



**mpc**  
METODICKO-PEDAGOGICKÉ CENTRUM



**Európska únia**  
Európsky sociálny fond

**Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť / Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ**

Mgr. Danka Okruhl'anská

# **Bazálna stimulácia pri práci s viacnásobne postihnutými klientmi**

Osvedčená skúsenosť odbornej praxe

Prešov

2013

**Vydavateľ:** Metodicko-pedagogické centrum, Ševčenkova 11,  
850 01 Bratislava

**Autor OSO:** Mgr. Danka Okruhl'anská

**Kontakt na autora:** Pracovisko: Spojená škola, Matice slovenskej 11, Prešov, Centrum špeciálneho pedagogického poradenstva, sppcentrum@gmail.com

**Názov OSO:** Bazálna stimulácia pri práci s viacnásobne postihnutými klientmi

**Rok vytvorenia OSO:** 2013

**Odborné stanovisko vypracoval:** Mgr.Marta Borovská

Za obsah a pôvodnosť rukopisu zodpovedá autor. Text neprešiel jazykovou úpravou.

Táto osvedčená skúsenosť odbornej praxe bola vytvorená z prostriedkov národného projektu Profesionálny a kariérový rast pedagogických zamestnancov. Projekt je financovaný zo zdrojov Európskej únie.

## **Kľúčové slová**

Bazálna stimulácia, dotyk, komunikácia, stimulácia, edukácia, špeciálno pedagogická intervenci, diagnostika, viacnásobné postihnutie, mentálna retardácia, centrum špeciálno pedagogického poradenstva, klient.

## **Anotácia**

V práci sme sa snažili popísať overenú skúsenosť vyplývajúcu z odbornej praxe, ktorú sme získali v centre špeciálno pedagogického poradenstva so zameraním na mentálne postihnutie. V štyroch kapitolách poukážujeme na možnosti práce s klientmi s viacnásobným postihnutím. Táto časť špeciálnej pedagogiky je ešte málo prebádaná. Odborní a pedagogickí zamestnanci s ťažkosťami zháňajú metodický materiál, či skúsenosti, ktoré by mohli využiť ako nápad, či inšpiráciu.

Prvá a druhá kapitola ma teoretický charakter. Poskytuje zorientovanie sa v odbornej literatúre, popisom mentálneho postihnutia, jeho klasifikáciou a etiológiou. Zaoberá sa psychickým vývojom jedinca s viacnásobným postihnutím, možnosťami vzdelávania a výchovy. Tretia a štvrtá kapitola charakterizuje koncept bazálnej stimulácie, ako novej metódy práce s viacnásobne postihnutými klientmi. Obsahuje kazuistiky, v ktorých sú opísané spôsoby využitia konceptu a hodnotenie vplyvu bazálnej stimulácie na ďalší rozvoj poznávacích procesov.

Práca so spomínanou cieľovou skupinou je náročná, pretože pôsobenie, vzdelávanie a výchova sú založené na individuálnom prístupe a tvorbe individuálnych vzdelávacích programov. Každý klient je jedinečný so svojimi diagnózami a možnosťami ďalšieho rozvoja. Koncept bazálnej stimulácie pri práci s viacnásobne postihnutými klientmi považujeme za prínosný pre odborných a pedagogických zamestnancov pracujúcich v centrách špeciálno pedagogického poradenstva, v špeciálnych školách, v domovoch sociálnych služieb, alebo aj v zdravotníckych zariadeniach.

## OBSAH

Úvod .....	5
1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH.....	6
1.1 Vymedzenie pojmu mentálna retardácia .....	6
1.2 Etiológia a klasifikácia mentálnej retard .....	6
2 VIACNÁSOBNÉ POSTIHNUTIE .....	9
2.1 Pojem viacnásobného postihnutia .....	9
2.2 Edukácia .....	9
2.3 Členenie viacnásobne postihnutých.....	10
3 BAZÁLNA STIMULÁCIA.....	12
3.1 História konceptu .....	12
3.2 Pojem bazálnej stimulácie .....	12
3.3 Dotyk ako prostriedok stimulácie .....	14
3.4 Druhy stimulácii .....	14
3.4.1 Somatická stimulácia .....	15
3.4.2 Vestibulárna stimulácia .....	16
3.4.3 Vibračná stimulácia .....	16
3.4.4 Optická stimulácia .....	17
3.4.5 Auditívna stimulácia .....	18
3.4.6 Orálna stimulácia .....	18
3.4.7 Čuchová stimulácia .....	19
3.4.8 Taktilno – haptická stimulácia .....	19
4 VLASTNÁ ODBORNÁ SKÚSENOSŤ .....	20
4.1 Popis činností .....	20
4.2 Kazuistiky .....	20
ZÁVER .....	26
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV .....	27
Zoznam internetových zdrojov .....	28

## ÚVOD

V posledných rokoch sa v dôsledku pokroku medicíny čoraz častejšie stretávame s viacnásobne postihnutými ľuďmi. Jedinci, ktorí v minulosti nemali šancu prežiť niekoľko hodín, dnes vďaka vyspelej lekárskej starostlivosti sú súčasťou našich životov. Nemáme mandát na to, aby sme posudzovali, či je táto cesta správna. Nikto z nás našťastie nemá moc rozhodnúť, kto ostane nažive, kto už svoje prežil, kto ešte vlastne ani žiť nezačal, ale ani nič nezažije. Vieme len to, že nie všetci ľudia majú to šťastie prejsť životom ako po ružovej záhrade. Niektorí ani nikdy neprejdú, iní neprivoňajú a ďalší hoci aj privoňajú nič neucítia. Zďaleka nie sme všetci rovnakí. Mnohí z nás majú svoje problémy rôzneho charakteru a rozsahu. Ťažko hovoriť o perspektívach, ekonomických ukazovateľoch, návratnosti úsilia vynaloženého na vzdelanie, starostlivosť, opateru. Očakávania v podobe zázrakov a výnimočných zlepšení, by bolo necitlivé zavádzanie tých, ktorí obetujú svoj čas, pohodlie a hlavne lásku s akou pristupujú ku každodenným povinnostiam a starostiam pri práci so zdravotne znevýhodnenými ľuďmi.

To sa v nasledujúcich riadkoch nedočítate. Môžete tu nájsť charakteristiku jednotlivých problémov a postihnutí, načrtnutí možnosti práce s ľuďmi s viacnásobným postihnutím. Stretnete sa s možnosťami rozvoja jednotlivých poznávacích procesov, zmyslového vnímania, ako aj načrtnutie cesty k aktivizácii kognitívnych procesov, ktoré na základe zmyslových a zážitkových stôp, ktoré sú hlboko vryté v šedej kôre. Prebudenie a aktivizáciu zo spánku, snahu začať pracovať na základe zážitkov z minulosti. Tí, ktorí vidíte svoje pôsobenie v práci s ľuďmi s viacnásobným postihnutím, môžete získať podnety pre prax a skúsenosti, ktoré sú zhrnutím poznatkov z odbornej literatúry, ale aj naše vlastné postrehy z intervenčných činností z centra špeciálne pedagogického poradenstva.

Práca pozostáva zo štyroch častí. V prvej sme sa pozastavili pri celkovom členení ľudí so zdravotným znevýhodnením so špecializáciou na mentálne postihnutie. V druhej kapitole sme sa viac zaoberali viacnásobným postihnutím. Tretia kapitola je venovaná konceptu bazálnej stimulácie. Jeho histórii a vzniku, cieľmi bazálnej stimulácie. Štvrtá obsahuje kazuistiky a konkrétne skúsenosti s uplatňovaním konceptu v praxi. Veľký význam pripisujeme dotyku ako forme komunikácii a a stimulácie rôznych receptorov vnímania. V tejto časti popisujeme ako vytvoriť vhodné podmienky a v závere sa snažíme poukázať na možnosti uplatnenia v praxi.

Myslíme si, že táto odborná overená skúsenosť by mohla byť využiteľná v odbornej práci pri intervenčnej činnosti v centrách špeciálne pedagogického poradenstva, v pedagogickej činnosti v špeciálnych školách a domovoch sociálnych služieb pri viacnásobne postihnutých žiakoch.

# 1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH

## 1.1 Vymedzenie pojmu mentálna retardácia

Jedinci s mentálnou retardáciou tvoria špecifickú skupinu medzi zdravotne postihnutými. Mentálna retardácia je nesmierne zložitý proces, vzhľadom k celej rade faktorov, ktorými môže byť determinovaný, preto aj stanovenie definície je spojené s celým radom komplikácií. Vlastné termín mentálna retardácia (z lat. Mens. 2. P. mentis = myseľ, retardácia = zaostávať, zdržať) bol prvýkrát uvedený v tridsiatych rokoch 20. storočia americkou spoločnosťou pre mentálne deficiencie. (Vašek, S. 1994) Mentálna retardácia býva definovaná odlišne rôznymi odborníkmi, ale základom každej definície je vždy zníženie inteligencie rôzneho stupňa. Jedna z definícií, ktorá je podľa môjho názoru veľmi výstižná je definícia Dolejšiho, ktorá hovorí, že mentálna retardácia je vývojová porucha integrácie psychických funkcií rôzne hierarchie s variabilnou ohraničenosťou a celkovú abnormálne inteligenciou závislú na niektorých z týchto činiteľov: nedostatky genetických vlôh, porušenie anatomicko - fyziologické štruktúry, funkcie a dozrievania mozgu, ďalej potom deprivácie, či už sa jedná o depriváciu sensorickú, emočnú alebo kultúrnu, alebo stavy frustrácie a stresu av neposlednom rade typologické zvláštnosti osobnosti. (Krejčířová, O., Juřička, R., 1997) Od roku 1952 do roku 1989 sa mentálna retardácia označovala rôznymi spôsobmi, napr duševne postihnutí, duševne abnormálny, duševne úchylný, duševne defektné, rozumovo postihnutia, rozumovo zaostalí, mentálne abnormálne, duševne oneskorenia, slabomyselní, mentálne defektný, oligofrenických, mentálne oneskorenie, atď (Vítková, M., 2004) Možnosti výchovy a vzdelávania sú obmedzené v závislosti na stupni postihnutia (Dolejší, 1978). Z hľadiska posúdenia inteligenčného kvocientu (IQ) sa u mentálnej retardácie jedná o kvalitatívne vyjadrenie postihnutia na základe vyšetrenia stupňa intelektu. Ak sa na mentálnu retardáciu pozrieme z biologického hľadiska môžeme ju nazvať ako: Trvalé poškodenie poznávacie činnosti, ktorá vznikla v dôsledku organického poškodenia mozgu. (Rubinštejnová, SJ 1976) Najkomplexnejšie definíciu, ktorá bezo zvyšku vystihuje všetky stránky mentálna retardácia je definícia Dolejšiho (1973, s 38): Mentálna retardácia je vývojová porucha integrácie psychických funkcií rôzne hierarchie s variabilnou ohraničenosťou a celkovú subnormálna inteligenciou, závislá na niektorých z týchto činiteľov: na nedostatkoch genetických vlôh; na porušenom stave anatomicko - fyziologické štruktúry a funkcie mozgu a jeho dozrievania; na nedostatočnom prevzdušňovanie základných psychických potrieb dieťaťa vplyvom deprivácie sensorické, emočné a kultúrnu; na deficitným učením; na zvláštnostiach vývoja motivácie, najmä na negatívnych skúsenostiach jedinca po opakovaných stavoch frustrácie aj stresu; na typologických zvláštnostiach vývoja osobnosti.

