



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Barbora Jarošová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne *11. srpna 2020*

.....
Barbora Jarošová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za odborné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich otevřenost, ochotu a spolupráci. Děkuji také svému partnerovi a rodině, kteří mě nejen, že podpořili, ale též mi poskytli prostor, abych mohla bakalářskou práci v klidu zpracovat. Ráda bych též poděkovala pracovníkům denního stacionáře, ve kterém jsem vykonávala výzkum.

Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením

Abstrakt

V současné době existuje široký rozsah možností pracovního uplatnění, které mohou osoby s mentálním postižením využít.

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké možnosti a limity skýtá koncept Bazální stimulace.

Teoretická část obsahuje kapitoly pojednávající o ontogenezi dětského věku, kombinovaném postižení, Bazální stimulaci, Snoezelenu a konceptu Bazální stimulace.

Praktická část bakalářské práce se skládá z realizace výzkumu. Výzkum byl prováděn na základě polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky denního stacionáře vykonávajícími Bazální stimulaci.

Přínosem bakalářské práce je nejen popis provádění konceptu Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením, ale také může tato práce sloužit jako zpětná vazba pro zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn.

Dle výsledků výzkumu je koncept Bazální stimulace dětmi s kombinovaným postižením velice dobře přijímán. Personál stacionáře spatřuje u dětí s kombinovaným postižením zlepšení, které dává do souvislosti právě s prováděním tohoto konceptu. U dětí dochází k relaxaci, zklidnění a též k většímu uvědomění sebe sama, svého těla a také světa, který se rozprostírá kolem nich. Koncept Bazální stimulace není prospěšný jen pro děti s kombinovaným postižením, ale také pro personál. Mnoho osob z personálu se díky provozování tohoto konceptu naučilo větší empatii.

Klíčová slova

Bazální stimulace; dítě; kombinované postižení; aktivizační činnosti; denní stacionář

Basal Stimulation of Children with Multiple Disabilities

Abstract

Currently, there is a wide range of employment options that can be used by people with mental disabilities.

The main goal of this bachelor thesis is to find out what possibilities and limits the concept of Basal Stimulation offers.

The theoretical part contains chapters dealing with the ontogenesis of childhood, combined disabilities, basal stimulation, Snoezelen and the concept of Basal Stimulation.

The practical part of the thesis consists of the implementation of research. The research was carried out on the basis of a semi-structured interview with day hospital staff performing basal stimulation.

The benefit of the bachelor's thesis is not only a description of the implementation of the concept of basal stimulation in children with combined disabilities, but also this work can serve as a feedback for the facility in which the research was conducted.

According to the research results, the concept of basal stimulation by children with combined disabilities is very well accepted. The hospital staff sees an improvement in children with combined disabilities, which it relates to the implementation of this concept. Children relax and calm down, as well as become more aware of themselves, their bodies and the world around them. The concept of Basal Stimulation is not only beneficial for children with a combined disability, but also for staff. Many staff have learned to empathize more through the operation of this concept.

Key words

Basal Stimulation; Child; Combined Disability; Activation Activities; Day Care Center

Obsah

Úvod	9
1. Teoretická část	11
1.1 Vývojová období dítěte.....	11
1.1.1 Novorozenecké období	11
1.1.2 Kojenecké období	12
1.1.3 Batolecí období.....	12
1.1.4 Předškolní období	13
1.1.5 Mladší školní věk.....	14
1.1.6 Starší školní věk.....	14
1.1.7 Dorostové období.....	15
1.2 Kombinované postižení	15
1.2.1 Pojem kombinované postižení	15
1.2.2 Typy kombinovaných postižení	17
1.2.3 Dětská mozková obrna.....	17
1.2.4 Poruchy autistického spektra	18
1.2.5 Hluchoslepota	18
1.2.6 Kombinace s poruchami chování.....	20
1.2.7 Častěji se vyskytující syndromy	20
1.3 Bazální stimulace	24
1.3.1 Základní prvky Bazální stimulace	24
1.3.2 Nástavbové prvky Bazální stimulace.....	27
1.3.3 Bazální stimulace jako aktivizační činnost	30
1.4 Snoezelen	30
1.4.1 Rozdělení místností dle barvy.....	32
1.4.2 Rozdělení místnosti dle typu.....	33
1.5 Koncept Bazální stimulace v sociálních službách	34

1.5.1 Pracovníci Bazální stimulace	35
1.5.2 Kurzy Bazální stimulace	36
2. Praktická část	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky	39
2.3 Operacionalizace pojmů	39
3. Metodika	41
3.1 Metodický postup	41
3.1.1 Výzkumný soubor	43
3.1.2 Realizace výzkumu	43
3.1.3 Etika výzkumu	44
3.1.4 Možné zkreslení výzkumu	45
4. Výsledky	46
4.1 Sociodemografické údaje	46
4.2 Informace o denním stacionáři; Vzdělání v sociálních službách a v denním stacionáři	48
4.2.1 Informace o denním stacionáři	48
4.2.2 Vzdělání v sociálních službách a v denním stacionáři	48
4.3 Bazální stimulace; Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením	51
4.3.1 Bazální stimulace	52
4.3.2 Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením	53
4.3.3 Otázky týkající se Bazální stimulace totožné pro obě skupiny	62
4.4 Shrnutí výsledků výzkumu	75
5. Diskuze	77
Závěr	85
Seznam použité literatury	87
Přílohy	98

Použité zkratky 109

Úvod

Bakalářská práce s názvem Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením si klade za cíl stanovit možnosti a limity, které se váží ke konceptu Bazální stimulace. V rámci Bakalářské práce jsem stanovila hlavní a vedlejší výzkumnou otázku. Hlavní otázka se věnuje poskytování konceptu Bazální stimulace a vedlejší výzkumná otázka se zabývá přínosem Bazální stimulace.

K dětem s kombinovaným postižením se ze začátku nepřístupovalo právě pozitivně. Modernizací společnosti došlo k přehodnocování vztahu k osobám a dětem s kombinovaným postižením. Toto přehodnocování se však neudálo ze dne na den. Lidé se snažili dětem a osobám s kombinovaným postižením pomoci, vznikaly různé sociální instituce. V těchto institucích byla osobám s kombinovaným postižením poskytována péče na základě uspokojování základních životních potřeb. Po roce 1990 docházelo k rozvoji sociálních služeb a vznikala nová zařízení pro osoby s kombinovaným postižením. Nová zařízení vznikala též na základě změny přístupu lidí k osobám s kombinovaným postižením.

V současnosti dochází v sociálních službách k využívání konceptu Bazální stimulace z důvodu jeho prokazatelných pozitivních účinků na organismus dítěte či osoby s kombinovaným postižením.

Toto téma Bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu, že s lidmi s mentálním postižením jsem se setkala nejen během praxí absolvovaných v rámci studia, ale také jako asistentka na letním táboře. Je však pravdou, že co se týče zkušeností, zkušenosti mám spíše s dospělými lidmi s lehkým mentálním postižením, a proto jsem se chtěla dozvědět více informací o dětech s kombinovaným postižením. Dále také z důvodu, že, dle mého názoru, má koncept Bazální stimulace, co se týče sociálních služeb, velký potenciál.

Teoretická část mé Bakalářské práce se zabývá tématem ontogeneze dítěte, jelikož téma považuji za velice důležité z důvodu vzniklých kombinovaných postižení v dětském věku. Dále se v teoretické části věnuji kombinovanému postižení, Bazální stimulaci, Snoezelenu a konceptu Bazální stimulace v sociálních službách.

Praktická část bakalářské práce se týká kvalitativního výzkumu. Výzkum bude realizován podle výzkumných otázek, které byly stanoveny v rámci výzkumu. Hlavní

výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem je poskytován koncept Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři? Dílčí otázka výzkumu zní: Jaký je přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením z pohledu pracovníků denního stacionáře? Výzkum bude realizován v denním stacionáři, ve kterém jsou klienty děti s kombinovaným postižením, a který vykonává Bazální stimulaci. Výzkum bude prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky denního stacionáře. Bakalářská práce může sloužit jako zpětná vazba pro zařízení, ve kterém byl výzkum vykonáván.

1. Teoretická část

1.1 Vývojová období dítěte

Dětský věk dělí Nováková (2012) na sedm období. Dle jejího rozdělení začíná dětské období porodem a končí věkem 19 let. Mojžíšová (2008) uvádí, že dětství je obdobím, kdy se jedinec především mění a vyvíjí a každé období dětství je specifické ve změnách, které dítě čekají. Některé změny mohou pokračovat i v období dospívání.

Vágnerová (2012) uvádí ve vývoji člověka ještě období prenatální. Tato autorka toto období popisuje jako období trvající devět kalendářních měsíců a také jako období, při kterém se vyvíjí všechny orgány, dochází k prvním pohybovým aktivitám plodu, prvnímu vnímání a zapamatování si. Vágnerová (2012) doplňuje, že plod už se v této době projevuje jako individuální osobnost reagující na různé podněty, schopná jednoduchých forem učení a především tvořící s matkou jeden organismus.

1.1.1 Novorozenecké období

Klíma (2016) uvádí, že novorozeneckým obdobím se nazývá období od narození do 28. dne věku dítěte. Kelnarová a Matějková (2010) charakterizují novorozenecké období jako období plné změn. Nový jedinec začíná sám dýchat, vyměšovat, přijímat potravu a jeho potřebou je si udržet stálou tělesnou teplotu. Mojžíšová (2008) uvádí, že v tomto období se vyskytují vrozené vývojové vady. Vrozené vývojové vady jsou jedním z důvodů, proč je úmrtnost v novorozeneckém období nejvyšší ze všech období. Dle Klímy (2016) jsou pro novorozenecké období charakteristické reflexy. Tento autor mezi prvotní reflexy řadí reflex vyhledávací, dále reflex polykací, kašlací, a posledním reflexem ve výčtu je reflex sací. Dle Kučerovské et al. (2013) existuje u novorozence mnoho reflexů, které vyhasínají postupně. Kučerovská et al. (2013) dále uvádí, že některé reflexy vyhasínají již v období 4 týdnů dítěte, jiné v období měsíců, a reflex plantární, nazývaný též Babinského, se vytrácí až ve věku 12 měsíců dítěte. Klíma (2016) za nejvhodnější výživu pro novorozence považuje kojení, a pokud nemůže matka kojit dítě, považují se za vhodná počáteční mléka. Novorozenec dle Labusové (2019a) prospí skoro celý den, jelikož může spát až 20 hodin. Dle této autorky, pokud má dítě nějakou potřebu, využívá k jejímu naplnění pláč či neverbální komunikaci pomocí svého obličejce. Špaňhelová (2008) upozorňuje, že není vhodné novorozence příliš rozmazlovat. Rychle si totiž na nabízené benefity zvykne a pokud je posléze dítěti

nabídnuta jiná alternativa, která pro něj není tak atraktivní jako předešlá, je pro něj těžké se adaptovat na novou věc či situaci.

1.1.2 Kojenecké období

Kelnarová a Matějková (2010) charakterizují kojenecké období jako období od narození do jednoho roku. Jak tyto autorky dále uvádí, z tohoto rozpětí je tedy patrné, že kojenecké období v sobě zahrnuje i období novorozenecké. Mojžíšová (2008) upozorňuje, že v tomto období je zaznamenána druhá nejvyšší dětská úmrtnost způsobena především vrozenými vývojovými vadami. Klíma (2016) dodává, že toto období se vyznačuje velmi velkým růstem a především největším vývojem duševním a pohybovým a dítěti se taktéž objevují první mléčné zuby. Kelnarová a Matějková (2010) uvádí, že dochází také k velkému nárůstu hmotnosti dítěte. Labusová (2019a) upozorňuje, že v kojeneckém období si dítě začíná všimnout svých rukou a především prstů, které se začínají pomalu rozevírat a dítě si tyto „nově objevené“ prostředky k hraní rádo cumlá. Zhruba první čtvrtina tohoto období, dle Kelnarové a Matějkové (2010), zahrnuje stále ještě pouze stravu skládající se z mateřského, popřípadě umělého mléka. Tyto autorky doplňují, že ve věku půl roku se mohou začít kojenci podávat k mateřskému mléku i různé přídavky, které se dají koupit ve formě zeleninové, zeleninové s masem, ovocné i cereální. Labusová (2019a) upozorňuje, že v kojeneckém věku si dítě začíná více všimnout mluvené řeči, kterou napodobuje či se snaží napodobovat, a na konci kojeneckého období dítě zvládá vyslovit až několik desítek slov. Dle Špaňhelové (2008) je důležité, aby si dítě v kojeneckém období vytvořilo blízký vztah ke své rodině a zároveň aby bylo rodinou vychováváno jednotně. Dle této autorky je také velkým problémem, pokud mu jeden člen rodiny něco zakáže a další mu to povolí, protože tato nejednotnost výchovy může u dítěte způsobovat zmatenost. Labusová (2019a) dodává, že pokud dítě vyrůstá v prostředí plném lásky, kde se mu okolí věnuje, jeho vývoj probíhá bez potřeby jakýchkoliv podpůrných či stimulačních opatření.

1.1.3 Batolecí období

Labusová (2019b) charakterizuje batolecí období jako období, které trvá od 1 roku až do 3 let dítěte. Špaňhelová (2008) uvádí, že v tomto období začíná dítě objevovat svět především prostřednictvím chůze a běhu, řeč dítěte se stále více rozvíjí. Mojžíšová (2008) vyzdvihuje komunikaci s okolím, které je v tomto období dítě schopno. Při výživě by se mělo hledět, jak uvádí Klíma (2016), především na množství soli a koření,

jelikož příliš velké množství není pro dítě dobré, dále by se nemělo zapomínat na dostatečný příjem vápníku, na který jsou bohaté mléčné výrobky. Tento autor připisuje velký význam též pitnému režimu a pomalému, pozvolnému přechodu na nekašovitou stravu. Kelnarová a Matějková (2010) doplňují, že pro vývoj dětí je potřebný i dostatek vitamínů a dalších potřebných látek pro vývoj dítěte, protože pokud je dítě krmeno pouze jednostranně zaměřenou stravou, dochází k tomu, že se dítě přestane správně vyvíjet. Labusová (2019b) uvádí, že pro dítě je důležitá hra, ale dítě nepotřebuje propracované hračky, předmět ke hře si totiž dítě dokáže najít a udělat z čehokoliv. Dle této autorky je důležité při hře hlídat bezpečnost dítěte. Klíma (2016) uvádí, že v batolecím věku je potřebné, aby se dítě naučilo základním pravidlům hygieny a aby se začalo zajímat kromě své rodiny i o své vrstevníky, jelikož na základě osamostatňování a pozvolného uvědomování si vlastní osobnosti, dochází k období vzdoru. Labusová (2019b) doplňuje, že při hledání vlastní identity dítěte je především důležité, aby jej rodiče podporovali, ale zároveň mu ne vše dovolovali, protože pro dítě je v tomto věku důležitý pocit bezpečí, je zvýšeně sensitivní. Dle této autorky by rodiče proto měli vždy dítě vyslechnout a jeho potíže nebagatelizovat.

1.1.4 Předškolní období

Mojžíšová (2008) charakterizuje věk dítěte v tomto období rozmezím 3 až 6 let, dítě se v tomto období čím dál tím více osamostatňuje. Klíma (2016) uvádí, že v tomto období dochází ke zvýšené úrazovosti dětí, děti bývají velice náchylné k nemocem, což je dáváno do souvislosti s dětským kolektivem ve školce, kterého jsou součástí. Špaňhelová (2008) považuje v tomto období za důležitou dětskou fantazii, díky které si děti trénují také slovní zásobu, jelikož se v tomto věku řeč velice rychle rozvíjí, proto je důležité si s dítětem povídat, aby se rozmluvou učilo stále nová slova. Tato autorka dále uvádí, že je také důležité, když je dítěti něco vytýkáno, specifikovat, co je mu vytýkáno, jelikož dítě není schopno poznat, co přesně udělalo špatně. Klíma (2016) uvádí, že co se týče stravy, dítě jí normální stravu pětikrát denně a nemělo by se zapomínat na dostatečný přísun vitamínů, tekutin a mléčných výrobků potřebných pro dětské tělo. Labusová (2019c) uvádí, že hra je stále pro dítě velice důležitá, při hře si dítě trénuje jemnou i hrubou motoriku a také se naučí lépe vnímat své tělo ve smyslu koordinace. Špaňhelová (2008) doplňuje, že pro dítě je důležitý také kolektiv vrstevníků, s kterým si může hrát a vytvářet si s nimi kamarádské vazby, ale taktéž je pro dítě velice důležité, aby mohlo mluvit i s dospělými. Dle Kelnarové a Matějkové (2010) je pro dítě také

důležité, aby si mohlo při interakci s rodinnými příslušníky osvojit vzorce chování, což je potřebné vzhledem k pozdějším obdobím, která je čekají. A jak uvádí Klíma (2016), toto období končí nástupem dítěte do školy.

1.1.5 Mladší školní věk

Mladší školní věk dle Novákové (2012) začíná ve věku 6 let a končí ve věku 11 let. Špaňhelová (2008) toto období definuje jako období školní 1. až 5. třídy. Klíma (2016) uvádí, že v tomto období je pro dítě důležité adaptovat se na školní režim, díky povinné školní docházce se dítě učí nové dovednosti a znalosti, které bude moci uplatňovat po celý zbytek svého života. Proto je hlavním cílem dle Mojžíšové (2008) školu zvládat, a také je pro děti velice důležité nalézt si své místo ve třídní, vrstevnické skupině. Špaňhelová (2008) dodává, že je pro děti důležitá také osobnostní realizace ve formě různých zájmových činností. Tato autorka upozorňuje na důležitost součinnosti rodičů při výběru aktivit, aby nedocházelo díky koníčkům dítěte k zanedbávání školní docházky, proto je vždy lepší vybrat si zájmových aktivit méně než více. Labusová (2019d) uvádí, že pro dítě je velice důležitá a prospěšná četba knih. Tato autorka shledává v četbě možnost rozšíření slovní zásoby, a také možnost rozvíjet své myšlení, pro děti je stále ještě důležitá i hra. Dle Kelnarové a Matějkové (2010) nedochází v tomto období k velkým akceleracím růstů a mozek dítěte dosahuje své konečné váhy, velice se zlepšují pohyby těla a jeho koordinace, stejně tak jemná a hrubá motorika. Klíma (2016) upozorňuje, že co se týče jídelníčku, není potřeba nějakých speciálních zásad, je pouze pravděpodobné, že v období začátku puberty a v pubertě bude dítě vyžadovat více potravy. Špaňhelová (2008) uvádí, že v tomto období je důležité, aby rodiče trávili čas se svými dětmi, zároveň se zajímali o spolužáky a kamarády dětí a navazovali vztahy nejen s nimi, ale i s rodiči dětí a učiteli dítěte. Klíma (2016) dodává, že toto období končí, jakmile dítě vstupuje do puberty.

1.1.6 Starší školní věk

Nováková (2012) uvádí, že starší školní věk začíná ve věku 12 let a končí ve věku 15 let. Dle Klímy (2016) dochází k mohutnému příjmu nových informací, ke zdokonalování procesu učení. Labusová (2019e) uvádí, že puberta je dříve pozorovatelná u dívek než u chlapců. Autorka dále doplňuje, že období staršího školního věku, potažmo puberty, se vyznačuje nárůstem váhy a zvýšeným růstem u obou pohlaví, některé děti v této době dosáhnou téměř své konečné výšky. Kelnarová a Matějková (2010) uvádějí, že v tomto období se začínají objevovat první druhotné

pohlavní znaky, a to jak u dívek, tak i u chlapců. Tyto autorky popisují, že změny v dospívání vyvrcholí první menstruací u dívek a první noční polucí u chlapců. Špaňhelová (2008) dodává, že se sice začínají objevovat druhotné pohlavní znaky, díky kterým může dítě působit věkově starším dojmem, uvnitř je však stále sociálně nezralé. Co se týče jídelníčku dítěte, je vhodné jej dle Klímy (2016) přizpůsobit současným nárokům vyplývajícím z růstové akcelerace. Pro toto období je dle Špaňhelové (2008) typická rozkolísanost projevující se v citové oblasti. Tato autorka uvádí, že děti přechází ze smutku do radosti, nad svým konáním nepřemýšlí, jednají impulzivně. Špaňhelová (2008) dokončuje, že někdy je důležité, když dítě vztek, který má v sobě, ze sebe „setřese“ při pomoci v domácnosti. Labusová (2019e) dodává, že děti, které dospívají, si začínají vytvářet své vlastní názory na okolní svět, a mohou sympatizovat s různými skupinami svých vrstevníků, přičemž se může stát, že dítě bude vystaveno nebezpečí patologických jevů, mezi které patří kouření, drogy, alkohol. Dle této autorky se mohou vyskytovat i menší projevy revolty proti dospělým.

1.1.7 Dorostové období

Nováková (2012) uvádí, že toto období začíná 15. rokem a končí rokem 18. či 19. Labusová (2019f) toto období charakterizuje jako období, kdy dozrávají jedinci somaticky, duševně i sociálně. Klíma (2016) popisuje změny, které se v tomto období konají. Dochází ke konci vývoje druhotných pohlavních znaků u obou pohlaví, těla se začínají měnit dle mužského a ženského typu, u dívek se zpomaluje růst, až se úplně zastavuje, chlapci ještě rostou. Kelnarová a Matějková (2010) píší, že čím více se děti stávají dospělými, tím více mají zájem o druhé pohlaví, začínají si plně uvědomovat svou sexualitu. Labusová (2019f) doplňuje, že jedinci jsou pohlavně zcela zralí a může docházet k reprodukci. Hlavním úkolem tohoto období je dle Klímy (2016) osamostatnění se, začlenění se do společnosti, volba budoucího povolání, popřípadě nalezení vhodného partnera.

1.2 Kombinované postižení

1.2.1 Pojem kombinované postižení

Pojem kombinované postižení znamená, jak uvádí Slowík (2016), kombinaci dvou či více odlišných vad u jednoho člověka. Dále tento autor podotýká, jelikož stále ještě není ustálena terminologie, že se využívá pro popis hendikepu také pojmů, jako jsou kombinované postižení, postižení více vadami či vícenásobné postižení. Růžičková a

Kramosilová (2017) doplňují, že kromě neustálené terminologie není ustáleno ani rozdělení osob s kombinovaným postižením, a to z obtížnosti určení společných příznaků, ale také z toho důvodu, že každý autor, který se o kategorizaci pokoušel, vytvářel kategorizaci podle toho, jak na kombinované postižení nahlížel ze svého subjektivního pohledu. Jirásková a Harangová (2015) rozdělují kombinovaná postižení na dvě skupiny, první skupinou jsou jedinci lehce vícenásobně postiženi. Tyto autorky jedince popisují jako osoby, které chodí do běžných či speciálních škol, kde se vzdělávají. Jirásková a Harangová (2015) uvádí, že se tyto osoby mohou začlenit do společnosti a jsou relativně samostatné v běžném životě, dokáží se se bez problémů či s menšími problémy adaptovat na dané životní podmínky, jsou schopny získat kvalifikaci, mohou pracovat, jejich práce může probíhat formou podporovaného zaměstnání.

Dle Jiráskové a Harangové (2015) druhou skupinu tvoří jedinci těžce vícenásobně postižení, tito jedinci potřebují pomoc, jelikož jsou sami schopni zvládat pouze základní praktické životní funkce. Tyto autorky uvádí, že osoby mají vzhledem k jejich stupni postižení narušenou komunikační schopnost, a proto se při komunikaci využívá jiných technik. Tyto autorky mezi tyto techniky řadí alternativní a augmentativní komunikaci.

Zikl (2011) uvádí, že každé postižení může způsobovat výčet dalších komplikací v různých oblastech jedince, jedinec může být díky svému postižení znevýhodněn ve vykonávání běžných činností, může pociťovat komplikace i v oblasti vnímání, myšlení, řeči a své postižení může pociťovat i při sociálním sblížení s jinými lidmi. Tento autor proto považuje za velice důležitou psychiku jedince, jelikož dopad postižení na psychiku jednotlivce může být značně odlišný. Zikl (2011) zmiňuje, že by se všechny problémy měly řešit komplexně a na postižení by se měl dívat každý odborník v rámci své specializace, právě tehdy může dojít k vytvoření komplexní péče pro daného jedince. Slowík (2016) uvádí, že při práci s osobami s kombinovaným postižením je velmi podstatné zaměřit se na schopnosti jedince, které jsou zachovány, a tyto schopnosti dále rozvíjet a maximálně těchto schopností při práci využít. Tento autor dále uvádí, že nezáleží ani tak na znevýhodňujících vadách jedince, ale na správném výběru cest a metod vhodných ke vzdělávání a práci s konkrétním jedincem.

1.2.2 Typy kombinovaných postižení

Existuje mnoho typů kombinovaných vad. Slowík (2016) rozlišuje v souvislosti s kombinovaným postižením čtyři nejčastější kombinace. První kombinací je dle tohoto autora tělesné postižení s mentálním postižením a tato kombinace se nejčastěji projevuje ve formě dětské mozkové obrny. Druhým typem jsou dle autora poruchy autistického spektra, třetím typem je hluchoslepoty, a poslední možností jsou kombinace s poruchami chování.

1.2.3 Dětská mozková obrna

Šišková (2011) uvádí, že dětská mozková obrna (dále DMO) je onemocnění, které se projevuje časným postižením hybnosti způsobeným nezralým, vyvíjejícím se mozkiem, při čemž poškození mozku může vzniknout v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Dle Mrzeny (2019) je nejčastější příčinou nedostatek kyslíku v nitroděložním období, především těsně před porodem nebo těsně po narození. Tento autor uvádí, že DMO se projevuje buď jako snížené svalové napětí nebo jako zvýšené svalové napětí. Jankovský (2006) dále rozlišuje dětskou mozkovou obrnu na spastickou formu a nespastickou formu. Velemínský (2011) uvádí, že spastická forma je způsobena poruchou centrální motorické oblasti. Jankovský (2006) dělí spastické formy na diparetickou (jsou postiženy především dolní končetiny), hemiparetickou (postižena pouze jedna polovina těla a více postižena horní končetina) a kvadruparetickou (postiženy všechny čtyři končetiny v různém rozsahu). Mezi nespastické formy DMO tento autor řadí formu hypotonickou (poruchy svalů trupu i končetin), další formou je forma extrapiramidová, také nazývaná dyskinetická (především grimasování, porucha koordinace).

Slowík (2016) uvádí, že DMO také často provází i vada řeči, která je spojena především se špatným ovládním artikulačních orgánů, proto se stává, že je některým lidem s DMO špatně rozumět. Jankovský (2006) dále doplňuje, že mentální retardace u jedinců s DMO může dosahovat všech stupňů, od lehké mentální retardace až po hlubokou. Dále se dle tohoto autora může k DMO, především v dětském věku, přidružit epilepsie, která se v různém věku dětí projevuje různými způsoby, děti s DMO mohou mít problémy se sluchem, se zrakem a objevit se mohou i potíže ortopedické či různé emoční poruchy. Mrzena (2019) tvrdí, že při komunikaci s dětmi trpícími DMO záleží ve velké míře na typu onemocnění, intenzitě a věku dítěte. Dle Krause (2011) se projevy DMO mění s časem. Šišková (2011) uvádí, že DMO nelze vyléčit. Kraus

(2011) doplňuje, že spíše proto je cílem léčby zlepšení schopnosti daného jedince a udržování jeho zdraví, a velice též závisí na její včasnosti a intenzitě. Šišková (2011) dodává, že léčba je týmová a komplexní, zaměřuje se na pohyb jedince, jeho smysly, léčbu epilepsie, řeč, vzdělávání, v neposlední řadě se též zajímá o duševní a sociální rozvoj jedince.

