

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Využití prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí

Venturová Petra

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Venturová**
Osobní číslo: **Z10045**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Využití prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl. 1. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace. 10.vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2011. 31 s.
4. HÁJKOVÁ, V. a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
5. PFEIFFER, J. Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013



prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.



Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/200 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo pokud bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Petra Venturová

V Pardubicích dne 15. 7. 2013

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marii Holubové za věnovaný čas, cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat celému sledovanému zařízení, především pak speciálně pedagogickému centru a celé speciální třídě F pod vedením třídní učitelky paní Mgr. Andrey Hovorkové za podporu a pomoc při provádění výzkumné části práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem bazální stimulace a jejím vlivem na handicapované děti. Práce má dvě části - část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části práce je popisován koncept bazální stimulace, jeho vznik, současná situace a cíle bazální stimulace. Z větší části je pak popsáno rozdělení a jednotlivé techniky bazální stimulace. V druhé části teoretické části je popsána dětská mozková obrna – její příčina, příznaky, formy, diagnostika a léčba.

Praktická část se věnuje praktickému využití prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí. Pro výzkum byli vybráni 3 respondenti s diagnózou dětská mozková obrna. Nejčastěji byly využity prvky somatické stimulace, a to především polohování do polohy hnízdo. Na tuto stimulaci děti reagovaly vždy pozitivně. Každý den byla také využívána stimulace optická, především pomocí obrázků a fotografií a stimulace auditivní pomocí ranního zpěvu písní a hraní na hudební nástroje. Dále pak orální stimulace pomocí oblíbených pokrmů z domu. Praktickým výstupem práce je návrh dokumentace pro záznam provedených technik bazální stimulace ve sledovaném zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova

bazální stimulace, dětská mozková obrna, stimulace vnímání

Title

Use of the basal stimulation for handicapped children

Anotation

The bachelor thesis deals with the issue of basal stimulation and its effect on handicapped children. The thesis is divided into two parts – a theoretical and a practical part.

In the theoretical part the concept of basal stimulation is described – its origins, present situation and aims. Categorization and individual techniques of basal stimulation are described in detail. Cerebral palsy, its causes, symptoms, forms, diagnostics and cure are also covered in the theoretical part.

Practical part deals with practical use of elements of basal stimulation for handicapped children. For the purpose of this survey three respondents with the cerebral palsy diagnosis

were chosen. Most often elements of somatic stimulation were used, especially positioning into the “nest” position. There was always a positive reaction on this stimulation. Every day optical (pictures and photographs) and auditive stimulation (singing and playing musical instrument in the morning) were also used, as well as oral stimulation (favourite home made meals). A proposal of documentation for recording used techniques of basal stimulation in monitored medical facility is a practical output of this bachelor thesis.

Keywords

basal stimulation, cerebral palsy, stimulation perception

Obsah

Úvod.....	14
Cíle	15
I TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Koncept bazální stimulace	16
1.1 Vznik konceptu	16
1.2 Současná situace.....	17
2 Teoretická východiska konceptu	18
2.1 Základní prvky konceptu.....	18
2.2 Vývoj vnímání v prenatálním období	18
2.3 Stimulace vnímání a její význam	18
3 Techniky konceptu bazální stimulace.....	20
3.1 Obecný postup před zahájením bazální stimulace	20
3.2 Stimulace somatická.....	21
3.2.1 Somatická stimulace zklidňující	21
3.2.2 Neurofyziologická stimulace (stimulace dle konceptu Bobath)	21
3.2.3 Diametrální stimulace	22
3.2.4 Poloha „hnízdo“	22
3.2.5 Poloha „mumie“	22
3.3 Stimulace vestibulární	23
3.4 Stimulace vibrační.....	23
3.5 Stimulace optická	23
3.6 Stimulace orální	24
3.7 Stimulace auditivní.....	24
3.8 Olfaktorická (čichová) stimulace	24
3.9 Taktilně-haptická stimulace	25
4 Role pečujících	26

5	Dětská mozková obrna.....	27
5.1	Příčiny vzniku	27
5.2	Diagnostika	27
5.3	Formy DMO.....	28
5.3.1	Hemiparetická forma	28
5.3.2	Kongenitální hemiparéza	28
5.3.3	Získaná hemiparéza	28
5.3.4	Spastická diuréza	28
5.3.5	Hyperkinetická (dyskinetická) forma – atetóza	28
5.3.6	Kvadruparetické forma	29
5.3.7	Akinetická mozková obrna (hypotonická forma)	29
5.4	Léčebné metody	29
5.4.1	Léčebná metoda dle Bobatha (neurovývojová terapie)	29
5.4.2	Léčebná metoda dle Vojty (Vojtova reflexní lokomoce)	30
	II PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
5.5	Výzkumné otázky:	31
6	Metodika	32
6.1	Problémy ve výzkumném šetření	33
7	Vlastní výzkum	34
7.1	Charakteristika místa výzkumu.....	34
7.2	Prezentace výsledků	35
8	Kazuistika č. 1.....	42
8.1	Harmonogram dne ve sledovaném zařízení	45
8.2	Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu.....	46
8.3	Posouzení z dítěte z pohledu matky	47
8.4	Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga	47
9	Kazuistika č. 2.....	49
9.1	Harmonogram dne ve sledovaném zařízení	52
9.2	Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu.....	52

9.3	Posouzení dítěte z pohledu matky.....	53
9.4	Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga.....	54
10	Kazuistika č. 3.....	55
10.1	Harmonogram dne ve sledovaném zařízení.....	58
10.2	Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu.....	58
10.3	Posouzení dítěte z pohledu matky.....	59
10.4	Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga.....	59
11	Diskuze.....	60
12	Závěr.....	64
13	Použitá literatura.....	65
14	Přílohy.....	68

Seznam obrázků

Obrázek 1 Rozložení pohlaví v rehabilitačních třídách v %	34
Obrázek 2 Graf četnosti využívání jednotlivých prvků bazální stimulace v %	35
Obrázek 3 Graf četnosti využívání prvků somatické stimulace v %	36
Obrázek 4 Graf četnosti využívání prvků vestibulární stimulace v %	37
Obrázek 6 Graf četnosti využívání prvků auditivní stimulace v %	40
Obrázek 7 Vestibulární stimulace pomocí trampolíny Danča	69
Obrázek 8 Danča napolohovaná do polohy hnízdo	70
Obrázek 9 Neurofyziologická stimulace u Danči	70
Obrázek 10 Iniciální dotek levé ruky Danči	71
Obrázek 11 Reakce Danči na vibrační stimulaci.....	71
Obrázek 12 Ukázka polohování pomocí canisterapie u Danči, vedle polohování u Vlasy	72

Seznam tabulek

Tabulka 1 <i>Četnost využívání prvků vibrační stimulace</i>	38
Tabulka 2 <i>Četnost využívání prvků orální a olfaktorické stimulace</i>	38
Tabulka 3 <i>Četnost využívání prvků taktilně - haptické stimulace</i>	41

Seznam zkratek a značek

°C – stupeň Celsia

BMI – body mass index

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

DMO – dětská mozková obrna

MRI – magnetická rezonance

roč. - ročník

Sb. – sbírka

ZŠ – základní škola

VVV – vrozená vývojová vada

Úvod

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem bazální stimulace a jejím vlivem na handicapované děti.

Bazální stimulace je konceptem podporujícím lidské vnímání v nezákladnější rovině. Člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů, které se vyvíjí již v embryonální fázi. Okolní prostředí a sami sebe můžeme vnímat právě díky těmto smyslům. Vnímání, komunikace a pohyb se vzájemně ovlivňují. Vnímání ovlivňuje pohyb a komunikace je možná díky vnímání a pohybu (Friedlová, 2007).

V současné době existuje v České republice 209 zařízení proškolených Institutem Bazální stimulace, která integrovala koncept bazální stimulace do zdravotních a sociálních služeb. Z těchto 209 proškolených pracovišť je pak 47 pracovišť, která se zaměřují na péči o děti a dospívající (Institut Bazální stimulace, 2004).

Současná medicína je na vysoké úrovni a lékaři poskytují léčbu na úrovni nejnovějších postupů. Také ošetrovatelství se opírá o nejnovější poznatky a vychází z vlastního ošetrovatelského výzkumu. Nejnáročnějším úkolem zdravotníků pečujících o tyto lidi je schopnost pochopit jejich potřeby a zajistit humánní péči, která vychází z jejich potřeb (Friedlová, 2007).

Tato bakalářská práce poukazuje na to, že zdravotní a ošetrovatelská péče by se neměla skládat pouze z odborných výkonů a péče pouze o fyzickou stránku klienta, ale na klienty by se mělo nahlížet především jako na bio- psycho - sociální jednotku. K sociální potřebě patří i potřeba komunikace a pocit akceptace vlastní osobnosti. Ne všichni klienti ve zdravotnických zařízeních jsou schopni verbálně komunikovat. Cílem konceptu bazální stimulace, který je již v dnešní době velmi rozšířeným konceptem, je právě doprovod a podpora klientů se změnami v komunikaci a vnímání (Friedlová, 2007).

Cíle

1. Popsat jednotlivé prvky bazální stimulace a možnosti jejich využití u dětí s DMO.
2. Zjistit, které prvky bazální stimulace jsou ve sledovaném zařízení využívány nejčastěji.
3. Aplikovat prvky bazální stimulace u handicapovaných dětí.
4. Porovnat rozdíly ve vnímání jednotlivých metod bazální stimulace u dětí.
5. Zjistit, jak bazální stimulace ovlivňuje děti z pohledu matky a speciálního pedagoga.
6. Vytvořit dokumentaci na záznam prvků bazální stimulace pro sledované zařízení.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Koncept bazální stimulace

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb (Friedlová, 2007, s. 19)“.

Bazální stimulace se používá v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, ale také u dětí a dospělých s těžkým kombinovaným postižením, dále pak u lidí s těžkými kognitivními a tělesnými změnami, které vznikly z důvodu úrazu či onemocnění. Také se používá u pacientů s demencí (Friedlová, 2008b).

Koncept je zohledněn ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o stanovení činnosti všeobecné sestry. Všeobecná sestra může ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem vykonávat rehabilitační ošetřování, zejména pak polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na nápravu a prevenci hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility (Vyhláška č. 55/2011 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2011).

1.1 Vznik konceptu

Profesor Dr. Andreas Fröhlich vyvinul v 70. letech minulého století koncept bazální stimulace. Tento koncept umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozkvet osobnosti i zlepšení jejich komunikace s okolím. Poznatky ukázaly, že principy konceptu mají velký význam pro osoby všech věkových kategorií (Vuová, 2006).

Od roku 1970 pracoval prof. Dr. Andreas Fröhlich v rehabilitačním centru Westfalz/Landstuhl v Německu. V rehabilitačním centru pracoval s dětmi narozenými s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými poruchami. U těchto dětí, které byly těžce mentálně retardované, nebylo možno navázat verbální komunikaci. Prof. A. Fröhlich vytvořil koncept bazální stimulace na základě schopnosti těla vnímat a přijímat signály a reakce pomocí komunikačního kanálu. Za pomoci konceptu se mu podařilo navázat komunikaci s dětmi (Friedlová, 2008a).

V dnešní době je prof. Dr. Andreas Fröhlich zaměstnán na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau v Německu. Napsal velké množství publikací a neustále se snaží rozvíjet koncept bazální stimulace (Friedlová, 2008a).

„Bazální stimulace v ošetrovatelské péči je v první řadě pojem orientovaný na tělo (Bienstein, Fröhlich, 2004, s. 35.)“.

V ošetrovatelské péči se objevil koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století. Koncept do ošetrovatelské péče přinesla Christel Bienstein. Ch. Bienstein pracovala řadu let ve Vzdělávacím centru v Německu v oblasti intenzivní medicíny. Od roku 1994 je Bienstein vedoucí Institutu výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. Prof. Ch. Bienstein úzce spolupracuje s prof. dr. A. Fröhlichem. Společně pracují na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace. Vytvořili systém vzdělávání lektorů konceptu. Společně se také od 80. let zabývají problematikou ošetrovatelské péče o osoby s poruchou vnímání a komunikace (Friedlová, 2007; Vuová, 2006).

1.2 Současná situace

Od roku 2000 se koncept Bazální stimulace zavádí v oblasti zdravotní péče a sociálních služeb. Zasloužila se o to PhDr. Karolína Friedlová. S konceptem se Friedlová seznámila při práci na rakouské klinice ve Waldviertelu a na univerzitě v Mnichově v Německu (Friedlová, 2010c).

V roce 2003 se uskutečnil první kurz Bazální stimulace na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a od té doby proběhly stovky kurzů pod jejím vedením. V roce 2005 Friedlová založila Institut Bazální stimulace ve Frýdku - Místku. Současně vyškolila tým lektorů, kteří lektorují základní kurzy. Absolvováním kurzu získají nelékařská zdravotnická povolání odbornou způsobilost. Základní kurzy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví od června roku 2008. V roce 2008 bylo v registru Institutu Bazální stimulace 4000 absolventů (Friedlová, 2010c; Friedlová, 2008b).

V zemích Evropské unie je koncept Bazální stimulace uznáván a aplikován do ošetrovatelské praxe. V zahraničí je koncept součástí osnov v předmětu ošetrovatelství na zdravotnických školách a pracuje se s ním na většině oddělení. Velká zahraniční zdravotnická zařízení mají své lektory tohoto konceptu (Friedlová, 2007).

2 Teoretická východiska konceptu

2.1 Základní prvky konceptu

Bazální stimulace je koncept podporující základní lidské vnímání. Mezi základní prvky konceptu bazální stimulace patří pohyb, komunikace, vnímání a jejich propojení. Koncept umožní podporu lidem při změnách v těchto oblastech a to tím, že cíleně stimuluje smyslové orgány. Cílenou stimulací lze z uložených vzpomínek znovu aktivovat činnost mozku a podpořit vnímání, komunikaci a pohyblivost klientů (Friedlová, 2007).

2.2 Vývoj vnímání v prenatálním období

V prenatálním období je nejranější formou komunikace mezi nenarozeným dítětem a matkou komunikace somatická, vestibulární a vibrační. U člověka vytváří tyto druhy vnímání primárně pocit jistoty. V 8. týdnu embryonálního vývoje je embryo schopno reakce na somatické podráždění vláknem na povrchu těla. Od 9. týdne je embryo schopné pohybovat zárodky svých končetin. Od 11. týdne plod provádí dýchací pohyby způsobené rytmickou kontrakcí bránice a svalů mezižeberních a od týdne 12. jsou zřetelné pohyby končetin horních i dolních, hlavičky a úst. Zraková percepce se vyvíjí až po narození. Od 4. měsíce je plod schopný zaujmout a fixovat svou pozici v matčině děloze. Od 28. – 30. týdne jsou přítomny reakce plodu na taktilní, akustické, chuťové a vizuální podněty. Citové prožitky se objevují od 6. měsíce (Friedlová, 2008a).

