

# Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů

Romana Syřenová

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana SYŘENOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů.**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části popsat koncept bazální stimulace a jeho historický vývoj, vysvětlit základní pojmy a uvést podmínky využití konceptu v klinické praxi.**

**V praktické části zjistit v jaké míře jsou zdravotničtí pracovníci (sestry) seznámeni(y) s tímto konceptem a jak využívají prvky bazální stimulace u geriatrických pacientů.**

**Provést analýzu výsledků šetření a navrhnout řešení do praxe.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 100s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, K. Cesta k humánnímu ošetrovatelství, Sborník příspěvků Historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2007. s. 88. ISBN 978-80-254-0757-8.

TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. Vybrané kapitoly z psychologie medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Anna Krátká**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

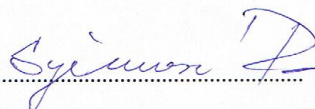
doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.  
*ředitel ústavu*

## 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu 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.

Ve Zlíně ..... 25. 2. 2009

.....  


*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 nahlázení 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). Odpirá-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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihledne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky.

Bakalářská práce na téma Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů zahrnuje stručnou charakteristiku geriatrického pacienta a s ním související problematiku, jako je ošetrovatelská péče v nemocnici a v terminálním stádiu. Hlavní část tvoří popis samotné bazální stimulace. Popisuje historii, vývoj i situaci v současné době. Vymezuje základní pojmy a vysvětluje teoretická východiska konceptu. Dále se zabývá popisem základních i nastavbových prvků bazální stimulace, jejich integrací do každodenní ošetrovatelské péče a také se zmiňuje o Bobath konceptu, ze kterého vychází neurofyziologická stimulace.

Klíčová slova: bazální stimulace, koncept, geriatrický pacient, pohyb, vnímání, komunikace.

## **ABSTRACT**

Abstrakt in english.

This bachelor work themed Using basal stimulation at geriatric patients includes a brief characteristics of a geriatric patient and the related problems such as nursing care in hospital and in terminal stage. The main part is comprised with description of the basal stimulation. It deals with description of history, development and present circumstances. It specifies the basic definitions and explains theoretic way-out concept. Then it describes basic and upgraded elements of basal stimulation, their integration into everyday nursing care and it mentions Bobath concept that neurophysiological stimulation results from.

Keywords: basale stimulation, concept, geriatrics patient, movement, perception, communication.

Motto:

“Srdce lidí si nenakloníme velkými činy, jež uvádějí v rozpaky, nýbrž drobnými pozornostmi, jež dojmají nebo překvapují.,,

V. Neff

Děkuji především Mgr. Anně Krátké za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty, připomínky i psychickou podporu. Děkuji také hlavním sestřám, jež mi umožnily dotazníkové šetření a v neposlední řadě děkuji paní Karle Vrlové, vrchní sestře gerontologického centra Krajské nemocnice, a. s. ve Zlíně, která mi umožnila uspořádat seminář pro zdravotní sestry. A díky patří i všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas k vyplnění dotazníků.

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 GERONTOLOGIE</b> .....	<b>14</b>
1.1 Základní pojmy .....	14
1.2 Specifika onemocnění seniorů .....	15
1.3 Ošetrovatelská péče u starých lidí .....	19
1.3.1 Geriatrický pacient v nemocnici .....	20
1.3.2 Ošetřování v terminálním stádiu .....	21
1.3.3 Senior a bazální stimulace .....	22
<b>2 BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>14</b>
2.1 Historie a vývoj bazální stimulace .....	23
2.2 Teoretická východiska bazální stimulace .....	25
2.2.1 Vnímání .....	25
2.2.2 Pohyb .....	27
2.2.3 Komunikace .....	27
2.3 Prvky konceptu bazální stimulace .....	30
2.3.1 Somatická stimulace .....	31
2.3.1.1 Iniciální dotek v konceptu bazální stimulace .....	32
2.3.1.2 Druhy somatické stimulace: .....	32
2.3.2 Vestibulární stimulace .....	43
2.3.3 Vibrační stimulace .....	44
2.3.4 Optická stimulace .....	45
2.3.5 Auditivní stimulace .....	49
2.3.6 Orální stimulace .....	50
2.3.7 Olfaktorická stimulace .....	52
2.3.8 Taktilně-haptická stimulace .....	53



<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>54</b>
<b>3 METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>55</b>
3.1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	55
3.2 Metoda práce .....	55
3.3 Charakteristika položek.....	56
3.4 Organizace šetření.....	57
3.5 Zpracování získaných dat.....	58
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>55</b>
4.1 Cíle a hypotézy .....	59
4.2 Faktografická data.....	60
4.3 Jednotlivé výsledky šetření .....	60
4.4 Zpracování jednotlivých dotazníkových položek .....	62
<b>5 DISKUZE.....</b>	<b>98</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>104</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>106</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>109</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>110</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>110</b>

<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>112</b>
----------------------------	------------

## ÚVOD

Bazální stimulace je u nás v České republice vcelku nový směr ošetrovatelství, proto je pro mnohé zdravotnické pracovníky neznámý. Poprvé o něm v roce 2000 informovala širokou veřejnost PhDr. Friedlová, která je dnes ředitelkou Institutu Bazální stimulace a zároveň jedinou vyškolenou lektorkou pro nástavbové kurzy. První základní kurz proběhl v ČR v roce 2003. V současnosti patří bazální stimulace zejména v zemích Evropské unie a zvláště v německy mluvících zemích k nejpoblárnějším konceptům v ošetrovatelství. V zahraničí s konceptem pracuje mnoho pracovišť a vychází tam velké množství literatury se zaměřením na bazální stimulaci implementovanou do jednotlivých oborů, jako je neonatologie, speciální pedagogika, intenzivní medicína, gerontologie. Dnes je koncept integrován i do osnov výuky středních zdravotnických škol a na některých vysokých školách je nabízen jako volitelný předmět.

O bazální stimulaci jsem poprvé slyšela v rámci předmětu ošetrovatelství v 1. ročníku na UTB ve Zlíně. Velmi mě toto téma zaujalo, protože nám bylo řečeno, že se to využívá u pacientů ve vigilních kómatech, na JIP, ARO, apod. Dnes tento názor zcela nesdílím, ale každopádně to byl pro mě prvotní impuls, proč se o toto téma zajímat. Já sama mám dobrého kamaráda, který měl před 5-ti lety autonehodu při níž jako jediný přežil. Je ve vigilním kómatu, proto jsem začala o danou problematiku více zajímat. Jednoho dne jsem si vyhledala oficiální internetové stránky bazální stimulace a tam jsem si přečetla, že je možnost absolvování kurzů. Neváhala jsem a hned v květnu roku 2008 jsem absolvovala Základní symposium Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, pod vedením vyškoleného lektora v Opavě (příloha P I). Celou dobu jsem byla rozhodnuta, že bych chtěla psát bakalářskou práci právě o bazální stimulaci a vigilním kómatu. Ale protože jsme se v základním kurzu učili individuální přístup k seniorům, a já sama k nim tíhnu a zajímám se o jejich problematiku, tak jsem se rozhodla, že se zaměřím právě na geriatrické pacienty. Podtrhl to ještě fakt, že jsem začala pracovat na geriatrickém oddělení. Jelikož jsem si vyzkoušela základní prvky bazální stimulace v praxi a viděla jsem na pacientech na vlastní oči neuvěřitelné pokroky a ze základního kurzu byla tak nadšená, absolvovala jsem v prosinci v období od 10. do 11. 12. 2009 Nástavbový inovační kurz Bazální stimulace v Thomayerově nemocnici v Praze pod vedením PhDr. Karoliny Friedlové (příloha P II). Těsně před tímto kurzem jsem se 4. 12. 2008 zúčastnila semináře: WORKSHOP pořádaný oddělením geriatrie na téma Kinestetická mobilizace nemocných (příloha P III). Na

kurzech jsem se setkala s dalšími lidmi, pracujícími v různých oborech medicíny. Bylo to velmi poučné, získala jsem další nové zkušenosti, náhledy jiných lidí a opět mě to utvrdilo v tom, že tento koncept je nenahraditelný a v moderním ošetrovatelství by se měl objevovat a začlenit se do každodenní ošetrovatelské péče. Vždyť každý z nás si přeje být šťastný, spokojený, zdravý, soběstačný. A podle mého názoru právě bazální stimulace umožňuje klientům být spokojenější, šťastnější, soběstačnější a když ne úplně zdraví, tak psychika má přece velký vliv na prognózu.

Ve své práci budeme zkoumat, do jaké míry a jestli vůbec zdravotničtí pracovníci využívají koncept bazální stimulace při pečování o geriatrické pacienty. V první teoretické části se zabýváme základními pojmy a problematikou seniorů. V druhé části jsme se zaměřily na popsání podstaty bazální stimulace a jak integrovat tento koncept do praxe. V praktické části se jsme si daly za úkol ověřit stanovené hypotézy. Rádi bychom, aby zdravotničtí pracovníci, kteří se s konceptem nesetkali, měli podvědomí o bazální stimulaci, a proto bude praktický výstup seminář pro zdravotníky a vytvoření brožur popisující podstatu bazální stimulace.

Této problematice bych se chtěla i nadále věnovat, i proto absolvuji 2. 3. 2010 prohlubující kurz, který se koná ve Frýdku Místku. Ráda bych také prosadila bazální stimulaci na oddělení, kde pracuji, i když vím, že je to ještě běh na dlouhou trať, protože prosadit na pracovišti něco nového, byť i přínosného, je vždy velký problém. Ale doufám, že v blízké budoucnosti bude bazální stimulace všední a bude začleněna do základní ošetrovatelské péče.



## TEORETICKÁ ČÁST

# 1 GERONTOLOGIE

## 1.1 Základní pojmy

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, o problematice starých lidí a života ve stáří.

Obory gerontologie:

- experimentální gerontologie, která se zabývá otázkami proč a jak živé organismy stárnou,
- sociální, ta zkoumá vzájemný vztah starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj,
- gerontologie klinická = geriatrie, zabývá se zdravotním i funkčním stavem starých lidí. Shrnuje a zobecňuje problematiku nejen zdravotního, ale také funkčního stavu specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří.

Stáří je přirozený průběh života, je to pozdní fáze ontogeneze. Jde o projev a zároveň důsledek funkčních a morfologických involučních změn, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedou k typickému obrazu, který označujeme jako stařecký fenotyp. Tento fenotyp je ovlivňován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy, sebehodnocením, schopností adaptace a přijetí určité společenské role. [10]

Kalendářní stáří:

- jednoznačně vymežitelné,
- nepostihuje interindividuální rozdíly,
- mladí senioři: 65-74 let, problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace,
- staří senioři: 75-84 let, problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti,
- velmi staří senioři: 85 a více let, problematika soběstačnosti, zabezpečení.

### Sociální stáří:

- jde o proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění,
- za počátek stáří je považován vznik nároku na starobní důchod.

### Biologické stáří:

- je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince,
- vymezení věku zde není, hodnotí se funkční stav, výkonnost, kondice i patologie.

### Cíle geriatric:

1. Zvýšit šance starého klienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou. Uplatňovat primární i sekundární prevenci.
2. Dosáhnout co nejvyšší aktivity, zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro klienta.
3. Přispívat k udržení kvality života. [23]

## **1.2 Specifika onemocnění seniorů**

### **Nemoc a stáří**

Stáří je fyziologický a zároveň nevyhnutelný stav v životě člověka. Stáří není nemoc, je to proces, který začíná už od narození. Stárnutí postihuje všechny orgány, a to různě rychle. Což má za následek, že starý organismus je méně přizpůsobivý a ztrácí adaptační schopnost.

S věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní nemoci a orgánová postižení se kombinují.

### **Polymorbidita**

Je to sdružení několika nemocí a je častější s přibývajícím věkem. Podle studií trpí téměř 90% osob nad 75 let alespoň jednou či více chronickými chorobami.

**Klinický obraz a průběh nemoci**

- mikrosymptomatologie: chronické příznaky jsou minimální, někdy je průběh nemoci až asymptomatologický,
- monosymptomatologie, oligosymptomatologie: nemoc se projevuje obvyklými příznaky, ale pouze jen jedním nebo několika z nich,
- nespecifické příznaky: únava, nechutenství, zhoršení stavu bez zjevné příčiny, objevuje se u mnoha různých onemocnění,
- symptomy druhotného postižení: na nemoc reaguje jiný než postižený orgán. Nejčastěji je postižen orgán, který má nejnižší funkční rezervu, často to bývá mozek (delirantní stavy),
- řetězení příznaků: kaskádová reakce, kdy jedna nemoc vyvolává další,
- atypické lékové reakce: ohrožují klienta buď zvýšeným nebo sníženým, nedostatečným účinkem léku a nežádoucími účinky,
- prudké zhoršení stavu: zde je zvýšené riziko úmrtí,
- vysoký invalidizující potenciál nemocí: ty vedou ke ztrátě soběstačnosti,
- sociální rozměr nemoci: mění se sociální statut klienta, může dojít až k adaptačnímu selhání a postihuje i rodinné příslušníky a pečovatele. [23]

**Změny vznikající během stárnutí**• **FYZICKÉ:**

- ubývání fyzické síly i výkonnosti, snižuje se hmotnost svalů,
- zhoršují se funkce orgánů (trávicího traktu, srdce, cévního systému, ledvin, dýchacího systému, kloubů),
- snižuje se reprodukční schopnost mužů,
- zastavuje se ovulace,
- mění se elasticita kůže.



## • SMYSLOVÉ:

- zhoršuje se sluch,
- zraková ostrost je snižena,
- špatná rozlišovací schopnost barev,
- snižují se chuťové i čichové smysly,
- zhoršuje se vnímání tlaku na kůži a tělesné teploty.

## • PSYCHICKÉ:

- objevují se deprese a psychické poruchy,
- zpomaluje se přenos informací, zpomalení činností,
- události z dávné minulosti se vybavují snadněji, než události nedávné,
- strach z nemoci, nesoběstačnosti, opuštěnosti, smrti,
- menší potřeba spánku,
- organismus se špatně adaptuje na stres a náhlé změny,
- velká touha po soukromí a klidu,
- citová labilita se zvyšuje, lidé jsou plačtiví, snadno se urážejí,
- mozkové funkce jsou sniženy, protože se zhoršuje okysličování mozku

## • SOCIÁLNÍ:

- pocit osamocení, izolace od společnosti,
- odchod do důchodu,
- změny vztahů v rodině,
- změna ekonomického zabezpečení,
- pocit závislosti na druhých, obtěžování druhých.

Předpokladem zdravého, tudíž úspěšného stárnutí je udržování života činného a tvůrčího. [21]

### Geriatrická křehkost (frailty)

„S involucí související multikauzálně podmíněná a progresivně se zhoršující nízká úroveň potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s přibývajícimi typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a s narůstající disabilitou (interferující s nezávislostí, sociálními rolemi a zdravím podmíněnou kvalitou života daného pacienta), s narůstajícím rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního a/nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní péče a její geriatrické modifikace, ztráty soběstačnosti, institucionalizace a úmrtí.“ [3, s. 118]

Fragilita znamená přítomnost alespoň tří z pěti znaků:

- hubnutí, nechtěný úbytek hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok,
- únava, vyčerpanost,
- svalová slabost,
- pomalá chůze,
- nízká pohybová aktivita.

V dnešní době je křehkost chápána několika způsoby:

- kategorie nezdatnosti a závislosti - nevládní instrumentálních aktivit denního života s potřebou podpory nejméně v rozsahu pečovatelské služby,
- věchost - eliminuje klienta ze standardních léčebných postupů,
- nespecifická vulnerabilita organismu - míra akumulace funkčních deficitů. [3, 23]

### Psychologie starého člověka

Každý člověk je individualita, proto nelze vystihnout všechny stránky, ale můžeme se pokusit je zobecnit. U geriatrických pacientů se mění především osobnost, odpadá společenská korekce a povahové rysy vystupují silněji. Člověk se buď uzavírá do sebe anebo se naopak stává upovídaným. Chová se opatrněji, bojí se nových věcí, není jim přístupný a vše hodnotí zkušenostmi z minulosti. Staří lidé se obtížně rozhodují, zejména velké problémy a zásadní věci řeší s velkou nerozvážností, neradi cokoliv mění. Velmi těžce zvládají své emoce, bývají plačtiví, vznětliví, snadno se urážejí a cítí se ukřivdění.

Zhoršují se u nich empatické schopnosti a celkové vztahy k okolí. Zpomaluje se percepční a psychomotorická schopnost. Obtížně si zapamatovávají především nové věci, vynořují se jim staré události na úkor těch nových. Jsou hůře adaptabilní. [20, 21]

### 1.3 Ošetřovatelská péče u starých lidí

#### Základní pravidla při ošetřování geriatrických pacientů

Práce s geriatrickými pacienty je náročná nejen fyzicky, ale také psychicky. Zdravotníci se při práci se starým člověkem setkávají s bolestí klientů, nesoběstačností, s chronickými nemocemi, s osamocněním, utrpením a bohužel i se smrtí. Cílem péče o starého a nemocného klienta je, abychom mu zajistili vysoce profesionální, odbornou a především lidskou, empatickou péči. V péči se pokoušíme o co nejdelší udržení soběstačnosti pacienta, což není jednoduchý úkol. Ve srovnání s jinými obory, nevidí geriatrické perspektivní vyhlídky na úplné uzdravení člověka, o to je tento obor složitější a obtížnější na psychiku. Zdravotní sestry, které pracují u lůžka na geriatrických odděleních, by měly dodržovat zásady duševní hygieny a umět si vysvětlit a vyrovnat se s problémem. Toto všechno usnadňuje také bazální stimulace, která nejen že eliminuje syndrom vyhoření, ale také udržuje klienta soběstačným a navrácí klientovi pocit autonomie.

#### Obecné dodržování zásad:

- sestra si musí uvědomit individuální specifické změny (tělesné, psychické i smyslové funkce),
- musí být trpělivá,
- nesmí spěchat, starý člověk má činnosti zpomaleny,
- sestra by měla komunikovat dostatečně nahlas, musí si uvědomit zhoršený sluch i zrak,
- příkazy klidně opakovat, ale ne tak, aby se starý člověk cítil méněcenný,
- aktivně nabízet pomoc,
- za každou snahu a zlepšení pochválit a podporovat v aktivní činnosti,
- být mu nablízku, vyslechnout jeho potřeby, obavy, starosti a problémy,
- nezapomínat s ním hovořit, vše mu vysvětlit,

- zajistit kontakt s rodinou, příbuznými,
- usmívat se, mít dobrou náladu, vytvářet příjemné prostředí. [21]

### 1.3.1 Geriatrický pacient v nemocnici

Pobyt jakéhokoliv člověka v nemocnici velice ovlivní, o to více pobyt starého. Ve stáří jsou rizika hospitalizace mnohem větší. Mnoho pacientů se nejvíce bojí, že už se nevrátí domů, mají strach z neznáma, z vyšetřování a kontaktu s cizími lidmi. Proto je nutné už od počátku vstupu pacienta na oddělení navodit klidnou a příjemnou atmosféru. Je vhodné ho seznámit s oddělením, s okolím a také se spolupacienty na pokoji. Musíme myslet na to, že bychom měli sdělovat ty nejnütnější informace, abychom nemocného nezahltili zbytečnostmi, geriatrickí pacienti snadno zapomínají. Už při prvním kontaktu sestra hodnotí psychický i fyzický stav pacienta a jeho soběstačnost. Podle jeho stavu s ním adekvátně komunikuje a bere ohled na jeho návyky a zvyklosti, protože starého člověka a jeho návyky už nepředěláme. Využívá maximálně jeho soběstačnosti, i když mu trvá déle, protože právě udržení soběstačnosti je prvořadým úkolem sestry. Dále musí sestra dbát na uspokojení potřeb pacienta.

Problém nastává u pacientů, u kterých se objeví hospitalizmus, kdy u pacientů dochází k pasivitě, infantilizaci, závislosti na druhých, lítosti, nechotě se o sebe postarat a především nechut' vrátit se do předešlého života. Takovému klientovi naprosto vyhovuje, že se o něj někdo stará a odmítá propuštění do domácího léčení a z psychických problémů se stává nesoběstačným.

Pobyt v nemocnici s sebou nese mnohá rizika citová, smyslová i psychická. Největší úlohu při předcházení těchto rizik má právě sestra, která s ním tráví nejvíce času. Proto je důležité, aby sestra klientovi naslouchala, pochopila ho a dokázala uspokojit jeho potřeby.

Jakmile jsou vyčerpány všechny snahy, jak pacienta uzdravit, dožívá svůj život klient v nemocnici. Proto je nejdůležitější umožnit mu důstojnou dlouhodobou ošetrovatelskou péči s lidským, citlivým a empatickým chováním a zajistit mu tak klidný odchod ze života. [21]



### 1.3.2 Ošetřování v terminálním stádiu

Smrt může být tragická, náhlá nebo také dlouhodobě očekávaná. V každém případě je nutné, aby byla respektována jako sociální událost, protože se vždy týká více lidí. Je rozdíl, když umírá dítě, mladý a starý člověk. Smrt starého člověk je ve zdravotnictví akceptována více, než smrt dítěte, každý si řekne, že dítě mělo ještě vše před sebou a starý člověk už toho hodně prožil. Vztah mezi sestrou a umírajícím by měl zůstat na profesionální úrovni, ale z vlastní zkušenosti vím, že je to velmi obtížné a člověk se tomu někdy neubrání. Není možné, aby se sestra s každým loučila jako se svým blízkým, ale její postoj musí být vstřícný, ohleduplný, empatický a spojený s pochopením. Je vhodné zapojit rodinné příslušníky při odchodu nemocného a umožnit jim návštěvy kdykoliv. Ovšem mnozí staří umírají osamoceni a pak nastává otázka, kdo u něj má být? Asi sestra, která o něj pečuje a tráví s ním nejvíce času. Ovšem i pro sestru je to velmi stresující a je nutné, aby se na smrt adaptovala - hovořit o smrti, číst knížky a navštěvovat semináře zabývající se touto problematikou. Pokud to nedokáže, odchází většinou na jiná pracoviště. [21]

#### Terminální stádium

Je to konečná fáze života, kdy dochází k nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání i orgánů. Je důležité, aby nemocný netrpěl, necítil bolest a dokázal se vyrovnat se smrtí, aby umíral v klidu. Tuto fázi předchází fáze umírání, která může být různě dlouhá, především pokud je pacient nevléčitelně nemocný. Proto je důležité toto stádium rozpoznat a poskytnout mu včas psychickou oporu.

#### Péče o umírajícího

Tato fáze je ošetřovatelsky náročná a vyžaduje humánní přístup. Umírající potřebuje blízkost druhé osoby, nejlépe osoby, která je mu blízká, ale ne vždy tomu tak bývá. Proto je pro něj přítomnost alespoň sestry nadějí, že není sám, že si má s kým popovídat o jeho starostech, problémech, že se může spolehnout na pomoc při bolestech a trápeních, které s sebou může mnoho nemocí přinášet. Proto osobní účast sestry, její pohlazení, posazení se u lůžka a vyslechnutí, znamená pro pacienta mnoho.

#### Umírající pacient má právo:

- přijímat návštěvy kdykoliv a na jak dlouho bude chtít,
- hovořit o svém stavu, o pocitech, svých přání

- rozloučit se s rodinou,
- využít duchovních služeb,
- nebýt při umírání sám.

#### Úkoly sestry:

- postarat se o fyzické pohodlí pacienta (ticho, poloha, větrání, apod.),
  - být co nejvíce u lůžka umírajícího,
  - udržovat do posledních chvil verbální kontakt (i při ztrátě vědomí člověk vnímá),
  - kontrolovat a tišit bolest,
  - respektovat intimitu,
  - sledovat fyziologické funkce, močení, vyprazdňování,
  - starat se o bezpečnost,
  - pečovat o hygienu pacienta,
  - sledovat hydrataci, výživu (stravu podávat dle stavu),
  - při očekávaném úmrtí neprodleně informovat lékaře, který pak informuje příbuzné.
- [18, 21]

### **1.3.3 Senior a bazální stimulace**

Geriatrický pacient je velmi individuální bytost, která má svá specifika. Má své individuální potřeby, touhy, problémy, bojí se, cítí se bezmocní, osamocení. Potřebují nejen tělesný kontakt, který postrádají, ale také verbální i neverbální komunikaci. Mnoho geriatrických pacientů nemluví, nedokáží si říct o pomoc, ale přesto ji potřebují. Bazální stimulace a s tím spojený lidský přístup přináší těmto klientům uklidnění, pocit bezpečí, spokojenosti a třeba i možnost znovunavrácení do reálného života. V terminálním stádiu jim umožňuje důstojný a humánní odchod. Koncept bazální stimulace se orientuje na všechny druhy lidských potřeb, je pružný, protože se přizpůsobuje věku i stavu pacienta. Tím, že u pacientů stimulujeme dobře uložené vzpomínky a smyslové orgány, můžeme znovu aktivovat seniorskou mozkovou činnost a individualizovanou péčí umožňujeme pacientům žít život ve vyšší kvalitě. [3]

## 2 BAZÁLNÍ STIMULACE

### 2.1 Historie a vývoj bazální stimulace

#### Vznik bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog prof. dr. Andrea Fröhlich. Začátkem sedmdesátých let 20. století rozvíjel koncept, který podporoval rozvoj schopností u dětí s těžkými kombinovanými somatickými i intelektovými změnami. Během svého pětiletého vědeckého projektu, který vypracovával na základě doktorandského studia, vypracoval koncept bazální stimulace. Protože u dětí s hlubokou mentální retardací nebylo možné navázat verbální komunikaci, zabýval se především podporou senzomotorické komunikace a také vycházel z vědeckých studií z prenatalní vývojové psychologie. Díky schopnostem lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a také vibračního vnímání, dokázal Andreas Fröhlich navázat komunikaci s těmito dětmi. Důležitou myšlenkou a zároveň tvrzením Fröhlicheho bylo, že i děti tělesně či duševně postižené, jsou vzdělavatelné minimálně v oblasti vnímání vlastního těla nebo nácviku pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy. Koncept otevřel speciálním pedagogům cestu ke klientům, se kterými spolupracovali a zároveň jim umožnil podpořit tyto děti v jejich vývoji a zkvalitnit jim tak prožívání vlastního života. Dnes A. Fröhlich neustále pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace a je profesorem na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau. [8]

V 80. letech minulého století byl tento koncept přenesen do ošetrovatelské péče díky zdravotní sestře prof. Chriestel Bienstein, která aplikovala koncept u klientů ve vigilním kómatu a tím prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoje podporujícího konceptu v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Od poloviny osmdesátých let 20. století úzce spolupracuje s prof. Andreasem Fröhlichem a společně se zabývají problematikou ošetrovatelské péče o lidi, kteří mají sníženou schopnost vnímání, komunikace i pohybu. Koncept bazální stimulace se ve spolupráci s dalšími odborníky integroval do všech oblastí ošetrovatelské péče, jako například geriatrická, neontologická, psychiatrická nebo také paliativní péče. [7, 8]

Dosažené výsledky při aplikaci bazální stimulace byli motivující pro mnoho dalších odborníků v oblasti medicíny či ošetrovatelství. Tak se stal koncept bazální stimulace

uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Díky spolupráci s mnoha kolegy a také dlouhodobému úsilí dalšího rozvoje je dnes koncept bazální stimulace dobře integrovatelný do každodenní ošetrovatelské péče o klienty.

Prof. A. Fröhlich a prof. Ch. Bienstein zajistili relevantní transfer konceptu do klinické praxe prostřednictvím systému vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, který sami vytvořili. Lektoři musí absolvovat čtyřsemestrální studium konceptu a poté složit závěrečné zkoušky a jsou pak následně povinni se v této oblasti vzdělávat. Dnes v celé Evropě působí více než 700 lektorů konceptu. Aplikovat koncept prakticky do péče lze na základě certifikovaného kurzu, který vede lektor a zároveň odpovídá za správné nacvičení technik konceptu. [7, 8]

### **Situace v současné době**

Bazální stimulace patří především v zemích Evropské unie k uznávaným, populárním a aplikovaným konceptům nejen v oblasti speciální pedagogiky, ale také v oblasti ošetrovatelství. Koncept se využívá u všech lidí, kteří mají jakýmkoliv způsobem postiženo vnímání, hybnost či komunikaci, tedy pro většinu klientů v ústavech sociální péče, v nemocnicích, domovech důchodců a jiných dalších zařízeních.

