

Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče

Peter Pulik



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Peter PULIK**

Osobní číslo: **H09678**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části charakterizovat koncept bazální stimulace. Popsat základní východiska konceptu bazální stimulace a uplatnění prvků konceptu v ošetrovatelské péči.

V praktické části se zaměřit na využívání konceptu bazální stimulace ošetřujícím personálem ve vybraných ústavech sociální péče. Zjistit, zda je vedena dokumentace o provádění bazální stimulace u klientů jako součást ošetrovatelské dokumentace. Provést analýzu výsledků šetření a navrhnout řešení do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2004. Skriptum pro návstavný kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. 4. vyd. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Samková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

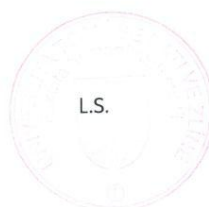
30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


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




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30. 05. 2012


.....

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 výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, 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) *Příteli, 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, § 33 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje 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 zájemcem 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 díla;*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 33 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce analyzuje užívání konceptu bazální stimulace ve vybraných ústavech sociální péče. Zaměřuje se na aspekt vedení dokumentace o používání bazální stimulace u klienta, jakou formou je vedená a její impakt v praktickém využití v sociálních službách. Navrhuje jednotnou dokumentaci o provádění bazální stimulace pro možné praktické použití v současné praxi.

Práce rovněž identifikuje a charakterizuje současný stav konceptu, nejčastěji používané prvky bazální stimulace, biografickou anamnézou klienta, popisuje které profese se do konceptu zapojují, jakým způsobem si předávají informace a který druh stimulace se používá nejvíce. Zda profese, které ji realizují spolupracují s rodinou klienta a mezi sebou navzájem. Kdo provádění bazální stimulace vyhodnocuje, v jakém časové frekvenci, zdali jsou pracovníci v konceptu proškolení a zda chtějí i nadále v bazální stimulaci pokračovat.

Klíčová slova:

koncept bazální stimulace, ústav sociální péče, dokumentace o provádění bazální stimulace, prvky bazální stimulace, biografie klienta

ABSTRACT

My bachelor's work analyse the useful of basal stimulation concept in social care institution. Turn one's attention to documentary of basal stimulation for clients.

Deals in which forms is documentation used for present practice and what is her present focus in social care institutions.

Propose a motion for unified documentation in basal stimulation concept. Also have got the potential to be useful for working labour condition in social care institutions

In my work I identify concept of basal stimulation up to the present, the most useful elements of basal stimulation, client's biography, describe which profession are involved in above mentioned process.

How the information are passed between co-workers and in which form, how do they collaborate together. What sort and category of basal stimulation is used the most.

In case of realization of basal stimulation, if there is existing co – operation with the family of the client. What kind of audits are arranged and in what time period. Who is in charge for it.

If there is possibilities for training of the staff from employee side and if they want to continue in the concept of basal stimulation in future.

Keywords:

clients biography, components of basal stimulation, concept of basal stimulation, guide documentary of basal stimulation, social care institution

Poděkování:

Děkuji Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení, poskytnutí informací a rad při realizaci mé bakalářské práce. Také chci poděkovat všem zainteresovaným respondentům za účast v dotazníkovém šetření.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění: Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče.

Ve Zlíně

.....

podpis

Motto:

„Těžký život se stane snesitelný, jakmile má cíl.“

Fridtjof Nansen

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SOUČASNÁ SITUACE KONCEPTU	13
1.1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.2 HISTORIE KONCEPTU	13
1.3 KONCEPT V ČESKÉ REPUBLICE	14
1.4 TEORETICKÁ ZÁKLADNA KONCEPTU	16
1.5 CÍL KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	17
2 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	18
2.1 STIMULACE SOMATICKÁ.....	18
2.1.1 Celková tělesná koupel	19
2.1.2 Celková koupel zklidňující	20
2.1.3 Celková koupel osvěžující	20
2.1.4 Neurofyziologická stimulace	21
2.1.5 Symetrická stimulace	22
2.1.6 Rozvíjející stimulace	22
2.1.7 Diametrální stimulace	22
2.1.8 Polohování v konceptu bazální stimulace	22
2.1.9 Poloha hnízdo	23
2.1.10 Poloha mumie.....	24
2.1.11 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání (MSD)	24
2.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE	25
2.3 VIBRAČNÍ STIMULACE	25
3 PRVKY NÁSTAVBOVÉ STIMULACE	26
3.1 OPTICKÁ STIMULACE.....	26
3.2 AUDITIVNÍ STIMULACE	26
3.3 ORÁLNÍ STIMULACE	27
3.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE.....	28
3.5 TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE	28
4 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	29
5 ÚSTAVY SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE	31
5.1 CHARAKTERISTIKA ÚSTAVŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	31
5.2 KLASIFIKACE ÚSTAVŮ SOCIÁLNÍ PÉČE	32
5.3 FUNKCE ÚSTAVNÍ PÉČE.....	33
6 DOKUMENTACE O PROVÁDĚNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
7 METODIKA PRŮZKUMU	37
7.1 CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
7.1.1 Hlavní cíl.....	37

7.2	PRŮZKUMNÁ METODA	37
7.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
7.4	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU.....	39
7.5	VÝSLEDKY ANALÝZ	39
8	GRAFICKÁ A TABULKOVÁ PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	40
9	DISKUZE	73
10	ZÁVĚR.....	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Svou bakalářskou práci jsem realizoval na vybrané téma Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče, s praktickým výstupem navrhnout a integrovat jednotnou formu dokumentace při uplatňování konceptu bazální stimulace v praxi, v ústavních podmínkách sociálních služeb.

Bazální stimulace vešla do povědomí v České republice založením Institutu bazální stimulace v roce 2005. V našich zemích se tedy jedná o poměrně novou metodu, což nepochybně přispívá k tomu, že laická i odborná veřejnost na ni pohlíží tak trochu s despektem. V zahraničí, především v německy mluvících zemích, patří koncept bazální stimulace k velmi populárním a často používaným.

Počátkem roku 2006 jsem se v průběhu své zdravotnické praxe začal kontinuálně seznamovat s konceptem bazální stimulace. Poprvé jsem se s ním měl možnost seznámit při svém pracovním kontraktu ve Velké Británii, což mne motivovalo k dalšímu profesnímu růstu v této oblasti, a to právě absolvováním certifikovaných kurzů výše zmíněného konceptu. V roce 2008 jsem absolvoval první certifikovaný základní kurz bazální stimulace, o dva roky nato další, již nástavbový inovační kurz konceptu bazální stimulace. (add. Příloha P II. s. 61) V průběhu vysokoškolského studia jsem si své teoretické znalosti prohloubil a doplněné o praktické zkušenosti se je snažím aplikovat v přímé obslužné péči ve své praxi.

Jsem přesvědčen, že si i v našem zdravotnictví, sociálních službách a všech zařízeních poskytujících tento koncept najde své adekvátní místo, čímž výrazně přispěje ke zvýšení kvality a komplexní profesionalizace ošetrovatelské péče. Napomůže zlepšit kvalitu života klientů v jejich bio-psycho-sociální jednotě, což je nepochybně hlavním přínosem pro další rozvíjení i uplatňování konceptu v reálné klinické praxi.

Jeho široké spektrum uplatnění nachází své místo téměř ve všech oborech ošetrovatelství, domácí péče i pedagogiky. Je určen různým profesím lékařských i nelékařských oborů, uplatnit a realizovat se v něm můžou sestry, lékaři, pečovatelé, pedagogové, logopedové, pracovníci sociálních služeb v obslužné péči a jistě i rodinní příslušníci, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí.

Bakalářská práce je rozčleněná na část teoretickou a na část praktickou.

V teoretické části charakterizují koncept bazální stimulace, popisují základní východiska a uplatnění jednotlivých prvků konceptu v ošetrovatelské péči. Prolíná se zde historie vzniku i současné situace konceptu.

V části praktické jsem se zaměřil formou nestandardizovaného dotazníkového šetření na využití konceptu bazální stimulace ošetřujícími personálem ve vybraných zařízeních poskytujících ústavní sociální péči, se zaměřením na vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klientů. Provedl jsem analýzu výsledků šetření a navrhl řešení do praxe.

Dílní cíle mají přispět ke zjištění, zda je v ústavech sociální péče vedená dokumentace o provádění bazální stimulace, jakou formou se tak děje a do jaké míry má vypovídající hodnotu, jakým přínosem je pro praxi. Zda-li je vedena dokumentace samostatně, nebo naopak zda-li je součástí jiného celku.

Zaměřil jsem se na její koncepční přehlednost, jednotnost a srozumitelnost, které kontroly / audity a jak často jsou prováděny se zaměřením na vedení dokumentace o provádění bazální stimulace. V neposlední řadě jsem se snažil zjistit, zda personál spolupracuje mezi sebou při předávání informací o provedené bazální stimulaci, zda používá biografii klienta a zda-li spolupracuje s rodinou klienta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÁ SITUACE KONCEPTU

1.1 Koncept bazální stimulace

„Bazálně stimulující ošetrovatelská péče umožňuje lidem s těžkým zdravotním postižením nebo duševním postižením integraci do současného života s maximálním využitím jejich dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jejich budoucí životní potřeby“ (Friedlová, 2006, s.12).

V ošetrovatelské péči je zcela klíčovým faktorem identifikovat a rozpoznat ošetrovatelské potřeby klienta, pochopit je a tím mu i porozumět. Na základě toho získáme validní orientaci v budoucích potřebách klienta. Právě z těchto důvodů musí lidé, kteří uplatňují koncept bazální stimulace v praxi, být profesionály ve svém oboru, jen tak jsou schopni adekvátně vyhodnotit své ošetrovatelské postupy, nabídky.

Koncept bazální stimulace se svým výčtem mnoha technik, jak komunikačních, interakčních, stimulačních a vývoj podporujících, zohledňuje všechny oblasti lidských potřeb. Jedná se o ošetrovatelské, rehabilitační a pedagogické postupy, přizpůsobené věku i stavu klienta. Bazální stimulace přizpůsobuje péči životní situaci postiženého tím, že zohledňuje jeho biografii. Je to koncept, který posunul ošetrovatelskou péči do jiného rozměru, umožní ošetřujícímu novou reflexi na svou práci, nabídky konceptu bazální stimulace mají terapeutický účinek. Tento koncept je otevřený a flexibilní, neustále se vyvíjí, dokáže s vývojem stavu klienta nabízet techniky bazální stimulace odpovídající jeho aktuálnímu stavu a potřebám s cílem zlepšit jeho zdravotní stav (Friedlová, 2006).

1.2 Historie konceptu

„Vznik konceptu bazální stimulace je připsán prof. dr. Andreasu Frolichovi, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westfalz/landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Do ošetrovatelské péče přenesla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra“ (Friedlová, 2007, s.13).

Od poloviny osmdesátých let oba společně pracují a také spolupracují na odborných projektech. Jejich cílem je implementace konceptu bazální stimulace do péče o klienta.

V reflexi na to byl logickou posloupností zpracován systém zahrnující vzdělávání lektorů, kteří dále proškolují zájemce z řad odborné i laické veřejnosti. Tak se koncept lépe transformuje do klinické praxe (Friedlová, 2007).

Dalšími spoluvůrci konceptu, kteří stojí za zmínku, jsou J. Ranneger, Ch. Assman, T. Buchholz, B. Hemmer, M. Wedde a další. Všichni se konceptem zabývali, rozvíjeli ho a měnili při implementaci v praxi. Tím se koncept rozšířil, stal se multioborovým ošetrovateľsko-pedagogickým konceptem (Friedlová, 2007).

1.3 Koncept v České republice

Bazální stimulace se řadí v Evropské unii k uznávaným ošetrovateľským konceptům, především v německy mluvících zemích, kde je známa více než čtyřicet let. Ve svém vývoji prošla obdobím nejistot i přesvědčování, dnes je již platnou součástí klinické praxe. Díky kvalifikovaným a certifikovaným lektorům se vyučuje na zdravotnických školách i zařízeních. Zná ji odborná i laická veřejnost. První informace o bazální stimulaci poskytla české veřejnosti PhDr. Karolína Friedlová v roce 2000. Právě jí vděčíme za šíření konceptu u nás.

V České republice je koncept znám od roku 2004, uvedený koncept je stále novinkou ve fázi zavádění. Jedná se o dlouhodobý proces.

Roku 2005 byl založen ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace, ve stejném roku taktéž proběhla historicky první Národní konference bazální stimulace za účasti prof. Christel Bienstein (Friedlová, 2007).

Koncept je součástí Vyhlášky č. 424/2004 Sb., je součástí studijního programu oboru zdravotní asistent a vyučuje se na středních zdravotnických školách (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

V současné době jsou zájemci o koncept z řad zdravotních sester, ošetrovatelek, pracovníků sociálních služeb, pedagogů, lékařů a rodinných příslušníků vzdělávání a proškolení v kurzech bazální stimulace, kde obdrží mezinárodně uznávaný certifikát.

Kurzy bazální stimulace :

- a.)Základní
- b.)Nástavbové
- c.)Prohlubující (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

INSTITUT Bazální stimulace jako vzdělávací instituce lektoruje vyškoleným personálem zájemce z oblasti:

- Zdravotní služby
- Sociální služby
- Speciální pedagogiky
- Laické veřejnosti

Provádí taktéž školení, a to ve dvou variantách, buď otevřená školení – vhodné pro jednotlivce nebo menší skupiny zaměstnanců, nebo školení na klíč – vhodné pro větší skupiny zaměstnanců. Součástí je i možná supervize na požádání objednavatele, která stanoví kvalitu poskytované péče a sebereflexi zaměstnanců objednavatele (Institut bazální stimulace, 2004-2012).

INSTITUT Bazální stimulace je akreditován:

- Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR
- Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR
- Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky

INSTITUT Bazální stimulace je členem:

- Mezinárodní asociace Bazální stimulace®
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
- Slovenské komory sester a porodních asistentek

(Institut bazální stimulace, 2004-2012).

1.4 Teoretická základna konceptu

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání“ (Friedlová, 2007, s.19).

Celý koncept je postaven na poznacích z anatomie, fyziologie, ošetrovatelství, neurologie, vývojové psychologie a pedagogiky.

Vychází z prenatálních zkušeností klienta v bazální rovině, vnímání pohybu je propojeno s prožitkem, člověk je chápán jako bio-psycho-sociální jednotka, nerozlišuje rozdíl mezi tělem a duševnem (Friedlová, 2006).

Nejranější formy komunikace ještě v období prenatálním, tedy v době komunikace mezi matkou a nenarozeným dítětem, jsou:

- Komunikace somatická
- Komunikace vestibulární
- Komunikace vibrační

Od stadia embryonálního vývoje vnímáme sebe sama a okolí pomocí smyslových orgánů. Při poškození či ztrátě některého ze smyslů dochází k vnímání prostřednictvím zachovalých smyslů, což vysvětluje, že člověk je schopen vnímat v každé situaci alespoň částečně některým ze svých smyslů. Prvky konceptu bazální stimulace cíleně stimulují smyslové orgány, tím se aktivuje mozková činnost, která podporuje vnímání, komunikaci a hybnost. Proto každá stimulace musí být cílená, musí být stimulací zachovalých nebo oslabených klientových smyslů, tím se obnovují paměťové stopy z minulosti.

Efektem je pak vznik nových dendrických spojení v mozku, budují se nové neuronální struktury v adekvátních lokalitách mozku. Ve skutečnosti dochází k podpoře vnímání (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

Individualizovaně poskytovaná nabídka prvků bazální stimulace se odvíjí od věku a stavu klienta, je sestavena s cílem rozvíjet vlastní identitu klienta a umožnit mu zapojit se do života, i když je nemocný nebo postižený. Klient se dokáže lépe orientovat, lépe komunikuje s okolím, lépe vnímá, zlepšuje se jeho zdravotní stav (Friedlová, 2007).

Je nezbytné uplatňovat bazální stimulaci kvalitně, profesionálně a humánně, umět si vytvořit vtaž s klientem a kontinuálně pokračovat. V opačném případě hrozí nebezpečí, že se klientův stav zhorší (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

1.5 Cíl konceptu bazální stimulace

Na základě mnohaletého vývoje konceptu a zkušeností autorů s konceptem v klinické praxi sestavili autoři konceptu devět centrálních ošetřovatelských cílů, které jsou pro ošetřující vodítkem k sestavování ošetřovatelských plánů.

Koncept poskytuje individualizovanou péči, která vychází z aktuálních potřeb klienta a to tak, aby reflektoval jeho skutečné potřeby. Zaměřuje se na rozvoj vlastní identity klienta, aby mohl navázat komunikaci se svým okolím, podporuje jeho orientaci v prostoru a čase a zlepšuje funkce klientova organismu (Friedlová, 2006).

Cíle bazálně stimulující péče jsou následující:

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit pocítit vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus
5. Umožnit poznat okolní svět
6. Pomoci navázat vztah
7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci uspořádat jeho život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život

(Friedlová, 2010).

2 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace.

Prvky základní stimulace:

Somatická

Vestibulární

Vibrační

Prvky nastavbové stimulace:

Optická

Auditivní

Taktilně-haptická

Olfaktorická

Orální

Účinnost každé zvolené techniky závisí na provedení uplatňovaného prvku a zkušenostech realizátora (Friedlová, 2007).

2.1 Stimulace somatická

„Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa“ (Friedlová, 2007, s. 64).

Nejdůležitějším aspektem je forma doteku. Dotek je vlastně nejjednodušší přirozená forma nonverbální komunikace. Mějme na paměti důležitost kvality doteků. Doteky, které klienta překvapí a nejsou cílené, naopak jsou nečekané a necílené, mohou způsobit pocit nejistoty a neschopnosti orientovat se v dané situaci.

Je třeba dát klientovi jasně najevo, kde končí a kde začíná naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci – činnost nám umožní realizovat cílený iniciální dotek (Friedlová, 2007).

Nejvhodnější místo na klientově těle zvolíme na základě biografické anamnézy. Klienta informujeme o počátku a ukončení stimulace pevným a zřetelným dotekem. Vhodným místem pro iniciální dotek může být ruka, rameno, paže (Friedlová, 2007).

Při uplatnění doteku pamatujme, že má být jasný a zřetelný, že je třeba použít přiměřenou sílu se slovním doprovodem.

Z důvodu informovanosti ostatních členů ošetrovatelského týmu včetně rodiny klienta umístíme oznamovací „ceduli“ s vybraným iniciálním dotekem na vhodné, tedy viditelné místo vedle klienta. Tento dotek by měl být respektován všemi členy ošetrovatelského týmu včetně rodinných příslušníků.

Cílený iniciální dotek prostřednictvím rukou je primární nezbytností při započetí bazální stimulace (Friedlová, 2007). *„Ošetřující by si měli uvědomit, že jejich ruce jsou pro klienta spolu s podložkou, na které leží, médiem, s nímž má klient nejčastější kontakt. Tím tvoří ruce důležitý aspekt okolního světa“* (Friedlová, 2006, 2. díl, s. 17).

V somatické oblasti nabízí bazální stimulace tyto možnosti:

- Celkovou tělesnou koupel
- Polohování
- Podporu dýchání (Friedlová, 2007).

2.1.1 Celková tělesná koupel

„Celková tělesná koupel má velký význam a podle cíle, kterého chceme u klienta v danou chvíli dosáhnout, můžeme použít různé druhy koupelí“ (Friedlová, 2005, s. 11).

Protože koncept bazální stimulace poskytuje ošetřujícímu celkem velkou míru kreativity, může celkovou koupel přizpůsobit klientovi na základě analýzy ze získaných informací o klientovi. Je nezbytné flexibilně reagovat na všechny i nepatrné reakce klienta.

Stimulace může být prováděná ve vodě (teplé a přiměřené teploty), ale i na sucho, žínkami, nebo jen rukama přes oděv klienta, případně na kůži za použití krému či oleje (Friedlová, 2007).