1.2.4 Poruchy autistického spektra

Šporclová (2019) uvádí, že poruchy autistického spektra (PAS) patří mezi závažné poruchy dětského věku především z toho důvodu, že způsobují narušení vývoje dítěte v několika oblastech. Dle Slowíka (2016) nejsou příčiny vzniku známé. Internetové stránky Nautis (2020) charakterizují dítě s PAS jako jedince, který se odlišuje od svých vrstevníků ve více oblastech a odlišnost je velice dobře patrna z chování a myšlení jedince, a také se projevuje potížemi v komunikaci a neschopností reagovat na běžné situace. Dále internetové stránky uvádí, že jedinci s PAS mohou naopak v určitých předmětech nad svými vrstevníky vynikat. Šporclová (2019) uvádí, že u dítěte s PAS se mohou projevit potíže v oblasti sociální interakce, verbální a neverbální komunikace, představitosti, přičemž jsou tyto oblasti postiženy v různé míře a souhrnně se tento stav nazývá diagnostická triáda. PAS se u dětí mohou projevovat různě. Autoři Emberti Gialloreti a Curatolo (2018) popisují, že jednotlivci s PAS mohou být jak jedinci s mentálním postižením, tak lidé nadprůměrně inteligentní, lidé, kteří se snaží komunikovat verbálně či lidé se stereotypními pohyby. Internetové stránky Nautis (2020) doplňují, že se tedy nedá přesně určit, jak vypadá jedinec s diagnózou autismu, jelikož poruchy PAS se projevují různorodě, a to se týče i vzdělání, neboť jsou lidé, kteří potřebují speciální formy vzdělávání a naopak lidé, kteří dokáží vystudovat a najít si zaměstnání.

1.2.5 Hluchoslepota

Internetový portál World Federation of Deafblind (2020) uvádí, že hluchoslepé osoby používají červeno bílou hůl, tato kompenzační pomůcka je využívána hluchoslepými lidmi v mnoha zemích světa. Slowík (2016) uvádí, že hluchoslepota neznamená, že jsou jedinci zcela nevidomí a zároveň zcela neslyšící, jelikož zrakové a sluchové postižení se může u jedinců objevovat v různých stupních. Příčiny vzniku hluchoslepoty jsou velice různorodé. Sender (2019) mezi nejčastější příčiny hluchoslepoty řadí genetické faktory, poté různé prodělané infekční nemoci, a tyto nemoci může prodělat matka během těhotenství či jedinec s postižením v průběhu života. Dle této autorky může

hluchoslepotu způsobovat též nadměrné užívání alkoholu rodiči a riziko pro vznik hluchoslepoty způsobují také úrazy hlavy či potíže plynoucí z nesprávného fungování imunitního systému daného jedince, další riziko pro vznik hluchoslepoty představuje stárnutí. Suralová (2019) zmiňuje jako příčinu vzniku hluchoslepoty Usherův syndrom, který se vyznačuje tím, že krátce po narození dochází ke ztrátě sluchu, která je způsobena odumíráním buněk Cortiho orgánu v uchu a poruchou zraku, která je způsobena odumíráním pigmentových buněk sítnice. Internetový portál Helpnet (2020) dodává, že hluchoslepota může způsobovat velké obtíže nejen při komunikaci, ale také v dalších oblastech lidského života. Internetové stránky sdružení LORM (2015) problémy lidí s hluchoslepotou blíže specifikují, lidé mohou mít obtíže s prostorovou orientací a z toho pramenící potíže s pohybem, obzvlášť pokud půjdou sami, dále se mohou objevovat potíže také při samoobsluze, a vzhledem ke svému postižení mohou mít tyto lidé větší potíže při získávání informací.

Dle Sender (2019) je velice důležité při komunikaci s hluchoslepými osobami využívat alternativních způsobů a těchto způsobů využívat při komunikaci či při naplňování jejich potřeb. Internetová stránka LORM (2015) uvádí, že komunikace s hluchoslepotou osobou je velice závislá na stupni postižení jeho zraku a sluchu. Sender (2019) popisuje různé způsoby komunikace s osobami hluchoslepými, mnoho těchto komunikačních forem se dá využít, když osobě zbyly zbytky sluchu či zraku. Tato autorka mezi tyto formy zahrnuje komunikaci prostřednictvím gest, posunků, komunikaci prostřednictvím obrázků či piktogramů znázorňujících zamýšlenou činnost. Sender (2019) dodává, že pokud osoba disponuje zbytky sluchu, je vhodnou komunikací řeč, dalším způsobem komunikace může být také Braillovo písmo.

Slowík (2016) uvádí, že pokud je omezena schopnost komunikace prostřednictvím znakového jazyka či prostřednictvím sluchu, komunikace probíhá na bázi hmatu, jelikož si hluchoněmí vybudovali své vlastní dorozumívací systémy, a těmito systémy jsou Lormova abeceda, daktylotika do dlaně a TADOMA. Sender (2019) popisuje Lormovu abecedu jako vpisování písmen hluchoslepé osobě do dlaně. Slowík (2016) popisuje daktylotiku jako typ prstové abecedy, která se nepíše do prostoru, jak jsme zvyklí, ale rovnou hluchoslepé osobě do dlaně. Autoři Marschark a Spencer (2016) popisují TADOMU jako vibračně dotykovou metodu, při které hluchoslepá osoba přikládá ruce na čelist, krk a rty mluvčího a na základě pohybu rtů, čelisti a vibrací krku dokáže hluchoslepá osoba určit písmena a slova. Tito autoři doplňují, že tento způsob není

jednoduchý, protože některé rozdíly mezi vyslovovanými písmeny jsou zachytitelné pouze sluchem. Sender (2019) poznamenává, že je důležité lidi socializovat do reálného života, protože cílem je, aby lidé s hluchoslepotou dosáhli co nejvyšší samostatnosti. Dále tato autorka vyzdvihuje důležitost rozvoje hmatové komunikace, proto je důležité si při komunikaci s hluchoslepým člověkem ve velké míře všimnout jeho rukou, protože právě ruce jsou pro něj nejčastěji využívaným prostředkem komunikace.

1.2.6 Kombinace s poruchami chování

Slowík (2016) uvádí, že další možností kombinace je kombinace mentálního postižení a poruch chování. Tento autor se domnívá, že na vznik této kombinace může mít vliv i prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, jelikož u mnoha rodin se objevují patologické prvky, jedinec potom toto patologické chování považuje za normu, jelikož je díky svému mentálnímu postižení snadněji ovlivnitelný, a zároveň si dostatečně neuvědomuje následky, které jeho chování může způsobit. Agereranioti – Bbélanger et al. (2012) uvádí, že rodiče často nehledají pomoc pravděpodobně z toho důvodu, že si vydedukují, že toto chování souvisí s mentálním postižením a tudíž nemůže být léčeno.

1.2.7 Častěji se vyskytující syndromy

a) Downův syndrom

Kunhartová (2019) uvádí, že Downův syndrom vzniká na základě trisomie 21. chromozomu, na tomto chromozomu jsou tedy při tomto syndromu přítomny tři chromozomy místo dvou a tento syndrom se častěji vyskytuje u starších matek a zjistí se již v těhotenství. Downův syndrom se dle Bazalové (2014) vyznačuje charakteristickými rysy. Osobu autorka popisuje jako menší, zavalitější postavy, její hlava je kulatá, tvář osoby je zploštělá, oči jsou sešikmené, krk je mohutnější a ruce a prsty jsou naopak kratší. Kunhartová (2019) dále dodává, že svaly osob s Downovým syndromem bývají ochablé, osoby mívají srdeční či zrakové vady, jejich jazyk se může zdát objemnější, což je způsobeno tím, že je ústní dutina osob s Downovým syndromem menší, osoba také trpí mentální retardací. Internetové stránky Downův syndrom (2020) uvádí, že nemoc jako taková se nedá vyléčit, mohou se pouze vyléčit nemoci, které Downův syndrom doprovázejí, a pokud nelze nemoci vyléčit, tak je snaha o stabilizování či utlumení příznaků dané nemoci. Bazalová (2014) uvádí, že děti bývají usměvavé a společenské a je pro ně velice důležitý vliv prostředí a jejich začlenění do společnosti, z toho důvodu se upřednostňuje vzdělávání těchto dětí v běžných školách

v rámci inkluze. Tato autorka dodává, že vzhledem k pomalejšímu učebnímu tempu dětí s Downovým syndromem je potřebné, aby měly děti k dispozici asistenta pedagoga.

b) Apertův syndrom

Chan (2020) uvádí, že Apertův syndrom je vzácné onemocnění, vzniklé autozomální poruchou. Dětem s Apertovým syndromem, jak uvádí Kunhartová (2019), srůstají lebeční kosti a díky srůstu lebečních kostí dochází k ovlivnění tvaru lebky a zároveň dochází k zastavení růstu lebky a mozku. Tato autorka jako další projev uvádí viditelné změny na horních a dolních končetinách jako například srostlé prsty a v obličeji může dojít k různým deformacím, jedná se například o deformace patra, kde je často přítomen rozštěp, další změny v obličejové části se týkají zubů, u kterých může být změněna orientace nebo chybí úplně, případně vyrůstají ve dvou řadách. Kunhartová (2019) popisuje další viditelné změny, které se týkají očí, jsou daleko od sebe. Tato autorka doplňuje, že jsou tyto změny doprovázeny mentální retardací a poruchami sluchu. Dle internetových stránek Apert (2020) je důležité při léčbě Apertova syndromu využívání interdisciplinárního týmu, jelikož již po porodu jsou deformity vzniklé z důvodu špatného vývoje konzultovány s odborníky – specialisty zabývajícími se neurologií, plastickou chirurgií a posléze dochází k operativním úpravám, pokud je to možné. Mezi nejčastější zákroky, které se používají při řešení výše uvedených problémů, řadí tyto internetové stránky remodelaci lebky, operaci rozštěpových vad, oddělení srostlých prstů horních a dolních končetin, mezi další operace, které se provádí, patří úprava brady, tváří či očních víček. Internetová stránka Apert (2020) dále doplňuje, že do multidisciplinárního týmu ještě kromě výše zmíněných odborníků patří sociální pracovník, fyzioterapeut, genetik, oftalmolog, psycholog, pediatr, logoped,...

c) Prader-Willi syndrom

Bazalová (2014) uvádí, že příčinou tohoto syndromu je porucha 15. chromozomu. Při tomto syndromu je ovlivněn vývoj nervů a hypotalamu, který nepracuje tak, jak má. Kunhartová (2019) popisuje děti s Prader-Willi syndromem jako obézní. Obezita je způsobena neustálou chutí k jídlu. Dle této autorky se u dětí s tímto syndromem mohou objevovat zrakové vady, poruchy soustavy žláz s vnitřní sekrecí, nepřiměřeně malý svalový tonus po narození, jejich pohlavní orgány se dostatečně nevyvinou a jejich inteligence je podprůměrná. Bazalová (2014) doplňuje, že některé děti mohou dosahovat lehkého mentálního postižení a že obličejová část dětí s Prader-Willi syndromem je charakteristická očima ve tvaru mandle, koutky úst jsou stočené dolů a

horní ret je užší než spodní. Internetové stránky Pwsyndrom doplňují, že vzhledem k poruše hypotalamu dochází k snížené tvorbě růstového hormonu, což se projevuje nižším vzrůstem (Pwsyndrom, 2009). Internetové stránky Prader-Willi uvádí, že jelikož je Prader-Willi syndrom způsoben vlivem genetické poruchy, nedá se vyléčit, je možné pouze zmírnit nebo vyléčit příznaky, které jsou přidruženy k syndromu. Příznaky se léčí léky či chirurgickou léčbou. Léky je léčena především obezita, nízký růst a nedostatek pohlavních hormonů. Chirurgická léčba se využívá při nesestoupných varlatech u chlapců, při potížích se skoliózou (Prader-Willi, 2020). Na internetových stránkách Pwsyndrom se objevuje informace, že lidé s Prader-Willi syndromem mají potřebu sebepoškozování, což se nejčastěji projevuje jako škrábání kůže (Pwsyndrom, 2009). Bazalová (2014) mezi příznaky sebepoškozování také řadí vytrhávání vlasů, štípání se do kůže, a lidé s tímto syndromem si také okusují kůži kolem nehtů. Internetové stránky Pwsyndrom (2009) uvádí, že rádi sbírají a hromadí věci. Lidé s tímto syndromem jsou rádi, když je jejich život stereotypní. Pokud dojde k neočekávaným změnám, reagují na ně slzami, výbuchy zlosti, které mohou přejít až do fyzické agrese (Pwsyndrom, 2009). Bazalová (2014) uvádí, že se mohou objevovat poruchy chování, změny nálad. Je vhodné navštěvovat psychologa. Dále tato autorka uvádí, že děti s tímto syndromem nemají problémy s dlouhodobou pamětí, baví je četba a orientace v prostoru jim taktéž nečiní obtíže. Naopak nemají dobrou krátkodobou paměť a matematické úlohy jim činí potíže (Bazalová, 2014).

d) Angelmanův syndrom

Bazalová (2014) uvádí, že tento syndrom se nedá léčit, jediné co se dá mírnit, jsou některé příznaky, přičemž tento syndrom se může stanovit až mezi 3. - 7. rokem dítěte. Internetové stránky mayoclinic (2020) uvádí velké množství příznaků, které jsou svázány s tímto syndromem, jedinci skoro vůbec nemluví, jejich chůze je obtížná, mají problémy se spaním, jejich pohyby jsou tuhé a trhané, dalším příznakem jsou záchvaty, které se začínají objevovat již v útlém věku, dalším rysem jsou časté úsměvy a smích těchto dětí. Kunhartová (2019) mezi příznaky řadí mentální retardaci, která může být středně těžká až těžká, jedinci mají malou hlavu a ve větší míře se u nich objevuje epilepsie. Bazalová (2014) se zmiňuje o tom, že tyto děti začínají chodit výrazně později, a to až v 5 nebo 6 letech. Mayoclinic (2020) se zmiňuje, že někteří lidé mají problém se svou páteří, která se jim může neobvykle zakřivit, a mohou také trpět obezitou.

e) Treacher Collins Syndrom

Tolarová (2018) uvádí, že tento syndrom je zděděnou vývojovou poruchou. Syndrom je rozpoznatelný při narození a je možnost jej diagnostikovat dokonce v těhotenství matky. Internetová stránka zivotsesyndromem (2015) zmiňuje, že příznaky tohoto syndromu jsou viditelné především v obličejové části, přičemž některé děti mají příznaky nepatrné, a naopak některé jsou díky příznakům ihned po narození v ohrožení života, týká se to především oboustranného rozštěpu patra rtu a čelisti. Kunhartová (2019) popisuje člověka s Treacher Collins syndromem jako člověka, jenž má normální inteligenci, ale může trpět poruchami sluchu, na obličejí jsou patrná široká ústa, lící kosti, které nejsou dostatečně vyvinuté, malá čelist a vnější koutky, které směřují dolů, patro těchto jedinců může být deformováno a způsobuje vady skusu a poruchy zubů. Internetové stránky zivotsesyndromem (2015) mezi příznaky syndromu dále řadí nápadný nos, nepřítomnost uší, nevyvinutá spodní víčka a s nimi související vysychání očí. Internetové stránky se zmiňují i o přidružených potížích, které se projevují obtížemi s dýcháním a polykáním, jedinci často trpí infekcemi očí. Tyto internetové stránky také uvádí, že nemoc se léčit nedá, lze pouze zmírnit příznaky za pomoci multidisciplinárního týmu, který se skládá z foniatrů, plastických chirurgů, neonatologů, logopedů, psychologů, stomatologů a dalších odborníků. Léčba dle internetových stránek zivotsesyndromem (2015) probíhá především formou plastických operací, při kterých dochází k operacím rozštěpu patra, operacím uší, kdy dochází k rekonstrukci ušních boltců a dále dochází k operacím nosu, brady, oblasti kolem očí a operaci čelisti.

f) Williamsův syndrom

Tento syndrom je dle Bazalové (2014) způsoben poruchou na 7. chromozomu. Herndon (2017) uvádí, že tento syndrom způsobuje mnoho problémů, jako například problémy se srdcem, cévami, dále problémy s opěrnou soustavou a v neposlední řadě poruchy učení. Bazalová (2014) mezi příznaky tohoto syndromu zařazuje široké čelo, poruchy růstu, opoždění psychomotorického vývoje, lehkou, až středně těžkou mentální retardaci. Brazier (2017) mezi příznaky řadí malý nos, široká ústa, malou bradu, plné rty. Bazalová (2014) uvádí, že děti s tímto syndromem velice rády mluví, ale ne všemu, o čem je řeč, rozumí, působí vyspěleji a mají sklony k úzkostnosti, mohou se objevovat poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Léčba dle Herndon (2017) není možná, pouze je možné zmírňovat symptomy. Bazalová (2014) uvádí, že mnoho dětí má rádo hudbu a jsou velice citlivé na různé zvuky, objevují se potíže při jemné a hrubé motorice, proto

je dobré trénovat pod vedením ergoterapeuta. Autorka upozorňuje na zvýšené kladení důrazu na zrakově - prostorovou orientaci a na nácvik sociálních dovedností. Herndon (2017) uvádí, že učení svépomocných dovedností a především včasná intervence ve škole může podpořit nezávislost jedinců s Williamsovým syndromem. Brazier (2017) doplňuje, že lidé s tímto stavem často potřebují trvalou péči jiné osoby.

1.3 Bazální stimulace

Definice dle Friedlové (2007, str. 19) uvádí, že: „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.*“ Autorky Hatz – Casparis a Roth Sigrist (2012) popisují bazální stimulaci jako koncept zaměřený na komunikaci, vnímání a pohyb sloužící především jedincům předčasně narozeným, vážně nemocným, lidem, kteří jsou po vážné nemoci, nehodě a využívá se také při péči o umírající. Friedlová (2009) jako autora konceptu Bazální stimulace uvádí Prof. Dr. Andraese Frohliche, který tento koncept vytvořil. Tato autorka dále poznamenává, že koncept je starý zhruba padesát let a využívá se i v ošetrovatelské péči díky Prof. Christel Bienstein, která zjistila, že Bazální stimulace pomáhá při vnímání, pohybu, komunikaci. Koncept Bazální stimulace se dle Maloň Friedlové (2018) začal v České republice využívat v roce 2003.

Maloň Friedlová (2018) považuje za základní prvky pohyb, komunikaci a vnímání, přičemž jsou tyto prvky ve vzájemné interakci. Dle této autorky se smyslové orgány využívají k stimulaci, pohybu a též i ke komunikaci mezi klientem a pracovníkem. Jak tato autorka dále dodává, koncept má velmi široké použití, je využíván nejen v nemocnicích, ale můžeme se s ním setkat také v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro osoby se zdravotním postižením či domovech pro seniory. Maloňová Friedlová (2015) uvádí, že koncept se využívá i v hospicích, rehabilitačních a léčebných ústavech a své nezastupitelné místo má ve školách, kam dochází osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. A tatož autorka doplňuje, že konceptu Bazální stimulace se mohou věnovat lidé různého zaměření, od lékařů, přes zdravotní sestry, fyzioterapeuty, až po sociální pracovníky a speciální pedagogy (Maloňová Friedlová, 2015).

1.3.1 Základní prvky Bazální stimulace

a) Somatická stimulace

Tato stimulace se dle Borýskové (2018) poskytuje dotekem, kterým může klient vnímat své tělo, nejen své vnitřní orgány, ale i doteky pracovníka, vykonávajícího Bazální

stimulaci na jeho těle. Maloň Friedlová (2018) uvádí, že existuje velké množství různých způsobů pro vykonávání somatické stimulace. Tato autorka uvádí, že zklidňující somatická stimulace se využívá především u klientů, kteří jsou neklidní, zmatení a u těchto jedinců je potřebné dosáhnout uvolnění celého jejich těla. Friedlová (2007) uvádí, že somatická stimulace povzbuzující může být součástí povzbuzující koupele. Neurofyziologická stimulace se dle Maloň Friedlové (2018) využívá především u jedinců s hemiparézou a hemiplegií, přičemž je důležité, aby u jedinců došlo k rozhybání postižené části jejich těla. Této stimulaci se využívá společně se somatickou. Friedlová (2007) uvádí, že principem symetrické stimulace je pomoc při renovaci schématu těla, terapeut pracuje zároveň na obou horních končetinách a poté na obou dolních končetinách. Maloň Friedlová (2018) dodává, že při rozvíjející se stimulaci je důležité podpořit klientův střed těla a symetrii levé a pravé poloviny klientova těla. Užití diametrální stimulace je dle Friedlové (2007) především u klientů majících zvýšené svalové napětí, kdy je vhodné tuto stimulaci provádět prostřednictvím koupele, při které využijeme vodu o teplotě jen o maximálně pár stupňů vyšší, než má naše tělo. Maloň Friedlová (2018) uvádí, že při polohování je dobré využít takových poloh, díky kterým má klient povědomost o svém těle. Pokud vykonáváme polohování, zároveň je vykonávána také klientova vestibulární a optická stimulace. Dle Friedlové (2007) je při masáži stimulující dýchání potřebné, aby terapeut přihlížel při masáži na rytmus, ve kterém klient dýchá a zároveň terapeut prováděl masáž dostatečně silně. Dle této autorky je masírovaná především oblast zad a hrudník.

b) Vestibulární stimulace

Tato stimulace se dle Borýskové (2018) zaměřuje především na klienta, který je dlouhodobě na lůžku, pracovník s ním vykonává stimulaci zaměřenou na vnímání rovnováhy, pohybu, polohy hlavy a také na orientaci. Friedlová (2010a) uvádí, že pokud se změní poloha lidského těla, současně dochází také k pohybům endolymfy ve smyslově – rovnovážném ústrojí a podněty jsou poté přenášeny do mozku, kde jsou zpracovávány. Tato autorka dále doplňuje, že zpracovávání podnětů povzbuzuje také mozkovou tkáň k aktivitě. Friedlová (2007) považuje tento typ stimulace za velice prospěšný, jelikož pomáhá připravit tělo klienta na pohyb, pomáhá snížit napětí ve svalech a díky této stimulaci si klient uvědomuje, na jakém místě v prostoru se právě v tu chvíli nalézá. Maloň Friedlová (2018) uvádí, že při této stimulaci se mohou využívat různé pomůcky, nejen trampolíny, ale i různé závěsné houpačky a sítě. Dle

Friedlové (2010a) je pozitivem při tomto typu stimulace to, že při této terapii často nedochází ke kontaktu pracovníka a klienta, jelikož se může využívat velké množství pomůcek, klient sám ovlivňuje pohyb, který vykonává na pomůckách určených pro vestibulární stimulaci. Tato autorka dále uvádí, že při terapii s dětmi s kombinovaným postižením se osvědčila trampolína, stačí pouze minimální klientův pohyb a trampolína se rozkmitá a klient díky tomu může vnímat své tělo, a zároveň dochází také ke stimulaci polohy a pohybu klientova těla. Friedlová (2007) dodává, že vestibulární stimulace se využívá především u klientů, kteří jsou na lůžko upoutáni dlouhodobě, klientů v kómatu a také u klientů, kteří mají diagnostikovanou hlubokou mentální retardaci. Friedlová (2010a) zmiňuje, že tato možnost stimulace je využívána také v situacích, kdy chce personál navázat komunikaci s lidmi, kteří trpí změnou v oblasti jak vnímání, tak i komunikace. Maloň Friedlová (2018) doplňuje, že tato stimulace je velmi často využívána společně se somatickou stimulací.

c) Vibrační stimulace

Tato stimulace se dle Borýskové (2018) věnuje klientovu vnitřnímu prostředí, při této stimulaci by si klient měl uvědomit některé své orgány, hranice svého těla. Dle Friedlové (2010b) dochází při vibrační stimulaci ke stimulaci receptorů uložených v kůži, proprioreceptorů vnímajících citlivost, které jsou uloženy ve svalech, šlachách a vazech pohybového ústrojí (kostí, kloubů). Maloň Friedlová (2018) považuje za vhodné, pokud jsou při této stimulaci použity předměty, které vibrují. Dle autorky se může jednat i o předměty běžné denní potřeby, jako jsou například elektrické zubní kartáčky. Tato autorka doplňuje, že je dobré, když pracovník na těle klienta pro vibraci využívá místa kolem kloubů, či mu vibrující předmět vloží do dlaně. Dle Friedlové (2010b) vibrace v lidském těle postupují od okraje těla až dovnitř těla. Friedlová (2007) poznamenává, že je dobré při vibrační stimulaci využít i různých hudebních nástrojů, které vytváří vibrace, vhodným předmětem pro stimulaci je i lidský hlas.

Friedlová (2010b) považuje tuto stimulaci jako velmi prospěšnou pro mnoho skupin klientů. Autorka dále uvádí, že je tato stimulace vhodná nejen pro děti s těžkou či hlubokou mentální retardací a těžkým smyslovým postižením, kde slouží jako jedna z forem komunikace, ale také pro klienty hyperaktivní nebo neklidné, kteří se díky této stimulaci dokážou zklidnit. Friedlová (2007) dále uvádí, že pokud je vibrační stimulace vykonávána společně s vestibulární a somatickou stimulací, nazývá se posléze trilogií, kde je vhodnou pomůckou pro trilogii trampolína, jelikož na ní lze provádět všechny

výše zmíněné stimulace najednou. Friedlová (2010b) doplňuje, že vestibulární, somatická a vibrační stimulace jsou jako základní prvky Bazální stimulace označovány z toho důvodu, jelikož se vestibulární vnímání, somatické vnímání a vibrační vnímání řadí mezi základní smysly člověka, které jsou zachovány i za situace, kdy nastanou u člověka těžké změny vnímání z důvodů hluboké a těžké mentální retardace, pokročilého stádia demence a mnoha dalších příčin.