## 1.2 Etiológia a klasifikácia mentálnej retardácie

Etiologické faktory mentálnej retardácie môžu byť veľmi rôznorodé. Mentálna retardácia je postihnutie centrálného nervového systému a táto porucha môže vzniknúť v rôznych obdobiach života. V čase prenatálnom, čo znamená pred narodením dieťaťa, sa jedná predovšetkým o infekcie matky počas tehotenstva, pôsobeniu toxických látok a žiarenia, zlú výživu a úrazy matky. V období pôrodu a bezprostredne po ňom (perinatálne obdobie), môže vzniknúť hypoxia plodu (nedostatok kyslíka) alebo môže

byť plod poškodený protraňovaným (dlhotrvajúcim) pôrodom. Obdobie po pôrode do dvoch rokov veku dieťaťa označujeme ako postnatálny av tejto dobe môže vzniknúť mentálna retardácia z dôvodu zápalu mozgu, úrazov, zlé výživy alebo infekcie novorodenca. Pri mentálnej retardácii predovšetkým ľahké hrá veľkú úlohu aj dedičnosť a vplyv rodinného prostredia. Mentálna retardácia môže byť tiež geneticky podmienená, poruchy vzniknuté na tejto báze vznikajú odlišným počtom alebo štruktúrou chromozómov. Typickým príkladom je trisómia 21. chromozómu známa ako Downov syndróm.

### **Klasifikácia mentálnej retardácie**

V januári 1993 došlo v Ženeve k zmenám v klasifikácii mentálnej retardácie a to pri 10. revíziu Medzinárodnej klasifikácie chorôb, spracované Svetovou zdravotníckou organizáciou. Stupne mentálnej retardácie rozdeľujeme do šiestich kategórií, ktoré sú aj naďalej stanovené podľa dosiahnutej výšky intelligenčného kvocientu:

- Ľahká mentálna retardácia
- Stredná mentálna retardácia
- Ťažká mentálna retardácia
- Hlboká mentálna retardácia
- Iná mentálna retardácia
- Nešpecifikovaná mentálna retardácia

### **Ľahká mentálna retardácia (IQ 69 - 50, F 70)**

Zhruba do troch rokov veku dieťaťa pozorujeme ľahké oneskorenie a spomalenie v psychomotorickom vývoji. Ľahko mentálne retardované dieťa začína mať problém s rečou medzi tretím a šiestym rokom. Objavujú sa chyby reči a zaznamenávame malú slovnú zásobu. Slovný prejav je obsahovo chudobný. Pri hre spravidla pozorujeme stereotypné správanie. V období školskej dochádzky zaznamenávame väčšie ťažkosti, ktoré sú viditeľné jednak v schopnosti logického myslenia a problémoch v čítaní a písaní, tak v narušení analýzy a syntézy. Deťom postihnutým ľahkou mentálnou retardáciou aj dlhšie trvá osvojenie si bežných zručností a návykov. Mierne zaostáva jemná Aj hrubá motorika. Tieto deti sú nesamostatné, nesústredené a ich správanie je infantilné, ale pri správnom vedení zo strany dospelého sú schopné zvládnuť povinnú školskú dochádzku v špeciálnej škole a ďalej potom vyučenie sa v jednoduchých učebných odboroch. V dospelosti sú mnohé z nich schopné plne sa adaptovať v spoločnosti.

### **Stredná mentálna retardácia (IQ 49 - 35, F 71)**

Jedinci postihnutí stredne ťažkou mentálnou retardáciou majú výrazne oneskorený vývoj a to vo všetkých oblastiach. Jedná sa o stav nemenný, ktorý pretrváva po celý život. Reč je jednoduchá, aktívny Aj pasívna slovná zásoba nedostatočná a obsahovo chudobná, zaznamenávame časté agramatizmy. Jedinec dokáže vytvoriť len jednoduché vety alebo slovné spojenie. Niektorí postihnutí komunikujú len neverbálne. Jemná Aj hrubá motorika je výrazne mešká, dieťa zostáva neobratné a len ťažko koordinuje svoje pohyby. Sebaobslužné činnosti zvláda vo väčšej miere len s pomocou druhej osoby. Nedokáže riešiť náročnejšie situácie, je emocionálne labilný. Dieťa sa väčšinou vzdeláva

v špeciálnej základnej škole, ďalej má možnosť pokračovať vo vzdelávaní v praktickej škole.

### **Ťažká mentálna retardácia (IQ 34 - 20, F 72)**

V mnohých oblastiach sa podobá na strednú mentálnu retardáciu. Už v predškolskom veku je jedincov psychomotorický vývoj značne oneskorený. S týmto stupňom mentálnej retardácie súvisia somatické vady a je zreteľné celkové poškodenie centrálnej nervovej sústavy. Osvojovanie hygienických návykov a sebeobslužných činností je pre jedinca veľmi problematické a zvláda tieto činnosti len čiastočne. Komunikačné schopnosti úplne minimálna, reč je buď jednoduchá alebo sa nevyvinula vôbec. Dieťa je schopné spoznať blízke osoby a reagovať na ne sebe vlastným spôsobom. Prejavuje sa emocionálna labilita. Celoživotná starostlivosť druhej osoby je nevyhnutná. Jedinci sú vzdelávaní v špeciálnej základnej škole.

### **Hlboká mentálna retardácia (IQ 19 a menej)**

U tejto mentálnej retardácii sa objavujú ťažké obmedzenia motorických funkcií, stereotypne sa opakujúce pohyby a pridružené postihnutie sluchu alebo zraku sprevádzané neurologickými poruchami. Títo imobilní jedinci sú úplne odkázaní na pomoc druhej osoby. Komunikujú iba neverbálne, ale sú schopní porozumieť jednoduchým požiadavkám, často sa vyskytujú grimasy a úplne nekontrolovateľné výkriky. Hlboko retardovaní jedinci majú sklony k sebapoškodzovaniu. Nespoznávajú svoje okolie.

### **Iná mentálna retardácia (F 78)**

Tu je veľmi problematické určiť stupeň mentálnej retardácie, v niektorých prípadoch dokonca pre pridružené zmyslové postihnutia, pre somatické postihnutie, ťažkú poruchu správania alebo autizmus úplne nemožné.

### **Nešpecifikovaná mentálna retardácia (F 79)**

V tejto kategórii sú zaradení jedinci, u ktorých bola mentálna retardácia preukázaná, ale z dôvodu absencie informácií nie je možné tieto jedinca do niektorej tu popísané kategórie zaradiť. (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007; Valenta, M., Müller, O., 2003)



## 2 VIACNÁSOBNÉ POSTIHNUTIE

### 2.1 Pojem viacnásobného postihnutia

V domácej i zahraničnej odbornej literatúre prezentované definície viacnásobného postihnutia sú odrazom rôznych názorov na danú problematiku. Slovenská odborná špeciálnopedagogická literatúra venuje náležitú pozornosť problematike viacnásobne postihnutých až v posledných rokoch. Problematika bola podporená aj grantovými výskumnými projektami a v rámci špeciálnej pedagogiky sa v r. 1996 etablovala ako jej samostatná súčasť, pedagogika viacnásobne postihnutých. Pojem viacnásobné postihnutie je charakterizovaný z hľadiska poruchy informačného toku ako základného predpokladu edukácie. U viacnásobne postihnutých sa teda v dôsledku pôsobenia viacerých limitujúcich faktorov môžu vyskytovať ťažkosti v recepcii informácii, pri jej centrálnom spracovaní alebo v expresii, tiež v ich kombináciách. Viacnásobné postihnutie sa vyskytuje v rôznych početných variáciách, v rámci ktorých je nutné kvôli interindividuálnym rozdielom k jednotlivcom pristupovať prísne individuálne.

Viacnásobné postihnutie charakterizuje Vašek (2003, s. 37) ako „multifaktoriálne, multikazuálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným prekrývaním vzniká tzv. synergický efekt, t.j. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení. Tento fenomén výrazne podmieňuje individuálne funkcionovanie kompenzačných mechanizmov jedinca“. Právo na život majú všetci ľudia bez rozdielu. Avšak kvalita života u osôb s ťažkým viacnásobným postihnutím je závislá od kvality a dostupnosti služieb, ktoré sú im poskytované. Jedným z ukazovateľov vyspelosti krajiny je aj úroveň starostlivosti o týchto ľudí. Viacnásobné postihnutie so svojou heterogenosťou a variabilitou zasahuje všetky oblasti života osôb s týmto druhom postihnutia. Ide o širokú problematiku, ktorá spôsobuje ťažkosti hneď v niekoľkých oblastiach života súčasne:

- v rodine s viacnásobne postihnutým dieťaťom,
- v prístupe ku vzdelaniu a práci (nedostatok špecializovaných zariadení),
- v trávení voľného času a osobnom živote,
- v prístupe ku kompenzačným pomôckam,
- v prístupe k ďalším informáciám z aktuálnej legislatívy

### 2.2 Edukácia

V slovenskej špeciálnej pedagogike sa v poslednom období upúšťa od používania pojmov výchova a vzdelávanie, tieto sa nahrádzajú strešným pojmom edukácia. Termín edukácia zahrna mnoho viac stránok, aspektov, dimenzií a rovín slovenského termínu výchova. „Edukácia (ako zámerné výchovné pôsobenie relevantného prostredia) je zložkou komplexnejšieho javu sociálneho formovania (utvárania, stvárňovania) osobnosti. Je súčasťou socializácie ako celospolocenského procesu včlenovania jednotlivcov do svojej komunity so špecifickou kultúrou“. Špeciálnu edukáciu je v tomto kontexte možné chápať ako zámerné pôsobenie relevantného prostredia na osobnosť jednotlivca so špeciálnymi výchovno - vzdelávacími (edukacnými) potrebami s cieľom zabezpečiť proces učenia na základe komunikačno-informačných interakcií prostredníctvom špeciálnopedagogických intervencií.