U celkové koupele dbejme na zásady:

- V okolí klienta navodit klidnou atmosféru s přiměřenou teplotou a během koupele nehovořit s třetí osobou
- Koupel realizuje pouze jeden ošetřující
- Měla by trvat 15-20 minut
- Pokud možno eliminovat rušivé elementy

- Snažíme se dotýkat klienta oběma rukama, umožňujeme mu poskytnout informace o jeho těle
- Obličej a genitálie můžeme vynechat a umýt je jindy během dne (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

2.1.2 Celková koupel zklidňující

Prostřednictvím zklidňující koupele můžeme somatickou stimulaci realizovat celkově, kombinovaně nebo i částečně. Na těle klienta uplatníme, kombinujeme více druhů stimulujících prvků bazální stimulace.

V průběhu celého procesu nezapomínáme na verbální popis podle toho, které části těla jsou aktuálně stimulovány. Nezapomínáme na kontinuitu a symetrii při uplatňování jednotlivých prvků konceptu (Friedlová, 2007).

„Cílem zklidňující stimulace je:

- *Stimulace vnímání tělesného schématu*
- *Redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace*
- *Navození celkového tělesného uvolnění*
- *Navázání komunikace*
- *Stimulace vnímání“ (Friedlová, 2007, s.76).*

Podstatou tohoto typu koupele jsou dotyky ve směru růstu chlupů, čímž jsou klientovi podávány informace o jeho tělesné schránce a doteky působí zklidňujícím účinkem. Takto provedená koupel podporuje vnímání tělesného schématu.

Cílem je uvolnění a zklidnění klientova těla. Tato koupel je vhodná u klientů neklidných, hyperaktivních, úzkostných, s pocity strachu, tachykardií, Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou (Friedlová, 2007).

2.1.3 Celková koupel osvěžující

„Celková osvěžující koupel je založena na pohybech proti směru růstu chlupů, čímž stimuluje tělo klienta. Lze ji aplikovat u klientů kdykoli během dne a za použití různých prostředků a různými členy zdravotního týmu“ (Friedlová, 2007, s. 81).

Cílem je zvýšení pozornosti, svalového tonu, tlaku, frekvence tepu a podpoření klientovy aktivity.

Tato koupel je vhodná u klientů v bezvědomí, somnolenci, depresi a u pacientů s nízkým tlakem a nízkou tepovou frekvencí. Naopak je nevhodná u klientů neklidných, dezorientovaných a klientů s negativními intrakraniálními projevy (Friedlová, 2007).

2.1.4 Neurofyziologická stimulace

„Fyziologicky má každý dospělý člověk naučené automatické pohybové programy, aby mohl tělo udržet ve stabilní poloze oproti gravitaci nebo se pohybovat v prostoru“ (Friedlová, 2007, s. 85).

Při neurosomatických poruchách se výše uvedené programy naruší nebo se vytratí a musí se znovu u klienta naučit. Neurofyziologická bazální stimulace využívá také poznatky konceptu Bobathova.

Cílem je stimulovat u klientů s poruchou hybnosti pohyb a pohybové vzory, obnovit rovnováhu a navodit uvědomění si postižené části těla, v neposlední řadě postupně zapojit klienta do běžných denních aktivit a posílit či obnovit jeho soběstačnost. Klient vnímá svou zdravou stranu těla, teprve tak si uvědomí, jak se cítí druhá, postižená strana (Friedlová, 2007).

Tento typ stimulace realizujeme u klientů s plegiemi, hemiplegiemi, parézami, po mozko-lebečních traumatech, s DMO (dětská mozková obrna), po operacích a nemocech, u klientů s vrozenými vadami s postižením pohybové soustavy. Vhodným doporučením je používání zrcadla, tak poskytneme klientovi optickou kontrolu trupu i obličeje, tyto části těla totiž bez zrcadla ani sledovat nedokáže (Friedlová, 2007).

Při uplatňování tohoto typu stimulace se situujeme na postiženou stranu klienta. Začínáme se stimulací zdravé oblasti těla a poté se stimulací postižené oblasti. Pokud nám to stav dovolí, je nutné zapojit i klienta do stimulace formou asistované stimulace, klient se zdravou rukou stimuluje sám, terapeut ho odborně vede a radí mu s jasným cílem znovuobnovit kontakt s postiženou stranou. Pro větší efekt rehabilitace je snaha po co nejvyšší možné spoluúčasti klienta (Friedlová, 2007).

2.1.5 Symetrická stimulace

„Cílem je podpora obnovení vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy, a to na základě fixace tělesné symetrie“ (Friedlová, 2007, s. 88).

Stimulace se provádí stejnoměrně na obou polovinách těla klienta. Před typem symetrické stimulace je doporučeno provést stimulaci zklidňující (Friedlová, 2007).

2.1.6 Rozvíjející stimulace

„Rozvíjející stimulaci poskytujeme klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ještě ho rozvíjet“ (Friedlová, 2007, s. 88).

Stimulace je směřována a koncentrována na symetrii a střed těla, především u klientů s dlouhotrvající imobilitou, kde je jejich tělesné schéma značně narušeno (Friedlová, 2007).

2.1.7 Diametrální stimulace

„Diametrální stimulace redukuje svalový tonus a stimuluje vnímání tělesného schématu“ (Friedlová, 2007, s. 18).

Realizuje se u klientů s porušeným svalovým tonusem, především se zvýšeným svalovým napětím, což omezuje pohyb klienta, klient tak setrvává dlouhou dobu ve stejné pozici, (dlouhodobý pobyt v lůžku), rozvíjí se kontraktury zejména ve smyslu flexe horních končetin a extenze končetin dolních. Spasticita znemožňuje postiženému pohyb.

S tímto typem stimulace je nutné začít co nejdříve, čím delší dobu kontrakce trvá, tím obtížnější a složitější je ji uvolnit. Po ukončení stimulačních technik je nejvhodnější nepolohovat klienta proti jeho svalovému napětí (Friedlová, 2007).

2.1.8 Polohování v konceptu bazální stimulace

„Pomocí polohování můžeme klientovi zprostředkovat informace o svém těle. Klientovi neposkytujeme polohováním pouze stimulaci somatickou, ale také vestibulární“ (Friedlová, 2006, 2. díl, s. 35).

Protože zdravý organismus vnímá polohu vlastního těla, dokáže ji dle potřeby při klidném ležení měnit. Při narušení vnímání vlastního těla dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic.

Vede to k poruchám orientace a mohou také nastat změny v oblasti vlastní identity. Prof. A. Frohlich nazývá tento proces jako degenerativní habituaci (habituace – návyk, zvyk). Psychika a vnímání těla se nastavily na jednotvárnost (Friedlová, 2006).

Vnímání klienta může být narušeno z mnoha příčin, všechny však vedou k následkům, jako jsou emocionální poruchy, poškození intelektu, poruchy chování, poruchy komunikace, ztráta identity osobnosti, poruchy tělesné identity, poruchy koordinace, dezorientace v čase a prostoru a další. Právě realizace konceptu bazální stimulace formou polohování vytváří dostatek sensorických podnětů a tím i podnětnější okolí k eliminaci výše uvedených negativních vlivů. Při polohování zohledňujeme autobiografii klienta, pohodlí a komfort (Friedlová, 2006).

Cíle polohování jsou:

- Stimulace vnímání tělesného obrazu
- Poskytnutí orientace
- Poskytnutí informace klientovi o jeho těle
- Zprostředkování informace klientovi o jeho tělesných hranicích
- Stimulace k pohybu a pohybovým aktivitám
- Umožnění vnímat symetrii těla
- Umožnění vizuálních podnětů a optické stimulace
- Podpora fyziologických pohybových vzorů klienta
- Podpora taktilní schopnosti – motoriky

V průběhu polohování integrujeme do polohovacích technik váhu klienta, gravitaci, mechaniky pohybu a různé intenzity změny pohybu (Friedlová, 2007).

2.1.9 Poloha hnízdo

„Poloha hnízdo podporuje intenzivní somatickou stimulaci a sekundárně stabilizuje vnímání tělesného obrazu“ (Friedlová, 2006, 2. díl, s. 38).

Cílem této stimulační techniky je poskytnout klientovy vjemy z jeho vlastního těla, stimuluje pocit jistoty, je komfortní a navozuje u klientů příjemné pocity.

Toto polohování je vhodné k podpoře svalového tonu, k podpoře odpočinkové fáze, k vnímání tělesných hranic – vnímání tělesného obrazu, při podpoře po vyšetřeních či nepříjemných zákrocích, k navození celkového zklidnění klienta. Při polohování dodržujeme obecné zásady polohování klientů, tento typ stimulace je vhodné kombinovat s konceptem kinestetiky (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

2.1.10 Poloha mumie

„Poloha „mumie“ se využívá především u těch klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu“ (Friedlová, 2007, s. 99).

V praxi je nejvíce uplatňována u klientů s hlubokou mentální retardací, především u dětí, u klientů neklidných, zmatených, agresivních, ale také u klientů ve vigilních kómatech.

Cílem je zmírnit stavy neklidu a agresivity. Doporučuje se po zklidnění přejít z této polohy do polohy hnízdo, nebo kombinovat tyto dvě polohy navzájem. Vhodná je taktéž kombinace s canisterapeutickým psem, kde dochází i k stimulaci dýchání – kontaktního dýchání, kdy klient vnímá dech psa. Nedoporučuje se uplatňovat tuto polohu u klientů trpících klaustrofobií (Friedlová, 2007).

2.1.11 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání je jedna ze stěžejních technik konceptu BS a má velký význam. *„Dýchání člověka nabízí fascinující zdroj informací o jeho momentálním stavu. Změna dýchání signalizuje somatické, psychické, ale také duševní aktivity nebo omezení“ (Friedlová, 2006, 2. díl, s. 30, 31).*

Neadekvátní ventilace plic znamená úbytek energie i síly a jednoznačně také poruchu vnímání okolního světa. Koncept BS uplatňuje masáž stimulující dýchání s cílem dosáhnout pravidelného, klidného a hlubokého dýchání, poskytuje klientovi uvolnění s pocitem jistoty, redukuje stres, umožní mu zřetelně si uvědomit své tělo, zvyšuje schopnost koncentrace klienta, čímž je mu umožněno lépe reagovat na podněty z okolí (Friedlová, 2006).

MSD vyžaduje kontinuální trénink a správné provedení. Tento typ stimulace je realizován především u klientů se změněnou frekvencí dýchání, s povrchovým nebo nepravidelným dechem, s bolestí, depresivními stavy, poruchami spánku, u klientů s inhalační maskou, nebo u klientů umírajících. Pro podporu vykašlávání se doporučuje kombinovat s vibrační masáží (Friedlová, 2006, 2007).

2.2 Vestibulární stimulace

„Vestibulární aparát zodpovídá za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému“ (Friedlová, 2007, s. 105).

Člověk, který vykonává v průběhu dne různorodou činnost, má permanentně stimulované rovnovážné ústrojí. U klientů s omezeným pohybem je těchto stimulů omezené množství, což má za následek poruchy, jako jsou kolapsové stavy, nedostatečná orientace v prostoru, zvýšené svalové napětí, bolesti hlavy a nauzea. Prostřednictvím vestibulární stimulace dokážeme podpořit stimulaci rovnovážného ústrojí.

Cílem je zlepšit prostorovou orientaci a taktéž zlepšit vnímání pohybu a minimalizovat výše uvedené negativní projevy. Prvky vestibulární stimulace realizujeme u klientů upoutaných na lůžko déle než tři dny, u klientů s porušenou či omezenou pohyblivostí, kde se rozvíjí spasticita extenzorů a flexorů, a také u klientů s hlubokou mentální retardací. Vhodné je stimulaci uplatňovat před změnou polohy těla. Klient se může stimulovat na lůžku nebo v závěsném houpacím vaku (Friedlová, 2007).

2.3 Vibrační stimulace

„Cílem vibrační stimulace je uvědomit si celistvost těla, ovlivnit dýchání, stimulovat kůži a připravit tělo na mobilizaci“ (Friedlová, 2005, s. 11).

Jedná se o stimulaci kožních receptorů a proprioreceptorů pomocí vibrací. Prvky vestibulární stimulace realizujeme u klientů s hlubokou mentální retardací, u těch, kde je vibrační stimulace součástí přípravy k vnímání pohybu, kdy dochází k mobilizaci či vertikalizaci klienta (Friedlová, 2005).

K uplatňování této stimulace používáme manuální stimulaci, hudební nástroje, lidský hlas, ale také elektrické či jiné technické vibrátory. Pro vibrační stimulaci celého těla využijeme vibrační lehátka a křesla. V případě, kdy může klient celým hrudníkem vnímat tlak a vibrace hrudníku terapeuta včetně hlasu, když hovoří, se jedná o stimulaci, kterou nazýváme trilogii, je to současně vibrační, vestibulární a somatická stimulace.

Pro uplatňování prvku trilogie lze použít trampolínu. Kontraindikací pro realizaci tohoto typu stimulace je poranění či porucha kožního orgánu, varixy a krvácivé stavy (Friedlová, 2007).

3 PRVKY NÁSTAVBOVÉ STIMULACE

3.1 Optická stimulace

„Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem k poznání okolního světa a k navázání komunikace“ (Friedlová, 2007, s. 109).

Vnímání okolního světa zrakovým ústrojím nám umožňuje uspořádat si okolní prostředí, získat orientaci a tím i pocit jistoty, umožní nám poznávat předměty a lidi. Od narození se lidské oko – zrakový vjem vyvíjí. Přirozený vývoj může být narušen onemocněním, působením léků, úrazem a v neposlední řadě i přirozeným stárnutím, čímž dochází i k narušení zrakového vnímání. Tyto faktory je nezbytné v péči zohlednit a poskytovat optické nabídky adekvátní úrovni zrakového vnímání uživatele (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

V ústavních, nemocničních a jiných zařízeních je okolí málo „bohaté“ na vizuální podněty, proto je v tomto směru nestimulující. Je nezbytné vhodně okolí upravit, podpořit proces asociace viděného světa s mozkovým zpracováním, vycházet z individuálních zrakových schopností klienta, dbát na jeho autobiografii při nabídce optické stimulace.

Používáme kompenzační pomůcky brýle, čočky a jiné. Klient musí mít možnost si uvědomit denní dobu, znát rozdíl mezi dnem a nocí. Volíme vhodné odstíny barev, fotografie a obrázky větších velikostí. Důležité je správné rozmístění v zorném poli klienta, ale i tak, aby klient vyvíjel aktivitu s cílem se na ně podívat. Korektní polohování je taktéž nezbytné. Po celou dobu sledujeme klientovy pozitivní i negativní projevy.

Kombinujeme polohování a somatickou stimulaci s optickou stimulací a zlepšujeme tím orientaci v prostoru. Při kombinaci se stimulací auditivní je nutné dodržet správný poměr mezi slyšeným a viděným, aby nedošlo k opačnému efektu. Využijeme cit a možnost variability tak jako u jiných prvků bazální stimulace (Friedlová, 2009).

3.2 Auditivní stimulace

„Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky“ (Friedlová, 2009, s. 8).

Pro komunikaci, rozvoj myšlení a vývoj řeči je sluchové vnímání nezbytné. Auditivní stimulace poskytuje klientovi jasný, nerušený zvukový stimul, čímž zlepšuje schopnost jednotlivé zvuky rozlišit, posiluje orientaci klienta, zlepšuje jistotu a komunikaci, jakož i aktivizuje paměťové stopy klienta.

Při realizaci tohoto typu stimulace nezapomínáme na kompenzační pomůcky, pokud je klient má, respektujeme sluchové schopnosti a deficity klienta. Nezapomínáme na maximalizaci významu poskytnutých slovních sdělení a minimalizujeme nejasné zvuky.

Koncept BS využívá při stimulaci vyprávění, hudbu, zpěv, hudební nástroje, reprodukci řeči ze záznamu a analogovací techniky. Uplatňujeme kombinaci s iniciálním dotekem a dbáme znalosti klientovy autobiografie (Friedlová, 2009).

V každém případě platí, že je nutné upozornit příbuzné klienta na to, aby s klientem hovořili v jemu známé a vlastní formě a gesta by měla být v symbióze s verbalizovaným projeve (Friedlová, 2007).

3.3 Orální stimulace

„Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu, a již v prenatalním vývoji dítěte, postnatálně taktéž (dítě poznává svět skrze ústa). Ústa umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci chuť, vůni, konzistenci, tvar“ (Friedlová, 2009, s. 10).

Tento prvek BS má ve svých cílech zprostředkování vjemů prostřednictvím úst a dutiny ústní. Ústa a dutina ústní má mnoho funkcí, stimulaci těchto funkcí lze posílit vjemy povahy taktilně haptické, vizuální, čichové a gustační. Stimulace se realizuje samostatně nebo může být také přípravou před příjmem potravy.

Orální stimulace není v žádném případě nácvik polykacího reflexu nebo péče o dutinu ústní (Friedlová, 2007).

Orální stimulaci je vhodné kombinovat se stimulací somatickou. Nezapomínáme zohlednit autobiografii klienta (kde zjistíme nejvhodnější chuťové médium), stav sliznic dutiny ústní, poruchy polykání a možnost čichových vjemů. Stimulaci neprovádíme u klientů unavených, nespolupracujících. Používáme molitanové nebo vatové štětičky, cucací váčky, naopak tampóny v peánech či pinzetách jsou nevhodné.

Během orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě, nevnikáme klientovi násilím do úst. Ústní dutina je intimní součástí klienta (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

3.4 Olfaktorická stimulace

„Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými provokatéry vzpomínek. Mnoho vůní a pachů je obsaženo v autobiografii, a to ve spojení s pozitivními či negativními vzpomínkami“ (Friedlová, 2007, s. 125).

Touto stimulací u každého klienta nalezneme určitou specifickou asociaci, kterou mu vůně dokážou zprostředkovat a přinést. V průběhu života se práh senzitivity vnímání vůní fyziologicky mění, což musíme brát při olfaktorické stimulaci na vědomí.

Vycházíme z biografie klienta, protože při chybném použití vůní či pachů lehce docílíme negativního efektu, tedy negativní stimulace. S olfaktorickou stimulací úzce souvisí i stimulace orální. Vhodná je kombinace s optickou a taktilně-haptickou stimulací. Tímto prvkem BS posilujeme vnímání, vzpomínky, paměť, orientaci i proces vzdělávání. Olfaktorické stimuly nabízíme v nepravidelných intervalech (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

3.5 Taktilně-haptická stimulace

„Somestetický systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací“ (Friedlová, 2007, s. 127).

Při realizaci této techniky stimulace vycházíme z toho, že na dotek, tlak a vibraci reaguje většina mechanoreceptorů. Během života lidská ruka rozpoznává předměty a tím jedinec získává jistý druh zkušeností, který si uchová v paměti, výrazně stimuluje paměťovou stopu. Při absenci této stimulace dochází k neklidu, nejistotě, úzkosti a strachu, dochází také ke ztrátě identifikace nahmataných předmětů.

Pro taktilně-haptickou stimulaci je nezbytná validní biografie klienta. Nezapomínejme na proces stárnutí, v jehož důsledku dochází k útlumu aktivizace sensorické i motorické v projekční oblasti mozkové kůry (Friedlová, 2007).

Cílem je stimulace paměti, motoriky, senzitivity. Tento typ stimulace je vhodné kombinovat se somatickou stimulací, masážní technikou, stimulací optickou, olfaktorickou a auditivní. Používáme různé předměty (osobního či pracovního života) ke stimulaci, např. hračky, předměty užívané k výkonu povolání, kelímky, hrníčky, předměty osobní hygieny a předměty denní potřeby. Stimulaci lze u klienta realizovat i asistovaně (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

4 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

„Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života“ (Friedlová, 2007, s. 131).

Pro kvalitní a kompetentní realizaci BS je nezbytná validní biografie klienta, jež zohledňuje individualitu klienta. Vychází z klientova života, z jeho návyků, prožitků a zvyků. Biografické údaje jsou nezbytné pro individuální péči a jsou výchozím bodem této péče, pomůžou nám taktéž sestavit individuální plán klienta a zprofesionalizovat ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007).

Obzvláště je důležitá v sociálních zařízeních či jiných ústavech, kde u klienta dochází ke strachu ze ztráty autonomie. Při sestavování anamnézy nezapomínejme na rituály klienta, ale také na okolnosti, které jsou mu nepříjemné. Informace získáme přímo od klienta a jeho nejbližšího sociálního okolí rodiny, přátel (Friedlová, 2006, Friedlová, 2007). „Práce s biografií klienta znamená volit ošetrovatelské nabídky zohledňující individualitu a biografii klienta. Jednotlivá zařízení by si měla sama vypracovat formuláře anamnézy respektující skladbu jejich klientů“ (Friedlová, 2007, s. 133).

