

# Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s demencí v domově pro seniory

Zuzana Podlipná

---

Bakalářská práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Zuzana Podlipná
Osobní číslo:	H190676
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s demencí v domově pro seniory

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti konceptu Bazální stimulace, demence a domov pro seniory.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- AMES, D., J. T. O'BRIEN and A. BURNS. *Dementia*. 5th edition. Boca Raton: CRC Press, 2017. ISBN 978-1-4987-0310-9.
- BIENSTEIN, CH. und A. FRÖHLICH. *Basale Stimulation in der Pflege*. Bern: Hogrefe, 2016. ISBN 978-3-456-85648-3.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.
- HAUKE, M. a kol. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.1.2023

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele s demencí v konkrétním domově pro seniory. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl k jeho řešení zvolen kvalitativní výzkum, použita metoda kazuistiky, která dokumentuje praktické využití prvků a technik konceptu. Při sběru informací pro kazuistiku bylo čerpáno z údajů ze sociální a zdravotnické dokumentace, z přímého pozorování klientů domova pro seniory a z biografické anamnézy, která byla získána od členů rodin uživatelů. Z kazuistik vyplynulo, že ve vybraném sociálním pobytovém zařízení je bazálně ošetrovatelská péče vhodně nabízena a využívána, uživatelé ji přijímají a vnímají pozitivně. Aplikací různých technik a prvků konceptu Bazální stimulace byly nalezeny oblasti, kde bylo možné provést změny, a tím příznivě ovlivnit každodenní pobyt uživatelů. Současně byl vytvořen teoreticko-praktický informační materiál o konceptu pro všeobecné sestry a pracovníky přímé obslužné péče konkrétního sociálního zařízení.

Klíčová slova: bazální stimulace, uživatel, demence, domov pro seniory, ošetrovatelská péče

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis deals with the use of the concept of Basal stimulation in the care of users with dementia in a specific home for the elderly. Due to the nature of the research problem, a qualitative research was chosen to solve it, a case study was used, which describes the practical use of elements and techniques of the concept. When collecting informations for the case reports, we drew on data from social and medical documentation, direct observation of clients of the home for the elderly, and biographical anamnesis obtained from members of the users' families. From the case reports, it emerged that in the selected social residential facility, basic nursing care is appropriately offered and used, users accept it and perceive it positively. By applying various techniques and elements of the Basal Stimulation concept, areas where it was possible to make changes and thereby positively influence the stay of the users were found. At the same time, theoretical-practical information material on the concept was created for general nurses and direct service care workers of a specific social facility.

Key words: basal stimulation, user, dementia, nursing home, nursing care

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení mé bakalářské práce, za velkou trpělivost a obětavost. Současně děkuji své rodině, svým blízkým a kolegyním z práce za jejich podporu a vstřícnost během celé doby mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	13
1.2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	14
1.3 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA .....	15
<b>2 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U UŽIVATELŮ S DEMENCÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY</b> .....	<b>16</b>
2.1 SOMATICKÁ STIMULACE .....	16
2.2 VESTIBULÁRNÍ A VIBRAČNÍ STIMULACE .....	18
2.3 ORÁLNÍ, OPTICKÁ, OLFAKTORICKÁ A AUDITIVNÍ STIMULACE .....	19
<b>3 DEMENCE</b> .....	<b>20</b>
3.1 ROZDĚLENÍ DEMENCE .....	21
3.2 DIAGNOSTIKA DEMENCE .....	23
3.3 LÉČBA DEMENCE .....	24
<b>4 DOMOV PRO SENIORY</b> .....	<b>25</b>
4.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	26
4.2 PERSONÁL V DOMOVĚ PRO SENIORY .....	27
4.3 DOMOV PRO SENIORY POHODA CHVÁLKOVICE .....	28
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>5 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>30</b>
5.1 CÍL PRÁCE .....	30
5.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU .....	30
5.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ .....	31
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	31
<b>6 KAZUISTIKY</b> .....	<b>33</b>
6.1 KAZUISTIKA 1 .....	33
6.2 KAZUISTIKA 2 .....	38
6.3 KAZUISTIKA 3 .....	43
6.4 KAZUISTIKA 4 .....	48
6.5 SHRNUÍ KAZUISTIK .....	54
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>58</b>
<b>8 PRAKTICKÝ VÝSTUP</b> .....	<b>63</b>
<b>9 ZÁVĚR</b> .....	<b>64</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s diagnostikovanou demencí v domově pro seniory.

S konceptem Bazální stimulace jsem se poprvé setkala na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, kde jsem pracovala jako ošetřovatelka. Veškerý personál se snažil využívat prvky a techniky tohoto konceptu při každodenních činnostech prováděných u pacientů. Snažila jsem se tuto metodu využívat i v následujícím zaměstnání v domově pro seniory, kde se mi také naskytla možnost absolvovat základní kurz bazální stimulace. Zaujalo mě, že koncept umožňuje lépe pochopit klientovu osobnost a pomáhá pečujícím osobám hledat nové cesty v komunikaci a v navazování vztahů a je určený pro osoby všech věkových kategorií s rozmanitými diagnózami.

V rámci výzkumu pro bakalářskou práci jsem se snažila jednotlivé techniky a prvky bazální stimulace integrovat do každodenní ošetřovatelské péče, abych si ověřila tuto cestu a mohla svým kolegům prezentovat začlenění konceptu do běžného režimu. Jsem přesvědčena, že tento přístup může výrazně ovlivnit také kulturu kontaktu mezi personálem a našimi klienty. Je potřebné mít stále na mysli, že bazálně stimulující ošetřovatelská péče není prováděna na klientovi s demencí, nýbrž se utváří v rámci jeho schopností a možností a současně znalostí a kreativity pečujících.

Při poskytování bazální stimulace sehrává významnou úlohu spolupráce ošetřujícího personálu s rodinnými příslušníky a blízkými, v našem konkrétním domově pro seniory je snahou je začleňovat do komplexní péče co nejvíce.

V teoretické části jsme se zaměřili na charakterizování konceptu Bazální stimulace, onemocnění demence a sociální služby domov pro seniory. V praktické části je zpracován kvalitativní výzkum, ve kterém jsme vycházeli z údajů ze sociální a zdravotnické dokumentace, z pozorování klientů v domově pro seniory a z biografické anamnézy, která byla získána od členů rodin uživatelů. Na základě těchto informací jsme vypracovali kazuistiku, a z ní vyplynulo, že u vybraných klientů v konkrétním domově pro seniory bazálně ošetřovatelská péče je vhodně zaváděna a nabízena, uživatelé ji přijímají a vnímají pozitivně.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující systém přístupů, technik a prvků, je orientován na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku, fyzickému a psychickému stavu jedince, který je považován za rovnocenného partnera, osobnost s vlastní historií a určitými schopnostmi. Koncept zohledňuje momentální stav vědomí a jeho individuální požadavky na komunikaci s okolím. Je zde zastoupen lidský přístup, pochopení a empatie pečujících osob (Dosbaba, Křížová a Hartman, 2016, s. 22). Jedinec je při bazální stimulaci vnímán holisticky, snažíme se o maximálně individualizovanou strukturovanou péči na základě biografické anamnézy jedince za současné integrace nejbližších osob. Je zajištěn kontinuální přísun podnětů z okolí a z vlastního těla. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity klienta/pacienta, umožnění orientace na těle, v jeho okolí a podpora komunikace na jeho úrovni. Koncept je vnášen do klinické péče, do intenzivní medicíny, neonatologie i geriatry, využívá se v sociálních zařízeních pro děti i dospělé, v hospicích i domácí péči. Může být nápomocen osobám, které mají narušenou či omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019, s. 55). Nemocným je schopen poskytnout úlevu. Přínosný je i tehdy, kdy jedinec nemusí být schopen aktivní spolupráce a není schopen verbální komunikace, okolní svět z našeho pohledu nevnímá. Podstatou je poskytnutí individuální bazálně ošetrovatelské péče a umožnění prožití kvalitního života s různou formou znevýhodnění (Bienstein und Fröhlich, 2016, s. 15).

Koncept Bazální stimulace nahlíží na klienty/pacienty jako na osobnosti s individuálními potřebami bez ohledu na jejich současné postižení, ale s důrazem na aktuální tělesný, mentální a duševní stav. Nejsou analyzovány nedostatky, nýbrž jejich zachovalé schopnosti. Prvky konceptu umožňují rozvíjet schopnosti klienta/pacienta i v té nejzákladnější, bazální rovině. Analýza těchto schopností a také integrace prvků do péče by měla proběhnout ve spolupráci s celým terapeutickým týmem. Dobrá spolupráce všech pracovních skupin na bázi společného konceptu, zřetelné stanovení cílů péče a jasné stanovení terapeutických nabídek rozšiřuje kompetence terapeutů a pro klienta znamená posílení pocitu jistoty a důvěry. Spoluúčast klienta/pacienta a jeho nejbližších je předpokladem bazálně stimuluje péče (Friedlová, 2018, s. 20). Po mnohaletém úsilí prof. Fröhliche, prof. Bienstein a mnoha jejich kolegů z ošetrovatelské a pedagogické praxe z různých zemí Evropy je k dispozici forma konceptu využitelná v každodenní ošetrovatelské péči u různých skupin pacientů a v pedagogické praxi u dětí s těžkým postižením (Friedlová, 2018, s. 24).

## 1.1 Historie konceptu Bazální stimulace

Vznik konceptu Bazální stimulace spadá do 70. let 20. století. Jeho zakladatelem je profesor Andreas Fröhlich, speciální pedagog. V rámci své doktorské práce rozpracoval základy konceptu, pracoval tehdy s dětmi, které se narodily s vážnými kombinovanými somatickými a intelektovými poruchami v tehdejší Německé spolkové republice v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl. Zabýval se podporou senzomotorické komunikace a byl toho názoru, že „...nedostatečná senzomotorická stimulace vede k sekundárnímu poškození intelektu...“ (Friedlová, 2018, s. 22). Bazální stimulaci vnímal jako možnou cestu speciálních pedagogů k jejich klientům, dětem s kombinovanými vadami. Snažil se podporovat a rozvíjet děti s vážnými vrozenými poruchami v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života (Friedlová, 2018, s. 22).

Profesorka Christel Bienstein mnoho let působila jako zdravotní sestra v oblasti intenzivní medicíny. Koncept Bazální stimulace ji velmi oslovil, navázala spolupráci s jeho autorem a začala implementovat jeho jednotlivé techniky a prvky do péče o klienty/pacienty s omezenou či změněnou schopností vnímání, pohybu a komunikace. Společně zrealizovali mnoho projektů, které byly relevantním přínosem konceptu do klinické praxe. Řadu let následně prof. Bienstein pracovala ve Vzdělávacím centru profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu a prosazovala bazálně ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2007, s. 14).

Autor konceptu se svými spolupracovníky vytvořil systém vzdělávání lektorů konceptu Bazální stimulace. Lektoři jsou sdruženi v Mezinárodní asociaci bazální stimulace a každý vlastní licenci pro výuku (Friedlová, 2007, s. 15).

V České republice rozšířila koncept lektorka Karolína Friedlová, která získala jako první certifikát lektora v naší zemi. Publikovala odborné články o bazální stimulaci pro odborníky a vedla kurzy bazální stimulace. Svou prací přispěla k zavedení konceptu na území České i Slovenské republiky. V roce 2005 založila INSTITUT Bazální stimulace®, jehož náplní je realizace kurzů o bazální stimulaci (Co je bazální stimulace®, [2022]).

Koncept Bazální stimulace je zahrnut do vyhlášky č.252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Uvádí se, že všeobecná sestra může aplikovat bazální stimulaci s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility (Česko, 2019)

## 1.2 Teoretická východiska konceptu Bazální stimulace

Koncepce Bazální stimulace se opírá o modely, které poukazují na to, že jedinec se vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí. Pokud je těchto podnětů málo, rozvoj je velmi omezený. Jedním z nich je neurofyziologický model podle Johannese Pechsteina, německého neurologa, který poukazuje na to, že schopnosti dětského mozku se vyvíjí především v prvních letech života, přičemž nejdůležitější roli zde hraje stimulace vnějšími podněty. Absence těchto podnětů podmiňuje chybné a nedostatečné strukturování mozku. Spojení mezi nervovými buňkami v mozku se neprováže, mozek zůstává nevyvinutý a je méně výkonný. Jedinci s vážným postižením většinou nejsou v raném období života aktivní, vážně schopnost pohybu. Pokud je omezena pohyblivost, klesá i možnost samostatně získávat podněty ze svého okolí a získávat nové stimulující podněty (Müller, 2014, s. 362-363).

Další využitý teoretický model je od švýcarského filozofa, vývojového psychologa a přírodního vědce Jeana Piageta, vycházející z teorie kognitivního vývoje, provázaných procesů mezi motorikou a percepcí, související se vzájemnou interakcí biologických, genetických faktorů a vnějších podnětů (Friedlová, 2018, s. 52).

Další model je fyzioterapeutický podle dětského lékaře Karla Bobatha, který vychází z předpokladu, že určitými cílenými formami cvičení se dá získat či znovu obnovit pohyblivost. Jednotlivé aktivity se skládají ze systematického přísunu podnětů, kterých se nejdříve dosahuje jen pasivními pohyby a rozvíjí se kinesteticko-proprioceptivní vnímání (Müller, 2014, s. 364).

Profesor Andreas Fröhlich využil poznatky z teorie rakouského lékaře, psychoterapeuta Alfreda Adlera, který vychází z poznání, že časný vývoj dítěte směřuje již před narozením k uvědomění si svého já (Friedlová, 2007, s. 16). Při začlenění konceptu do ošetrovatelské péče byly aplikovány poznatky z modelu Nancy Roperové, model péče vycházející z aktivit denního života (Friedlová, 2018, s. 53).

Autor konceptu rozšířil pojem budování drah na oblast celistvého vnímání a podle jeho teorie zpracování podnětů v kinesteticko-proprioceptivní oblasti se neliší od zrakové nebo sluchové oblasti. (Müller, 2014, s. 364). Prof. Christel Bientein a prof. Andreas Fröhlich formulovali deset centrálních cílů pro péči a tvorbu individuálních plánů, které se poskytovatelé bazální stimulace snaží při aplikaci dodržovat (Friedlová, 2018, s. 41).

### 1.3 Biografická anamnéza

Pojem biografie v kontextu konceptu Bazální stimulace je vysvětlován jako životní příběh. Měla by nezaujatě a komplexně popisovat život konkrétní osoby v určitých souvislostech. V kontextu s péčí definujeme biografii jako soubor informací o jedinci získaných jak aktivní, tak i pasivní cestou. Pokud se klient/pacient aktivně podílí na její tvorbě, mluvíme o aktivní biografii. Pečující osoby mohou biografii klienta/pacienta vytvořit i na základě jiných informačních zdrojů, kterými mohou být například rodina, přátelé, ošetřující personál nebo z dokumentace, potom hovoříme o pasivní biografii, kdy je klient/pacient při tvorbě pasivní (Procházková, 2019, s. 51).

Předpokladem pro práci s konceptem, ať už v ošetrovatelské nebo pedagogické praxi, je získání důkladné biografie jedince, integrace jeho nejbližšího sociálního okolí do péče a týmová práce v kontextu deseti centrálních cílů bazální stimulace. Získání důležitých údajů klienta/pacienta je vstupní částí pro následné vytvoření strukturovaného individuálního plánu. Biografická anamnéza umožňuje porozumět jedinci, pochopit jeho chování a prožívání a současně nabádá profesionály k volbě nabídek, které zohledňují individualitu osoby. Nejbližší rodina a přátelé jsou zdrojem cenných informací o klientovi/pacientovi, elementem jistoty a bezpečí, zdrojem pozitivních emocí a donátorem předmětů a pomůcek z jeho osobního života (Friedlová, 2018, s. 55-56).

Podmínkou integrace prvků konceptu do péče o klienty/pacienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý jedinec je individuální bytost, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace, má vlastní autonomii. Bazálně ošetrovatelská péče vyžaduje od pečujících respekt a pochopení. Koncept Bazální stimulace zohledňuje biografii jedince a umožňuje tak najít společnou tvořivou cestu terapeutů a klientů/pacientů pro dobu, kdy je potřebné zajistit bazálně ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2018, s. 131). Může být úspěšná, pokud jsou pečující ochotni přiblížit se klientům/pacientům s přiměřeným citem pro jejich minulost (Procházková, 2019, s. 53).

Životopisný přístup v ošetrovatelské praxi umožňuje lépe porozumět lidem jako jednotlivcům, na základě jejich životní zkušenosti. Znalost minulých životů, návyků a tradic poskytuje náhled do jejich nynějších potřeb a priorit. Ve správně odebrané a zpracované biografii klienta/pacienta je možné najít návod, jak zvládat denní aktivity za aktivní účasti nemocného, a jak směřovat jeho zájem o zlepšení zdravotního stavu (Válková, 2015, s. 20).

## 2 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U UŽIVATELŮ S DEMENCÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY

### 2.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace zprostředkovává klientovi/pacientovi vnímání vlastního těla, uvědomění si sebe sama. V rámci této oblasti uvedeného konceptu je možné využít částečnou nebo celkovou masáž či koupel, masáž stimulující dýchání, polohování a mikropolohování. Při aplikaci této stimulace hraje důležitou úlohu dotek, jeho kvalita, síla, vyvinutý tlak a rytmus, jeho opakování, způsob, význam a použitá lokalita. Dotek má být pevný, zřetelný, přiměřeného tlaku, doporučuje se, aby byl prováděn celou plochou ruky. Dotek, který označujeme za iniciální, používáme před a po každém úkonu u pacienta/klienta nebo před a po komunikaci s ním. Za vhodné místo pro něho považujeme ramena, paže nebo ruce. Prostřednictvím něho informujeme o zahájení aktivity. Jeho místo je zaznamenáno v dokumentaci klienta/pacienta a současně na viditelném místě u lůžka každého, kdo je bazálně stimulován. Nevhodné jsou letmé, nečekané, krátkodobé, rušivé, nekvalitní a uspěchané doteky, které mohou vyvolat u klienta pocit nejistoty, obavy a strach (Kapounová, 2020, s. 142).

Somatická stimulace může být zklidňující nebo povzbuzující. U klientů s demencí využíváme převážně formu zklidňující, má za cíl uvolnit svalové napětí, působí na jedince po fyzické i psychické stránce. Může se stát rituálem spojeným s fyzickou aktivitou v rámci fyzioterapie nebo rehabilitačního ošetřování či ergoterapie. Navozený pocit celkového uvolnění umožňuje zaměřit se na požadovaný úkol a věnovat se mu (Válková, 2015, s. 19).

Zklidňující somatická koupel stimuluje vnímání tělesného schématu, redukuje neklidné stavy, momenty zmatenosti a dezorientace, navazuje celkové tělesné uvolnění. Aplikujeme ji u klientů/pacientů s demencí, s poruchou vědomí, somatickým postižením, u neklidných, dezorientovaných, se změnou vnímání tělesného schématu i při potížích se spánkem. Pohyby směřujeme po směru růstu chlupů, protože působí zklidňujícím dojmem a napomáhají k vnímání tělesného schématu (Tomová a Křivková, 2016, s. 104).

Somatická stimulace povzbuzující podporuje vnímání a pozornost klienta/pacienta, aktivuje tělo i mysl. Autorka Karolína Friedlová (2007, s. 82) uvádí, že není vhodné využívat tuto metodu u neklidných jedinců s kognitivní poruchou. U klientů s demencí využíváme tento typ stimulace pouze částečně na horních či dolních končetinách. Napomáhá nám u jedinců,



kterí jsou dlouhodobě pasivní a neaktivní, připravuje je na nadcházející fyzickou aktivitu. Umožňuje jedinci vnímat tělesný obraz, aktivuje smysly a připravuje ho vnímat informace a stimuly (Válková, 2015, s. 20).

Dalším prvkem somatické stimulace, který využíváme u osob s demencí, je poloha mumie. Je vhodná u zvýšené potřeby intenzivní stimulace tělesného schématu. Můžeme ji využít i jako nefarmakologický postup pro eliminování stavů neklidu a agresivity. Jedince zabalíme do deky nebo prostěradla, od nohou po horní část těla, polohování navozuje zklidnění a uvolnění, je kontraindikováno u osob s klaustrofobií v biografické anamnéze. Po uvedení do polohy sledujeme klientovy reakce. Někdy je zapotřebí na základě jeho reakcí pozměnit polohu. Mumie se dá kombinovat s polohováním do hnízda. Jedince v uvedené poloze obložíme polohovacími polštáři kolem jeho těla (Friedlová, 2018, s. 90).

Hnízdo je jednou z nejčastějších polohovacích technik, poskytuje poziční komfort a navozuje příjemné pocity. Jeho cílem je stimulovat vnímání tělesného schématu a eliminovat následky degenerativní habitace. Je vhodná u imobilních osob s demencí i u neklidných a agresivních. Při této poloze klient vnímá zřetelně hranice svého těla, a to mu umožňuje se na svém těle orientovat. Pro napolohování do uvedené polohy se využívá dek, perličkových polštářů, vaků, ručníků nebo prostěradel. Jedinec zaujímá nejčastěji polohu na zádech nebo na boku a jeho tělo je obloženo uvedenými pomůckami (Friedlová, 2018, s. 89).

