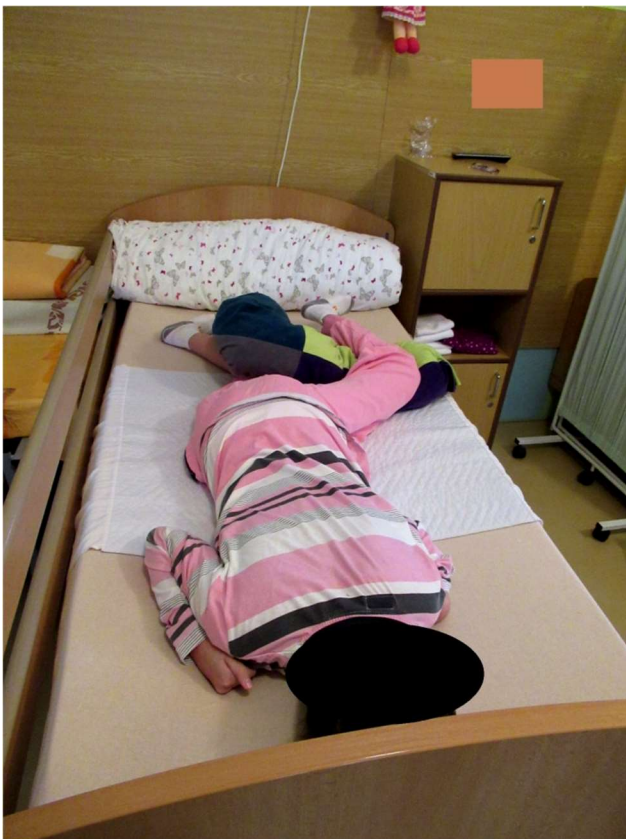
Obrázek 6 – Jana – polohování na boku



Obrázek 7 – Jana – polohování na boku s využitím oblíbeného tygra



Obrázek 8 – Jana – polohování na boku, zároveň hraje Janě televize, kterou velmi ráda nejen sleduje, ale také poslouchá)



Obrázek 9 – Jana – polohování na břicho.



Obrázek 10 – Jana – polohování na břicho – tuto polohu už nemá Jana až tak ráda, protože je velmi zvědavá, a z tohoto pohledu nemůže sledovat ani televizi, ani dění okolo sebe. Velmi brzy se ozve, že se jí tato poloha již nelíbí.



Obrázek 11 – Jana – opět polohování na břicho.

Marie (12 let)

Osobní anamnéza:

- Kvadraparetická forma DMO, defekt intelektu
- Spasticita, s pravostrannou prevalencí kontraktur
- Jednoslovně odpovídá, řeči rozumí, spí bez problémů, má obdivuhodnou paměť na jména

Rodinná anamnéza:

- matka – kuchařka
- otec – elektrikář
- rodiče jeví zájem, ale nezvládali péči

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Marie má iniciální dotek na levé rameno, a poté vždy vyžaduje pohazení obličeje. Marie miluje svou růžovou deku, pod kterou bývá přikrytá, a také bývá využita v rámci polohování mumie. Má velmi pevný stisk v levé ruce.

Vestibulární stimulace – Marie má velmi ráda závěsné látkové houpací vaky, a také miluje, když ji někdo jemně otáčí hlavou na polštáři.

Vibrační stimulace – Marie má také svého oblíbeného plyšového medvídka, kterému, když zmáčkne pravou tlapku, začne jemně vibrovat, a Marie má tuto činnost velmi ráda.

Optická stimulace – Mezi oblíbené činnosti Marie také patří sledování televize, a nejraději má filmy, ve kterých vystupují 2 její nejoblíbenější herci, které má zároveň vylepené na nočním stolku, vedle své postele. Na tyto plakáty se velmi často ráda dívá. Také má velmi ráda zvířata, a miluje prohlížení obrázků především psů a koček.

Auditivní stimulace – Marie velmi ráda poslouchá povídání druhých lidí o jejich rodinách. Má výbornou paměť na jména, a vždy ji dělá radost, když ji na jména „zkoušíte“. V těchto chvílích dostává někdy až hysterické záchvaty smíchu, a dělá ji dobře, když ji pochválíte. Velmi ráda poslouchá pohádky, které ji někdo předčítá, a miluje zvuk klavíru a kytary. Proto velmi miluje, když se zároveň čte pohádka a je puštěná hudba vybrnkávání kytary jako podbarvení příběhu.

Orální stimulace – Marie miluje, když má neustále něco v ústech, proto se jí velmi často rty zvlažují vodou namočenou v buničině, a protože má velmi ráda sladké, dostává také na rty namazanou nutelu nebo marmeládu.

Olfaktorická stimulace – Marie má svůj oblíbený sprej, který jí značí pocit bezpečí, a když druhé osobě důvěřuje, pobídne ji, aby ji nasprejovala.

Taktilně – haptická stimulace – Marie má svého oblíbeného plyšovou hračku, kterou velmi často a ráda hladí.



Obrázek 12 – Marie – polohování na zádech



Obrázek 13- Marie – polohování na boku



Obrázek 14 – Mariin stůl, na kterém má svůj oblíbený sprej, knihy a nalepený obrázek pejska a své fotky svých filmových hrdinů.

Hana (8 let)

Osobní anamnéza:

- Kvadрупaretická forma DMO, kvadruspasticita s pravostrannou prevalencí kontraktur
- Hydrocefalus, zavedený shunt
- Očima nefixuje, je nevidomá
- Epi projevy (trvající pár vteřin, medikace)
- nekomunikuje

Rodinná anamnéza:

- bez rodičů, rodina se jí zřekla

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Hanka miluje hlazení, a upřímný stisk. Miluje, když je nepolohovaní v poloze mumie, a vzhledem ke své nevidomosti, ji to tak činí pocit bezpečí.

Vestibulární stimulace – Tuto stimulaci nemá Hanka moc ráda. Co ji však dělá radost, je závěsná houpačka. Hana váží velmi málo kilo, a proto je obtížné s tak drobným tělem při kvadрупaretické formě DMO manipulovat.

Vibrační stimulace – Hanka má velmi ráda, když někdo hraje na kytaru, a ona sedí poblíž, a může si sáhnout na „chvějící se kytaru“. Také často vyhledává kontakt – „tělo na tělo“, kdy si Hanka ošetřující položí do klína, a ona cítí jeho chvějící se hrudník, a také to, jak ošetřujícímu tluče srdíčko, a dýchá.

Optická + auditivní + taktilně haptická stimulace – Z důvodu nevidomosti používá Hana ve větší míře jako kompenzující smysl sluch, který ji umožňuje komunikovat se svým okolím. Hanku velmi potěší, když ji někdo pomalu předčítá pohádky a básničky z knih, které velmi miluje. Má svou oblíbenou knihu, ve které jsou přiblíženy dětem, jak vypadají jednotlivé srsti zvířat. Při poslechu této knihy zároveň Hanka může nahmatat, o čem se mluví.

Orální stimulace – Hanka při orální stimulaci vždy potřebuje cítit důvěru ke druhé osobě, a má velmi vybrané chutě. Má ráda, když ji někdo namočí smotanou gázu nebo vatu v pomerančové šťávě, a jemně ji hladí tímto štětečkem rty.

Olfaktorická stimulace – Tato stimulace také patří k méně vyhledávaným stimulacím, má své oblíbené vůně ovoce a zároveň miluje aromatické lampy.



Obrázek 15 – Hana – poloha mumie



Obrázek 16 – Hana – poloha hnízdo

Ze zařízení: **Základní škola speciální** – vzdělávající žáky se středním mentálním postižením a žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Kamil (10 let)

Osobní anamnéza:

- retinopatie nedonošených – terminální stádium, kryopexie sítnice
- DMO, hydrocefalus, slepota obou očí, zavedený shunt
- nemluví, nechodí,
- není schopen navštěvovat ZŠ samostatně, potřebuje stálé vedení a dohled pro běžné situace, nevyhledává komunikaci s ostatními
- Kamil potřebuje pomoc ve všech oblastech – sebeobsluha, pohyb, komunikace

Rodinná anamnéza:

- matka – prodavačka
- otec – instalatér
- 1 bratr, rodiče jsou rozvedeni

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Kamil nemá rád dotek cizí osoby. Štípe, kouše a drápe. Dovolí sáhnout jen velmi blízké a známé osobě. Nejrady má, když mu vyučující provádí somatickou povzbuzující stimulace. Také miluje, když mu někdo jezdí různými materiály po zádech – žínkou, kartáčkem, houbičkou, jemně ho češe.

Vestibulární stimulace – Závěsná houpačka je pro Kamila nejoblíbenější pomůckou. Miluje, když s ním někdo houpe nahoru a dolů, a také to, když je pevně přitom zabalený do deky. Také vyhledává gymnastický míč, na kterém se vleže houpe zepředu dozadu.

