

Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči

Lenka Veselá

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Veselá**
Osobní číslo: **H15091**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče a konceptu Bazální stimulace.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu metodou kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BUCHHOLZ, Thomas a Ansgar SCHÜRENBERG. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung. Bern: Hogrefe, 2013. 431 s. ISBN 978-3-456-85302-4.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy (praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

KOŽUCHOVÁ, Mária. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

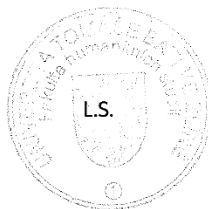
5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít 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.

Vc Zlíně29.4.2019.....

1) 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 nevydělečně 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 výdělku jím 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 přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči. V teoretické části je popsán vývoj a princip konceptu Bazální stimulace a jeho implementace do ošetrovatelské péče. Další kapitoly se zabývají biografickou anamnézou, domácí péčí a možnostmi využití konceptu u těchto pacientů. V praktické části jsou zpracovány kazuistiky, ve kterých je aplikováno využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči. Praktickým výstupem práce je vytvoření informační brožury o konceptu Bazální stimulace pro laickou veřejnost.

Klíčová slova: bazální stimulace, biografická anamnéza, pacient, domácí péče, individuální péče

ABSTRACT

This bachelor thesis studies the concept of using basal stimulation in patients on home care. The theoretical part describes development and principle of basal stimulation and its implementation to nursing care. Other chapters deal with biographical anamnesis, home care and the usage of this concept in patients. The practical part focuses on case studies where using of basal stimulation concept in patients on home care is described. Practical goal of this thesis is to create information leaflet dealing with concept of basal stimulation for public.

Keywords: basal stimulation, biographical anamnesis, patient, home care, individual care

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

Poděkování

Děkuji paní magistře Silvii Treterové za odborné vedení práce, vstřícnost, ochotu, trpělivost a cenné rady při konzultacích. Současně bych chtěla poděkovat agentuře domácí péče, ve které probíhalo výzkumné šetření, za jejich spolupráci a ochotu.

Motto

„Pokud se zaměříme na medicínskou a ošetrovatelskou diagnózu, potom pečujeme o demenci, pokud se zaměříme na biografii klienta, pečujeme o člověka jako osobnost, tzn. vidíme prioritně člověka s jeho duší“ (Böhm in Procházková, 2014, s. 42).

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 BAZÁLNÍ STIMULACE	10
1.1 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	10
1.2 PRINCIP KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.3 IMPLEMENTACE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE DO OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	14
2 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	16
2.1 SOMATICKÁ ANAMNÉZA.....	18
2.2 VESTIBULÁRNÍ A VIBRAČNÍ ANAMNÉZA	18
2.3 SMYSLOVÁ ANAMNÉZA	18
2.4 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL	19
3 DOMÁCÍ PÉČE	20
3.1 POTŘEBY NEMOCNÝCH	21
3.2 NÁPLŇ PRÁCE OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU	22
4 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U PACIENTŮ V DOMÁCÍ PÉČI	25
4.1 SOMATICKÁ STIMULACE.....	26
4.2 VESTIBULÁRNÍ A VIBRAČNÍ STIMULACE	28
4.3 SMYSLOVÁ STIMULACE	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 METODIKA VÝZKUMU	31
5.1 CÍL VÝZKUMU	31
5.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
5.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ POPISOVANÝCH V KAZUISTIKÁCH	31
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
6 KAZUISTIKA Č. 1	33
7 KAZUISTIKA Č. 2	39
8 KAZUISTIKA Č. 3	45
9 DISKUZE	52
10 PRAKTICKÝ VÝSTUP	56
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	61
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Koncept Bazální stimulace se v různé míře využívá v nemocniční péči u pacientů všech věkových kategorií. Pracuje se s ním na různých odděleních, nejčastěji na jednotkách intermedie nebo intenzivní péče. Postupně začíná být aplikován také u nemocných v domácí péči. Zaměřuje se na uvědomění si vlastního těla, navázání komunikace, zlepšení koordinace pohybu, podporu smyslových funkcí a napomáhá psychické pohodě. Podporuje upevnit důvěru mezi nemocným a ošetřujícím.

S pojmem bazální stimulace jsem se poprvé setkala při studiu oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Absolvovala jsem nejprve základní kurz a následně prakticovala jednotlivé techniky a prvky konceptu v péči u pacientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v rámci své praxe. Tento přístup k pacientům mě velmi oslovil a současně motivoval k absolvování nástavbového kurzu.

Poté jsem začala pracovat jako praktická sestra v agentuře domácí péče a postupně využívala bazálně stimulující péči u nemocných v domácím prostředí. Pacienti jsou v blízkém kontaktu s rodinou a mohou být tak eliminovány negativní a rušivé vlivy nemocničního prostředí. Přínosem je využití známých prvků v blízkém okolí nemocného, které usnadňují lepší orientaci a saturují pocity jistoty a bezpečí.

Bazální stimulace tak může nabídnout v tomto prostředí spektrum technik a prvků, které mohou pomoci zlepšovat nebo udržet celkový stav pacienta, vedou ke zlepšení smyslových funkcí, podporu vnímání a posílení důvěry a bezpečí. Pokud je bazálně stimulující péče prováděna správným způsobem, stává se tak přínosem pro nemocného, i pro jeho blízké osoby, které o něho pečují. Potom je možné konstatovat, že tato péče není prováděna na pacientovi, ale utváří se v rámci schopností a možností nemocného a jeho ošetřujícího týmu.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje problematice konceptu Bazální stimulace, jeho historii, vývoji a následnému využití v ošetrovatelském procesu domácí péče. V praktické části bakalářské práce jsou popsány možnosti aplikace konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči. Jednotlivé techniky a prvky byly aplikovány u nemocných po dobu několika měsíců ve spolupráci s jejich rodinnými příslušníky. Poskytovaná bazálně stimulující péče přispěla ke zkvalitnění života osob v domácím prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazálně stimulující péče utváří vztah mezi pacientem a sestrou, kdy se oba stávají rovnocennými partnery. Sestra aktivně reaguje na potřeby nemocného a celý proces směřuje k jeho maximálnímu prospěchu. Cílem je rozvoj jeho identity, snaha o navázání komunikace s jeho okolím, zlepšení orientace v prostoru a čase, a také zlepšení funkcí organismu. Pečující se tak stává průvodcem nemocného. Ošetřující osoba hledá adekvátní stimuly a eliminuje nežádoucí jevy. Sám pacient pak rozhodne, zda nabízený stimul nebo impuls přijme a následně na něho zareaguje. Napomáhá se tak k uvědomění si hranici svého těla, uvědomění si sám sebe, svého okolí a zlepšení orientace v něm. Současně se zvýší vnímavost na přítomnost pečující osoby (Dvořáková, 2016).

Každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Poskytneme-li druhému pomoc správnou péčí, jsme i my sami obdarováni. Koncept Bazální stimulace umožňuje vnímat člověka v jeho celistvosti. Ten, kdo nabízí podporu, by neměl mít už předem jasně vytvořenou představu o tom, co nemocný potřebuje, protože to mnohdy může být pouze představa, ne reálná potřeba. Je důležité najít správnou cestu ve správný okamžik, a tak získat důvěru, která je základem všech opravdových mezilidských vztahů (Friedlová, 2018, s. 165).

1.1 Vývoj konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace byl vytvořen pro podporu péče a vedení těžce nemocných lidí, který profesor Andreas Fröhlich v roce 1975 vyvinul při práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi. V 80. letech byl koncept přenesen zdravotní sestrou, profesorkou Christel Bienstein, do ošetrovatelské péče o dospělé nemocné (Dvořáková, 2016).

Andreas Fröhlich, zakladatel konceptu, je speciální pedagog a autor mnoha odborných publikací a monografií. Je stále aktivní v řadě výzkumných projektů, úzce spolupracuje s odborníky z různých zemí na rozvoji vzdělávání dětí s postižením. Za přínos českému a slovenskému ošetrovatelství obdržel v roce 2013 na mezinárodní konferenci v Praze zlatou medaili Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce svaté Alžběty v Bratislavě. Spolu s profesorkou Christel Bienstein jsou hlavními poradci prezidia Mezinárodní asociace Bazální stimulace (Friedlová, 2018, s. 22).

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam (Friedlová, 2007, s. 19).

Christel Bienstein je zdravotní sestra a pedagožka, která se angažuje v oblasti výzkumu bazálně stimulující ošetrovatelské péče. Zasloužila se o rozvoj konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči a současně se věnuje i dlouhodobé systematické práci v prevenci vzniku proleženin a rizik vzniku pneumonií. Propojuje techniky a prvky konceptu s uvedenou problematikou, vypracovala škálu pro hodnocení rizik pneumonie, zpopularizovala masáž stimulující dýchání. V rámci své vědecké práce vede výzkumné projekty propojující koncept a oblast změn lidského vnímání. Aplikací konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. V roce 2012 byla v Berlíně zvolena prezidentkou Německého ošetrovatelského svazu. Za zásluhy v rozvoji ošetrovatelství ji byl v roce 2004 udělený Spolkový záslužný kříž a v roce 2013 na mezinárodní konferenci v Praze obdržela, stejně jako profesor A. Fröhlich, zlatou medaili (Friedlová, 2018, s. 23).

Koncept Bazální stimulace vychází z poznatků pedagogiky, anatomie, fyziologie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Umožňuje nemocnému lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie, psychologie a pedagogiky. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Na člověka je pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v těchto oblastech. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou dlouhodobě či krátkodobě omezeni v komunikaci, vnímání nebo pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě (Friedlová, ©2015, online).

Je založen na jednoduchých prostředcích, jako jsou sluchové vjemy, vibrační stimulace a vědomý dotek. Cílem je vnímat vlastní tělo. Tělo je předpokladem pro budování přístupu k ostatním lidem a jejich prostředí. Neverbální bazální komunikace umožňuje lidem komunikovat mimo hranice zdravotního postižení (Schwarz-Heller, ©2014, online).

V České republice byl koncept Bazální stimulace zveřejněn v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise *Sestra*. První základní kurz tohoto konceptu byl pořádán v roce 2003. Od roku 2004 je integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve sbírce zákonů č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. (Česko,

Vyhláška č. 391/2017 Sb., online). Od té doby probíhá ročně mnoho základních a nástavbových kurzů, kterými procházejí ošetřující z různých oblastí ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové a pracující v oblasti speciální pedagogiky (Friedlová, 2007, s. 16-17).

Absolventi kurzů v České republice obdrží stejný certifikát jako absolventi kurzů zahraničních. Certifikát je platný v celé Evropské unii. V současné době pracují s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, ale také agentury domácí péče. Evidence-Based Nursing, tedy ošetrovatelství založené na důkazech, prokazuje, že koncept Bazální stimulace stojí na vědeckých základech (Friedlová, ©2015, online).

Evidence jsou fakta, která vedou k potvrzení, nebo vyvrácení zkoumaného jevu. Based znamená základ nebo důvod. Nursing Practice je možné chápat a definovat jako ošetrovatelskou intervenci. Spojení praxe založená na důkazech definujeme jako „dělat správné věci správně“ (Hopkins et al, 2007). Znamená to vykonávat věci nejen více efektivněji a na základě nejlepších standardů, ale také s jistotou, že to, co dělám, je prováděné „správně“, tedy lepší než udělat škodlivé rozhodnutí. Z uvedeného vyplývá, že potřebujeme důkazy, abychom věděli, co je správné (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 11).

Prvotním důvodem k výzkumu byla potřeba poskytovat lidem co nejlepší péči, a to za vědecky odůvodněných podmínek. Koncept se využívá v intenzivní péči pro děti i dospělé, ale je také využitelný pro neonatologii. Dále je užíván pro péči na standardních odděleních, v zařízení pro seniory, ústavech sociální péče, v domácí a hospicové péči. Důvodem je spektrum technik, které se orientují v oblasti komunikace, vnímání a pohybové aktivity nemocných. Tyto činnosti zůstávají zachovány v každé životní situaci. Ošetřující osobě poskytuje rozšíření znalostí či kompetencí v rámci ošetrovatelského procesu. Ta na základě analýzy mentálního a somatického stavu rozhodne o integraci vhodných technik konceptu do péče. Dle vývoje stavu nemocného a jeho reakcí, pak adekvátně mění a přidává stimulační techniky do péče (Friedlová, 2007, s. 16-17; Friedlová, ©2015, online).

O koncept se zajímají poskytovatelé zdravotní i sociální péče. Pohlíží se na jedince s jeho tělesnými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. Respektována je autonomie a lidská důstojnost. Ohrožení nebo ztráta autonomie je zátěžovým faktorem pro jedince, zvláště v podobě omezení možnosti rozhodování o sobě samém. Koncept je orientován na podporu vnímání, komunikaci jedince, mobilizaci a zachování schopností člověka v určité míře nebo v míře, které nám jeho stav dovoluje (Machálková, ©2017, online).

1.2 Princip konceptu Bazální stimulace

Bazální stimulaci lze považovat za "duševní přístup k problémům a potížím u velmi těžce poškozených lidí" (Fröhlich, 2003). Andreas Fröhlich zakladatel konceptu Bazální stimulace, předpokládá, že vzdělávací, ošetrovatelská a terapeutická interakce je úspěšná pouze v případě poruchy či omezení těla. Individualizace je jedním z hlavních principů, vycházející ze skutečnosti, že lidé jsou rovnocenní v oblasti důstojnosti, ale často se liší ve svých zájmech, přednostech, životních zkušenostech nebo styly komunikace. Dialog, komunikace, vzdělávání, zdraví, pohoda atd. jsou termíny, které mohou být používány nejen v terapii bazální stimulace, ale také v ošetrovatelství a ve vzdělávání. Zaměřuje se na možnosti, které lidské tělo nabízí, a to zejména v oblasti vnímání, pohybu a komunikace, do míry, které mu tělo dovolí. V případě, kdy je porušen komunikační a duševní vztah nemocného, nám tělo může zprostředkovávat osobní přístup k nemocnému (Mohr, ©2014, online).

Pacient je chápán jako rovnocenný partner, jako holistická osoba, která má individuální příběh, potřebu projevu a komunikace, v jeho současné životní situaci. To vyžaduje, aby sestry měly snahu a ochotu přijmout pacienta v rámci jeho omezených možností. U nemocných, kde je porušeno vnímání, bývá porušena i rovina komunikace (Dvořáková, 2016).

Využití konceptu také účinně napomáhá pacientům uspokojovat potřebu důvěry a bezpečí. Pracuje s individuálním přístupem k člověku a využívá znalostí biografie osobnosti, která zaznamenává historii nemocného týkající se jeho zvyků, návyků a potřeb (Kajtmanová, ©2015, online). „Hlavním přínosem této metody je právě zkvalitnění uspokojování potřeb bezpečí a jistoty u seniorů. Děje se tak mimo jiné cestou zvýšené emoční inteligence ošetrovatelského personálu. Používání emoční inteligence přispívá ke zlepšení komunikace, zvyšuje porozumění, pomáhá lépe vnímat realitu, navozuje stav vnitřního klidu, jistoty a důvěry. Zvyšuje sebepoznání, a tím zlepšuje nejen vztah k sobě samému, ale roste i pochopení druhé a pro druhé osoby, jejich problémů“. Uvedené zlepšení pak vždy znamená důležitý osobní rozvoj, navíc má pozitivní význam i pro život ve vlastní společnosti mimo zdravotnické zařízení (Kajtmanová, ©2015, online).

V současnosti je chápán jako možnost tělesného a holistického učení, také jako komplexní vývojový stimul ve velmi raných stádiích života nebo jako orientace v nejasném vnímání, komunikaci a pohybových situacích. Může pomoci ke snížení stresu u lidí ve stresujících hraničních situacích, jako jsou např.: těžké zdravotní krize, doprovod lidem v procesu umírání.

Rovněž jako psychoterapeuticky, orientovaný doprovod v obtížných fázích vnímání a komunikace. Prvky bazální stimulace mohou stimulovat, uvolňovat nebo obohacovat jiné situace pro osoby bez významného postižení (Schwarz-Heller, ©2014, online).

Okolní svět lidí, kteří mohou jen velmi omezeně vnímat své okolí, je dle vědeckých poznatků redukován nebo zkoncentrován na bezprostřední sféru svého vlastního těla. V souvislosti s vnímáním lze najít pojem podnět. O účinku podnětu rozhoduje jeho délka trvání, kvalita a změny intenzity působení. Stimuly jsou přijímány receptory a informace o dráždění jsou dále zpracovávány v mozku. Pak je tělo schopné na receptory reagovat. V bazální stimulaci je cílem ošetřující osoby podpořit vnímání tak, aby pacient byl schopen uvědomit si sám sebe, své okolí, navázal komunikaci a orientovat se v čase a prostoru (Dvořáková, 2016).

1.3 Implementace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče

Bazální stimulaci integrujeme v ošetrovatelské péči tak, abychom nepotřebovali více času než k „normální ošetrovatelské péči“. Běžnou ošetrovatelskou péči jen provádíme dle konceptu, např.: místo normální tělesné koupele poskytneme pacientovi osvěžující celkovou koupel. Naše práce a její výsledky tak získají zcela jiné dimenze (Friedlová, 2004).

Člověk žije autonomně a je blízce spjatý se svým okolím. Čím silnější je jeho autonomie a schopnost vztahů k životnímu prostředí, tím více je vztah ovlivněn. Komunikace je jedním z primárních prvků, kterým vyjadřujeme své potřeby, reagujeme jím na vnímané podněty a její součástí může být i pohyb. J. Křivohlavý říká: „*Není možné nekomunikovat. To, že se na někoho nepodíváme, něco mu tím sdělujeme. Když se někomu vyhneme, když mu nevěnujeme pozornost, něco mu tím sdělujeme. Když to udělá on, rozumíme obvykle lépe, že nám tím něco říká*“ (Dvořáková, 2016).