Edukačné stratégie predstavujú zovšeobecnený súhrn cieľov, zámerov a činností, podmienok a úprav, smerujúcich k dosiahnutiu strešného cieľa edukácie identifikovaného pre danú kategóriu viacnásobne postihnutých jednotlivcov. Modely edukácie je možné chápať ako diferenciaciu a konkretizáciu vytýčených stratégií v oblasti cieľov, úloh, obsahu a procesu, inštitucionalizácie, personálneho zabezpečenia a materiálneho zabezpečenia, riadenia, kontroly a evaluácie.

Funkčné modely edukácie je možné ponímať ako súbor zámerov, úloh, obsahu, edukačných intervencií a aktivít, metód a postupov, inštitucionalizácie, personálneho zabezpečenia, materiálneho zabezpečenia, podmienok a úprav edukačného prostredia a jeho organizačného usporiadania, finančného zabezpečenia, riadenia, kontroly a evaluácie, ktorý vedie k úspešnému dosahovaniu dlhodobých i krátkodobých edukačných cieľov a zámerov. Predpokladom identifikácie stratégií a funkčných modelov edukácie viacnásobne postihnutých je špeciálnopedagogická diagnostika, opierajúca sa aj o údaje iných súčastí komplexnej diagnostiky konkrétneho jednotlivca.

Za cieľ špeciálnej edukácie viacnásobne postihnutých je možné pokladať optimálny rozvoj ich komplexnej osobnosti s rešpektovaním ich osobitostí a špeciálnych výchovných a vzdelávacích (edukačných) potrieb vyplývajúcich z viacnásobných postihnutí, dosiahnutie žiadúcej úrovne vzdelanosti a vychovanosti a maximálneho stupňa ich socializácie. Prostriedok špeciálnej edukácie predstavujú špeciálnopedagogické edukačné intervencie. Výsledkom špeciálnej edukácie viacnásobne postihnutých by malo byť na základe systematických a cielených edukačných aktivít, v súčinnosti a za podpory nevyhnutných korekčných, stimulačných, terapeutických, rehabilitačných, reedukačných, kompenzačných, diagnostických a rediagnostických činností, s použitím potrebných špeciálnych pomôcok a technických prostriedkov a v súčinnosti s nimi dosahovanie žiadúcich pokrokov v rozvíjaní ich motoriky, senzoriky, sebaobsluhy, kognície, komunikácie, emocionality, sociability a správania a podpora socializačného procesu v jeho komplexnosť.

### 2.3 Členenie viacnásobne postihnutých

Je však zrejmé, že aby bola edukácia a špeciálna edukácia efektívna a dosiahla svoj cieľ, jej stratégie a modely, obsahová aj procesná zložka by sa mali uplatňovať s ohľadom na relatívne ohraničené kategórie, resp. skupiny viacnásobne postihnutých jednotlivcov. Pri určitej simplifikácii je možné uvažovať o dvoch východiskových kategóriách, resp. skupinách viacnásobne postihnutých, ako už bolo naznačené vyššie.

Jednu kategóriu (skupinu) predstavujú tzv. **ľahko viacnásobne postihnutí**; tým je myslená heterogénna skupina jednotlivcov so vzájomnými kombináciami ľahkých stupňov postihnutí, porúch, narušení. Tí predstavujú asi 90 % všetkých jednotlivcov s postihnutiami a narušeniami. Pre týchto jednotlivcov je typické to, že ich problémy, poruchy a narušenia sú identifikované obvykle až v predškolskom veku, resp. pri započatí povinnej školskej dochádzky. Príčiny deficitov bývajú spravidla kombinované – vnútorné (biologické) sa prelínajú s vonkajšími vplyvmi. Ich edukačné prejavy a výkony sú mierne pod priemerom edukačných prejavov a výkonov dosahovaných u vrstovníkov, týka sa to viacerých edukačných prejavov a výkonov. Charakteristická je aj intraindividuálna nerovnomernosť prejavov a výkonov. Deficity v prejavoch a výkonoch

sa najčastejšie manifestujú ako poruchy učenia a zníženie či zaostávanie vo vývine intelektu (v rovine osvojovania si akademických poznatkov), poruchy správania, psychosociálna alebo emocionálna a sociálna narušenosť (v rovine adaptácie a sociálnej adjustácie) a narušenia komunikáčného procesu (v oboch rovinách a vo vytváraní komunikáčnych interakcií). Z nich vyplýva predpoklad zníženej úrovne budovania autoreguláčnych mechanizmov a orientácie v životnom prostredí.

Za východiskovú stratégiu edukácie ľahko viacnásobne postihnutých možno považovať edukáciu v integrovaných podmienkach v edukačnom prostredí bežných škôl s rôznou mierou a rôznymi formami podpory špeciálnou edukáciou.

Druhú kategóriu, na ktorú sa zameriavajú odlišné edukačné stratégie a modely, predstavujú tzv. **ťažko viacnásobne postihnutí**. Táto kategória zahrna heterogénnu skupinu jednotlivcov so závažnými poruchami, narušeniami či obmedzeniami vo viacerých oblastiach komplexnej osobnosti: v motorike, sensorike, kognícii, komunikácii, psychosociálnych danostiach. Tieto poruchy, narušenia, obmedzenia sa spravidla manifestujú už v raných vývinových štádiách a vo väčšine prípadov vznikajú na podklade poškodenia mozgu a centrálneho nervového systému (CNS). Preto sú už v skorom veku identifikované aj niektoré špeciálne (nielen edukačné) potreby takýchto jednotlivcov a zabezpečované by im mali byť špeciálne modely podpory a starostlivosti smerujúce do viacerých oblastí ich života. Ich výskyt v populácii je asi 2 % - 2,5 %. Ich edukačné prejavy a výkony sú výrazne pod priemerom edukačných prejavov a výkonov vrstovníkov a obvykle sa nedajú diagnostikovať a hodnotiť bežnými normatívnymi či kritériálnymi diagnostickými nástrojmi; uplatňuje sa teda tzv. funkcionálna individuálna diagnostika a hodnotenie. Proces ich učenia je výrazne narušený, pomalý, determinovaný najčastejšie poškodením CNS. Napriek tomu sú však títo jednotlivci schopní dosahovať pozitívne vývinové zmeny v procese učenia a rozvíjania osobnosti.

Za východiskovú stratégiu edukácie ťažko viacnásobne postihnutých možno považovať špeciálnu edukáciu v relatívne segregovaných podmienkach v špecifickom edukačnom prostredí s čo najširšou implementáciou integračných (inkluzívnych) prvkov.

Za cieľ špeciálnej edukácie viacnásobne postihnutých je možné pokladať optimálny rozvoj ich komplexnej osobnosti s rešpektovaním ich osobitostí a špeciálnych výchovných a vzdeláčnych (edukačných) potrieb vyplývajúcich z viacnásobných postihnutí, dosiahnutie žiadúcej úrovne vzdelanosti a vychovanosti a maximálneho stupňa ich socializácie. Prostriedok špeciálnej edukácie predstavujú špeciálnopedagogické edukačné intervencie. Výsledkom špeciálnej edukácie viacnásobne postihnutých by malo byť na základe systematických a cielených edukačných aktivít, v súčinnosti a za podpory nevyhnutných korekčných, stimulačných, terapeutických, rehabilitáčnych, reedukačných, kompenzačných, diagnostických a rediagnostických činností, s použitím potrebných špeciálnych pomôcok a technických prostriedkov a v súčinnosti s nimi dosahovanie žiadúcich pokrokov v rozvíjaní ich motoriky, sensoriky, sebaobsluhy, kognície, komunikácie, emocionality, sociability a správania a podpora socializačného procesu v jeho komplexnosť.

### **3 BAZÁLNA STIMULÁCIA**

Koncept bazálnej stimulácie sa v posledných rokoch stáva významnou súčasťou výchovno vzdelávacieho procesu u jedincov s ťažkým postihnutím. Koncept nadväzuje na prenatálny vývoj snaží sa dieťaťu poskytnúť jemu známe podnety z tohto obdobia. Dodržiavame hierarchiu jednotlivých oblastí vnímania, vychádza sa od nižších zmyslov. Prostredníctvom týchto podnetov sa snažíme s jedincom nadviazať komunikáciu a sprostredkovávame mu zážitky, skúsenosti a vnemy z vlastného tela a vyviesť ho z vlastnej izolácie. Koncept bazálnej stimulácie zaujal istú pozíciu v oblasti podpory jedincov s ťažkým postihnutím. Vďaka tomuto podpornému prístupu sa prekročili hranice nevzdelateľnosti jedincov s ťažkým postihnutím. Ukázalo sa, že aj jedinec s ťažkým postihnutím je schopný vstúpiť do procesu interakcie so svojím okolím (Vítková, 2001).

#### **3.1 História konceptu**

Autorom tohto konceptu je profesor Andreas Fröhlich. Tento nemecký špeciálny pedagóg pracoval od roku 1970 v rehabilitačnom centre Landstuhl v Nemecku s deťmi, ktoré sa narodili s ťažkým kombinovaným telesným a mentálnym postihnutím. Koncept bazálnej stimulácie podporujúce rozvoj detí s ťažkým postihnutím vypracoval počas svojho päťročného vedeckého projektu v rámci doktorandského štúdia. Zaoberal sa predovšetkým podporou senzorickej komunikácie, pretože u detí s ťažkým postihnutím vnímania nie je možné nadviazať verbálnu komunikáciu. Podarilo sa mu úspešne nadviazať komunikáciu s týmito deťmi na báze somatické, vestibulárny a vibračné komunikácie. Fröhlich preukázal, že základné vrodené schopnosti v oblasti percepcie poskytujú dostatok východzieho pracovného materiálu pre podporu a stimuláciu vnímania a komunikácie jedinca. Postupne sa tento koncept preniesol aj do ošetrovateľskej starostlivosti, v ktorej je tiež úspešne využívaný ([www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)).

Vítková (2001) uvádza, že Fröhlich bol jeden z prvých, komu sa podarilo podať praktický dôkaz o tom, že pedagogická podpora jedincov s ťažkým postihnutím je možná a zmysluplná a neexistuje tu žiadna dolná hranica. Tiež položil teoretický základ systematickej práce s týmito jedincami. Neustále pracoval na aktualizáciu a rozširovanie svojho konceptu. Fröhlich ([www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)) sám píše, že bazálnej stimulácie nie je metóda ani žiadna nová technika. Bazálnej stimulácii chápe ako koncept, ktorý je otvorený zmenám, ďalšiemu vývoju, analýze a novým myšlienkam. Naproti tomu metóda alebo technika je uzavretý systém vedomostí a zručností.

#### **3.2 Pojem bazálnej stimulácie**

Bazálna stimulácia je aktivita, počas ktorej ponúkame jedincom s ťažkým postihnutím možnosti pre vývoj ich osobnosti. Pojem bazálny je myslený ako elementárny, základný, realizujúci sa v najjednoduchšej podobe. Pojem stimulácia znamená, že ponúkame podnety všade tam, kde sa jedinec s ťažkým postihnutím nie je schopný sám postarať o dostatočný prísun podnetov nevyhnutných pre jeho vývoj (Vítková, 2001).