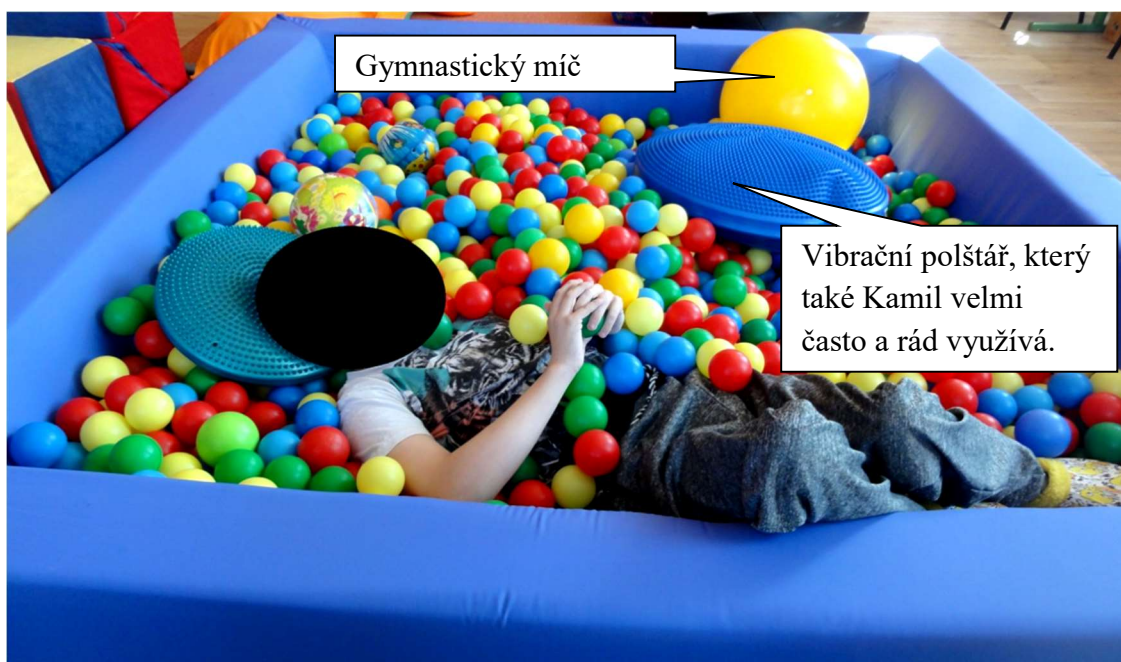
Vibrační stimulace – Kamil má oblíbené vibrační hračky, které se dají natáhnout pomocí provázku, a když se provázek zatahuje, hračka zároveň vibruje. S těmito hračkami si dokáže Kamil hrát velmi dlouho.

Optická stimulace – Tento smysl je kompenzován ostatními smysly. Kamil dokáže ve velkém prostoru zaregistrovat, když se objeví nějaká postava, v kontrastu se světlým pozadím otočit hlavu za stínem.

Auditivní stimulace – V této stimulaci se často u Kamila využívají zvuky auta (*brmm, vrrr, ...*) a také zvuky vlaku (*ššš, húú ...*), Kamil má také velmi rád, když si někdo hraje se svým hlasem a zkouší různou intenzitu a výšku tónu. Tyto činnosti se snaží Kamil napodobovat. V rámci muzikoterapie miluje, když se hraje na bubínky a tamburíny.

Olfaktorická + orální stimulace – Kamil velmi rád jí, a má moc rád, když si může k jednotlivým jídlům přivonět, a když může při krmení také držet nějakou potravinu. Má velmi rád na svačinu chléb, a vždy si kousek žmoulá ve svých rukou, a snaží se tuto činnost zkoordinovat a vložit si chléb do svých rtů a nakrmit se sám. Samozřejmě to chce mnoho pokusů, kdy se Kamilovi povede, ale je v této chvíli velmi vytrvalý a dokáže tyto činnosti zkoušet dlouhou chvíli.

Taktilně - haptická stimulace – Kamil velmi rád pracuje s plastelínou, a také ho baví předávání kuliček hrachu a čočky z jedné misky do druhé. Jsou pro něj velmi zajímavé kontrasty studené a teplé vody. Má svůj oblíbený bazén plný malých plastových míčů, které se snaží uchopit do rukou a vyhazovat ven. Také má svého oblíbeného plyšového hrocha.



Obrázek 17 – Kamil – při své oblíbené aktivitě



Obrázek 18 – Kamil – při práci s panem učitelem, společná orientace na stole, příprava na práci s modelínou.



Obrázek 19 – Kamil – práce s panem učitelem



Obrázek 20 – Kamil – forma Kamilova odpočinku, ruce za hlavou u něj značí důvěru k okolí.



Obrázek 21 – Kamil – v rámci smyslové hodiny – tleskání rukama při poslechu písní z pohádek

Erika (8 let)

Osobní anamnéza:

- Somaticky drobná stigmatizovaná dívka se souběžným postižením více vadami (tělesné, mentální, řečové postižení)
- dg. DMO – spastická forma, afázie, mikrocefalie, sekundární epilepsie, inkontinence III. stupně, hypermetropie
- Vzhledem k DMO – nápadnosti v hrubé a jemné motorice, pohybuje se spíše poskoky, a samostatně bez opory.
- Umí projevovat nelibost, expresivní projev dívky je opožděný, verbálně nekomunikuje, vydává zvuky, výská, mlaská, směje se nahlas
- Sociální kontakt nevyhledává, vyžaduje individuální přístup a zároveň nepřetržitý dohled a pomoc druhé osoby

Rodinná anamnéza:

- žije s babičkou, a 2 sestřenicemi

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Erika se umí velmi dobře ozvat, když se jí kontakt druhé osoby nelíbí a je jí nepříjemný. Má velmi ráda zklidňující somatickou stimulaci, ale naopak nevydrží dlouho být napolohována v poloze mumie a hnízdo. Také ji vyhovuje, kdy ji někdo hladí po vlasech, ale po čase ji to spíše lechtá.

Vestibulární stimulace – Erika dává přednost závěsným látkovým houpacím vakům a miluje trampolíny.

Vibrační stimulace – Protože je Erika velmi aktivní dítě, a neustále poskakuje, je problém ji udržet u některé činnosti delší dobu. V tomto případě ji vyhovují hračky, které může držet v ruce, a které může kdykoliv odložit. Jsou to například vibrační hadi a vibrační hadice.

Optická stimulace – Erika má chvíle, kdy si oblíbí určitou hračku, a s tou si pak vydrží dlouho hrát. Má velmi oblíbenou žlutou barvu, takže vyhledává žluté míčky a žluté polštáře.

Auditivní stimulace – Erika má problémy chvíli udržet pozornost, ale když ji zaujme nějaká činnost, vydrží pro ni být zapálená. Má velmi ráda hudební nástroje, a hraní na různé bubínky a činely. U poslechu písniček z pohádek, nebo lidových písniček vydrží chvíli sedět.

Olfaktorická + orální stimulace – Erika přijímá mixovanou stravu pomocí lžičky, z hrnečku pije s dopomocí. Má velmi ráda sladké přesnídávky, a v rámci aromaterapie vyhledává proto „sladší“ vůně.

Taktilně - haptická stimulace – Chrastící hračky, a hračky, se kterými se dá hýbat, jsou u Eriky nejvyhledávanější. I přes její nápadnosti v jemné motorice se snaží brát různé materiály do rukou. V poslední době je její nejoblíbenější hra „honěná se smetáčkem a lopatkou“.



Obrázek 22 – Erika – její oblíbená hrazda s chrastícími hračkami. S touto hrazdou může volně pohybovat a vždy se Erika velmi směje, když tato hrazda vydává hlučné tóny.



Erika si drží oběma rukama tamburínu, a bouchá do ní podle rytmu paní učitelky, která tluče dřívkem.

Obrázek 23 – Erika – smyslová výchova – Erika v rámci této hodiny hraje na bubínek, a paní učitelka se s ní pohybuje v rámci rytmu, což Eriku velmi uklidňuje.



Obrázek 24 – Erika – zkouší hrát sama na nástroj

Hynek (11 let)

Osobní anamnéza:

- Genetická vada – sy cry du Chat
- Triventrikulární hydrocefalus, centrální hypotonický syndrom
- Psychomotorická vývojová vada, pásmo těžké MR (souběžné postižení více vadami)
- Zavírá oči, otáčí hlavu, když projevuje nelibost

Rodinná anamnéza:

- Matka - právnička
- otec – právník

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Hynek příliš dotek nevyhledává. Ale když vidí v zorném poli nějakou novou osobu, natahuje ruce a snaží se osoby zachytit a přitáhnout si ji k sobě. Má rád polohování mumie a hnízdo, nejraději se sám zamotá do deky, a většinou usíná.

Vestibulární stimulace – Hynek má rád, když je položen do závěsné houpačky, a také to, když leží, a vyučující s ním jemně kolébá dopředu a dozadu.

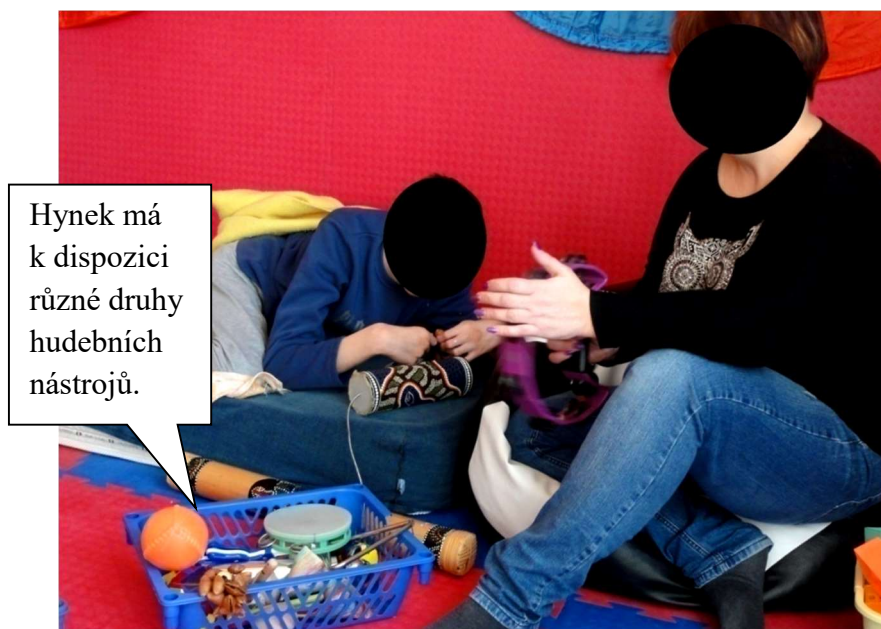
Vibrační stimulace – Předměty, které jemně vibrují, a vydávají minimální pohyb, dokážou udělat Hynkovi velikou radost. Velmi často se pak po nich natahuje, a snaží se je uchopit do svých rukou. Také má rád vibrační hadice, a jsou pro něj velmi zajímavé ruce vyučujícího, když mu jemně vibruje na jeho částech těla.

