

# Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči

Veronika Mňáčková



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Mňáčková**  
Osobní číslo: **H18543**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

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

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu s designem případové studie.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

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

### Seznam doporučené literatury:

BIENSTEIN, F. und A. FROHLICH. *Basale stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen*. 8. Auflage. Göttingen: Hubert & Co., 2016. 296 s. ISBN: 978-3-456-85648-3.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy (praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách)*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. 216 s. ISBN 978-80-907053-1-9.

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 344 s. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2019. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

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

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**



---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

**PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....14.5.2024

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

3) *Odpirá-li autor takového díla udělu 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 užit 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči. V teoretické části jsme se zaměřili na koncept Bazální stimulace a na hospicovou péči. V praktické části bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum. Zpracované případové studie dokumentují praktické využití prvků a technik konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči. Praktickým výstupem práce je vytvoření informační brožurky o konceptu Bazální stimulace pro rodinné příslušníky a blízké hospicových pacientů.

Klíčová slova: bazální stimulace, hospicová péče, pacient, ošetrovatelská péče, rodinní příslušníci

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the use of the Basale stimulation concept in patients in inpatient hospice care. In the theoretical part we focused on the Basale stimulation concept and hospice care. Quality research was used in the practical part of the Bachelor thesis. Processed case studies are documenting practical use of elements and techniques of Basale stimulation concept applied toward patients in inpatient hospice care. Practical work output is a creation of an informational brochure about the concept of Basale stimulation for patient's family members and their loved ones.

Keywords: basale stimulation, hospice care, patient, nursing care, family members

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Silvii Svobodové za vedení, cenné rady a připomínky při psaní této práce. Děkuji kolegyním a rodinám, které mně byly nakloněny při sběru dat pro výzkumné šetření, zaměstnancům knihovny KNTB za pomoc při hledání literatury a mé rodině za podporu během studia.

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

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>12</b>
1.1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	14
1.2 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	15
1.3 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V ČESKÉ REPUBLICE .....	16
<b>2 HOSPICOVÁ PÉČE</b> .....	<b>17</b>
2.1 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	18
2.2 VÝVOJ HOSPICOVÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	19
2.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V HOSPICOVÉ PÉČI.....	20
2.4 POTŘEBY PACIENTŮ V HOSPICOVÉ PÉČI .....	21
2.5 PODPORA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ V HOSPICOVÉ PÉČI .....	23
<b>3 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V HOSPICOVÉ PÉČI O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY</b> .....	<b>24</b>
3.1 SOMATICKÁ STIMULACE.....	25
3.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE .....	27
3.3 ORÁLNÍ STIMULACE .....	27
3.4 AUDITIVNÍ STIMULACE .....	28
3.5 OPTICKÁ STIMULACE.....	29
3.6 OLFAKTORICKÁ STIMULACE.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>4 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>32</b>
4.1 CÍL PRÁCE .....	32
4.2 METODA VÝZKUMU.....	32
<b>5 PŘÍPADOVÉ STUDIE</b> .....	<b>35</b>
5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1.....	35
5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	41
5.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3.....	45
5.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4.....	49
5.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 5.....	53
5.6 ZOBECNĚNÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ .....	57
<b>6 PRAKTICKÝ VÝSTUP</b> .....	<b>60</b>
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>61</b>



<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>
<b>PŘÍLOHA I .....</b>	<b>73</b>
<b>PŘÍLOHA II.....</b>	<b>75</b>
<b>PŘÍLOHA III .....</b>	<b>77</b>
<b>PŘÍLOHA IV .....</b>	<b>79</b>
<b>PŘÍLOHA V .....</b>	<b>87</b>
<b>PŘÍLOHA VI .....</b>	<b>90</b>

## ÚVOD

Bazální stimulace je v mnoha zdravotnických zařízeních začleněna do ošetrovatelské péče. Pomáhá uspokojovat potřeby a zvyšuje kvalitu života nemocného. Přináší do zdravotnictví jiný rozměr a poskytuje ošetřujícím nový pohled a směr při výkonu jejich povolání. V současné době se řadí mezi nejčastěji využívané koncepty. Je neodmyslitelnou součástí také péče paliativní, zvláště při ošetřování nemocných se změnami v oblasti vnímání, komunikace a hybnosti. Vede k cílenému a kvalifikovanému zmírňování utrpení umírajícího člověka s podporou a zachování jeho důstojnosti.

Mnohdy mají členové rodiny pocit, že nemohou pro nemocného již nic udělat a smí jen přihlížet činnostem pečujících. Vhodnou edukací o bazální stimulaci umožníme příbuzným se zapojit do péče a začlenit je do aktivit s umírajícím. Složitý proces umírání s sebou přináší mnoho těžkých emočních chvil a koncept může být prostředníkem ke zlepšení komunikace mezi členy rodiny a umírajícím.

Některé prvky a techniky mohou pomoci mírnit bolesti, uvolňovat spasmy, zklidňovat nebo naopak povzbuzovat a pomáhat v budování důvěry mezi ošetřujícím a nemocným.

Poprvé jsem se s bazální stimulací setkala před několika lety v lůžkovém hospici, kde jsem pracovala jako pečovatelka. Tehdy bazální péči docházela do zařízení dvakrát týdně aplikovat všeobecná sestra se základním a nastavbovým kurzem. Hospicový personál nebyl o jednotlivých technikách a prvcích konceptu proškolen. Všechny pracovníky bazálně ošetrovatelská péče zaujala a postupně jsme se snažili začlenit a aplikovat jednotlivé metody u našich pacientů. Když se mi při studiu na vysoké škole naskytla možnost absolvovat certifikovaný základní kurz bazální stimulace, bez dlouhého rozmýšlení jsem se do něho přihlásila. A následně jsem se rozhodla věnovat tématu využití konceptu Bazální stimulace v hospicové péči ve své bakalářské práci.

Chtěla bych tak motivovat ošetřující personál, všeobecné sestry, ale i rodinné příslušníky, kteří se starají a doprovázejí umírající osoby k aplikaci vybraných technik a prvků, protože koncept může být nápomocný při posledních chvílích pacientova života a současně je přínosný i pro jeho blízké a ošetřující personál.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je vědecko-psychologicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, pohyb a komunikaci jedince v co nejvyšší možné míře kvality a důstojnosti (Friedlová, 2018, s. 17). Je zaměřen na základní potřeby člověka v různých obtížných situacích. Podstatou je poskytování individuální bazálně ošetrovatelské péče a umožnění prožití kvalitního života lidem s různým typem postižení (Fröhlich und Bienstein, 2016, s. 18). Péče je poskytována formou cílené stimulace, kterou lze aktivovat činnost mozku, a tím podpořit pohyb, vnímání a komunikaci (Friedlová, 2007 s. 19). Při aplikaci poskytovatelé stimulují lidské tělo, aby nemocný vnímal sám sebe a okolní svět (Fröhlich und Bienstein, 2016, s. 15).

Předpokladem je práce s autobiografií klienta a začlenění jeho příbuzných do ošetrovatelské péče. Koncept má vypracované techniky, které stimulují vnímání tělesného schématu. Péče umožňuje neustálý přísun podnětů nemocnému z vlastního organismu a z okolního prostředí, které podporuje udržení hustoty dendritické arborizace a vznik nových spojení mezi neurony (Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019).

Bazální stimulace je využívána v nemocnicích, zejména na jednotkách intenzivní péče, v neonatologii, v sociálních zařízeních, paliativní a hospicové péči a v domovech pro seniory. Je poskytována osobám, které trpí neuromuskulárním, kognitivním a jiným těžkým nebo chronickým onemocněním (Friedlová, 2018, s. 20). Uplatňuje se i ve fázi umírání, kdy nemocnému nabídne úlevu a podpoří doprovodný proces při umírání. Pro klienty, jejichž život se blíží ke konci, může holistická, bazálně stimulující péče být nápomocná při jejich odchodu (Fröhlich und Bienstein, 2016, s. 15).

Aby ošetroující personál kvalitně prováděl prvky a techniky konceptu v praxi, je potřebné absolvovat certifikovaný kurz pod vedením proškoleného lektora, který má absolvované specializační studium „Praxisbegleiter für Basale Stimulation®“ a získal diplom se svým registračním číslem a současně má udělenou licenci pro výuku tohoto konceptu (Friedlová, 2018, s. 24).

Při vedení bazálního dialogu je důležitá týmová spolupráce a je možné využít také odborných supervizí. Pravidelné konzultace a vedení dokumentace o aplikaci konceptu jsou součástí poskytování a realizace kvalitní bazálně ošetrovatelské péče. Snahou je začlenit i rodinné příslušníky a blízké klienta/pacienta (Friedlová, 2018, s. 20–21; Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019).

Koncept Bazální stimulace se zaměřuje na tři základní oblasti, na vnímání, komunikaci a pohyb. Pacient, který vnímá své tělo, může vnímat své okolí a na základě vnímání sebe samotného a vnímání okolí může navázat komunikaci na jiných úrovních nežli pouze verbálních (Friedlová, 2006, s. 15).

Vnímání neboli percepce je proces, který zpracovává vjemy. Na základě toho získáme představu o vnějším světě. Je podmíněno vědomím a ovlivněno předchozí zkušeností, která má velký vliv na vytvoření vjemu. Lidské vědomí je definováno jako stav bdělosti, ve kterém je člověk schopen sebeuvědomění, orientované pozornosti, záměrného jednání a myšlení. S vědomím se pojí i speciální sensorické systémy, které přinášejí zprávy o okolí. Mezi tyto systémy patří zrak, čich, chuť, sluch, vnímání polohy a pohyby hlavy. Stimulace vnímání podporuje hybnost, kdy důležitým podnětem je motivace (Friedlová, 2007, s. 21; Kittnar a kol., 2020, s. 589).

Komunikace je jedna ze základních vědomých činností každého jedince. Slouží k interakci mezi lidmi, udržuje a vytváří mezilidské vztahy. Aby mohla komunikace fungovat, je důležité, aby komunikant i komunikátor využívali stejnou formu komunikace a byli schopni tento druh vnímat, analyzovat a následně na něj reagovat (Friedlová, 2007, s. 29). V bazální stimulaci je nejčastěji využívána forma neverbální. Pokud je pacient ve stavu, kdy není schopen komunikovat na základně mluveného slova, je důležité se zaměřit na takzvané komunikační kanály. Tyto kanály využívá pacient jako formu komunikace se svým okolím (Tomová a Křivková, 2016, s. 303–304). Je důležité si uvědomit, že klient/pacient nemusí spolupracovat, zvláště je-li v hlubokém bezvědomí. Je fyzicky přítomen, ale nekomunikuje s námi konvenčními prostředky. Hluboké bezvědomí a život v kómatu nemusí nutně znamenat, že člověk není v kontaktu s okolním světem (Fröhlich a Bienstein, 2016, s. 16).

Pohyb je základní nástroj, který provází jedince po celý život. Zabezpečuje člověku především sociální interakci a personální individualizaci, umožňuje reflexi sebe samého, respektive svého těla i těl jiných lidí (Novosad, 2011, s. 39). Je důležitý k zajištění chůze, udržení pozice těla, k dýchání, vyprazdňování, rozmnožování a k práci (Friedlová, 2007, s. 25). Sníženou hybností, imobilitou či poruchou svalového napětí dochází ke sníženému vnímání podnětů z vnitřního a vnějšího světa. K podpoře hybnosti využívá koncept metody všech základních i nastavbových prvků (Friedlová, 2007, s. 29; Friedlová, 2018, s. 34).

## 1.1 Teoretická východiska konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace vychází ze čtyř modelů. Jedná se o neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina, vývojově-genetický přístup podle Piageta, fyzioterapeutický model vývoje podle Bobatha a teorii o časných formách vlastního uvědomění podle Adlera. Modely staví na tom, že nejdůležitější pro vývoj jedince je interakce s okolím (Müller, 2014, s. 363).

Johannes Pechstein v modelu zformuloval teze, že vývoj mozku není závislý pouze na biologických a genetických skutečnostech, ale základem pro jeho vývoj je stimulace vnějšími podněty. Absence těchto podnětů může vést k nedostatečnému vývoji mozku; nervové buňky nejsou dostatečně propojeny a dochází ke snížení mozkové činnosti a výkonnosti (Friedlová, 2018, s. 52).

Jean Piaget ve svém modelu vychází z teze, že vývoj jedince je podmíněn na základě vzájemné interakce mezi biologickými, genetickými faktory a vnějšími podněty. Dítě se na základě svých pohybů a senzomotorického vnímání učí chápat a snaží se porozumět okolnímu světu. Pokud je jedinec omezen ve své mobilitě, dochází k těžkému vybudování schémat jednání, čímž může dojít k celkovému postižení kognitivního vývoje (Müller, 2014, s. 363; Friedlová, 2018, s. 52).

Bobathův fyzioterapeutický model se využívá u osob s funkční poruchou motoriky. Je zaměřen na všechny věkové kategorie, které trpí senzomotorickou poruchou, vývojovým zpožděním nebo neuromuskulárním onemocněním. Dr. Fröhlich rozšířil myšlenku tvorby motorických drah v oblasti fyzioterapie na oblast celistvého vnímání jedince (Friedlová, 2007, s. 28; Naumer and Heilig, 2020, s. 104).

Dr. Fröhlich při tvorbě vycházel také z teorie o časných formách vlastního uvědomění podle rakouského lékaře a psychoterapeuta Alfreda Adlera, který tvrdil, že schopnost uvědomění si svého já se vyvíjí již před narozením (Friedlová, 2018, s. 53). Při začlenění konceptu do ošetrovatelské péče se východisky pro koncept staly také poznatky z ošetrovatelství, z modelu Nancy Roperové, model péče vycházející z aktivit denního života (Friedlová, 2018, s. 54).

Na základě uvedených východisek zakladatelé konceptu, prof. A. Fröhlich a prof. Ch. Bienstein vytvořili deset centrálních cílů, které se poskytovatelé bazální stimulace snaží během poskytování stimulace naplňovat. Vytvořením cílů dosáhl koncept jednotný směr. S cíli mohou pracovat různí pracovníci, kteří se podílejí v péči o pacienta. Mohou to být všeobecné sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, členové rodiny a další. Cíle byly tvořeny na základě Maslowovy pyramidy potřeb. Autoři konceptu cíle strukturovali

pro pacienty s poruchou vnímání, pohybu a komunikace (Friedlová, 2018, s. 41–42). Patří zde umožnění vnímání sebe samotného a vlastního života, zachování pocitu jistoty a důvěry, poznání okolního světa a pocit smysluplnosti při vykonávání určitých věcí či konaných činností. Rozvoj vlastního rytmu, navazování vztahů a rozvoj osobnosti. (Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019).

Při aplikaci konceptu Bazální stimulace v praxi je doporučeno dodržovat zásady tzv. „Desatera bazální stimulace“. Při práci s klientem se terapeut přivítá vhodným oslovením a iniciálním dotekem. V průběhu aplikace technik a prvků hovoří srozumitelně, jasně a pomalu, nezvyšuje hlas a mluví přirozeným tónem. Nepoužívá zdrobněliny. Neverbální projev by měl odpovídat verbálnímu. Během poskytování se hovoří pouze s osobou, které aplikujeme prvky a techniky konceptu. Klidné prostředí a snížení rušivých elementů v okolí nám zajistí vhodné podmínky pro aplikaci bazální stimulace. Je důležité umožnit nemocnému projevit se, komunikovat podle jeho možností (Friedlová, 2007, s. 39; Kapounová, 2020 s. 143).

## 1.2 Historie konceptu Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace má kořeny v Německu v 70. letech minulého století. Jeho autorem je speciální pedagog, profesor Andreas Fröhlich. Při vývoji konceptu autor využíval poznatků z oborů fyziologie, neurologie, vývojové psychologie a embryologie (Friedlová, 2018, s. 22). Jako pedagog se věnoval dětským pacientům v Rehabilitačním centru v německém městě Landstuhl/Pfalz. Zde začal jednotlivé prvky a techniky postupně aplikovat. Dr. Fröhlichovi se dařilo na základě prvků a metod bazální stimulace u dětí stimulovat a podpořit jejich smyslovou komunikaci. (Basale Stimulation, online, ©2020) Profesor Andreas Fröhlich působil v průběhu svého života na univerzitách v Mainzu a Heidelbergu, kde se věnoval pedagogickému a filozofickému vzdělávání a současně rozvoji a propagaci konceptu Bazální stimulace. Je součástí prezidia Mezinárodní asociace Bazální stimulace (Friedlová, 2018, s. 22). Významnou osobností spojenou s konceptem Bazální stimulace se stala profesorka Christel Bienstein. Pochází také z Německa, byla zdravotní sestrou na intenzivní péči a současně pedagožka. V 80. letech minulého století ji myšlenka konceptu Bazální stimulace nadchla a začala spolupracovat na uplatňování jednotlivých prvků a technik konceptu u pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči; přenesla koncept Bazální stimulace do ošetrovatelství. S profesorem Fröhlichem se zaměřili na pacienty se sníženou schopností pohybu, komunikace a vnímání (Friedlová, 2006, s. 6). Profesorka Bienstein se zúčastnila mnoha výzkumných projektů i mimo koncept, podílela se na rozšíření hodnocení dle Nortonové

a od roku 1994 vedla Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě Univerzity Witten/Herdecke v Německu. Zasloužila se jednak o rozvoj ošetrovatelství a současně o uplatnění konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelství (Friedlová, 2018, s. 23).

### 1.3 Vývoj konceptu Bazální stimulace v České republice

S konceptem bazální stimulace se v České republice setkáváme přibližně od roku 2000, kdy převážně doktorka Karolína Friedlová začala zveřejňovat své články v odborných periodikách o konceptu Bazální stimulaci pro odbornou veřejnost (Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019). V roce 2003 začaly být proškoleny první pracoviště, speciální školy, zdravotní zařízení a sociální služby. Bazální stimulace se začala postupně stávat součástí naší ošetrovatelské péče; certifikované kurzy bazální stimulace nejprve začala lektorovat Karolína Friedlová a následně další certifikovaní lektori (Friedlová, 2009, s. 16). Dr. Friedlová je první českou certifikovanou lektorkou v konceptu Bazální stimulace a svojí snahou přispěla k zavedení a prosazení konceptu Bazální stimulace na území České a Slovenské republiky. Založila v roce 2005 akreditovaný INSTITUT Bazální stimulace, jeho otevření se účastnila i profesorka Christel Bienstein. Cílem vytvoření tohoto institutu bylo proškolit tým lektorů, kteří budou aplikovat prvky konceptu Bazální stimulace na pracovištích jako je intenzivní péče, následná péče a v zařízeních sociálních služeb (Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019).

Koncept je zahrnut do vyhlášky č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Paragraf 4 uvádí, že všeobecná sestra může provádět metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility (Česko, 2019).

Od roku 2006 začala dr. Friedlová poskytovat také odborné supervize na pracovištích, které prošly školením. Slouží k podpoře a motivaci personálu při využívání konceptu. Záměrem je odborné poradenství, které ujasní provádění praktické aplikace prvků a technik (Friedlová, 2009, s. 16–17). V současné době s konceptem pracují zdravotnická, sociální zařízení a agentury domácí péče. V České republice je proškoleny více než 400 pracovišť Institutem dr. Friedlové, další pracoviště jsou proškoleny dalšími třemi certifikovanými lektorkami, které spolupůsobí v naší republice. Institut vydává certifikaci pro proškolená pracoviště na pět let, certifikovaných pracovišť je téměř 120 (Friedlová, 2007, s. 17; Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche, online, ©2004–2019).



## 2 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospicová péče je formou specializované zdravotní, sociální a psychologicko-spirituální služby, která je poskytována pacientům, jejichž předpokládaná prognóza délky života je kratší než šest měsíců a byla u nich ukončena aktivní léčba. Je poskytována tam, kde selhala léčba kurativní. V hospicových zařízeních, lůžkových i domácích, je poskytována specializovaná paliativní péče, která je určena pacientům v terminálním stadiu (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, online, ©2017).