Další využívanou technikou z konceptu Bazální stimulace je masáž stimulující dýchání, která je rytmickou, kontinuální a tlakovou dechovou rehabilitací. Lze jí využít u osob s demencí s povrchním mělkým dýcháním, s nedostatečným okysličením, po prodělaných akutních respiračních onemocnění nebo při chronických dechových obtížích. Naší snahou je navodit klidné, přirozené a přiměřeně hluboké dýchání, aplikujeme ji vsedě, na boku nebo na zádech. Terapeut využívá specifických tahů v oblasti hrudního koše, pokud se jedinec rozkašle, lze využít další techniku, kterou je kontaktní dýchání přispívající ke zklidnění dechu (Bartůněk a kol., 2016, s. 312).

## 2.2 Vestibulární a vibrační stimulace

Vestibulární stimulace je zaměřena na uvědomování si změny polohy těla, prostorovou orientaci a vnímání pohybu, využíváme rotační, lineární a statické pohyby hlavy. V bazálně ošetrovatelské péči se doporučuje uvést hlavu do pozice ve směru příští polohy těla před každou změnou polohy, provádět změny polohy těla pomocí změny pozice celého lůžka a polohovat klienta/pacienta do pozice sedu v lůžku nebo sedu v křesle (Kapounová, 2020, s. 142). Poskytujeme klientovi/pacientovi stimuly pro aktivaci jeho rovnovážného ústrojí, zlepši se tak jeho prostorová orientace a vnímání pohybu. Na základě pohybu endolymfy ve vnitřním uchu převádíme informace na vestibulární jádra v mozku, a tím se předávají informace o poloze těla. Snižujeme závratě opakovaným otáčením hlavy, ovlivňujeme spasmy v oblasti flexorů i extenzorů a připravujeme klienta/pacienta na možnost mobilizace. Je indikována u imobilních osob, v kómatu a na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. V rámci vestibulární stimulace provádíme houpací pohyby v lůžku, otáčivé pohyby hlavy a nácvik techniky ovesného klasu (Tomová a Křivková, 2016, s. 111). Při této stimulaci terapeut sedí nebo klečí za klientem/pacientem, fixuje jeho tělo na svém, má opřenou jeho hlavu o hrudník a provádí pohyb ve směru ležaté osmičky (Friedlová, 2018, s. 102). Vestibulární stimulace mohou být prováděny v křesle nebo v lůžku změnou jeho celkové pozice (Tomová a Křivková, 2016, s. 111).

Vibrační stimulace má za cíl stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a proprioreceptory, umocňuje somatickou stimulaci a somatické vnímání. Vibrační vjemy umožňují zprostředkovat klientovi/pacientovi intenzivní podněty z jeho těla. Jednotlivé vibrace se přenáší po kosterním aparátu a umožňují vnímat tělesné schéma. Ke stimulaci lze využít i ruce terapeuta nebo hlas (Bartůněk a kol., 2016, s. 313). Běžně se využívají bateriové vibrátory, holicí strojky, elektrické zubní kartáčky, vibrující hračky a masážní křesla s vibrací. Tento způsob stimulace nelze využít při poranění kůže nebo při výskytu dekubitů. Elektrické vibrátory se nedoporučuje využívat u seniorů s fragilitou vazů pro možnost jejich mikrotraumatizace (Friedlová, 2018, s. 105).

### 2.3 Orální, optická, olfaktorická a auditivní stimulace

Cílem orální stimulace je zprostředkovat klientovi/pacientovi vjemy z obličejové části hlavy, vjemy z dutiny ústní, příjem potravy a řečové funkce. U osob s demencí s těžkými změnami v oblasti psychiky se dá stimulovat chuťovou stimulací jejich vědomí. Chuťové médium vybíráme podle biografické anamnézy. Pro orální stimulaci je vhodné používat molitanové štětičky nebo „cucací váčky“, jedná se o malý kus oblíbené potraviny jedince zabalené v gáze, která se vkládá do jeho úst. Při této stimulaci platí zásada nekombinovat více než tři odlišné chutě a nevnikat do úst násilím (Friedlová, 2018, s. 123).

Optická stimulace se nejčastěji kombinuje se somatickou a vestibulární. Zrak umožňuje člověku poznávat okolní svět, orientovat se v něm, uspořádat své okolní prostředí a umožňuje procesy učení. Jakákoli změna tělesné polohy dává možnost klientovi/pacientovi sledovat dění v jeho okolí a také se lépe orientovat na svém těle, a tím posilovat jeho pocit jistoty. Pro lepší orientaci osob s demencí v sociálním zařízení se doporučuje na dveře pokojů a jiných místností umístit obrázky nebo předměty. Písmena a slova, která udávají, co je v místnosti, jsou bezpředmětná, protože jim takový klient nerozumí. V rámci bazální stimulace můžeme klientům s demencí aktivně nabízet obrázky nebo fotografie z jejich života a hovořit s nimi o osobách nebo místech na snímcích, a tím propojit optickou stimulaci s reminiscencí (Friedlová, 2018, s. 111).

Olfaktorická stimulace má blízký vztah k emočnímu prožívání. Každá vůně a pach, které senior vnímá, jsou podnětem pro vyvolání vzpomínek. Některé vůně nám evokují konkrétní situace, například vůně kávy může být u některých osob spojenou s chvilkou odpočinku, vůně skořice a perníku nám může připomínat Vánoce a parfém určitého člověka. Nepříjemné pachy a vůně mohou vyvolat negativní emoce, nevhodné jsou vonné svíčky, vonné tyčinky a osvěžovače vzduchu (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 89).

Auditivní stimulace využívá zvukových podnětů známých klientovi z minulosti. Má za cíl navázání kontaktu s konkrétní osobou, zprostředkovává informace o jeho vlastním těle, stimuluje vnímání aktivizací vzpomínek, navozuje pocit jistoty, zvyšuje rozlišovací schopnosti sluchového aparátu a učí ho novým slovům. Prostředky pro tuto stimulaci mohou být řeč, hudba nebo zpěv (Malíková, 2020, s. 192).

### 3 DEMENCE

Slovo demence pochází z latinského jazyka. Volně přeloženo do českého jazyka, člověk nemyslí; předpona „de“ znázorňuje odstranění a „mens“ znamená mysl. Způsobuje postupnou destrukci mysli jedince s následným dopadem na fyzickou oblast (Vörösová, Solgajová a Archalousová, 2015, s. 97). U jedince s demencí dochází k úpadku poznávacích, kognitivních a výkonných funkcí. Je narušena schopnost poznávání, plánování, vnímání, zhodnocení a současně se snižuje schopnost paměti a inteligence. Postupem času je významně ovlivněno logické uvažování, chápání, emoční stránka, ale taktéž soběstačnost, chování a aktivity běžného denního života (Zvěřová, 2017, s. 24). Jiráček (2013, s. 70) uvádí, že se jedná o postižení psychických funkcí a aktivit, kdy se příznaky postupně zhoršují. Popisuje tři oblasti postižení psychických funkcí, které jsou označeny prvními třemi písmeny abecedy: A – activities of daily living, hodnotí aktivity denního života, B – behaviour, poruchy chování a C – cognition, narušení kognitivních funkcí. Nemoc narušuje korové funkce mozku. U většiny postižených osob si všímáme, že první je zasažena paměť a následně až logika, orientace, intelekt a další. Dochází i k poruchám emocí, kdy se lidé začínají chovat například afektivně, agresivně a často střídají své emoce. U některých jedinců může dojít k poruchám vnímání v podobě halucinací či bludů (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s. 13). Léčba závisí na etiologii onemocnění, při zahájení léčby je snaha o zachování soběstačnosti jedince, pokud možno nejdelší dobu, o zpomalení progresu a stabilizaci nemocného bludů (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s. 29).

Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. má za cíl pomoci a podpořit lidi postižené demencí, mezi které řadí jak samotné nemocné, tak jejich rodinné příslušníky, jelikož nemoc postihuje těžce obě skupiny. Správnou diagnostiku v České republice má zhruba 20 až 30 % lidí s demencí. Počty jedinců s různými typy demence se proto můžou tedy jen odhadovat. Pro výpočty používají výsledek prevalenční studie Alzheimer Europe, organizaci 41 národních asociací Alzheimerovy choroby z 37 evropských zemí, která má poslání změnit vnímání, politiku a praxi s cílem zlepšit životy lidí postižených demencí (Alzheimer's dementia, © 2021-2023). Tato studie roku 2009 odhaduje počet lidí s demencí v roce 2014 na 152,7 tisíc. Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. hodnotí výskyt demence podrobně v ročenkách v závislosti na pohlaví. V roce 2014 je v ČR postiženo demencí 97 700 žen a 45 500 mužů (Zpráva o stavu demence, [2014]). Podle výroční zprávy z roku 2021 se počet osob s demencí navýšil, ženy celkově 110 075 a muži 50 597 (Výroční zpráva České alzheimerovské společnosti, za rok 2021, 2023).

### 3.1 Rozdělení demence

Podle Zvěřové (2017, s. 57) lze demence rozdělit podle etiologie, lokalizace a kurability. Podle etiologie je rozdělujeme na dvě skupiny, primárně neurodegenerativní choroby a skupinu sekundárních neboli symptomatických demencí. Rozčlenění využívající lokalizaci poškození mozku dělí demence na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální. U kortikální demence dochází k postižení mozkové kůry, u subkortikální jsou narušeny výkonné funkce, motivace, plánování a schopnost rozhodování. Kortikosubkortikální demence vznikají propojením kortikální a subkortikálního postižení s různou mírou. V následujícím textu budou rozebrány nejčastější typy demence.

#### **Alzheimerova choroba**

Je velmi závažné neurodegenerativní onemocnění, zasahující do života pacienta, jeho rodiny i jeho okolí. Je typická svým nenápadným plíživým začátkem, kdy počátečních příznaků si všimne prvotně okolí pacienta než on sám (Zvěřová, 2017, s. 7). Prvně byla popsána nemoc v roce 1907 v Praze německými lékaři Oskarem Fisherem a Aloisem Alzheimerem, podle kterého se tato nemoc jmenuje (Zpráva o stavu demence, [2014]). Choroba se vyskytuje u seniorů starších 65 let, tvoří přibližně padesát procent všech demencí. Rozvíjí se pomalu, několik let; postupně dochází k problémům s orientací, komunikací a soustředěním postiženého. Jsou narušeny kognitivní funkce, zejména poruchy paměti a její vštipivost. Postiženy jsou exekutivní schopnosti, možnosti plánování a řešení problémů (Hauke, 2017, s. 33). Příčiny dosud nejsou přesně známy. Vědci, zkoumající toto onemocnění, zjistili, že jeho vznik je ovlivněn různými faktory, mezi které řadíme věk a rodinné dispozice. Dědičné faktory nejsou zcela objasněny, přesto se v mnoha výzkumech potvrdilo, že pokud propukne nemoc u rodinného příslušníka, je pravděpodobné, že se objeví i u dalších osob v rodině (Alzheimer's dementia, © 2021-2023). Alzheimerova demence se dělí do pěti stupňů, první je amnestický typ s lehkými poruchami kognitivních funkcí; paměť je postižena pouze ve složce epizodické. Druhý stupeň narušuje schopnost zapamatovat si nové informace a pracovní paměť. Střední stupeň se projevuje narušením orientace v čase a prostoru. Nemocní jsou ohroženi blouděním, zhoršuje se slovní zásoba, ztrácí se schopnost starat se o sebe sama a je nutná dopomoc druhé osoby. Těžký stupeň postihuje více složek paměti, od neschopnosti poznat nejbližší až po dezorientace v místě a času. Nemocní ztrácí schopnost sebezpečí, objevuje se i fyzické postižení, jakým je porucha chůze s hrozícími častými pády

a postupně se rozvíjející imobilizace. V posledním, terminálním stádiu, dochází k sepsím, častým úrazům, pneumoniím, které jsou ukončeny smrtí (Jirák, 2013, s. 102).

### **Vaskulární demence**

Řadíme mezi druhé nejčastější typy demencí. Vznikají na podkladě mozkového infarktu, který je způsobený chronickým nebo akutním poškozením cévního zásobování mozku. Při odebrání anamnézy u pacienta se objevují rizikové faktory v podobě kardiovaskulárních onemocnění, například úplavice cukrová, obezita, anémie, arteriální hypertenze. Může se stát, že už je přítomno onemocnění cév dolních končetin, příkladem je ischemická choroba srdeční a stenotické zúžení karotid (Lužný, 2012, s. 61). Demence má velmi střídavý průběh, kdy se střídá lepší a horší období. Pacienti často mění své nálady ale i chování, mají deprese, jsou zmatení a je zpomalené psychomotorické tempo. Příznaky se objevují náhle, většinou k nim dochází do tří měsíců po proděláním cévní mozkové příhody (Gdovinová, 2017, s. 241). Cévní mozková příhoda je významným rizikem, vedoucím k rozvoji kognitivní deterioraci. Příčinou je porucha cévního zásobení mozku, která může být narušena ucpáním cévy či prasknutím stěny cévy. Pacienti s prodělanou ischemickou atakou mají vysoké riziko, že několik měsíců či let po proděláním se projeví a diagnostikuje demence. Rozdílnost od Alzheimerovy choroby je v tom, že při tomto typu zůstává o něco déle zachována osobnost postiženého, tudíž i projevy nemoci i zařazení do společnosti (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 38).

### **Demence u Parkinsonovy choroby**

Parkinsonova choroba je charakterizována jako degenerativní a progresivní onemocnění. Onemocnění postihuje nejčastěji osoby kolem 60. roku života. Dochází k pomalému zániku buněk produkujících dopamin ve středním mozku; mají za funkci přenášet nervové vzruchy, ovlivňují pohyb, pocity a emoce. Na vzniku této choroby se podílí genetika a životní prostředí (Seidl, 2015, s. 283). K hlavním příznakům patří poruchy hybnosti, které lze snadno rozpoznat na první pohled, třes, poruchy rovnováhy a chůze, je omezená schopnost hýbat se. Příznaky demence u Parkinsonovy choroby výrazně snižují kvalitu života postiženého. Důležité je určit, zda se jedná o příznaky demence či o projevy spojené s touto chorobou, kterými mohou být poruchy řeči, deprese, úzkosti nebo změny v chování (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 15).

### 3.2 Diagnostika demence

Při diagnostice hraje klíčovou roli anamnéza. Zaměřujeme se na popis obtíží jedince, na jejich průběh a na dobu vzniku. Při jejím odebrání je nutností zapojit i nejbližší rodinné příslušníky, kteří jsou s jedincem v kontaktu. Osoba trpící demencí si příznaky často nepřipouští, snaží se je bagatelizovat (Kulišťák, 2017, s. 488). Stupeň postižení lze diagnostikovat pomocí testů. Stěžejním a nejvíce používaným testem k určení stupně demence je Folsteinův Mini – Mental State Examination (MMSE). Test je složen z deseti subtestů, které se zaměřují na krátkodobou paměť, na orientaci pacienta v čase a prostoru, pozornost, čtení, psaní, řeč, početní schopnosti, praktické a konstrukční dovednosti (Hauke, 2017, s. 30) Rozpětí se pohybuje; 30–25 bodů norma, 24–20 bodů mírná kognitivní porucha, 19–10 bodů střední kognitivní porucha, 9–0 bodů těžká kognitivní porucha (Šáteková a kol., 2021, s. 37). Dalším testem je kreslení hodin; jedinec musí nakreslit ciferník a všechna čísla správně a současně zakreslit dvě ručičky jinak dlouhé tak, aby ukazovaly čas, který lékař nebo terapeut vyžaduje. Test se nemusí využívat samostatně, může být součástí i jiného testu, hlavním principem je zkoumat kalkuli, paměť a zrakově prostorové schopnosti. Výsledkem u obou testů je zhodnotit stupeň postižení Alzheimerovy choroby (Bartoš a Raisová, 2015, s. 35). Může být využívána i Wechslerova škála paměti, hodnotící prostorovou představivost, úroveň paměti, logickou, zrakovou, verbální paměť a schopnost porozumět podnětu (Lužný, 2012, s. 33). Při diagnostice se používá i test základních všedních znalostí (ADL – Activities of Daily Living), kdy se hodnotí stupeň závislosti jedince v oblasti příjmu potravy, oblékání, hygieny, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, přesunu z lůžka na židli, chůze po rovině a po schodech. Hodnotí se od 0 bodů do sta, čím nižší je součet bodů, tím větší péči jedinec potřebuje; 0–40 bodů vysoce závislý, 45–60 bodů závislost středního stupně, 65–95 bodů lehká závislost a 96–100 bodů nezávislý. Strukturované hodnotící nástroje mohou poskytnout hodnocení závažnosti kognitivního poškození a současně umožňují sledovat reakci na léčbu. Lékař sleduje i rozsah behaviorálních funkcí, jako jsou například podezřívavost, paranoia a špatný oční kontakt (Ames, O'Brien a Burns, 2017, s. 4, 46). V diagnostice demence se využívají také zobrazovací metody, pozitronová emisní tomografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance a elektroencefalografie, které doplňují anamnestické a somatické vyšetření, měření fyziologických funkcí a laboratorní vyšetření krve (Gdovinová, 2017, s. 224).

### 3.3 Léčba demence

Demence je neléčitelné onemocnění, jedinou snahou je zpomalit její příznaky. Na každého jedince se musí nahlížet individuálně. Při vhodné a včasné zahájené léčbě se oddaluje nutnost hospitalizace (Zvěřová, 2017, s. 98). Snažíme se o zlepšení narušených kognitivních funkcí, ovlivnění chování jedince a jeho možných změn osobnosti, emocí a změnu nálad (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 67). Farmakologická léčba má velký význam a uplatnění při komplexní péči, zaměřujeme se na vhodně zvolenou lékovou formu, na kontrolu ordinací a na možná rizika (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 11). Při farmakologické léčbě u demence se využívají kognitiva, která pomáhají paměti správně fungovat a mohou potlačit poruchy chování či jejich příznaky. Využívané jsou při středně těžké a těžké demenci. Zástupcem těchto farmak je např. Donepezil. Další skupinou léků jsou antagonisté N-metyl-D-aspartátu (NMDA), glutamátergní ionotropní receptory, které stimulují a zlepšují krátkodobou paměť, zástupcem je např. Memantin (Štětkářová, 2017, s. 173). Do nefarmakologické léčby jsou zahrnuty i aktivizace jedince, rehabilitační programy, trénování kognitivní paměti a psychosociální intervence (Štětkářová, 2017, s. 182). Nefarmakologických přístupů je mnoho, vždy se musí brát v úvahu věk pacienta, stádium onemocnění a pohlaví. Aktivity, které terapeut zvolí, by měly adekvátně ovlivňovat psychickou a fyzickou stránku a psychosociální kontakty (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 33). Aktivity jsou individuální; pro každého jedince je určen individuální plán tak, aby byl přizpůsoben jeho schopnostem a přáním. Je potřebné, aby osoba, která aktivizaci provádí, projevila klientovi zájem, důvěru a podporu. K procvičování kognitivních funkcí se využívají kognitivní rehabilitace, kde se dá aplikovat více funkcí. K vybavování vzpomínek se uplatňuje reminiscenční terapie (Lužný, 2012, s. 140). Další nefarmakologickou metodou je orientace v realitě. Její snahou je zlepšit prostorovou orientaci, vhodné je barevné označení prostorů, kde se jedinec nejčastěji pohybuje. Mezi metody, které lze vhodně zakomponovat při péči o pacienty s demencí, patří muzikoterapie, pet terapie, ergoterapie (léčba prací, pohybem a zaměstnáním), arteterapie (Barker a Board, 2012, s. 69). Pomocí metod praktikovaných v rámci terapeutické místnosti snoezelen je možné zprostředkovat osobám s demencí smyslové zážitky a udržovat smyslové reakce a odpovědi. V místnosti je snahou terapeutů navodit pozitivní pocity, pohodu, relaxaci, uvolnění, klid, snížit stres, agresivitu a násilné chování (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 47).