Mozek plodu je schopen učení a chování po narození mohou ovlivnit výsledky učení. Vnímání somatické je zprostředkováno kůží. Za schopnost určit polohu v prostoru a uvědomovat si pohyb odpovídá aparát vestibulární. Schopnost vnímat chvění, zvuky, tóny, hlasy a vše zpracovávat zajišťuje vnímání vibrační (Friedlová, 2008a).

2.3 Stimulace vnímání a její význam

Aby dítě mohlo reagovat na somatické, vestibulární, vibrační, taktilně - haptické, chuťové, zrakové, čichové a sluchové podněty je nutný určitý stupeň vývoje funkce a stavby nervového systému. Jeden z projevů plasticity nervového systému je schopnost ukládat a uchovávat informace. Plasticita je obecná vlastnost nervového systému a je nejvýraznější v časném životním období. Vztahy jednotlivých oblastí mozku se vyvíjí podle vlivů genetických informací i zevního prostředí. V případě, že okolní prostředí člověka obsahuje málo stimulů, dojde k sensorické deprivaci. Pokud je současně přítomen i nedostatek pohybu, jedná se

o senzomotorickou deprivaci. Vzniká tak sekundární poškození intelektu v důsledku masivní podnětové a pohybové deprivace. Ve vývojovém období je mozek schopný anatomických i funkčních změn (Friedlová, 2008a).

3 Techniky konceptu bazální stimulace

Aby mohlo dojít k integraci prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče, je důležitá znalost životních návyků a zvyků jedince. Každý člověk je jiný a jinak reaguje v daných situacích. Z tohoto důvodu je důležité sepsání autobiografické anamnézy před zahájením bazální stimulace. Důležité je také zapojení rodičů nebo členů rodiny do samotné stimulace (Drápelová, 2009).

Techniky dělíme do dvou skupin. Do první skupiny řadíme základní prvky stimulace. Mezi základními prvky stimulace patří stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Druhou skupinu tvoří prvky nástavbové stimulace. Nástavbovou stimulací rozumíme stimulaci optickou, auditivní, orální, taktilně-haptickou a olfaktorickou (Lhotská, 2007).

Uvedu pouze prvky, které jsem používala v mé praktické části bakalářské práce u ošetrovaných dětí.

3.1 Obecný postup před zahájením bazální stimulace

Před zahájením každého prvku bazální stimulace vždy provedeme iniciální dotek. Iniciální dotek je cílený dotek, kterým klienta informujeme o naší přítomnosti. Tento dotek používáme vždy při příchodu, abychom klientovi dali najevo naši přítomnost, a také ho používáme, když od klienta odcházíme. Správným dotekem je možné snížit nepříjemné pocity strachu, nejistoty. Místo doteku se určuje na základě vyplnění autobiografické anamnézy. Vhodnými místy jsou paže, ramena či ruka. Je velmi důležité zapsat místo iniciálního doteku do dokumentace a také umístění cedule s místem doteku do blízkosti postele klienta. Je nezbytné, aby všichni pracovníci dodržovali stejné místo iniciálního doteku (Friedlová, 2007).

Protože každý člověk je jedinečná bytost a má jiné životní návyky, je důležité při provádění prvků bazální stimulace postupovat podle vyplněné autobiografické anamnézy (Drápalová, 2009).

Důležité je také sledování reakcí klienta po provedené stimulaci. Znaky příjemného pocitu klienta se projeví hlubokým dechem, otevíráním očí a úst, úsměvem nebo uvolněním svalového tonu. Nepříjemné pocity se projeví zavíráním očí a úst, blednutím, neklidným a nepravidelným dýcháním, pláčem a všeobecným motorickým neklidem nebo zvýšením svalového tonu (Friedlová, 2011a).

3.2 Stimulace somatická

Somatická stimulace dokáže pomoci zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2012a).

3.2.1 Somatická stimulace zklidňující

Cílem je stimulovat vnímání tělesného schématu, redukovat neklidné stavy, navodit celkové uvolnění těla a stimulovat vnímání.

Indikována je u klientů s těžkou či hlubokou mentální retardací s účelem stimulovat tělesné schéma, u klientů ve vigilním kómatu a u klientů s těžkým somatickým postižením.

Postup: Stimulaci provádíme oběma rukama po směru růstu chlupu. Začínáme na obličeji, kdy obličej stimulujeme po obvodu současně na obou stranách obličeje. Dále pokračujeme na hrudník, oběma rukama provádíme symetrickou stimulaci trupu od středu na strany trupu, kde mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Horní končetiny stimulujeme po obvodu po směru chlupů, každý prst pak stimulujeme zvlášť. Stejně postupujeme i na dolních končetinách. Žáda stimulujeme stejně jako hrudník, od páteře k zevní straně trupu a zvýrazníme tlakem hranice trupu. Somatická stimulace může být využita i během koupele, v tomto případě používáme vodu o teplotě 37 – 40 °C (Friedlová, 2009).

3.2.2 Neurofyziologická stimulace (stimulace dle konceptu Bobath)

Cílem je obnovení vnímání postižené poloviny těla.

Je důležité, aby klient vnímal zdravou polovinu těla, aby si poté mohl uvědomit, jak se cítí jeho druhá postižená polovina.

Indikována je u dětí s dětskou mozkovou obrnou, u klientů po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu (Friedlová, 2011a).

Postup: Terapeut nejprve stojí na postižené straně. Obličej stimulujeme až na konci masáže. Nejprve stimulujeme zdravou polovinu těla a vjemy poté přenášíme přes střed těla na polovinu postiženou. Střed těla vždy zvýrazníme. U horní končetiny zdravé části začínáme od konečků prstů směrem k rameni a poté přes střed přecházíme k ramenu strany postižené a poté až k prstům ruky. Stejně postupujeme i u končetin dolních (Friedlová, 2007).

3.2.3 Diametrální stimulace

Cílem je redukovat zvýšený svalový tonus.

Indikována je u klientů se zvýšeným svalovým napětím.

Postup: Může být aplikována pouze na část těla, která trpí zvýšeným napětím. Nutné je dodržet tělesnou symetrii: pokud aplikujeme na jedné polovině těla diametrální stimulaci, je vhodném druhé polovině těla aplikovat alespoň stimulaci zklidňující. Klienta uložíme do příjemné polohy. Volně polohujeme končetinu, která bude stimulována. Vhodné je předem nahřát končetinu, kterou budeme stimulovat (např. gelovými polštáři). Provádíme protipohyb oběma rukama. Prvky opakujeme 3 až 5 krát (Friedlová, 2011b; Friedlová, 2007; Friedlová, 2005).

3.2.4 Poloha „hnízdo“

Cílem je zlepšení vnímání hranic klientova těla.

Poloha je indikována u klientů k navození relaxace, po celkové zklidňující koupeli a ve fázi odpočinku.

Postup: Zvolíme si polohu, do které chceme klienta uložit (záda, břicho, bok) dle autobiografické anamnézy a následně klienta do této polohy napolohujeme. Tělo klienta ohraničíme srolovanými dekami nebo pomocí polohovacích perličkových vaků. Po napolohování klienta můžeme také přikrýt (Friedlová, 2011a).

3.2.5 Poloha „mumie“

Cílem stimulace je umožnit klientovi cítit hranice svého těla a zprostředkovat mu vjemy ze svého těla.

Poloha je indikována u neklidných klientů nebo žáků se speciálními vzdělávacími potřebami během výuky ke zklidnění.

Tato poloha je **kontraindikována** u lidí trpících klaustrofobií.

Postup: Klienta napolohujeme na záda. Klientovu hlavu podložíme polštářem. Horní končetiny uložíme na hrudník klienta. Tělo klienta zavineme do prostěradla nebo deky. Vždy klientovi necháme možnost, aby se z této polohy mohl dostat (Friedlová, 2011a).

3.3 Stimulace vestibulární

Cílem je informovat o naší poloze a pohybu, orientace v prostoru a udržení rovnováhy.

Indikována je u klientů imobilních nebo s poruchou hybnosti, u klientů neklidných nebo s projevy agrese vůči okolí a u klientů, kde není možno navázat verbální komunikaci.

Postup: K vestibulární stimulaci lze využít různé technické prostředky (houpačka nebo trampolína). Pozice na trampolíně umožní klientovi prožít výrazné stimuly z vlastního těla. Klienta položíme na trampolínu a mírnými pohyby dolních končetin rozkmitáme plátno trampolíny. K možnostem stimulace patří pomalé a lehce otáčivé polohy hlavy a poloha mumie (Friedlová, 2010a).

3.4 Stimulace vibrační

Cílem je stimulovat receptory pro vnímání vibrací uložených v kůži (Vater Paciniho tělíska) a proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kloubů a kostí, zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a podpora tělesného schématu.

Indikována je u klientů s těžkou mentální retardací.

Kontraindikována je u klientů s poraněním nebo poruchou integrity kůže.

Postup: Ke stimulaci můžeme použít různé pomůcky (vibrační hračky, elektrický zubní kartáček nebo vibrátory na baterky). Využít můžeme také hudební nástroje, které vydávají vibrace a vlastního hlasu. Pokud klient mluví, položíme jeho ruku na jeho hrudník nebo na hrudník terapeuta. Oba by během stimulaci měli být v pohodlné poloze. Terapeut většinou sedí na zemi nebo na posteli a pacient sedí před ním, hrudníkem je pacient opřen o terapeuta za ním. V této poloze může klient vnímat vibrace terapeuta při mluvení (Friedlová, 2011a).

3.5 Stimulace optická

Cílem je zprostředkovat zrakový vjem, který klientovi umožní získat pocit jistoty a schopnost vnímat a uspořádat okolní prostředí.

Postup: Klientům je nabízeno prostředí s bohatými vizuálními podněty, které je stimuluje. Stěny pokoje jsou vymalovány pestrými barvami. Na stěnách jsou kresby, obrázky a fotografie. Místnost je vybavena hračkami (Lhotská, 2007).

3.6 Stimulace orální

Cílem je vybavení chuťových vjemů a zajištění přísunu podnětů k ústům.

Postup: Stimulaci lze provádět buď izolovaně, nebo jako součást přípravy na orální příjem stravy. Výhodná bývá i kombinace s péčí o dutinu ústní za pomoci zubního kartáčku. Zpočátku používáme maximálně 3 různé chutě. K orální stimulaci může použít oblíbené nápoje či potraviny – pomocí orální štětičky, kterou můžeme například namočit v nutele nebo pomocí cucacího váčku. Tato stimulace slouží k rehabilitaci jazyka a obnovení polykacího reflexu (Friedlová, 2008a; Bártová, 2008).

3.7 Stimulace auditivní

Cílem je navázání kontaktu s pacientem, stimulace vnímání, umožnit klientovi orientaci a mobilizaci vzpomínek.

Postup: Lze použít různé prostředky dle autobiografické anamnézy. Preferujeme zvuky, písně, které má dítě rádo. Je vhodné zapojit rodinu. Rodiče mohou číst oblíbené pohádky nebo se pouštět oblíbená hudba. Také se mohou pouštět nahrávky hlasů známých či kamarádů nebo členů rodiny (Friedlová, 2007; Wolffová, 2006).

3.8 Olfaktorická (čichová) stimulace

Cílem je orientace v dané situaci a následné navození pocitu bezpečí a jistoty.

Indikována je u klientů s mentální retardací.

Postup: U klientů používáme jejich vlastní toaletní potřeby, deodoranty a vůně oblíbených jídel. Například vůně vlastních toaletních prostředků u klienta vyvolá pochopení dané situace – například, že se jedná o hygienu (Friedlová, 2010b).

Vhodná je opět spolupráce s rodinou, ta může přinášet oblíbené předměty s charakteristickou vůní domova (Wolffová, 2006).

3.9 Taktilně-haptická stimulace

Cílem je poskytnout stimulaci pomocí známých předmětů, stimulace paměťové stopy, eliminovat pocity nejistoty a strachu.

Indikována je u neklidných klientů.

Předměty používané ke stimulaci jsou oblíbené hračky a předměty spojené s hoby, předměty k osobní hygieně, žínky, kelímky a předměty denního života.

Postup: Klient provádí stimulaci sám nebo asistovaně - v případě, že klient není schopen sám pohybovat prsty – vkládáme předměty do klientových dlaní (Friedlová, 2007; Hájková, 2009).

4 Role pečujících

Začleněním členů rodiny do konceptu bazální stimulace se prohloubí jejich vzájemné vztahy a příbuzní tak lépe snáší hospitalizaci člena rodiny, protože se cítí aktivně zapojeni do ošetrovatelské péče. Příbuzný někdy může být první osoba, která zachytí nepatrné reakce klienta. Koncept integruje rodinné příslušníky do péče a pohlíží na ně jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče. Veškeré postřehy rodiny jsou v péči zohledňovány (Vuová, 2006; Friedlová, 2007).

Rodiče mohou číst oblíbené pohádky, pouštět oblíbenou hudbu nebo nahrávky hlasů známých osob. Mohou přinést oblíbené věci s charakteristickou vůní domova. Příbuzní si také mohou lehnout do lůžka příbuzného. Mohou dělat vše, co má dítě rádo a na co bylo doposud zvyklé. Pro rodinu je toto období plné emočních zvrátů (Wolffová, 2006).

5 Dětská mozková obrna

Jedná se o širokou skupinu chorobných stavů projevující se jako poruchy motoriky, poruchy hybnosti a svalového tonu. U obrny je přítomen disharmonický a retardovaný motorický vývoj, dále se také může vyskytovat psychická retardace a epileptické paroxysmy (Ambler, 2006).

Prevalence dětské mozkové obrny v dětské populaci je 2 – 3 onemocnění na 1000 živě narozených dětí (Kraus a kol., 2005).

5.1 Příčiny vzniku

Dětská mozková obrna vzniká před porodem, v období během porodu nebo po porodu do jednoho roku života, kdy se ukončuje nejintenzivnější vývoj. Rizikovou skupinou jsou děti narozené předčasně a děti s nízkou porodní váhou. Během porodu mohou vzniknout mechanická poranění mozku tlakem na tkáň mozku, zlomeniny lebky, krvácení do mozku nebo asfyxie při dlouhotrvajícím porodu. Po porodu vzniká obraz mozkové obrny důsledkem infekce nebo traumatu (Pfeiffer, 2007).

