

Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí

Nikol Šarmanová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikol Šarmanová**

Osobní číslo: **H16110**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Využití konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti demence, geriatrického pacienta a konceptu Bazální stimulace.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu metodou kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing, 2017. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

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

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.5.2019

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje využití konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí na oddělení následné péče. Teoretická část je zaměřena na problematiku geriatrických pacientů, na přehledný popis demencí a shrnutí základních informací o konceptu Bazální stimulace a jeho možném využití u této specifické skupiny hospitalizovaných pacientů. V praktické části jsou analyzovány kazuistiky, které popisují využití konkrétních aplikovaných prvků konceptu Bazální stimulace a jeho vliv na geriatrické pacienty s demencí v průběhu hospitalizace na oddělení následné péče. Praktickým výstupem práce je vytvoření strukturovaných formulářů pro sběr biografické anamnézy, plánu péče a realizace konceptu Bazální stimulace.

Klíčová slova: bazální stimulace, geriatrický pacient, demence, biografická anamnéza, oddělení následné péče

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the use of the Basal stimulation concept in geriatric patients with dementia on follow-up care department. The theoretical part is focused on geriatric patients, for a clear description of dementia and a summary of basic information about the concept of basal stimulation and its possible use for this specific group of hospitalized patients. In the practical part they are analyzed case studies that describe the use of specific elements applied the concept of basal stimulation and its impact on geriatric patients with dementia during hospitalization on department of aftercare. The practical outcome of this work is to create a structured sheets for collecting biographic anamnesis, care plan and implementation of techniques concept of basal stimulation.

Keywords: basal stimulation, geriatric patient, dementia, biographical anamnesis, department of aftercare

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Silvii Treterové za vedení mé práce, připomínky, cenné rady a trpělivost při konzultacích. Také bych chtěla poděkovat svým kolegyním na oddělení následné péče, které mi byly ochotně nápomocné při tvorbě praktické části.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 GERIATRICKÝ PACIENT.....	11
1.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE	11
1.2 GERIATRICKÝ PACIENT.....	11
1.2.1 Specifika péče o geriatrického pacienta	13
1.2.2 Geriatrická oddělení	14
2 DEMENCE.....	16
2.1 PŘÍČINY DEMENCE, STADIA A JEJÍ KLASIFIKACE	16
2.2 NEJČASTĚJŠÍ TYPY DEMENCE U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	17
2.3 KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA DEMENCÍ.....	19
2.4 LÉČBA	20
3 POTŘEBY GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ.....	21
3.1 POTŘEBY PACIENTŮ S DEMENCÍ.....	21
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ.....	25
4.1 POSKYTOVÁNÍ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE.....	25
4.2 ZACHOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI.....	26
4.3 ŘEŠENÍ PROBLEMATICKÉHO CHOVÁNÍ.....	27
4.4 PODPORA ORIENTACE U LIDÍ S DEMENCÍ.....	28
4.5 KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEMENCÍ	29
5 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ	30
5.1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	30
5.2 MOŽNOSTI BAZÁLNĚ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O GERIATRICKÉ PACIENTY S DEMENCÍ.....	31
5.2.1 Somatická stimulace.....	31
5.2.2 Vibrační stimulace	34
5.2.3 Vestibulární stimulace.....	34
5.2.4 Smyslová stimulace.....	35
5.3 PŘÍNOS KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
6 METODIKA PRÁCE.....	39

6.1	CÍL PRÁCE	39
6.2	METODA VÝZKUMU.....	39
6.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	39
6.4	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
7	KAZUISTIKY	41
7.1	KAZUISTIKA 1	41
7.2	KAZUISTIKA 2.....	45
7.3	KAZUISTKA 3	49
7.4	KAZUISTIKA 4.....	54
7.5	SHRNUTÍ KAZUISTIK	58
8	DISKUZE	62
9	PRAKTICKÝ VÝSTUP.....	67
9.1	PRŮBĚH PROCESU TVORBY FORMULÁŘE OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE	68
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79
	PŘÍLOHA P I.....	80
	PŘÍLOHA P II	81
	PŘÍLOHA P III.....	82
	PŘÍLOHA P IV	83
	PŘÍLOHA P V	84
	PŘÍLOHA P VI.....	85
	PŘÍLOHA P VII	86
	PŘÍLOHA P VIII.....	87

ÚVOD

S bazální stimulací jsem se poprvé setkala při studiu na vysoké škole. Koncept byl původně zaměřen na děti narozené s těžkými vrozenými vadami a postupem času se začal využívat v ošetrovatelské péči různých medicínských oborů, v intenzivní, neurologické, geriatrické či paliativní péči.

Předpokladem pro aplikaci konceptu je získání biografické anamnézy od rodinných příslušníků a nejbližších známých. Pokud se získané informace vhodně využijí, ošetrovatelský personál je schopen pacientům lépe porozumět a nabídnout jim adekvátní péči, podpořit jejich návyky, zvyky a prožitky s ohledem na jejich aktuální tělesný a duševní stav. Péče je chápána jako nabídka nejrůznějších stimulů, o jejichž přijetí rozhoduje sám pacient.

Přístup tohoto konceptu k pacientům mě zaujal, rozhodla jsem se zúčastnit základního kurzu a následně během dalšího roku jsem absolvovala také kurz nástavbový. Poznatky jsem postupně začala využívat ve své práci na oddělení následné péče, kde několik let pracuji. Na tomto oddělení pečujeme často o geriatrické pacienty s demencí různé etiologie. Proto jsem se rozhodla ve své práci zaměřit na využití jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace u této skupiny.

Pokud jsou jednotlivé aktivity vhodně zvoleny a zařazeny do ošetrovatelské péče mohou výrazně zkvalitnit péči o tyto nemocné. Aplikace jednotlivých prvků a technik pomáhá zlepšovat jejich orientaci, ovlivňuje chování, aktivizuje je k činnosti, podporuje jejich důstojnost, zlepšuje kvalitu jejich života. K pacientům přistupuje individuálně, respektuje jejich autonomii a pomáhá pečujícím s nimi navázat užší vztah. Jedná se o proces, který ošetřujícím rozšiřuje jejich kompetence a vede je ke kreativě.

Ve své bakalářské práci bych chtěla poukázat na možnost využití konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí, a tím motivovat ošetřující personál, všeobecné sestry i rodinné příslušníky, kteří se starají o podobně nemocné osoby k aplikaci jednotlivých technik a prvků, protože tento koncept může být velmi přínosný jak pro nemocné, tak pro pečující.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERIATRICKÝ PACIENT

1.1 Gerontologie a geriatric

Gerontologie je nauka zabývající se problematikou stáří, stárnutí a života ve stáří. Termín je odvozen z řeckého *geron* – stařec a *logos* – nauka. Tento interdisciplinární obor se člení do tří směrů. Prvním z nich je gerontologie experimentální neboli biologická, která zkoumá, proč a jak živé organismy stárnou, druhým směrem je gerontologie sociální, která zkoumá život ve stáří, vztahy mezi starými lidmi a mezi generacemi, využívá poznatky z demografie, sociologie, politologie, ekonomie. Třetím směrem je gerontologie klinická, nazývaná také geriatric, která se zabývá funkčním a zdravotním stavem starých lidí (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 16–17). Obor jako takový se zaměřuje na specifika péče, potřeb, ale i na možnosti zkvalitnění života seniorů (Kalvach a kol., 2004, s. 48). Specifickou problematiku gerontologie představuje dlouhověkost (více než 90 let) a problémy na ni navázané. (Kalvach a kol., 2011, s. 258).

Pojem geriatric použil poprvé v roce 1909 americký lékař rakouského původu Ignatz Leo Nascher. Stárnutí interpretoval nikoliv jako patologický jev, ale jako přirozenou etapu života. Pozoroval antipatie společnosti vůči seniorům a usiloval o to, aby se péče o ně stala samostatným medicínským oborem. Termín je odvozen z řeckého *geron* (stařec) a *iatreia* (léčit). Vychází z vnitřního lékařství a zasahuje do dalších specializovaných oborů, především do gerontopsychiatrie, neurologie a rehabilitace (Kalvach a kol., 2011, s. 254). Jejím úkolem je udržování zdraví ve stáří. Zabývá se zdravotními a medicínskými problémy seniorů, včetně geriatrické křehkosti, atypickou symptomatologií chorob ve stáří, jejich diagnostikou a specifickými léčebnými postupy (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 65). Využívá znalostí specifík průběhu nemoci ve stáří a vyhodnocuje rizika v oblasti soběstačnosti a fyzické i psychické zdatnosti, jejíž pokles významně ovlivňuje prognózu funkčního zdraví seniora (Holmerová a kol., 2014a, s. 18). Součástí geriatric je dlouhodobá péče, která poskytuje komplexní zdravotně sociální podporu nemocným se závažným postižením a ztracenou soběstačností (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 65).