Koncept bazální stimulace má za sebou fázi dokazování a přesvědčování, dnes se už nachází v období, kdy se zavádí do praxe a realizuje se do ošetrovatelské péče. Počet ošetřujících a pracujících s tímto konceptem se rozšiřuje stejně jako se rozšiřují jejich zkušenosti. V zahraničí je koncept integrován do osnov výuky na zdravotnických školách a v klinické praxi se s ním pracuje na většině oddělení. V zahraničí jsou k dispozici učebnice pro práci s konceptem v jednotlivých oborech ošetrovatelství (intenzivní medicína, psychiatrická péče, geriatrická péče, péče pro doprovázení umírajících, neontologická péče, aj.) Do České republiky přivedla tento koncept PhDr. Karolína Friedlová, která pracovala jako zdravotní sestra na klinice v Rakousku a poté na Univerzitní klinice v Mnichově. V roce 2000 informovala širokou veřejnost prostřednictvím publikací v časopise *Sestra* a také na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. V roce 2005 založila INSTITUT Bazální stimulace a je jeho ředitelkou. [8]

„Od roku 2004 je koncept integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti náplně všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h.“ [8, s. 17]

## 2.2 Teoretická východiska bazální stimulace

Základní myšlenkou konceptu je potřeba celistvosti, není možné, abychom vystihli rozdíl mezi tělem a duševnem. Bazální stimulace je koncept podporující v té nejzákladnější rovině lidské vnímání. Každý z nás vnímá pomocí smyslových orgánů a ty se vyvíjejí už v embryonální fázi a mají až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům můžeme vnímat nejen sebe sama, ale také své okolí a svět. Díky schopnosti vnímání jsme se naučili pohybovat i komunikovat, což znamená, že pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují = vnímání umožňuje pohyb, díky pohybu a vnímání je umožněna komunikace. Ten, kdo vnímá své tělo, je schopen vnímat své okolí a pak může začít s okolím komunikovat.

Z toho vyplývá, že základními prvky bazální stimulace jsou pohyb, vnímání a komunikace. Koncept umožňuje prostřednictvím cílené stimulace smyslových orgánů podporu lidem se změnami v těchto třech oblastech. Využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své návyky v paměťových drahách a cílenou stimulací takto uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a pohyb a také stimulací smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritů v mozku a novou neuronální organizaci mozkových lokalit. Je to komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, jenž se orientuje na potřeby klienta a přizpůsobuje se stavu i věku. Bazální stimulace pohlíží na klienta jako na rovnocenného partnera, který má svou vlastní historii, schopnosti a je vždy individualita. Poskytuje nejen profesionální, individuální a efektivní péči, ale také terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči. [8]

### 2.2.1 Vnímání

#### *Vnímání a jeho podstata*

Nejprve se vyvíjí vnímání somatické, to nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění, vibrací, které nás informuje o intenzitě vibrací a vnímání vestibulární, a to nás zase informuje o změně polohy v prostoru. Právě tyto tři druhy vnímání u nás, lidí, vytvářejí pocit jistoty. Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, i když má těžké formy změn vnímání, je schopen alespoň něco ze svých smyslů vnímat, vždy je schopen

komunikovat se svým okolím. Dříve panující názor, že pacient, který je v kómatu, není schopen vnímat, dnes už neplatí.

Definice pojmu vědomí se liší dle oblastí použití, například neurologie popisuje vědomí jako stav, kdy je člověk schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího prostředí. Podnět = stimulus, je to každá změna zevního nebo vnitřního prostředí organismu, která působí na neuron. O jeho účinnosti rozhoduje kvalita neuronu, kvantita, doba trvání a také rychlost změny intenzity podnětu. Působení podnětu nazýváme stimulace = dráždění. Podnět vyvolává vzruch, který je přenesen z jedné nervové buňky na druhou, tento přenos se uskutečňuje v synapsích a každý přenos musí mít receptor, jehož funkcí je zaznamenat změny a informovat o změnách vyšší centra. Pokud dojde k zániku neuronů, jde o ireverzibilní stav, ale nervový systém má schopnost se přizpůsobit = schopnost plasticity. Jedním z projevů plasticity je schopnost uložit a uchovávat informace nervového systému. Lidský mozek má schopnost uchovávat životní návyky v paměťových drahách a proto lze cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. [7, 8]

### ***Techniky konceptu pro stimulaci vnímání***

„Všechny aktivity člověka se dějí na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací. V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla,
- k podpoře rozvoje vlastní identity,
- k umožnění vnímání okolního světa,
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím,
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase,
- k zlepšení funkcí organismu.“ [8, s. 23, 24]

Cílená stimulace smyslových orgánů a hybnosti umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci. Předpokladem pro účinnou stimulaci je získání kvalitní autobiografické anamnézy a také začlenění rodinných příslušníků a příbuzných do péče. [8]

### 2.2.2 Pohyb

Pohyb je důležitý pro chůzi, udržení pozice těla, k příjmu potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci a je především úzce spjat s komunikací, ať už je to samotná řeč, gestikulace či mimika a dalšími psychickými projevy. Schopnost pohybu umožňuje komunikaci s okolím a vnímání svého vlastního těla a okolí. Nemůžeme od sebe oddělit vnímání a pohyb, protože pohybu předchází myšlenka na pohyb. [7, 8]

#### *Podpora motoriky*

Bazální stimulace vychází z vědeckých poznatků, že chování obsahuje nejen prvky vrozené, ale také získané, vytvořené během průběhu života. První formou inteligence u člověka je senzomotorická inteligence, která trvá celý první rok života jedince, ta je základem veškerého myšlení a zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Aktivitu obsaženou v senzomotorice se následně týkají vnímání, držení těla i pohybu. Senzomotorická inteligence je schopnost řešit problémy ještě před zvládnutím řečové komunikace. Stejně je to i u lidí, kteří jsou na nižším vývojovém stádiu, které je následkem úrazu či onemocnění. Takto postižení lidé musí stejně jako dítě řešit své problémy senzomotorikou, protože se nemohou slovně, verbálně vyjádřit.

Výchozím konceptem se v této oblasti pro prof. Andriase Frölicha stal Bobath koncept, který je celosvětově uznáván. Dle Bobathů je důležité, aby se pohybové vzory tvořily správně a ty by se také měly neustále trénovat. Bobath koncept pracuje s předpokladem, že určitými a zároveň cílenými formami cvičení je možno pohyblivost mnohonásobně zlepšit. Důležitým a zároveň základním předpokladem cvičení je přísun podnětů, které jsou zpočátku jen pasivní. [8]

### 2.2.3 Komunikace

Prostřednictvím komunikace jsme ve spojení s okolním světem, je to vědomá činnost lidského chování. Komunikací získáváme nové znalosti a také je pak předáváme dále, vytváříme mezilidské vztahy, udržujeme je. Schopnost komunikace má velký vliv na kvalitu života. Komunikační proces tvoří pět složek, pokud jedna z následujících složek chybí, komunikace je narušená, nemůže probíhat. Také je důležité aby byl komunikant i komunikátor schopen informace vnímat, analyzovat a zároveň na ně reagovat. [14]

„Složky procesu komunikace:

- komunikátor = mluvčí, osoba, od níž sdělení probíhá,
- komunikat = příjemce, osoba, které je sdělení určeno,
- komuniké = vysílaná zpráva, signál,
- zpětná vazba = zpráva o tom, že byla informace přijata,
- kontext = prostředí a situace, ve které komunikace probíhá.“ [14, s. 9]

Komunikace umožňuje v práci sester navázat a rozvíjet kontakt s pacientem. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální, přičemž neverbální je častější a tvoří kolem 70% komunikace. Součástí komunikace je behaviorální složka. Mezi paralingvistické složky patří vzdálenost, pohyb, postoj, mimika, pantomimika, gesta a také zrakový a tělesný kontakt.

Oči jsou nejdůležitějším prvkem v komunikaci, které slouží k percepci a také ke sdělování v sociálním styku. Zato obličej patří k nejbohatším scelovačům neverbální komunikace, protože jeho výrazové možnosti jsou obrovské, dle Křivohlavého můžeme v obličejí rozlišit sedm druhů emocí: štěstí, překvapení, strach, zlobu, smutek, spokojenost a zájem. A zároveň i držení těla a gesta patří ke komunikaci, vyjadřují psychický stav a prožívání člověka. [8]

### ***Bazální stimulace a komunikace***

„Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybu a zároveň i komunikace. Verbální i neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí. Komunikačními kanály jsou všechny smyslové orgány a v konceptu bazální stimulace využíváme těchto komunikačních kanálů:

- somatického,
- vestibulárního,
- vibračního,
- auditivního,
- optického,
- olfaktorického,



- taktilně-haptického.“ [8, s. 32,33]

Někteří lidé nejsou vzhledem ke svému onemocnění schopni využít všech komunikačních kanálů, nejsou například schopni udržet oční kontakt (optický komunikační kanál), a proto je důležité, aby ošetřující uměl profesionálně využívat všech prvků komunikačních kanálů a také by měl umět vhodně reagovat v dané situaci a v neposlední řadě by měl umět rozpoznat klientovi reakce na zvolený typ komunikace.

Jak říká Křivohlavý: „Není možné nekomunikovat“. Když se na někoho nepodíváme, tak něco mu tím přece sdělujeme. Komunikovat s lidmi, kteří mají své komunikační schopnosti omezené, je velmi těžké, vyžaduje to znalosti dané problematiky a také dostatek schopností zaznamenávat reakce pacienta, které mohou být velmi nepatrné. Proto je důležitá úzká spolupráce s pacientovými nejbližšími, neboť právě oni znají svého blízkého nejvíce a dokáží jeho reakce dobře rozpoznat. Bazální stimulace integruje příbuzné do péče v maximální míře a zároveň na ně pohlíží jako na partnery, kteří se aktivně podílí v procesu ošetrovatelské péče. [8]

### ***Komunikace na vhodné úrovni***

Jak zjistíme, zda s pacientem komunikujeme na té správné úrovni? Abychom mohli správně komunikovat s lidmi, jejichž vědomí je postižené, potřebujeme dostatečnou dávku vlastního citu zaznamenávat reakce klienta, protože reakce se mohou projevat zcela nepatrně.

„Znaky příjemného pocitu klienta:

- mžikání očima,
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení,
- otvírání úst a očí,
- pousmání, úsměv,
- uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů,
- klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy.“ [14, s. 10]

„Znaky nepříjemného pocitu:

- zavírání očí a úst, blednutí,
- neklidné, nepravidelné dýchání,
- pláč, křik, sténání,
- zvýšení svalového tonu, křečovité držení těla, křečovitá mimika a pohyby,
- reakce signalizující obranu, odvracení se a gesta proti osobám , předmětům,
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování,
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se.“ [14, s. 10]

### **2.3 Prvky konceptu bazální stimulace**

Bazální stimulace respektuje vývojové stupně schopnosti vnímat. Somatické vnímání začíná již koncem 8. týdne prenatalního vývoje. Nadále se vyvíjí schopnost vnímat vibrace a chvění. Vestibulární podněty se vyvíjí od 16. týdne intrauterinního života. V dalších týdnech se vyvíjí vnímání taktilně-haptické a orální.

#### **Základní prvky:**

- somatická stimulace,
- vestibulární stimulace,
- vibrační stimulace.

#### **Nástavbové prvky:**

- optická stimulace,
- auditivní stimulace,
- taktilně-haptická stimulace,
- olfaktorická stimulace,
- orální stimulace.

### 2.3.1 Somatická stimulace

„Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa.“ [8, s. 84] Abychom si mohli uvědomovat svět okolo nás a zároveň s ním uměli komunikovat, musíme vnímat naše vlastní tělo. Pokud dojde k tomu, že je vnímání poškozeno, pak dochází ke změně vnímání vlastního tělesného obrazu a ke zkreslenému vnímání těla.

Bazální stimulace stimuluje tělo a jeho hranice, protože podporuje vnímání vlastního tělesného schématu. Nejdůležitější a zároveň nejzákladnější je somatická stimulace pomocí doteku, což je nejpřirozenější forma komunikace beze slov. Nesmíme ovšem zapomínat, aby se pacientovi dostávalo jasných a cílených doteků, celou plochou dlaně, že je velmi důležité způsob, jak se dotýkat. Ruce jsou nejčastější forma kontaktu s pacientem, poskytují různé informace, neumějí lhát a jsou zprostředkovatelem mezi ošetřujícím a pacientem. Proto musí být doteky klidné, dostatečně silné, přiměřené situaci. Měly by mít rytmus a sled. Nedílnou součástí doteků je pozorování pacienta, když doteky přijímá, je důležité, abychom si všímali, jak klient na doteky reaguje, pozitivně či negativně. Neměli bychom také zapomenout na intimní a citlivé zóny na těle a není vhodné pokud je na těle více rukou. [14, 8]

### 2.3.1.1 Iniciální dotek v konceptu bazální stimulace

Pomocí iniciálního doteku dáváme pacientovi najevo, kdy začíná a končí naše práce u něho. Musíme zvolit nejvhodnější místo doteku na pacientovi, se kterým nám může pomoci rodina nebo se domlouvá celý multidisciplinární tým na základě dosavadních informací. Většinou to bývá v centrální části těla jako je ruka, paže, rameno, apod. Pevným a zřetelným dotykem informujeme pacienta o začátku a konci naší přítomnosti u něho. Dotek musí být podpořen verbálně. O iniciálním doteku je vhodné informovat všechny zdravotníky pracující v týmu a je nutné, aby všichni daný způsob komunikace využívali a respektovali ho. Je dobré zapsat místo doteku i do dokumentace a vytvořit si cedulku, kde je místo napsané a umístit ji do bezprostřední blízkosti pacienta tak, aby všichni věděli dané místo. [8]

### 2.3.1.2 Druhy somatické stimulace:

- zklidňující,
- povzbuzující,
- neurofyziologická,
- symetrická,
- rozvíjející,
- diametrální,
- polohování (hnízdo, mumie, mikropolohování),
- masáž stimulující dýchání,
- kontaktní dýchání. [8]

#### *Zklidňující somatická stimulace*

Do péče ji můžeme začlenit během toalety pacienta a tomu pak říkáme zklidňující koupel. Cílem je stimulace vnímání tělesného schématu, redukce neklidných stavů, stavů dezorientace, zmatenosti, navození celkového uvolnění, navázání komunikace a stimulace vnímání. Tuto koupel můžeme využít u pacientů s mentální změnou, se somatickým postižením, u klientů v kómatech, u neklidných, hyperaktivních, úzkostných pacientů, s tachykardií, s poruchami spánku, s různými typy demencí, s Morbus Parkinson, atd.

Ještě než u pacienta zahájíme somatickou stimulaci, tak pacienta adekvátně a na úrovni jeho stavu informujeme o zahájení koupele a v průběhu mu vše vysvětlujeme. U klientů nesmíme zapomenout také na iniciální dotek. Před samotným zahájením koupele bychom měli umožnit pacientovi vnímat všemi možnými smysly. Znamená to, že klient bude vědět, že se jedná o koupel a ne o něco jiného. V praxi to znamená, že ponoříme pacientovu ruku do nádoby s vodou = taktilně-haptický vjem; pokud to stav pacienta dovolí, tak ho posadíme a pokud používá brýle, nesmíme na ně zapomenout; mácháním a ždímáním žínky umožníme vnímat vodu = akustický vjem; oblíbené toaletní potřeby klientovi ukážeme a umožníme vnímat vůni = olfaktorický vjem, stimulace paměťových drah. [14, 8]

Každý chlup na našem těle je u kořene obklopen nervovou pletení a ta registruje pohyb chlupu a vysílá informaci do mozku. Pohyby, které jsou po směru chlupů, nám dávají přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění. Jako pomůcky potřebujeme žínku nebo froté ponožky, které pak slouží jako terapeutické žínky a oblíbené toaletní potřeby klienta. Většinou začínáme stimulací na obličeji, záleží na tom, zda to pacientovi působí příjemně, protože někteří pacienti mají obličej jako intimní zónu a může to především u vystrašených pacientů vyvolat nepříjemný pocit. Pak obličej necháváme až na konec stimulace. Oblast obličeje stimulujeme po obvodu, ve směru chlupů a na obou stranách zároveň. Poté přejdeme na hrudník, kdy začínáme od středu do stran, kde mírným tlakem zvýrazníme hranici trupu. Opět musíme postupovat symetricky a oběma rukama. Po hrudníku následují ruce, které stimulujeme od vrchu dolů (po chlupu). Nesmíme zapomínat na prsty, které modulujeme každý zvlášť a na konečcích prstů mírně stlačíme. Podobně postupujeme i u dolních končetin. Následují záda, která myjeme v poloze na boku a ta stimulujeme stejně jako hrudník a nezapomínáme ani na mírný tlak na straně trupu. Nikdy nesmíme s pacientem ztratit kontakt, což znamená, že vždy musíme mít na pacientovi položenou alespoň jednu naši dlaň. Během stimulace sledujeme reakce klienta a reagujeme. Po celou dobu stimulace pacientovi vysvětlujeme, co a proč mu děláme. Osušujeme zcela totožně jako jsme umývali, tedy po směru chlupů a vyvíjíme tlak. Po koupeli pacienta oblečeme, uložíme, přikryjeme a dopřejeme mu odpočívat. Než oblečeme pacientovi košili, je vhodné umožnit mu ji pocítit, a to tak, že uchopíme klientovu ruku a pohladíme jí povrch košile.

Zklidňující somatickou koupel můžeme aplikovat i jako částečnou nebo také kombinovanou (můžeme kombinovat více druhů stimulací). Pokud dodržíme techniku i zásady, můžeme to aplikovat také ve sprše i vaně. [5, 7, 8]

#### Zásady celkové tělesné koupele:

- snažíme se dotýkat oběma rukama pacientova těla,
- genitál a obličej nemusíme během terapeutické koupel umýt, můžeme je umýt jindy,
- během koupele bychom neměli odcházet, neměly bychom být rušeni, je dobré eliminovat veškeré rušivé vlivy a neměli bychom mluvit s třetí osobou,
- v místnosti by měla být klidná atmosféra a vhodná, příjemná teplota,
- celková koupel by měla být, pokud to stav dovoluje a je to možné, poskytovaná pouze jedním ošetřujícím,
- zklidňující koupel by neměla trvat déle jak 15-20 minut,
- klienta nesmíme přetěžovat,
- měly bychom umět rozpoznat a reagovat na i na nepatrné reakce,
- je dobré mít na paměti, že to co platilo včera, dnes už nemusí a že někdy méně je více.

#### Způsoby reakcí:

- změny hemodynamiky (změna tepové frekvence, krevního tlaku, změna na periferii těla, jako je naježení chlupů, změna svalového tonu aj.),
- změny sekrece (zvýšená salivace během uvolnění, kašel, slyšitelná střevní peristaltika, změna sekrece potu aj.). [14, 8]

#### ***Povzbuzující somatická stimulace***

Opět můžeme tuto stimulaci integrovat do péče během toalety, pak tomu říkáme povzbuzující koupel. Pokud používáme vodu, musíme použít vodu s nižší teplotou, než má naše tělo, tedy 23-28 °C. Jestliže provádíme stimulaci bez vody, použijeme žínky, froté ponožky nebo jen ruce. Může použít oleje na tělo či jen přes oděv pacienta. Cílem povzbuzující stimulace je zvýšení svalového tonu, stimulace vnímání tělesného schématu,

zvýšit úroveň vědomí u klienta a zvýšit jeho pozornost, zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak (může zvýšit hodnotu systolického tlaku o 10 - 20 mm Hg), podpořit pacientovu aktivitu a také může pacienta připravit na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta. Tuto stimulaci využíváme u klientů s mentální retardací, kdy cílem je stimulovat tělesné schéma a poskytnout podporu v procesu učení, dále u klientů ve vigilním kómatu, kómatu, u pacientů v soporózním, somnolentním stavu, u depresivních pacientů, apatických, u klientů s bradykardií či se sníženým svalovým tonem. Není doporučeno užívat povzbuzující koupel u dezorientovaných, neklidných pacientů, u klientů s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

Před samotnou stimulací platí stejná pravidla jako u zklidňující stimulace. Opět pacienta informujeme o zahájení, použijeme iniciální dotek a během stimulace mu vše vysvětlujeme. Stejně tak platí, že je vhodné umožnit pacientovi vnímat všemi jeho možnými smysly. U této stimulace postupujeme proti růstu chlupů, pohyby jsou velmi silně vnímány.

Pokud to stav klienta dovoluje, začínáme na obličejí, nevyhovuje-li to, obličej necháme až na konec koupele nebo ho úplně vypustíme. Obličej stimulujeme proti růstu chlupů po obvodu současně po obou stranách, začínáme od brady a postupujeme směrem k čelu. Pokračujeme na hrudníku, a to v opačném směru než u zklidňující stimulace, což znamená že začínáme na stranách hrudníku a setkáváme se uprostřed, v centru. Končetiny modulujeme od konečků prstů směrem nahoru k tělu. Záda stimulujeme ve směru od stran k páteři. Osušujeme stejně jako jsme stimulovali, tedy proti růstu chlupů.

Povzbuzující somatickou stimulaci můžeme aplikovat i jako částečnou nebo také kombinovanou (můžeme kombinovat více druhů stimulací). Pokud dodržíme techniku i zásady, můžeme to aplikovat také ve sprše i vaně. [14, 8]

#### Zásady povzbuzující stimulace:

- vždy modulujeme oběma rukama,
- není vhodné odcházet, hovořit s třetí osobou, ani být jakkoliv rušeni,
- v místnosti by měla být příjemná teplota,
- simulace by měla být poskytována pouze jedním ošetřovatelem, terapeutem,
- všímáme si reakcí a pokud jsou reakce neadekvátní, raději simulaci ukončíme.

Způsoby reakcí:

- změny hemodynamiky (změna tepové frekvence, krevního tlaku, změna na periférii těla, jako je naježení chlupů, změna svalového tonu aj.)
- změny sekrece (zvýšená salivace během uvolnění, kašel, slyšitelná střevní peristaltika, změna sekrece potu aj.)

***Neurofyziologická stimulace (Stimulace dle konceptu Bobatha)***

Cílem stimulace je umožnit pacientům s poruchami hybnosti znovu začít vnímat postiženou stranu těla. „Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu.“ [8, s. 83]

Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u pacientů s plegiemi a parézami po cévním mozkových příhodách, po mozkolebečních traumatech a poškozením pohybového aparátu, po operacích mozku s postižením pohybového aparátu a také v dětském či kojeneckém věku, s dětskou mozkovou obrnou, vrozenými vadami pohybového aparátu apod. Tato stimulace vychází a řídí se především z poznatků konceptu Bobathových. [8]

***Bobath koncept***

S myšlenkou konceptu přišla Berta Bobath, fyzioterapeutka, ve 40. letech 20. století, a to během své práce s klienty po cévních mozkových příhodách. Koncept integrovala do péče o děti s cerebrální pohybovou poruchou. Manžel Berty, Karel Bobath, neurolog, její poznatky zpracovával z pohledu neurofyziologie.

Bobath koncept je celosvětově uznávaný pro práci s dětmi i pro práci s dospělými, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu (CMP) nebo jiné onemocnění mozku s ochrnutím nebo spasticitou. Spasticita je vysoké svalové napětí a týká se mnoha svalů a znemožňuje postiženému plynulý pohyb. Většinou je tento stav bolestivý. Spasticita se vytváří od prvního dne postižení nejen díky špatnému polohování, ale také díky špatným nefyziologickým pohybovým vzorcům.

Základem konceptu jsou inhibice spasticity a patologických pohybových vzorců a reflexů = snížení vysokého svalového napětí, a facilitace fyziologických pohybových vzorců reflexů = ulehčení pohybu, vedení k pohybu, nápomoc k aktivitě. Je nutné tvořit správné pohybové vzorce a ty následně trénovat.



Předpokladem zaručující jednotu konceptu je začlenění klienta, příbuzných, přátel a celého terapeutického týmu do tohoto konceptu. Nejsou analyzovány deficity, neschopnosti, ale schopnosti. Schopnosti se musí rozvíjet. Fyzioterapeut musí zjistit rozsah pohybu kloubů, zjistit svalovou sílu, odhadnout pohybové vzorce, svalový tonus, stanovit senzorické deficity. Důležité je také zjištění a stanovení mezníků ve vývoji klienta. Mezníky jsou vývojová stádia, kterými prochází už kojeneček a po zdolání jednoho stádia nastupuje další. Pacienti po CMP nebo po kraniocerebrálním traumatu se většinou vrací na nižší vývojovou úroveň. Časté opakování pohybových vzorců a také dostatek času jsou předpoklady k uzdravení.

Cílem Bobath konceptu je regulace svalového tonu, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, začlenění pacienta do běžných denních aktivit a dosažení samostatnosti. [10, 11]

### **Neurofyziologická stimulace (koupel)**

V této stimulaci je velmi důležitá zraková kontrola klienta. Prakticky to znamená, že by měl pacient po celou dobu stimulace možnost opticky kontrolovat své tělo a sledovat vše na svém těle. Proto pacienta dáváme do polohy vsedě a abychom ještě podpořili jeho kontrolu nad trupem a tváří, je vhodné použít zrcadlo. Ani nesmíme zapomenout, že pokud klient nosí brýle, měli bychom mu je nasadit. Nejdůležitější u této stimulace je, že terapeut musí vždy stát na postižené straně těla. Stimulaci obličeje provádíme až na závěr. Nepostradatelné je, aby se klient při této stimulaci cítil co nejbezpečněji, protože jinak se bude zvyšovat jeho svalový tonus a pacient pak nebude myslet na stimulaci, ale na své bezpečí a na to, jak udržet svoji rovnováhu. Nejprve terapeut stimuluje zdravou část těla a poté přenáší vjem na druhou, postiženou polovinu těla. S pacientem lze také pracovat formou asistované stimulace, kdy ošetřující vede ruku klienta a ten se umývá sám.

Pokud jde o koupel, je vhodná voda o teplotě 30°C a použít osobní oblíbené toaletní potřeby. Navlékneme pacientovi na postiženou ruku žínku a pomůžeme mu umýt si obličej od zdravé k postižené straně. Pak myjeme zdravou ruku a pomalu pokračujeme ve směru na hrudník, opět od zdravé k postižené straně a uprostřed mírným tlakem zatlačíme. I dolní končetiny myjeme od zdravé k postižené straně. Při stimulaci zad, si pacienta otočíme do polohy na boku na postiženou stranu a stimuluje ve směru od ramene k sakrální oblasti od zdravé strany k postižené. Genitálie si často umývá pacient sám

zdravou rukou anebo mu je myjeme asistovaným mytím. Osušujeme stejným způsobem, jako jsme myli.

#### Zásady neurofyziologické stimulace:

- klienta verbálně vyzveme k vnímání a k tomu, aby si uvědomil svoji zdravou stranu těla,
- postiženou stranu stimulujeme k vyvolání pocitů,
- umožníme optickou kontrolu,
- střední část těla bychom měli dostatečně stimulovat tlakem. [14, 8]

#### ***Symetrická stimulace***

Cílem je podpora obnovení vnímání tělesného schématu u pacientů, kteří mají problémy s udržením rovnováhy na základě fixace tělesné symetrie. Podstatou této stimulace je, že terapeut pracuje synchronně. Znamená to, že synchronně stimuluje obě ruce, obě nohy. Důležitá je pozice ošetřovatele, protože pokud není vhodná, neprovádí dobře synchronní stimulaci. Před touto stimulací je vhodná zklidňující stimulace. [8]

#### ***Rozvíjející stimulace***

Tuto stimulaci aplikujeme u pacientů, jejichž tělesné schéma není ještě stabilizováno nebo je nutno ho ještě rozvíjet. Při rozvíjející koupeli dochází ke zdůraznění nejen symetrie ale také středu těla. Poskytujeme ji klientům, kteří jsou ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků, u pacientů dlouhodobě imobilních anebo také u předčasně narozených novorozenců. Stimulace se provádí se zřetelem na střed těla. U dlouhodobě imobilních, ležících, předčasně narozených se vnímání těla soustřeďuje právě sem, do středu těla. [8]

#### ***Diametrální stimulace***

Diametrální stimulaci aplikujeme u pacientů se zvýšeným svalovým napětím, toto napětí omezuje pohyb v kloubech, pokud se kloub nachází určitou dobu pořád ve stejné pozici, dochází ke kontrakturám. Většinou se setkáváme s flekčními kontrakturami na horních končetinách a s extenčními kontrakturami na dolních končetinách. Příčin vzniku kontraktur je mnoho. Např. dlouhodobé ležení, reflexní reakce, cerebrální příčiny, bolesti a také ztráta chuti k pohybu z důvodu různých depresí, apod.