5.2 Diagnostika

Ke správné diagnostice se využívá anamnéza, speciální neurologické vyšetření, funkční testy a zobrazovací metody. Z anamnézy pátráme po abnormálních činitelích v průběhu těhotenství, během porodu a v novorozeneckém období. K nejčastěji používaným zobrazovacím metodám patří ultrazvukové vyšetření, CT a MRI (Kraus a kol., 2005).

Speciální neurologické vyšetření je zaměřeno na 2 základní aspekty. Sledujeme, zda je vývoj pohybových reakcí přiměřený věku dítěte a jestli se neopožďuje biologický věk za věkem kalendářním. Jako druhý aspekt sledujeme, zda nejsou nápadnější asymetrie v tonických reflexních reakcích jednotlivých částí těla při změně pozice v prostoru z pravé a levé strany a také horní a dolní poloviny těla dítěte (Pfeiffer, 2007).

5.3 Formy DMO

5.3.1 Hemiparetická forma

Jedná se o jednostrannou poruchu hybnosti, nejčastěji spastického typu (Ambler, 2006).

5.3.2 Kongenitální hemiparéza

Centrální hemiparéza při lézi vzniklá před koncem neonatálního období (do 28. dne věku). Tvoří 70 – 90 % ze všech případů hemiparetické formy. K manifestaci onemocnění dochází mezi 4. – 5. měsícem. Diagnostikuje se většinou pozdně. Začátek chůze dětí bývá normální, jen u některých dětí je opožděn vývoj. Postižení dolních končetin se zjistí až při počátku chůze. Objevuje se charakteristické držení: paže jsou v abdukci a vnitřní rotaci, předloktí v semiflexi a pronaci a zápěstí je ve flexi a prsty v extenzi. Nejvýznamnější komplikací kongenitální hemiplegie je epilepsie. V léčbě se uplatňují postupy společné pro různé formy obrn. U kongenitální hemiparézy se věnuje zvláštní pozornost léčbě epilepsie (Kraus a kol., 2005).

5.3.3 Získaná hemiparéza

Akutní se může objevit v různém věku, nejčastěji v prvních třech týdnech. Mezi projevy patří křeče nebo bezvědomí s maximy hemiparézy od počátku obtíží. Může se objevit také centrální paréza lícního nervu. U většiny se také vyvine spasticita. Dochází k levostrannému postižení a afázii (Kraus a kol., 2005).

5.3.4 Spastická diuréza

Věková hranice vzniku je stanovena na období, kdy dítě začíná chodit. Charakteristická je pro děti rozené předčasně (v 7. měsíci těhotenství). U formy diparetické se objevuje lehčí postižení horních i dolních končetin. Výrazněji jsou postiženy dolní končetiny. V období růstu zůstává dolní polovina těla méně vyvinutá. Děti mají akcentovanou hrudní kyfózu. Intelekt je bez výraznějších poruch intelektu. Forma je doprovázena strabismem (Pfeiffer, 2007).

5.3.5 Hyperkinetická (dyskinetická) forma – atetóza

Jedná se o syndrom z perinatálního období. Dítě postižení provází celý život. Děti mají různé druhy nepotlačitelných pohybů, často s dobrou inteligencí a často se u nich vyskytuje porucha sluchu. Na vznik má vliv poporodní žloutenka. Zvláště těžké poškození je způsobeno inkompatibilitou Rh faktoru, tzv. izoimunizací. V dnešní době je tento stav znám a sledován

již v prenatálním období. Může se provádět také exsanguinační terapie. Atetotické pohyby jsou krouživého charakteru a postihují svalstvo krku, obličeje, dýchacího traktu a horních i dolních končetin. V klidu je u dítěte při pasivním protažení svalů přítomen nízký tonus (Pfeiffer, 2007).

5.3.6 Kvadraparetické forma

Je nejtěžší formou DMO. Typická je oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Většinou se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří kolem 5 % případů a postižené děti jsou zcela závislé na pomoci druhých. Projevuje se těžkou mentální retardací. Novorozenecké reflexy jsou výrazně výbavné. Reflexní úchop na dolních končetinách vyhasíná předčasně. Zřetelnější nález je na horních končetinách (Kraus a kol., 2005).

5.3.7 Akinetická mozková obrna (hypotonická forma)

Od narození je dítě chabé, současně je snížena aktivita a zaostává ve vývoji. Po několika měsících se mění hypotonus na hypertonus. Skoro vždy je přítomna mentální retardace (Pfeiffer, 2007).

5.4 Léčebné metody

Základem léčby je speciální rehabilitace. Rodina musí být zapojena do léčby. Úspěch léčby je závislý na včasném zahájení léčby, trpělivosti, systematičnosti a délce jejího provádění. Medikamentózní léčba je zaměřena na rozvoj mozkové činnosti (užívají se především nootropika), dále se mohou symptomaticky podávat myorelaxancia (na spastické formy). U dětí s mentální retardací je léčba obtížnější (Ambler, 2006).

5.4.1 Léčebná metoda dle Bobatha (neurovývojová terapie)

Bobath koncept je terapeutický rehabilitační postup, který je určen pro pacienty s patofyziologií CNS. Jedná se o jeden z nejvíce užívaných postupů. Lze ho užít jak u dětí malých (kojenců), starších dětí a i dospělých pacientů. Nejvíce je však využívám u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Bobath koncept je filozofie, která nahlíží na pacienta jako na celek. Jde o problémově koncipovaný přístup. Ten učí terapeuta nahlížet na problémy pacienta a analyzovat je a účinně je řešit. Autory konceptu jsou manželé Bobathovi a počátky konceptu sahají do 40. let minulého století (Kraus a kol., 2005).

5.4.2 Léčebná metoda dle Vojty (Vojtova reflexní lokomoce)

Přínosem metody je přesné rozlišení svalových funkcí v terapii reflexní lokomoce (reflexní plazení a otáčení), které odpovídají svalové diferenciaci lidského motorického vývoje a směřující proti patologii motoriky. Vojta pozorováním zjistil, že při manipulaci s dítětem předškolního a školního věku s dětskou spastickou diparézou došlo ke změně ve svalových souhrách a spasticitě. Poprvé u dětí postižených diparézou začaly vznikat ve svalech automaticky a pravidelně svalové funkce, které byly doposud z funkce vyřazeny. Pokud jsou tyto svalové souhry jednou vzbuzeny, dojde u pacientů k jejich automatickému, tzn. nevědomému zavedení do spontánní motoriky. Léčebným výsledkem jsou globální změny držení těla. Jedná se o tzv. globální pohybový vzor, který se rozšíří na celé tělo. Označuje se jako globální koordinační komplex (Kraus a kol., 2005).

Vojta ve své technice zachází do začátku novorozeneckého věku. Zpracoval kineziologii tohoto časového období při nastartování hybných vzorů plazení. Technika nevyžaduje nutnost spolupráce od dítěte, naopak klade velké nároky na matku nebo jiného člena rodiny, které se učí jednotlivé pohybové sekvence od fyzioterapeutky a tyto techniky používá doma. Vojta poukazuje na antigravitační funkci svalů pletence ramenního a pánevního a na to, že pomáhají zvedat těžiště. Pozice dítěte je labilnější, čím je výš těžiště. Obracení ze zad na břicho je dalším pohybovým vzorem (Pfeiffer, 2007).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5.5 Výzkumné otázky:

1. Budou využívány nejčastěji techniky somatické stimulace u sledovaných dětí?
2. Jak je vnímána orální stimulace u sledovaných dětí?
3. Jak je vnímána somatická stimulace u sledovaných dětí?
4. Bude převažovat pozitivní hodnocení bazální stimulace u rodičů?
5. Bude převažovat pozitivní hodnocení bazální stimulace u speciálního pedagoga?
6. Provádí rodiče bazální stimulaci i v domácím prostředí?

6 Metodika

Byl prováděn kvalitativní i kvantitativní výzkum u dětí s DMO.

„Výzkum je systematický způsob řešení problémů. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají poznatky nové (Gavora, 2000, s. 11)“.

Výzkum dělíme na kvalitativní a kvantitativní. Výsledky kvalitativního výzkumu se uvádí ve slovní podobě. V kvalitním výzkumu se výzkumník s osobami, které zkoumá, snaží proniknout do situací, ve kterých vystupují. Máme šest etap: stanovení výzkumného problému, informační příprava výzkumu, příprava výzkumných metod, sběr a zpracování údajů, interpretace údajů, psaní výzkumné zprávy (Gavora, 2000).

„Pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit, vyzkoumat (Bártová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 80)“.

Pozorování patří k základním tradičním technikám sběru informací. Nejčastěji se využívá k studiu sociálních interakcí. Veškerá zjištění jsou zachycena dle předem stanoveného systému. Průběh pozorování probíhá v 5 fázích – určení výzkumného tématu, určení druhu pozorování, vypracování plánu pozorování, vlastní pozorování a způsob prezentace ve formě závěrečné prezentace. Jsou dva druhy pozorování: pozorování nezúčastněné a zúčastněné. Ve výzkumu bylo použito zúčastněné pozorování. Zúčastněné pozorování znamená, že zkoumající se stává na určitou dobu součástí prostředí, které pozoruje (Bártová, Sadílek, Tóthová, 2008).

K výzkumu byli vybráni tři respondenti, u kterých se bazální stimulace provádí od srpna roku 2010, tedy letos již 3. rokem. Tito respondenti byli vybráni proto, že trpí stejným onemocněním a chodili spolu do stejné speciální třídy, ve které se bazální stimulace provádí. Informace ke svému výzkumu jsem získala během pobytu v zařízení v době mé odborné praxe pozorováním, rozhovorem s rodiči a se speciálním pedagogem. Výzkum byl prováděn od 5. do 23. listopadu roku 2012. Rodičům dětí byly položeny podobné otázky, které jsou uvedeny v PŘÍLOZE J. Prvky, které jsem u respondentů aplikovala, jsem následně zaznamenávala do předem připravené tabulky. Rodiče respondentů dali písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji o svých dětech včetně fotodokumentace a následné publikaci v mé práci.

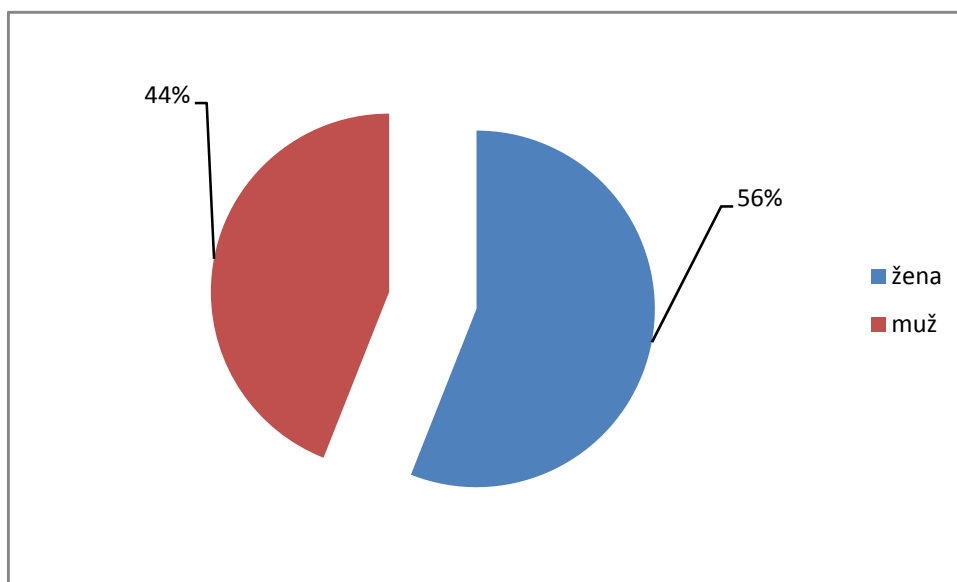
6.1 Problémy ve výzkumném šetření

V této práci byly zjištěny dva problémy výzkumného šetření. Prvním problémem byl malý vzorek respondentů. Druhým problémem byl nedostatek času na realizaci bazální stimulace u třetího respondenta. Nedostatek času byl z důvodu, že respondent trávil ve škole nejmenší množství času ze všech uvedených respondentů.

7 Vlastní výzkum

7.1 Charakteristika místa výzkumu

Výzkum jsem prováděla ve speciálně pedagogickém centru. Ve sledovaném zařízení jsou 2 rehabilitační třídy. Třída označená písmenem F a třída H. Výzkum byl prováděn v obou třídách. Ve třídě F je v současné době 5 dětí, z toho 4 dívky a jeden chlapec. Ve třídě H jsou 3 chlapci a jedna dívka (Obrázek 1). Všechny děti trpí diagnózou DMO. Ve třídách se vyskytují děti, jejichž průměrný věk je 16 let.

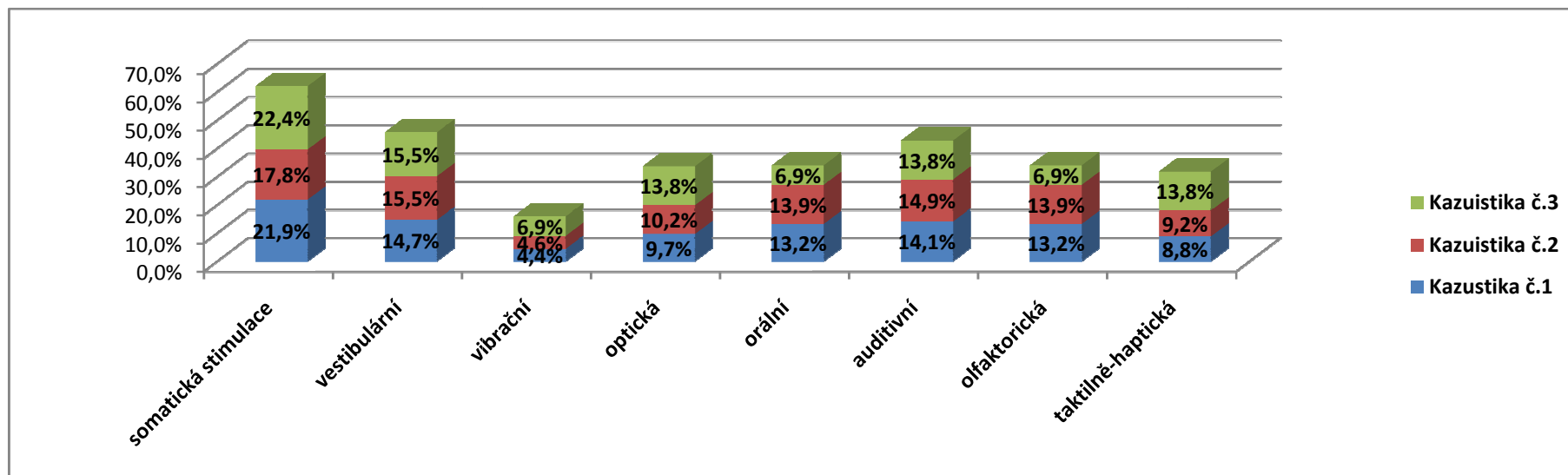


Obrázek 1 Rozložení pohlaví v rehabilitačních třídách v %

Obrázek 1 popisuje rozložení pohlaví v rehabilitačních třídách. 56 % tvoří ženy a 44 % muži.