1.2 Geriatrický pacient

„Geriatrický pacient je definován jako jedinec s mnohočetnými zdravotními problémy, s dominujícími geriatrickými syndromy, (kterými jsou např. poruchy chůze a pády, malnutrice,

inkontinence moče a stolice, kognitivní, afektivní a senzorické poruchy) ohroženého komplikacemi a komorbiditami, ztrátou soběstačnosti a se současnou potřebou rehabilitační, ošetrovatelské, eventuálně sociální péče.“ (Holmerová a kol., 2014c, s. 18)

Za geriatrického pacienta lze považovat seniora ve věku nad 65 let, který vykazuje závažný pokles potenciálu zdraví, odolnosti, zdatnosti, adaptability, a disponuje specifickými zdravotními problémy a deficitem funkčního zdraví. Dochází u něho k modifikaci průběhu a manifestaci chorob vedoucí k potřebě specifických přístupů, služeb a režimů v souvislosti se zdravotní péčí a činí ho zranitelnějším a rizikovým. Při zhodnocení stavu se upřednostňuje posouzení biologického stáří před kalendářním věkem. Nejedná se tak o každého seniora určitého věku, který trpí zdravotními problémy (Kalvach a kol., 2011, s. 255).

Geriatrickí pacienti jsou ohroženi komplikacemi s atypicky probíhajícími nemocemi a geriatrickými syndromy (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 65). Pojetí geriatrického syndromu se významně liší od chápání syndromů v klinické medicíně, kde znamená soubor příznaků způsobených jednou příčinou. U těchto pacientů se jedná o typické, časté a významné symptomy, které jsou mnohočetné a příčiny jsou různě kombinované. Jejich průběh je chronický, neexistuje jejich kauzální léčba, ovlivňují soběstačnost a mají významný sociální dopad. Typickými geriatrickými syndromy jsou demence a stařecká křehkost (fragility) (Kalvach a kol., 2008, s. 141) Fragility vzniká u 10–25 % osob starších 65 let a u poloviny starších 85, výrazně zhoršuje prognózu zdravotního stavu. Není součástí fyziologického stárnutí, ale zvyšujícím věkem stoupá riziko jejího vzniku (Holmerová a kol., 2014b, s. 22–23).

U geriatrického pacienta je důležité, že klinický obraz chorob se podstatně liší oproti standardům. Ke zvláštnostem průběhu patří atypická symptomatologie. Bývá přítomná mikrosymptomatologie nebo naopak oligosymptomatologie. Často se vyskytuje nenápadné či úplné chybění bolesti, afebrilní průběh zánětlivého onemocnění nebo chybění svalového napětí. U polymorbidity se vyskytuje více chorob, jejichž příznaky se překrývají. Nemusí se zpravidla jednat o závažné nemoci, ale i o banální postižení, která mohou současně navodit závažnou míru postižení (Kalvach a kol., 2008, s. 136). V případě farmakoterapie, kdy je pacient léčen větším množstvím léků současně, dochází k polypragmzii. Tato situace může vést k lékové interakci, zastírání typických příznaků či morbiditě (Miertová, 2019, s. 40). Kaskádový efekt nastává při onemocnění, které současně dekompenzuje přidružená onemocnění a jednotlivé systémy organismu a dochází k řetězení příznaků. Mezi další zvláštnosti vyskytující se u geriatrických pacientů patří dominance nespecifických příznaků,

nesignalizování zdravotních problémů a potřeb nebo symptomatologie nejméně odolného orgánu, který je sekundárně dekompenzován (Kalvach a kol., 2008, s. 136).

1.2.1 Specifika péče o geriatrického pacienta

Z klinických oborových kompetencí by se měla geriatrickej ujímat zejména seniorů, jejichž zdravotní a funkční stav přesahuje zodpovědnost, znalost a možnost terapie obvodním lékařem a zároveň v danou dobu nevyžadují specializovanou léčbu jiného oboru, např. kardiologie, intenzivní péče, nefrologie atd. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 65).

Podle platné koncepce oboru jde o péči diferencovanou, která zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou, ošetrovatelskou i rehabilitační (Kalvach a kol., 2011, s. 256). Má za cíl pomoci získat, nebo alespoň udržet nezávislost a vykonávat činnosti, které přispívají ke kvalitnějšímu životu, nebo naopak k důstojnému umírání. Úlohou péče o geriatrického pacienta je udržovat optimální zdravotní stav a uspokojovat jeho biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Podporovat rodinu nemocného a zapojit ji do léčivého a ošetrovatelského procesu. Poskytovat péči ve všech složkách, v prevenci, diagnostice, terapii, edukaci a rehabilitaci. Využívat vědecky zdůvodněné pracovní metody, postupy a techniky v souladu s etickými principy a právy pacienta (Poledníková a kol., 2013, s. 12).

Prioritou ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta je zachování autonomie, respektování osobnosti, poskytování individualizované péče, zabránění ponižujícímu chování a podpora důstojnosti. Významnou složkou je schopnost verbální a nonverbální komunikace, která vyžaduje specifický přístup (Holmerová a kol., 2014a, s. 51).

Ke stanovení a zhodnocení zdravotních, funkčních a psychosociálních problémů, rizik, potřeb a priorit slouží funkční geriatrické zhodnocení. Jedná se o diagnostický proces s cílem vypracovat léčebný plán a vhodně posoudit, kdy léčit a kdy od léčby odstoupit. Hodnocení je zaměřeno holisticky, v tom se výrazně liší od funkčního hodnocení specifických zdravotních problémů u mladších lidí (Holmerová, 2017, s. 13). Komplexní geriatrické hodnocení zahrnuje klinické vyšetření, zhodnocení fyzické výkonnosti a soběstačnosti, posouzení duševního stavu, objektivní šetření v místě bydliště a screening vyskytujících se geriatrických syndromů (Holmerová a kol., 2014a, s. 52).

1.2.2 Geriatrická oddělení

Nemocniční geriatrická oddělení jsou primárně určena, geriatrickým pacientům s atypickou symptomatologií vyžadující specifický režim. Specializují se na včasnou a správnou diagnostiku atypických symptomů chorob a kauzálních syndromů. Předcházejí geriatrickým problémům, projevům hospitalismu, užívání omezovacích prostředků, zajišťují intenzivní fyzioterapii a zvládnání maladaptace u pacientů s demencí. Disponují znalostí multidisciplinární problematiky vnitřního lékařství, psychiatrie a ošetrovatelství. Poskytují větší bezpečnost a účelnost hospitalizace oproti interním oddělením či zařízení typu léčebny pro dlouhodobě nemocné. Usilují o zkrácení doby hospitalizace a časnému návratu jedince do domácího prostředí. Základním pracovištěm oboru by tedy neměly být léčebny dlouhodobě nemocných a následné péče, které jsou limitovány terapeutickými kompetencemi a finančními možnostmi (Kalvach a kol., 2011, s. 253–256).

Geriatrické ambulance

V České republice je geriatrických ambulančí poměrně málo. Tvoří zázemí specializované péče pro praktické lékaře a specialisty při řešení geriatrických syndromů, zajišťování funkčního geriatrického hodnocení u složitějších případů a v rámci hodnocení soběstačnosti a zdravotního stavu pro příspěvek na péči (Holmerová, 2017, s. 13–14). Ambulantní péče se zaměřuje na problematiku péče o inkontinentní, pomáhá řešit změny mobility s rizikem pádů a zapojuje se do péče o demenční pacienty. Pacienti jsou přijímáni na doporučení praktického nebo odborného lékaře (FN Olomouc, online, ©2018). Součástí ambulantní péče mohou být geriatrické stacionáře, které slouží seniorům a geriatrickým pacientům, kteří vyžadují specializovanou péči, ale není nutná jejich hospitalizace (Poledníková a kol., 2013, s. 14).

Geriatrická oddělení

Geriatrická oddělení nejsou zřizována ve všech nemocnicích. Zpravidla fungují v nemocnicích okresních a vyššího typu. Poskytují lůžkovou péči vycházející z geriatrického režimu, včetně preventivních, vyšetřovacích, léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních postupů při dekompenzaci zdravotního stavu u multimorbidních geriatrických pacientů, kteří jsou ohroženi komplikacemi, ztrátou jejich soběstačnosti a celkově nepříznivou prognózou (Holmerová a kol., 2014c, s. 18). Součástí je také řešení zdravotně sociální problematiky u seniorů včetně následné péče ambulantní nebo ústavní. Průměrná doba hospitalizace na geriatrických odděleních se pohybuje kolem 20 dnů. Všeobecné a praktické sestry pracují

na geriatrických odděleních metodou ošetrovatelského procesu. Poskytují základní a speciální ošetrovatelskou péči, provádí diagnosticko-terapeutické a administrativní činnosti. Po propuštění jsou geriatrickí pacienti navraceni do svého prostředí za podpory agentur domácí péče, nebo jsou přeloženi na oddělení následné péče či do léčebny pro dlouhodobě nemocné (Poledníková a kol., 2013, s. 14–15).

Oddělení následné péče a dlouhodobě nemocných

Na oddělení následné péče nebo léčebnách dlouhodobě nemocných je poskytována doléčovací a následná rehabilitačně-rekonvalescentní péče. Délka hospitalizace je limitovaná. Náplň činností spočívá zejména v rehabilitaci, rekondici a rekonvalescenci nemocných (Holmerová a kol., 2014c, s. 18). Oddělení následné péče nejsou určena k poskytování akutní zdravotní péče. Pacienti mají již stanovenou diagnózu, jsou po proběhlém akutním onemocnění, nebo jsou zde hospitalizováni při progresi chronického onemocnění či v případě zhoršení psychických funkcí. K následné péči jsou indikováni za účelem doléčení či rehabilitační péče (Uherskohradištská nemocnice, online, ©2018).