Na péči se podílí multidisciplinární tým, který se vzdělává v oboru paliativní medicíny, a který klade důraz na kvalitu života a na uspokojení pacientových potřeb, tišení bolesti a zmírňování příznaků onemocnění. Hospicová péče, na rozdíl od nemocničních zařízení, se výrazně zaměřuje také na psychologické, sociální a spirituální aspekty (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a Vodáčková, 2015, s. 12; Kupka, 2014, s. 26). Nejsou využívány vyšetřovací a diagnostické metody, které jsou bez terapeutického efektu (Kabelka, 2018, s. 34). V péči je zahrnuta jak starostlivost o nemocného, tak i o jeho rodinu, protože nejbližší příbuzní potřebují také pomoc a podporu (Marková, 2010, s. 19).

Poskytování hospicové péče se rozděluje na tři období, která korespondují s procesem umírání, *pre finem*, *in finem* a *post finem*. První období, *pre finem*, zahrnuje časový prostor, kdy zdravotní stav nemocného již nelze kurativně zlepšit; dochází k postupnému zhoršení zdravotního stavu, nemocný si uvědomuje blížící se konec. Ve druhém období, *in finem*, nemocnému ubývají síly, ztrácí zájem o své okolí, převažuje únava, pacient se cítí slabý, trpí nechutenstvím. Příbuzní se s blízkým začínají loučit. Třetí období, *post finem*, charakterizuje rozloučení se zemřelým, péče o tělo a doprovázení pozůstalých (Svatošová, 2008 cit. podle Marková 2010, s. 28). Hospicová péče nabízí cílevědomou, ucelenou kvalifikovanou podporu osobám se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (Kalvach a kol., 2019, s. 14). Je určena pacientům s onkologickým onemocněním po ukončení protinádorové léčby, geriatrickým s pokročilými projevy geriatrické křehkosti, po kraniocerebrálním traumatu nebo dalších formách mozkových příhod, pacientům s diagnostikovanou demencí, depresí, poruchami příjmu potravy, s pokročilým orgánovým selháním, s nevléčitelnými plicními chorobami nebo s pokročilým stadiem neurodegenerativních chorob (Kabelka, 2018, s. 34).

Zřizovateli těchto zdravotnických zařízení jsou soukromoprávními subjekty, které poskytují zdravotní a sociální služby a propojují se tak oblastí dvou státních resortů, Ministerstva

zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Získané finanční zdroje od zdravotních pojišťoven nepokryjí veškeré náklady hospicové péče, hospice jsou nuceny pro jejich chod získávat další finanční prostředky, které jim poskytování péče umožní. Jednou z možností je fundraising. Slouží neziskovým organizacím, které potřebují pomoc k uskutečnění svého poslání, finanční i nefinanční (Boukal, 2013, s. 34; Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a Vodáčková, 2015, s. 48).

## 2.1 Formy hospicové péče

Lůžková hospicová péče neboli lůžkový hospic je zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči. Kromě zdravotní poskytuje sociální a spirituální péči, zajišťuje poradenství nemocným a jejich rodinám a pracuje s pozůstalými (Marková, 2010, s. 27). Tato zařízení mívají k dispozici kolem 25–35 lůžek. Pacientům je poskytována specializovaná paliativní péče na úrovni, které se jim v běžných zdravotnických zařízeních nedostává. Je vytvářeno prostředí, ve kterém se bude pacient cítit dobře a bude mu umožněno trávit poslední chvíle s blízkými. Přijímání jsou pacienti s nevléčitelnou chorobou v terminálním nebo preterminálním stadiu života (Kupka, 2014, s. 32). Do lůžkového hospicového zařízení je přijímána osoba na základě svého svobodného rozhodnutí, v mnoha případech tehdy, pokud nemůže využít služeb domácí hospicové péče (Marková, 2010, s. 27).

Domácí hospicová péče neboli mobilní hospic je jednou z nejrozšířenějších forem specializované paliativní péče poskytované v domácím prostředí. Garantuje trvalou dostupnost péče 24 hodin 7 dní v týdnu a je zprostředkována formou návštěv nemocného (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2011, s. 31). Zahrnuje lékařské vyšetření a ošetření, ošetrovatelskou a rehabilitační péči a sociální a spirituální služby. Nemocný a rodina jsou aktivně zapojeni do rozhodování a podílí se na poskytované péči. Je určena nemocným a jejich rodinám, kteří se rozhodli starat o svého blízkého doma a všem, kteří projeví přání odejít z nemocnice nebo hospice a mohou se spolehnout na podporu rodiny nebo blízkých. Respektuje jejich integritu, sociální prostředí a kvalitu života. O nemocného se stará multidisciplinární tým, který je schopen řešit všechny situace, které se mohou vyskytnout při péči o umírajícího (Marková, 2010, s. 22).

Stacionární hospicová péče je zajišťována formou denních pobytů v lůžkovém hospici. Pacienti navštěvují hospic dle potřeby, většinou jsou přijati ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Důvodem využití denního hospicového stacionáře může být specifická paliativní léčba, která si vyžaduje dohled lékaře a současně se může jednat o opatření, které pomáhá rodinným

příslušníkům, kteří pečují o svého blízkého získat prostor na vyřízení neodkladných záležitostí a předchází vyčerpanosti pečující rodiny (Kupka, 2014, s. 32).

Kromě lůžkové hospicové a domácí hospicové péče existují v České republice i další možnosti důstojné péče o umírajícího člověka. Jedná se o lůžka hospicového typu nebo rodinné pokoje v nemocnicích a domovech pro seniory (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2011, s. 31).

## 2.2 Vývoj hospicové péče v České republice

Hospice začali vznikat jako samostatná rezidenční zařízení v devadesátých letech 20. století. Již koncem roku 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení specializované hospicové péče. Lékařka, MUDr. Marie Opatrná, připravovala vznik prvního hospice v Praze v Rooseveltově ulici, avšak na základě nepochopení ze strany společnosti nebyl hospic otevřen. Prvním zařízením poskytujícím specializovanou paliativní péči se stala v roce 1992 nemocnice v Babicích nad Svitavou, bohužel bylo později zařízení změněno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné (Bužgová, 2015, s. 20).

Významnou osobností, která se zasloužila, v devadesátých letech minulého století o rozvoj hospicového hnutí v České republice, je lékařka, MUDr. Marie Svatošová. V roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu hospicové péče s názvem Ecce homo, které v roce 1996 podpořilo vznik prvního samostatného hospice v Červeném Kostelci. Během následujících let začala vznikat další samostatná hospicová zařízení po celé České republice. Hospice byly a jsou zakládány občanskými sdruženími, církevními organizacemi, obecně prospěšnými společnostmi a příspěvkovými organizacemi regionální samosprávy (Bužgová, 2015, s. 21; Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a Vodáčková, 2015, s. 39).

K rozvoji hospicové péče v naší zemi přispěla také Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPPO) založená v roce 2005. Její snahou je sdružovat poskytovatele lůžkové a mobilní hospicové péče. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví se podílela v roce 2005 na vytvoření prvních Standardů kvality hospicové paliativní péče v ČR a v roce 2007 prosadila uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče. V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) s cílem rozvíjet a podporovat vzdělávání v paliativní péči. Důležitým krokem byl také vznik Centra paliativní péče se sídlem v Praze v roce 2014 pod vedením doktora Martina Loučky. (Bužgová, 2015, s. 21).

V dnešní době je na území České republiky 35 hospicových zařízení, která jsou členy Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Některá lůžková hospicová zařízení poskytují

zároveň domácí hospicovou péčí. Většinou se nachází dvě až tři zařízení na území jednoho kraje (Mapa hospiců, online, ©2021).

### 2.3 Multidisciplinární tým v hospicové péči

Práce v týmu je nedílnou součástí filozofie paliativní péče od jejích počátků, je zakotvena v jejích standardech a praxi. Multidisciplinární tým v hospicové péči sestává z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, psychologa, nutričního terapeuta, kaplana/pastoračního pracovníka, pečovatelek, dobrovolníků a dalších pracovníků. Spoluprací všech uvedených členů docílíme kvalitní péče, která se zaměřuje na potřeby a přání umírajícího. Náplň práce multidisciplinárního týmu vychází z holistického pojetí člověka. Poskytuje komplexní péči o pacienta v pokročilém nebo konečném stadiu nevléčitelné choroby a jeho blízké, a to v oblasti tělesné, psychické, sociální a duchovní. Cílem multidisciplinárního týmu je podpora a pomoc při hledání cesty přijetí nevléčitelné nemoci pacienta. Zahrnuje zdravotně sociální šetření zaměřující se na zajištění lékařské péče, výběr vhodných služeb, poskytnutí psychologické podpory nemocnému a jeho blízkým, tišení úzkosti, strachu a zármutku (Gutová, Martinková a Otcová, online, ©2020).

Mezi strategie, které pomáhají profesionálům sdílet informace a lépe koordinovat péči, patří pravidelná pracovní setkávání a supervize, kde jsou sdíleny podrobnosti o pacientech a jsou hledány cesty, jak zajistit a zkoordinovat potřebnou péči. Komunikace může probíhat formou běžného rozhovoru nebo osobní schůzky mezi dvěma a více pracovníky. Záměrem setkání je hledání společných řešení, kompromisů a společných cílů. Je možné pozvat na setkání i členy rodiny, kteří mohou se členy týmu spolupracovat a sdílet své názory nebo poznatky (Kabelka, 2018, s. 283).

Základem pro vytvoření kvalitního týmu v hospicové péči je společný ideál a pochopení role a přínosu každého člena k dosažení úspěšných výsledků. Každý člen přispívá svými specifickými dovednostmi, zkušenostmi, postoji a hodnotami. Všichni členové týmu musí partnersky spolupracovat a respektovat úhel pohledu jiné profese (Svatošová, 2011, s. 129).

Sestry mají velmi důležitou roli v týmu hospicové péče. Pacientovi objasňují vše, co ho zajímá. Ostatní členy týmu informují a předávají jim své poznatky o pacientovi i jeho rodinných příslušnících. Úlohou hospicové sestry je koordinace a realizace plánu péče o umírajícího pacienta (Marková 2010, s. 35).

## 2.4 Potřeby pacientů v hospicové péči

Potřebu lze definovat jako požadavek nezbytný pro biologický, psychický a sociální život člověka. Jednou ze základních klasifikací je Maslowova hierarchie potřeb, obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, lásky a sounáležitosti, potřebu uznání a seberealizace. I hierarchie potřeb umírajícího může být založena na tomto modelu. V souvislosti s péčí o nemocné v terminálním stadiu se nejčastěji hovoří o potřebách biologických, psychosociálních a spirituálních. Včasné zjištění potřeb nemocného a následné diskuse o jejich rozsahu je jednou z podmínek pro dosažení kvalitní poskytované paliativní péče. Potřeby u nemocných jsou závislé především na druhu onemocnění, na sociálních podmínkách, a zejména na pacientovi samotném (Bužgová, 2015, s. 41).

Hodnocení potřeb je důležité především z důvodu rozpoznání oblastí, které nemocný a jeho blízcí považují za důležité a vymezení oblastí, ve kterých potřebují pomoc. Použití měřicích nástrojů může pomoci rozvinout diskusi s nemocným a členy týmu. Pozornost je věnována především potřebám, které vyjádří nemocný. Při hodnocení je to klient, kdo určuje, které potřeby jsou důležité (Bužgová, 2015, s. 41, 44).

Mezi hlavní potřeby u nemocných v terminálním stadiu patří především kvalifikovaná hodnotná zdravotní péče, kvalitní tlumení bolesti a dalších symptomů spojených s umíráním (Kalvach a kol., 2019, s. 19).

Základní fyziologické a tělesné potřeby jsou prioritní, a proto musí být uspokojovány nejdříve. Patří mezi ně potřeba dýchání, spánku, přijímání tekutin a potravy, vylučování a vyměšování a potřeba fyzické aktivity. Je potřebné udělat vše proto, aby pacient po žádné z těchto stránek nestrádal. Jakékoli projevy tělesného diskomfortu, vedoucí k dlouhodobému nepohodlí, snižují kvalitu života (Malíková, 2020, s. 168).

Jednou z prioritních potřeb je u nemocného v terminálním stadiu být bez bolesti. V paliativní péči se setkáváme s bolestí náhodnou u neoncologických pacientů a s bolestí chronickou a nádorovou (Kalvach a kol., 2019, s. 79). Měli bychom vždy myslet na to, že bolest je subjektivní pocit. Vnímání bolesti se liší a je ovlivněno věkem, pohlavím, rasou nebo etnikem (Rokyta a kol., 2009, s. 21). Základní léčbou bolestí v paliativní péči jsou opioidní analgetika s kombinací neopiodních. Při tlumení bolesti u nemocných v terminálním stadiu by se nemělo zapomínat na nefarmakologickou léčbu bolesti (Kalvach a kol., 2019, s. 125).

Jedním z neodmyslitelných práv nevyléčitelně nemocných nebo umírajících je právo na pravdivě podanou informaci o jejich zdravotním stavu. Je nutné respektovat i přání jedince,

který nechce být informován (Svatošová, 2011, s. 20). Sdělení nebo nesdělení nemocnému pravdy o jeho závažném stavu, případně o prognóze, je stále aktuální téma. Lékaři v České republice mají povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Haškovcová spatřuje ve slově přiměřeně velký prostor pro všechny varianty, tedy od sdělení celé pravdy až po úplné zatajení. Nesdělit pravdu může znamenat návrat nemocného nazpět do období nejistoty (Haškovcová, c2000, s. 46).

Mezi psychologické potřeby můžeme řadit potřebu lásky, uznání, sounáležitosti a úcty. Každý nemocný jedinec doufá, že mu bude někdo nablízku. Zároveň má strach, aby nebyl někomu na obtíž. S tím úzce souvisí pocit beznaděje a zbytečnosti. Další potřebou, která spadá do psychologických potřeb, je autonomie. Pod tímto pojmem chápeme právo člověka rozhodovat sám za sebe. Nevyléčitelně nemocný člověk potřebuje mít pocit jistoty, že o něj bude dobře postaráno (Trachtová, 2018, s. 153–154).

Nemocný má právo být v kontaktu s rodinnými příslušníky a blízkými, měl by si sám regulovat, s kým a kdy se chce setkat. Tyto potřeby a přání bychom měli jako zdravotníci respektovat a řídit se jimi (Svatošová, 2012, s. 22). Pokud je klient hospitalizován v lůžkovém hospici, rodina má mít možnost navštěvovat nemocného kdykoliv během dne a může zůstat i v průběhu nočních hodin. Je jim umožněno pohybovat se v budově lůžkového hospice, v ostatních prostorách zařízení, např. v kapli. Umírající a jeho rodina v lůžkovém hospici má také možnost podílet se na veškerých aktivitách, které zprostředkovávají nejčastěji dobrovolníci, pastorační pracovníci a psychologové za spolupráce ostatních členů multidisciplinárního týmu.

Svatošová (2012, s. 23) uvádí že, uspokojování spirituálních potřeb není záležitost pouze věřících. V průběhu těžké nemoci se začínají jedinci zabývat důležitými otázkami týkajícími se smyslu života. Člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl, nebo že mu bylo odpuštěno. Neuspokojením těchto potřeb může dojít k duchovní nouzi. Kvalitní služby, individuální péče, flexibilní dostupnost krizové intervence nebo respitní podpora rodinám patří mezi jedny z dalších specifických potřeb umírajících, rodin a jejich blízkých (Kalvach a kol., 2019, s. 19).

V České republice vytvořila docentka Radka Bužgová za spolupráce dalších autorů dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči, PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative Care) a současně vytvořila českou verzi dotazníku pro hodnocení potřeb rodinných příslušníků, FIN (Family Inventory Needs). Dotazníky vycházejí z holistického pojetí péče a zaměřují se na základní potřeby nemocných v paliativní péči (Bužgová, 2014, s. 5). Dotazník PNAP se skládá ze čtyřiceti otázek, které se zaměřují na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby.

Položky jsou rozděleny do sedmi domén; fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnických pracovníků, smysl života s mířením, autonomie, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby (Příloha V.) (Bužgová, 2015, s. 45). Dotazník FIN je sestaven z dvaceti otázek, které jsou rozděleny do čtyř domén; základní informace, informace o léčbě a péči, podpora a komfort pacienta (Příloha VI). Oba dotazníky mohou pomoci zkvalitnit poskytovanou paliativní péči (Bužgová, 2014, s. 18).

## 2.5 Podpora rodinných příslušníků v hospicové péči

Často jsou členové rodiny bráni jako zdroj podpory nemocného než jako lidé, kteří také pomoc potřebují. Rodinní příslušníci musí čelit mnoha nárokům, které na ně i na pacienta nemoc klade. Je od nich očekáváno, že se vyrovnají se ztrátou blízkého, a že se srovnají s každodenní péčí o nemocného (O'Connor a Aranda, 2005 s. 240). Smrt blízkého člověka patří k nejtěžším ztrátám, které nás mohou v životě postihnout. Je důležité si uvědomit, že každá osoba ztrátu snáší jinak. Někteří se s ní chtějí vypořádat sami, pro někoho je důležitá podpora blízkých přátel. V některých situacích ale přátelé nebo známí nebývají dostatečnou podporou, proto truchlící hledají pomoc u pracovníků v pomáhajících profesích, podporu může poskytnout pečovatelská sestra, sociální pracovník, duchovní nebo lékař (Špatenková, 2013, s. 12).

Podpora rodiny by měla začít ještě před odchodem nemocného, je potřeba rodinu připravit na ztrátu. V některých případech pomocnou rukou mohou být sestry, jindy je potřebné zajistit specialistu (O'Connor a Aranda, 2005 s. 241). Klíčová je důvěra mezi blízkými a zdravotníky. Empatický přístup, pocit podpory, porozumění a možnost následné komunikace může zásadně ovlivnit úroveň přijetí těžké reality, ve které se právě blízcí nacházejí (Kabelka, 2020, s. 201). I malým gestem, jako je nabídnutí sklenice vody nebo přinesení židle k lůžku, můžeme rodině dát najevo, že jsme tu pro ně. Při úmrtí je vhodné u lůžka chvíli setrvat a vyjádřit soustrast. Krátká modlitba, podpůrný rozhovor nebo ocenění jejich přítomnosti může být významným pomocným nástrojem v následující době truchlení.

Pokud si to rodina přeje, je možné nabídnout další formy podpory, a to individuální poradenství, poradenství rodině nebo páru, podpůrné skupiny, odbornou psychoterapii, setkání pozůstalých, vzpomínkové programy, bohoslužby za zemřelé nebo anonymní podporu prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2012, s. 317–318; O'Connor a Aranda, 2005 s. 241).

### 3 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V HOSPICOVÉ PÉČI O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY

Předpokladem pro poskytování konceptu Bazální stimulace v praxi je potřebná znalost identity nemocného, jeho individuálních potřeb a přání (Tomová a Krivková, 2016, s. 103).

Zmapování individuálních potřeb nám pomůže zajistit sběr kvalitní biografické anamnézy. Umožní pečujícím najít cestu k nemocnému, pomůže ošetřujícím pochopit jeho vnitřní svět a měnit jejich postoj a názor k ošetřovatelským nabídkám. Sepsání biografické anamnézy je důležitou součástí bazálně-ošetřovatelského procesu, který vede ke zvolení vhodných přístupů a intervencí, které zohlední pacientovu individualitu. Získaná data by měla být výchozím bodem v poskytování péče (Friedlová, 2006, s. 44).

Autobiografická anamnéza je rozčleněna do osmi hlavních částí, které se týkají somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické oblasti. Zaměřuje se na problematiku vztahů, zaměstnání, rituálů, denních zvyklostí. Zjišťuje preferované oslovení a vhodný iniciální dotek (Friedlová, 2018, s. 60). Získávání informací může být dlouhý proces a málokdy jsou veškerá data získána během jednoho sezení. Údaje získáme od pacienta, rodinných příslušníků, blízkých nebo spolupracovníků multidisciplinárního týmu. Vysvětlením významu a principu konceptu Bazální stimulace, vhodnou komunikací a empatií můžeme přispět k získání důvěry rodinných příslušníků a pacientových blízkých osob (Friedlová, 2007, s. 131–132).