Tato stimulace se aplikuje většinou pouze na postiženou oblast těla. Cílem je uvolnění svalového napětí a zlepšení postavení končetiny. Lze ji aplikovat jako koupel s vodou o teplotě 38-40°C, krémování nebo na sucho. „Terapeut pracuje současně oběma rukama a postupuje tak, že na svaly na vnitřní straně končetiny působí s dostatečným tlakem ze směru proximálního do směru distálního. Na svaly na zevní straně končetiny působí směrem opačným, tedy z distálního směru do proximálního. Postupuje se vždy přes jeden kloub, a sice od kloubu předcházejícího po následující. Ruce terapeuta se setkávají v místě kloubu, tak mírně zatlačí a pokračuje. V místě kloubu chceme docílit uvolnění. „Jsou-li končetiny nuceny zvýšeným svalovým tonem do extenčního postavení, pak oběma rukama současně postupuje ošetřující v opačném směru, tedy svaly na vnitřní straně končetiny stimuluje z distálního směru do proximálního a svaly na zevní straně naopak.“ [13, s. 18]

#### Zásady diametrální stimulace:

- příjemná poloha klienta,
- teplo (ruce terapeuta i voda, pokud se jedná o koupel),
- klid,
- pohyby opakujeme 3-5krát,
- eliminujeme rušivé elementy,
- nesmíme působit žádnou bolest,
- po ukončení stimulace neukládáme pacienta do polohy proti svalovému napětí. [13]

#### ***Polohování***

Vnímání těla se mění každých 30 minut, pokud pacient leží v klidu. Dochází ke ztrátě pocitu svých tělesných hranic a tento stav se násobí u klientů, kteří jsou dezorientovaní nebo také kteří leží na velmi měkkých matracích, především antidekubitních. Pomocí polohování umožníme pacientovi získat informace o svém vlastním těle a svých hranicích, a to i minimální změnou polohy - mikropolohování. U polohování už nevyužíváme stimulaci pouze somatickou, ale také vestibulární a jelikož měníme klientovu pozici, tak rozvíjíme i zrakovou stimulaci, protože je rozdíl mezi sledováním světa z polohy vsedě, vleže na zádech, vleže na bobu nebo na břiše. Jestliže klient leží v málo podnětném okolí spolu nedostatkem sensorických podnětů a pohybové

aktivitu, toto okolí redukuje přísun informací k člověku. Pak se mění vnímání vlastního tělesného obrazu a to vše vede k poruchám orientace na svém těle i okolí. Tento proces nazývá prof. Fröhlich jako habitaci = návyk, zvyk. Psychika i vnímání těla se nastavily na jednotvárnost, pacient sám sebe velmi málo vnímá a ztrácí nejen tělesnou, ale také psychickou orientaci. Následků habitace je spousta (např. porucha vnímání těla, porucha tělesné identity, porucha koordinace, dezorientace, porucha komunikace, neklid až agresivita, poškození intelektu, deprese, ztráta identity osobnosti, apod.) Schopnost vnímání může být poškozena také poruchami spánku, různými léky, traumatickým poškozením mozku, horečkou, bolestí nebo i dehydratací.

Pokud polohujeme, musíme myslet na komfort klienta, na jeho pohodlí. Každý je individuální, pro někoho je při usínání důležité aby měl svůj oblíbený polštářek, aby zaujal určitou polohu, aby měl svoji deku, aby měl zakryté pouze nohy, a to vše musíme jako terapeuti respektovat a měli bychom to klientům umožnit. Ovšem vždy je nutná zpětná vazba a spolupráce s rodinou, jen ta nám sdělí, jak pacient rád usínal.

#### Možnosti změny tělesné pozice:

- propletení prstů rukou,
- položení rukou na hrudník,
- ohnutí horních končetin směrem k tělu,
- překřížení dolních končetin,
- polohování na různě tvrdých matracích,
- polohování pomocí srolovaných ručníků nebo dek,
- polohování pomocí perličkových polštářků,
- mikropolohování,
- poloha mumie,
- poloha hnízdo.

Především poloha mumie a poloha hnízdo umožňují klientovi velmi výraznou somatickou stimulaci a obě tyto pozice lze kombinovat s mikropolohováním. [7, 8, 14]

### **Poloha mumie**

Cílem této polohy je zprostředkování vjemů ze svého těla a umožnit klientovi pocítit hranice svého těla. Aplikuje se to u pacientů neklidných až agresivních, zmatených, ve vigilních komatech, klienti při dospávání po narkóze, pacienti probouzející se z komatu nebo klienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a ztratili vnímání hranic svého těla. Toto polohování se nesmí provádět u pacientů s klaustrofobií.

Před polohováním klienta informujeme o tom, co s ním chceme dělat, použijeme iniciální dotek a pokud je to možné, je vhodné předem poskytnou uklidňující koupel nebo stimulaci. Podložíme lokty, kolena i paty a hlavu podložíme polštářem. V poloze na zádech obložíme klientovo tělo srolovanými ručníky, dekami nebo speciálními polohovacími polštáři a zavineme pacienta do prostěradla nebo deky směrem od noh a končíme na trupu. Konce prostěradla založíme pod tělo klienta. Ruce nebalíme, ale situujeme na hrudník, umožníme mu tak vnímat svůj vlastní dech a pokud bude chtít, může se z této pozice pacient vymanit sám. Pacienta sledujeme. Doba této polohy je různorodá, záleží na stavu a na reakcích, ale neměla by být delší jak 20 minut. Po polohování se pacienti zklidní a my jim musíme umožnit klidovou fázi nebo polohu hnízdo. [7, 8, 14]

### **Poloha hnízdo**

Cílem této polohy je umožnit pacientovi si odpočinout a navodit u něj pocit bezpečí, jistoty a příjemný pocit ve smyslu „cítím se dobře“, poskytnout mu orientaci na svém těle, zklidnit ho, stabilizovat vnímání tělesného obrazu a hranic těla a navodit uvolnění, relaxaci. Využíváme to k navození libého pocitu, u klientů ve fázi odpočinku, během spánku v noci, po celkové zklidňující koupeli, po vyšetřeních, po dýchání stimuluji masáží, u pacientů neklidných, agresivních, dezorientovaných, se spasticitou, v komatech či umírajících. Pacienta uložíme do zvolené polohy (na záda, bok, břicho, do sedu atd.), kterou určíme dle biografické anamnézy, podle toho jakou pozici má, nemá rád. Jeho celé tělo obložíme a ohraničíme srolovanými dekami, ručníky, prostěradly nebo speciálními vaky. Na závěr pacienta přikryjeme, opět tak jak to má rád a necháme ho odpočívat. [7, 8, 14]

### ***Masáž stimuluji dýchání***

Dýchání je základní biologická lidská potřeba. Lidé neklidní a ti, kteří si své tělo uvědomují minimálně, dýchají povrchně a zrychleně. To vše způsobuje nedostatečnou

ventilaci plic a dochází k zhoršené výměně plynů mezi zevním a vnitřním prostředím. Nedostatečná ventilace ubírá na tělesné síle. Takovýto člověk má málo síly a energie vnímat okolní svět a jeho dění.

Masáž stimulující dýchání je jedna ze stěžejních z technik konceptu, má velký význam. Je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem terapeutových rukou na zádech nebo v oblasti ventrální části hrudníku. Nejen že je součástí dechové gymnastiky, ale také má vysokou komunikační hodnotu. Správné provedení masáže vede k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u klienta i terapeuta, vzniká komunikace a ta poskytuje uvolnění, pocit jistoty, bezpečí a ošetřujícímu umožňuje vyjádřit svou empatii vůči pacientovi. Tato stimulace vyžaduje trénink a především musí být správně provedena, abychom dosáhli toho správného cíle. Nejvýznamnější postavení mají ruce terapeuta, proto je vhodné ji dělat bez rukavic, prstýnků a se zahřátýma rukama. Intenzivní tělesný kontakt na zádech, klidné a symetrické doteky umožňují navodit u klienta pocit jistoty. Pokud se pacient naladí na stejný rytmus dýchání jako terapeut, vzniká pochopení beze slov a dochází k vytvoření vztahu. Pak dochází k tomu, že neklidní pacienti se cítí akceptováni a zklidní se.

Cílem je, aby pacient začal dýchat klidně, pravidelně a aby jeho dýchání bylo dostatečně hluboké. Touto stimulací také dosáhneme sníženého vyplavování stresových hormonů. Masáž stimulující dýchání využíváme u pacientů s povrchním, nepravidelným dýcháním, s bolestí, ve stavech deprese, s poruchami spánku, u klientů s mentální retardací, s demencí, pak také u klientů ve vigilním komatu nebo ti, kteří si odvykají po umělé plicní ventilaci, u umírajících pacientů a pacientů s inhalační maskou. Kontraindikací je kardiostimulátor.

Nejčastěji se provádí masáž stimulující dýchání na zádech a nejlepší a nejpřirozenější poloha je v sedě. Pacientovi se umožní co nejpohodlnější pozice a je vhodné, aby se opíral o horní končetiny. U klientů, kdy stav nedovoluje pacientovi se posadit, se volí poloha v leže na boku či na břicho. Na ruce si ošetřující nanese oblíbené tělové mléko, olejíček nebo krém, ten si pak v rukou zahřeje a přiloží ruce na zátylí klienta. Pomalu a s mírným tlakem spouští terapeut své obě ruce současně podél páteře dolů až na sakrální oblast. Pak přečtyne jednu ruku a opět dá na zátylí, jakmile je jedna ruka na zátylí, přiloží tam druhou a opakuje pohyb dolů, zhruba 5krát. Pak zůstává terapeut na zátylí a dolů pokračuje pomalými krouživými pohyby směrem dovnitř, na zádech vytvoří 3

kruhy, opět opakuje asi 5krát. V podstatě ruce ošetřujícího dýchají za pacienta. Masáž ukončuje stejnými pohyby, kterými byla masáž zahájena. Nikdy se nesmí s pacientem ztratit kontakt a vždy musí být alespoň jedna ruka na pacientovi. Délka masáže by měla být alespoň 3 minuty. Během této masáže musí ošetřující redukovat všechny rušivé vlivy, aby se pacient plně soustředil na pohyby a dýchání. [7, 8, 14]

### ***Kontaktní dýchání***

Při tomto dýchání má terapeut položeny své ruce na hrudníku pacienta a tak ho doprovází při nádechu i výdechu. Výdech může podpořit mírným stlačením hrudníku a také lze v době výdechu přidat nepatrné vibrace pro podporu vykašlávání. Další možností kontaktního dýchání je využít pacientovu ruku, kterou mu terapeut přiloží na jeho hrudník a svou ruku si nechává na klientově ruce. Pak klient vnímá svůj vlastní dech a terapeut s ním. Možností kontaktní dýchání je více, nácvik těchto technik je náplní základního kurzu Bazální stimulace. [8, 14]

### **2.3.2 Vestibulární stimulace**

Člověk, který je zdravý je v neustálém pohybu, mění své polohy, rovnovážné ústrojí se pořád stimuluje, zdravý člověk má tak pořád stálý přísun podnětů. Lidem, kteří jsou imobilní nebo je jejich mobilita jakkoliv omezená, se těmito informacím dostává minimálně. „Prostřednictvím konceptu bazální stimulace lze těmto lidem poskytnout stimuly jejich rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Informuje nás o naší poloze a pohybu v prostoru. Smyslové rovnovážné ústrojí může stejně jako u somatického vnímání podlehnout habitaci.“ [14, s. 26]

Jestliže dochází ke změně polohy pouze zřídka, může následovat kolaps, nauzea, poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru, změny svalového napětí, bolest hlavy. Vestibulární stimulací zprostředkujeme informace o postavení v prostoru, redukuje závratě z otáčivého pohybu, snížíme spasmus flexorů a extenzorů, připravíme organismus na mobilizaci a udržíme pohyb perilymfy a endolymfy.

Vestibulární stimulaci aplikujeme u pacientů imobilních více než 3 dny, s omezením pohybu, u klientů, kteří jsou na umělé plicní ventilaci, ve vigilním komatu a u pacientů s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů.

Vestibulární stimulaci provádíme u ležícího na lůžku, kdy provádíme pouze nepatrné pohyby jeho hlavou. Hlavou otáčíme mírně do stran, ta musí být v neustálém kontaktu s podložkou a musíme ji pevně fixovat a nezakrývat obličejovou část. Provádíme 3-5krát. Tuto stimulaci je vhodné provádět před každou změnou polohy, a to tak, že uvedeme hlavu do pozice ve směru příští polohy těla. U této stimulace je vhodné využít prvky kinestetiky a pracovat podle těchto vzorců, kdy umožníme klientovi si uvědomit trojrozměrnost svého těla v prostoru a zpracovat vykonávaný pohyb. Dalším způsobem, jak klienta stimulovat jsou houpací pohyby na lůžku. Tyto pohyby provádí buď sám nebo za pomoci terapeuta. Velmi účinný je nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli. Při této stimulaci sedí terapeut za pacientem, jeho hlavu si dá na hrudník, tělo pevně fixuje a společně spolu provádí pohyb ve směru ležaté osmičky. Při této stimulaci dochází nejen ke stimulaci vestibulární, ale také optické, proprioreceptivní i somatické. Dalším vhodným prostředkem k vestibulární stimulaci je uložení klienta do houpacího speciálního vaku. [8, 14]

### 2.3.3 Vibrační stimulace

Cílem stimulace je zprostředkovat pacientovi velmi intenzivní vjemy z jeho vlastního těla. Stimulujeme receptory pro vnímání vibrací uložených v kůži a proprioreceptory uložených ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací postupuje směrem od periferie dovnitř těla. Vibrační stimulaci využíváme u klientů ve vigilním komatu, klientů s hlubokou mentální retardací a také u pacientů, kterým slouží tato stimulace jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci. K vibrační stimulaci používáme své vlastní ruce, hudební nástroje, hlas nebo i technické předměty jako vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, různé vibrující hračky, lehátka, sedátka. Ovšem tyto technické předměty není vhodné používat u gerontologických klientů z důvodu fragility vazů a možnosti mikrotraumatizace a také u klientů s krvácivými stavy, varixy, poraněním nebo poruchy integrity kůže.

Vibrátory přikládáme do okolí kloubů nebo do dlaní. Pokud chceme působit na celé tělo, necháme vibrátor položený na matraci.



Možnosti vibrací:

- ruce: naše teplé ruce pokládáme na klientův kloub, ten držíme po celém jeho obvodu a s dostatečným, ale přiměřeným tlakem vibrujeme jemnými pohyby našich rukou,
- elektrické přístroje: vibrátory přikládáme do okolí kloubů nebo je vkládáme do dlaní, pokud chceme stimulovat celé tělo, položíme vibrační přístroj na matraci a tím umožníme klientovi, aby své tělo pocítil a vnímal,
- hlas: ruce pacienta položíme na hrudní koš a vyzveme ho, aby mluvil, díky vibračním způsobeným šířením jeho hlasu pocítí své ruce,
- hudební nástroje: pouze ty, které vydávají vibrace,
- trilogie: celý hrudník klienta přiložíme na hrudník terapeuta. Oba by měli být v pohodlné pozici, kdy terapeut sedí na zemi nebo v lůžku za klientem a tělo pacienta je opřené o něj. Terapeut se s pacientem pohybuje ze strany na stranu (vestibulární stimulace), u toho hovoří (vibrační stimulace) a vyvíjí dostatečný tlak a moduluje jeho končetiny (somatická stimulace). Pokud má pacient zachovaný zrak, je stimulován také zrakový aparát.

Zásady vibrační stimulace:

- uložíme klienta do polohy vleže, na zádech nebo v sedě, tímto poskytneme dostatečně velkou plochu vnímání vibrací,
- pracujeme podél skeletu,
- postupujeme z proximálního k distálnímu směru,
- klienta intenzivně sledujeme. [8, 14]

### 2.3.4 Optická stimulace

Zrak spolu se sluchem je nástroj k poznávání okolního světa a ke komunikaci. Zrakový vjem nám umožňuje orientaci, schopnost vnímat prostředí okolo nás, schopnost uspořádat okolní prostředí, posílit pocit jistoty, poznávat lidi a předměty, orientovat se, prožívat pozitivní vjemy a schopnost se učit. Pokud nemůžeme používat náš zrak, jsme

odkázání na ostatní naše smysly. To všem neznamená, že pokud se na nás klient podívá, že nás vnímá a ví o nás.

Okolo pacienta to bývá většinou v nemocničním prostředí nudné a bez vizuálních podnětů, okolí je destimulující, stresující. Pro optickou stimulaci je důležitá častá a jakákoliv změna polohy, třeba jen pootočení hlavy, ihned se změní zorné pole. Pacient se orientuje na svém těle a může sledovat dění kolem sebe. Tímto se posiluje jeho pocit jistoty a bezpečí. U změny polohy využíváme také vestibulární a somatické stimulace.

Musíme myslet na to, že předměty, které jsou v nemocnici, na které se pacient denně dívá, nejsou uloženy v jeho paměťových stopách. Pacient se nemůže orientovat a to u něj vyvolává strach, úzkost až agresivní chování. Pokud ovšem do jeho zorného pole dáme pro něj něco známého, co má uložené v paměti, můžeme navodit zklidnění. Neměli bychom ani zapomínat na hodiny, zamysleme se sami nad sebou, kolikrát denně se díváme na hodiny, jak moc důležité pro nás je orientace v čase.

Klienti, kteří se probouzejí z kómatu nebo trpí ztrátou či poškozením optického vjemu, nejsou schopni ihned rozeznat a vnímat všechny odstíny a detaily. Proto musíme v péči respektovat stupně vývoje zrakového vnímání:

1. vnímání světla/tmy,
2. vnímání obrysů na vzdálenost 10-15 cm,
3. vnímání vlastních částí těla,
4. vnímání okolí ve vzdálenosti 1-2m,
5. vnímání ostrých a zřetelných kontur, ne detailů,
6. rozlišování předmětů pomocí rukou a úst,
7. vývoj vnímání barev,
8. rozlišování velikostí, předmětů, osob forem.

Proto je vhodné použít k výzdobě obrázky, které malují děti, tyto obrázky mají jednoduché motivy, tvary a základní barvy. Obrázky s komplikovanými motivy by mohly vyvolat strach až úzkostné stavy. [8, 13]

### *Změny zrakového vnímání*

Zrak může být postižen primárně nebo sekundárně. Změny zrakového vnímání mohou být ovlivněny stářím, onemocněním, po úrazu nebo také působením léků.

#### 1. Ve stáří

Až 24% klientů domovu důchodců je zrakově postižena a lze je považovat a řadit do kategorie slepých. Okolo 35% klientů, kteří jsou závislí na ošetrovatelské péči trpí zrakovou insuficiencí. Tato postižení jsou způsobená:

- rohovka se zkaluje a proto je hůře průchodná pro světlo,
- naopak spojivka se stává pro světlo prostupnější,
- slzný kanálek se uzavírá,
- čočka ztrácí elasticitu, to vede ke zhoršené reaktivitě čočky na vzdálenosti, presbyopie,
- snižuje se flexibilita čočky - zhoršená reakce na světlo a tmu,
- vzniká senile Miosis - tmavé objekty jsou špatně vnímány, citlivá reakce na světlo,
- prodlužuje se doba adaptace na tmu,
- vzniká digitalis - zakalení čočky následkem léků, pastelové barvy jsou vnímány jako světlejší, nejlépe vidí červenou a žlutou,
- od 60. roku se snižuje elasticita čočky, snížená ostrost,
- může vznikat katarakta - šedý zákal, klienti vidí mlhu, obraz mají rozmazaný.

#### 2. Onemocnění

Změna optického vnímání nastává na podkladě různých očních onemocnění:

- snížená tvorba slz - spojivkový vak, přední strana očního bulbu se vysušuje a hrozí infekce,
- katarakta,
- glaukom - zelený zákal,
- tunelové vidění - omezení zorného pole.

### 3. Úraz

Následkem poranění očí nebo lebky, mohou nastat změny na optickém aparátu oka. Může být poškozena schopnost představivosti a paměť. Anebo mohou také nastat výpadky asociačních drah.

### 4. Léky

Různé skupiny léky mohou různě ovlivňovat vidění, především pak pokud se předávkuje digitálními aparáty, pak vidíme žlutá kola.

#### Způsoby projevů změn zrakového vnímání:

- člověk není schopen vnímat jednotlivé prostory v jeho okolí, a proto je nutné situovat stimuly do míst, která vnímá,
- poruchy vidění celistvosti předmětů a osob, nevidí detaily,
- porucha konstantnosti barev, různé předměty vnímá pacient různě,
- změny vizomotoriky,
- poruchy vnímání lokalizace v prostoru.

Zrakové vnímání lze v počátečních stádiích dobře ovlivnit tréninkem. Kvalita zrakového vnímání je hodně závislá na informovanosti. Při stimulaci je nutné, abychom klienta pozorovali a vnímali jeho reakce. Sledováním stále stejných předmětů a objektů může vyvolat halucinace a pacient může být dezorientovaný. A stále zapnuté zářivky mohou oslepot. [8, 13]

#### Zásady při optické stimulaci:

- nabízet podněty a předměty které jsou zřetelné,
- umožnit pacientovi vnímat den a noc,
- umístit do zorného pole hodiny,
- oproti bílé zdi nosit barevné oblečení a používat barevné ložní prádlo,
- používat dostatečně velké obrázky a umístit je do jeho zorného pole, nejlépe obrázky, které má uloženy v paměťové stopě (pozor na negativní asociace),
- pokud používá klient brýle, musíme mu je nasadit,

- fotografie je vhodné umístit na okraj zorného pole, protože to pacienta nutí k pohybu s cílem pohlédnout na fotografii,
- u klientů s velmi vážnými poruchami zraku je vhodné volit černobílé obrázky,
- pokud se pacient dívá na televizi, neměl by ji sledovat dlouho a měl by sledovat pořady, které jsou mu blízké a známé.

Opět u této stimulace zohledňujeme autobiografickou anamnézu a variabilita záleží na kreativitě ošetřujícího personálu.

Zejména u geriatrických pacientů využíváme aktivní práce s klientem a fotografiemi, kdy ho aktivizujeme a motivujeme k vyprávění. [8, 13]

### **2.3.5 Auditivní stimulace**

Sluchový orgán má pro člověka velký význam při komunikaci a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč. Cílem auditivní stimulace je navázat kontakt s klientem, zprostředkovat pacientovi informace o sobě samém, o jeho těle, stimulovat vnímání klienta, mobilizovat vzpomínky klienta, podpořit pocit bezpečí jistoty, umožnit klientovi orientaci a naučit pacienta novým slovům. V praxi je dobré minimalizovat nejasné zvuky a maximalizovat význam slovních sdělení pacientům.

Vhodná je kombinace s iniciálním dotekem a také bychom měli znát autobiografickou anamnézu. Pokud pacient používá naslouchadla, nesmíme zapomenout mu je vždy ráno nasadit. [8, 13]

#### ***Možnosti auditivní stimulace***

##### **1. Hudba**

Hudbu nabízíme z rádia, televize nebo z jakéhokoliv přehrávače. Měli bychom ovšem myslet na to, že není vhodné používat sluchátka do uší, protože mu rušíme zvukovou kulisu okolního světa. Toto tvrzení ovšem neplatí, pokud pacient byl zvyklý si pouštět hudbu do uší, a to především mladá generace. Hudbu aplikujeme až po ukončení řeči. Důležitá je znalost autobiografie, abychom mohli pacientovi pouštět oblíbenou hudbu, která je spojena s emocemi. Klidná hudba vyvolává uvolnění. Při použití hudby je nutné u pacienta chvíli posečkat a sledovat jeho reakce. Stimulovat hudbou můžeme také pomocí

hudebních nástrojů, hrou na něj. S hudebními nástroji pracují i muzikoterapeuti a ti využívají speciálně upravené nástroje.

## 2. Řeč

Pomocí vyprávění, předčítání nebo lze nahrát hlasy blízkých. Nejeefektivnější je, pokud na klienta hovoří jeho rodina, blízcí, přátelé. Doporučuje se vyprávět o tom, co dnes dělali, co je u nich doma nového, co budou dělat zítra a vždy by měli klienta oslovovat tak, jak byli zvyklí.

## 3. Zpěv

Se zpěvem pracují zpravidla muzikoterapeuti. Ale zpívat můžou také příbuzní, především, se zpěv využívá u dětí, kteří byli zvyklí, že jim babička, maminka zpívala. Zpívat může také sám klient, tato forma se často využívá v domovech pro seniory.

Předpoklady pro úspěšnou stimulaci:

- přivítání se a rozloučení se vždy stejnými slovy (i personál, i příbuzní),
- při oslovení použít iniciální dotek,
- hovořit pomalu, jasně, zřetelně,
- hovořit v obvyklé tónině hlasu a hlasitosti,
- nepoužívat zdvořilky,
- nehovořit s více osobami najednou,
- příbuzní by měli hovořit s pacientem v jeho známé a vlastní formě,
- redukovat rušivé zvuky,
- nabízet známé zvuky a zohlednit biografii,
- klienti by měli sedět slyšícím uchem k dění, ne ke dveřím, kdo hůře slyší, je rychleji unaven. [8, 13]

### 2.3.6 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a nejaktivnější tělesná zóna. Slouží k příjmu potravy, ke komunikaci, k vyjádření emocí, k dýchání, někdy i jako pracovní nástroj a k různým

prožitkům. Umožňují nám zjistit jakou mají různé věci chuť, vůni, konzistenci. Člověk vnímá svá ústa jako intimní a osobní zónu.

Při ochraně dutiny ústní je důležitá tvorba slin. Ty mají samočisticí funkci a udržují dutinu ústní vlhkou. Zavřená ústa chrání dutinu ústní před vysycháním a před tvorbou bolestivých ragád. Čím více je vědomí člověka poškozeno, tím více mají klienti ústa otevřená. Sekrece slin se zvyšuje buď na základě nepodmíněného reflexu, kdy se dotkne kousek sousta sliznice v ústech, anebo na základě podmíněného reflexu, kdy sekreci slin vyvolává vůně jídla nebo i pohled na jídlo. Jestliže pacient své sliny nemůže z jakéhokoliv důvodu polykat, sliny odtékají ven z úst a to způsobuje, že organismus ztrácí tekutiny a enzym ptyalin může poškozovat kůži, která je nejprve červená. Pak můžou vznikat eroze, ragády až malé dekubity. Musíme mít také na mysli, že i časté odsávání dutiny ústní může způsobovat malá mikrotraumata a afty.

Cílem orální stimulace je, abychom zprostředkovali klientovi vjemy z jeho úst a stimulovali tak jeho vnímání. Lze ji provádět izolovaně jako hygienu dutiny ústní nebo také jako přípravu na orální přívod stravy.

Klienti, kteří jsou v těžkém zdravotním stavu, ať už psychickém, či somatickém, nejsou schopni si sami provádět hygienu dutiny ústní, jsou odkázáni na cizí pomoc. [8, 13]

#### Zásady orální stimulace:

- vyšetřit dutinu ústní pomocí baterky,
- zjistit jaké hygienické potřeby pacient užíval dříve,
- zjistit zvyklosti a neobvyklosti.

#### Předpoklady pro úspěšnou stimulaci:

- pokud je klient unavený, tuto stimulaci neprovádíme,
- umožníme mu vhodnou polohu, tak aby mohl vnímat své vjemy a prožitky, aby se na ně koncentroval,
- dáváme mu ochutnat, to co mu chutná, co má rád,
- sledujeme reakce klienta,
- přistupujeme k ústům vždy ze strany, abychom nevzbuzovali strach, který pak zvýší svalové napětí,

- použít iniciační dotek a vysvětlit mu, co se s ním bude dít,
- pokud pacienti neotvírají ústa, pak použijeme nejprve iniciační dotek, potom čichovou stimulaci, pak se dotkneme klienta na hlavě a provedeme vestibulární stimulaci, následně somaticky stimulujeme obličej, pak manuálně stimulujeme slinné žlázy, lehce stimulujeme rty a pak už provádíme samotnou orofaciální stimulaci,
- nekombinujeme více než tři různé chutě,
- nikdy nevnikáme do úst násilím.

Orální stimulaci provádíme pomocí tzv. cucacího váčku ( kousek poživatiny, která je klientovi příjemná, která mu chutná, zabalená v mulu), který před vložením do úst smočíme v minerální vodě. Tento cucací váček pak vložíme do úst klienta. Cílem váčků je zvýšení pozornosti, zprostředkování nových vjemů a zkušeností, stimulace jazykových svalů, znovuoobnovení schopnosti řeči, nabídnout jistotu a důvěru, doprovod k umírání a nácvik pevného sousta.

Vlastní příjem potravy má fázi perorální a orální, kdy se snoubí vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační.

#### Pravidla při krmení:

- vhodná pozice, tedy v sedě,
- nespěchat,
- po polknutí chvíli počkat,
- před vložením dalšího sousta, musí být ústa vyprázdněna,
- po jídle umožnit klientovi péči o dutinu ústní,
- pokud to jde, nechat klienta 30 minut v sedě,
- nepřerušujeme kontakt s pacientem. [8, 13]

### **2.3.7 Olfaktorická stimulace**

Vůně i různé pachy jsou pro nás všechny hlavními vyvolavateli vzpomínek. Různé vůně asociují různé vzpomínky. Olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální.