Optická stimulace + Auditivní stimulace – Hynek velmi rád poslouchá, když mu někdo předčítá příběhy z knih, a prohlíží si fotografie, které jsou v nich. Také má rád, když se společně v rámci smyslové výchovy hraje na hudební nástroje, a když někdy nemá chuť na hraní, tak se pouze otáčí za zvuky.

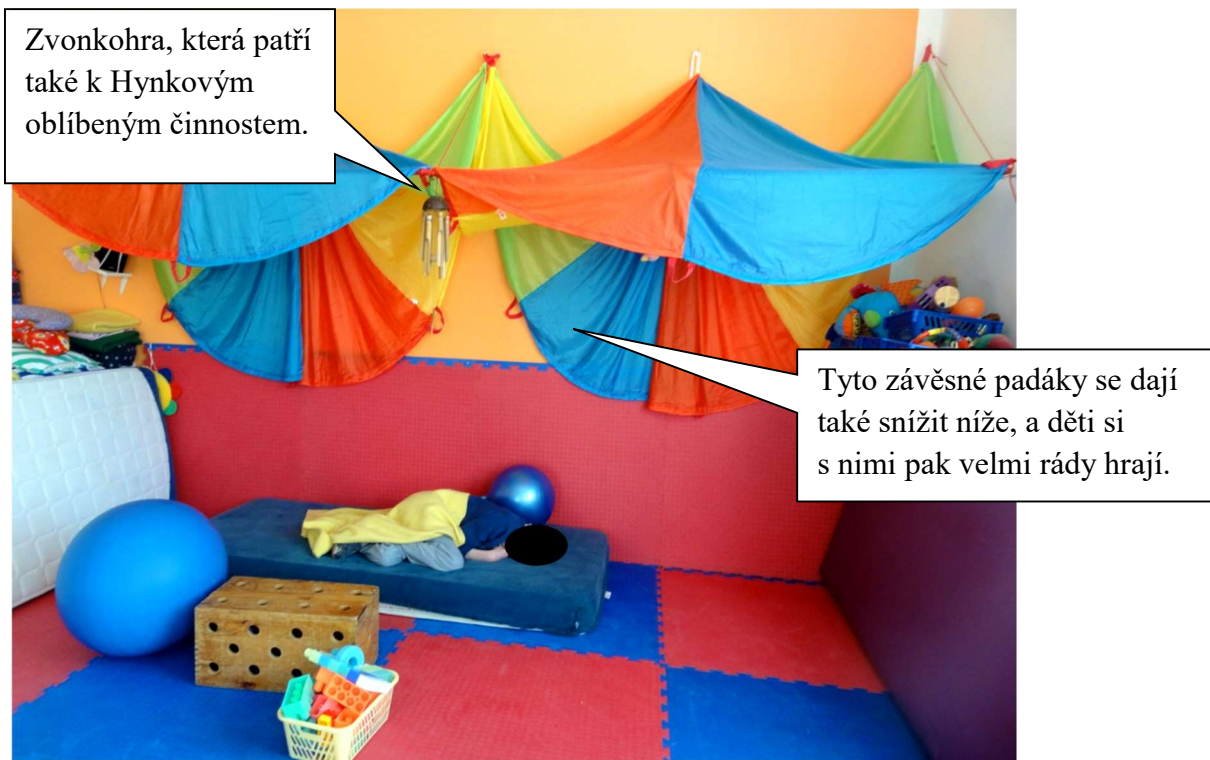
Olfaktorická + orální stimulace + taktilně haptická stimulace – Hynek se nechává krmit pouze od blízké osoby. Hynek rád ve svých rukou mačká různé materiály, nejraději deku, kterou si pak přehodí přes sebe a usne. Činnosti typu – zpracování plastelíny a různých podobných materiálů nemá moc rád. Umí dát velmi často najevo, když se mu daná činnost nelíbí. Otočí hlavu opačným směrem a odmítá spolupracovat.



Obrázek 25- Hynek – v rámci smyslové výchovy rád poslouchá zvuky jednotlivých nástrojů, a snaží se je zároveň podle sluchu nahmatat.



Obrázek 26 – Hynek – velmi rád zkusí různé druhy hudebních nástrojů



Obrázek 27 – Hynek – když je unavený, „zamotá se“ do deky a usíná.



Obrázek 28 – Hynek – prostory okolo Hynka jsou vždy uzpůsobené jeho potřebám a on má vždy okolo sebe mnoho stimulů.

Barbora (10 let)

Osobní anamnéza:

- centrální hypotonický syndrom
- epileptické projevy, psychomotorická retardace, řečová retardace
- hemangiomy, vrozená stenóza srdeční chlopně

Rodinná anamnéza:

- Matka - učitelka
- otec – architekt

Využití prvků bazální stimulace:

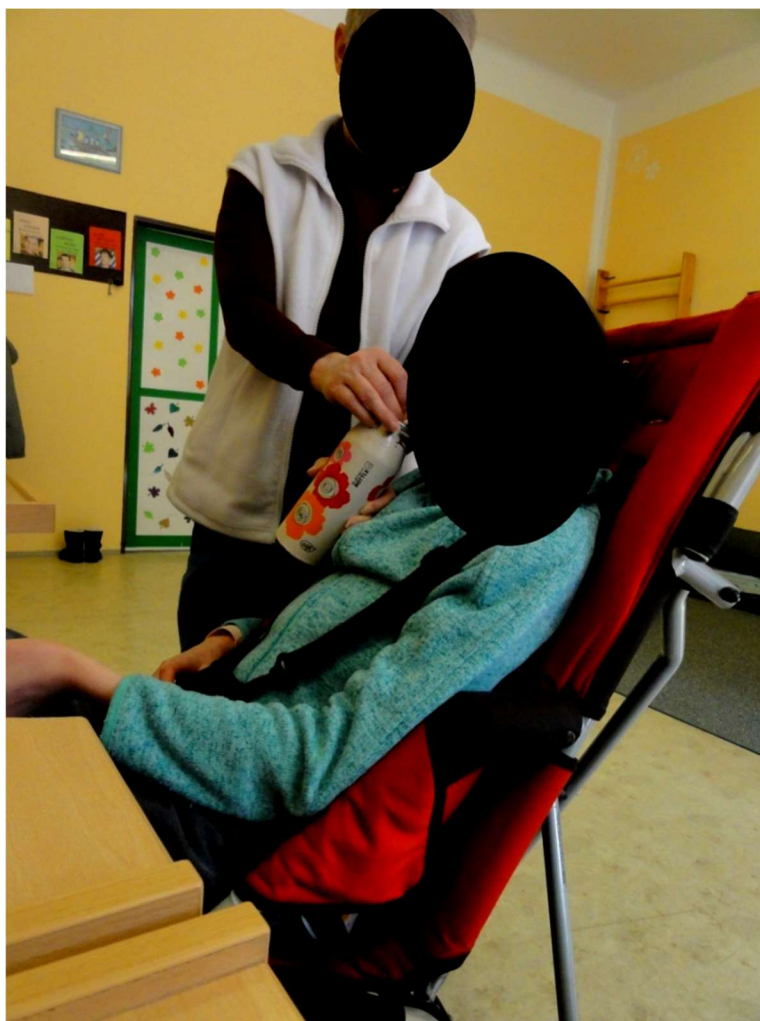
Somatická stimulace – Barbora má velmi ráda kontakt s lidmi. Je přátelská, společenská a většinou dobře naladěná. (Pouze v době nemoci se neusmívá). Velmi často se u ní využívá zklidňující somatická stimulace.

Vestibulární stimulace – Barborka se také cítí příjemně v houpacích křeslech a v závěsných látkových houpacích vacích.

Vibrační stimulace – Barbora ráda zkouší různé materiály. Vibrující hračky jsou pro ni velmi zajímavé, a vždy je zkouší různě uchopit.

Optická + auditivní + taktilně – haptická stimulace – Barborka má velmi ráda taktilní kontakt, neustále zkouší různé materiály, zkoumá jejich povrch a strukturu. Bohužel má neustále tendenci věci okolo sebe ochutnávat, a tak je potřeba ze strany vyučujícího být neustále ve střehu. Barborka také velmi hezky reaguje na hudbu a zpěv, zapojuje se broukáním, a hrou na nástroje (nejčastěji tamburínu nebo bubínky). Také často bubnuje do velkého gymnastického míče. Má také ráda, když se okolo ní lidé smějí. Jejím pozitivním přístupem také těší lidé okolo sebe. Má ráda, když ji někdo ukazuje obrázky, fotografie. Ovšem si je chce potom také prohlédnout, ale často je mačká, i když to vůbec nemyslí špatně.