Následná péče respektující biografii klienta znamená porozumění klientovi. Biografie je důležitý stavební kámen k poznání klientů a pochopení jejich potřeb (Friedlová, 2007).

Prvky integrované do ošetrovatelské anamnézy:

důležitý zážitek v poslední době

sociální situace, zaměstnání/povolání klienta

kdo může/nemůže klienta navštěvovat

co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva)

jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)

co dělá, když má bolesti

jak slyší, zda potřebuje naslouchadlo

oblíbené vůně

jak vidí, zda potřebuje brýle

jaké upřednostňuje materiály

denní rytmus

pravák, levák

které zvuky rád poslouchá (rádio, TV, hudba)

které doteky má rád

jak spí, poloha, přikrývky

jak si čistí zuby, jak se holí

co pije rád/nerad (Friedlová, 2007).

5 ÚSTAVY SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE

5.1 Charakteristika ústavů sociálních služeb

Sociální péče v České republice je řízena příslušným odborem sociálních služeb, který organizačně spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

Územní členění je rozděleno do jednotlivých krajů v České republice, kde jsou vymezené jednotlivé územní okresy s konkrétní spádovou působností. Každý ústav sociální péče se legislativně řídí zákonem o sociálních službách.

Zákon ukládá povinnost zajistit potřebnou péči o staré a nemocné osoby.

Právní úprava této sociální, resp. zdravotně-sociální oblasti je dána především těmito právními předpisy:

- zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (§ 73);
- zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (§ 3, § 14, § 32);
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (§ 22, § 23, § 51, § 54)
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a dalšími právními předpisy

(Úřad pro ochranu osobních údajů, 2000 - 2012).

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány, jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí.

Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních.

Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012).

5.2 Klasifikace ústavů sociální péče

Příslušnou klasifikaci upravuje vyhláška č.182/91 Sb.

Klasifikace z hlediska věku

- Ústavy pro tělesně postiženou mládež z přidruženým mentálním postižením
- Ústavy pro mentálně postiženou mládež
- Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením

Klasifikace z hlediska pohlaví

- Ústavy sociální péče pro dívky a chlapce
- Ústavy sociální péče pro chlapce a muže
- Ústavy sociální péče smíšené

Klasifikace dle délky pobytu

- Ústavy sociální péče s denním pobytem
- Ústavy sociální péče s týdenním pobytem
- Ústavy sociální péče s celoročním pobytem

(Protivinská, 2006).

5.3 Funkce ústavní péče

Ústavní péče plní několik základních funkcí (Matoušek, 1999).

1. Podpora a péče;
2. Léčba, výchova a resocializace;
3. Omezení, vyloučení represe.

Forma poskytování sociálních služeb ve Zlínském kraji je především pobytová s celoročním a týdenním pobytem a dále ambulantní v denních stacionářích. (Zlínský kraj, 2012).

V okrese Uherské Hradiště, kde proběhlo mnou realizované průzkumné šetření jsou sociálními službami zřízené tyto typy zařízení:

1. Domov pro osoby se zdravotním postižením (DZP)

nabízí pobytové sociální služby dospělým osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení (tělesného, mentálního a kombinovaného), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nemohou své zdravotní a sociální indispozice zvládat v přirozeném prostředí sami nebo za pomoci svých blízkých (Sociální služby Uherské Hradiště, 2000 - 2012).

2. Domovy pro seniory (DS)

poskytují pobytovou sociální službu občanům, kteří v důsledku věku nebo zdravotního stavu potřebují přiměřenou podporu nebo péči pro zachování důstojného a aktivního způsobu života (Sociální služby Uherské Hradiště, 2000 - 2012).

3. Poradny pro rodinu, manželství a vztahy (PRM)

poskytují poradenské a psychoterapeutické služby v rámci sociálních služeb. Jsou poskytovány služby odborného sociálního poradenství v oblastech psychologie a sociálních systémů (viz Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.). V poradně je poskytováno psychologické a sociální poradenství, individuální, párová, rodinná i skupinová psychoterapie, psychodiagnostika. V § 72 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Sociální služby Uherské Hradiště, 2000 - 2012).

Posláním je poskytovat potřebné a kvalitní sociální služby, zaměřené na konkrétní individuální potřeby jednotlivých uživatelů s cílem zabezpečit jejich plnohodnotný život a pomoci jim zachovat přirozené sociální vazby a životní návyky.

Služby poskytované ve všech typech zařízení jsou poskytovány na principu:

- úcty k člověku
- podpory samostatnosti a nezávislosti
- respektování vlastní volby uživatele
- respektování soukromí uživatele
- flexibility
- vzájemné tolerance a důvěry
- přizpůsobování poskytovaných služeb potřebám uživatele

Sociální služba obsahuje tyto základní části:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktů se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Nedílnou součástí nabízené služby je zajištění zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče (Sociální služby Uherské Hradiště, 2000 - 2012).

6 DOKUMENTACE O PROVÁDĚNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

„Jednotlivá zařízení by si měla sama vypracovat formuláře anamnézy respektující skladbu jejich klientů“ (Friedlová, 2007, s. 133).

Současná literatura reflektující koncept bazální stimulace nenabízí ucelenou, konkrétní dokumentaci použitelnou pro praktickou realizaci bazální stimulace. Nalezneme v ní instrukce i doporučení, z kterých lze racionální úvahou vytvořit možný typ dokumentace.

Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz BS nabízí v oblasti biografické anamnézy formulář, který v sobě integruje prvky iniciálního doteku, tělesné péče, tělesného kontaktu, spánku, jídla a pití, vyprazdňování, sluchu, zraku, regulace tělesné teploty, pohybu a aktivity a způsobů života. Zmíněný formulář ovšem nepojednává o konkrétním provádění bazální stimulace u klienta a už vůbec ne o provedených prvcích bazální stimulace.

Dostáváme se do situace, kdy záznamy o provedené bazální stimulaci jsou zcela nejednotné, mají různorodou formu dokumentování, vedené v úsecích sociálních dokumentací (softwarový záznam v sociálních službách se obecně zmiňuje o provedené BS, kterou však nekonkretizuje) nebo zdravotnických dokumentací. Dokonce není neobvyklé, že se žádný záznam o provedené BS nevede, pouze si ho ošetřující personál sdělí ústní formou (Friedlová, 2007, Friedlová, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRŮZKUMU

7.1 Cíle průzkumného šetření

7.1.1 Hlavní cíl

Využití konceptu bazální stimulace ošetřujícím personálem ve vybraných zařízeních poskytujících ústavní sociální péči, se zaměřením na vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klientů. Provést analýzu výsledků šetření a navrhnout řešení do praxe.

Cíl č. 1: Zjistit, zda je v ústavech sociální péče vedená dokumentace o provádění bazální stimulace.

Cíl č. 2: Zjistit, zda poskytovatelé bazální stimulace v ústavech sociálních služeb považují za přínosné vést a sjednotit dokumentaci o provádění bazální stimulace, která bude přehledná a srozumitelná.

Cíl č. 3: Zjistit, zda personál provádějící bazální stimulaci mezi sebou spolupracuje a jakým způsobem si předává informace.

Cíl č. 4: Zjistit, které kontroly / audity a jak často jsou prováděny se zaměřením na vedení dokumentace o provádění bazální stimulace.

7.2 Průzkumná metoda

Průzkumné šetření jsem realizoval formou nestandardizovaného dotazníku, který je konstruován pro profese v přímé obslužné péči v ústavech sociálních služeb. Součástí je úvodní dopis, ve kterém objasňuji účel dotazníkového šetření, žádám o spolupráci – vyplnění dotazníku a vysvětluji způsob označení vybraných odpovědí. Je to rozšířená a často používaná metoda. Jedná se vlastně o formulář obsahující otázky zaměřené na problémy, které jsem chtěl ve své práci zjistit.

Celkem obsahuje 25 otázek ve skladbě :

- uzavřené - dichotomické : otázky č. 1, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25,
- polytomické : otázky č. 2, 3, 6, 8, 13, 14, 15, 17, 18;

- výběrové - : otázky č. 3, 14;
- otevřené - : otázky č. 4, 5, 11, 21, 23;
- výčtové - : otázky č. 6, 8, 13, 15, 17, 18;
- filtrační - : otázky č. 7, 11.

Otázky č. 1 až 3 jsou zaměřeny na věk, pohlaví a dosažené vzdělání, otázky č. 4, 5, 8 zjišťovaly pracovní zařazení, typ pracoviště a vytvořené podmínky pro provádění bazální stimulace, otázky č. 7, 10, 22, 23 zjišťovaly vzdělání v oblasti konceptu bazální stimulace, kompetence a proškolení pracovníků v oblasti bazální stimulace, otázky č. 11, 15 zjišťovaly vedení, zaznamenávání, formu a samostatnost dokumentace o provádění bazální stimulace, otázky č. 12, 13, 16 zjišťovaly potřebu zavést jednotnou dokumentaci s přínosem pro praxi, způsob a frekvenci vyhodnocování bazální stimulace, otázky č. 17, 18, 19, 20, 21 zjišťovaly psychosomatický stav klienta, biografii klienta, používání iniciálního doteku a spolupráci s rodinou klienta, otázky č. 24, 25 zjišťovaly vliv bazální stimulace na zdravotní stav klienta a zájem pokračovat v konceptu i do budoucna.

7.3 Organizace průzkumného šetření

Mé průzkumné šetření bylo realizováno ve Zlínském kraji. Zlínský kraj je jedním ze 14 vyšších územních samosprávních celků v České republice. Území kraje je vymezeno územími okresů Zlín, Vsetín, Kroměříž a Uherské Hradiště.

V průběhu období od ledna do března 2012 jsem distribuoval a následně osobně předal dotazník v tištěné podobě do vybraných zařízení poskytovatelů sociálních služeb. Samotnému rozdáni dotazníku předcházelo předběžné šetření o možné spolupráci ve vybraných ústavech sociální péče, včetně verifikování žádosti o umožnění dotazníkového šetření a žádosti o umožnění přístupu k informacím.

Distribuce proběhla ve vybraných ústavech sociální péče ve spádové oblasti Uherskohradištska, v domovech pro osoby se zdravotním postižením v Medlovicích, Starém Městě u Uherského Hradiště, Kunovicích a Velehradě. Vyplněné dotazníky po předchozí domluvě jsem si osobně a průběžně z jednotlivých zařízení vyzvedával, kompletoval k dalšímu zpracování a analýze.

7.4 Charakteristika průzkumného souboru

Soubor vybraných ústavů sociální péče tvořily domovy pro osoby se zdravotním postižením ze zlínského kraje, regionu Uherské Hradiště: DZP – Kunovice Na Bělince, předáno 15 dotazníků; DZP – Medlovice, předáno 15 dotazníků; DZP – Velehrad - Salašská, předáno 15 dotazníků; DZP – Staré Město, předáno 15 dotazníků. Celkový počet skutečně předaných dotazníků pracovníkům a profesím v přímé obslužní péči činil 60 kusů. (100 %) Z uvedeného počtu se následně vrátilo 44 validních dotazníků, což činí 73,3 %.

7.5 Výsledky analýz

Výsledky analýz jsem promítl do formy jednotlivých tabulek a výsečových grafů.

Z celkového počtu šedesáti dotazníků se ke zpracování použilo čtyřiačtyřicet dotazníků.

Z toho se podílely:

DZP – Kunovice Na Bělince, vrátilo se 14 dotazníků, což činilo 31,81 % z celkového vráceného počtu;

DZP – Medlovice, vrátilo se 11 dotazníků, což činilo 25,02 % z celkového vráceného počtu;

DZP – Velehrad - Salašská, vrátilo se 10 dotazníků, což činilo 22,72 % z celkového vráceného počtu;

DZP –Staré Město, vrátilo se 9 dotazníků, což činilo 20,45 % z celkového vráceného počtu.

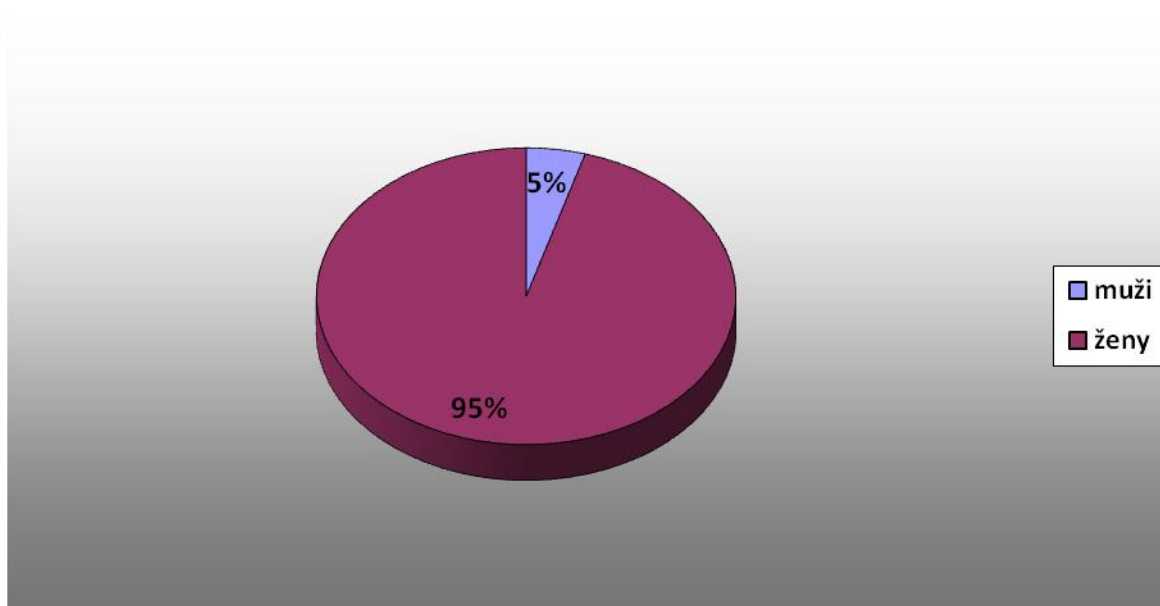
8 GRAFICKÁ A TABULKOVÁ PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Dotazníková otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Muži</i>	2	4,55
<i>Ženy</i>	42	95,45
<i>Celkem</i>	44	100,00

Pohlaví respondentů



Graf 1: Pohlaví respondentů

Komentář k otázce č. 1 :

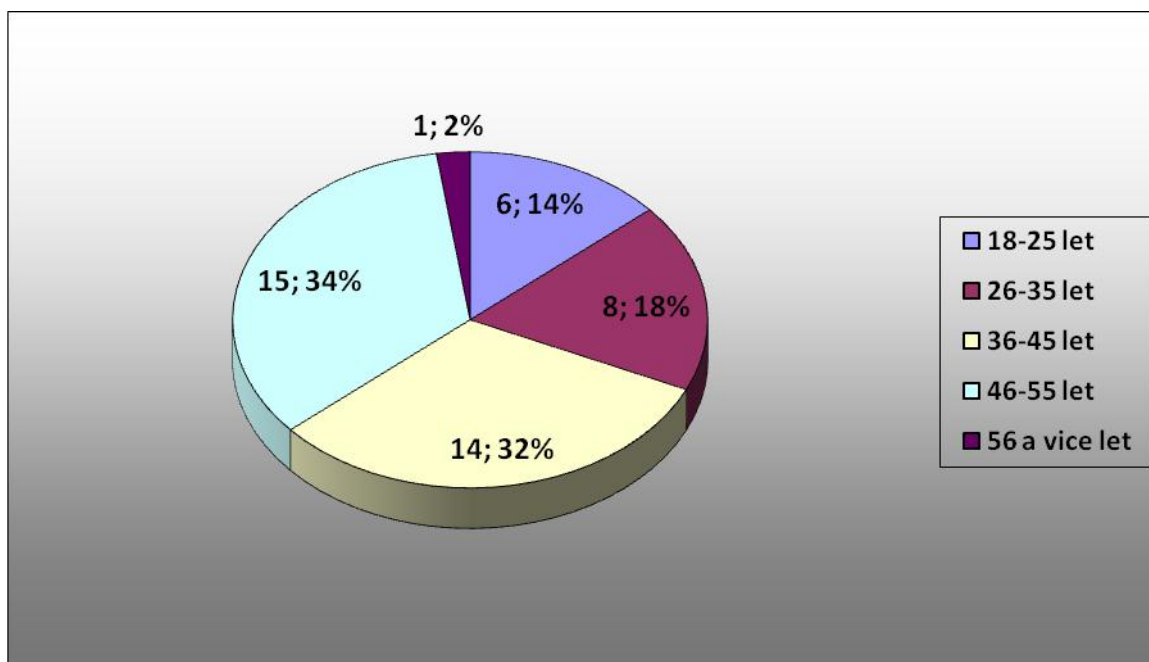
Ženy činily 95% respondentů, což je 42 žen, a z celkového počtu 44 (100 %) respondentů, u mužů to bylo 5% v počtu 2.

Dotazníková otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věkové kategorie respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>18 – 25 let</i>	6	13,63
<i>26 – 35 let</i>	8	18,18
<i>36 – 45 let</i>	14	31,81
<i>46 – 55 let</i>	15	34,09
<i>56 let a více</i>	1	2,27
<i>Celkem</i>	44	100,00

Věkové kategorie respondentů



Graf 2: Věkové kategorie respondentů

Komentář k otázce č. 2 :

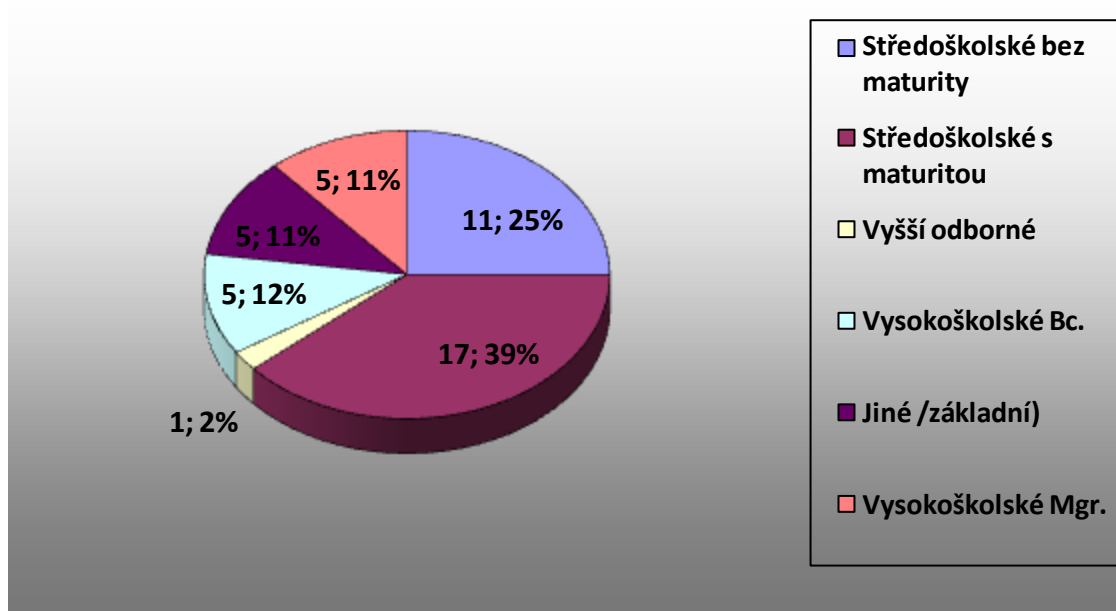
Věkové rozmezí respondentů bylo rozloženo do pěti kategorií, z celkového počtu respondentů 44 (100 %) bylo: ve věku 18 – 25 let 6 (13,6 %) respondentů, ve věku 26 – 35 let 8 (18,1 %) respondentů, ve věku 36 – 45 let 14 (31,8 %) respondentů, ve věku 46 – 55 let 15 (34,0 %) respondentů a ve věku 56 let a více 1 (2,2 %) respondent.