Při odběru anamnézy je potřebné si vyhradit dostatečný čas a zvolit vhodné místo pro rozhovor, který kromě sběru informací mohou využít rodinní příslušníci i ke sdělování vlastních pocitů, smutku nebo obav. Vyjádření jejich pocitů během sběru dat může být přínosné pro ně i pro ošetřující personál, ten by měl umět aktivně naslouchat, být empatický a konverzaci se snažit využít ve prospěch získání užitečných dat biografie nemocného. Důležité informace si v průběhu rozhovoru ošetřující zapisuje a na konci shrne důležité body a fakta, které nám blízký může ještě doplnit. Rozhovor může být ukončen podáním ruky a nabídnutím možnosti dalšího rozhovoru s ošetřujícím nebo jiným pracovníkem daného zařízení, sociálním pracovníkem, psychologem nebo lékařem.

Po konzultaci s ošetřujícím personálem zařízení, lůžkový hospic, jsme vytvořili návrh nového podrobnějšího formuláře pro sběr autobiografické anamnézy. Návrh je součástí bakalářské práce (Příloha III). Zaměřili jsme se oproti původnímu formuláři, který byl velmi obecný na oblasti, které jsou podstatné pro pacienty v terminálním stadiu.



### 3.1 Somatická stimulace

Při somatické stimulaci využíváme doteku, který by měl být pro nemocného příjemný, uspokojivý. Dotek provádíme celou plochou ruky, omezíme chaotické pohyby a pracujeme v klidu. Při kontaktu vyvineme přiměřenou sílu, tlak, rytmus (Friedlová, 2018, s. 67). Prostřednictvím doteku je možné se k pacientovi přiblížit i přesto, že neprojevuje z vlastní iniciativy žádné reakce (Fröhlich und Bienstein, 2016, s. 16).

#### **Iniciální dotek**

V praxi využíváme rituál iniciálního doteku, který slouží jako signál, že jsme nemocnému na blízku a budeme s ním vykonávat aktivitu. Je doprovázen verbálním projevem a oslovením. Umístění doteku závisí na několika faktorech, na přístupu ke klientovi, využití dominantní končetiny, na zdravotním stavu apod. Bezpodmínečně se využívá u pacientů s poruchami vědomí nebo deficitu kognitivních funkcí. O iniciálním doteku a oslovení musí být informováni všichni členové multidisciplinárního týmu, rodinní příslušníci a jeho blízcí. Informace je umístěna u lůžka pacienta a v dokumentaci (Friedlová, 2018, s. 71–72).

#### **Somatická stimulace zklidňující**

Má za cíl zklidnit umírajícího pacienta, pomáhá navázat komunikaci, uvolnit svalové napětí a uvědomit si tělesné schéma. Při somatické zklidňující stimulaci využíváme masážních pohybů ve směru růstu chlupů na lidském těle (Friedlová, 2018, s. 77).

Může být nabízena celkově nebo částečně. Lze ji provádět při koupeli na lůžku nebo v koupelně na pojízdné mobilní vaně, použijeme vodu o teplotě 37–40 °C. U osob v terminálním stadiu lze přidávat do vody esenciální oleje, např. levandulový, který má zklidňující účinky nebo můžeme využít pacientovo oblíbené mýdlo či mycí emulzi. Zklidňující masáž se může aplikovat kdykoliv během dne s použitím oblíbeného hydratačního krému či oleje nebo přes oděv za pomoci měkkých masážních rukavic či žíněk (Friedlová, 2007, s. 76).

#### **Somatická stimulace povzbuzující**

Tento typ stimulace je vhodné použít, pokud je nemocný spastický nebo imobilní. Cílem stimulace je vnímání vlastního schématu, svalového tonu a je určena také k podpoře vnímání a aktivizaci nemocného. U pacientů v terminálním stadiu volíme povzbuzující stimulaci pouze velmi omezeně; před změnou polohy, při přesunu klienta z lůžka do křesla nebo na invalidní vozík. Zaměřujeme se jen na určitou část těla, kterou potřebujeme stimulovat, např. horní končetiny (Friedlová, 2018, s. 81). Je kontraindikováno povzbuzující stimulaci používat u klientů, kteří jsou dezorientovaní, neklidní, mají zvýšený krevní tlak, intrakraniální tlak nebo

krvácením do mozku (Friedlová, 2007, s. 82). V našem případě není vhodné aktivizující stimulaci aplikovat u bezprostředně umírajících, protože by tato činnost byla pro klienta zatěžující.

Pokud využijeme koupele, teplota vody by se měly pohybovat okolo 23–28 °C a její délka by neměla přesahovat více než 15 minut (Friedlová, 2018, s. 81). Je vhodné při koupeli zařadit kosmetiku klienta, kterou je zvyklý používat. Masáž i koupel provádíme proti směru růstu chlupů (Dvořáková, s. 13).

### **Polohování mumie**

Poloha mumie se uplatňuje u klientů, kde je potřebná intenzivní stimulace vnímání vlastního tělesného schématu (Friedlová, 2007, s. 99). V paliativní péči se jedná o pacienty v terminálním deliriu, které se projevuje v posledních dnech a hodinách života neklidem, úzkostí, agresivitou, sténáním, vysvlékáním, stahováním peřin a někdy svalovými záškuby. Tento typ polohování umožní nemocným vnímat své tělo a zklidnit záškuby končetin (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2011, s. 247).

Volíme polohu, která je pro klienta nezatěžující, na zádech či na boku a fixujeme ho do deky. Horní polovina těla může být mírně zvýšena, důležitá je komunikace s nemocným a jeho komfort. Deky je fixována jejím přeložením pod klientovo tělo, ruce má položené na hrudníku nebo bříše. Lze je podložit polštářky. Hlava, dolní končetiny, lokty, kolena a paty jsou podloženy polštářky dle potřeby a přání (Friedlová, 2007, s. 99). Je důležité klienta nezavinout příliš těsně, abychom nevyvolali negativní reakci (Dvořáková, s. 19).

### **Polohování hnízdo**

Polohování klientů do hnízda je vyžíváno v paliativní péči velmi často. Zajišťuje u klientů pocit jistoty a bezpečí. Ohraničením jejich těla dochází ke zklidnění a zmírnění agrese. V této poloze jsou schopni zřetelně vnímat hranice svého těla. K polohování používáme deky, polštáře nebo perličkové válce, jejich prostřednictvím zajistíme vymezení hranic klientova těla a polohu volíme podle preferencí nemocného (Friedlová, 2018, s. 89).

### **Masáž stimulující dýchání**

Masáž stimulující dýchání (dále v textu MSD) se uplatňuje u klientů s dechovými problémy, s bolestí, s nepravidelným pulzem a s diagnostikovanou depresí. Stimulaci lze aplikovat u pacientů trpících nespavostí nebo v terminálním stavu (Friedlová, 2018, s. 93). Cílem je dosažení pravidelného, hlubokého a klidného dýchání. (Institut Bazální stimulace®, online, ©2004–2019) „*Během MSD dochází k srovnání frekvencí a rytmu dýchání u ošetřujícího*

*a pacienta, dochází tím k významné nonverbální komunikaci a pacient se cítí akceptován.*" (Institut Bazální stimulace®, online, ©2004–2019) Pokud nám to zdravotní stav nemocného dovolí, volíme polohu vsedě. U ležících provádíme masáž na boku či na břicho. Délka masáže by měla být minimálně tři minuty (Friedlová, 2007, s. 104). K masáži použijeme olej nebo pleťové mléko. Neměli bychom při stimulaci přerušovat kontakt s nemocným (Friedlová, 2018, s. 93). Při masáži bychom se měli synchronizovat s dechem nemocného. Na zádech modelujeme menší kroužky s určitým tlakem a směřujeme je směrem ven (Dvořáková, s. 19-20)

### 3.2 Vestibulární stimulace

S progredující nemocí se zhoršuje soběstačnost a jemná motorika nemocného. V pokročilém stadiu nemoci začíná být pacient nesoběstačný a závislý na pomoci druhých. V takových situacích se uplatňuje vestibulární stimulace, která připraví nemocného na pohyb nebo změnu polohy (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2011, s. 253). Je využívána také jako prostředek ke snížení rizika pádu (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019, s. 88). Využívá se u pacientů s těžkými poruchami pohybu, spasticitou, poruchami vědomí, s těžkým postižením, demencí (Friedlová, 2018, s. 102). Pravidelná stimulace přispívá ke zlepšení mozkové aktivity a také přispívá ke zlepšení svalového tonu, především u svalů šíjových, zádočných a svalů dolních končetin (Domov seniorů Dačice, online, ©2021). Doporučuje se provádět před každou změnou polohy klienta. Houpavé pohyby lze aplikovat s pomocí pomůcek, jako jsou houpací křesla nebo závěsné sítě. Pomůckami docílíme výraznějšího působení gravitace na klienta a jeho tělo (Friedlová, 2018, s. 102).

### 3.3 Orální stimulace

Cílem je stimulace chuťového vnímání, kterou aktivizujeme chuťové stimuly, zároveň podpoříme i příjem potravy a řečové funkce (Friedlová, 2018, s. 120). Chuťové médium je vhodné volit po kvalitním odebrání biografické anamnézy a neměli bychom kombinovat více než tři různé chutě v rámci jedné orální stimulace. Je důležité si uvědomit, že dutina ústní patří mezi jedny z nejjintimnějších partií na těle. Musíme tedy brát v potaz, že to může být klientovi nepříjemné a nesmíme stimulaci provádět proti jeho vůli (Friedlová, 2007, s. 122).

V terminální fázi onemocnění výživa nevede k prodloužení přežití, ale stimulace chuťových vjemů přináší příjemný prožitek a zesiluje kvalitu života. Možnost zachování perorálního příjmu v paliativní péči může být důležitá z hlediska sociální komunikace. Dietní intervence

by měla být vždy přizpůsobena přáním, snažíme se vyhovět chuťovým preferencím a stravovacím zvyklostem. Pravidelně zjišťujeme změny vnímání chuti, bolest a defekty v dutině ústní. Nemocní v terminálním stavu často trpí nechutenstvím. Nevolnost a zvracení lze zmírnit optimálním složením stravy a vytvořením vhodného prostředí při jídle (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 77). Jídlo se nabízí v menších porcích několikrát denně a tekutiny se doporučuje popíjet během dne (sipping). Doporučuje se dát přednost nízkotučným jídlům, chlazeným nápojům nebo potravinám, které jsou méně aromatické. Vůně jídla může vyvolávat nevolnost a pocity na zvracení. Podáváme potraviny, na jaké má nemocný chuť, neobáváme se i malého množství alkoholu či piva, protože můžeme povzbudit chuť k jídlu; pivo je navíc zdrojem energie. Přínosné také může být předem připravené jídlo doma příbuznými, na které je nemocný zvyklý (Marková, 2010, s. 106).

Důležitou součástí je pravidelná péče o dutinu ústní (Vorlíček, Sláma a Kabelka, 2011, s. 164). Pocit žízně a subjektivní pocit sucha v ústech působí velký diskomfort a objevuje se u více poloviny pacientů v hospicové péči. Dutinu ústní je třeba pravidelně zvlažovat vodou, výplachy šalvějí, ústní vodou nebo se v praxi uplatňuje podávání kostek ledu nebo mražený grapefruitový džus. Výplach úst před jídlem odstraní pocit nepříjemné chuti. Ke zmírnění subjektivních potíží zajistíme během dne pravidelný příjem malého množství tekutin. K orální stimulaci můžeme použít molitanovou štětičku namočenou v oblíbeném nápoji pacienta (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 109).

### 3.4 Auditivní stimulace

Pomocí této stimulace můžeme aktivizovat vzpomínky klienta a zdokonalovat komunikační schopnosti (Friedlová, 2018, s. 113–114). Při aplikaci musí ošetřující brát ohled na sluchové deficity a kompenzační pomůcky klienta (Domov seniorů Dačice, online, ©2021). Významným prvkem pro auditivní stimulaci je řeč. Mluvené slovo je nejvyužívanějším prostředkem v péči o nemocné. Lze ale zařadit i jiné pomůcky, které mohou stimulovat sluchové vjemy. Mezi ně řadíme hudební přehrávače, rádio, televizi. Využití hudby, hudebních nástrojů nebo zpěvu je jednou z osvědčených metod při poskytování auditivní stimulace (Friedlová, 2018, s. 114–115). Paliativní muzikoterapie se zaměřuje na celostní pohled na člověka. Může být u umírajících zásadní podporou, představuje vhodný prostředek ke zmírnění bolesti i jiných strádání. Zpěv, hra na hudební nástroj nebo samotný poslech hudby může pozitivně ovlivnit emoce nemocného. Hudba je důležitým nástrojem pro stimulaci vzpomínek, naslouchání písni z různých časových období vede ke snadnějšímu zpracování vzpomínek,

zážitků či událostí. Zpěv může přispívat k intenzivnímu dýchání a nemocný tak může přijímat více kyslíku (Gerlichová, 2014, s. 51, 53). Hudba může tlumit bolesti a snižuje úzkost, pomáhá relaxovat, pomáhá odvrátit pozornost od nemoci, rozvíjí pocit kontroly. Může pomoci nemocným vyrovnat se s nemocí a procesem umírání (Kantor a Lipský, 2009, s. 63).

### 3.5 Optická stimulace

Zrak zdravým lidem umožňuje vnímat okolní svět, seznamovat se, orientovat se, učit se. Hospitalizace může být dlouhá a okolí, ve kterém se nemocní nacházejí, může být často destimulující, protože pokoj je většinou prázdný, vybavený minimálním množstvím nábytku. Doporučuje se prostor vyplnit klientovými věcmi, fotkami rodiny (Friedlová, 2007, s. 112). Je nutné se přizpůsobit zrakovým postižením a na základě toho optickou stimulaci poskytovat (Friedlová, 2018, s. 109). Prostředí v hospici by mělo působit dojmem, že se nenacházíme v nemocnici. Pokoje pacientů jsou jednolůžkové, snahou je zajištění dostatečného soukromí. Pokoje jsou uzpůsobeny tak, aby klientovi připomínaly prostředí domova. Místnost může být zařízena dřevěným nábytkem, květinami. Zdi jsou vymalovány teplými odstíny barev a jsou doplněny obrazy, rámečky na fotografie, nástěnkami, které mohou klienti následně využít. Častým projevem nemocných v terminálním stavu je delirium, u těchto pacientů se doporučuje zajistit klidnou místnost, v noci nechat rozsvícené malé světlo a zajistit přítomnost členů rodiny (Marková, 2010, s. 115).

### 3.6 Olfaktorická stimulace

Před začátkem olfaktorické stimulace zjišťujeme, co klientovi navozuje pocit radosti, spokojenosti, jaké vůně má spojené s určitými činnostmi. Vhodné jsou vůně oblíbeného jídla, oblíbená kosmetika, lze i využít pachy, které se spojují s jeho zaměstnáním nebo jeho koníčky (Friedlová, 2007, s. 125–126).

V hospicové péči se uplatňuje aromaterapie. Jedná se o alternativní, doplňkovou terapii. Esenciální oleje jsou přírodní produkty, které běžně najdeme ve vonných rostlinách. Pocházejí ze semen, stonků, listů, jehel, lístků, květin, kůry, ovoce, dřeva, pryskyřic a dalších (Farrar and Farrar, online, ©2020). Mohou být koncentrované nebo rozpuštěné v alkoholu. Destilací získáme silně aromatické výtažky, které mají léčivé účinky (Borzová, 2009, s. 57–58). Klinická aromaterapie může být prospěšná pro zvládnání bolesti, nevolnosti, zvracení, úzkosti, deprese, stresu, nespavosti, dechových obtíží a demence (Farrar and Farrar, online, ©2020). Neslouží pouze k navození duševní pohody, ve skutečnosti existuje mnoho důkazů o léčebných účincích

na lidský organismus. Vede k harmonizaci celého lidského systému (Tisserand, 1992, s. 11-12). V hospicové péči se uplatňují oleje, které navozují relaxaci, mají uklidňující účinky, zmírňují stres a psychické napětí. Patří mezi ně například levandule, která se používá při nervovém napětí a nespavosti. Vhodná je také máta peprná nebo rozmarýn, který může ovlivnit bolesti nebo duševní a fyzickou únavu (Tisserand, 1992, s. 135, 138, 144).

### **Esenciální oleje vhodné v hospicové péči**

Levandulový éterický olej je z rostlinné čeledi Lamiaceae, která se vyznačuje silnou vůní vytrvalých rostlin (Farrar and Farrar, online, ©2020). Má antivirové, protizánětlivé a antiseptické účinky (Štrauchová, online, 2014). Je využíván také pro antibakteriální, sedativní, antidepresivní, protirakovinné, antispazmolytické a antioxidační účinky, které jsou prospěšné pro lidské zdraví. Lze využít i jako doplňková léčba u pacientů s demencí (Guo and Wang, online, ©2020).

Dalším olejem je bergamotový, pochází z rostliny bergamot, která je z rostlinné čeledi Rutaceae. Esenciální olej se extrahuje ze slupky ovoce lisováním za studena nebo destilací parou. Má antimikrobiální, antimutagenní a protizánětlivé účinky (Lombardo, Cirmi, Musumeci, et al., online, 2020). Má antidepresivní, protiplísňové a antivirové účinky. Je vhodný pro regulaci trávení, pro snížení úzkosti a pro hojení ran (Farrar and Farrar, online, ©2020).

Borovice z čeledi Pinaceae se využívá k získání éterického oleje z jehličí. Vůně pozitivně ovlivňuje náladu. Využívá se při léčbě pooperační nevolnosti a zvracení. Olej se používá jako analgetikum, antibiotikum a má antibakteriální, antiinfekční, protizánětlivé, protiplísňové a antimikrobiální účinky. Působí také jako expektorans a současně navozuje uklidnění, snižuje svalové napětí a křeče (Farrar and Farrar, online, ©2020).

Další esenciální olej je z květů heřmánku. Heřmánek je z čeledi rostlin Asteraceae. Má sedativní účinek. Lze ho využít k ovlivnění nervového systému, nespavosti, bolestí hlavy a přidáním do vody, k výplachům dutiny ústní a omývání kožních problémů (Farrar and Farrar, online, ©2020).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na využití prvků a technik konceptu Bazální stimulace u klientů v lůžkové hospicové péči. Využili jsme kvalitativní výzkum a popsali využití konceptu u klientů metodou případových studií.

### 4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat v případových studiích praktickou aplikaci technik a prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů v konkrétním lůžkovém hospici.

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu o konceptu Bazální stimulace, který je určen rodinným příslušníkům a blízkým klientů hospitalizovaných v lůžkovém hospici.

### 4.2 Metoda výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl k jeho řešení zvolen kvalitativní výzkum, který hledá porozumění založené na různých metodologických tradicích soustředěním a detailním poznáním zkoumaného fenoménu v jeho přirozených podmínkách a v celkovém kontextu (Hendl, 2016, s. 50; Tahal a kol., 2017, s. 31).

Případová studie se zaměřuje na jeden objekt, jedince, skupinu či událost. Směřuje k pochopení zkoumaného jevu a jeho individuálnímu průběhu (Sedláková, 2014, s. 52). Jedná se o holistický, celostní přístup, jehož snahou je zachytit zkoumaný případ v kontextu reálného života (Mareš, 2015, s. 113). Interval zkoumání u případové studie je většinou několik dní, týdnů, výjimečně měsíců (Mareš, 2015, s. 119). Případové studie vycházejí z detailního popisu jednotlivých případů, informace jsou získávány v co nejvyšší míře ze všech různých nabízených možností a údajů (Sedláková, 2014 s. 52). V lékařských oborech a zdravotnictví se používá termín kazuistika (Mareš, 2015, s. 120).

Informace o participantech v naší práci jsou získávány z ošetrovatelské dokumentace, sesterské příjmové anamnézy, biografické anamnézy, z rozhovorů s rodinnými příslušníky nemocných, od klientů a ošetrujícího personálu v zařízení. Výzkum probíhal na základě přímého pozorování klientů během provádění konceptu Bazální stimulace a následným pořizováním terénních zápisků a současně zprostředkovaným pozorováním v rámci pořízení fotodokumentace.