Dlouhodobá péče je komplex služeb, které vyžadují osoby s dlouhodobě omezenou fyzickou a/nebo kognitivní kapacitou. Je poskytována současně se základní zdravotní péčí, včetně ošetrování ran, léčby bolesti, medikace, celkového sledování zdravotního stavu, včetně prevence, rehabilitace a paliativní péče. Dlouhodobá péče ošetrovatelského typu neočekává výrazné zlepšení zdravotního stavu (Holmerová a kol., 2014c, s. 32–43).

2 DEMENCE

„Demence je organicky podmíněný, nezvratný pokles kognitivních funkcí, funkčních schopností sociálních a pracovních, které provázejí poruchy chování a změny osobnosti. Porucha omezuje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti natolik, že je narušena sociální a ekonomická aktivita, nemocný se stává nesamostatný a odkázaný v pozdějších stádiích choroby na pomoc druhých.“ (Seidl, 2015, s. 292)

Termín demence je odvozen z latinských slov, de (bez) a mens (mysl). Jedná se o získanou poruchu kognitivních funkcí, která vzniká v důsledku organického poškození mozku a nervové soustavy a postupně progreduje (Cséfalvay, 2013, s. 145). Jde o syndrom, který je charakterizován souborem příznaků, jejichž příčiny mohou být různé. V první řadě dochází k úpadku kognitivních a poznávacích funkcí, paměti, inteligence a vnímání. Postižené jsou funkce výkonné, schopnost plánování, provedení a zhodnocení smysluplné činnosti. Narušeno je chápání a logické uvažování. Postupem času upadají i nekognitivní složky, nazývané se jako behaviorální a psychologické příznaky demence. Porušena je emoční stránka člověka, aktivita denního života, soběstačnost a chování (Zvěřová, 2017, s. 24).

S prodlužováním průměrné délky života narůstá v populaci počet starých lidí, a tím se zvyšuje počet osob s degenerativními onemocněními mozku. Podle organizace Alzheimer's Disease International žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Světová zdravotnická organizace předpokládá, že se během dvaceti let počet zdvojnásobí. V České republice se výskyt demence pohybuje kolem 1,48 %, tzn. přibližně 163 tisíc obyvatel (Mátl a kol., 2016, s. 9–11).

2.1 Příčiny demence, stadia a její klasifikace

Nejčastější příčinou jsou atroficko-degenerativní poruchy, které jsou charakterizované vytvářením a ukládáním patologických proteinů. U Alzheimerovy nemoci se jedná o beta amyloid tvořící senilní plaky, u demence s Lewyho tělísky a Parkinsonovy choroby presenilin, u typů frontální lobární a frontotemporální demence tau protein. Tyto uvedené specifické bílkoviny se ukládají v určitých sférách mozku, převážně v temporální a parietální části mozkové kůry a podkorové oblasti. Snižuje se počet nervových buněk, synapsí a nastávají poruchy funkce neuronů a neuroglíí. Významnou roli sehrává také apoptóza, děj, kdy dochází ke geneticky naprogramované smrti buňky (Hauke, 2017, s. 27–28). Druhou skupinou jsou demence symptomatické, nazývané také sekundární. Vznikají důsledkem poruch

mozkových cév a mozkového zásobení krví. Ischemicko-vaskulární demence vznikají na podkladě mozkových infarktů, při nichž dochází k uzávěru vyživující tepny, která následně neprokrvuje určitý okrsek mozkové tkáně a nastává jeho odumření. Nejčastěji vznikají důsledkem několika prodělaných drobných infarktů mozku, jedná se tedy o multiinfarktové stavy nebo s náhlým začátkem (Jirák, 2009, s. 19–20). Symptomatické demence vznikají v důsledku intoxikace (alkoholová, farmakogenní), zánětu, metabolických vlivů, infekce, posttraumatu (úraz nebo nádor mozku) a dalších faktorů ovlivňujících funkci centrální nervové soustavy, např. hydrocefalus (Tyrliková a Bareš, 2012, s. 218–219).

Demence prochází zpravidla několika stadii funkčního postižení a pacienti vyžadují specifickou péči. V prvním stadiu je nemocný soběstačný v základních denních aktivitách, ale potřebuje dopomoci při instrumentálních činnostech. Dochází k poruše paměti a následné sociální izolaci (Holmerová, 2014a, s. 72–73). Druhé stadium se středně pokročilou demencí může trvat různě dlouho. Progreduje psychické a kognitivní postižení, dezorientace, je omezená soběstačnost, jedinci potřebují pomoci při každodenních aktivitách (Kalvach a kol., 2011, s. 299). Ve třetím stadiu je narušeno chování, do popředí často vystupuje agresivní a agitované jednání, později vegetativní reakce. Fáze těžké demence končí terminálním stavem a pacienti jsou odkázáni na paliativní péči. V pozdních fázích se plně rozvíjí imobilizační syndrom, inkontinence, porucha polykání a snížení příjmu potravy. Nemocné osoby podléhají komplikacím, jako zápal plic či močové infekce (Holmerová, 2014a, s. 75–76).

2.2 Nejčastější typy demence u geriatrických pacientů

Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou syndromu demence, tvoří až 50 % všech demencí a vyskytuje se standardně u osob po 65. roce života. Rozvíjí se asymptomaticky pozvolna mnoho let. Typickým neuropatologickým nálezem jsou senilní plaky, neuronální klubka, úbytek neuronů a jejich synapsí. Projevuje se narušením kognitivních funkcí, zejména poruchou paměti a její vstřípivostí. Postiženy jsou tzv. exekutivní schopnosti, jako plánování a řešení problémů. Postupně nastávají potíže s orientací, soustředěností a komunikací (Hauke, 2017, s. 33–34). V pokročilém stadiu provází změny chování emoční labilita, ztráta úsudku, nesoběstačnost až celkový rozpad osobnosti. Od stanovení diagnózy se doba přežití pohybuje okolo 10 let, nemocní obvykle podléhají na interkurentní infekce, které rapidně zhoršují zdravotní stav při již probíhajícím onemocnění (Seidl, 2015, s. 294).

Ischemicko-vaskulární demence

Ischemicko-vaskulární demence je druhým nejčastěji vyskytujícím se typem. Vyskytuje se ve formě čistě vaskulární nebo smíšené s jinými příčinami demence. Mezi hlavní rizikové faktory pro rozvoj patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, kouření, diabetes mellitus, ateroskleróza a hyperlipidemie (Štětkářová a kol., 2017, s. 187). Charakteristický je náhlý začátek, ke kterému dochází do tří měsíců po prodělané cévní mozkové příhodě. U pacienta se objevují změny nálad, chování, deprese, někdy zmatenost, výrazně je narušeno psychomotorické tempo, může být lehce manifestován intelektový deficit. Demence má fluktuující průběh, střídají se období zlepšení a zhoršení (Gdovinová, 2017, s. 241).

Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je degenerativní, progresivní onemocnění, které vzniká důsledkem postupného zániku buněk produkujících dopamin ve středním mozku v oblasti substantia nigra, která zajišťuje přenos nervových vzruchů (Seidl, 2015, s. 283). Tento systém zpracovává motorické informace z mozku a řídí pohyb celého těla. Literatura uvádí jako hlavní faktory vedoucí ke vzniku této choroby genetiku a životní prostředí. Toto onemocnění má charakteristické příznaky, které se nazývají parkinsonská triáda, patří mezi ně akineze, rigidita a třes (Bonnet a Hergueta, 2012, s. 13–18). Základním projevem Parkinsonovy choroby je demence, s poklesem exekutivních, prostorových a zrakových funkcí, doprovázející halucinace. Typické je kolísání kognitivního stavu (Gdovinová, 2017, s. 290).

Frontotemporální lobární demence

Tento typ se vyskytuje asi v 10 % ze všech typů demencí. Postiženy jsou frontální a/nebo temporální laloky mozku, dochází u nich k postupné degeneraci. Hlavní příčina není známá, vzhledem k častému familiárnímu výskytu se odborníci přiklánějí ke genetické podmíněnosti (Jiráček, 2013, s. 133–134). Charakteristický pro tento typ demence je pestrý klinický obraz s poměrně rychlou změnou osobnosti a poruchou chování s psychiatrickými projevy. Dochází k odbrzděnému chování, ztrátě společenského taktu, emoční oploštělosti a zanedbávání osobní hygieny (Kulišťák a kol., 2017, s. 453).

Demence způsobené intoxikací alkoholem

Patří mezi nejčastější demence způsobené intoxikací. Toxický efekt alkoholu vede k atrofii mozku, způsobuje úbytek bílé hmoty mozkové a snižuje počet synapsí. Vliv etanolu není jediný faktor podílející se na vlastní toxicitě. Roli hraje také malnutrice, deficit pyridoxinu,

vitamínu B12, thiaminu, niacinu, úrazy hlavy, psychický stav či postižení jater. Poruchy kognice se projevují dvěma způsoby, jako Korsakovský syndrom, který je charakterizován poruchou paměti a její vstřípivostí, společně s amnestickou dezorientací, nebo jako prostá alkoholová demence, která narušuje osobnost jedince. Při dlouhodobé abstinenci alkoholu a zdravém životním stylu lze očekávat reverzibilní zlepšení stavu, které není ovšem stoprocentní (Fišar, 2009, s. 330).