7.2 Prezentace výsledků

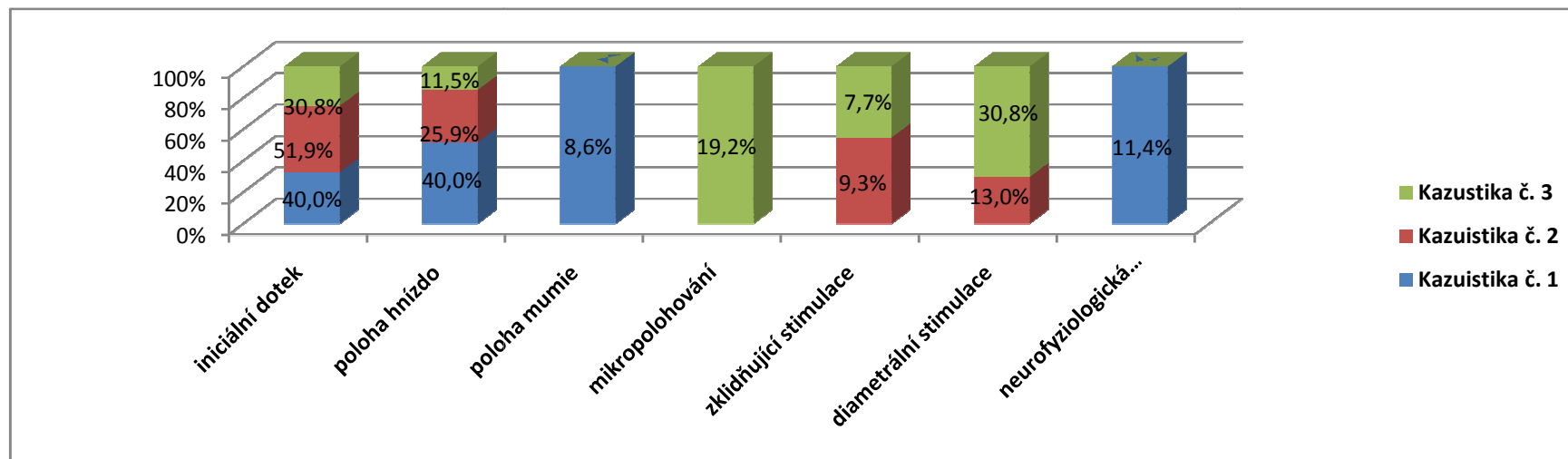
7.2.1 Četnost využívání jednotlivých prvků bazální stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování



Obrázek 2 Graf četnosti využívání jednotlivých prvků bazální stimulace v %

Z Obrázku 2 vyplývá, že ve všech třech kazuistikách byly nejčastěji využívány prvky stimulace somatické. V kazuistice č. 1 byla somatická stimulace využita 70 krát (21,9 %), v kazuistice č. 2 celkem 54 krát (17,8 %) a v kazuistice č. 3 byla využita 26 krát (22,4 %). Druhou nejvyužívanější stimulací byla stimulace vestibulární. V kazuistice č. 2 tvoří tato stimulace 15,5 % a tato hodnota je shodná s kazuistikou č. 3, v kazuistice č. 1 byla pak použita v 14,7 %. Nejméně pak byly využívány prvky stimulace vibrační. V kazuistice č.1 byly využity v 4,4 %. V kazuistice č. 2 tvoří vibrační stimulace 4,6 % a v poslední kazuistice č. 3 tvoří 6,9 %.

7.2.2 Četnost využívání somatické stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování



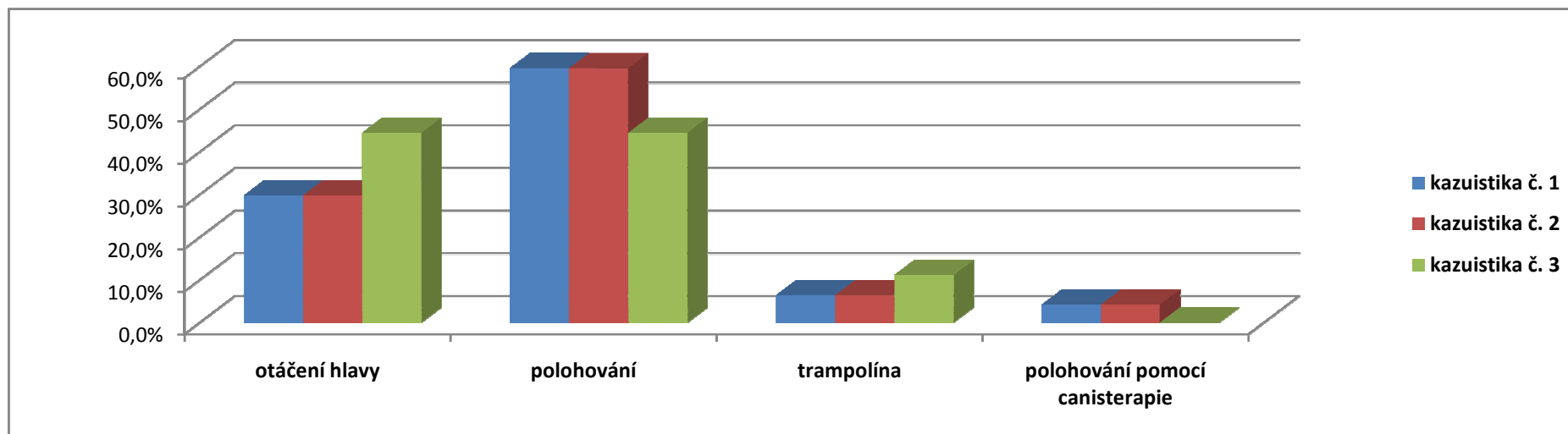
Obrázek 3 Graf četnosti využívání prvků somatické stimulace v %

Obrázek 3 prezentuje četnost využívání prvků stimulace somatické. Ze stimulace somatické bylo využito 7 prvků. Nejčastějším prvkem somatické stimulace, který byl využit, je iniciální dotek. V kazustice č. 1 byl využit celkem 28- krát (40 %) a v kazustice č. 2 byl použit také 28 krát (51,1 %) a v kazustice č. 3 byl tento prvek využit 8 krát (30,8 %).

Druhým nejčastěji využitým prvkem bylo polohování do polohy hnízdo. V kazuistice č. 1 se do této polohy polohovalo 28 krát (40 %), a to 2-krát denně, v kazuistice č. 2 se polohovalo celkem 14 krát (25,9 %) a v poslední kazustice č. 3 se do této polohy polohovalo 3 krát (11,5 %).

Z prvků somatické stimulace bylo mikropolohování využito nejméně. Mikropolohování se používalo pouze v kazuistice č. 3, kde bylo využito celkem 5 krát (19,2 %)

7.2.3 Četnost využívání prvků vestibulární stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního sledování



Obrázek 4 Graf četnosti využívání prvků vestibulární stimulace v %

Obrázek 4 popisuje četnost využívání prvků stimulace vestibulární, celkem byly využity 4 prvky z této stimulace. Z Obrázku 6 je patrné, že z prvků vestibulární stimulace bylo nejvíce využíváno polohování. V kazuistice č. 1 bylo využito celkem 14 krát (59,6 %) a tato hodnota je shodná s hodnotou v kazuistice č. 2. V kazuistice č. 3 bylo využito polohování 8 krát (44,4 %). Druhým nejčastěji využívaným prvkem stimulace vestibulární bylo otáčení hlavy. U kazuistiky č. 1 a kazuistiky č. 2 bylo použito celkem 28 krát (29,8 %) a u kazuistiky č. 3 pak 8 krát (44,4 %).

Nejméně bylo využíváno techniky polohování pomocí cannisterapie. Ta to technika byla využívána pouze u kazuistiky č. 1 a u kazuistiky č. 2, zde byla aplikována celkem 2 krát a tvoří shodně 4,3 %.

7.2.4 Četnost využívání prvků vibrační stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování

Tabulka 1 Četnost využívání prvků vibrační stimulace

VIBRAČNÍ stimulace	Kazuistika č. 1		Kazuistika č. 2		Kazuistika č. 3	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
příkládáním hraček	14	100	14	100	8	100
celkem	14	100	14	100	8	100

Tabulka 1 prezentuje četnost využívání vibrační stimulace, z této stimulace je využívána pouze technika příkládání hraček na klouby. V kazuistice č. 1 a v kazuistice č. 2 byla využita celkem shodně 14 krát. V kazuistice č. 3 byla použita tato technika 8 krát.

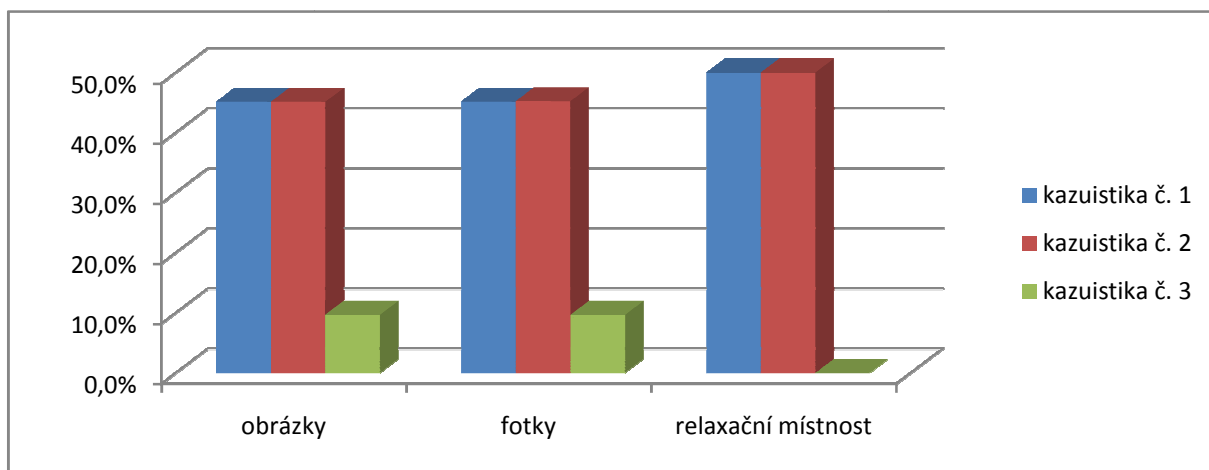
7.2.5 Četnost využívání prvků orální a olfaktorické stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování

Tabulka 2 Četnost využívání prvků orální a olfaktorické stimulace

ORÁLNÍ a OLFAKTORICKÁ stimulace	Kazuistika č. 1		Kazuistika č. 2		Kazuistika č. 3	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
pomocí jogurtu / tvarohu	56	66,7	28	33,3	16	100
pomocí nutely	14	16,7	0	0	0	0
pomocí džemu	14	16,7	0	0	0	0
pomocí ovoce	0	0	28	33,3	0	0
pomocí oběda	0	0	28	33,3	0	0
celkem	84	100	84	100	16	100

Tabulka 2 popisuje četnost využívání prvků orální a olfaktorické stimulace. Orální a olfaktorická stimulace byla používána zároveň. Nejčastěji byla využívána stimulace za pomoci jogurtu nebo tvarohu. Tato stimulace byla využita v kazuistice č. 1 celkem 56 krát (66,7 %), v kazuistice č. 2 celkem 28 krát (33,3 %) a v kazuistice č. 3 - 16 krát (100 %). V kazuistice č. 1 byla navíc prováděna stimulace pomocí nutely, ta byla provedena 14 krát, tvoří 16,7 % a stimulace pomocí džemu, ta byla využita 14 krát a tvoří 16,7 %. V kazuistice č. 2 byla využita metoda stimulace pomocí ovoce, tato metoda byla využita 28 krát (33,3 %) a stimulace pomocí oběda, jejíž hodnoty jsou shodné s hodnotami stimulace pomocí ovoce.

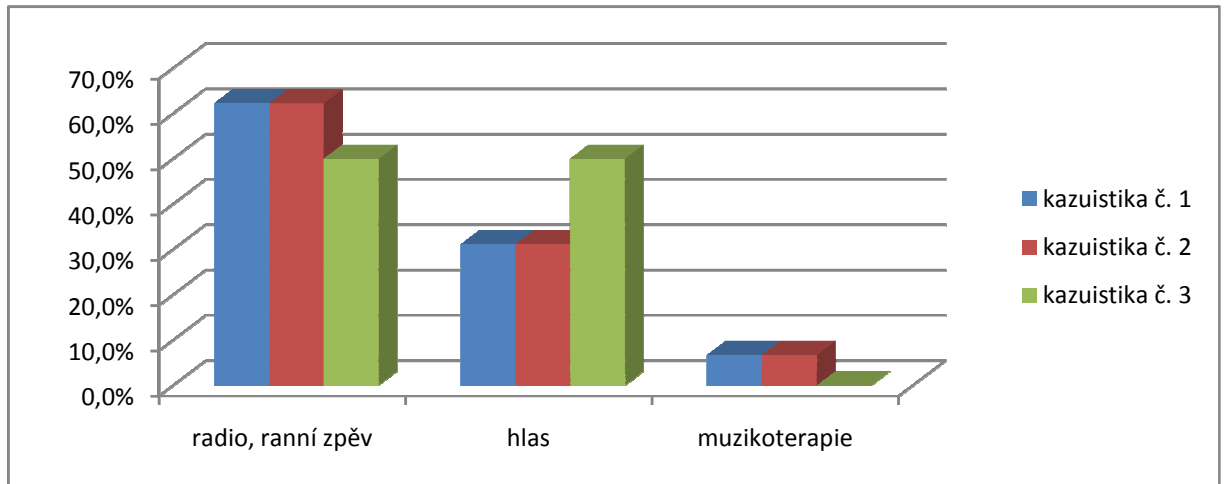
7.2.6 Četnost využívání prvků optické stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování



Obrázek 5 Graf četnosti využívání prvků optické stimulace v %

Obrázek 5 prezentuje četnost využívání prvků optické stimulace u sledovaných dětí. Celkem byly využity 3 prvky z této stimulace. Shodně byly využívány techniky stimulace pomocí obrázků a fotografií. V kazuistice č. 1 a v kazuistice č. 2 byly využity stimulace v 45,2 % a v kazuistice č. 3 v 9,7 %.