Koncept bazálnej stimulácie podporuje v najzákladnejšej rovine ľudské vnímanie a komunikáciu. Koncept vychádza z poznatkov pedagogiky, fyziológie, anatómie, neurológie, vývojovej psychológie a ošetrovateľstva. Základným princípom je sprostredkovanie vnemov z vlastného tela a stimuláciou vnímania organizmu umožniť jedincovi lepšie vnímať okolitý svet a následne s ním nadviazať komunikáciu. Základné prvky konceptu sú pohyb, komunikácia a vnímanie a ich prepojenie ([www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)).

Cieľom bazálnej stimulácie je podpora a umožnenie vnímania tak, aby došlo:

- k stimulácii vlastného tela
- k podpore rozvoja vlastnej identity
- na umožnenie vnímania okolitého sveta
- na umožnenie nadviazanie komunikácie so svojím okolím
- k zvládnutiu orientácia v priestore a čase
- k zlepšeniu funkcií organizmu (Friedlová, 2007)

Fröhlich ([www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)) považuje za hlavnú myšlienku konceptu model celistvosti. Celistvosť znamená, že sa rôzne životné procesy, skúsenosti, cítenie, myslenie, vnímanie, ale aj pohyb a komunikácie dejú v určitom čase u rovnakej osoby. Model celistvosti platí aj pre rodičov, učiteľov, terapeutov. Každé terapeutické opatrenie je v komunikácií, stykom, kedy terapeut vždy odovzdáva niečo z vlastnej osoby. Snažíme sa s dieťaťom nadviazať blízky kontakt, ktorý nám umožní vzájomnú komunikáciu. Tento fyzický kontakt je spoločným východiskovým bodom. Až keď je nájdený vzájomný vzťah, má zmysel pokračovať v ďalšej podpore a rozvoji. Celistvosť sa snažíme dosiahnuť sprostredkovaním skúseností a dojmom z pohybu. Vždy sa jedná o proces individuálneho rozvoja, ktorý sa neriadi podľa vekovej kategórie ani iných predpísaných noriem. Vnímanie, pohyb a komunikácia tvorí základné podmienky ľudského vývoja.

Fröhlich ([www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)) tiež uvádza, že pre koncept bazálnej stimulácie majú veľký význam poznatky z prenatálneho obdobia. V priebehu minulých desaťročí bolo predložených mnoho dôkazov o tom, že dieťa už pred narodením mnoho vníma, aktívne sa pohybuje a je s matkou v bezprostrednom vzťahu. Každé narodené dieťa prežilo tieto skúsenosti, hoci veľa detí s ťažkým postihnutím bolo už v prenatálnom období vystavené kritickej situácii. Prirodzene sme v predpôrodnom vývoji vybavení určitými základnými schopnosťami. Dieťa má vrodené schopnosti, ktoré mu umožňujú cítiť ako jeho telo rastie, pohybuje sa, pomocou kože prijíma podnety a pomocou rúk, nôh a predovšetkým ústami zbiera prvé skúsenosti. Okrem toho, hrá veľkú úlohu, že dieťa má už v ranom tehotenstve schopnosť zachytiť vibrácie a reagovať na ne. Tieto vibrácie vznikajú pomocou hlasu matky, jej dýchanie, tlkotom srdca, hlukom krvného toku, ale aj hlukom a hlasmi prichádzajúcimi zvonku. Dieťa je tiež vždy vystavené gravitácii, pohybom a zmenám polohy matky.

Už Ursula Haupt sa pokúsila o znázornenie celistvosti vo vývoji človeka, ako poukazuje Vítková (2001). Dala do súvislosti sedem najdôležitejších oblastí vývoja osobnosti jedinca: myslenie, vnímanie, sociálne skúsenosť, pocity, telesná skúsenosť, pohyb a komunikácia. Každá oblasť pôsobí na ďalšie, ale až všetky oblasti tvoria jednotu. Každý jedinec zbiera skúsenosti zo všetkých týchto oblastí. Všetky zložky sú rovnako dôležité

a pôsobia spoločne, nadrad'ovanie niektorej zo zložiek znamená zasahovanie do hodnotového systému.

Hlavné prvky konceptu, ako ich uvádza Friedlová (2003):

- uberať sa spoločne po určitý čas rovnakou cestou,
- formovať vzťah medzi terapeutom a dieťaťom,
- pomáhať terapeutovi učiť sa vnímať, ktoré podnety sú pre dieťa dôležité a ktoré ho zaťažujú,
- ponúkať dieťaťu také vnemy, u ktorých sa môže rozhodnúť či ich prijme, alebo nie,
- umožňovať dieťaťu aby: cítilo hranice svojho tela a akceptovalo ich, malo zážitok zo seba samého, cítilo okolitý svet, cítilo prítomnosť iného človeka.

### 3.3 Dotyk ako prostriedok komunikácie

Friedlová (2003, s 5) uvádza: "vd'aka schopnosti vnímať sme sa naučili pohybovať a komunikovať. Pohyb, vnímanie a komunikácia sa vzájomne ovplyvňujú. Vnímanie umožňuje pohyb a naopak komunikácia je umožnená vd'aka pohybu a vnímania." Komunikácia potrebuje médium, ktoré prevezme transportnú úlohu v oznámeniach nášmu okoliu. Reč a písmo sú len jednou z možností komunikácie s okolím. Jediniec má aj iné možnosti, ktoré môže využiť vo všetkých rovinách komunikácie, a to: somatickú, vibračnú, vestibulárnu, čuchovú, orálnu, optickú, taktilnú komunikáciu.

Friedlová (2003) upozorňuje, že pri poskytovaní dotykov hrá dôležitú úlohu:

- kvalita dotykov - musí byť zreteľná a cielená premyslená tak, aby si jedinec uvedomil a bol ju schopný spracovať ako vnem,
- lokalita dotykov - väčšina jedincov s ťažkým postihnutím ťažko vníma napr dotyky v tvárovej časti,
- intenzita dotykov.

Tieto aspekty je potrebné brať do úvahy, pretože nečakané a necielenej dotyky u jedincov so zníženým stupňom vnímanie vyvolávajú pocity strachu a neistoty. Aj iné nami a okolím poskytované informácie, ktoré vnímajú zmyslovými orgánmi, ich môžu ťažiť, ak prichádzajú nečakane. Aby sme jedinci dali najavo kedy začína a končí naše prítomnosť a činnosť u neho, je vhodné užívať tzv iníciaľny dotyk. Na tele jedinca zvolíme vhodné miesto (paže, rameno) a primerane pevným, zreteľným dotykom ho informujeme o začiatku a konci našej prítomnosti a činnosti. Iníciaľny dotyk musíme tiež verbálne podporiť. A je nutné, aby všetci čo prídu s jedincom do styku mu tento iníciaľny dotyk poskytl (Friedlová, 2003).

### 3.4 Druhy stimulácií

Veľa detí s ťažkým postihnutím má veľké ťažkosti, vyrovnáť sa s podmienkami v prostredí mimo matkiného tela. Vynaložia veľa svojej energie k tomu, aby prežili (Fröhlich, [www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)). A vzhľadom k tomu, že väčšina detí s ťažkým postihnutím je ihneď po pôrode odtrhnutá od svojej matky a je v dlhodobej starostlivosti lekárov, prichádza tieto deti o prirodzené podnety, ktoré by sa im dostávalo

starostlivosťou matky. Tieto deti zažívajú šok, sú izolované, deprivované a ich postihnutie sa prehľbuje. Ako už bolo vyššie popísané, dieťa vníma rôzne podnety už počas vnútromaternicového vývoja. Podľa Fröhlicha ([www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)) pokladá koncept bazálnej stimulácie ranej skúsenosti z vnútromaternicového vývoja za možnosť, ako nadviazať s dieťaťom kontakt v rovine, ktorá pre neho bola už dlho pred narodením prirodzená.

Fröhlich ([www.basale-stimulation.de](http://www.basale-stimulation.de)) považuje za základné oblasti podpory v koncepte bazálnej stimulácie somatickú, vibračnú a vestibulárnu stimuláciu, pretože tieto tri oblasti sa vzťahujú k najranejším a najzákladnejším formám vnímania. Ďalšie nadstavbové oblasti sú optická, auditívna, orálna, čuchová a taktilno-haptická stimulácia.

### 3.4.1 Somatická stimulácia

Somatické vnímanie nám poskytuje vnemy z povrchu tela prostredníctvom kože. Tiež senzibilizácia svalov a kĺbov úzko súvisí so somatickým a kinestetickým vnímaním. Somatická stimulácia umožňuje jedincovi sprostredkovať vnemy zo svojho tela a stimulovať vnímanie telesnej schémy. Vníma Ak jedinec vlastné telo, je to predpoklad k uvedomeniu si okolitého sveta a schopnosti s ním komunikovať (Friedlová, 2007). Friedlová (2007) uvádza, že telesné schéma znázorňuje schematicky telo jedinca, čo mu umožňuje identifikovať seba samého ako človeka.

Koncept bazálnej stimulácie rozlišuje vnímanie tela v troch rôznych pojmoch:

- vnímanie tela,
- telesné schéma - odpovedá predstave o vlastnom tele ako objektu v priestore. Fröhlich (in Friedlová, 2007) uvádza, že dieťa sa rodí s vnemom telesnej schémy - hlava, telo, ruky, nohy,
- telesný obraz - definícia podľa Fröhlicha (in Friedlová, 2007, s 66): "telesný obraz je osobná forma telesného schéma - moje nohy sú tak a tak dlhé, idem vzpriamene. Telesný obraz sa mení veľmi pomaly".

Jedinec s kombinovaným postihnutím si sám nedokáže vybudovať telesnej schéma, preto je nutné ho postupne vytvoriť pomocou rôznych podnetov. Jedinci s ťažkým postihnutím mávajú problém vnímať dotyk ruky ako významný kontakt. Ak použijeme intenzívnejší podnety pomocou rôznych materiálov (napr. žinky, huby, froté uteráky), zamedzíme tým kontaktu kože na kožu a naopak zosílme cítenie vlastného tela jedinca s postihnutím (Vítková, 2001).

Pri podpore vnímanie telesnej schéma a telesného vnímania stimulujeme telo, jeho hranice. Do somatickej stimulácie integrujeme prvky pamäťových pohybových schéma, aby sme opakovanú činností podporovali plasticitu mozgu. Pri stimulácii telesnej schéma dbáme na to, aby stimulácia bola súčasne ponúkaná obom stranám tela a podporovali sme tak symetrické vnímanie tela a telesnej osi. K vnímaniu tela a telesnej schéma je dôležitá aj vizuálna kontrola. Musíme dbať aj na kvalitu dotykov (Friedlová, 2007).