1.3.2 Nástavbové prvky Bazální stimulace

a) Optické stimulace

Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) uvádí, že klient vizuálně vnímá nejen jas, kontrasty, pohyb, barvy a vzdálenost, ale díky zraku se vytváří i trojrozměrné obrazy našeho okolí. Tato stimulace dle Borýskové (2018) podporuje vnímání prostřednictvím zraku, přičemž klient může zrakem poznávat své okolí, předměty, osoby, nacházející se v jeho okolí, což je potřebné pro klientův pocit jistoty. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) dodávají, že díky zraku může člověk ovládat nejen svou polohu v prostoru, ale také vnímá obraz svého těla na základě zraku a kombinace s jinými smysly. Friedlová (2007) uvádí, že je vhodné pokoj, kde leží klient, vyzdobit obrázky, dále je také velice prospěšné pověsit do pokoje hodiny, tak aby na ně klient viděl, protože díky tomu se může klient orientovat v čase. Maloň Friedlová (2018) upozorňuje, že i některé dveře od pokojů v zařízeních sociálních služeb jsou vyzdobeny obrázky. Tato autorka uvádí, že je to kvůli klientům, jelikož pro některé je piktogram znázorňující nějakou věc lepší, především se tyto obrázky osvědčily u lidí s demencí či lidí s mentální retardací. Dle téže autorky je dobré, pokud jsou klientovy věci na první pohled odlišné od věcí jiných lidí, klient si zapamatuje svou barvu a nemá tendence si přivlastňovat cizí věci. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) dodávají, že výzdoba pokoje je také vhodná pro osoby, které jsou upoutány na lůžko, jelikož barvy v pokoji jim mohou sloužit při orientaci v místnosti. Dále je velice vhodné užívat šátků, které mohou sloužit nejen k dekoraci, upozornit klientův zrak na určitý předmět, ale také mohou být šátkem rušivé předměty, narušující zorné pole pacienta, zakryty. Tytéž autorky uvádí, že se při optické stimulaci osvědčily jednoduché, jasné tvary v kontrastních barvách.

b) Auditivní stimulace

Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) uvádí, že jsou při této stimulaci zpracovávány vlastní akustické signály i signály z blízkého okolí pacienta. Tyto autorky dále uvádí,

že je klient schopen nejen slyšet, ale i rozumět a reagovat na jazyk, hudbu a zvuky. Tato stimulace dle Borýskové (2018) podporuje vnímání prostřednictvím sluchu a klient díky sluchu může komunikovat s okolím. Dle této autorky sluch pomáhá při rozvoji klientovy řeči, také díky němu může klient podávat informace o svém organismu. Friedlová (2007) doplňuje, že během této stimulace může také docházet k vyprávění, předcítání nebo se tato stimulace vykonává prostřednictvím mluveného poslechu, při kterém jsou nahrány hlasy blízkých klienta a tyto hlasy mu jsou pouštěny. Dále Borýsková (2018) uvádí, že tato stimulace může být kromě řeči vykonávána také hudbou či zpěvem. Jak uvádí Maloň Friedlová (2018), hudba může být pouštěna z rádia nebo z CD, či může být přímo před klientem hrána na hudební nástroj, kde některé nástroje jsou vytvořeny tak, aby zároveň sloužily k více typům stimulace. Dle Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) se při této stimulaci osvědčily také tóny z přírody. Dále Friedlová (2007) doplňuje, že tato stimulace má mnoho cílů, jedním z cílů je naučit klienta nejen novým slovům, ale pokud je to možné, i řeči. Dle této autorky je dalším cílem navázat kontakt s klientem. Autorka dále uvádí, že auditivní stimulace se též využívá k vybavení si vzpomínek klienta, které byly uloženy hluboko v podvědomí.

c) Orální stimulace

Tato stimulace dle Borýskové (2018) probíhá skrz dutinu ústní a díky orální stimulaci může klient rozeznávat nejen chuť a vůni potravy, ale také její složení a tvar. Friedlová (2007) uvádí, že orální stimulací se můžou pacientovi opatřit vjemy z dutiny ústní, především z úst a během orální stimulace dochází ke stimulaci vnímání. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) doplňují, že oblast úst je velmi intenzivní, co se týče vnímání, a to především pocitu doteku přes ret, jazyk, patro. Autorky doplňují, že při této stimulaci může klient cítit vůni skrz nos a také pocítit chuť skrz jazyk. Maloň Friedlová (2018) upozorňuje, že není vhodné provádět orální stimulaci u klienta, který se cítí být unaven, klient by si měl před stimulací najít polohu, která je mu příjemná. Dle Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) dochází u pacientů s těžkými formami postižení díky stimulaci orální oblasti ke zvýšení pozornosti, bdělosti a také k nezávislým pohybům v ústech a jejich zdravému vývoji. Maloň Friedlová (2018) apeluje na fakt, že během orální stimulace by se žádný stimul neměl vykonávat nešetně, jelikož strach pacienta může způsobit napětí v dutině ústní a tím je stimulace znesnadněna. Jak tato autorka dále uvádí, je dobré ke klientovi přistupovat z boku a dotekem či tělesnou stimulací obličej klienta naznačit, jaké části těla se bude stimulace týkat. Friedlová (2007) dodává,

že orální stimulace se může vykonávat samostatně nebo jako předstupeň podávání potravy ústy, protože orální stimulací úst se klient připravuje na pozdější potravu.

d) Olfaktorická stimulace

Tato stimulace dle Borýskové (2018) podporuje vnímání prostřednictvím čichu, klient díky čichu rozeznává vůně a pachy. Dle autorky může klient díky vůním a pachům předvídat, co ho čeká v nejbližší budoucnosti. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) se domnívají, že vůně a kombinace vůní jsou spojeny s emocemi a příjemné vůně dokonce poskytují lidem jistotu a pohodu, díky čichu jsou schopni lidé dokonce poznat nebezpečí a reagovat na něj. Friedlová (2007) uvádí, že než začnou pracovníci provádět s klientem tento druh stimulace, je velmi důležité, aby zjistili, jaké vůně má klient rád a jaké nikoliv. Dle autorky může problém nastat, pokud byla během Olfaktorické stimulace nedopatřením podána vůně, kterou klient nesnese, nemuselo by poté dojít ke stimulaci. Maloň Friedlová (2018) doplňuje, že pro tuto stimulaci jsou vhodné vůně z okolí klienta, vůně jeho osobních potřeb, oblíbeného jídla nebo se také dají při této stimulaci použít vůně, vázající se k jeho koníčkům nebo volnému času. Friedlová (2007) uvádí, že díky této stimulaci se klient může dokonce i lépe orientovat v místě a čase a také v činnostech bezprostředně nastávajících, jelikož pokud klient zacítí vůni jídla, bude vědět, že bude moci pozřít nějaké sousto. Tato autorka uvádí možnost tuto stimulaci kombinovat s taktilně haptickou.

e) Taktilně haptická stimulace

Tato stimulace dle Borýskové (2018) podporuje vnímání doteků, tlaků. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) uvádí, že hmatové vnímání spočívá v aktivním dotyku a cítění předmětů a zároveň dotýkání se rukou podporuje nejen jemné motorické dovednosti a schopnosti klienta, ale také je důležité pro stimulaci procesů myšlení a aktivaci mobility klienta. Friedlová (2007) uvádí, že ruka je jedno s neaktivnějších míst na lidském těle, dalším aktivním místem jsou ústa. Borýsková (2018) doplňuje, že díky této stimulaci může klient vnímat napětí, teplo a mnoho dalších vjemů, tato stimulace je možná díky receptorům v kůži. Hatz-Casparis a Roth Sigrist (2012) upozorňují, že mnoho mechanoreceptorů je především v kůži prstů, ale také dlaních rukou a nohou. Receptory nacházející se v kůži a ve vrstvě pod kůží, tzv. podkoží, jsou dle Maloň Friedlové (2018) silně reaktivní na podněty mechanické, tepelné a bolestivé. Friedlová (2007) uvádí, že tento typ stimulace se může vykonávat i přes asistenta, zejména tehdy, pokud klient není schopen ovládat své horní končetiny. Maloň Friedlová (2018) uvádí, že se

asistent snaží klientovi dopřát možnost osahat si své okolí, či své tělo a proto je důležité před taktilně haptickou stimulací přes asistenta stimulovat horní končetinu (končetiny) klienta. Dle této autorky si tak klient může lépe uvědomit svou horní končetinu či své horní končetiny, jelikož při této stimulaci je horní končetina velice důležitá. Friedlová (2007) dodává, že taktilně haptická stimulace se může kombinovat i s jinými typy stimulací, kombinuje se především s optickou, auditivní a olfaktorickou.

1.3.3 Bazální stimulace jako aktivizační činnost

Aktivizační činností jsou podle § 12 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Malíková (2011) ve výčtu aktivizačních činností pokračuje okruhy, které jsou následovné: činnosti nejen zájmové, ale též volnočasové, poskytování pomoci jak při udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, tak též při obnovení tohoto kontaktu. Jak uvádí Čeledová, Čevela et al. (2017) aktivizační činnosti se řadí mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Duková et al. (2013) doplňuje, že aktivizační činnosti se v denních stacionářích poskytují společně s činnostmi výchovnými a vzdělávacími. Autoři dále do výčtu činností též řadí terapeutické činnosti (Duková et al., 2013). Internetové stránky člověk člověku (2018) upozorňují, že při bazální činnosti se využívá stejných prvků jako při smyslové aktivizaci. Tyto prvky jsou přizpůsobeny klientovu zdravotnímu či psychickému stavu, který je zhoršen. Horecký (2019) k tématu poskytování konceptu Bazální stimulace v sociálních službách dodává, že tento koncept by měl být samozřejmostí u všech poskytovatelů, kteří chtějí služby sociální péče poskytovat nejen kvalitně, ale též poskytovat takové podmínky, aby život klientů, kteří tyto služby navštěvují, byl rovněž kvalitní. Tento autor dále dodává, že koncept Bazální stimulace je u lidí se zdravotním postižením velice důležitý.

1.4 Snoezelen

Friedlová (2012) uvádí, že koncept Bazální stimulace je možné vykonávat také v místnostech Snoezelen a to nejen ve speciálních školách, ale také v zařízeních sociálních služeb či zdravotnických zařízeních. Tato autorka dále uvádí, že kombinace obou konceptů je pro klienta velice přínosná, jelikož podporuje nejen komunikační či pohybové schopnosti klienta, ale také klientův duševní a tělesný vývoj, a je velice prospěšná také při navázání vztahu mezi klientem a terapeutem, v neposlední řadě je též

důležitá nejen pro terapeutické nabídky, které vhodně rozšiřuje, ale také k posilování kvality poskytované péče zařízením.

Filatova (2014) uvádí, že slovo Snoezelen vzniklo spojením dvou holandských slov, přičemž první holandské slovo je snuffelen a dá se přeložit jako čichat, druhé holandské slovo zní doezelen a znamená dřímat. Jirásková a Harangová (2015) uvádí, že díky této metodě se mohou nalézt nové formy komunikace (především neverbální) u klientů, a zároveň mohou klienti díky této metodě vyjádřit své pocity. Filatova (2014, str. 93) uvádí: „*Cílem Snoezelen terapie je rozpoznat a pochopit pocity a podněty na základě chování klienta, reagovat na ně takovým způsobem, aby to bylo přínosné pro klienta i terapeuta. Snahou je zachovat stávající kvalitu života a podporovat vzájemné porozumění a pochopení.*“

Filatova na internetových stránkách snoezelen-mse (2020) podotýká, že terapie Snoezelen není pouze prevencí, ale může dojít i k zlepšení života klienta, a také ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Dále dle téže autorky terapie Snoezelen pomáhá klientům nejen s lepším zvládnutím komunikace, ale také s lepším zvládnutím psychické deprivace, lepším zvládnutím situací, které jsou pro člověka zátěžovými, a pomáhají také s mnoha dalšími situacemi, které mohou být pro člověka krizové. Dle Friedlové (2012) je podstatou Snoezelenu stimulace v prostředí, které je nestresující a není při něm třeba rozvoje logických či abstraktních procesů myšlení a paměti. Filatova (2020) uvádí, že tento koncept byl původně koncipován pro osoby s tělesným či mentálním hendikepem a pro osoby trpící deprivací, především psychickou. Dle této autorky je terapeut, který vykonává tuto terapii, speciálním pedagogem, psychologem, sociálním pracovníkem, logopedem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, rehabilitačním lékařem. Tato autorka uvádí, že vybavení místnosti Snoezelen se liší na základě toho, jakou z výše zmíněných specializací terapeut má.

Kunhartová (2020) uvádí, že v místnosti se mohou využívat vůně, hudba, zvuky. Při terapii se dle této autorky využívá různých typů světla a místnosti jsou i různě osvětleny, často se využívají různé pomůcky a hračky pro procvičování hmatu klientů. Kunhartová (2020) také uvádí, že v místnosti Snoezelen se nachází pomůcky, na kterých může klient relaxovat či vodní lůžka. Do výčtu vybavení tato autorka zahrnuje též hudební nástroje a vibrační plošiny. Kunhartová (2020) doplňuje, že při výběru pomůcky vždy záleží na tom, jaký typ bazální terapie chce pracovník s klientem

provádět. Dle Jiráskové a Harangové (2015) v této místnosti dochází k trénování percepce základních pěti smyslů, tj. zrak, sluch, hmat, čich a chuť. Kunhartová (2020) dodává, že Snoezelen místnost se ve velké míře využívá u osob s kombinovaným postižením, proto ji mnoho zařízení pro osoby s kombinovaným postižením obsahuje.

1.4.1 Rozdělení místností dle barvy

Filatova uvádí, že Snoezelen místnosti se dělí dle barvy nebo dle typu a je důležité, aby v blízkosti místností byly prostory, kam se může uskladnit momentálně nepotřebné vybavení (Filatova, 2014).

a) Bílá místnost

Filatova (2014) tuto místnost popisuje jako místnost, která je celá koncipovaná v bílé barvě, jediné barvy, které se nachází v tomto pokoji, vychází ze světelných pomůcek, které se v tomto pokoji nachází. Pagliano (2012) dodává, že tato místnost může být laděna i v pastelových barvách. Filatova (2014) poznamenává, že tento pokoj je uzpůsoben především na relaxaci a díky jeho převládající barvě je možné jej měnit dle požadavků. Klienty nejvíce využívajícími tuto místnost jsou dle této autorky děti s kombinovanými vadami a také děti s těžkým stupněm mentální retardace.

b) Šedá místnost

Jak již z názvu vyplývá, Filatova (2014) uvádí, že v této místnosti převládá šedavá barva a tato místnost je zároveň zvukotěsná, jelikož je tato místnost využívána dětmi trpícími poruchami pozornosti a soustředění, nenachází se v ní příliš mnoho pomůcek. Pagliano (2012) dodává, že děti využívající tuto místnost, nosí vesty obsahující zátěž, aby si uvědomily své tělo a jeho pozici v prostoru. Filatova (2014) popisuje, že v místnosti jsou na podlaze namalovány čáry určující, kam mají děti jít a kde mají sedět.

c) Tmavá místnost

Filatova (2014) popisuje převládající barvu v místnosti jako tmavou (tmavě zelená, tmavě modrá) či černou. Do této místnosti se dle autorky nedostane denní světlo a jedinými barvami, které místnost obsahuje, jsou barevná světla vycházející z pomůcek nacházejících se v této místnosti. Pagliano (2012) uvádí, že světla nacházející se v této místnosti jsou z valné většiny UV světla.

1.4.2 Rozdělení místnosti dle typu

a) Zvuková místnost

Dle Filatove (2014) je u zvukové místnosti především důležité, aby byla zvukotěsná. V této místnosti dochází nejen k poslechu hudby, ale bývá také vybavena různými hudebními nástroji či vibračními tabulemi. Pagliano (2012) uvádí, že zvuky produkované v této místnosti mohou být tvořeny pomocí jednoho zvuku nebo kombinací více zvuků. Filatova (2014) dodává, že zvuková místnost je především využívána dětmi, které mají poruchy sluchu.

b) Interaktivní místnost

Filatova (2014) tuto místnost popisuje jako místnost, která je plná různých spínačů a dotekových tabulí. Spínače mohou, jak uvádí autorka, děti ovládat buď krátkým stiskem, nebo dlouhým dotykem. Pagliano (2012) uvádí, že spínače jsou vždy navrženy tak, aby jejich ovládání vyhovovalo individuálním schopnostem klientů. Filatova (2014) dodává, že spínače vytváří různé efekty. Jedná se o akustický efekt, vizuální efekt, čichový efekt či chuťový efekt (Filatova, 2014).

c) Vodní prostředí

Dle Filatove (2014) je nejhlavnějším prvkem této místnosti bazén. V bazénu dítě dle autorky nejen plave, ale také se seznamuje s vodou a s jejími vlastnostmi. Tato autorka doplňuje, že ve vodě se vzduch šíří jinak a barvy vypadají také jinak než na souši, a dítě může ve vodě pocítit, že voda má jinou teplotu. Pagliano (2012) dodává, že voda se v této místnosti může objevovat také ve formě vodopádu či ve formě sprchy.

d) Vypolstrovaná hrací místnost

Filatova (2014) popisuje tuto místnost jako místnost, která se vyznačuje tím, že její zdi i podlaha jsou z měkkého materiálu, stejně tak i veškeré vybavení. Pagliano (2012) uvádí, že tento materiál je zcela nehořlavý. Filatova (2014) dodává, že je využívána především dětmi se zrakovým postižením či dětmi s tělesným postižením, kde díky měkkým materiálům, které obsahuje, nehrozí dětem žádné nebezpečí.

e) Přenosné prostředí

Filatova (2014) uvádí, že v tomto prostředí se nejvíce využívá malé zařízení, které je možné složit a přenášet. Pomůcky jsou dle této autorky zavěšeny nad dítě. Autorka dále dodává, že toto zařízení se nejčastěji využívá při práci s dětmi, které jsou dlouhodobě na

lůžku nebo se nemohou hýbat. Dle Pagliana (2012) přenosné prostředí může být využíváno dětmi různého věku a mohou jej využívat i jejich rodiče.

f) Virtuální prostředí

Dle Filatove (2014) jsou nejdůležitějšími pomůckami ve virtuálním prostředí počítač umožňující vytváření 3D efektů, dále 3D brýle a rukavice.

g) Inkluzivní prostředí

Dle Filatove (2014) se inkluzivním prostředím může stát každé prostředí, pokud jsou v něm vhodně zvolené pomůcky dle konkrétního postižení jedinců. Autorka dodává, že smyslem inkluzivního prostředí je společný pobyt dětí s postižením a zdravých dětí (Filatova, 2014).

h) Proměnlivé prostředí

Filatova (2014) charakterizuje proměnlivé prostředí jako místnost Snoezelenu, která se může libovolně měnit. Je tak uzpůsobena z toho důvodu, že si dítě časem může na prostředí Snoezelenu zvyknout, stejně tak také na pomůcky v něm a tím se vytrácí jeho motivovanost k činnosti. Dle autorky je proměnlivé prostředí výhodné i z toho důvodu, jelikož se může metamorfovat dle potřeby významných události (Filatova, 2014).

ch) Sociální prostředí

Filatova (2014) uvádí, že sociální prostředí slouží pro lepší spolupráci a vytváří podmínky vhodné pro komunikaci a konfrontaci a vzájemné sdílení vnitřních emocí. Dle Pagliana (2012) je v tomto prostředí důležitý pocit sebe sama u klientů a tento pocit si klienti nejlépe osvojí komunikací v pro ně milém prostředí. Filatova (2014) dodává, že rodiče, kteří mají dítě se zdravotním postižením, zde můžou vidět pokroky, které jejich dítě dosáhlo, a současně se zde setkávají s personálem, což jim umožňuje lepší vzájemné pochopení a porozumění, které může vést k zlepšení vzájemné komunikace.

1.5 Koncept Bazální stimulace v sociálních službách

Internetové stránky bazální stimulace (2020) uvádí, že koncept Bazální stimulace je především využíván v domovech pro seniory, denních centrech, denních stacionářích a také domovech pro osoby se zdravotním postižením. Aby se mohl koncept Bazální stimulace v zařízení vykonávat, je dle Borýskové (2018) potřebné vytvoření dokumentace, v které musí být autobiografická anamnéza pacienta a také plán péče pacienta, který vychází z anamnézy, dále je potřebné, aby byly v dokumentaci záznamy

o prvcích Bazální stimulace, které jsou nabízené v zařízení. Dále tato autorka doplňuje, že je důležité, aby byla v dokumentaci popsána reakce pacienta na nabídky Bazální stimulace a také výčet informací o projevech klienta při bazální stimulaci, protože tyto informace jsou důležité pro další odborníky, kteří mohou s klientem pracovat v rámci konceptu Bazální stimulace, pokud nastane situace, že klient začne navštěvovat jiné zařízení poskytující koncept Bazální stimulace.

Maloň Friedlová (2018) uvádí, že pracovník může díky informacím o klientovi rozhodnout, jaké typy ze základních či nastavbových prvků jsou pro klienta vhodné. Dále tato autorka uvádí, že pracovník tyto údaje získá na základě svého vlastního pozorování, dále na základě údajů, které má od klienta a jeho rodiny či přátel, mnoho užitečných informací může pracovník zjistit i na základě anamnézy, od lékařů či ošetřovatelů klienta a také ostatních odborníků z multidisciplinárního týmu starajícího se o konkrétního klienta (psycholog, logoped) či z propouštěcích zpráv nebo zpráv, z jiného zařízení podobného typu, které navštěvoval v minulosti (Maloň Friedlová, 2018).

1.5.1 Pracovníci Bazální stimulace

Borýsková (2018) uvádí, že vedoucí pracovník, který absolvoval základní, nastavbový nebo prohlubující kurz bazální stimulace je zpravidla garantem. Garant dle Borýskové (2018) prezentuje koncept Bazální stimulace vykonávaný v organizaci prostřednictvím článků v novinách, na webových stránkách dané organizace nebo při veřejných akcích, které jsou pořádány organizací, a též zajišťuje pro své kolegy poskytující přímou péči vzdělávání v tomto konceptu.

Klíčový pracovník a koordinátor jsou dle Borýskové (2018) dalšími odborníky co se týče konceptu Bazální stimulace v organizaci, kteří absolvovali základní či nastavbový kurz Bazální stimulace. Borýsková (2018) popisuje hlavní úlohu klíčového pracovníka, a tou je mapování potřeb klienta. Tato autorka dále dodává, že pokud nemá klíčový pracovník absolvován kurz Bazální stimulace, jeho klienty budou osoby, které Bazální stimulaci nepotřebují. Nedílnou součástí jsou konzultace nad závěry s koordinátorem tohoto konceptu a poté společně vytváří Plán bazální stimulace, který je přílohou Individuálního plánu klienta, posléze se po dobu dvou či více týdnů tento plán ověřuje. Borýsková (2018) dále uvádí, že po stanovené době se klíčový pracovník a koordinátor

opětovně sejdou a do plánu společně zanesou nejen své poznatky, ale také své návrhy a další informace.

Borýsková (2018) poznamenává, že poté je důležité, aby klíčový pracovník seznámil s tímto plánem všechny pracovníky, kteří pracují s daným klientem, a klíčový pracovník poté uskutečňování plánu také kontroluje. Každý pracovník pracující s daným klientem také dle této autorky zaznamenává uskutečňování plánů do Záznamového listu. Změny v plánu může navrhnout jakýkoliv pracovník pracující s klientem a o jeho návrhu poté klíčový pracovník a koordinátor rokují, a pokud naleznou schodu, plán se aktualizuje a změny do plánu vloží klíčový pracovník (Borýsková, 2018).

Borýsková (2018) uvádí, že plán je klíčovým pracovníkem kontrolován zpravidla jednou za měsíc, kdy dochází k schůzce koordinátorů Bazální stimulace oddělení zařízení. Této schůzce se též účastní garant a vedoucí jednotlivých oddělení zařízení. Při schůzce se dle této autorky předávají informace o plánech, dále se při schůzce řeší, zda je postupováno podle klientova individuálního plánu. Tato autorka dále doplňuje, že pro poskytování konceptu Bazální stimulace v organizaci je důležité, aby byli všichni pracovníci, kteří používají u svých klientů koncept Bazální stimulace, proškoleni, měli by užívat jednotný přístup, co se týče konkrétního klienta a koncept Bazální stimulace by měl být přizpůsoben individualitě každého klienta v zařízení (Borýsková, 2018).

1.5.2 Kurzy Bazální stimulace

Dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019a, 2019b, 2019c, 2019d) jsou všechny kurzy Bazální stimulace akreditovány. Základní kurz Bazální stimulace je dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019a) akreditován Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Cílem kurzu je především získání vědomostí, zvláště teoretických a také praktických dovedností. Tytéž internetové stránky dále uvádí, že tento kurz je především určen jak pro poskytovatele zdravotní péče, ať již lékaře, zdravotní sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, psychology, zdravotně sociální pracovníky, praktickou sestru či zdravotnického záchranáře, tak také pro poskytovatele sociálních služeb, což jsou především sociální a vedoucí pracovníci v sociálních službách či pracovníci v sociálních službách, učitelé speciálních škol, speciální pedagogové či asistenti pedagoga a vyučující na odborných

školách a univerzitách, jejichž absolventi mohou vykonávat některé z výše zmíněných zaměstnání (Bazální-stimulace, 2019a). Časová dotace základního kurzu Bazální stimulace je dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019a) 24 vyučovacími hodinami a absolvent získá Certifikát a Osvědčení toho ministerstva, pod které spadá jeho profesní způsobilost.

Nástavbový kurz Bazální stimulace je dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019b) akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky, podmínkou při tomto kurzu je mít splněn Základní kurz Bazální stimulace. Internetové stránky Bazální-stimulace (2019b) píšou, že cílem tohoto kurzu je osvojení si nových praktických dovedností a teoretických vědomostí a také prohloubení vědomostí a dovedností ze Základního kurzu Bazální stimulace. Kurz je dle těchto internetových stránek vhodný, stejně jako Základní kurz Bazální stimulace, pro poskytovatele zdravotnické péče, tak pro poskytovatele sociálních služeb, pedagogické pracovníky či vyučující na odborných školách a univerzitách. Internetové stránky se též zmiňují o časové dotaci, která je tentokrát 16,5 vyučovacími hodinami a absolvent opět získá Certifikát a Osvědčení (Bazální-stimulace, 2019b).

Prohlubujícího kurzu Bazální stimulace I se dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019c) mohou účastnit absolventi Základního kurzu Bazální stimulace a Nástavbového kurzu Bazální stimulace, tento kurz je opět akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Internetové stránky Bazální-stimulace (2019c) uvádí, že cílem kurzu je prohloubení znalostí ze Základního a Nástavbového kurzu a také získání nových teoretických vědomostí a praktických dovedností a je určen opět pro poskytovatele zdravotní péče, poskytovatele sociálních služeb, pedagogické pracovníky a vyučující na odborných školách a univerzitách, přičemž časová dotace kurzu je 8 hodin a absolvent opět získá Osvědčení a Certifikát (Bazální-stimulace, 2019c).

Prohlubujícího kurzu Bazální stimulace II se dle internetových stránek Bazální-stimulace (2019d) mohou účastnit absolventi Základního kurzu, Nástavbového kurzu, Prohlubujícího kurzu Bazální stimulace I, přičemž tento kurz je opět akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Ministerstvem školství, mládeže

a tělovýchovy České republiky, Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Cílem kurzu je dle internetových stránek prohloubení již získaných vědomostí a dovedností z předchozích absolvovaných kurzů, získání nových dovedností a vědomostí a stejně jako u předchozích kurzů je cílem též prohloubení teoretických východisek (Bazální-stimulace, 2019d). Tyto internetové stránky doplňují, že tento kurz je vhodný kromě poskytovatelů sociálních služeb také pro poskytovatele zdravotní péče, pedagogické pracovníky a vyučující na odborných školách a univerzitách a časová dotace kurzu je opět 8 hodin, absolvent kurzu získá opět Certifikát s platností ve všech zemích Evropské unie, Norska a Švýcarska a též Osvědčení ministerstva (Bazální-stimulace, 2019d).

Internetové stránky Bazální-stimulace (2019e) uvádí, že díky absolvování kurzu mohou pracovníci v sociálních službách lépe navázat komunikaci s lidmi se zdravotním postižením, lidmi s mentálním postižením a také s lidmi s demencí, pokud došlo k narušení smyslového vnímání či poznávání. Dále uvedené internetové stránky doplňují, že kurz také rozšiřuje nejen kompetence poskytovatelů sociálních služeb, ale absolvent bude schopen podporovat klienta při komunikaci, provádění či nácviku návyků a úkonu, ať se již jedná o výchovné úkony či o hygienické, pracovní a společenské návyky (Bazální-stimulace, 2019e).

2. Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti a limity poskytování konceptu Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři.

Dílčím cílem je zmapovat přínos Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením, a to z pohledu pracovníků poskytujících tento koncept.

2.2 Výzkumné otázky

S ohledem na stanovené cíle byly zformulovány následující výzkumné otázky.

HVO: Jakým způsobem je poskytován koncept Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři?

DVO: Jaký je přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením z pohledu pracovníků denního stacionáře?

2.3 Operacionalizace pojmů

Bazální stimulace je konceptem vzdělávací, terapeutické či ošetrovatelské práce s osobami různého staří s těžkým zdravotním postižením (Basale-stimulation, 2018).

Kombinované postižení znamená kombinaci mentálního postižení s postižením tělesným nebo smyslovým případně kombinaci mentálního postižení s narušenou komunikační schopností nebo poruchami autistického spektra popřípadě kombinaci mentálního postižení a závažného zdravotního hendikepu (Michalík et al., 2015).

Klientem denního stacionáře je většinou osoba od 1 roku do 40 let, která má středně těžké, těžké kombinované postižení nebo středně těžké až hluboké mentální postižení nebo je této osobě diagnostikován autismus v kombinaci s mentálním postižením (Bazalka, 2020).

Denní stacionář poskytuje ambulantní služby osobám, které jsou na základě věku, zdravotního postižení či na základě chronického duševního onemocnění závislé na pomoci jiné osoby, přičemž pomoc jiné osoby je pravidelná (MPSV, 2015).

Sociální pracovník dle §109 zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách v platném znění vykonává nejen sociálních šetření, ale také zajišťuje sociálně právní poradenství,

dále sociální prevenci, poskytuje též krizovou pomoc. Sociální pracovník dle tohoto zákona splňuje kvalifikační předpoklady.

Sociální služby se dle MPSV (2020) rozdělují na služby pobytové, ambulantní a terénní a druhy sociálních služeb jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Pracovník v sociálních službách dle §116 zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči, dále péči pečovatelskou a rovněž výchovnou nepedagogickou činnost a pomáhá také s rozvojem osobnosti klientů a pomáhá též osobě klienta s oblékáním, stravováním a osobní hygienou. Pracovník dle tohoto zákona splňuje kvalifikační předpoklady.