2.3 Klinický obraz a diagnostika demencí

Demence má obvykle progredující průběh a projevuje se komplexním postižením paměti, psychických funkcí a denních aktivit (Jirák, 2013, s. 70). Mezi první příznaky patří porucha paměti a orientace. Následně jsou narušeny profesionální aktivity. Na začátku vypadávají složité činnosti, jejichž okruh se rozšiřuje a postupně zanikají instrumentální činnosti v denním životě, jako nakupování, péče o domácnost, používání spotřebičů, telefonování, plánování činností, organizace času, hospodaření s penězi. V pokročilé fázi se stává pacient neoběstačný, není schopen se sám najíst, napít, provést osobní hygienu, obléct se a pohybovat se (Hauke, 2017, s. 46). Postupně jsou pacienti plně odkázáni na péči okolí. Za nejdůležitější příznaky se považují poruchy chování, které se rozvíjejí ve středním a těžkém stadiu nemoci. Objevují se stavy neklidu a agitovanosti, často spojené s agresivitou, která je nežádoucí obrácena vůči zdravotnickému personálu či rodině. Pacienti ničí věci, vykřikují, napadají druhé osoby, snaží na sebe upoutat pozornost. V jiných případech se může jednat o neúčelné jednání, jako přenášení věcí z jednoho místa na druhé nebo svlékání se (Jirák, 2009, s. 22–23).

V rámci diagnostiky je odebrána anamnéza zaměřená zejména na popis obtíží a jejich podobu, dobu vzniku a jejich průběh. Vypovídající je rozdílný náhled, protože pacienti si často problémy nepřipouštějí, bagatelizují je, racionalizují, a proto je velmi důležitá objektivizace druhou osobou (Kulišťák a kol., 2017, s. 488). Součástí diagnostiky je vyšetření poznávacích funkcí, paměti, řeči, sebeděče, plánování a plnění úkolů. V praxi nejužívanějším je test Mini-Mental State Exam (krátký test kognitivních funkcí) sloužící k vyšetření rychlé orientace v čase a prostoru a test hodin, kterým je možno posoudit kognitivní, exekutivní a vizuálně-prostorové schopnosti. Dalším využívaným diagnostickým testem je Wechslerova škála paměti poskytující detailní informace o zrakové a verbální paměti. Testuje schopnost zapamatování si slov, tváří a uspořádání čísel a písmen. V diagnostice lze využít také WAB (Western Aphasia Battery) test řečových funkcí, kde se hodnotí spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění slov, čtení, psaní,

počítání a doplnění obrazců do logických sérií. Stroopův test je užívaný při posuzování pozornosti, psychomotorického tempa a adaptaci na zátěž (Martinková, 2017, s. 17). K další vyšetřovací metodě patří zobrazovací techniky. Vyšetření počítačové tomografie a magnetická rezonance slouží k zobrazení atrofie mozku, vyloučení nádorů a mozkového krvácení (Gdovinová, 2017, s. 224). Pozitronová emisní tomografie (PET) a jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT) poskytují informace o kvalitě metabolismu mozku a aktivitě přenosu vzruchů. Elektroencefalografickým vyšetřením (EEG) sledujeme funkční činnost mozku (Seidl, 2015, s. 126–128). Uvedené vyšetřovací metody doplňuje somatické vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, krevního tlaku, pulzu, laboratorní vyšetření krevního obrazu, hladiny vitamínu B12, kyseliny listové, mineralogramu, urey, kreatininu, hormonů štítné žlázy. Ve výjimečných případech nemocný podstupuje také vyšetření likvoru pro přítomnost možných proteinů (Gdovinová, 2017, s. 224).

2.4 Léčba

Samotné onemocnění je neléčitelné, ale lze zpomalit jeho průběh. První skupinou léčivých substancí, které se pacientům s demencí podávají, jsou tzv. kognitiva. Jedná se o inhibitory mozkových acetyl- i butyrylcholinesteráz, které blokují enzymy odbourávající acetylcholin, který je nezbytný pro správné fungování paměti. Kognitiva se používají u lehkých až středně těžkých stadií nemoci. Mezi léčivé látky patří např. donepezil, vastigmin a galantimin. Druhou skupinou jsou antagonisté NMDA (N-metyl-D-aspartát) glutamátergních ionotropních receptorů. Tyto receptory jsou spojeny s kalciovými kanálky a jejich bloádou se snižuje nadměrný vstup kalcia do neuronů. Léčivou látkou je memantin, derivát amantadinu. Má vlastnosti stimulantia a zlepšuje krátkodobou paměť (Štětkářová a kol., 2017, s. 172–176). Pozitivní efekt má také extrakt z ginkgo biloby a podávání omega 3 mastných kyselin. Další podávané preparáty obsahují kyselinu dokosahexanovou, která je součástí mozkové tkáně a podílí se neuronální transmissi (Zvěřová, 2017, s. 74–76).

Nefarmakologická léčba zahrnuje aktivizační metody a psychosociální intervence. Cílem je zachování soběstačnosti, prevence problémového chování, výplň volného času a udržení kvality života. Mezi přístupy používané u seniorů s demencí patří bazální stimulace, validace, reminiscenční terapie, trénink kognitivních funkcí, pet-terapie, muzikoterapie, snoezelen, habilitační terapie, ergoterapie, či arteterapie (Martináková, 2017, s. 47–53).

3 POTŘEBY GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ

Lidskou potřebu lze charakterizovat jako pocit, který vzniká z nedostatku, či naopak nadbytku, nebo touze něčeho dosáhnout v biologické, psychologické, sociální a duchovní oblasti. Lidé a jejich potřeby jsou ovlivňovány nejrůznějšími faktory, pohlavím, věkem, inteligencí, či zdravotním stavem. Při jejich neuspokojování dochází k narušení homeostázy organismu, a proto se člověk snaží o její obnovení a vyrovnaní (Šamánková, 2011, s. 12–13).

K uspokojování lidských potřeb dochází celý život. V průběhu stárnutí se priority potřeb zcela mění. Jejich důležitost vyplývá na povrch zejména ve stáří a nemoci. Stává se, že uspokojování konkrétní potřeby saturuje potřebu druhou. Saturaci a její způsob ovlivňuje řada dalších faktorů, sociální prostředí, zázemí rodiny, stupeň vzdělání, postavení ve společnosti, inteligence, psychický stav, mezilidské vztahy, samotná osobnost člověka a jeho vlastnosti nebo zdravotní stav (Příbyl, 2015, s. 41–42).

Stres i pocit frustrace, mohou propuknout při pocitu dlouhodobě nenaplněných potřeb. Pacient pociťuje neustálý vztek, duševní napětí a velké zklamání ze sebemenšího neúspěchu. Tento stav může vyústit v agresi, která má mnoho podob. Může být slovní, i na úrovni, kdy ničí věci, druhým ubližuje nebo poškozují sám sebe. Pokud frustrující stav přetrvává delší dobu, může dojít k samotné deprivaci až depresi, která může vést k duševnímu i tělesnému selhání (Šamánková, 2011, s. 15–16).

3.1 Potřeby pacientů s demencí

S progredující demencí potřebují lidé podporu k naplňování jejich potřeb. V roce 1997 anglický psycholog Tom Kitwood přinesl do péče o demenční pacienty myšlenku, že je důležité, aby lidé s demencí prožívali pocit smysluplnosti. Je pro ně důležitá potřeba vazby, pohodlí (duševní i tělesné, necítit bolest), identity (být respektován a mít vlastní hodnotu), zaměstnání (využití volného času) a zapojení (nebýt osamělí a vyloučení ze společnosti). Kitwood se při své práci inspiroval zejména modely Naomi Feil a Erwina Böhma, potřeby strukturoval do tzv. květu potřeb a ve své filozofii péče o osoby s demencí zachycuje způsob, jak je naplnit (Stacpoole, Thompsell, Hockley, 2017, s. 26–29). Zastával názor, že zmíněné potřeby jsou přítomny u všech jedinců, ale u osob s demencí jsou zranitelnější a těžko uspokojovány. Vytvořil koncept „Péče zaměřená na osobu s demencí“, kde hovoří o maligní sociální psychologii a pozitivní práci člověka. Maligní sociální psychologie popisuje způsoby

chování, kterým může pečující u osoby s demencí snižovat vědomí vlastní hodnoty a odsouvat ji do sociální izolace. Mluví zejména o zastrašování, nálepkování, stigmatizaci, ignorování, ponižování, zrazování, ignorování, obviňování či infantilizaci. Naproti tomu nastínil přístupy, kterými lze podpořit osobnost a podněcovat personál k pozitivní práci s dementní osobou. Jedná se o prvky uznání, jednání, spolupráce, dávání, tvoření, facilitace, podržení člověka nebo zkoumání smyslů (Mitchelll, Joanne, 2015, s. 47).

Psychobiografický model profesora Erwina Böhma je jednou z možných cest, jak uspokojovat potřeby u osob s demencí. Autor modelu je Rakušan a pracoval řadu let jako zdravotní sestra na gerontopsychiatrickém oddělení. Odsuzoval zavedené způsoby péče, a to pouze plnit lékařské ordinace, umýt a nakrmit pacienta. Vytvořil model zaměřený na uspokojování psychických potřeb a podporu sebepečce u osob s demencí. Zabýval se poznáním a pochopením životního příběhu jedince, který mapuje především významné emocionální události, zážitky a zkušenosti. Informace obsažené v biografii se tak mohou stát odpovědí na neočekávané chování a současně mohou být i nástrojem k poskytování individualizované péče (Tomeš a kol., 2017, s. 122–123). Cílem psychobiografického modelu je porozumět individualitě člověka, znát jeho priority a způsoby jak podpořit autonomii. Zahrnuje péči aktivizující a podporující potenciál nemocného a porozumění mezi příjemcem a poskytovatelem péče (Erwin Böhm Institut, online, ©2015).