Opět bychom měli zjistit, které vůně jsou klientovi příjemné, protože jinak můžeme vyvolat negativní stimulaci.

Olfaktorické stimuly nenabízíme kontinuálně, jinak si na něj klient zvykne. Při této stimulaci používáme osobní toaletní potřeby klienta, jeho parfém, deodoranty, vůně, které mu připomínají určité věci, práci, koníčky apod. Nevhodné je požívání vonných svíček. Opět pracujeme s biografií klienta a zjišťujeme libé a nelibé. [8, 13]

### **2.3.8 Taktilně-haptická stimulace**

Lidská ruka dokáže rozpoznávat předměty, umožňuje nám neustále během života získávat zkušenosti a ty pak následně uchovávat v paměti. Neklidní klienti, jejichž ruce jsou hyperaktivní mají většinou potřebu identifikovat předmět nebo potřebují taktilně-haptickou stimulaci. Pacienti tahají za močové cévky, drény, stahují deku, rolují povlečení, svlékají se, odepínají si plenkové kalhotky, trhají je na kousíčky, žmoulají v ruce kapesník, vatu, stolic, aj. Bazální stimulace vnímá tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace a insuficience své vlastní aktivity. Klienti se snaží neznámé předměty někam zařadit, ale jelikož je z dřívějšíka neznali (drény, katetry, apod.), vyvolávají u nich pocit strachu, nejistoty, nebezpečí. A právě taktilně-haptická stimulace, za pomoci jim známým předmětům, umožňuje stimulaci smysluplnou. Bývají to předměty z osobního života, ať už z práce nebo z domova (talismany, oblíbené předměty, hračky u dětí, předměty pro výkon povolání, předměty nutné pro provozování koníčků, předměty denního života jako klíče, telefon, aj.), předměty k osobní toaletě, ručníky, apod.

Stimulaci provádíme buď asistovaně, pokud klient není schopen uchopit předmět nebo pacient si svůj předmět probírá v rukou sám. Pokud to jde, kombinujeme s optickou, auditivní i olfaktorickou stimulací. [1, 8]

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA PRÁCE

#### 3.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro výzkumné šetření byli osloveni zdravotničtí pracovníci nelékařských zdravotnických oborů, tedy zdravotní sestry, všeobecní ošetřovatelé u lůžka, zdravotní asistenti, asistentky, fyzioterapeuté a fyzioterapeutky, dále ošetřovatelé a ošetřovatelky, sanitáři a sanitárky a také sociální pracovníci, kteří pracují na daných pracovištích.

#### 3.2 Metoda práce

Pro empirickou část jsme si vybraly metodiku dotazníkového šetření. Dotazník (příloha P IX) byl zcela anonymní a je určen pouze pro výzkumné účely. Dotazník je explorační výzkumná metoda a je relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější metoda sběru dat. Je to měrný prostředek, pomocí kterého zkoumá mínění lidí o jednotlivých jevech. V podstatě je standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, jež jsou založené na nepřímém dotazování respondentů, s použitím předem připravených a formulovaných písemných otázek. Výhodou této metody je rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů a možnost hromadného a počítačového zpracování. Naopak nevýhodou dotazníkové techniky je, že při eventuálním neporozumění nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit. Mezi další nevýhody patří možnost zkreslení dat, protože odpovědi nemusí být pravdivé a také častá nízká návratnost. Ta záleží na způsobu rozesílání dotazníků a také může být nízká návratnost příznakem neaktuálnosti zkoumaných problémů, vysokých nároků, nedostatečnou srozumitelností, apod. Pro úspěšný sběr dat je velice potřebné, aby oslovení respondenti byli ochotní vyplnit dotazník, protože pokud je ochota nízká, o to menší je celková návratnost. S tímto problémem jsme se naštěstí moc nesetkaly.

Použitý dotazník obsahoval 24 položek. Dané položky vedly ke stanovení cílů: vymezit základní pojmy a podstatu bazální stimulace; zjistit, v jaké míře využívají zdravotničtí pracovníci koncept bazální stimulace v praxi; vytvořit stručné materiály pro zdravotnické pracovníky, kteří doposud o bazální stimulaci neslyšeli a koncept nevyužívají, a tak jim poskytnout základní informace o bazální stimulaci; seznámit zdravotnické pracovníky s konceptem bazální stimulace formou semináře a zjistit, zda-li jsou na

jednotlivých pracovištích, kde se bazální stimulace využívá, vhodné podmínky pro její využívání v praxi. Úvod obsahuje představení výzkumníka, oslovení a požádání respondentů o vyplnění dotazníku. V dotazníku je zmíněno i téma šetření a cíl bakalářské práce: zmapování využívání konceptu v praxi a přispění k rozšíření bazální stimulace do praxe. Je zde zdůrazněno, že je anonymní a slouží jen k výzkumným účelům. Na závěr je poděkování a popis návodu k vyplnění.

V dotazníku byly použity otázky uzavřené, kdy respondent měl na výběr z několika možností a měl označit tu správnou, položka č. 1, 2, 6, 12, 13, 14, 15, 17. Pak byly použity otázky polouzavřené, při kterých měl opět označit správnou odpověď z možných nabízených alternativ a navíc mohl doplnit odpověď, položka č. 3, 4, 8, 9, 11, 16, 18, 19, 20, 21, 23. A poslední formou otázek byly otázky otevřené. U těchto odpovědí nebyly nabízeny žádné alternativy a respondent měl možnost vlastního a volného vyjádření, položka č. 5, 7, 10, 22, 24. [1]

### 3.3 Charakteristika položek

Druhy položek v dotazníku:

- úvodní položky: 1, 2,
- uzavřené dichotomické položky: 14, 15,
- uzavřené trichotomické položky: 12, 17,
- uzavřená polytomická položka s úplným výběrem: 6,
- polouzavřené polytomické položky s neúplným výběrem: 3, 4, 20, 23,
- polouzavřené položky: 8, 9, 11, 13, 16, 18, 19, 21,
- filtrační položka: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,
- výčtová položka: 20,
- otevřená položka: 5, 7, 10, 22, 24.

Položka č. 1, 2, 3 zjišťuje všeobecné informace o respondentech, jako je pohlaví, stáří a dosažené vzdělání. Položka č. 4, 5, 6 se zabývá otázkami kde a jak dlouho pracují a jaké je jejich pracovní zařazení. Otázka č. 7 zkoumá, jakým nejčastějším onemocněním trpí klienti, kteří jsou hospitalizováni na daných pracovištích a položka č. 8 se respondentů ptá,

jestli si respondenti myslí, že mohou zkvalitnit péči na jejich odděleních. Položka č. 9, 10 zjišťuje, zda-li zdravotničtí pracovníci mají podvědomí o bazální stimulaci a dokáží stručně vysvětlit, co to je. Položka č. 11, 19 pokládá otázku, jestli podle konceptu respondenti pracují a jestli si myslí, že je koncept přínosem do praxe. Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16 se ptá na podmínky pro využívání konceptu, na spolupráci s jinými zdravotními sestrami, rodinou a zajímá se o podporu konceptu lékaři. Položka č. 17 se zabývá autobiografickou anamnézou. Otázka č. 18, 20 zjišťuje, které druhy stimulací zdravotničtí pracovníci nejvíce využívají a které faktory ovlivňují aplikaci konceptu do praxe. Dotazník se zabývá i názorem respondentů, zda-li zaznamenali změnu v chování při používání bazální stimulace a také jestli jim koncept pomáhá v jejich práci, položka č. 21, 22. Otázka č. 23 zkoumá jakou metodou by se nejraději o bazální stimulaci dozvěděli více a jestli vůbec by se chtěli více dozvědět. Položka č. 24 dává respondentům možnost vyjádřit se k danému tématu, napsat připomínky či návrhy. [1]

### 3.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku, který byl konzultován s vedoucím a dle doporučení byl upraven a následně schválen. V listopadu byla provedena pilotní studie u 7 respondentů a bylo zjištěno, že dotazník nedělá problém nikomu z dotázaných, a proto se dotazník už neupravoval. Dotazníky jsme distribuovaly v období od prosince 2008 do března 2009, a to ve Fakultní nemocnici Olomouc - geriatrické oddělení, v Odborném léčebném ústavu Paseka, dále pak v Rajhradě v Domě léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa, v Odborném léčebném ústavu neurologicko-geriatrické v Moravském Berouně a také ve Zlíně v Domě pokojného stáří. Před samotnou distribucí dotazníků jsme na všech pracovištích žádaly o umožnění dotazníkového šetření (přílohy P IV, V, VI, VII, VIII). Nikde nebyla žádost zamítnuta. Bylo zhotoveno 200 dotazníků, rozdáno 180 a z toho počtu se jich vrátilo 131, což znamená, že návratnost byla 72,8%. Z celkového počtu vrácených dotazníků bylo 12 nevyhodnotitelných a proto bylo k samotnému šetření použito 119 dotazníků. Největší návratnost byla z Rajhradu z Domu léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa, z 30 distribuovaných dotazníků se jich vrátilo 24 (80%), z toho byly 3 špatně vyplněné. Do FN Olomouc - geriatrické oddělení bylo rozdáno 50 dotazníků a vráceno 37 (74%), 1 byl nevyhodnotitelný. V Odborném léčebném ústavě Moravský Beroun jsme jich distribuovaly 30 a návratnost byla 23 dotazníků (76,7%) a z toho byly nevyhodnotitelné 4.

Ve Zlíně v Domě pokojného stáří bylo rozdáno 20 dotazníků a navrátilo se jich 15 (75%), přičemž žádný nebyl nevyhodnotitelný. Nejmenší návratnost byla v Odborném léčebném ústavu Paseka, kde bylo distribuováno 50 dotazníků a navraceno bylo pouze 32 (64%) a 4 byly špatně vyplněné, tudíž jsme je nemohly vyhodnotit.

### **3.5 Zpracování získaných dat**

Data, která jsme získaly z dotazníkového šetření jsme uspořádaly do pracovních tabulek. Sečetly jsme absolutní i relativní četnosti a následně vytvořily sumární tabulky četnosti, které mají hlavičku i legendu. Z tabulek jsme pomocí Microsoft Excel vytvořily výsečové grafy, které zobrazují relativní četnosti. Absolutní četnost je počet statistických jednotek, udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou otázku stejně. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a informuje nás o tom, kolik procent z celkového počtu připadá na danou dílčí hodnotu. Potvrzení hypotéz bylo uskutečněno pomocí testu dobré shody. [1]

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Cíle a hypotézy

**Cíl č. 1:** Popsat historii a vývoj bazální stimulace.

**Cíl č. 2:** Vymežit základní pojmy a podstatu bazální stimulace.

**Cíl č. 3:** Zjistit, v jaké míře využívají zdravotničtí pracovníci koncept bazální stimulace v praxi u geriatrických pacientů.

**H0:** Většina zdravotnických pracovníků nevyužívá koncept bazální stimulace v praxi.

**HA:** Většina zdravotnických pracovníků využívá v praxi koncept bazální stimulace.

**Cíl č. 4:** Seznámit zdravotnické pracovníky s konceptem bazální stimulace formou semináře.

**H0:** Většina zdravotnických pracovníků by se nechtěli o bazální stimulaci dozvědět více.

**HA:** Většina zdravotnických pracovníků by se chtěli o bazální stimulaci dozvědět více.

**Cíl č. 5:** Zjistit, zda-li jsou na jednotlivých pracovištích, kde se bazální stimulace využívá, vhodné podmínky pro její využívání v praxi.

**H0:** Většina zdravotnických pracovníků si myslí, že na jejich oddělení nejsou vhodné podmínky pro využívání bazální stimulace v praxi.

**HA:** Většina zdravotnických pracovníků si myslí, že na jejich oddělení jsou vhodné podmínky pro využívání bazální stimulace v praxi.

**Cíl č. 6:** Vytvořit stručné materiály pro zdravotnické pracovníky, kteří doposud neslyšeli o pojmu bazální stimulace a koncept nevyužívají, a tak jim poskytnout základní informace o bazální stimulaci.

**H0:** Více jak polovina zdravotnických pracovníků neslyšeli o pojmu bazální stimulaci.

**HA:** Více jak polovina zdravotnických pracovníků slyšeli o pojmu bazální stimulace.

## 4.2 Faktografická data

Výzkumného šetření se zúčastnilo 131 respondentů, ale protože 12 respondentů vyplnilo dotazník nedostatečně, na samotné šetření bylo použito 119 dotazníků. Z tohoto počtu byla skoro naprostá většina žen, tedy 95%. Nejčastější rozmezí věku bylo od 36 let do 45 let. Z valné většiny bylo jejich nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, přesněji 61,3% respondentů vystudovalo střední zdravotnickou školu. Z celkového počtu respondentů jich pracovalo 56,3% jako všeobecná sestra nebo všeobecný ošetřovatel u lůžka. A protože nejvíce dotazníků bylo rozdáno do FN Olomouc, tak 30,3% respondentů, tedy nejvíce, pracovalo právě v tomto zařízení.

## 4.3 Jednotlivé výsledky šetření

Cíl č. 1 má za úkol popsat historii a vývoj bazální stimulace. Tento cíl je teoretický a proto se k němu nevztahuje žádná položka v dotazníku

Cíl č. 2 vymezuje základní pojmy a podstatu bazální stimulace. V dotazníku položka č. 10 zjišťuje, zda-li zdravotničtí pracovníci dokáží vysvětlit a stručně popsat co to bazální stimulace je, tím zjistíme, jestli respondenti mají vědomosti o konceptu a znají podstatu. Tento cíl je splněn v teoretické části.

Cíl č. 3 má za úkol zjistit, kolik zdravotníků využívá koncept v praxi a v dotazníku je to položka č. 11. Zároveň se tato položka dotazuje na to, kolik let s tímto konceptem pracují. Pokud s bazální stimulací nepracují, dotazujeme se na to, z jakého důvodu, proč podle konceptu nepracují. Zde mají respondenti napsat svůj náhled na věc.



Cíl č. 4 má za úkol seznámit zdravotnické pracovníky s konceptem bazální stimulace formou semináře. K tomuto cíli se vztahuje položka č. 23, která se ptá, zda-li by se respondenti rádi dozvěděli více o bazální stimulaci a zároveň jakou metodou.

Cíl č. 5 zjišťuje, jestli jsou na pracovištích, kde se koncept využívá, vhodné podmínky pro aplikaci do praxe. Tento cíl zahrnuje v dotazníku položku č. 12.

Dalším našim cílem č. 6 je vytvořit stručné materiály pro zdravotnické pracovníky, kteří doposud o pojmu bazální stimulace neslyšeli a koncept nevyužívají. Cíl zahrnuje položku č. 9 a zaměřuje se na to, zda-li respondenti už někdy o bazální stimulaci slyšeli a pokud ano, tak odkud, zdroj. Zároveň se tento cíl týká opět položky č. 11, která zjišťuje, kolik zdravotníků tento koncept využívá v praxi.

#### 4.4 Zpracování jednotlivých dotazníkových položek

##### Otázka č. 1:

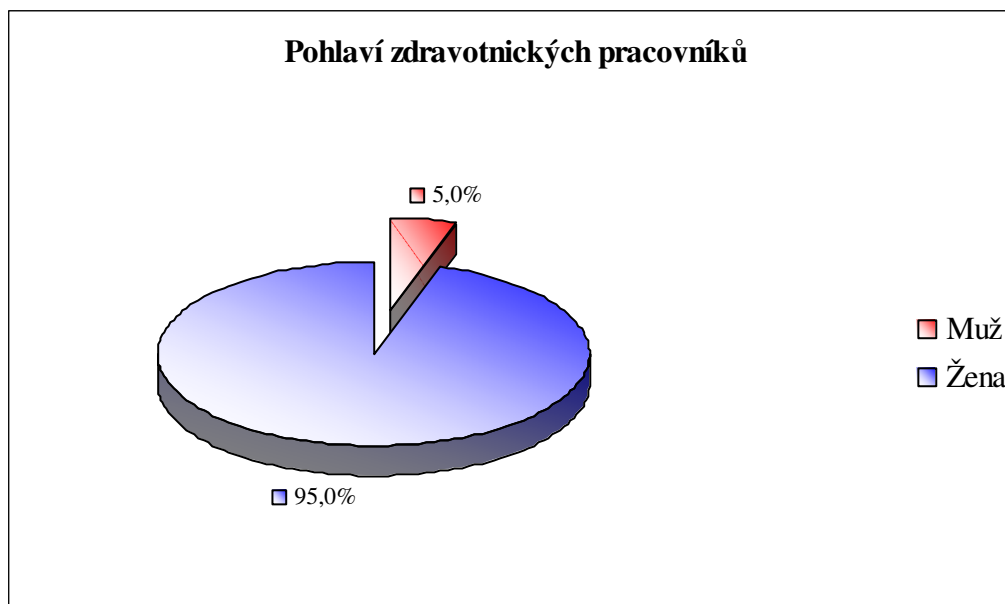
Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

**Tabulka č. 1: Pohlaví zdravotnických pracovníků**

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	6	5,0%
Žena	113	95,0%
Celkem	119	100%

**Graf č. 1: Pohlaví zdravotnických pracovníků**



Z grafu č. 1 vyplývá, že 113 (95%) zdravotnických pracovníků jsou ženy a zbylých 6 (5%) tvoří muži.

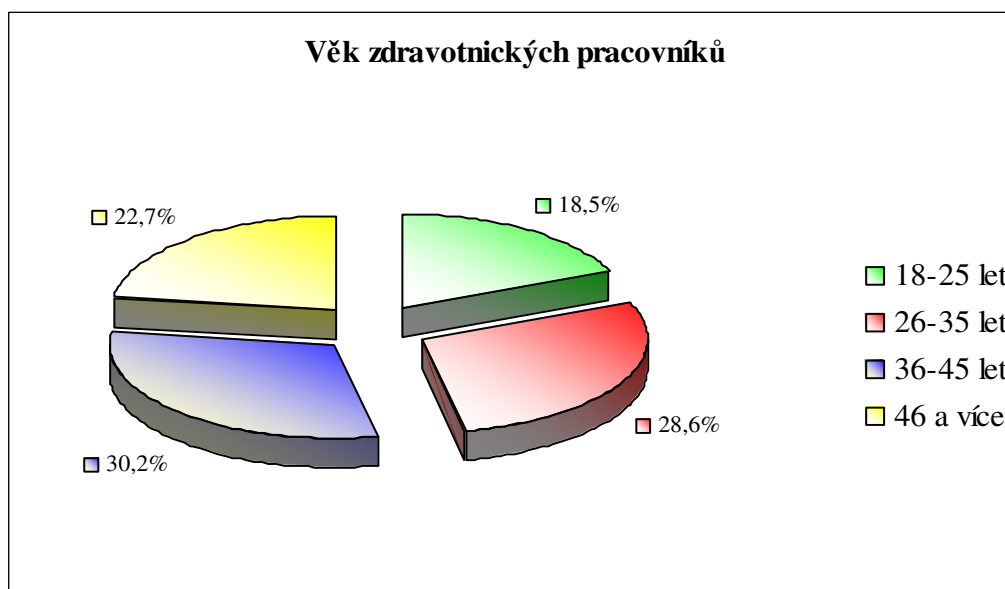
**Otázka č. 2:**

Kolik je Vám let?

- a) 18 - 25 let
- b) 26 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) 46 let a více

**Tabulka č. 2: Věk zdravotnických pracovníků**

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25 let	22	18,5%
26-35 let	34	28,6%
36-45 let	36	30,2%
46 a více	27	22,7%
Celkem	119	100%

**Graf č. 2: Věk zdravotnických pracovníků**

Graf č. 2 vyjadřuje věk zdravotnických pracovníků. Nejvíce se jich zařadilo do kategorie 36-45 let, což znamená 36 (30,3%) zdravotníků. Do kategorie 26-35 let se zařadilo 34 (28,6%) respondentů. Dalších 27 (22,7%) dotazovaných je v kategorii 46 let a více. A nejmenší skupinou 22 (18,5%) respondentů je v kategorii 18-25 let.

**Otázka č. 3:**

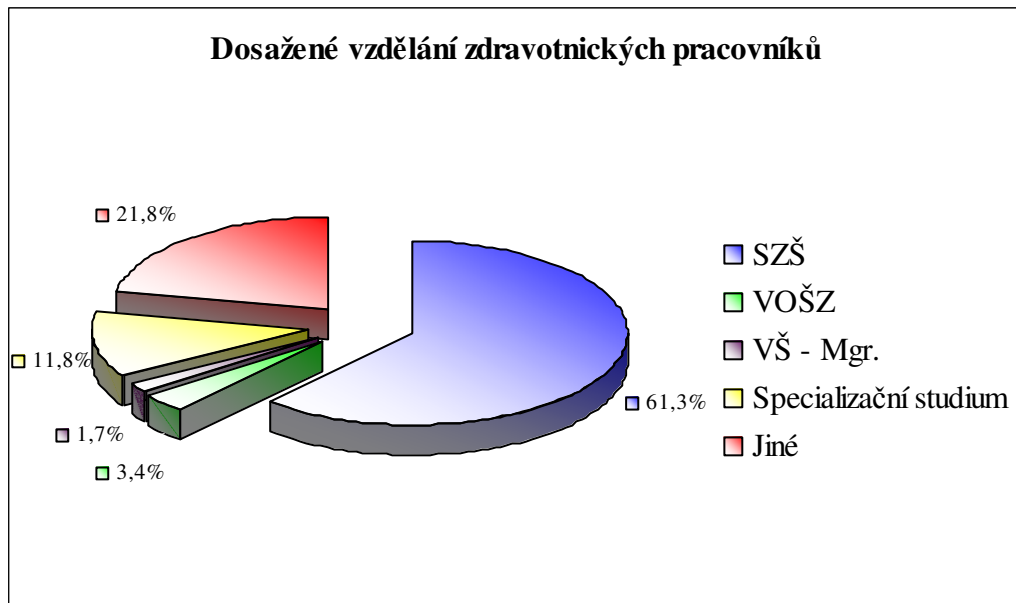
Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠZ
- c) VŠ - Bc.
- d) VŠ - Mgr.
- e) specializační studium, jaké?
- f) jiné, jaké?

**Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků**

<b>Dosažené vzdělání zdravotnických Pracovníků</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní Četnost</b>
SZŠ	73	61,3%
VOŠZ	4	3,4%
VŠ - Bc.	0	0,0%
VŠ - Mgr.	2	1,7%
Specializační studium	14	11,8%
Jiné	26	21,8%
<b>Celkem</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Graf č. 3: Dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků



Z celkového počtu 119 má 73 (61,3%) respondentů středoškolské vzdělání. Jiné vzdělání, které se netýká zdravotnictví vystudovalo 26 (21,8%) respondentů, pracují jako sanitář/ka. Specializační vzdělání absolvovalo 14 (11,8%) zdravotnických pracovníků, a to v oborech onkologie, ošetrovatelská péče pro dospělé nebo geriatric. Další 4 (3,4%) respondenti absolvovali vyšší odbornou školu zdravotnickou a 2 dostudovali magisterské studium v oblasti zdravotnictví. Nikdo z dotazovaných nebyl bakalář.

**Otázka č. 4:**

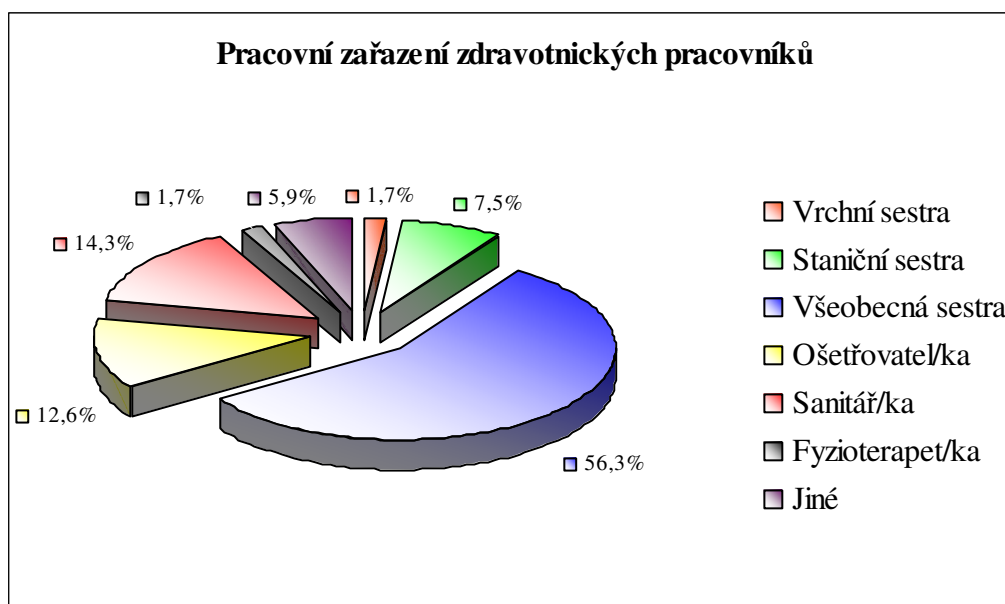
Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel u lůžka
- d) zdravotnický asistent
- e) ošetřovatel/ka
- f) sanitář/ka
- g) fyzioterapeut/ka
- h) jiné (prosím uveďte)

**Tabulka č. 4: Pracovní zařazení zdravotnických pracovníků**

<b>Pracovní zařazení zdravotnických pracovníků</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Vrchní sestra	2	1,7%
Staniční sestra	9	7,5%
Všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel u lůžka	67	56,3%
Zdravotnický asistent	0	0%
Ošetřovatel/ka	15	12,6%
Sanitář/ka	17	14,3%
Fyzioterapeut/ka	2	1,7%
Jiné	7	5,9%
<b>Celkem</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Graf č. 4: Pracovní zařazení zdravotnických pracovníků



Z grafu č. 4 je zřejmé, že většina, tedy 67 (56,3%) zdravotnických pracovníků pracuje jako všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel u lůžka, dalších 17 (14,3%) jich pracuje jako sanitář/ka. O něco menší je skupina 15-ti (12,6%) ošetřovatelů, ošetřovatelek. Ve funkci staniční je 9 (7,6%) dotazovaných a ve funkci vrchní jsou 2 (1,7%) zdravotničtí pracovníci. V jiném pracovním zařazení je 7 respondentů (14,3%), nejčastěji pracují jako asistentka sociální péče, pak jako zdravotní sestra v sociálních službách a vedoucí pracovník v sociálních službách. Jako fyzioterapeut/ka pracují 2 dotazovaní (1,7%) a jako zdravotnický asistent nepracuje nikdo z respondentů.

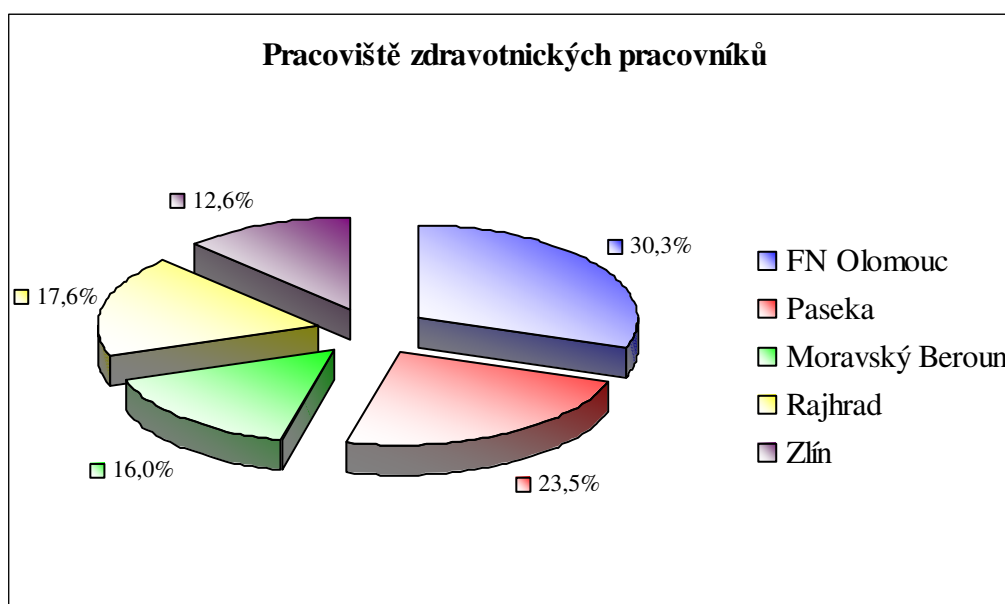
**Otázka č. 5:**

V jakém zařízení pracujete?