Je velice důležité promyšleně a cíleně plánovat naše ošetrovatelské aktivity u pacienta, a to tak, abychom skutečně nepotřebovali více času a hlavně, abychom nebyli rušeni zbytečnými elementy, naplánujeme-li si určité stimuly na nevhodnou dobu. Je ovšem také nezbytné vždy zohlednit denní rytmus pacienta a jeho vyčerpanost či naopak připravenost vnímat naše podněty. U každé poskytované stimulace bychom neměli překročit 20 minut, neboť bychom mohli u pacienta překročit hranice schopnosti se koncentrovat a přijímat podněty. Každá ošetrovatelská aktivita by měla být naplánovaná tak, aby se nestala zážitkem nepříjemným, ba naopak (Friedlová, 2004).

Úkolem ošetřující osoby, pracující s nemocným, je navázat komunikaci i na jiné úrovni než verbální. U nemocných, kde komunikační schopnosti jsou zachovány ať v malé míře, může ošetřující osobě i nemocnému velice pomoci k vzájemné důvěře i efektivnosti seburčení. Pro správné a vhodné techniky komunikace jsou důležité zkušenosti této osoby, biografická anamnéza nemocného, přizpůsobivost i osobnost. Aby byla komunikace smysluplná, musí být pro nemocného snadná a srozumitelná (Nydahl, ©2017, online).

Pro navázání prvního kontaktu s nemocným a následné vytvoření důvěry, pocitu či jistoty, lze použít takzvaný iniciální dotek. Dotek nemocného informuje o začátku a ukončení činnosti i o naší přítomnosti u jeho lůžka. Vymezujeme pro něj jedno místo na těle například rameno nebo ruku. Iniciální dotek by měli dodržovat všichni, kteří s nemocným přijdou do styku. Ideální volbou je umístit informační tabulku k lůžku nemocného s přesným označením místa iniciálního doteku (Buchholz a Schürenberg, 2013, s. 41-135).

Poskytované stimulační podněty po delší dobu, musí být konsekventní, jinak se zmenšují šance, že pacient bude moci na nabízené stimuly reagovat. Lidé dodržují stále rituály ať vědomě či nevědomě. Péče by měla být založená na principu zohlednění autobiografické anamnézy, delegování v týmu a na příbuzné osoby pacienta, měl by být při kontaktu používán iniciální dotek, oslovování pacienta jemu nejbližší formou a strukturovat den v koordinaci s jinými týmy. (Friedlová, 2004).

Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u pacientů či klientů docházelo ke stimulaci vnímání vlastního těla, k rozvoji vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa a navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase, zlepšení funkcí organismu a poskytnutí pocitu jistoty a důvěry. (Friedlová, 2005, s. 16-18)

2 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Biografická anamnéza znázorňuje dosavadní příběh pacienta. Zaměřuje se na život nemocného a aktivně začleňuje aspekty jako jsou kariéra, rodinný stav, sportovní a volnočasové aktivity. V hloubkové psychologické orientaci je to přístup k biografii, který umožňuje psychodynamické porozumění. Pokud člověk nepochopí pacienta, obvykle neví dostatečné informace o jeho biografické anamnéze. (Rudolf 2008). Základním obsahem biografické anamnézy jsou rodinná anamnéza (rodiče, rodinné klima, zdravotní chování atd.), individuální historie (těhotenství a porod, vývoj v raném dětství, chování dětí atd.), vztahová anamnéza (k rodičům, sourozencům, mateřské škole atd.), odborné vzdělávání, pracovní situace, psychosexuální rozvoj a další oblasti života jako je volný čas nebo aktivity. Používá se hlavně v psychosomatické terapii a psychoterapii. (Herrmann-Lingen, ©2011, online).

Biografické údaje klienta či pacienta jsou výchozím bodem pro strukturu individuálních plánů. Sepsání biografické anamnézy pacienta nabízí profesionálům poskytující péči zvolit adekvátní, individuální ošetrovatelské, terapeutické nebo pedagogické nabídky, které zohledňují individualitu, věk, onemocnění, potřeby, schopnosti a dovednosti. Tým poskytující péči pracuje aktivně ve prospěch nemocného, nikoliv ve prospěch dlouhodobě zaběhnutých stereotypů v poskytování péče (Friedlová, 2018, s. 55-58).

Ošetrovatelský proces hraje významnou roli v práci s biografií klienta. Informace z životního příběhu vstupují do všech fází ošetrovatelského procesu, a taky významně mění plány péče u dlouhodobě nemocných seniorů. Cílem není úplné uzdravení, ale navození a ustálení pocitu pohody. V české republice definuje tento proces Valérie Tóthová. „*Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetrovatelští profesionálové používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče*“ (Tóthová, 2009). V roce 2004 nachází ošetrovatelský proces legislativní podobu. V Evropě a v České republice je uplatňován jako pětifázový ošetrovatelský proces (Procházková, 2014, s. 73-74).

Každý má svůj tzv. „obraz člověka“. Má ho jak poskytovatel péče, příjemce péče, který si ho ale nemusí vždy plně uvědomovat. Medicínsko-vědecký obraz člověka je vnímán jako soubor funkcí orgánů nebo orgánových soustav v organismu. Sociologie zdůrazňuje, že člověk je schopen přežít pouze ve vztahu s jinými lidmi. V ošetrovatelství hraje individuální obraz člověka velkou roli, umožňuje pochopit a porozumět chování nemocného. Obraz

ovlivňuje mnoho faktorů jako jsou: věk, pohlaví, sociální prostředí, rodina, výchova, vzdělání, životní zkušenosti, prostředí, víra a kultura. Klient či pacient není pouze biologickým systémem, ale bytostí prožívající emoce. Má potřebu seberealizace a sebeúcty, která souvisí s potřebou autonomie (Friedlová, 2018, s. 55).

Pracovat s autonomií člověka, znamená respektovat ho a pochopit. Sepsání biografie v rámci ošetrovatelské anamnézy je důležitou částí. Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči a mohou výrazně pomoci terapeutům poskytovat profesionální péči. Terapeuti by měli mít tyto předpoklady pro získání a vyhodnocení biografických dat se kterými mohou následně pracovat (Friedlová, 2006, s. 16).

Životní příběh umožňuje pochopit životní styl člověka, nahlédnout do vlivů během života, zachycuje formy jeho seberealizace a význam jeho sociálních rolí. Zájem o životní příběh ze strany poskytovatelů může být jedním z klíčových faktorů k budování důvěry a vztahu pacienta a jeho pečující osobou (Friedlová, 2018, s. 55).

Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života. Předpokladem integrace prvků konceptu Bazální stimulace do péče o pacienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý člověk je jiný, jinak se chová v určitých situacích, jinak reaguje. Každý člověk je jedinečná bytost, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace. Individuální ošetrovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, v níž se pacient nachází (Friedlová, 2007, s. 131).

Pokud je prostředí, ve kterém se příjemce péče nachází, málo podnětné, nemocný trpí nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity, dochází k ovlivnění jeho tělesného i psychického stavu. Tímto začíná proces degenerativních změn. Pokud může člověk žít ve svém domácím prostředí, snaží se přizpůsobit svému okolí a také okolí svým potřebám. Hlavním předpokladem bazálně stimulující péče není jen práce s biografickou anamnézou, ale na jejím podkladě také strukturalizovaná a ritualizovaná péče, tedy péče, která akceptuje rituály a rytmus dne nemocného. Nezastupitelnou roli má u lidí se změnou kognitivní oblasti jako je mentální retardace nebo demence, kde pomáhá eliminovat stavy neklidu, zmatenosti a s tím spojené agresivity. Senzobiografie je přístupová cesta umožňující pochopit rituály člověka a je presumpcí k práci s biografií (Friedlová, 2018, s. 58).

2.1 Somatická anamnéza

Somatické vnímání poskytuje člověku vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Kůže je prostředkem sociální komunikace, je nositelkou morfologických znaků individuality a významně se podílí na sociální komunikaci. Kožní receptory umožňují nepřetržitou komunikaci se zevním prostředím. Oslovení a iniciální dotek jsou nezastupitelnou součástí bazálně stimuluji péče. Oslovení volíme dle stavu pacientu, musíme brát ohled na prostředí ve kterém se nachází, věk a zachování pravidel slušného chování. Oslovení můžeme zvolit od rodinných příslušníku nebo blízké osoby nemocného. Iniciální dotek by měl být přizpůsoben a zvolen individuálně ke stavu nemocného. V biografické anamnéze zjišťujeme doteky, které pacient upřednostňuje a které jsou pro něj hraniční, bolest, dominance, prostředí, ve kterém se pacient nachází, zvyklosti hygieny - denní doba, teplota vody, oblíbená kosmetika a prostředí - teplo, osvětlení, hluk (Friedlová, 2018, s. 68).

2.2 Vestibulární a vibrační anamnéza

Vestibulární systém slouží k detekci úhlového a lineárního zrychlení hlavy, tím k udržování rovnováhy a relativní stabilizaci obrázku na síti zrakového aparátu. Vestibulární systém je úzce spojen s pohybem, polohou a orientací v prostoru. Reguluje svalový tonus a má vliv na stabilizaci oběhového systému. Cílem vibrační stimulace je stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací a proprioreceptorů. Zprostředkovává klientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Vibrační stimulací umocňujeme somatickou stimulaci a somatické vnímání. V rámci biografické anamnézy zjišťujeme např.: bolest, rytmus dne - kdy pacient, vstává, a kdy chodí spát a jeho pravidelné aktivity (Friedlová, 2007, s. 26-107).

2.3 Smyslová anamnéza

Lidský sluch je nejvyšší formou vnímání lidské řeči. Ústa nám pomáhají rozlišit chuť, vůni a konzistenci podávané pochutiny. Zrak umožňuje orientaci v prostoru, schopnost vnímat okolí, navozuje pocit bezpečí, a také pomáhá v procesu učení. Nos zprostředkovává vůně a pachy, které mohou vyvolat vzpomínky. Schopnost ruky nám pomáhá rozpoznávat jednotlivé předměty, díky kterým získáváme zkušenosti na celý život. Do biografické anamnézy zaznamenáváme informace jakou např.: používání kompenzačních pomůcek jako jsou brýle, kontaktní čočky nebo ušní naslouchátko, oblíbené a přirozené zvuky, vůně, preferované jídlo, pití, relaxační činnosti a sociální situaci - pokud je pacient v důchodu, jaké bylo jeho dřívější zaměstnání (Dvořáková, 2018).

Aby byla zajištěna kvalitní, bazálně stimulující péče, musí sestra rozvíjet své schopnosti. Měla by umět dokázat shromažďovat informace s využitím životopisné historie, posoudit potřebu péče, stav vědomí pacienta, navrhovat příjemné a známe prostředí, propojit ústřední cíle s ošetrovatelskou činností. Schopnost shromažďovat informace pomocí biografické anamnézy, může být velmi užitečná pro péči a zajištění stimulů či prvků známých pro pacienta, které mají pro něj zvláštní význam. Umožňují tak stavět na individuálních životních zkušenostech. Významnou součástí představují schopnosti sdělovací, které umožňují dozvědět se o nemocném potřebné informace (Fröhlich a Nydahl, ©2008, online).

2.4 Psychobiografický model

Každý člověk se dívá na svůj svět a své okolí pouze tak, jak dokáže vidět, rozpoznávat a vnímat. To činí tak, že si do svého dospělého světa přináší ze svých původních kořenů vlastní způsob pohledu. To také znamená, že jsme byli utvářeni tak a neseme si v sobě to, co jsme získali ve své primární socializaci. Žije v nás dítě, kterým jsme byli, a neustále nás ovlivňuje. Péče sama o sobě však představuje výjimečnou, mezní situaci (Böhm, 2015, s. 23).

Böhmův model je mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model. Model je zaměřený na podporu schopnosti sebezpeče starých a zmatených lidí. Principem je obnova zájmu seniora a oživení jeho psychiky. Böhm předkládá péči aktivizující a reaktivizující, jestliže používá ve svém modelu pojem rehabilitace, pak ve smyslu reaktivizace psychických schopností člověka, což znamená nejdříve pečovat o psychiku, potom o tělo. Böhm jako první poukázal na nutnost poznat životní příběh, který ovlivňuje vnímání zdraví a nemoci klientů, a na jejich psychické potřeby. Metaparadigmatická koncepce, která determinuje teorii a praxi psychobiografického modelu, kde popisuje osobu, prostředí, zdraví, péči, a to ve všeobecné rovině. Primární cíle se týkají oblastí znovuoživení psychiky klienta, oživení zájmu pečujících a rozšíření vnímání společenské normality (Procházková, 2014, s. 33-42).

Model se zaměřuje na emocionální, pudový potencionál člověka, nikoli na jeho kognitivní deficity. Zlepšení emocionálního stavu vede k dlouhodobému zlepšení kognitivních schopností. Naproti tomu příliš časně zahájený kognitivní program vede k progresi projevů úpadku v důsledku přetěžování klienta. Základním principem modelu je zvolit si thymopsychickou biografii jako východisko a způsob nahlížení na aktuální problémy. Péči o seniory je třeba chápat primárně jako péči o stav duševní, nikoli somatický (Böhm, 2015, s. 18).

3 DOMÁCÍ PÉČE

Definice domácí ošetrovatelské péče v jednotlivých krajích Evropské unie není jednotná. Domácí ošetrovatelská péče je definována jako péče poskytovaná pacientovi v domácím prostředí zdravotnickými organizacemi, které obsahují dvě disciplíny. První disciplínou je domácí zdravotní péče, které zahrnuje rehabilitaci, podpůrnou, preventivní a technickou ošetrovatelskou péči, která se používá při ošetrování a vyžaduje zdravotní vzdělání a praxi. Druhou disciplínou je domácí sociální péče, která se odvíjí na základě sociálních služeb. Tato péče zahrnuje dopomoc klientovi v denních činnostech, jako jsou nákupy, vaření, praní anebo dopomoc při osobní hygieně (Kožuchová, 2014, s. 10-11).

Domácí zdravotní péče je zdravotní péče, poskytující kvalifikované zdravotní sestry v pohodlí pacientova domova. Je vhodná pro pacienty, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci. Péče je určena klientům všech věkových kategorií, kteří potřebují buď krátkodobé ošetření například po úrazu či operaci, nebo trpí chronickým onemocněním a museli by být hospitalizováni v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Péče je také pro pacienty v terminálním stádiu života (Kondelíková, ©2018, online).

V České republice je formálně evidována jako odbornost 925 - domácí péče (dle vyhlášky MZ ČR 55/2000). O rozsahu, obsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta. Dle zdravotnického řádu se jedná o zvláštní druh ambulantní péče, která zajišťuje pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péči v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o integrovanou formu péče a označuje se jako komplexní domácí péče. Je indikovaná praktickým lékařem. KDP je jeden z funkčních prvků primární péče. Její filozofie je podmíněna principem pevné vazby a interakce jedince se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na jeho individuální chápání kvality života (Krátká a Šilháková, 2008, s. 79).

U odborných lékařů, kteří propouštějí klienta po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení nebo po jednodenním operačním zákroku, či výkonu, je maximální rozsah indikace domácí péče 14 dnů. Domácí zdravotní péče je v tomto případě zahájena v přímé návaznosti na den ukončení hospitalizace klienta. Po ukončení hospitalizace, je povinen odborný lékař předat písemnou informaci o celkovém zdravotním stavu klienta. Rovněž indikaci domácí zdravotní péče, ordinaci léků, pomůcek a dalších, praktickému lékaři, který má možnost v domácí zdravotní péči pokračovat (Kondelíková, ©2018, online).

Domácí péče je do značné míry financována zdravotní pojišťovnou, na základě indikace lékaře. Další možností financování je samotná rodina či klient, alternativní možnosti např.: sponzorské dary, příspěvky obcí na sociálně slabé (Krátká a Šilháková, 2008, s. 84).

3.1 Potřeby nemocných

Subjektivní kvalita života lidí s chronickým onemocněním významně závisí od schopnosti uspokojit potřeby vztahující se k nemoci bez negativního zásahu do uspokojování základních lidských potřeb. Při chronických onemocněních jsou více nebo méně limitované objektivní možnosti na dosažení vysoké úrovně kvality života. Pacienti v domácí ošetrovatelské péči jsou často staršího věku, více nemocní nebo křehčí než jiní pacienti. Hlavním cílem domácí ošetrovatelské péče je propustit pacienta do vlastní nebo rodinné péče a vyhnout se následující hospitalizaci (Kožuchová, 2014, s. 111-115).

Evropa patří mezi rychle stárnoucí oblasti světa. To platí zejména o zemích Evropské unie. Dlouhodobá péče je proto jedním ze závažných problémů. Kromě samotného poskytování dlouhodobé péče v žádoucí kvalitě, je také nutné, aby byla věnována dostatečná pozornost prevenci. Kvalita života je pojem, se kterým se neustále setkáváme. Jedná se o komplexní a zastřešující pojem do značné míry subjektivní, který zahrnuje jak vnímání vlastního těla a funkčního stavu, tak sociální interakce a celkovou spokojenost s vlastním životem. Cílem veškerých opatření by mělo být právě zlepšení či zachování kvality života pacienta s ohledem na jeho přání a hodnoty (Holmerová, 2014, s. 53-86).