### 3.4.2 Vestibulárna stimulácia

Vestibulárne vnímanie umožňuje zaznamenávať lineárne, rotačné a statické pohyby hlavy. Informuje nás o našej polohe a pohybu v priestore. Ak dochádza k zmenám polohy, stráca vestibulárny aparát schopnosť reagovať na zmeny polohy (Friedlová, 2003).

Vestibulárna stimulácia poskytuje jedincom s ťažkým postihnutím informácie o polohe v priestore, o pohybe celého tela v priestore. Vestibulárne podnety sú v tesnom spojení so spracovaním informácií zo zrakových podnetov. Primeraný vestibulárny podnet významne pôsobí na stabilitu držania tela a normalizuje svalový tonus. Avšak u jedincov s ťažkým postihnutím je potrebné ponúkať vestibulárne podnety v oveľa miernejšej podobe ako u jedincov samostatne sa pohybujúcim. Využívajú sa pomalé kolísavé pohyby pozdĺž osi a naprieč osou tela. K tomu sa často využívajú pohyby na terapeutickom valci alebo lopte (Vítková, 2001).

Vestibulárnu stimuláciu môžeme vykonávať poležiačky prostredníctvom úplne nepatrných pohybov jeho hlavou. Hlava je neustále v kontakte s podložkou a mierne ju otáčame do strán, pričom ju pevne držíme oboma rukami ale nezakrývajú tvár jedinca. Vestibulárna stimulácia je vhodné vykonávať pred každou zmenou polohy jedinca. Ako zmeníme polohu tela, otočíme hlavu na stranu budúcej polohy tela (Friedlová, 2007).

Ďalšou možnosťou stimulácie je vykonávať mierne hojdačivé pohyby. Ak zavesíme jedinca do hojdačieho vaku umožníme výraznejšie pôsobenie gravitácie na jedinca a môžeme stimulovať jedinca k vlastnej aktivite, aby sa sám odrážal. Tiež je možné vykonávať tzv. pohyb ovseného klasu, kedy jedinca kľáči, my ho zozadu pevne uchopíme a robíme s ním pohyb v tvare ležatej osmičky (Friedlová, 2007).

### 3.4.3 Vibračná stimulácia

Somatická stimulácia (dotyk a tlak) podnecuje predovšetkým kožu a svaly, ale kostra touto stimuláciou nie je takmer vôbec zasiahnutá. Použitím vibrácie na ploche tela je navodený intenzívny pocit v nosných častiach a kĺboch. Zdravý jedinca získava tieto skúsenosti napríklad pri státí, počas chôdze a uchováva si ich v pamäti. Zdravé dieťa sa plazí, lezie, chodí, behá, skáče a získava tak predstavu o odporu podlahy proti telu, o vibráciu, o meniacej sa záťaži. Dieťa s ťažkým postihnutím je v monotónnej pozícii v ľahu alebo v sede, čo vedie k návyku na túto pozíciu než k lepšiemu vnímaniu tela (Vítková, 2001).

Cieľom vibračnej stimulácie je stimulovať kožné receptory pre vnímanie vibrácií a receptory hlbokjej citlivosti vo svaloch, šľachách a väzivovom aparáte kostí a kĺbov. Vibrácie vnímame smerom od periférie dovnútra tela. Vnímanie vibrácií je individuálne a sprostredkúva intenzívne vnemy z vlastného tela (Friedlová, 2007).

Vibrácie na kostiach a kĺboch pôsobia veľmi stimulačne. Tvrdé kosti šíria vibrácie na kostru ďalej a sú vnímateľné hlbšie v tele aj na vnútorných orgánoch. Vibrácie umožňujú pocítiť a uvedomiť si stabilitu a pospolitosť tela s kostrou. Vnímanie vibrácie sa deje zo smeru od periférie dovnútra tela. Vibrácií sa dá tiež prehĺbiť dýchanie alebo pomôcť jeho rytmizácii (Friedlová, 2003).



Tiež jedinci s postihnutím sluchu môžu vnímať vibrácie a časom sa naučiť, že vibrácie je napr. identická s ľudským hlasom komunikujúceho partnera. Vnímanie vibrácií v priamom telesnom kontakte, keď sú hlavy komunikujúcich partnerov vedľa seba, je veľmi upokojujúce a je pravdepodobne spomienkou na pocity chvenia v prenatálnom živote (Vítková, 2001).

Ciele vibračnej stimulácie, ako ich uvádza Friedlová (2003):

- pocítiť telesnú hĺbku, celé telo a jeho vnútornú stabilitu a telesné hranice
- schopnosť vnímať končatiny
- príprava na vnímanie pohybu, k mobilizácii

K vibračnej stimulácii možno použiť: hlas, hudobné nástroje, ladička, dupanie a klepanie, ruky, elektrické prístroje. Miesta vhodná pre aplikáciu vibračnej stimulácie: päta, rôzne lokality stehennej kosti, panva, predlaktia, paže (Friedlová, 2003).

Môžeme tiež navodiť stimuláciu zvanú trilógiu. Pohodlne sa posadíme a celý hrudník dieťaťa s postihnutím si položíme na svoj hrudník, telo dieťaťa je opreté o naše telo. V tejto pozícii môže dieťa vnímať tlak nášho hrudníka a vibrácie, ktoré vydávame, keď hovoríme. Pri tejto stimulácii dochádza tiež k vestibulárnej a somatickej stimulácii (Friedlová, 2007).

#### 3.4.4 Optická stimulácia

Zrakový vnem umožňuje jedincovi orientáciu, schopnosť vnímať okolité prostredie, schopnosť usporiadať okolité prostredie, schopnosť učiť sa a vyvoláva pocit istoty. Aj keď jedinec s ťažkým postihnutím pozrie na predmet, nemusí to znamenať že ho vníma (Friedlová, 2005).

Opatřilová (2008, s. 134) uvádza: "Vizuálne podnety stimulujú fixovať najjednoduchšie podnety, učíme vedome aktivovať postavenie očí, cvičiť pohyby očí a hlavy za podnetom, cieľom je naučiť chápať ľudí a predmety ako veci určené na pozorovanie."

Stupňa vývoja zrakového vnímania podľa Fröhlicha (in Friedlová, 2005, s. 4):

- vnímanie svetla / tmy,
- vnímanie obrysov na krátku vzdialenosť (10 - 15 cm),
- vnímanie vlastných častí tela,
- vnímanie okolia vo väčšej vzdialenosti (1 - 2 m),
- vnímanie zreteľných, ostrých kontúr,
- rozlišovanie jednotlivých predmetov pomocou rúk a úst,
- vývoj vnímania farieb,
- rozlišovanie foriem, veľkostí, predmetov, osôb a paralelne vývoj vnímania farieb.

Pri spracovaní zrakových podnetov je potrebné mať k dispozícii značne komplikovaný rovinou vedomia, na rozdiel od zmyslov blízky telu. Pre mnoho jedincov s ťažkým postihnutím sú v oblasti videnia zreteľné iba kontrastné obrazy (svetlý, tmavý). Pri vnímaní a spracovaní podnetov sú využívané základné schopnosti jedinca s postihnutím, kdežto komplexnejšie celky zostávajú dlho mimo jeho možnosti. Podnety musí byť adekvátne dosiahnutému vývojovému stupňu. Zrakové podnety sú základom pri ponúkaní hry. Predmet má byť ponúkaný na kontrastnom pozadí, od ktorého sa výrazne líši. (Vítková, 2001).

Pre optickú stimuláciu je dôležitá akákoľvek zmena polohy tela. Aj keď upravíme len polohu hlavy, zmeníme tým zorné pole jedinca. Zmenami polohy umožníme jedinca sledovať dianie v okolí a tiež sa orientovať na svojom tele. Tým posilíme pocit istoty. Zmena polohy tiež súčasne znamená stimuláciu somatickou a vestibulárny. Všetky terapeutické aktivity, ktoré stimulujú zmyslové receptory vo vnútornom uchu, v kĺboch, vo svaloch a v koži, môžu prispieť k rozvoju zrakového vnímania. (Friedlová, 2007).

### **3.4.5 Auditívna stimulácia**

Sluchový orgán má veľký význam pre komunikáciu, pri nadväzovaní a udržiavaní vzťahov v spoločnosti a pre rozvoj myslenia. Na základe sluchu sa rozvíja reč (Friedlová, 2007). Cieľom tejto stimulácie je podpora sluchového vnímania, zvýšenie rozlišovacej schopnosti pre jednotlivé zvuky, sprostredkovanie informácií o sebe a svojom tele, umožnenie orientácie a nadviazanie kontaktu. Možnosti auditívnych stimulácií sú hudba, rozprávania, spev, nástroje. Pre lepšie vnímanie auditívnych podnetov je vhodné slovný kontakt spojiť s kontaktom telesným. Tu je dobré používať iniciálny dotyk (Friedlová, 2005). Mnohotvárne hlasné prostredie, ktoré pôsobí na jedinca s ťažkým postihnutím, ho nestimuluje k tomu, aby počúval zvuky. Dôjde k presýteniu zážitkov, ktoré sa rozplynú.

### **3.4.6 Orálna stimulácia**

Ústa sú najcitlivejšie a na vnímanie najaktívnejšie telesnú. Dieťa spoznáva svet pomocou úst. Ústa slúžia ku komunikácii, príjmu potravy, vnímania chuti, vône a konzistencie, niekedy aj ako pracovný nástroj. Už od 9. týždne embryonálneho vývoja dumlá embryo svoj palec. Po narodení je veľmi dôležité, aby boli ústa neustále stimulované. Deti, ktoré sú od narodenia kŕmené sondou, musia byť cielene orálne stimulované. Inak môže dôjsť k vymiznutiu sacieho reflexu (Friedlová, 2005).

Vítková (2001, s 10) k tomu dodáva: "Permanentné podávanie výživy sondou, popr. kŕmenie kašovitou stravou prispieva k obmedzeniu citlivosti celej ústnej dutiny. Zostáva nevyužitá nejsensibilnejšia a najrozmanitejšia vnímavá zóna ľudského tela a tým aj zodpovedajúca časť mozgu. Je tu zreteľný vzťah k orálnej komunikácii. Medzi včasnú stimuláciu pri vytváraní pojmov patrí aj detské skúmanie objektov a aktivity ruka - ústa." Príjem potravy nie je vykonávaný len za účelom dodať telu nutričné hodnoty, ale tiež preto, že je spojený s pocitmi ľubovôle. Vlastný príjem potravy má fázu perorálnu a orálnu a koncept bazálnej stimulácie je obe počas orálnej stimulácie zohľadňuje a prikladá im rovnako dôležitý význam. V perorálnej fáze sa uplatňujú vnemy taktilný, baltický, vizuálny, čuchový a gustáčny (Friedlová, 2005).