## 4 DOMOV PRO SENIORY

Domov pro seniory je pobytovou celoroční službou určenou pro seniory, kteří vyžadují částečnou nebo komplexní pomoc ve věku od 65 let a výše (Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 175). Pojem senior označuje starého člověka, respektive poživatele starobního důchodu, pro příslušníka starší věkové kategorie je používán termín senior; tento pojem je preferován jako emocionálně neutrální a označující člověka v celém věkovém období senia (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 47). Pobytové sociální zařízení pečuje o jedince se sníženou soběstačností, ale i s určitým stupněm demence. Pobyt v domově pro seniory by měl být realizován až po vyčerpání všech možností podpory v přirozeném domácím prostředí jedince (Burda a Šolcová, 2016, s. 22). V domovech pro seniory je poskytováno ubytování, strava, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti, je zajištěn kontakt se společenským prostředím a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 74). Důraz je kladen také na aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. V této formě sociální služby by pracovníci měli vnímat seniora především jako člověka a měli by k němu přistupovat s důstojností a respektem, který si každý jedinec zaslouží (Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 175). Občan využívající sociální služby je označován jako uživatel nebo klient. Termín uživatel vychází ze zákona o sociálních službách a vyjadřuje příjemce sociální služby; označení klient je v kontextu tématu této práce využíváno v oblasti sociální či zdravotnické praxe (Klíčové pojmy, © 2023). Prvním krokem k poskytnutí uvedené sociální pobytové služby je podání žádosti do konkrétního domova seniorů, následně probíhá sociální šetření v místě momentálního pobytu žadatele, které poskytuje reálný pohled na situaci a potřeby klienta. Při jednání se zájemcem o tuto službu a během probíhajícího šetření k jejímu nastavení by mělo docházet k opakovaným kontaktům se sociálním pracovníkem zařízení, který napomáhá ujasnit potřeby a možnosti klienta v jeho náročné životní i sociální situaci. Současně by mělo dojít k ujasnění si vzájemných reálných očekávání, prvních individuálních cílů a nastavení další spolupráce s rodinou klienta (Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 172). Dalším možným pobytovým sociálním zařízením pro seniory se specifickými potřebami je Domov se zvláštním režimem. Největší počet uživatelů v této sociální službě tvoří klienti s diagnostikovanou demencí různé etiologie, dále zde mohou být ubytovány osoby s určitými psychiatrickými chorobami a osoby s potlačenými závislostmi. Domovy se zvláštním režimem bývají součástí domovů pro seniory nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením (Burda a Šolcová, 2016, s. 22).

## 4.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávkou sociální péče hrazenou ze státního rozpočtu. Je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tyto finance jsou určeny na zajištění sociální služby nebo jiných forem pomoci, které napomohou klientovi zajistit základní životní potřeby. Je poskytován ve čtyřech stupních, kdy každý stupeň závislosti je vymezený počtem základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat a liší se také podle jejího věku (Burda a Šolcová, 2016, s. 69).

Výše příspěvku je vyspecifikována a stanovena zákonem O sociálních službách č. 328/2021 Sb., pro dvě věkové kategorie; první kategorie je určena pro děti od 1 roku do 18 let, druhá pro osoby starší 18 let. Obě zahrnují čtyři stupně závislosti od nejlehčí po úplnou. U druhé věkové kategorie jsou čtyři stupně závislosti, první lehká závislost, druhá středně těžká, třetí těžká a čtvrtá úplná závislost (Malíková, 2020, s. 40; Česko, 2021). Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Pro získání příspěvku na péči je nutné podat žádost na Úřad práce České republiky, následně uskuteční sociální pracovník nejbližší pobočky sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Dále krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti a na základě tohoto posudku vydává krajská pobočka rozhodnutí o tom, zda příspěvek na péči přiznává (Burda a Šolcová, 2016, s. 70).

Výše příspěvku pro jedince starší 18 let za kalendářní měsíc činí u prvního stupně 800 Kč, u druhého 4400 Kč, u třetího 12 800 Kč a u úplné závislosti je to částka 19 200 Kč (Česko, 2021).

Většina domovů pro seniory v současné době preferuje, aby žadatel o tuto sociální službu měl již přiznaný druhý a vyšší stupeň závislosti. Příspěvek na péči u klientů v domovech pro seniory slouží na úhradu péče a náleží celý konkrétní pobytové sociální službě. Lze ho využít pouze na výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy využíván k úhradě péče, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby (Často kladené otázky, [2023]).

## 4.2 Personál v domově pro seniory

V sociálních pobytových službách pro seniory vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči, nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci a sociálně pedagogičtí pracovníci. Personální zajištění v českých pobytových zařízeních vychází přibližně v poměru 1:1,6 v počtu pracovníků na uživatele, přičemž do personálního obsazení jsou započítáni všichni pracovníci v zařízení, včetně těch, kteří se na poskytování přímé péče klientům vůbec nepodílejí; pracovníci úklidu, údržby a jiní. Jeden pracovník v přímé péči pečuje přibližně o 3-15 klientů. Vysoký počet klientů neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci (Malíková, 2020, s. 81).

Sociální pracovník má vyšší odbornou kvalifikaci v oblasti sociálních služeb v zařízení. Spolupracuje s nelékařskými zdravotnickými pracovníky, pracovníky v sociálních službách v přímé péči, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizačním pracovníkem. Provádí edukaci zájemců, žadatelů, klientů, jejich příbuzných a dalších osob (např. zákonné zástupce), provádí sociální poradenství, analytickou a metodickou činnost při zajišťování poskytování sociální služby klientům, vede evidence v sociální oblasti a jejich výsledky zpracovává do statistických výstupů, poskytuje sociální služby klientům v zařízení, respektuje přání, potřeby a požadavky klienta (Malíková, 2020, s. 120)

Všeobecné sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu a sestavují ošetrovatelský plán dlouhodobé péče na základě zhodnocení biopsychosociálních potřeb klienta. Plán vymezuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické režimy a potřeby dalších služeb pečovatelského charakteru. Aby byla zachována dobrá kvalita života, zpravidla se na péči podílí další odborníci, například fyzioterapeuti, ergoterapeuti a nutriční sestra (Ondrušová a kol., 2020, s. 88).

Pracovník v sociálních službách napomáhá klientovi v nácviku jednoduchých denních činností, např. pomoc při hygieně, oblékání, manipulace s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Současně vykonávají základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků (Česko, 2019).

### 4.3 Domov pro seniory POHODA Chválkovice

V následující podkapitole je popsána konkrétní sociální pobytová služba Domov seniorů POHODA Chválkovice v Olomouci, která má přímou souvislost k praktické části této bakalářské práce. V uvedeném domově pro seniory je poskytována nepřetržitá dlouhodobá pobytová sociální služba seniorům s cílem důstojného a plnohodnotného stáří.

Historie tohoto zařízení se započala roku 1941, kdy zde byl zkolaudován městský chudobinec. Instituce se nazývala Siechehaus a pod tímto označením byla katastrálně vedena až do roku 1959. V průběhu II. světové války a v následujících letech po ní zde byli umístováni chovanci ze Sjednocených chudinských ústavů v Olomouci a kapacita zařízení byla kolem 50-60 osob (Historie, © 2020). V roce 1958 začala přístavba pravého křídla budovy. Na počátku 60. let minulého století Městský národní výbor Olomouc přejmenoval toto zařízení na Domov důchodců. Kapacita domova byla tehdy 71 obyvatel. Změnou společenských místností na pokoje obyvatel v následujících letech byla obložnost navýšena na 100 lůžek. Další stavební úpravy proběhly v roce 1970, kdy došlo k rozšíření kuchyně a jídelny. V roce 1978 byla stavba stávajícího domova rozšířena o budovu Domova – penzionu pro důchodce s kapacitou 206 bytových jednotek (Výroční zpráva Domova seniorů POHODA Chválkovice, p. o. za rok 2022, 2023). Penzion byl až do roku 1991 samostatným zařízením Okresního ústavu sociálních služeb. V uvedeném roce byl připojen k Domovu důchodců. Od roku 1992 v rámci humanizace podmínek života obyvatel byla ponížena kapacita Domova důchodců z původních 276 na 201 obyvatel. Této kapacity bylo docíleno snížením počtu obyvatel na jednotlivých pokojích. V roce 2007 došlo s přijetím nového zákona o sociálních službách (č. 328/2021) ke změně názvu i obsahu služby. Domov důchodců se přejmenoval na Domov pro seniory a Domov – penzion pro důchodce na Chráněné bydlení. Od února 2009 se organizace přejmenovala na Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace. V roce 2013 byl otevřený nový pavilon s kapacitou 100 klientů, se 76 jednolůžkovými a 12 dvoulůžkovými pokoji se samostatnými bezbariérovými koupelnami. V současné době je kapacita domova pro seniory 346 klientů Domov pro seniory POHODA pečuje o seniory s cílovou skupinou 60 a více let se ztrátou soběstačnosti způsobenou věkem, změnou zdravotního stavu a se syndromem poruch intelektu získaných v průběhu stáří. Stará se o jedince, kteří z uvedených důvodů nemohou žít ve své vlastní domácnosti a potřebují podporu a pomoc druhé osoby (Historie, © 2020).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRÁCE

Praktická část se věnuje využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory. V praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, kde pomocí kazuistik představujeme aplikaci bazálně ošetrovatelské péče v domově pro seniory u jednotlivých vybraných uživatelů s demencí.

### 5.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat a analyzovat v kazuistikách praktickou aplikaci bazální stimulace v péči u uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory.

Praktickým výstupem práce je vytvoření teoreticko-praktického informačního materiálu o konceptu Bazální stimulace pro všeobecné sestry a pracovníky přímé obslužné péče v konkrétním domově pro seniory.

### 5.2 Metoda výzkumu

Praktická část bakalářské práce je vzhledem k problematice daného tématu zpracována kvalitativním výzkumem designem kazuistik. Kazuistický přístup se využívá především v klinických oborech. Dochází ke zpracování kazuistiky, která se stává popisem případu a jejich vybraných charakteristik, které jsou odlišné, zajímavé a atypické. Nejčastěji je aplikována v oblastech lékařství, zdravotnictví, sociální práce, kdy je případem pacient nebo klient. Cílem je ukázka netradičního, rozdílného nebo pozoruhodného případu. Kazuistiky mohou být chápány jako metodika, postup zpracování nebo jako výstup analytického a diagnostického postupu (Chrastina, 2019, s. 19). Autorky Špatenková a Smékalová (2015, s. 102) v kazuistikách poukazují na případy a situace, kde jsou zachyceny podklady pro učení jiných osob z jejich vlastních získaných zkušeností. Údaje pro kazuistiku lze získat z různých zdrojů. Je žádoucí, aby byly prezentovány aktuální případy ve vztahu k sociální realitě a byla vyjádřena jejich podstata (Hendl, 2016, s. 162).

V rámci našeho výzkumu jsme využili biografickou anamnézu klienta, informace z rozhovorů s rodinami uživatelů, ze zdravotnické dokumentace, ze sociální dokumentace, od členů pracovního týmu (všeobecných sester, sociálního pracovníka, sociálních pracovníků v přímé obslužné péči) a z přímého pozorování.

### 5.3 Charakteristika participantů

Praktická část obsahuje 4 kazuistiky konkrétních uživatelů v domově pro seniory, popisující vliv jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace. Všichni participanté jsou polymorbidní a u všech byla diagnostikována demence, přehledná charakteristika participantů je uvedena v Tabulce 1. V první kazuistice je popsán případ 80leté klientky, trpící vaskulární demencí a Alzheimerovou nemocí s pozdním začátkem. Druhá kazuistika popisuje případ 98leté klientky s těžkou formou vaskulární demence a současně po prodělané pneumonii v prosinci roku 2022. Jako třetí je popsán případ 88letého participanta se středně těžkou formou demence a Parkinsonovou chorobou. Čtvrtý případ popisuje 78letou klientku s vaskulární demencí. Jednotlivé kazuistiky jsou anonymní z důvodu ochrany osobních údajů klientů, kteří jsou v této práci označeni jako participanté a jsou využity zkratky PA 1 – PA 4.

Tabulka 1 - Charakteristika participantů

	Pohlaví	Věk	Lékařská diagnóza	Délka pobytu	Zkratka
Participant 1	Žena	80 let	Vaskulární demence Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem	1 rok	PA 1
Participant 2	Žena	98 let	Vaskulární demence Stp. pneumonii 12/2022	6 let	PA 2
Participant 3	Muž	88 let	Vaskulární demence Parkinsonova nemoc	8 měsíců	PA 3
Participant 4	Žena	78 let	Vaskulární demence	1 a půl roku	PA 4

### 5.4 Organizace výzkumného šetření

Aplikace vybraných technik a prvků konceptu Bazální stimulace pro výzkumné účely praktické části této bakalářské práce probíhala v konkrétním domově pro seniory od ledna do března 2023. Při sběru informací pro kazuistiky jsme vycházeli z biografických údajů klientů, informací od rodinných příslušníků a ze zdravotnické a sociální dokumentace, proto byla podána písemná žádost a byl získán souhlas s umožněním sběru informací

ze zdravotnické a sociální dokumentace, umožněním přístupu k informacím a s pořizováním fotografií pro účely bakalářské práce od vedení konkrétního zařízení pro seniory, od ředitele, vrchní sestry, staniční sestry, vedoucího sociálního úseku. Formuláře jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

Do komplexní péče o určité klienty byly zařazeny vybrané prvky a techniky konceptu Bazální stimulace. U každé zkoumané osoby byly zformulovány cíle, kterých jsme chtěli v rámci bazálně ošetrovatelské péče dosáhnout. Záznam poskytovaných prvků a technik byl prováděn do autorkou předem připraveného záznamového archu (viz Příloha P V). Současně aplikovaná bazální stimulace byla vykazována i v rámci programu PREUS SOFTWARE od Ing. Tomáše Preuse, který je zaměřen na individuální plánování a následné sledování péče o klienty v konkrétním domově pro seniory. Umožňuje nastavit klientovi ošetrovatelský, sociální a zdravotní individuální plán a sledovat provádění z nich vyplývajících plánovaných úkonů, včetně možnosti provádění i sledování neplánovaných činností v konkrétním zařízení.

Praktickým výstupem práce je vytvoření teoreticko-praktického informačního materiálu (viz Příloha P VI) o konceptu Bazální stimulace u seniorů s demencí pro všeobecné sestry a pracovníky přímé obslužné péče v konkrétním domově pro seniory.



## 6 KAZUISTIKY

### 6.1 Kazuistika 1

**Klientka:** PA 1

**Rok narození:** 1943

**Datum přijetí:** 02/2021

**Lékařské diagnózy:** Vaskulární demence, apraxie z důvodu demence, Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem, polyartróza, gonartrosis, varixy na DKK, fractura periprotetica part distalis femoris l. sin po pádu doma 19. 1. 2021;

**Testy a škály:** Barthelové test – 0 bodů (vysoce závislý), MMSE – 4 body (těžká demence) test Northonové – 11 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů);

**Farmakoterapie:** Léky jsou předem drceny, podávány do úst na plastové lžičce, nutná kontrola dutiny ústní. Isicom 100 mg / 25 mg ½ - ½ - ½ (antiparkinsonika), Escitalopram 10 mg 1-0-0 (antidepresiva), Memantin 20 mg 1-0-0 (psychostimulancia), Godasal 100 mg 1-0-0 (antitrombotika);

**Pohybový režim:** Klientka je zcela imobilní, nesoběstačná ve všech základních denních aktivitách života, pravidelně polohována, je u ní zajištěna komplexní ošetrovatelská péče 24 hodin denně;

**Oslovení:** Personál klientce vyká a oslovuje ji příjmením, rodina ji oslovuje: maminko, babičko, přátelé ji oslovují jménem (jméno neuvádíme z důvodu ochrany osobních údajů), cizí lidé ji oslovují jejím příjmením;

**Iniciální dotek:** Levé rameno (blíže vstupním dveřím na pokoji);

**Biografická anamnéza:**

**Doteky:** Klientka snáší dobře doteky pečujících osob, až na doteky v oblasti genitálií. Při hygieně a výměně inkontinenčních plen se snaží oddělovat ruce personálu a zakrývá si genitál, bývá neklidná až agresivní. Neustále rozepíná knoflíky na povlečení;

**Dominance:** Její dominantní strana je pravá;

**Sociální situace:** Bydlela v centru města ve velkém bytě v pátém patře s výtahem spolu s manželem. Pracovala jako prodavačka v prodejně s dámským i pánským oblečením;

**Rodinné vztahy:** Klientka je vdova, má dva syny, kteří ji pravidelně v domově navštěvují;

**Víra/náboženství:** Klientka je nevěřící;

**Aktivity/záliby:** Klientka měla chovnou stanici s habešskými kočkami, jezdila s nimi po výstavách. Klientka o sebe velmi ráda pečovala, navštěvovala salóny, kosmetiku, masáže, manikúru i pedikúru, kde péči o sebe svěřovala odborníkům. Ráda trávila čas se svými syny a vnoučaty, ráda si četla romány pro ženy;

**Vůně:** Během pobytu v domově jsme vyzpozorovali, že má ráda vůni turecké kávy. Jejím zvykem před pobytem v domově bylo pít kávu jednou denně, tento zvyk jsme se snažili zachovat a v odpoledních hodinách jí tureckou kávu vaříme, když jí kávu doneseme na pokoj, usmívá se;

**Stravování:** Jejím oblíbeným jídlem jsou halušky s brynzou a plněné knedlíky. Na pití pije vodu z kohoutku. Nemá ráda slazené nápoje, ani čaje. Každý den pila tureckou kávu. Příjem tekutin i stravy nyní pod dohledem ošetřujícího personálu. Za 24 h / 1500ml tekutin (voda). Dieta kašovitá, potíže s otvíráním úst při příjmu potravy (krmení), obtížné polykání s časovou prodlevou, ponechává pokrm dlouho v dutině ústní. Péče o dutinu ústní prováděna pravidelně několikrát denně;

**Prostředí:** Teplota v pokoji je kolem 23 °C, přímé denní světlo jí vadí;

**Vyprazdňování:** Inkontinence moče i stolice, celodenně inkontinenční pleny, pravidelně měněny;

**Hygiena:** Klientka se doma koupala ve vaně s vlažnou vodou, vlasy si umývala jednou za pět dní, kadeřnice ji vlasy barvila každý měsíc. Klientka je koupána na koupacím lůžku jednou týdně, vlasy ji jednou měsíčně barvíme černou barvou, jak byla zvyklá. Na pokožku využívala hydratační krém Nivea, který používáme také;

**Spánek:** Klientka usíná bez problémů, usíná v poloze na zádech, dle polohovacího schématu je v průběhu noci polohována, spí přibližně sedm hodin. Před spaním byla zvyklá číst si knihu;

**Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:** Iniciální dotek a oslovení, orofaciální stimulace, orální stimulace, polohování pomocí hnízda, taktilně haptická stimulace, optická stimulace;

**Cíl bazální stimulace:** Cílem byla stimulace chuťových vjemů a uvolnění svalového tonu v oblasti obličeje z důvodu zlepšení příjmu potravy, protože klientka málo otevírá ústa při krmení a má potíže při polykání kašovitě stravy. Polohování do hnízda pro zlepšení

vnímání hranic vlastního těla, pro navození pocitu bezpečí a jistoty a celkové relaxaci. Taktilně haptická stimulace pro omezení zvýšené manipulace s horními končetinami. Optickou stimulaci pro aktivizaci paměťové stopy a mozkové činnosti.

#### **Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:**

##### **Orofaciální masáž, analýza poskytované techniky bazální stimulace:**

Klientka byla krmena ošetřujícím personálem Janettovou stříkačkou, protože málo otvírala ústa a měla potíže s polknutím sousta, byla před každým podáváním stravy prováděna orofaciální masáž pro uvolnění svalstva obličeje. Při odchodu i příchodu ke klientce jsme použili iniciální dotek na levém rameni, seznámili jsme ji s aktivitou. Cílem bylo uvolnit napětí čelistního kloubu a svalů. Na obou stranách obličeje se zatlačilo mírně ukazovákem a prostředníkem na čelistní kloub, prováděly se krouživé pohyby po dobu cca 30 sekund, následovala stimulace v obráceném směru. Několika dlouhými tahy jsme promasírovali svalstvo v oblasti tváří a drobnými kruhovými tahy oblast okolí rtů a rty samotné. Délka masáže byla přibližně 2-3 minuty. Po masáži se postupně uvolnil kloub a čelisti, snížila se ztuhlost mimického a žvýkacího svalstva. Výsledkem orofaciální stimulace bylo snížení tonusu obličejového svalstva a čelistního kloubu, kdy se snížila ztuhlost mimického a žvýkacího svalstva. Orofaciální stimulaci klientka přijímala, při aplikaci přivírala oči, doteky neodmítala. Po ukončení stimulace klientka ústa při krmení lépe otevírala a subjektivně se snížil interval při polykání soust. V současné době s orofaciální masáží pokračujeme před každým jídlem.

##### **Orální stimulace, analýza poskytované techniky konceptu Bazální stimulace:**

Klientka je krmena kašovitou stravou za pomoci Janettovy stříkačky. Kvůli zvýšení napětí svalového tonu málo otevírá ústa. Z biografické anamnézy vyplývá, že měla ráda tureckou kávu, pila ji pro její chuť a současně také ze zvyku v odpoledních hodinách. Využili jsme v rámci orální stimulace molitanovou štětičku, kterou jsme nechali nasát kávou. Začali jsme nejprve zvlhčovat rty a následně vložili štětičku do úst. Pohybovali jsme s ní různými směry a poté jsme ji ponechali na straně jazyku. Stimulovali jsme chuťové buňky na jazyku a sliznici dutiny ústní. Při příchodu ke klientce a po ukončení stimulace jsme použili iniciální dotek na levém rameni. Tuto činnost jsme prováděli v odpoledních hodinách, jak byla dříve zvyklá. Během podávání turecké kávy byla ústa pootevřená dostatečně, tak abychom molitanovou štětičku mohli vložit do úst. Klientka se naučila kávu ze štětičky vysát. Uživatelka byla při orální stimulaci klidná a uvolněná. Při podávání kávy štětičkou problém

s pootevřením úst nebyl, pokusili jsme se podávat kávu za pomoci speciálního sacího hrnku s pítkem, ale tyto činnosti neměly kladný efekt, klientka takto podanou kávu odmítala. V současné době podáváme nejprve kávu pomocí štetičky a následně pokračujeme podáváním stříkačkou.