Mezi faktory, které zvyšují kvalitu života pacientů, patří úzká spolupráce a podpora rodiny. Mezi spokojenost pacientů závisí do značné míry od jejich vlastních potřeb, očekávání a prostředí, ve kterém se nacházejí. Vzhledem k neustále se zvyšujícímu nárůstu poskytování služeb v domácích péčích, vzrůstá zájem a pozornost věnovaná problematice domácí péče. Sestra, která poskytuje péči v domácím prostředí, by měla poznat a brát v úvahu faktory, které ovlivňují pacientovu spokojenost (Kožuchová, 2014, s. 111-115).

Abraham Maslow, americký psycholog a jeden ze zakladatelů humanistického proudu, v roce 1943 uvedl hierarchii potřeb. Jeho teorie tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a že tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu na základě dvou hlavních skupin potřeb. Odstranění nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby) a dosažení hodnoty bytí (tzv. B-potřeby). Nejsou-li uspokojeny D – potřeby, je pociťována úzkost a snaha odstranit nedostatek

a zaplnit chybějící potřebu. Je-li potřeba uspokojena, vnímáme tento stav v běžných životních podmínkách jako normu. Jsou-li naplněny B-potřeby, pocítujeme dobrý pocit z naplnění a jsme o to více motivováni k dalším potřebám. V rámci D-skupiny nejprve člověk uspokojuje své základní lidské potřeby, které jsou dány evolucí, a když je má uspokojeny, teprve pak se snaží o naplňování neuspokojených potřeb vyšších, a to je významný rozdíl od potřeb B-skupiny a skupinami D – potřeb (Šamánková, 2011, s. 26-27).

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické potřeby, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou života. Množství a intenzita závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech. Vždy záleží na komunikačních dovednostech poskytovatele a příjemce. Sestry by měly mít na zřeteli dodržování obecných zásad rozhovoru, naslouchání druhého člověka, využívání komunikační přestávky i respektování autonomie člověka (Šamánková, 2011, s. 10-14).

3.2 Náplň práce ošetrovatelského personálu

Komunikace je nositelem dění ve společnosti. Chápeme ji jako sdělování určitých informací, významů v procesu přímého nebo nepřímého sociálního kontaktu. Navázání kontaktu s klientem nebo pacientem je nezbytným předpokladem smysluplnosti sociální práce. Tento kontakt vyžaduje komunikace založenou na důvěře, rovnoprávnosti, porozumění i vzájemného respektování. Naslouchání je základním pilířem empatie je pojítkem, jehož kvalita, vstřícnost a racionální zainteresovanost výsledně pozitivně či negativně poznamená efekt sociální práce i v souvisejících interakčních snah (Krátká a Šilháková, 2008, s. 70).

Péče je zaměřená především na udržení, podporu a navrácení zdraví jedince, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných a také zajištění klidného umírání a smrti. Návštěvní služby lékařů a všeobecných sester jsou považovány za důležitým ukazatelem kvalitní zdravotní péče. Přínosem pro pacienty mohou být determinanty, jako jsou kvalitní ošetrování, rychlost poskytované péče, loajalita, soukromí a pohodlí, neustálý kontakt s příbuznými a klid domova (Šuplerová a Machová, ©2013, online).

Hippokratova přísaha deklaruje, že povinností každého lékaře je posuzovat pacientův či klientův zdravotní problém komplexně, tedy v rovině somatické, psychické i sociální. Bohužel

ne každá lékařka tuto podmínku ve své praxi respektuje, ani pro to vždy nemívá vytvořeny pracovní podmínky. V tomto případě má nezastupitelnou roli sestra, která tráví více času s pacientem či klientem a ví, že není jen případ či diagnóza, ale především člověk, která cítí, v něco doufá, na něco se těší a také se bojí o svůj život (Krátká a Šilháková, 2008, s. 78).

Charakteristickým znakem sesterského povolání je každodenní kontakt s mnoha lidmi, ať už jsou to pacienti, jejich rodinní příslušníci nebo řada spolupracovníků. Každý člověk se i za normálních okolností chová určitým charakteristickým způsobem. O tom, zda si lidé vyjdou vstříc, budou ochotně spolupracovat, jeden druhému naslouchat, nebo vzniknou problémy, jedna strana se stane lhostejná a druhá se uzavře a nebude chtít spolupracovat, rozhoduje z velké části první dojem. Sestra toho ani nemusí mnoho říct a pacient či jeho rodina, aniž by si to uvědomovali, odhadují, zda je nerudná, rozčílená, nedůtklivá nebo zda je klidná, vstřícná a spolehlivá (Ludvík et al., 2003, s. 6-25).

Nelékařský zdravotník by měl zachovat hlavní cíle domácí péče jako jsou: zachování důstojnosti a kvality života klienta a jeho rodiny, udržování a zvyšování soběstačnosti, snižování závislosti na druhé osobě, edukace k zodpovědnosti za vlastní zdraví, pomáhat klientovi a jeho rodině dosáhnout pohody a v souladu s jejich sociálním prostředím zabezpečit komplexní péči, dodržovat léčebný režim a poskytovat psychickou podporu. Sestra chápe a vnímá jedince jako nemocného, pro kterého je pobyt v nemocnici rizikem, který je při propuštění z nemocniční péče k doléčení, jako člověka v akutním stavu a po jednotlivých zákrocích nebo chronicky nemocný s trvalým stupněm závislosti, nemocný v terminálním stadiu nemoci. Doprovází, podporuje a komunikuje s příbuznými klienta. K tomu, aby mohla být poskytována efektivní péče, musí sestra znát potřeby konkrétní rodiny a s tím ohledem následně plánovat ošetrovatelskou péči (Krátká a Šilháková, 2008, s. 81-89).

Základem každé spolupráce je společný zájem a dobrá komunikace. Ta by měla probíhat v určité struktuře. Celý tým poskytující péči by měl společně hledat nejlepší cesty, jak vyhovět potřebám lidí v dlouhodobé péči, a to jak v rámci vlastní činnosti, tak ve spolupráci s člověkem samotným, jeho rodinou a blízkými a v případě potřeby také koordinací a zjištěním dalších služeb. Výsledkem nesmí být vytvoření dalšího plánu, ale účelné opatření, které daný problém řeší či adekvátně reaguje na danou dobu (Holmerová, 2014, s. 101).

Vztah sestra a pacient musí být vždy založen na důvěře. Každý jedinec pracující v pomáhajících profesích by měl mít na paměti zásady jako jsou: využívání znalostí, zkušeností

a dovedností ku prospěchu všech společenských skupin a jedinců, dodržovat úctu ke klientům, zajistit jejich důstojnost a práva, uplatňovat tzv. individuální přístup, nemít žádné vlastní předsudky, ani tolerovat předsudky u jiných co se týče původu, rasy, pohlaví, sexuální orientace, věku, víry, společenského přístupu nebo postavení klientů. Sestry by měly podporovat účast na rozhodnutí a vymezení poskytovaných služeb, což znamená nevnucování služeb klientům. Dále podporovat, udržovat a rozvíjet v co nejvyšší míře soběstačnost jedince, prokazovat míru empatie, prosociálnost a emoční inteligence, mít jasné jednání vůči veřejnosti, týkající se činností prováděných pracovníkem nebo činností vyplývajících z poslání organizace, poskytujících sociální služby a také brát v potaz informační důvěryhodnost a zveřejňování informací jen se souhlasem klienta (Krátká a Šilháková, 2008, s. 65-66).

Deficit sebepéče

Autorkou teorie deficitu sebepéče je Dorothea Elisabeth Oremová. Ošetrovatelská teorie objasňuje, proč a jak se odlišuje ošetrovatelství od ostatních pomáhajících zdravotnických profesí. Deficitem sebepéče je označován vztah mezi kompetencí sebepéče a situační potřebou sebepéče daného jedince. Kompetence sebepéče představují specifické schopnosti k vykonávání potřebných činností v závislosti na určité potřebné sebepéče, aby byla účinně korigována. Deficit sebepéče vzniká, pokud situační potřeba sebepéče převyšuje stávající kompetenci sebepéče daného jedince (Halmo, 2014, s. 43-50).

Model je jednou z filozofií ošetrovatelství. Objasňuje péči o jedince při naplňování lidských potřeb. Poukazuje na to, že specifickým zájmem ošetrovatelství je uspokojování potřeb člověka mobilizováním péče sama o sebe na podkladě lidské přirozenosti. To znamená zachování zdraví a života, ochrany před onemocněním a zraněním anebo zotavováním se z nemoci či poranění (Petrašová, ©2019, online).

Dorothea Elisabeth Oremová rozčlenila strukturu tohoto konceptu do tří dílčích skupin a to: činnost sebepéče, komponenty sebepéče a základní dispozice a schopnosti. Situační potřeba sebepéče je *struktura činností sebepéče*, které jsou pro daného jedince potřebné v určitém čase, po určitou dobu a na určitém místě k regulaci jeho lidských funkcí a vývoje. Deficit může být přechodný, trvalý, částečný nebo úplný. Úplný znamená nedisponovat žádnými schopnostmi uspokojit situační potřebu sebepéče. Stanovení deficitu sebepéče vytváří jádro ošetrovatelských činností a opravňuje ošetrovatelský personál k poskytnutí ošetrovatelské péče. Deficit sebepéče se týká 3. Oblastí: omezení pochopit situaci, omezení učinit rozhodnutí a omezení v provedení činnosti (Halmo, 2014, s. 48-54).

4 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U PACIENTŮ V DOMÁCÍ PÉČI

Základními prvky konceptu Bazální stimulace jsou pohyb, komunikace, vnímání a jejich úzké propojení. Bazálně stimulující péče umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost (Friedlová, 2007, s. 19).

K narušení tělesného obrazu dochází zejména ve stavu dlouhodobého bezvědomí, při ztrátě některé části těla, neurologických onemocněních nebo při vysokém či malém svalovém tonu. Často se k tomu přidružuje negativní zkušenost jako je bolest nebo některé z nepříjemných vyšetření. Díky tělesným podnětům bazální stimulace, které se týkají kůže a svalů například při mytí, lze vytvořit pozitivní zkušenost skrze nastavení hranic a kontaktu. Pro mnoho lidí s akutním nebo chronickým onemocněním má pouhý dotek ruky obrovský význam a podněty mohou být velmi intenzivní (Dvořáková, 2016).

Cílená a strukturovaná stimulace smyslových orgánů a hybnosti klienta umožňuje vznik nových dendrických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech. Pilířem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluace reakcí nemocného na poskytovanou stimulaci (Friedlová, 2007, s. 23-24).

Správnými nabídkami prvků bazální stimulace lze s pacientem navázat kontakt a vytvořit pocit jistoty a důvěry, který je velmi potřebný k další práci s nemocným. Pokud pacient svírá oči nebo ústa, je přítomno vysoké svalové napětí nebo spasticita, vydává zvuky, zvýšeně se potí nebo pozorujeme psychomotorický neklid, není naše nabídka přijímána pozitivně a měla by být přehodnocena (Dvořáková, 2016).

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace. V péči jsou nabízeny na úrovni somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální stimulace. Technikám, které se frekventanti v kurzech učí, je věnován dostatečný čas pro praktický nácvik i teoretickou podstatu. Účinnost prvků a technik konceptu Bazální péče závisí na jeho správném provedení (Friedlová, 2007, s. 24).

4.1 Somatická stimulace

K vnímání těla a tělesného schématu je důležitým předpokladem vizuální kontrola těla. Proto je při aplikaci technik somatické stimulace kladen důraz na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla. Vhodná je také integrace zrcadlové terapie. Hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Vhodný typ stimulace volíme dle stavu a potřeb klienta, zohledňujeme jeho schopnost vnímání, komunikace a pohybu. Pokud je k dispozici somatická anamnéza klienta, využijeme tyto informace k usnadnění a správnému využití prvků. Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který ošetřující osoba aplikuje na těle nemocného (Friedlová, 2007, s. 68-71).

Koupele celková zklidňující

Celkovou koupel zklidňující lze použít u celé řady nemocných. Cílem koupele je nemocného zklidnit, uvolnit a navodit mu pocit pohody. Koupele uvolňuje svalové napětí a umožňuje nemocnému lépe vnímat své tělo. Indikovanou skupinou mohou být neklidní a hyperaktivní pacienti, pacienti s tachykardií, zvýšeným svalovým tonem, s poruchou spánku, pacienti v dlouhodobém umělém spánku, nebo ve fázi probuzení, nemocní s diagnózou Parkinson nebo Alzheimer. Samotná koupel by neměla přesahovat interval 20 minut. Teplota vody by se měla pohybovat okolo 37 - 40 °C (Dvořáková, 2016).

Koupele celková povzbuzující

Somatickou stimulaci povzbuzující můžeme do péče integrovat během toalety klienta. Pokud aplikujeme stimulaci v podobě koupele, použijeme vodu s teplotou nižší, než je teplota těla, tedy 23 - 28°C. Bez vody provádíme stimulaci žínkami, froté rukavicemi nebo rukama. Tato technika napomáhá ke stimulaci vnímání tělesného schématu, zvýšení úrovně vědomí u pacienta a jeho pozornosti, zvýšení svalového tonu, srdeční frekvence i krevního tlaku, podporuje klientovy aktivity. Můžeme ji aplikovat u pacientů ve vigilním kómatu, se změnou v mentální oblasti, v soporu, se sníženým svalovým tonem, s bradykardií nebo u depresivních pacientů (Friedlová, 2007, s. 81).

Koupele celkově bazálně stimulační (dle Bobatha)

Koupele celkově bazálně stimulační často bývá označována jako neurofyziologická nebo podle Bobatha. Jejím cílem je, aby si nemocný uvědomil své tělo v plném rozsahu, i když je

jeho některá strana postižená. Postižená strana je zároveň stimulována a uvolněna. Indikovanou skupinou mohou být pacienti po CMP nebo kraniocerebrálním traumatu s hemiplegií. Samotná koupel by neměla přesahovat interval 20 minut (Dvořáková, 2016).

Diametrální stimulace

Užívá se u klientů se zvýšeným svalovým napětím. Diametrální stimulace může být aplikována jako koupel s používáním vody o teplotě 38 - 40°C. Tato koupel nemusí být aplikována na celé tělo, ale pouze na jednu část. Užívá se u klientů se zvýšeným svalovým napětím. Nutné je dodržet tělesnou symetrii, to znamená, je-li diametrální stimulace aplikovaná na jedné polovině těla či jen na její části, aplikujeme na opačné straně alespoň zklidňující stimulaci. Indikovanou skupinou mohou být dlouhodobě ležící, pacienti po cerebrálním poranění nebo při ztrátě chuti k pohybu např. depresivní stavy (Friedlová, 2007, s. 89-90).

Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání

Pro provádění masáže primárně volíme záda. Výjimkou tvoří klienti, kterými ji nelze z různých důvodů aplikovat na dorzální části trupu, ale jen na ventrální. Tato technika vyžaduje trénink. Abychom dosáhli terapeutického cíle, musí být především správně provedena. Cílem ošetřujícího provádějícího masáže je pomoci nemocnému přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Nejen masáž stimulující dýchání, ale také kontaktní dýchání může být využito jako prostředek k navázání komunikace. Napomáhá při navázání kontaktu s klientem, získání důvěry a zkvalitnění individuálního přístupu ke klientovi (Friedlová, 2018, s. 92-97).

Masáž stimulující dýchání je technika se širokým využitím, a přesto naprosto jednoduchá. Neměla by přesahovat interval 5 minut. V mnoha případech je velmi pozitivně přijímána. Lze ji využít u nemocných s neurologickými potížemi, poruchami spánku a potížemi s dýcháním: u astmatiků, jako prevence pneumonie, podporu dýchání po extubaci nebo jako podpůrnou techniku při odvykání umělé plicní ventilace. Široké využití má i v paliativní péči, v péči o dlouhodobě nemocné i v neonatologii (Dvořáková, 2016).

Polohování

Vnímání tělesného schématu se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se ještě umocňuje u klientů dezorientovaných, ležících na pasivních antidekubitních matracích. Koncept Bazální stimulace nabízí prostřednictvím polohování „hnízdo“ a „mumie“ člověku dlouhodobě imobilnímu možnost získat informace o svém těle a stabilizovat vnímání tělesného schématu. Při změně polohy

klienta, tedy při polohování, aplikujeme současně také vestibulární stimulaci. Polohování umožňuje také optickou stimulaci klienta, neboť změnou polohy měníme jeho zorný úhel pohledu. Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem senzorických podnětů a pohybové aktivity vedou k poruchám orientace na vlastním těle a okolí, a mohou mít za následek těžké krize vlastní identity (Friedlová, 2018, s. 88).

Polohování „hnízdo“ je nejvyužívanější technikou v bazální stimulaci a má mnoho modifikací. Lze ho použít pro zklidnění, po masáži stimulující dýchání, ve fázi odpočinku nebo ke stimulaci tělesného schématu a hranic. Polohování „mumie“ se užívá v omezené míře, protože ji každý nemocný nemusí tolerovat. Tato technika by neměla trvat déle než 20 minut. Polohování „mumie“ lze použít u nemocných, kteří jsou neklidní, projevují se zmateně nebo agresivně a taky u pacientů, kteří dospívají po narkóze (Dvořáková, 2016).

4.2 Vestibulární a vibrační stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v závislostech na různých činnostech vykonávaných během dne. Jeho rovnovážné ústrojí se tak permanentně stimuluje. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami mají těchto informací minimálně, prostřednictvím konceptu Bazální stimulace lze těmto lidem poskytnout podporu jejich rovnovážného ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu (Friedlová, 2007, s. 105).