7.2.7 Četnost využívání prvků auditivní stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování



Obrázek 6 Graf četnosti využívání prvků auditivní stimulace v %

Na Obrázku 6 je graficky znázorněna četnost využití prvků stimulace auditivní. Nejčastěji byla využita technika pouštění rádia a ranní zpěv. V kazuistice č. 1 a kazuistice č. 2 byla použita 28 krát (62,2 %), v kazuistice č. 3 pak byla využita 8 krát (50 %).

Nejméně často pak byla využívána stimulace pomocí muzikoterapie. V kazuistice č. 1 a v kazuistice č. 2 byla shodně aplikována 3 krát, tvoří tedy 6,7 % a v kazuistice č. 3 nebyla tato technika aplikována.

7.2.8 Četnost využívání prvků taktilně – haptická stimulace u sledovaných dětí v průběhu celého 3 - týdenního pozorování

Tabulka 3 Četnost využívání prvků taktilně - haptické stimulace

TAKTILNĚ - HAPTICKÁ stimulace	Kazuistika č. 1		Kazuistika č. 2		Kazuistika č. 3	
	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %	absolutní četnost	relativní četnost v %
oblíbený předmět	14	50	14	50	8	50
osobní prádlo	14	50	14	50	8	50
celkem	28	100	28	100	16	100

Tabulka 3 popisuje četnost využívání prvků taktilně - haptické stimulace. Z této stimulace byly využity dvě metody – stimulace pomocí oblíbeného předmětu a osobního prádla.

U kazuistiky č. 1 a u kazuistiky č. 2 stimulace oblíbeným předmětem proběhla 14 krát (50 %) a stimulace pomocí osobního prádla také 14 krát (50 %), u kazuistiky č. 3 byla použita stimulace oblíbeným předmětem 8 krát (50 %) a stimulace pomocí osobního prádla také 8 krát (50 %).

8 Kazuistika č. 1

Daniela M. se narodila v listopadu roku 1997 jako zdravé novorozeně. Průběh těhotenství byl fyziologický. Porod probíhal bez komplikací. Daniela byla zdravá do svých tří měsíců. Ve třech měsících došlo k závažné reakci po podání hexavakcíny. Daniela dostala teploty, křeče a herpetickou encefalitidu. Diagnóza DMO byla stanovena až po čtvrt roce od vzniku komplikací.

Daniela žije s rodiči, starší sestrou a asistenčním psem v rodinném domě v Dolní Rovni. Matka Renata (38 let) se živí jako pojišťovací agentka, otec Jiří (42 let) pracuje jako zámečnick. Oba rodiče jsou zdraví. Sestra Sabina (17 let) je také zdravá.

Anamnéza:

Osobní anamnéza: Daniela trpí epilepsií, prodělala běžná dětská onemocnění

Rodinná anamnéza: otec, matka i sestra jsou zdraví, v rodině se u jiného člena neobjevila DMO ani jiné postižení nebo VVV

Farmakologická anamnéza: užívá antiepileptika, hepaprotektivum a anxiolytikum

Alergická anamnéza: neudává

Sociální anamnéza: Daniela žije v rodinném domě s rodiči, starší sestrou a asistenčním černým labradorem Sally

Pracovní anamnéza: student

Autobiografická anamnéza

Somatická stimulace

- iniciálním dotekem je levá ruka
- Danča je levák
- oblíbená teplota vody: teplá
- rituály při mytí: povídat si
- důležitost péče o tělo: ano
- místo, na kterém nemá ráda dotek: záda, hlava
- oblíbená poloha při spánku: záda
- počet hodin spánku denně: 10-15 hodin

Vestibulární

- Danča je zvyklá na pravidelnou aktivitu – cvičení

- kompenzační pomůcky: korzet + vozík

Orální stimulace

- oblíbený nápoj: čaj
- upřednostňované chutě: sladké
- oblíbená teplota jídla: vlažná
- konzistence jídla: pevná strava - měkké
- neoblíbená jídla: nejsou
- vlastní přinesená jídla: jogurty
- potíže při polykání: ano - dávení

Optická stimulace

- postižení zraku vpravo + vlevo
- kompenzační pomůcky: ano, brýle

Auditivní stimulace

- postižení sluchu vpravo
- oblíbená hudba: má ráda vše
- zvyky, na které je zvyklá: vše

Taktilně – haptická stimulace

- je Danča zvyklá na tělesný kontakt: ANO
- přinesené oblíbené předměty: lahev na pití

Hlavní diagnóza

DMO + pravostranná hemiparéza

Vedlejší diagnóza

Epilepsie

Medikace

Diazepam 5mg ½-0-1 - anxiolytikum

Lamictal 50mg ½-0-1 - antiepileptikum

Topamax 25mg 1-0-1 - antiepileptikum

Topamax 100mg 1-0-1 – antiepileptikum

Orfiril 300mg 1-0-1 - antiepileptikum

Flavobion ½-0-0 – hepatoprotektivum

Základní screeningové vyšetření:

Celkový vzhled – upravena

Výška – 140 cm

Váha – 40 kg

BMI – 20,4

Stav vědomí, orientace – při vědomí, orientace nelze posoudit z důvodu základního onemocnění

Puls – 65', pravidelný

Dech – 17', eupnoe, klidný

Stisk ruky – pravostranně neprovede z důvodu pravostranné hemiparézy, levostranně neprovede z důvodu nepochopení pokynů

Zornice – izokorické

Nos – suchý, bez výtoku

Dutina ústní, stav chrupu – sliznice vlhké, chrup sanován

Zrak – zhoršený (obě oči), korekce pomocí brýlí

Sluch – zhoršený (pravé ucho)

Stav kůže – kůže vlhká, bez defektů

Barthelův test základních všedních činností ADL

- najezení, napití – neprovede, 0 bodů
- oblékání – neprovede, 0 bodů
- koupání – neprovede, 0 bodů
- osobní hygiena – neprovede, 0 bodů
- kontinence moči – trvale inkontinentní, 0 bodů
- kontinence stolice – inkontinentní, 0 bodů
- použití WC – neprovede, 0 bodů
- přesun lůžko – židle – neprovede, 0 bodů
- chůze po rovině – neprovede, 0 bodů
- chůze po schodech – neprovede, 0 bodů

Vyhodnocení: 0 bodů – vysoce závislý

8.1 Harmonogram dne ve sledovaném zařízení

- v **7.45** Danča přijíždí do školy
- v **8.15** probíhá ranní přivítání ve formě zpěvu písniček a hraní na hudební nástroje, které se dávají do rukou dětí – zde probíhá auditivní stimulace
- v čase **od 8.30 do 8.45** probíhá orální stimulace pomocí oblíbeného jogurtu z domu
- v časovém období **od 9.30 do 10.45** probíhá fyzioterapie
- **od 10h do 12 h** probíhala hlavní část bazální stimulace
- každý den jsem polohovala do polohy hnízdo, každý druhý den jsem prováděla neurofyziologickou stimulaci a každý den jsem prováděla vibrační stimulaci pomocí hraček
- v **11.30** byla prováděna orální stimulace pomocí nutely
- v **12.30** probíhala orální stimulace druhým jogurtem z domu
- po obědě kolem **13.00** jsem Danču napoložovala do polohy hnízdo a byla prováděna auditivní stimulace pomocí poobědové pohádky

Specifika:

- **Každý lichý týden od 12.30 do 13.00** probíhá Canisterapie - děti jsou polohovány pomocí canisterapeutického psa Forresta.
- **Každou středu v čase od 10 h do 11.40** probíhá muzikoterapie, terapie probíhá v zatemněné místnosti v 1. podlaží. Danča i ostatní děti jsou položeny do sedacího vaku a následuje hraní na různé nástroje a pouštění CD s hudbou.
- **Každý pátek od 7.50** probíhá vestibulární stimulace pomocí trampolíny v tělocvičně.
- **Každý pátek v čase od 10 hodin do 10.40 h** se činnost přesouvá do relaxační místnosti, kde probíhá několik stimulací zároveň. Místnost je vybavena vodním lůžkem (vestibulární stimulace), nachází se zde mnoho zrakových podnětů (optická stimulace) a pouští se relaxační hudba (auditivní stimulace).

8.2 Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu

Ráno se začíná auditivní stimulací. Během této stimulace Danča většinou usíná. Dále jsem prováděla orální stimulaci pomocí jogurtu, a to dvakrát denně. Protože Danča miluje nutelu, prováděla jsem stimulaci i pomocí nutely před obědem. Na tuto stimulaci reagovala Danča velmi pozitivně. Využila jsem vždy celé balení nutely.

Po fyzioterapii jsem aplikovala další prvky bazální stimulace. Před zahájením bazální stimulace jsem provedla iniciální dotek levé ruky. Nejprve jsem provedla neurofyziologickou masáž, kterou jsem prováděla každý druhý den k aktivizaci pravé strany těla, protože Danča má pravostrannou hemiparézu. Tuto stimulaci jsem prováděla po fyzioterapii. Po této stimulaci Danča na několik minut „ožila“.

Každý den jsem prováděla vibrační masáž pomocí přikládání hraček na klouby.

Nakonec jsem Danču napolohovala do polohy hnízdo. V této poloze Danča většinou po několika minutách usnula. Do polohy hnízdo jsem polohovala denně, po fyzioterapii a po obědě. Vestibulární stimulaci jsem prováděla denně, a to především polohováním.

Po obědě je Danča uložena na matraci a napolohována do polohy hnízdo a provádí se auditivní stimulace pomocí poobědové pohádky. V této době Danča opět usíná.

Na úterní canisterapii Danča reagovala pozitivně a úsměvem. Danča má psy ráda, jednoho asistenčního má i doma, labradorku Sally.

Středeční muzikoterapie na Danču působila také velmi kladně. Danča hudbu miluje. Během této terapie Danča spokojeně odpočívá nebo si „pobrukuje“.

Vestibulární stimulace pomocí skoků na trampolíně Danča snášela dobře. Po stimulaci došlo k aktivizaci.

Na páteční pobyt v relaxační místnosti Danča reagovala zklidněním a často zde usínala.

Fotogalerie ke kazuistice č. 1 je uvedena v PŘÍLOZE A.

8.3 Posouzení z dítěte z pohledu matky

Renata M.

„Danuška se narodila zdráva. Teprve až po očkování hexavakcínou ve třech měsících věku se situace náhle změnila. Po očkování Danča dostala teploty, křeče, a pak už se to rozjelo. Správná diagnóza byla Daňulce stanovena až po ¾ roce. Prokázala se herpetická encefalitida. Po stanovení diagnózy následovala intenzivní rehabilitace a nasazení medikace-antiepileptik, protože se u Danči objevila navíc i epilepsie. Danča bydlí s rodiči, sestrou a babičkou v rodinném domě v Dolní Rovni.

Do školy Danča dochází téměř každý den okolo 7.45 h ráno a odjíždí z ní kolem půl 3 odpoledne svozovým autobusem. Do třídy paní Hovorkové dochází již 6. rokem. Ve třídě má Danča spoustu kamarádů, včetně osobní asistentky a paní učitelky. Ve škole Danča chodí pravidelně cvičit a je u ní prováděna bazální stimulace. Také se účastní nejrůznějších událostí, včetně školního představení. Nejradši má Danča muzikoterapii, protože hudbu ona miluje.

Z prvků bazální stimulace používáme doma jen ty základní. Orální a olfaktorická pomocí domácích potravin, ze somatické stimulace pak polohování záda-bok, taktilně-haptickou pomocí vlastního prádla a osobních věcí.“

8.4 Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga

Třídní učitelka Mgr. Andrea Hovorková

„Danča dochází do mé třídy letos už 6. rokem. Danuška navštěvuje školu téměř každý den a ráda. Ve škole Danča cvičí na fyzioterapii, provádíme rozumovou výchovu, která odpovídá předškolní přípravě dětí a smyslovou výchovu. U Danči je také prováděna bazální stimulace.

Bazální stimulace je u Danušky, stejně jako u všech dětí, prováděna od srpna roku 2010. Bazální stimulace je prováděna denně. Vždy před zahájením stimulace provádíme iniciální dotek, u Danči je to levá ruka. U Danušky provádíme zklidňující a neurofyziologickou masáž, vibrační stimulaci pomocí hraček, mikropolohování na bok, vestibulární stimulaci pomocí trampolíny (vždy v pátek), polohování do polohy hnízdo nebo mumie, auditivní stimulaci pomocí ranního zpěvu nebo poobědové pohádky a každou středu prostřednictvím muzikoterapie, kterou Danuška miluje. Olfaktorickou stimulaci pomocí potravin a orální pomocí ranního jogurtu, nutely či džemu.

Do polohy hnízda Danču polohujeme po fyzioterapii, aby si odpočinula. V této poloze se Danuška cítí dobře a často v této poloze usíná. Neurofyziologickou masáž provádíme k aktivizaci především pravé strany těla, jelikož Danuška má pravostrannou hemiparézu. Na tuto masáž reaguje pozitivně, po provedení Danča „ožije“ a vydrží dlouho aktivní. Jelikož Danča miluje sladké, především nutelu a džem nebo med, provádí se u ní orální stimulace pomocí těchto produktů a pomocí oblíbeného jogurtu při svačině. Polohu mumie nebo zklidňující masáž provádíme, když je Danča rozladěná a je třeba jí zklidnit. Po zklidňující masáži Danča často usíná. Z vibrační masáže provádíme vibrace pomocí natahovacích hraček, na které reaguje také velmi pozitivně. Jednou dokonce při této stimulaci došlo k tomu, že se Danča sama přetočila na pravý bok, kde jsem prováděla stimulaci pomocí hraček.“

9 Kazuistika č. 2

Vlastimil Š. se narodil v červnu roku 1995, zdravý. Matčino těhotenství bylo rizikové, ve 4. měsíci těhotenství matce byla provedena cerkláž hrdla děložního. Porod proběhl v 7. měsíci těhotenství. Během těhotenství nebyla zjištěna žádná VVV ani podezření na DMO. Diagnóza byla stanovena ve 4. měsíci po porodu. Následovala intenzivní rehabilitace Vojtovou metodou.