Prosím napište.

**Tabulka č. 5: Pracoviště respondentů**

Pracoviště respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oddělení geriatricie, FN Olomouc	36	30,3%
Odborný léčebný ústav, Paseka	28	23,5%
Odborný léčebný ústav neurologicko- geriatrický, Moravský Beroun	19	16,0%
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad	21	17,6%
Dům pokojného stáří, Zlín	15	12,6%
Celkem	119	100%

**Graf č. 5: Pracoviště zdravotnických pracovníků**



Dotazníky jsme rozdávaly na 5-ti různých pracovištích. V kraji Olomouc, Zlín a Brno, přičemž nejvíce dotazovaných bylo z Olomouckého kraje Nejvíce respondentů, tedy 36 (30,3%) je z Fakultní nemocnice Olomouc, geriatrické oddělení, dalších 28 (23,5%) jich pracuje v Odborném léčebném ústavu Paseka. V Domě léčby bolesti sv. Josefa v Rajhradě pracuje 21 (17,6%) respondentů a zbylých 19 (16%) oslovených pracuje v Odborném léčebném ústavu neurologicko-geriatrickém v Moravském Berouně. Nejméně respondentů, 15 (12,6%), jich pracuje v Domě pokojného stáří Zlín.

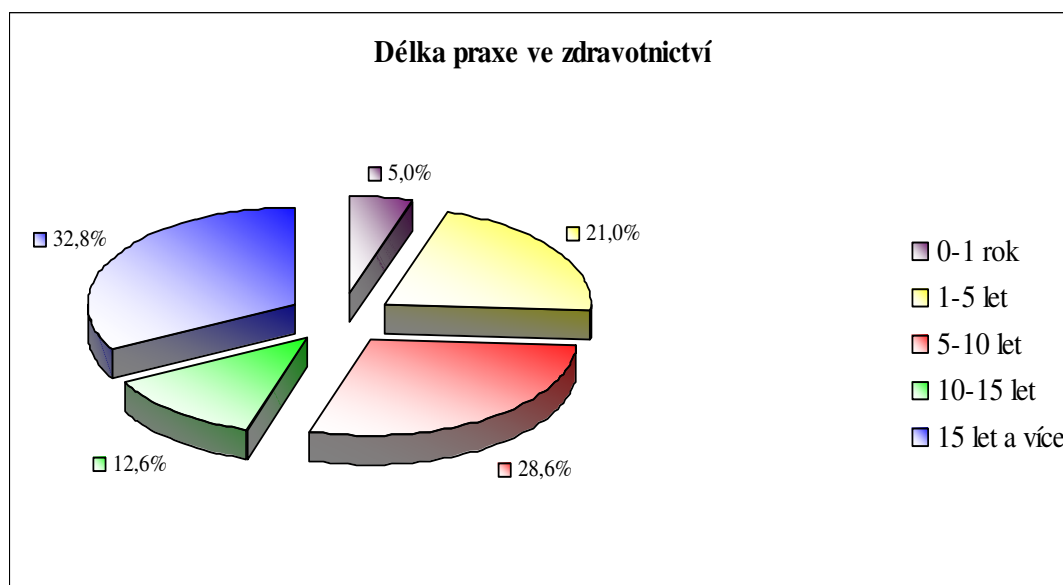
**Otázka č. 6:**

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 - 1 let
- b) 1 - 5 let
- c) 5 - 10 let
- d) 10 - 15 let
- e) 15 let a více

**Tabulka č. 6: Délka praxe ve zdravotnictví**

Délka praxe ve zdravotnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-1 let	6	5,0%
1-5 let	25	21,0%
5-10 let	34	28,6%
10-15 let	15	12,6%
15 let a více	39	32,8%
Celkem	119	100%

**Graf č. 6: Délka praxe ve zdravotnictví**

Graf č. 6 se zabývá délkou praxe ve zdravotnictví. Z tohoto grafu vyplývá, že i vzhledem k věku respondentů, jsou největší skupinou zdravotníci, kteří pracují 15 let a více, tedy 39 (32,8%) respondentů. dalších 34 (28,6%) zdravotníků pracuje 5-10 let. Do kategorie 1-5 let praxe se zařadilo 25 (21,0%) zdravotníků a 15 (12,6%) respondentů pracuje 10-15 let. Zbýlých 6 zdravotníků (5,0%) pracuje 0-1 rok.

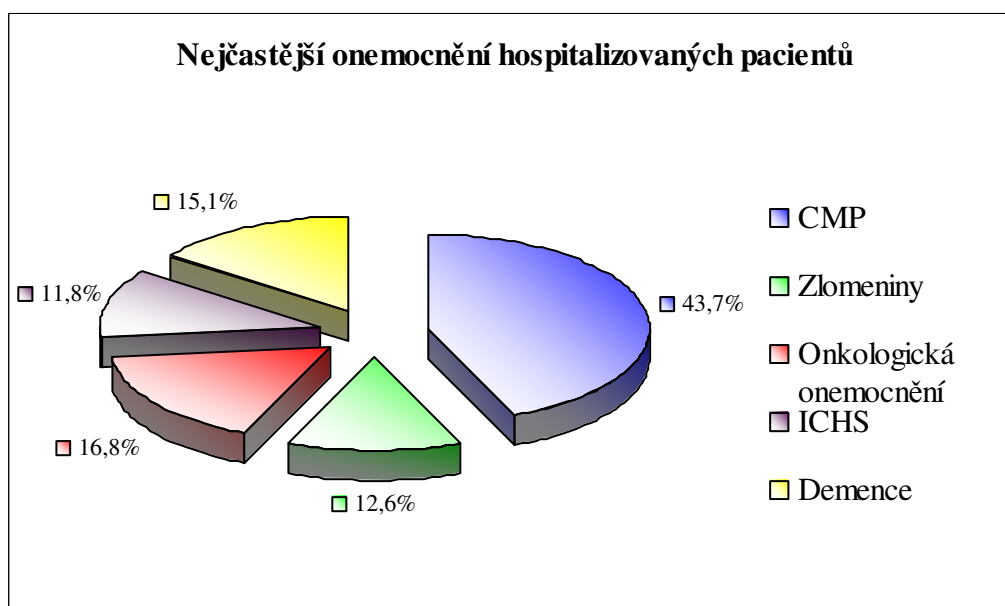
## Otázka č. 7:

Jakým nejčastějším onemocněním trpí Vaši pacienti? Prosím napište.

**Tabulka č. 7: Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů**

Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cévní mozková příhoda	52	43,7%
Zlomeniny	15	12,6%
Onkologická onemocnění	20	16,8%
Ischemická choroba srdeční	14	11,8%
Demence	18	15,1%
Celkem	119	100%

**Graf č. 7: Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů**



Graf č. 7 znázorňuje nejčastější onemocnění, která se vyskytují u hospitalizovaných klientů. Největší zastoupení mělo onemocnění CMP, 52 (43,7%) respondentů napsalo právě toto onemocnění. Dalších 20 (16,8%) respondentů odpovědělo, že nejčastěji trpí pacienti onkologickým onemocněním. Někteří respondenti, 18 (15,1%), odpověděli, že pacienti trpí různými typy demence, o něco méně, 15 (12,6%), jich napsalo, že klienti jsou u nich hospitalizováni se zlomeninami a posledních 14 (11,8%) respondentů odpovědělo, že nejčastěji mají klienti hlavní diagnózu ICHS.

**Otázka č. 8:**

Myslíte si, že můžete zkvalitnit péči na Vašem oddělení?

a) ano

Pokud ano, napište prosím jak?

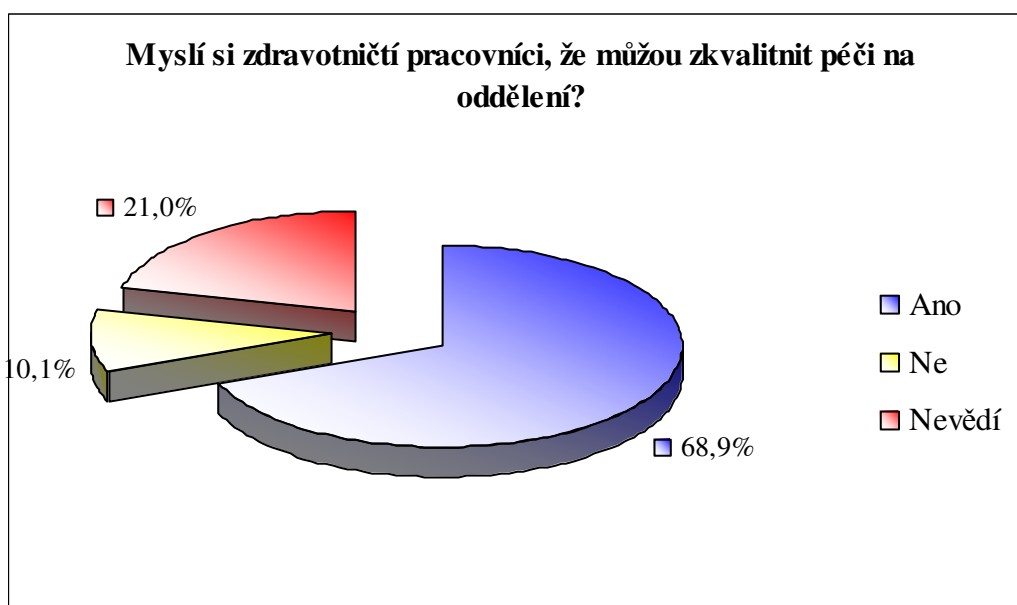
b) ne

c) nevím

**Tabulka č. 8: Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že můžou zkvalitnit péči na oddělení?**

Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že můžou zkvalitnit péči na oddělení?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	82	68,9%
Ne	12	10,1%
Nevědí	25	21,0%
Celkem	119	100%

**Graf č. 8: Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že můžou zkvalitnit péči na oddělení?**



Z našeho průzkumu vyplývá, že 82 (68,9%) zdravotnických pracovníků si myslí, že můžou zkvalitnit péči na svém oddělení. Nejčastější odpovědi se týkali více personálu, více času na pacienty. Chtěli by také, aby se zaváděly nové terapie, aby se zkvalitnila celková péče o pacienty. Respondenti si totiž myslí, že staré a senilní lidi nikoho nezajímají. Jiní

zdravotničtí pracovníci by požadovali modernější vybavení, školení personálu (odborné kurzy kinesteticky, bazální stimulace, apod.), více personálu, což souvisí s tím, že by bylo více času na pacienty a komunikaci s nimi. Někteří respondenti by byli rádi, kdyby se zlepšila rehabilitace, kdyby bylo více pomůcek, dále aby se k pacientům přistupovalo holisticky a aby byl pacient na prvním místě. Jeden z dotazovaných dokonce napsal: „Bez komentáře!!“ Dalších 12 (10,1%) respondentů si naopak myslí, že na jejich oddělení už nejde žádným způsobem zkvalitnit péče a zbylých 25 (21%) dotazovaných neví.

**Otázka č. 9:**

Slyšel/a jste někdy o bazální stimulaci?

a) ano

Pokud ano, napište prosím zdroj?

b) ne

**Tabulka č. 9: Slyšeli zdravotničtí pracovníci někdy o bazální stimulaci?**

Slyšeli zdravotničtí pracovníci někdy o bazální stimulaci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	106	89,1%
Ne	13	10,9%
Celkem	119	100%

*H<sub>0</sub>: Více jak polovina zdravotnických pracovníků neslyšeli o pojmu bazální stimulaci.*

H <sub>0</sub>	H <sub>A</sub>	T	Obor přijetí H <sub>0</sub>
$P = P_0$  $P_0 = 50\% (0,5)$	$P > P_0$	$t = \frac{x/n - P_0}{\sqrt{\frac{P_0 * (1 - P_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

P = parametr, účinná procenta, zde 50%

x = počet zdravotnických pracovníků, kteří o bazální stimulaci neslyšeli

n = celkový počet všech zdravotnických pracovníků

$\alpha$  = hladina významnosti = 0,05

t = testové kritérium

$$t = \frac{13/119 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * (1-0,5)}{119}}} = 8,53$$

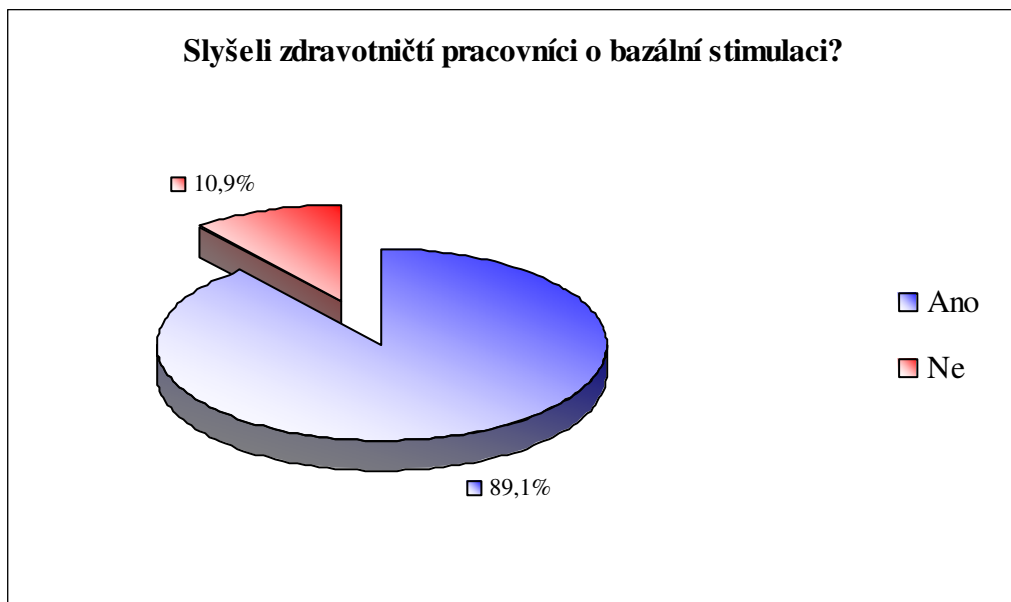
$I_\alpha$  = obor přijetí testového kritéria =  $\langle -\infty; 1,645 \rangle$

$t \notin I_\alpha$  hodnota testové kritéria nepatří do oboru přijetí  $H_0$

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítáme  $H_0$  a přijímáme  $H_A$ , statistického testu parametru  $p$  binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že většina zdravotnických pracovníků o bazální stimulaci slyšeli.

*Tvrzení, že více jak polovina zdravotnických pracovníků neslyšelo o bazální stimulaci, se zamítá.*

**Graf č. 9: Slyšeli zdravotničtí pracovníci někdy o bazální stimulaci?**



Průzkum nám říká, kolik zdravotnických pracovníků už slyšelo o bazální stimulaci. Skoro naprostá většina, tedy 106 (89,1%) zdravotníků, tvrdí, že už někdy o bazální stimulaci slyšelo. Jako nejčastější zdroje uváděli kurz, seminář, od spolupracovníků, od vedení. Dále pak z časopisů, internetu, z knih, z televize a také ze školy. Zbýlých 13 (10,9%) respondentů se nikdy s tímto pojmem nesetkali.

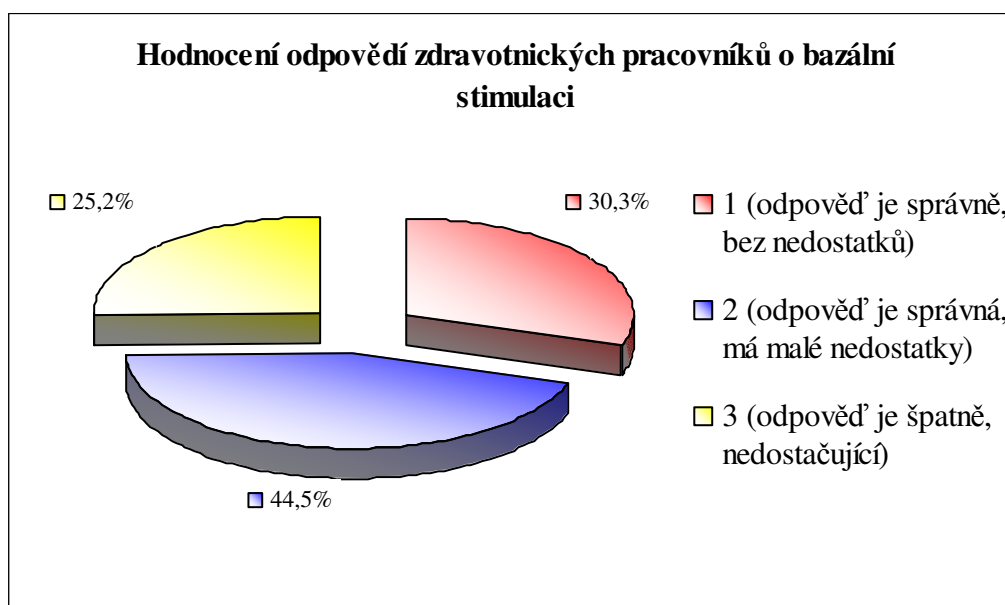


**Otázka č. 10:**

Pokuste se prosím stručně popsat, co je podle Vás bazální stimulace.

**Tabulka č. 10: Hodnocení odpovědí o bazální stimulaci**

Hodnocení odpovědí o bazální stimulaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (odpověď je správně, bez nedostatků)	36	30,3%
2 (odpověď je správná, má malé nedostatky)	53	44,5%
3 (odpověď je špatně, nedostačující)	30	25,2%
Celkem	119	100%

**Graf č. 10: Hodnocení odpovědí zdravotnických pracovníků**

Graf č. 10 znázorňuje pomocí známek, přičemž 1 je nejlepší hodnocení (respondenti odpovídali bezchybně), 2 je průměrné hodnocení, (respondenti odpovídali správně, ale ne úplně, s malými chybami) a 3 nevyhovující (respondenti odpovídali špatně, neměli ponětí o tom, co to bazální stimulace je) Průměrná známka je po zaokrouhlení 2, ta se shoduje i s nejčastějšími odpověďmi, kdy 53 (44,5%) respondentů odpovědělo na dvojku, dalších 36 (30,3%) respondentů odpovědělo na známku jedničku a zbylých 30 (25,2%) dotazovaných vůbec nevěděli, co to pojem bazální stimulace znamená, měli tedy známku trojku.

**Otázka č. 11:**

Pracujete podle tohoto konceptu?

a) ano

Pokud ano, napište prosím jak dlouho?

b) ne

Pokud ne, napište prosím proč?

**Tabulka č. 11: Pracují zdravotničtí pracovníci podle konceptu?**

Pracují zdravotničtí pracovníci podle konceptu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	47,9%
Ne	62	52,1%
Celkem	119	100%

*3H0: Většina zdravotnických pracovníků nevyužívá koncept bazální stimulace v praxi.*

$H_0$	$H_A$	T	Obor přijetí $H_0$
$P=P_0$  $P_0=50\% (0,5)$	$P > P_0$	$t = \frac{x/n - P_0}{\sqrt{\frac{P_0 * (1 - P_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

$P$  = parametr, účinná procenta, zde 50%

$x$  = počet zdravotnických pracovníků, kteří koncept v praxi využívají

$n$  = celkový počet všech zdravotnických pracovníků

$\alpha$  = hladina významnosti = 0,05

$t$  = testové kritérium

$$t = \frac{57/119 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * (1-0,5)}{119}}} = 0,46$$

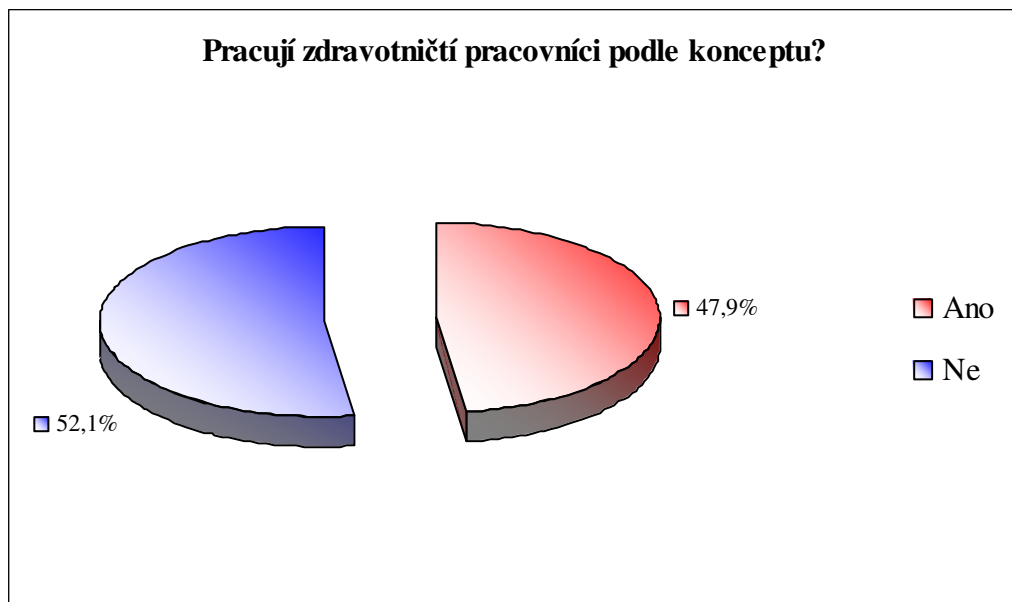
$I_\alpha$  = obor přijetí testového kritéria =  $\langle -\infty; 1,645 \rangle$

$t \in I_\alpha$  hodnota testové kritérium patří do oboru přijetí  $H_0$

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítáme  $H_A$  přijímáme  $H_0$ , statistického testu parametru  $p$  binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina zdravotnických pracovníků nevyužívá koncept bazální stimulace v praxi.

*Tvrzení, že více než polovina zdravotnických pracovníků nevyužívá v praxi koncept bazální stimulace, se přijímá.*

**Graf č. 11: Pracují zdravotničtí pracovníci podle konceptu?**



Graf č. 11 se zabývá otázkou, zda-li zdravotničtí pracovníci podle konceptu bazální stimulace pracují. Výsledky jsou nepatrně odlišné, 62 (52,1%) zdravotníků podle tohoto konceptu vůbec nepracují a zbylých 57 (47,9%) respondentů podle bazální stimulace pracují.

**Otázka č. 12:**

Jsou na Vašem oddělení vhodné podmínky pro užívání konceptu?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**Tabulka č. 12: Mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu?**

Mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	56,1%
Ne	9	15,8%
Nedokážu posoudit	16	28,1%
Celkem	57	100%

*5H0: Většina zdravotnických pracovníků si myslí, že na jejich oddělení nejsou vhodné podmínky pro využívání bazální stimulace v praxi.*

$H_0$	$H_A$	T	Obor přijetí $H_0$
$P = P_0$  $P_0 = 50\% (0,5)$	$P > P_0$	$t = \frac{x/n - P_0}{\sqrt{\frac{P_0 * (1 - P_0)}{n}}}$	$t < t_{1-\alpha}$

$P$  = parametr, účinná procenta, zde 50%

$x$  = počet zdravotnických pracovníků, kteří si myslí, že mají vhodné podmínky pro využívání konceptu

$n$  = celkový počet všech zdravotnických pracovníků, kteří odpověděli ano/ne

$\alpha$  = hladina významnosti = 0,05

$t$  = testové kritérium

$$t = \frac{32/41 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * (1-0,5)}{41}}} = 3,59$$

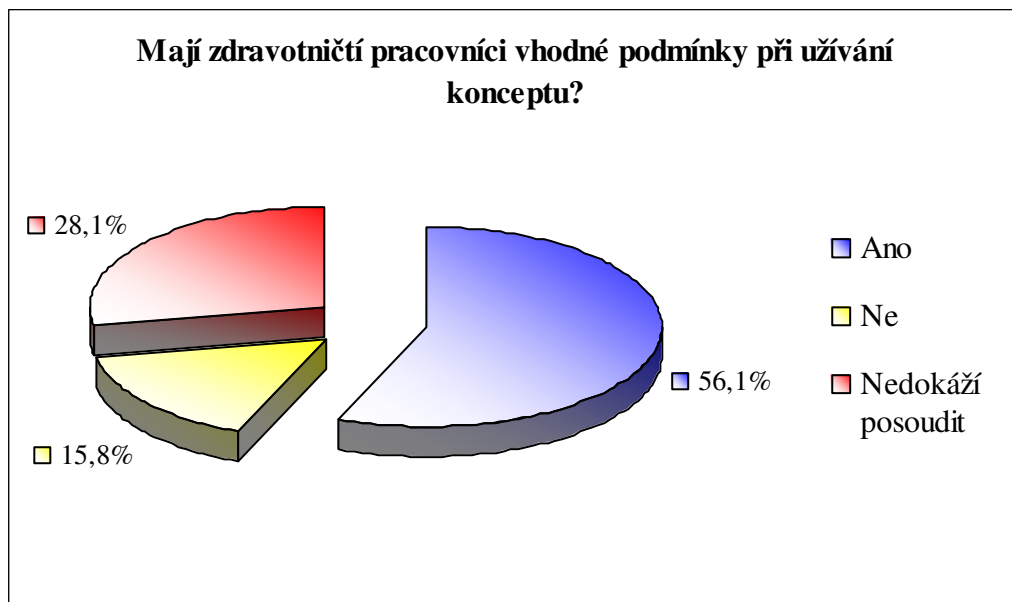
$I_\alpha$  = obor přijetí testového kritéria =  $\langle -\infty; 1,645 \rangle$

$t \notin I_\alpha$  testové kritérium nepatří do oboru přijetí  $H_0$

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítáme  $H_0$  a přijímáme  $H_A$ , statistického testu parametru  $p$  binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že většina zdravotnických pracovníků si myslí, že mají vhodné podmínky pro využívání bazální stimulace v praxi.

*Tvrzení, že více než polovina zdravotnických pracovníků nemají vhodné podmínky pro využívání bazální stimulace, se zamítá.*

**Graf č. 12: Mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu?**



Z průzkumu vyplývá, že 32 (56,1%) zdravotníků si myslí, že na jejich oddělení jsou vhodné podmínky při využívání konceptu. Dalších 16 (28,1%) respondentů nedokáže posoudit, zda-li jsou na jejich oddělení vhodné podmínky a zbylých 9 (15,8%) pracovníků si myslí, že za vhodných podmínek nepracují.

**Otázka č. 13:**

Při využívání konceptu spolupracujete s jinými zdravotnickými pracovníky?

a) ano

Pokud ano, kolik sester na oddělení koncept využívá? Prosím napište

b) ne

**Tabulka č. 13: Spolupracují s jinými zdravotníky?**

Spolupracují s jinými zdravotníky?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	100,0%
Ne	0	0,0%
Celkem	57	100%

**Graf č. 13: Spolupracují s ostatními zdravotníky?**



Graf č. 13 znázorňuje, jestli zdravotničtí pracovníci spolupracují i s ostatními zdravotníky. Je jednoznačně jasné, že všichni oslovení respondenti, 57 (100%), kteří využívají bazální stimulaci v praxi spolupracují s ostatními zdravotníky. Na odpověď kolik sester na oddělení koncept využívá, odpověděli respondenti různě, záleželo to na celkovém počtu zaměstnanců, které dané oddělení zaměstnává. V Pasece to je 20 zdravotních sester, v Moravském Berouně jich spolupracuje jen 6, protože ostatní pracovníci čekají na letošní certifikovaný kurz pod vedením lektora, ale jinak koncept využívají. A v Rajhradě spolupracuje 14 sester a zbytek jsou nižší zdravotničtí pracovníci.

**Otázka č. 14:**

Podporují koncept lékaři?

a) ano

b) ne

**Tabulka č. 14: Podporují koncept lékaři?**

Podporují koncept lékaři?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	57	100,0%
Ne	0	0,0%
Celkem	57	100%

**Graf č. 14: Podporují koncept lékaři?**

Z průzkumu jednoznačně vyplývá, že bazální stimulaci podporují i lékaři. Odpovědělo tak 57 (100%) respondentů.

**Otázka č. 15:**

Informujete rodinu o možnosti využití bazální stimulace?