Vestibulární stimulace může být prováděna u ležících na lůžku prostřednictvím zcela nepatrných pohybů. Stimulovat můžeme například změnou hlavy v poloze v leže, při každé manipulaci s nemocným nebo v pozici v sedě z lůžka na křeslo. Technika ovesného klasu se využívá v sedě nebo v kleče za zády nemocného. Nemocný je pevně opřený o hrudník pečovatele, který provádí pohyby ve tvaru ležaté osmičky. Houpavé pohyby lze využít například u nemocných v závěsných látkových vacích (Dvořáková, 2016).

Vibrační stimulace umožňuje prostřednictvím kožních receptorů zprostředkovat klientovi intenzivní podněty z jeho těla. Vibrační nabídky se integrují především u klientů s hlubokou mentální retardací, ale také u těch, kterým slouží jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci. Ke stimulaci můžeme použít různé technické předměty jako jsou holící strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky nebo lehátka. Také vlastní ruce nebo hudební nástroje. Pokud člověk hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se jemně chvěje. Toho lze využít a položit ruku klienta na vlastní hrudník nebo také přiložit celý hrudník klienta na hrudník terapeuta nebo příbuzného (Friedlová, 2018, s. 105).

4.3 Smyslová stimulace

Lidský sluch je nejvyšší formou vnímání lidské řeči. Cílem sluchové stimulace je nabudit rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky a podpořit orientaci nemocného v prostoru. Často je nutné minimalizovat rušivé zvuky z okolí. Během hovoru by měl nemocný zřetelně vnímat. Do auditivní stimulace lze zahrnout hudbu, která by měla být přizpůsobena nemocnému z biografické anamnézy. Hudbu je lepší aplikovat v menších dávkách a často, v podobě zvukového přehrávače nebo sluchátek, které by neměly být blíže než 20 cm od uší. K uvolnění lze použít relaxační hudbu. Jako další metodou je používáný hovor nebo vyprávění, který je vhodný na paměťové stopy nemocného. Lze i předčítat knihu nebo časopis. Dalšími metodami jsou používány zpěv nebo hudební nástroje (Dvořáková, 2018).

Orální stimulace má velký význam u lidí, kteří nemohou přijímat potravu ústy a jsou vyživováni sondou. Cílem stimulace je zprostředkovat klientovi vjemy z obličejové části a vjemy z dutiny ústní, a tím stimulovat vnímání, příjem potravy a řečové funkce. Chuťové prožitky jsou pro nemocné záležitostí, která posiluje kvalitu jejich života. Můžeme ji provádět izolovaně, nebo jako přípravu na orální stravování. U klientů s těžkými změnami v oblasti vědomí lze stimulací výrazně ovlivnit jejich vnímání (Friedlová, 2018, s. 120).

Zrak je velmi důležitým lidským smyslem. Umožňuje orientaci v prostoru, schopnost vnímat okolí, navozuje pocit jistoty a pomáhá v procesu učení. Pokud je zrak narušený a nedává nemocnému ucelený obraz a jeho okolí, je nemocný odkázán na ostatní smyly. Již mírná změna poloha hlavy může změnit zorný úhel nemocného. V okolí lůžka je vhodné rozmístit známě předměty jako jsou fotografie nebo jednoduché obrazy (Dvořáková, 2018).

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými provokatéry vzpomínek. Nepříjemné pachy mohou vyvolat negativní stimulaci, proto je potřeba vybírat vůni důkladně. Pokud jsou nabízeny pachové vjemy kontinuálně, ztrácejí svůj význam. Do olfaktorické stimulace lze začlenit osobní kosmetické přípravky, parfémy, vůni oblíbeného jídla nebo vůni známou z pracovního prostředí. Nevhodné jsou vonné tyčinky a svíčky (Friedlová, 2007, str. 125).

Díky schopnosti ruky se člověk učí rozpoznávat jednotlivé předměty, získává tím zkušenosti, které používá celý život. Použitím taktile – haptické stimulace umožníme nemocnému poznat své okolí a zároveň ho zklidnit. Také je nástrojem pro vyvolání paměťových stop známých předmětů. K taktile-haptické stimulaci lze použít oblíbené předměty jako jsou hrnečky, žínky, ručníky nebo pracovní nástroje (Dvořáková, 2018).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro praktickou část bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum a zpracovány jednotlivé případy metodou kazuistik.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem je popsat aplikaci bazálně stimulující ošetrovatelskou péči u pacientů v domácí péči.

Praktickým výstupem bakalářské práce bude vytvoření informačního materiálu poskytujícího informace o konceptu Bazální stimulace pro laickou veřejnost pečující o nemocné v domácím prostředí. Informační brožura bude přiložena k tištěné formě bakalářské práce.

5.2 Metoda výzkumného šetření

V praktické části práce je využita metoda kazuistiky, která vychází z informací, které jsou bohatší a podrobnější než data ze statistického šetření (Hendl a Remr, 2017, s. 202-212). V kazuistice jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů, o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2008, s. 102). Kazuistika je vědecké zpracování konkrétního případu. Je to metoda vědeckého poznání reality. Cílem je vědecké zobecnění informací získaných systematickou analýzou jednotlivých studií. Kazuistika není jen popis a pochopení konkrétního případu, ale i komparace podobných případů (Hučík a Hučíková, 2010, s. 13-14).

5.3 Charakteristika respondentů popisovaných v kazuistikách

Praktická část bakalářské práce obsahuje 3 kazuistiky popisujících vliv konceptu Bazální stimulace u pacientů v domácí péči. V kazuistikách jsou popsáni respondenti s různými typy diagnóz. V první kazuistice je popsán případ 48 letého respondenta s intracerebrálním krvácením do mozku v oblasti arteria cerebri mediana vlevo, o kterého je pečováno v domácím prostředí manželkou a jeho dcerou. Pacient je svéprávný, podpisové právo bylo přiděleno jeho dceři a je u něj nutná 24 hodinová péče. Jako druhý je popsán případ respondenta s diagnózou sclerosis multiplex. Pacient je 52 letý muž s převážným ochrnutím levé poloviny těla. Postupným zhoršováním stavu se pacient bez pomoci ošetřovatele nepřesune z lůžka. Třetí případ charakterizuje 46 letého pacienta po klíš'ové meningo-encephalo-myelo-polyradikulitidě s následkem těžké periferní kvadruparézy s převahou na horní končetiny a na dolní končetiny s těžkou parézou vpravo. Pacient je nesvéprávný, zcela upoután na lůžko

s 24 hodinovou komplexní ošetrovatelskou péčí. Kazuistiky jsou anonymní, bez možnosti identifikace nemocných z důvodu ochrany jejich osobních údajů. V první a třetí kazuistice jsou popsány případy pacientů, kteří z důvodu těžké kognitivní poruchy mají stanoveného opatrovníka nebo poručníka dle zákona č. 89/2012 Sb. Nejprve proběhly rozhovory s opatrovníkem a poručníkem a následně byly získány souhlasy k využití informací a fotodokumentací v této práci, které jsou k dispozici u autorky bakalářské práce. V druhé kazuistice je souhlas s poskytnutím informací a fotodokumentací podepsán samotným pacientem. V průběhu výzkumného šetření byl pozorován vliv bazální stimulace u pacientů v domácí péči, pro získání informací bylo pracováno s jejich zdravotní dokumentací a na základě těchto poznatků byly vytvořeny předložené kazuistiky.

5.4 Organizace výzkumného šetření

O respondenty, jejichž případy jsou zpracovány v kazuistikách, se autorka této práce starala jako sestra a doprovázela je v domácí péči. Při sběru informací pro kazuistiky, uvedené v praktické části jsme vycházeli zejména z biografických údajů, informací od rodinných příslušníků, a čerpali ze zdravotnické dokumentace. Protože jsme pracovali s dokumentací uživatelů, byl zajištěn písemný souhlas, který je k dispozici u autorky bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo u pacientů v domácí péči. S respondenty bylo intenzivně pracováno podle individuálního plánu každého z nich. V případě prvního a druhého respondenta probíhala péče po dobu 9 měsíců, od 1. 6. 2018 do 28. 2. 2019, kdy bylo výzkumné šetření uzavřeno, a byly vyhodnocovány výsledky. U třetího respondenta probíhala péče po dobu 12 měsíců, od 1. 9. 2017 do 30. 9. 2018, kdy bylo výzkumné šetření uzavřeno, a byly vyhodnocovány výsledky. Bazální stimulace u respondentů byla prováděna v domácím prostředí podle stanoveného individuálního plánu. U prvního respondenta byla péče aplikovaná 2x denně v předem domluvených dnech, a to 2x - 3x týdně, v časovém horizontu 45 - 60 minut v závislosti na jeho zdravotním stavu a momentálnímu psychickému rozpoložení. U druhého respondenta byla po domluvě s pacientem péče aplikovaná 1x - 2x týdně v různém časovém horizontu, jelikož jeho zdravotní stav umožňoval vycházky na invalidním vozíku a volnočasové aktivity. U respondenta číslo tři byla péče aplikovaná 2x denně v předem domluvených dnech, a to 1x - 2x týdně v časovém horizontu 45 - 60 minut v závislosti na jeho zdravotním stavu a momentálnímu psychickému rozpoložení. Plány péče byly vytvářeny na základě biografické anamnézy respondentů a informací od jejich blízkých.

6 KAZUISTIKA Č. 1

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta po intracerebrálním krvácením do mozku v oblasti arteria cerebri mediana vlevo. Všechny uvedené informace jsou získány pozorováním pacienta, aplikováním konceptu Bazální stimulace, z biografické anamnézy, poskytnutím informací od rodinných příslušníků a prostřednictvím zdravotnické dokumentace.

První kontakt s panem M. K. byl v červnu 2018. Bazální stimulace byla aplikována 2x denně, ráno a večer, v určitých, předem domluvených dnech po dobu 9 měsíců, v časovém rozmezí mezi 45 - 60 minutou. Po důkladně zjištěné anamnéze, biografii a celkového zdravotního stavu jsem začala aplikovat prvky bazální stimulace. Iniciální dotek byl stanoven na levé dlani, kvůli citlivosti a ovládnání levé části těla. Bazální stimulaci jsem aplikovala v podobě koupelí, polohování, masáží, vestibulární, vibrační, optickou, orální, olfaktorickou, auditivní a taktilně-haptickou stimulací.

Anamnéza

Pacient M. K., 48 let, prodělal v roce 2011 rozsáhlé intracerebrální krvácení do mozku v oblasti arteria cerebri mediana vlevo, následně s přetrvávajícím intracerebrálním hematomem v centru levé hemisféry. Následně při péči na ARO byla zavedená tracheostomie s podpůrnou ventilací, epicystostomie a PEG. Po stabilizaci zdravotního stavu byl pacient hospitalizován na interním oddělení a poté na oddělení následné péče. Od roku 2013 je pacient v péči rodiny v domácím prostředí, bez invazivních vstupů s přetrvávající pravostrannou kvadruparézou a globální afázií. Pacient se snaží spolupracovat a neverbálně komunikuje.

Nynější onemocnění: Pacient je plně při vědomí. Dýchání je spontánní, trpí častými infekcemi dýchacích cest. Kožní léze se nevyskytují; má zahojené rány per priman po vstupu tracheostomie, PEG, epicystostomie. Trpí močovou inkontinencí, je u něho nutné polohování a prevence dekubitů.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na karcinom tlustého střeva, matka žije, bratr zdravý.

Sociální anamnéza: Od roku 2013 se o pana M. K. stará jeho manželka a dcera v domácím prostředí. Je u něho nutná komplexní 24 hodinová péče. Podpisové právo má jeho dcera, která je i jeho opatrovníkem, pan M. K. není zbaven svéprávnosti. Domácí prostředí bylo rodinou přizpůsobeno stavu pacienta.

Farmakologická anamnéza: Milurit 300 mg tbl. (antiuratum) 0-1-0, Zolof 50 mg tbl. (antidepresivum) 1-0-1, Omeprazol 20 mg cps. (antacidum) 1-0-0, Prestarium neo 5 mg tbl. (hypotenzivum) 1-0-0, Lactulosa Biomedica sol. (laxativum) 25 ml 1x denně, Paralen 500 mg tbl. (analgetikum) - dle potřeby, Ambrobene sir. (expektorancium, mukolytikum) - dle potřeby.

Lékařské diagnózy: I615 - Intracerebrální krvácení do mozku v oblasti arteria cerebri mediana vlevo s prokrvácením do mozkových komor; I10 - Esenciální hypertenze.

Pohybový režim: Pacient je plně imobilní.

Testy a škály: Test ADL: 5 bodů - vysoká závislost. Stupnice dle Nortonové: 18 bodů - riziko dekubitů.

Oslovení: Po prostudování biografické anamnézy, získané od manželky a dcery, bylo dohodnuto s rodinou oslovení Kája a „pupíček“. Na oslovení reaguje pacient dobře.

Iniciální dotek: Dotek byl na základě informací z biografické anamnézy stanoven na levé dlaní. Iniciální dotek společně s oslovením byl používán vždy na začátku a při ukončení práce s panem M. K., tento prvek bazální stimulace se stal součástí jakékoliv péče o pacienta. Pro lepší orientaci byla tabulka s označením těchto informací umístěna k jeho lůžku. Rodina byla informovaná o důležitosti oslovení a iniciálního doteku.

Biografická anamnéza

Sociální situace, bydlení: Od roku 2011 je v invalidním důchodu, má stanoveného opatrovníka, který má podpisové právo. Pracoval jako zedník a důlní zámečnick. Rodina si pořídila si pejska, krátkosrstého jezevčíka jménem Mia. **Prostředí:** Teplota v domě je kolem 24 - 26 °C, pacient upřednostňuje denní světlo. Pan M. K. má rád společnost, ruch, hovor a sledování na televizi. **Rodinné vztahy:** Ženatý; má 27 letou dceru, která se spolu s manželkou o něho stará. **Návštěvy:** Pacientův mladší bratr, který má 40 let, se zapojuje do péče a dochází pravidelně za bratrem. Pomáhá s přesuny pána M. K. na invalidní vozík. Pravidelně dochází do rodiny také pečovatelky z domácí péče.

Charakteristika pacienta, dominance: Rodinní příslušníci ho hodnotí jako extroverta a flegmatika. Má rád lidi kolem sebe, vtipkuje i neverbálně. Jeho dominantní strana je pravá.

Rytmus dne, hygiena: Pacient vstává obvykle mezi 5:00 - 7:00 hodinou ranní, usíná kolem 22:30 večer. Pospává během dne, když se otáčí na bok od 10:00 do 11:00 a od 16:00

do 17:00. Pravidelnými aktivitami je bazální stimulace, rehabilitace, posazování s nohama z lůžka. Hygiena probíhá v 7:00, teplota vody okolo 26 °C. **Spánek:** Pacient dlouho usíná, budí se během spánku; spí přibližně 6 hodin. Je zvyklý přikrývat se pouze dekou, má podložena kolena často ve večerních hodinách sleduje filmy. Nejčastěji je napolohován v poloze na zádech, neoblíbená poloha je na levém boku. Preferuje teplotu v místnosti kolem 24 °C.

Doteky: Pacient doteky snáší dobře. Je lechtivý na ploskách nohou a v oblasti podpaží. **Vnímání sluch, zrak:** Pacient vnímá všechny zvuky, reaguje na hlas kývnutím hlavy a současně komunikuje pomocí tzv. „pískací hračky“, kterou oznamuje, že se mu něco nelíbí, nebo, že něco potřebuje. Verbální komunikaci rozumí. Vidí dobře. Poznává obrázky, ukazuje na číselnou tabulku. **Jídlo, pití:** Nejraději má bramborový salát s řízkem, maso, zeleninu, sladké nákypy; nejí rýži a jogurty. Upřednostňuje bylinkové a ovocné čaje, jemně perlové minerální vody. Nepije čistou vodu. **Relaxační činnosti, vůně, zvuky:** Poslouchá rockovou muziku, sleduje televizní kanál - rebel. Má rád vůně při vaření jídla, mezi neoblíbené patří voňavky a parfémy.

Cíle bazální stimulace

Zvýšit soustředěnost a spolupráci pacienta během dne. Stimulovat vnímání. Podpořit čítí a pohyb na plegické straně těla. Podpořit komunikaci s rodinou. Zlepšit kvalitu spánku a usínání. Navodit správnou techniku a frekvenci dýchání. Napomoci vykašlávání sputa.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Aplikace somatické stimulace v podobě koupelí, polohování a masáží stimulující dýchání. Využití vestibulární a vibrační stimulace. Do péče zahrnout optickou, auditivní a taktilně-haptickou stimulaci.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace

Každá návštěva a péče byla u pacienta K. M. zahájena iniciálním dotekem a oslovením. Jelikož o pacienta pečuje jeho rodina a další ošetrovatelské týmy, byla informační tabulka s iniciálním dotekem a oslovením připevněna k lůžku nemocného. Koupel celkově povzbuzující jsem aplikovala ráno. Byla aplikována z konceptu nejčastěji. Pacient ji dobře vnímal a lépe pak přes den spolupracoval. Celkovou zklidňující koupel jsem aplikovala večer před spaním, pacient byl poté klidný a uvolněný. Diametrální koupel byla aplikována na pravé horní končetině, u které bylo zvýšené svalové napětí, po stimulaci došlo k uvolnění

svalového napětí. Využívána a pacientem dobře snášena byla technika polohování „hnízdo“ (viz Příloha P IV, obrázek 1 a obrázek 2). Polohování „hnízdo“ bylo využíváno v průběhu celého dne. Před každou změnou pohybu byla využívána vestibulární stimulace, malými pohyby hlavou. Techniku ovesného klasu jsem aplikovala vsedě, s nohama z lůžka, před posazováním do křesla či invalidní vozík. Masáž stimulující dýchání společně s kontaktním dýcháním, byly prováděny většinou v poloze vsedě, výjimečně v poloze vleže na plegické straně těla v době, kdy pacient trpěl infekcí dýchacích cest. Při této masáži jsem taktéž využívala manuální vibrační stimulaci. Tato stimulace umožnila dobře vykašlávat hlen a napomohla k pravidelnému a klidnému dýchání. Pro optickou stimulaci byly používány fotky, obrázky a číselné tabulky. Obrázky jsem zvolila jednoduché se zvířaty a běžnými předměty. Postupem času jsem obrázky obměňovala a přidávala další. Taktéž byla používaná číselná tabulka. Pacient se snažil spolupracovat. Auditivní stimulaci pacient přijal dobře. Použité prvky byly hudba, videa, rozhovory, známe zvuky, které jsem využívala společně se stimulací optickou. Dále zpěv a čtení. Zpěv vnímal pozitivně, zkoušel se přidávat a broukat. Zpívaly jsme společně s dcerou a manželkou pacientovy oblíbené písně. Taktilně-haptická stimulace byla využívána po koupelích a při polohování plegické horní končetiny. Využívali jsme při stimulaci také fenku Miu, pacient ji hladil, měl ji posazenou v lůžku.