### **Polohování pomocí hnízda a taktilně haptická stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

U klientky jsme kvůli neklidu a rozdělování knoflíků na povlečení využili polohování pomocí hnízda (viz Příloha P I), které poskytuje lepší orientaci na vlastním těle, uvolnění napětí, relaxaci, navození pocitu bezpečí a jistoty. Využívali jsme polštáře a vaky vyplněné polystyrenovými kuličkami. Do rukou ji byla vložena zrzavá chlupatá napodobenina kočky, kterou dostala v minulosti od rodiny darem k narozeninám, protože celý život chovala habešské kočky. Každý pohyb s klientkou byl zahájen iniciálním dotekem, oslovením a vysvětlením poskytované činnosti. U klientky navodila tato metoda zklidnění a určitý tělesný komfort, v této poloze často i usnula. Ke zmírnění manipulace s knoflíky a povlečením byla využita chlupatá maketa kočky. Ze začátku si ji odkládala nebo vyhazovala mimo lůžko a neustále se pokoušela knoflíky na povlečení rozepínat. Postupně jsme dosáhli zklidnění rukou, knoflíky přestala rozepínat a kočku buď držela, nebo dokonce i hladila. Do bazálně ošetrovatelské péče jsme také zapojili rodinu, kdy synové s matkou komunikovali o kočkách a jejich výstavách, protože je dlouhé roky chovala, a také jeden ze synů je stále chová. Jak rodina, tak personál jí opakovaně připomínal její nejoblíbenější habešskou kočku Zulu. Chlupatou plyšovou kočku od syna jsme pojmenovali Zula a po necelých dvou měsících jsme docílili, že ji začala akceptovat ve svém lůžku a začala ji držet a občas i hladit. Tato forma taktilně haptické stimulace pomohla u klientky zklidnit a omezit těkavé a neřízené pohyby rukou a snížila i frekvenci rozepínání knoflíků na povlacích.

### **Optická stimulace, analýza poskytované techniky konceptu bazální stimulace:**

Pro aktivizaci paměťové stopy a mozkové činnosti klientky byla zvolena optická stimulace. „...*Optická stimulace neznamená jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale také poskytnout mu možnost změnit prostředí (alespoň na chvíli opustit pokoj, oddělení, či budovu)*...“ (Friedlová, 2018, s. 112). Do bazálně ošetrovatelské péče jsme zapojili rodinu klientky. Syn chová habešské kočky, kterým se dříve věnovala i klientka. Donesl fotografie rodiny a habešských koček. Její nejoblíbenější kočka byla Zula. Společně jsme vytvořili

koláž (viz Příloha P I), kterou jsme pověsili na pokoji na stěnu a využívali následně při stimulaci.

### **Katamnéza:**

Techniky a prvky konceptu jsme zařadili do běžné komplexní péče o klientku. Před zahájením jakékoliv činnosti nebo intervence byl nejprve využit iniciální dotek, oslovení a byly poskytnuty informace o tom, co bude následovat. Některé aktivity byly nabízeny pouze před konkrétní činností, jiné velmi často a opakovaně během celodenní péče o participantku. Pro zklidnění těkavých a nestálých pohybů rukou pomohla taktilně haptická stimulace za pomoci chlupaté napodobeniny její oblíbené kočky Zuly, kterou měla v blízkosti rukou po celý den. Zpočátku si jí nevšímala, ale po pár dnech ji držela nebo ji hladila. V kombinaci s polohováním do hnízda došlo k uvolnění napětí, celkové relaxaci a navození pocitu bezpečí a jistoty. Klientka byla do hnízda polohována ze začátku během dopoledne a v odpoledních hodinách, následně jsme ji polohovali do této pozice i před spaním. Během noci se polohovala pravidelně. Využívání orofaciální stimulace u klientky mělo efekt při uvolnění napětí čelistních kloubů a svalů, začali jsme ji provádět před každou hygienou dutiny ústní a postupně před podáváním stravy. Současně orální stimulace, která byla prováděna v odpoledních hodinách dle zvyku klientky, přispěla ke stimulaci chuťových vjemů a ve spojení s orofaciální stimulací klientka zvládla otevírat dostatečně ústa. Začínali jsme podávání kávy pomocí molitanové štětičky a následně jsme pokračovali v podávání tekutiny stříkačkou. Zrakové vjemy napomáhají ke zlepšení orientace a schopnosti vnímat okolí. Využili jsme spolupráce se syny klientky, a s jejich pomocí jsme vytvořili koláž s jejími oblíbenými náměty, které zdobily její pokoj.

### **Závěr:**

U klientky s diagnostikovanou vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou s pozdním začátkem došlo při opakovaných aplikacích orofaciální masáže k uvolnění napětí čelistních svalů. Při podávání stravy a tekutin otevírala více ústa. Při orální stimulaci jsme využívali její oblíbenou tekutinu (kávu), kterou jsme vytírali dutinu ústní a rty. Orální stimulace podporuje zkoumání vlastností potravin a tekutin, stimuluje rty a receptory chuti (Kapounová, 2020, s. 142). Za pomoci somatické stimulace technikou polohování hnízda jsme stimulovali vnímání tělesného schématu, a tím eliminovali následky degenerativní habitace. Klientce je tak poskytován poziční komfort, který navozuje příjemné pocity a zajištěn pocit bezpečí a jistoty (Friedlová, 2018, s. 89). Ke zklidnění pohybu rukou byla využita taktilně-haptická stimulace s maketou její oblíbené kočky Zuly, kterou dostala

v minulosti od svého syna. Optická stimulace vychází z toho, že každý z nás, tedy i klient, má ve své paměťové stopě uloženou řadu obrazů a integrace známého předmětu mu pomáhá navodit zklidnění, protože předmět poznává (Malíková, 2020, s. 192). S tímto tvrzením souhlasíme, během doby, kdy se klientka dívala na fotografie habešských koček a rodina i personál si s ní o nich povídali, se usmívala a plyšovou maketu kočky hladila. Optická stimulace by měla bezpodmínečně zohlednit autobiografickou anamnézu klienta a jejich variabilita závisí na kreativitě ošetřujícího personálu (Friedlová, 2018, s. 110). Aplikace technik a prvků konceptu Bazální stimulace pro výzkumné účely této bakalářské práce byla ukončena 31. března 2023. V aplikaci jednotlivých technik a prvků bazální stimulace se v rámci ošetrovatelské péče pokračuje. Je prováděn záznam do programu PREUS Sledovaná péče.

## 6.2 Kazuistika 2

**Klientka:** PA 2

**Rok narození:** 1925

**Datum přijetí:** 08/2017

**Lékařské diagnózy:** Vaskulární demence, st. p. pneumonii 12/2022, chronický tinitus, těžká hypacusis bilat, stav po tranzitorní ischemické atace, ischemická choroba srdeční, stav po totální endoprotéze kyčle 1998, neurastenie, osteoporóza, 11/2021 ve Fakultní nemocnici v Olomouci zavedena PEG sonda pro poruchu příjmu potravy, kvůli opakovanému vytržení PEG, v průběhu roku 2022 provedena 4x výměna;

**Testy a škály:** Barthelové test – 0 bodů (vysoce závislý), MMSE – 0 bodů (těžká demence), test Northonové –13 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů);

**Farmakoterapie:** Léky jsou předem drceny a podávány per PEG. Citalopram 20 mg 1-0-0 (antidepresiva), Erdomed 300 mg 1-0-0 (expektorancia), Kalium chloratum 500 mg 1-1-1 (minerály), Orcal Neo 10 mg ½ -0-0 (blokátor kalciového kanálu), Derin 25 mg 1-0-1(neuroleptika), Amoksiklav 1 g (antibiotika) 1tbl 6:00-14:00-22:00 (od 5. 12. 2022 do 15. 12. 2022);

**Pohybový režim:** Klientka je zcela imobilní, nesoběstačná ve všech základních denních aktivitách života, pravidelně polohována, je u ní zajištěna komplexní ošetrovatelská péče 24 hodin denně;

**Oslovení:** Personál klientce vykává a oslovuje ji příjmením;

**Iniciální dotek:** Levé předloktí, pohlazením od loketní jamky k zápěstí celou rukou;

**Biografická anamnéza:**

**Doteky:** Klientka doteky vnímá dobře;

**Dominance:** Její dominantní strana je levá;

**Sociální situace:** Bydlela v panelovém domě sama celý život. Pracovala jako švadlena;

**Rodinné vztahy:** Blízké příbuzné nemá;

**Víra/náboženství:** Katolické náboženství;

**Aktivity/záliby:** Klientka byla samotářská, ráda si četla klasická česká dramata, ráda pekla dorty a cukroví, chodila na procházky do přírody;

**Vůně:** Oblíbená vůně nespecifikována;

**Stravování:** Vařila si sama, měla ráda českou kuchyni. Jejím oblíbeným jídlem jsou sladké buchty, koláče, cukroví a dorty. Má ráda sladké nápoje (čaj, džus) a slabou kávu jednou denně. Příjem tekutin i stravy nyní pod dohledem zdravotního personálu per PEG. Za 24 h 1000 ml tekutin (převařená voda) a Isosource energy fibre 1500 ml enterální pumpou s noční pauzou od 22:00 do 6:00, BMI 36 (vysoká nadváha);

**Prostředí:** Má ráda teplo, v místnosti je 23 °C;

**Vyprazdňování:** Inkontinence moče i stolice, inkontinenční pleny celodenně, pravidelně měněny;

**Hygiena:** Každý den se v domácím prostředí sprchovala teplou vodou 2x denně. Nyní hygiena prováděna na lůžku teplejší vodou každé ráno kolem 7:00 a večer v 17:00 hod. Zajištěna pravidelná péče o dutinu ústní, rty zvlhčovány kvůli stravě per PEG;

**Spánek:** Před spaním si každý den četla knihy. Spala přibližně 7 hodin. Nyní má problém s usínáním. Spí v poloze na zádech;

**Jiné:** Pravidelně ji chodila navštěvovat její kamarádka a zároveň sousedka, trávily spolu hodně času;

**Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:** Iniciální dotek a oslovení, masáž stimulující dýchání, vibrační stimulace při kontaktním dýchání, orální stimulace, zklidňující somatická koupel, taktilně haptická stimulace, optická stimulace;

**Cíl bazální stimulace:** Masáž stimulující dýchání provádět za účelem uvolnění sputa a navození správné techniky a frekvence dýchání po prodělané pneumonii. Vibrace při kontaktním dýchání provádět v rámci dechové rehabilitace z důvodu odhlenění po pneumonii. Do bazálně ošetrovatelské péče byla zařazena orální stimulace kvůli podávané stravě per PEG. V rámci ranní a večerní toalety a celkové koupele byla využita somatická zklidňující koupel, pro zlepšení vnímání tělesných hranic, navození pocitu jistoty a bezpečí. V rámci péče se zaměřilo také na taktilně-haptickou stimulaci a ovlivnilo se neustálé tahání za PEG sondu, protože u klientky byly projevy symptomu nedostatku taktilně-haptické stimulace. Optickou stimulaci provádět proto, aby okolí klientky nebylo destimulující a připravili jsme pro ni vizuální nástěnku, kde jsme zohlednili autobiografickou anamnézu a vytvořili jsme pro klientku PA 2 koláž fotografií dortů a sladkostí a fotografií přírody.

#### **Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:**

##### **Masáž stimulující dýchání, vibrační stimulace při kontaktním dýchání, analýza poskytované bazální stimulace:**

Z důvodu prodělané pneumonie v prosinci 2022 léčené antibiotiky byla zvolena masáž stimulující dýchání, která umožňuje protažení dýchacích svalů a proventilování plic. Před a po zahájení byl využit iniciální dotek, oslovení a seznámení s činností. Masáž byla prováděna 3 až 5 minut v poloze na boku každé ráno během hygieny a odpoledne při polohování. Využívali jsme tělové mléko. Během masáže se klientka opakovaně rozkašlala, proto jsme ji krátce přerušili a pomocí kontaktních vibračních pohybů jsme podpořili vykašlávání sekretu z dýchacích cest. Postupně přispěla tato technika ke klidnému a pravidelnému dýchání. Do péče jsme opakovaně zařazovali při pneumonii vibrační stimulaci při kontaktním dýchání v poloze na zádech pro lepší odhlenění s dobrým efektem.

##### **Orální stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Výživa je u klientky podávána do PEG sondy, proto je nutné myslet a provádět pravidelnou hygienu dutiny ústní a zajistit orální stimulaci. Dutinu ústní jsme pravidelně zvlhčovali štětičkami PAGAVIT s různými příchutěmi (citron, černý rybíz). Při hygieně dutiny ústní byla využita molitanová štětička namočená v ústní vodě. K připomenutí známých chutí jsme využili molitanové štětičky, které střídavě namáčeli v různých nápojích (slabá káva, sladký čaj, ovocný džus). Tyto štětičky jsme jí vkládali do úst nasáté tekutinou v různých směrech. Tuto stimulaci jsme během dne využívali vícekrát. Před zahájením a po činnosti jsme využili



iniciální dotek, oslovení s popisem aktivity. Tuto stimulaci poskytujeme dlouhodobě v rámci ošetrovatelsko-bazální péče, občas během hygieny dutiny ústní klientka nemá zájem a odmítá molitanovou štětičku s ústní vodou, v těchto situacích používáme jen molitanovou štětičku smočenou v čisté vodě. Klientka se nebrání otevření úst a ani prováděné ústní hygieně. V průběhu našeho výzkumu jsme zjistili, že jí není příjemný konkrétní typ ústní vody, vyzkoušeli jsme během týdne různé ústní vody a našli jsme jednu, která jí vyhovovala, a tu nyní používáme. Po změně ústní vody začala spolupracovat a během hygieny nechává ústa otevřená. Zvlhčování bukalních sliznic a rtů štětičkami s borax-glycerinem snáší bez jakýchkoliv problémů. Při podávání nasáknuté molitanové štětičky slazenými nápoji nebo kávou jsme subjektivně vnímali, že tento přístup klientce vyhovuje, tekutinu ze štětičky aktivně sama vysávala, usmívala se a pokud jí nápoj chutná, štětičku drží v ústech.

#### **Zklidňující somatická koupel, analýza poskytované bazální stimulace:**

Zklidňující somatická koupel byla klientce aplikována v rámci ranní a večerní toalety a při celkové koupeli, proto aby byla klidná, uvolněná a cítila pocit jistoty a bezpečí. Vnímala ji dobře. U koupele byly využity hygienické pomůcky, na které byla uživatelka zvyklá (šampon, sprchový gel, hydratační krém po koupeli). Před a po zahájení koupele byl využit iniciální dotek, oslovení s popisem situace nebo činnosti. Na poskytovanou techniku klientka reagovala pozitivně, byla uvolněná, bez ztuhlosti. Zařazujeme tento přístup v průběhu toalet do běžné ošetrovatelsko-bazální péče, protože uvolňuje svalové napětí a umožňuje naší klientce lépe vnímat hranice těla a tělo jako celek. Tato technika je doporučována u osob s různými typy demencí.

#### **Optická stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Z biografické anamnézy víme, že klientka ráda pekla a měla ráda sladké cukroví a procházky do přírody. Rozhodli jsme se vytvořit koláže fotografií s tematikou pečení a druhou koláž s přírodou (viz Příloha P II). Koláže jsme pověsili na nástěnku a využívali je při vizuální stimulaci a při komunikaci s klientkou. Při rozhovorech jsme mluvili pomalu, zřetelně a krátkými větami. Vypozorovali jsme, že se klientka usmívá při vyprávění o pečení, vyvolali jsme tímto tématem u ní pozornost, byla schopná fixovat obrázky očima a udržela i s personálem delší oční kontakt. Při polohování klientky jsme využili dispozice pokoje a otáčeli jsme lůžko s napolohovanou klientkou směrem k oknu, aby měla výhled do zahrady domova. Zajistili jsme, aby prostředí klientky na pokoji nebylo destimulující, ale aby předměty, které měla v jejím zorném poli, byly pro ni stimulační.

**Taktilně haptická stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Taktilně haptickou stimulaci jsme prováděli pomocí odstřížků různých látek (satén, bavlna, riflovina) proto, abychom omezili nechtěné pohyby rukou, protože si klientka neustále sahala a popotahovala PEG katétr, který si několikrát za rok i vytáhla. Opět jsme pracovali s biografickou anamnézou a využili jsme informace, že v minulosti pracovala jako švadlena. Stimulace pomocí odstřížků látek však neměla očekávaný efekt, a proto jsme využili polohovací pomůcky, malé válečky s přezkou a navlékli je na hřbety klientčiných rukou (viz Příloha P II). Válečky jsou vyplněné polyuretanovou pěnou, povrch je příjemný na dotek. Pomůcky jsme vkládali do dlaní po hygieně a následně několikrát během dne. Eliminovali jsme nekoordinované pohyby rukou a omezili jsme tak možnost vytažení PEG katétru. U naší neklidné klientky, jejíž ruce byly velmi aktivní, nám taktilně-haptická stimulace pomohla k tomu, aby přestala neustále popotahovat PEG katétr.

**Katamnéza:**

Techniky a prvky konceptu jsme zařadili do běžné komplexní péče o klientku. Před zahájením jakékoliv činnosti nebo intervence byl nejprve využit iniciální dotek, oslovení a poskytnuty informace o tom, co bude následovat. Některé aktivity byly nabízeny pouze před konkrétní činností, jiné velmi často a opakovaně během celodenní péče. U klientky poskytovaná masáž stimulující dýchání a vibrační stimulace při kontaktním dýchání po prodělané pneumonii výrazně zlepšila frekvenci dýchání a napomohla k jejímu uklidnění a uvolnění. Nejprve byla prováděna pouze v odpoledních hodinách, aby si klientka navykla, a následně jsme ji prováděli na boku každé ráno během hygieny. V kombinaci masáže stimulujícího dýchání a vibrační stimulace při kontaktním dýchání docházelo k samovolnému vykašlávání hlenu a odhlenění klientky. Při orální stimulaci jsme se klientce snažili nabídnout sladké tekutiny a podpořit emoční chuťové zážitky spojené s minulostí, většinou v odpoledních hodinách (biografická anamnéza – sladkosti a pečení). Hygienu dutiny ústní a zvlhčování sliznic jsme prováděli 5 – 6x denně. Postupně došlo i ke zlepšení spolupráce klientky během provádění hygieny dutiny ústní. Aktivním přístupem jsme zjistili, že ji vadila chuť používané ústní vody a vyměnili jsme ji za jinou. Zklidňující somatickou koupel jsme prováděli v rámci ranní toalety ob den a následně jsme ji zařadili i do večerní toalety, čímž jsme docílili jejího zklidnění a relaxace, současně jsme se snažili navodit pocit bezpečí při zásahu do intimity klientky. Taktilně-haptická stimulace měla efekt v omezení neklidných pohybů rukou, klientka si přestala neustále popotahovat PEG katétr. Využívali jsme polohovací válečky s přezkou, které jsme ji během dne vkládali

do rukou 6–8krát, protože se klientka hodně potila. Vizuální vjemy připomínaly činnosti, které měla dříve ráda, přírodu a pečení, pomohly nám navodit pocit emoční pohody, na pokoji byly neustále. Polohovali jsme ji na bok každé odpoledne, aby měla výhled z okna na přírodu.

### **Závěr:**

Při aplikaci masáže stimulujícího dýchání společně s vibrační stimulací při kontaktním dýchání jsme dosáhli samovolného vykašlávání hlenů a zklidnění frekvence dechu po prodělané pneumonii. Obdobných výsledků dosáhla ve své praxi i autorka Friedlová (2018 s. 173), která ve své knize popisuje v kazuistice č. 23 případ pacienta, který byl velmi zahleněný, a proto při péči o něho zvolila masáž stimulující dýchání, při které začal odkašlávat. U klientky s vaskulární demencí se nám podařilo zlepšit spolupráci během orální stimulace, kdy jsme během hygieny dutiny ústní zjistili, že akceptuje pouze určitý typ ústní vody. Prostor ke stimulaci umožňovala i koupel v rámci ošetrovatelské péče, vycházeli jsme z biografické anamnézy, umývali jsme ji v době, kdy byla na toaletu zvyklá a využívali jsme její oblíbené hygienické a kosmetické přípravky. Docílili jsme toho, že byla klidná, uvolněná a současně jsme se snažili navodit pocit bezpečí při zásahu do intimity klientky. Taktilně-haptická stimulace se zaměřuje na používání známých nebo oblíbených předmětů klienta, které jsou mu vkládány do rukou (Kapounová, 2020, s. 143). U naší klientky jsme využili její odstřížky textilních látek, protože pracovala dříve jako švadlena, avšak bez očekávaného efektu. Proto jsme použili jiné předměty, válečky s přezkou plněné molitanovou pěnou, jejich přítomnost v dlaních klientky vedla k omezení neklidných pohybů tahání za PEG sondu. Pro navození pocitu klidu a dobré emoční nálady jsme do ošetrovatelsko-bazální péče zvolili také optickou stimulaci ve formě koláží přírody a pečení. Pro optickou stimulaci jsou nevhodné abstraktní kresby, které mohou vyvolávat negativní emoce a následně úzkostné stavy (Friedlová, 2018, s. 109).