Vlastimil žije s matkou, otcem, starším bratrem a jeho přítelkyní v rodinném domě v Horním Jelení. Matka Jitka (45 let) se živí jako pečovatelka o osobu blízkou a otec Vlastimil (57 let) pracuje jako skladník. Oba rodiče i bratr jsou zdraví.

Anamnéza

Osobní anamnéza: psychiatrické onemocnění (úzkost, deprese), prodělal základní dětské onemocnění – neštovice

Rodinná anamnéza: není výskyt DMO v rodině ani jiných VVV

Farmakologické anamnéza: užívá antidepressiva

Alergická anamnéza: neudává

Sociální anamnéza: žije v rodinném domě s rodiči, starším bratrem a jeho přítelkyní, má v domě vlastní pokoj

Pracovní anamnéza: student

Autobiografická anamnéza

Somatická stimulace

- iniciálním dotekem je levé rameno
- Vlasta je pravák
- oblíbená teplota vody: teplá
- rituály při mytí: nejsou
- důležitost péče o tělo: ano
- místo, na kterém nemá rád dotek: záda, hlava
- oblíbená poloha při spánku: záda
- počet hodin spánku denně: 9 hodin

Vestibulární

- Vlasta je zvyklý na pravidelnou aktivitu – fyzioterapie
- kompenzační pomůcky: vozík

Orální stimulace

- oblíbený nápoj: čaj
- upřednostňované chutě: sladké
- oblíbená teplota jídla: vlažná
- konzistence jídel: pevná strava
- neoblíbená jídla: nejsou
- vlastní přinesená jídla: jogurty, perník, ovoce
- potíže při polykání: ne

Optická stimulace

- postižení zraku vpravo + vlevo
- kompenzační pomůcky: ne

Auditivní stimulace

- postižení sluchu: ne
- oblíbená hudba: pohádky
- zvyky, na které je zvyklá: ne

Taktilně – haptická stimulace

- je Vlasta zvyklá na tělesný kontakt: ANO
- přinesené oblíbené předměty: lahev na pití, polštář

Hlavní diagnóza

DMO

Vedlejší diagnózy

Úzkost, deprese

Medikace

Sertralin 50 mg 1/2 -0-/2 – antidepressivum

Triticco 0-0-1 – antidepressivum

Základní screeningové vyšetření

Celkový vzhled – upraven

Výška – 155 cm

Váha – 37kg

BMI – 15,4

Stav vědomí, orientace – při vědomí, orientace nelze posoudit z důvodu základního onemocnění

Puls – 70´, pravidelný

Dech – 15´, eupnoe

Stisk ruky – neprovede z důvodu nepochopení pokynu

Zornice – izokorické

Nos – suchý, bez výtoků

Dutina ústní, stav chrupu – sliznice vlhké, chrup sanován

Zrak – zhoršen (obě oči)

Sluch – nepoškozen

Stav kůže – kůže vlhká, bez defektů

Barthelův test základních všedních činností ADL

- najezení, napití – neprovede, 0 bodů
- oblékání – neprovede, 0 bodů
- koupání – neprovede, 0 bodů
- osobní hygiena – neprovede, 0 bodů
- kontinence moči – trvale inkontinentní, 0 bodů
- kontinence stolice – inkontinentní, 0 bodů
- použití WC- neprovede, 0 bodů
- přesun lůžko – židle – neprovede, 0 bodů
- chůze po rovině – neprovede, 0 bodů
- chůze po schodech – neprovede, 0 bodů

Vyhodnocení: 0 bodů – vysoce závislý

9.1 Harmonogram dne ve sledovaném zařízení

- v časovém období **mezi 7.40 a 7.50** přijíždí Vlasta do školy
- v **8.15** probíhá ranní přivítání ve formě zpěvu písniček a hraní na hudební nástroje, které se dávají do rukou dětí – auditivní stimulace
- v **8.30** probíhá orální stimulace a olfaktorická pomocí svačiny z domu (rohlík se sýrem, ovoce, perník)
- v časovém období **od 9 hodin do 10.45** probíhá fyzioterapie
- **od 10h do 12 probíhala** hlavní část bazální stimulace
- v **11.45** probíhá orální stimulace pomocí oběda
- po obědě, asi v 12.30 uložíme Vlastu na matraci a přikryjeme dekou a pouští se poobědová pohádka jako auditivní stimulace

Specifika:

- Zůstávají stejná jako v kazuistice č. 1.

9.2 Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu

Ráno je zahájeno auditivní stimulací, na kterou Vlasta reaguje aktivizací.

Následovala orální stimulace, kterou jsem prováděla pomocí svačiny z domu. Na tuto stimulaci reagoval Vlasta pozitivně, vždy snědl celou svačinu.

U Vlasty se všechny prvky bazální stimulace odvíjely od jeho aktuální nálady.

Hlavní část mé práce probíhala vždy po fyzioterapii. Před zahájením stimulace jsem provedla iniciální dotek levého ramena.

Když byl Vlasta neklidný, prováděla jsem po fyzioterapii zklidňující masáž a následně uložení do polohy hnízda. Do polohy hnízda jsem polohovala Vlastu denně. Tuto polohu má rád. V této poloze se zklidní a odpočívá v ní. Vydrží v této poloze vždy ale pouze 15 minut. Po uplynutí této doby se pro něj stává podnětem k aktivizaci. Vlasta se z polohy hnízda snaží dostat. Po několika minutách se mu to vždy podaří.

Každý den jsem také prováděla vibrační stimulaci pomocí vibračních hraček, které jsem přikládala na klouby.

Jednou za dva dny jsem u Vlasty prováděla diametrální stimulaci prstů, a to nejprve horních a poté i dolních končetin, které má Vlasta spastické. Po stimulaci došlo ke krátkodobému zlepšení (uvolnění) spasmů.

Vestibulární stimulaci jsem prováděla denně, polohováním. V pátek pomocí skoků na trampolíně. Stimulace pomocí trampolíny Vlasta vnímal velmi pozitivně, téměř vždy ho to vedlo k aktivizaci.

Středeční Muzikoterapie se Vlastovi líbila a obvykle na ní zareagoval aktivizací.

Polohování pomocí canisterapeutického psa vnímal Vlasta pozitivně a vždy mu na tváři vykouzlila úsměv.

Na pobyt v relaxační místnosti reagoval zklidněním.

Fotogalerie ke kazuistice č. 2 je uvedena v PŘÍLOZE D.

9.3 Posouzení dítěte z pohledu matky

Jitka Š.

„Vlasta se narodil předčasně, v 7. měsíci těhotenství. Z porodnice nás pustili jako zdravé dítě, žádné doporučení rehabilitace ani odborný lékař. Po propuštění z porodnice byl stále neklidný, začal hůře přijímat potravu a stácel se k jedné straně. Když ve třech měsících začal jít s váhou dolů, teprve tehdy dětská lékařka usoudila, že něco není v pořádku a poslala nás k neurologovi.

Ve 3,5 měsících jsme se dozvěděli diagnózu těžká DMO. Pokud by se s ním nic nedělalo, tak by asi už nežil. Následovala intenzivní rehabilitace Vojtovou metodou. Ve školním věku se objevily poruchy nálady. Vlasta byl podrážděný a apatický. Z tohoto důvodu nám lékař předepsal antidepressiva, která tento stav upravují.

Školu Svítání Vlastík navštěvuje od svých 8let. Velice mu prospívá změna prostředí, kontakt s jinými lidmi. Jsem ráda, že ve škole má odbornou rehabilitaci, sama bych to doma už nezvládla, když byl malý, tak jsem s ním cvičila 5xdenně a pravidelně dojížděla na rehabilitaci, ze začátku třeba i 3x týdně do Pardubic, to mu zachránilo život a díky tomu teď na tom není ještě hůře. Ve škole má rád všechny aktivity podle nálady a aktuálního zdravotního stavu (bolest kyčle, nachlazení). Jediná nevýhoda je, že bydlíme přes 30 km

od Pardubic a tak Vlastík tráví ve školním autobuse více jak 2 hodiny denně, ale s tím se nedá nic dělat. Dopravu vlastním autem bychom finančně ani časově nezvládli.

Doma se nejvíce uklidní ve své posteli (polohovací s postranicemi). Má svůj pokoj s výhledem do zahrady.“

Z prvků bazální stimulace jsou využívány pouze ty, co souvisí s běžnou denní činností.

9.4 Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga

Třídní učitelka Mgr. Andrea Hovorková

„Vlastu jsem učila 5 let. Dochází do školy téměř každý den. O tom, zda se mu ve škole líbí, rozhoduje jeho nálada po vyspání. Většinou se mu však ve škole líbí. I Vlasta dochází ve škole na řadu aktivit. Chodí cvičit na fyzioterapii, je u něj prováděna rozumová výchova i výchova smyslová. I u Vlasty se provádí každodenní bazální stimulace.

Vždy začínáme iniciálním dotekem – u Vlasty se jedná o rameno. Protože je Vlasta spastik, provádíme u něj diametrální stimulaci k zlepšení spasticity prstů nohy i ruky. Na tuto stimulaci většinou reaguje pozitivně emočně i fyzicky – dojde ke krátkodobému uvolnění spasmů. Dále Vlastu polohujeme do polohy hnízda. Tuto polohu má Vlastík rád, cítí se v ní relaxován a je pro ně zároveň i zábavou i cvičením. Po uložení do polohy hnízdo se z ní Vlasta snaží dostat a udělá všechno proto, aby se tak stalo. Zároveň ho tedy poloha i aktivizuje. Zkoušeli jsme Vlastu napolohovat i do mumie, tuto polohu ale Vlasta dobře nesnášel, proto se už u něj neprovádí. Orální stimulaci provádíme pomocí jogurtů a svačín z domu. Olfaktorickou pak pomocí vůně svačín. Vestibulární stimulaci provádíme každý pátek pomocí trampolíny, jiné dny pak polohováním a otáčením hlavy. Vlasta trpí poruchami nálad, které jsou korigovány pomocí farmak a pomocí bazální stimulace – u Vlasty v tomto případě provádíme zklidňující masáž a následné uložení do polohy hnízda. Na toto Vlastík vždy reaguje zklidněním. Auditivní stimulace je prováděna pomocí ranních písniček, hudebních nástrojů a poobědové pohádky. Vibrační stimulaci provádíme pomocí přikládání hraček na klouby. Taktilně - haptickou stimulaci provádíme pomocí známých předmětů, které jsou k dispozici z domu.“

10 Kazuistika č. 3

Nikola V. se narodila v dubnu v roce 1996, zdráva. Průběh těhotenství byl fyziologický a porod proběhl v termínu. V průběhu těhotenství nebyla zjištěna žádná VVV ani podezření na DMO. Diagnóza DMO byla stanovena 4. měsíc po porodu. Následovala rehabilitace dle Vojty a nasazena byla antiepileptika, protože se objevila epilepsie.

Nikola žije v rodinném domě s rodiči a sestrou Adélou v Opatovicích nad Labem. Matka Gabriela (35 let) pracuje jako recepční a otec Petr (38 let) se živí jako poříčny. Oba rodiče i sestra jsou zdraví.

Anamnéza

Osobní anamnéza: Nikola trpí epilepsií, prodělala běžná dětská onemocnění

Rodinná anamnéza: není výskyt DMO v rodině ani jiných VVV

Farmakologické anamnéza: užívá antiepileptika

Alergická anamnéza: neudává

Sociální anamnéza: žije v rodinném domě s rodiči a mladší sestrou

Pracovní anamnéza: student

Autobiografická anamnéza

Somatická stimulace

- Iniciálním dotekem je pravá ruka
- Nikča je pravák
- oblíbená teplota vody: teplá
- rituály při mytí: cákání ve vodě
- důležitost péče o tělo: ne
- místo, na kterém nemá ráda dotek: záda, hlava
- oblíbená poloha při spánku: pravý bok
- počet hodin spánku denně: 6 hodin

Vestibulární

- Nikča je zvyklá na pravidelnou aktivitu – cvičení
- kompenzační pomůcky: vozík, polohovací pomůcky

Orální stimulace

- oblíbený nápoj: teplý čaj
- upřednostňované chutě: sladké

- oblíbená teplota jídla: teplá
- oblíbený pokrm: svíčková
- neoblíbená jídla: rýže
- vlastní přinesená jídla: jogurty
- potíže při polykání: ano

Optická stimulace

- postižení zraku vpravo - strabismus
- kompenzační pomůcky: ne

Auditivní stimulace

- postižení sluchu: ne
- oblíbená hudba: dětské písničky
- zvyky, na které je zvyklá: vše

Taktilně – haptická stimulace

- je Nikča zvyklá na tělesný kontakt: ANO
- přinesené oblíbené předměty: hrnek na pití, zvuková hračka, polštář, knížka

Hlavní diagnóza

DMO

Vedlejší diagnóza

Epilepsie

Medikace

Tegretol 400mg 1-0-1 – antiepileptikum

Lamictal 50mg 1-0-1 – antiepileptikum

Rivotril 0,5mg 0-0-1 – antiepileptikum

Orfiril LONG 300mg 1-0-1 – antiepileptikum

Základní screeningové vyšetření:

Celkový vzhled – upravena

Výška – 130 cm

Váha – 30 kg

BMI – 17,8

Stav vědomí, orientace – při vědomí, orientace nelze posoudit z důvodu základního onemocnění

Puls – 67', pravidelný

Dech – 13', eupnoe

Stisk ruky – neprovede z důvodu nepochopení pokynu

Zornice – izokorické

Nos – suchý, bez výtoků

Dutina ústní, stav chrupu – sliznice vlhké, chrup sanován

Zrak – zhoršen (strabismus pravého oka)

Sluch – nepoškozen

Stav kůže – kůže vlhká, bez defektů

Barthelův test základních všedních činností ADL

- najezení, napití – neprovede, 0 bodů
- oblékání – neprovede, 0 bodů
- koupání – neprovede, 0 bodů
- osobní hygiena – neprovede, 0 bodů
- kontinence moči – trvale inkontinentní, 0 bodů
- kontinence stolice – inkontinentní, 0 bodů
- použití WC – neprovede, 0 bodů
- přesun lůžko – židle – neprovede, 0 bodů
- chůze po rovině – neprovede, 0 bodů
- chůze po schodech – neprovede, 0 bodů

Vyhodnocení: 0 bodů – vysoce závislý

10.1 Harmonogram dne ve sledovaném zařízení

- v 7.30 - 7.35 Nikču přiváží do školy maminka
- v 8.15 zahajujeme den přivítáním pomocí zpívání písniček a hraní na hudební nástroje, které se vkládají do rukou dětí – zde probíhá auditivní stimulace
- asi v 8.30 jsem prováděla orální a olfaktorickou stimulaci pomocí tvarohu z domu
- v časovém období mezi 9 a 10.15 probíhala fyzioterapie
- v čase od 10.30 do 11.30 probíhala hlavní část bazální stimulace
- asi v 11.30 si pro Nikču přijela maminka a odvezla si ji domů

Specifika:

- Nikča se neúčastnila odpolední canisterapie (z důvodu časného odchodu) a pátečního pobytu v relaxační místnosti (z důvodu páteční fyzioterapie), jinak zůstávají stejné jako v kazuistice č. 1.