Katamnéza

Během návštěv u pacienta M. K. v domácí péči, u kterého byly aplikovány prvky bazální stimulace, došlo během jednoho měsíce k výraznému zlepšení soustředění se a spolupráce během dne. Po aplikování celkové zklidňující koupele se podařilo během pěti měsíců podpořit a zlepšit kvalitu spánku a prodloužit tak interval spánku o dvě hodiny. Doba usínání, se zkrátila o 30 minut. Diametrální koupel aplikovaná na pravé horní končetině, zcela uvolnila po 6 měsících stimulace, svalové napětí v plném rozsahu. Po dvou měsících aplikování vestibulární stimulace pacient sám otáčel hlavu do stran při polohování nebo při manipulaci změnou polohy. Masáž stimulující dýchání pomohla ke spontánnímu vykašlávání hlenu a společně s kontaktním dýcháním došlo ke zpomalení frekvenci dechu a k uklidnění pacienta. Tyto příznivé účinky byly pozorovány po dvou týdnech aplikování stimulace při probíhající infekci dechového ústrojí. Po 9 měsících využívání konceptu Bazální stimulace u pacienta došlo ke zlepšení fyzického i psychického stavu, plegická strana těla nebyla opomíjena samotným pacientem, bylo podpořeno vnímání a zlepšilo se čítí zejména na pravé horní končetině.

Formulář realizační tabulky

Vzorová tabulka znázorňuje realizaci prvků bazální stimulace u pacienta č. 1 v domácí péči. Velké písmeno X označuje provedenou stimulaci v určitý čas, den a hodinu. Následující tabulka s realizací jednotlivých prvků a technik je uvedena v Příloze P I.

Tabulka 1: Realizace bazální stimulace

Datum		6.6.2018		15.8.2018		24.9.2018		30.10.2018	
Den		STŘEDA		STŘEDA		PONDĚLÍ		ÚTERÝ	
Ráno Ve- čer		R	V	R	V	R	V	R	V
Hodina		7:00	19:00	7:00	18:00	7:00	19:00	7:00	20:00
KOUPELE	Koupele zklidňující		x				x		x
	Koupele povzbuzující	x							
	Celková bazálně stimulující			x	x	x		x	
	Diametrální koupele	x	x	x	x	x	x	x	x
POLOHOVÁNÍ	Hnízdo	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mikropohovávání	x	x	x	x	x	x	x	x
MASÁŽE	Masáž stimulující dýchání	x	x	x	x	x	x	x	x
	Kontaktní dýchání – prosté	x	x	x	x	x	x	x	x
	Kontaktní dýchání – vibrační	x			x	x		x	
VESTIBULÁRNÍ ST.	Změna polohy hlavy	x	x	x	x	x	x	x	x
	Změna polohy lůžka	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sed na lůžku s nohama z lůžka	x		x		x		x	
	Ovesný klas	x		x		x		x	
V . S F	Hlas	x		x		x		x	
OPTICKÁ ST.	Fotky			x					
	Obrázky	x				x		x	
	Číselné tabulky	x		x		x		x	
	Čtení		x		x				x
	Rozhovor	x	x	x	x	x	x	x	x
	Zpěv	x				x			
TAKTILNĚ-HAPTICKÁ ST.	Hmat – známé předměty								
	Plyšový medvídek	x	x	x	x	x	x	x	x
	Pes Mía	x			x	x		x	

Diskuze

U pacienta po rozsáhlém intracerebrálním krvácením do mozku s pravostrannou kvadruparézou a globální afázií, jsem použila somatickou stimulaci v podobě povzbuzujících a uklidňujících koupelí. Somatickou stimulaci jsem aplikovala 2x denně ráno a večer v daným, předem domluvených dnech. Koupele byly vždy zakončeny napolohováním pacienta na lůžku pomocí polohovací techniky „hnízdo“, u kterého jsem použila pacientovy oblíbené příkrývky a polštáře. Po večerních koupelích byla využita taktilně-haptická stimulace, při které se vkládala do dlaní plyšová zvířátka. Do pacientových dlaní jsem vložila gumový masážní míček a stočenou froté žínku, a tak uplatnila prvky taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2018, s. 174). Ráno byl pacient posazován na lůžku. Před změnou polohy jsem prováděla vestibulární stimulaci pomocí ovesného klasu a tím předcházela závratí. Tato stimulace pomáhá zprostředkovat informace o postavení v prostoru, redukovat závrať z otáčivého pohybu a připravit organismus na mobilizaci (Friedlová, 2007, s. 106). Masáž stimulující dýchání s uplatněním vibrační stimulace byla u pacienta aplikovaná v poloze vsedě nebo v poloze na boku na plegické polovině těla při infekcích dýchacích cest, které se u něho často opakovaly. Polohu jsem volila dle pacientova aktuálního fyzického a psychického stavu. Uvedené techniky mu pomáhaly uvolnit hlen v dýchacích cestách a lépe odkašlat. Podobně jako to popisuje Friedlová (2018, s. 165), kdy tato stimulace pomohla její pacientce k odkašlávání a společně s použitím kontaktního dýchání se podařilo navodit u ní klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Stejně jsme postupovali u našeho pacienta a získali stejný výsledek.

Závěr

Bazálně stimulující péče u pacienta zlepšila schopnost spolupráce během dne, zlepšila paměť, posílila pocit tělesné integrace. Hemiparetická strana nebyla opomíjena a pacient ji začal vnímat jako součást těla. Aplikace bazální stimulace napomohla k prohloubení pozitivních rodinných vztahů. Rodina se rychle a aktivně zapojila do poskytování bazálně stimulující péče. Jednotlivé prvky a techniky konceptu se staly součástí každodenní péče o pacienta. Došlo ke zlepšení celkového stavu, a to po fyzické a psychické stránce.

7 KAZUISTIKA Č. 2

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta s roztroušenou sklerózou. Všechny uvedené informace jsou získány rozhovorem pacienta a prostřednictvím zdravotnické dokumentace.

První kontakt s panem T. R. byl v červnu 2018. Bazální stimulace byla aplikovaná jednou denně v určitých, předem domluvených dnech po dobu 9 měsíců, v časovém rozmezí 3 - 10 hodin. Po důkladně zjištěné lékařské anamnéze, biografii a celkového zdravotního stavu, jsem začala aplikovat prvky bazální stimulace. Iniciální dotek nebyl stanoven, z důvodu částečné mobilizace a schopnosti komunikace. Bazální stimulaci jsem aplikovala pomocí koupelí, masáží, polohování, aktivizování v denních činnostech i cvičení jemné a hrubé motoriky. Dále v podobě vestibulární, optické, auditivní a taktilně-haptické stimulace.

Anamnéza

Panu T. R., 52 let, byla v roce 1984 diagnostikována roztroušená skleróza. Od 17 let pociťoval značné potíže. Po diagnostice roztroušené sklerózy byl přijat do brněnské a pražské nemocnice, kde mu byly aplikovány kortikosteroidy v podobě injekční suspenze do míšních kanálků. Vzhledem k častým infekcím močového ústrojí, byl pacient hospitalizován na urologickém oddělení. Chronickým autonomním onemocněním došlo k postupnému oslabení pohybu a vnímání levé poloviny těla. Objevovaly se psychické problémy. V roce 2008 byl praktickým lékařem svěřen do domácí péče své manželky. Od roku 2011 je pacient zcela upoután na lůžko s nemožností se sám přesunout či otočit.

Nynější onemocnění: Váha: 53,0 kg, výška: 177 cm, BMI 16,92. Pacient je plně při vědomí. Je seznámen o svém zdravotním stavu. V roce 2012 zhojený dekubit III. Stupně. Nyní klidný, kůže celistvá. Pacient trpí inkontinencí moče i stolice. Před vycházkami a večer před spaním vyžaduje jednorázové vycévkování.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela na následky pneumonie, otec zemřel na infarkt myokardu, sestra zdravá.

Sociální anamnéza: Od roku 2008 byl pan T. R. v domácí péči své manželky. V dubnu 2018 vzhledem k náročné péči byl zajištěn pečovatelský dům, který poskytuje pronájem bytu přizpůsobenému ke stavu pacienta a pečovatelské, každodenní služby.

Farmakologická anamnéza: Magnesium lactate biomedica 500 mg tbl. (soli, ionty) 1-1-1, Zolpidem - ratiopharm 10 mg tbl. (hypnotikum) 0-0-0-1, Ranisam 75mg tbl. (antacidum) 0-

1-0, Calcichew D3 500 mg tbl. (soli a ionty) 0-0-1, Biseptol 480 mg tbl. (chemoterapeutikum), jako prevence - jednou za dva týdny, Paralen 500 mg tbl. (analgetikum) - dle potřeby, Wobenzym tbl. (enzymy) 5x-4x-4x.

Lékařské diagnózy: G35 - Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex); Z874 - Recidivující infekce močových cest.

Pohybový režim: Pacient je odkázán na nepřetržitou péči a pomoc u většiny sebeobslužných aktivit.

Testy a škály: Test kognitivních funkcí MMSE: 28 bodů - normální stav. Test ADL: 20 bodů - vysoce závislý. Test IADL: 25 bodů - nesoběstačný v instrumentálních aktivitách denního života, geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage): 8 bodů - mírná deprese. Kurtzkého stupnice stavu invalidity EDSS: 8,5 bodů - pacient je odkázaný na lůžko po většinu dne, některé úkony sebeobsluhy zvládá stejně, jako efektivně používá horní končetiny. Hodnocení nutričního stavu screening: 4 body - riziko malnutrice. Doplnující vyšetření: 5,5 bodů - podvýživa.

Oslovení: Pacienta oslovujeme pouze jménem Radek.

Iniciální dotek: Nebyl stanoven, protože pacient komunikuje. Při příchodu a odchodu byla podávána pravá ruka.

Biografická anamnéza

Sociální situace, bydlení: Od roku 2006 je pacient v invalidním důchodu, od listopadu 2018 bydlí v pečovatelském domě. Byt je dostatečně velký, prostorný a přizpůsobený k jeho zdravotnímu stavu. Dříve bydlel s rodinou doma. Každý den za ním dochází pečovatel, který se o něho stará. Pacient je vyučený zámečnický. Pracoval také jako výrobní plánovač a topič.

Prostředí: Teplota v domě je kolem 23 - 24 °C. Pacient si rád pouští muziku, dívá se na zprávy a televizi. **Rodinné vztahy:** Ženatý, 3 děti - chlapce, kteří ho pravidelně navštěvují. Návštěvy jsou neomezené, pacient si je řídí sám.

Charakteristika pacienta, dominance: Pacient je extrovert a trochu cholerik. Rád komunikuje s lidmi je otevřený a výřečný. Jeho dominantní strana je pravá. **Rytmus dne, hygiena:** Vstává kolem 4:00 až 5:00 hodiny ráno. Lehnou si chodí kolem 21:00. Přes den se pohybuje pomocí invalidního vozíku, na který je posazován pomocí pojízdného zvedáku. Pravidelnými aktivitami je šlapadlo na nohy, na kterém se snaží šlapat každý den alespoň 20 minut.

Ranní hygiena obvykle probíhá kolem 9:00, teplota vody je okolo 26 °C. **Spánek:** Kvalita spánku je pro pacienta neuspokojivá, délka je 6 - 7 hodin. Rád se před spaním dívá na televizi. Vyžaduje nachystání vody a léků, jednorázové vycévkování a zapnutí aktivní antidekubitní matrace. Spí v poloze na zádech. Teplotu v místnosti upřednostňuje okolo 23 °C.

Doteky: Pan T. R. doteky vnímá dobře, nevadí mu. **Vnímání sluch, zrak:** U pacienta dochází k postupnému zhoršování zraku. Nyní používá brýle, sluch je v pořádku. **Jídlo, pití:** Pacient moc nejí, spíše se k jídlu musí nutit. Má rád maso, guláš, párky a jitrnice. Nemá rád sladká jídla jako je žemlovka a nevyhledává ryby. Pije neslazené, sycené minerálky a pochutná si na bílém víně. **Relaxační činnosti, vůně, zvuky:** Oblíbenou vůní je parfém jeho manželky, neoblíbené jsou tvarůžky a romadúr. Upřednostňuje symfonii a operní hudbu, rád si také poslechne rockovou muziku.

Cíle bazální stimulace

Podpořit tělesnou aktivitu pacienta. Poskytnout pocit bezpečí a důvěry. Navodit psychickou pohodu a zmírnit příznaky deprese. Aplikovat prvky bazální stimulace se zaměřením na spastickou končetinu. Stimulovat vnímání. Podpořit čítí na levé horní končetině. Zlepšit kvalitu spánku.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči

Aplikace zklidňující somatické stimulace v podobě koupelí a masáží. Využití techniky polohování „mumie“. Aplikace diametrální koupele se zaměřením na levou horní končetinu. Do péče zahrnout optickou, olfaktorickou, auditivní a taktilně-haptickou stimulaci.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace

Koupele celkově zklidňující jsem aplikovala zejména večer před spaním. Pacient udával zlepšení spánku, byl uvolněnější a psychicky klidnější. Koupele celkově povzbuzující a koupele celkově bazálně stimulující jsem aplikovala ráno. K přesunutím pana T. R. do vany jsem využila pojízdného zvedáku (viz Příloha P VII obrázek 10). Po ranních koupelích byl pacient posazován na invalidní vozík (viz Příloha P VII obrázek 9). Diametrální koupele byla aplikována na levou horní končetinu, která byla spastická s nemožností natažení prstů (viz Příloha P VI obrázek 6 a obrázek 7). Polohování „mumie“, bylo pro pacienta příjemné a dobře snesitelné (viz Příloha P V obrázek 3). Proto jsem tuto techniku využívala po koupelích,

zejména večer. Polohovací techniku „hnízdo“ jsme využili během dne (viz Příloha P V obrázek 4 a obrázek 5). Masáže stimulující dýchání jsem aplikovala vsedě nebo v poloze vleže na boku. Byla pro pacienta příjemná, dobře snesitelná a napomáhala ke klidnému, hlubokému a pravidelnému dýchání. Vestibulární stimulace byla aplikovaná často a efektivně. Pacient se přes den pohyboval pomocí invalidního vozíku, na který byl posazován. Ortopedické, rehabilitační šlapadlo na nohy se snažil využívat každý den po dobu 30 minut (viz Příloha P VIII obrázek 12 a obrázek 13). Vzhledem k jeho rychle vyčerpané fyzické aktivitě, zvládal 20 minut s přestávkami. Do denního režimu byl zapojován invalidní vozík, a když bylo příznivé počasí, chodila jsem s pacientem na 1 hodinu ven. Do optické stimulace byly zařazeny fotky a videa, při kterých jsme si dobře popovídali. Auditivní stimulace probíhala v podobě hudby, rozhovoru a zpěvu. Pro olfaktorickou stimulaci byly použity oblíbené parfémů, při koupelích byla stimulace aplikovaná v podobě aromatických olejů spojované s puštěním klidné a relaxační muziky. K taktilně-haptické stimulaci jsem použila krájení zeleniny, míchání těsta na knedlíky nebo vaření guláše. K této stimulaci jsem připojila cvičení jemné a hrubé motoriky. Modelování plastelíny, namotáváním maticek na šroubky a skládání puzzle (viz Příloha P VIII obrázek 11). Snažila jsem se obohatit cvičení v podobě her a soutěžení.

Katamnéza

U pacienta T. R. se během čtyř týdnů aplikované bazální stimulace výrazně zlepšila kvalita spánku, která napomohla k fyzické denní aktivitě i spolupráci. Po 2 měsících aplikované polohovací techniky „mumie“, která byla využívána po stimulacích, ráno i večer, se podařilo podpořit psychickou pohodu spojenou s pocitem jistoty a bezpečí. Při olfaktorické stimulaci si pacient vybavoval vůně, a tím spojené vzpomínky, ihned po jejich aplikaci. Postupnou aplikací diametrální koupele, která byla zaměřená na levou horní končetinu, se podařilo v období 4 - 5 měsíců uvolnit spasticitu a napnout tak prsty do fyziologického postavení. Po 6 měsících aplikace taktilně-haptické stimulace si byl pacient schopen přidržet hrníček na pití, posunout peřinu oběma rukama a zapojit končetinu v dostatečné míře do aktivit denního programu.

Formulář realizační tabulky

Vzorová tabulka znázorňuje realizaci prvků bazální stimulace u pacienta č. 2 v domácí péči. Velké písmeno X označuje provedenou stimulaci v určitý čas, den a hodinu. Následující tabulka s realizací jednotlivých prvků a technik je uvedena v Příloze P II.