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Pro vyhodnocení výzkumné části bakalářské práce na téma Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením byl zvolen kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu*“ (Čapek, 2010, s. 99). Při kvalitativním výzkumu dochází k delší a též hlubší interakci mezi výzkumníkem a prostředím (Reichel, 2009). Mišovič (2019) uvádí, že tento typ výzkumu slouží především k získání informací, které jsou nové a výzkumník se též díky kvalitativnímu výzkumu může na zkoumaný jev dívat očima lidí, zúčastňujícího se výzkumu. Tento autor dále doplňuje, cílem výzkumu by mělo být nejen nalezení spojitosti s určitými fenomény, ale též nalezení jejich významu či jejich původu. Hendl (2012) shledává jako pozitivum kvalitativního výzkumu nejen možnost provádět jej v přirozeném prostředí informantů, ale též spatřuje pozitivum v možnosti podrobného popisu zkoumaného jevu. Tento autor jako jednu z nevýhod považuje především vysokou časovou náročnost, která se odráží nejen při rozhovorech s informanty, ale též při analýze dat.

Při kvalitativním výzkumu jsem využívala metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je dle Švaříčka et al. (2007) takový typ rozhovoru, při kterém jsou dopředu vytvářeny okruhy témat, na které se bude tazatel ptát, a rovněž též seznam otázek vztahujících se k jednotlivým tématům. Při polostrukturovaném rozhovoru se tazatel drží, jak uvádí Jedlička et al. (2018), co se týče otázek, plánu, který má předem stanoven. Tito autoři dále uvádí, díky této systematizaci je možné nejen udržet při dotazování určitý řád, ale též dojde k zodpovězení všech tazatelových otázek. Může též nastat situace, jak uvádí Šimková, Zajíc (2010), že část rozhovoru je vedena dle scénáře a část probíhá bez zábran, přirozeně. Mišovič (2019) doplňuje, že při rozhovoru je nejdůležitější konverzace mezi výzkumníkem a člověkem, který je tázán a díky této konverzaci může výzkumník nejen měnit pořadí otázek, ale též může konverzací zjistit co nejvíce detailních odpovědí na jeho otázky.

Byly vytvořeny dva druhy polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly pro sociálního pracovníka a pro pracovníky v sociálních službách. Některé otázky pro informanty byly totožné, některé byly naopak rozdílné. Záznamový arch vytvořený pro sociálního

pracovníka se skládal ze čtyř oblastí otázek. První oblastí otázek byly sociodemografické údaje, druhou oblastí otázek byly informace o denním stacionáři, třetí oblastí otázek bylo téma Bazální stimulace a čtvrtou oblastí otázek byl přínos Bazální stimulace (Příloha č. 1).

Pracovníci v sociálních službách vykonávající Bazální stimulaci měli taktéž čtyři oblasti otázek. První oblastí byly sociodemografické údaje, druhou oblastí otázek bylo vzdělání v sociálních službách a v Bazální stimulaci, třetí oblastí otázek byla Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením a čtvrtou oblastí otázek byl přínos bazální stimulace (Příloha č. 2).

Výsledky výzkumu byly zpracovány pomocí metody zakotvené teorie, přesněji jednou z jejích částí, kterou je otevřené kódování. Pojem zakotvená teorie neznamena dle Hendla (2012) určitou teorii, ale jedná se o způsob výzkumu a především o způsob vyhodnocování dat získaných výzkumem. Cílem zakotvené teorie je nejen navrhnout, ale i vyvinout určitou teorii vyplývající z dat, která se získala prostřednictvím určitých kategorií a vztahů, které se mezi těmito kategoriemi vytváří či vytvořily (Hendl, 2012). Gulová (2013) uvádí, že při zakotvené teorii dochází ke třem fázím zpracování dat, které se nazývají otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. V rámci otevřeného kódování dochází k tomu, že jsou jednotkám přiřazovány kódy, které jsou určené a kódy jsou posléze sdružovány do kategorií a to na základě výzkumu, který kódy nesou (Gulová, 2013).

Při zpracování výsledků výzkumu jsem využívala myšlenkové mapy, které jsem vytvářela v programu XMind ZEN. Dále jsem využívala tabulek z programu Microsoft Word 2010. Myšlenkovou mapu jsem zvolila z důvodu lepší orientace v některých odpovědích informantů. Graficky znázorněnou myšlenkovou mapu si můžeme představit jako diagram, ve kterém jsou jednotlivá hesla uspořádána kolem centrálního konceptu, nebo jsou graficky rozvržena takovým způsobem, který umožňuje vytvořit intuitivní rámec kolem centrálního konceptu (Mindmapping, 2020). „*Myšlenková mapa je obrazovým vyjádřením paprskovitého myšlení*“ (Buzan a Buzan, 2012, s. 42). Díky myšlenkové mapě je možnost vytvořit a taktéž znázornit diagram týkající se jakéhokoliv tématu (Petřtyl, 2018).

3.1.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán na základě účelového (záměrného) výběru. Dle Miovského (2006) je při kvalitativním výzkumu tento typ výběru nejrozšířenější. Jak uvádí Sedláková (2015), tento typ výzkumu je vybírán výzkumníkem a to na základě jeho rozhodnutí, že ví, co by mělo být zkoumáno a na základě jeho povědomosti o cílové populaci informantů. Miovský (2006) doplňuje, že při účelovém výběru výzkumník vyhledává účastníky dle cíleně určené vlastnosti nebo stavu. Sedláková (2015) dále dodává, že tento typ výzkumu neposkytuje vzorek cílové populace, který by se dal definovat jako reprezentativní.

Výzkumný soubor sestává z 1 sociálního pracovníka a 4 pracovníků v sociálních službách a pro jejich výběr byla stanovena tři kritéria. Prvním kritériem bylo, aby informant vykonával Bazální stimulaci minimálně šest měsíců. Druhým kritériem bylo, aby informant byl zaměstnancem denního stacionáře a třetím kritériem bylo, aby byl v denním stacionáři zaměstnán na pozici sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách. Souhlas s výzkumem byl písemný.

3.1.2 Realizace výzkumu

S realizací výzkumu jsem začala 15. 2. 2020, kdy jsem si v hlavním městě Praha a v Jihočeském kraji našla přes Registr poskytovatelů sociálních služeb denní stacionáře pro děti s kombinovaným postižením. V hlavním městě se nacházelo 8 denních stacionářů pro děti s kombinovaným postižením. V Jihočeském kraji se jich nacházelo také 8. Poté jsem přes internetové stránky Institutu Bazální stimulace vyselektovala zařízení, která splňovala kritérium denního stacionáře pro děti s kombinovaným postižením a zároveň kritérium zařízení, kde je vykonávána Bazální stimulace. Zaměřila jsem se na denní stacionáře, které jsou certifikovány Institutem Bazální stimulace. Tato kritéria splňovalo 7 zařízení, 3 zařízení v Praze a 4 v Jihočeském kraji. Poté jsem oslovila ředitelky/ ředitele emailem. Na email mi odepsali čtyři ředitelé/ředitelky, 1 z Prahy a 3 z Jihočeského kraje se souhlasem s výzkumem. Bohužel díky nástupu pandemie Covid-19 došlo k uzavření sociálních služeb, a proto bylo obtížné realizovat výzkum. Po uvolnění opatření sice denní stacionář, ve kterém jsem měla domluvený výzkum, fungoval v omezeném režim, ale po dohodě s pracovníky v zařízení jsme dospěli k závěru, že za těchto podmínek není výzkum možný. Během měsíce května 2020 jsem napsala do denního stacionáře, který prvotně též souhlasil s možností provést výzkum, a domluvila se telefonicky a přes e-maily na osobním setkání za účelem

výzkumu. Rozhovory ke kvalitativnímu výzkumu byly prováděny na konci května 2020 poté, co došlo k otevření denního stacionáře. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 45 minut až hodiny. Rozhovory probíhaly v denním stacionáři a po domluvě s ředitelem/ředitelkou denního stacionáře nebude jeho jméno v bakalářské práci uvedeno z důvodu zachování anonymity.

3.1.3 Etika výzkumu

Hendl (2012) uvádí, jako nejdůležitější zásadu výzkumu informovaný souhlas, jehož forma může být ústní či písemná a informovaným souhlasem informant souhlasí s tím, aby s ním byl veden rozhovor za účelem sběru dat pro kvalitativní výzkum a je taktéž velice důležité, aby výzkumník seznámil informanta s výzkumem, jeho průběhem. Další důležitou zásadou je anonymita, protože pouze výzkumník by měl vědět, s kým vedl rozhovor a v ideálním případě by ani výzkumník neměl vědět, s kým rozhovor vedl a rozhovor by měl být anonymní už od úplného začátku (Hendl, 2012). Mišovič (2019) uvádí, že etické zásady se týkají jak výzkumníka, tak také osob, s kterými je veden rozhovor, přičemž tyto osoby vykonávají s výzkumníkem rozhovor dobrovolně a mohou výzkum kdykoliv opustit. Tento autor dále uvádí, že výzkumník by měl uvádět ve výsledcích i výsledky, které jsou záporné, protože pokud by uváděl jen kladné výsledky, výzkum by nebyl směrodatný a výzkumník by měl ve svém výzkumu zmínit také problémy, s kterými se během výzkumu setkal, jako varování pro další výzkumníky, čemu se vyhnout. Hendl (2012) dodává, že výzkumník by měl zajistit, aby výzkum neohrozil u žádného z informantů jeho zdraví, ať už psychické nebo fyzické.

Před rozhovorem jsem každému informantovi předložila k podpisu Informovaný souhlas k výzkumu k bakalářské práci (příloha 3). Seznámila jsem každého z informantů o cílech bakalářské práce, přibližné délce trvání rozhovoru a náplni rozhovoru. Každý informant byl taktéž ujistěn, že všechna data a údaje a taktéž i všechny informace, které se od něj dozvím, použiji pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Též jsem všechny informanty ujistila, že rozhovory jsou zcela anonymní a jejich jména nebudou nikde zveřejňována a každý má kdykoliv možnost rozhovor přerušit, pokud nebude chtít odpovídat na nějaké otázky či od rozhovoru odstoupit. V textu budou jednotliví informanti pod zkratkami I1, I2, I3, I4, I5.

3.1.4 Možné zkreslení výzkumu

Hendl (2012) uvádí, že výzkumník může do výzkumu přinést zkreslení na základě nejen svých předpokladů, ale též vnitřních teorií vztahujících se ke zkoumanému tématu a toto zkreslení se pak může projevit i při vyhodnocování dat. Naopak na straně informanta může docházet ke zkreslení informací na základě zatajování informací, nebo jejich zkreslováním (Hendl, 2012). Ke zkreslení odpovědi informanta v průběhu výzkumu může také dojít z důvodu informantova vědomí, že je součástí výzkumu, a tudíž může docházet nejen ke změnám jeho reakcí, ale též ke zkreslení jeho odpovědí (Stem/Mark, 2020).

Urbánek (2019) dále uvádí, že ke zkreslení může dojít i v rámci výběrových chyb, objevujících se v rámci kvalitativního výzkumu. Ke zkreslení výsledků mé bakalářské práce mohlo dojít i při výběru informantů z denního stacionáře. Někteří informanti se mnou nechtěli příliš komunikovat, ale zřejmě to bylo způsobeno jejich ostychem či strachem, jestli o zkoumaném tématu ví dostatek informací. Dalším důvodem proč mnoho informantů s odpověďmi na otázky pokládané z mé strany spěchalo, byla zřejmě i vytíženost a časová tíseň, která častokrát nastává při práci s dětmi s kombinovaným postižením. Ke zkreslení výsledků výzkumu mohlo dojít v rámci polostrukturovaných rozhovorů, při kterých mohli informanti říkat nepravdivé informace, z důvodu nepříliš velké důvěry ve výzkumníka, strachu z porušení anonymity výzkumníkem či předání rozhovorů na zkoumané téma jejich nadřízeným. Dalším důvodem pro zkreslení výzkumu ze strany informantů je též mínění informantů, aby zařízení, ve kterém pracují, své kolegy i sebe ukázali v co nejlepším světle.

4. Výsledky

V této části bakalářské práce představím výsledky kvalitativního výzkumu, kterého se účastnili pracovníci denního stacionáře. Rozhovor probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl veden s jednou sociální pracovnící a čtyřmi pracovníky v sociálních službách, kteří pracují v denním stacionáři. Chci opět zmínit, že všechny výsledky a informace, které jsem v rámci výzkumu zjistila, jsou sepsány na základě subjektivních odpovědí informantů, kterých jsem se dotazovala, a nedají se plošně využít na všechny denní stacionáře poskytující Bazální stimulaci.

4.1 Sociodemografické údaje

První okruh otázek se týkal sociodemografických údajů informantů. Otázek bylo 6. Otázky z okruhu Sociodemografické údaje se týkaly pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe v pomáhající profesi, délky praxe v péči o děti s kombinovaným postižením, délky praxe v zařízení. Otázky byly jak pro sociálního pracovníka, tak taktéž i pro pracovníky v sociálních službách totožné.

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe v pomáhající profesi	Délka praxe v péči o děti s kombinovaným postižením	Délka praxe v zařízení
I1	Žena	40 let	Vyšší odborná škola	15 let	8 let	8 let
I2	Žena	29 let	středoškolské s maturitou	2,5 roku	2,5 roku	2,5 roku
I3	Žena	25 let	vysokoškolské	3 roky 9 měsíců	3 roky 9 měsíců	3 roky 9 měsíců
I4	Muž	28 let	středoškolské s maturitou	2 roky 9 měsíců	2 roky 9 měsíců	2 roky 9 měsíců
I5	Žena	44 let	středoškolské s maturitou	2 roky 9 měsíců	2 roky 9 měsíců	2 roky 9 měsíců

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 1 je patrné, že výzkumu se účastnily čtyři ženy a jeden muž, věk informantů byl od 25 až do 44 let. Z rozhovoru s pracovníky denního stacionáře vyplynulo, že pouze I1 a I3 studovali školy se sociálním zaměřením, konkrétněji I1 vyšší odbornou školu se zaměřením na sociální práci a I3 speciální pedagogiku. I2, I4 a I5 mají středoškolské vzdělání. I2 má ukončenu obchodní akademii, poté absolvoval kurz pracovník v sociálních službách. I4 má ukončeno gymnázium a I5 má středoškolské vzdělání v oboru nástrojář. Liší se i doba, po kterou informanti vykonávají práci v odvětví sociálních služeb. I1 vykonává práci v sociálních službách po dobu 15 let, z toho 8 let vykonává práci s dětmi s kombinovaným postižením a taktéž po dobu 8 let pracuje v zařízení, ve kterém byl vykonáván výzkum. U I2 je délka praxe v pomáhající profesi 2,5 roku a po stejný čas pracuje s dětmi s kombinovaným postižením a zároveň v zařízení, kde byl vykonáván výzkum. I3 pracuje v sociální sféře po dobu 3 let a 9

měsíců a po stejnou dobu pracuje nejen s dětmi, ale taktéž v zařízení, kde byl vykonáván výzkum. I4 a I5 pracují oba shodně jak v sociálním sektoru, tak též s dětmi s kombinovaným postižením a rovněž v zařízení, kde byl vykonáván výzkum po dobu 2 let a 9 měsíců.

4.2 Informace o denním stacionáři; Vzdělání v sociálních službách a v denním stacionáři

Sociální pracovník (I1) odpovídal na otázky týkající se informací o denním stacionáři. Tyto otázky se týkaly doby fungování denního stacionáře, poskytovatele denního stacionáře, počtu klientů denního stacionáře a počtu pracovníků denního stacionáře.

Pracovníci v sociálních službách (I2, I3, I4 a I5) zodpovídali otázky týkající se vzdělávání v sociálních službách a v Bazální stimulaci, otázky z tohoto okruhu se týkaly prvního setkání s konceptem Bazální stimulace, první zkušenosti s konceptem Bazální stimulace, délky vykonávání Bazální stimulace, absolvovaného či absolvovaných kurzů a platby za kurz. Dále mě zajímalo, co bylo na kurzu z jejich pohledu nejvíce užitečné a jaké je nejvyšší dosažené vzdělání v rámci Bazální stimulace.

4.2.1 Informace o denním stacionáři

Z výzkumu vyplynulo, že denní stacionář funguje již 16 let, jak mi bylo sděleno I1 a tuto informaci jsem si ověřila rovněž v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Denní stacionář byl založen soukromými osobami a dodnes je veden jako soukromé zařízení. Tuto informaci jsem si opět ověřila v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Počet klientů denního stacionáře se pohybuje okolo počtu 40, přičemž klienti jsou různého věku a taktéž nejen různého typu postižení, ale též různé závažnosti postižení. Co se týče počtu zaměstnanců, 22 zaměstnanců pracuje v sociálních službách, z toho jsou dva sociální pracovníci, dva vedoucí přímé péče, dva fyzioterapeuti a 10 provozních zaměstnanců.

4.2.2 Vzdělání v sociálních službách a v denním stacionáři

I2, I4 a I5 se poprvé s Bazální stimulací setkali až v denním stacionáři, kde v současnosti pracují. I2: „ S Bazální stimulací jsem se poprvé setkala v práci při odpolední směně, protože odpoledne se věnujeme Bazální stimulaci a ten, kdo mě zrovna zaučoval, tak ukázal, jak Bazální stimulace probíhá a vyzkoušela jsem si to.“ I3 se s Bazální stimulací setkala už na vysoké škole. I3: „S bazálkou jsem se setkala už na vysoké škole, dělali jsme výzkum a škola spolupracovala s Institutem Bazální stimulace,

bylo to ve druháku. Potom jsem se s ní setkala v rámci somatopedie, zabývali jsme se polohováním, ale brala jsem to tak, že se to musím naučit a odprezentovat, nevnímala jsem to.“

I2 vykonává koncept Bazální stimulace již 2,5 roku. I3 vykonává Bazální stimulaci 3 roky a devět měsíců a I4, I5 vykonávají shodně Bazální stimulaci 2 roky a 2 měsíce. Všichni informanti se u této otázky shodli, že Bazální stimulaci vykonávali od prvního dne. I4 dodává: *„Pokud nemáme ještě kurz, pracujem ze začátku pod dohledem někoho zkušenějšího, s kurzem.“*

Absolvovaný kurz

Tabulka 2 popisuje, jaký kurz mají informanti hotový, v jakém roce jej absolvovali a jak dlouho trval. Dále, kde se nacházel, kdo je školil, kolik kurz stál. Dále se v tabulce můžeme dočíst o průběhu kurzu a způsobu ukončení.

Tabulka 2: Absolvovaný kurz Bazální stimulace

	Název + délka kurzu	Místo	U koho	Cena	Průběh kurzu	Způsob ukončení
I2	Základní kurz Bazální stimulace 2018, 3 dny	Denní stacionář	Školitel z Institutu Bazální stimulace	Neví, zaměstnava tel platil plnou částku	Probírání základních technik, vyzkoušení technik	Test
I3	Základní kurz Bazální stimulace 2017, 3 dny Nástavbový kurz Bazální stimulace 2019, 2 dny	Denní stacionář	Školitel z Institutu Bazální stimulace	Neví, zaměstnava tel platil plnou částku	1. kurz: Probírání základních technik, vyzkoušení technik 2. kurz: nespokojeno st, žádné nové poznatky	1. Test 2. Test
I4	Základní kurz Bazální stimulace 2018, 3 dny	Denní stacionář	Školitel z Institutu Bazální stimulace	7 000,- Kč, zaměstnava tel platil plnou částku	Spíše praktické vyzkoušení základních technik	Test
I5	Základní kurz Bazální stimulace 2018, 3 dny	Denní stacionář	Školitel z Institutu Bazální stimulace	Neví, zaměstnava tel platil plnou částku	Probírání základních technik, vyzkoušení technik	Test

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že pouze I3 má absolvovaný Nástavbový kurz Bazální stimulace, který absolvovala v roce 2019. I3 uvedla: „*Co se týče nástavbového kurzu, lektor nebyl dobrý, měla jsem s ním i drobný konflikt. Celý kurz byl špatný, a nezanechal žádný dojem.*“ I2, I4 a I5 absolvovali kurz společně v roce 2018. I4 jako jediný uvedl, že kurz byl zaměřen spíše prakticky. Všichni zaměstnanci denního stacionáře absolvovali kurz v denním stacionáři, kde pracují a školil je pracovník z Institutu Bazální stimulace a rovněž všichni uvedli, že kurz byl zakončen testem. I2 uvedla: „*Test byl takovou spíše skupinovou prací.*“ I2, I3 a I4 by měli do konce roku 2020 absolvovat Nástavbový kurz Bazální stimulace. Všichni informanti se shodli, že díky základnímu kurzu se dokáží lépe vcítit do klienta a jeho potřeb a domnívají se, že tomu tak je z toho důvodu, že si na kurzu mohli vyzkoušet různé metody Bazální stimulace prakticky.

4.3 Bazální stimulace; Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením

Třetí okruh otázek byl z velké části rozdělen, pouze několik otázek jsem položila v podobném znění jak sociálnímu pracovníkovi, tak pracovníkům v sociálních službách, abych mohla odpovědi na stěžejní otázky srovnávat. Tento okruh byl u Sociálního pracovníka (I1) pojmenován Bazální stimulace a při rozhovoru jsem se ptala na to, jestli on sám poskytuje Bazální stimulaci a pokud ano, jaký kurz absolvoval. Zajímalo mě také, v čem vidí přínos Bazální stimulace v sociálních službách, co se týče kontextu péče o děti s postižením. Dále mě zajímalo, v jaké organizaci se pracovníci vykonávající Bazální stimulaci vzdělávají a kolik z pracovníků absolvovalo kurz Bazální stimulace, kolik pracovníků má ukončeno základní kurz, kolik má ukončeno Nástavbový kurz, kolik pracovníků má ukončen Prohlubující kurz Bazální stimulace. Ptala jsem se také, jak dlouho je vykonáván a kdo zavedl koncept Bazální stimulace do denního stacionáře. Dále mě zajímalo, kolik pracovníků Bazální stimulaci vykonává a jestli na kurz Bazální stimulace pracovníkům přispíval zaměstnavatel, pokud ano, tak v jaké výši. Při rozhovoru s I1 jsem jej též poprosila, aby popsal průběh Bazální stimulace.

Třetí okruh v rozhovoru pro pracovníky v sociálních službách byl pojmenován Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením. Rozhovorem jsem se snažila nalézt odpovědi na otázky týkající se reakce dětí s kombinovaným postižením na koncept Bazální stimulace, dále mě zajímalo, jak probíhalo jejich první sezení s dítětem s postižením a jaké jsou cíle Bazální stimulace u těchto dětí. Dále jsem se ptala více

prakticky na to, jaké techniky jsou v rámci Bazální stimulace používány a jak se u dětí osvědčují či neosvědčují. Poté mě zajímalo, jaké základní prvky se používají, jak často a jakým způsobem. Ptala jsem se také, jaké nastavbové prvky Bazální stimulace pracovníci používají, které prvky se osvědčily, a jakým způsobem přizpůsobují Bazální stimulaci klientově momentálnímu rozpoložení. Chtěla jsem rovněž vědět nějaké informace o vedení dokumentace o poskytování Bazální stimulace.

4.3.1 Bazální stimulace

Sociální pracovník uvedl, že zaměstnanci denního stacionáře jsou školeni v rámci Institutu Bazální stimulace. I1 dodává: „*Momentálně má absolvován Základní kurz 14 zaměstnanců pracujících v sociálních službách, Nastavbový kurz mají absolvovaný 2 zaměstnanci pracující v sociálních službách.*“ I1 absolvoval Základní kurz Bazální stimulace. Zaměstnavatel platí zaměstnancům plnou částku kurzového. Částku jsem se od I1 nedozvěděla. Zaměstnance vždy někdo z Institutu Bazální stimulace přijede zaškolit. Tyto odpovědi korespondují s odpověďmi, které jsou zaznamenány v tabulce 3. Dle I1 by v září měli mít všichni zaměstnanci denního stacionáře absolvován základní kurz. Dle I1: „*Zařízení se snaží vždy zaškolit v jednotlivých typech kurzu co nejvíce zaměstnanců.*“ Má z toho profit jak denní stacionář, tak školitel. V září by měli základní kurz absolvovat zaměstnanci přímé péče, kteří nastoupili do zařízení v tomto roce. Tito zaměstnanci si již jednotlivé prvky a techniky Bazální stimulace zkouší pod dohledem pracovníka, který základní kurz absolvoval.

Pracovníci v přímé péči, kteří mají certifikát o absolvování Základního kurzu, by měli v září absolvovat nastavbový kurz. Na téma kurzů I1 dodává: „*Tím pádem by měli být všichni pracovníci pracující v přímé péči proškoleni v konceptu Bazální stimulace.*“ I1 uvedla, že do budoucna by bylo dobré, aby základní kurz Bazální stimulace měli absolvovaný všichni zaměstnanci, nejen ti, kteří pracují v přímé péči. I1: „*Myslím si, že by bylo fajn, kdyby mělo víc zaměstnanců hotový kurz. Mohli by taky dělat bazálku a kdyby ji dělalo víc lidí, mohla by být delší.*“ Prohlubující kurz absolvovala pouze paní ředitelka, která též koncept před více než deseti lety zavedla a to na základě účasti na semináři týkajícího se Bazální stimulace. Jak uvádí I1: „*Naše zařízení bylo jedno z prvních, které koncept Bazální stimulace poskytovalo.*“

Bazální stimulaci poskytují v zařízení dle slov I1 „Pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci a fyzioterapeutky.“ Dle I1 se každý den v zařízení (pokud čas a momentální rozpoložení dítěte dovolí), či ob den provozuje nějaká technika Bazální stimulace.

4.3.2 Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením

Reakce dětí

Schéma 1 popisuje, jaká je reakce dětí s kombinovaným postižením na koncept Bazální stimulace.



Schéma 1: Reakce dětí s kombinovaným postižením na koncept Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku reakce dětí na koncept Bazální stimulace byly odpovědi informantů velice podobné. I2 a I4 uvedli, že u dětí s kombinovaným postižením cítí během provádění Bazální stimulace zklidnění. I3 uvádí, že: „Ještě se mi nestalo, aby začali křičet, jsou spokojeni a uvolnění.“ I4 doplňuje: „Děti vypadnou z letargie, začnou se zajímat o svět a jejich dýchání se zklidní.“ I5 a I3 pociťuje u dětí jejich uvolnění, které může vyústit až ke spánku, jak uvedli I2, I4 a I5. I2 se svěřila: „ Po první Bazální stimulaci jsem byla překvapena, že se může dítě až tak zklidnit a usnout.“ I2 se snaží, pokud dítě usne, nechat ho spát minimálně 20 minut a ne ho násilně budit. Dodává: „Samozřejmě 20 minut je orientačních, záleží na programu, který má denní stacionář v plánu po Bazálních stimulacích.“

První sezení

Schéma 2 popisuje první sezení s dítětem s kombinovaným postižením, jak probíhalo a jaké pomůcky se při tomto sezení využívaly.

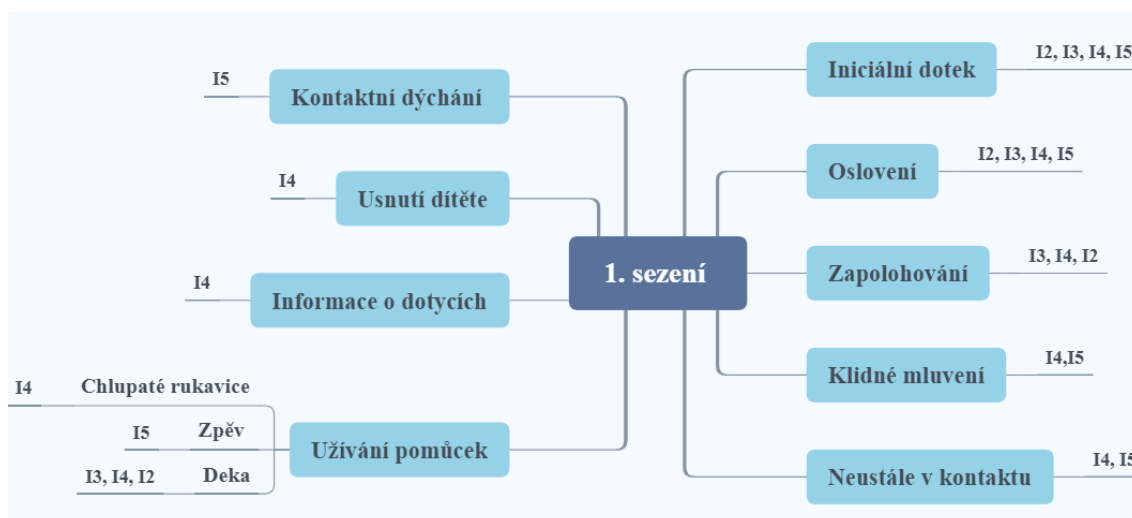


Schéma 2: První sezení s dítětem s kombinovaným postižením v rámci konceptu Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni informanti uvedli, že když prováděli Bazální stimulaci s dítětem, které se předtím s konceptem nesetkalo, začali iniciálním dotekem a dítě oslovili jménem. Každý použil jiný typ Bazální stimulace. I2 použila somatickou stimulaci zklidňující. „Klienta jsem masírovala a pak zapoložovala do polohy mumie. Použila jsem spoustu dek.“ I3 rovněž použila somatické stimulace. I4 taktéž použil somatickou stimulaci. I4 ji popisuje následovně: „Využil jsem chlupatých rukavic, dotek je potom příjemnější. Snažil jsem se na dítě mluvit klidně a říkal sem mu, co právě dělám a alespoň 1 ruku sem se snažil mít neustále položenou na dítěti. Pak jsem dítě zapoložoval a ono usnulo. Nechal sem ho spát, přeci jen, bylo to něco nového.“ I5 využila auditivní stimulaci. „Zpívala jsem dítěti, které jsem si přitiskla na klín, tím pádem jsem s ním byla neustále v kontaktu. Po zpěvu jsem zkusila i metodu kontaktního dýchání. Jeho dech se poté zklidnil.“

Cíle

Schéma 3 popisuje cíle Bazální stimulace podle informantů.