## **6.3 Kazuistika 3**

**Klient:** PA 3

**Rok narození:** 1935

**Datum přijetí:** 09/2022

**Lékařské diagnózy:** Vaskulární demence, Parkinsonova nemoc, organické poruchy nálady, chronická ischemická choroba srdeční, stav po cévní mozkové příhodě v roce 2007,

esenciální hypertenze, diabetes mellitus II. typu, mozková ateroskleróza, stav po operaci katarakty, stav po totální endoprotéze pravého kolene v roce 1989;

**Testy a škály:** Barthelové test – 30 bodů (vysoce závislý), MMSE – 7 bodů (středně těžká demence), test Northonové – 16 bodů (vysoké riziko vzniku dekubitů);

**Farmakoterapie:** Léky podává všeobecná sestra na plastové lžici do úst klienta – nutná kontrola jejich užití. Isicom 100/25 mg 1 - ½ - ½ (antiparkinsonika), Purinol 100 mg 0-1-0 (antiuratika). Atorvastatin 20 mg (hyplipidemika), Quetiapin 100 mg 0-0-1 (antipsychotika), Trajenta 5 mg 1-0-0 (antidiabetika), Magnesii lactici 0,5 mg 1-1-1 (hořčík), Sertralin 50 mg 1-0-0 (antidepresiva), Agen 5 mg 1-0-0 (blokátory kalciových kanálů), Ramipril 5 mg 1-0-0 (hypotenziva);

**Pohybový režim:** Klient je ležící na antidekubitní nafukovací matraci s kompresorem, zcela imobilní, schopen vertikalizace do sedu s pomocí a podporou druhé osoby, klient je nesoběstačný ve všech základních denních aktivitách života, je u něj zajištěna komplexní ošetrovatelská péče 24 hodin denně;

**Oslovení:** Personál klienta oslovuje příjmením a vyká mu. Rodina ho oslovuje: tati, tatínku, dědo;

**Iniciální dotek:** Pravé rameno;

**Biografická anamnéza:**

**Doteky:** Klient vnímá doteky dobře;

**Dominance:** Jeho dominantní strana je pravá;

**Sociální situace:** Bydlel v rodinném domě s manželkou. Celý život pracoval v dolech v prašném prostředí;

**Rodinné vztahy:** Je vdovec, manželka umřela před pěti lety. Má tři syny, šest vnoučat;

**Víra/náboženství:** Klient je nevěřící;

**Aktivity/záliby:** Rád poslouchá české lidové písně, sám rád zpívá. Dříve chodil do pěveckého sboru;

**Vůně:** Nemá vyspecifikovanou oblíbenou vůni;

**Stravování:** Má rád chléb, nemá rád veku a rohlíky. Více mu chutnají teplá jídla než studená. Nyní má dietu kašovitou diabetickou, která mu moc nechutná. Rodina mu dováží svá jídla, která uvaří. Tekutiny přijímá ze speciální láhve s pítkem;

**Prostředí:** Klient má rád společnost, do podzimu 2022 se rád účastnil kolektivního cvičení, povídání, zpívání. Během dne sleduje televizi, konkrétně hlavně sportovní kanály a Šlágr;

**Vyprazdňování:** Klient má zaveden permanentní močový katetr kvůli retenci moče; je sledována bilance tekutin. Trpí inkontinencí stolice, má celodenně inkontinenční pleny, které jsou pravidelně měněny.

**Hygiena:** Klient se dříve koupal jednou denně. Nyní v domově je prováděna ranní a večerní toaleta. K umývání využíváme hygienické potřeby, na které byl klient zvyklý (šampón, sprchový gel). Pokožku si žádnými krémy nenatíral. Každé ráno se holil, tento zvyk se snažíme zachovávat a u hygieny ho holíme holicím elektrickým strojkem, jak byl zvyklý;

**Spánek:** Klient byl zvyklý chodit spát v pozdních nočních hodinách mezi 22:00 nebo 23:00 hod. V současné době se během noci často budí a vstává velmi brzy kolem 5 hod. ranní. Kvalita spánku je nedostatečná, spí maximálně šest hodin, někdy i méně. Během dne odpočívá a pospává, pravidelně usíná po obědě;

**Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:** Iniciální dotek a oslovení, auditivní stimulace, vestibulární stimulace, povzbuzující somatická masáž, mikropolohování, optická stimulace;

**Cíl bazální stimulace:** Auditivní stimulace provádět z důvodu navození emoční pohody u klienta, ke stimulaci vnímání klienta vyvoláním vzpomínek a k navázání kontaktu s klientem. Využívat při auditivní stimulaci biografie klienta, protože byl dlouholetý člen pěveckého souboru, nabízet lidové písně. Povzbuzující somatické masáže využívat ke zvýšení jeho pozornosti před polohováním a vertikalizací do sedu, ke stimulaci jeho tělesné schéma a k navození spolupráce. Vestibulární stimulaci využívat před vertikalizací klienta do sedu na lůžku s dolními končetinami z lůžka. Využívat jak nepatrné pohyby hlavou, tak metodu ovesného klasu, aby se redukovaly závratě a příprava organismu na mobilizaci. Mikropolohování provádět za účelem stimulace a stabilizace vnímání tělesného schématu. Optická stimulace byla do bazálně-ošetrovatelské péče zavedena hned při přijetí klienta do domova, kdy byly do jeho pokoje instalovány fotografie rodiny klienta a výrobky od jeho vnuček a vnuků, aby prostředí pokoje nebylo destimulující.

## **Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace**

### **Auditivní stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Před i po zahájení/ukončení činnosti jsme se přivítali a loučili se stejnými slovy, využili iniciální dotek a oslovení. U klienta byla zavedena auditivní stimulace z důvodu podpory komunikačních schopností, k navázání důvěrného a přátelského kontaktu s pracovníky domova, k vyvolání příjemných vzpomínek. Snahou také bylo klienta aktivizovat v průběhu dne, aby nespával přes den a aby se zlepšila kvalita spánku v noci. Stimulace byla individuální, poskytovaná na pokoji, s klientem se vedl rozhovor, předčítalo se mu z knihy, zpívalo se s ním nebo mu pouštěli hudbu z CD přehrávače nebo televize (viz Příloha P III). Zapojena byla i rodina klienta, donesli na disku nahraná videa, která byly natáčena v průběhu života našeho participanta a personál je mu mohl přehrávat na televizi. Klient vnímal tyto aktivity pozitivně, snažil se zapojovat do zpěvu. Docílili jsme toho, že během dvou měsíců u konkrétních lidových písní, které jsme stále opakovali, byl schopen si vzpomenout na refrén a jejich melodii si i sám pobrukoval.

### **Vestibulární stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Před zahájením činnosti byl nejprve využit iniciální dotek, oslovení a poskytly se informace k aktivitě, která bude následovat. Klient byl ležící na polohovacím lůžku s antidekubitní matrací, byl schopen se za pomoci a opory druhé osoby posadit na lůžku s dolními končetinami dolů. Využívali jsme vždy při jakékoliv změně polohy malé kývavé pohyby hlavou do stran a před vertikalizací do sedu v dopoledních hodinách personál prováděl techniku ovesného klasu (viz Příloha P III), kdy se klečelo za klientem, byla mu zajištěna pevná opora tělem terapeuta a prováděl se pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Prostřednictvím poskytované vestibulární stimulace se nám podařilo během dvou měsíců zmírnit obavy a strach klienta ze změny polohy jak v lůžku, tak při vertikalizaci do sedu. Po 6 týdnech jsme ho za pomoci závěsného systému poprvé vysadili do křesla. Tento pokus sice neměl zcela pozitivní efekt, klientovi se při vysazování zrychlila frekvence dýchání, začal být neklidný a objevil se třes celého těla. V křesle sedět nevydržel kvůli neklidu a nekoordinovaným pohybům ze strany na stranu, tuto aktivitu jsme již neopakovali.

### **Povzbuzující somatická masáž, analýza poskytované bazální stimulace:**

U klienta byla aplikována povzbuzující somatická masáž před každou vertikalizací do sedu přibližně 5-8 minut. Před zahájením činnosti jsme nejprve využili iniciální dotek, oslovení a vysvětlení situace, která bude následovat. Stimulaci jsme prováděli proti chlupu, vedli jsme

ji od obličeje, přes hrudník na končetiny. Povzbuzující somatická masáž byla prováděna denně s cíleným efektem podpory klientova vnímání tělesného schématu a zvýšení jeho pozornosti, podařilo se nám jej povzbudit ke spolupráci při následující změně polohy. V rámci somatické stimulace jsme prováděli také mikropolohování pomocí srolované fleecové deky při změně polohy, podložení zad a dolních končetin.

### **Optická stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Optická stimulace byla do bazálně ošetrovatelské péče zavedena hned při přijetí klienta do domova, kdy byl jeho pokoj vyzdoben fotografiemi rodiny klienta a rukodělnými výrobky jeho vnuček a vnuků (viz Příloha P III). Během dne klient fotografie a výtvary pozoroval, komentoval je s personálem, usmíval se. Fotografie personálu pomáhaly navázat kontakt s participantem a byly obsahem mnoha rozhovorů s ním. Optická stimulace byla do péče zařazena promyšleně a cíleně, byla zapojena rodina, tím, že přinesla a nosila i v průběhu pobytu fotografie a výtvary. Prostředí pokoje s uvedenými předměty se tak stalo stimulujícím.

### **Katamnéza:**

Techniky a prvky konceptu jsme zařadili do běžné komplexní péče o klienta. Před zahájením jakékoliv činnosti nebo intervence byl nejprve využit iniciální dotek, oslovení a byly poskytnuty informace o tom, co bude následovat. Některé aktivity byly nabízeny pouze před konkrétní činností, jiné velmi často a opakovaně během celodenní péče o klienta. Na začátku jsme v rámci auditivní stimulace zařazovali a využívali poslech písní, postupně jsme přidávali i zpěv známých a jednoduchých lidových písní až jsme v posledních 2 týdnech přidali i předčítání z oblíbené knihy Saturnin. Auditivní stimulace byla zařazována postupně až 5 x denně. Stimulace přispěla k podpoře komunikačních schopností, k navázání důvěrného a přátelského kontaktu s pracovníky domova, k vyvolání příjemných vzpomínek. Tím, že byl participant aktivizován v průběhu dne, nespal přes den a zlepšila se kvalita spánku v noci. Povzbuzující somatická masáž byla prováděna denně, nejprve částečně na dolních a horních končetinách, po 3 týdnech celková masáž s cíleným efektem podpory klientova vnímání tělesného schématu a zvýšení jeho pozornosti, pomáhala nám připravit klienta ke změně polohy. Protože byl klient téměř imobilní, bylo nutné ho polohovat, celodenně při polohování bylo využíváno mikropolohování a postupně se vertikalizoval do sedu, využívali jsme celodenně vždy při jakékoliv změně polohy klienta

v lůžku malé kývavé pohyby hlavou do stran a po 4 týdnech jsme zařadili jedenkrát denně před vertikalizací do sedu v dopoledních hodinách techniku ovesného klasu. Prostřednictvím poskytované vestibulární stimulace se nám podařilo během dvou měsíců zmírnit obavy a strach klienta ze změny polohy jak v lůžku, tak při vertikalizaci do sedu. Optická stimulace byla do bazálně ošetrovatelské péče zavedena hned při přijetí klienta do domova, kdy byly na jeho pokoj instalovány fotografie rodiny a rukodělné výrobky jeho vnuček a vnuků. Rodina se stále zapojovala a nosila nové a další fotografie a výtvary.

### **Závěr:**

Rodina klienta se aktivně zapojila do bazálně ošetrovatelské péče, přinášeli fotografie, výrobky vnuků a rodinné nahrávky, které byly umístěny do jeho pokoje a bylo vytvořeno podporující a stimulující prostředí. Auditivní stimulace ve formě poslechu písní, zpěvu a předčítání knihy byla nabízena a aplikována z důvodu podpory komunikačních schopností, k navázání důvěrného a přátelského kontaktu s pracovníky domova, k vyvolání příjemných vzpomínek. Připomínáním vzpomínek ze života klienta budujeme u něho pocit jistoty a bezpečí a navazujeme přátelské a důvěrné vazby s personálem (Tomová a Křivková, 2016, s. 112). Aktivizací participanta v jeho volném čase v průběhu dne jsme docílili toho, aby nespával přes den a tím se zlepšila jeho kvalita spánku. Vestibulární stimulací, nepatrnými pohyby hlavy a metodou ovesného klasu, jsme redukovali závrat' z otáčivých pohybů, snížili obavy a strach ze změny polohy a připravili klienta na změnu polohy a na vertikalizaci do sedu. Přesun z lůžka do křesla neměl očekávaný efekt, proto jsme ho znovu neopakovali. Před vertikalizací do sedu jsme zařadili povzbuzující somatickou stimulaci, která pomohla zvýšit svalový tonus a podpořila klientovu aktivitu. Aplikace poskytovaných technik a prvků konceptu Bazální stimulace u klienta bude zařazena do péče dále i mimo výzkum bakalářské práce a zaznamenávána do programu PREUS Sledovaná péče.

## **6.4 Kazuistika 4**

**Klientka:** PA 4

**Rok narození:** 1945

**Datum přijetí:** 09/2021

**Lékařské diagnózy:** Vaskulární demence, esenciální hypertenze, mozková ateroskleróza, hypokalemie, stp. totální endoprotéze kyčle v roce 2003, anémie, polyneuropatie;



**Testy a škály:** Barhelové test – 20 bodů (vysoce závislý), MMSE – 8 bodů (středně těžká demence), test Northonové – 11 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů);

**Farmakoterapie:** Léky podává všeobecná sestra na plastové lžící do úst – nutná kontrola jejich užití. Acidum folicum 10 mg 0-1-0 (antianemika), Godasal 100 mg 0-1-0 (antitrombotika), Controloc 20 mg 1-0-0 (antacida), Kalium chloratum 500 mg 1-0-0 (soli a ionty), Neurontin 100 mg 1-0-1 (antiepileptika);

**Pohybový režim:** Klientka je zcela imobilní, nesoběstačná ve všech základních denních aktivitách života, pravidelně polohována, je u ní zajištěna komplexní ošetrovatelská péče 24 hodin denně;

**Oslovení:** Personál klientce vykává a oslovuje ji příjmením. Rodina ji oslovuje: maminko, babičko;

**Iniciální dotek:** Byl zvolen na levé horní končetině;

**Biografická anamnéza:**

**Doteky:** Klientka je lechtivá v podpaží, na bocích a na ploskách nohou;

**Dominance:** Její dominantní strana je levá;

**Sociální situace:** Bydlela v domě s manželem. Pracovala jako prodavačka potravin;

**Rodinné vztahy:** Je vdaná, má jednu dceru a dvě vnoučata. Pravidelně ji navštěvují;

**Víra/náboženství:** Římskokatolické náboženství;

**Aktivity/záliby:** Klientka ráda chodila na procházky do přírody, ráda si četla cestopisy a vařila;

**Vůně:** Její oblíbenou vůní je parfém od dcery;

**Stravování:** Dříve vařila sama pro sebe i pro svou rodinu. Jejím oblíbeným jídlem jsou slaná jídla. Má ráda sladké nápoje (čaj, džus). Příjem tekutin i stravy nyní pod dohledem ošetrujícího personálu. Za 24 h / 2000 ml tekutin (voda). Tekutiny přijímá ze speciální lahve s pítkem. Stravu má kašovitou, je krmena;

**Prostředí:** Má ráda chladno, v místnosti 22 °C. Měla ráda společnost, ruch z okolního prostředí jí nevadí;

**Vyprazdňování:** Inkontinence moče i stolice, celodenně inkontinenční pleny, které jsou pravidelně měněny;

**Hygiena:** Byla zvyklá se sprchovat teplem vodou jednou denně před spaním. Nyní hygiena prováděna na lůžku teplem vodu každé ráno. Snažili jsme se zachovat její návyk koupele, večer je hygiena prováděna po večeři. Zajištěna pravidelná péče o dutinu ústní;

**Spánek:** Před spaním byla zvyklá sprchovat se teplou sprchou, potom sledovala televizi. Usíná v poloze na pravém boku, dle polohovacího schématu je v průběhu noci polohována, spí přibližně 8 hodin;

**Jiné:** Pravidelně ji chodí navštěvovat rodina. Dcera s vnučkou ji navštěvují s jejich psem Miou;

**Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:** Iniciální dotek a oslovení, prvky z canisterapeutické metody, optická stimulace, auditivní stimulace;

**Cíl bazální stimulace:** Prvky canisterapeutické metody byly do bazálně ošetrovatelské péče zvoleny z důvodu podpory jemné a hrubé motoriky klientky, podněcovala se verbální a neverbální komunikace, zvýšila se její pozornost a ovlivnila nálada. Optická stimulace nabízena z důvodu omezení strachu ze samoty a navození příjemných vzpomínek na rodinu. Klientka trávila volný čas s rodinou, stále i po osmi měsících je pro ni těžké být bez nejbližších členů. Od rodiny jsme zjistili, že mají mnoho nahrávek, na kterých jsou důležité momenty jejich života, z tohoto důvodu byla zvolena auditivní stimulace s aktivní spoluprací s rodinou.

**Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace a další metody:**

**Prvky canisterapeutické metody, analýza poskytované metody:**

Dcera klientky chodila pravidelně na návštěvy s fenkou rasy pomeranian jménem Mia, která měla osm měsíců. V přítomnosti psa byla klientka více uvolněná a klidná. Domluvili jsme s dcerou klienty na třech dnech v týdnu, kdy přicházela se psem na návštěvu. A trávila v zařízení jednu až dvě hodiny. S podporou jiné canisterapeutické průvodkyně, která dochází opakovaně do různých zařízení se svým psem, jsme do péče zahrnuli prvky canisterapie pro zlepšení psychického stavu klientky, omezení úzkostných stavů a uzavřenosti. Mia byla štěně, byla přátelská, dalo se s ní pracovat. Mimochodem tyto návštěvy byly impulsem pro majitelku fenky a započítí canisterapeutického výcviku Mii. Využívali jsme pozitivního vlivu psa na klientku, k její relaxaci, a kladnému vlivu na psychiku. Klientka byla s Miou uvolněná a usmívala se (viz Příloha P IV). Vzhledem k imobilitě klientky jsme psa dávali během návštěv do lůžka, hladila si ji, zkoušela ji vyčesávat hřebenem. Podávala jí psí granulky anebo jí házela v poloze polosedu po pokoji. Obdobně fungovala i při házení

míčku. Hry se odvíjely od toho, jak klientka a Mia spolupracovaly a od kreativity pracovníků a dcery. Poskytované prvky canisterapie nebyly vedeny odborným týmem ani canisterapeutem a byly závislé na domluvě mezi dcerou klientky a personálem. Vnímali jsme pozitivní účinek pejska na klientku. Během každé návštěvy i po ní se usmívala, byla uvolněná, zrelaxovaná a mnohem více s námi spolupracovala. Po odchodu dcery jsme měli společné téma k rozhovorům, participantka byla více komunikativní. Při aktivitách se psem jsme u klientky podpořili jemnou a hrubou motoriku, komunikaci, udržovali jsme citové a rozumové a pohybové schopnosti.

### **Optická a auditivní stimulace, analýza poskytované bazální stimulace:**

Pro omezení úzkostných stavů ze samoty, plačtivých stavů a navození příjemných vzpomínek byla zvolena optická stimulace. Rodinní příslušníci se zde aktivně zapojili, přinesli fotografie, nahrávky a důležité osobní předměty ze života klientky. Ve fotoalbu označili jednotlivé osoby popisky. Při prohlížení snímků klientka zkoušela identifikovat jednotlivé osoby a personál byl schopen adekvátně reagovat. Pokoj byl vyzdoben fotografiemi v rámu na zdi a osobní předměty jsme rozprostřeli, eventuálně jsme je přesunovali tak, aby je měla v zorném poli i při pravidelném polohování. Na pokoji jsme umístili hodiny i velký kalendář s nastavováním aktuálního dne, měsíce a roku. Optická stimulace přispěla ke zlepšení orientace i k uklidnění úzkostných stavů, napomohla k eliminaci plačtivých stavů participantky. Během prohlížení fotografií a popisování osob na snímcích jsme si u klientky všimli změn v mimických reakcích, reagovala úsměvem nebo zamračením na konkrétní osobu. Optickou stimulaci jsme kombinovali s auditivní stimulací a zařadili jsme ji do péče opět s pomocí rodiny klientky. Na flash disku dcera přinesla oblíbené písničky a video záznamy z důležitých momentů klientčina života. Pokud klientka měla náladu, písničky a nahrávky jsme ji pouštěli přes televizi po obědě. V prvním týdnu pouštění audiozáznamu, ale mělo to na klientku negativní vliv, často u nich plakala a vzlykala, už jsme byli rozhodnutí, že nebudeme tuto aktivitu nabízet. Ale v dalším týdnu se zapojila do této činnosti rodina, manžel participantky si s ní videozáznam pustil a komentoval jednotlivé okamžiky na videu. Klientka se svého manžela chytla za ruku a velmi soustředěně a upřeně celý záznam pozorovala. S rodinou jsme se domluvili, že záznam bude pouštěn pouze v jejich přítomnosti. Tato stimulace s využitím reminiscenčních prvků nám pomohla aktivovat a udržovat citové a rozumové schopnosti.