Naomi Feil se narodila v Německu, vystudovala v Kolumbii obor sociální práce a následně pracovala u svých rodičů v domově důchodců. V průběhu praxe pochopila, že péče o dementní pacienty je neuspokojivá a začala zavádět nové způsoby, jak s lidmi pracovat metodou validace. Název je odvozen z latinského validus (silný, mocný). Jedná se o přístup k pochopení člověka s demencí formou komunikace, která je založena na citlivém vnímání, posílení a zachování důstojnosti osoby, která není schopna vyrovnat se s vlastním životem. Zaměřuje se na minulost klienta a jeho nevyřešené konflikty. Cílem je snaha o vyrovnání se s nedořešenými událostmi. Terapeut nemocného neusměřňuje, pouze doprovází. Autorka se opírá o myšlenku „walking in their shoes“ (kráčet v jejich botách) a popisuje validaci jako „vývojovou teorii, metodu komunikace s dezorientovanými lidmi a jako způsob, který umožňuje starému člověku uspokojovat své lidské potřeby a pokojně prožívat závěrečnou etapu života“ (Hauke, 2017, s. 85–89).

Biologické potřeby

Mezi základní biologické potřeby patří dýchání, pohyb, vylučování, přijímání stravy a tekutin, udržování tělesné teploty, spánek a odpočinek. Potřeba přijímání stravy a tekutin je u pacientů s demencí problematická zvláště v pokročilých stádiích nemoci, tyto osoby potřebují jídlo připravit a následně dopomoci při krmení. Nemocní často zapomínají, zda již jedli nebo jak použít příbor. Další častou neuspokojenou potřebou jsou potíže spojené s vylučováním a týkají se především inkontinence jak moče, tak i stolice. Inkontinencí trpí 40 až 60 % mobilních pacientů s demencí. Proto potřebují zavést stálý rozvrh vyprazdňování a používat opatření k zvládnutí úniku moče a stolice (Martinková, 2017, s. 25–27). Potřeba dopomoci se vyskytuje také v péči o tělo. Návyky jsou zapomenuty a pacienti nechápou, jakým způsobem se mýt a jaký je smysl těchto činností. Udržení tělesné teploty úzce souvisí s oblékáním. Osoby s demencí si nejsou schopny uvědomit postup oblékání a nerozumí, proč se musí převléci. Často se bezmyšlenkovitě svlékají (Alzheimer Schweiz, online, ©2010). Důležitá je fyzická aktivita. Ve druhém stadiu nemoci dochází k mírnému omezení pohybu. U geriatrických pacientů s demencí je riziko pádu až pětkrát vyšší než u seniorů bez poruchy kognitivních funkcí. Třetí stadium se vyznačuje imobilitou a nemocní jsou odkázáni na celkovou péči druhých. Následkem neurodegenerativních změn dochází k poruše spánku, lidé nevnímají denní a noční rytmus. Přes den potřebují dostatek aktivity a před spánkem zajistit vhodné prostředí a provedení rituálů, na které jsou zvyklí (Kurucová, 2017, s. 250–251). Důležitou fyziologickou potřebou, která je úzce spjata s pocitem bezpečí, je být bez bolesti. Pacient ztrácí schopnost verbálně bolest vyjádřit a dává ji najevo změnou chování, hlasovým projevem, vyhledáváním úlevové polohy. Po fyzické stránce chce být zbaven bolesti a doprovodných příznaků, jako jsou nauzea nebo nespavost (Šamánková, 2011, s. 22).

Psychické potřeby

Mezi psychické potřeby pacienta s demencí patří pocit bezpečí a jistoty, zachování důstojnosti, seberealizace a uvědomování si vlastní identity. Pocit bezpečí se týká fyzické i psychické stránky. Nemocný musí mít jistotu, že má kolem sebe lidi, na které se může spolehnout (Příbyl, 2015, s. 52). S postupnou progresí ztráty paměti se stává pro nemocného svět neznámý a děsivý, má pocit ohrožení, trpí úzkostí a na nové situace může reagovat agresivně. Potřebuje upevňovat rutinní činnosti a jejich přesné vykonávání, aby se cítil orientován (Martinková, 2017, s. 31). Pocit psychického bezpečí mohou u člověka s demencí narušit různá režimová opatření. Je třeba zvolit vhodné a nenápadné zabezpečení, které u něj nebude vyvolávat pocit ohrožení či překážku, kterou musí zdolat (Hájková a kol., 2016, s. 7).

Aby mohlo dojít k naplnění seberealizace, pacienti s demencí potřebují neustálé podněty, které u nich vyvolají aktivitu. Činnost zlepšuje kondici mozku, dává životu smysl a vyplňuje čas. Zvládání všedních aktivit, jako jsou stravování nebo hygiena, posiluje sebevědomí a pocit sebekontroly. Součástí seberealizace je také potřeba autonomie, která je vnímána jako samostatnost, nenechat se ovládat druhými a úzce souvisí s důstojností a vlastním pojetím (Hájková a kol., 2016, s. 20). Potřebu sebeúcty u nesoběstačného seniora s demencí do značné míry ovlivňuje přístup pečujících, který by měl být zaměřen zejména na empatii. Pochvalami a zdvořilým oslovováním, které si nemocný sám přeje, lze zachovat pocit uznání (Příbyl, 2015, s. 82). Potřebu naplňujeme tím, že dáváme najevo, že nás péče o něho neobtěžuje. O takového pacienta pečujeme s porozuměním, tolerancí, zájmem o jeho individualitu a vysvětlujeme mu věci, kterým nerozumí (Šamánková, 2011, s. 36). Důstojnost je lidská potřeba, jejíž význam vyplývá na povrch zejména v situaci, kdy je ohrožena či poškozena. Náleží každému člověku, bez ohledu na věk, sociální postavení nebo duševní stav, znamená být vážený a hodný úcty. V péči o člověka s demencí je vnímáno za nedůstojné pacienty nivelizovat, nedovolit se projevit, nutit je, nevhodně oslovovat nebo nechat je obnažené při intimních úkonech. Pokud není uspokojování potřeb pro pacienta důstojné, může u něj vyvolat problematické chování (Heřmanová a kol., 2012, s. 71–83).

Sociální a duchovní potřeby

Do sociální oblasti lze zařadit potřebu sociálního začlenění, komunikace a lásky. Ve středním stadiu nemoci dochází při výměně informací ke vzniku komunikačních bariér a poskytování péče vyžaduje svá specifika. Má potíže se verbálně projevit a tato situace ho vyřazuje ze společnosti a vyvolává pocit osamělosti. Proto se neobejde bez neustálého kontaktu a podpory, od svých nejbližších potřebuje být člověk milován, od pečujících být kladně přijímán. Senior s demencí potřebuje motivaci, být životem provázen a být oceněn. Dělá raději věci společně s někým druhým, a tím upevňuje mezilidské vztahy, má pocit příslušnosti, patří mezi ostatní a má své postavení a hodnotu. Nejsilnější vazby jsou většinou s rodinou. Kontakt s rodinnými příslušníky uspokojuje psychické potřeby citové jistoty, která představuje životní zázemí (Hájková a kol., 2016, s. 7–9). Spirituální potřeby má jak člověk věřící, tak nevěřící. Mimo víry se duchovní potřeby týkají také smyslu života, účelu vlastní existence a pocitu odpuštění. Pacient s demencí potřebuje vědět, že má svůj životní program. Ve svém okolí hledá klid a mír. Špatně snáší konflikty, a to i v případech, že se ho netýkají, jelikož není schopen adekvátně vyhodnotit situaci. Naplnění duchovních potřeb má velký vliv na duševní pohodu nemocného (Příbyl, 2015, s. 82–83).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ

Péče o klienta s demencí je charakterizována jako komplexní a vychází ze specifík onemocnění. Cílem je zajistit kvalitu života na maximální úrovni a dopomoci k fyzické, psychické a duchovní pohodě (Kuručová, Žiaková a Němcová, 2017, s. 249). Prioritou není tedy pouze zabezpečit příjem potravy a tekutin, osobní hygienu, zbavit člověka bolesti a vést ho k soběstačnosti, ale specifický přístup, který vyžaduje zachování lidské důstojnosti s vědomím vlastní identity, znát specifika komunikace, zvládat problémové chování, podporovat orientaci a poskytovat individualizovanou péči dle biografické anamnézy a potřeb klienta (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 73).

4.1 Poskytování individualizované péče

Individualizovaná péče je předpokladem k zajištění kvalitního života osoby s demencí, navázání důvěrného vztahu s personálem, zachování důstojnosti a vlastní identity. Cílem je zohlednit potřeby klienta a naplnit je tak, aby mu bylo umožněno vést běžný způsob života. Přístup personálu, který pracuje dle svých představ a vlastního úsudku, co je pro nemocného nejlepší a přináší mu užitek, je bezvýznamný. Staví nemocného do role pasivního příjemce péče, objekt ošetřovatelských intervencí a neuznává ho jako partnera. Pacientovi je třeba nabídnout možnosti, nikoliv za něj rozhodovat (Lukasová a kol., 2014, s. 76).