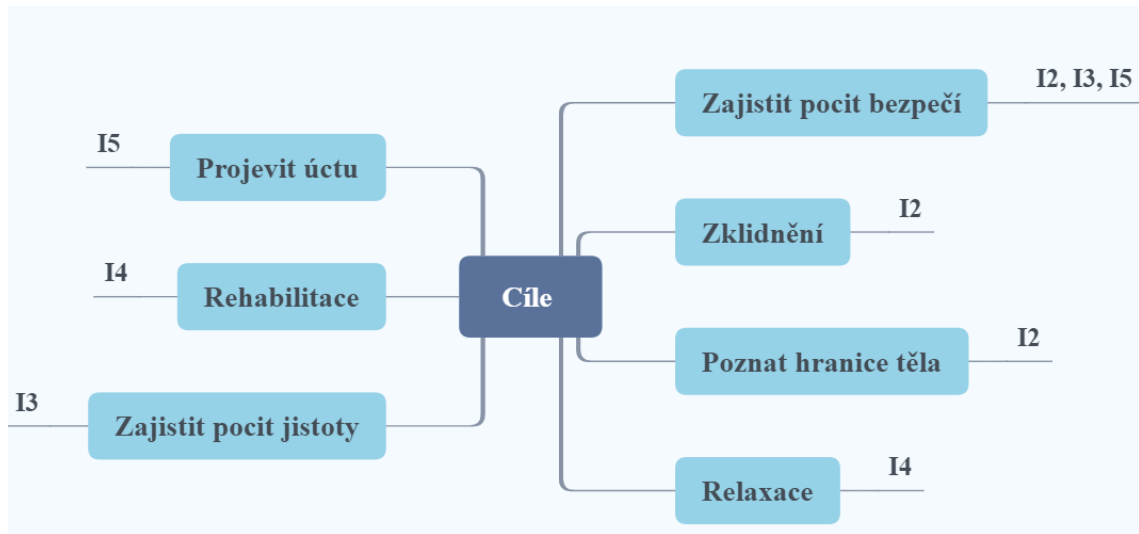


Schéma 3: Cíle Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

I2, I3 a I4 považují za hlavní cíl zajistit klientovi pocit bezpečí, aby se mohl při Bazální stimulaci uvolnit. Cílem je dle I2 také: „Pomocť dětem poznat hranice svého těla, k tomu slouží i napolohování dětí.“ I2 uvádí: „Když dítě napolohuju, zklidní se.“ I3 považuje za cíl zajištění pocitu jistoty dítěti s kombinovaným postižením. A jak dodává: „Pokud má dítě pocit bezpečí, má i pocit jistoty.“ I4 si myslí, že důležitým cílem je: „Odpočinek klienta, který jde ruku v ruce s rehabilitací klienta.“ I5 považuje za cíl Bazální stimulace: „Respektovat dítě s kombinovaným postižením, prostě mu projevovat úctu. Zkrátka, zajímat se o něj.“ I3 dále dodává: „K naplnění cílů je důležité nadšení ze strany zaměstnanců a chuť s dětmi pracovat“

Techniky

Schéma 4 popisuje techniky Bazální stimulace a také uvádí, jaký informant využívá jakou techniku.

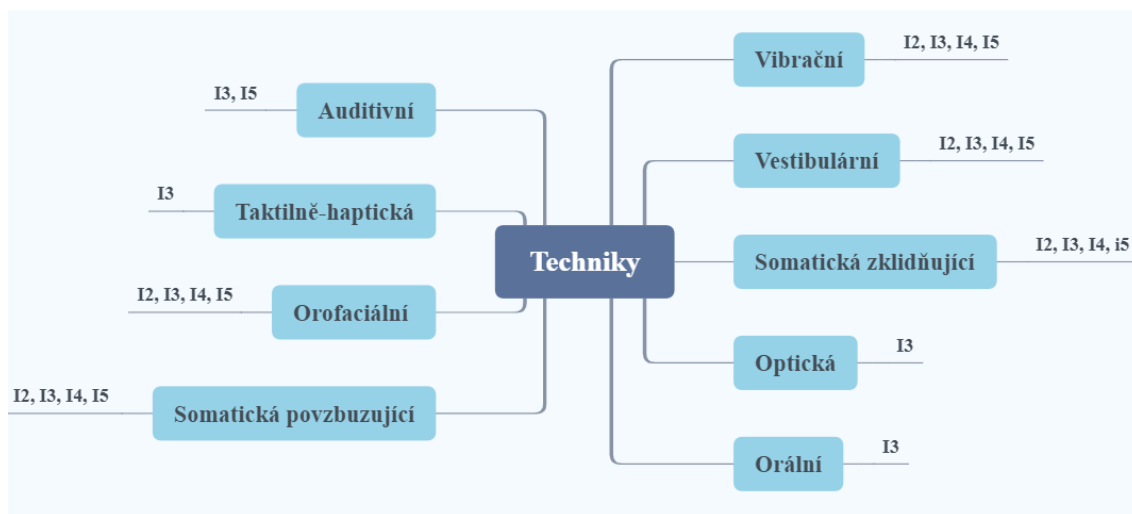


Schéma 4: Techniky Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

I2 uvádí: „Vibrační technika se provozuje nejčastěji hlasem a orofaciální technika se užívá každý den před jídlem.“ I3: „V denním stacionáři se provozují všechny techniky Bazální stimulace.“ I4 uvádí: „Vibrační a vestibulární techniky se nejčastěji užívají v místnosti Snoezelen.“ Všichni informanti využívají jak somatickou stimulaci zklidňující, tak i povzbuzující. Jak dodává I5: „Většinou vždycky poznám, jestli dítě potřebuje spíš somatickou stimulaci zklidňující nebo povzbuzující, podle toho, jak se ten den projevuje. Pokud je utlumený, použiju povzbuzující a pokud vidím, že je rozdivočelý, tak abych ho hodil do klidu, použiju zklidňující.“

Prvky

Schéma 5 uvádí, jaké prvky a jaký informant tyto prvky při Bazální stimulaci využívá.

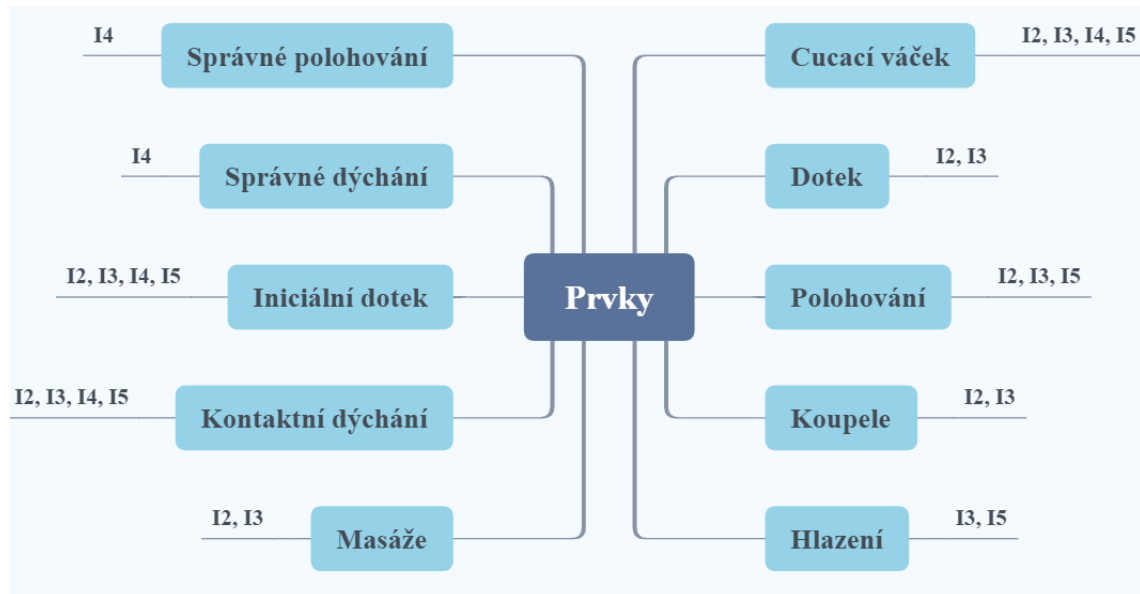


Schéma 5: Prvky Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku jaké prvky Bazální stimulace se u dětí s kombinovaným postižením nejvíce osvědčily, odpověděla I2: „*Mně se osvědčily všechny prvky. Mám velice dobrou zkušenost při kombinaci se Snoezelenem. Děti dobře reagují také na jemné otáčivé pohyby jejich hlavou a také na hlas a vibrace. Položíme si klienta na hrud' a něco mu čteme.*“ I3 považuje za prvek, který se nejvíce osvědčil kontaktní dýchání. A to nejen v rámci relaxace, ale též v rámci osobního růstu dítěte. I4 též považuje za důležitý prvek iniciální dotek, který je dle jeho názoru dobré použít před každou aktivitou s dítětem i před každým provozováním konceptu Bazální stimulace. I4 uvádí, že „*nejdůležitější je správné polohování dítěte a naopak koupele se moc nepoužívají z důvodu nedostatku zaměstnanců.*“ I5 se nejvíce osvědčilo kontaktní dýchání. „*Když mám klienta na sobě, snažím se dechem napojit na něj a například začít zpívat, všimla jsem si, že dítě poté lépe dýchá, z povrchního dýchání začne dýchat normálně.*“

Technika, která se osvědčila

Schéma 6 uvádí techniku Bazální stimulace, která se osvědčila.

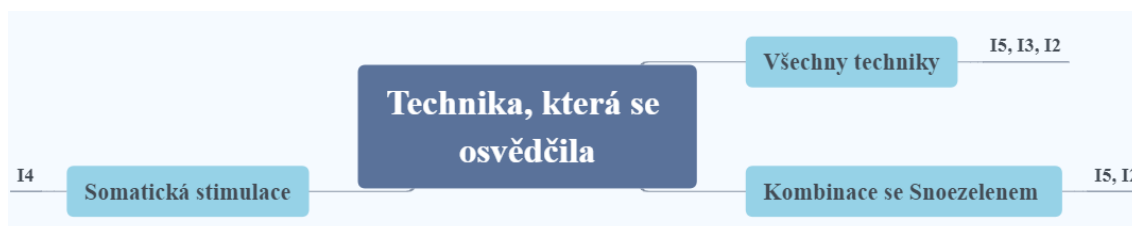


Schéma 6: Technika konceptu Bazální stimulace, která se osvědčila

Zdroj: Vlastní výzkum

I2, I3 a I5 uvedly, že všechny techniky Bazální stimulace se osvědčily. I2 a I5 vyzdvihují kombinaci Bazální stimulace a Snoezelenu. Tato kombinace se především osvědčila u dětí s autismem, protože jak mi svěřili všichni informanti, v denním stacionáři je momentálně velké množství autistů a dětí s autistickými rysy. I4 rád využívá somatické stimulace. I4 rád využívá možnosti somatické stimulace a to jak povzbuzující, tak i zklidňující. Jak uvádí: „*Líbí se mi, že somatická stimulace může nabudit nebo utlumit, záleží jen, jaká je.*“

Technika, která se neosvědčila

Schéma 7 uvádí techniku, která se v rámci poskytování konceptu Bazální stimulace neosvědčila.

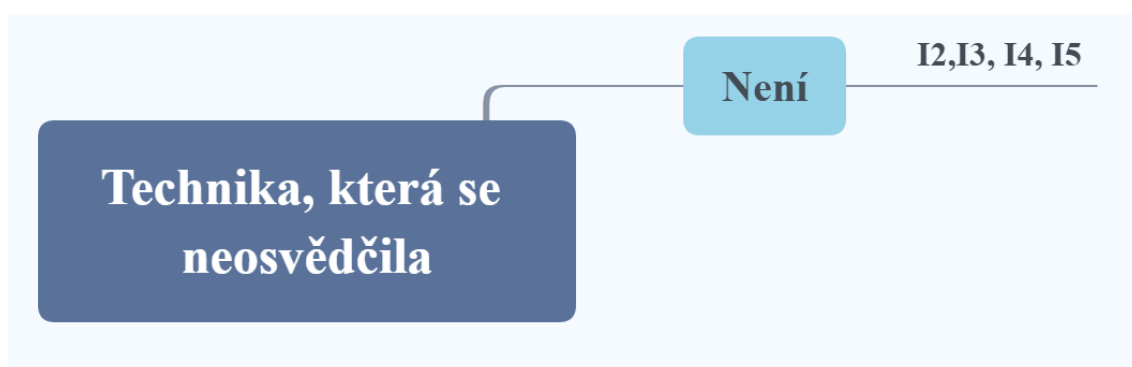


Schéma 7: Technika konceptu Bazální stimulace, která se neosvědčila.

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti odpověděli, že neexistuje technika Bazální stimulace, která by se neosvědčila.

Přizpůsobení techniky

Schéma 8 popisuje, jakým způsobem se přizpůsobuje prováděná technika Bazální stimulace momentálnímu rozpoložení dítěte.



Schéma 8: Přizpůsobování techniky rozpoložení dětí s kombinovaným postižením

Zdroj: Vlastní výzkum

Při odpovědích na otázku jakým způsobem přizpůsobují Bazální stimulaci momentálnímu rozpoložení dětí s postižením, všichni informanti uvedli, že záleží v první řadě na dítěti, že ono je příjemcem Bazální stimulace, a proto se vždy při poskytování Bazální stimulace v první řadě musí hledět na momentální rozpoložení dítěte. I2 uvádí: „Pokud jedna technika Bazální stimulace nevyhovuje, zkusím jinou. Po nějaké době zkusím nevyhovující techniku a dítě reaguje pozitivně.“ I3 se svěřila: *pokud se během dne zjistí, že dítě mělo hodně astmatických záchvatů, bazálka u něj nebude. Hodně záleží na klientovi a na počasí, může se to naplánovat, ale pak je vše jinak.* I4 většinou klienty zná a pozná, jakou mají ten den náladu a podle toho se snaží vybrat vhodný typ Bazální stimulace. I5: „Přizpůsobuju bazálku momentálnímu rozpoložení dítěte a to typ i prostředí, kde ji dělám, jestli venku nebo vevnitř a tomu, na co má podle mého pocitu klient chuť.“

Všichni respondenti uvádí, že každé dítě s postižením, u kterého je vykonávána Bazální stimulace má sešit a deník. I2 uvádí, že „do sešitu píšeme jednotlivé prvky Bazální stimulace pod kódy, napíšeme k nim slovní hodnocení a oznamkujeme známkami jako ve škole, 1 je nejlepší a 5 je nejhorší. Pak se napíše délka trvání, kdo Bazální stimulaci vykonával. Jak dodává I2: „Bazální stimulaci může vykonávat i jiný pracovník než v přímé péči, pokud má kurz.“ I3 se zmínila, že „každý klient má i svůj sešit, kam se píše, co jedl, jak se choval a do deníku se píše, jestli se dělala orofaciální stimulace (ano x ne), kolik toho snědl po stimulaci, jestli snědl léky, jak reagoval.“ I4 a I5 se zmínili, že sešit slouží především rodičům dětí, píše se do něj to stejné jako do dokumentace jednotlivých dětí o poskytování Bazální stimulace v rámci denního

stacionáře. I5 se zmínila: „Do sešitu se taky píše, jaký měl klient pocit z jednotlivých prvků Bazální stimulace“.

Co se týče základních prvků Bazální stimulace, všichni informanti se shodli, že se snaží využívat všech základních prvků. Jak somatické stimulace, tak vestibulární i vibrační. Bazální stimulace a častokrát dochází i ke kombinaci základních prvků, kdy jsou v místnosti Snoezelen navzájem kombinovány prvky vestibulární a vibrační.

Vestibulární stimulace

Schéma 9 popisuje četnost a průběh vykonávání vestibulární stimulace u dětí s kombinovaným postižením.

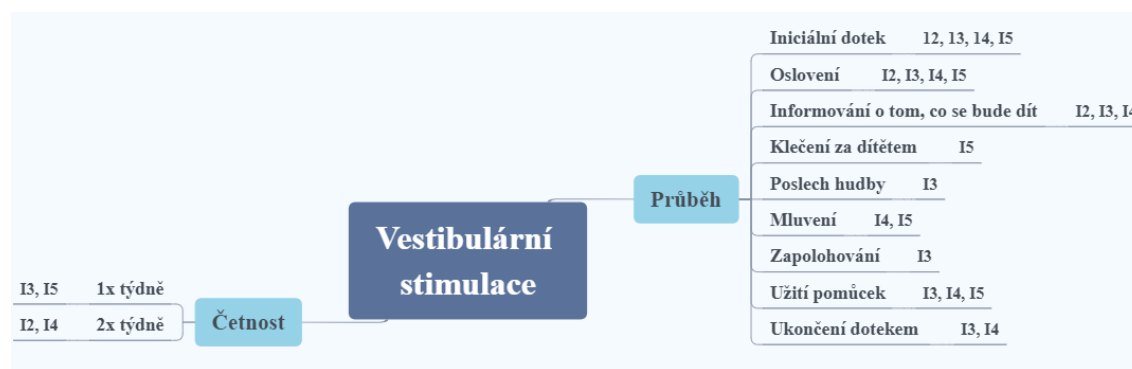


Schéma 9: Četnost a průběh vestibulární stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Při vestibulární stimulaci opět všichni informanti začínají iniciálním dotekem a oslovením. I2, I3 a I4 poté informují dítě o tom, co se bude během vestibulární stimulace dít. I5: „Ráda provádím vestibulární stimulaci v kleče za dítětem, cítím tak, jak dítě dýchá a snadněji se na něj můžu napojit. Ráda kombinuju vestibulární a somatickou stimulaci dohromady.“ I3 provozuje vestibulární stimulaci, zatímco má v pozadí puštěnou relaxační hudbu. Při vestibulární stimulaci na dítě mluví I4 a I5 a I3 během vestibulární stimulace dítě zapolohuje. Během vestibulární stimulace užívají pomůcky I3, I4 a I5. I4 upozorňuje: „Pomůcky se snažím volit tak, aby byla vestibulární stimulace pokaždé trochu jiná, aby nebyla nudná.“ Proto I5 ráda provozuje tuto stimulaci venku. Jak uvádí: „Ve venkovním prostředí můžu využívat mnoho pomůcek.“ Vestibulární stimulaci ukončuje dotekem I3 a I4. I2 a I5 uvádí: že dítě většinou usne. I3, I5 provozují tuto stimulaci 1x týdně a I2 a I4 2x týdně.

Vibrační stimulace

Schéma 10 popisuje četnost a průběh vykonávání vibrační stimulace u dětí s kombinovaným postižením.

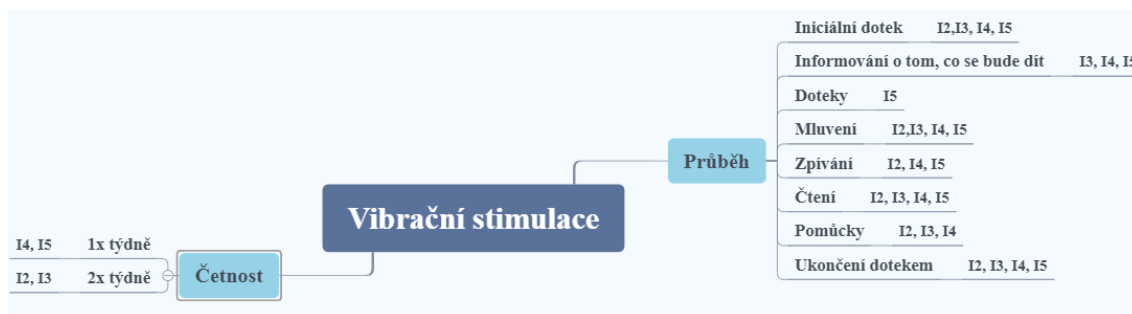


Schéma 10: Četnost a průběh vibrační stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni informanti začínají vibrační stimulaci iniciálním dotekem. I3, I4 a I5 poté informují dítě, co se bude během této stimulace dít. Během vibrační stimulace na klienty mluví všichni informanti, I2, I4 a I5 dokonce během vibrační stimulace klientovi zpívají. Klientům čtou všichni informanti a I5 se svěřila: „*Přitisknu si dítě na hrud', aby mohlo poslouchat, jak mi rezonuje při čtení hrudník, trochu vibrační kombinuji i se somatickou.*“ Pomůcky využívají I2, I3 a I4 a vibrační stimulaci ukončují dotekem všichni informanti. Co se týče četnosti, I4, I5 provozují vibrační stimulaci 1x týdně a I2, I3 2x týdně.

Somatická stimulace

Schéma 11 popisuje četnost a průběh vykonávání somatické stimulace u dětí s kombinovaným postižením.

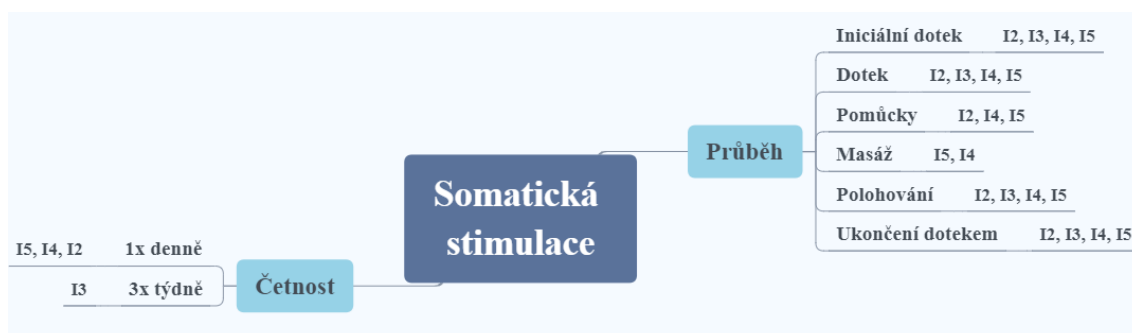


Schéma 11: Četnost a průběh somatické stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče četnosti a průběhu somatické stimulace, průběh somatické stimulace začíná iniciálním dotekem, který uvedli všichni respondenti. I2 uvádí: „*Iniciální dotek*

znamená dotknout se dítěte na pravém rameni.“ Dále se při somatické stimulaci užívá doteku, který uvedli všichni respondenti. Pomůcky při somatické stimulaci využívají respondenti I2, I4, I5. Při poskytování somatické stimulace využívá masáž I4 a I5. Ukončování somatické stimulace se provádí zapoložováním klienta, které provádí všichni informanti. I4 uvádí: *„Někdy dítě usne, ale mně to neva.“* Ukončení tohoto typu stimulace je prostřednictvím iniciálního doteku pracovníka. I5 doplňuje: *„Na konci se dítěte opět dotkneme na tom místě, kde na začátku, takže na pravém rameni.“* I4 dodává: *„Pokud dítě usne, tak na konci iniciální dotek samozřejmě nepoužiju. To bych ho akurát tak vzbudil.“* Co se týče četnosti, I2, I4 a I5 uvádí, že somatickou stimulaci provádí 1x denně, vždy s jiným klientem a I3 uvedla, že provádí somatickou stimulaci 3x týdně.

Co se týče nastavbových prvků, mezi informanty přílišná shoda nepanovala. I2 uvedla: *„Nastavbové prvky bazálky moc nevyužívám.“* Naopak zbylí respondenti uvedli, že nastavbové prvky využívají. I3 uvedla jako nastavbový prvek orofaciální stimulaci, která je dle jejích slov: *„Vykonávána 5x denně, před každým jídlem.“* I4 a I5 uvedli nezávisle na sobě, že orofaciální stimulace je často kombinovaná s olfaktorickou. I5: *„Kombinací olfaktorické a orofaciální se snažím dětem před spolknutím jídla tohle jídlo víc přiblížit.“*

4.3.3 Otázky týkající se Bazální stimulace totožné pro obě skupiny

Otázky, které byly stejné jak pro sociálního pracovníka, tak pro pracovníky vykonávající Bazální stimulaci se týkaly provozování Bazální stimulace ve stacionáři, poprosila jsem je, jestli mohou popsat, jak ji poskytují. Snažila jsem se dozvědět i něco více o možnostech a limitech Bazální stimulace, a rovněž o supervizi týkající se Bazální stimulace.

Poskytování konceptu Bazální stimulace

Schéma 12 popisuje způsob poskytování konceptu Bazální stimulace a to z pohledu četnosti, metody, techniky. Dále popisuje, jaké pomůcky jsou využívány, průběh Bazální stimulace, pro koho je vhodná. Dále uvádí, kolik pracovníků vykonává koncept Bazální stimulace, jací jsou to pracovníci a délku trvání Bazální stimulace.