Tabulka 2: Realizace bazální stimulace

Datum		24.7.2018	30.8.2018	18.10.2018	15.11.2018
Den		ÚTERÝ	ČTVRTEK	ČTVRTEK	ČTVRTEK
Ráno Večer		R	R	V	R
Hodina		7:00-10:00	9:00-14:00	18:00-20:30	7:00-11:00
KOUPELE	Koupel zklidňující			x	
	Koupel osvěžující		x		
	Celková bazálně stimulující	x			x
	Diametrální koupel	x	x	x	x
POLOHOVÁNÍ	Hnízdo	x	x	x	x
	Mumie	x	x	x	x
	Mikropolohování	x	x	x	x
MASÁŽE	Masáž stimulující dýchání	x	x	x	x
	Kontaktní dýchání – prosté	x	x	x	x
	Kontaktní dýchání – vibrační	x	x	x	x
VESTIBULÁRNÍ ST.	Změna poloha v lůžku	x	x	x	x
	Posazování na invalidní vozík, z vozíku na postel	x	x	x	x
	Posazování na rehabilitační šlapadlo	x	x		x
	Houpavé pohyby	x	x	x	
	Procházky venku		x		
OPTICKÁ ST.	Brýle	x	x	x	x
	Fotky	x			
	Videa		x		x
AUDITIVNÍ ST.	Hudba	x	x	x	x
	Rozhovor	x	x	x	x
	Zpěv		x		x
TAKTILNĚ-HAPTICKÁ ST.	Vaření	x	x		x
	Míchání těsta		x		
	Krájení zeleniny, strouhání ovoce	x	x	x	
	Cvičení jemné a hrubé motoriky	x	x	x	x

Diskuze

U pacienta s diagnostikovou roztroušenou sklerózou s postupnou ztrátou pohybu, zejména na levé polovině těla, jsem používala techniky a prvky somatické, vestibulární a smyslové stimulace. Somatické koupele jsem aplikovala 2x až 3x týdně po domluvě s pacientem, ráno nebo večer. Po somatických stimulacích byla zvolena polohovací technika „mumie“, která napomohla k psychickému neklidu pacienta, zmírnila příznaky deprese a celkovou nepohodu. Tuto techniku jsem aplikovala 2x až 3x týdně, během dne. Polohování vedlo k psychickému klidu spojeným s pocitem jistoty a bezpečí. Při výrazném neklidu se snažíme paní uložit do polohovacího vaku (Friedlová, 2018, s. 180). Polohování zlepšilo kvalitu spánku pacienta a celkový psychický stav. Po 4 až 5 měsících aplikování diametrální stimulace se podařilo uvolnit svalové napětí ruky, a tím jsem docílila natažení prstů do fyziologického postavení. Při snaze zmírnit nebo uvolnit spasmy svalstva HKK jsme použili diametrální stimulaci celé HKK, po které klient pocítil uvolnění napětí (Friedlová, 2018, s. 179). K taktilně-haptické stimulaci jsem nejprve využila pacientovy známé předměty v podobě plyšových zvířátek, které sloužily také pro správný úchop ruky. Po úspěšném vymizení spasticity levé horní končetiny jsme společně s pacientem začali aplikovat taktilně-haptickou stimulaci, v podobě cvičení jemné a hrubé motoriky, která napomohla v denním činnostech pacienta.

Závěr

U pacienta došlo ke zlepšení psychické pohody, kvality spánku a eliminaci příznaků deprese. Přes den se dokáže obsloužit, i v nepřítomnosti pečovatele. Před aplikováním technik a prvků konceptu Bazální stimulace, se pacient nedokázal obejít bez pomoci ošetřovatelů, manželky nebo dětí. Hybnost levé strany těla je velmi omezená, ale naučil se tuto část těla vnímat, používat a ovládat tak, aby mu napomohla v denních aktivitách.

8 KAZUISTIKA Č. 3

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta po prodělané klíšťové encefalitidě s těžkým neurologickým postižením, typu kvadruparézy s insuficiencí dýchacího svalstva. Všechny uvedené informace jsou získány pozorováním pacienta, poskytnutím informací od poručníka a prostřednictvím zdravotnické dokumentace.

První kontakt s panem T. M. byl v září 2017. Bazální stimulace byla aplikována 2x denně, ráno a večer, v určitých, předem domluvených dnech po dobu 12 měsíců, v časovém rozmezí mezi 45 - 60 minutou. Po důkladně zjištěné biografické anamnézy a celkového zdravotního stavu, jsem začala aplikovat prvky bazální stimulace. Iniciální dotek byl stanoven na levé rameno, který jsem zvolila pro jemnou citlivosti a schopnosti vnímat dotek.

Anamnéza

Pana M. T., 46 let, v roce 2006 postihla klíšťová encefalitida s těžkým neurologickým postižením, typu kvadruparézy s insuficiencí dýchacího svalstva s mnohočetnými septickými komplikacemi a tracheozofageální píštělí. Pacient byl hospitalizován v Olomoucké nemocnici na ARO a poté na jednotce intenzivní péče. V roce 2015 byl pacient propuštěn do domácí péče své matky. Poslední hospitalizace proběhla v roce 2017 na MOJIP pro komplikace pneumonie.

Nynější onemocnění: Váha: 80,0 kg, výška: 185 cm, BMI 23,4. Pacient je plně při vědomí. Vnímá okolí a komunikuje prostřednictvím neverbální komunikace. Pan T. M. je na řízené, umělé ventilaci, na režimu PEEP. Vzhledem k zavedené tracheostomické kanyli a nadměrného slinění, je pravidelně odsáván. Kožní léze se u něho vyskytují v okolí perkutánní endoskopické gastrostomie i v okolí tracheostomie. Na dolních končetinách v okolí prstů se vyskytují lehké kožní léze v podobě puchýřů. V okolí zad a sacru je kůže narůžovělá a celistvá. Pacient má zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii, permanentní močový katetr. Pro nutnou řízenou ventilaci byla zavedená tracheostomická kanyla.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na karcinom plic, matka zdravá, bratr DM I. Typu na inzulinu.

Sociální anamnéza: Od roku 2015 byl pan T. M. přeložen do domácí péče. Od té doby je v péči své matky, která je zároveň jeho poručnící. Pacient zbaven svéprávnosti. Domácí prostředí bylo přizpůsobeno stavu nemocného. U pana T. M. je nutná komplexní 24 hodinová péče.

Farmakologická anamnéza: Anopyrin 100 mg tbl. (antikoagulancium) 0-1-0, Kalium chloratum 1 g tbl. (homeopatikum) 2-2-2, Apo-gab 300 mg tbl. (antiepileptikum) 1-1-1, Aurorix 300 mg tbl. (antidepresivum) 0-1-0, Esoprex 10 mg tbl. (antidepresivum) 2-0-0, Lexaurin 3 mg tbl. (anxiolytikum) 1-1-2, Asentra 100 mg tbl. (antidepresivum) 2-0-1, Loseprazol 20 mg tbl. (antacidum) 1-0-0, Degan 10 mg tbl. (antiemetikum) 1-1-1, Zalciar 37,5/3245 mg tbl. (analgetikum) 1-0-1, Apo-amlo 10 mg tbl. (vazodilatancium) 1x při TK nad 170 mmHg, Lactulosa Biomedica sol. (laxativum) 25 ml denně, Ambrobene sol. (expektorancium, mukolytikum) 5-5-5 ml, Haloperidol gtt. (antipsychotikum) 1ml při neklidu 2-3 x denně.

Lékařské diagnózy: G049 - STP. Klíšťová meningo-encephalo-myelo-polyradikulitida; GB23 - Těžká periferní kvadruparéza s převahou na horní končetiny, na dolní končetin - těžká paréza vpravo, středně těžká s převahou akrálně vlevo; J9610 - Chronické respirační selhání; R263 - Imobilita; Z931 - PEG; Z930 - Tracheostomie; Z991 - Závislost na respirátoru; Z878 - Chronická kolonizace DC; Z870 - Recidivující infekce dýchacích cest; Z874 - Recidivující infekce močových cest.

Pohybový režim: Pacient je plně imobilní.

Testy a škály: Test ADL: 0 bodů - vysoká závislost. Stupnice dle Nortonové: 12 bodů - nebezpečí dekubitů. Pro měření intenzity bolesti byla využita - Škála výrazů obličeje (VAS).

Oslovení: Po prostudování biografické anamnézy, získané od matky, bylo dohodnuto Marcel. Na oslovení reaguje pacient dobře.

Iniciální dotek: Dotek byl na základě informací z biografické anamnézy stanoven na levé rameno. Iniciální dotek společně s oslovením byl používán vždy na začátku a při ukončení práce s panem T. M., tento prvek bazální stimulace se stal součástí jakékoliv péče o pacienta. Pro lepší orientaci byla tabulka s označením těchto informací umístěna k jeho lůžku. Matka byla informovaná o důležitosti oslovení a iniciálního doteku.

Biografická anamnéza

Sociální situace, bydlení: Od roku 2007 je pan T. M. v invalidním důchodu. Nyní bydlí v rodinném domě se svou matkou, která je zároveň jeho poručníkem. Pacient je zbaven svéprávnosti. Pracoval jako instalatér, páječ, údržbář a operátor. **Prostředí:** Teplota v domě je kolem 23-24 °C, matka upřednostňuje denní světlo. Pan T. M. je společenský člověk, má rád lidi kolem. Rád poslouchá muziku a pořady o rybaření. **Rodinné vztahy:** Rozvedený, 2 děti, 2 bratři, kteří napomáhají s péčí. **Návštěvy:** Pacienta mohou navštěvovat rodinní příslušníci,

po domluvě s matkou. Za pacientem pravidelně dochází hospicová péče, masér a rehabilitační tým.

Charakteristika pacienta, dominance: Po rozhovoru s poručnicí, tedy matkou je pacient popisován jako extrovert. Má rád lidi a společnost, ale také svůj klid. V minulosti byl vášnivým rybářem. Jeho dominantní strana je levá. **Rytmus dne, hygiena:** Vstává kolem 6:30 až 7:00 hodin. Usíná kolem 1:00 v noci. Pospává během dne, většinou kolem 13:00 - 14:00, 16:00 - 17:00. Pravidelnými pasivními aktivitami je rehabilitace celého těla a masáže končetin. Ranní hygiena je většinou prováděna v 8:00, teplota vody je okolo 27 °C. **Spánek:** Pacient dlouho usíná, v noci se často budí. K jeho zvyklostem před spaním patří vyvětrání pokoje, vypnutí televize a nadlehčení horních končetin. Spí v poloze na zádech při teplotě okolo 22 °C.

Doteky: Pacient dobře vnímá doteky na obličeji i na těle. **Vnímání sluch, zrak:** Pan T. M. reaguje na všechny zvuky, komunikuje pomocí očních víček, na verbální komunikaci rozumí. Vlivem komplikací dochází k postupné ztrátě zraku. Dříve byla používána oční tabulka, nyní je schopen rozpoznat obrysy, velké fotografie, světlo a tmou. Kompenzační pomůcky používá zřídka. **Bolest:** Pacient je pod medikací tabletových analgetik a lokálních analgetik v podobě gelů a mastí. Na verbální otázku rozumí. Pacient odpovídá pomocí mrknutí očních víček (ano - jedno mrknutí, ne - dvě mrknutí), tím dokážeme upřesnit lokalitu a sílu bolesti. **Jídlo, pití:** Pan T. M. má rád polévky, ovoce, jogurty, ryby, krupici a žemlovku. Ovoce a jogurty jsou podávány jako svačiny, polévky v době obědů, krupici při večeři. Upřednostňuje ovocné čaje, vodu, ředěné ovocné šťávy. **Relaxační činnosti, vůně, zvuky:** Rád poslouchá hudbu, která připomíná zpěv ptáků. Má rád toaletní pánské vůně a vůně při vaření jídla. K neoblíbeným patří kouř z cigaret a WC čističe.

Cíle bazální stimulace

Posílit komunikaci s rodinou i pacientem samým. Nabízet podněty spojené s optickou, orální, olfaktorickou a auditivní stimulací. Stimulovat vnímání a podpořit čítí. Zprostředkovat taktilně-haptickou stimulaci a upevnit pacientovy vzpomínky spojené s poznáváním svého okolí. Zlepšit kvalitu spánku a usínání.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Aplikace somatické stimulace v podobě koupelí, polohování a masáží stimulující dýchání. Využití vestibulární a vibrační stimulace. Nabízení orální, auditivní a olfaktorické stimulace prostřednictvím známých podnětů.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace

Každá návštěva a péče byla u pacienta T. M. zahájena iniciálním dotekem a oslovením. Jelikož o pacienta pečuje matka a další ošetrovatelské týmy, byla informační tabulka s iniciálním dotekem a oslovením připevněna k lůžku nemocného. U pacienta jsem začala aplikovat prvky bazální stimulace v podobě celkové koupele zklidňující, koupele celkové povzbuzující, koupele celkově bazálně stimulující, polohování „hnízdo“, mikropolohování, masáž stimulující dýchání, vibrační stimulace a stimulaci vestibulární. Koupel celková zklidňující na něj působila kladně (viz Příloha P IX obrázek 15). Pacient byl klidnější, uvolněnější, lépe v noci, také tolik neslinil. Proto jsem tuto stimulaci aplikovala večer před spaním. Koupel celkovou povzbuzující jsem aplikovala ráno. Pacient tuto stimulaci snášel dobře a lépe přes den spolupracoval. Koupel celková povzbuzující může zvýšit krevní tlak, proto bylo nutné před koupelí změřit fyziologické funkce. Polohovací technika „hnízdo“ byla aplikována během dne a po masáži stimulující dýchání. Využívané materiály na polohování byly deky a polštáře. Polohovací techniku „mumie“, byla pro pacienta spíše negativní a rychle šlo poznat, že se necítí dobře. Poté jsem již polohování neaplikovala. Masáž stimulující dýchání bylo prováděno v poloze vleže na zádech nebo lehce na boku, jelikož je pacient upoután na řízené plicní ventilaci. Vestibulární stimulaci jsem využívala při každém pohybu. Po absolvování nastavbového kurzu jsem rozvinula prvky bazální stimulace. Diametrální koupel jsem využívala zejména na dolních končetinách, které byly spastické. K stimulaci auditivní jsem zvolila pacientovu známou hudbu, zvuky přírody zejména ptačí zpěv, šum lesů, pořady o rybách, video záznamy z doby jeho dětství. Před spaním jsem předčítala ob-

líbené knížky. Vzhledem k zhoršujícímu se zraku jsem optickou stimulaci obohatila o obrázky, které jsem nechala vytisknout na rozměry A3, A4. Fotky byly promítány na televizi. Pro orální stimulaci byly podávány pochutiny v mixované formě jídla např.: polévky, ovoce, jogurty nebo čokoláda vložená do mulu, která byla předtím namočená ve vodě. Při ranní hygieně jsem používala štětičky s lehkou citrónovou příchutí. Olfaktorickou stimulaci jsem zvolila pánské parfémy, které jsem obměňovala a vůni oblíbeného jídla. Při vánočním období vůni cukroví a perníčků. Taktilně - haptickou stimulaci jsem začala aplikovat po jednotlivých, pacientově známých předmětech. Postupně jsem předměty pozměnila a přidávala další.

Katamnéza

U pacienta T. M. se podařilo během čtyř měsíců aplikované somatické stimulace zlepšit kvalitu spánku, navodit psychický klid, a také se podařilo ovlivnit a eliminovat salivaci. Po pěti týdnech aplikované somatické a vestibulární stimulace s následným napolohováním techniky hnízdo, došlo k zřetelnému navození klidu a psychické pohody, které doprovázel úsměv pacienta. Masáž stimulující dýchání bylo prováděno společně se stimulací vibrační, které během jednoho měsíce umožnily odsát větší množství sputa z tracheostomické kanyly. Domníváme se, že taktilně - haptickou stimulaci pacient začal intenzivně vnímat a poznávat po 3 měsících stimulace. Jelikož pacientův stav neumožňuje verbální komunikaci, pouze mrkání víček na danou odpověď ano (pacient mrkne jednou) nebo ne (pacient mrkne dvakrát). Během 2 měsíců aplikované auditivní stimulace zejména zpěvu se pacient přidával do rytmu v podobě mlaskavých zvuků. Během 12 měsíců aplikované bazálně stimulující péče, nedošlo ke zhoršení stavu pacienta.

Realizace bazální stimulace pomocí tabulky

Vzorová tabulka znázorňuje realizaci prvků bazální stimulace u pacienta č. 3 v domácí péči. Velké písmeno X označuje provedenou stimulaci v určitý čas, den a hodinu. Následující tabulka s realizací jednotlivých prvků a technik je uvedena v Příloze P III.