### 4.3 Charakteristika participantů

Zaměřili jsme naši pozornost v rámci výzkumu na pět klientů v preterminálních a terminálních stavech hospitalizovaných v lůžkovém hospici, u kterých jsme aplikovali vybrané prvky a techniky konceptu Bazální stimulace. Základní údaje o participantech jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 - Základní údaje o participantech

	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Délka aplikace konceptu Bazální stimulace</b>
<b>Participant 1</b>	žena	63 let	Bronchogenní karcinom	47 dní
<b>Participant 2</b>	žena	68 let	Coma vigile	59 dní
<b>Participant 3</b>	žena	85 let	Karcinom vulvy	16 dní
<b>Participant 4</b>	muž	74 let	Adenokarcinom colon sigmoideum	53 dní
<b>Participant 5</b>	muž	82 let	Parkinsonova choroba	59 dní

Případová studie č. 1 se věnuje klientce s diagnózou bronchogenní karcinom a CHOPN.

Na základě potřeb klientky jsme do ošetrovatelské péče zahrnuli tyto techniky: kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání, auditivní stimulaci, optickou stimulaci a olfaktorickou stimulaci.

Případová studie č. 2 se věnuje klientce s diagnózou coma vigile. U této klientky byly využity převážně prvky ze zklidňující somatické stimulace, polohování hnízdo, polohování mumie, olfaktorická stimulace, orální stimulace, optická stimulace a auditivní stimulace.

Případová studie č. 3 se věnuje klientce s diagnózou karcinom vulvy. Klientka přijata do hospice v preterminálním stadiu, a proto byly aplikovány pouze prvky a techniky konceptu, které pro ni a její rodinu nebyly zatěžující. Individuální plán péče zahrnoval mikropolohování, somatickou uklidňující koupel, olfaktorickou stimulaci a auditivní stimulaci.

Případová studie č. 4 se věnuje klientovi s diagnózou adenokarcinom colon sigmoideum. Na základě potřeb klienta jsme do ošetrovatelské péče zahrnuli polohování hnízdo, olfaktorickou stimulaci, orální a auditivní stimulaci.

Případová studie č. 5 se věnuje klientovi s diagnózou Parkinsonova choroba s postupně zhoršujícím se zdravotním stavem. U klienta jsme se zaměřili na částečnou somatickou masáž povzbuzující, asistovanou činnost při stravování, optickou a auditivní stimulaci.

#### **4.4 Organizace výzkumného šetření**

Participanty jsou klienti konkrétního lůžkového hospice. Jedná se o zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči klientům, kteří z různých důvodů nemohou nebo nechtějí zůstat v domácích podmínkách. Kvalitativní výzkum probíhal v období od února do března 2021. Participantí byli cíleně zvoleni po předchozí konzultaci se staniční sestrou a lékařem. Byly u nich aplikovány prvky a techniky konceptu Bazální stimulace na základě jejich individuálních potřeb. Bazální stimulace byla aplikována v rámci ošetrovatelské péče za spolupráce ostatních zaměstnanců. Spolupracovali všeobecné sestry, pečovatelé a rodinní příslušníci nemocných. Na základě podepsané žádosti o přístup k informacím ředitelem zařízení a také vrchní a staniční sestrou, jsme využívali informace ze zdravotní a ošetrovatelské dokumentace a současně jsme zjišťovali údaje v rámci biografické anamnézy. Pořídili jsme doprovodnou fotodokumentaci, která slouží k prezentaci aplikace konceptu Bazální stimulace. Dokumenty „Žádost o umožnění přístupu k informacím“, „Žádost o pořízení fotografií“, „Žádost o umožnění výzkumného šetření“ podepsané ředitelem, vrchní sestrou a staniční sestrou konkrétního zařízení, souhlas s pořizováním fotografií a podepsané souhlasy s účastí ve výzkumu jsou k dispozici u autorky práce.

## 5 PŘÍPADOVÉ STUDIE

### 5.1 Případová studie č. 1

Cílem případové studie je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u klientky s diagnózou bronchogenní karcinom, která byla 9. února 2021 přeložena z onkologického ústavu do konkrétního lůžkového hospice k paliativní péči.

**Nynější onemocnění:** Od září 2020 je klientka došetřována pro dušnost, kdy ji byl zjištěn adenokarcinom plic. Z onkologického hlediska vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu a rozsahu onemocnění byla kauzální léčba 9. února 2021 ukončena a pacientka byla přeložena k paliativní léčbě do lůžkové hospicové péče.

**Anamnéza:** Klientka F. R., 63 let, žije v rodinném domě s manželem. Vystřídala mnoho zaměstnání, pracovala jako hospodská a uklízečka. Ve svém životě byla aktivní, svůj volný čas věnovala práci na zahradě, čtení a svým blízkým. Má dvě děti, syna a dceru, kteří jsou s ní v kontaktu během hospitalizace. V zařízení ji navštěvují pravidelně také její sestry. Manžel je momentálně hospitalizován v nemocnici kvůli onemocnění COVID-19. Alergie neudává, alkohol pije pouze příležitostně a před zhoršením zdravotního stavu vykouřila až 20 cigaret za den.

**Lékařské diagnózy:** bronchogenní karcinom; CHOPN; diabetes mellitus II. typu; esenciální hypertenze, psoriasis vulgaris; hypothyreóza; stresová inkontinence;

**Farmakoterapie:** Ortanol 20 mg cps. 1-0-0 (antacidum); Euphyllin 200 mg cps. 0-1-0-1 (bronchodilatancium); Siofor 500 mg tbl. 0-1-0 (PAD); Codein 20 mg tbl. 1-1-1-1 (antitusikum); Palladone 8 mg cps. 1-0-1 (analgetikum); Erdomed 300 mg cps. 1-1-0 (expektorancium, mukolytikum); Dexamethazon 4 mg tbl. 1-0-0 (kortikosteroidy); Lexaurin 3 mg tbl. 0-0-0-1 (anxiolytikum); Dormicum 5 mg/ml inj. s.c. dle potřeby (hypnotikum, sedativum); Morphine 1 % 10 mg inj. s.c. 6:00 – 10:00 – 14:00 – 18:00 – 22:00 (anodynum); Fentanyl 50 mcg/h empl. výměna po 72 hod. (anodynum);

**Pohybový režim:** Při přijetí byla klientka v rámci možností soběstačná a chodící. Během hospitalizace se její fyzický stav zhoršoval. Bylo nutné u ní zajistit zvýšený dohled, protože několikrát při chůzi upadla. Začátkem března se zdravotní stav začal výrazně zhoršovat a klientka začala být závislá na pomoci personálu a částečně imobilní.

**Průběh hospitalizace:** Při přijetí do hospice mobilní, klientku doprovázel dráždivý kašel a námahová dušnost. 15. den hospitalizace se stav klientky zhoršil, upadla na toaletě, byla

dezorientovaná a zmatená. Byla slabá, unavená, bez energie, měla klidovou dušnost, začaly se objevovat průlomové bolesti, subfebrilie. V posledním týdnu hospitalizace klientka ležela pouze v lůžku, byla slabá a nechtěla přesunout do křesla, dva dny před smrtí začala být somnolentní, přestala komunikovat a byla spavá.

**Cíl bazální stimulace:** zklidnění a zpomalení dýchání; usnadnění vykašlávání; zajistit kontakt s rodinnými členy a blízkými; zajistit psychický a tělesný komfort při umírání;

### **Biografická anamnéza:**

Anamnéza byla získána během rozhovoru s pacientkou v prvních dnech hospitalizace.

Oslovení: Klientka si žádá oslovovat příjmením.

Iniciální dotek: Zvolili jsme s klientkou pravé rameno.

Tělesná péče: Klientka je pravačka, stoleček s osobními věcmi je umístěn po pravé straně lůžka. Při toaletě využívá své hygienické pomůcky, na které je zvyklá. Hygienu provádí v ranních hodinách. Preferuje vlažnou vodu, k mytí využívá nejčastěji tekuté mýdlo, vyhledává spíše jemné květinové vůně. Upřednostňuje při usínání polohu na zádech a ráda usíná při zapnuté televizi. Spí přerušovaně kolem šesti hodin, v noci se často budí, po probuzení se cítí odpočatá. Nosí noční košile.

Tělesný kontakt: od pečujících jí dotek nevádí; vztah ke zvířatům má dobrý, případné možnosti canisterapie je otevřená.

Zrak: Nosí brýle na čtení i na dálku; mezi oblíbené barvy patří fialová, modrá a oranžová.

Sluch: Netrpí žádnou sluchovou vadou, má kladný vztah k hudbě a mezi její oblíbené hudební styly patří country a dechová hudba. Rovněž se zálibou poslouchá zvuky ptáků, které slychávala z oken svého domu.

Jídlo a pití: Upřednostňuje spíše slané chutě, ale sladkou snídani si po předchozí domluvě ráda dá. Má ráda pomazánky, bramborovou kaši, hořkou čokoládu a červené víno. Nemá ráda sladidla, sirupy a špenát. Je zvyklá jíst 4–5krát denně spíše malé porce. Během dne vypije přibližně 1,5 l čaje a vody. Má ráda ovocné čaje, zejména jahodový, borůvkový, ale také zelený a černý. Jejím zvykem je dát si odpoledne jeden šálek kávy (turek).

Vůně: Na oblíbený parfém si nevzpomíná, z naší nabídky jí voní květinové a maková esence.

Zájmy: Oblíbenými televizními seriály jsou Slunečná, Sestřičky a Ordinance v růžové zahradě. Čte romány a detektivky, rodina jí do zařízení přinesla mnoho knih a dalších časopisů. Mezi klienty oblíbené aktivity patří luštění křížovek.

Způsob života: Přála by si navštívit místní kapli a zúčastnit se bohoslužby. Jeví zájem o duchovní služby, návštěvu kněze a o společnost dobrovolníků.

Další přání: Ráda by šla na procházku s rodinou do zahrady. Přítomnost rodiny.

### **Prvky a techniky konceptu Bazální stimulace využité v individuálním plánu:**

Masáž stimulující dýchání – 3–4krát denně;

Kontaktní dýchání s vibrací – ráno a dle potřeby;

Kontaktní dýchání dle potřeby;

Orální stimulace – denně;

Olfaktorická stimulace – 1krát; při nepříznivé reakci dále nevyužívána;

Auditivní stimulace a optická stimulace – dle přání klientky v průběhu celodenní péče;

Povzbuzující masáž dolních končetin – při změně polohy, při přesunu na invalidní vozík nebo křeslo;

Polohování (mumie, hnízdo) a mikropolohování dle potřeby;

Zklidňující somatická koupel – denně v rámci ranní toalety;

### **Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:**

Masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním

U klientky byla zvolena masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním z důvodu přetrvávající dušnosti. Stimulace se prováděla za spolupráce ošetrovatelského personálu 4krát denně podle zdravotního stavu, nejčastěji v časových intervalech 9:00,12:00,15:00,18:00. Pro masáž jsme zvolili záda a polohu vsedě s dolními končetinami dolů z lůžka. Klientka byla s technikou seznámena, začali jsme iniciálním dotekem na pravém rameni. K masáži jsme využívali masážní olej, který byl klientky (Příloha II, fotografie č. 7). Kontaktní dýchání s vibrací bylo aplikováno při zahlenění klientky a nemožnosti odkašlat. Stimulace se prováděla v ranních hodinách a dle potřeby.

### Olfaktorická stimulace

Druhý den hospitalizace jsme klientce nabídli olfaktorickou stimulaci formou aromaterapie. Klientku doprovázela subjektivně nepříjemná dušnost, byla zahleněná a měla silný a dráždivý kašel, použili jsme éterický olej z borovice, který je vhodný u dýchacích obtíží, uvolňuje zahleněné dutiny a slouží jako expektorans. Aromalampu jsme zapnuli v dopoledních hodinách. Dalším prvkem olfaktorické stimulace bylo použití klientčina oblíbeného deodorantu po toaletě.

### Auditivní a optická stimulace

Pouštěli jsme klientce její oblíbenou hudbu a seriály v televizi podle jejího přání a zdravotního stavu. Rodina přinesla klientčiny oblíbené knihy a časopisy, které si prvních 10 dnů pročetla sama a následně jí bylo předčítáno personálem a dobrovolníky.

Participantka si přinesla do hospice fotografie svých blízkých a členů rodiny, které jsme umístili na nástěnkou v pokoji, naproti lůžka, na které klientka viděla.

Denně jsme vybírali společně barvu povlečení a noční košile, klientka preferovala barevné motivy.

Návštěvy v hospici jsou možné kdykoliv. Klientku navštěvovali blízcí zhruba jednou za 10 dní, nejvíce o víkendech, aby byla ve spojení s rodinou častěji syn, zakoupil matce elektronické zařízení, tablet, které využívala ke každodenním videohovorům se svými blízkými.

### Povzbuzující masáž dolních končetin

Do ošetrovatelské péče jsme po 15 dnech hospitalizace zařadili také částečnou povzbuzující masáž dolních končetin, která zvyšuje vnímání a sílu svalového tonu. Masáž byla aplikována pokaždé, kdy jsme pacientku posadili v lůžku s nohama dolů nebo jsme ji přesunovali na křeslo či invalidní vozík. Masáž jsme prováděli přes oděv pomocí froté žinek.

### Orální stimulace

Každý den si klientka, pokud jí to zdravotní stav dovozoval, vybírala stravu, na kterou měla chuť, personál má připraveno několik variant snídaní a večeří, klienti mohou stravu zvolit dle svých chutí a preferencí. Klientka si vařila vždy a následně při zhoršení stavu jí byla vařena odpoledne kolem třetí hodiny káva (turek); tento rituál jsme zachovali až do posledních dnů, kde jsme aplikovali kávu pomocí molitanových štětiček.

Umožnili jsme klientce oslavit její blížící se narozeniny, její sestry donesly občerstvení a víno. Pokoj jsme přizpůsobili tak, aby si všichni mohli sednout. Přinesli jsme skleničky na víno a po konzultaci s lékařkou si klientka také vypila skleničku vína.

Zklidňující somatická koupel

Zklidňující somatickou stimulaci jsme aplikovali během ranní toalety. Využívali jsme klientčiny osobní toaletní potřeby, po koupeli jsme na její kůži aplikovali oblíbený tělový krém.

### **Analýza poskytované bazální stimulace:**

Začlenění jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace přineslo mnoho pozitivních chvil do klientčina života. Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání přinášely klientce krátkodobou úlevu při dušnosti, zpomalení dechové frekvence a kontaktní dýchání s vibrací pomohlo klientce odkašlat hleny. Částečná povzbuzující stimulace dolních končetin se uplatnila při změně polohy a při přesunu do invalidního vozíku. Prováděli jsme ji několikrát denně, pro pečující personál i pro klientku bylo snadnější manipulovat s dolními končetinami při změně polohy.

Poskytování prvků auditivní stimulace umožnilo klientce zachovat rituály, na které je zvyklá, a které ji udržovaly pozitivně naladěnou. Vyzdobení pokoje fotografiemi rodiny a blízkých v klientce vyvolávalo potěšení, při třídění a prohlížení fotografií nám klientka se zájmem vyprávěla o svém životě. Zprostředkování hovoru s blízkými přes videohovor na ni mělo velmi pozitivní vliv a redukovalo její pocity osamělosti. Rozhovor mnohdy trval pár minut, pacientka byla spokojená, usmívala se. Sledování televize, zvláště oblíbených seriálů a četba knih jí zpříjemňovaly pobyt v hospici a zpestřovaly a naplňovaly její volné chvíle.

Nabídnutá aromaterapie se nesetkala s pozitivním efektem, u klientky byla vyvolána negativní reakce, která se projevila dušností a dýchacími obtížemi. Éterický olej z borovice, který lze využít a je doporučován u klientů s dýchacími obtížemi, u naší participantky vyvolal dušnost a výrazné dechové obtíže. Prvních pět minut byla pro ni vůně příjemná, nicméně přibližně po 10 minutách bylo nutné aromaterapii ukončit a vyvětrat místnost. Na základě této zkušenosti jsme klientce přestali aromaterapii nabízet a v průběhu hospitalizace jsme ji již nevyužili.

V posledních dvou dnech života byla klientka polohována za použití hnízda a mikropolohování. S klientkou jsme manipulovali šetrně, pouze s minimální změnou polohy. Nebyla přetáčena z boku na bok, měla zvýšenou polohu horní části těla pro lepší dýchání. Rty a dutinu ústní jsme šetrně otírali borglycerinovou tyčinkou, rty zvlhčovali čtverečkem smočeným vodou. Při kontaktu byl využíván pouze iniciální dotek, bez slovního doprovodu. Nebyla v provozu

televize ani rádio. Protože nebyli přítomni klientčiny nejbližší příbuzní, ošetrovatelský personál se u ní střídal a doprovázel ji držením za ruku, dotekem a svojí přítomností.

### **Katamnéza:**

Během hospitalizace byla u klientky poskytována bazálně ošetrovatelská péče, jejíž součástí byli vybrané prvky a techniky konceptu Bazální stimulace. Při přijetí do zařízení byla klientka soběstačná, orientovaná časem, místem osobou. Byla umístěna na jednolůžkový pokoj s koupelnou. První dva týdny jsme využili optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci, masáž stimuluující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací. Participantka byla po celou dobu hospitalizace dušná, masáž stimuluující dýchání jí přinášela úlevu a došlo ke zpomalení dechové frekvence. Zhoršení celkového zdravotního stavu nastalo 15. den hospitalizace, kdy klientka upadla cestou na toaletu. Začátkem března klientka zůstala upoutána na lůžko, využili jsme částečnou povzbuzující masáž při změně polohy z lehu do sedu nebo při přesunu z lůžka na invalidní vozík. V posledním týdnu klientku navštívily její sestry, které s ní oslavily její blížící se narozeniny. Za naší spolupráce s klientkou jely na invalidním vozíku na procházku do zahrady. Během pobytu jsme pomáhali klientce zprostředkovávat každodenní videokomunikaci přes tablet s rodinnými příslušníky prostřednictvím aplikace Skype, udržovali jsme kontakt s jejími nejbližšími, kteří nemohli být v každodenním přímém kontaktu. V posledních dnech jsme u pacientky využívali polohování do hnízda a mikropolohování, ošetroující personál výrazně omezil komunikaci, využíval doteku, doprovázel klientku svojí přítomností. Bylo pečováno o dutinu ústní bez orální stimulace, pouze se používaly ochucené borglycerinové štětičky pro ošetření bukalní sliznice a jazyka a rtů. Participantka zemřela 27. března 2021, rodina se s klientkou rozloučila po její smrti.

### **Závěr:**

Masáží stimuluující dýchání došlo k úlevě, pravidelnému, klidnému a prohloubenému dýchání. Kontakt s blízkými prostřednictvím videohovorů vedl k posílení pocitu jistoty a bezpečí. Částečnou povzbuzující masáží dolních končetin jsme u klientky zvýšili aktivitu svalového tonu na dolních končetinách a připravili ji na změnu polohy. Využití olfaktorické stimulace pomocí aromalampy mělo u klientky negativní efekt, po inhalaci éterického levandulového oleje ji doprovázela dušnost a bylo nutné aromaterapii ukončit. Současně jsme během hospitalizace stimulovali chuťové, zrakové a čichové vjemy. Tyto somatické nabídky pozitivně ovlivnily hospitalizaci klientky a vyplnily denní program v zařízení. V závěru života byly využity prvky somatické stimulace, polohování do hnízda a mikropolohování, iniciální dotek bez slovního doprovodu.



## 5.2 Případová studie č. 2

Cílem případové studie je popsat využití konceptu Bazální stimulace u pacientky v preterminálním stavu s diagnózou coma vigile.

**Nynější onemocnění:** Pacientka byla přeložena do lůžkového hospice dne 11. ledna 2021 z oddělení DIOP z důvodu zadržené léčby a zahájení paliativní terapie.