Olfaktorická + orální stimulace – Barborce velmi chutná sladké jídlo, má ráda, když ji někdo přejede rty gázovým váčkem namočeným ve sladké šťávě. Má také svou oblíbenou láhev na pití.



Obrázek 29 – Barbora – správné napolohování ve vozíku, a Barbořina oblíbená láhev.

Petra (12 let)

Osobní anamnéza:

- dg. DMO se spastickou paraparézou DK v rámci perinatální encefalopatie při těžké prematuritě
- konvergentní strabismus, amauroza na podkladě retinopatie nedonošených – nevidomost se zachováním světlocitu, bronchopulmonární dysplazie, psychomotorická retardace, těžká MR

Rodinná anamnéza:

- Matka – zdravotní sestra
- otec – programátor

Využití prvků bazální stimulace:

Somatická stimulace – Petra mívá velmi labilní nálady, záleží na tom, jak se vyspí. Vyhledává kontakt druhé osoby, a také si umí najít člověka po třídě, bez ohledu na to, zda je plná třída lidí. Při špatné náladě se projevuje touha buď po samotě, anebo vyhledává druhou osobu a je na ni velmi agresivní. Tato agrese pak komplikuje kontakt, komunikaci a spolupráci. V tomto případě je velmi náročná také aplikace zklidňující masáže, protože většina těchto kontaktů skončí krvavými šrámy. Buď na těle Petry, nebo druhé osoby. V těchto případech je snaha Petru uklidnit také verbální. Ale ne vždy to pomáhá.

Vestibulární stimulace – Petra má ráda gymnastické míče, na kterých se buď houpe zepředu dozadu, nebo na nich skáče.

Vibrační stimulace – Petra miluje tanec a rytmické činnosti. Jsou to vždy krásně prožité chvíle nejen pro ni, ale pro všechny osoby, které s ní pracují. Je to vždy pro ně velká odměna, když vidí Petru spokojenou.

Optická + Auditivní stimulace – Petra má velmi ráda hudbu, zpěv. Povídání druhé osoby, ale samozřejmě záleží na jejím aktuálním citovém rozpoložení.

Olfaktorická + orální stimulace – Petře nevadí žádný druh jídla, má ráda sušenky. Spíše si v těchto chvílích užívá pocitu, že je druhá osoba vedle ní.

Taktilně - haptická stimulace – Petra nemá ráda věci. Nikdy nechce hrát na hudební nástroje, nechce si brát ani plyšáky, ani hračky. Když už vyhledává kontakt, komunikaci a hru, tak jediné s člověkem, ne s věcí.



Obrázek 30 – Petra – rytmické tleskání při poslechu písniček z pohádek.

12. Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se v praxi využívají základní a nastavbové prvky bazální stimulace u dětí s tělesným a mentálním postižením na 1. stupni základní školy, tedy u dětí ve věku asi od 7- 12 let. Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části, kdy se teoretická část zabývá hlavní myšlenkou bazální stimulace, a popisem dětí s tělesným a mentálním postižením, a v praktické části se již analyzují výsledky, které jsme získali ze dvou zařízení různého typu prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru a metody případových studií.

V praktické části diplomové práce jsme si kladli hlavní cíl, a to, jaké jsou možnosti využití základních a nastavbových prvků bazální stimulace u dětí s tělesným a mentálním postižením ve dvou zařízeních různého typu. Chtěli jsme posoudit využití pomůcek v rámci konceptu Bazální stimulace, zjistit jakou roli hrají doteky v životě pracovníků a také se snažit porovnat, jak reagují děti na základní a nastavbové prvky bazální stimulace.

V obou zařízeních jsme zjistili, že **pomůcky** jsou v praxi velmi hojně využívány při práci s dětmi s tělesným a mentálním postižením a v obou zařízeních mají k dispozici obrovské množství pomůcek. Protože je v dnešní době neomezené množství dostupných zdrojů, kde všude můžeme získat a objednat pomůcky, je občas obtížné opravdu poznat, které pomůcky jsou využitelné, a které zůstanou schované po celé roky ve skříni. Nejčastěji se v zařízeních vyskytují pomůcky k polohování, a v rámci smyslových výchov pomůcky k rytmickým činnostem. Děti samozřejmě vždy nejvíce zaujmou barevné, přitažlivé pomůcky. Obě zařízení si zároveň vychvalovaly dostupnost místnosti Snoezelen, která opět umocní prožitek v rámci Bazální stimulace, ať se již jednalo o vodní postel, vibrační balóny, světelné hadice nebo možnosti projektoru. V kurzech v rámci Institutu Bazální stimulace jsme se dozvěděli o mnoho různých typech pomůcek, a tak nás zajímalo, zda si tyto pomůcky kupují také do zařízení, nebo zda si primárně pomůcky vyrábějí. Překvapilo nás, kolik vyrobených pomůcek měli v základní škole speciální oproti domovu pro osoby se zdravotním postižením. Během pozorování v obou zařízeních, ve kterém jsme měli možnost vidět, jak se opravdu využívají prakticky pomůcky na dětech, o kterých mluvili během rozhovoru pracovníci, jsme mohli vypořádat, jak jsou děti zvyklé využívat pomůcky každý den, a také na to, jak jim tyto pomůcky zpříjemňují každodenní chvíle.

Zároveň jsme chtěli zjistit, jakou roli hraje dotek v životě pracovníků. Všichni jsme pouze lidé, a nepočítali jsme, že zde budou velké rozdíly mezi pracovníky v domově pro osoby se zdravotním postižením a základní školou speciální. Každý reaguje v životě na něco jiného, a také vzpomínky na doteky z dětství jsou různé. V obou zařízeních se shodly, že jim samozřejmě vadí ze strany dětí surové doteky a doteky na intimní místa, a také kousání, a škrábání. Naopak jsou rádi, když jsou doteky jemné, bezpečné a myšlené v dobré víře. Myslíme si, že v obou zařízeních se pracovníci vůbec poprvé zamysleli, že dotek, který je příjemný jim, nemusí být zároveň příjemný také dětem, které mnohdy nemohou ani verbální, natož neverbální komunikací vyjádřit pocity, které v nich dotek evokuje. Také nás zaujalo, že někteří pracovníci, kteří pracují s dětmi, měli sami špatné vzpomínky na dětství a na doteky. Mezi pracovníky z obou zařízení převládaly pěkné vzpomínky na chvíle s rodiči, prarodiči a nyní se svými dětmi. Každý si v životě prochází různým obdobím, a každé toto období člověka ovlivní ať už vědomě, nebo se zapíše do podvědomí, a dotyčný nic nezpozoruje. Z rozhovorů v obou zařízeních vyplynulo také to, že dítě pozná nejen z doteku, jaký k němu máme vztah, ale z celkového chování, které na něj působí. Je proto důležité myslet na to, že i když má, v tomto případě dítě, jakékoliv omezení nebo postižení, vždy s ním musíme jednat upřímně, a také z našich doteků by měl poznat, že jsou opravdové.

V odpovědích ohledně doteku ze strany svých kolegů byli pracovníci a pedagogové již poněkud zdrženlivější, protože se jednalo v převážné většině o jejich vrstevníky, a doteky jsou v tomto případě brány už poněkud intimněji, než ze strany dětí. Všem pracovníkům vadily doteky ze strany kolegů na intimní místa, a také mě zaujalo, že obličej byl pro některé pracovníky a pedagogy velmi intimní zónou, do které si pustí v životě jen málokoho.

Zároveň nás velmi zajímaly výsledky z porovnání toho, jak reagují děti na jednotlivé základní a nástavbové prvky konceptu bazální stimulace v obou zařízeních. Samozřejmě byl vidět rozdíl v zařízeních, protože v základní škole speciální byly děti převážně v dopoledních hodinách, proto zde převažovaly spíše nástavbové prvky na rozvoj smyslů. Zatímco v domově pro osoby se zdravotním postižením byly děti 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a pracovníci s nimi měli možnost tedy pracovat celý den. V domově tedy převažovaly spíše základní prvky konceptu bazální stimulace a to hlavně v rámci somatické stimulace v rámci polohování, které tu bylo častější než v základní škole speciální. Také během koupele v domově měli možnost pracovníci zkoušet zklidňující masáže, aktivizující masáže. V základní škole speciální ale naopak častěji využívaly hudební nástroje, různé sáčky s předměty na rozvoj taktilně – haptické stimulace a zároveň mě zaujaly skleničky s různými bylinkami na aromaterapii.

V obou zařízeních se snaží propojovat Bazální stimulaci také s jinými přístupy, a to zejména s canisterapií, muzikoterapií a návštěvou Snoezelenu.

Děti ve dvou zařízeních velmi kladně reagovaly na základní a nástavbové prvky Bazální stimulace, které jsme s nimi my, nebo personál prováděli. Ani při jedné návštěvě jsme se nesetkali s agresivnějším chováním ze strany dětí. Samozřejmě, že ne vždy bylo dítě odpočaté, schopné a ochotné plnit různé pokyny pedagoga nebo pracovníků, ale byla jsem několikrát překvapena, jak rychle dokázali pracovníci a pedagogové zhodnotit situaci a změnit činnost, aby byly děti spokojené. V základní škole speciální a v domově pro osoby se zdravotním postižením jsme se rovněž několikrát zúčastnili krmení dětí, a u dětí, které byly vyživovány sondou (neboli pegem) jsme se přesvědčili, že v rámci orální stimulace to dobře funguje. I když děti nic ústy nepřijímaly, vždy měly k dispozici trochu jídla, které se jim nachystalo na kousek gázy namotané na špejli, a touto špejlí se jim potřeily rty nebo vnitřek ústní dutiny.