Tabulka 3: Realizace bazální stimulace

Datum		10.3.2018		15.6.2018		18.7.2018		2.8.2018	
Den		SOBOTA		PÁTEK		STŘEDA		ČTVRTEK	
Ráno Ve- čer		R	V	R	V	R	V	R	V
Hodina		7:30	18:00	7:30	17:00	9:00	17:00	7:30	17:00
KOUPELE	Koupele zklidňující		x		x		x		x
	Koupele osvěžující	x		x		x			
	Celková bazálně stimulující							x	
	Diametrální koupele			x	x	x	x	x	x
POLOHOVÁNÍ	Hnízdo	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mikropolohování	x	x	x	x	x	x	x	x
MASÁŽE	Masáž stimulující dýchání	x	x	x	x	x	x	x	x
	Kontaktní dýchání – prosté		x		x		x		x
	Kontaktní dýchání – vibrační	x		x		x		x	
VESTĚBULÁRNÍ ST.	Změna polohy hlavy	x	x	x	x	x	x	x	x
	Změna polohy lůžka	x	x	x	x	x	x	x	x
OPTICKÁ ST.	Brýle			x		x			x
	Fotky						x	x	
	Obrázky			x		x			x
AUDITIVNÍ ST.	Hudba				x				
	Čtení						x		x
	Rozhovor			x	x	x	x	x	x
	Známe zvuky					x		x	
	Zpěv								x
TAKTILNĚ-HAPTICKÁ ST.	Hmat – známé předměty			x	x	x	x	x	x
	Krmivo na ryby				x		x		x
	Plyšový koníček			x	x	x	x	x	x
	Ručník			x		x		x	
	Žínka			x		x		x	
	Pracovní nástroje				x		x		x
	Kartáček na zuby			x		x		x	
	Lžice			x		x		x	
	Kladivo				x		x		x
	Brusný papír				x		x		x

Diskuze

U pacienta po prodělané klíš'ové encefalitidě s těžkým neurologickým postižením jsem aplikovala prvky bazální stimulace v podobě somatických koupelí, masáží a polohování. Vestibulární stimulace byla u pacienta využívána na lůžku otáčivými pohyby hlavy do stran. Vestibulárně jsme paní stimulovali na lůžku otáčivými pohyby hlavy do stran, několikrát jsme zkusili i houpací síť (Friedlová, 2018, s. 171). K auditivní stimulaci byly použity písně a zvuky, které pacient znal a které měl rád. Kvůli nemožnosti rozžvýkání stravy byly pacientovy podávány jídla ve formě mixované stravy a také např. kostička čokolády vložená do mulu. Paní jsme dávali každý den během dopoledne kostičku čokolády na vaření, kterou měla ráda, zprostředkovali jsem tím klientce vjem z jejich úst, mohla vnímat nejenom chuť, ale také tvar a konzistenci potravy (Friedlová, 2018, s. 171). K taktilně - haptické stimulaci byly použity pro pacienta známé předměty v podobě hygienických potřeb nebo náradí, které byly vloženy do rukou. Do pacientových dlaní jsem vložila gumový masážní míček a stočnou froté žínku, a tak uplatnila prvky taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2018, s. 174).

Závěr

Aplikace technik a prvků konceptu Bazální stimulace bude pacienta T. M. využívána i nadále, mimo bakalářské zaměření. Využitím bazálně stimulující péče napomohla panu T. M. ke stálému zdravotnímu stavu, podporovala prostorovou orientaci i vnímání vlastního těla. Při aplikování somatických koupelí se podařilo zlepšit aktivitu těla i mysli, došlo ke zlepšení kvality spánku i psychického klidu. Diametrální i celkové stimulace, pomalými krůčky, napomáhají k uvolnění spastických částí těla.

9 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit a popsat působení bazální stimulace v ošetrovatelské péči, která byla aplikována u pacientů v domácím prostředí. K tomuto cíli se vztahují rozborů základních a nastavbových technik a prvků konceptu Bazální stimulace. Při práci s pacienty v domácí péči byla využita jejich biografická anamnéza a reminiscence rodinných příslušníků, na jejichž základě byl tvořen plán péče a následné využití bazálně stimulační péče, kterou jsme vhodně zařazovali při aplikování jednotlivých prvků a technik. Uvědomili jsme si, jak je nutné citlivé přistupování při tvorbě biografické anamnézy nebo využívání reminiscence, jelikož není pro každého jedince jednoduché vzpomínat na minulost jeho blízké osoby. Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči a mohou výrazně pomoci terapeutům poskytovat profesionální péči (Friedlová, 2006, s. 16). Koncept Bazální stimulace nás utvrdil v důležitosti individuálního přístupu ke každému jedinci. Je bezpodmínečně nutné, abychom dodržovali zásady konceptu Bazální stimulace. Jednou z těchto zásad je právě individuální přístup k jedinci. To znamená, že je jedinec chápán jako rovnocenný partner, jako holistická osoba, která má individuální příběh, potřebu projevu a komunikace. K tomu, aby mohla být poskytována efektivní péče, musí sestra znát potřeby konkrétní rodiny, a následně plánovat ošetrovatelskou péči (Krátká a Šilháková, 2008, s 81–89). Následující cíle bazálně stimulační péče mohou být rozvoj identity jedince, snaha o navázání komunikace s okolím, orientace v prostoru a čase, a zlepšení nebo udržení funkcí organismu. Těchto cílů bylo dosaženo v popisovaných kazuistikách 1 - 3.

Domácí prostředí napomáhá jedinci v blízkém kontaktu s rodinou, mohou být eliminovány negativní a rušivé vlivy nemocničního prostředí. Přínosem je možnost využití známých prvků, prostor, ve kterém se jedinec snadněji orientuje a zajištění přímé a dostačující komunikace s rodinou nebo blízkou osobou. Aplikací prvků a technik bazální stimulace u pacientů v domácí péči se snažíme k navození pocitu psychické pohody, podpoření tělesné aktivity a soustředěnosti, navázání pocit jistoty a bezpečí, stimulování a podpoření vnímání hranic vlastního těla a schopnost vnímat okolí. U respondentů zmíněných v kazuistikách 1 - 3 se nám tento záměr zdařil. Výrazně se zlepšila kvalita spánku, jeho doba se prodloužila a doba usínání se výrazně zkrátila. Přes den se zlepšila soustředěnost a spolupráce. U respondenta kazuistiky č. 2 se podařilo zklidnit negativní projevy deprese, a tak i zlepšit jeho příjem potravy s návazností uvolnění spastické levé horní končetiny do fyziologického postavení a stimulování funkcí jemné a hrubé motoriky, s následnou schopností sebeobsluhy.

Somatické využití konceptu Bazální stimulace. Pro podporu vnímání a komunikace u respondentů č. 1 a č. 3 byl na jednotlivou část těla vyhrazen iniciální dotek, který byl dodržován před a po ukončení stimulace spojený s verbálním oslovením. Součástí základních technik a prvků konceptu Bazální stimulace poskytované u pacientů v domácí péči napomohlo pomocí somatické stimulace u respondentů 1 - 3 vnímat vlastní hranice těla. Po provedení celkové koupele zklidňující bylo u respondentů zaznamenána pozitivní reakce. U respondentů došlo k uvolnění svalů, navození psychické pohody a tuto stimulaci doprovázel jejich úsměv. Po provedení celkové zklidňující koupele jsem zaznamenala pozitivní reakci na ošetrovatelskou nabídku. Klientka byla na začátku v tenzi, měla zvýšený svalový tonus. Po celkové koupeli byla uvolněná, usmívala se, na otázky odpovídala (Friedlová, 2018, s. 166). Neurofyziologická stimulace byla aplikovaná u každého respondenta, s cílem podpory vnímání hemiparetické nebo plegické poloviny těla nebo končetiny. Diametrální koupel, která byla zaměřená na určitou část těla, s cílem úplného uvolnění svalového napětí, byla taktéž využívána u všech respondentů. Dosažení cíle bylo zaznamenáno u respondentů č. 1 a č. 2. U respondenta č. 3 nedošlo k celkovému uvolnění svalů na končetinách, ale k částečnému uvolnění svalového napětí. Na zápěstí levé ruky klienta jsou flekční kontraktury způsobené spasmy svalstva na horních končetinách. Po použití diametrální stimulace, klient pocítil uvolnění napětí, a následně výraznou úlevu od bolesti (Friedlová, 2018, s. 179).

Vestibulární a vibrační stimulace. Cílem stimulace je poskytnout podporu rovnovážného ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu (Friedlová, 2007, s. 105). Masáž stimulující dýchání s uplatněním vibrační stimulace byla aplikovaná v případě respondenta č. 1 a č. 2 v poloze vsedě nebo v poloze na plegické polovině těla. U respondenta č. 3 byla aplikovaná v poloze na zádech s možností lehkého otočení na bok, jelikož je upoután na řízené plicní ventilaci. Podobně jako popisuje Karolína Friedlová ve své kazuistice č. 17, kdy tato stimulace pomohla její pacientce k odkašlávání a společně s použitím kontaktního dýchání se podařilo navodit u ní klidné, hluboké a pravidelné dýchání. V našem případě měla stimulace podobný efekt. V případě respondenta č. 3 došlo k odsátí většího množství sputa. U respondentů č. 1 a č. 2 se také podařilo navodit klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Polohovací technika „hnízdo“ byla aplikovaná u všech respondentů s cílem nabídnout pocit důvěry a bezpečí. Tohoto cíle bylo dosaženo u všech respondentů. Polohovací technika mumie napomohla respondentovi č. 2 podpořit psychickou pohodu spojenou s pocitem jistoty a bezpečí. Cíle nebylo dosaženo u respondentů č. 1 a č. 3 vzhledem k netoleranci této techniky. Vestibulární stimulace byla u respondentů 1 - 3 prováděna otáčením hlavy do stran při

změně poloze těla. U respondenta č. 2 a č. 1 byla použita technika ovesného klasu, a tím bylo podpořeno rovnovážné ústrojí a prostorová orientace. V případě respondenta č. 3 nebyla tato stimulace využita z důvodu řízené plicní ventilace.

Nástavbové prvky bazální stimulace byly využívány s cílem podpory orientace v prostoru, schopnost vnímat okolí, navodit pocit jistoty, vyvolání paměťových stop. Auditivní stimulace napomohla v případě respondenta č. 1 a č. 3 k vyvolání paměťových stop. Během stimulace pacienti napodobovali zvuky a melodie. U respondenta č. 2 tato stimulace umožnila psychický klid a pohodu, jelikož byla spojována se stimulací somatickou a relaxací.

Orální stimulace byla přínosem u respondenta č. 3, podobně jako popisuje autorka Karolína Friedlová ve své kazuistice č. 21 u své klientky, byly pacientovy podávány jídla ve formě mixované stravy, kvůli nemožnosti rozžvýkání. Také mu byla podávána např. kostička čokolády vložená do mulu. Klientka mohla vnímat nejenom chuť, ale také tvar a konzistenci pochutiny (Friedlová, 2018, s. 171). Tohoto efektu nebylo dosaženo v diplomové práci autorky Kučerové. V době oběda pacientku přenášíme do kardiálního křesla, dáme před ní stolek, do ruky se jí snažíme dát lžici a zkusíme haptiku. Pomáháme pacientce v ruce držet lžici a směřovat jí do úst s vývarem. Perorální příjem je neúspěšný, obsah musíme odsát z úst (Kučerová, 2018, s. 52). Olfaktorická stimulace byla u respondentů č. 2 a č. 3 nabízena v podobě olejíčků nebo vůně při vaření jídel. U respondentů bylo dosaženo cílů navodit pocit psychického klidu. U respondenta č. 2 napomohla k vyvolání paměťové stopy. U respondenta č. 3 nejsou paměťové stopy zaznamenány, kvůli nemožnosti verbální komunikace, nýbrž byly podporovány.

Optická stimulace byla pro respondenta č. 1 nabízena v podobě obrázků a číselných tabulek s cílem podpory orientace v prostoru, navázání pocity důvěry. Cíle bylo dosaženo. U respondenta č. 2 byla stimulace spojována s auditivní stimulací pomocí videonahrávek s uplatněním paměťových stop. Během odpoledne s pacientkou prohlížíme fotografie a slovně ji popisujeme, kdo se na fotografiích nachází a co tam dělají. Zezadu fotografií nám maminka vypsalala jména. Díky této aktivitě propojujeme stimulaci optickou, taktilně-haptickou a auditivní (Kučerová, 2018, s. 55). U respondenta č. 3 byly nabídnuty fotky tištěné ve formátu A3, A4, jelikož u něj dochází k postupné ztrátě zraku a není schopen rozpoznat malé rozměry fotek. U respondenta byla podporována schopnosti vnímat okolí, umožnit orientaci v prostoru a navázat pocit jistoty a bezpečí. Taktilně-haptická stimulace byla u respondenta č. 1 využita vkládáním plyšových zvířátek do rukou, po večerních koupelích, stejně tak popisuje

ve své kazuistice č. 23 autorka Karolína Friedlová. Do pacientových dlaní jsem vložila gumový masážní míček a stočenou froté žínku, a tak uplatnila prvky taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2018, s. 174). V případě respondenta č. 2 byla stimulace nabízena pomocí vaření, míchání těsta nebo modelováním plastelíny, a díky spolupráci respondenta byla stimulována jemná i hrubá motorika s spojována s podporou čítí. U respondenta č. 3 byly stimuly nabízeny v podobě hygienických potřeb, pracovních nástrojů nebo známých předmětů, a to docílilo k vyvolání paměťových stop, podporu čítí i schopnost vnímat a poznávat své okolí.

Naší snahou bylo ukázat, že koncept Bazální stimulace je možné využít u pacientů v domácí péči. Využívali jsme standardní postupy konceptu a snažili jsme se bazálně ošetrovatelskou péči zakomponovat do komplexní péče. U jednotlivých technik a prvků jsme dodržovali doporučení a praktické výkony konceptu. U našich pacientů byla uplatňována zejména somatická, vestibulární a taktilně-haptická stimulace.

Dílčím cílem této práce je vypracování informačního materiálu poskytujícího informace o konceptu Bazální stimulace pro rodinné příslušníky pečující o nemocné v domácím prostředí. Praktickým výstupem je brožurka určená pro veřejnost, která je přiložena k tištěné verzi bakalářské práce. V brožuře se zabýváme využitím konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči v domácím prostředí. Cílem je stručné popsání technik a prvků bazální stimulace, umožnění podpory vnímání, komunikace a pohybu a doporučení nebo možnosti využití jednotlivých předmětů v domácí péči a tím umocnění nabízených stimulací.

10 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem je vytvoření informačního materiálu poskytujícího informace o konceptu Bazální stimulace pro laickou veřejnost pečující o nemocné v domácím prostředí. Tento informační materiál, který je vypracován v podobě brožury, popisuje koncept Bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči. Zdůrazněny jsou principy konceptu, jako je vnímání, komunikace a pohyb. Tyto tři základy jsou důležité při práci s nemocnými. Popsána je zejména somatická stimulace, u které se zaměřujeme na celkovou koupel zklidňující, celkovou koupel povzbuzující, masáž stimulující dýchání a polohování.

Základní prvky somatických stimulací mohou napomáhat laické veřejnosti ke správné manipulaci, smysluplné péči a pochopení důležitosti doteků. Uveden je iniciální dotek a jeho význam společně s verbálním oslovením. V somatické stimulaci jsou popsány cíle, kterých chceme u nemocných dosáhnout, možnosti technik této stimulace a její využití v domácím prostředí. Vestibulární stimulace je zaměřena na malé pohyby hlavou a je poukázáno, že i tyto pohyby jsou důležitým prvkem pro orientaci v prostoru nemocného. Dále popisujeme možnosti vestibulární stimulace a její cíle, kterých můžeme dosáhnout při aplikaci. U vibrační stimulace popisujeme přínos do praxe, možnosti využití této stimulace, cíle, kterých může být dosaženo a věnujeme pozornost vibračním nabídkám, které můžeme nemocnému poskytnout.

Poslední kapitolou, které se v informačním letáku věnujeme jsou stimulace smyslové. Popsány jsou smyslové orgány, jejich důležitosti při vnímání, a také jejich zařazení do péče. Každý smyslový orgán má svou funkci a je důležitý pro navázání kontaktu s nemocným. Jsou významné pro zlepšení orientace v prostoru, pro navázání sociálního kontaktu a jsou spolu úzce propojeny. Důraz je kladen na význam a smysl této stimulace, která vede ke zlepšení stavu nemocného. Dále jsou přiloženy fotografie, které by mohly být nápomocné pro aplikování těchto prvků stimulace.

Bazální stimulace umožňuje ošetrujícímu spektrum prvků a technik, které napomáhají zlepšit celkový stav nemocného. Učí, jak lépe manipulovat a spolupracovat. Nabádá nás, abychom nemocného pochopili, byli jeho součástí a pomohli mu zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav. I malé pokroky a nejmenší známky zlepšení stavu, aktivizace smyslů či „pouhých“ úsměvů u nemocných, napomáhají k psychické rovnováze rodinných příslušníků a upevňují pouto mezi nimi a jejich blízkou osobou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace v péči o pacienty v domácí péči. Cílem předložené práce bylo popsat aplikaci prvků a technik konceptu bazální stimulace u pacientů v domácí péči.

V teoretické části se věnujeme problematice konceptu Bazální stimulace, biografické anamnéze, domácí péči a využití konceptu u pacientů v domácím prostředí. Praktická část bakalářské práce představuje kvalitativní výzkumné šetření pomocí metody kazuistiky. V jednotlivých kazuistikách je detailně popsáno poskytování bazálně stimulující péče u pacientů v podmínkách domácího prostředí. Na základě jejich biografické anamnézy a zdravotní dokumentace byly vypracovány plány na implementaci bazální stimulace do každodenní běžné péče poskytované v převážné míře rodinnými příslušníky pacienta.

Bazálně stimulující péče nám napomohla u pacientů v domácí péči zlepšit vnímání vlastní těla, reagovat lépe na své okolí, navodit klid a pohodu u pacienta, aktivizovat pozornost, zpomalit některé fyziologické funkce, včetně podpory smyslových funkcí těla. Nejvíce byly využity techniky somatické a vestibulární stimulace. V praxi byla ověřena pozitivní účinnost konceptu Bazální stimulace na pacientech v domácím prostředí. Ověřili jsme si v praxi, jak velký význam má důkladně získaná biografická anamnéza, která nám může pomoci se přenést přes řadu problémů.