**Anamnéza:** Klientka J. A., 68 let žila se svou rodinou v panelovém domě ve městě, dříve pracovala jako uklízečka. Má dvě dcery, které jsou s ní v kontaktu a navštěvují ji pravidelně se svými dětmi a dalšími blízkými příbuznými. V roce 2019 byla nalezena ležící na silnici v bezvědomí. Byla zavolána ZZS a zahájena KPR. Během hospitalizace na JIP došlo k asystolii, byla provedena KPR, následně u pacientky diagnostikováno coma vigile bez reakce na zevní podněty. Pacientka byla přeložena na DIOP, kde byla hospitalizována do ledna 2021, kdy byla přeložena do hospicové péče k paliativní terapii.

**Lékařské diagnózy:** coma vigile; stav po subdurálním hematomu; contusio cerebri; stav po srdeční zástavě a následné kardiopulmonální resuscitaci; hypertenze;

**Farmakoterapie:** Kepra 500 mg tbl. 1-1-1 (antiepileptikum); Rivotril 2 mg tbl. 0-1-0 (antiepileptikum); Betaloc Zok 100 mg tbl. 0-0-1 (antihypertenzivum); Fentanyl 12,5 mcg/h empl. výměna po 72 h (anodynum);

**Pohybový režim:** Klientka je ležící, imobilní, nesoběstačná, zcela závislá na péči.

**Průběh hospitalizace:** Při přijetí byla klientka spastická, objevovaly se mimovolní záškuby končetin a psychomotorický neklid při kontaktu a manipulaci, reagovala na hluk nebo na bolestivý podnět grimasou. Během hospitalizace došlo k redukci spasticity na dolních i horních končetinách, využíváním iniciálního doteku došlo k vymizení neklidných stavů. Od 10. března došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Klientka měla febrilie, nadměrně se potila, reakce na podněty byla viditelně nižší.

**Cíl bazální stimulace:** snížit spasticitu; eliminovat obavy; stimulovat chuťové a čichové smysly; navázat kontakt s klientkou; zajistit psychický a tělesný komfort;

### **Biografická anamnéza:**

Rozhovor, při kterém jsme získali informace do biografické anamnézy, proběhl 1. února 2021 s dcerou klientky.

Oslovení: Klientku oslovujeme Jitko, Jituško.

Iniciální dotek: Zvolili jsme levé rameno.

Tělesná péče: Je pravačka, hygienu prováděla každý den ve večerních hodinách, hlavu si umývala jednou za tři dny, teplotu vody preferovala vlažnou. U klientky je nutné zajistit veškerou ošetrovatelskou péči a pravidelně polohovat. Do hospicového zařízení přinesla dcera osobní toaletní potřeby. Klientka má dekubitus III. stupně v oblasti křížové kosti. Má trvalou tracheostomii, zavedenou tracheostomickou plastovou kanylu, je nutné zajistit zvýšenou péči o dýchací cesty a dutinu ústní. Odsávána je dle potřeby, minimálně 3krát denně. Rodina přinesla polohovací pomůcky, polštářky ve tvaru srdce, dvě deky, žínky, teplé ponožky a oblíbený šátek. Ráda usíná na pravém boku nebo na zádech. Nosí vždy noční košile. Mezi rituály patří poslouchání rádia nebo televize před spaním.

Tělesný kontakt: Tělesný kontakt by ji podle zjištěných informací od dcery neměl dělat problém.

Zrak: Barvy má ráda všechny, oční kontakt s klientkou nelze navázat, oči nefixují, reaguje otevřením očí na oslovení a na haptické podněty.

Sluch: Má ráda pohádky a dechovou hudbu. Rodina přinesla klientce do zařízení rádio.

Jídlo a pití: Pacientka přijímá polymerní stravu přes PEG. Ráda měla kávu a sladké šťávy, ovocné džusy. Nemá ráda mléko.

Vůně: Má ráda jemné květinové vůně a nemá ráda výrazné silné vůně. Dcera přinesla do hospicového zařízení klientčiny parfémy, deodoranty, krémy a oleje.

Způsob života: Klientka je věřící, ale do kostela vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu v posledních letech nechodila. Dcera si myslí, že by maminka neměla zájem o duchovní služby ani o návštěvu kněze. Rodina jeví zájem o přítomnost dobrovolníků.

Další přání: Dcera si přeje kontaktovat při změně stavu kdykoliv, i v noci.

### **Prvky a techniky konceptu Bazální stimulace využité v individuálním plánu:**

Somatická stimulace zklidňující – každý den během ranní toalety;

Polohování mumie – každý den ve večerních hodinách;

Polohování hnízdo – každý den během dne;

Taktilně – haptická stimulace dle potřeby;

Orální stimulace – každý den;

Olfaktorická stimulace – ve večerních a odpoledních hodinách;

Kontaktní dýchání dle potřeby;

### **Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:**

Somatická stimulace zklidňující

Somatická zklidňující stimulace byla používána formou koupele, která se aplikovala každý den během ranní toalety. Cílem bylo snížit svalové napětí. Koupel jsme prováděli vždy ve dvojici, využívali jsme osobní toaletní potřeby včetně froté žinek (Příloha I, fotografie č. 3, č. 5). Koupel jsme zahájili oslovením, iniciálním dotekem a současně jsme klientce sdělili, jakou činnost s ní budeme vykonávat. Po koupeli jsme aplikovali tělové mléko opět formou zklidňující masáže.

Polohování

Po koupeli jsme klientku uložili do polohy hnízdo, která nabízí pocit jistoty a bezpečí. Klientku jsme uložili do polohy na zádech a obložili ji molitanovým hadem do tvaru hnízda. Hlavu, ruce a dolní končetiny jsme vypodložili polštářky dle potřeby a zakryli jsme ji dekou. Na polštář pod klientku hlavu jsme dávali její oblíbený šátek, který dříve ráda nosila. Polohy jsme měnili v pravidelných intervalech, každé dvě hodiny během dne a každé čtyři hodiny v noci nebo dle zdravotního stavu klienty. (Příloha II, fotografie č. 8).

Zařadili jsme do plánu také polohu mumie, polohování na boku a mikropolohování. Polohu mumie jsme volili nejčastěji večer, před spaním. Pacientku jsme zabalili do deky a postupovali jsme od nohou až k horní části těla. Deku jsme fixovali přeložením jejích konců a podložením pod tělo klientky. Pod hlavu jsme dali jeden větší polštář. Vždy jsme u klientky několik minut po polohování setrvali a sledovali mimické projevy a sledovali, jestli je pro klientku poloha příjemná. V rámci polohování jsme využívali pomůcky, které přinesla rodina. (Příloha I, fotografie č. 1).

Taktilně – haptická stimulace

Protože byla pacientka spastická a měla spastické prsty na horních končetinách, využili jsme taktilně-haptickou stimulaci pomocí stimulačních míčků a vypodložení prstů a dlaní molitanovými válečky nebo plyšovou hračkou přinesenou rodinou.

Orální stimulace

Protože je krmena speciálně upravenou stravou do PEG, rozhodli jsme se do péče zakomponovat orální stimulaci. S pomocí molitanové štětičky, která byla namočená

v oblíbených nápojích, jsme potírali klientčiny rty a jazyk, čímž jsme stimulovali chuťové vjemy. Namáčeli jsme štětičku v kávě, pomerančovém džusu a sladkém čaji. S rodinou jsme se dohodli, že mohou přinést připravené jídlo z domova, které bude rozmixované a vhodně upravené, aby se mohlo následně podat přímo do PEG. Vyvarovali jsme se nabízení mléčných výrobků.

#### Olfaktorická stimulace

K navození klidu, sedativním účinkům a uvolnění křečí jsme zařadili do péče aromaterapii, konkrétně jsme střídali esenciální éterický olej z levandule a bergamotu. Aromaterapeutickou lampu jsme pouštěli vždy v odpoledních a večerních hodinách. Pokud byla klientka zahleněná, využívali jsme také éterický olej z borovice a jalovce (Příloha I, fotografie č. 6). Osobní prádlo klientky dcera prala doma v oblíbeném pracím prostředku a aviváži. Po ranní hygieně jsme používali klientčin deodorant nebo parfém.

#### Auditivní stimulace

Pouštěli jsme klientce každý den rádio, které přinesla rodina. Pouštěli jsme jí také pohádky v televizi a před spaním jsme klientce televizi nechali zapnutou a docílili tak zachování rituálů, které měla ještě před úrazem. Ve spolupráci s dobrovolníky jsme klientce předčítali knihu, kterou přinesla dcera.

#### Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání jsme aplikovali dle potřeby v poloze v leže na boku. Měli jsme položené ruce na hrudníku klientky a doprovázeli ji při nádechu a výdechu.

#### **Analýza poskytované bazální stimulace:**

Ze zjištěných informací od pečujících byla klientka během prvních dní od přijetí velmi spastická, ranní toaleta byla dle viditelných mimických projevů pro klientku nepříjemná. Když byla poprvé u klientky aplikována somatická stimulace formou zklidňující koupele, byla v křeči, bylo velmi komplikované s klientkou spolupracovat, objevilo se i zrychlené dýchání, bylo obtížné rozevřít dlaně a prsty. Opakováním zklidňující koupele se spolupráce s klientkou při toaletě po týdnu zlepšila. Osvědčilo se nám využívat míčky k aktivizující masáži ruky a předloktí a vkládali jsme do rukou molitanové válečky a plyšové hračky, které přinesla rodina. Nejprve bylo velmi obtížné ruce otevřít, masáž hřbetu ruky a předloktí, pomalé otevírání prstů nám pomohlo spastickou dlaň otevřít a vložit do ní molitanový váleček. Aplikace taktilně-haptické stimulace probíhala každý den v kombinaci s polohováním. Ruce byly po 17 dnech

uvolněné, snadněji se je dařilo otevírat. Dcera klientky si všimla, že je maminka méně spastická a v obličejí je uvolněná. Při aplikaci zklidňující koupele se uplatnil pozvolný rytmus. Poloha mumie se odsvědčila ve večerních hodinách, kdy pacientka v této poloze usnula.

Když byla klientka přeložena do hospicového zařízení, měla popraskané rty, v dutině ústní afty, povleklý jazyk. Hygiena dutiny ústní byla pro pacientku bolestivá a nepříjemná. Při prvních pokusech v péči o dutinu ústní klientka neotevřela ústa. Bylo velmi obtížné se dostat dovnitř. Na péči o dutinu ústní jsme se zaměřili a ošetřovali ji několikrát denně dle potřeby pomocí borglycerinové vody a molitanových štětiček, na rty jsme využívali balzám. Po týdnu bylo vidět značné zlepšení ve spolupráci s klientkou a také jsme zahojili drobné defekty v oblasti dutiny ústní. Jakmile se stav dutiny ústní zlepšil, rozhodli jsme se aplikovat prvky orální stimulace ve snaze stimulovat chuťové vjemy klientky.

Orální stimulaci jsme aplikovali každý den v odpoledních hodinách, mnohdy aplikaci prováděla také dcera. Klientka během stimulace pohybovala rty a jazykem, obličej měla uvolněný. Na základě mimiky a grimas jsme usuzovali, že orální stimulace byla klientce příjemná a přínosná. Aromaterapie vyvolávala uklidňující a tišící efekt.

#### **Katamnéza:**

Využití jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace u klientky mělo efekt především při uvolnění svalového napětí v oblasti horních končetin. Pozitivní efekt mělo používání oslovení Jituško a využívání iniciálního doteku. I přes aplikaci těchto metod se celkový stav klientky postupně zhoršoval. Aplikace technik a prvků konceptu Bazální stimulace pro výzkumné účely byla ukončena 31. března 2021, ale protože se aplikace jednotlivých prvků a technik u klientky i přes zhoršení stavu osvědčila, ošetřující personál a rodina v aplikaci pokračuje.

#### **Závěr:**

Zařazením jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče mělo u klientky vliv na snížení svalového napětí, navození celkového jak psychického, tak fyzického uvolnění. Bazálními stimuly jsme podpořili navození spánku a relaxace.

### **5.3 Případová studie č. 3**

Cílem případové studie je popsat využití konceptu Bazální stimulace u pacientky s karcinomem vulvy v terminálním stadiu.

**Nynější onemocnění:** Klientka byla přeložena 2. března 2021 do hospice k paliativní péči pro progredující karcinom vulvy.

**Anamnéza:** Klientka J. H., 85 let, důchodkyně, dříve prodavačka, rozvedená, žije sama, má dvě děti. Syn se zřejmě k matce nehlásí, dcera má zájem a navštěvuje ji. Při přijetí do hospice je spavá, somnolentní, na dotazy reaguje minimálně.

**Lékařské diagnózy:** karcinom vulvy; hypertenze; chronická anémie; chronická žilní insuficience; artróza kolenou;

**Farmakoterapie:** Verospiron 25mg tbl. 0-1-0 (diuretikum); Lexaurin 3mg tbl. 0-0-0-1 (anxiolytikum); Bisoprolol 2,5 mg tbl. 1-0-0 (sympatolytikum); Paramax 500mg tbl. 1-1-1-1 (analgetikum, antipyretikum); Ketonal 50mg/ml inj. i.m. dle potřeby (antirevmatikum, antiflogistikum, antiuratikum); Dormicum 5mg/ml inj. s.c. dle potřeby (hypnotikum, sedativum); Ondasetron 2mg/ml inj. i.m dle potřeby (antiemetikum); Morphine 1 % 10 mg inj. s.c. dle ordinace lékaře (anodynum); Fentanyl 100 mcg/h empl. výměna po 72 h (anodynum);

**Pohybový režim:** Klientka je ležící, imobilní, nesoběstačná, poskytována celková ošetrovatelská péče.

**Průběh hospitalizace:** Přijata do hospice v preterminálním stavu, přes den spavá. Komunikace probíhala s klientkou pouze v omezeném rozsahu. Poslední dva dny somnolentní, nebudí se na oslovení ani na fyzický podnět, při manipulaci viditelné mimické projevy bolesti, absence pocitu žízně.

**Cíl bazální stimulace:** stimulovat chuťové, čichové a sluchové vjemy; doprovázet klientku v posledních chvílích jejího života; zajistit tělesný a psychický komfort při umírání;

#### **Biografická anamnéza:**

Sběr biografické anamnézy probíhal s dcerou druhý den hospitalizace.

Oslovení: Klientku oslovujeme příjmením.

Iniciální dotek: Zvolili jsme levé rameno.

Tělesná péče: Je pravačka, je nutné zajistit veškerou ošetrovatelskou péči personálem, umývala se každý večer a využívala při mytí froté žínku, veškeré toaletní potřeby přinesla dcera včetně žínky. Usínala kolem 21:00, mezi rituály patří usínání v tichu a ve tmě, usínala na zádech.

Tělesný kontakt: Je velmi bolestivá, je důležité s klientkou manipulovat opatrně. Iniciální dotek jsme zvolili po předchozí domluvě s dcerou na pravé dominantní končetině, na pravém rameni.

Zrak: Nosí brýle na čtení, má oblíbené teplé odstíny barev.

Sluch: Participantka slyší dobře, oblíbenou hudbu dcera nezná. V televizi sledovala nejčastěji program ČT1.

Jídlo a pití: Má ráda neslazené čaje. Každé ráno si dávala šálek kávy, jedla přibližně 3krát denně malé porce jídla. Má ráda ovoce a zeleninu. V hospicovém zařízení je nutné zajistit dopomoc při příjmu tekutin a potravy.

Vůně: Klientka preferuje sladké vůně, má ráda také vánoční vůně, konkrétně skořici, jablko.

Způsob života: Je pokřtěná, ale nevěřící. Zájem o duchovní službu a dobrovolnictví rodina nemá.

Další přání: Dcera si přeje trávit s maminkou co nejvíce času.

### **Prvky a techniky konceptu Bazální stimulace využité v individuálním plánu:**

Somatická koupel zklidňující – každý den během ranní toalety;

Polohování do mumie, hnízda a mikropolohování dle potřeby;

Olfaktorická stimulace – v odpoledních a večerních hodinách;

Orální stimulace – při příjmu tekutin, při stravování;

Auditivní stimulace – během dne;

### **Realizace poskytované bazální stimulace:**

Na základě jejího zdravotního stavu jsme se rozhodli zakomponovat do ošetrovatelské péče pouze ty prvky, které nebudou pro klientku a její blízké zatěžující.

Somatická koupel zklidňující

V rámci ranní toalety jsme využívali zklidňující somatickou koupel. Stimulaci jsme zahájili vždy oslovením, iniciálním dotekem a sdělením, jakou činnost budeme provádět. Aplikovali jsme ji pomocí žinek ve směru růstu chlupů. Koupel jsme prováděly vždy dvě, aby byla případná manipulace a otáčení pro klientku méně bolestivé a snesitelné. Do koupele jsme využili levandulovou sůl, která uvolňuje, zklidňuje a navozuje pocit klidu a relaxace. Zklidňující koupel jsme zařadili do každodenní ošetrovatelské péče.

### Polohování

U klientky jsme využívali nejčastěji polohu hnízdo. (Příloha II, fotografie č. 9). Používali jsme speciální pomůcky, molitanové „hady“, velké polštáře, malé polštářky a deky. Vždy jsme polohování prováděli minimálně ve dvojici, začali jsme vždy iniciálním dotekem, oslovením a sdělením, co budeme dělat. Současně jsme aplikovali mikropolohování a polohu mumie.

### Olfaktorická stimulace

Každý den ve večerních hodinách jsme využili aromaterapii, stimulaci čichu jsme prováděli pomocí aromalampy, do které jsme přidali levandulový éterický olej, který vyvolává pocity klidu a má sedativní účinky. (Příloha II, fotografie č. 11).

### Orální stimulace

Během dne klientka hodně spala, byla slabá a nebyla schopna se sama napít. Využívali jsme k příjmu tekutin malou stříkačku o velikosti 20 ml. Stříkačkou jsme klientce dávali během dne hořký čaj a sladké pudinkové „mixy“. Na základě zjištěné biografické anamnézy jsme zkusili aplikovat klientce do úst také jablečný džus, jelikož dcera uvedla, že měla ráda jablka a jejich vůni. V posledních chvílích jsme zvlhčovali rty pomocí vatové štětičky namočené ve vodě a rty jsme ošetřovali vazelínou.

### Auditivní stimulace

Během dne jsme pouštěli v televizi oblíbený program ČT1. Významnou část auditivní stimulace zprostředkovala dcera, která mamince předčítala z knihy nebo vyprávěla příběhy z domova.

### **Analýza poskytované bazální stimulace**

Využití somatické zklidňující koupele mělo u klientky pozitivní vliv, koupel probíhala pomalu a klidně, pohyby nebyly pro klientku tak bolestivé. Začleněním levandulové soli jsme současně navodili příjemnější atmosféru. Polohování mumie i hnízdo mělo uklidňující efekt, v poloze klientka často během dne spala. Mikropolohování se uplatnilo především při změně polohy, změna polohy nebyla pro klientku náročná a bolestivá. Aromaterapii jsme aplikovali každý den v odpoledních a večerních hodinách. Komunikace s klientkou byla obtížná, ale některé dny se nám povedlo s klientkou hovořit, dokázala kývnout na danou odpověď. Aplikace tekutin přes malou stříkačku se osvědčila, klientka spolupracovala a dokázala vypít i větší množství. V posledních dnech klientčina života jsme dutinu ústní a rty zvlhčovali borglycerinovými



štetičkami ve vodě, aplikovali jsme polohování do hnízda, mumie a mikropolohování a ve večerních hodinách využili aromaterapii s éterickým levandulovým olejem.

**Katamnéza:**

Klientka byla přijata do hospice v preterminálním stavu. Bylo obtížné s klientkou navázat kontakt, iniciální dotek a oslovení nám velmi pomohlo v komunikaci a zahájení jakékoliv činnosti. Některé dny klientka dokázala kývnout hlavou na určitou otázku, jiné dny spala i během dne. Od začátku hospitalizace jsme do péče začlenili zklidňující stimuluující koupel, polohování, orální a auditivní stimulaci. Jednotlivé prvky a techniky konceptu měli tišící efekt, poloha hnízdo u klientky snižovala bolest a mnohdy v této poloze usnula. V posledních dnech jejího života byla somnolentní, nereagovala na oslovení ani iniciální dotek. Aplikovali jsme metody polohování do hnízda, mumie a mikropolohování a využívali éterický levandulový olej ve formě aromaterapie. Využívali jsme nadále iniciální dotek bez slovního doprovodu. Klientka zemřela za doprovázení dcery a ošetřujícího personálu 17. března 2021.