**Katamnéza:**

Vybrané techniky a prvky konceptu jsme zařadili do běžné komplexní péče o tuto participantku. Před zahájením jakékoliv činnosti nebo intervence byl nejprve využit iniciální dotek, oslovení a byly poskytnuty informace o tom, co bude následovat. Některé aktivity byly nabízeny pouze před konkrétní činností, jiné velmi často a opakovaně během celodenní péče o klienta. Prvky canisterapeutické metody byly nabízeny jen velmi ojediněle. Postupně jsme se domluvili s dcerou klientky na pravidelných návštěvách až 3x týdně. Využívali jsme pozitivního vlivu psa na klientku k její relaxaci a kladnému vlivu na psychiku. Optická stimulace byla využívána v průběhu celého dne, rodina na náš popud přinesla rodinné fotografie, které jsme umístili v pokoji, a vytvořilo se stimulující prostředí na pokoji; 2–3x týdně jsme pracovali také s albem fotografií při rozhovorech s klientkou a reminiscenční terapii. Klientce byly v průběhu celodenní péče postupně při polohování obměňované předměty v zorném poli. V prvním týdnu jsme pustili participantce audiozáznam pořízený rodinou, ale měl na klientku negativní vliv, plakala, rozhodli jsme, že nebudeme tuto aktivitu nabízet, ale v dalším týdnu se zapojila do této činnosti rodina, manžel participantky si s ní videozáznam pustil a komentoval jednotlivé okamžiky na video, záznam s komentářem upoutal její pozornost, proto jsme se s rodinou domluvili, že záznam bude pouštěn pouze v jejich přítomnosti.

**Závěr:**

Aplikované techniky a prvky konceptu Bazální stimulace byly u klientky voleny na základě aktivní spolupráce s rodinou klientky. Rodina byla velmi nápomocná a poskytla mnoho předmětů a fotografií, oblíbené písně, audiozáznam se zajímavými rodinnými událostmi. Všechny uvedené objekty jsme využili při bazálně-ošetrovatelské péče. Optická stimulace přispěla ke zlepšení orientace i k uklidnění úzkostných stavů, napomohla k eliminaci plačtivých stavů participantky. Fotografie a předměty pomohly proměnit destimulující prostředí pokoje ve stimulující. Posílil se u ní pocit jistoty a bezpečí a zlepšila se jí nálada. Šarmanová (2019, s. 56) uvádí podobné výsledky ve své bakalářské práci, kdy popisuje případ 92leté pacientky s Parkinsonovou chorobou, která byla dlouhodobě hospitalizována. Destimulační prostředí pokoje vyvolávalo u pacientky plačtivé a úzkostné stavy a optická stimulace pomocí osobních fotografií a dalších fotek změnila prostředí pokoje na stimulační a současně ovlivnila naladění pacientky. Kombinace optické a auditivní stimulace nám pomohla navázat kontakt s klientkou, využili jsme také reminiscenční terapie. Postupně jsme budovali pocit bezpečí a jistoty a pokusili se rozptýlit pozornost. Prvky z canisterapie jsme

do péče zařadili proto, že jsou metodou, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Klade důraz na řešení psychologických, citových a sociálně interakčních problémů. Navozuje psychickou pohodu, zlepšuje jemnou hrubou motoriku, působí na emoční stránku člověka (Müller, 2014, s. 475). Klientka byla s fenkou Miou uvolněná a usmívala. Veškeré aktivity se odvíjely od toho, jak klientka a Mia spolupracovaly a od kreativity pracovníků a dcery. Poskytované prvky canisterapeutické metody nebyly vedeny odborným týmem ani canisterapeutem, ale řídili jsme se instrukcemi canisterapeutické průvodkyně. Během návštěv i po nich jsme vnímali pozitivní vliv psa na klientku, participantka se usmívala, byla uvolněná, zrelaxovaná a mnohem lépe s námi spolupracovala.

## 6.5 Shrnutí kazuistik

V následujících tabulkách jsou shrnuty informace o jednotlivých klientkách a jsou shrnuty aplikované techniky a prvky bazálně stimulující péče s jejich výsledným efektem.

**Tabulka 1 – kazuistika 1**

<p><b>PA 1:</b></p> <p><b>Rok narození:</b> 1943</p> <p><b>Datum přijetí:</b> 02/2021</p> <p><b>Lékařská diagnóza:</b> Vaskulární demence Alzheimerova nemoc s pozdním</p> <p><b>Pohybový režim:</b> Imobilní</p> <p><b>Testy a škály:</b></p> <p><b>Barthelové test</b> – 0 bodů (vysoce závislý)</p> <p><b>MMSE</b> – 4 body (těžká demence)</p> <p><b>Stupnice dle Nortonové</b> – 11 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů)</p>	<p><b>Aplikované techniky, prvky a cíle:</b></p> <p>Orální stimulace byla aplikována s cílem stimulace chuťových vjemů a uvolnění svalového tonu v oblasti obličeje z důvodu zlepšení příjmu potravy, protože klientka málo otevírá ústa při krmení a má potíže při polykání kašovitě stravy.</p> <p>Polohování do hnízda mělo za cíl zlepšit vnímání hranic vlastního těla, navodit pocit bezpečí a jistoty a celkové relaxace.</p> <p>Taktilně haptická stimulace byla využita pro omezení zvýšené manipulace s horními končetinami.</p> <p>Optická stimulace aktivizovala paměťové stopy a mozkové činnosti.</p>
<p><b>Efekt bazálně stimulující péče, který ovlivnil klienta/ku:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zklidnění těkavých a nestálých pohybů rukou;</li> <li>- uvolnění napětí, celková relaxace a navození pocitu bezpečí a jistoty;</li> <li>- uvolnění napětí čelistních kloubů;</li> <li>- stimulace chuťových vjemů;</li> <li>- zvládla otevírat dostatečně ústa;</li> <li>- zlepšení orientace a schopnosti vnímat okolí.</li> </ul>	

Tabulka 2 – kazuistika 2

<p><b>PA 2:</b></p> <p><b>Rok narození:</b> 1925</p> <p><b>Datum přijetí:</b> 08/2017</p> <p><b>Lékařská diagnóza:</b> Vaskulární demence stp. pneumoni 12/2022</p> <p><b>Testy a škály:</b></p> <p><b>Barthelové test</b> – 0 bodů (vysoce závislý)</p> <p><b>MMSE</b> – 0 body (těžká demence)</p> <p><b>Stupnice dle Nortonové</b> – 13 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů)</p> <p><b>Pohybový režim:</b> Imobilní</p>	<p><b>Aplikované techniky, prvky a cíle:</b></p> <p>Masáž stimulující dýchání byla prováděna za účelem uvolnění sputa a navození správné techniky a frekvence dýchání po prodělané pneumonii.</p> <p>Vibrace při kontaktním dýchání byly prováděny v rámci dechové rehabilitace z důvodu odhlenění po pneumonii.</p> <p>Pomocí orální stimulace jsme podpořili emoční chuťové zážitky, prováděli hygienu a pravidelně zvlhčovali sliznice dutiny ústní.</p> <p>Somatická zklidňující koupel byla zvolena pro zlepšení vnímání tělesných hranic a navození pocitu jistoty a bezpečí.</p> <p>Taktilně-haptická stimulace měla za cíl ovlivnit neustálé tahání za PEG sondu.</p> <p>Optická stimulace byla zařazena proto, aby okolí klientky nebylo destimulující.</p>
<p><b>Efekt bazálně stimulující péče, který ovlivnil klienta/ku:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zlepšila se frekvence dýchání;</li> <li>- uklidnění a relaxace;</li> <li>- navození pocitu bezpečí při zásahu do intimity klientky;</li> <li>- samovolné vykašlávání hlenu a odhlenění klientky;</li> <li>- podpořili jsme emoční chuťové zážitky;</li> <li>- zlepšení spolupráce klientky během provádění hygieny dutiny ústní;</li> <li>- navození pocitu emoční pohody.</li> </ul>	

Tabulka 3 – kazuistika 3

<p><b>PA 3:</b></p> <p><b>Rok narození:</b> 1935</p> <p><b>Datum přijetí:</b> 09/2022</p> <p><b>Lékařská diagnóza:</b> Vaskulární demence Parkinsonova nemoc</p> <p><b>Testy a škály:</b></p> <p><b>Barthelové test</b> – 30 bodů (vysoce závislý)</p> <p><b>MMSE</b> – 7 bodů (středně těžká demence)</p> <p><b>Stupnice dle Nortonové</b> – 16 bodů (vysoké riziko vzniku dekubitů)</p> <p><b>Pohybový režim:</b> Mobilní s dopomocí</p>	<p><b>Aplikované techniky, prvky a cíle:</b></p> <p>Auditivní stimulace byla zvolena z důvodu navození emoční pohody, ke stimulaci vnímání vyvoláním vzpomínek a k navázání kontaktu s klientem.</p> <p>Povzbuzující somatická masáž byla využita kvůli zvýšení pozornosti před polohováním a vertikalizací do sedu, ke stimulaci tělesného schématu a k navození spolupráce.</p> <p>Vestibulární stimulace měla za cíl připravit klienta před vertikalizací do sedu na lůžku s dolními končetinami z lůžka a redukovala závratě.</p> <p>Mikropolohování provádět za účelem stimulace a stabilizace vnímání tělesného schématu.</p> <p>Optická stimulace byla zvolena, proto, aby prostředí pokoje nebylo destimulující.</p>
<p><b>Efekt bazálně stimulující péče, který ovlivnil klienta/ku:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podpora komunikačních schopností, navázání důvěrného a přátelského kontaktu s pracovníky domova;</li> <li>- vyvolání příjemných vzpomínek;</li> <li>- navození pocitu jistoty a bezpečí;</li> <li>- zlepšila se kvalita spánku;</li> <li>- redukce závratí z otáčivých pohybů, snížení obav ze změn pohybu;</li> <li>- zvýšení svalového tonusu;</li> <li>- zvýšení klientovi aktivity.</li> </ul>	



Tabulka 4 – kazuistika 4

<p><b>PA 4:</b></p> <p><b>Rok narození:</b> 1945</p> <p><b>Datum přijetí:</b> 09/2021</p> <p><b>Lékařská diagnóza:</b> Vaskulární demence</p> <p><b>Testy a škály:</b></p> <p><b>Barthelové test</b> – 20 bodů (vysoce závislý)</p> <p><b>MMSE</b> – 8 bodů (středně těžká demence)</p> <p><b>Stupnice dle Nortonové</b> – 11 bodů (velmi vysoké riziko vzniku dekubitů)</p> <p><b>Pohybový režim:</b> Imobilní</p>	<p><b>Aplikované techniky, prvky a cíle:</b></p> <p>Prvky canisterapeutické měli za cíl podpořit jemnou a hrubou motoriku, podněcovala se verbální a neverbální komunikace, zvýšila se její pozornost a ovlivnila nálada.</p> <p>Optická stimulace s kombinací auditivní stimulace měla za cíl omezit strach ze samoty, budovat pocit bezpečí a jistoty, rozptýlit pozornost a navodit příjemné vzpomínky na rodinu, kdy bylo využito také reminiscenční terapie.</p>
<p><b>Efekt bazálně stimulující péče, který ovlivnil klienta/ku:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zlepšení orientace;</li> <li>- uklidnění úzkostných stavů, eliminace plačtivých stav;</li> <li>- posílení pocitu jistoty a bezpečí;</li> <li>- zlepšila se jí nálada;</li> <li>- navození psychické pohody;</li> <li>- zlepšení jemné a hrubé motoriky;</li> <li>- uvolnění;</li> <li>- lepší spolupráce klientky s personálem.</li> </ul>	

## 7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo popsat a analyzovat v kazuistikách praktickou aplikaci bazální stimulace v péči u uživatelů s diagnostikovanou demencí v konkrétním domově pro seniory.

Bazální stimulace umožňuje klientovi, aby vnímal hranice svého těla, okolní svět a přítomnost ostatních osob. Umožňuje navázat komunikaci s okolím, napomáhá k lepší orientaci a zlepšuje funkce organismu. Při poskytování bazálně ošetrovatelské péče nejsou potřebné nadstandartní pomůcky nebo přístroje, nevyžaduje se ani žádné finanční zatížení pro zařízení, požadavkem je dostatečně vyškolený personál, jeho pochopení a spolupráce všech členů týmu (Friedlová, 2018, s. 17).

Vybraným participantům v rámci výzkumu byla aplikována bazálně ošetrovatelská péče po dobu třech měsíců. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou jednotliví klienti označeni zkratkami PA 1 – PA 4. Techniky a prvky konceptu byly voleny individuálně na základě zjištěných informací z biografické anamnézy, od rodinných příslušníků i ošetrujícího personálu, a byly zpracovány designem kazuistiky. Biografie v souvislosti s konceptem Bazální stimulace je vnímána jako soubor informací ze života jedince. Měla by komplexně popsat život konkrétní osoby v určitých souvislostech, a my následně tyto informace společně se sdělením dalších informačních zdrojů, kterými mohou být rodina, přátelé, ošetrující personál nebo z dokumentace, využijeme při komplexní péči (Procházková, 2019, s. 51).

V rámci diskuze se pokusíme charakterizovat námi vybrané aplikovatelné techniky a prvky konceptu Bazální stimulace, jejich efektivitu a vliv na vybrané participanty. U první kazuistiky jsme popsali aplikaci bazální stimulace u PA 1 s diagnostikovanou vaskulární demencí a Alzheimerovou chorobou s pozdním začátkem, ve druhé kazuistice u klientky s diagnostikovanou vaskulární demencí a stavu po pneumonii, ve třetí kazuistice u PA 3 s diagnostikovanou vaskulární demencí a Parkinsonovou nemocí, ve čtvrté kazuistice u PA 4 s diagnostikovanou vaskulární demencí.

První nejčastěji zvolenou a nabízenou stimulací u našich participantů byla somatická. Autorka Friedlová uvádí (2018, s. 71), že poskytuje jedinci vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu. Nejvíce využívaným prvkem somatické stimulace u našich participantů byl iniciální dotek. U našich participantů jsme volili nejvhodnější místo pro iniciální dotek na základě biografické anamnézy a zaznačili ho v dokumentaci na arch papíru u jeho lůžka. Souhlasíme s autorkou Friedlovou (2018, str. 72), že se jedná o formu

somatického dialogu, formu nonverbálního signálu, kterým dáváme klientovi najevo, že jsme u něho a budeme s ním provádět činnost či intervenci. Tímto kontaktem jsme uváděli a ukončovali každou aktivitu. Naší snahou bylo prostředkovat vybraným uživatelům s demencí lepší orientaci a navodit jistotu. Shodujeme se s tvrzením autorky Friedlové (2018, str. 71), že špatně poskytované doteky u stimulovaných osob mohou vést ke zvýšení svalového tonu a celkově k nežádoucí reakci organismu.

Ze somatické stimulace jsme využívali také techniky polohování do hnízda a mumie, mikropolohování, uklidňující koupele a aktivizující masáže. Nabízené uvedené techniky byly našimi klienty přijímány pozitivně. Souhlasíme s tvrzením autorky Válkové (2015, str. 95), že polohováním v konceptu Bazální stimulace podporujeme povědomí o vlastním těle, tělesných hranicích a podporujeme orientaci v realitě jak o vlastní osobě, tak i prostoru a poskytujeme stimulovaným osobám fyzické a psychické pohodlí, které jim umožňuje zažít pocit jistoty a bezpečí. Tyto pocity umožnily našim participantům navození uvolnění svalového napětí, vedly je k relaxaci nebo naopak k aktivitě. U kazuistiky 1 jsme využili techniku polohování hnízda, mumie a jejich kombinaci. Poloha hnízdo jí umožnila si odpočinout, navodila u ní emoční pohodu, zlepšila vnímání hranic jejího těla. Stimulovali jsme tak vnímání tělesného schématu, a tím eliminovali následky degenerativní habitace. V situacích, kdy byla klientka neklidná, jsme zvolili kombinaci hnízda s polohou mumie, která zprostředkovává vjemy z vlastního těla a umožňuje jedinci intenzivně pocítit hranice svého těla. Domníváme se, že jsme klientce touto polohou poskytli poziční komfort a navodili pocit bezpečí a jistoty, stejně jako popisuje ve své kazuistice č. 16 autorka Friedlová (2018, str. 163) u pacientky s Alzheimerovou demencí. Souhlasíme s autorkami Tomovou a Křivkovou (2016, str. 67), že polohování do mumie redukuje stavy neklidu, dezorientace a navozuje celkové tělesné uvolnění.

Při provádění toalety a celkové koupele jsme vycházeli z biografické anamnézy participantů, snažili jsme se dodržovat jejich rituály a zvyklosti, využívali jejich oblíbené kosmetické přípravky, které u nich vyvolávaly emoční pohodu. Shodujeme se s doporučením autora Bartůňka a kol. (2016, s. 313), že je velmi vhodné využívat kosmetické prostředky, které jsou pro klienty známé a jimi oblíbené, protože v nich navozují pocit bezpečí a zmírňují úzkost a obavy z nových a neznámých věcí.

PA 2 byla po pneumonii léčená antibiotiky. Následkem nemoci přetrvávaly dýchací potíže, dušnost a zahlenění. Aplikovali jsme masáž stimulující dýchání spolu s vibrační stimulací při kontaktním dýchání, které mají má za cíl navodit klidné, hluboké a pravidelné

dýchání a napomáhají jedinci k vykašlávání. Podobný přístup popisuje autorka Karolína Friedlová (2018 s. 173) v kazuistice č. 23 u pacienta s diagnostikovanou Parkinsonovou chorobou, který byl silně zahleněný, a proto zvolila masáž stimulující dýchání, při které se pacientovi viditelně lépe dýchalo a odkašlávalo.

U všech našich participantů jsme aplikovali optickou stimulaci. A souhlasíme s autorkou Friedlovou (2018, str. 107), která uvádí, že tato stimulace umožňuje změnit destimulující prostředí pokoje na stimulující, protože okolí klientů v domově pro seniory je často monotónní a bývá bez vizuálních podnětů. Zrakový vjem umožňuje zlepšit orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí a navozuje pocit jistoty. Jestliže jedinec nemůže použít svůj zrak, je odkázaný na ostatní smysly. U PA 1 jsme vytvořili s pomocí rodinných příslušníků koláž s habešskými kočkami, které měla klientka velmi ráda a celý život se o ně starala. Současně jsme jí ukazovali při rozhovorech fotoalbum s fotkami rodinných příslušníků. Klientka ve 2. kazuistice neměla již žádné rodinné příslušníky, proto jsme pracovali s její biografickou anamnézou a podle ní vytvořili dvě koláže, které jsme umístili v blízkosti klientčina lůžka. Jedna koláž byla s tématem cukroví a pečení, protože to byla její celoživotní oblíbená činnost a druhá byla s fotkami ročních období, protože ráda chodila na procházky do přírody. U PA 3 jsme využili rukodělných výtvarů vnuček klienta, rodinných fotografií a nahrávek důležitých rodinných momentů z jeho života. U klientky v kazuistice 4 byly využity fotografie rodiny a audiozáznam z jejího života. Na pokoje všech našich participantů byly instalovány fotografie a osobní předměty. Na pokoji u klientky PA 4 jsme umístili hodiny a velký kalendář s nastavováním aktuálního dne, měsíce a roku. Domníváme se stejně jako autorka Malíková (2020, s. 192), že optická stimulace vychází z toho, že každý z nás máme ve své paměťové stopě uloženou řadu vzpomínek a obrazů, a integrace známých předmětů nebo fotografií se známými tvářemi nám pomáhá navodit emoční pohodu, zklidnění a pocit bezpečí. Optická stimulace se dá kombinovat se stimulací auditivní, jejíž cílem je navázat kontakt s klienty, mobilizuje jejich vzpomínky, buduje u nich pocit jistoty a bezpečí a umožňuje jim lepší orientaci v prostoru. Mezi prostředky pro auditivní stimulaci patří řeč, hudba, zpěv, vyprávění, předčítání nebo pouštění audio záznamů a videa (Tomová a Krivková, 2016, s. 70). U kazuistiky 3 jsme využili nahrávek ze života klienta, které poskytla jeho rodina; zpívali jsme s ním a pouštěli mu jeho oblíbené písničky a pořady v televizi. U PA 4 jsme opět spolupracovali s její rodinou, na flash disku dcera přinesla oblíbené písničky klientky a video záznamy z důležitých momentů klientčina života, a pokud měla participantka náladu, písničky a nahrávky jsme ji pouštěli přes televizi

po obědě, to ale nemělo očekávaný efekt, často u videozáznamu plakala. V dalším týdnu se zapojil manžel klientky, videozáznam pustil a komentoval jednotlivé okamžiky na videu. Manžel participantky ji držel za ruku, a ta velmi soustředěně a upřeně celý záznam pozorovala. Po domluvě s rodinou byl záznam pouštěn pouze v jejich přítomnosti.