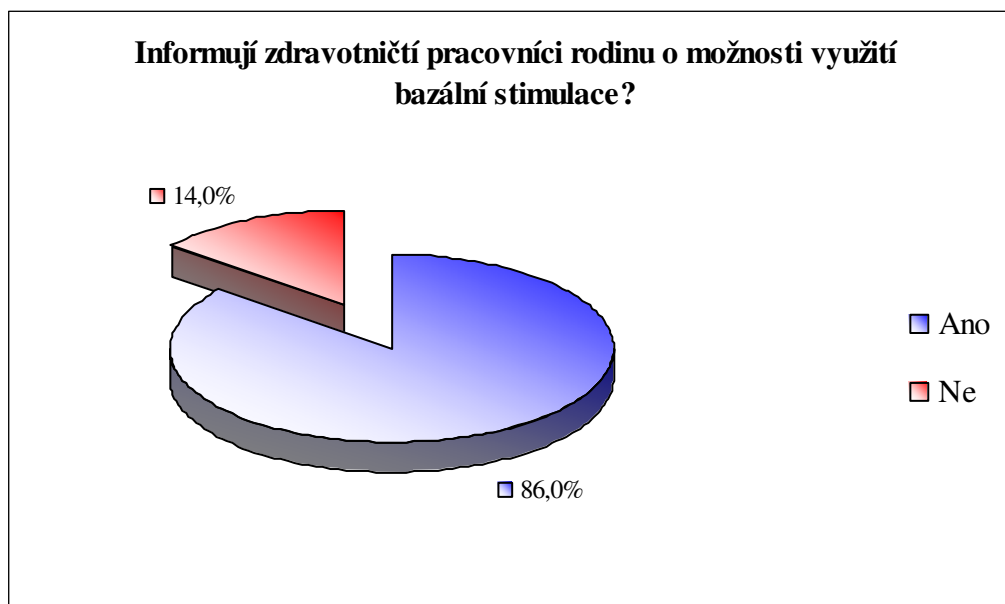
a) ano

b) ne

**Tabulka č. 15: Informují zdravotničtí pracovníci rodinu o možnosti využití bazální stimulace?**

Informují zdravotničtí pracovníci rodinu o možnosti využití bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86,0%
Ne	8	14,0%
Celkem	57	100%

**Graf č. 15: Informují zdravotničtí pracovníci rodinu o možnosti využití bazální stimulace?**



Z grafu č. 15 je patrné, že většina, tedy 49 (86%) oslovených informují rodinu o možnosti využití bazální stimulace. Zbylých 8 (14%) respondentů rodinu neinformují vůbec.



**Otázka č. 16:**

Spolupracujete s rodinou?

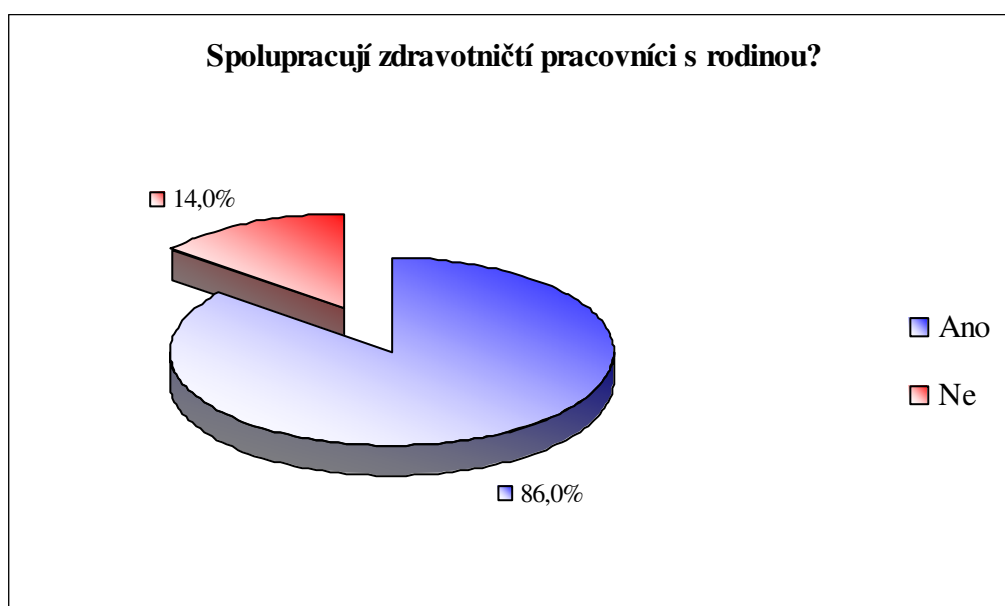
a) ano

Pokud ano, jak rodina reaguje, mají zájem se zapojit? Prosím napište.

b) ne

**Tabulka č. 16: Spolupracují zdravotničtí pracovníci s rodinou?**

Spolupracují zdravotničtí pracovníci s rodinou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86,0%
Ne	8	14,0%
Celkem	57	100%

**Graf č. 16: Spolupracují zdravotničtí pracovníci s rodinou?**

Graf č. 16 navazuje na předešlý graf, proto jsou výsledky totožné. Opět 49 (86%) zdravotníků spolupracuje s rodinou a 8 (14%) jich s rodinou nespolupracuje. Ti kteří s rodnou spolupracují odpovídají, že rodina má zájem, jsou ochotní, zapojují se, mají pozitivní přístup, nosí pomůcky, potřeby. Druhá menšina říká, že to nelze tak zcela stoprocentně určit, protože každá rodina je jiná a ne všichni tomu věří, ale tvrdí, že naštěstí se většinou setkávají s pozitivním přístupem.

**Otázka č. 17:**

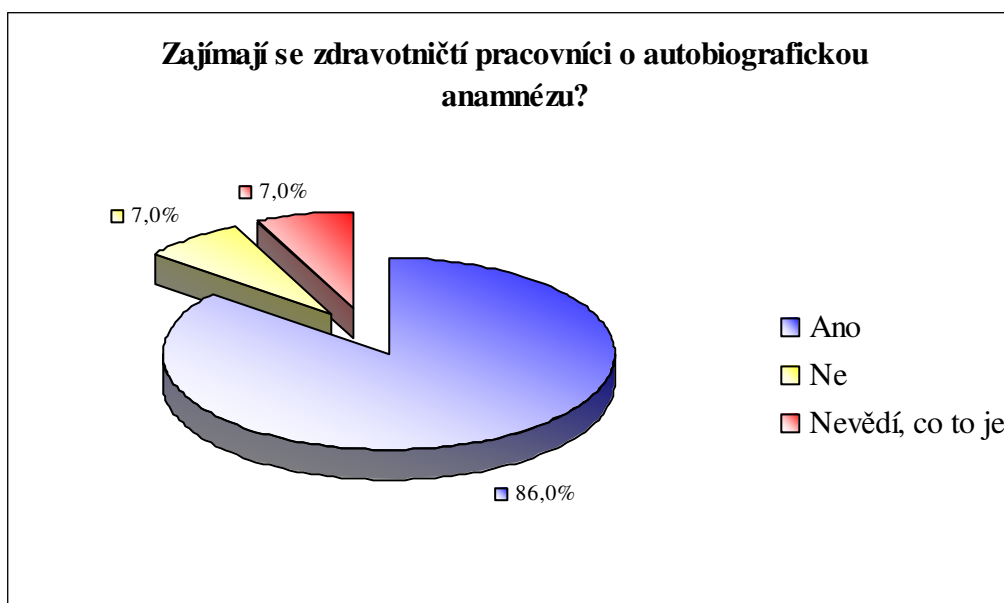
Zajímáte se o autobiografickou anamnézu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, co to je

**Tabulka č. 17: Zajímají se zdravotničtí pracovníci o autobiografickou anamnézu?**

Zajímají se zdravotničtí pracovníci o autobiografickou anamnézu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86%
Ne	4	7%
Nevědí, co to je	4	7%
Celkem	57	100%

**Graf č. 17: Zajímají se zdravotničtí pracovníci a autobiografickou anamnézu?**



Z průzkumu vyplývá, že 49 (86%) zdravotnických pracovníků se zajímá o autobiografickou anamnézu. Dále 4 (7%) respondenti se o autobiografickou anamnézu nezajímají vůbec a další 4 (7%) respondentů neví, co to autobiografická anamnéza je.

**Otázka č. 18:**

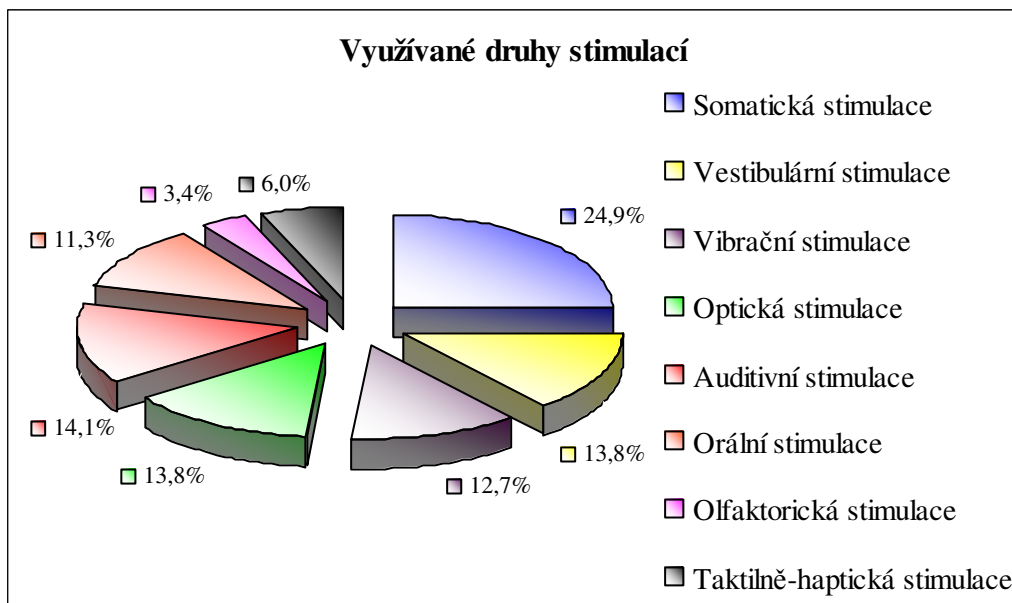
Jaké druhy stimulací nejvíce využíváte? Označte prosím čísla 8-1 dle pořadí. (8 = nejvíce, 1 = nejméně)

- a) somatická stimulace
- b) vestibulární stimulace
- c) vibrační stimulace
- d) optická stimulace
- e) auditivní stimulace
- f) orální stimulace
- g) olfaktorická stimulace
- h) taktilně-haptická stimulace

**Tabulka č. 18: Využívané druhy stimulací**

Využívané druhy stimulací	Absolutní četnost (součet pořadí)	Relativní četnost
Somatická stimulace	411	24,9%
Vestibulární stimulace	228	13,8%
Vibrační stimulace	209	12,7%
Optická stimulace	227	13,8%
Auditivní stimulace	232	14,1%
Orální stimulace	187	11,3%
Olfaktorická stimulace	56	3,4%
Taktilně-haptická stimulace	99	6,0%
Celkem	1649	100%

Graf č. 18: Využívané druhy stimulací



Graf č. 18 nám znázorňuje, které stimulace se využívají a v jakém procentuálním zastoupení. Respondenti označovali číslicemi od 1-8, přičemž číslicí 8 označovali nejvíce využívanou stimulaci. Druh stimulace, které nevyužívali, neoznačili vůbec. Nejvíce se tedy využívá somatická stimulace (24,9%). Na druhém místě je auditivní stimulace (14,1%). Třetí místo mají současně vestibulární (13,8%) a optická stimulace (13,8%). Vibrační stimulace (12,7%) má 5. místo. Orální stimulace (11,3%) je na 6. místě, na 7. místě je taktilně-haptická stimulace a poslední, 8. místo, má olfaktorická stimulace (3,4%).

**Otázka č. 19:**

Myslíte si, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?

a) ano

Pokud ano, napište prosím v čem?

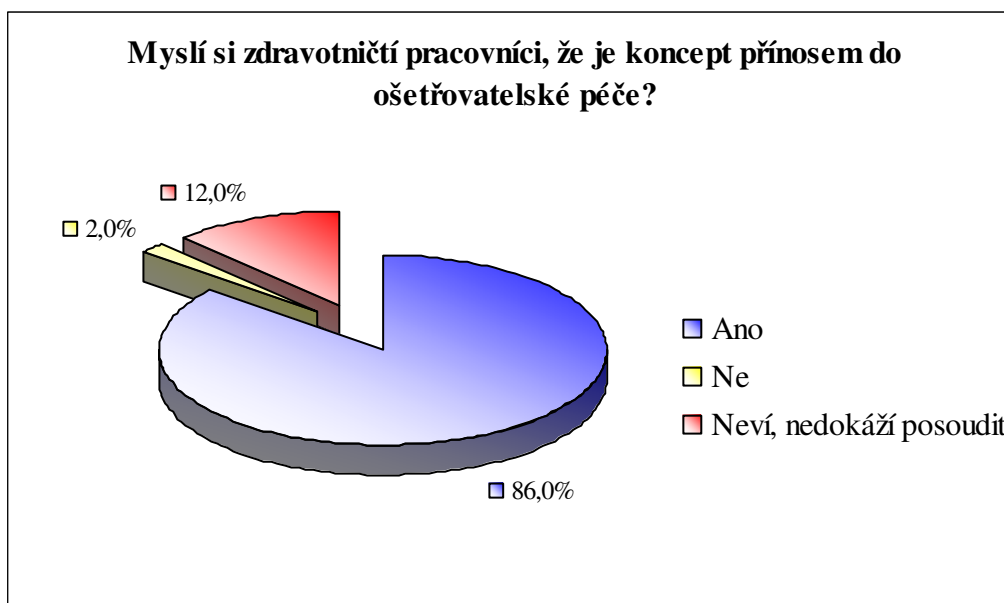
b) ne

c) nevím, nedokážu posoudit

**Tabulka č. 19: Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?**

Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86,0%
Ne	1	2,0%
Neví, nedokážu posoudit	7	12,0%
Celkem	57	100%

**Graf č. 19: Myslíte si zdravotničtí pracovníci, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?**



Průzkum říká, že z celkového počtu 57 respondentů, využívajících bazální stimulaci, si většina, tedy 49 (86%) dotazovaných myslí, že koncept je přínosem do ošetrovatelské péče. Pouze 1 (2%) si myslí, že koncept přínosem není a zbylých 7 (12%) respondentů neví, protože to nedokáží posoudit. Ti, kteří odpovídali, že koncept je přínosem, odpovídali, že pacienti, u kterých se využívá bazální stimulace, jsou klidnější, lépe spolupracují. U klienta nastane rychlejší návrat do reálného života, jejich celkový stav se zlepší, protože bazální stimulací poskytujeme lepší péči. U pacientů, kteří jsou v terminálním stádium dochází podle respondentů k důstojnějšímu umírání.

**Otázka č. 20:**

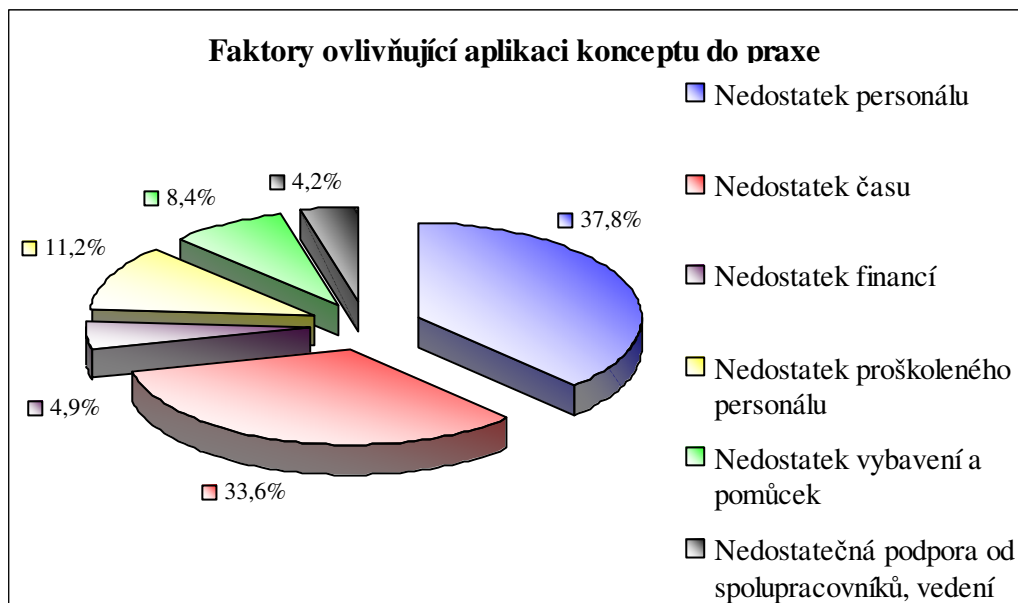
Které faktory ovlivňují aplikaci konceptu do praxe? Můžete označit více odpovědí.

- a) nedostatek personálu
- b) nedostatek času
- c) nedostatek financí
- d) nedostatek proškoleného personálu
- e) nedostatek vybavení a pomůcek
- f) nedostatečná podpora od spolupracovníků nebo vedení
- g) jiné (prosím uveďte)

**Tabulka č. 20: Faktory ovlivňující aplikaci konceptu do praxe**

<b>Faktory ovlivňující aplikaci konceptu do praxe</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Nedostatek personálu	54	37,8%
Nedostatek času	48	33,6%
Nedostatek financí	7	4,9%
Nedostatek proškoleného personálu	16	11,2%
Nedostatek vybavení a pomůcek	12	8,4%
Nedostatečná podpora od spolupracovníků, vedení	6	4,2%
Jiné	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

Graf č. 20: Faktory ovlivňující aplikaci konceptu do praxe?



Z grafu č. 20 je patrné, že nejvíce ovlivňuje aplikaci konceptu do péče nedostatek personálu (37,8%), tuto možnost označilo 54 respondentů. S tím souvisí také nedostatek času (33,6%), tuto možnost označilo 48 respondentů. Dalších 16 dotazovaných si myslí, že je nedostatek proškoleného personálu (11,2%). Nedostatek vybavení a pomůcek (8,4%) označilo 12 zdravotnických pracovníků, navazuje nedostatek financí (4,9%), které souvisí nejen s vybavením, ale také s proškolením a nedostatkem personálu. Tuto možnost označilo 7 respondentů. A 6 pracovníků označilo také možnost, že je nedostatečná podpora od spolupracovníků a vedení (4,2%). Další jiné faktory respondenti neuváděli.



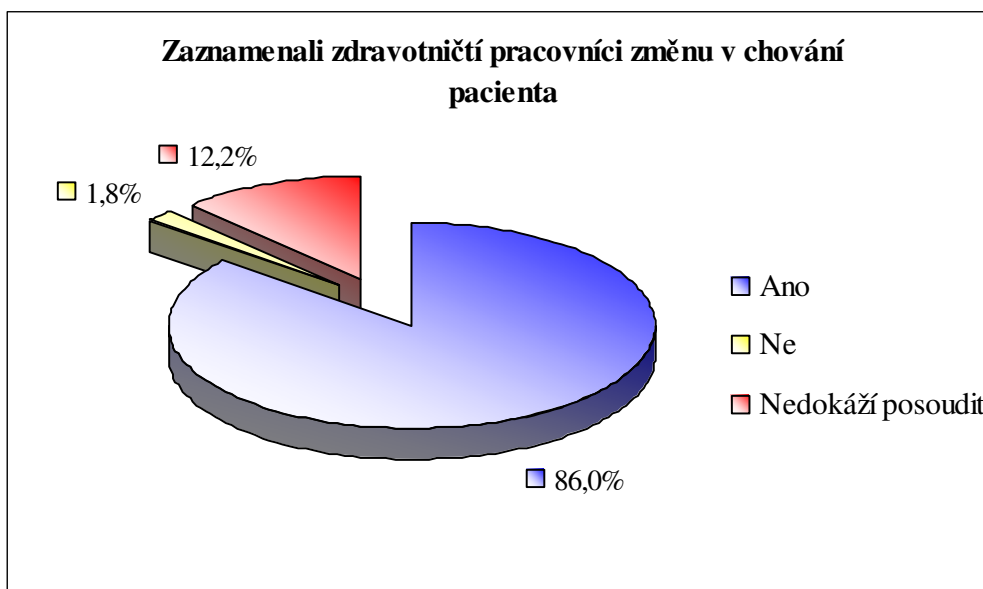
**Otázka č. 21:**

Zaznamenal/a jste změnu v chování pacienta při používání bazální stimulace?

- a) ano, jakou?
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**Tabulka č. 21: Zaznamenali zdravotničtí pracovníci změnu v chování pacienta?**

Zaznamenali zdravotničtí pracovníci změnu v chování pacienta?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86,0%
Ne	1	1,8%
Nedokáží posoudit	7	12,2%
Celkem	57	100%

**Graf č. 21: Zaznamenali zdravotničtí pracovníci změnu v chování pacienta?**

Graf č. 21 se shoduje s grafem č. 19. Většina, 49 (86,0%) zdravotníků si myslí, že změna v chování u pacientů nastala. Uváděli, že pacienti jsou klidnější, lépe se s nimi spolupracuje, snaží se, komunikují, zapojují se, reagují, je na nich vidět spokojenost, radost. Dalších 7 (12,3%) respondentů to nedokáže posoudit a pouze 1 (1,8%) si myslí, že u pacientů není žádná změna v chování.

**Otázka č. 22:**

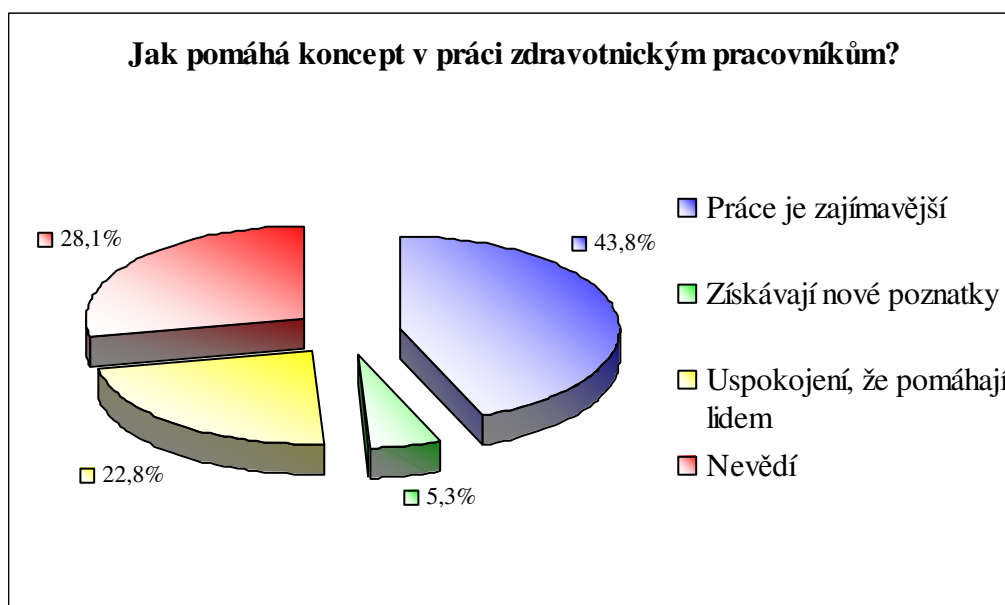
Jak Vám pomáhá koncept bazální stimulace ve Vaší práci?

Prosím napište.

**Tabulka č. 22: Jak pomáhá koncept v práci zdravotnickým pracovníkům?**

Jak pomáhá koncept v práci zdravotnickým pracovníkům?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Práce je zajímavější	25	43,8%
Získávají nové poznatky	3	5,3%
Uspokojení, že pomáhají lidem	13	22,8%
Nevědí	16	28,1%
Celkem	57	100%

**Graf č. 22: Jak pomáhá koncept v práci zdravotnickým pracovníkům?**



Z průzkumu je patrné, že pro 25 (43,8%) respondentů je práce zajímavější při využívání konceptu v praxi. Dalších 16 (28,1%) zdravotníků odpovědělo, že neví, jak jim koncept pomáhá. Někteří uvedli, že jim koncept přináší uspokojení, že pomáhají lidem. Tuto odpověď napsalo 13 (22,8%) oslovených. A pouze 3 (5,3%) respondenti získávají nové poznatky, protože se musí neustále zajímat o vývoj v bazální stimulaci.

**Otázka č. 23:**

Chtěl/a byste se o konceptu bazální stimulace dozvědět více?

a) ano

Pokud ano, jakou metodou?

A) dokument v TV

B) přečíst si knihu o bazální stimulaci

C) seminář, přednáška

D) kurz pod vedením lektora

E) jiné (prosím uveďte)

b) ne

**Tabulka č. 23: Chtěli by se zdravotničtí pracovníci dozvědět více o bazální stimulaci?**

Chtěli by se zdravotničtí pracovníci dozvědět více o bazální stimulaci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	113	95,0%
Ne	6	5,0%
Celkem	119	100%

*4H0: Většina zdravotnických pracovníků by se nechtěli o bazální stimulaci dozvědět více.*

H <sub>0</sub>	H <sub>A</sub>	T	Obor přijetí H <sub>0</sub>
<p><math>P=P_0</math></p> <p><math>P_0=50\% (0,5)</math></p>	<p><math>P &gt; P_0</math></p>	$t = \frac{x/n - P_0}{\sqrt{\frac{P_0 * (1 - P_0)}{n}}}$	<p><math>t &lt; t_{1-\alpha}</math></p>

$P$  = parametr, účinná procenta, zde 50%

$x$  = počet zdravotnických pracovníků, kteří se chtějí o bazální stimulaci dozvědět více

$n$  = celkový počet všech zdravotnických pracovníků

$\alpha$  = hladina významnosti = 0,05

$t$  = testové kritérium

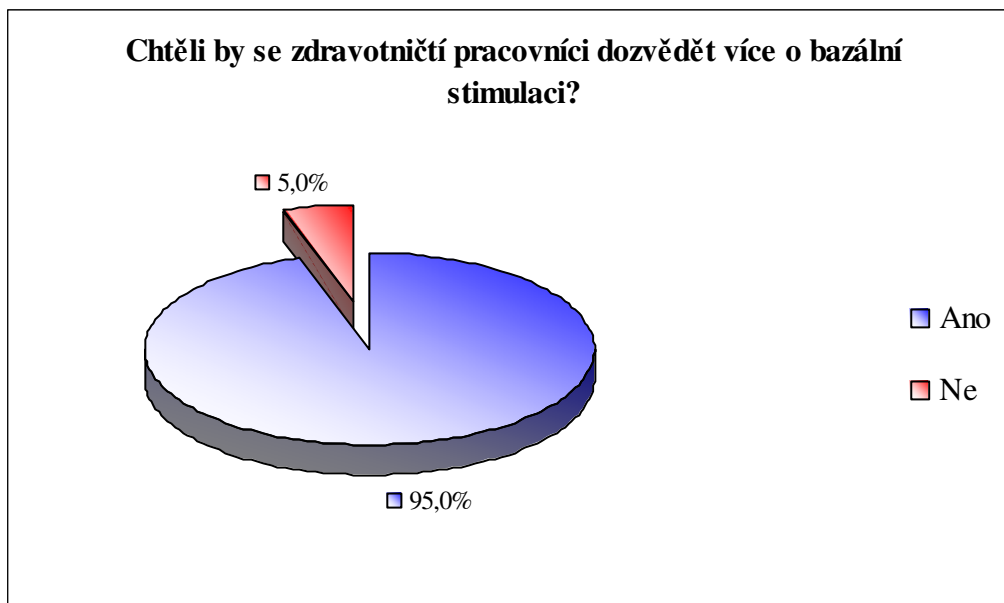
$$t = \frac{113/119 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * (1-0,5)}{119}}} = 9,82$$

$I_{\alpha}$  = obor přijetí testového kritéria =  $\langle -\infty; 1,645 \rangle$

$t \notin I_{\alpha}$  testové kritérium nepatří do oboru přijetí  $H_0$

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítáme  $H_0$  a přijímám  $H_A$ , statistického testu parametru  $p$  binomického rozdělení. Z toho vyplývá, že více než polovina zdravotnických pracovníků by se chtěli o bazální stimulaci dozvědět více.

*Tvrzení, že více jak polovina zdravotnických pracovníků se nechce o bazální stimulaci dozvědět více, se zamítá.*

**Graf č. 23: Chtěli by se zdravotničtí pracovníci dozvědět více o bazální stimulaci?**

Graf č. 23 nám popisuje, zda-li by se zdravotničtí pracovníci chtěli dozvědět více o bazální stimulaci. Většina, tedy 113 (95%) dotazovaných uvedlo, že by se rádi o bazální stimulaci dozvěděli více. Nejčastěji odpovídali, že by využili možnosti absolvování kurzu pod vedením lektora. Jako druhá nejčastější odpověď se objevovala metoda semináře, přednášky. Další uváděli, že by rádi shlédli dokument v televizi. Jiní by si přečetli knihu a několik respondentů by si vyhledali něco na internetu. Zbýlých 6 (5%) respondentů by se o bazální stimulaci nechtěli dozvědět více.

**Otázka č. 24:**

Pokud máte k danému tématu jakékoliv návrhy či připomínky, napište prosím.