**Závěr:**

Během hospitalizace jsme zajistili psychický a fyzický komfort, podpořili usínání, zajistili příjem tekutin. Během poskytování ošetrovatelské péče a jednotlivých prvků stimulace jsme využívali u klientky iniciální dotek a oslovení, využívali jsme pozvolný rytmus, komunikaci s klientkou. V závěru klientčina života jsme aplikovali metody polohování, polohování hnízdo, mumie a využívali mikropolohování. Nadále jsme využívali iniciální dotek bez slovního doprovodu, zajistili důslednou péči o dutinu ústní molitanovými tyčinkami a péči o kůži pomocí tělového krému. Současně jsme ve večerních hodinách využili aromaterapii s levandulovým esenciálním olejem.

## 5.4 Případová studie č. 4

Cílem případové studie je popsat využití konceptu Bazální stimulace u klienta s adenokarcinomem stigmatu.

**Nynější onemocnění:** Klient byl přijat do lůžkového hospice 31. srpna 2020 z onkologického ústavu k paliativní terapii po vyčerpání všech možností onkologické léčby.

**Anamnéza:** Klient L. B., 74 let, je ve starobním důchodu, dříve byl zaměstnaný na pozici řidiče. Je ženatý, žije s manželkou v bytě. Má jednu dceru, se kterou má velmi kladný vztah. Klient je alergický na Torecan a Degan.

**Lékařské diagnózy:** adenokarcinom stigmatu; metastázy jater; metastázy plic; anémie; Parkinsonova choroba; hypertenze; diabetes mellitus II. typu;

**Farmakoterapie:**

Isicom 100/25 mg tbl. 2-2-2 (antiparkinsonikum); Ursosan 250 mg tbl. 1-0-1 (hepatikum); Betaloc Zok 50 mg tbl. 1,5-0-0 (antihypertenzivum); Ketonal 50mg/ml inj. i.m. dle potřeby (antirevmatikum, antiflogistikum, antiuratikum); Morphine 1 % 10 mg inj. s.c. dle ordinace lékaře (anod ynum); Fentanyl 75 mcg/h empl. výměna po 72 h (anodynum);

**Pohybový režim:** Je ležící, imobilní, vyžadující celkovou ošetrovatelskou péči.

**Průběh hospitalizace:** Od 18. března se klientův zdravotní stav začal zhoršovat, klient trpěl vysokými horečkami, objevovala se průlomová bolest při manipulaci. V posledních dnech klientova života přes den spal, byl somnolentní, měl subfebrilie, nadměrně se potil, zrychlené a povrchové dýchání.

**Cíl bazální stimulace:** stimulace chuťových vjemů; navodit celkové uvolnění; začlenit rodinné příslušníky do péče; zajistit komfort při pobytu v lůžkovém hospici;

**Biografická anamnéza:**

Anamnéza byla sepsána na základě spolupráce manželky 1. února 2021. Získány byly pouze doplňující informace, protože ošetroující personál oslovení, iniciální dotek, oblíbené potraviny a nápoje zjistil již při příjmu nemocného. Zjišťovaly se pouze aktuální informace případně změny za poslední měsíce.

Oslovení: Na žádost klienta i jeho ženy jej oslovujeme příjmením.

Iniciální dotek: Zvolili jsme hřbet ruky na pravé horní končetině.

Tělesná péče: Klient je pravák, potřebuje zajistit celkovou ošetrovatelskou péči, s dopomocí a asistencí udrží plastovou sportovní lahev i jiné pomůcky v ruce, manželka přinesla hygienické potřeby a oblíbený parfém. Byl zvyklý se koupat večer.

Tělesný kontakt: Klient je na tělesný kontakt zvyklý. Iniciální dotek jsme zvolili na hřbetu ruky pravé horní končetiny.

Zrak: Klient nenosí brýle. Rád sleduje v televizi sportovní utkání, nejradši má fotbal. Mezi oblíbené barvy patří zelená a tmavě modrá. Do lůžkového hospice přinesla manželka fotografie blízkých a klienta.

Sluch: Špatně slyší, naslouchadlo nemá, doporučeno od manželky mluvit spíše na pravé straně blíže k uchu, na které údajně slyší lépe, proto byl zvolen i iniciální dotek na pravé ruce.

Jídlo a pití: Klient má rád sladké dorty, zákusky a jiné sladkosti. Také má rád pivo, chodil jednou týdně s kamarády do hospody. Čaj je zvyklý pít neslazený občas s citronem.

Vůně: Manželka přinesla klientův oblíbený parfém.

Způsob života: Je pokřtěný, věřící „*tak napůl*“, o možnostech duchovní služby byl informován, ale nyní nemá zájem.

### **Prvky a techniky konceptu Bazální stimulace využité v individuálním plánu:**

Somatická zklidňující koupel – každé ráno během toalety;

Taktilně-haptická stimulace – denně;

Orální stimulace – denně při podávání tekutin a výživy;

Auditivní stimulace – denně;

Olfaktorická stimulace – denně v odpoledních a večerních hodinách;

Polohování dle potřeby;

Kontaktní dýchání dle potřeby;

### **Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:**

Koncept Bazální stimulace byl začleněn do ošetrovatelské péče dne 1. února 2021.

#### **Somatická zklidňující koupel**

Somatickou zklidňující koupel jsme aplikovali každý den v rámci toalety. Dle informací zjištěných ze sběru biografické anamnézy se klient rád umýval ve večerních hodinách. Po rozhovoru s manželkou a klientem jsme hygienu prováděli v odpoledních a večerních hodinách. Manželka měla zájem se do péče zapojit, proto některé dny prováděla hygienu ona s dopomocí pečujícího personálu. Koupel jsme prováděli v lůžku, využívali jsme preferovanou teplou vodu. Využili jsme froté žínky a jeho oblíbené pánské tekuté mýdlo. Do koupele jsme také některé dny přidali koupelovou meduňkovou nebo levandulovou sůl, která má relaxační a sedativní účinky (Příloha I, fotografie č. 4).

#### **Taktilně-haptická stimulace**

Taktilně-haptické stimulace se účastnila manželka, která trávila u klienta každý den několik hodin. Manžela držela za ruku, hladila ho po tváři a my jsme stimulaci využili v prvních týdnech

při podávání tekutin. Klientovi jsme umožnili držet plastovou láhev se sportovním uzávěrem a formou asistované činnosti se bez problému mohl napít a regulovat si rychlost a množství tekutin sám. Asistovanou činnost jsme také využili při česání, kdy jsme klientovi ro ruky vložili hřeben a s naší pomocí jej učesali. Manželka do hospice přinesla plyšového pejska. Pejsek znázorňoval psa, kterého mají doma. Klientovi jsme plyšovou hračku vkládali do rukou.

#### Orální stimulace

Orální stimulaci aplikovala převážně manželka. Každý den přinesla jeho oblíbené pochutiny, které následně nemocnému podávala. Protože měl rád pivo, domluvili jsme se s manželkou, že přinese nealkoholické pivo, které klientovi podle jeho chuti během hospitalizace kdykoliv dáme. Pivo popíjel klient vždy za asistované spolupráce brčkem.

#### Auditivní stimulace

Během dne jsme klientovi pouštěli v televizi sportovní pořady, především fotbalové zápasy. Manželka klientovi vykládala o rodině nebo domově.

#### Olfaktorická stimulace

Během dne jsme několikrát klienta navoněli jeho oblíbeným parfémem. Využili jsme také aromaterapii ve večerních hodinách, zvolili jsme esenciální éterický olej levandule a do odpolední hygieny jsme přidali dvě odměrky meduňkové nebo levandulové soli k navození klidu, relaxace a spánku (Příloha I, fotografie č. 2).

#### Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání jsme aplikovali dle potřeby při zrychlené dechové frekvenci. Stimulaci jsme prováděli v lůžku.

#### **Analýza poskytované bazální stimulace:**

Pozorovali jsme po provedení masáže tělesné uvolnění, s klientem jsme během péče komunikovali. Během koupele se usmíval, některé dny jsme ke koupeli pouštěli i hudbu, a bylo vidět, že si klient naši přítomnost užívá. Asistovaná činnost umožnila nemocnému zapojit se do ošetrovatelské péče. Mnohdy je těžké regulovat množství tekutin, které chce vypít. Asistovanou činnost jsme prováděli celý březen a první týden v dubnu, kdy byl při vědomí, a asistovaná činnost byla přínosem. Orální stimulace umožnila klientovi vychutnat jeho oblíbené potraviny včetně piva. Přítomnost manželky každý den byla velkou výhodou. Éterický levandulový esenciální olej a meduňková sůl měli na participanta tišící efekt.

**Katamnéza:**

U klienta ošetřující personál využíval základní prvky a techniky konceptu Bazální stimulace, orální a auditivní stimulaci, již od příjmu. Od února jsme bazálně ošetrovatelskou péči rozšířili o taktilně-haptickou a olfaktorickou stimulaci. Klient byl ve stavu, kdy jsme s ním mohli komunikovat. Byl závislý na péči ošetřujících. Pohyblivost byla velmi omezená, mohl hýbat končetinami, ale sám se bez pomoci neotočil. První měsíc se jeho zdravotní stav neměnil, konceptem Bazální stimulace jsme se snažili zkvalitnit poskytovanou ošetrovatelskou péči, stimulovat chuťové a čichové vjemy. Po 18. březnu došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Lékařka po posouzení stavu klienta navýšila dávky opiátů. V závěru klientova života jsme aplikovali pouze jednotlivé prvky, zklidňující somatickou koupel, polohování do hnízda, mumie a mikropolohování a aromaterapii s levandulovým éterickým olejem. Klient zemřel 25. března 2021 za přítomnosti a doprovázení manželky.

**Závěr:**

Asistovanou činností jsme podpořili jemnou motoriku klienta. Během hospitalizace jsme klientovi pouštěli jeho oblíbené sportovní programy a ve večerních hodinách využili aromaterapii, kdy jsme zvolili levandulový éterický olej. U participanta navodil relaxaci a měl tišící efekt. Do péče se aktivně zapojila manželka klienta. V posledních chvílích klientova života jsme do péče aplikovali zklidňující somatickou koupel, polohování do hnízda a mumie, mikropolohování a aromaterapii, redukovali jsme svalové napětí a zajistili tělesný a psychický komfort při umírání.

## 5.5 Případová studie č. 5

Cílem případové studie je popsat využití konceptu Bazální stimulace u klienta s diagnózou Parkinsonova choroba, který byl přijat do lůžkového hospice dne 4. ledna 2021 z domova.

**Nynější onemocnění:** Klient byl přijat z domácího prostředí k paliativní péči pro zhoršení celkového stavu, zhoršení mobility, dezorientaci.

**Anamnéza:** Pan B. H., 82 let, důchodce, dříve dělnická profese, vdovec. Má dvě děti, které ho navštěvují každý den v hospici. Občas se ztrácí orientovanost a zabíhá mimo realitu, má značné bolesti velkých kloubů.

**Lékařské diagnózy:** hypertenze; diabetes mellitus II. typu; nedoslýchavost; senilní katarakta; extrapyramidový syndrom hypokineticko-rigidní;

**Farmakoterapie:**

Haloperidol 2mg/ml gtt. 15-15-15 (antipsychotikum); Verospiron 25mg tbl. 0-1-0 (diuretikum); Tiapridal 138mg/ml gtt. 15-15-15 (antipsychotikum); Ketonal 50mg/ml inj. i.m. dle potřeby (antirevmatikum, antiflogistikum, antiuratikum); Morphine 1% 10mg inj. s.c. dle ordinace lékaře (anodynum);

**Pohybový režim:** Klient je nechodící, sedne si v lůžku s pomocí, ale potřebuje oporu.

**Průběh hospitalizace:** Koncem února začal být klient zmatený, vykřikoval, oslovoval personál cizími jmény. Bylo nutné zvýšit dohled a častěji jej kontrolovat. Dne 10. dubna 2021 došlo k akutnímu zhoršení stavu, přestal komunikovat, ležel v lůžku, měl subfebrilie, silné průlomové bolesti, a i během dne byl spavý.

**Cíl bazální stimulace:** podpořit jemnou motoriku; připravit organismus na mobilizaci; zajistit koordinaci a stabilitu pohybu, psychický a tělesný komfort;

**Biografická anamnéza:**

Oslovení: Po domluvě s klientem jej oslovujeme pane Bohoušku.

Iniciální dotek: Zvolili jsme pravé rameno.

Tělesná péče: Klient je převážně ležící, s dopomocí se může posadit, ale potřebuje oporu, neudrží se vsedě. S dopomocí se nají a napije. Je pravák, klienta doprovází nepříjemný třes rukou.

Tělesný kontakt: Tělesný kontakt klientovi nevádí. Iniciální dotek jsme zvolili na dominantní končetině, na pravém rameni.

Zrak: Trpí senilní kataraktou, brýle nenosí, omezené vidění do dálky, max. do 30 cm, omezené zorné pole, zvýšená citlivost na silnější světlo. Dříve četl noviny.

Sluch: Trpí nedoslýchavostí, je potřeba mluvit zřetelně a více nahlas, rád poslouchá rádio

Jídlo a pití: Mezi oblíbené jídlo patří buchty. Říká, že sní vše. Má chuť k jídlu, dcera do lůžkového hospice nosí každý den klientovy oblíbené pochutiny. Příjem tekutin je dostačující, vypije zhruba 1,5 litru tekutin za den. Nejradši má minerální vody. Rodina mu do lůžkového hospice donesla nealkoholické pivo, které má rád.

Způsob života: Je věřící, má zájem o duchovní služby, návštěvu kněze a přítomnost dobrovolníků.

**Prvky a techniky konceptu Bazální stimulace využité v individuálním plánu:**

Povzbuzující masáž dolních končetin – při změně polohy;

Taktilně-haptická stimulace – asistovaná činnost při stravování;

Vestibulární stimulace – před změnou polohy;

Orální stimulace – denně;

Polohování do polohy hnízdo, mumie a mikropolohování dle potřeby;

Zklidňující somatická koupel – v terminálním stadiu;

**Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:**

Povzbuzující masáž dolních končetin

Masáž jsme využili při přesunu z lůžka na křeslo nebo před podáváním jídla. Dělali jsme ji přes oděv pomocí froté žinek proti směru růstu chlupů.

Taktilně-haptická stimulace a orální stimulace

Taktilně-haptickou stimulaci jsme prováděli formou asistované činnosti. Aktivizovali jsme klientovu ruku k činnosti, a tím podpořili jemnou motoriku. Aktivizační činnost jsme využili během krmení, kdy se klient nezvládl najíst sám (Příloha II, fotografie č. 10). Dcera klienta do hospice nosila klientovy oblíbené pochutiny. Nejčastěji buchty, koláče.

Vestibulární stimulace

Stimulaci jsme aplikovali před každou změnou polohy. Prováděli jsme pohyby hlavy v lůžku. Mírně jsme hlavu klienta otáčeli do stran. Tento pohyb jsme prováděli 3–5krát.

Polohování

Polohování do hnízda, mumie a mikropolohování jsme aplikovali do péče v preterminálním a terminálním stadiu. K dosažení maximálního pohodlí klienta jsme využívali molitanové hady, polštáře a deku.

Zklidňující somatická koupel

Koupel jsme zařadili do poskytované ošetrovatelské péče během hospitalizace a celkového zdravotního stavu. Prvotně jsme toaletu prováděli jako asistovanou činnost, ale v posledních dnech klientova života jsme toaletu prováděli metodou zklidňující stimulace.

**Analýza poskytované bazální stimulace:**

Aktivizační činnost v rámci příjmu potravy se osvědčila nejvíce. Klient nebyl schopný se najíst sám a personál jej musel krmit. Proto jsme jej zapojili a byli jsme pouze oporou a fixovali jeho ruku během příjmu potravy. Před využitím masáže dolních končetin byl klient bolestivý a zatnutý při změně polohy, během masáže jsme řekli, že dojde ke změně polohy, on se na to sám připravil a my jsme mezitím mohli stimulovat dolní končetiny. Stimulovali jsme je pomocí suchých froté žínek. Klient měl možnost si vybrat na základě jídelníčku jídlo, na které měl chuť. Dcera také nosila většinou každý den z domu nějaké upečené buchty a další. Při zhoršení celkového zdravotního stavu klienta jsme aplikovali pouze zklidňující somatickou koupel, polohování do hnízda, mumie a mikropolohování. Dutinu ústní a rty jsme ošetřovali vlhčenými molitanovými štětičkami a pečovali o kůži. Během hospitalizace klient navštívil s rodinou bohoslužbu a přišel za ním kněz.

**Katamnéza:**

Klient byl přijat z domácího prostředí do lůžkového hospice pro zhoršení stavu. Při přijetí byl soběstačný v rámci lůžka, v prvních týdnech se zvládl najíst i napít sám. Další ošetrovatelskou péči zajistil personál. Byl orientovaný místem, časem, osobou. Odpovídal na otázky přiléhavě. Postupem času ztrácel klient sílu, energii, byl slabý a zvýšeně unavený. Neudržel v ruce příbor nebo hrnek. V půlce února jsme mu začali dopomáhat při stravování a využívali asistovanou činnost. Během hospitalizace ho každý den navštěvovala dcera nebo syn s vnoučaty. Trávili s klientem volný čas, vyprávěli mu příběhy, povídali si. Na invalidním vozíku ho rodina brala do parku, který je součástí zařízení. Koncem března došlo ke zhoršení stavu, lékařka naordinovala do terapie opiáty. 31. března 2021 bylo výzkumné šetření ukončeno, ale klientovi se nadále poskytovala bazálně ošetrovatelská péče, která zahrnovala konkrétní prvky a techniky konceptu Bazální stimulace. Ošetřující personál klienta polohoval do hnízda a mumie, využíval mikropolohování a při toaletě somatickou zklidňující koupel. Klient zemřel 13. dubna 2021 za doprovázení členů rodiny.

**Závěr:**

Částečnou povzbuzující masáž dolních končetin se osvědčila při změně polohy. Asistovanou činností jsme umožnili klientovi zapojit se do poskytované péče, současně stimulovat horní končetiny. Nemocný si tak mohl regulovat sám rychlost a množství podané potravy, posílili jsme stabilitu a koordinaci pohybu horní končetiny. Do péče se během celé hospitalizace zapojili rodinní příslušníci. V posledních 13 dnech ošetřující personál aplikoval pouze mikropolohování, polohu hnízdo, mumii a somatickou zklidňující koupel.