Při poskytování individualizované péče se vytváří individuální plán, který slouží personálu k uspokojování potřeb klientů tak, aby se nedostávali do střetu s okolím a cítili se jeho součástí. Pečující zná způsob, jakým jedince oslovit, je schopen reagovat na neverbální podněty, motivuje a zapojuje nemocného do aktivit, upravuje režim dle aktuálních potřeb a přání, respektuje zvyklosti v oblasti hygieny a stravování a ví, jak podpořit jeho samostatnost (Hájková a kol., 2016, s. 11–12). Aby mohl personál přistupovat individuálně a holisticky, je třeba znát, kdo je jeho pacient. Proto je vhodné do ošetřovatelské péče zakomponovat jeho biografii čili jeho životní příběh. Biografická anamnéza pomáhá zachovávat to, na co byl dříve zvyklý a měl rád. Pokud známe jeho životní cestu, jsme schopni později porozumět jeho chování či rozpoznat jeho potřeby. Získané poznatky lze využít ve všech směrech, v podávání stravy, zajištění kvalitního spánku, vylučování, naplnění volného času až k podpoře spirituality (Procházková, 2015, s. 8–10).

Biografické údaje jsou základním předpokladem pro práci s geriatrickým pacientem s demencí. Každý jedinec má svou vlastní autonomii, kterou je důležité respektovat a nesnažit se ji měnit (Friedlová, 2018, s. 55). Pečující vytváří biografický list a zaznamenává do něj informace získané z rozhovoru s osobou, rodinnými příslušníky či personálem ze sociálního zařízení a je neustále doplňován novými poznatky. Personál seznámí rodinné příslušníky s biografií, významem jejího sepsání a motivuje je tak, aby se plně zapojili do tvorby individualizovaného plánu péče. Vítanými prvky jsou i fotografie, které společně s biografickým listem mohou sloužit také jako vzpomínkový materiál (Procházková, 2014, s. 103–105).

Sepsání biografického listu je charakteristické dle daného oddělení a měla by být součástí ošetrovatelské anamnézy. Nabízí následně řadu možných intervencí, které zohledňují individualitu jedince. Sestra má tak možnost aktivně pracovat ve prospěch jedince, ne pouze v dlouhodobě zajetých stereotypních harmonogramech konkrétního oddělení, kde se pacientovi dostává pouze minimum podnětů a i informací (Procházková, 2007, s. 46). Biografii lze rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní je získaná přímo od klienta, tzv. story biografie a senziobiografie, která se soustředí na jednotlivé oblasti sensoriky. Zaměřuje se na vjemy, návyky, rituály a oblasti vnímání somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně haptické (Procházková, 2014, s. 13–15).

4.2 Zachování důstojnosti

Zachování důstojnosti zahrnuje právo na soukromí, sebeurčení, uznání, respekt, bezpečí a zachování autonomie. Navzdory kognitivním ztrátám by se měli pacienti s demencí cítit uznávaní jako lidé, kteří jsou bráni vážně. Klíčovým aspektem profesionálního přístupu je důstojné oslovování, adekvátním způsobem „pane/paní“, včetně profesního titulu nebo oslovením v souladu s přání jedince (Lukasová a kol., 2014, s. 101). Nevhodné je hovořit o klientech v jejich přítomnosti, používat zdvořilky, vysmívat se, hodnotit je nebo je soudit. Přínosné je zapojení pacienta do konverzace (Hájková a kol., 2016, s. 13).

Člověk má právo na soukromí, zejména v intimní sféře. Pacientovo tělo nesmí být při hygieně celé odhaleno, v případě vícelůžkových pokojů musí být zajištěny zástěny u lůžka. Do pokoje by sestra neměla nikdy vcházet bez zaklepaní. Samozřejmostí je prostředí, které je příjemné, čisté, bezpečné a upravené podle potřeb klienta. Úprava zevnějšku je prováděna dle zvyklostí a přání. Pokud je pacient krmen, sestra respektuje jeho tempo, čeká, než sousto spolkne, a talíře neodnáší, dokud pacient nedojí. Osoba s demencí

má právo na rozhodování o věcech, které se jí týkají. Pokud to její zdravotní stav dovolí, sama si volí, jakou pomoc od pečujícího potřebuje a přijme. Nikdy nesmí být nucena k aktivitě proti své vůli (Lukasová a kol., 2014, s. 101).

Obava o bezpečí pacientů s demencí je častým důvodem pro různá režimová opatření. Při jejich zavedení se zvažují rizika a profity. Opatření přínosné pro jednoho, může být zdroj nepohody u jedince druhého. Měla by být nenápadná a nepůsobit jako nežádoucí stimuly, které je potřeba překonat, jinak mohou být příčinou frustrace a vést k problémovému chování (Hájková a kol., 2016, s. 19).

Etickým problémem je podávání medikace se sedativním účinkem bez informovaného souhlasu člověka s demencí, které zasahuje do jeho autonomie. Utlumení pacienti nemají možnost vyjádřit svá přání a pečující rozhodují za ně, což je z etického hlediska nepřijatelné. Stejným problémem je ukryvání léků do jídla nebo pití, které působí na pacienta jako podvod a zrazuje důvěru. Člověk s demencí má právo na svobodnou volbu a vlastní rozhodnutí o věcech, které se ho týkají. Pacienti, kteří odmítají léčbu, ošetrovatelskou péči či aktivizační techniky, nesmí být nuceni ke spolupráci proti své vůli (Lukasová a kol. 2014, s. 17).

4.3 Řešení problematického chování

S poruchou kognitivních funkcí jsou spojeny změny chování, které jsou označovány za problémové. Projevuje se slovní nebo fyzickou agresivitou, podezíravostí, křičením, agitovaností, trháním inkontinenčních pomůcek, přenášení předmětů, blouděním, obnažováním, změnou sexuálního chování nebo hromaděním věcí (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 83).

Problémovému chování je třeba předcházet nefarmakologickými metodami, psychosociální intervencí a úpravou prostředí. Je nutné nejprve analyzovat příčinu aktuálního stavu. Agresivní chování může být způsobeno změnou prostředí, ve kterém se pacient ocitl, neporozumění situaci, která se děje, na zvýšenou nebo naopak nedostatečnou kontrolu pečujícího nebo strachem při neočekávané reakci, kdy sestra neinformuje nemocného o činnostech, které se chystá provést či příliš na pacienta naléhá (Hauke, 2017, s. 103–109). V případě, že u člověka s demencí dojde k takovéto situaci, personál zachovává klid. Snaží se odpoutat jeho pozornost na jinou věc či aktivitu. Využívá zklidňující neverbální komunikaci, udržuje oční kontakt, hovoří klidným a vlídným hlasem, snaží se pochopit jeho svět, hledá způsob, jak odstranit příčinu, vše komentuje a nabízí nemocnému pomocnou ruku. Pacient svým chováním může také signalizovat nenaplnění základních potřeb, které nedokáže vyjádřit,

proto je nutné po nich pátrat. Může se jednat o retenci, zácpu, dehydrataci, hlad nebo bolest (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 19–20).

Omezovací prostředky je možno užívat jen tehdy, je-li to nezbytně nutné pro ochranu života pacienta nebo druhých, a pokud byly již vyčerpány všechny možnosti řešení problematického chování. V dokumentaci je nutné uvést důvod, proč byly omezovací prostředky použity. Restrikční opatření nesmí sloužit pouze pro usnadnění péče nebo uklidnění neklidného pacienta, vždy musí být řádně zdokumentováno. Kurtovaný člověk nesmí zůstat bez dohledu. Za omezení se nepovažují postranice v lůžku u pacientů, u kterých hrozí riziko pádů (Hájková a kol., 2016, s. 18).

4.4 Podpora orientace u lidí s demencí

Orientaci u pacientů s demencí lze podpořit rehabilitací kognitivních funkcí. Smyslem je napravit nebo alespoň kompenzovat kognitivní deficit s cílem dosáhnout zlepšení soběstačnosti a zařazení zpět do společnosti. Cílem není učit pacienta novým věcem, ale najít v něm znalosti a dovednosti, které získal dříve, a pokusit se navrátit je zpět na úroveň před vzplanutím nemoci. Orientaci v čase upevňujeme pravidelným režimem dne. Pacient je informován o průběhu celého dne a dle domluveného časového plánu sestra plní intervence. K podpoře orientace vlastní osoby je vhodné využití reminiscenční terapie s fotkami blízkých osob a míst. Terapeut pracuje formou rozhovoru a zjišťuje, zda osoba zná své jméno, bydliště, dříve vykonávanou práci, záliby, potřeby. Rehabilitace orientace v realitě má informativní význam. Nemocnému je neustále vysvětlováno, proč musí užívat léky, dodržovat pitný režim, pravidelně jíst nebo trénovat mikci. Prolíná se s rehabilitací dlouhodobé paměti a exekutivních funkcí (Válková, 2015, s. 56–59).

Pro pacienta s demencí je náročné přizpůsobit se novému prostředí, ve kterém se ocitl. Není schopen si zapamatovat, kde jsou určitá místa, věci a porozumět, jak fungují. Proto musí být okolí upraveno tak, aby se v něm lépe orientoval. Všechny věci, které jsou pro pacienta důležité, jsou na viditelném místě a na dosah. Vše v pokoji je barevně a kontrastně odlišeno. Je potřeba zajistit dostatečné osvětlení. Na chodbě jsou umístěny dekorativní předměty jako květiny či obrazy, sloužící jako záchytné body. Dveře do pokojů je nutno jasně a konkrétně označit. Interiér má být jednoduchý s možností vidět na konec chodby. Velký přínos mají umístěné velké nástěnné kalendáře, hodiny, orientační tabule, cedule, piktogramy, zrcadla a směrovky (Hájková a kol., 2016, s. 29–30).