V průběhu šetření v rámci své praktické části nás napadaly další možnosti, jak s dětmi pracovat v rámci konceptu Bazální stimulace. Velmi by nás zajímalo, jak reagují děti na aktivní muzikoterapii, kterou by prováděl proškolený pracovník. Jelikož máme k hudbě velmi blízko, zároveň by nás zajímalo, jestli děti celkově ovlivňuje výška tónu, kterou slyší, protože i zde bychom mohli hodnotit výšku hlasu člověka, který na děti mluví. Různé nástroje mají různou výšku tónu, a také vydávají různé tóny. Některé mohou působit dětem frustraci, a jiné naopak vytvářet líbivé pocity. Taktéž by nás zajímalo, jak by se daly využít jednotlivé hudební nástroje v rámci vibrační stimulace, protože nejen strunné nástroje, ale hlavně bicí (tamburína, bubínek, bongo...) vydávají ve zvýšené míře vibrace.

Zároveň by bylo podle nás zajímavé vidět propojení konceptu Bazální stimulace v rámci canisterapie nebo hipoterapie, protože zvířecí srst je velmi stimulující, a teplo, které zvíře vydává ze svého těla, je velmi příjemné pro děti.

Také nás během šetření napadlo, jaké povědomí mají nejen o Bazální stimulaci, ale hlavně o svém těle děti, které navštěvují běžnou základní školu. Zda umí pracovat se svým tělem, ví, kde jsou zóny, na které jim nikdo nesmí sahat, a když už sáhne, tak aby věděli, že to není správné. Zajímalo by nás, zda existují nějaké semináře, které se tímto tématem zabývají. Tématem doteků, práce s různými druhy materiálů, základní druhy masáží na zklidněnou, orofaciální terapie.

Vzhledem k dětem, které měly mentální i tělesné postižení, bylo nutné brát v úvahu aspekty unavitelnosti, a také to, že ne všechny děti jsou každý den schopné pracovat a spolupracovat. Někdy bylo obtížné udržet dítě aspoň pár minut bdícího, někdy naopak bylo jedno děvčátko velmi aktivní a pohyblivé. Časově i organizačně skloubit jednotlivé části výzkumu v obou zařízeních bylo někdy velmi obtížné, a vyžadovalo mnoho odkladů a přesunů a reorganizací, bylo pro nás velmi zajímavé a přínosné vidět tento koncept v praxi za běžného provozu.

Závěr

„Tu však jsem náhle viděl, že mohu pro druhého něco znamenat už jenom tím, že tu jsem, a že ten druhý je šťastný, protože jsem u něho. Když se to takhle řekne, zní to velmi prostě, ale když pak o tom člověk přemýšlí, je to obrovská věc, která vůbec nemá konce. Je to něco, co člověka může úplně roztrhat a změnit. Je to láska, a přece něco jiného. Něco, pro co lze žít. Pro lásku člověk žít nemůže. Ale pro člověka jistě!“ (E. M. Remarque)

S dítětem s tělesným i mentálním postižením je velmi těžká spolupráce, a vzhledem k tomu, že je tato práce fyzicky i psychicky vyčerpávající, ji nemůže dělat každý. Ale na druhou stranu, jak ve svém citátu uvádí E. M. Remarque: *„mohu pro druhého něco znamenat už jenom tím, že tu jsem, a že ten druhý je šťastný, protože jsem u něho.“* Během výzkumu jsme se stali několikrát svědkem chvil, kdy nešlo ani slovy popsat to, jak dítě, se kterým jsme pracovali, je šťastné už jen tím, že jsem tam pro něj. Že je s ním někdo, kdo se mu plně věnuje, a chvíle patří jen jemu. Kdo se ho snaží pochopit v celé jeho jedinečnosti a vychází z těch nejzákladnějších potřeb. Bylo pro nás velmi naplňující vidět v očích dětí, které většinou jen ležely ve svých postelích, spokojenost.

V práci jsme se snažili v teoretické části nastínit a popsat nejdůležitější poznatky ze základů konceptu Bazální stimulace. V krátkosti charakterizovat historický vývoj tohoto konceptu, a formy. V praktické části jsme se snažili porovnat, jak reagují děti v zařízení školského typu a jak v domově na základní a nastavbové prvky konceptu Bazální stimulace, zároveň jsme se snažili zjistit, jakou roli hraje dotek v životě pracovníků, protože koncept Bazální stimulace je postaven převážně na doteku. A také jsme se snažili posoudit využití pomůcek v rámci tohoto konceptu.

I když jsem v rámci vlastní praxe absolvovala základní i nastavbový kurz v rámci Institutu Bazální stimulace a mám mnoho poznatků, bylo pro mě velmi důležité si během psaní teoretické části, a při výzkumu praktické části několikrát uvědomit, že tento koncept nemůžeme druhému člověku vnutit. Je to pouze jedna z mnoha cest, kterou se dá jít při komunikaci s druhým. Zároveň jsem si také uvědomila to, že jak empaticky pracujeme s intaktními dětmi, o to více musíme být citlivější k potřebám dětí s tělesným a mentálním potřebám. Tyto děti potřebují pocítit daleko víc lásku prostřednictvím hlavně doteků, protože ji nedokážou pochopit z klasických slov.

Seznam prostudované a použité literatury

1. DÉSI, Illés. *Tajemný mozek*. Praha: Orbis, 1976. Pyramida (Orbis).
2. DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ. *Narodilo se předčasně: průvodce péči o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.
3. FÁBIANOVÁ, Adelaida. *Orofaciální a bazálnastimulácia u detí s psychomotorickým oneskorením v ranom veku*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2014. ISBN 978-80-7311-145-8.
4. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVÍČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
5. FIALOVÁ, Ilona, Dagmar OPATŘILOVÁ a Lucie PROCHÁZKOVÁ. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-233-8.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® - skriptum pro akreditovaný vzdělávací program – Základní kurz*. INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o., 2017a
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, dotisk 2016. ISBN 80-239-6132-2
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí: sborník příspěvků*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. ISBN 978-80-254-0757-8.
11. FRIEDLOVÁ, Kateřina. *Bazální stimulace - Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program: Nástavbový kurz Bazální stimulace, Nástavbový modul II*. 14. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2017b

12. HÁJKOVÁ, Vanda. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
13. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1., opravený dotisk. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
14. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-726-2032-0.
16. JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011. ISBN 978-80-7368-945-2.
17. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.
18. JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
19. JELÍNEK, Jan a Vladimír ZICHÁČEK. *Biologie pro gymnázia: (teoretická a praktická část)*. 5. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. ISBN 978-80-7182-338-4.
20. KANTOR, Jiří. *Medicínské aspekty omezení hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013b. ISBN 978-80-244-.
21. KANTOR, Jiří. *Terapeutické přístupy u osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3706-4.
22. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
23. KOPECKÝ, Miroslav. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2271-8.
24. KOPŘIVA, Pavel. *Respektovat a být respektován*. 3. vyd. Kroměříž: Spirála, 2008. ISBN 978-80-904030-0-0.
25. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovníkspeciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.

26. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
27. LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.
28. MINDELL, Arnold. *Kóma: klíč k probuzení*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1994. ISBN 80-858-8000-8.
29. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
30. OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech REGEC, JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2648-8.
31. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6221-4.
32. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.
33. PETER NYDAHL ... [ET AL.] (HRSG.). *Basale Stimulation: Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Aufl. München, 2012. ISBN 978-343-7265-037.
34. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
35. PREKOP, Jirina a Christel SCHWEIZER. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-495-3.
36. REGEC, Vojtech a kol., *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
37. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-928-6.
38. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999. ISBN 80-706-7953-0.
39. ŠTREIT, Jindřich. *Ruku v ruce: touha je zázrak*. Brno: Ruka pro život, 2017. ISBN 978-80-270-1149-0.

40. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
41. TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
42. VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.
43. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
44. VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
45. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

Elektronické zdroje:

1. *10 centrálních evropských cílů: A. Fröhlich* [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>
2. BOČKOVÁ, Vendulka. *Centrální nervová soustava* [online]. 2014 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <http://zivot-s-rs.cz/2014/09/02/centralni-nervova-soustava-cns-perifereni-nervova-soustava-pns/>
3. FRIEDLOVÁ, PhDr. Karolína. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb: Komplexní týmová práce* [online]. [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_prinasi_aplikace.pdf
4. HEIDRUN, Becker. *KörperlernenTherapieansätzeundStrategienFürMotorischesundHandlungslernen: Kapitel 3 – Bobath-Konzept* [online]. 2016. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=3-s2.0-B9783437450228000030-main.pdf&_piikey=B9783437450228000030&_cdi=312964&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=3-s2.0-B9783437450228000030&_user=12975512&md5=62fd18f607d1a9dd62eea5024ffb8cdc&ie=/excerpt.pdf
5. *Hiporehabilitace: hipoterapie u osob s omezenou hybností* [online]. In: [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hipoterapie/>
6. KORBECKI, Marcin, Sara WAWRZYNIAK a Andrzej ROKITA. *Fundamental movement skills of six- to seven-year-old children in the first grade of elementary school: A pilot study* [online]. 2017 [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=ad0c2275-f366-43aa-be5a-c055ca82f822%40sessionmgr104&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNoaWlmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZl#AN=127750664&db=s3h>
7. *Queensland Brain Institute: Neuron* [online]. [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://qbi.uq.edu.au/brain/brain-anatomy/what-neuron>
8. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Rozštěp patra. Medicina, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=rozstep-patere>