Bazální stimulace není v České republice v domácím prostředí často aplikovanou péčí. Pro veřejnost často bývá znakem něčeho nového a neznámého. I přesto, že jsou k dispozici odborné články, studijní texty, odborné literatury nebo publikace, není koncept Bazální stimulace v dostatečné míře používán a zapojován do ošetrovatelského procesu v péči o nemocné. Při práci s pacienty byly využity klasické standardní postupy jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace. Výhodou je, že při práci s touto metodou není potřeba žádných nadstandardních pomůcek; je vyžadován důsledný individuální přístup k pacientovi, teoretické i praktické znalosti a dovednosti, včetně empatie, vstřícnosti a porozumění.

Odraz poskytování této metody se odráží i na rodinných příslušnících, kteří pečují o svoji blízkou osobu v domácím prostředí; koncept může napomoci a zlepšit rodinné vztahy a vazby, přispět k psychické rovnováze celé rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÖHM, Erwin, 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3197-4.

BUCHHOLZ, Thomas a Ansgar SCHÜRENBERG, 2013. *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3-456-85302-4.

DVOŘÁKOVÁ, Helena, 2016. *Bazální stimulace: Text pro základní kurz*. [výukový materiál kurzu].

DVOŘÁKOVÁ, Helena, 2018. *Bazální stimulace: Text k nástavbovému kurzu*. [výukový materiál kurzu].

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2004. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči: Skriptum pro nástavbový kurz Stimulace vnímání*. [výukový materiál kurzu].

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Implementace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče v ČR: Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 80-724-8388-9.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2018. *Bazální stimulace® pro ošetroující, 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.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-87398-79-1.

HUČÍK, Jan a Alena HUČÍKOVÁ, 2010. *Kazuistika v sociální práci*. Bratislava. ISBN 978-80-89271-66-5.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

KOŽUCHOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.

KUČEROVÁ, Soňa, 2018. *Význam bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu na intenzivní péči*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Hudáčková Andrea, PhDr. Ph.D.

LUDVÍK, Miloslav et al., 2003. *České ošetrovatelství*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3388-0.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

Internetové zdroje

ČESKO, Vyhláška č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky 2017*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

FRANK, Tomáš, 2016. *Domáci zdravotní péče* [online]. Brno [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.tophelpplus.cz/domaci-zdravotni-pece/>

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. Bazální stimulace. [online]. [cit. 2019-04-17]. *Institut bazální stimulace*. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

FRÖHLICH, Andreas a Peter NYDAHL, 2008. Haltung, Kompetenz, Technik. *Basale Stimulation* [online]. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.peterschaufler.at/downloads/peterschaufler-basale-stimulation-haltung-kompetenz-technik-e4a47bc7.pdf>

HERRMANN-LINGEN, 2011. *Biographische Geschichte* [online]. Seminar und Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/Skript-Psychosomatik-UKG.pdf>

- KAJTMANOVÁ, Helena, 2015. Bazální stimulace [online]. [cit. 2019-04-17]. *Florence*. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/bazalni-stimulace-uspokojuje-potrebu-bezpeci-a-jistoty-senioru/>
- KONDELÍKOVÁ, Ludmila, 2018. *Domácí péče* [online]. Praha [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci/>
- MACHÁLKOVÁ, Lenka, 2017. *Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči u seniorů* [online]. Olomouc [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2017/01/09.pdf>
- MOHR, Lars, 2014. *Was ist Basale Stimulation* [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://www.basale-stimulation.de/was-ist-basale-stimulation/>
- NYDAHL, Peter, 2017. *Basale Stimulation in der Pflege* [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: www.nydahl.de/Nydahl/Skripte_files/SkriptBasis10b.pdf
- PETRÁŠOVÁ, Erika, 2019. *Deficit sebek péče: Ošetrovatelská péče podle modelu Dorothey Oremové* [online]. [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/ose-trovatelska-pece-podle-modelu-oremove-460966>
- RINNHOFFER, Anna, 2018. *Biographische Geschichte* [online]. Rakousko [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://basale.at/biographische-anamnese>
- SCHWARZ-HELLER, Marlies, 2014. *Basale stimulation* [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.marlies-schwarz-heller.de/leistungen/basale-stimulation/>
- ŠUPLEROVÁ, Michaela a Alena MACHOVÁ, 2013. *Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé* [online]. České Budějovice [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
Atd.	A tak dále
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index
cm	Centimetr
CMP	Cévní mozková příhoda
cps.	Kapsle
č.	Číslo
ČR	Česká republika
DC	Dýchací cesty
DM	Diabetes Mellitus
EDSS	Expanded Disability Status Scale
g	Gram
gtt.	Označení pro kapky
HKK	Horní končetiny
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
KPD	Komplexní domácí péče
kg	Kilogramy
mg	Miligram
ml	Mililitr
mmHg	Rtuťový sloupec
MMSE	Mini Mental State Exam
MOJIP	Mezioborová jednotka intenzivní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví

Např.	Například
PEEP	Positive End Expiratory Pressure
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
s.	Stránka
Sb.	Sbírka
sir.	Označení pro sirup
sol.	Označení pro roztok
STP.	Streptokok
tbl.	Označení pro tablety
TK	Krevní tlak
tzv.	Tak zvaný
VAS	Vizuální analogová škála
WC	water closet
°C	stupeň Celsia

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Realizace bazální stimulace

Tabulka č. 2: Realizace bazální stimulace

Tabulka č. 3: Realizace bazální stimulace

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA P I: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 1
- PŘÍLOHA P II: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 2
- PŘÍLOHA P III: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 3
- PŘÍLOHA P IV: Polohovací technika „hnízdo“ u pacienta č. 1
- PŘÍLOHA P V: Polohování u pacienta č. 2
- PŘÍLOHA P VI: Diametrální stimulace u pacienta č. 2
- PŘÍLOHA P VII: Způsoby přemístění u pacienta č. 2
- PŘÍLOHA P VIII: Denní aktivity u pacienta č. 2
- PŘÍLOHA P IX: Fotodokumentace ke kazuistice č. 3

PŘÍLOHA P I: REALIZAČNÍ TABULKA KAZUISTIKY Č. 1

Realizace bazální stimulace

Tabulka 1: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 1 (Zdroj: autorka, 2019)

	Datum	6.6.18		15.8.18		24.9.18		30.10.18		9.11.18		7.12.18		14.2.19	
	Den	STŘEDA		STŘEDA		PONDĚLÍ		ÚTERÝ		PÁTEK		PÁTEK		ČTVRTEK	
	Ráno/večer	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V
	Hodina	7	19	7	18	7	19	7	20	7	18	7	19	7	19
KOUPELE	Koupelel zklidňující		X				X		X		X		X		X
	Koupelel povzbuzující	X													
	Celková bazálně stimulující			X	X	X		X		X		X		X	
	Diametrální koupelel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
POL OHO	Hnízdo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mikropolohování	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MASÁŽ E	Masáž stimulující dýchání	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Kontaktní dýchání – prosté	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Kontaktní dýchání – vibrační	X			X	X		X		X		X		X	
VESTIBU LÁRNÍST.	Změna polohy hlavy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Změna polohy lůžka	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sed na lůžku s nohama z lůžka	X		X		X		X		X		X		X	
	Ovesný klas	X		X		X		X		X		X		X	
VI B.	Hlas	X		X		X		X		X		X		X	
OPTICKÁ ST.	Fotky			X						X					X
	Obrázky	X				X		X				X		X	
	Číselné tabulky	X		X		X		X		X		X		X	
	Fixace pohledem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AUDITIVNÍ ST.	Hudba			X					X					X	
	Videa					X									X
	Čtení		X		X				X				X		
	Rozhovor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Známe zvuky	X				X		X				X			
	TV										X				
	Zpěv	X				X						X		X	
TAKTI LNĚ-	Hmat – známé předměty														
	Plyšový medvídek	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pes Mia	X			X	X		X		X					X

PŘÍLOHA P II: REALIZAČNÍ TABULKA KAZUISTIKY Č. 2

Realizace bazální stimulace

Tabulka 2: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 2 (Zdroj: autorka, 2019)

	Datum (rok 2018/2019)	24.7.	30.8.	18.10.	15.11.	6.12.	17.1.	12.2.
	Den (uvedeno ve zkratkách)	ÚT	ČT	ČT	ČT	ČT	ČT	ÚT
	Ráno/večer	R	R	V	R	V	V	R
	Hodina	7-10	9-14	18-20	7-11	17-20	16-19	9-18
KOUPELE	Koupelel zklidňující			X		X	X	
	Koupelel osvěžující		X					
	Celková bazálně stimuluující	X			X			X
	Diametrální koupelel	X	X	X	X	X	X	X
POLOH	Hnízdo	X	X	X	X	X	X	X
	Mumie	X	X	X	X	X	X	X
	Mikropolohování	X	X	X	X	X	X	X
MASÁŽ	Masáž stimuluující dýchání	X	X	X	X	X	X	X
	Kontaktní dýchání – prosté	X	X	X	X	X	X	X
	Kontaktní dýchání – vibrační	X	X	X	X	X	X	X
VESTIBULÁRNÍ	Změna poloha v lůžku	X	X	X	X	X	X	X
	Posazování na invalidní vozík	X	X	X	X	X	X	X
	Posazování na rehabilitační šlapadlo	X	X		X			X
	Posazování do zvedáku pro invalidní pacienty	X	X	X		X	X	X
	Houpavé pohyby	X	X	X		X	X	X
	Procházký venku		X					X
OPTICKÉ	Brýle	X	X	X	X	X	X	X
	Fotky	X					X	
	Videa		X		X			
AUDITIVNÍ	Hudba	X	X	X	X	X	X	X
	Rozhovor	X	X	X	X	X	X	X
	Zpěv		X		X			X
TAKTILNÍ	Vaření	X	X		X	X	X	X
	Míchání těsta		X					X
	Krájení zeleniny, strouhání ovoce	X	X	X			X	X
	Cvičení jemné a hrubé motoriky	X	X	X	X	X	X	X
	Modelování z plastelíny	X	X				X	X
	Namotávání matiček na šroubky	X			X		X	X
	Skládání puzzle			X		X		X

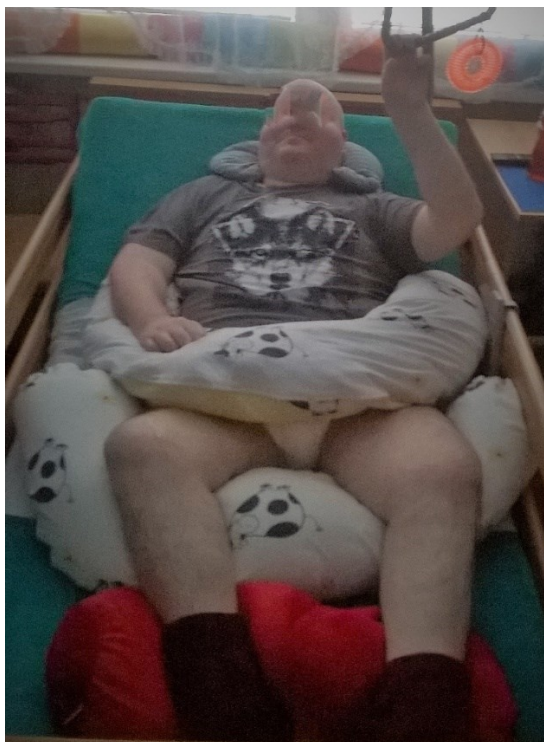
PŘÍLOHA P III: REALIZAČNÍ TABULKA KAZUISTIKY Č. 3

Realizace bazální stimulace

Tabulka 3: Realizace bazální stimulace u pacienta č. 3 (Zdroj: autorka, 2019)

	Datum	16.9.17		16.12.17		10.3.18		15.6.18		18.7.18		2.8.18		1.9.18	
	Den	SOBOTA		SOBOTA		SOBOTA		PÁTEK		STŘEDA		ČTVRTEK		SOBOTA	
	Ráno/večer	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V	R	V
	Hodina	7	17	8	18	7	18	7	17	9	17	7	17	7	17
KOUPELE	Koupel zklidňující		X		X		X		X		X		X		X
	Koupel osvěžující			X		X		X		X				X	
	Celková bazálně stimulační	X										X			
	Diametrální koupel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
POL- OHO	Hnízdo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mikropolohování	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MASÁŽE	Masáž stimulační dýchání	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Kontaktní dýchání – prosté		X		X		X		X		X		X		X
	Kontaktní dýchání – vibrační	X		X		X		X		X		X		X	
VES- TIBU	Změna polohy hlavy	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Změna polohy lůžka	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OPTIC. ST.	Brýle							X		X			X	X	
	Fotky									X	X			X	
	Obrázky							X		X			X	X	
AUDITIVNÍ ST.	Hudba								X						X
	Čtení									X			X		X
	Rozhovor							X	X	X	X	X	X	X	X
	Známe zvuky									X		X			
	Zpěv												X	X	
TAKTILNĚ-HAPTICKÁ ST.	Hmat – známé předměty							X	X	X	X	X	X	X	X
	Krmivo na ryby								X		X		X		
	Plyšový koníček							X	X	X	X	X	X	X	X
	Ručník							X		X		X		X	
	Žínka							X		X		X		X	
	Pracovní nástroje								X		X		X		X
	Kartáček na zuby							X		X		X		X	
	Lžice							X		X		X		X	
	Kladivo								X		X		X		X
Brusný papír								X		X		X		X	

PŘÍLOHA P IV: POLOHOVACÍ TECHNIKA „HNÍZDO“ U PACIENTA Č. 1



Obrázek 1: Polohování „hnízdo“ na zádech (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 2: Polohování „hnízdo“ na boku (Fotografie: L. Veselá, 2019)

PŘÍLOHA P V: POLOHOVÁNÍ U PACIENTA Č. 2



Obrázek 3: Polohování „mumie“ (Fotografie: L. Veselá, 2019)

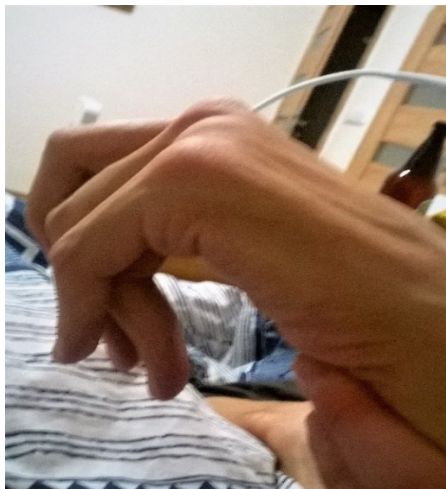


Obrázek 4: Polohování „hnízdo“ (Fotografie: L. Veselá, 2019)

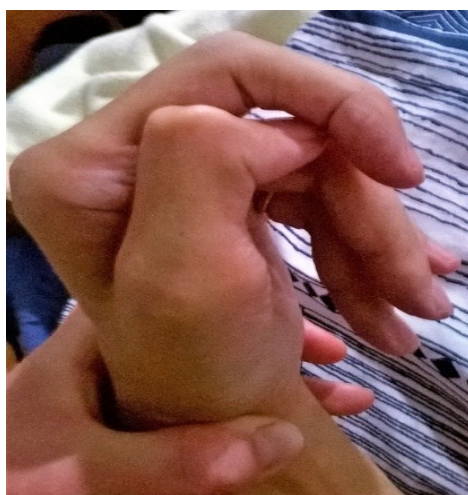


Obrázek 5: Polohování „hnízdo“ (Fotografie: L. Veselá, 2019)

PŘÍLOHA P VI: DIAMETRÁLNÍ STIMULACE U PACIENTA Č. 2



Obrázek 4: Končetina před stimulací (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 5: Končetina před stimulací (Fotografie: L. Veselá, 2019)

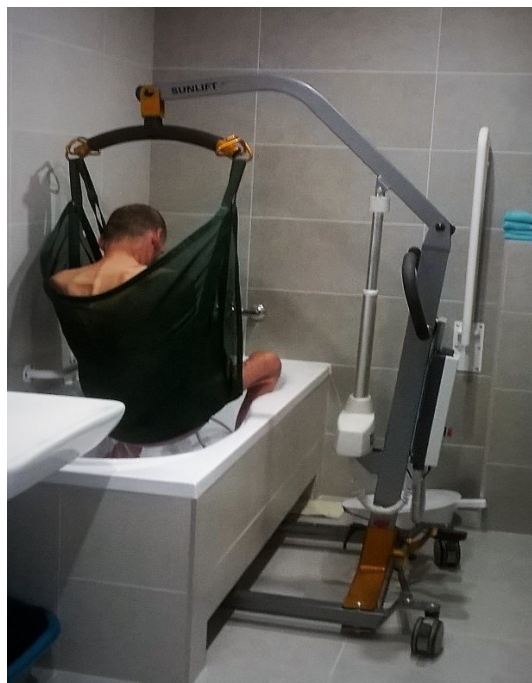


Obrázek 6: Končetina po stimulaci (Fotografie: L. Veselá, 2019)

PŘÍLOHA P VII: ZPŮSOBY PŘEMÍSTĚNÍ U PACIENTA Č. 2



Obrázek 7: Invalidní vozík (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 8: Vana (Fotografie: L. Veselá, 2019)

PŘÍLOHA P VIII: DENNÍ AKTIVITY U PACIENTA Č. 2



Obrázek 9: Plastelína (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 10: Aktivizace (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 11: Rotoped (Fotografie:
L. Veselá, 2019)

PŘÍLOHA P IX: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 3



Obrázek 12: Pohled před manipulací s pacientem (Fotografie: L. Veselá, 2019)



Obrázek 15: Celkový pohled po stimulaci (Fotografie: L. Veselá, 2019)