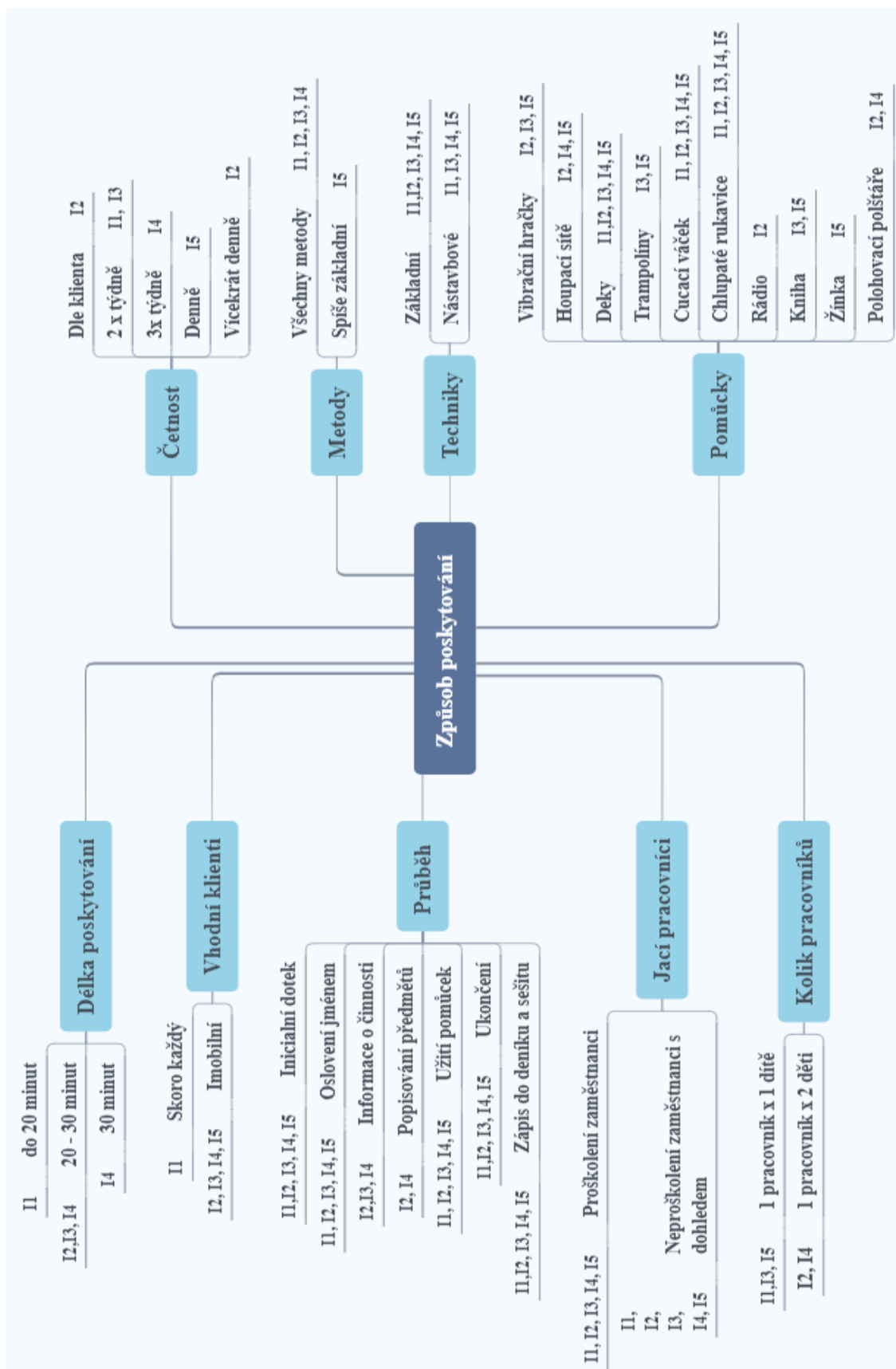


Schéma 12: Způsob poskytování konceptu Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče četnosti poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři, informanti uváděli různé odpovědi, od několikrát denně, samozřejmě vždy s jiným klientem (I2) až po 3x týdně. I5 uvedla: „*Využívají se pouze základní*“. Na můj dotaz, kolika dětem najednou vykonává pracovník Bazální stimulaci respondenti I1, I3 a I5 uvedly, že jeden pracovník vykonává vždy Bazální stimulaci pouze u jednoho dítěte. I2 a I4 naopak uvedli, že pracovník vykonává Bazální stimulaci u dvou dětí, ne však najednou. Jedno dítě zapoložuje a věnuje se druhému. I4 dodává: „*To, že pracovníci provádí Bazální stimulaci najednou u dvou dětí, způsobuje zkrácení času, který můžu každému dítěti dát.*“ Na dotaz, kdo Bazální stimulaci provozuje, se informanti shodli, že je provozována jak proškolenými zaměstnanci, tak i neproškolenými. Neproškolení zaměstnanci provozují Bazální stimulaci pouze s dohledem proškoleného pracovníka. I5 k tomu dodává: „*Bazální stimulaci vykonávají i dva pracovníci na jednom dítěti, ale to se děje pouze v případě, že jeden z těch pracovníků je ve stacionáři nový a druhý pracovník ho instruuje a dohlíží na něj, aby vše dělal dobře, než se na kurzu naučí, jak Bazální stimulaci správně provozovat.*“

Co se týče průběhu Bazální stimulace, každý průběh Bazální stimulace začíná iniciálním dotekem, jak uvedli všichni informanti. I4 dodává: „*K iniciálnímu doteku se využívá pravého ramena klienta, na které jemně poklepeme. Pravé rameno se využívá u všech klientů a poklepávají na něj všichni pracovníci.*“ Při iniciálním doteku pracovník též vysloví klientovo jméno, jak uvedli všichni informanti. Dále I2, I3 a I4 uvedli, že po oslovení informují klienta, jaký typ Bazální stimulace budou za chvíli s dítětem vykonávat. I2 a I4 poté popisují předměty, které při Bazální činnosti používají. Ostatně, pomůcky používají všichni pracovníci poskytující Bazální stimulaci. Pomůcky se liší v závislosti na provozovaném typu Bazální stimulace. Před ukončením všichni informanti sdělí tuto skutečnost klientovi. Průběh, typ, délku trvání Bazální stimulace poté všichni informanti zapíší do deníku a sešitu. I1: „*Bazální stimulace se může vykonávat u skoro každého klienta, záleží pouze na jeho momentálním zdravotním stavu.*“ Toto tvrzení je v nesouladu s odpověďmi I2, I3, I4 a I5, kteří tvrdí, že vhodným klientem je klient imobilní. I3 uvádí: „*Je těžké, dělat Bazální stimulaci autistovi, protože neposedí, nedokáže být tak dlouho v klidu, pro něj je lepší Snoezelen, je tam více podnětů nebo kombinace bazálka a Snoezelen.*“ Co se týče délky trvání jedné Bazální stimulace, časový rozsah se liší od délky do 20 minut (I1), do délky 20-30 minut (I2, I3, I4) až do délky 30 minut (I5).

Poskytování

Tabulka 3 uvádí, jaké jsou možnosti poskytování Bazální stimulace v sociálních službách a jaké jsou možnosti poskytování v denním stacionáři.

Tabulka 3: Možnosti poskytování Bazální stimulace

	Poskytování v sociálních službách	Poskytování v denním stacionáři
I1	Dostatek prostoru, dostatek proškolených zaměstnanců, vhodní klienti	Prostor, klienti, dostatek proškolených zaměstnanců
I2	Kdykoliv, když je prostor	Prostor (i kvůli soukromí klienta)
I3	Uzpůsobené zařízení, vhodní klienti	Úprava prostředí, vhodní klienti
I4	Prostor, možnost dalšího vzdělávání	Klienti, prostor, možnost dalšího vzdělávání
I5	Univerzální užití, prostor	Prostor, Snoezelen

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni informanti se nezávisle na sobě shodli na tom, že je pro možnost vykonávání Bazální stimulace potřeba mít dostatek místa. Na otázku týkající se možnosti poskytování Bazální stimulace v sociálních službách odpověděla I1: „Myslím si, že Bazální stimulace se může vykonávat v zařízení, kde jsou vhodní klienti, u kterých bude Bazální stimulace prospěšná a taky je potřeba, aby bylo v zařízení mnoho místa, kde je možnost Bazální stimulaci vykonávat a taky je potřeba aby byl v zařízení dostatek zaměstnanců, kteří absolvovali nějaký typ z kurzů.“ I2 si myslí, že: „Bazální stimulace se může vykonávat kdykoliv, když je v zařízení dostatek prostoru.“ I3 tvrdí, že: „Záleží na tom, jací klienti navštěvují zařízení, kde by se měla Bazální stimulace vykonávat a je taky důležité uzpůsobit zařízení, aby působilo vesele, ne sterilně a aby se tam cítily (děti) v bezpečí.“ I4: „Bazální stimulace se může vykonávat v zařízení, když je dostatečně velké, dají se v něm dělat různé techniky bazálky a je to takový zařízení, kde mají pracovníci možnost vzdělávat se v rámci bazálky.“ Dle I5: „Koncept je univerzální a může se dělat v kterémkoliv zařízení, když má zařízení velký prostor a je velmi důležitý, aby byl pracovník vykonávající Bazální stimulaci k dítěti zdvořilý, byl ochoten mu pomoci a měl k němu taky úctu.“

Na otázku možnosti poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři odpověděla I1: *„Pokud chce denní stacionář nabízet klientům možnost Bazální stimulace, je potřeba, aby byl v zařízení dostatek kvalifikovaného personálu schopného Bazální stimulaci poskytovat. Zároveň je potřeba, aby byl denní stacionář uzpůsoben pro poskytování Bazální stimulace, i co se týče místa a aby denní stacionář navštěvovali tací klienti, pro které bude poskytování konceptu vhodné a prospěšné.“* I2: *„Kladem je možnost dělat bazálku uvnitř i venku. Venku (na zahradě) je lepší provozovat bazálku, je tam více prostoru a klient tam má větší soukromí.“* I3 uvádí: *„Kdybych si myslela, že Bazální stimulace nemá v denním stacionáři co nabídnout, tak tu nejsem.“* I3 dodala, že jelikož má bazální stimulace mnoho různých technik, je mnoho možností, jak Bazální stimulaci v denním stacionáři vykonávat. Nezapomněla však dodat, že ne pro každého klienta denního stacionáře je Bazální stimulace vhodná. Myslí si, že nemá smysl vykonávat Bazální stimulaci u osob, které nemají rády cizí dotek. I4: *„Důležitý je dostatek prostoru pro vykonávání, vhodný typ klientů a dostatečně proškolený zaměstnanci v konceptu bazálky.“* I5 se domnívá, že pro možnosti poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři je potřebný dostatek místa pro vykonávání, záleží tedy na velikosti denního stacionáře. Jak uvedla: *„Pokud je ve stacionáři dostatek místa, mohou se v něm vykonávat různé typy Bazální stimulace a dítě se bude stále cítit bezpečně a v soukromí.“* Dle I5 se může Bazální stimulace poskytovat i venku pokud je vhodné počasí. K poskytování Bazální stimulace vně budovy slouží mnoho různých pomůcek a vně se mohou využívat jak základní, tak i nástavbové prvky Bazální stimulace. Může docházet i k různým kombinacím. I5: *„Ráda kombinuju Bazální stimulaci s místností Snoezelen. Můžu v ní dělat mnoho technik Bazální stimulace a zároveň je možnost při vykonávání Bazální stimulace užívat pomůcek z místnosti Snoezelen, které udělají z Bazální stimulace pro děti opět nový zážitek.“*

Limity v sociálních službách

Schéma 13 popisuje limity, které brání poskytování konceptu Bazální stimulace v sociálních službách.

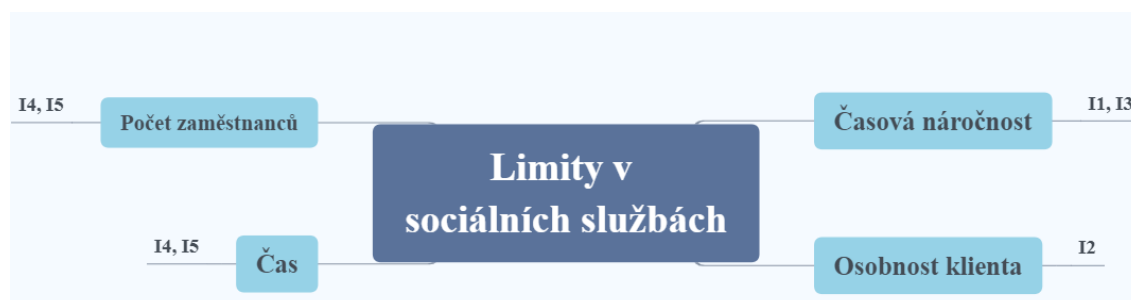


Schéma 13: Limity poskytování Bazální stimulace v sociálních službách

Zdroj: Vlastní výzkum

I1 a I3 považují za limit bránící vykonávání Bazální stimulace v sociálních službách časovou náročnost. I1 dodává: „Kdyby bylo na Bazální stimulaci více času, myslím, že by mohli klienti udělat ještě větší pokroky než teď.“ I4 a I5 považují za limitní, co se týče Bazální stimulace čas. I4 dodává: „Čas je limitním činitelem i na straně pracovníků i na straně denního režimu. Většinou má pracovník tolik práce, že i když by rád dělal víc bazalek za den, nedá se to.“ I2 považuje za limitní v sociálních službách osobnost klienta. „Myslím si, že dost záleží na osobnosti klienta, jestli dovolí, aby u něj pracovník mohl Bazální stimulaci vykonávat.“

Limity v denním stacionáři

Schéma 14 popisuje limity, které hrozí při poskytování konceptu Bazální stimulace v denním stacionáři.



Schéma 14: Limity poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři

Zdroj: Vlastní výzkum

Za limitní v rámci denního stacionáře považuje I2 vybavení, ale dodává, že mnoho věcí nemusí být přímo certifikovaných, při jednotlivých typech Bazální stimulace mohou

dost dobře posloužit i věci, které má člověk běžně doma, či které jsou k dispozici ve stacionáři. I2: „*Myslím si, že je také špatné, pokud nemá denní stacionář dostatek místa pro vykonávání bazálky.*“ I3 Považuje za limitní v rámci denního stacionáře čas a to nejen čas denní, ale i čas pracovníka vykonávajícího Bazální stimulaci. I4 shledává stejně jako I5 limitními v denním stacionáři, především nedostatek času na vykonávání konceptu Bazální stimulace a taktéž nedostatečný počet zaměstnanců, schopných koncept Bazální stimulace vykonávat. Protože jak uvádí I4: „*Mnoho lidí v současnosti nechce příliš pracovat v přímé péči. Z toho důvodu lidé odejdou ještě před absolvováním kurzu a díky tomu je v zařízení nedostatek lidí s certifikátem, opravňujícím poskytovat Bazální stimulaci.*“ I5 k tomu dodává: „*Aby se mohla správně provozovat (bazální stimulace), je potřeba, aby ten pracovník věděl, co to dělá a proč to dělá.*“

Limity ve výzkumném denním stacionáři

Schéma 15 popisuje limity, které hrozí při poskytování konceptu Bazální stimulace v denním stacionáři, kde byl prováděn výzkum.



Schéma 15: Limity poskytování Bazální stimulace ve vašem stacionáři

Zdroj: Vlastní výzkum

I1 považuje za limit ve stacionáři, kde byl prováděn výzkum, opět časovou náročnost, která se k vykonávání konceptu Bazální stimulace váže. S časovou náročností souvisí počet zaměstnanců, kterých není dostatek. Může se tedy stát, že Bazální stimulace není dostatečně dlouhá vzhledem ke klientovým potřebám. Dále I1 upozorňuje na limit, který se váže k momentálnímu klientovu rozpoložení a jeho osobnosti. „*Stane se, že zrovna ten den není klient „ve formě“ a proto se bazálka nevykoná a do deníku a sešitu vedeného k Bazální stimulaci se napíše, že nebyla vykonávána a z jakého důvodu.*“ V denním stacionáři, kde pracuje, považuje I2 za limitní, pokud pracovník nezná

klienta, s kterým vykonává Bazální stimulaci a dodává k tomuto problému: „ *Ne každou Bazální stimulaci mohu dělat s každým klientem. S jednou klientkou není vhodné kvůli jejímu zdravotnímu stavu dělat vestibulární stimulaci.*“ V zařízení považuje I3 za limitní stejně jako I2 nedostatečnou znalost klienta a též nedostatek zkušeností s vykonáváním konceptu Bazální stimulace. I3 dodává: „*Z toho důvodu je ještě před absolvováním kurzu nový pracovník zaškolován pracovníkem, který již má absolvovaný kurz a má s konceptem Bazální stimulace zkušenost, aby nedošlo k nechtěnému zranění jak dítěte, tak pracovníka.*“ Další limit shledává I3 v nedostatku empatie ze strany pracovníka k dítěti s kombinovaným postižením. I3: „*Pokud není pracovník empatický, tak by raději ani neměl stimulaci dělat, může potom vzniknout víc škody než užitku.*“ I4 a I5 považují za limitní, co se týče stacionáře, ve kterém pracují především nedostatek času a málo zaměstnanců. I5 považuje za limitní ve stacionáři, ve kterém pracuje, také nízký počet dek, které jsou potřebné pro některé typy Bazální stimulace.

Co se týče odpovědí na otázku využití supervize při Bazální stimulaci, nebyly jednotné. I2 uvedla, že speciální supervize, která by se týkala pouze Bazální stimulace neprobíhá, ale „*Řekneme si to v rámci pracovního týmu, ten a ten reagoval na Bazální stimulaci tak a tak.*“ I5 uvedla stručně: „*Přímo k bazálce ne.*“ Naopak I1 uvedla, že se účastní porad, které jsou jednou za dva roky a řeší se na nich metodika. Dále I1 na téma supervizí uvedla: „*Supervizí, které jsou pořádány Institutem Bazální stimulace, se účastním dle potřeby.*“ I3 se snaží v rámci pracovního týmu 1x za 14 dní vytvořit supervizi týkající se Bazální stimulace. „*Je těžké si najít čas, pokecáme, i diskrétněji a v rámci toho se řeší nejen klienti, ale také pomůcky, které chybí.*“ I4 uvádí: „*Supervizí se účastním v rámci pracovního týmu. Na supervizích se řeší klienti, jak snáší jednotlivé prvky Bazální stimulace, jestli je všech pomůcek dostatek. V rámci supervize si říkáme i o svých zážitcích s klienty.*“

Čtvrtý okruh otázek ke kvalitativnímu výzkumu se týkal přínosu Bazální stimulace. Otázky byly totožné jak pro sociálního pracovníka, tak též pro pracovníky v sociálních službách. Otázky k přínosu se týkaly přínosu Bazální stimulace všeobecně, poté přínosu Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením, přínosu Bazální stimulace v sociálních službách. Dále mě zajímaly limity poskytování konceptu Bazální stimulace v sociálních službách všeobecně, tak i v denním stacionáři. Další otázky se týkaly Bazální stimulace, jejich výhod a nevýhod pro děti s kombinovaným postižením. Zajímaly mě také možnosti poskytování Bazální stimulace a to nejen v sociálních

službách, ale též v denním stacionáři. Informantů jsem se také ptala na otázku, jestli spatřují nějaký přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením a jestli spatřují přínos i pro personál. Další otázky se týkaly jejich názoru, jestli přispívá Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením ke zklidnění a uvolnění jejich organismu, jestli Bazální stimulace vede u dětí s kombinovaným postižením k úlevě od jejich bolesti, jestli vede Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením k relaxaci. Poslední otázkou tohoto okruhu bylo spíše takové zamyšlení informantů nad Bazální stimulací a jejím významem v jejich práci.

Přínos

Schéma 16 uvádí přínosy Bazální stimulace, kterých si informanti všimají při vykonávání konceptu Bazální stimulace.

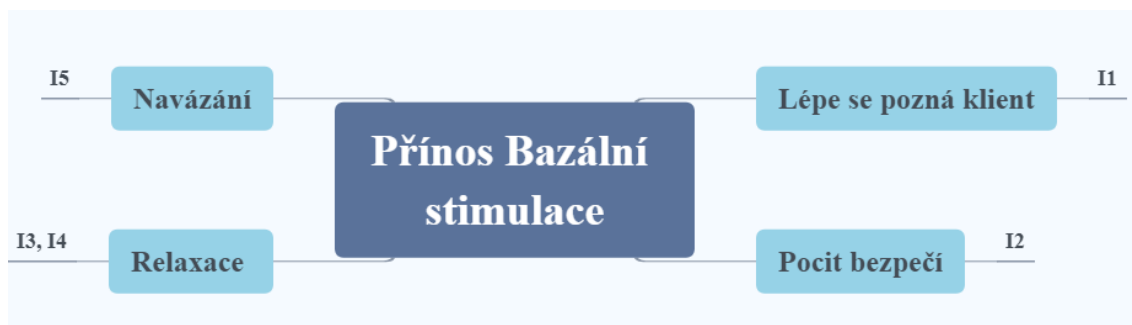


Schéma 16: Přínos Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

U první otázky, která se týkala přínosu Bazální stimulace, odpověděla I1: „*Díky poskytování Bazální stimulace jsem lépe poznala klienta. Klientům je Bazální stimulace příjemná.*“ Dle I2 je přínosem Bazální stimulace: „*Pocit bezpečí, který klient pociťuje.*“ I3 a I4 shodně odpověděli, že přínos Bazální stimulace shledávají v relaxaci klienta, v tom, že díky Bazální stimulaci si klient lépe uvědomuje hranice svého těla a I3 dodává: „*Díky Bazální stimulaci se zrelaxuji taky.*“ I5: „*Přínosem je navázání pracovníka vykonávajícího Bazální stimulaci ke klientovi, naváží se prostě na sebe navzájem.*“

Přínos pro děti s kombinovaným postižením

Schéma 17 uvádí, jaký přínos má Bazální stimulace dle informantů pro děti s kombinovaným postižením.

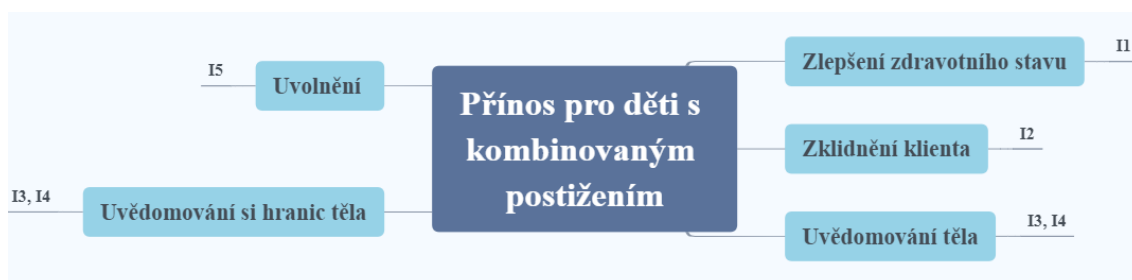


Schéma 17: Přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením

Zdroj: Vlastní výzkum

Přínos Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením shledává I1 především v zlepšení zdravotního stavu klienta. Dle I1 „*Díky cucacímu váčku, který využíváme při orofaciální stimulaci před jídlem, začne klient více slinit a u klientů dochází při kontaktním dýchání nebo při masáži hrudníku k pozdějšímu lepšímu dýchání.*“ Dle I2 dochází ke zklidnění klienta, dozvuky jsou pozorovatelné ještě druhý den. I2 dále upozorňuje, že „*Dozvuky délky trvání jsou individuální dle klienta.*“ I3 pozoruje zlepšení v základních potřebách klientů (jídlo, vyprazdňování), dále si všímá, že vlivem Bazální stimulace si klienti začínají uvědomovat své tělo a hranice těla a „*Dokážou naznačit, co je jim příjemné a co naopak není.*“ I4 považuje za přínos stejně jako I3 především uvědomování si vlastního těla a hranic těla klienta. I1 si všímá nepatrného zlepšení zdravotního stavu klientů poté, co s nimi vykoná Bazální stimulaci. I5: „*Přínosné je posle mě to, že u dítěte vlivem Bazální stimulace dochází k uvolnění.*“

Přínos v sociálních službách

Schéma 18 uvádí, co informanti považují za přínos Bazální stimulace v sociálních službách.

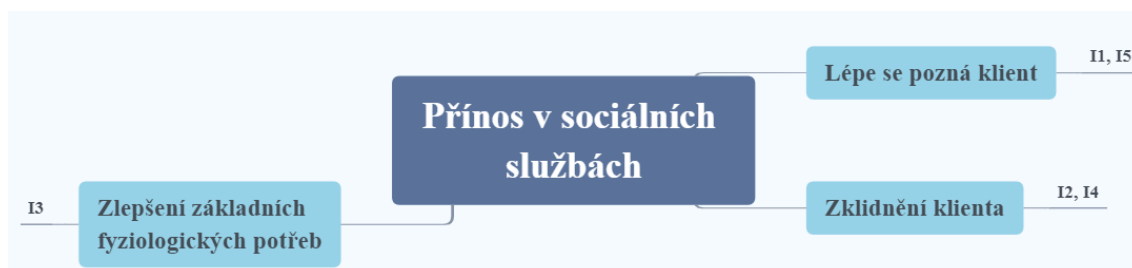


Schéma 18: Přínos Bazální stimulace v sociálních službách

Zdroj: Vlastní výzkum

I1, I5 považují jako největší přínos Bazální stimulace v sociálních službách lepší poznání klienta pracovníkem vykonávajícím Bazální stimulaci. I2 a I4 považují za přínos zklidnění klienta. I3 považuje za největší přínos Bazální stimulace pomocí technik orofaciální stimulace „Zajištění zlepšení v základních fyziologických potřebách (jídlo, vyprazdňování).“

Výhody

Schéma 19 popisuje výhody Bazální stimulace a udává, co který informant považuje za výhodné.



Schéma 19: Výhody Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

I1, I2, I4 a I5 spatřují jako velkou výhodu Bazální stimulace zklidnění klienta, u kterého je Bazální stimulace poskytována. I1: „Výhodou je také uvolnění klienta.“ I2 považuje za nespornou výhodu Bazální stimulace: „Možnost klienta lépe poznat své tělo a pracovník je s pomocí Bazální stimulace schopen definovat tělo klienta.“ I3 považuje za výhodu pro dítě s kombinovaným postižením: „Navození pocitu jistoty, ale taky zlepšení životních funkcí dítěte.“ Dle I4 dochází u dítěte též k zrelaxování, které může skončit, jak jsem se dozvěděla při rozhovorech, až usnutím dítěte. I5 považuje za velkou výhodu konceptu Bazální stimulace: „Možnost prolínání jednotlivých technik Bazální stimulace a povzbuzení nejen dítěte, ale i mě.“

Co se týče nevýhod Bazální stimulace, ani jeden informant nespatriil na konceptu Bazální stimulace nic, co by bylo pro děti s postižením nevýhodné. I2 uvedla: „Žádné

nevýhody si teď nevybavuju.“ I3: „O žádných nevýhodách nevím.“ I4: „Žádné nevýhody nespatřuju.“ I5: „Žádné nevýhody nejsou.“

Přínos pro personál

Schéma 20 popisuje, co je pro informanta či informanty důležité v rámci přínosu Bazální stimulace pro personál.



Schéma 20: Přínos Bazální stimulace pro personál denního stacionáře

Zdroj: Vlastní výzkum

I1 uvádí: „Personál si díky absolvování kurzu uvědomí, jak se klient cítí při Bazální stimulaci, potom dochází k většímu vcítění pracovníka do klientových pocitů.“ I2 taktéž uvádí, že personál se dokáže lépe vcítit do klienta. I3 spatřuje za přínosné již jen samotné absolvování kurzu. „Zaměstnanci si to zkouší sami na sobě. Pro zaměstnance je to více náročné, protože vydá energii a tu energii mu buď bazálka vysaje nebo vrátí nazpět.“ I4 se díky Bazální simulaci naučil větší empatii a to nejen ke klientům, ale i k ostatním pracovníkům. I5 považuje za přínos pocit, že je sice unavená, ale: „Mám radost, že je někomu fajn.“

Projevy zklidnění a uvolnění

Schéma 21 uvádí, jaké jsou projevy zklidnění a uvolnění dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci.

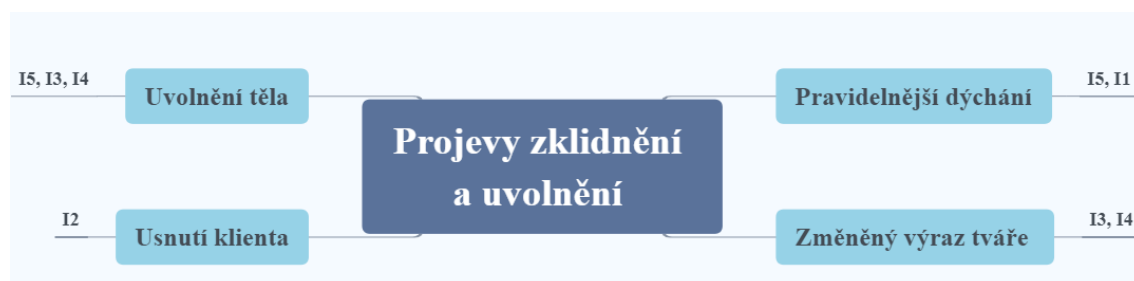


Schéma 21: Projevy zklidnění a uvolnění dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Zdroj: Vlastní výzkum

I1 a I5 považují za projev zklidnění dítěte jeho pravidelnější dýchání, I2: „Podle mě je největším projevem zklidnění a uvolnění dítěte, když usne.“ I3 a I4 si všimají, že projevem zklidnění je u klienta změna výrazu jeho tváře a I3, I4 a I5 si též všimají projev zklidnění u klienta v uvolnění jeho těla.

Projevy úlevy

Schéma 22 uvádí, jaké jsou projevy úlevy od bolesti u dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci.



Schéma 22: Projevy úlevy od bolesti dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče projevů úlevy od bolesti, informanti se zde v odpovědích neshodli. I1 a I2 uvedly, že nedokáží posoudit, jestli dítě projevuje nějak svou úlevu od bolesti, jelikož mnoho klientů jim to nedokáže říci. I3 a I4 uvedly, že pokud vidí, že má klient nějakou bolest, Bazální stimulaci nevykonávají. I3 k tomu dodává: „pokud mi je řečeno, že klient není ve své kůži, bazálku nevykonávám a raději s klientem dojdu za fyzioterapeutkou.“ I5: „Když vypozeruji, že dítě něco bolí, snažím se jemnou masáží ulevit od bolesti, když se to povede, dítě se uvolní, začne spokojeně pomlaskávat.“

Relaxace

Schéma 23 uvádí, jaké jsou projevy relaxace u dětí s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci.