9. TOMÁŠŮ, Olga. *Canisterapie* [online]. In: [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/>
10. VOŽEH, F. Jan Evangelista Purkyně and the Cerebellum Then and Now: *PhysiologicalResearch* [online]. 2015 [cit. 2018-03-14]. ISSN 08628408. Dostupné z: http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/64%20Suppl%205/64_S567.pdf

Seznam obrázků:

Obrázek 1 – Trilogie prvků (nakresleno dle osobní účasti na Základním kurzu Bazální stimulace, 2.- 3. 2017a Vsetín)	11
Obrázek 2 - Týmová práce (Friedlová, 2018 - https://www.bazalni-stimulace.cz/)	12
Obrázek 3 – Znázornění celistvosti ve vývoji člověka (Vítková in Müller, 2014, str. 361)	13
Obrázek 4 - Současné pojetí ošetrovatelské péče (Friedlová, 2015, str. 56).....	63
Obrázek 5 – 10 centrálních evropských cílů (Friedlová, 2017a, str. 29).....	63
Obrázek 6 – Jana – polohování na boku	84
Obrázek 7 – Jana – polohování na boku s využitím oblíbeného tygra	85
Obrázek 8 – Jana – polohování na boku, zároveň hraje Janě televize, kterou velmi ráda nejen sleduje, ale také poslouchá).....	85
Obrázek 9 – Jana – polohování na břiše.....	86
Obrázek 10 – Jana – polohování na břiše – tuto polohu už nemá Jana až tak ráda, protože je velmi zvědavá, a z tohoto pohledu nemůže sledovat ani televizi, ani dění okolo sebe. Velmi brzy se ozve, že se jí tato poloha již nelíbí.	86
Obrázek 11 – Jana – opět polohování na břiše.....	86
Obrázek 12 – Marie – polohování na zádech.....	88
Obrázek 13- Marie – polohování na boku.....	89
Obrázek 14 – Mariin stůl, na kterém má svůj oblíbený sprej, knihy a nalepený obrázek pejska a své fotky svých filmových hrdinů.	89
Obrázek 15 – Hana – poloha mumie.....	91
Obrázek 16 – Hana – poloha hnízdo	91
Obrázek 17 – Kamil – při své oblíbené aktivitě.....	93
Obrázek 18 – Kamil – při práci s panem učitelem, společná orientace na stole, příprava na práci s modelínou.	94
Obrázek 19 – Kamil – práce s panem učitelem.....	94
Obrázek 20 – Kamil – forma Kamilova odpočinku, ruce za hlavou u něj značí důvěru k okolí.	95
Obrázek 21 – Kamil – v rámci smyslové hodiny – tleskání rukama při poslechu písní z pohádek	95
Obrázek 22 – Erika – její oblíbená hra s chřastícími hračkami. S touto hrazdou může volně pohybovat a vždy se Erika velmi směje, když tato hrazda vydává hlučné tóny.....	97
Obrázek 23 – Erika – smyslová výchova – Erika v rámci této hodiny hraje na bubínek, a paní učitelka se s ní pohybuje v rámci rytmu, což Eriku velmi uklidňuje.....	98
Obrázek 24 – Erika – zkouší hrát sama na nástroj	98
Obrázek 25- Hynek – v rámci smyslové výchovy rád poslouchá zvuky jednotlivých nástrojů, a snaží se je zároveň podle sluchu nahmatat.	100
Obrázek 26 – Hynek – velmi rád zkouší různé druhy hudebních nástrojů	100
Obrázek 27 – Hynek – když je unavený, „zamotá se“ do deky a usíná.	101
Obrázek 28 – Hynek – prostory okolo Hynka jsou vždy uzpůsobené jeho potřebám a on má vždy okolo sebe mnoho stimulů.....	101
Obrázek 29 – Barbora – správné napolohování ve vozíku, a Barbořina oblíbená láhev.....	103
Obrázek 30 – Petra – rytmické tleskání při poslechu písniček z pohádek.	105

Seznam příloh:

1. Desatero Bazální stimulace
2. Iniciální dotek
3. Vzory masáže
4. Poloha mumie, poloha hnízdo
5. Vzorový dotazník
6. Pomůcky k taktilně – haptické stimulaci
7. Pomůcky k olfaktorické stimulaci
8. Pomůcky k auditivní stimulaci
9. Pomůcky v rámci polohování
10. Průběh hodiny v rámci smyslové výchovy

Příloha č. 1

Desatero bazální stimulace

Za velmi vhodnou pomůcku, jak lépe porozumět klientům, můžeme považovat pravidla desatera Bazální stimulace. Díky těmto bodům se můžeme přiblížit jak dítěti, tak dospělému klientu a vzbudit v nich důvěru, kterou nám mohou časem oplatit třeba úsměvem nebo svou spokojeností.

„1. Přivítejte se a rozlučte s klientem, žákem pokud možno vždy stejnými slovy.

2. Pokud máte u klienta, žáka zaveden iniciální dotek, dotkněte se ho při oslovení vždy na stejném místě.

3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.

4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.

5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.

6. Při rozhovoru s klientem, žákem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).

7. Nepoužívejte v řeči zdrobněliny, není – li na ně zvyklý.

8. Nehovořte s více osobami najednou.

9. Při komunikaci s klientem, žákem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.

10. Umožněte klientovi, žákovi reagovat na vaše slova.“ (Friedlová, 2017a, str. 27)

Příloha č. 2

BAZÁLNÍ STIMULACE

INICIÁLNÍ DOTEK

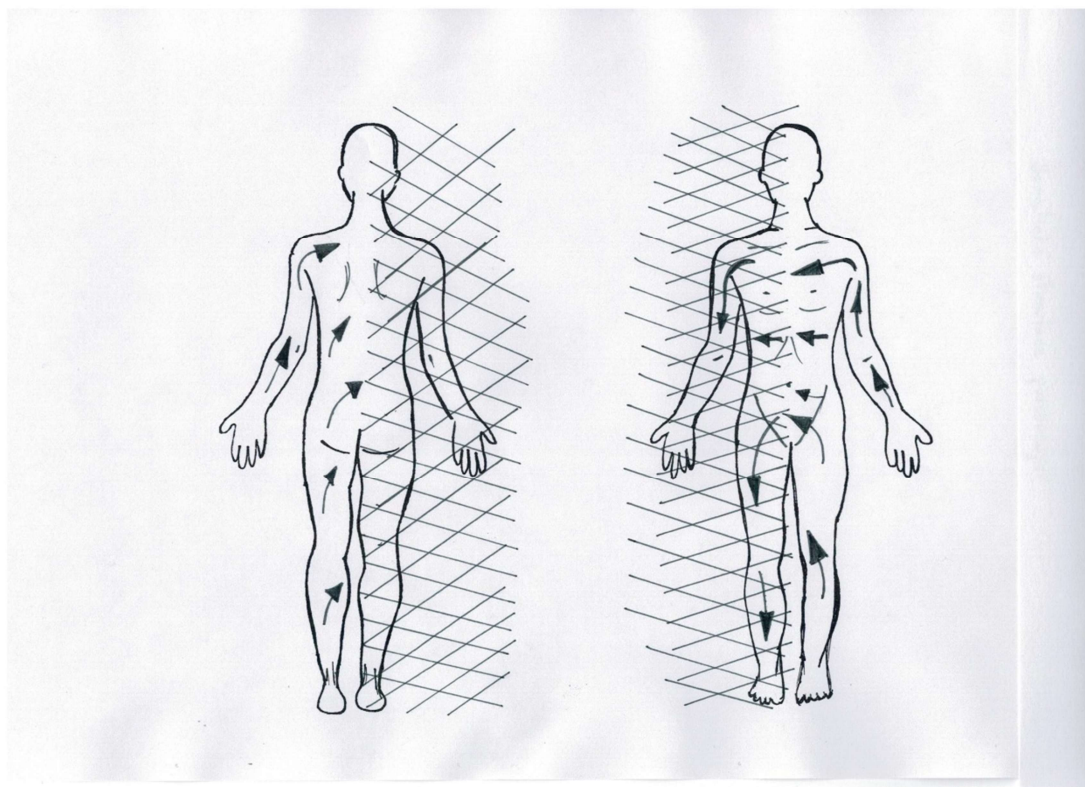
Prosím, abyste mě před a po každé činnosti uchopili za:

.....