Dotazníková otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Středoškolské bez maturity</i>	11	25,00
<i>Středoškolské s maturitou</i>	17	38,63
<i>Vyšší odborné</i>	1	2,27
<i>Vysokoškolské Bc.</i>	5	11,36
<i>Vysokoškolské Mgr.</i>	5	11,36
<i>Jiné (základní)</i>	5	11,36
<i>Celkem</i>	44	100,00

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Komentář k otázce č. 3 :

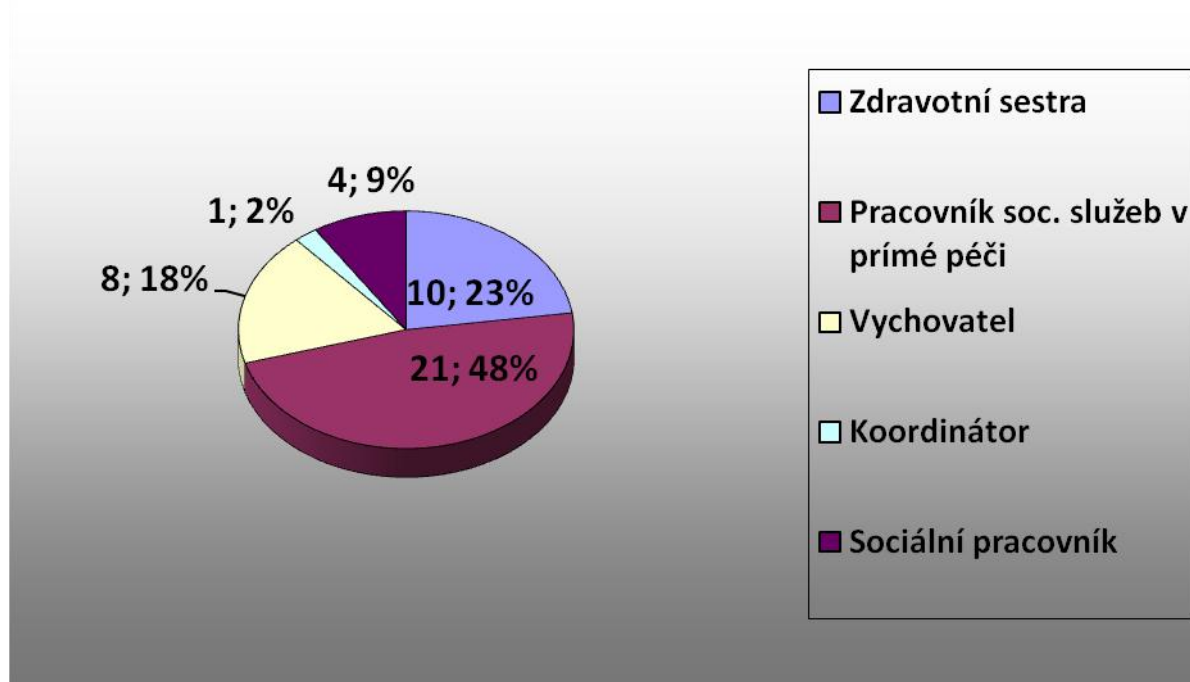
Oslovení respondenti byli zařazení do šesti kategorií odpovídajících nejvyššímu typu vzdělání. Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů uvádí 11 (25,0 %) vzdělání středoškolské bez maturity, 17 (38,6 %) respondentů středoškolské s maturitou, 1 (2,2 %) vyšší odborné, 5 (11,3%) vysokoškolské bakalářské, 5 (11,3%) vysokoškolské magisterské, 5 (11,3%) jiné – základní.

Dotazníková otázka č. 4: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tabulka4: Pracovní zařazení

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Zdravotní sestra</i>	10	22,72
<i>Pracovník sociálních služeb v přímé péči</i>	21	47,72
<i>Vychovatel</i>	8	18,18
<i>Koordinátor</i>	1	2,27
<i>Sociální pracovník</i>	4	9,09
Celkem	44	100,00

Pracovní zařazení



Graf 4: Pracovní zařazení

Komentář k otázce č. 4:

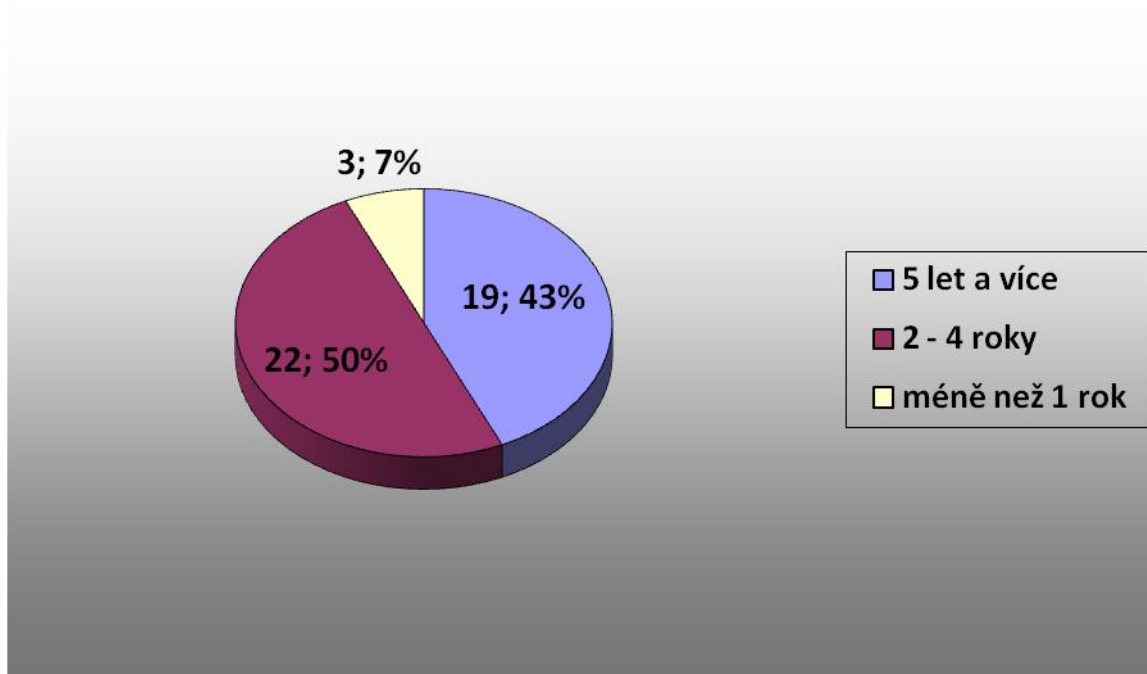
Všichni respondenti pracují ve státní příspěvkové organizaci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Z celkového počtu 44 respondentů (100 %) je v pracovní pozici zdravotní sestry 10 (22,7 %), v pozici pracovníka sociálních služeb v přímé péči 21 (47,7 %), v pozici vychovatele 8 (18,1 %), v pozici koordinátora 1 (2,2 %) a v pozici sociálního pracovníka 4 (9,0 %)

Dotazníková otázka č. 5: Jak dlouho Vaše zařízení používá bazální stimulaci?

Tabulka 5: Doba uplatňování konceptu bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Déle než 5 let</i>	19	43,18
<i>2 – 4 roky</i>	22	50,00
<i>Méně než 1 rok</i>	3	6,81
<i>celkem</i>	44	100,00

Doba uplatňování konceptu bazální stimulace



Graf 5: Doba uplatňování konceptu bazální stimulace

Komentář k otázce č. 5 :

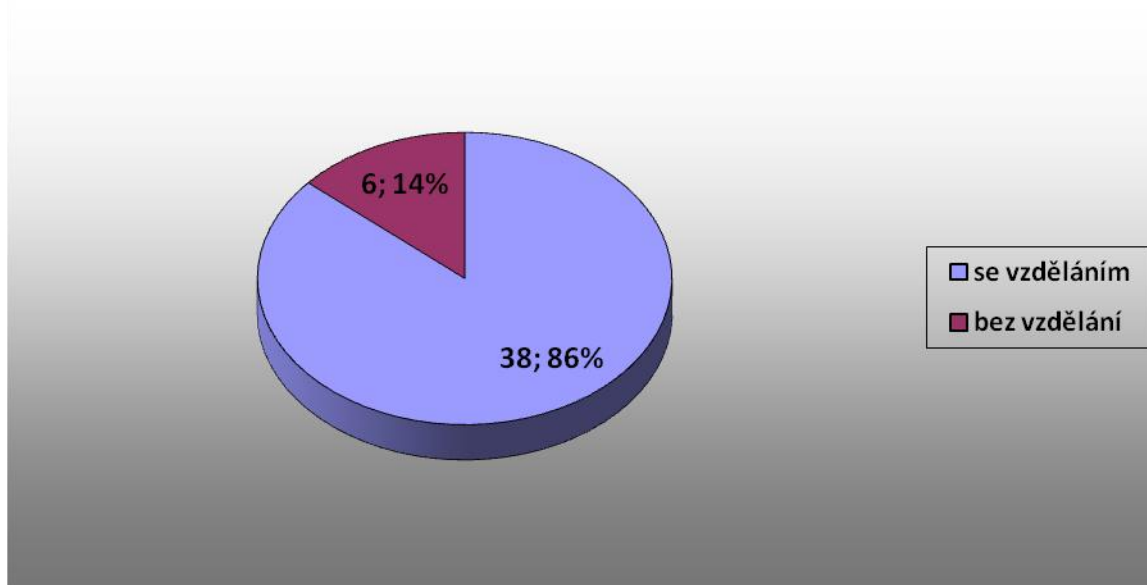
Ve všech oslovených ústavech sociálních služeb je prováděn koncept bazální stimulace. Z toho 43,1 % respondentů ho uplatňuje déle než 5 let, 50,0 % v rozmezí 2-4 roky a 6,8 % uplatňuje koncept bazální stimulace méně než 1 rok.

Dotazníková otázka č. 6: Jaké je Vaše vzdělání v oblasti bazální stimulace?

Tabulka 6: Certifikované vzdělání v oblasti bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, má</i>	38	86,36
<i>Ne, nemá</i>	6	13,63
<i>Celkem</i>	44	100,00

Certifikované vzdělání v oblasti bazální stimulace



Graf 6: Certifikované vzdělání v oblasti bazální stimulace, dotazníková otázka č. 6

Komentář k otázce č. 6 :

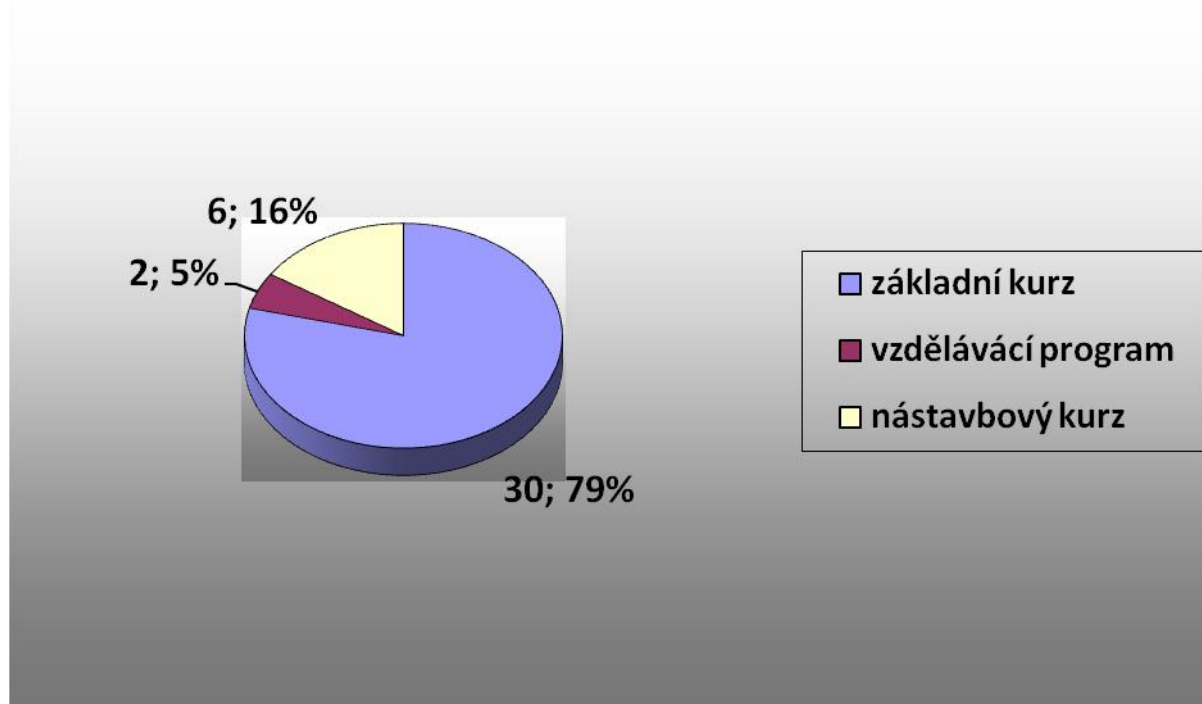
Ve všech oslovených ústavech sociálních služeb je prováděn koncept bazální stimulace. Z toho 38 respondentů (86,4 %) udává certifikované vzdělání v této oblasti, zatímco 6 respondentů (13,6 %) bazální stimulaci provádí bez jakéhokoliv vzdělání v této oblasti.

Dotazníková otázka č. 6: Jaké je Vaše vzdělání v oblasti bazální stimulace?

Tabulka 6: Typ vzdělání v konceptu bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Základní kurz bazální stimulace</i>	30	78,94
<i>Vzdělávací program bazální stimulace</i>	2	5,26
<i>Nástavbový inovační kurz bazální stimulace</i>	6	15,78
Celkem	38	100,00

Typ vzdělání v konceptu bazální stimulace



Graf 6 : Typ vzdělání v konceptu bazální stimulace

Komentář k otázce č. 6 :

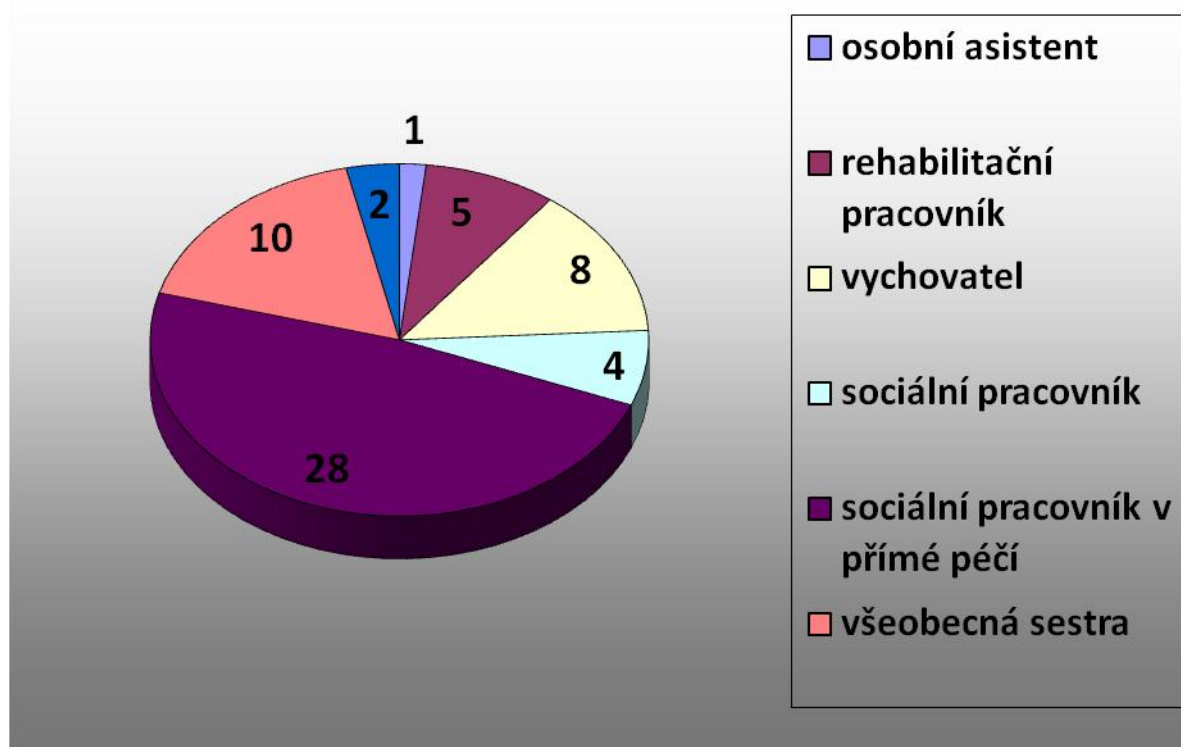
Z počtu respondentů 38, kteří mají certifikované vzdělání v oblasti konceptu bazální stimulace, udává typ vzdělání: Základní kurz bazální stimulace 30 (78,9 %) respondentů, Vzdělávací program bazální stimulace 2 (5,3 %) respondentů, Nástavbový inovační kurz bazální stimulace 6 (15,8 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 7: Jaká odbornost provádí bazální stimulaci?

Tabulka 7: Odbornost provádějící bazální stimulaci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Osobní asistent</i>	1	2,27
<i>Rehabilitační pracovník</i>	5	11,36
<i>Vychovatel</i>	5	11,36
<i>Sociální pracovník</i>	4	9,09
<i>Pracovník sociálních služeb v přímé péči</i>	20	45,45
<i>Všeobecná sestra</i>	7	15,90
<i>Rodinný příslušník</i>	2	4,54
Celkem	44	100,00

Odbornost provádějící bazální stimulaci



Graf 7: Odbornost provádějící bazální stimulaci, dotazníková otázka č. 7

Komentář k otázce č. 7 :

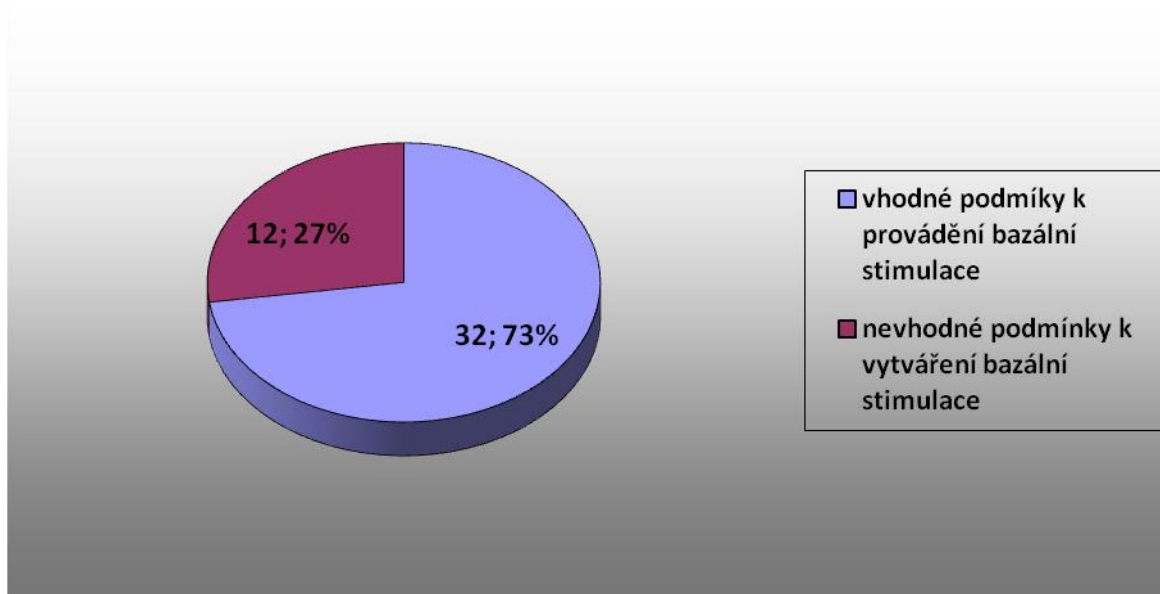
Na provádění bazální stimulace v oslovených ústavech sociální péče se podílí více odbornosti, a to: osobní asistent 1, rehabilitační pracovník 5, vychovatel 8, sociální pracovník 4, pracovník sociálních služeb v přímé péči 28, všeobecná sestra 10, rodinný příslušník 2.