Další aplikovanou stimulací byla orální. Ústa jsou z pohledu vnímání nejcitlivější tělesnou zónou umožňující chuťový prožitek. Souhlasíme s autorkou Malíkovou (2020, str. 80), že orální stimulace pomáhá klientům vnímat vjemy ze svých vlastních úst, a tím stimulovat jejich vnímání a v momentě, kdy provádíme očistu dutiny ústní nebo cíleně využíváme chuťového média, aktivizujeme jeho chuťové paměťové stopy. Souhlasíme s tvrzením autorky Friedlové (2018, s. 119), která uvádí, že před začátkem hygieny dutiny ústní je důležité, abychom dali klientovi nejprve šanci pocítit svá ústa, čehož můžeme docílit orálně stimulujiící masáží, a proto jsme u klientky v kazuistice 1 aplikovali před hygienou dutiny ústní a před krmením tuto masáž. PA 1 totiž velmi málo otevírala ústa při krmení a po opakované každodenní orofaciální masáži se nám podařilo uvolnit napětí žvýkacích a mimických svalů, při podávání stravy a tekutin lépe otevírala ústa. Ke stejným výsledkům dospěla i autorka Přidalová (2020, s. 37). U PA 2 jsme využili orální stimulace z toho důvodu, že měla zavedenou PEG sondu a nepřijímala potravu ústy. Abychom jí znovu dali možnost prožít emoční zážitek, nabízeli jsme jí různá chuťová média (slabá káva, sladký čaj, ovocný džus) nasáklá na štětičku a vkládali jí je do úst. Souhlasíme s tvrzením autorky Friedlové (2007, str. 118), která uvádí, že chuťové prožitky v kontextu orální stimulace jsou pro klienty výraznou prožitkovou záležitostí, která posiluje v různé úrovni kvalitu jejich života.

U participanta 3 byla využita vestibulární stimulace pomocí metody ovesného klasu, kterou jsme u klienta zlepšili rovnováhu, připravili ho na vertikalizaci do sedu a eliminovali jeho úzkostné stavy ze změny pohybu. Domníváme se stejně jako autoři Zrubáková a Bartošovič (2019, str. 88), že vestibulární stimulace je vhodná pro eliminaci závratí, pomáhá aktivizovat mozkovou aktivitu a ovlivňuje svalový tonus. Realizovali jsme ji u PA 3 před každou změnou polohy do sedu, jak doporučují uvedení autoři.

Taktilně-haptická stimulace byla z dalších využívaných stimulací. Friedlová (2018, str. 130) uvádí, že schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje získávat během života zkušenosti a ty následně uchovávat v paměti. Neklidní, hyperaktivní klienti, jejichž ruce jsou velmi aktivní a tahají za různé katétry, činí z důvodu potřeby identifikace předmětu, který nahmatali. Klienti poklepávají do matrace, žmoulají lůžkoviny nebo popotahují ložní prádlo.

Ve své paměti se snaží tyto předměty někam zařadit, ale protože některé z nich dříve neznali, vyvolávají u nich pocit nejistoty. Koncept Bazální stimulace chápe tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace. Při nabízení a aplikaci této techniky jsme nejprve pracovali s biografickou anamnézou a přemýšleli nad vhodnými předměty pro naši klientku. Pro taktilně haptickou stimulaci jsme využili u PA 1 plyšovou maketu kočky, kterou přinesla její rodina. Klientka chovala habešské kočky a vlastnila kočku Zulu. Klientka si na ni postupně zvykla a pomohla nám u klientky zklidnit a omezit těkavé a neřízené pohyby rukou a rozepínání knoflíků a vysvlékání povlečení. Tento druh stimulace jsme zvolili i u PA 2 se zavedenou PEG sondou. Tato klientka si katetr vytáhla během roku čtyřikrát, a proto jsme ji vkládaly do rukou malé válečky s přezkou. Efektem bylo, že omezila tahání za PEG a prsty mačkala válečky vyplněné molitanem. Zkoušeli jsme využít také vkládání kusů látek, protože byla švadlena, ale bez očekávaného efektu, proto pokračujeme v navlékání válečků. K obdobným výsledkům dospěla i autorka Šarmanová (2019, s. 43) u pacientky s alkoholovou demencí, která neustále ničila inkontinenční plety a využila plastové vařečky, která u pacientky vyvolala zklidnění.

Při poskytování jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace jsme aktivně spolupracovali s rodinami participantů PA 1, PA 3 a PA 4. U klientky PA4 jsme do bazálně ošetrovatelské péče zařadili také prvky metody canisterapie. Poskytované prvky metody nebyly vedeny odborným týmem ani canisterapeutem, byly prováděny s podporou jiné canisterapeutické průvodkyně. Klientka přítomnost psa vnímala pozitivně, usmívala se, byla uvolněná, zrelaxovaná a mnohem lépe s námi spolupracovala. Dospěli jsme ke stejným závěrům jako autor Müller (2014, str. 476), který tvrdí, že canisterapie přispívá ke zlepšení komunikace s personálem, zlepšuje hrubou a jemnou motoriku a povzbuzuje jedince k aktivitě.

V uvedených kazuistikách jsme se snažili popsat a analyzovat vliv konceptu Bazální stimulace na vybrané klienty konkrétního domova pro seniory. V poskytování technik a prvků konceptu se snažíme i nadále pokračovat. Záznam aplikovaných stimulací u konkrétních jedinců je nadále zapisován do programu PREUS Sledovaná péče, využívaného v konkrétním sociálním pobytovém zařízení pro seniory.

## 8 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Pro výzkum této bakalářské práce byl vytvořen autorkou formulář Realizace konceptu Bazální stimulace. Byly do něho zaznamenávány jednotlivé techniky a prvky konceptu Bazální stimulace aplikované u vybraných participantů výzkumu. Pro přehled vyplnění tohoto formuláře uvádíme participantku PA 2 (viz Příloha P V). Jsou v něm uvedené nejčastěji používané techniky a prvky bazální stimulace, využívané v konkrétním domově pro seniory. A je v něm vytvořena tabulka s políčky pro zjednodušení záznamu, která technika se u klienta prováděla. Formulář by měl sloužit pro všeobecné sestry a pracovníky v přímé obslužné péči, kteří by měli poskytovat bazálně ošetrovatelskou péči na denní a noční službě. Tvorba vlastní dokumentace vyžaduje teoretické i praktické odborné vědomosti, zkušenosti s organizací práce daného oddělení. Práce s novou dokumentací by neměla znamenat překážky, měla by se stát pomocníkem a součástí péče o klienty. Vytvořený arch není standardizovaný, postup tvorby pro zavedení nového dokumentu není v konkrétním domově pro seniory zcela jednoduchý. Schválení nového dokumentu do praxe prochází několika fázemi. V konkrétním domově pro seniory byl předán tento dokument vedení sociálního zařízení, které se rozhodne o jeho zavedení či nezavedení do péče.

Praktickým výstupem této bakalářské práce je vytvoření teoreticko-praktického informačního materiálu o konceptu Bazální stimulace, který je určený pro všeobecné sestry a pracovníky přímé obslužné péče v konkrétním domově pro seniory (viz Příloha VI). Teoretické informace jsou doplněny praktickými ukázkami, postupy, které mohou být nápomocné k realizaci bazální stimulace.

Byl vytvořený box s nabídkou možných předmětů pro konkrétní techniky a prvky konceptu Bazální stimulace. Nalezneme v něm možné nabídky pro optickou, auditivní, taktilně-haptickou, somatickou, orální a olfaktorickou stimulaci (viz Příloha P VII). Autorka navrhla vytvoření tohoto boxu, protože chtěla poukázat na to, že prostředky, které se dají využít pro stimulaci, jsou v blízkosti každého a je možné je integrovat do konceptu jednoduše bez speciálních pomůcek. Mezi tyto pomůcky můžeme zařadit například parfémy, vůně, písničky na disku, sluchátka, fotografie, míčky, předměty jedinci oblíbené nebo nějak spojené s minulostí (vařečka, hrníček, rukodělné výrobky).

## 9 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na využití konceptu Bazální stimulace u klientů s demencí v konkrétním domově pro seniory. Praktická část bakalářské práce je vzhledem k problematice daného tématu zpracována kvalitativním výzkumem designem kazuistik. Cílem, který se nám podařilo naplnit, bylo popsat a analyzovat v kazuistikách praktickou aplikaci bazálně ošetrovatelské péče u vybraných uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory.

V teoretické části jsme popsali druhy stimulací konceptu a jejich techniky a prvky, vymezili základní pojmy k problematice demence a charakterizovali sociální pobytovou službu. V rámci praktického výstupu jsme vytvořili teoreticko-praktický informační materiál o konceptu Bazální stimulace určený pro všeobecné sestry a pracovníky přímé ošetrovatelské péče v konkrétním domově pro seniory.

Bazální stimulace v domově pro seniory u vybraných klientů s demencí byla integrována do komplexní ošetrovatelské péče. Výchozími podklady pro strukturu péče byla práce s biografií, rituály a životními potřebami klientů. V centru našeho zájmu byly osoby s pozměněnou psychickou realitou a koncept nám umožnil jejich systematický individuální doprovod a podporu autonomie.

Promyšleně a cíleně jsme uzpůsobili pečovatelské aktivity tak, abychom dokázali, že nepotřebujeme více času k integraci konceptu do péče. Eliminovali jsme rušivé elementy a zařazovali stimulaci ve vhodnou dobu. Každou aktivitu jsme volili tak, aby byla pro uživatele efektivní a zajímavá. Námí aplikované techniky a prvky konceptu Bazální stimulace byly vybírány individuálně a cíleně. U některých participantů se nám podařilo do péče aktivně zapojit jejich rodiny. Aplikací prvků a technik konceptu jsme u některých jedinců docílili zlepšení komunikace, stimulaci emočního prožívání, ovlivnili jsme chování a omezili úzkostné stavy. Naší snahou bylo vnímat uživatele s demencí jako aktivní subjekt, nejen jako objekt dobře míněných ošetrovatelských intervencí.

Pro aktivní aplikaci bazální stimulace je nutná znalost jednotlivých technik a prvků, ale současně i citlivý přístup ošetrovávajících a jejich velká kreativita. Přáli bychom si, aby koncept Bazální stimulace nebyl vnímán personálem konkrétního domova pro seniory jako další zátěž, ale stal se nedílnou součástí péče. Naše další aktivity v konkrétním sociálním zařízení budeme směřovat tak, abychom implementovali ověřené přístupy a jasné ideje do každodenní péče o naše klienty.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- Alzheimer's dementia, © 2021-2023. *Alzheimer Europe* [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/alzheimers-dementia>
- AMES, David, John T. O'BRIEN a Alistair S. BURNS, 2017. *Dementia*. Fifth edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. ISBN 9781498703109.
- BARKER, Sue a Michele BOARD, 2012. *Dementia care in nursing*. London: Sage/Learning Matters. ISBN 978-0-85725-801-4.
- BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ, 2015. *Testy a dotazníky: pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3491-3.
- BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BIENSTEIN, Christel und FRÖHLICH Andreas, 2016. Basale Stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen. Göttingen: Hubert & Co. ISBN 978-3-456-85648-3.
- BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0155-7.
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.
- Co je bazální stimulace®, [2022]. *INSTITUT Bazální stimulace: podle Prof. Dr. FRÖHLICHA* [online]. [cit. 2022-12-24]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
- Často kladené otázky, [2023]. *Jihoměstská sociální* [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://jmsoc.cz/poradna/casto-kladene-otazky/>
- ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČESKO, 2019. Vyhláška č. 252/2019 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků... In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-252>

ČESKO, 2021. Zákon č. 328/2021 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-328>

DOSBABA, Filip, Dagmar KŘÍŽOVÁ a Martin HARTMAN, 2016. Rehabilitační ošetřování v klinické praxi. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeutky, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.

GDOVINOVÁ, Zuzana, 2017. *Vybrané kapitoly zo špeciálnej neurológie*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-499-8.

HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 9788026209829.

Historie, © 2020. *Domov seniorů Pohoda Chválkovice* [online]. [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: <https://www.ddol.cz/o-nas/historie>

CHRASTINA, Jan, 2019. *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024453736.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

Klíčové pojmy, © 2023. *Individuální plánování v sociálních službách web Aleše a Lenky Herzogových* [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:

<https://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/klicove-pojmy/>

KULIŠŤÁK, Petr, 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Tritlon, ISBN 978-80-7387-573-2.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027120307.

MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.

PŘIDALOVÁ, Pavla, 2020. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele domova pro seniory*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/48162>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Svobodová, Silvie.

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

ŠARMANOVÁ, Nikol, 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/44673>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Treterová, Silvie.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, 2017. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-529-3.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2747-9.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ, Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.

Výroční zpráva České alzheimerovské společnosti, za rok 2021, 2023. In: *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2023. [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocní-zpravy/>

Výroční zpráva Domova seniorů POHODA Chválkovice, p. o. za rok 2022, 2023. In: *Domov seniorů POHODA Chválkovice* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.ddol.cz/onas/dokumenty#:~:text=St%C3%A1hnout%20.PDF%C2%A0/%C2%A05%20MB>

*Zpráva o stavu demence*, [2014]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-34-1.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2207-3.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Activities of daily living
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
DKK	dolní končetiny
Dr.	Doktor
Hod	hodina
Min	minuta
ml	mililitr
MMSE	Mini Mental State Exam
PA 1	participant 1
PA 2	participant 2
PA 3	participant 3
PA 4	participant 4
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
Prof.	Profesor/ka
Stp.	Status post / Stav po
Tzv.	takzvaně
X	krát

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Charakteristika participantů.....	31
---	----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Fotodokumentace ke kazuistice 1

Příloha P II: Fotodokumentace ke kazuistice 2

Příloha P III: Fotodokumentace ke kazuistice 3

Příloha P IV: Fotodokumentace ke kazuistice 4

Příloha P V: Realizace konceptu Bazální stimulace

Příloha P VI: Teoreticko-praktický informační materiál

Příloha P VII: Box s nabídkou stimulací

## PŘÍLOHA P I: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE 1



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



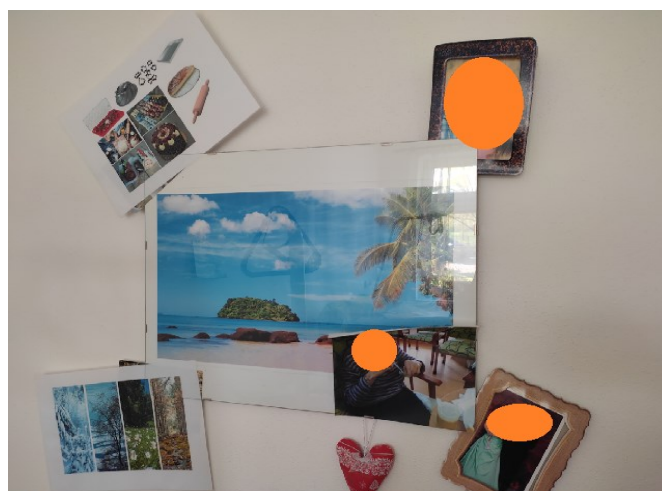
## PŘÍLOHA P II: FOTODOKUMENTACE KE KAZUSTICE Č. 2



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)

### PŘÍLOHA P III: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 3



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)

## PŘÍLOHA P IV: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 4



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)





**PŘÍLOHA P VI: TEORETICKO-PRAKTICKÝ INFORMAČNÍ  
MATERIÁL**

**Teoreticko-praktický  
informační materiál  
o konceptu Bazální  
stimulace**

**Teoreticko-praktický informační materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů s demencí v domově pro seniory**  
**Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová**  
**Autorka: Zuzana Podlipná, studentka oboru Všeobecná sestra, Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2023.**

## **Obsah**

<b>Koncept Bazální stimulace .....</b>	<b>3</b>
<b>Desatero bazální stimulace.....</b>	<b>4</b>
<b>Biografická anamnéza .....</b>	<b>5</b>
<b>Somatická stimulace.....</b>	<b>7</b>
<b>Iniciální dotek .....</b>	<b>8</b>
<b>Somatická koupel zklidňující .....</b>	<b>9</b>
<b>Somatická stimulace povzbuzující .....</b>	<b>10</b>
<b>Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání .....</b>	<b>11</b>
<b>Polohování .....</b>	<b>12</b>
<b>Vestibulární stimulace .....</b>	<b>14</b>
<b>Optická stimulace.....</b>	<b>14</b>
<b>Auditivní stimulace .....</b>	<b>16</b>
<b>Olfaktorická stimulace.....</b>	<b>17</b>
<b>Orální stimulace .....</b>	<b>18</b>
<b>Orofaciální masáž.....</b>	<b>19</b>
<b>Taktilně haptická stimulace .....</b>	<b>20</b>
<b>Použitá literatura: .....</b>	<b>21</b>

## **Koncept Bazální stimulace**

**Koncept Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující systém přístupů, technik a prvků. Je orientován na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku, fyzickému a psychickému stavu jedince.**

**Zohledňuje jeho momentální stav vědomí a individuální požadavky na komunikaci s okolím. Je v něm zastoupen lidský přístup, pochopení a empatie pečujících osob.**

**Koncept Bazální stimulace nahlíží na klienty jako na osobnosti s individuálními potřebami bez ohledu na jejich současné postižení, důraz je kladen na aktuální tělesný, mentální a duševní stav.**

**Cílem je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnění orientace na jeho těle, v jeho okolí a podpora komunikace na jeho úrovni. Je podporována spoluúčast nejbližších klienta v bazálně ošetrovatelské péči.**

**Může být nápomocen i osobám, které mají narušenou či omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu.**

**Jedinci je schopen poskytnout úlevu. Přínosný je i tehdy, kdy osoba nemusí být schopna aktivní spolupráce a není schopna verbální komunikace, okolní svět z našeho pohledu nevnímá.**

**Podstatou je poskytnutí individuální bazálně ošetrovatelské péče na základě biografické anamnézy a umožnění prožití kvalitního života s různou formou znevýhodnění.**



## **Desatero bazální stimulace**

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

## ***Biografická anamnéza***

Pojem biografie v kontextu konceptu Bazální stimulace je vysvětlován jako životní příběh jedince.

Měla by nezaujatě a komplexně popisovat život konkrétní osoby v určitých souvislostech.

Biografická anamnéza umožňuje porozumět jedinci, pochopit jeho chování a prožívání a současně nabádá profesionály k volbě nabídek, které zohledňují individualitu osoby.

Nejbližší rodina a přátelé jsou zdrojem cenných informací o klientovi/pacientovi, elementem jistoty a bezpečí, zdrojem pozitivních emocí a donátorem předmětů a pomůcek z jeho osobního života.

**Biografická anamnéza se zaměřuje na:**

- oslovení;
- iniciální dotek;
- dominanci;
- sociální situaci;
- rodinné vztahy;
- víru/náboženství;
- aktivity/záliby;
- vůně;
- stravování;
- prostředí;
- vyprazdňování/hygienu;
- spánek.

PŘÍJMENÍ:.....

JMÉNO:.....

R.č.:.....

## Biografická anamnéza

<u>OSLOVENÍ</u> (které si pacient/ka přeje)	<u>SOCIÁLNÍ SITUACE</u>	
<u>INICIÁLNÍ DOTEK</u>	<u>DŘÍVE VYKONÁVANÉ ZAMĚSTNÁNÍ</u>	
<u>MÍSTO, KDE NEMÁ RÁD DOTEK</u>	<u>NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÍ</u>	
<u>VÝZNAMNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI</u>	<u>VÍRA/NÁBOŽENSTVÍ</u>	
	<u>DOMINANCE</u> <input type="radio"/> pravák <input type="radio"/> levák	
<u>Pravidelné aktivity/ záliby/ relaxační činnosti:</u>	<u>PROSTŘEDÍ</u>	<u>VYPRAZDŇOVÁNÍ</u>
<u>Kompenzační pomůcky:</u>	Teplota:	Problémy s močením:
<u>Tělesná aktivita:</u>	Osvětlení:	Problémy se stolicí:
<u>Psychický stav:</u>	Zvuky:	Používané pomůcky:
<u>Poloha, ve které se cítí nejlépe:</u>	<u>SPÁNEK</u>	<u>HYGIENA</u>
	Kvalita:	Teplota vody:
	Délka:	Denní doba:
<u>VŮNĚ</u>	Poloha:	Používané přípravky:
Oblíbené:	Zvyklosti:	Stav pokožky:
Neoblíbené:		Holení:
<u>JÍDLO</u>	<u>PITÍ</u>	<u>HUDBA</u> , na kterou je zvyklý
Oblíbené:	Oblíbené:	<u>ZÁŽITEK</u> , vyvolávající příjemné vzpomínky
Neoblíbené:	Neoblíbené:	
Stav chrupu:	Množství:	
Zvyklosti stravování:		
<u>VNÍMÁNÍ</u>	<u>DALŠÍ INFORMACE</u>	
Zrak:		
Sluch:		
Jak pacient/ka: snáší bolest:		
	<u>ZPRACOVALA:</u>	

## *Somatická stimulace*

Podporuje seniora v soběstačnosti, respektuje potřebu autonomie a zachování identity.