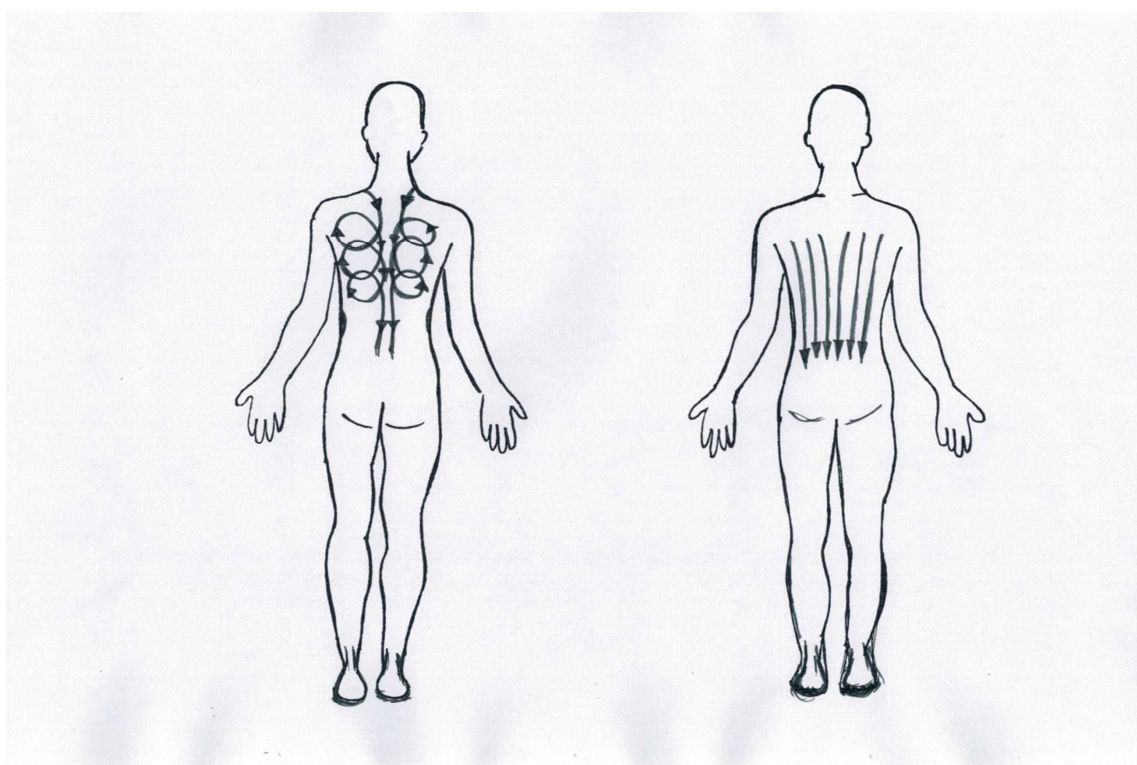
(lékaři, ošetřující personál, fyzioterapeuti, rodina)

Příloha č. 3 – dle Friedlové, Základní kurz, 2. – 3. 3. 2017, Vsetín

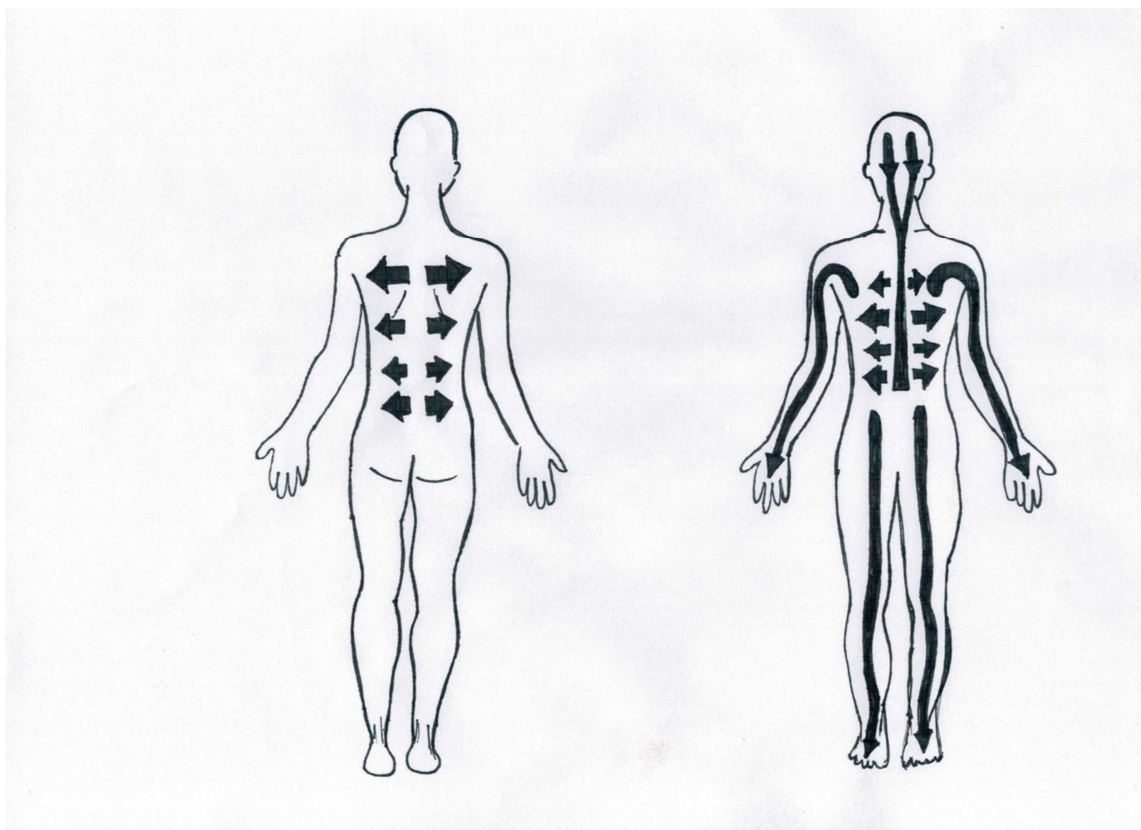
Masáž - Neurofyziologická stimulace



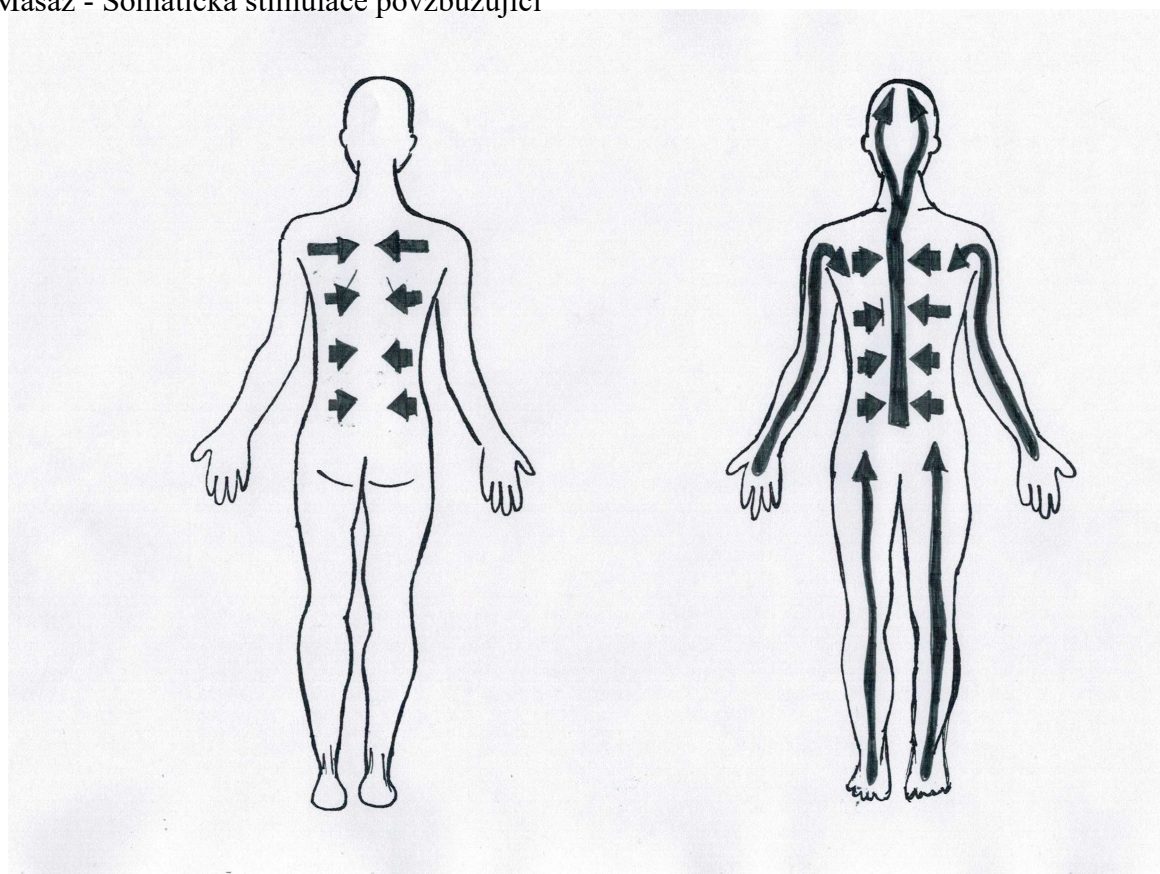
Masáž stimulující dýchání



Masáž - Somatická stimulace zklidňující



Masáž - Somatická stimulace povzbuzující



Příloha č. 4

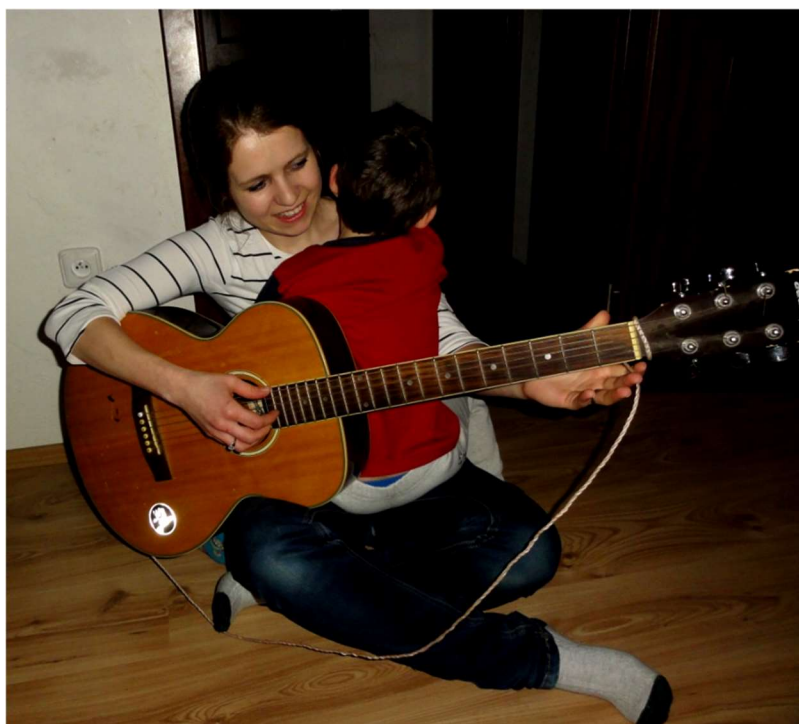
Poloha hnízdo



Poloha mumie



Kontaktní dýchání integrované v muzikoterapii



(vlastní foto)

Vzorový dotazník

Vzorový dotazník biografické anamnézy v konceptu Bazální stimulace®. Tento dotazník lze upravit pro oblast poskytovatelů zdravotní péče, sociálních služeb a speciálního školství.

BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE®

Paní / pán..... Věk.....

Blízká osoba.....

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO – MÍSTO :

Tělesná péče

levák pravák

Je pro něj / ni péče o své tělo velmi důležitá? ano ne

Jak často a kdy? denně ráno večer

občas – specifikujte.....

Teplota vody chladná vlažná teplá horká

K mytí používá.....

Potřebuje pomoc při mytí? ano ne

Rituály při mytí?

Stav pokožky normální mastná suchá

Toaletní potřeby k dispozici budou přineseny nemá

Krém..... pěna na holení.....deodorant.....

Holení mokré elektrický strojek, má vlastní? ano ne

Péče o zuby, na co brát ohled?.....

Vlastní kartáček a pasta? ano ne elektrický kartáček

Zubní protéza? ano ne

Specifikujte: plná protéza částečná protéza horní čelist dolní čelist

Spí s protézou? ano ne

Rovnátko? ano ne

Specifikujte:

Jak často si myje vlasy?.....Používá speciální prostředky?.....

Nehty žádné zvláštnosti specifika.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne doplňte.....

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí

vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?.....

přineseno: ano ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? ano ne

Kolik hodin denně spí? Má hodně zatemněno při spánku? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla? teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Oblíbený nápoj..... oblíbený pokrm.....

Nesnáší

Přinesené vlastní předměty (např.hrněk).....

Vlastní přinesené poživatiny.....

Potíže při polykání? ano ne specifikujte.....

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy močení léčba medikamenty

Jaké poruchy?.....

Při inkontinenci užívá: ink. vložky plenk. kalhotky perm. katetr

Stolice: bez problémů zácpa průjem

Rituály při vyprazdňování..... Co pomáhá při vyprazdňování.....

Specifikujte problémy:

Sluch

Sluch postižen: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte postižení.....

Sluchadlo: ano ne obě uši pravé ucho levé ucho

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady

Zvuky, na které je zvyklý

Přinesené předměty

Zrak

Porucha zraku: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte.....

Brýle: ano ne čočky: ano ne

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte.....

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou?.....

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy hemiplegie(ochrnutí) poruchy citlivosti

hypotonus spasticita kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace.....

Kompenzační pomůcky

Specifikujte pohybové aktivity, návyky

Způsob života

Povolání

Koníčky, zájmy

Děti, vnoučata.....

Zvířata.....

Přinesené předměty vtahující se k povolání, zájmům.....

Víra

Jak snáší bolesti?.....

Jak zvládá zátěžové situace?.....

Má relaxační techniky?.....

Důležitý zážitek v poslední době?.....

Jiné.....

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí

Anamnézu sepsal/la : dne.....

Dotazy zodpověděl/la : je v poměru ke klientovi:

Příloha č. 6 – (všechny pomůcky níže nafocené byly pořízeny se souhlasem v zařízení –
Základní škola speciální)

Pomůcky k taktilně haptické stimulaci



Příloha č. 7

Pomůcka k olfaktorické stimulaci



Příloha č. 8

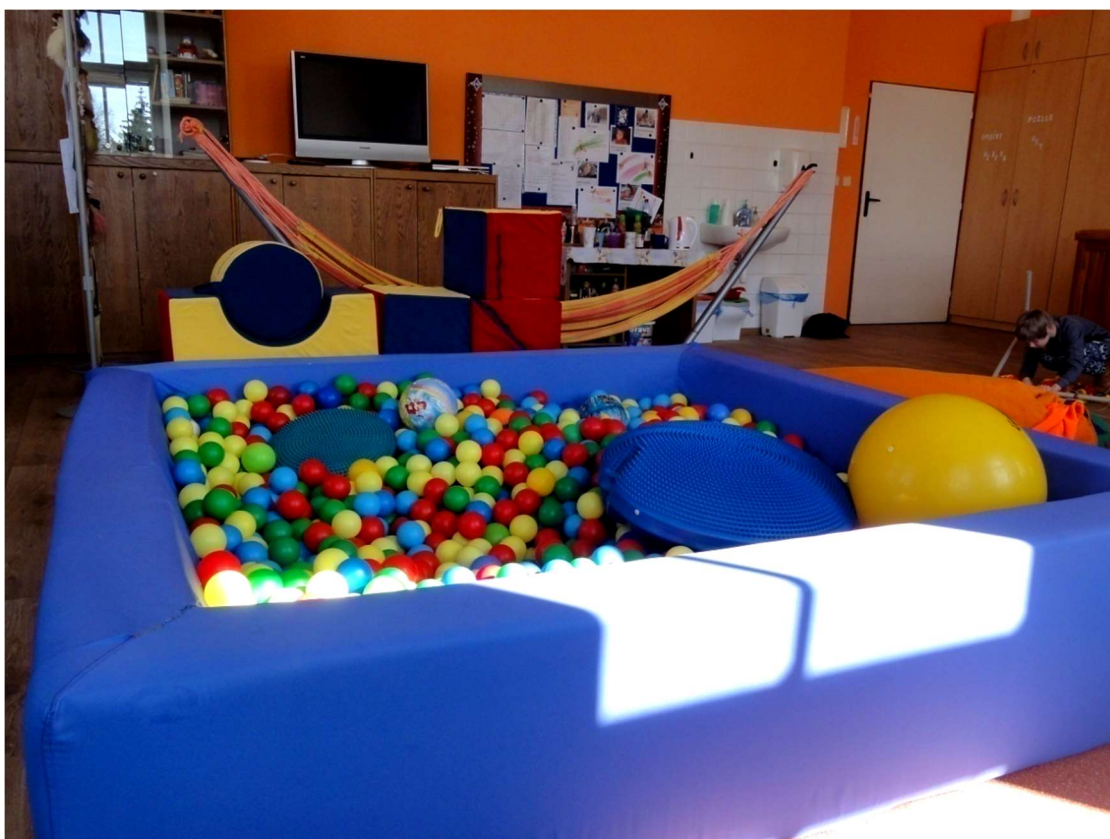
Pomůcky k auditivní stimulaci





Příloha č. 9

Pomůcky v rámci polohování







Příloha č. 10

Průběh hodiny v rámci smyslové výchovy – zpívání a hraní při poslechu písniček z pohádek.



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Grulichová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Základní a nastavbové prvky konceptu Bazální stimulace a možnosti jejich využití u dětí s tělesným a mentálním postižením na 1. stupni základní školy
Název v angličtině:	Basic and extensive elements of the basal stimulation and possibilities of their usage in children with physical and mental disabilities at primary school
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je souhrnný pohled na práci s dětmi mladšího školního věku s tělesným a mentálním postižením v rámci konceptu Bazální stimulace. V teoretické části se zabýváme významem a historií konceptu Bazální stimulace, teoretickou základnou konceptu, významem doteku v životě člověka, komunikací a následně vymezením základních a nastavbových prvků Bazální stimulace, biografickou anamnézou a popisem dítěte mladšího školního věku s tělesným a mentálním postižením. V rámci praktické části pak prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru zjišťujeme využití pomůcek v daných zařízeních, význam doteků u pracovníků a samotné využití konceptu Bazální stimulace u dětí.
Klíčová slova:	Bazální stimulace, dotek, pomůcky, mentální postižení, tělesné postižení, komunikace, základní prvky, nastavbové prvky, koncept
Anotace v angličtině:	The aim of the master thesis is a summary view of the working process with the primary school-aged children with physical and mental disabilities in a concept of the basal stimulation. The theoretical section deals with a meaning and a history of the basal stimulation concept, theoretical basics of the concept, the meaning of the touches in everyone's life, communication and then defining the basic and extensive elements of the basal stimulation, biographical anamnesis and description of the

	primary school-aged children with mental and physical disabilities. The practical section explores through semi-structured interview the usage of tools, the meaning of the touches for the workers and the usage of the basal stimulation concept in particular institutions.
Klíčová slova v angličtině:	Basal stimulation, touch, tools, mental disability, physical disability, communication, basic elements, extensive elements, koncept
Přílohy vázané v práci:	Seznam obrázků Seznam příloh
Rozsah práce:	137
Jazyk práce:	Český