Dotazníková otázka č. 8: Jsou ve Vašem zařízení vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace?

Tabulka 8: Vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano – jsou vytvořeny vhodné podmínky</i>	32	72,72
<i>Ne – nejsou vytvořeny vhodné podmínky</i>	12	27,28
<i>celkem</i>	44	100,00

Vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace



Graf 8: Vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace

Komentář k otázce č. 8 :

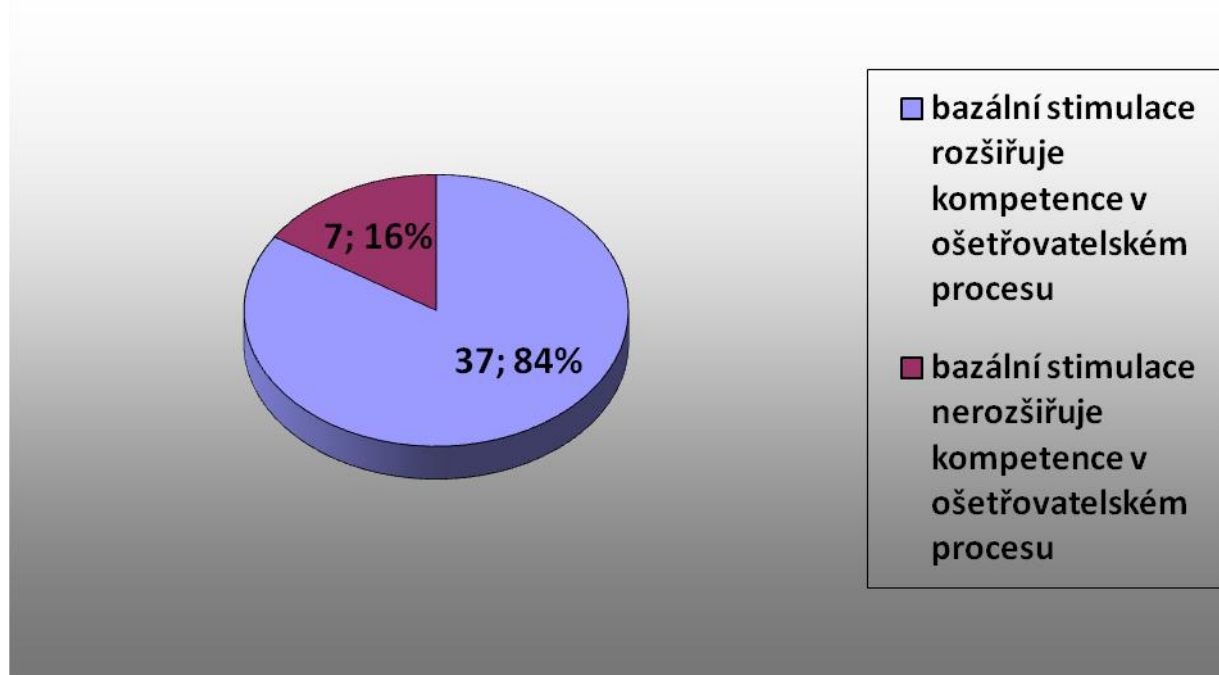
Z celkového počtu respondentu 44 (100 %) odpovědělo, zda jsou v zařízení vytvořeny vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace, následovně: 32 (72,7 %) respondentů odpovídá ano – jsou vytvořeny vhodné podmínky a 12 (27,2 %) respondentů odpovědělo ne – nejsou vytvořeny vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace.

Dotazníková otázka č. 9: Umožňuje Vám bazální stimulace rozšíření vašich kompetencí v ošetrovatelském procesu?

Tabulka 9: Rozšíření kompetenci v ošetrovatelském procesu při provádění bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano – umožňuje rozšířit kompetence</i>	37	84,09
<i>Ne – neumožňuje rozšířit kompetence</i>	7	15,90
Celkem	44	100,00

Rozšíření kompetenci v ošetrovatelském procesu při provádění bazální stimulace



Graf 9: Rozšíření kompetenci v ošetrovatelském procesu při provádění bazální stimulace

Komentář k otázce č.9 :

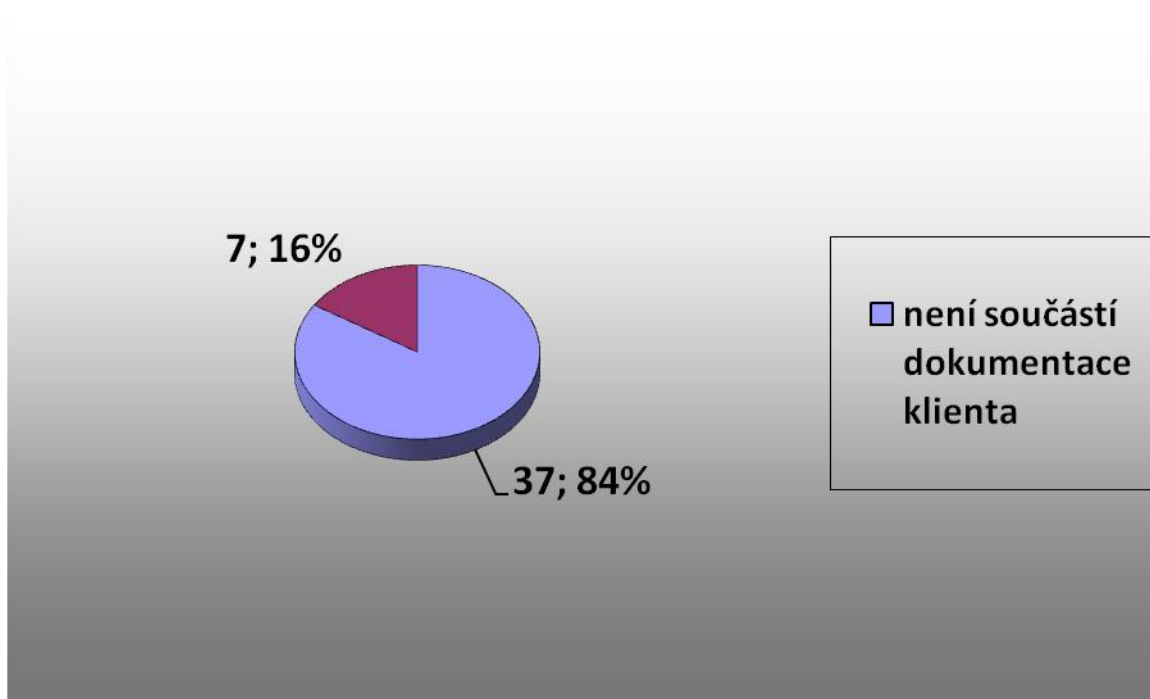
Z počtu 44 (100 %) respondentů provádějících bazální stimulaci uvádí 37 (84,0 %) pozitivní vliv směrem k rozšíření svých kompetenci v rámci prováděného ošetrovatelského procesu, zbývajících 7 (15,9 %) respondentů uvádí opak.

Dotazníková otázka č. 10: Je součástí dokumentace klientů i dokumentace o provádění bazální stimulace?

Tabulka 10: Vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Není součástí dokumentace klienta</i>	37	84,09
<i>Je – součástí dokumentace klienta, v sociální části</i>	7	15,90
celkem	44	100,00

Vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta



Graf 10: Vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta

Komentář k otázce č.10 :

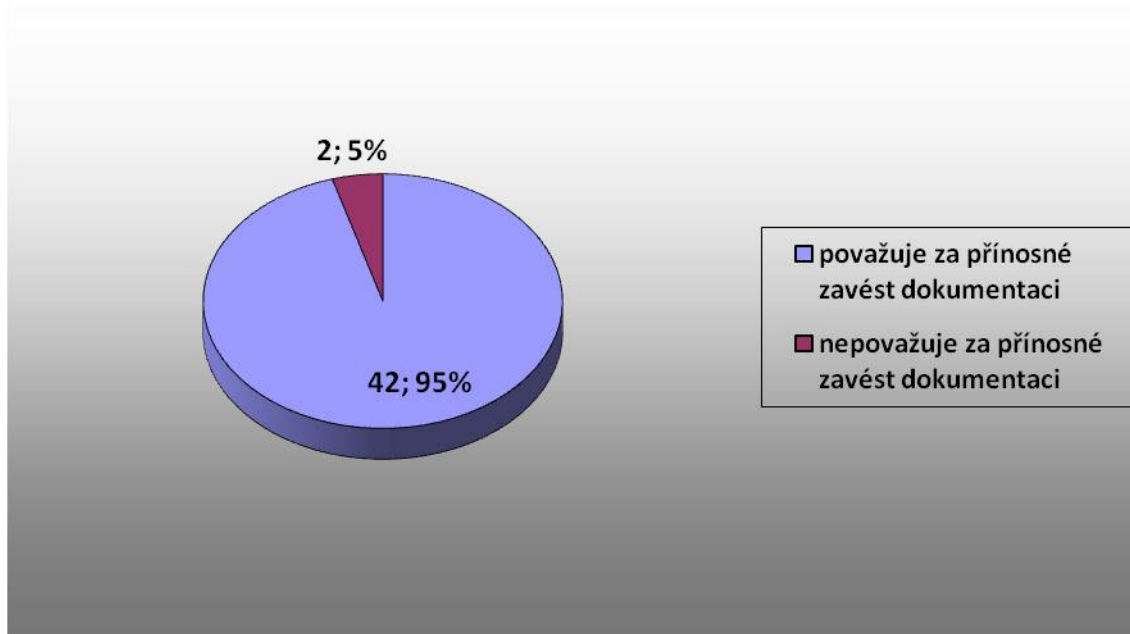
Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů uvádí 37 (84,0 %), že dokumentace o provádění bazální stimulace není součástí dokumentace klienta, ale je součástí denního hlášení předání služby, zatímco 7 (15,9 %) respondentů uvádí, že je součástí dokumentace klienta, a spadá tedy pod celek sociální dokumentace.

Dotazníková otázka č. 11: pokládáte za přínosné zavést a používat dokumentaci o provádění bazální stimulace u klienta?

Tabulka 11: Zavedení a používání dokumentace při provádění bazální stimulace u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, považuje za přínosné</i>	42	95,45
<i>Ne, nepovažuje za přínosné</i>	2	4,54
<i>celkem</i>	44	100,00

Zavedení a používání dokumentace při provádění bazální stimulace u klienta



Graf 11: Zavedení a používání dokumentace při provádění bazální stimulace u klienta

Komentář k otázce č.11 :

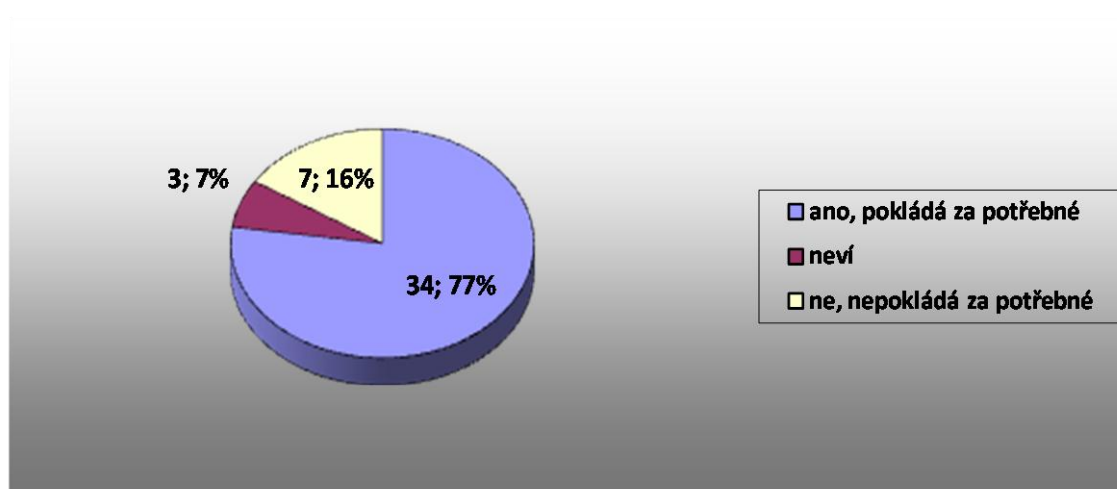
Více než 95 % respondentů, přesně 42 z celkového počtu 44, pokládá za přínosné zavést a používat dokumentaci o provádění bazální stimulace u klientů v ústavech sociální péče. Zbývajících 5 %, což jsou 2 respondenti, to za přínosné nepokládá.

Dotazníková otázka č. 12: Myslíte si, že by bylo přínosné zavést a používat dokumentaci o provádění bazální stimulace u klienta?

Tabulka 12: Potřeba sjednocení a vytvoření dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, pokládá za potřebné</i>	34	72,27
<i>Neví</i>	7	15,90
<i>Ne, nepokládá za potřebné</i>	3	6,81
<i>celkem</i>	44	100,00

Potřeba sjednocení a vytvoření dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta



Graf 12: Potřeba sjednocení a vytvoření dokumentace o provádění bazální stimulace u klienta

Komentář k otázce č. 12 :

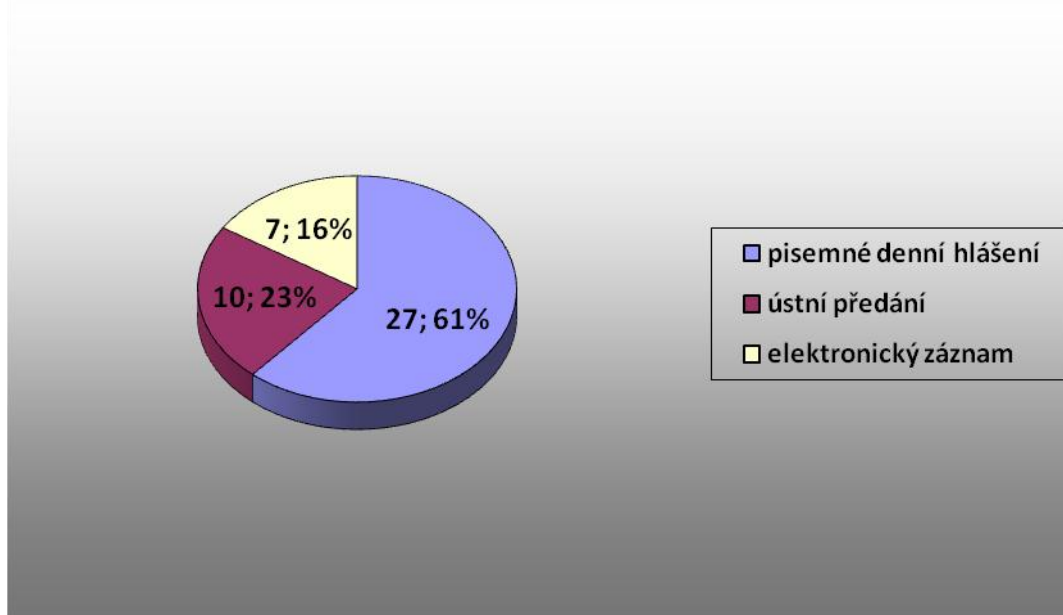
Z počtu 44 dotázaných respondentů 34 (72,2 %) pokládá za přínosné sjednotit a vytvořit dokumentaci o provádění bazální stimulace, 7 (15,9 %) neví a 3 (6,8 %) to za potřebné nepokládá.

Dotazníková otázka č. 13: Jakou formou zaznamenáváte provádění bazální stimulace u klienta?

Tabulka 13: Forma záznamu o provedené bazální stimulaci u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Písemné denní hlášení</i>	27	61,36
<i>Ústní předání</i>	10	22,72
<i>Elektronický záznam</i>	7	15,90
<i>celkem</i>	44	100,00

Forma záznamu o provedené bazální stimulaci u klienta



Graf 13: Forma záznamu o provedené bazální stimulaci u klienta

Komentář k otázce č. 13 :

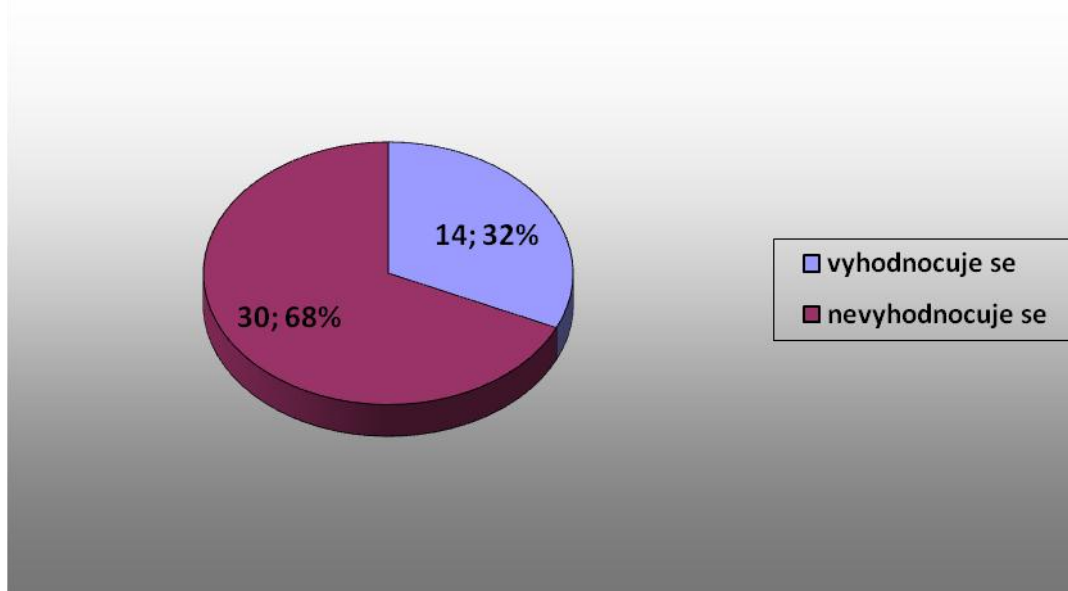
Současné zaznamenávání provedené bazální stimulace u klienta se vede různou formou záznamu. Z počtu 44 (100 %) respondentů uvádí formu písemného denního hlášení 27 (61,4 %) respondentů, ústní formu 10 (22,7 %) respondentů, elektronický záznam (software Cygnus, součást sociální dokumentace) 7 (15,9 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 14: Vyhodnocujete provádění bazální stimulace u klienta?

Tabulka 14: Vyhodnocení o provedené bazální stimulaci u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Nevyhodnocuje se</i>	30	68,18
<i>Vyhodnocuje se</i>	14	31,81
Celkem	44	100,00

Vyhodnocení o provedené bazální stimulaci u klienta



Graf 14: Vyhodnocení o provedené bazální stimulaci u klienta

Komentář k otázce č. 14 :

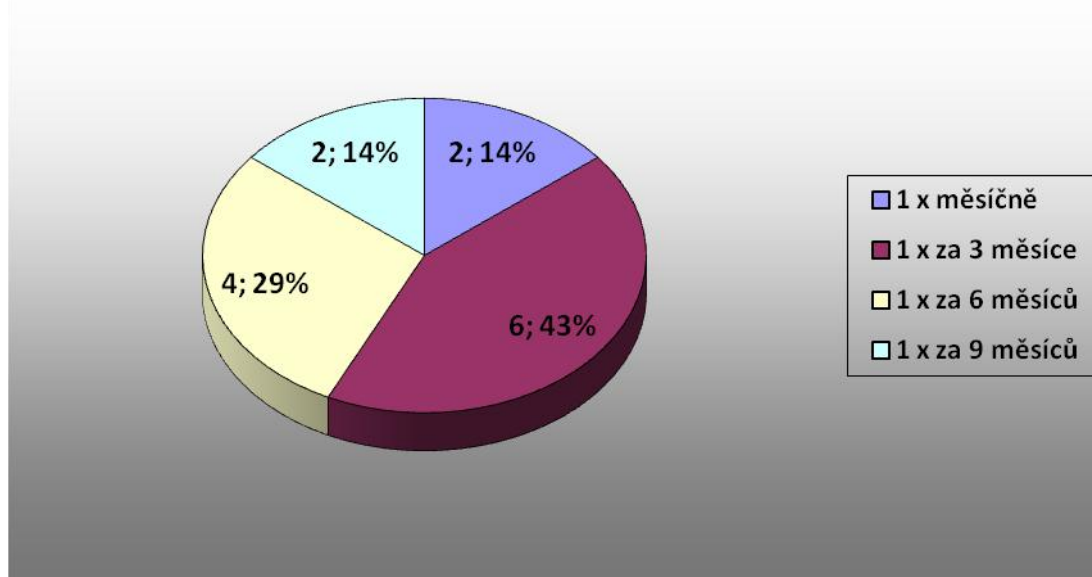
Z celkového počtu 44 dotázaných respondentů 30 (68,2 %) uvádí, že provádění bazální stimulace u klientů vůbec nevyhodnocuje, 14 (31,8 %) vyhodnocení provádí.