Cieľom orálnej stimulácie je sprostredkovať klientovi vnemy zo svojich úst a stimulovať jeho vnímanie. Snažíme sa o zvýšenie svalového tonusu v oblasti dutiny ústnej. Orálnu stimuláciu môžeme vykonávať izolovane, alebo ako prípravu na orálnu príjmu potravy. Orálna stimulácia nie je synonymom pre hygienu dutiny ústnej či nácvik prehltávaného reflexu. Avšak je výhodné je vzájomne kombinovať. Počas orálnej stimulácie sa nekombinujú viac ako tri rôzne chute. Tiež nesmieme násilím vnikať do úst. Ak nemôže jedinec otvoriť ústa, je vhodné začať vestibulárnou stimuláciou (Friedlová, 2005).

### 3.4.7 Čuchová stimulácia

Je potrebné si uvedomiť, že orálna a čuchová stimulácia spolu úzko súvisia. Určité čuchové a chuťové vnemy má plod už v prenatálnom vývoji. V prvých mesiacoch po narodení sú čuch a chuť pre dieťa veľmi dôležité, predstavujú možnosť komunikácie a tiež interakciu s matkou. Vôňa matky hrá pre zdravý vývoj dieťaťa dôležitú úlohu. Deti s ťažkým postihnutím prijímajú čuchové podnety s veľkou radosťou a záujmom. Avšak u týchto detí je dôležité používať jednoznačné pachové ponuky, ktoré sa výrazne líšia od pachov všedného dňa (Vítková, 2001). Je dobré poznať, ktoré vône a chute jedinec uprednostňuje. Inak môžeme vyvolať negatívne stimulácie. To znamená, že jedinec neprijme podnety a podávané informácie a nedôjde k nadviazaniu žiaduceho kontaktu.

### 3.4.8 Taktilno-haptická stimulácia

Somatický systém umožňuje vnímanie dotyku, tlaku, napätia, natiahnutia, chladu, tepla, šteklenia a vibrácií. V rôznych vrstvách sa nachádzajú receptory, ktoré nám tieto vnemy umožňujú. Schopnosť ľudskej ruky rozpoznávať predmety, umožňuje získavať skúsenosti, a tie potom uchovať v pamäti. Schopnosť ruky pohybovať sa trojrozmerné zlepšuje jej funkciu poznávania. Taktilno - haptická stimulácia poskytuje zmysluplnú stimuláciu, a to vo forme známych materiálov a vecí (Friedlová, 2005). Predmety používané na taktilno- haptickú stimuláciu, (Friedlová, 2005):

- obľúbené predmety, hračky,
- tégliky, hrnčeky na pitie,
- žinky, uteráky,
- teplo a chlad,
- zubná kefka, predmety osobnej hygieny,
- predmety denného života.

Opatřilová (2008) uvádza, že taktilno- haptická stimulácia jasne vyznačuje citlivé oblasti rúk, umožňuje cítiť rukami, podnecuje schopnosť niečo uchopiť, držať a vedome pustiť veci, podporuje poznanie, že veci sú charakteristické na dotyk a pod.

### Desatoro bazálnej stimulácie

Na záver možno uviesť desatoro bazálnej stimulácie ako ho uvádza Friedlová vo svojich knihách aj na slovenských internetových stránkach bazálnej stimulácie. Má slúžiť ako istý návod ako pristupovať k jedincovi, u ktorého uplatňujeme koncept bazálnej stimulácie.

1. Privítajte sa a rozlúčte s jedincom pokiaľ možno vždy rovnakými slovami.
2. Pri oslovení sa ho vždy dotknite na rovnakom mieste (iniciálny dotyk).
3. Hovorte zreteľne, jasne a nie príliš rýchlo.
4. Nezvyšujte hlas, hovorte prirodzeným tónom.
5. Dbajte, aby tón vášho hlasu, vaša mimika a gestikulácia zodpovedali významu vašich slov.
6. Pri rozhovore s jedincom používajte takú formu komunikácie, na ktorú je zvyknutý.
7. Nepoužívajte v reči zdobneniny.
8. Nehovorte s viacerými osobami naraz.
9. Pri komunikácii s jedincom sa pokúste redukovat' rušivý zvuk okolitého prostredia.
10. Umožnite jedincovi reagovať na vaše slová.

## 4 VLASTNÁ ODBORNÁ SKÚSENOSŤ

### 4.1 Popis činnosti

Pracujem v centre špeciálo pedagogického poradenstva ako odborný zamestnanec, špeciálny pedagóg. Naše centrum má cca 2500 klientov z toho približne 200 je s viacnásobným postihnutím. Klientom poskytujeme špeciálne pedagogické intervencie podľa stanoveného rozvrhu, ktorý aktuálne menime podľa potrieb žiakov. Do výchovno-vzdelávacieho procesu sa zaraďujú jednotlivé špeciálne metódy a prístupy.

Starostlivosť je zameraná predovšetkým na dosiahnutie čo najväčšej samostatnosti v oblasti pohybu a sebaobsluhy. Využívame celý rad liečebných prvkov bazálnej stimulácie. Špeciálny pedagóg spolupracuje s rodičmi tak, aby bol zaistený optimálny rozvoj počas vyučovania i doma.

V škole pôsobí aj špeciálny pedagóg - logopéd, ktorý zaisťuje logopedickú starostlivosť. U žiakov s ťažším stupňom mentálneho postihnutia sa starostlivosť zameriava na rozvoj predverbálnych aktivít s využitím prvkov bazálnej stimulácie a orofaciálnej stimulácie. Pri komunikácii s týmito žiakmi sa využívajú piktogramy, fotografie, predmetové znázornenie. Rovnako ako u ostatných metód sa vychádza z individuálnych schopností a potrieb každého žiaka.

Ďalšou neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o žiakov je canisterapia, ktorá prebieha raz do týždňa. Terapia prebieha so súhlasom rodičov. Vzhľadom k tomu, že je táto starostlivosť zaraďovaná už niekoľko rokov, sú žiaci na psíka zvyknutí. Vychádza sa z individuálnych fyzických a psychických potrieb každého jedinca. Prebieha individuálnou a skupinovú formou. Pri individuálnej práci je zameraná predovšetkým na polohovanie žiaka. Pri styku so psom dochádza k upokojeniu žiaka, k rozvoju komunikácie, jemnej a hrubej motoriky, dochádza k uvoľneniu spazmov a prekrveniu končatín. Jedenkrát do týždňa prebieha hipoterapia.

U žiakov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím sa vo výchovno vzdelávacom procese uplatňuje predovšetkým koncept bazálnej stimulácie. K stimulácii a rozvoju zmyslového vnímania sa využívajú pomôcky koncepcie Snoezelen, využívajú pomôcky ktoré majú za úlohu podporovať jednotlivé zmysly. Do zošita tiež píšem odkazy rodičom. Okrem toho každý deň konzultuje učiteľka prácu, správanie žiakov a eventuálne problémy s rodičmi.

### 4.2 Kazuistiky

Práca obsahuje obsahuje kazuistiky žiakov. Opierame sa o diagnózy určené lekármi a odborníkmi. Kazuistiky sú spracované na základe analýzy školskej dokumentácie, pozorovania klientov, rozhovorov s triednou učiteľkou a priamou aktivitou s klientmi.

## Kazuistika č. 1

Pohlavie: dievča

Vek: 10 rokov

Vzdelávací program: Vzdelávaný podľa individuálneho vzdelávacieho programu vypracovaného na štvrtýrok, pravidelne prehodnocovaný a konzultovaný aj s rodičmi. Na jednotlivých úlohách pracuje posediačky v lavici s pomocou asistenta.

Diagnóza: ťažká mentálna retardácia, detská mozgová obrna (DMO), hypotonický syndróm, psychomotorická retardácia, negativizmus.

Osobný list ( vypracovany podľa konceptu BS )

S kým býva: mamka, otec, mladšia sestra, psík

Čo má rád: svetelné a zvukové predmety, leporelá s výraznými obrázkami (najlepšie trblietavé), autá, počúvanie ľudových piesní, riekanky s rytmizácia, hra na piano, na xylofón, pyramída zážitkov, hydromasážnu vaňu.

Čo nemá rád: málo priestoru okolo seba, prítomnosť mnohých detí, veľký hluk (nie je myslená hudba).

Oblíbené jedlo: zemiaková kaša, hydinové mäso

Neoblíbené jedlo: sladké jedlá

Oblíbené pitie: cmar, neperlivej limonády, čaj

Neoblíbené pitie: perlivé limonády

Správanie: Potrebuje svoj známy priestor, pokojnejšie prostredie s hudbou a možnosťou vyberať si predmety pre hru. Býva pokojný. Ak má zlú náladu alebo sa rozčúli, je agresívny, hnevá sa, hryzie sa do rúk. V tejto situácii je vhodné zamerať jeho pozornosť na niečo iné, najlepšie mu ponúknuť zvukovú hračku alebo pustiť obľúbené pesničky. Je veľmi citlivý na výber hudby. Ďalšou možnosťou je skúsiť zmenu činnosti. Vztekáním si môže hovoriť i o jedlo, iným spôsobom to nevie.

Upozornenie: potrebuje stály dohľad, nebezpečenstvo úrazu.

Sledované oblasti:

Komunikácia: Verbálne nekomunikuje. Dokáže vysloviť jednotlivé hlásky, slabiky niekedy sa mu podarí vysloviť mama, baba, tata. Učí sa alternatívne komunikáciu - predmetovú (lyžice - jesť, hrnček - piť, topánka - vychádzka, plienka - toaleta).

Hrubá a jemná motorika: Zo zeme vstáva pritiahnutím za ruky, sám sa postaviť nedokáže. Chodí s oporou za hrudník, ramená či s miernou oporou v chrbte. Trénuje samostatnú chôdzu. Je nutné ho k chôdzi motivovať, inak sa pohybuje posúvaním po zemi, pomocou rúk. Učí sa liezť po štyroch a striedať pri tom nohy. Dlhšie vzdialenosti chôdzou nezvláda, je nutné využitie vozíka. Aktívne siahajú po predmetoch, preferuje pravú ruku, prstový úchop štipka.

Stolovanie: Pri jedle sedí pri stole. Je mu podávaná bežná strava. Ak jej pečivo, dokáže ho uchopiť do ruky a odhryznúť, ale späť na tácku ho nezvládne položiť. Je vhodné mu pečivo nakrájať na kúsky, ktoré si vloží do úst po jednom. Hrnček s pitím vie uchopiť a napiť sa ale nevráti ho späť na stôl - táto oblasť sa nacvičuje. Pri polievke musí byť kŕmený. Hlavné jedlo si na lyžicu dáva do úst sám (asistent mu jedlo musí na lyžicu nabrat') ale je nutný dohľad a prípadná dopomoc.