4.5 Komunikace s pacientem s demencí

Důsledkem nemoci dochází u člověka k narušení verbální komunikace. Pro nemocného je náročné druhému něco vysvětlit a zároveň není schopen často pochopit, co se druzí snaží sdělit jemu. Správná komunikace je předpokladem k prevenci vzniku problémového chování. Specifický přístup vyžadují zejména demenční pacienti s častými změnami nálad, což bývá typické pro Alzheimerovu chorobu (Hauke, 2017, s. 67–69).

S člověkem s demencí je potřeba komunikovat co nejjednodušeji. Sestra nepoužívá cizí a odborné výrazy, latinskou terminologii nebo zdravotnický slang. Nutné je odstranit všechny bariéry, které mohou komunikaci narušovat. Pečující zajistí používání kompenzačních pomůcek a ujistí se, zda mu pacient věnuje pozornost. Pro rozhovor je důležité vytvořit vhodné prostředí a podmínky, včetně osvětlení, hluku a odstranění rušivých elementů. Během komunikace jsou oba na stejné úrovni (sed-sed). Řeč musí být pomalá, stručná, zřetelná, srozumitelná a zaměřená pouze na jedno téma. Sestra udržuje oční kontakt, komunikaci doplňuje gesty a tělesnými projevy. Ujišťuje se, že pacient vnímá a rozumí, co je mu sdělováno (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 90–92). Pracovník nelže a s klientem nemanipuluje. Zachovává klid, nemluví o něm ve třetí osobě, aktivně naslouchá a chrání jeho důstojnost. Využívá doteky a názorně předvádí činnosti, které po pacientovi vyžaduje, například předvede posazení se do křesla. Zachovává trpělivost a shovívavost. Pokud člověk s demencí není schopen se adekvátně vyjádřit, sestra jej neopravuje nebo nabídne slova k dokončení věty. Nepřikazuje, nevychová a nechová se agresivně. Je nevhodné s nemocným mluvit jako s dítětem a používat zdvořilky nebo vulgarismy (Hauke, 2017, s. 67–79). Na začátku je pacient vždy osloven, jak si přeje, a personál se představí a připomene nemocnému, o koho se jedná. Přirozené je mluvit klidným, spíše nižším tónem hlasu. Vysoký a hlasitý tón může vyvolat strach či napětí. Nevhodné je mluvit monotónním a uspávajícím rytmem (Holmerová a Mátlová, 2015, s. 66–67).

5 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O GERIATRICKÉHO PACIENTA S DEMENCÍ

5.1 Koncept Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který se orientuje na lidské potřeby a poskytuje vhodné stimuly pro vnímání, komunikaci a hybnost. Hlavní myšlenkou je individualizovaná péče na základě biografie člověka. Umožňuje navázání kontaktu v bazální rovině, která probíhá především prostřednictvím různých forem dotyků. Okruh příjemců péče v konceptu Bazální stimulace je poměrně široký (Friedlová, 2018, s. 17-19). Své uplatnění získal v péči o předčasně narozené děti, osoby s těžkým zdravotním postižením, pacienty s kraniocerebrálním traumatem, somnolentní, dezorientované, se sníženým vnímáním vlastního těla a okolního světa, s hemiplegickým postižením, dementních i umírajících (Holzer, online, ©2018).

Umožňuje pečujícím navázat komunikaci s nemocným a zároveň je aktivizovat. Jedná se o soubor terapeutických postupů, které mají za cíl přizpůsobit se aktuální situaci pacienta a poskytnout mu kognitivní, komunikační a pohybové stimuly, které mohou pomoci posilovat uvědomování si vlastního těla a jeho hranic, zejména u dlouhodobě imobilizovaných, kde dochází ke změnám vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2012, s. 58).

Autor konceptu, profesor Andreas Fröhlich, koncepci vypracoval pro děti s tělesnými a intelektovými poruchami. Snažil se s nimi prostřednictvím stimulačních prvků navázat kontakt na bázi somatické, vibrační a vestibulární komunikace. Následně se tímto konceptem začali zabývat odborníci z medicíny (Friedlová, 2009, s. 5–7). V 80. letech 20. století začal spolupracovat se zdravotní sestrou Christel Bienstein, která přenesla koncept do ošetrovatelské péče o dospělé nemocné.

Samotný koncept je založen na neurofyziologickém základě, psychologii, fyzioterapii (technika Bobath) a vývojovém psychologickém modelu, který se opírá o myšlenky švýcarského filozofa a vývojového psychologa Jeana Piageta (INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o., online, ©2004–2018).

Koncept Bazální stimulace pracuje s dotekem. Nečekané a necílené doteky směřované na pacienta u něho mohou vyvolat strach a nejistotu. Proto je nutné u každého zvolit tzv. iniciální dotek, kterým dáváme jasně najevo svou přítomnost či začátek ošetrovatelské činnosti. Vždy by měl být doprovázen oslovením, které si pacient či rodinní příslušníci přejí.

Vhodnými místy jsou rameno, paže nebo ruka. Tuto informaci je nutné zaznamenat do dokumentace (Friedlová, 2014, s. 5).

Pečující reaguje na potřeby nemocného, hledá stimuly a eliminuje nežádoucí prvky. Základní roviny konceptu jsou vnímání, komunikace a pohyb. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je možná díky pohybu a vnímání. Rozlišujeme vnímání somatické, které nám pomáhá uvědomovat si vlastní tělo, vnímání vibrací a vestibulární, které nás informují o poloze a postavení těla v prostoru (Friedlová, 2018, s. 31).

Koncept Bazální stimulace má za cíl umožnit vnímat tělo, rozvíjet vlastní identitu v okolním světě, navázat komunikaci s okolím, pomoci se orientovat v časoprostoru a zlepšit vitální funkce (Friedlová, 2007, s. 23–24).

5.2 Možnosti bazálně ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty s demencí

5.2.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu. Sensibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí s kinestetickým vnímáním. Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam (Friedlová, 2011a, s. 10).

Mezi konkrétní možnosti somatické stimulace využívané na našem pracovišti patří polohování (mumie, hnízdo), celková koupel zklidňující i osvěžující a masáž stimulující dýchání.

Polohování

Okolí bez dostatečných podnětů způsobuje výraznou redukci přísunu informací k člověku. Již po 30 minutách klidného ležení dochází ke změnám vnímání vlastního těla. Především u dezorientovaných osob, které jsou uloženy na antidekubitní matraci, dochází ke ztrátě pocitu vlastních hranic a změně identity, což vede k degenerativní habituaci. Tento proces vede k jednotvárnosti mezi somatickou a psychickou orientací, která může mít za následek pasivitu, zmatenost, nezájem komunikovat či agresivitu pacienta. Podpořit vnímání můžeme zcela minimální změnou polohy, mikropolohováním pomocí srolovaného ručníku, prostěradla nebo polštářku, polohou mumie, polohou hnízdo, úchopem nohy rukou, překřížením končetin, položením rukou na hrudník či propletením prstů (Friedlová, 2011, s. 19–20).

Poloha hnízdo je ideální polohou k odpočinku, navozuje příjemné pocity, umocňuje vnímání tělesného obrazu, vytváří pocit bezpečí a jistoty a umožňuje zafixovat tělo do určité pozice nebo podpořit svalový tonus. Dementní pacienti lze polohovat do hnízda také po celkové zklidňující koupeli, nepříjemných zákrocích, masáži stimulující dýchání, jedince trpící hypertenzí, dezorientované, neklidné či agresivní. Ukládáme je do polohy, která je jim příjemná, dle biografie. Využívá se poloha na zádech, na boku, na bříše, nebo i vsedě v lůžku či v křesle. Srolované deky, ručníky, perličkové polštáře, polohovací hadi se použijí na ohraničení pacientova těla. Poté se pacient přikryje podle jeho individuálních požadavků (Friedlová, 2009, s. 38–39).

Poloha mumie má významný terapeutický vliv zejména u dementních pacientů, u kterých je výrazně narušené vnímání tělesného schématu a vyžadují intenzivní stimulaci. Jedná se konkrétně o pacienti neklidné, zmatené, agresivní, po anestezii a dlouhodobě upoutané na lůžko. Je kontraindikována u lidí trpících klaustrofobií (informace z biografie) a lze ji kombinovat s polohou hnízdo. Pacient leží na zádech na prostěradle a hlava je podložena polštářem. Horní končetiny můžeme položit zkřížené na hrudník. Z polohy se musí moci sám vymanit, nesmíme prostěradlo zatáhnout kolem těla nemocného příliš těsně, u nohou a končíme u trupu (Friedlová, 2014, s. 20).