Dotazníková otázka č. 14: jak často vyhodnocujete provádění bazální stimulace u klienta?

Tabulka 14: Frekvence vyhodnocení provedené bazální stimulace u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>1 x měsíčně</i>	2	14,28
<i>1 x za 3 měsíce</i>	6	42,85
<i>1 x za 6 měsíců</i>	4	28,57
<i>1 x za 12 měsíců</i>	2	14,28
celkem	14	100,00

Frekvence vyhodnocení provedené bazální stimulace u klienta



Graf 14: Frekvence vyhodnocení provedené bazální stimulace u klienta

Komentář k otázce č. 14 :

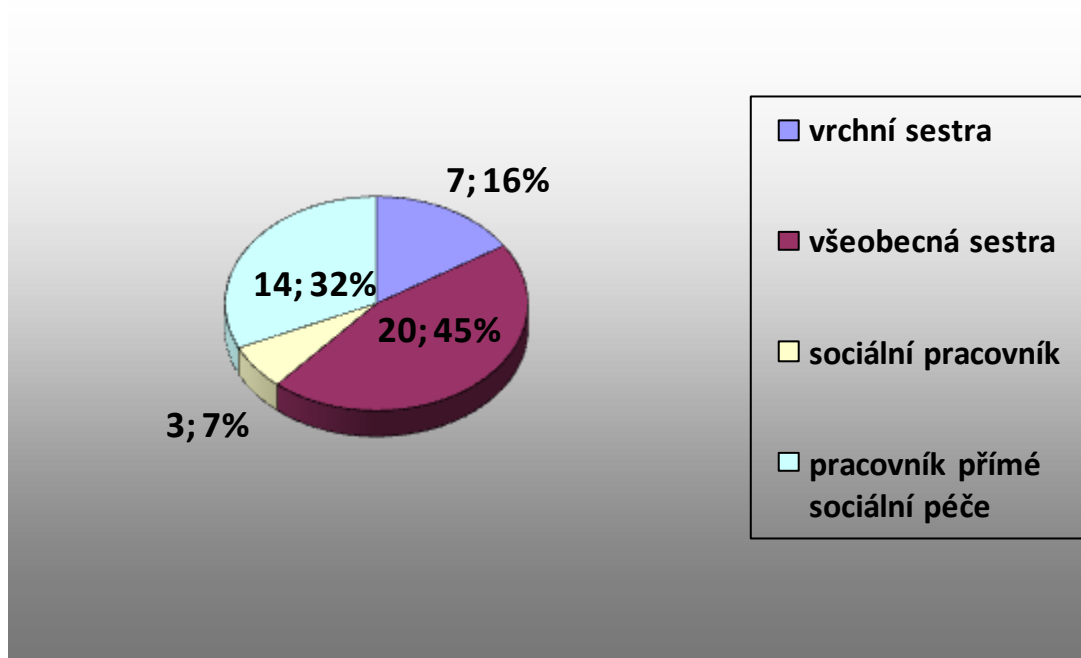
Z počtu respondentů 14 (31,8 %), kteří provádí vyhodnocování provedené bazální stimulace, tak činí v různě nejednotných časových intervalech, a to 1 x měsíčně 2 (14,2 %) respondenti, 1 x za 3 měsíce 6 (42,8 %) respondentů, 1 x za 6 měsíců 4 (28,5 %) respondenti, 1 x za 12 měsíců 2 (14,2 %) respondenti.

Dotazníková otázka č. 15: Kdo provádí vyhodnocení bazální stimulace u klienta?

Tabulka 15: Hodnotící profese o provedené bazální stimulace u klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Vrchní sestra</i>	7	15,90
<i>Všeobecná sestra</i>	20	45,45
<i>Sociální pracovník</i>	3	6,81
<i>Pracovník sociální péče</i>	14	31,81
<i>celkem</i>	44	100,00

Hodnotící profese o provedené bazální stimulace u klienta



Graf 15: Hodnotící profese o provedené bazální stimulace u klienta

Komentář k otázce č. 15 :

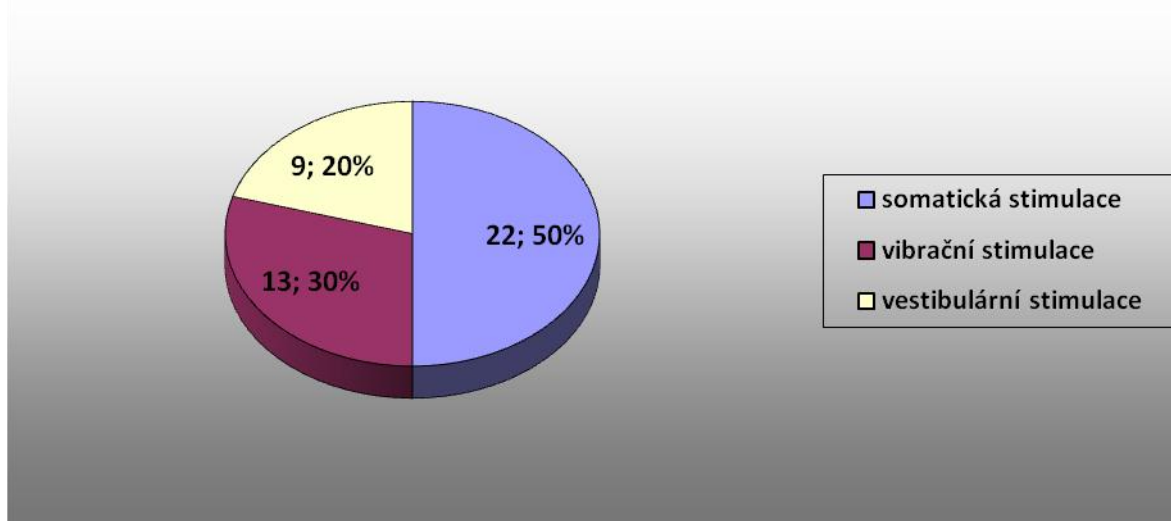
Z celkového počtu respondentů 44 (100 %) uvádí 7 (15,9 %) respondentů, že bazální stimulaci vyhodnocuje vrchní sestra, 20 (45,5 %) respondentů uvádí, že bazální stimulaci vyhodnocuje všeobecná sestra, 3 (6,8 %) respondenti uvádí, že bazální stimulaci vyhodnocuje sociální pracovník a 14 (31,8 %) uvádí, že bazální stimulaci vyhodnocuje pracovník přímé sociální péče.

Dotazníková otázka č. 16: Jaké druhy bazální stimulace se ve Vašem zařízení používají?

Tabulka 16: Realizovaná prvky bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Somatická stimulace</i>	22	50,00
<i>Vibrační stimulace</i>	13	29,54
<i>Vestibulární stimulace</i>	9	20,45
Celkem	44	100,00

Realizované prvky bazální stimulace



Graf 16: Realizované prvky bazální stimulace

Komentář k otázce č. 16 :

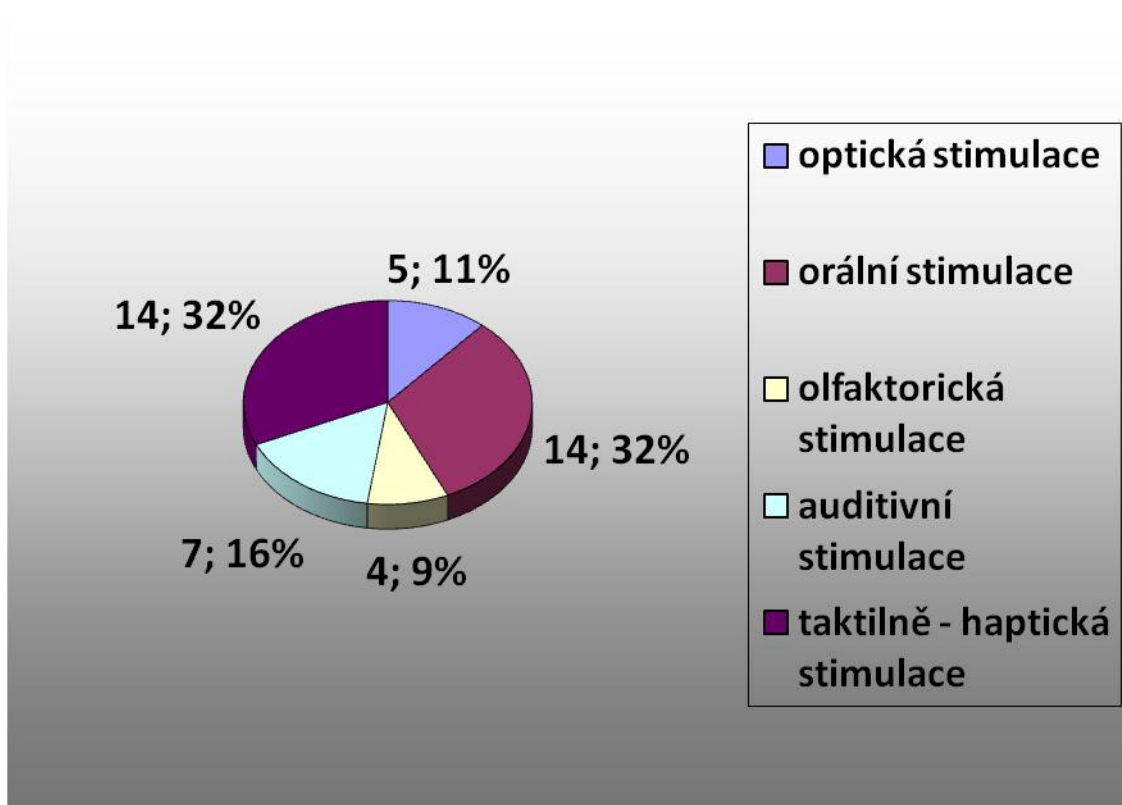
Z počtu 44 (100 %) respondentů zjišťuje, že nejčastějšími prvky základní bazální stimulace je somatická stimulace 22 (50,0 %) respondentů, vibrační stimulace 13 (29,5 %) respondentů, vestibulární stimulace 9 (20,5 %) respondentů

Dotazníková otázka č. 16: Jaké druhy bazální stimulace se ve Vašem zařízení používají?

Tabulka 16: Realizovaná prvky bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Optická stimulace</i>	5	11,36
<i>Orální stimulace</i>	14	31,81
<i>Olfaktorická stimulace</i>	4	9,09
<i>Auditivní stimulace</i>	7	15,9
<i>Taktilně – haptická stimulace</i>	14	31,81
Celkem	44	100,00

Realizované prvky bazální stimulace



Graf 16: Realizované prvky bazální

Komentář k otázce č. 16 :

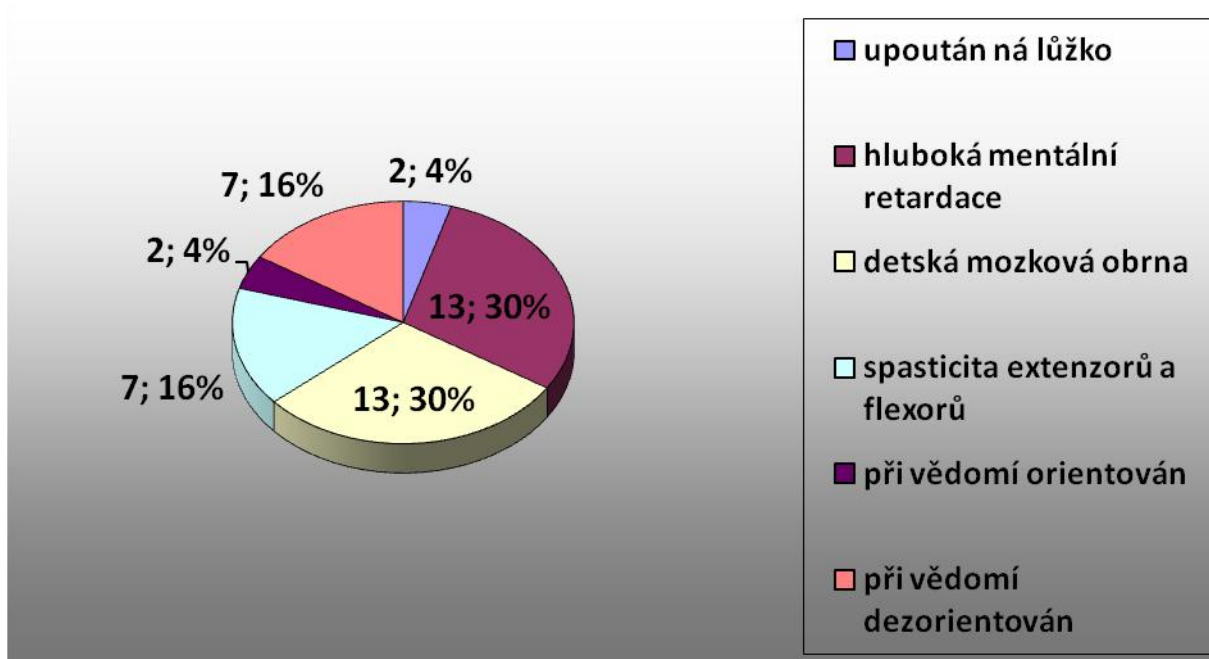
Z počtu 44 (100 %) respondentů zjišťuji, že nejčastějšími prvky nastavbové bazální stimulace jsou optická stimulace 5 (11,4 %) respondentů, orální stimulace 14 (31,8 %) respondentů, olfaktorická stimulace 4 (9,1%) respondentů, Auditivní stimulace 7 (15,9 %) respondentů, taktilně-haptická stimulace 14 (31,8 %) respondentů

Dotazníková otázka č. 17: Jaký je nejčastější stav klienta při provádění bazální stimulace?

Tabulka 17: Nejčastější stav klienta při provádění bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Dětská mozková obrna</i>	13	29,54
<i>Upoutaný na lůžko déle než 3 dny</i>	2	5,54
<i>Hluboká mentální retardace</i>	13	29,54
<i>Spasticita extenzorů a flexorů</i>	7	15,90
<i>Při vědomí orientován</i>	2	5,54
<i>Při vědomí dezorientován</i>	7	15,90
celkem	44	100,00

Nejčastější stav klienta při provádění bazální stimulace



Graf 17: Nejčastější stav klienta při provádění bazální stimulace

Komentář k otázce č. 17 :

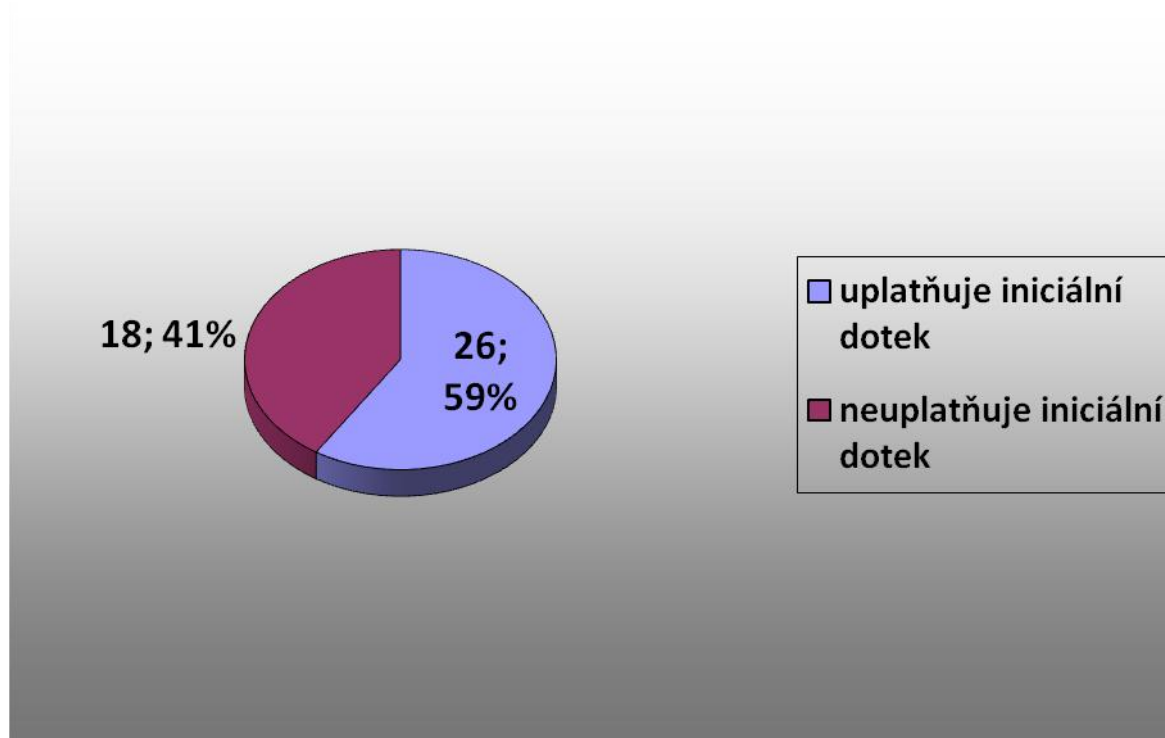
Z celkového počtu respondentů 44 (100 %) uvádí, že nejčastější stav klienta při provádění klienta je klient s dětskou mozkovou obrnou a kombinovanými vadami 13 (29,5 %) respondentů, klient upoutaný na lůžko déle než 3 dny 2 (5,5 %) respondenti, klient s hlubokou mentální retardací 13 (29,5 %) respondentů, klient s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů 7 (15,9 %) respondentů, klient při vědomí orientován 2 (5,5 %) respondenti, klient při vědomí dezorientován 7 (15,9 %) respondentů.

Dotazníková otázka č. 18: Uplatňujete při provádění bazální stimulace přivítání a rozloučení se s klientem (iniciální dotek)?

Tabulka 18: Přivítání a rozloučení s klientem, uplatňování iniciálního doteku při provádění bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, uplatňuje</i>	26	59,09
<i>Ne, neuplatňuje</i>	18	40,90
Celkem	44	100,00

Přivítání a rozloučení s klientem, uplatňování iniciálního doteku při provádění bazální stimulace



Graf 18: Přivítání a rozloučení s klientem, uplatňování iniciálního doteku při provádění bazální stimulace

Komentář k otázce č. 18 :

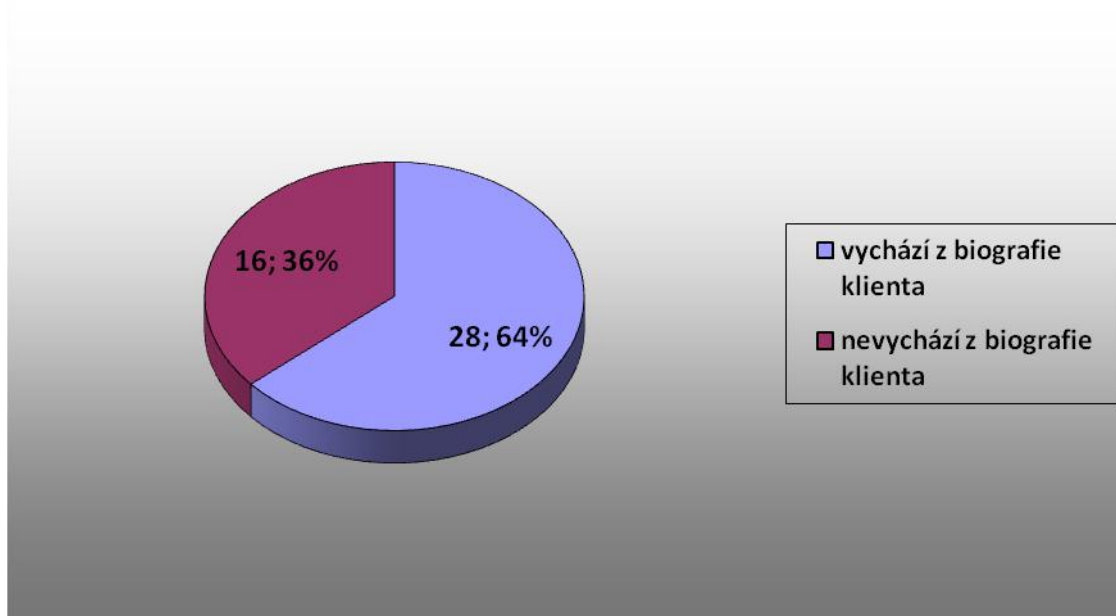
Z celkového počtu 44 (100%) respondentů 26 (59,0 %) uvádí, že při realizaci bazální stimulace u klientů provádí přivítání a rozloučení s klientem formou iniciálního doteku, 18 (40,9 %) respondentů iniciální dotek neuplatňuje.