Schéma 23: Projevy relaxace dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Informanti I1, I4, a I5 uvedli, že pokud provádí u dětí s postižením Bazální stimulaci, relaxace se u těchto dětí projeví uvolněním celého jejich těla. I3: „*Relaxace se u klientů projeví uvolněním křečí, kterými trpí.*“ I4: „*Projevem relaxace dítěte je jeho pravidelnější dýchání.*“ I1, I2 a I3 se shodly, že mezi projevy relaxace patří celkové zklidnění klienta, které může vyústit až ve spánek.

Význam Bazální stimulace

Schéma 24 uvádí, jaký má pro pracovníky v sociálních službách a pro sociálního pracovníka význam koncept Bazální stimulace.

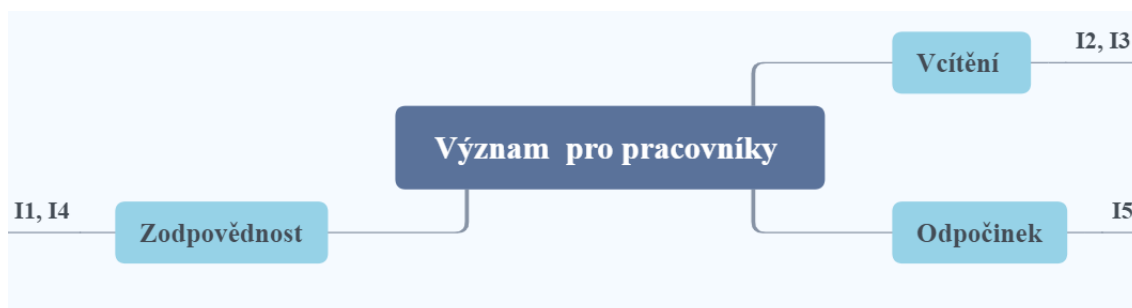


Schéma 24: Význam Bazální stimulace pro pracovníky vykonávající koncept Bazální stimulace

Zdroj: Vlastní výzkum

I1 a I4 uvedli jako hlavní význam Bazální stimulace zodpovědnost, která je při poskytování konceptu Bazální stimulace velmi důležitá. I4: „*Když se pracovník nechová v rámci poskytování bazální stimulace zodpovědně, může dojít až k ublížení klientovi.*“ I2 a I3 považují za největší význam Bazální stimulace vcítění se do klienta, kterému poskytují Bazální stimulaci. I2: „*Díky vcítění dokážu lépe reagovat na potřeby klienta.*“ a I5 považuje za význam Bazální stimulace: „*Odpočinu si, když vím, že si klient taky odpočine.*“ Všichni respondenti dokonce prohlásili, že některé techniky Bazální stimulace vykonávají i na členech rodiny.

4.4 Shrnutí výsledků výzkumu

HVO: Jakým způsobem je poskytován koncept Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři?

Z výzkumu vyplynulo, že koncept Bazální stimulace je poskytován v denním stacionáři skoro všem dětem s kombinovaným postižením a pokud z nějakého důvodu nelze Bazální stimulaci u dítěte vykonat, pracovník provede jiný typ Bazální stimulace, poté se vrátí ke stimulaci, která dítěti předtím nevyhovovala a zkusí ji znovu. Klient už

reaguje pozitivně. Co se týče četnosti Bazální stimulace, liší se dle individuálních potřeb dítěte s kombinovaným postižením a stanoveného individuálního plánu dítěte s kombinovaným postižením. Bazální stimulaci v zařízení vykonávají proškolení zaměstnanci, kteří absolvovali kurz Bazální stimulace. Pokud pracovník ještě kurz neabsolvoval, vždy pracuje pod dohledem zkušenějšího pracovníka. Při Bazální stimulaci se často využívá různých pomůcek. Délka poskytování Bazální stimulace většinou netrvá déle než 30 minut. Na začátku vykonávání Bazální stimulace je důležitý iniciální dotyk a oslovení dítěte s kombinovaným postižením.

DVO: Jaký je přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením z pohledu pracovníků denního stacionáře?

Výzkum ukázal, že každý pracovník spatřoval přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením v něčem jiném. Sociální pracovník spatřoval přínos konceptu Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením ve zlepšení zdravotního stavu dětí, které sice není příliš velké, ale „pokrok“ u dítěte s postižením je. Zlepšení zdravotního stavu vnímal také jeden pracovník v sociálních službách. Další pracovník v sociálních službách považoval za přínos konceptu zklidnění klienta, které je pozorovatelné i po další den. Dva pracovníci se shodli, že za přínos Bazální stimulace považují, že si díky ní klient uvědomuje hranice svého těla, své tělo. Jeden pracovník v sociálních službách k tomu dodal, že si povšiml toho, že vlivem Bazální stimulace došlo k uvolnění klienta.

5. Diskuze

V Bakalářské práci jsem se snažila přiblížit koncept Bazální stimulace poskytovaný v denním stacionáři a využívaný dětmi s kombinovaným postižením tak, jak je vnímán pracovníky v sociálních službách pracujícími v denním stacionáři a provozujícími tento koncept. Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti a limity poskytování konceptu bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři. Dílčím cílem je zmapovat přínos bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením, a to z pohledu pracovníků poskytujících tento koncept. Výsledky výzkumu se týkají tázaných informantů, nedají se vztahovat na všechny denní stacionáře. V bakalářské práci jsem chtěla znát názor pracovníku pracujících v denním stacionáři na koncept Bazální stimulace, na působení konceptu na děti s kombinovaným postižením. Informantům ještě jednou velice děkuji za účast na výzkumu.

Z výzkumu se dá usuzovat, že koncept Bazální stimulace pozitivně působí na děti s kombinovaným postižením. Myslím si, že koncept Bazální stimulace je pro děti s kombinovaným postižením velice vhodný, protože díky němu se mohou děti s kombinovaným postižením naučit mnoho nejen o svém těle, ale i o věcech, které je obklopují. Informanti shledávali jako další pozitivum výzkumu lepší vztah mezi dítětem a pracovníkem poskytujícím Bazální stimulaci. Toto tvrzení podporují Hladká a Kubičková (2018), dle kterých díky Bazální stimulaci dochází k formování vztahu mezi pracovníkem vykonávajícím Bazální stimulaci a klientem. Tato odpověď mě nepřekvapila, protože jsem se domnívala, že díky Bazální stimulaci se vytvoří velmi silné pouto založené na empatii a porozumění mezi dítětem s kombinovaným postižením a sociálním pracovníkem či pracovníkem v sociálních službách vykonávajícím Bazální stimulaci.

Ovšem, jak jsem se během výzkumu dozvěděla a jak uvedli všichni respondenti, pro správně provozování Bazální stimulace je potřeba mít dostatečné množství vyškoleného personálu a především je při Bazální stimulaci taktéž důležitý čas, z toho důvodu, aby se mohl pracovník dostatečně klientovi věnovat. Očekávala jsem, že je Bazální stimulace poněkud náročná na čas, ale zarazilo mě, že v zařízení není dostatek vyškoleného personálu, který by mohl koncept vykonávat. Myslím si, že to je velká škoda, zvláště poté, co jsem se dozvěděla, jaké pozitivní účinky koncept Bazální stimulace na děti s kombinovaným postižením má. Ostatně také Hladká a Kubičková (2018) zdůrazňují potřebu nejen vyškoleného personálu, ale též dostatek času, který

může personál věnovat každému pacientovi. Při poskytování Bazální stimulace je důležité, aby každý pracovník začínal iniciálním dotekem, který musí být prováděn u každého klienta na stejném místě (v denním stacionáři, kde jsem vykonávala výzkum, se jednalo o pravé rameno dítěte). Po jemném poklepu následovalo oslovení klienta. Domov seniorů Dačice (2020) uvádí, že je důležité, pokud oslovujeme klienta, abychom se ho dotkli vždy na stejném místě. Dále tento domov uvádí, že iniciální dotek je vždy třeba vykonávat společně s oslovením a měli by jej vykonávat všichni, kteří se s klientem chystají pracovat. Dle mého názoru je dobře, že pracovníci nevynechávají iniciální dotek a oslovení dítěte s postižením před začátkem Bazální stimulace. Dítě s postižením se tím může připravit na to, že za chvíli s ním bude provozována Bazální stimulace, může se i uvolnit. Myslím si, že pokud by k oslovení a iniciálnímu doteku nedošlo, mohla by tato skutečnost vést až k vyděšení dítěte s postižením, protože by nevědělo, co se děje. Maloň Friedlová (2018) doplňuje, že iniciálním dotekem sdělujeme klientovi, že se s ním chystáme dělat nějakou aktivitu či činnost. Tato autorka dále uvádí, že před určením vhodného místa pro vykonávání iniciálního doteku je důležité zjistit v kartě klienta, jestli zamýšlené místo není místem, kde je dotyk klientovi nepříjemný. Pokud ano, je třeba zvolit jiné místo.

Co se týče prvků Bazální stimulace, které jsou pracovníky ve stacionáři nejvíce využívány, jedná se o dotyk či doteky, polohování klientů, kontaktní dýchání, koupele či masáže. Toto tvrzení informantů koresponduje s tvrzením Nemocnice Hodonín (2020), která jako nejvíce používané prvky rovněž uvádí doteky, správné polohování, koupele, masáže, kontaktní dýchání. Navíc tato nemocnice ještě řadí mezi nejvíce používané též vestibulární stimulaci. Dle mého názoru jsou pro děti velice prospěšné doteky, správné polohování a kontaktní dýchání. Doteky z toho důvodu, že snad neznám člověka, kterému není dotek příjemný, vždyť z pohlazení se toho občas dozvím více než z tisíce slov. Správné polohování dítěte s postižením je také velice důležité, domnívám se, že pokud je tělo dítěte jen v jedné poloze, není to pro dítě nic příjemného, obzvláště, pokud děti s kombinovaným postižením nedokáží říci, že by si rády udělaly pohodlí, že by si rády lehly do sítě, že by chtěly zapolohovat. Opět se vracím k velké míře pozorovacího talentu a empatie, kterou dle mého musí pracovníci v sociálních službách vykonávající Bazální stimulaci mít, na základě toho by měli vycítit, co je pro dítě s postižením nejlepší. Dle mého názoru má kontaktní dýchání též velký přínos. Vždyť i miminka se přikládá matkám na hrud', pokud jsou neklidné a tlukot srdce a

dýchání matky je uklidňuje a já myslím, že u dětí s kombinovaným postižením též dochází ke zklidnění, jelikož podvědomě se snaží rytmus dýchání přizpůsobit tlukotu srdce a rytmu dýchání pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka, který provádí kontaktní dýchání.

Co se týče technik poskytovaných v denním stacionáři, jsou poskytovány jak základní, tak i nástavbové. Tato skutečnost mě nepřekvapuje. Myslela jsem si, že se budou vykonávat jak základní techniky, tak i nástavbové, zvláště pokud denní stacionář disponuje také místnosti Snoezelen. Překvapilo mě, že se nástavbové prvky, jako například vizuální stimulace vykonávají tak málo. Vzhledem k bílé místnosti Snoezelen, kterou denní stacionář disponuje, by vjemy z vizuální stimulace byly o to silnější. Různá světla by se totiž na bílém podkladu, či ve ztemnělé místnosti odrážela úplně jinak a myslím si, že vizuální stimulace by mohla být u dětí s kombinovaným postižením oblíbená. Mohlo by se do ní zapojit mnoho pomůcek a pokaždé by tedy mohla být trochu jinou.

Ne každý informant však poskytuje všechny techniky. Somatická stimulace je jednou ze stimulací, kterou poskytuje každý pracovník, který se účastnil výzkumu. Somatická stimulace se poskytuje jak ve formě zklidňující, tak též ve formě povzbuzující. Při poskytování záleží na rozpoložení dítěte s postižením. Dle Maloň Friedlové (2018) je jak somatická stimulace zklidňující, tak i povzbuzující velice vhodná pro osoby, které mají zvýšený svalový tonus, též pro osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací. Tato autorka uvádí, že při somatické stimulaci je možnost využívat i pomůcky, mezi které se řadí různé chlupaté ponožky a žínky, které si pracovník navlékne na ruce. Tento typ stimulace se může taktéž provádět ve vodním prostředí (Maloň Friedlová, 2018). Já si nejsem příliš jistá, jestli se dá v denním stacionáři využívat koupelí, obávám se, že na ně není tolik času, přeci jen, somatická stimulace ve vodě je na přípravu náročnější. Ovšem, co se týče týdenního stacionáře, tam si myslím, že by se koupele spojené se somatickou stimulací večer klidně mohly vykonávat. Při provádění somatické stimulace pracovníci v sociálních službách i sociální pracovník místo ponožek využívají chlupatých rukavic.

Pracovníci rádi při poskytování konceptu kombinují Bazální stimulaci s místností Snoezelen. Jako příklad uváděli aktivnější dítě s kombinovaným postižením, které díky kombinaci více vnímaných vjemů, dokáže být déle v klidu. Kombinace Bazální

stimulace a místnosti Snoezelen je velmi využívána dle pracovníků denního stacionáře především u dětí s poruchou autistického spektra. Občanské sdružení 3lobit (2020a) na svých internetových stránkách taktéž považuje kombinaci Snoezelen místnosti a Bazální stimulace jako velice vhodnou pro děti s poruchou autistického spektra. Opírá se o poznatky, že somatická zklidňující stimulace nejen že navodí celkové uvolnění těla klienta, ale dochází při ní též ke klientovu uvědomění vlastního těla (3lobit, 2020a). Zastávám názor, že místnost Snoezelen je pro děti s poruchou autistického spektra velice vhodnou z toho důvodu, že se v ní může měnit vybavení, může se přizpůsobit dítěti. Může být pokaždé jiná. Pochybuji, že místnost ve stacionáři, kde se vykonává Bazální stimulace, dokáže být tak variabilní jako Snoezelen.

Ve výzkumu mě též zajímalo, jak řeší pracovníci situaci, pokud je dítěti s kombinovaným postižením vykonávaná technika Bazální stimulace nepříjemná. Pokud se pracovník setkal s tím, že klientovi byla zvolená technika Bazální stimulace nepříjemná, přešel na vykonávání jiné techniky. 3lobit (2020a) uvádí, že pokud dojde k této situaci a klient vykazuje reakci, která není pozitivní, tak vykonávaný typ stimulace se přeručí a zkusí se jiný typ. Ostatně, jak uvádí pracovníci, to či se klientovi typ vykonávané Bazální stimulace líbí či nelíbí, dokáže dítě s postižením dosti výmluvně sdělit. Pokud se dítěti vykonávaný typ konceptu Bazální stimulace líbí, dává tuto skutečnost dle pracovníků najevo mlaskáním, pravidelnějším dechem, uvolněním, zklidněním, které může vést až ke spánku. Mnoho pracovníků na konec vykonávání konceptu Bazální stimulace využije zapolohování klienta. Jak uvádí 3lobit (2020a), polohování je velice prospěšné, pokud chceme u klienta docílit stavu relaxace a zklidnění. Bazální stimulaci většinou pracovníci zakončují opět iniciálním dotekem a oslovením. Domov u fontány (2020) doporučuje, že je dobré též na konci stimulace klienta informovat, že stimulace je u konce. Myslím si, že je velice dobré, pokud dítě s postižením dokáže pracovníkovi denního stacionáře sdělit, že se mu Bazální stimulace líbí. Myslím si, že i jen to zamlaskání jako projev spokojenosti, je pro pracovníka v sociálních službách či pro sociálního pracovníka úžasnou zpětnou vazbou, že jeho práce má smysl a že Bazální stimulaci vykonává dobře.

Vykonávání Bazální stimulace má však i své limity. Odpovědi pracovníků na mou otázku týkající se limitů poskytování Bazální stimulace se vesměs shodovaly a pouze mě utvrdily v mé domněnce o limitech, které brání poskytování Bazální stimulace. Skoro všichni pracovníci považovali za limit bránících poskytování konceptu Bazální

stimulace v sociálních službách čas a to nejen z důvodu nedostatku času, který mají pracovníci denního stacionáře, ale též z důvodu časové náročnosti, kterou některé techniky Bazální stimulace obsahují. Limity ve formě nedostatku času či časové náročnosti shledávají pracovníci i v poskytování konceptu Bazální stimulace i v poskytování konceptu Bazální stimulace v jejich stacionáři. S tématem nedostatku času a časové náročnosti se setkala Nováková (2018) v rámci výzkumu ke své diplomové práci, kdy byl čas limitem znemožňujícím aplikovat koncept Bazální stimulace pro nejvíce informantů, kteří se zúčastnili výzkumu. Dalším faktorem bránícím poskytování konceptu Bazální stimulace je dle pracovníků denního stacionáře nedostatečný počet zaměstnanců, kteří by mohli vykonávat stimulaci, a to jak při vykonávání konceptu Bazální stimulace v sociálních službách, tak též ve vykonávání konceptu Bazální stimulace v denním stacionáři a též ve stacionáři, kde byl vykonáván výzkum. Dle výsledků Novákové (2018) je zřejmé, že tuto odpověď se dozvěděla též od velkého počtu informantů.

Dalším limitem, který znemožňuje provozování konceptu Bazální stimulace jak v sociálních službách, tak i v denním stacionáři a ve stacionáři, kde jsem prováděla výzkum, je nedostatečná zkušenost pracovníka s konceptem Bazální stimulace. Tuto odpověď uvedla pouze jedna informantka mého výzkumu, zatímco u Novákové (2018) takto odpovědělo mnohem více informantů. Naopak někteří informanti v rámci mého výzkumu uváděli, že vidí limity i v osobě, které má být Bazální stimulace poskytována. Naráželi na fakt, že je těžší provádět Bazální stimulaci dítěti s poruchou autistického spektra. Internetové stránky občanského sdružení 3lobit (2020b) si tuto problematiku vysvětlují tím, že osoby, které mají poruchu autistického spektra, mohou zvýšeně či snížene reagovat na podněty. Pokud nejsou přiměřeně stimulovány, může u nich docházet až k sebepoškozovacím sklonům. Místnost Snoezelen je především uzpůsobena k tomu, aby v této místnosti mohlo docházet ke stimulaci dítěte s poruchou autistického spektra v prostředí, které je nejen bezpečné, ale též multisenzorické (3lobit, 2020b). V této místnosti se taktéž mohou vykonávat jak základní tak nastavbové prvky Bazální stimulace. Myslím si, že je velká škoda, že zařízení se potýkají s nedostatkem personálu proškoleného v konceptu Bazální stimulace, už plně chápu sociální pracovníci, s kterou jsem vedla polostrukturovaný rozhovor, když považovala za důležité, aby měli všichni zaměstnanci denního stacionáře kurz Bazální stimulace, nejen

zaměstnanci v sociálních službách. Poté by se mohla denně Bazální stimulace provést u více dětí s kombinovaným postižením a mohla by se provádět déle.

Co se týče cílů Bazální stimulace, skoro všichni informanti považovali za cíl Bazální stimulace zajistit dítěti pocit bezpečí a jistoty. S touto odpovědí informantů koresponduje 3. cíl pro Evropu, který se týká toho, že cílem konceptu Bazální stimulace poskytnutí pocitu důvěry a též jistoty (Bazální-stimulace, 2019f). Dalším cílem Bazální stimulace je dle výsledků rozhovorů relaxace a rehabilitace klienta a relaxace také pracovníka, který Bazální stimulaci vykonává. Díky poskytování konceptu bazální stimulace a technik založených na relaxaci a rehabilitaci klienta, dochází u dětí s kombinovaným postižením k tomu, že si začínají nejen uvědomovat své vlastní tělo, ale též své okolí a jak jsem se dozvěděla během rozhovoru s jedním informantem, učí se věci ve svém okolí používat. S tímto cílem koresponduje 10. Evropský cíl, který se snaží, aby u osoby využívající konceptu Bazální stimulace došlo nejen k jejímu vyvíjení, ale též k tomu, aby začala sama objevovat své okolí a jak uvádí cíl 5, pracovník pomocí konceptu, který je této osobě poskytován, umožní poznat svět, který je okolo osoby (Bazální-stimulace, 2019f). Dle mého názoru je pro děti s kombinovaným postižením velmi důležité uvědomění si svého těla. Myslím si, že díky uvědomění si hranic vlastního těla mohou začít pomalu prozkoumávat i okolní svět, předměty ve stacionáři, mohou si začít všimát, na co jaký předmět slouží, jak funguje. Postupem času mohou zkoušet tyto předměty samy obsluhovat, pokud je to možné. Například vypnout a zapnout světlo v místnosti.

Cílem je dle pracovnice denního stacionáře také vykonáváním konceptu Bazální stimulace projevování úcty klientovi. Tento cíl by se dal shrnout do podpory vývoje klienta, umožnění klientovi aby vnímal nejen sebe, ale také celý svůj život (Bazální-stimulace, 2020f). Všechny evropské cíle se zabývají osobou klienta a snahou o co nejpodněnější život této osoby. Nemocnice Pelhřimov (2020) uvádí, koncept Bazální stimulace je určen osobám, které mají omezenou či narušenou schopnost vnímání, omezenou či narušenou schopnost pohybu nebo komunikace. Mezi tyto osoby řadí též osoby s postižením a cílem konceptu je podpora individuálního vývoje osob s postižením či osob těžce nemocných (Nemocnice Pelhřimov, 2020). Fakulní nemocnice Brno se naopak domnívá, že koncept Bazální stimulace má za cíl nejen porozumět stylu klientovi komunikace, ale také porozumět jeho potřebám a díky tomuto porozumění poté klientovi poskytnout možnost rozvoje jeho osobnosti.

Co se týče přínosu Bazální stimulace, chtěla jsem v rámci výzkumu vědět, jestli pocítují pracovníci vykonávající Bazální stimulaci nějaké změny v přínosu v rámci Bazální stimulace obecně, poté jaký přínos má Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením a jaký pocítují pracovníci přínos Bazální stimulace v sociálních službách. Dále jestli pracovníci spatřují nějaký přínos konceptu Bazální stimulace i pro personál. Co se týče přínosu Bazální stimulace, pro každého informanta je přínos Bazální stimulace ukryt v něčem jiném. Jako přínos uvádí nejen lepší poznání klienta, ale též pocit bezpečí, relaxaci jak pracovníka, tak i klienta. Či přínos spatřují v relaxaci či navázání vztahu mezi klientem a pracovníkem. Organizace Člověku člověkem (2018) uvádí v přínosu Bazální stimulace nejen relaxaci. Co se týče přínosu Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením, 2 pracovníci v sociálních službách uvedli, že přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením spatřují v tom, že si díky ní klient uvědomuje své vlastní tělo a hranice těla. Přínos Bazální stimulace dle výzkumu Ingrové (2011) pro děti s kombinovaným postižením respondenti vidí v poznávání vlastního těla dětmi.

Další informant spatřoval přínos konceptu Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením v navázání lepšího vztahu mezi pracovníkem vykonávajícím Bazální stimulaci. Domov pro seniory Třebíč (2019) považuje za největší přínos Bazální stimulace zlepšení kontaktu mezi pracovníkem a klientem. Díky tomuto bližšímu stavu, který vznikne mezi dítětem s postižením a pracovníkem může pracovník lépe poznat klienta. Myslím si, že pokud pracovník v sociálních službách či sociální pracovník lépe pozná dítě s postižením, rychleji si všimne nepohody dítěte či problému, který momentálně dítě s kombinovaným postižením trápí.

Přínosem Bazální stimulace v rámci sociálních služeb je dle jednoho respondenta zlepšení základních fyziologických potřeb klienta. Ostatně Pavlíková (2017) zjistila v rámci svého výzkumu, že Bazální stimulaci uvedli respondenti v rámci jejího výzkumu jako přínosnou pro zdravotní stav pacienta. Pracovníci uvedli jako další přínos Bazální stimulace v sociálních službách zklidnění klienta. S tímto názorem se ztotožňují i respondenti v rámci výzkumu Pavlíkové (2017). Dle Friše je největším přínosem Bazální stimulace větší spokojenost klienta (Pecuch, 2014). Myslím si, že zklidnění klienta souvisí s uvědoměním si vlastního těla a okolí. Já sama, pokud jsem v nějakém cizím prostředí, na které nejsem zvyklá, či prostředí, které neznám, jsem strnulá a nedokáži se uvolnit. Pokud si však na prostředí přivyknou, uvolním se.

Přínos konceptu Bazální stimulace pro personál spatřují informanti ve větší míře vcítění se a empatie ze strany pracovníka. S tímto názorem se ztotožňuje i Jadlovcová (2009), která dokonce vyzdvihuje empatii pracovníka vykonávajícího koncept Bazální stimulace nad vzdělání. Dokonce jsem se v rámci výzkumu dozvěděla i informaci, že poskytování konceptu Bazální stimulace přináší pracovníkovi také radost. S tímto názorem se ztotožňují také dle Pražského (2011) Karkulová a Klugarová, protože Bazální stimulace přináší radost jak personálu, tak i osobám, kterým je poskytována a měla by se poskytovat v zařízeních, ve kterých je potřeba mít spokojené zaměstnance i klienty.

Dle mého názoru je koncept Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením velice prospěšný. Díky němu si uvědomují nejen své tělo, ale mohou se naučit i správnému dýchání, díky cucacímu váčku se jim v ústech dělá více slin. Také si mohou lépe představit, jak voní a chutná rozličné jídlo. Mohou se naučit komunikovat s pracovníky vykonávajícími Bazální stimulaci. Škoda jen, že některé limity bránící zavedení konceptu do více zařízení, jsou tak závažné. Pokud je zařízení menší, bez zahrady a s malým počtem pracovníků, bude velkým problémem tento koncept do zařízení zavést už jen z toho důvodu, že limitním je v tomto zařízení nejen nedostatek prostoru, ale také velmi malý počet zaměstnanců.

Závěrem diskuze bych chtěla opět upozornit, že výsledky výzkumu se týkají pohledu na poskytování Bazální stimulace pouze sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách zařízení, ve kterém jsem vykonávala výzkum, nebylo by dobré, aby byly výsledky aplikovány na všechny denní stacionáře pro děti s kombinovaným postižením vykonávající Bazální stimulaci.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala konceptem Bazální stimulace a jeho poskytováním v denním stacionáři pro děti s kombinovaným postižením. O konceptu Bazální stimulace jsem vedla rozhovory se sociální pracovníci a pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají koncept Bazální stimulace. Cílem práce bylo zjistit možnosti a limity poskytování konceptu. Myslím si, že se mi povedlo naplnit hlavní cíl práce, zjistit více informací o poskytování konceptu Bazální stimulace v denním stacionáři pro děti s kombinovaným postižením. Dle mého názoru se mi povedl naplnit i dílčí cíl, který se týkal přínosu konceptu Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením.

Díky výzkumu jsem od pracovníků vykonávajících Bazální stimulaci zjistila odpovědi na výzkumné otázky, které byly stanoveny. Z výsledků vyplynulo, že co se týče poskytování konceptu Bazální stimulace, každý pracovník vykonávající Bazální stimulaci, považuje tento koncept za velice přínosný. Všimá si, že díky tomuto konceptu nastaly u klientů pozitivní změny.

Bohužel si pracovníci uvědomují i limity, které mohou negativně ovlivňovat poskytování konceptu. Jako limitní považují především nedostatek vyškoleného personálu, velkou časovou náročnost a nedostatek času, díky kterému se nemohou individuálně klientovi věnovat delší dobu.

Někteří pracovníci kombinují koncept Bazální stimulace s místností Snoezelen, či při poskytování stimulace využívají interiér i exteriér denního stacionáře. Při poskytování konceptu hledí na momentální rozpoložení klienta a na základě toho, jak dítě vnímají, se snaží najít a poskytnout vhodný typ Bazální stimulace. Stává se, že ne každému dítěti vyhovuje zvolený typ Bazální stimulace, a proto je důležité, aby si změny v chování dítěte pracovník všiml a okamžitě na tuto změnu reagoval.