10.2 Aplikace prvků bazální stimulace z mého pohledu

Ráno se začíná auditivní stimulací ve formě zpěvu písniček a hraní na hudební nástroje. Během této stimulace Nikča většinou ještě spala.

Protože Nikča nedochází do školy každý den a odjíždí ze školy dříve než ostatní děti, aplikace prvků bazální stimulace zde byla více omezená než u ostatních dětí.

Před 10. hodinou vždy probíhala orální a olfaktorická stimulace pomocí ovocného tvarohu z domu. Po této stimulaci jsme nechali Nikču chvíli odpočinout.

Po 10. hodině dopolední jsem prováděla hlavní část bazální stimulace. Zahájila jsem iniciálním dotekem pravé ruky. U Nikči jsem aplikovala prvky somatické stimulace. Polohovala jsem do polohy hnízda nebo na bok pomocí polohovacích hadů s kuličkami ve formě mikropolohování. Na polohování reagovala Nikča pozitivně, často v této poloze usnula.

K vibrační stimulaci, kterou jsem prováděla pokaždé, jsem použila vibrační hračky. Tato stimulace se Nikče líbila.

U Nikči jsem také prováděla diametrální stimulaci prstů obou horních končetin z důvodu spasticity. Po stimulaci u Nikči došlo ke krátkodobému uvolnění těchto spasmů.

Nikču si ze školy vyzvedla maminka pravidelně již před 12. hodinou polední.

Fotogalerie ke kazuistice č. 3 je uvedena v PŘÍLOZE G.

10.3 Posouzení dítěte z pohledu matky

Gabriela V.

„Průběh těhotenství byl bez komplikací. Během těhotenství nebylo zjištěno nic neobvyklého a ani podezření na DMO. Průběh porodu byl také bez komplikací. Až během několika měsíců po porodu jsme si všimli, že něco není v pořádku. Nikča byla neklidná a nevyvíjela se tak, jak v daném věku měla. Navštívili jsme proto lékaře. Diagnóza byla stanovena ve 4. měsíci po porodu. Následovala intenzivní rehabilitace a nasazení antiepileptické léčby, protože se potvrdila ještě diagnóza epilepsie.

Nikolka chodí do třídy F 6. rokem. Dochází asi 3krát týdně, pokud mám volno v práci, zůstává se mnou doma. “Do školy ji vozím kolem půl 8 a před polednem si ji vyzvedávám. Ve škole Nikolka chodí na fyzioterapii. Také je u ní prováděna bazální stimulace. Škola na ni má pozitivní vliv a rozvíjí ji.”

V domácím prostředí se využívají pouze prvky bazální stimulace, které souvisí s běžnou denní činností.

10.4 Posouzení dítěte z pohledu speciálního pedagoga

Třídní učitelka Mgr. Andrea Hovorková

„Nikču učím letos již 6. rokem. Nikolka chodí do školy asi 2-3krát týdně. Protože tu Nikolka není tak často jako ostatní děti, snažíme se jí zprostředkovat co nejvíce aktivit. Chodí cvičit na fyzioterapii a provádíme rozumovou i smyslovou výchovu a každé ráno se přivítáme písní. Snažíme se provádět i co nejvíce prvků bazální stimulaci, ale vzhledem k času je to obtížnější než u ostatních dětí. U Nikči je iniciálním dotekem rameno. Ráno začínáme auditivní stimulací prostřednictvím zpívaných písniček s doprovodem hudebních nástrojů. Provádíme diametrální stimulaci rukou horních končetin, které jsou spastické. Orální stimulaci provádíme pomocí jogurtu při svačině. Nikču polohujeme do polohy hnízda, kde relaxuje a také provádíme mikropolohování na bok. Mikropolohování na bok se Nikče líbí nejvíce ze všech dětí. Z vestibulární stimulace provádíme především polohování, otáčení hlavy. Optickou stimulaci provádíme pomocí obrázků. Vibrační masáž poté pomocí natahovacích hraček.“

11 Diskuze

V práci bylo sledováno, které prvky bazální stimulace jsou ve sledovaném zařízení využívány nejčastěji, jak bazální stimulace ovlivňuje děti z pohledu rodičů a speciálního pedagoga a jestli se bazální stimulace provádí i v domácím prostředí.

Ve své práci jsem si stanovila 6 výzkumných otázek.

První výzkumná otázka

Budou využívány nejčastěji techniky somatické stimulace u sledovaných dětí?

Somatická stimulace je jedna ze tří základních prvků bazální stimulace (Friedlová, 2007).

Somatická stimulace tvoří největší skupinu ze základních prvků stimulace.

V kazuistice č. 1 byl celkový počet prováděných prvků bazální stimulace během 3 – týdenního sledování 317. Z toho somatická stimulace tvořila 70 prvků, tedy 22,1 %.

V kazuistice č. 2 byl celkový počet využívaných prvků 302 v průběhu 3 – týdenního sledování, z toho 54 (17,9 %) prvků tvořila somatická stimulace.

V poslední kazuistice č. 3 byl celkový počet využívaných prvků bazální stimulace v průběhu 3 – týdenního sledování 202. 34 prvků (17,8 %) z toho tvořila stimulace somatická.

Z prvků somatické stimulace byl nejčastěji využíván iniciální dotek a polohování do polohy hnízdo. Prvky somatické stimulace jsou důležité, a to potvrzují i následující kazuistiky.

Farková a Friedlová ve svém článku uvádí, že u jejich 25- letého pacienta aplikovaly prvky stimulace somatické. Jejich pacient trpěl T - lymfomem a ležel na oddělení ARO. Po stabilizaci stavu byla vyplněna autobiografická anamnéza od pacienta a od rodiny a začalo se s bazální stimulací. Z těchto prvků se nejčastěji využívalo kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání, ale využit byl i iniciální dotek levé ruky, polohování do polohy hnízdo, zklidňující koupel a polohování do polohy mumie. Po uložení do polohy mumie došlo k pomalému zklidnění pacienta. Po napolohování pacienta do polohy hnízdo, došlo také ke zklidnění a nebylo nutné další bolusové podávání sedace (Friedlová, Farková, 2012).

Vuová ve své kazuistice také aplikovala prvky somatické stimulace. Prvky aplikovala u mladého pacienta, který byl přivezen v bezvědomí po dopravní nehodě a trpěl kontuzí mozku, plic a ledviny. Po stabilizaci základních životních funkcí, 18. den pobytu se začalo bazálně stimulovat. Z jejího článku vyplývá, že nejčastěji byly využívány prvky somatické stimulace, především zklidňující koupel a polohování do polohy hnízdo. Pacient po koupeli

usnul a v poloze hnízdo spal dvě hodiny. Již první den, kdy se bazální stimulace začala používat, nebylo třeba farmakologické sedace (Vuová, 2006).

Druhá výzkumná otázka

Jak je vnímána orální stimulace u sledovaných dětí?

Cílem orální stimulace je zprostředkovat vjemy klientovi ze svých úst a stimulovat vnímání (Friedlová, 2007).

Orální stimulace byla u všech tří respondentů vnímána pozitivně. Nejčastěji jsem prováděla stimulaci pomocí oblíbených pokrmů – ovocných jogurtů z domu. V kazuistice č. 1 byla prováděna orální stimulace navíc pomocí nutely nebo džemu. Respondentka vždy snědla celou určenou porci a aktivně otevírala ústa na další sousto.

Drápalová prováděla orální stimulaci u své pacientky také. Bazální stimulaci aplikovala u dívky, která trpěla akutní myeloidní leukémií, respiračním selháním a difúzní mozkovou atrofií. Uvádí, že její respondentka reagovala na orální stimulaci velmi vstřícně, především na vytírání dutiny ústní džusem. Později maminka stimulované dívky začala vkládat pochutiny do úst také s kladným výsledkem (Drápalová, 2010).

Třetí výzkumná otázka

Jak je vnímána somatická stimulace u sledovaných dětí?

Z prvků somatické stimulace byly využity tyto prvky – iniciální dotek, poloha hnízdo, poloha mumie, mikropolohování, polohování pomocí cannisterapie, zklidňující masáž a diametrální stimulace. Nejčastěji byl využíván iniciální dotek a polohování do polohy hnízdo. Na iniciální dotek nebyly zaznamenány žádné zvláštní reakce dětí. Na polohu hnízdo reagovaly všechny děti pozitivně. V kazuistice č. 1 se do polohy hnízda polohovalo dvakrát denně, po fyzioterapii a po obědě a v kazuistice č. 2 jednou denně. V kazuistice č. 3 se poloha hnízdo střídala s mikropolohováním. Všechny děti reagovaly na polohu hnízdo, zklidněním. V první kazuistice a v kazuistice č. 3 po napolohování došlo ke zklidnění a děti v této poloze usnuly. V kazuistice č. 2 chlapec reagoval nejprve zklidněním a v této poloze vydržel zklidněný 15 minut, poté došlo opět aktivizaci. U neklidných klientů se využívá polohování do polohy mumie, tato poloha u tohoto dítěte využita nebyla. Chlapec na tuto polohu reagoval v minulosti větším neklidem. Do polohy mumie byla polohována pouze dívka v kazuistice č. 1, po uvedení do této polohy došlo také ke zklidnění. Zklidňující masáž byla aplikována v kazuistice č. 2 a v kazuistice č. 3. a opět po provedení děti reagovaly zklidněním, především zpomaleným dechové frekvence.

Vuová ve svém článku uvádí, že její pacient po uložení do polohy hnízda usnul. Stejně tak po dalším napolohování do polohy hnízdo pacient spal v noci 5 hodin klidně (Vuová, 2006).

Farková a Friedlová uvádí ve svém článku, že jejich 25-letý pacient s T-lymfomem se po napolohování do polohy mumie zklidnil. Po napolohování do polohy hnízda pacient nepotřeboval navyšování sedace či bolusové podání sedativ (Farková, Friedlová, 2012).

Čtvrtá výzkumná otázka

Bude převažovat pozitivní hodnocení bazální stimulace u rodičů?

Příbuzní mohou tvořit velmi významný prvek v ošetrovatelském a léčebném procesu.

Koncept integruje rodinné příslušníky do péče a nahlíží na ně jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče. Všechny postřehy rodinných příslušníků jsou v péči zohledňovány. Začleněním rodinných příslušníků do bazální stimulace dojde k prohloubení vzájemných vztahů. Zapojením do péče lépe snášejí hospitalizaci člena rodiny tím, že se cítí aktivně zapojeni do ošetřování. Rodiče mohou číst dítěti oblíbené pohádky, pouštět oblíbenou hudbu nebo nahrávky hlasů známých osob. Mohou přinést oblíbené věci s charakteristickou vůní domova. Příbuzní si také mohou lehnout do lůžka příbuzného. Mohou dělat vše, co má dítě rádo a na co bylo doposud zvyklé (Friedlová, 2007; Vuová, 2006; Wolffová, 2006).

Ve všech třech kazuistikách převažovalo pozitivní hodnocení. Žádný z rodičů nevyjádřil negativní hodnocení ve vztahu k bazální stimulaci.

Pátá výzkumná otázka

Bude převažovat pozitivní hodnocení bazální stimulace u speciálního pedagoga?

Hovorková, třídní učitelka a speciální pedagožka z jedné z 2 rehabilitačních tříd, pracuje s bazální stimulací od roku od roku 2010. V tomto roce absolvovala kurz Bazální stimulace pod záštitou Institutu Bazální stimulace. Třídní učitelka o bazální stimulaci hovořila pouze pozitivně. Bazální stimulaci používá u handicapovaných dětí letos již 3. rokem. Prvky bazální stimulace aplikuje u dětí denně.

Šestá výzkumná otázka

Provádí rodiče bazální stimulaci i v domácím prostředí?

Ve všech třech kazuistikách se rodiče vyjádřili, že doma používají prvky bazální stimulace. Používají ale pouze prvky, které souvisí s běžným denním životem a denními činnostmi. Ve všech případech je využíváno polohování a otáčení hlavy jako prvek vestibulární stimulace. Z orální stimulace se využívá stimulace pomocí oblíbených pokrmů, tekutin

a pochutin. Olfaktoricky jsou děti stimulovány pomocí známých vůní oblíbených jídel nebo hygienických pomůcek. Opticky jsou stimulovány za pomoci obrázků a fotografií, dětský pokoj je vymalován pomocí oblíbených barev. Z auditivní stimulace se využívá především stimulace pomocí hlasů příbuzných a pouštění oblíbených pohádek. Děti jsou oblečeny ve svém osobním prádle jako jeden z prvků taktilně-haptické stimulace. V kazuistice č. 1 je navíc v domácím prostředí prováděna taktilně-haptická stimulace za pomoci asistenčního psa – labradorky Sally.

Praktickým výstupem práce je vytvořená dokumentace pro záznam prvků bazální stimulace. Dokumentace se skládá z tabulky na záznam základních i nastavbových prvků bazální stimulace, které jsou přizpůsobeny potřebám zařízení. Dokumentace také obsahuje týdenní zhodnocení jednotlivých oblastí prováděné bazální stimulace. Vytvořená dokumentace je uvedena v PŘÍLOZE K.

12 Závěr

Tématem práce bylo Využívání prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí. Na začátku jsem si stanovila 6 cílů, kterých bylo v průběhu výzkumu dosaženo.