Dotazníková otázka č. 19: Vycházíte při provádění bazální stimulace z biografie klienta?

Tabulka 19: Používání biografie klienta při provádění bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Vychází z biografie klienta</i>	28	63,63
<i>Nevychází z biografie klienta</i>	16	36,36
Celkem	44	100,00

Používání biografie klienta při provádění bazální stimulace



Graf 19: Používání biografie klienta při provádění bazální stimulace

Komentář k otázce č. 19 :

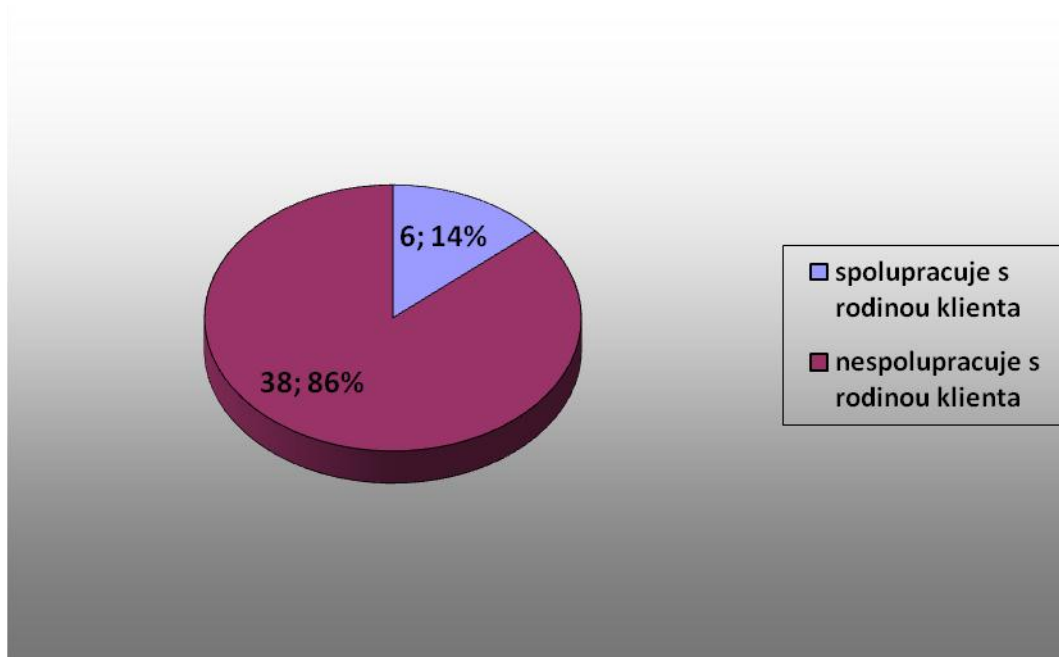
Při provádění konceptu bazální stimulace a z celkového počtu 44 (100 %) respondentů 28 (63,6 %) respondentů nevychází z biografie klienta, zatímco 16 (36,4 %) respondentů vychází z biografie klienta.

Dotazníková otázka č. 20: Spolupracujete při provádění bazální stimulace s rodinou klienta?

Tabulka 20: Spolupráce s rodinou klienta

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (, %)
<i>Spolupracuje s rodinou klienta</i>	6	13,63
<i>Nespolupracuje s rodinou klienta</i>	38	86,36
<i>celkem</i>	44	100,00

Spolupráce s rodinou klienta



Graf 20: Spolupráce s rodinou klienta

Komentář k otázce č. 20 :

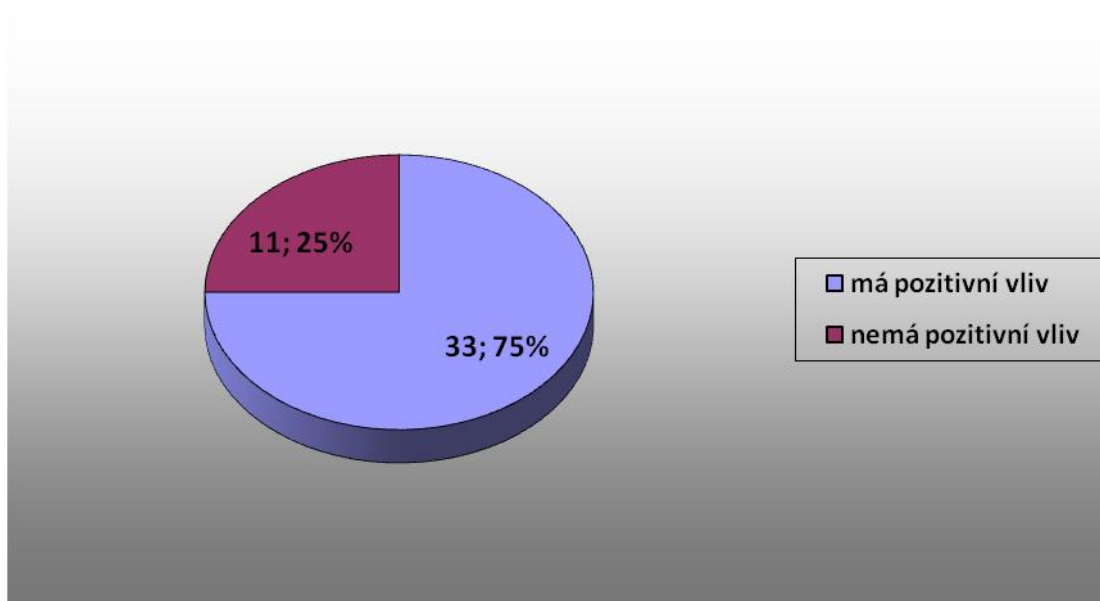
Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů 6 (13,6 %) respondentů uvádí, že spolupracuje s rodinou klienta při uplatňování konceptu bazální stimulace, 38 (86,3 %) respondentů naopak uvádí, že nespolečně s rodinou klienta.

Dotazníková otázka č. 21: Myslíte si, že má bazální stimulace pozitivní vliv na zdravotní stav klientů?

Tabulka 21: Pozitivní vliv bazální stimulace na zdravotní stav klientů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Má pozitivní vliv</i>	33	75,00
<i>Nemá pozitivní vliv</i>	11	25,00
<i>Celkem</i>	44	100,00

Pozitivní vliv bazální stimulace na zdravotní stav klientů



Graf 21: Pozitivní vliv bazální stimulace na zdravotní stav klientů

Komentář k otázce č. 21 :

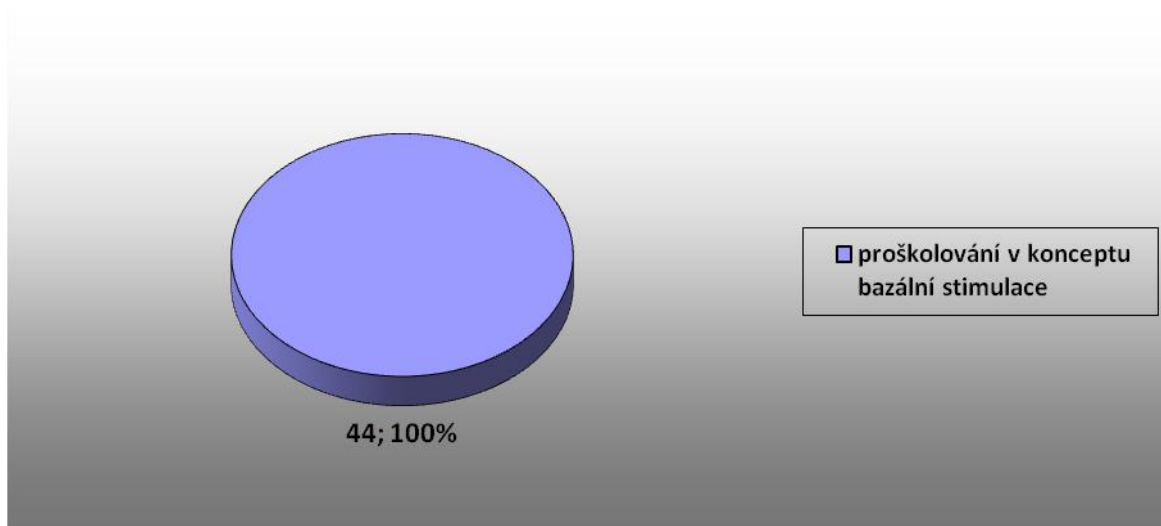
Z celkového počtu 44 (100%) respondentů 33 (75,0 %) respondentů uvádí, že bazální stimulace má pozitivní vliv na zdravotní stav klientů, zatímco 11 (25,0%) respondentů uvádí, že bazální stimulace pozitivní vliv na zdravotní stav klientů nemá.

Dotazníková otázka č. 22: Zajišťuje Vaše zařízení proškolení pracovníků v bazální stimulaci?

Tabulka 22: Proškolení pracovníků v konceptu bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, kontinuálně proškolení</i>	44	100,00
<i>celkem</i>	44	100,00

Proškolení pracovníků v konceptu bazální stimulace



Graf 22: Proškolení pracovníků v konceptu bazální stimulace

Komentář k otázce č. 22 :

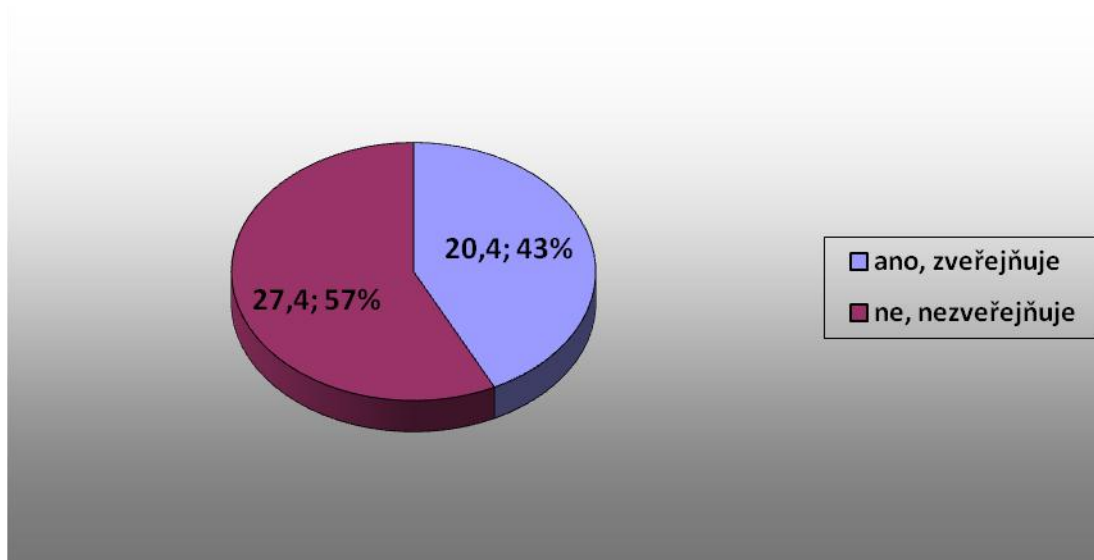
Z celkového počtu 44 (100%) respondentů všichni respondenti uvedli, že zařízení, v kterém pracují, zajišťuje kontinuální proškolení svých zaměstnanců.

Dotazníková otázka č. 23: Zveřejňuje Vaše zařízení informace o používání bazální stimulace?

Tabulka 23: Zveřejňování informací v ústavním zařízení o konceptu bazální stimulace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, zveřejňuje</i>	13	29,54
<i>Ne, nezveřejňuje</i>	31	70,45
Celkem	44	100,00

Zveřejňování informací v ústavním zařízení o konceptu bazální stimulace



Graf 23: Zveřejňování informací v ústavním zařízení o konceptu bazální stimulace

Komentář k otázce č. 23 :

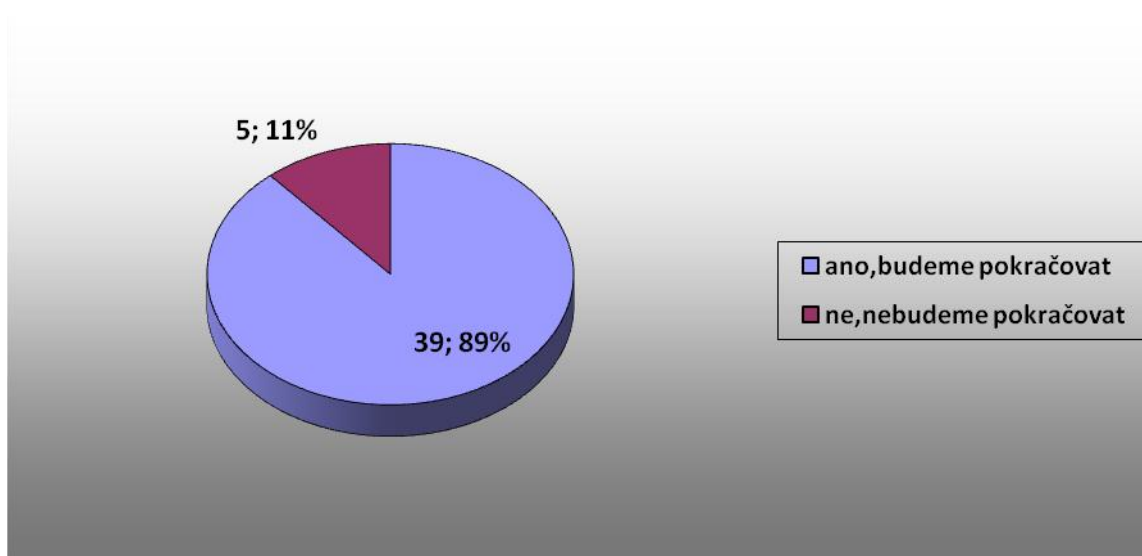
Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů 31 (70,4%) uvádí, že se v ústavním zařízení sociální péče zveřejňují informace o používání bazální stimulace, 13 (29,6%) respondentů uvádí opak.

Dotazníková otázka č. 24: Máte zájem i nadále pokračovat v používání bazální stimulace ve Vašem zařízení

Tabulka 24: Pokračování v bazální stimulaci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>Ano, budeme pokračovat</i>	39	88,63
<i>Ne, nebudeme pokračovat</i>	5	11,36
<i>celkem</i>	44	100,00

Pokračování v bazální stimulaci



Graf 24: Pokračování v bazální stimulaci

Komentář k otázce č. 24 :

Z celkového počtu respondentů 44 (100 %) chce 39 (88,6 %) respondentů i nadále pokračovat v používání bazální stimulace, 5 (11,3 %) respondentů zájem o pokračování nemá.

9 DISKUZE

V mé práci poukazuji na nedostatečné vedení dokumentace o provádění bazální stimulace v ústavech sociální péče, z tohoto důvodu jsem se snažil zpracovat a navrhnout vhodný typ dokumentace pro pracovníky v sociálních službách z úseku přímé obslužné péče.

Prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku a průzkumného šetření jsem zjistil skutečnosti související s používáním konceptu bazální stimulace v ústavech sociální péče, těžiště průzkumu směřovalo k dokumentování prováděných prvků bazální stimulace, vedení a vyhodnocování dokumentace, k míře její vypovídající hodnoty, jednotnosti této dokumentace a samozřejmě validity – použitelnosti pro další praxi v ošetrovatelském procesu v zmíněných ústavech sociální péče Zlínského kraje.

Na téma koncept bazální stimulace již byly napsány bakalářské práce, ale nenašel jsem žádnou z nich ani žádnou literaturu či jiné zdroje, které by se zabývaly problematikou vedení dokumentace jako součásti ošetrovatelského procesu při provádění a uplatňování jednotlivých prvků konceptu.

Tato fakta mne ujistila o neuspokojivé současné situaci v oblasti vedení dokumentace o provádění konceptu bazální stimulace v ústavní péči sociálních služeb Zlínského kraje.

Na základě těchto stimulů a skutečností potvrzených osobní praxí jsem se rozhodl k danému problému stanovit si cíle, které jsem rozpracoval v jednotlivých průzkumných otázkách ve své bakalářské práci.

Objektem průzkumného sledování byli profesní pracovníci v přímé obslužné péči ústavních sociálních zařízení, kteří se prakticky na provádění konceptu účastní.

Ke zjištění odpovědi sloužil průzkumný dotazník, který byl situován a vycházel ze stanovených cílů práce, na ně jsem hledal odpovědi. Návratnost dotazníku činila 73,3 %, výsledky a analýzy popisují v následujícím textu.

V dotazníkovém průzkumném šetření jsem se zaměřil na existenci a vedení dokumentace o provádění bazální stimulace u klientů. Z celkového počtu respondentů 44 (100 %) ženy činily 95 %, což je 42 respondentek, a 5 % byli muži, což jsou 2 respondenti. Všichni odpověděli, že v ústavech sociální péče, kde šetření proběhlo, je koncept bazální stimulace realizován ošetrojícím personálem.

Většina z nich (43,18 %) realizuje a uplatňuje koncept déle než pět let. Tento výsledek byl očekáván a s jeho reflexí můžu vyjádřit spokojenost.

Což zajisté nemůžu tvrdit pro oblast vedení dokumentace.

V oblasti vedení dokumentace jsou odpovědi málo uspokojivé, plyne z nich následující:

- dokumentace je vedena nedostatečně
- nejednotně
- s malou vypovídající hodnotou pro další kontinuální použití v praxi

Dokonce se dokumentace o provádění BS v 94 % případů nevede vůbec, zbývajících 16 % poznamenává, že je záznam o provedené BS dokumentován v sociální dokumentaci klienta.

Z toho plyne, že dokumentace o provádění bazální stimulace v ústavech sociální péče není vedena v dostatečně odpovídající míře. Je vedena nepřehledně, málo pečlivě, nesprávně a nekonkrétně.

To může vést k dalším možným pochybením při provádění následné bazální stimulace. Je třeba vést záznam o konkrétním prováděném prvku BS s přesným časovým údajem. Tyto nedostatky snižují profesionalitu celkového přístupu ke klientovy.

K dalšímu zjištění, zda poskytovatelé bazální stimulace v ústavech sociálních služeb považují za přínosné vést a sjednotit dokumentaci o provádění bazální stimulace, která bude přehledná a srozumitelná, lze z dotazníkových otázek č. 11 a 12 jednoznačně vydedukovat, že v ústavech sociální péče je vhodné a přínosné zavést přehlednou, srozumitelnou a validní dokumentaci o provádění BS. Tvrdí tak 72,3 % respondentů pro oblast sjednocení a 95,5 % pro oblast vedení dokumentace. Poskytovatelé konceptu BS v těchto ústavech chtějí sjednotit a vést srozumitelnou dokumentaci.

Potvrdila se má domněnka o této nezbytnosti. Pro účelnost záznamu v dokumentaci je vzájemná fungující spolupráce personálu podílejícího se na uplatňování konceptu bazální stimulace esenciálním předpokladem.

Na provádění bazální stimulace se podílí různé profese, k zjištění odpovědi sloužila v dotazníku otázka č. 8. Z odpovědi vyplynulo, že na provádění BS se uplatňují tyto profese: osobní asistent, rehabilitační pracovník, vychovatel, sociální pracovník, pracovník sociálních služeb v přímé obslužné péči, všeobecná sestra, rodinný příslušník. Spolupráce mezi personálem existuje.