Sebaobsluha: Potrebuje úplnú pomoc pri obliekaní, obúvaní. Pri vyzliekaní vyťahuje ruky z rukávov, vie si dať dole čiapku, pri vyzúvaní sa snaží pomáhať. Nosí ortopedickú obuv.

Hygiena: vyprázdňuje sa do plienok, potrebu nenaznačuje. Pred desiatou a obedom je vysádzaný na toaletu (pred vysadením ukázať plienku), na toalete nesmie zostať bez dozoru. S pomocou si umyje a utrie ruky.

## **Oblasť podpory**

Somatická stimulácia - podnety klientka príliš nevyhľadáva. Ak je dobre naladená má ráda dotyky, hladenie a "šteklenie" so slovným sprievodom. Ak nemá náladu je agresívna. Veľmi má ráda škrabanie vo vlasoch, opäť so slovným sprievodom a "zvonenie" na nos (je niekto doma?). V týchto chvíľach vyhľadáva očný kontakt. Ak sa jej však týchto podnetov nedostáva dlhšiu dobu, býva agresívna voči okoliu i sebe. Veľmi dobre prijíma celkovú stimuláciu v hydromasážnej vani. Ďalšou obľúbenou stimuláciou je masáž rúk (hydratačným krémom, má vysušené ruky), pri doprovide riekanky "Varila myšička kašičku." Takto sa jej nenásilnou formou dôkladne namasírujú ruky a prsty a nadviaže sa s chlapcom kontakt. Vie čo bude nasledovať, sám naťahuje ruky a smeje sa, ako sa poštekľí, už sa krčí.

### Vibračné stimulácia

Veľmi ráda prijíma vibračné podnety, túto stimulácia vydrží prijímať 15 - 20 minút, ale je nutné u neho sedieť a hovoriť na neho, robiť s ním žarty. Tiež ráda prijíma vibračné podnety prostredníctvom hudobných nástrojov alebo zvukových hračiek, ktoré sa chvejú, tieto predmety si prikladá k hlave.

### Vestibulárna stimulácia

Ráda sa hojdá v hojdacej sieti. Niekedy sa nechá hojdať, inokedy sa radšej hojdá sama a určuje si rytmus. Tiež ráda cvičí na gymnastickej lopte, najprv sa skúša sama na lopte udržať rovnováhu v sede (loptu istí terapeut) alebo si na neho líha bruchom. Potom cvičíme na bruchu, istená za boky. Pri cvičení sa smeje, je uvoľnená. Ráda má hojdanie na kolenách za sprievodu riekanky .

### Auditívna stimulácia

Klientka je veľmi živá a zvedavá. Neustále ma k dispozícii zvukové hračky a hudobné nástroje, a to aj keď je v relaxačnom kúte. V práci s týmito predmetmi je veľmi šikovná. Dokáže zapnúť každú zvukovú hračku, bez toho aby mu to niekto predtým ukázal. Zvukové hračky a hudobné nástroje si prikladá k uchu a usmieva sa. Pri hraní na hudobné nástroje má veľký zmysel pre rytmus a príde na to ako nástroj správne užívať aby čo najlepšie znel (napr. triangel drží za vlasec vo vzduchu a jemne do neho cvrnká). Sama si nasadí prstový činelek na ukazovák a tlčie do neho drievkom. Pomocou hudobných nástrojov si veľmi dobre rozvíja jemnú motoriku. Má ráda hudobné chvíľky pri gitare, ktoré sprevádza hrou na nejaký hudobný nástroj a usmieva sa.

### Zraková stimulácia

Najlepšie reaguje na leporela v ktorých sú trblietavé obrázky, prezerá si ich a hladí. Veľmi ráda prezerá a skúma topánky, momentálne je to pre ňu veľmi atraktívny stimul.

### Taktilná stimulácia

Prebieha chôdzou po dotykovom chodníčku, pričom sa trénuje aj chôdza a stoj. Túto činnosť nemá veľmi rada, radšej sedí alebo sa pohybuje posúvaním po zemi. K chôdzi sa musí motivovať. Taktilné podnety sa ponúka aj formou vaničky s teplými kamienkami, avšak pri tejto stimulácii je nutný dohľad, ráda rozhadzuje kamienky okolo seba.

### Záver

Klientka je veľmi zvedavá a šikovná. Problémy nastávajú, ak si nemôže robiť to, čo chce, hnevá sa keď sa jej zoberú hračky s ktorými si práve hrá. Na svojich úlohách pracuje posediačky vo svojej lavici s pomocou osobného asistenta. Ak nechce pracovať začne zhadzovať lavicu na zem a zlostiť sa. V tejto chvíli je vhodné ponúknuť oblúbenú činnosť, ktorá ju zaujme. Rodičia konštatujú, že sa začala agresívnejšie prejavovať po narodení svojej sestry, kedy sa ich pozornosť čiastočne preniesla na starostlivosť o mladšieho súrodenca a ona žiarli. Je nutné dôsledne dodržiavať režim a až za vykonanú prácu jej udeliť odmenu. Najoblúbenejším predmetom je pyramída zážitkov. Tá je ponúkaná až za odvedenú prácu v telocvični. Práca sa musí tiež správne načasovať, inak nie je možné ho od nej odtrhnúť. Pyramída zážitkov sa mu ponúka pred desiatou. V tejto chvíli je chlapec ochotný odísť od pyramídy. Celkovo bazálna stimulácia prijíma veľmi dobre ale najlepšie reaguje na zvukovú stimuláciu a tiež na vibračné a vestibulárny. V istých chvíľach pri somatickej stimulácii vyhľadáva na krátku dobu očný kontakt. V priebehu školskej dochádzky urobil tiež veľké pokroky ako v oblasti hrubej motoriky, ešte minulý školský rok nechodil, tak v oblasti jemnej motoriky, ktorá sa rozvíja predovšetkým pri manipulácii so zvukovými hračkami a hudobnými nástrojmi

### **Kazuistika č. 2**

Pohlavie: dievča

Vek: 10 rokov

Vzdelávací program: vzdelávanie podľa ivp. Na jednotlivých úlohách pracuje posediačky v lavici s pomocou asistenta.

Diagnóza:

Ťažká mentálna retardácia, dmo, autizmus

Osobný list:

S kým býva: mamka, otec, mladšia setra

Čo má rada: sledovanie pc (program detský kútik), sledovanie televízie (kreslené rozprávky), rada počúva hudbu a tancujú, prezerá si veľmi farebné obrázky, fotky, zaujímavé a výrazné vzory

Čo nemá rada: nerada opúšťa domov

Oblúbené jedlo: jogurty, ovocie, lupienky

Neoblúbené jedlo: kyslé zaliievky, uhorky, surová zelenina

Oblúbené pitie: čaj, džús

Neoblúbené pitie: perlivé vody

Správanie: má rada spoločnosť ľudí ale vyžaduje pokojnejšie prostredie. Bojí sa niektorých zvukov napr prechádzajúce auto, kosačka, motorka.

Upozornenie: nenechávať bez dozoru.

Sledované oblasti:

Komunikácia: verbálne nekomunikuje a ani sa o to nesnaží. Dobre reaguje na slovné pokyny, je vhodné ich doplniť o gestá. Učí sa alternatívne komunikáciu - predmetovú (lyžice - jesť, hrnček - piť, topánka - vychádzka, plienka - toalety).

Hrubá a jemná motorika: postaví sa s oporou za ruky. Chodí samostatne, nie je potrebná opora. Dlhšie vzdialenosti nezvláda, na vychádzku je nutné použitie vozíka. Rada tancuje na hudbu. Úchop pasívne, ruky drží zovreté v päst'.

Stolovanie: stravuje sa v sede pri stole. Jej podávaná bežná strava. Pečivo sa jej musí vkladať do ruky, sama ho neuchopí. Niekedy má problém s koordináciou oko-ruka a trvá jej ako sa trafi do úst, ale bez problémov odhryzuje, rozžuje a melno jazykom. Pri polievke musí byť kŕmené. Hlavné jedlo sa učia jesť sama. Asistentka ju naberie sústo na lyžicu a dievča si ho dáva do úst (asistentka jej fixuje lakeť). Dievča bola zvyknutá prijímať tekutiny z lyžice. Teraz sa učia piť z hrnčeka, nezvládne prehltnúť viac ako jeden dúšok. Pred jedlom sa vykonáva orofaciálnej stimulácie.

Sebaobsluha: pri všetkých sebaobslužných činnostiach potrebuje úplnú dopomoc. Nesnaží sa pomáhať. Nosí ortopedickú obuv.

Hygiena: vyprázdňuje sa do plienok, potrebu nenaznačuje. U dievčat'a je veľký problém s vyprázdňovaním stolice, trpia chronickou zápchou (vyprázdňuje sa asi raz za 10 dní). Treba strážiť vyprázdňovanie, informovať rodičov. Dievča užíva lactulosu a vykonáva sa jej masáže brucha.

## **Oblasti podpory**

Počas práce bolo nutné odstrániť jej ochranný postoj. Ukázalo sa ako vhodné, keď si terapeut sadne na pevný okraj, oprie sa chrbtom o steny, klientka si položí hlavu na hrudník a nohy má pozdĺž jej tela. V tejto pozícii má dievča pocit pevnej opory o terapeutovo telo, cíti hranice svojho tela a má vizuálnu kontrolu. Ponúka sa jej zraková stimulácia svietiacimi vláknami, ktoré má rada. Je nutné jej ich dať do úrovne očí alebo o niečo vyššie, inak predkláňa hlavu. Využívali sme hľadanie pomocou vlákien a povzbudzovali ju, aby si siahla na vlákna. Po chvíli sa úplne uvoľnila, zmizlo krčovitité držanie tela, hlavu mala voľne opretú o hrudník. V tejto situácii začala sledovať svetelné efekty. Tiež si začala všímať svetelné kytičky a naťahovala po nej ruku. Prisunuli sme kyticu k úrovni tváre a dievča sa s ňou hralo. Po chvíli začala zaspávať, bola krásne uvoľnená. V tejto chvíli sa dá vykonávať masáž rúk alebo masáž brucha v smere hodinových ručičiek. V pozícii opretá o terapeuta tiež dobre prijíma podnety pomocou vibračného masážneho strojčeka.

### Somatická stimulácia

Okrem stimulácie s pomockami snoezelen klientku polohujeme do tzv.hniezda, v polohe na chrbte a so zvýšenou hlavou, aby mala zrakovú kontrolu. Vzhľadom k jej pokojnej povahe má túto polohu rada, nevyžaduje od nej žiadnu aktivitu. Je nutné úplne pokojné prostredie bez rušivých vplyvov. Veľmi často sa vykonávajú masáže brucha, ktoré bez problémov prijíma. Tiež sa vykonávajú masáže rúk molitanovým loptičkou.