Z výzkumu vyplynulo, že ve sledovaném zařízení jsou nejčastěji využívány prvky stimulace somatické, především polohování do polohy hnízda a iniciální dotek. Na tyto stimulace děti vždy reagovaly pozitivně. Každý den se také využívá optická stimulace pomocí fotografií a obrázků, auditivní stimulace za pomoci hudebních nástrojů a ranního zpěvu a orální a olfaktorické stimulace pomocí oblíbených pochutin z domu. Všechny prvky, které jsem aplikovala, působily na děti pozitivně, nebyla zaznamenána žádná negativní reakce.

Dále jsem zjistila, že v domácím prostředí jsou používány prvky bazální stimulace také, využívají se prvky, které souvisí s denními činnostmi.

Pro sledované zařízení jsem vytvořila dokumentaci na záznam prvků bazální stimulace. Dokumentace obsahuje tabulku pro záznam jednotlivých prvků, které jsem přizpůsobila potřebám zařízení a týdenní zhodnocení aplikace jednotlivých prvků. Sledované zařízení nemá vlastní dokumentaci na záznam prvků bazální stimulace, doufám, že nová dokumentace usnadní práci personálu a umožní veškerou bazální stimulaci dokumentovat.

13 Použitá literatura

Knížní zdroje

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.
2. BÁRTOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno, 2008. IBSN 978-80-7013-467-2.
3. BIENSTEIN, Christel und Adreas FRÖHLICH. *Basale Stimulation in der Pflege*. 2. vyd. Kallmeyer, 2004. IBSN 978-37-800-4001-5.
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1.vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v pediatrii. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., editor. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008a, s. 131-134. ISBN 978-80-247-1613-8.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. 10. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2011a, 31 s.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči: Skriptum pro certifikovaný nastavbový kurz Bazální stimulace*. 10. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2011b.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. IBSN 80-85931-79-6.
10. HÁJKOVÁ, Vanda a spol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. IBSN 978-80-904464-0-3.
11. KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
12. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.

Časopisy

13. BÁRTOVÁ, Táňa a Renáta SIKOROVÁ. Bazální stimulace a hyperbaroxie-základ úspěchu. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 34. ISSN 1210-0404.
14. DRÁPELOVÁ, Romana. Využití konceptu bazální stimulace. *Pediatric pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 4, s. 26. ISSN 1213-0494.
15. FARKOVÁ, Daniela a Karolína FRIEDLOVÁ. V centru zájmu klient. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 10, s. 42–44. ISSN 1210-0404.
16. FRIEDLOVÁ, Karolína. Supervize týmu poskytujících péči v konceptu bazální stimulace. *Sestra*. 2008b, roč. 18, č. 9, s. 15. ISSN 1210-0404.
17. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby, odborný časopis APSS ČR*. 2010a, roč. 12, č. s. 36 – 37 ISSN 1803-7348.
18. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby, odborný časopis APSS ČR*. 2010b, roč. 12, č. 11, s. 28 – 29. ISSN 1803-7348.
19. FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept bazální stimulace. *Sociální služby, odborný časopis APSS ČR*. 2010c, roč. 12, č. 3, s. 12-13. ISSN 1803-7348.
20. FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012b, roč. 8, č. 2, s. 30 – 31. ISSN 1801-1349.
21. FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. 2012a, roč. 22, č. 3, s. 43 - 44. ISSN 1210-0404.
22. LHOTSKÁ, Lena a Monika ZÁDRAPOVÁ. Bazální stimulace dětí. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 51. ISSN 1210-0404.
23. MUSILOVÁ, Helena. Muzikoterapie a její využití v léčebném procesu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 24. ISSN 1210-0404.
24. VUOVÁ, Markéta. Bazální stimulace v praxi. *Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky působící ve zdravotní a sociální oblasti*. 2006, roč. 1, č. 1, s. 6. ISSN 1802-0658.
25. WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace-pohled ze zákulisí. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

26. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové. *Multimediální trenážér plánování ošetrovatelské péče* [online]. 2010 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.ose.mmsw.cz/media/p5811.pdf>.
27. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Literatura k problematice konceptu Bazální stimulace* [online]. 2004 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/literatura.php>.
28. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. 2011 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html.

14 Přílohy

- Příloha A *Fotogalerie ke kazuistice č. 1* 69-72
- Příloha B *Autobiografická anamnéza ke kazuistice č. 1* 73-76
- Příloha C *Tabulka na záznam prvků bazální stimulace ke kazuistice č. 1* 77-78
- Příloha D *Fotogalerie ke kazuistice č. 2 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha E *Autobiografická anamnéza ke kazuistice č. 2 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha F *Tabulka na záznam prvků bazální stimulace ke kazuistice č. 2 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha G *Fotogalerie ke kazuistice č. 3 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha H *Autobiografická anamnéza ke kazuistice č. 3 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha CH *Tabulka na záznam prvku bazální stimulace ke kazuistice č. 3 viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha I *Cíle bazální stimulace viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha J *Otázky položené rodičům dětí viz. CD se zdrojovými daty*
- Příloha K *Praktický výstup- dokumentace pro sledované zařízení viz. CD se zdrojovými daty*

Příloha A Fotogalerie ke kazuistice č. 1



Obrázek 7 Vestibulární stimulace pomocí trampolíny Danča, Zdroj: vlastní fotografie



Obrázek 8 Danča napoložovaná do polohy hnízdo, Zdroj: vlastní fotografie



Obrázek 9 Neurofyziologická stimulace u Danči, Zdroj: vlastní fotografie



Obrázek 10 Iniciální dotek levé ruky Danči, Zdroj: soukromá fotografie zařízení



Obrázek 11 Reakce Danči na vibrační stimulaci, Zdroj: soukromá fotografie zařízení



Obrázek 12 Ukázka polohování pomocí cannisterapie u Danči, vedle polohování u Vlasty, Zdroj: soukromá fotografie zařízení

DANĚA

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

BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE®

Paní / pán..... RENA M [REDACTED] Věk..... 38 LET

Blízká osoba..... JANUŠKA M [REDACTED] PROZD 15 LET

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO – MÍSTO : D. RUKA

Tělesná péče

levák () pravák

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

Jak často a kdy? denně () ráno () večer

() občas – specifikujte.....

Teplota vody () chladná () vlažná teplá () horká

K mytí používá..... DUZE MATELY ... O7 OCE ... :-> VANO, ŠÍŇNÍKU, VOZO ...

Potřebuje pomoc při mytí? ano () ne

Rituály při mytí? POUŠŤÁME SI

Stav pokožky normální () mastná () suchá

Toaletní potřeby () k dispozici () budou přineseny () NEMÁM DOMA

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

Holení () mokré () elektrický strojek, má vlastní? ano () ne ()

Péče o zuby, na co brát ohled? PÉČI NEMÁM PŮDA, ALE SŤEJNE SI POUŽIJU JETIE

Vlastní kartáček a pasta? ano () ne () elektrický kartáček

Zubní protéza? () ano ne

Specifikujte: () plná protéza () částečná protéza () horní čelist () dolní čelist

Spí s protézou? () ano () ne

Rovnátka ? () ano (x) ne

Specifikujte:

Jak často si myje vlasy? 1x týdně Používá speciální prostředky? ne

Nehty () žádné zvláštnosti (x) specifika HOJME NEHTY NA NOZE

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? (x) ano () ne doplňte

Na kterém místě nemá rád dotek? TEĎ UŽ VŠUDE - ZHŮČKI, HLAVIČKA - PROSTĚ CELÉ TĚLÍČKO

Spánek

Obvykle spí na: (x) záda () břicho () pravý bok () levý bok

Jak spí? () chodí časně spát () chodí pozdě spát (x) v noci se budí

() vstává velmi časně () spí ráno dlouho (x) odpolední spánek 1 DOPOLEDNÍ - 7

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? ANO
přineseno: () ano (x) ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? (x) ano () ne NEPŘIKRÝVÁ SE ŽADNA, TO MÝ ...

Kolik hodin denně spí? 10-15 Má hodně zatemněno při spánku? (x) ano () ne V NOCI PŘED DĚTY

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: (x) sladké () kyselé () ostré () slané

Teplota jídla? () teplé (x) vlažné () studené

Konzistence: (x) měkké () pevná strava () tekutá strava

Oblíbený nápoj ČAJ oblíbený pokrm SLADKÉ POKRMY

Nesnáší JE MĚLSNA ... PROSTĚ NEČEJÍ ŽADNÍ UŠE A NEČEJÍ NIC

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek) LOUPEL ALE NEPIJE ŽADNÍ

Vlastní přinesené poživatiny PIB: ANO ČI YOGURTY

Potíže při polykání? (x) ano () ne specifikujte OBČAS YI TAVMI SAUSMA DĚČI

NEŽ YI DLO OČUTMÍ
JE PROSTĚ MĚLSNA

Vyprazdňování

Močení: spontánní ^{INKONTINENCE} poruchy močení léčba medikamenty

Jaké poruchy?.....

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

Stolice: bez problémů zácpa průjem
Rituály při vyprazdňování..... Co pomáhá při vyprazdňování.....

Specifikujte problémy:

Sluch

Sluch postižen: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte postižení.....

Sluchadlo: ano ne obě uši pravé ucho levé ucho

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady ^{MILUJE KUDBU}

Zvuky, na které je zvyklý ^{VŠE}

Přinesené předměty

Zrak

Porucha zraku: ano ne
 vpravo vlevo

Specifikujte.....

Brýle: ano ne ^{MÁME ALÉ NEUŽÍVÁME} čočky: ano ne

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte..... ^{STÁLE SVĚŽÍ, AŽ DŮKY, PRÁVNÍ LÍČE}

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou? *cyklen!*

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy *PRAVOSTRANNÁ* hemiplegie (ochrnutí) poruchy citlivosti

hypotonus spasticita kontraktury
Lokalizace, popř. jiná specifikace. *PRAVOSTRANNÁ HEMIPAREZA* *PRAVOSTRANNÁ HEMIPAREZA*

Kompenzační pomůcky *KONZET, KOČKA, VOZÍK*

Specifikujte pohybové aktivity, návyky /

Způsob života

Povolání *DÍTĚ, STUDENT*

Konččky, zájmy *KOUSÁNÍ HROBĚK, POZOROVÁNÍ OKOLÍ, BLOKOVÁNÍ, KUDBA*

Děti, vnoučata *0*

Zvířata *ASISTOVANÍ LABRA DORUM SALL7*

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

Víra /

Jak snáší bolesti? *NIC MOE*

Jak zvládá zátěžové situace? /

Má relaxační techniky? *HLAZENÍ*

Důležitý zážitek v poslední době? /

Jiné /

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí

Anamnézu sepsal/la : *MARTVA* dne *9. 11. 2012*

Dotazy zodpověděl/la : *MARTVA* je v poměru ke klientovi: *MARTVA 100%*

Příloha C Tabulka na záznam prvků bazální stimulace ke kazuistice č. 1

DANIELA M. S. 1
KAZUISTIKA Č. 1

**Realizace výkonů
Bazální stimulace**

		ÚT 6.11.		ST 7.11.		ČT 8.11.		PA 9.11.		PO 12.11.		ÚT 13.11.		ST 14.11.		
Datum		6.11.		7.11.		8.11.		9.11.		12.11.		13.11.		14.11.		
Směna		R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N
Somatická stimulace	Tlumení															
	Iniciální dotek	//			//			//			//				//	
	Osvěžující koupel - celková															
	Celková koupel - zklidňující															
	Položení rukou na hrudník															
	Propletení prstů rukou															
	Kontaktní dýchání															
	Masáž stimulující dýchání															
	Poloha hnízdo	//			//			//			//			//		
	Poloha mumie				/			/			/			/		
	Mikropohovávání - 30°															
NEUROFYZIOL. STI.	/			/			/			/			/			
Vestibulární stimulace	Otáčení hlavy	//			//			//			//			//		
	Polohování	//			//			//			//			//		
	Pohyb ovesného klasu															
	TRAMPOLINA	/			/			/			/			/		
	POLOHOVÁNÍ POMOCÍ GANNISTERAPIE	/			/			/			/			/		
Orální stimulace	Pomocí čeho:															
	JOGURI	//			//			//			//			//		
	NUTELA	//			//			//			//			//		
	DŽEM	//			//			//			//			//		
Optická stimulace	Obrázky	//			//			//			//			//		
	Fotky	//			//			//			//			//		
	Televize															
	RELAX. MÍSTNOST	/			/			/			/			/		
Auditivní stimulace	Rádio, walkmen, RANNÍ ZPĚV	//			//			//			//			//		
	Hlas příbuzného	//			//			//			//			//		
	Rozhovor															
	Televize MUZIKOTERAPIE	/			/			/			/			/		
Taktile - haptická stimulace	Oblíbený předmět	//			//			//			//			//		
	Osobní prádlo	//			//			//			//			//		
Jiné	VIBRAČNÍ STI - HRANÍ	//			//			//			//			//		
	ČIŠTĚNÍ - VÍDEO	//			//			//			//			//		
Podpis sestry / šetřovatelky R																
Podpis sestry / šetřovatelky O																

DANČA M.
KAZUISTIKA E.1

Realizace výkonů
Bazální stimulace

		Realizace výkonů Bazální stimulace														
		15.11.		16.11.		19.11.		20.11.		21.11.		22.11.		23.11.		
		ET PA		PO ÚT		ST		ČT		PA						
Datum	Směna	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N
Somatická stimulace	Tlumení															
	Iniciální dotek															
	Osvěžující koupel - celková															
	Celková koupel - zklidňující															
	Položení rukou na hrudník															
	Propletení prstů rukou															
	Kontaktní dýchání															
	Masáž stimulující dýchání															
	Poloha hnízdo															
	Poloha mumie															
	Mikropolohování - 30°															
	NEUROTYZ. MAS.															
Vestibulární stimulace	Otáčení hlavy															
	Polohování															
	Pohyb ovesného klasu															
	TRAMPOLINAZ															
	POLOHOVÁNÍ POK. CANISTERAPIE															
Orální stimulace	Pomocí čeho:															
	JOGURT															
	NUTELA DŽEM															
Optická stimulace	Obrázky															
	Fotky															
	Televize															
	RELAX. MÍSTNOST															
Auditivní stimulace	Rádio, walkmen															
	Hlas příbuzného															
	Rozhovor															
	Televize / MUZIKOTERAPIE															
Taktile - haptická stimulace	Oblíbený předmět															
	Osobní prádlo															
Jiné	VIBRAČNÍ STL.															
	OLFAKTORICKÁ - VIBROVÁNÍ															
Podpis sestry / šetřovatelky R																
Podpis sestry / šetřovatelky O																