Forma záznamu je ovšem nejednotná, k zjištění odpovědi sloužila v dotazníku otázka č. 13. Z odpovědi vyplynulo, že 61,4 % respondentů si předává záznam o provedené bazální stimulaci formou denního hlášení, 22,7 % tak činí pouze ústní formou u předání služby a 15,9 % zaznamenává bazální stimulaci u klienta elektronickou formou v softwaru Cygnus. Je to velmi nejednotné a neuspokojivé zaznamenávání, informace jsou předávány především formou denního hlášení, na kterém nelze validně do budoucna stavět.

V oblasti vedení stávající dokumentace záznam o provedené bazální stimulaci není součástí ošetrovatelské dokumentace, uvádí to 84,1 % respondentů, ale dokumentaci sociální konstatuje 15,9 % respondentů. Tomuto zjištění jasně odpovídá dotazníková otázka č. 10.

Pokud je veden záznam o provedené bazální stimulaci, děje se tak formou elektronického záznamu v softwarové aplikaci Cygnus, v části sociální dokumentace klienta, kde je formulace zcela obecného charakteru, s absencí popisu konkrétních prvků bazální stimulace. Tento druh záznamu splňuje spíše účel administrativně statistický s malou hodnotou pro praktické uplatnění v ošetrovatelském procesu.

Samostatná jednotná dokumentace či šablona týkající se předmětné dokumentace v ústavech sociální péče neexistuje. Domnívám se, že je nezbytné zavést dokumentaci a zařadit ji k dokumentaci ošetrovatelské, kde bude plnit jasně a zřetelně svůj účel.

Pokud je dokumentace vedená její současnou podobu i míru validity vyhodnocují pracovníci, zaměstnanci téhož ústavu v různých časových intervalech. Zjištění potvrzují otázky č. 14, 15 v dotazníkovém šetření. Kontroly jsou charakteru interního, realizované z řad zaměstnanců ve funkcích všeobecných, vrchních sester, na kontrolách se taktéž podílí sociální pracovník a pracovník přímé sociální péče.

Taková forma auditu je málo efektivní, domnívám se, že i neobjektivní.

Příjemným zjištěním je skutečnost, že v ústavech, kde již probíhá uplatňování konceptu bazální stimulace, jsou zainteresovaní pracovníci proškolení, a to ve 100 %, což potvrzuje dotazníková otázka č. 22. Také mají pracovníci odhodlání i nadále v konceptu pokračovat, což uvádí 88,7 % respondentů, objasňuje to dotazníková otázka č. 24. Pracovníci provádějící bazální stimulaci se dále v 75 % shodli, že tento koncept má pozitivní vliv na zdraví klienta. Zjišťuje to dotazníková otázka č. 21.

V ústavech sociální péče a především v DZP zařízeních jsou sociální a rodinné vazby klientů markantně přerušeny, proto i případná spolupráce s rodinou klienta je nedostačující, spíše žádná. Dotazníková otázka č. 20 to potvrzuje. Spolupráce s rodinou klienta v oblasti bazální stimulace v 86,4 % neprobíhá.

Z výše uvedeného jsem dospěl k resumé, že pro další profesionálnější a přehlednější i flexibilnější fungování konceptu bazální stimulace je opravdu nezbytné zavést, případně sjednotit dokumentaci o provádění bazální stimulace jako součást dokumentace ošetřovatelského celku. Bylo by to přínosem pro poskytovatele konceptu i pro klienty samotné, kterých se to týká nejvíce.

Návrh dokumentace pro praktické použití:

„Aby byla ošetřovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetřovatelskou, ale celkovou zdravotní péči“ (Staňková, 1999, s. 27).

Z výše uvedených důvodů jsem se rozhodl vytvořit a navrhnout možný typ použitelné dokumentace pro klinickou praxi, která napomůže zkvalitnění zdravotnické péče.

Vzhledem k neustálému vývoji zdravotnické dokumentace a na základě letitých pracovních zkušeností jsem se rozhodl vytvořit dokumentaci – záznamový arch o provádění konceptu bazální stimulace (add. Příloha PIII).

- dokumentace o provádění bazální stimulace by měla být součástí zdravotní – ošetřovatelské dokumentace.
- obsahovala by nezbytný zdroj informací o autobiografii klienta, jeho potřebách, chronologický přehled o uplatňovaných prvcích BS, které byly u klienta zvoleny, jejich výsledcích, efektivitě či neefektivitě provedené BS, včetně cílů, které realizaci BS sledujeme.
- bylo by lehké se v ní orientovat a snadné s ní pracovat.

Tak by se stala validním a hlavním zdrojem řady potřebných informací, které by si ošetřující personál jednoduše a srozumitelně předával.

Její používání by bylo vhodné pro všechny ošetřující personál, který se podílí na péči klienta, eventuálně pro kontrolní orgán v případě potřeby.

Stala by se rychlým a účelným pomocníkem při řešení a vyhodnocování uplatňovaného konceptu bazální stimulace u klienta. V podmínkách sociálních služeb se nejvíce používá papírová forma dokumentace, tudíž i dokumentace o realizované BS by měla tuto papírovou formu.

Návrh dokumentace o provádění bazální stimulace vhodného pro praktické použití uvádím v příloze P III.

10 ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem realizoval na vybrané téma Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče ošetřujícím personálem s praktickým výstupem provést analýzu výsledků šetření, navrhnout a integrovat jednotnou formu dokumentace při uplatňování konceptu bazální stimulace v praxi, v ústavních podmínkách sociálních služeb. Práce je rozdělená na část praktickou a část teoretickou. V teoretické části se zabývám konceptem bazální stimulace, jeho vznikem, současnou situací a možnostmi jeho uplatňování, které nabízí. Praktická část odpovídá na stanovené cíle, formou realizovaného průzkumného šetření jsem získal potřebné informace, které byly vyhodnoceny a promítnuty do grafu a tabulek s jasnou vypovídající hodnotou.

Troufám si konstatovat, že stanovených cílů se mně podařilo docílit.

Ve všech vybraných ústavech sociální péče Zlínského kraje, kde šetření proběhlo, je koncept bazální stimulace realizován ošetřujícím personálem.

Jako důležitý fakt se jeví skutečnost, že v oblasti vedení dokumentace celkový údaj poukazuje na nedostatečné vedení dokumentace, v případech, kdy se záznam dokumentuje, je jeho forma málo vypovídající s velmi malým impaktem pro použití v další praxi.

Zavedením jednotné, přehledné, jednoduché a funkční dokumentace celé fungování konceptu zefektivníme, čímž přispějeme k profesionalizaci ošetrovatelského procesu.

Proměníme náročnou práci ošetřujícího personálu v zajímavější a tvořivější, a co je podstatné, zlepšíme kvalitu života stávajícím klientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFIE:

1. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s. r. o
2. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4
3. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. Díl*. Frýdek-Místek. ISBN 80-239-6132-2
4. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s. r. o
5. STAŇKOVÁ, Marie, 1999. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno. ISBN 80-7013-282-5
6. MATOUŠEK, Oldřich, 1999. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, ISBN 80-85850-76-1

INTERNETOVÉ ZDROJE :

7. Úřad pro ochranu osobních údajů CR. *Ústavy sociální péče ve vztahu k oznamovací povinnosti* [online]. C2012 [ct. 2012-04-24].
Dostupný z WWW: <http://uouu.cz/uouu.aspx?menu=29&submenu=33&loc=35>
8. Ministerstvo práce a sociálních věcí CR. *Sociální služby* [online]. C2012 [ct. 2012-04-28].
Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
9. PROTIVINSKÁ, Zdeňka. *Determinanty kvality života klientů ústavu sociální péče* [online]. Olomouc, 2006. S. 34, 35 Diplomová práce. Masarykova Univerzita Olomouc, Pedagogická fakulta.
Dostupné z WWW: http://is.muni.cz/th/55796/pedf_m/Diplomova_prace_-_vyzkum.pdf
10. *Zlínský kraj* [online]. C2012 [ct. 2012-04-28].
Dostupný z WWW: <http://www.kr-zlinsky.cz/>
11. *INSTITUT Bazální stimulace® Formy školení* [online]. C2012 [ct. 2012-05-05].
Dostupný z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/skoleni.php>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DZP Domov pro osoby se zdravotním postižením

DS Domov pro seniory

PRM Poradna pro rodinu manželství a vztahy

BS bazální stimulace

ÚSP Ústav sociální péče

Tab. tabulka

DMO dětská mozková obrna

Prof. profesor

MSD masáž stimulující dýchání

např. například

add. též

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Pohlaví	40
Tab. č. 2 Věková kategorie.....	41
Tab. č. 3 Vzdělání respondentů.....	42
Tab. č. 3 Vzdělání respondentů.....	43
Tab. č. 4 Pracovní pozice.....	44
Tab. č. 5 Doba používání konceptu bazální stimulace.....	45
Tab. č. 6 Typ vzdělání.....	46
Tab. č. 6 Typ vzdělání.....	47
Tab. č. 7 Odbornost provádějící koncept bazální stimulace.....	48
Tab. č. 7 Odbornost provádějící koncept bazální stimulace.....	49
Tab. č. 8 Podmínky pro provádění konceptu bazální stimulace.....	50
Tab. č. 9 Rozšíření kompetencí.....	51
Tab. č. 10 Dokumentace o provádění bazální stimulace.....	52
Tab. č. 11 Názor na zavedení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	53
Tab. č. 11 Názor na zavedení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	54
Tab. č. 12 Sjednocení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	55
Tab. č. 13 Forma záznamu o provádění bazální stimulace.....	56
Tab. č. 14 Vyhodnocování dokumentace o provádění bazální stimulace.....	57
Tab. č. 14 Vyhodnocování dokumentace o provádění bazální stimulace.....	58
Tab. č. 15 Vyhodnocování bazální stimulace u klienta.....	59
Tab. č. 15 Vyhodnocování bazální stimulace u klienta.....	60
Tab. č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	61
Tab. č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	62
Tab. č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	63

Tab. č. 17 Psychosomaticky stav klienta při provádění bazální stimulace.....	64
Tab. č. 17 Psychosomaticky stav klienta při provádění bazální stimulace.....	65
Tab. č. 18 Iniciální dotek.....	66
Tab. č. 19 Biografie klienta.....	67
Tab. č. 20 Spolupráce s rodinou klienta.....	68
Tab. č. 21 Vliv bazální stimulace na stav klienta.....	69
Tab. č. 22 Proškolení pracovníku v konceptu bazální stimulace.....	70
Tab. č. 23 Zveřejňování informací.....	71
Tab. č. 24 Pokračování v bazální stimulaci.....	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	40
Graf č. 2 Věková kategorie.....	41
Graf č. 3 Vzdělání respondentů.....	42
Graf č. 3 Vzdělání respondentů.....	43
Graf č. 4 Pracovní pozice.....	44
Graf č. 5 Doba používání konceptu bazální stimulace.....	45
Graf č. 6 Typ vzdělání.....	46
Graf č. 6 Typ vzdělání.....	47
Graf č. 7 Odbornost provádějící koncept bazální stimulace.....	48
Graf č. 7 Odbornost provádějící koncept bazální stimulace.....	49
Graf č. 8 Podmínky pro provádění konceptu bazální stimulace.....	50
Graf č. 9 Rozšíření kompetencí.....	51
Graf č. 10 Dokumentace o provádění bazální stimulace.....	52
Graf č. 11 Názor na zavedení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	53
Graf č. 11 Názor na zavedení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	54
Graf č. 12 Sjednocení dokumentace o provádění bazální stimulace.....	55
Graf č. 13 Forma záznamu o provádění bazální stimulace.....	56
Graf č. 14 Vyhodnocování dokumentace o provádění bazální stimulace.....	57
Graf č. 14 Vyhodnocování dokumentace o provádění bazální stimulace.....	58
Graf č. 15 Vyhodnocování bazální stimulace u klienta.....	59
Graf č. 15 Vyhodnocování bazální stimulace u klienta.....	60
Graf č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	61
Graf č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	62
Graf č. 16 Realizované prvky bazální stimulace.....	63

Graf č. 17 Psychosomaticky stav klienta při provádění bazální stimulace.....	64
Graf č. 17 Psychosomaticky stav klienta při provádění bazální stimulace.....	65
Graf č. 18 Iniciální dotek.....	66
Graf č. 19 Biografie klienta.....	67
Graf č. 20 Spolupráce s rodinou klienta.....	68
Graf č. 21 Vliv bazální stimulace na stav klienta.....	69
Graf č. 22 Proškolení pracovníku v konceptu bazální stimulace.....	70
Graf č. 23 Zveřejňování informací.....	71
Graf č. 24 Pokračování v bazální stimulaci.....	72

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK	85
PŘÍLOHA P II: CERTIFIKÁT	92
PŘÍLOHA P III: ZÁZNAMOVÝ ARCH	93, 94

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Peter Pulik a jsem studentem 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra.

Dotazník, který se Vám dostal do rukou, mi pomůže při zpracování bakalářské práce na téma **Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče**. Tento dotazník je zcela *anonymní* a bude sloužit *pouze k průzkumným účelům*.

V dotazníku zaškrtněte *pouze jednu* odpověď, pokud *nebude uvedeno jinak*.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské bez maturity
- b) Středoškolské s maturitou
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské Bc.
- e) Vysokoškolské Mgr.
- f) Jiné

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení? (prosím napište)

.....

5. Jak dlouho se bazální stimulace ve Vašem zařízení používá?

- a) Méně než 1 rok
- b) 2 – 4 roky
- c) 5 let a více

6. Máte nějaké vzdělání v oblasti bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne

pokud ano, uveďte prosím jaké: (můžete uvést více možností)

- a) Základní kurz bazální stimulace
- b) Vzdělávací program bazální stimulace
- c) Nástavbový inovační kurz bazální stimulace
- d) Prohlubující inovační kurz bazální stimulace

7. Kdo se podílí ve Vašem pracovišti na provádění bazální stimulace? (můžete uvést více možností)

- a) Odborný asistenti
- b) Osobní asistenti
- c) Ošetřovatelky
- d) Vychovatelé / vychovatelky
- e) Sociální pracovníci
- f) Pracovníci sociálních služeb
- g) Rehabilitační pracovníci
- h) Ergoterapeuti
- i) Fyzioterapeuti
- j) Dětské sestry
- k) Všeobecné sestry
- l) Pracovníci řeholních a charitativních služeb
- m) Rodinní příslušníci
- n) Další

8. Jsou ve Vašem zařízení vytvořeny vhodné podmínky pro provádění bazální stimulace?

a) Ano

b) Ne

pokud ne, z jakého důvodu?

9. Znamená pro Vás koncept bazální stimulace rozšíření Vašich kompetencí v rámci ošetrovatelského procesu?

e) Ano

f) Ne

10. Je součástí dokumentace klientů i dokumentace o provádění bazální stimulace?

g) Ano

h) Ne

pokud ano, ke kterému celku náleží:

a) Ošetrovatelská dokumentace

b) Sociální dokumentace

c) Jiná dokumentace, napište prosím jaká:

Pokud ne, z jakého důvodu nevedete dokumentaci o provádění bazální stimulace u klientů? (prosím napište)

.....
.....

11. Pokládáte za přínosné zavést a používat dokumentaci o provádění bazální stimulace u klientů?

a) Ano

b) Ne

12. Myslíte si, že by bylo přínosné sjednocení a vytvoření dokumentace o provádění

bazální stimulace u klientů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Nepokládám to za potřebné

13. Jakou formou zaznamenáváte provádění bazální stimulace u klientů?

- a) Formou denního hlášení u předání služby
- b) Ústní neformální formou
- c) Elektronickým záznamem v softwaru o provádění sociální a zdravotní péče u klientů (CYGNUS)
- d) Vlastní vytvořenou dokumentací
- e) Jiné

14. Vyhodnocujete v dokumentaci provádění bazální stimulace u klientů?

- a) Ano
- b) Ne

pokud ano, jak často vyhodnocujete provádění bazální stimulaci u klientů?

- a) 1 x za 3 měsíce
- b) 1 x za 6 měsíců
- c) 1 x za 9 měsíců
- d) 1 x za 12 měsíců
- e) Jiný interval, uveďte prosím jaký
- f) Nevyhodnocuje se

15. Kdo provádí vyhodnocení bazální stimulace u klientů?

- a) Hlavní sestra
- b) Vrchní sestra
- c) Všeobecná sestra
- d) Fyzioterapeut
- e) Rehabilitační pracovník

- f) Sociální pracovník
- g) Ošetřovatelka
- h) Pracovník sociální péče
- i) Jiná profese

16. Jaké druhy bazální stimulace se ve Vašem zařízení používají? *(uveďte prosím všechny, které se používají)*

- i) Somatická stimulace
- j) Optická stimulace
- k) Orální stimulace
- l) Vibrační stimulace
- m) Vestibulární stimulace
- n) Olfaktorická stimulace
- o) Auditivní stimulace
- p) Taktilně – haptická stimulace

17. Jaký je nejčastější stav klienta při provádění bazální stimulace? *(můžete uvést více možností)*

- a) Klient upoutaný na lůžko déle než 3 dny
- b) Klient s omezenou možností pohybu
- c) Klient s hlubokou mentální retardací
- d) Klient s dětskou mozkovou obrnou a kombinovanými vadami
- e) Klient s rozvíjející se spastickou extenzorů a flexorů
- f) Klient při vědomí orientován
- g) Klient při vědomí dezorientován
- h) Jiný.....

18. Uplatňujete při provádění bazální stimulace přivítání a rozloučení se s klientem (iniciální dotek)?

- a. Ano
- b. Ne

19. Vycházíte při provádění bazální stimulace z biografie klienta?

- a) Ano
- b) Ne

20. Spolupracujete při provádění bazální stimulace s rodinou klienta?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jak spolupráce probíhá: (prosím napište)

.....
.....

21. Myslíte si, že má bazální stimulace pozitivní vliv na zdravotní stav klientů?

- a) Ano (*uved'te prosím na co*)
- b) Ne

22. Zajišťuje Vaše zařízení proškolení pracovníků v bazální stimulaci?

- a) Ano
- b) Ne

23. Zveřejňuje Vaše zařízení informace o používání bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, napište prosím kde a jakým způsobem informace zveřejňujete: (např. na seminářích, prezentace na konferencích, články v odborných časopisech atd.)

.....
.....

24. Máte zájem i nadále pokračovat v používání bazální stimulace ve Vašem zařízení?

a) Ano

b) Ne

Pokud ne, napište prosím důvody:

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

chcete se vyjádřit ke konceptu bazální stimulace? (lze uvést názory, připomínky atd.)

.....
.....

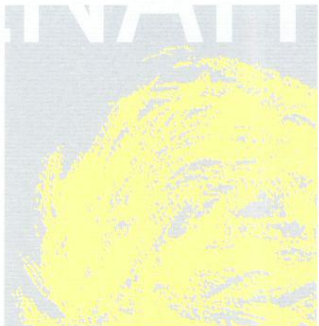
V případě jakéhokoliv dotazu mne můžete kontaktovat na e- mailu: skolautb@yahoo.com

Velmi děkuji za spolupráci

Peter Pulik

PŘÍLOHA P II: CERTIFIKÁT

BESTÄTIGUNG DER
ANNAHME



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Nástavbový inovační kurz Bazální stimulace®


Peter PULIK ; 10.12.1969

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení, GEB. AM / dat. nar.

IN DER ZEIT VON / V době od **13.1.2010** BIS / do **14.1.2010**

16 UNTERRICHTSTUNDEN / **16** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **25.2.2010**



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

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR souhlasí s přiznáním 6 kreditních bodů
dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.,
registrační číslo akce: JO 0501/10

Cíl stimulace

Datum realizace BS																										
Doba trvání BS v minutách																										
Rozvoj pohy- bu	Motoriky																									
	Inhibice spasticky																									
	Pohybových vzorů																									
Rozvoj vní- mání	Vibrační																									
	Somatické																									
	Vestibulární																									
Rozvoj kognice	Paměti																									
	Myšlení																									
	Pozornosti																									
	Řeči																									

ÚSP ústav sociální péče

BS bazální stimulace