K danému tématu nebyly žádné připomínky, ani návrhy.

## 5 DISKUZE

V praktické části jsme se zaměřily nejen na zjištění integrace bazální stimulace do praxe, ale také na faktory ovlivňující aplikaci konceptu a na teoretické znalosti respondentů o bazální stimulaci. Zajímaly jsme se i o to, zda-li spolupracují s ostatními sestrami, jestli to není práce jen jedné osoby. Zjistily jsme mnoho poznatků, nad kterými by bylo dobré se zamyslet a vyvodit nějaké závěry.

Na úvod praktické části jsme si stanovily několik cílů a hypotéz. První cíl měl za úkol popsat historii a vývoj bazální stimulace. Tento cíl jsme splnily v teoretické části bakalářské práce. Druhým cílem bylo vymezit základní pojmy a popsat podstatu bazální stimulace, také jsme tento cíl splnily v teoretické části.

Nejprve jsme si zjistily o respondentech všeobecné informace. Nejčastěji jsme se setkaly se ženami kolem 40-ti let pracující jako všeobecné zdravotní sestry s nevyšším dosaženým vzděláním středoškolským. Jiné studium má 26 (21,8%) respondentů, pracují jako sanitářky, tudíž absolvovaly sanitářský kurz. Pouze 14 (11,8%) respondentů má vystudované specializační studium (obory onkologie, ošetrovatelská péče pro dospělé, geriatric). Vyšší odbornou školu absolvovali 4 (3,4%) zdravotničtí pracovníci a vysokou školu magisterského oboru jen 2 (1,7%) respondenti. Vysokou školu oboru bakalář neabsolvoval nikdo. Jako všeobecná zdravotní sestra/všeobecný ošetrovatel u lůžka pracuje 67 (56,3%) respondentů, tedy většina. Jako sanitář/ka pracuje 17 (14,3%) oslovených a jako ošetrovatel/ka pracuje 15 (12,6%) dotazovaných. Ve funkci staniční je 9 (7,6%) pracovníků z celkového počtu 119 a 7 (5,9%) respondentů pracuje úplně v jiných funkcích, než byly nabízeny (2 asistentky sociální péče, 4 zdravotní sestry v sociálních službách, 1 vedoucí pracovník v sociálních službách). Dotazník vyplnily také 2 vrchní sestry (1,7%). Vcelku jsme překvapeni, že dotazník vyplnily pouze 2 fyzioterapeutky, protože jsme si mysleli, že na geriatrických odděleních se bude vyskytovat těchto pracovníků více. Jako zdravotnický asistent na daných odděleních nikdo nepracuje.

Dotazníky se vyplňovaly na 5-ti různých pracovištích. Nejvíce personálu mají ve FN Olomouc, takže největší počet respondentů, 36 (30,3%), pracuje zde. Z Odborného léčebného ústavu Paseka jsme získaly dotazník od 28 (23,5%) pracovníků, dalších 21 (17,6%) respondentů pracuje v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě a v Odborném léčebném ústavu neurologicko-geriatrickém v Moravském Berouně pracuje

19 (16,0%) respondentů a zbylých 15 (12,6%) oslovených je z Domu pokojného stáří ve Zlíně Nejčastější odpověď týkající se délky praxe ve zdravotnictví je úměrná i nejčastější odpovědi věku respondentů, tedy 15 let a více pracuje ve zdravotnictví 39 (32,8%) dotázaných. U druhé nejpočetnější skupiny 34 respondentů (12,6%) je délka praxe 5-10 let, 25 (21%) respondentů vybralo možnost nabízející 1-5 let praxe, 15 (12,6%) respondentů pracuje 10-15 let a poslední skupinou je 6 (5%) respondentů, kteří pracují 0-1 rok.

Další část dotazníku se zajímala o specifitější věci. Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů je CMP, celých 52 (43,7%) respondentů napsalo právě toto onemocnění. Dalším častým onemocněním je onkologické, takto odpovědělo 20 (16,8%) respondentů. Různé typy demencí je třetí nejčastější odpověď 18-ti (15,1%) respondentů. Dalších 15 (12,6%) oslovených napsalo, že pacienti jsou nejčastěji hospitalizováni se zlomeninami a 14 (11,8%) respondentů odpovědělo, že nejčastěji hospitalizováni jsou pacienti s ICHS. Potěšeni jsme byly u otázky, zda-li si zdravotničtí pracovníci myslí, že můžou zkvalitnit péči na oddělení. Většina zdravotníků odpověděla, že ano, přesněji 82 (68,9%). Potěšující na těchto odpovědích právě bylo, že by mimo jiné chtěli, aby se zaváděly nové terapie, aby byli odborně školeni všichni zdravotníci různými kurzy kinesteticky, bazální stimulací, apod. Z toho lze usoudit, že zdravotníci se zajímají o nové věci a přistupují k nim pozitivně. Naopak smutné je, že u některých zdravotníků převládá názor, že senilní lidé jsou pro společnost nezajímaví, jsou zavrhováni a opomíjeni, a tak i léčba těchto lidí nevyžaduje tolik pozornosti, a proto by si přáli, aby se zlepšila celková nejen ošetrovatelská péče u těchto klientů. Někteří respondenti, 25 (21%), nevědí, zda-li můžou zkvalitnit péči a zbylých 12 (10,1%) oslovených si myslí, že jejich péče je kvalitní a není na ni co zlepšovat.

Pozitivním zjištěním je, že většina respondentů, 106 (89,1%), už někdy o bazální stimulaci slyšelo a zbylých 13 (10,9%) o ni neslyšelo. Zde jsme si stanovily hypotézu H0: Více jak polovina zdravotnických pracovníků neslyšeli o pojmu bazální stimulace. Z průzkumu nám vyplynulo, že to není pravda, tudíž jsme tuto hypotézu zamítly. Dále jsme se zaměřily, na teoretické znalosti dotazovaných o konceptu bazální stimulace, kde měly možnost volných odpovědí a následně byli za tyto odpovědi známkováni. Nejvíce odpovědí bylo průměrných, kdy odpověď byla správná, ale měla malé nedostatky. Takto odpovědělo 53 (44,5%) dotazovaných, dalších 36 (30,3%) respondentů odpovědělo na výbornou, naprosto správně, bez jakýchkoliv chyb. Ale bohužel 30 (25,2%) zdravotníků vůbec

nemělo ponětí o bazální stimulaci, odpovědi byly nedostačující. Je tedy velmi zajímavé, že pouze 13 zdravotnických respondentů nikdy neslyšeli o bazální stimulaci, ale celých 30 (25,2%) respondentů nedokázalo stručně popsat, co to vůbec bazální stimulace je.

Cílem číslo tři bylo zjistit, v jaké míře využívají zdravotničtí pracovníci koncept bazální stimulace v praxi. K tomuto cíli jsme si stanovily i hypotézy a přijaly jsme H0: Většina zdravotnických pracovníků nevyužívá koncept bazální stimulace v praxi. Je ale nutné dodat, že poměr mezi využíváním a nevyužíváním konceptu v praxi byl minimální, 57 (47,9%) respondentů využívá bazální stimulaci a 62 (52,1%) respondentů koncept nevyužívá. Je zde rozdíl pouhých pěti respondentů. Z toho lze soudit, že bazální stimulace dostává v ošetrovatelské péči své místo a zastoupení.

V průzkumu jsme se zajímaly i o to, zda-li mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu v praxi, to jsme si stanovily jako cíl číslo 5. Naše hypotéza H0: Většina zdravotnických pracovníků si myslí, že na jejich oddělení nejsou vhodné podmínky pro užívání konceptu v praxi, se zamítá, protože 32 (56,1%) dotazovaných si myslí, že mají vhodné podmínky. Pouze 9 (15,8%) respondentů si myslí že ne a zbylých 16 (28,1%) respondentů to nedokáže posoudit, především ti, kteří pracují jako sanitář/ka, ošetrovatel/ka.

Velmi podstatné je zjištění, že naprostá většina respondentů, celých 57 (100%) oslovených, kteří pracují podle konceptu, spolupracuje s ostatními sestrami a dokonce všichni oslovení, 57 (100%) odpovědělo, že tento koncept podporují v plné míře i lékaři. Bazální stimulace totiž vyžaduje spolupráci celého ošetrovatelského týmu, nelze ji provádět samostatně, protože pak se míjí účinkem. Zdravotní sestry pracují v nepřetržitém provozu a není možné, aby využívala tento koncept pouze jedna či dvě osoby. Naopak je škoda, že 8 (14%) respondentů uvedlo, že neinformují a nespolečně pracují s rodinou nemocného, protože i spolupráce s nimi je velmi důležitá a přínosná. I když chápeme, že spolupráce s rodinou je velmi obtížná, protože ne každá rodina je ochotná a některá rodina se vůbec o svého příbuzného nezajímá, nechodí za ním na návštěvy a pak je těžké přimět rodinu, aby spolupracovala. Zbylých 49 (86%) oslovených naštěstí uvedlo, že s rodinou spolupracují a informují ji. Další nepotěšující zjištění pro nás je, že sice jen 4 (7%) respondenti neví, co je autobiografická anamnéza a stejně tak 4 (7%) respondenti se nezajímají o autobiografickou anamnézu, ale i tak je to dost respondentů, protože tato anamnéza je velmi důležitá pro koncept bazální stimulace. Zbylých 49 oslovených se o tuto



anamnézu zajímá a využívá ji. Dále nás v praktické části zajímalo, jaké druhy stimulací se nejvíce využívají, a proto jsme umožnili respondentům, aby dané druhy stimulací obodovali 1-8 bodů (8 bodů je maximum, nejvíce využívaná stimulace). Jak jsme předpokládali, tak nejčastější využívanou stimulací je u zdravotnických pracovníků somatická stimulace, získala v bodovém hodnocení 411 bodů z možných 456, dále auditivní, ta získala 232 bodů, optická má 227 bodů a vestibulární 228 bodů. Pak následuje vibrační, ta získala 209 bodů a dále orální, která má 187 bodů. Taktilně-haptická má získala pouze 99 bodů a na posledním místě olfaktorická stimulace, která má 56 bodů. Je škoda, že taktilně-haptická stimulace je využívána poměrně v malé míře. Vždyť právě geriatričtí pacienti jsou často velmi neklidní a právě tato stimulace jim umožňuje maximální zklidnění. Ještě v menším procentu je využívána olfaktorická stimulace, která úzce souvisí s orální stimulací. To nás dovedlo k názoru, že spousta zdravotníků si ani neuvědomuje, že olfaktorickou stimulaci využívá a proto ji i někteří respondenti nevedli vůbec. Další potěšující zjištění bylo, že 49 (76%) respondentů si myslí, že koncept je přínosem do ošetrovatelské péče, pouze 1 (2%) respondent si myslí, že není přínosem a 7 (12%) oslovených to nedokáže posoudit. Velmi zajímavé by bylo, kdybychom se pozastavili nad otázkou, které faktory ovlivňují aplikaci konceptu do praxe. V této otázce si mohli respondenti vybrat i více odpovědí. Úplně všichni toho využili. Takže nejčastější odpověď se týkala nedostatku personálu, tuto odpověď si vybralo 54 (37,8%) respondentů z možných 57. Druhou nejčastější odpovědí byl nedostatek času, 48 (33,6%), což souvisí s nedostatkem personálu a také nedostatkem financí, kdy tuto odpověď si vybralo 7 (4,9%) respondentů. Další dosti vybranou odpovědí, která byla uvedena 12krát (8,4%), byl nedostatek proškoleného personálu. Nedostatek vybavení bylo označeno také 12-ti (8,4%) respondenty a 6 (4,2%) zdravotníků si myslí, že jsou nedostatečně podporováni od vedoucích pracovníků nebo spolupracovníků. V této odpovědi vidíme velký problém, protože pokud není podpora od vedoucích pracovníků, motivace i chůť klesá a zároveň je velmi obtížné, prosazovat něco nového, když nemáte podporu od vedení nebo od spolupracovníků.

Nyní se dostáváme k bodu, který nám dokazuje, že bazální stimulace má opravdu účinky. Myslí si to tedy 49 (86%) dotázaných, kteří uvedli, že zaznamenali změnu v chování pacienta při užívání konceptu. Nejčastěji respondenti uváděli, že jsou klienti klidnější, lépe se s nimi spolupracuje, snaží se, začínají komunikovat, zapojují se a reagují

na různé podněty. Mnoho respondentů uvádělo, že je na pacientech vidět radost a spokojenost. Bohužel 1 (1,8%) respondent nezaznamenal žádnou změnu, je to ten samý, co odpověděl, že koncept není přínosem do praxe, a 7 (12,2%) jich to nedokáže posoudit. Respondentů jsme se také ptali, jak koncept pomáhá v jejich práci. Mnoho respondentů, 25 (43,8%) odpovědělo, že je pro ně práce zajímavější, bohužel 16 (28,1%) zdravotníků neví, jak jim koncept pomáhá, dalších 13 (22,8%) pracovníků uspokojuje, že pomáhají lidem a zbylí 3 (5,3%) respondenti touto prací získávají nové poznatky.

Čtvrtý cíl si dal za úkol seznámit zdravotnické pracovníky s konceptem bazální stimulace formou semináře. Odpovědi na otázku, zda-li by se zdravotničtí pracovníci chtěli o bazální stimulaci dozvědět více, zamítly naši předem stanovenou hypotézu H0: Většina zdravotnických pracovníků by se nechtěli o bazální stimulaci dozvědět více. Je tedy potěšující, že skoro naprostá většina zdravotníků, 113 (95%), by se rádi dozvěděli o konceptu více, pouze 6 respondentů (5%) by se nechtěli o konceptu dozvědět více. Nejvíce zdravotníků si vybralo kurz pod vedením lektora, dále seminář nebo přednášku. Další respondenti uváděli, že by rádi shlédli dokument v televizi, jiní by si rádi přečetli knížku a někteří by si vyhledali něco na internetu. Doufejme, že to znamená, že bazální stimulace se pomalu bude dostávat do popředí a bude o ni ještě větší zájem. Poslední otázka dávala možnost vyjádření k tomuto tématu, ale nikdo toho nevyužil a neměl žádné připomínky, ani návrhy.

Poslední šestý cíl má za úkol vytvořit stručné materiály pro zdravotnické pracovníky, kteří doposud o bazální stimulaci neslyšeli nebo podle tohoto konceptu nepracují. K tomuto cíli se nevztahuje žádná položka v dotazníku. Brožura bude dodána na daná pracoviště, jakmile nám ji schválí INSTUT Bazální stimulace ve Frýdku Místku.

Dle zjištěných dat, údajů i faktů v celé praktické části doporučujeme řešení, která by napomohla nejen v šíření bazální stimulace, ale také aby napomohla v rozvoji:

- dostatečně informovat zdravotnické pracovníky o konceptu bazální stimulace,
- zajistit zdravotnickým pracovníkům certifikované kurzy pod vedením lektora,
- po zaškolení pracovníků se zařadit v institutu Bazální stimulace jako supervidované pracoviště,
- zavést bazální stimulaci do osnov na vysokých školách ošetrovatelství,

- navýšit počet zdravotnických pracovníků,
- zajistit dostatek pomůcek,
- vytvořit dostatečné informační materiály o konceptu bazální stimulace,
- informovat i širokou veřejnost o pojmu bazální stimulace.

V praktické části jsme se zaměřili na různé oblasti týkající se bazální stimulace a následně jsme se snažili navrhnout řešení do praxe, která by měla napomoci k tomu, aby se bazální stimulace stala “všední”.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů byla pro mne velmi poučná a přínosná. Účelem bylo zjištění, zda-li se tento koncept integruje do ošetrovatelské péče. Zajímaly jsme se o problematiku související s aplikací konceptu do praxe, o důvody proč s tímto konceptem nepracují. Dále jsme se zajímaly o názory, zda-li je bazální stimulace přínosem a které prvky bazální stimulace využívají zdravotničtí pracovníci nejvíce. Tuto problematiku jsem si vybrala proto, že tomuto konceptu věřím a ráda bych svou prací přispěla k jeho rozšíření nejen mezi zdravotnické pracovníky.

Naším hlavním cílem bylo tedy zjistit, kolik zdravotnických pracovníků využívá v praxi koncept bazální stimulace u geriatrických pacientů a následně seznámit zdravotnické pracovníky s tímto konceptem. Dalšími dílčími cíli bylo popsat historii a vývoj bazální stimulace, vymezit základní pojmy a podstatu, vytvořit stručné materiály, brožury, pro zdravotnické pracovníky, kteří o pojmu bazální stimulace neslyšeli nebo koncept vůbec nevyužívají a zjistit, jestli jsou na daných pracovištích, kde se koncept využívá, vhodné podmínky pro jeho využívání v praxi.

Bakalářská práce má část teoretickou a praktickou. Teorie se v první části zaměřuje na geriatrické klienty, vysvětluje základní pojmy, specifika onemocnění seniorů a změny, které vznikají během stáří. Zabývá se také ošetrovatelskou péčí u starých lidí a polemizuje nad přínosem bazální stimulace seniorům. Druhá část teorie se zabývá samotnou bazální stimulací. Popisuje historii, vývoj i situaci v současné době. Nastiňuje teoretická východiska konceptu a v největší míře popisuje jednotlivé základní i nastavbové prvky bazální stimulace. Empirická část se zabývá metodikou práce, výsledky a analýzou jednotlivých položek v dotazníku.

Abych splnila hlavní cíl své práce, uspořádali jsme s Mgr. Annou Krátkou dne 29. 4. 2009 seminář (příloha P X) na téma Bazální stimulace v praxi, který nám umožnila Karla Vrlová, vrchní sestra gerontologického centra Krajské nemocnice, a. s. ve Zlíně. Byl určen pro zdravotnické pracovníky zmíněného gerontologického centra a zúčastnilo se ho asi 26 pracovníků. Obsahoval krátký úvod do bazální stimulace a pak už samotné vysvětlení jednotlivých prvků bazální stimulace. Další seminář se uskuteční v rámci konference v Uherském Hradišti dne 10. 6. 2009.

Doufám, že tento výzkum a splnění stanovených cílů pomůže všem nezdravotnickým povoláním v orientaci o bazální stimulaci a napomůže v integraci bazální stimulace do praxe. Danému tématu bych se chtěla věnovat i nadále, ráda bych absolvovala i další prohlubující kurzy bazální stimulace a získala tak opět nové znalosti a zkušenosti. Chtěla bych také napomáhat v informovanosti nejen zdravotníků, ale také v informovanosti široké veřejnosti, aby i oni věděli, že něco takového existuje. Ráda bych, aby se v budoucnu využívala bazální stimulace v každodenní péči a stala se samozřejmostí. Doufejme, že se tak stane, vždyť i my tuto pomoc můžeme potřebovat, i my jednou budeme staří.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-146-X.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-364-5.
- [3] KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [4] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [5] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. SESTRA, 2000, vol. X, č. 5. s. 6 - 8. ISSN 1210-0404.
- [6] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. SESTRA, 2000, vol. X. č. 8. s. 7. ISSN 1210-0404.
- [7] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. a 2. díl*. 3. vydání. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2007. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
- [8] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [9] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. SESTRA, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15 - 17. ISSN 1210-0404.
- [10] FRIEDLOVÁ, K. *Bobathův koncept v ošetřovatelské praxi*. SESTRA, 2003, vol XIII. č. 6. s. 19. ISSN 1210-0404.
- [11] FRIEDLOVÁ, K. *Bobathův koncept v ošetřovatelské praxi*. SESTRA, 2003, vol XIII. č. 7 - 8. s. 25 - 26. ISSN 1210-0404.
- [12] FRIEDLOVÁ, K. *Cesta k humánnímu ošetřovatelství*, Sborník příspěvků Historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2007. s. 88. ISBN 978-80-254-0757-8.

- [13] FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 6. vydání. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwachter. 2008. 23 s.
- [14] FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 6. vydání. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwachter. 2008. 31 s.
- [15] KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [16] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [17] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [18] NAVRÁTIL, L. a kolektiv. *Vnitřní lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [19] O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.
- [20] PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [21] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.
- [22] ŠPIČKOVÁ, L., SLÁMOVÁ, H., HOCKOVÁ, J. *Šest let bazální stimulace*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2008, vol. IV. č. 5. s. 25 - 26. ISSN 1801-1349.
- [23] TOPINKOVÁ, E. *Geriatie pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [24] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [25] <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-3-2006/27863/Verze-v-PDF-3>> [cit. 2009- 4-3].
- [26] <<http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>> [cit. 2009-22-1].

[27] <<http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>> [cit. 2009-22-1].

[28] <[http://www.bazalni-stimulace.cz/stimulace\\_vnimani.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/stimulace_vnimani.php)> [cit. 2009-22-1].



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
aj	a jiné
atd.	a tak dále
Apod.	a podobně
BS	bazální stimulace
CMP	cévní mozková příhoda
FN	fakultní nemocnice
ICHS	ischemická choroba srdeční
JIP	jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Pohlaví zdravotnických pracovníků.

Tabulka č. 2: Věk zdravotnických pracovníků.

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků.

Tabulka č. 4: Pracovní zařazení zdravotnických pracovníků.

Tabulka č. 5: Pracoviště zdravotnických pracovníků.

Tabulka č. 6: Délka praxe ve zdravotnictví.

Tabulka č. 7: Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů.

Tabulka č. 8: Myslí si zdravotničtí pracovníci, že mohou zkvalitnit péči na oddělení?

Tabulka č. 9: Slyšeli zdravotničtí pracovníci někdy o bazální stimulaci?

Tabulka č. 10: Hodnocení odpovědí o bazální stimulaci.

Tabulka č. 11: Pracují zdravotničtí pracovníci podle konceptu?

Tabulka č. 12: Mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu?

Tabulka č. 13: Spolupracují s jinými zdravotníky?

Tabulka č. 14: Podporují koncept lékaři?

Tabulka č. 15: Informují zdravotničtí pracovníci rodinu o možnosti využití bazální stimulace?

Tabulka č. 16: Spolupracují zdravotničtí pracovníci s rodinou?

Tabulka č. 17: Zajímají se zdravotničtí pracovníci o autobiografickou anamnézu?

Tabulka č. 18: Využívané druhy stimulací.

Tabulka č. 19: Myslí si zdravotničtí pracovníci, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?

Tabulka č. 20: Faktory ovlivňující aplikaci konceptu do praxe.

Tabulka č. 21: Zaznamenali zdravotničtí pracovníci změnu v chování pacienta?

Tabulka č. 22: Jak pomáhá koncept v práci zdravotnickým pracovníkům?

Tabulka č. 23: Chtěli by se zdravotničtí pracovníci dozvědět více o bazální stimulaci?

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví zdravotnických pracovníků.

Graf č. 2: Věk zdravotnických pracovníků.

Graf č. 3: Dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků.

Graf č. 4: Pracovní zařazení zdravotnických pracovníků.

Graf č. 5: Pracoviště zdravotnických pracovníků.

Graf č. 6: Délka praxe ve zdravotnictví.

Graf č. 7: Nejčastější onemocnění hospitalizovaných pacientů.

Graf č. 8: Myslí si zdravotničtí pracovníci, že můžou zkvalitnit péči na oddělení?

Graf č. 9: Slyšeli zdravotničtí pracovníci někdy o bazální stimulaci?

Graf č. 10: Hodnocení odpovědí o bazální stimulaci.

Graf č. 11: Pracují zdravotničtí pracovníci podle konceptu?

Graf č. 12: Mají zdravotničtí pracovníci vhodné podmínky pro užívání konceptu?

Graf č. 13: Spolupracují s jinými zdravotníky?

Graf č. 14: Podporují koncept lékaři?

Graf č. 15: Informují zdravotničtí pracovníci rodinu o možnosti využití bazální stimulace?

Graf č. 16: Spolupracují zdravotničtí pracovníci s rodinou?

Graf č. 17: Zajímají se zdravotničtí pracovníci o autobiografickou anamnézu?

Graf č. 18: Využívané druhy stimulací.

Graf č. 19: Myslí si zdravotničtí pracovníci, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?

Graf č. 20: Faktory ovlivňující aplikaci konceptu do praxe.

Graf č. 21: Zaznamenali zdravotničtí pracovníci změnu v chování pacienta?

Graf č. 22: Jak pomáhá koncept v práci zdravotnickým pracovníkům?

Graf č. 23: Chtěli by se zdravotničtí pracovníci dozvědět více o bazální stimulaci?

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: BASISSEMINAR BASALE STIMULATION IN DER PFLEGE - Základní symposium Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.

Příloha P II: AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION IN DER PFLEGE - Nástavbový inovační kurz Bazální stimulace.

Příloha P III: WORLSHOP POŘÁDANÝ ODDĚLENÍM GERIATRIE, FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC A FVZ UP OLOMOUC - Kinestetická mobilizace nemocných.

Příloha P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - Odborný léčebný ústav Paseka.

Příloha P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - Odborný léčebný ústav Neurologicko-geriatrický Moravský Beroun, příspěvková organizace.

Příloha P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - Dům léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa.

Příloha P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - Dům léčby pokojného stáří.

Příloha P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - Oddělení geriatric, Fakultní nemocnice Olomouc.

Příloha P IX: DOTAZNÍK.

Příloha P X: SEMINÁŘ V KNTB, a. s., GERONTOLOGICKÉ CENTRUM.

# PŘÍLOHA P I: BASISSEMINAR BASALE STIMULATION IN DER PFLEGE

BESTÄTIGUNG DER

TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION  
IN DER PFLEGE

## **BASISSEMINAR BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE**

Základní symposium Bazální stimulace®  
v ošetrovateľské péči

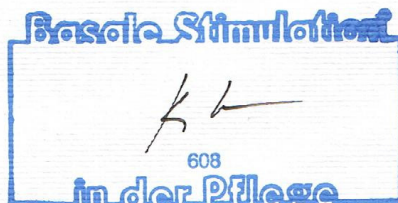
*Romana SYŘENOVÁ; 24.8.1984*

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od **16.5.2008** BIS / do **18.5.2008**

**20** UNTERRICHTSTUNDEN / **20** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **18.5.2008**



STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-DES KURSLEITERS / Razítko a podpis lektora  
PhDr. Karolína Friedlová, Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege

Registrační číslo akce: **ČAS/KK/2882/2008**  
**JO 0513/08**

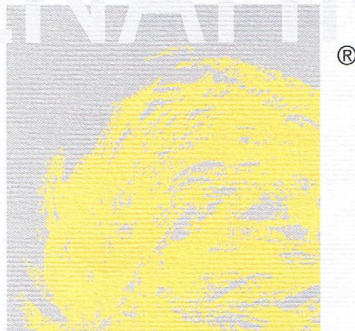
Účast: **pasivní**

Počet kreditů: **9**

**PŘÍLOHA P II: AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION IN DER  
PFLEGE**

BESTÄTIGUNG DER

TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION  
IN DER PFLEGE

**AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION®  
IN DER PFLEGE**

Nástavbový inovační kurz Bazální stimulace®

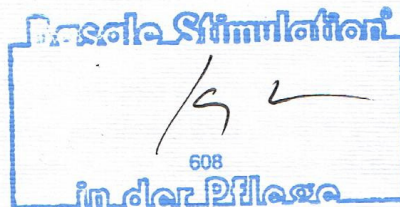
*Romana Syřenová, 24. 2. 1987*

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od *10. 12.* BIS / do *11. 12. 2007*

**16 UNTERRICHTSTUNDEN / 16 vyučovacích hodin**

DATUM / Datum *11. 12. 2007*



STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-DES KURSLEITERS / Razítko a podpis lektora  
PhDr. Karolína Friedlová, Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR souhlasí s přiznáním 6 kreditních bodů  
dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. § 3, registrační číslo akce: *900569/07*



### **INHALT DES AUFBAUSEMINARES DER BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE:**

- WIEDERHOLUNG DER GRUNDELEMENTEN
- ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE, DIE GRUNDLAGEN FÜR DIE KOMMUNIKATION UND STIMULIERENDE PFLEGE IN DEM KONZEPT
- DIAMETRALE WÄSCHE
- AUDITIVE ANGEBOTE
- TAKTIL-HAPTISCHE ANGEBOTE
- VISUELLE ANREGUNGEN
- ORALE STIMULATION
- OROFAZIALE STIMULATION
- OLFAKTORISCHE STIMULATION
- 9 ZENTRALE ZIELE – GRUNDLAGEN FÜR DEN EINSATZ DES KONZEPTS DER BASALEN STIMULATION
- BIOGRAFISCHE ANAMNESE, DIE GRUNDLAGE FÜR DEN PFLEGE/PÄDAGOGISCHENPLAN

### **Cílové vědomosti a dovednosti získané na školící akci v rámci celoživotního vzdělávání:**

- Integrace nastavbových prvků konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče nebo pedagogického procesu
- Prohloubení teoretických východisek konceptu Bazální stimulace
- Diametrální stimulace
- Auditivní stimulace
- Optická stimulace
- Taktilně-haptická stimulace
- Orální stimulace, orofaciální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Biografická anamnéza
- 9 centrálních cílů ve vztahu k nabídkám v konceptu Bazální stimulace
- Praktické použití prvků konceptu Bazální stimulace s maximálním přihlédnutím ke strukturalizaci a ritualizaci péče ve vztahu k biografii klienta nebo žáka

**Příloha P III: WORKSHOP POŘÁDANÝ ODDĚLENÍM GERIATRIE,  
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC A FVZ UP OLOMOUC - KINESTETICKÁ  
MOBILIZACE NEMOCNÝCH.**



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

WORKSHOP pořádaný Oddělením geriatric  
Fakultní nemocnice Olomouc a FVZ UP Olomouc

vzdělávací akce je určena následujícím nelékařským zdravotnickým pracovníkům:  
všeobecná sestra, fyzioterapeut, odborné učitelky zdravotnických škol

**„Kinestetická mobilizace nemocných“**

Olomouc 4. 12. 2008

**C E R T I F I K Á T**

Registrovaná akce pod číslem: FNOL/029/2008 (dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb.)  
Fakultní nemocnice Olomouc

Kreditní hodnota akce: pasivní účast 1 kreditní bod

Jméno: SYŘENOVÁ ROMANA

Datum narození: 24.8.1987

PhDr. Renata Halmo  
odborný garant

Mgr.Bc. Libuše Danielová

V Olomouci 4. 12. 2008


UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetrovatelství  
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc  
IČ 61989592, DIČ CZ61989592

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC  
Oddělení geriatric  
ÚP Pavlova 6, 775 20 Olomouc, 595 441 111  
Pracovní Místní Zdravotní Základna

profesional



# PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedené student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

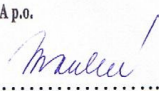
Jméno a příjmení studenta	Romana Syřenová
Téma bakalářské práce	Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA - příspěvková organizace Paseka 145 783 97 Paseka

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 12. 2008


  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA p.o.  
783 97 Paseka 145  
tel.: 585 007 999

  
Razítka a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV NEUROLOGICKO-GERIATRICKÝ MORAVSKÝ BEROUN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.