### V biografické anamnéze zjišťujeme:

- jak často se jedinec myje a jakou formou (sprcha, vana, teplá, studená nebo vlažná voda);
- jak se stará o svou pokožku (krémy, tělová mléka);
- jaký je stav pokožky (suchá, vlhká, normální);
- jaké toaletní potřeby používá;
- jaké má rituály při mytí;
- jak často si myje vlasy;
- jak se stará o nehty;
- rituály před spaním (kdy usíná, délka a kvalita spánku);
- na kterém místě jedinci vadí/nevadí doteky.

Dotek je základní forma somatické stimulace.

Iniciální dotek je na předem stanoveném místě, když začínáme a končíme všechny činnosti a intervence u klienta. Měl by být jasný, zřetelný a přiměřeného tlaku. Využívá ho každý, kdo s jedincem přijde do styku. Je označen u jeho lůžka. Umožňuje seniorovi získat mnoho stimulů z vnějšího prostředí, a tak s ním i komunikovat. Nejvhodnější místa jsou: rameno, paže, ruka.

### Z prvků somatické stimulace se v péči o seniory využívá:

- uklidňující somatická stimulace;
- povzbuzující somatická stimulace;
- polohování – poloha mumie, poloha hnízdo;
- mikropolohování;
- masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání.

## INICIÁLNÍ DOTEK



Prosím dotkni se před a po ukončení  
veškeré činnosti a manipulace se mnou!

Záznam iniciálního doteku

Zdroj: Přidalová, 2020, s. 57

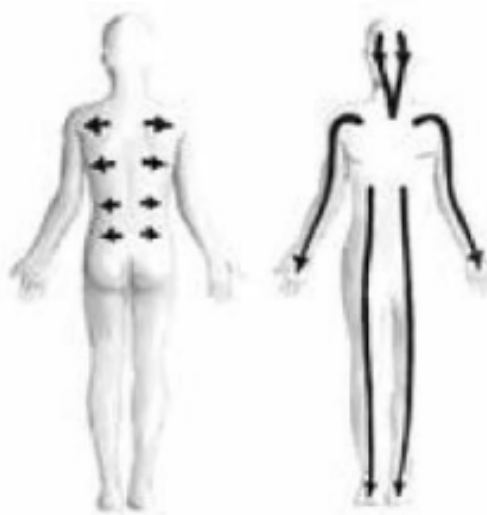
### *Somatická koupel zklidňující*

Zklidňující somatická koupel stimuluje vnímání tělesného schématu, redukuje neklidné stavy, momenty zmatenosti a dezorientace, navazuje celkové tělesné uvolnění.

Aplikujeme ji u klientů s demencí, s poruchou vědomí, somatickým postižením, u neklidných, dezorientovaných, se změnou vnímání tělesného schématu i při potížích se spánkem.

Stimulaci lze provádět za sucha i za mokra. Na sucho přes oděv klienta nebo formou krémování, promazávání pokožky. Nebo si na ruce můžeme navléci ponožky nebo žínky různých materiálů. Pokud ji aplikujeme za mokra během koupele, použijeme vodu o teplotě 37-40°C.

Pohyby směřujeme po směru růstu chlupů, protože působí zklidňujícím dojmem a napomáhají k vnímání tělesného schématu.



Návod na zklidňující somatickou stimulaci

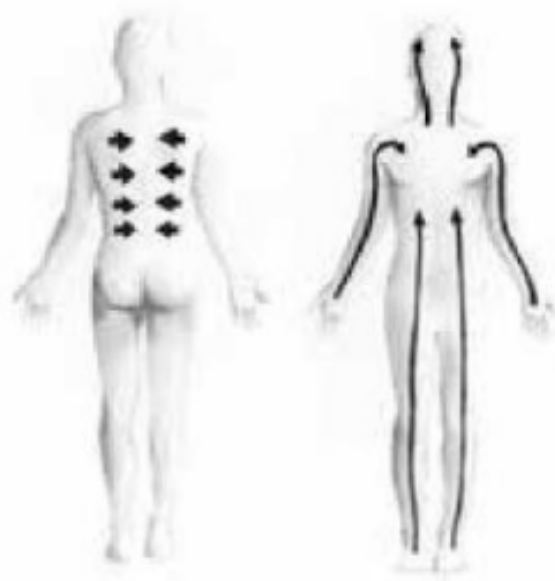
Zdroj: Tomová a Křivková, 2016, s. 106

### *Somatická stimulace povzbuzující*

**Pohyby směřujeme proti směru chlupu, protože jsou velmi intenzivně vnímány a poskytují intenzivní kožní stimulaci.**

**Lze aplikovat kdykoliv během dne. Pokud ji aplikujeme během koupele, použijeme vodu o teplotě 23-28°C.**

**Cílem je stimulace vnímání tělesného schématu, svalového napětí, podpora aktivity klienta, podpora vnímání a příprava na následné působení fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta.**



**Návod na somatickou stimulaci povzbuzující  
Zdroj: Tomová a Křivková, 2016, s. 106**

### ***Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání***

Masáž stimulující dýchání je rytmická, kontinuální, tlaková dechová rehabilitace.

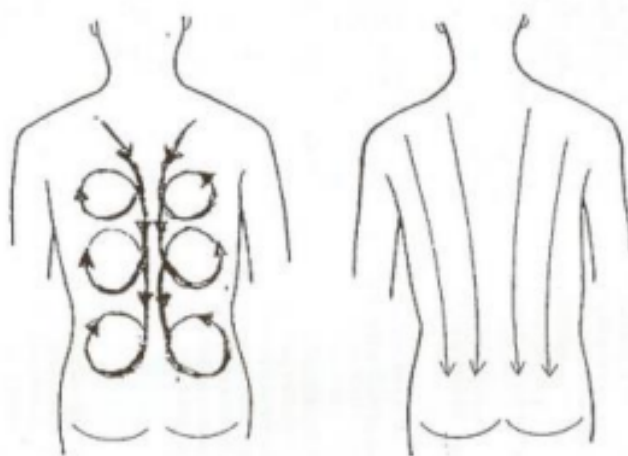
Osoby s poruchou vnímání dýchají rychle a povrchově.

Je určitou formou komunikace, kdy jedinec dýchá stejně jako terapeut (klidně, přirozeně a hluboce).

Cílem je zklidnit a navodit rytmické, pravidelné dýchání.

Provádí se v poloze na zádech, v sedě, v některých případech na břiše, ruce celou dobu masáže neopouští klientovo tělo, technika musí vyhovovat především ošetřujícímu.

Pokud klient během masáže kašle, přerušíme masáž a poskytneme mu svými rukama oporu v kašlání, můžeme aplikovat kontaktní dýchání nebo vibrační pohyby k podpoře vykašlávání sekretu.



Návod na masáž stimulující dýchání

Zdroj: Tomová a Křivková, 2016, s. 110

Při kontaktním dýchání má terapeut své ruce položené na hrudníku klienta a doprovází ho při nádechu a výdechu.

Výdech můžeme podpořit stlačením hrudníku.

Můžeme využít i vlastní ruku klienta, kterou přiložíme na jeho hrudník, a tím mu umožníme vnímat vlastní dýchání.



## *Polohování*

### Poloha Mumie

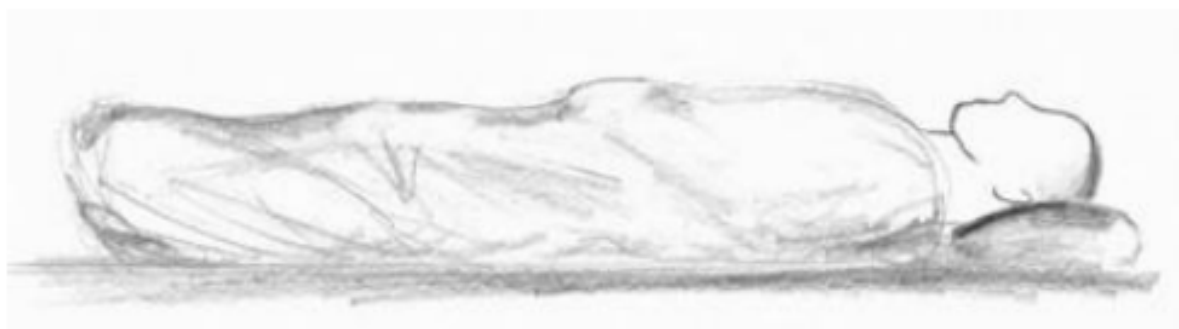
Využívá se u klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu.

Také jako nefarmakologický postup s cílem eliminovat stavy neklidu a agrese.

Nesmí se aplikovat u osob s klaustrofobií.

Jedince zabalíme do deky/prostěradla, a to tak, že začínáme u nohou a končíme v horní části těla, kde deku/prostěradlo fixujeme přeložením jejich konců pod tělo.

Po aplikaci mumie zůstáváme chvíli u klienta a sledujeme jeho reakce. Někdy je zapotřebí na základě jeho reakcí mumii trochu uvolnit.



Ukázka polohy mumie

Zdroj: Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019, s. 57

### Poloha hnízdo

Cílem je stimulovat vnímání tělesného schématu. Poloha dává možnost klientovi vnímat zřetelně hranice svého těla, což mu umožňuje lepší orientaci na těle.

Poskytuje poziční komfort, příjemné pocity a navozuje pocit jistoty a bezpečí.

Využívá se u dlouhodobě imobilních, neklidných a agresivních jedinců.

Polohování do hnízda se provádí prostřednictvím srolovaných dek, perličkových polštářů a vaků. Klienta uložíme do polohy, kterou jsme zvolili a jeho tělo obložíme dekami/polštáři/vaky. Dle potřeby ho ještě přikryjeme.



Ukázka polohy hnízdo

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

## ***Vestibulární stimulace***

Vestibulární stimulace je zaměřena na uvědomování si změny polohy těla, prostorovou orientaci a vnímání pohybu, využíváme rotační, lineární a statické pohyby hlavy.

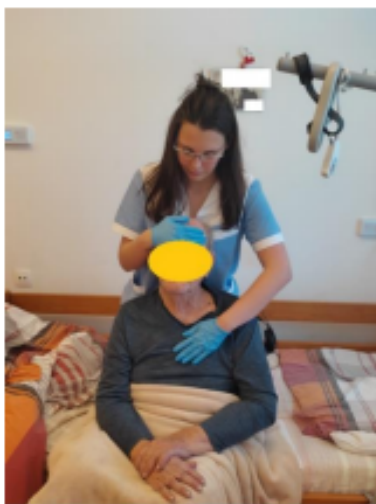
V bazálně ošetrovatelské péči se doporučuje uvést hlavu do pozice ve směru příští polohy těla před každou změnou polohy, provádět změny polohy těla pomocí změny pozice celého lůžka a polohovat klienta/pacienta do pozice sedu na lůžku nebo sedu v křesle.

Jedinci poskytujeme stimuly pro aktivaci jeho rovnovážného ústrojí, zlepší se tak jeho prostorová orientace a vnímání pohybu.

Snižujeme závratě opakovaným otáčením hlavy a připravujeme klienta na možnost mobilizace.

Vestibulární stimulace mohou být prováděny v křesle nebo na lůžku změnou jeho celkové pozice.

V rámci vestibulární stimulace provádíme houpací pohyby v lůžku, otáčivé pohyby hlavy a nácvik techniky ovesného klasu - při této stimulaci terapeut sedí nebo klečí za klientem, fixuje jeho tělo na svém, má opřenu jeho hlavu o hrudník a provádí pohyb ve směru ležaté osmičky.



Ukázka techniky ovesného klasu  
Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

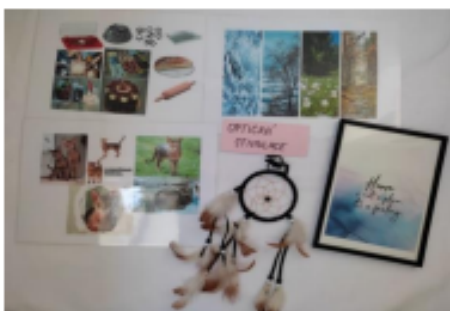
## *Optická stimulace*

Umožňuje seniorovi orientovat se, poznávat lidi a předměty, učit se, prožívat vjemy z okolí, a hlavně posilovat pocit jistoty.

Poskytujeme – li optickou stimulaci, dodržujeme následující zásady:

- nabízíme podněty, které jsou zřetelně světlé a tmavé;
- nabízíme jedinci možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí, jeho obličej vystavit krátce na denní světlo;
- jestliže nabídneme jedinci obrázky, musí být v dostatečné velikosti a umístěny do jeho zorného pole, malé obrázky jsou těžko definovatelné;
- používá-li jedinec brýle, nezapomenout mu je nasadit;
- fotografie, popřípadě obrázky, které mají v jeho okolí zůstat, je pro stimulaci pohybové aktivity pacienta vhodné umístit na kraj jeho zorného pole, aby byl nucen vyvinout aktivitu s cílem na obrázek pohlédnout;
- u jedinců s poruchou zraku volíme raději jednoduché, černobílé obrázky;
- pokud nabídneme jedinci televizi, pak ne na dlouhou dobu a na neznámé pořady.

Možnosti optické stimulace musí zohlednit biografickou anamnézu jedince. Jejich variabilita závisí na kreativitě ošetřujícího. Po celou dobu stimulace je nutné sledovat, zda se u seniora neobjeví negativní emoce, dezorientace nebo halucinace.



Možné nabídky optické stimulace

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

## *Auditivní stimulace*

Auditivní stimulací stimulujeme sluchový orgán, který má význam pro komunikaci, rozvoj myšlení, napomáhá navázat kontakt se seniorem a zprostředkovává mu informace.

Při aplikaci je nutné zohlednit sluchový handicap seniora a kompenzační pomůcky, které používá (naslouchátko).

Využívá základní prostředky:

- řeč (nahrané hlasy příbuzných, známých, kamarádů, spolupracovníků);
- hudbu (příjemná pro jedince, rádio, hudební nástroj, televize);
- zpěv.



**Možné nabídky auditivní stimulace**  
**Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023**

## ***Olfaktorická stimulace***

**Umožňuje orientaci v dané situaci a má úzký vztah k emočnímu prožívání.**

**Všechny vůně a pachy, které senior vnímá, jsou podnětem k vyvolání různých vzpomínek. Některé vůně mohou připomínat různé situace, například vůně perníku připomíná Vánoce, parfém připomíná určitou osobu.**

**Je důležité pracovat s biografickou anamnézou, jelikož nepříjemné pachy a vůně vyvolávají negativní emoce.**

**U seniorů jsou nejvhodnější vůně osobních toaletních potřeb, jídel, parfémů.**

**Nevhodné vůně jsou vonné svíčky, osvěžovače vzduchu a vonné tyčinky.**



**Možné nabídky olfaktorické stimulace**

**Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023**

## *Orální stimulace*

Má za cíl zprostředkovat jedinci vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání. Zvýšení svalového napětí v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání.

Při orální stimulaci je vhodné používat:

- cucací váčky – kousek oblíbené poživatiny jedince zabalené v mulu smočeném v minerální vodě. Tento váček se vloží do klientovy dutiny ústní;
- molitanové štětičky (namáčí se v oblíbené tekutině seniora, nebo v ústní vodě);
- vyrobené molitanové štětičky (PAGAVIT s příchutí citrónu nebo černého rybízu).

Dodržujeme zásadu nekombinovat více než tři různé chutě a NEVNIKAT NÁSILÍM DO ÚST.

Pokud jedinec nechce nebo nemůže otevřít ústa, využijeme nejprve vestibulární stimulaci (orofaciální masáž).

NEMÁ SMYSL, ABY MĚL JEDINEC ZCELA ČISTOU DUTINU ÚSTNÍ, POKUD MU MUSÍME ÚSTA OTEVŘÍT NÁSILÍM.

DŮLEŽITÉ JE, ABY PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ MU NEBYLA NEPŘÍJEMNÁ.



Možné nabídky orální stimulace  
Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

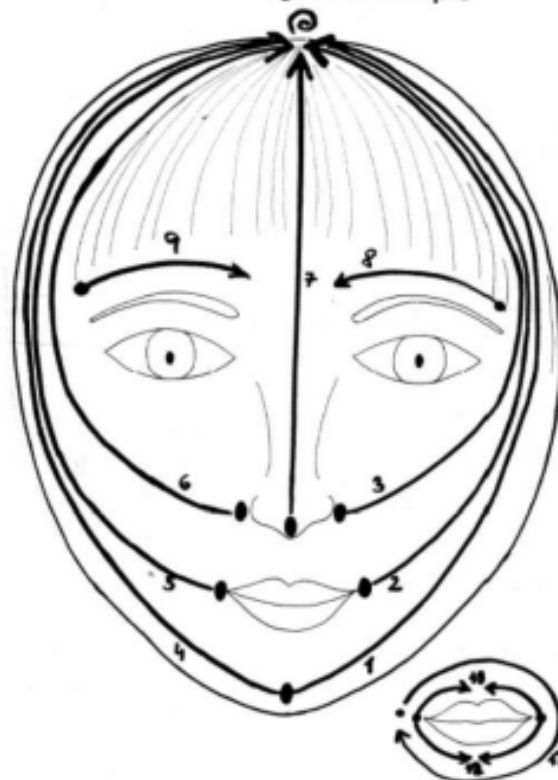
## Orofaciální masáž

Při orofaciální masáži se zaměřujeme na zlepšení příjmu potravy a tekutin, na celkové zklidnění obličeje. Na snížení nadměrného a nepřiměřeně napjatého svalstva. Na zvýšení svalového tonusu.

Provádí se před zahájením krmení, podávání tekutin nebo před začátkem hygieny dutiny ústní.

Provedení masáže brady – položíme ukazováček a palec na bradu. Masáž provádíme směrem ven podél čelisti do půlky tváře k čelistnímu kloubu. Vždy začínáme na bradě a masírujeme nahoru a směrem ven.

Orofaciální regulační terapie



Návod na orofaciální stimulaci  
Zdroj: Úkolníček č. 3, online, © 2023



## *Taktilně haptická stimulace*

Využívá předměty z oblasti osobního, pracovního života, z oblasti zájmů a koníčků seniora.

Dává možnost poskytnout smysluplné stimulace seniorům ve formě jim známým předmětům.

Nejčastěji se využívají:

- talismany;
- předměty využívané při výkonu povolání;
- předměty spojené se zálibami;
- předměty spojené s hygienou;
- hrnky na pití;
- žínky, ručníky, povlečení;
- podněty tepla a chladu.

Integrace známých předmětů seniora do jemu neznámého prostředí u něho může navodit pocit bezpečí, jistoty a klidu.



Možné nabídky taktilně-haptické stimulace

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

## Použitá literatura:

Co je bazální stimulace®, [2022]. *INSTITUT Bazální stimulace: podle Prof. Dr. FRÖHLICHA* [online]. [cit. 2022-12-24]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program, Základní kurz bazální stimulace, Základní modul I*. 10. přepracované vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace,

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.

PŘIDALOVÁ, Pavla, 2020. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele domova pro seniory*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/48162>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Svobodová, Silvie.

ŠARMANOVÁ, Nikol, 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/44673>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Treterová, Silvie.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2747-9.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.

Úkolníček č. 3, © 2023. *Úkolníčky pro žáky školy* [online]. [cit. 2023-05-06]. Dostupné z: <https://skola-ostrava.diakonie.cz/aktualni-informace/ukolnicky-pro-zaky-skoly/>

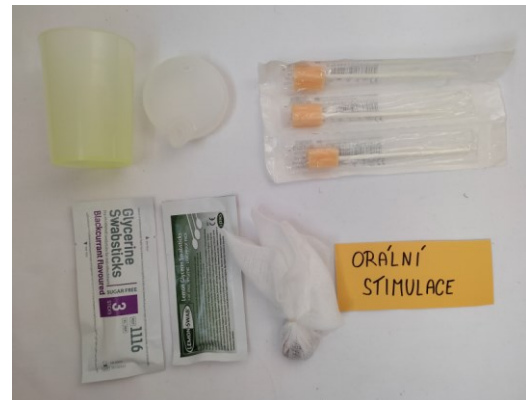
## PŘÍLOHA P VII: BOX S NABÍDKOU STIMULACÍ



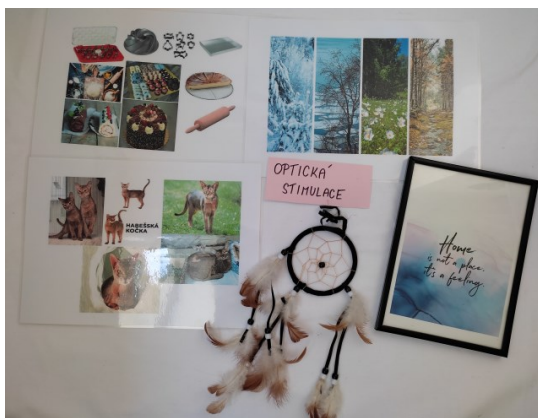
(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)



(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023)