Pracovníci spatřují v Bazální stimulaci přínos, a to nejen pro děti s kombinovaným postižením, ale i pro sebe. Velice přínosným byl pro pracovníky také kurz Bazální stimulace, protože díky možnosti si na kurzu všechny techniky vyzkoušet, se dokáží lépe vcítit do klienta, dovedou si představit, co dítě během Bazální stimulace prožívá, a zároveň dítěti pomocí Bazální stimulace pomalu, lehounce odkrývat svět, který má dítě kolem sebe. Svět, do kterého se může pomocí Bazální stimulace začlenit a ve kterém je pracovník denního stacionáře průvodcem, učitelem, terapeutem a zároveň osobou, která se raduje z každého sebemenšího zlepšení zdravotního stavu dítěte, z každého

sebemenšího pohybu, které dítě dokáže samo udělat, z každého sousta navíc, které dítě pozře, z každého gesta. Tehdy si pracovník uvědomí, že provozovat Bazální stimulaci má smysl, protože pocit, kdy vidí výsledky, i když malé, je pro každého člověka velmi silným. Pokud se jedná o výsledky, o kterých pracovník nedoufal, že by je někdy mohl u dítěte vidět, je tento pocit ještě silnější.

Seznam použité literatury

- 1) AGERERANIOTI – BBÉLANGER, S. et al., 2012. Behaviour disorders in children with an intellectual disability. *Paediatrics & Child Health*. 17(2), 84–8. doi.org/10.1093/pch/17.2.84.
- 2) *Angelman syndrome*. © 2020. Mayo Clinic. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/angelman-syndrome/symptoms-causes/syc-20355621>.
- 3) *Autismus*. 2020. Nautis. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://nautis.cz/cz/autismus>.
- 4) BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením*. Praha: Portál, 184 s. ISBN: 978-80-262-0693-4.
- 5) *Bazální stimulace*. ©2018. Člověku člověkem: Domov pro seniory Tachov. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <http://clovekuclovekem.cz/bazalni-stimulace.html>.
- 6) *Bazální stimulace*. © 2020. Domov seniorů Dačice. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.dsdacice.cz/bazalni-stimulace>.
- 7) *Bazální stimulace*. © 2020. Nemocnice TGM Hodonín: Vaše nemocnice. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.nemho.cz/bazalni-stimulace>.
- 8) *Bazální stimulace na ODN*. 2020. Nemocnice Pelhřimov: příspěvková organizace. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: http://www.hospital-pe.cz/?page_id=2031.
- 9) *Bazální stimulace součástí poskytované péče*. 2019. Domov pro seniory manželů Curieových Třebíč. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <http://www.ddtrebic.cz/index.php/socialni-pece/77-sluzby.html>.
- 10) *Bazální stimulace v Domově u fontány*. © 2020. Domov u fontány: váš bezpečný přístav. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: http://www.domovufontany.cz/?page_id=258.
- 11) BORÝSKOVÁ, H., 2018. *Metodika pro oblast bazální stimulace v organizaci*. Brno. 32 s.

- 12) BRAZIER, Y., 2017. *Williams syndrome: What you need to know*. Medical News Today. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/220139>.
- 13) BUZAN, T., BUZAN, B., 2012. *Myšlenkové mapy: Probud'te svou kreativitu, zlepšete svou paměť, změňte svůj život*. 2. vydání. Brno: BizBooks. ISBN: 978-80-265-0030-8.
- 14) ČAPEK, R., 2010. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 s. ISBN: 978-80-247-4.
- 15) *Čo je PWS?*. 2009. Zdrušenie PWS. [online]. [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <http://pwsyndrom.sk/co-je-pws>.
- 16) ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence v nemoci*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 512 s. ISBN: 978-80-246-3828-7.
- 17) *Další aktivity ve snoezelen místnosti pro osoby s poruchou autistického spektra*. © 2020a. [online]. 3lobit o.z. [online] [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/dalsi-aktivity-pro-osoby-s-autismem>.
- 18) *Denní stacionáře: Základní popis služby*. 2015. Podpora procesů v sociálních službách. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <http://ppvss.mpsv.cz/mpsv/ciselniky.nsf/i/S0009>.
- 19) *Deset cílů*. 2019f. [online]. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, s. r. o. [online] [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero>.
- 20) *Downův syndrom 2020*. Downův syndrom. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.downuvsyndrom.cz>.
- 21) DUKOVÁ, I. et al., 2013. *Sociální politika: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing a.s. 200 s. ISBN: 978-80-247-3880-2.
- 22) EMBERTI GIALLORETI, L., CURATOLO, P., 2018. *Autism Spectrum Disorder: Why Do We Know So Little?* Frontiers in Neurology. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00670/full>.

- 23) FILATOVA, R., 2014. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef. 160 s. ISBN: 978-80-905419-3-1.
- 24) FRIEDLOVÁ, K., 2009. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. : 1 a 2. Díl. 3. vydání*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o. 100 s. ISBN: 80-239-6132-2.
- 25) FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN: 978-80-247-1314-4.
- 26) FRIEDLOVÁ, K., 2010a. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 12(8-9), 36-37. ISSN 1803-7348
- 27) FRIEDLOVÁ, K., 2010b. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 12(11), 28-29. ISSN 1803-7348.
- 28) FRIEDLOVÁ, K., 2012. Využití konceptu Bazální stimulace ve snoezelenových místnostech. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(4), 20-21. ISSN: 1801-1349
- 29) GULOVÁ, L., 2013. Zakotvená teorie podle Strausse a Corbinové. In: GULOVÁ, L., ŠÍP, R. (eds.). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. s. 45-71. ISBN 978-80-247-4368-4.
- 30) HATZ-CASPARIS, M., ROTH SIGRIST, M., 2012. *Basale Stimulation in der Akutpflege: Handbuch für die Pflegepraxis*. Bern: Verlag Hans Huber. p. 164. ISBN: 978-3-456-8513-0-3.
- 31) HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN: 978-80-262-0219-6.
- 32) HERNDON, J., 2017. *Williams Syndrome*. Healthline. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/williams-syndrome>.
- 33) HLADKÁ, P., KUBÍČKOVÁ, T. 2018. *Bazální stimulace z pohledu studentky bakalářského studia I. LF UK.* Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online] [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/bazalni-stimulace-z-pohledu-studentky-bakalarskeho-studia-1-lf-uk>.

- 34) *Hluchoslepota*. 2020. Helpnet: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.helpnet.cz/kombinovana-postizeni/hluchoslepota/zpusoby-komunikace>.
- 35) HORECKÝ, J. 2019. *Koncept bazální stimulace*. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/reference>.
- 36) CHAN, H., 2020. *Apert Syndrome*. Medscape. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/941723-overview>.
- 37) INGROVÁ, Z., 2011. *Bazální stimulace*. Brno. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta. Masarykova univerzita.
- 38) JADLOVCOVÁ, L., 2009. *Bazální stimulace v teorii a pedagogické praxi*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého.
- 39) JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton. 173 s. ISBN: 80-7254-730-5.
- 40) JEDLIČKA, R. et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: Psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada Publishing a.s. 528 s. ISBN: 978-80-271-0586-1.
- 41) JIRÁSKOVÁ, M., HARANGOVÁ, M., 2015. *Metodika práce asistenta pedagoga: Práce se žákem s kombinovaným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 77 s. ISBN: 978-90-244-4708-7.
- 42) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie I: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. 162 s. ISBN: 978-80-247-3270-1.
- 43) KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 327 s. ISBN: 978-80-247-5014-9.
- 44) *Koncept*. 2018. Internationaler Förderverein Basale stimulation e.V. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://basale-stimulation.de>.
- 45) KRAUS, J., 2011. Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*. 12(4), 222-24. ISSN: 1213-1814.

- 46) KUČEROVSKÁ, M. et al., 2013. Vývojové vyšetření novorozence. *Pediatric pro praxi*. 14(4), 231-34. ISSN 1213-0494.
- 47) KUNHARTOVÁ, M., 2019. *Charakteristika kombinovaného postižení*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanim-postizenim/charakteristika-kombinovaneho-postizeni.shtml>.
- 48) KUNHARTOVÁ, M., 2020. *Vzdělávání dětí s kombinovaným postižením*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/vzdelavani-deti-s-kombinovanim-postizenim.shtml>.
- 49) LABUSOVÁ, E., 2019a. *Novorozenecké a kojenecké období (do prvních narozenin)*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/novorozenecke-a-kojenecke-obdobi-do-prvnich-narozenin.shtml>.
- 50) LABUSOVÁ, E., 2019b. *Batolecí období (mezi prvními a třetími narozeninami)*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/batoleci-obdobi-mezi-prvnimi-a-tretimi-narozeninami.shtml>.
- 51) LABUSOVÁ, E., 2019c. *Předškolní období*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/predskolni-obdobi.shtml>.
- 52) LABUSOVÁ, E., 2019d. *Mladší školní věk*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/mladsi-skolni-vek.shtml>.

- 53) LABUSOVÁ, E., 2019e. *Starší školní věk*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/starsi-skolni-vek-puberta.shtml>.
- 54) LABUSOVÁ, E., 2019f. *Starší školní věk (puberta)*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby/starsi-skolni-vek-puberta.shtml>.
- 55) *Léčba*. 2020. Prader-Willi spolek. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.prader-willi.cz/lecba>.
- 56) M TOLAROVA, M., 2018. *Mandibulofacial Dysostosis (Treacher Collins Syndrome)*. Medscape. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/946143-overview>.
- 57) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 58) MALOŇ FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 216 s. ISBN: 978-80-907053.
- 59) MALOŇOVÁ FRIEDLOVÁ, K., 2015. Implementace konceptu Bazální stimulace v České a Slovenské republice. In: KOZONĚ, V., BAŠKOVÁ, M. (eds). *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatel'stva*. Martin: JLF UK, s. 79-83. ISBN: 978-90-89544-76-9.
- 60) MARSCHARK, M., SPENCER, P.E., 2016. *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language*. New York: Oxford University Press. p. 460. ISBN: 978-0-19-024141-4.
- 61) MICHALÍK, J. et al., 2015. *Katalog podpůrných opatření: Obecná část pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 221 s. ISBN 978-80-244-4654-7.

- 62) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 332 s. ISBN: 80-247-1262-4.
- 63) MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ. 292 s. ISBN: 978-80-7419-285-2.
- 64) MOJŽÍŠOVÁ, M., 2008. Růst a vývoj dítěte. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, s. 21-31. ISBN: 978-80-247-1613-8.
- 65) MRZENA, B., 2019. *Dětská mozková obrna*. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/neurologicka-onemocneni/detska-mozkova-obrna.shtml>.
- 66) *Nástavbový kurz Bazální stimulace®*. 2019b. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/nstavbovy-kurz>.
- 67) NOVÁKOVÁ, Z., 2012. Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*. 8(6), s. 279-82. ISSN: 1801-2434.
- 68) NOVÁKOVÁ, I., 2018. *Koncept bazální stimulace v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita.
- 69) *O hluchoslepotě*. 2015. LORM: Společnost pro hluchoslepé. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.lorm.cz/pro-verejnost/o-hluchoslepote>.
- 70) PAGLIANO, P., 2012. *Using a Multisensory Environment: A Practical Guide for Teachers*. New York: David Fulton Publishers. p. 134. ISBN: 1-85346-716-2.
- 71) PAVLÍKOVÁ, A., 2017. *Bazální stimulace v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita.
- 72) PECUCH, M., 2018. *Koncept bazální stimulace jako první v Plzni používá Stacionář Človíček*. Město Plzeň. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.plzen.eu/o-meste/aktuality/aktuality-z-mesta/koncept-bazalni-stimulace-jako-prvni-v-plzni-pouziva-stacionar-clovicek.aspx>.

- 73) PETR TYL, J., 2018. *Myšlenková mapa (mind map)*. Marketing Mind. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.marketingmind.cz/myslenkova-mapa>.
- 74) PRAŽSKÝ, B., 2013. *Využití bazální stimulace*. Zdravotnictví a medicína. [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-v-domove-pro-seniory-bechyne-461779>.
- 75) *Prohlubující kurz Bazální stimulace® I*. 2019c. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/prohlubujici-kurz-i>.
- 76) *Prohlubující kurz Bazální stimulace® II*. 2019d. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08] Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/prohlubujici-kurz-ii>.
- 77) *Reaktivní zkreslení, Hawthornský efekt*. 2020. STEM/MARK. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.stemmark.cz/encyklopedie-reaktivni-zkresleni-hawthornsky-efekt>.
- 78) *Red and White Canes – and persons with deafblindness*. © 2020. World Federation of the Deafblind. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.wfdb.eu/deafblind-awareness-red-and-white-canes>.
- 79) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s. 192 s. ISBN: 978-80-247-3006-6.
- 80) RŮŽIČKOVÁ, V., KRAMOSILOVÁ, Z., 2017. Možnosti podpory samostatného pohybu a prostorové orientace u osob s kombinovaným postižením. In: HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKOVÁ, V. (eds.). *Koheze speciální pedagogiky v současnosti*. Olomouc: Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci. s 147-58. ISBN: 978-80-244-5256-2.
- 81) SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing, a.s. 548 s. ISBN: 978-80-247-3568-9.
- 82) SENDER, B., 2019. *Hluchoslepota: Ako žijú hluchoslepi ľudia v tomto svete? Ako komunikujú?* Slovenský pacient. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z:

<https://slovenskypacient.sk/hluchoslepota-ako-ziju-hluchoslepi-ludia-v-tomto-svete-ako-komunikuju>.

83) SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-271-0095-8.

84) *Snoezelen-mse*. © 2020. ISNA-MSE®. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <http://snoezelen-mse.cz/popis-spolecnosti-snoezelen-mse>.

85) *Sociální služby*. 2019e. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/socialni-sluzby>.

86) *Sociální služby*. 2020. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>.

87) *Sociální služby Centrum BAZALKA, o.p.s.* 2020. Centrum BAZALKA. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <http://www.centrumbazalka.cz>.

88) SOURALOVÁ, E., 2019. *Hluchoslepota. Šance dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí*. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/d/hluchoslepota.shtml>.

89) ŠIMKOVÁ, S., ZAJÍC, J. *Na křižovatce kultur: aneb Romové, Vietnamci a Číňané mezi námi*. 23 s. ISBN: 978-80-86784-91-5.

90) ŠIŠKOVÁ, D., 2011. Dětská mozková obrna. *Revizní a posudkové lékařství*. 14(4), 127-32. ISSN: 1214-3170.

91) ŠPAŇHELOVÁ, I., 2008. *Průvodce dětským světem*. Praha: Grada Publishing. 187 s. ISBN: 978-80-247-1907-8.

92) ŠPORCLOVÁ, V., 2019. *Poruchy autistického spektra*. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/poruchy-autistickeho-spektra.shtml>.

93) ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.

- 94) *Terapie Apertova syndromu*. 2020. Apert syndrome neboli Apertův syndrom. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/terapie-apertova-syndromu>.
- 95) *Treacher Collins syndrom (TCS)*. 2015. Život se syndromem: Jak se žije s Treacher Collins syndromem či Goldenhar syndromem. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.zivotsesyndromem.cz/treacher-collins-syndrom-tcs>.
- 96) URBÁNEK, T., 2019. Specifika metod sociální psychologie. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., SOLLÁROVÁ, E., (eds.). *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Praha: Psyché (Grada). 286-296 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
- 97) *Vademecum Bazální stimulace: Příručka pro nejbližší osoby pacientů ošetřovaných v konceptu Bazální stimulace*. 2020. [online]. Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/vademecum-bazalni-stimulace/f540>.
- 98) VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN: 978-80-246-2153-1.
- 99) VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 134 s. ISBN: 978-80-7394-326-4.
- 100) Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-07-09]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7025. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
- 101) *Výběr vhodných aktivit u osob s poruchou autistického spektra*. © 2020b. [online]. 3lobit o.z. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/vhodne-aktivity-pro-osoby-s-autismem>.
- 102) *What is a Mind Map?* © 2020. Mind mapping. [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.mindmapping.com/mind-map.php>.
- 103) *Základní kurz Bazální stimulace®*. 2019a. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha, s. r. o. [online] [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/zakladni-kurz>.

104) Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-07-09]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1285-1287. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108%2F2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy&fbclid=IwAR2Bvl4A0I2usPdr7jdahFIUMLoATAVXfErPdpIgggnFNGn-V7IMeEJq6Es.

105) ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. 112 s. ISBN: 978-80-247-3856-7.

Přílohy

Příloha č. 1 - Záznamový arch pro položený rozhovor se sociálním pracovníkem

Příloha č. 2 - Záznamový arch pro položený rozhovor s pracovníky poskytujícími
Bazální stimulaci

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas k výzkumu k bakalářské práci

Příloha č. 4 – Seznam schémat

Příloha č. 5 – Seznam tabulek

Příloha č. 1

Záznamový arch pro polořízený rozhovor se sociálním pracovníkem

Záznamový arch pro polořízený rozhovor se sociálním pracovníkem

I. Sociodemografické údaje

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
4. Délka praxe v pomáhající profesi:
5. Délka praxe v péči o děti s kombinovaným postižením:
6. Nejvyšší dosažené vzdělání:

II. Informace o stacionáři

Jak dlouho Váš stacionář funguje?

Kdo poskytuje denní stacionář?

Kolik má Váš denní stacionář klientů?

Kolik má Váš denní stacionář zaměstnanců?

III. Bazální stimulace

Poskytujete Vy osobně sama/sám Bazální stimulaci? (Pokud ano, jakou techniku poskytujete?)

Jakým způsobem je u Vás koncipován koncept Bazální stimulace? (četnost, metody, techniky, pomůcky, kolik pracovníků, jak často, jací pracovníci; Jak probíhá Bazální stimulace ve vašem zařízení? Dle čeho si vybíráte děti s kombinovaným postižením vhodné pro Bazální stimulaci?)

V čem vidíte přínos Bazální stimulace v sociálních službách v kontextu péče o děti s postižením?

V jaké organizaci se pracovníci vykonávající Bazální stimulaci vzdělávají?

Kolik pracovníků z Vašeho zařízení prošlo vzděláním v konceptu Bazální stimulace?

Kolik pracovníků má ukončen Základní kurz Bazální stimulace?

Kolik pracovníků má ukončen Nástavbový kurz Bazální stimulace?

Kolik pracovníků má ukončen Prohlubující kurz Bazální stimulace?

Prošel/ prošla jste kurzem Bazální stimulace? Pokud ano, jaký kurz jste absolvovala?

Využíváte supervizi týkající se poskytování Bazální stimulace? (Pokud ano, jak často ji využíváte?)

Jakým způsobem byl koncept Bazální stimulace zaveden do denního stacionáře? (+ kdo ho zavedl)

Jak dlouho je uplatňován koncept Bazální stimulace ve vašem stacionáři?

Kolik z počtu pracovníků v současné době Bazální stimulaci vykonává?

Přispíval na kurz Bazální stimulace zaměstnavatel? (Pokud ano, jakou částkou?)

Hradí organizace kurzy BS? (V jaké výši?)

Jaké jsou možnosti Bazální stimulace z Vašeho pohledu?

Jaké jsou možnosti Bazální stimulace z Vašeho pohledu ve Vašem zařízení?

Jaké jsou limity Bazální stimulace z Vašeho pohledu?

Jaké jsou limity Bazální stimulace z Vašeho pohledu ve Vašem zařízení?

Jak často ve Vašem zařízení vykonáváte koncept Bazální stimulace?

Kdo všechno z pracovníků poskytuje bazální stimulaci v zařízení?

Můžete popsat průběh Bazální stimulace ve vašem zařízení? (kdo, jak to probíhá, jakým způsobem, jak často, jakou si vedete dokumentaci)

V čem vidíte souvislost a zapojení konceptu Bazální stimulace do sociální práce?

Jak probíhá Bazální stimulace ve Vašem zařízení?

IV. Přínos

V čem spatřujete přínos Bazální stimulace?

Jaký je přínos pro děti s kombinovaným postižením?

Jaký je přínos BS v sociálních službách?

Jaké jsou výhody Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Jaké jsou nevýhody Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Jaký přínos má Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Spatřujete přínos Bazální stimulace i pro personál? (co je přínosem)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením ke zklidnění a uvolnění organismu? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je zklidnění nejvíce patrné, z jakého důvodu si myslíte, že je zklidnění nejvíce patrné u této techniky)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením k úlevě od jejich bolesti? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je úleva nejvíce patrná, z jakého důvodu si myslíte, že je úleva od bolesti nejvíce patrná u této techniky)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením k relaxaci? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je relaxace nejvíce patrná, z jakého důvodu si myslíte, že je relaxace nejvíce patrná u této techniky)

Zhodnoťte význam Bazální stimulace ve Vaší práci. (Jak byste hodnotili význam Bazální stimulace ve Vaší práci?)

Příloha č. 2

Záznamový arch pro polořízený rozhovor s pracovníky poskytujícími Bazální stimulaci

Záznamový arch pro polořízený rozhovor s pracovníky poskytujícími Bazální stimulaci

I. Sociodemografické údaje

1. Pohlaví:

2. Věk:

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

4. Délka praxe v pomáhající profesi:

5. Délka praxe v péči o děti s kombinovaným postižením:

6. Délka praxe v zařízení:

II. Vzdělání v sociálních službách a v Bazální stimulaci

Kdy jste se poprvé setkala/setkal s konceptem Bazální stimulace?

Jaká byla vaše první zkušenost s Bazální stimulací? (kde, kdy, v rámci čeho, jaký jste z něj měla/ měl pocit?)

Jak dlouho koncept Bazální stimulace vykonáváte?

Jaký kurz Bazální stimulace jste absolvovala/absolvoval a kdy to bylo? (kdy, kde, u koho, cena, průběh kurzu, způsob ukončení)

Přispíval Vám na kurz zaměstnavatel? (pokud ano, jakou částkou)

Co pro Vás bylo na kurzu Bazální stimulace nejvíce užitečné?

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v Bazální stimulaci?

III. Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením

Jakým způsobem poskytnete koncept Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením? (četnost, metody, techniky, pomůcky, kolik pracovníků, jak často, jací pracovníci; Jak probíhá Bazální stimulace ve vašem zařízení? Dle čeho si vybíráte děti s kombinovaným postižením vhodné pro Bazální stimulaci?)

Jak reagují děti s kombinovaným postižením na koncept Bazální stimulace?

Můžete popsat první sezení s dítětem s postižením v rámci konceptu Bazální stimulace ve vašem zařízení? (jak to probíhalo, jaké to je pro klienta, vyberte si jednoho klienta)

Jaké jsou cíle Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením?

Jaké techniky konceptu Bazální stimulace využíváte?

Jaké prvky Bazální stimulace se Vám osvědčily u dětí s kombinovaným postižením? (doteky, správné polohování, koupele, masáže, vestibulární stimulace →informuje pacienta o jeho poloze a pohybu, kontaktní dýchání)

Jaká technika konceptu Bazální stimulace, která se Vám u dětí s postižením osvědčila? (jaké důvody)

Jaká technika Bazální stimulace se Vám při práci s dětmi s kombinovaným postižením neosvědčila? (Jaké důvody Vás k tomu vedou)

Jakým způsobem přizpůsobujete Bazální stimulaci momentálnímu rozpoložení dětí s postižením?

Jakým způsobem vedete dokumentaci o poskytování Bazální stimulace?

Jaké jsou možnosti poskytování Bazální stimulace v sociálních službách?

Jaké jsou možnosti poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři?

Jaké jsou limity poskytování Bazální stimulace v sociálních službách?

Jaké jsou limity poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři?

Jaké jsou limity Bazální stimulace z Vašeho pohledu ve vašem stacionáři?

Jaké základní prvky bazální stimulace používáte?

Jak často používáte a jak probíhá vestibulární stimulace?

Jak často používáte a jak probíhá vibrační stimulace?

Jak často používáte a jak probíhá somatická stimulace?

Jaké nastavbové prvky Bazální stimulace využíváte ve vašem zařízení?

Využíváte během poskytování Bazální stimulace supervizi? (jak to probíhá)

IV. Přínos

V čem spatřujete přínos Bazální stimulace?

Jaký je přínos pro děti s kombinovaným postižením?

Jaký je přínos Bazální stimulace v sociálních službách?

Jaké jsou výhody Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Jaké jsou nevýhody Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Jaký přínos má Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením?

Spatřujete přínos Bazální stimulace i pro personál? (co je přínosem)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením ke zklidnění a uvolnění organismu? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je zklidnění nejvíce patrné, z jakého důvodu si myslíte, že je zklidnění nejvíce patrné u této techniky)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením k úlevě od jejich bolesti? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je úleva nejvíce patrná, z jakého důvodu si myslíte, že je úleva od bolesti nejvíce patrná u této techniky)

Vede dle Vašeho názoru Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením k relaxaci? (jak se to projevuje, u jaké techniky bazální stimulace je relaxace nejvíce patrná, z jakého důvodu si myslíte, že je relaxace nejvíce patrná u této techniky)

Zhodnoťte význam Bazální stimulace ve Vaší práci.

Příloha č. 3

Informovaný souhlas k výzkumu k bakalářské práci

Informovaný souhlas k výzkumu k bakalářské práci

Věc: Rozhovor ke kvalitativnímu výzkumu k bakalářské práci na téma Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením.

Prohlášení osoby provádějící výzkum:

Tento kvalitativní výzkum zabývající se poznatky týkajícími se Bazální stimulace a jejího aplikování v denním stacionáři pro děti s kombinovaným postižením z pohledu pracovníků vykonávajících Bazální stimulaci, a rovněž z pohledu sociálního pracovníka, využiji pouze při své bakalářské práci, kterou budu následně obhajovat na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě.

Při realizaci výzkumu budu respektovat anonymitu a soukromí subjektů výzkumu a s osobními údaji informantů budu nakládat dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Prohlášení informanta:

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu týkajícího se poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři pro děti s kombinovaným postižením. Byl/a jsem informován/a o cílech výzkumu a způsobu vyhodnocování dat. Souhlasím s využitím poskytnutých informací pro výzkum i pro anonymní publikování.

V:

Dne:

Jméno a podpis osoby provádějící výzkum:

Podpis informanta:

Příloha č. 4

Seznam schémat

Schéma 1: Reakce dětí s kombinovaným postižením na koncept Bazální stimulace

Schéma 2: První sezení s dítětem s kombinovaným postižením v rámci konceptu Bazální stimulace

Schéma 3: Cíle Bazální stimulace

Schéma 4: Techniky Bazální stimulace

Schéma 5: Prvky Bazální stimulace

Schéma 6: Technika konceptu Bazální stimulace, která se osvědčila

Schéma 7: Technika konceptu Bazální stimulace, která se neosvědčila

Schéma 8: Přizpůsobování techniky rozpoložení dětí s kombinovaným postižením

Schéma 9: Četnost a průběh vestibulární stimulace

Schéma 10: Četnost a průběh vibrační stimulace

Schéma 11: Četnost a průběh somatické stimulace

Schéma 12: Způsob poskytování konceptu Bazální stimulace

Schéma 13: Limity poskytování Bazální stimulace v sociálních službách

Schéma 14: Limity poskytování Bazální stimulace v denním stacionáři

Schéma 15: Limity poskytování Bazální stimulace ve vašem zařízení

Schéma 16: Přínos Bazální stimulace

Schéma 17: Přínos Bazální stimulace pro děti s kombinovaným postižením

Schéma 18: Přínos Bazální stimulace v sociálních službách

Schéma 19: Výhody Bazální stimulace

Schéma 20: Přínos Bazální stimulace pro personál denního stacionáře

Schéma 21: Projevy zklidnění a uvolnění dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Schéma 22: Projevy úlevy od bolesti dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Schéma 23 : Projevy relaxace dítěte s kombinovaným postižením při Bazální stimulaci

Schéma 24: Význam Bazální stimulace pro pracovníky vykonávající koncept Bazální stimulace

Příloha č. 5

Seznam tabulek

Tabulka 1: Sociodemografické údaje

Tabulka 2: Absolvovaný kurz Bazální stimulace

Tabulka 3: Možnosti poskytování Bazální stimulace

Použité zkratky

DMO = Dětská mozková obrna

I1 = informant 1

I2 = informant 2

I3 = informant 3

I4 = informant 4

I5 = informant 5

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

PAS = Poruchy autistického spektra