Jméno a příjmení studenta	Romana Syřenová
Téma bakalářské práce	Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV NEUROLOGICKO-GERIATRICKÝ MORAVSKÝ BEROUN, příspěvková organizace Masarykova 142 793 05 Moravský Beroun

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *4. 11. 2008*


  
.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV  
NEUROLOGICKO-GERIATRICKÝ  
793 05 Moravský Beroun  
Masarykova 412 -1-  
IČO: 000000000 Tel.: 554 255 000

.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení 

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

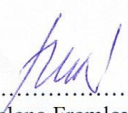
## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Romana Syřenová
Téma bakalářské práce	Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA Jiráskova 47 664 61 Rajhrad u Brna

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 11. 2008


  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

 Charita  
Česká republika  
DIECÉZNÍ CHARITA BRNO  
OBLASTNÍ CHARITA RAJHRAD  
DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA  
Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad, IČO: 449 90 260  
Tel.: +420 547 232 223, Fax: +420 547 232 247 ...  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz



# PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - DŮM POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Romana Syřenová
Téma bakalářské práce	Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	DŮM LÉČBY POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN Okružní 5550 760 05 Zlín

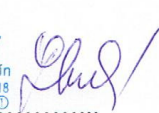
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18.12.2008

  
.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií



NADĚJE o.s.  
Dům pokojného stáří  
Okružní 5550, 760 05 Zlín  
tel.: 575 758 131, fax: 577 012 718  
DIČ: CZ00570931, IČ: 00570931

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ - ODDĚLENÍ GERIATRIE, FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

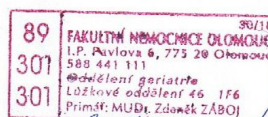
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Romana Syřenová
Téma bakalářské práce	Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	ODDĚLENÍ GERIATRIE, FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC I. P. Pavlova 6 775 02 Olomouc

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *18. 12. 2008*

  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií



Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

## **PŘÍLOHA P IX: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

Jmenuji se Romana Syřenová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, v oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „**Využití Bazální stimulace u geriatrických pacientů**“. Cílem mé práce je zmapování využití tohoto konceptu profesionály a také bych chtěla přispět k rozšíření bazální stimulace do praxe. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro výzkumné účely.

Předem Vám děkuji za pravdivé a svědomité vyplnění dotazníku.

Romana Syřenová

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46 a více

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠZ
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ – Mgr.
- e) specializační studium, jaké?

.....

f) jiné, jaké?

.....

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel u lůžka
- d) zdravotnický asistent
- e) ošetřovatel/ka
- f) sanitář/ka
- g) fyzioterapeut/ka
- h) jiné (prosím uveďte)

.....

5. V jakém zařízení pracujete? Prosím napište.

.....

6. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-1 let
- b) 1-5 let
- c) 5-10 let
- d) 10-15 let
- e) 15 let a více

7. Jakým nejčastějším onemocněním trpí Vaši pacienti? Prosím napište.

.....

8. Myslíte si, že můžete zkvalitnit péči o pacienty na Vašem oddělení?

a) ano

Pokud ano, napište prosím jak?

.....

.....

b) ne

c) nevím

9. Slyšel/a jste někdy o bazální stimulaci?

a) ano

Pokud ano, napište prosím zdroj?

.....

b) ne

10. Pokuste se prosím stručně popsat, co je podle Vás bazální stimulace.

.....

.....

.....

.....



11. Pracujete podle tohoto konceptu?

a) ano

Pokud ano, napište prosím jak dlouho?

.....

b) ne

Pokud ne, napište prosím proč?

.....

.....

.....

Pokud byla Vaše odpověď NE, pokračujte prosím až na otázce č.23.

12. Jsou na Vašem oddělení vhodné podmínky pro užívání konceptu?

a) ano

b) ne

c) nedokážu posoudit

13. Při využívání konceptu spolupracujete s jinými sestrami?

a) ano

Pokud ano, kolik sester na oddělení koncept využívá? Prosím napište

.....

b) ne

14. Podporují tento koncept lékaři?

a) ano

b) ne

15. Informujete rodinu o možnosti využití bazální stimulace?

a) ano

b) ne

16. Spolupracujete s rodinou?

a) ano

Pokud ano, jak rodina reaguje, mají zájem se zapojit? Prosím napište.

.....

.....

b) ne

17. Zajímáte se o autobiografickou anamnézu?

a) ano

b) ne

c) nevím, co to je

18. Jaké druhy stimulací nejvíce využíváte? Označte prosím čísla od 1 do 8, přičemž 8 je nejvíce používaná stimulace a 1 je nejméně. Pokud z uvedených stimulací nějakou nevyžíváte, neoznačujte ji vůbec.

a) somatická stimulace .....

b) vestibulární stimulace .....

c) vibrační stimulace .....

d) optická stimulace .....

e) auditivní stimulace .....

f) orální stimulace .....

g) olfaktorická stimulace .....

h) taktilně-haptická stimulace .....

19. Myslíte si, že je koncept přínosem do ošetrovatelské péče?

a) ano

Pokud ano, napište prosím v čem?

.....  
.....

b) ne

c) nevím, nedokážu posoudit

20. Které faktory ovlivňují aplikaci konceptu do praxe? Můžete označit více odpovědí.

a) nedostatek personálu

b) nedostatek času

c) nedostatek financí

d) nedostatek proškoleného personálu

e) nedostatek vybavení a pomůcek

f) nedostatečná podpora od spolupracovníků nebo vedení

g) jiné (prosím uveďte)

.....

21. Zaznamenal/a jste změnu v chování pacienta při používání bazální stimulace?

a) ano

Pokud ano, napište prosím jakou?

.....  
.....  
.....

b) ne

c) nedokážu posoudit

22. Jak Vám pomáhá koncept ve Vaší práci? Prosím napište.

.....

23. Chtěl/a byste se o konceptu Bazální stimulace dozvědět více?

a) ano

Pokud ano, jakou metodou?

A) dokument v TV

B) přečíst si knihu o bazální stimulaci

C) seminář, přednáška

D) kurz pod vedením lektora

E) jiné (prosím uveďte)

.....

b) ne

24. Pokud máte k danému tématu jakékoliv návrhy či připomínky, napište prosím.

.....  
.....  
.....  
.....

## **Příloha P X: SEMINÁŘ V KNTB, a. s., GERONTOLOGICKÉ CENTRUM**

Tento seminář vznikl na základě bakalářské práce studentky 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na FHS UTB ve Zlíně na téma „Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů“ a je součástí praktického výstupu. Vedoucí práce je Mgr. Anna Krátká. Veškerá použitá literatura je uvedena v závěru.

### **BAZÁLNÍ STIMULACE**

Původ BS je z oblasti speciální pedagogiky, kdy tento koncept propracoval Prof. Dr. Fröhlich. V 80. letech minulého století byl tento koncept přenesen do ošetrovatelské péče díky zdravotní sestře prof. Chriestel Bienstein, která aplikovala koncept u klientů ve vigilním kómatu a tím prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoje podporujícího konceptu v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Od poloviny osmdesátých let 20. století úzce spolupracuje s prof. Andreasem Fröhlichem a společně se zabývají problematikou ošetrovatelské péče o lidi, kteří mají sníženou schopnost vnímání, komunikace i pohybu. Koncept bazální stimulace se ve spolupráci s dalšími odborníky integroval do všech oblastí ošetrovatelské péče, jako například geriatrická, neontologická, psychiatrická nebo také paliativní péče. Koncept se využívá u všech lidí, kteří mají jakýmkoliv způsobem postiženo vnímání, hybnost či komunikaci, což znamená pro většinu klientů v ústavech sociální péče, v nemocnicích, domovech důchodců a jiných dalších zařízeních. Do České republiky přivedla tento koncept PhDr. Karolína Friedlová, která pracovala jako zdravotní sestra na klinice v Rakousku a poté na Univerzitní klinice v Mnichově. V roce 2000 informovala širokou veřejnost prostřednictvím publikací v časopise Sestra a také na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. V roce 2005 založila INSTITUT Bazální stimulace a je jeho ředitelkou.

## **CO TO JE?**

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v té nejzákladnější formě lidské vnímání.

Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů. Díky smyslům můžeme tedy vnímat sebe, i okolí. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Proto základními prvky BS jsou:

- vnímání,
- pohyb,
- komunikace.

### **Bazální stimulací podporujeme:**

- vnímání vlastního těla,
- rozvoj vlastní identity,
- umožnění vnímání okolního světa,
- umožnění navázání komunikace se svým okolím,
- zvládnutí orientace v prostoru a čase,
- lokomoční schopnosti,
- zlepšení funkcí organismu.

Základem BS je cílené působení na senzory, které zohledňují biografii klienta, pak je aktivizována paměťová stopa.

### **Senzorické systémy:**

- somatoviscerální,
- vestibulární,
- čichový,
- chuťový,
- sluchový,
- zrakový.

### **Základní prvky:**

- somatická stimulace,
- vestibulární stimulace,
- vibrační stimulace.

### **Nástavbové prvky:**

- optická stimulace,
- auditivní stimulace,
- taktilně-haptická stimulace,
- olfaktorická stimulace,
- orální stimulace.

Pro práci v konceptu je důležité ritualizovat a strukturalizovat péči s přihlédnutím k těmto aspektům:

- péče založená na principu zohlednění autobiografické anamnézy,
- delegování péče v týmu a na příbuzné pacienta,
- v kontaktu s pacientem používat iniciální kontakt, dotek,
- oslovovat pacienta jemu nejbližší formou,
- struktura dne v koordinaci s jinými týmy.

Pomocí konceptu lze lépe pochopit pacientovu osobnost.

### **Cíle bazálně stimulující péče:**

- zachovat život a zajistit vývoj,
- umožnit klientovi pocítit vlastní život,
- poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry,
- rozvíjet vlastní rytmus klienta,
- umožnit klientovi navázat vztah,
- umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností,
- pomoci klientovi uspořádat jeho život
- poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život.

### **INICIÁLNÍ DOTEK**

- dotek na neutrálním místě na těle člověka (rameno, ruka,...) dle biografické anamnézy.
- používáme ho vždy, když k pacientovi přijdeme, odejdeme a můžeme ho integrovat i během péče, třeba pokud chceme provést nějaký výkon, o něčem ho informovat,
- vhodná místa jsou rameno, paže, ruka,
- musí se podpořit verbálně,
- musí ho používat všichni.

## AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči. Biografická anamnéza může výrazně pomoci ošetřujícím poskytovat profesionální péči. Přesídlení do zdravotnických zařízení je u většiny lidí spojováno s obavami ze ztráty autonomie. Koncept bazální stimulace zohledňuje biografii a umožňuje tak najít v ošetrovatelské péči konstruktivní cestu ke spokojenosti klientů a také ošetřujícího personálu. Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a pochopit jeho chování.

V podstatě je to získání dokonalé a podrobné anamnézy. Zjišťuje vše, co se týká klienta a jeho života před hospitalizací. Pomocí získaných informací se pak může začít plánovat individuální bazálně stimulující péče.

### 1. SOMATICKÁ STIMULACE

Somatické vnímání nám umožňuje vnímat prostřednictvím kožního percepčního orgánu, umožňuje klientovi zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa.

Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek - nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov.

*Předpoklad kvalitního doteku:*

- klid,
- způsob a význam doteku,
- síla a tlak,
- rytmus a opakování,
- sled.

Takový kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci.

*Pravidla kvalitního doteku:*

- omezujte letmé dotyky,
- omezujte rušivé vlivy a nekvalitní doteky,
- omezujte uspěchané činnosti,
- dotek musí být klidný, proveden celou plochou ruky, ne jen prsty,
- pracovat určitým tlakem, který musí být konstantní,



- ritualizovat iniciální dotek (po zjištění autobiografické anamnézy).

*Druhy somatické stimulace:*

- zklidňující somatická stimulace,
- povzbuzující somatická stimulace,
- neurofyziologická somatická stimulace,
- rozvíjející somatická stimulace,
- diametrální somatická stimulace,
- polohování (mumie, hnízdo, mikropolohování)
- masáž stimulující dýchání,
- kontaktní dýchání.

**Celková tělesná koupel dle konceptu bazální stimulace (zklidňující)**

*Provádíme:*

- u klientů s těžkým somatickým postižením,
- ve vigilním komatu,
- neklidní klienti, hyperaktivní,
- klienti úzkostní, ustrašení,
- u umírajících klientů,
- klienti s Morbus Parkinson,
- klienti s různými typy demencí.

*Materiál:*

- 2 žínky, ručníky, teplá voda, oblíbené hygienické pomůcky,
- můžeme provádět i na sucho např. za pomoci froté ponožek.

*Postup:*

- provedeme iniciální dotek, informujeme klienta → klient by měl zkoušet teplotu vody → nejčastěji začínáme na obličeji a naše dlaně se pohybují ve tvaru srdce od středu čela směrem k bradě → pokračujeme na hrudníku od středu trupu k zevní straně → pak umýváme horní končetiny od ramen ke konečkům prstů (po směru chlupu) → dolní končetiny umýváme od pánve ke konečkům prstů (opět po směru chlupu) → záda stimulujeme tak, že postupujeme směrem od páteře k zevní straně trupu.

- utíráme stejným způsobem, jako jsme myli a vždy po umytí jedné části těla hned utřeme ručníkem.
- nikdy nesmíme z klienta spustit obě ruce a při umývání se dotýkáme celou plochou dlaně a oběma rukama zaráz.

### **Povzbuzující somatická stimulace**

#### *Provádíme:*

- u klientů, kde chceme zvýšit úroveň vědomí pacienta, zvýšit jeho pozornost,
- pokud chceme zvýšit svalový tonus, krevní tlak, srdeční frekvenci,
- pokud chceme podpořit aktivitu, připravit klienta na následnou rehabilitaci.
- *Materiál:*
- 2 žínky, vodu studenější, oblíbené hygienické potřeby,
- můžeme provádět i na sucho.

#### *Postup:*

- provedeme iniciální dotek a informujeme klienta, co se s ním bude dít → postup je stejný jako u zklidňující koupele, ale myjeme proti růstu chlupu (končetiny od konečků prstů, hrudník od stran do středu, apod.).
- utíráme opět stejným způsobem, jako jsme myli.
- Dáváme pozor na hodnoty TK, hodnota systolického tlaku se může zvýšit až o 20 mm Hg.

### **Polohování**

- vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách, dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se umocňuje u klientů dezorientovaných.
- pomocí polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o svém těle.
- poskytujeme stimulaci somatickou i vestibulární.
- jsou různé typy polohování, také mikropolohování, apod.
- polohováním lze umocnit stabilizaci vnímání tělesného schématu po předchozí somatické koupeli.

### *Pomůcky:*

- srolované deky, ručníky,
- perličkové polohovací pomůcky.

### *Možnosti změny tělesné pozice:*

- propletení prstů rukou,
- položení rukou na hrudník,
- ohnutí HK k tělu,
- překřížení DK,
- polohování na různě tvrdých matracích,
- polohování pomocí perličkových polštářků,
- mikropolohování,
- poloha mumie,
- poloha hnízdo.

### *Poloha hnízdo:*

- cílem je poskytnout klientovi co nejkvalitnější odpočinek.
- použijeme polštáře, deky, dle možností perličkové polohovací polštáře.
- polohu můžeme aplikovat v pozici v leže na zádech, v leže na boku, na břiše (dle biografické anamnézy).
- deky srolujeme a těmito dekami ohraničíme celé klientovo tělo a pak ho přikryjeme.

### *Poloha mumie:*

- cílem je umožnit klientovi pocítit hranice svého těla, zprostředkovat mu vjemy ze svého těla

### *Indikace:*

- neklidní klienti,
- agresivní, zmatení pacienti,
- klienti v dospávací fázi po narkóze,
- klienti, kteří se probouzejí z kómatu,
- pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, kteří ztratili vnímání hranic svého těla.

*Pomůcky:*

- prostěradlo,
- polohovací perličkové polštáře, nebo improvizací jsou srolované deky.

*Postup:*

- klienta informujeme,
- nejlepší je první poskytnout zklidňující somatickou stimulaci,
- podložíme hlavu polštářem,
- pacientovo tělo (poloha na zádech) obložíme srolovanými dekami, ručníky, polštáři perličkovými a zavineme ho do deky, lépe pevné prostěradlo,
- musíme nechat možnost, aby se mohl sám z této pozice vymanit,
- sledujeme pacienta,
- délka polohy záleží na stavu a reakci klienta.

## **2. VESTIBULÁRNÍ STIMULACE**

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy. Jeho vnitřní sluchový orgán s jeho smyslově rovnovážným ústrojím tak získává stálý přísun podnětů, které může zpracovávat. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostává těchto informací minimálně. BS poskytuje stimuly jejich rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu.

Pokud dochází ke změně polohy jen velice zřídka, ztrácí vestibulární aparát svou schopnost reagovat na změny polohy a může následovat kolaps, nauzea, poruchy orientace ve vlastním těle i prostoru a změny svalového napětí.

*Indikace:*

- klienti imobilní více než 3 dny,
- lidé s omezenou možností pohybu,
- klienti na umělé plicní ventilaci,
- klienti ve vigilním kómatu,
- pacienti s rozvíjející se elasticitou extenzorů a flexorů.

#### *Možnosti vestibulární stimulace:*

- hlavou klienta méně otáčíme do stran, hlava je v neustálém kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje svými rukama, a to tak, aby nezakrýval obličejovou část klienta,
- (provedeme 3-5x),
- sedneme si nebo si klekneme za pacienta do lůžka, opřeme si jeho hlavu o náš hrudník, pevně fixujeme tělo a provádíme pohyby ve směru ležaté osmičky.

### **3. VIBRAČNÍ STIMULACE**

Cílem této stimulace je zprostředkovat klientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Kontraindikací jsou krvácivé stavy, varixy, poranění. Pokud člověk hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se chvěje. toho lze využít a položit ruku klienta na jeho vlastní hrudník (pokud klient vydává zvuky) nebo na hrudník terapeuta. Další možností je přiložit celý hrudník klienta na hrudník terapeuta nebo ještě lépe na hrudník příbuzného. Důležité je, aby to bylo pohodlné pro oba, terapeut nebo příbuzný sedí většinou na zemi a tělo klienta je opřené o tělo sedícího za ním. V této pozici může klient celým hrudníkem vnímat tlak hrudníku terapeuta a také vibrace, které jeho hrudník vydává, když terapeut hovoří.

#### *Možnosti vibrací:*

- hlas: položíme klientovu ruku na náš hrudník a mluvíme, klient pak cítí naše vibrace. Můžeme také položit ruku na jeho hrudník, předpokladem je, aby pacient mluvil,
- ruce: ošetřující vibruje oběma rukama na tělo pacienta,
- elektrické přístroje: ty necháme působit na matraci, na které klient leží.
- tělo na tělo: posadíme se za klienta do lůžka, položíme si jeho trup na náš a vyvoláváme vibrace (mluvením, zpěvem,...) dobré, když to použijí rodinní příslušníci.

#### *Místa aplikace:*

- patní kost,
- vnitřní nebi zevní strana kolene,
- pánev,
- předloktí, paže, ruka, dlaň.

#### 4. OPTICKÁ STIMULACE

Zrakový vjem nám umožňuje orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí, pocit jistoty, schopnost učit se.

Okolí pacienta bývá většinou nudné a bez vizuálních podnětů. Pro optickou stimulaci je důležitá jakákoliv změna tělesné polohy, pak se mění pacientovo zorné pole.

*Zásady optické stimulace:*

- nabízet podněty a předměty které jsou zřetelné,
- umožnit pacientovi vnímat den a noc,
- umístit do zorného pole hodiny,
- oproti bílé zdi nosit barevné oblečení a používat barevné ložní prádlo,
- používat dostatečně velké obrázky a umístit je do jeho zorného pole, nejlépe obrázky, které má uloženy v paměťové stopě (pozor na negativní asociace),
- pokud používá klient brýle, musíme mu je nasadit,
- fotografie je vhodné umístit na okraj zorného pole, protože to pacienta nutí k pohybu s cílem pohlédnout na fotografii,
- u klientů s velmi vážnými poruchami zraku je vhodné volit černobílé obrázky,
- pokud se pacient dívá na televizi, neměl by ji sledovat dlouho a měl by sledovat pořady, které jsou mu blízké a známé,
- vždy pacienta sledovat, jak reaguje na poskytované podněty
- pozor na negativní emoce
- nepozorovat stále stejné objekty, to vyvolává halucinaci dezorientaci,
- pozor na stále zapnuté zářivky, oslepují.

Opět u této stimulace zohledňujeme autobiografickou anamnézu a variabilita záleží na kreativitě ošetřujícího personálu.

Zejména u geriatrických pacientů využíváme aktivní práce s klientem a fotografiemi, kdy ho aktivizujeme a motivujeme k vyprávění.

## 5. AUDITIVNÍ STIMULACE

Cílem je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky. Ošetřující by měli zvolit jednoduchou a zřetelnou formu slovního kontaktu a poskytnout pacientovi možnost jasně rozlišit, kdy se hovoří s ním, a kdy s jeho okolím.

*Možnosti auditivní stimulace:*

- hudba
  - ⇒ nenasazovat sluchátka, pokud to klient neužíval už v minulosti,
  - ⇒ důležité je znát autobiografii,
  - ⇒ nabízet oblíbenou hudbu,
  - ⇒ pozorujeme reakce klienta,
- vyprávění
  - ⇒ vhodný je hlas příbuzných,
  - ⇒ vzpomínat na příjemné vzpomínky,
  - ⇒ vhodné je použití i fotografií,
- zpěv,
- nástroje.

*Zásady auditivní stimulace:*

- přivítání se a rozloučení se vždy stejnými slovy (i personál, i příbuzní),
- při oslovení použít iniciální dotek,
- hovořit pomalu, jasně, zřetelně,
- hovořit v obvyklé tónině hlasu a hlasitosti,
- nepoužívat zdobněliny,
- nehovořit s více osobami najednou,
- příbuzní by měli hovořit s pacientem v jeho známé a vlastní formě,
- redukovat rušivé zvuky,
- nabízet známé zvuky a zohlednit biografii,
- klienti by měli sedět slyšícím uchem k dění, ne ke dveřím, kdo hůře slyší, je rychleji unaven.

## 6. ORÁLNÍ STIMULACE

Ústa jsou nejcitlivější a nejaktivnější tělesná zóna. Slouží k příjmu potravy, ke komunikaci, k vyjádření emocí, k dýchání, někdy i jako pracovní nástroj a k různým prožitkům. Umožňují nám zjistit jakou mají různé věci chuť, vůni, konzistenci. Člověk vnímá svá ústa jako intimní a osobní zónu.

Orální stimulaci provádíme pomocí tzv. cucacího váčku ( kousek poživatiny, která je klientovi příjemná, která mu chutná, zabalená v mulu), který před vložením do úst smočíme v minerální vodě. Tento cucací váček pak vložíme do úst klienta. Cílem váčků je zvýšení pozornosti, zprostředkování nových vjemů a zkušeností, stimulace jazykových svalů, znovuoobnovení schopnosti řeči, nabídnout jistotu a důvěru, doprovod k umírání a nácvik pevného sousta.

*Postup u klientů, kteří neotvírají ústa:*

- iniciální dotek
- čichová stimulace
- dotek pacienta na hlavě
- manuální stimulace slinných žláz
- lehká stimulace rtů
- protitlak - jednu ruku položit na hlavu, druhou pevně na bradu, takto se většinou otevrou ústa a pacient polkne

Vlastní příjem potravy má fázi perorální a orální, kdy se snoubí vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační.

*Pravidla při krmení:*

- vhodná pozice, tedy v sedě,
- nespěchat,
- po polknutí uvíli počkat,
- před vložením dalšího sousta, musí být ústa vyprázdněna,
- po jídle umožnit klientovi péči a dutinu ústní,
- pokud to jde, nechat klienta 30 minut v sedě,
- nepřerušujeme kontakt s pacientem.



## **7. OLFAKTORICKÁ STIMULACE**

Vůně i různé pachy jsou pro nás všechny hlavními vyvolavateli vzpomínek. Různé vůně asociují různé vzpomínky. Olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální. Opět bychom měli zjistit, které vůně jsou klientovi příjemné, protože jinak můžeme vyvolat negativní stimulaci.

Olfaktorické stimuly nenabízíme kontinuálně, jinak si na něj klient zvykne. Při této stimulaci používáme osobní toaletní potřeby klienta, jeho parfémy, deodoranty, vůně, které mu připomínají určité věci, práci, koníčky apod. Nevhodné je požívání vonných svíček. Opět pracujeme s biografií klienta a zjišťujeme libé a nelibé.

## **8. TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE**

Lidská ruka dokáže rozpoznávat předměty, umožňuje nám neustále během života získávat zkušenosti a ty pak následně uchovávat v paměti. Neklidní klienti, jejichž ruce jsou hyperaktivní mají většinou potřebu identifikovat předmět nebo potřebují taktilně-haptickou stimulaci. Pacienti tahají za močové cévky, drény, stahují deku, rolují povlečení, svlékají se, odepínají si plenkové kalhotky, trhají je na kousíčky, žmoulají v ruce kapesník, vat, stolic, aj. Bazální stimulace vnímá tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace a insuficience své vlastní aktivity. Klienti se snaží neznámé předměty někde zařadit, ale jelikož je z dřívějšíka neznali (drény, katetry, apod.), vyvolávají u nich pocit strachu, nejistoty, nebezpečí. A právě taktilně-haptická stimulace, za pomoci jim známým předmětům, umožňuje stimulaci smysluplnou. Bývají to předměty z osobního života, ať už z práce nebo z domova (talismany, oblíbené předměty, hračky u dětí, předměty pro výkon povolání, předměty nutné pro provozování koníčků, předměty denního života jako klíče, telefon, aj., předměty k osobní toaletě, ručníky, apod.

Stimulaci provádíme buď asistovaně, pokud klient není schopen uchopit předmět nebo pacient si svůj předmět probírá v rukou sám. Pokud to jde, kombinujeme s optickou, auditivní i olfaktorickou stimulací.

## **DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

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

**Použitá literatura a prameny:**

1. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl.* 3. vydání. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2007. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace.* 6. vydání. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwachter. 2008. 23 s.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace.* 6. vydání. Frýdek Místek: Tiskárna Kleinwachter. 2008. 31 s.

**Kontaktní adresa autorek:**

Mgr. Anna Krátká, Romana Syřenová

FHS UTB ve Zlíně

Institut zdravotnických studií

e-mail: kratka@fhs.utb.cz

romanasyrenova@seznam.cz