## 5.6 Zobecnění případových studií

Tabulka 2 – Shrnutí případové studie č. 1

<b>Případová studie č. 1</b>
<p>Klientka F. R., 63 let</p> <p><b>Oslovení:</b> personál klientku oslovuje příjmením</p> <p><b>Iniciální dotek:</b> pravé rameno</p> <p><b>Diagnóza:</b> bronchogenní karcinom</p> <p><b>Cíl bazální stimulace:</b> zklidnění a zpomalení dýchání; usnadnění vykašlávání; zajištění kontaktu s rodinnými členy a blízkými; zajistit psychický a tělesný komfort při umírání;</p> <p><b>Využité techniky a prvky konceptu Bazální stimulace:</b> masáž stimulující dýchání; kontaktní dýchání; olfaktorická stimulace; auditivní stimulace; optická stimulace; povzbuzující masáž dolních končetin; somatická zklidňující koupel; polohování;</p> <p><b>Vliv konceptu Bazální stimulace u klienta:</b> krátkodobý efekt ovlivnění dušnosti; vykašlání hlenu; zprostředkován každodenní kontakt s rodinou online formou; zlepšení komunikace; uvolnění napětí a stresu, zlepšení pohyblivosti; zajištění psychického a tělesného komfortu při umírání; zapojení rodinných příslušníků do péče;</p>

Tabulka 3 – Shrnutí případové studie č. 2

<b>Případová studie č. 2</b>
Klientka J. A., 68 let
<b>Oslovení:</b> Jitka, Jituška
<b>Iniciální dotek:</b> levé rameno
<b>Diagnóza:</b> coma vigil
<b>Cíl bazální stimulace:</b> snížit spasticitu, eliminovat obavy; stimulovat chuťové a čichové smysly; navázání kontaktu s klientkou; zajistit psychický a tělesný komfort;
<b>Využité techniky a prvky konceptu Bazální stimulace:</b> somatická stimulace zklidňující; polohování mumie; polohování hnízdo; taktilně-haptická stimulace; orální stimulace; olfaktorická stimulace
<b>Vliv konceptu Bazální stimulace u klienta:</b> redukce spasticity, snížení neklidu, obav; navázání kontaktu, zapojení rodinných příslušníků do péče; nepřerušovaný spánek; tělesný komfort;

Tabulka 4 – Shrnutí případové studie č. 3

<b>Případová studie č. 3</b>
Klientka J. H., 85 let
<b>Oslovení:</b> personál klientku oslovuje příjmením
<b>Iniciální dotek:</b> levé rameno
<b>Diagnóza:</b> karcinom vulvy
<b>Cíl bazální stimulace:</b> stimulovat chuťové vjemy; doprovázet klientku v posledních chvílích jejího života; zajistit tělesný a psychický komfort při umírání;
<b>Využité techniky a prvky konceptu Bazální stimulace:</b> somatická koupel zklidňující; polohování; olfaktorická stimulace; orální stimulace; auditivní stimulace;
<b>Vliv konceptu Bazální stimulace u klienta:</b> stimulace chuťových vjemů; navození klidu a relaxace; zapojení rodinných příslušníků do péče; zajištění tělesného a psychického komfortu;

Tabulka 5 – Shrnutí případové studie č. 4

<b>Případová studie č. 4</b>
Klient L. B., 74 let
<b>Oslovení:</b> personál klienta oslovuje příjmením
<b>Iniciální dotek:</b> hřbet ruky na pravé horní končetině
<b>Diagnóza:</b> adenokarcinom stigmatu
<b>Cíl bazální stimulace:</b> stimulace chuťových vjemů; navodit celkové uvolnění; zajistit psychický a tělesný komfort při umírání;
<b>Využité techniky a prvky konceptu Bazální stimulace:</b> somatická zklidňující koupel; taktilně-haptická stimulace; orální stimulace; auditivní stimulace; olfaktorická stimulace;
<b>Vliv konceptu Bazální stimulace u klienta:</b> redukce svalového napětí; podpoření jemné motoriky; celkové uklidnění; zapojení rodinných příslušníků do péče; zajištění tělesného a psychického komfortu;

Tabulka 6 – Shrnutí případové studie č. 5

<b>Případová studie č. 5</b>
Klient B. H., 82 let
<b>Oslovení:</b> pan Bohoušek
<b>Iniciální dotek:</b> pravé rameno
<b>Diagnóza:</b> Parkinsonova choroba
<b>Cíl bazální stimulace:</b> podpořit jemnou motoriku; připravit organismus na mobilizaci; zajistit koordinaci a stabilitu pohybu, psychický a tělesný komfort;
<b>Využité techniky a prvky konceptu Bazální stimulace:</b> asistované krmení; povzbuzující masáž dolních končetin; vestibulární stimulace; orální stimulace; zklidňující somatická koupel; polohování;
<b>Vliv konceptu Bazální stimulace u klienta:</b> zajištění dostatečného příjmu potravy; stimulace tělesného schématu; posílení stability a koordinace pohybu; zapojení rodinných příslušníků do péče; zajištění tělesného a psychického komfortu;

## 6 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu, informační brožury, o konceptu Bazální stimulace (Příloha IV). Je určený pro příbuzné a rodinné příslušníky klientů lůžkového hospice a byl tvořen pro potřeby konkrétního zařízení. Obsahuje základní informace o konceptu Bazální stimulace a popisuje vybrané prvky a techniky, které se uplatňují v péči o klienty v terminálním stavu. Obsah brožury má informovat rodinné příslušníky a jejich blízké o využití konceptu Bazální stimulace u klientů v hospicovém zařízení. V konkrétním lůžkovém hospici tento materiál chybí, proto byla autorka požádána o jeho vytvoření. Návrh byl předložen vrchní sestře zařízení.

Současně je praktickým výstupem vytvoření návrhu dokumentu, autobiografické anamnézy, která se zaměřuje na zjištění informací o potřebách a přáních umírajících (Příloha III). Vytvoření podrobnějšího formuláře nebylo primárním plánem, ale spíše potřebou, která vyvstala až v průběhu vlastní realizace výzkumného šetření. Stávající formulář byl příliš obecný, proto vznikla v průběhu mé spolupráce s lůžkovým hospicem potřeba vytvoření aktuálního dokumentu. Získání kvalitní biografické anamnézy je základním předpokladem pro poskytnutí kvalitní a individuální bazálně ošetrovatelské péči u klientů v terminálních stavech. Na vytvoření nové podoby listu k získání autobiografické anamnézy bylo spolupracováno s členy ošetrovatelského týmu, všeobecnými sestrami a současně také se sociální pracovníci. V rámci získání autobiografické anamnézy jsme se zaměřili na oblasti péče o tělo, rituály při mytí a usínání, polohu při usínání a způsoby relaxace. Zjišťujeme vnímání tělesného kontaktu, preferovanou formu iniciálního doteku. Ve vytvořeném formuláři cíleně získáváme informace o zrakovém, sluchovém, chuťovém a čichovém vnímání. Zaměřujeme se na preferované pokrmy, hudbu. Soustředíme se na problematiku bolesti, reakci pacienta na ni a používání prostředků k jejímu zmírnění. Neopomínáme také informace o službách, které lůžkový hospic nabízí a zjišťujeme klientův zájem o ně. Věnujeme se také informacím, které vnímá klientovo nejbližší okolí nebo sám klient za důležité a řešíme také pacientova přání. Využití biografické anamnézy při příjmu klienta do lůžkového hospicového zařízení ovlivní a zajistí získání důležitých a podstatných informací, které nám následně pomohou při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Návrh formuláře byl poskytnut také vrchní sestře hospicového zařízení.

## 7 DISKUZE

Během hospitalizace v lůžkovém hospici byly u pěti klientů začleněny konkrétní prvky a techniky konceptu Bazální stimulace do komplexní péče. Participantům v hospici byla nabízena bazálně ošetrovatelská péče po dobu 16 dnů až dvou měsíců. Během jejich pobytu se jejich zdravotní stav měnil, zhoršoval, techniky a prvky konceptu Bazální stimulace jsme aplikovali podle aktuálních potřeb. V Diskuzi jsme se zaměřili na poskytování prvků a technik konceptu v závěru jejich života, které jsme volili na základě získaných informací ze sběru biografické anamnézy, podle zdravotního stavu pacientů a jejich individuálních potřeb a přání. Biografická anamnéza nám umožňuje porozumět klientům, pochopit jejich chování a zohlednit jejich individualitu (Friedlová, 2006, s. 44).

U všech klientů jsme bazálně-stimulační péči zahajovali předem domluveným iniciálním dotekem a vhodným oslovením, které nám umožnilo navázat kontakt a komunikaci. Iniciální dotek je jednou z forem nonverbálního signálu, který informuje nemocné o naší přítomnosti. Začleňuje se nejčastěji do praxe u pacientů se změnami vědomí nebo deficitem kognitivních funkcí (Friedlová, 2018, s. 71). Současně jsme je informovali o činnosti, kterou u nich budeme vykonávat, o jejím účelu a významu.

V závěrečné fázi života jsme u našich participantů využívali techniku zklidňující somatické koupele, která jim pomáhala k celkové relaxaci, masážní doteky přispívaly ke klidnějšímu průběhu toalety. U všech participantů byla tato technika vnímána pozitivně. Nejvýraznější efekt byl u večerní toalety participanta číslo 5 s diagnózou Parkinsonova choroba. Obdobné pozitivní výsledky této techniky uvádí ve své bakalářské práci autorka Nikol Šarmanová (2019, s. 55), která stejně jako my aplikovala zklidňující somatickou koupel u pacienta s diagnózou Parkinsonova choroba. Koupel redukovala projevy bolesti, došlo k uvolnění a redukcii spasticity po celém těle pacienta. Autorka Karolína Friedlová (2007, s. 76) doporučuje somatickou zklidňující koupel u klientů ve vigilním kóma, u dlouhodobě imobilních a úzkostných, se zvýšeným svalovým tonem, s poruchou spánku a u umírajících s cílem poskytnout empatickou a humánní doprovázející péči.

V rámci našeho šetření jsme zjistili, že somatickou stimulaci povzbuzující je vhodné v hospicové péči vhodné využívat pouze částečně, při změně polohy nebo při přesunu z lůžka na židli, do křesla či na invalidní vozík. Částečnou somatickou povzbuzující masáž jsme aplikovali u participantů č. 1 a č. 5 jen na určité části těla, dolní končetiny, se kterými jsme následně pohybovali. Částečná masáž stimuluje vnímání tělesného schématu, podpoří

aktivitu a připraví na následnou změnu polohy (Friedlová, 2018, s. 81). Masáž jsme aplikovali při každé změně polohy. Využili jsme froté žínek. U obou participantů došlo k lepší regulaci svalového tonu a lepší kooperaci svalů na dolních končetinách při pohybu. Autorka Nikol Šarmanová (2019, s. 65) u své pacientky využívala také povzbuzující somatickou masáž před posazením. Stejný efekt popisuje ve své práci autorka Pavla Přidalová (2020, s. 44), která využila částečnou povzbuzující masáž u pacientky s Alzheimerovou chorobou. Zjistili jsme, že celkovou povzbuzující stimulaci ve formě koupele či masáže není vhodné využívat. Souhlasíme s tvrzením uvedeným MUDr. Slámou (2010), že terminální stav představuje specifickou klinickou situaci, kdy se mění celkový kontext a cíle péče. Probíhající patologické změny jsou zásadně nevratné (ireverzibilní) a s ohledem na stav pacienta nemá význam se o korekci těchto změn pokoušet. Pro pacienta fyzická aktivizace není přínosná, pouze by se prodloužil a prohloubil jeho diskomfort v závěru života.

U všech participantů byly v posledních dnech života začleněny do péče polohovací techniky, poloha hnízdo, poloha mumie a mikropolohování. U participantů byla takto podpořena stabilizace vnímání tělesného schématu, tělesný komfort a uvolnění. Zajistili jsme jim pohodlí a pocit jistoty, u všech participantů jsme vnímali při správném napolohování celkovému zklidnění, relaxaci a u participantky č. 3 byl navozen i spánek. Autorka Soňa Hružová (2013, s. 54) začlenila také polohování do poskytované ošetrovatelské péče v lůžkovém hospici a uvedla, že poloha hnízdo u jejích klientek vedla k relaxaci a k lepšímu usínání.

U participantky č. 1 byla aplikována masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním. Tyto techniky poskytly klientce úlevu, zmírnily dušnost, pomohly jí odkašlat hlen a zpomalily dechovou frekvenci. Ke stejnému zjištění dospěla také autorka Soňa Hružová (2013, s. 50), která masáží docílila u své pacientky, obdobně jako my, zklidnění a prohloubení dechu. Jsme si vědomi, že masáž stimulující dýchání u pacientů v terminálním stavu nepřináší dlouhodobý efekt, ale poskytuje zmírnění dechových obtíží a aspoň přechodnou úlevu. Také kontaktní dýchání poskytuje pouze krátkodobý efekt, ale při umírání je jednou z mála možných a dostupných technik, které můžeme efektivně využít bez zátěže pacienta. Minimalizování diskomfortu v závěru života, zmírnění tělesných symptomů jako je dušnost a bolest, duševních symptomů mezi, které patří úzkost a delirium, pomáhají k udržení přijatelné kvality života umírajícího pacienta (Sláma, 2010).

Po celou dobu hospitalizace jsme využívali u participantů č. 2, č. 3, č. 4 taktilně-haptické stimulace pomocí plyšových hraček a molitanových válečků. U participantů jsme vypožorovali č. 2 a č. 4 zklidnění a uvolnění, zredukování neklidu. U participantky č. 3 jsme docílili snížení spasticity rukou a dlaní. Taktilně-haptickou stimulaci pomocí plyšové hračky popisuje autorka Karolína Friedlová (2018, s. 180) u klientky, která trpěla psychomotorickým neklidem. Byla u ní využita plyšová panenka, která pacientku zaujala, a pohled na ni měl uklidňující efekt. Autorka Pavla Přidalová (2020, s. 36) využila taktilně-haptickou stimulaci u klientky jako prevenci vytržení sondy PEG, kdy do rukou nemocné vložila malé válečky a stimulací docílila pevného sevření válečků v rukou a snížila tak riziko vytržení PEG pacientkou, zaměstnala klientku jinou činností. Taktilně-haptická stimulace stimuluje motoriku ruky, vnímání, uvolňuje svalové napětí. V paliativní péči dotek a držení za ruku může být vyjádřením empatie a být tak velkým přínosem pro umírajícího (Friedlová, 2018, s. 131).

Pokud to zdravotní stav umožňoval, do péče jsme zahrnuli také smyslové stimulace, optickou a auditivní stimulaci. Zrakový a sluchový vjem pozitivně ovlivňuje prožitky nemocného, slouží k navázání komunikace mezi umírajícím a pečujícími, zajišťuje pocit jistoty a bezpečí (Friedlová, 2018, s. 109). U všech participantů jsme dovybavili pokoj jejich osobními věcmi a využívali barevné ložní povlečení. Barvy mají vliv na lidský organismus, povzbuzují, harmonizují, uklidňují, snižují nervozitu a rozveselují (Friedlová, 2018, s. 112). U participantů č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 jsme vyzdobili pokoje fotografiemi blízkých a rodinných příslušníků. Ve spolupráci se členy rodiny a dobrovolníky jsme klientům předčítali z knih, luštili s nimi křížovky, pouštěli oblíbenou hudbu nebo oblíbené televizní seriály. Smyslové stimulace mobilizují vzpomínky klienta a umožňují lepší orientaci v prostředí (Friedlová, 2007, s. 114).

Orální stimulaci jsme využili v každodenní péči, u všech participantů jsme ve spolupráci s rodinnými členy zajistili příjem oblíbených pochutin a tekutin, které rodina do zařízení přinesla. Orální stimulace se doporučuje u klientů, kteří jsou z různých důvodů dlouhodobě ochuzeni o prožitky z dutiny ústní (Friedlová, 2007, s. 123). Participant č. 1, č. 4 a č. 5 během hospitalizace měli možnost konzumovat cokoliv, na co měli chuť. U participantky č. 2 a 3 jsme aplikovali orální stimulaci molitanovou štetičkou, která byla předem smočena v oblíbených nápojích. Obdobně stimulovala pacientku i autorka Nikol Šarmanová (2019, s. 51), která využívala k orální stimulaci Pasteurovu pipetu a cucací váček. U participantky č. 2 s diagnózou coma vigile jsme zprostředkovali orální vjemy a pomocí

oblíbených tekutin aktivovali paměťové schéma. U všech participantů v terminálním stadiu jejich onemocnění jsme pravidelně zvlhčovali dutinu ústní a rty pomocí štětiček zvlhčených ve vodě. V péči o umírající klienty má prioritní význam kvalitní péče o dutinu ústní. V důsledku dýchání pootevřenými ústy je sliznice vysušená a tvoří se na ní povlak nebo krusty. Pravidelnou a systematickou péčí za využití zvlhčených štětiček nebo navlhčeného gázového čtverce udržujeme dobrý stav sliznice a minimalizujeme diskomfort umírajícího (Malíková, 2020, s. 288).

U participantek č. 1, 2 a 3 jsme aplikovali aromaterapii s esenciálními oleji. Využívali jsme éterický olej z levandule, bergamotu, borovice a jalovce. U participantky č. 1, kterou doprovázela dušnost, jsme využili éterický olej z borovice, cílem bylo redukovat dušné stavy a podpořit vykašlání hlenu. Přestože se éterický olej z borovice doporučuje u dýchacích obtíží a slouží jako expektorans, u naší klientky vyvolal negativní reakci, která se projevovala dráždivým kašlem a dušností. U participantky č. 2 a 3 jsme využívali kombinaci éterických olejů z levandule a bergamotu. U klientek došlo k navození uvolnění a lepšímu usínání. Obdobné účinky aromaterapie zjistila autorka Nikol Šarmanová (2019, s. 44), která využívala éterický levandulový olej pro jeho tišící účinek. Levandulový éterický olej se využívá u umírajících pacientů v hospicové péči pro jeho sedativní a antidepresivní účinky (Farrar and Farrar, online, ©2020). Zmírňuje neklidné stavy, navození pocitu uvolnění a relaxace. Přestože neměla aromaterapie u všech našich participantů pozitivní efekt, vnímáme využití elektrických aromatických lamp v hospicové péči u umírajících v některých případech za přínosné. Je důležité nezobecňovat doporučení, ale vycházet z individuálních potřeb a preferencí jedince.

Koncept Bazální stimulace přináší rodinným příslušníkům možnost zapojit se do poskytované ošetrovatelské péče. U všech pěti klientů se jejich rodinní příslušníci v rámci jejich možností zapojili do opatrování. Spolupráce a komunikace s rodinnými blízkými je velmi důležitá a nezbytná, podněty blízkých by měli být v péči akceptovány a zohledněny (Malíková, 2020, s. 193). Informovanost rodinných příslušníků o konceptu Bazální stimulace jsme podpořili vytvořením brožury, která jim poskytuje základní informace.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na využití jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace u klientů v lůžkové hospicové péči. Na základě výsledků výzkumu bakalářské práce jsme naplnili stanovený cíl. Využitím konceptu ošetřující personál je schopen docílit poskytování kvalitní a individualizované péče u pacientů v terminálním stavu.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které obsahují informace týkající se konceptu Bazální stimulace a charakteristiky hospicové péče. Pro praktickou část jsme zvolili kvalitativní výzkum, který je zpracován formou případových studií. Koncept Bazální stimulace jsme aplikovali u pěti klientů v terminálním stavu v konkrétním lůžkovém hospici.

Na základě získaných informací z biografické anamnézy jsme vytvořili individuální plán, který obsahoval konkrétní prvky a techniky konceptu Bazální stimulace a respektoval jedinečnost nemocného, jeho potřeby a přání. V bazálně ošetrovatelské péči jsme využívali iniciálního doteku, kterým dáváme umírajícímu člověku najevo naši přítomnost. Z technik se nám osvědčila zklidňující somatická koupel a po ní masáž tělovým mlékem. Částečná povzbuzují masáž dolních končetin využívaná při změně polohy, přesunu z lůžka na invalidní vozík nebo křeslo, polohování do hnízda a mumie a mikropolohování. Dalším přínosným prvkem u této skupiny nemocných byla aplikace kontaktního dýchání, které jsme využívali pro zklidnění a zpomalení dechové frekvence. Osvědčila se nám také stimulace taktilně-haptická a olfaktorická, která byla zprostředkována pomocí elektrických aromalamp, kde byl využíván levandulový a bergamotový éterický olej. U klientů došlo ke zklidnění, relaxaci, uvolnění svalového napětí a lepšímu usínání. Význam měly i smyslové stimulace, auditivní a optická. Koncept pozitivně ovlivňuje nejen psychiku, ale také fyzické obtíže, které nemocné v terminálním stavu doprovází. Současně dává možnost rodinným příslušníkům a blízkým podílet se na péči o umírající a napomáhá v komunikaci i v situacích, kde slova ztrácí význam.

Aplikací konkrétních technik a prvků konceptu Bazální stimulace u klientů v terminálním stavu jsme chtěli poukázat, že lze ovlivnit kvalitu života umírajícího člověka a zajistit důstojné doprovázení. Bazální stimulace poskytuje humánní a empatickou doprovázející péči.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BIENSTEIN, Christel und FRÖHLICH Andreas, 2016. *Basale Stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen*. Göttingen: Hubert & Co. ISBN 978-3-456-85648-3.