### Vibračná stimulácia

Klientka dobre znáša vibračné podnety pomocou vibračného masážneho strojčeka. Nechá si prikladať v oblasti rúk alebo ho sama drží. Musí sa správne zvoliť strojček, ktorý nie je hlučný, inak sa dievča zľakne a nechce si ho nechať priložiť. Rada prijíma



vibračné podnety pomocou vibračného kreslá, vyhovuje jej, že sedí s pevnou oporou a má dobrú vizuálnu kontrolu.

#### Vestibulárna stimulácia

Dievča veľmi dobre prijíma vestibulárnu stimuláciu pomocou detskej hojdačky. Hojdačka drží pevná chrbát, má klin proti zosúvaniu a je možné klienta zapnúť pásy. Dievča má rada rýchlejšie hojdanie v predozadný rovine a pokojnejšie hojdanie do bokov alebo do kruhu. Tvári sa veľmi spokojne, hlasno sa smeje. Tiež pasívne cvičí na gymnastickej lopte. Položí sa bruchom na loptu a terapeut ju drží za boky a pohybuje loptou.

#### Auditívna stimulácia

Klientka rada sleduje a počúva zvukové hračky ale o aktívnu manipuláciu s nimi sa nesnaží. Má rada chvíľky pri gitare, sama aktívne hudobné nástroje nepoužíva. Na ruku sa jej dávajú rolničky na suchý zips, ktoré sa pri ich radostných pohyboch rozoznie, čo ju spätne motivuje k ďalším pohybom. Ak je v triede pustená hudba z cd prehrávača, ktorá sa jej páči, začne sa smiať a tancovať.

#### Zraková stimulácia

Veľmi dobre prijíma zrakové podnety, siaha po predmetoch, motivujú ju k úchopu, je dobré ju slovne podporiť. Pasívne sleduje program detský kútik na pc, o manipulácii s klávesnicou alebo myšou sa nesnaží. Tento program má aj zvukový sprievod, teda podporuje aj sluchovú stimuláciu. Tiež sa jej predkladajú výrazné, farebné obrázky pokiaľ ju zaujmú sleduje ich.

#### Taktilná stimulácia

Nacvičuje sa chôdza po dotykovým chodníčku, zvláda ju bez väčších ťažkostí, stačí opora za jednu ruku. Prebieha stimulácia vo vaničke s teplými kamienkami, ale hrá sa s nimi len chvíľu, potom je nutné ju motivovať, sypať jej kamienky na ruky. Pri somatickej stimulácii sa hľadí rôznymi materiálmi ale má rada jemné, plyšové materiály, drsné materiály a rôzne žinky jej vadia.

#### Zhodnotenie

Klientka je veľmi pasívna, najradšej sedí v polohovacím vaku alebo pri stole a sleduje dianie okolo. Je nutné ju motivovať pri každej činnosti. Nemá rada pozíciu v ľahu na chrbte, rada je vo svojom ochrannom postoji, chce mať vizuálnu kontrolu. Pri práci si vyžaduje úplný pokoj. Ak chceme aby sa na niečo sústredila, nesmie ju nič rušiť, akýkoľvek podnet z okolia odvedie jej pozornosť inam. To sa prejavuje napríklad pri jedle. Nesústredí sa na lyžicu, díva sa inam a nemôže sa trafiť do úst. Aj pri stimuláciách je nutné, aby nebola ničím rušená. Ak sa nám ju podarí uvoľniť a niečo ju vyruší alebo sa zľakne, okamžite zaujme svoju ochrannú pozíciu. Bohužiaľ kvôli nevhodnému umiestneniu triedy, ktorá je priechodná do ďalších tried, je veľmi ťažké navodiť pre ňu optimálne podmienky. Je úplne uvoľnená, sústredí sa na podnety. Zvlášť rada si prezerá predmety pre zrakovú stimuláciu. Možno ju motivovať, aby si na ne siahla, pohladila ich, chytila. To je veľký pokrok, za normálnych okolností sa o uchopenie nesnaží, predmety jej musíme pasívne vkladať do dlane.

## ZÁVER

V súčasnej dobe je venovaná veľká pozornosť problematike jedincov s viacnásobným postihnutím. Zatiaľ čo predtým boli považovaní za nevzdelávateľné a nevychovatel'ný, dnes sa už prístup k týmto jedincom zmenil. Je snaha o rodinnú starostlivosť namiesto ústavnej starostlivosti. Každý jedinec má právo na vzdelanie, ktoré sa mu snažíme poskytnúť v jemu primeranej forme. Právo na vzdelanie týchto jedincov je zakotvené v novom školskom zákone. Starostlivosť, ktorá sa týmto jedincom venuje, sa nesmie obmedzovať na obyčajnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Viacnásobné postihnutie predstavuje komplex obmedzenie jedinca vo všetkých jeho prežitkových sférach a výrazových možnostiach. Sú zmenené jeho emocionálne, kognitívne, telesné, sociálne a komunikačné schopnosti. Kombinované postihnutie tvorí veľmi špecifickú kategóriu v špeciálnej pedagogike. Okruh jedincov s kombinovaným postihnutím tvoria veľmi rôznorodú skupinu. Možno len ťažko hľadať faktory pre delenie do jednotlivých kategórií. Toto ani nie je našim cieľom. Naopak pri špeciálnej pedagogickej intervencii vychádzame z jedinečnosti každého jedinca s viacnásobným postihnutím, staviame na jeho individuálnych možnostiach a potrebách. Snažíme sa vytvoriť vhodné prostredie a podmienky pre rozvoj každého jedinca. Hľadáme nové cesty, metódy práce, ktoré nám pomôžu sa k týmto jedincom priblížiť, umožniť nám komunikovať s nimi. Naším cieľom je pomôcť týmto jedincom prežiť pestrý a plnohodnotný život.

Jedna zo špeciálnych metód práce je koncept bazálnej stimulácie. Jedná sa o pomerne mladú metódu práce. Koncept vychádza z najskorších skúseností, ktoré získava každý jedinec počas vnútromaternicového vývoja. Pri aplikácii konceptu poskytujeme jedinci základné podnety v čo najjednoduchšej podobe, tak aby ich bol schopný prijímať. Koncept nemá žiadne striktné pravidlá a metodológiu. Každý jedinec je sledovaný a vychádza sa z jeho potrieb, ktoré je potrebné uspokojiť. Ku každému jedincovi sa pristupuje individuálne a hľadajú sa možnosti ako mu podnety sprostredkovať. To, čo platí u jedného nemusí platiť u druhého. Špeciálny pedagóg musí neustále vymýšľať nové cesty, formy ako jedincovi ponúknuť bazálnu stimuláciu, tak aby ich jedinec bol schopný prijať. Tento koncept sa javí ako veľmi prínosný a úspešný. Je stále častejšie využívaný v školách a školských zariadeniach. Myšlienky tohto konceptu sa premietajú do komplexnej starostlivosti o jedinca s viacnásobným postihnutím.

Cieľom OSO bolo odovzdanie skúseností a pozitívneho vplyvu konceptu bazálnej stimulácie na rozvoj dieťaťa s viacnásobným postihnutím. Overená skúsenosť analyzuje využitie bazálnej stimulácie u klientov s viacnásobným postihnutím.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

1. Bajo, I., Vašek, Š. 1994. Pedagogika mentálne postihnutých. Sapientia. Bratislava. 1994. ISBN: 80-967180-1-0
2. Friedlová, K. 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vydání. Praha: Grada, 2007. 186 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. Friedlová, K.: Bazální stimulace pro učitele předmětů ošetrovatelství. 1. vydání. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2
4. Friedlová, K.: Bazální stimulace, pojetí konceptu. Sborník multioborové interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002. ISBN 80-247-0536-2
5. Friedlová, K.: Bazální stimulace v práci sestry. Sestra, 2003, roč.13, č.1, s.14-16. ISBN 1210-0404
6. Friedlová, K.: Bazální stimulace. Sestra, 2004, roč.14, č.12, s.8. ISSN 1210-0404
7. Friedlová, K.: Bazální stimulace. Sestra – příloha, 2000, roč.10, č.8, s.7. ISBN 1210-0404
8. Jakobová, A. 2007. Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita – Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.
9. Jankovský, J. 2001. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. TRITON. Praha. 2001. ISBN: 80-7254-192-7
10. Kvapilík, J., Černá, M. 1990. Zdravý způsob života mentálně postižených. 1. vydanie. Praha. 1990. ISBN: 09-020-90.
11. Lidíková, L. 2005. Kombinované vady. 1. vydanie. Univerzita Palackého, Olomouc. 2005. ISBN: 80-244-1154-7
12. Lukáč, M. 2001. Negramotnosť a gramotnosť v meniacom sa svete. In: Vzdelávanie dospelých. roč. VI, č. 1. 2001. ISBN: 1335-2350.
13. Matulay, K. a kol. 1986. Mentálna retardácia. Osveta. Martin. 1986. ISBN: 70-077-86
14. Müller, O. 2001. Dítě se speciálními potřebami v běžné škole. 1. vydanie. Univerzita Palackého, Olomouc. 2001. ISBN: 80-2440-231-9.
15. Müller, O. 2001. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. Univerzita Palackého, Olomouc. 2001. ISBN: 80-244-0207-6.
16. Pipeková, J. 2004. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In: Vítková M. (ed.) Integrovaná speciální pedagogika. 2. vydanie. Paido. Brno. 2004. ISBN: 80-7315-01-9.
17. Vančová, A. 2010. Pedagogika viacnásobne postihnutých. Kinezis Klub Tatry. Bratislava. 2010. ISBN: 9788097022815 .
18. Vašek, Š. 1996. Špeciálna pedagogika. Sapientia. Bratislava. 1996. ISBN: 80-9671-2
19. Vašek, Š. 2006. Základy špeciálnej pedagogiky. 2. doplnené vydanie. Sapientia. Bratislava. 2006. ISBN: 80-8922-902-6

20. Vašek, Š. 2008. Základy špeciálnej pedagogiky. 4. doplnené vydanie. Sapia. Bratislava. 2008. ISBN: 978-80-89229-11-6

**Internetové zdroje:**

1. Historie konceptu [online]. bazalni-stimulace.cz, [cit. 20.2.2009]. Dostupné na www: <http://www.bazaln-stimulace.cz/historie.php>
2. Co je bazální simulace [online]. bazální-stimulace.cz, [cit. 20.2.2009]. Dostupné na www: [http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)
3. Fröhlich, A. Basale Stimulation [online]. basale-stimulation.de, [cit. 22.2.2009]. Dostupné na www: <http://www.basale-stimulation.de/Paedagogik/online-literatur.php?lang=de>