BORZOVÁ, Claudia, 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6613-3.

BOUKAL, Petr a kol., 2013. *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4487-2.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9037-4.

DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz bazální stimulace*.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009. *Implementace konceptu bazální stimulace u poskytovatelů sociálních služeb, zdravotní péče a při naplňování potřeb žáků s těžkým zdravotním postižením. Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu Bazální stimulace*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 978-80-254-5815-0.

GERLICOVÁ, Markéta, 2014. *Muzikoterapie v praxi. Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4581-7.

HENDL, Jiří, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.

KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Pomoc při rozhodování v paliativní péči. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KITTNAR, Otomar a kol., 2020. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-1963-4.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

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

NAUMER, Beate und Maren HEILIG, 2020. *Praxisleitfaden Generalistische Pflegeausbildung*. Bremen: Ute Landwehr-Heldt. ISBN 978-3-437-26202-9.

NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče*. Pro sestry všech oborů. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

PŘIDALOVÁ, Pavla, 2020. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele v domově pro seniory*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6710-9.

SEDLÁKOVÁ, Renáta, 2014. *Výzkum médií*. Nejužívanější metody a techniky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9641-3.

HRŮZOVÁ, Soňa, 2013. *Bazální stimulace v hospicové péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-79-72-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠARMANOVÁ, Nikol, 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

TAHAL, Radek a kol., 2017. *Marketingový výzkum. Postupy, metody, trendy*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-9867-2.

TISSERAND, Robert, 1992. *Aromaterapie pro každého*. Brno: Spektrum.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2941-4.

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

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VORLÍČEK Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

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

#### Internetové zdroje

*Bazální stimulace* [online]. Domov seniorů Dačice, ©2021 [cit. 2021-02-02]. Dostupné z: <https://www.dsdacice.cz/>

*Begründer des Konzepts* [online]. Basale Stimulation, ©2020 [cit. 2020-12-05]. Dostupné z: <https://basale-stimulation.de/begruender-des-konzeptes/>

BUŽGOVÁ, Radka, 2014. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči*. [online]. [cit. 2021-04-13]. ISBN 978-80-7464-678-2. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kvalita-zivota-a-potreby/manual-dotazniku-pnap-a-fin-cz.pdf>

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

FARRAR, Ashley J. and Francisca C. FARRAR, 2020. *Clinical Aromatherapy. Nursing Clinics of North America* [online]. [cit. 2021-03-17]. ISSN 00296465. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/pmc/articles/PMC7520654/>

GUO, Xiangyang and Pu WANG. *Aroma Characteristics of Lavender Extract and Essential Oil from Lavandula angustifolia Mill* [online]. 2020. [cit. 2021-03-17]. ISSN 1420-3049. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7728310/>

GUTOVÁ Lenka, Dagmar MARTINKOVÁ a Václava OTCOVÁ. *Multidisciplinární tým paliativní péče. „BEZPEČNÁ NEMOCNICE“ „Bezpečí ve zdravotnictví – nekonečný příběh“* [online]. [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: [https://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450008&id\\_dokumenty=4089132](https://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4089132)

SLÁMA, Ondřej, 2010. Lze klinicky definovat pacienta v ‚terminálním stavu‘ a co je u takového pacienta péčí ‚lege artis‘? In: 2010 XXXIV. Brněnské onkologické dny a XXIV. Konference pro sestry a laboranty [online]. [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/lze-klinicky-definovat-pacienta-v-terminalnim-stavu-a-co-je-u-takoveho-pacienta/>

*Koncepce hospicové péče pro Českou republiku* [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, © 2010 [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20%C4%8CR%20-%20final.pdf>

LOMBARDO, Giovanni Enrico, Santa CIRMI, Laura MUSUMECI, et al. Mechanisms Underlying the Anti-Inflammatory Activity of Bergamot Essential Oil and Its Antinociceptive Effects. *Plants* [online]. 2020. [cit. 2021-03-17]. ISSN 2223-7747. Dostupné z: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.k.utb.cz/pmc/articles/PMC7356015/>

*Mapa hospiců* [online]. Linkos, ©2021 [cit. 2020-12-05]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/patient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/mapa-hospicu/#search=1>

*O Bazální stimulaci* [online]. INSTITUT Bazální stimulace® ©2004–2009 [cit. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/>

*Právní rámec hospice* [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, ©2010 [cit. 2020-12-07]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>

ŠTRAUCHOVÁ, Lucie. Levandule lékařská – aromatická léčivka, vhodná i na okrasu. *Moje medicína* 2014. [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/zivotni-styl/bylinky-ve-vasi-lekarnicce/levandule-lekarska-aromaticka-lecivka-vhodna-i-na-okrasu.html>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

APHPPO	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČT	Česká televize
č.	Číslo
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
Dr.	Doktor
FIN	Family Inventory Needs
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MSD	Masáž stimulující dýchání
např.	Například
Prof.	Profesor
PAD	Perorální antidiabetika
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PNAP	Patients' Needs Assessment in Palliative Care
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
Sb.	Sbírka zákonů
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Základní údaje o participantech.....	33
Tabulka 2 – Shrnutí případové studie č. 1 .....	57
Tabulka 3 – Shrnutí případové studie č. 2 .....	58
Tabulka 4 – Shrnutí případové studie č. 3 .....	58
Tabulka 5 – Shrnutí případové studie č. 4 .....	59
Tabulka 6 – Shrnutí případové studie č. 5 .....	59

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Fotodokumentace pomůcek využívaných při aplikaci konceptu Bazální stimulace

Příloha II: Fotodokumentace aplikace jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace

Příloha III: Biografická anamnéza

Příloha IV: Edukační materiál

Příloha V: Dotazník PNAP

Příloha VI: Dotazník FIN



## PŘÍLOHA I

Fotodokumentace pomůcek využívaných při aplikaci konceptu Bazální stimulace



Fotografie č. 1 Polohovací pomůcky (autorka, 2021)



Fotografie č. 2 Aromaterapie (autorka, 2021)



Fotografie č. 3 Žínky (autorka, 2021)



Fotografie č. 5 Toaletní potřeby (autorka, 2021)



Fotografie č. 4 Koupelová sůl (autorka, 2021)



Fotografie č. 6 Esenciální oleje (autorka, 2021)

## PŘÍLOHA II

Fotodokumentace aplikace jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace



Fotografie č. 7 Masáž stimuluji dýchání (autorka, 2021)



Fotografie č. 8 Vybavení pokoje a využití osobních věcí klientky při polohování (autorka, 2021)



Fotografie č. 9 Polohování hnízdo (autorka, 2021)



Fotografie č. 10 Asistovaná činnost při stravování (autorka, 2021)



Fotografie č. 11 Aromaterapie a poloha hnízdo (autorka, 2021)

## PŘÍLOHA III

### BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA v konceptu Bazální stimulace

Paní/pan.....

Blízká osoba.....

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO MÍSTO: .....

OSLOVENÍ.....

#### Tělesná péče

Jste pravák/levák:
Preferovaná teplota vody:
Rituály při mytí:
K mytí používáte:
Reakce na bolest:
Způsoby uklidnění, relaxace:
Oblíbená poloha při spánku:
Rituály před spánkem:
Rituály při spánku:
Rituály po probuzení:

#### Tělesný kontakt

Jste zvyklý na tělesný kontakt?
Na kterém místě na těle Vám nevádí dotek cizí osoby:
Na kterém místě na těle Vám není příjemný dotek cizí osoby:
Vztah ke zvířatům:

#### Zrakové vnímání

Oblíbené barvy:
Oblíbené knihy, časopisy:
Oblíbené obrázky, zrakové vjemy:

### Sluchové vnímání

Vztah k hudbě:
Oblíbený hudební žánr:
Oblíbený pořad, film, seriál:
Zvuky, na které jste zvyklý:

### Chut'ové a čichové vnímání

Oblíbený nápoj:
Oblíbený pokrm:
Oblíbená pochutina:
Rituály při jídle:
Jídlo, které nesnášíte/nemáte rád(a):
Kolikrát za den jíte a v jakých intervalech:
Preferovaná konzistence potravin:
Preferovaná teplota jídel:
Upřednostněné chutě (sladké/slané/kyselé/ostré/slané):
Snídaně, kterou upřednostňujete (sladká/slaná):
Oběd, který upřednostňujete (sladký/slaný):
Večere, kterou upřednostňujete (sladký/slaný):
Oblíbené vůně, parfém:
Vůně, které jsou Vám nepříjemné:

### Způsob života

Víra:
Přejete si navštívit kapli?
Máte zájem o návštěvu kněze?
Máte zájem o společnost dobrovolníka?

### Další přání




PŘÍLOHA IV



BAZÁLNÍ  
STIMULACE  
informace pro rodiny

# Co je to **BAZÁLNÍ STIMULACE?**

Koncept, který se zaměřuje  
na všechny oblasti potřeb klienta.

Podporuje vnímání, pohyb a  
komunikaci jedince.

Umožňuje lépe vnímat sebe samotného a  
okolní svět.

Pomáhá navázat kontakt s okolním  
světem.





# Komu je určena **BAZÁLNÍ STIMULACE?**

Uplatnění nachází ve všech věkových kategoriích.

Podstatou je poskytování individuální péče a umožnění prožití kvalitního života lidem s různým onemocněním a postižením.

Prvky a techniky konceptu integrované do péče, významně ovlivňují bolest, navozují zklidnění, uvolnění, relaxaci, podporují a udržují soběstačnost a upevňují vztahy.

Provádí ji proškolený pracovník s certifikovaným kurzem.

# Aplikovaná BAZÁLNÍ STIMULACE

## Somatická stimulace

Cílem je stimulovat vnímání těla. Využíváme molitanové nebo perličkové hady, polštáře, deky, masážní rukavice, žínky, tělové mléko.

**Možnosti:** polohova hnízdo, mumie, mikropolohování, zklidňující koupel a masáž, dechová stimulace, kontaktní dýchání,

poloha hnízdo

poloha mumie



Obrázek 2 (Mňáčková, 2021)

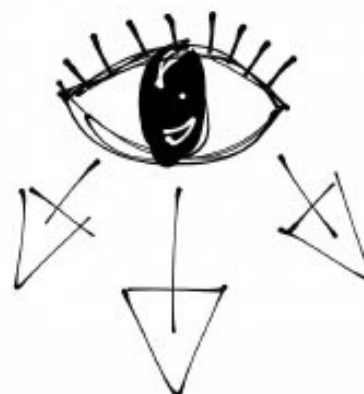


Obrázek 1 (Mňáčková, 2021)

## Optická stimulace

Cílem je stimulovat zrak a zrakový vjem.

**Pomůcky:** fotografie, obrázky, oblíbené věci klienta,



Obrázek 5 (Mňáčková, 2021)

## Auditivní stimulace

Cílem je stimulace sluchu.

**Pomůcky:** hudba, audioknihy, běžný rozhovor, knihy, časopisy, filmy, seriály,



Obrázek 6 (Mňáčková, 2021)

## Orální stimulace

Cílem je stimulace chuťových buňek.

**Pomůcky:** oblíbený nápoj, pokrm, oblíbené potraviny,



Obrázek 7 (Mňáčková, 2021)

## Olfaktorická stimulace

Cílem je stimulace čichových buněk.

**Pomůcky:** aromatické esenciální oleje např. levandulový, bergamotový, aromatické svíčky, oblíbený parfém,



Obrázek 8 (Mňáčková, 2021)

## Taktilně-haptická stimulace

Cílem je stimulace hmatu.

**Pomůcky:** molitanové válečky, plyšové hračky, předměty z denního života klienta,



Obrázek 9 (Mňáčková, 2021)

Zapojení členů rodiny a blízkých do

## **BAZÁLNÍ STIMULACE**

Budeme rádi, když s námi budete spolupracovat.

1. Vyplňte s pracovníky tzv. biografickou anamnézu, na jejím základě se bude tvořit individuální plán pro Vašeho příbuzného.
2. Přineste příbuznému jeho oblíbené předměty (rádio, MP3 přehrávač, telefon, tablet, knihy, časopisy).
3. Pokud Vás koncept Bazální stimulace zaujal a chtěli byste se s ním seznámit podrobněji, kontaktujte nás, rádi Vám poskytneme bližší informace.

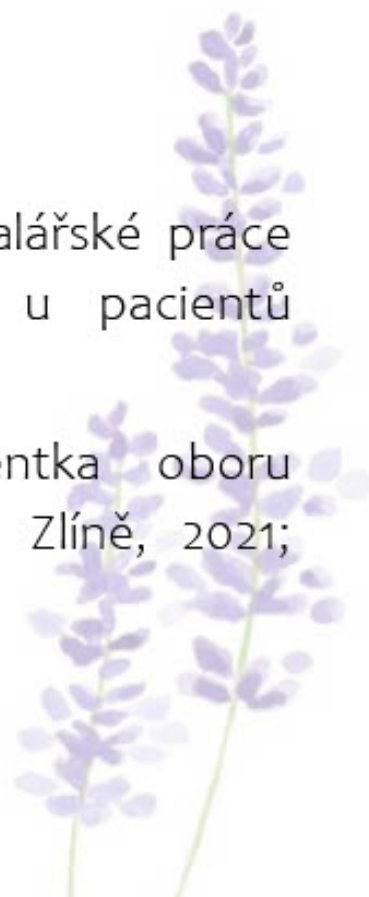
## Použitá literatura:

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

Obrázek 1-9 – Veronika Mňáčková, 2021.

Tento materiál vznikl jako součást bakalářské práce „Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči“.

Autorka: Veronika Mňáčková, studentka oboru Všeobecná sestra, UZV, FHS, UTB ve Zlíně, 2021;  
Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová.



## PŘÍLOHA V

### HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI (Dotazník PNAP)

#### Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jaké jsou vaše problémy a potřeby. Zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro vás důležité a v kterých byste případně potřebovali další pomoc.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá ta, která Vás napadne jako první.

V prvním sloupci se vás ptáme, jak je pro vás uvedená položka v posledním týdnu důležitá, např.:

#### Být bez bolesti.

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	velmi důležitá
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak moc jste v posledním týdnu považoval/a za důležité být bez bolesti. Přečtěte si laskavě každou položku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

V dalším sloupci zjišťujeme, zda položky, které jsou pro vás důležité, byly naplněny. Druhý sloupec vyplňte v případě, že jste v prvním sloupci položku označili za spíše důležitou nebo velmi důležitou (tedy číslem 4 nebo 5). Pokud jste označili položku jako nedůležitou, spíše nedůležitou nebo nevím (tedy číslem 1,2,3) druhý sloupec nevyplňujte, např.:

#### Být bez bolesti.

##### Je to pro mě důležité?

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	velmi důležitá
1	2	3	4	5

##### Byla tato položka naplněna?

vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejvíce odpovídá tomu jak uvedená, pro vás důležitá položka byla naplněna. Například pokud jste byly bez bolesti, byla naplněna velmi. Pokud jste prožívali velkou bolest, nebyla naplněna vůbec.

Odpovězte laskavě na každou z uvedených položek.

Položka	Je to pro mě důležité?		Byla tato položka naplněna?	
	vůbec ne	velmi	vůbec ne	velmi
1. Mít možnost pečovat o své tělo (umytí, oblékání, jídlo)	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
2. Být bez bolesti	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
3. Schopnost soustředit se	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
4. Být bez únavy	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
5. Nemít problém se spánkem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
6. Nemít problém s únikem moči	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
7. Nemít problém s únikem stolice	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
8. Nebýt dušný	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
9. Nemít problém se zácpou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
10. Nemít problém se zvracením	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
11. Nemít problém s kašlem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
12. Nemít problém se svěděním	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
13. Nepocíťovat brnění nebo znečitlivění	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
14. Netrpět pocením, návaly horka	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
15. Moci pokračovat v obvyklých aktivitách	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
16. Být ošetřován s respektem a úctou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
17. Mít možnost dělat vlastní rozhodnutí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
18. Mít soukromí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
19. Přítomnost někoho blízkého	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
20. Mít ošetřující personál, který mi naslouchá a hovoří se mnou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
21. Cítit podporu od ošetřujícího personálu	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
22. Mít naplněný den nějakou aktivitou	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5



Položka	Je to pro mě důležité?		Byla tato položka naplněna?	
	vůbec ne	velmi	vůbec ne	velmi
23. Mít příležitost hovořit s někým v podobné situaci	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
24. Mít možnost hovořit s někým o pocitech z umírání a smrti	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
25. Mít možnost hovořit s někým o strachu a obavách	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
26. Mít kontakt a podporu duchovní osoby	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
27. Být účasten na bohoslužbě nebo jiných obřadech	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
28. Mít pocit, že můj život měl smysl	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
29. Být vyrovnaný s nemocí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
30. Nemít strach ze závislosti na pomoci druhých	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
31. Být vyrovnaný se změnami v mém těle	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
32. Být naplněn klidem	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
33. Být vyrovnaný s tím, jak se na mě druzí dívají	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
34. Mít pozitivní náhled na život	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
35. Mít pravdivé informace o mém zdravotním stavu	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
36. Mít informace o ošetřovatelské péči	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
37. Mít důvěru v ošetřovatelský personál	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
38. Mít přístup k jiným zdrojům informací (internet, knihy, TV..)	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
39. Být finančně zajištěný	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5
40. Být v pěkném prostředí	1	2 3 4 5	1	2 3 4 5

## PŘÍLOHA VI

### Dotazník FIN - měření potřeb rodinných příslušníků

Níže je uveden seznam potřeb, které byly zaznamenány členy rodiny pacientů s nevy léčitelným onemocněním. Prosím ohodnoťte, jak je pro vás každá položka důležitá, a to body od 0 do 5 podle vaší současné situace. Pokud pro vás daná položka není vůbec důležitá, ohodnoťte ji 0 body, pokud je pro vás velmi důležitá, tak 5 body. Pokud je to někde mezi, ohodnoťte ji body od 0 do 5 podle toho, jak je pro vás důležitá. U položek, které jste označili jako důležitou nebo velmi důležitou (tedy čísla 4 nebo 5) uveďte, zda cítíte tuto potřebu v současné době naplněnou, částečně naplněnou nebo nenaplněnou. První řádek je uveden jako vzor.

Nevyplněné místo ve větě \_\_\_\_\_ poukazuje na osobu, o kterou se staráte. Neuvádějte prosím žádné jméno, zachovejte anonymitu.

Cítím, že potřebuji:	Hodnocení: nedůležité                      velmi důležité 1    2    3    4    5	Cítím, že je tato oblast v současné době: Odpovězte pouze u položek, které jste ohodnotili hodnotou 4 a 5.
<b>VZOR:</b> 1. Dostat na své otázky upřímné odpovědi.	1    2    3    4    5	naplněna – <input checked="" type="radio"/> částečně – <input type="radio"/> nenaplněna
1. Dostat na své otázky upřímné odpovědi.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
2. Znat konkrétní údaje týkající se prognózy _____.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
3. Mít pocit, že odborníci se o _____ starají dobře.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
4. Být informován o změnách ve zdravotním stavu _____.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
5. Vědět přesně, co _____ podstupuje.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
6. Vědět, jaké léčby se _____ dostává.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna

<b>Cítím, že potřebuji:</b>	<b>Hodnocení:</b> nedůležité                      velmi důležité 1    2    3    4    5	<b>Cítím, že je tato oblast v současné době:</b> Odpovězte pouze u položek, které jste ohodnotili hodnotou 4 a 5.
8. Být informován o změnách v plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
9. Cítit, že existuje naděje.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
10. Být ujištěn/a, že se _____ dostává té nejlepší možné péče.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
11. Znat příznaky, které může léčba či nemoc způsobit.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně - nenaplněna
12. Vědět, kdy se dá očekávat výskyt příznaků.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
13. Znat pravděpodobný výsledek _____ nemoci.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
14. Vědět, proč se pro _____ dělá to či ono.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o _____.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
16. Mít informace o tom, co udělat doma pro _____.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
18. Pomoci s péčí o _____.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna
20. Být informován o lidech, kteří by pomohli s problémy.	1    2    3    4    5	naplněna – částečně – nenaplněna

**Děkujeme za Váš čas a ochotu**