Celková zklidňující koupel

Je-li člověk dlouhodobě imobilní a nemůže se pohybovat a měnit polohu, může se následkem nedostatečných podnětů z okolí objevit nežádoucí chování, které se může projevat vytrháváním permanentního močového katetru, trháním plen, svlékáním oblečení či ložního prádla, údery do postranic, či máváním končetin z lůžka (Friedlová, 2007, s. 68). Zklidňující koupel lze aplikovat u osob s demencí, které jsou neklidné, hyperaktivní, dezorientované, ustrašené, s tachykardií, se zvýšeným svalovým tonem, s poruchou spánku, s bolestí či v doprovodné péči při umírání (Friedlová, 2009, s. 76–77). Před koupelí vždy klienta informujeme o jejím zahájení, informace je vždy spjata s iniciálním dotekem. Pohyb po směru chlupu působí uklidňujícím způsobem a napomáhá uvědomovat si hranice vlastního těla. Po celou dobu sledujeme reakce klienta a změny tepové frekvence, krevního tlaku, zvýšenou salivaci, sekreci potu, slyšitelnost střevní peristaltiky, rytmus dýchání a podobně. Pacienta se vždy dotýkáme oběma rukama, udržujeme stálý kontakt, mytí genitálu není podmínkou, provedeme před či po, je třeba eliminovat veškeré rušivé elementy, včetně komunikace s dalším personálem a od pacienta neodcházíme (Friedlová, 2018, s. 77–78). Využívá se voda o teplotě mezi 37–40 °C. Nejprve ponoříme pacientovi ruce do umyvadla s vodou (taktilně-

haptický vjem), poté mu akusticky umožníme vodu vnímat ždímáním žínky. Olfaktoricky podpoříme vjemy vůněmi hygienických přípravků, které pacient používá. Pokud jsme začali obličejem, pokračujeme na hrudník a pohyb vedeme od středu trupu ke stranám. Vždy dodržujeme symetrii a kontinuitu. Následují horní končetiny, každý prst stimulujeme samostatně. Stejný postup vedeme i u dolních končetin. Záda myjeme na boku, ve směru od páteře ke stranám trupu. Sušení provádíme stejným způsobem jako umývání. K umývání používáme froté žínky. Zklidňující techniku je možné využít také při masáži s hydratačním mlékem či olejem. Celková stimulace by neměla přesáhnout 20 minut a po koupeli necháváme pacienta v klidu odpočívat (Tomová a Křivková, 2016, s. 104–105).

Celková povzbuzující koupel

U povzbuzující koupele využíváme pohybů proti růstu chlupů. Cílem je zvýšit vědomí a pozornost pacienta, svalový tonus, srdeční frekvenci, krevní tlak, podpořit aktivitu. Stimulace slouží také jako příprava před terapií s fyzioterapeutem. Využívá se u pacientů somnolentních, depresivních, apatických, u osob se sníženým svalovým napětím a s bradykardií. Povzbuzující koupel je kontraindikována u osob dezorientovaných, neklidných, nemocných Parkinsonovou chorobou a trpících hypertenzí a tachykardií. Povzbuzující koupel může zvýšit systolickou hodnotu tlaku o 10–20 milimetrů rtuťového sloupce (Friedlová, 2011, s. 15). Začínáme obličejem, a to od brady po stranách ke středu čela. Na hrudníku vedeme pohyby od stran trupu ke středu. Na horních i dolních končetinách začínáme stlačením konečků prstů a dále pokračujeme ve směru proti chlupům. Záda myjeme na boku, od stran k páteři. Teplota vody by měla být kolem 28–33 °C. Je možné použít také oleje, tělová mléka, nebo aplikovat masáž na sucho, přes oděv (Friedlová, 2014, s. 14).

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání je technika, kterou využíváme u pacientů s neurologickým onemocněním, nespavostí, dušností, bolestí, depresí, hyperventilací, povrchním dýcháním a ztráty uvědomování si vlastního těla (Friedlová, 2011, s. 23). Masáž je prováděna vsedě, pacientovi nejprve vymezení hranice hrudníku dlouhým hlazením od šíje směrem dolů k pasu. Poté provádíme pravidelné krouživé pohyby po celé délce zad. Během stimulace se synchronizujeme s dýcháním nemocného. Masáž by neměla překračovat pět minut (INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o., online, ©2004–2018).

5.2.2 Vibrační stimulace

Vnímání vibrací je zaznamenáváno přes mechanoreceptory, Vaterova-Paciniho a Meissnerova tělíška, která jsou uložena v kůži. Vibrační podněty zaznamenávají také proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrační techniky se využívají u osob, které postupně připravujeme k vertikalizaci a zlepšujeme jejich pohyblivost. Provádí se na dlouhých kostech, které šíří vibraci dále po skeletu. Lze použít vibrující předměty, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, holicí strojek, vibrující sedátka nebo vlastní ruce. Vibrace jsou kontraindikovány u krvácivých stavů, varixů, narušené integrity kůže a fragility vazů. Na hrudníku aplikujeme kontaktní dýchání s vibrací (Friedlová, 2018, s. 105).

Kontaktní dýchání s vibrací

Jedná se o intenzivní tělesný kontakt, kterým lze docílit pravidelného, hlubokého a klidného dýchání. Využívá se u pacientů zahleněných, kteří nejsou schopni vykašlávat sekreci, která se následně hromadí v dýchacích cestách. Vibrací dochází k prohloubenému dýchání, odstranění hlenu a zlepšení pohyblivosti hrudníku. Lze použít olej nebo tělové mléko. Pokud je to možné, uvedeme klienta do polohy vsedě, opřeno o horní končetiny. Pokud nelze, vleže volíme polohu na boku. Při nádechu a výdechu terapeutovy ruce provedou vibraci s mírným stlačením, ruka nepřerušuje kontakt s pacientem. Opakujeme pětkrát až desetkrát (Friedlová, 2011a, s. 23–25).

5.2.3 Vestibulární stimulace

Vestibulární aparát nás informuje o našem pohybu a poloze v prostoru. Vnímání smyslově rovnovážného ústrojí zaznamenává rotační, lineární a statické pohyby hlavy. Pokud nedochází u pacienta ke změně polohy nebo k ní dochází jen zřídka, ztrácí vestibulární ústrojí schopnost reagovat na změnu polohy, což může vést ke kolapsu, bolesti hlavy, zvracení, změnám svalového napětí a orientace ve vlastním těle. Bazální stimulací můžeme poskytnout stimuly a zlepšit tím prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Provedení u demenčních pacientů musí být pomalé, využívají se jemné otáčivé pohyby hlavy, houpací pohyby v lůžku, pohyby ovesného klasu a houpací křesla (Friedlová, 2014, s. 25). Efektivní je zapojení spirálového vzorce podle konceptu kinestetiky pro uvědomění si trojrozměrnosti v prostoru. Pokud je pacient schopen se posadit, provádíme stimulaci na lůžku s končetinami svěřenými dolů nebo vsedě v křesle. Při aplikaci ovesného klasu sestřička sedí nebo klečí za klientem, pevně ho fixuje na svém těle, jeho hlava je opřena o hrudník a následně

pohybuje s pacientem ve tvaru ležaté osmičky. Po stimulaci necháme pacienta chvíli setrvat v poloze vsedě a až poté jej ukládáme zpět do lůžka (Tomová a Krivková, 2016, s. 110-111).

5.2.4 Smyslová stimulace

Smyslová stimulace podporuje vyvolávání vzpomínek, paměť, uspokojuje potřeby a vytváří nové impulsy v nervovém systému a kontinuální stimulací udržuje nebo pomáhá vytvořit nová dendritická spojení v mozku. Mezi techniky konceptu patří stimulace auditivní, optická, orální, olfaktorická a taktilně-haptická (Friedlová, 2012, s. 58).

Ústa jsou jednou z nejcitlivějších a nejintimnějších zón na těle. Ústy komunikujeme, vnímáme chuť, poznáváme svět, vyjadřujeme emoce a prožitky. Pokud je u dementního člověka narušené vědomí, dochází ke změně svalového napětí, dolní čelist a jazyk se téměř nepohybují a z úst vytékají sliny. Orální stimulace zprostředkovává vjemy z úst a stimuluje vnímání, kterým se zvýší svalový tonus. Důležitá je důsledná práce s biografií pro výběr chuťového média, stimulaci obličeje a volbu vhodné polohy (Friedlová, 2011b, s. 10–11). Před provedením je třeba zohlednit problémy s polykáním. Je možné využít vatové nebo molitanové štětičky při aplikaci chuťové nabídky, která je zvolena na základě biografické anamnézy. Nikdy nevolíme více než tři druhy chutí. Podáváme chlazené nápoje, protože pomáhají nasimulovat motilitu jazyka. Další možností jsou tzv. cucací váčky, které jsou ideální alternativou zejména u pacientů s parenterální výživou aplikovanou nasogastrickou sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií. Pochutina je zabalena do mulu smočného ve vodě a vkládá se krátkodobě do úst (Friedlová, 2018, s. 121–123).

Do pacientových úst nepronikáme násilím. K uvolnění obličejových svalů slouží orofaciální masáž a funguje také jako stimulace slinných žláz (Friedlová, 2007, s. 122). Pohyby prstů jsou vedeny od čela až k bradě, dodržujeme kontinuitu doteku. Pokračujeme ke rtům, ke koutkům. Po masáži horní a dolní oblasti provedeme prsty jedné ruky plynulý kruh kolem celých úst. Nakonec všemi prsty lehce poťukáme obličej na lících, bradě a na čele. Masáž ukončíme zřetelným stlačením temene a brady dlaněmi proti sobě (INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o., online, ©2004–2018).

Optická stimulace je úzce spjata s vestibulárním drážděním. Pouhou změnou polohy se pacientovi mění zorné pole a má možnost sledovat dění ve svém okolí a orientovat se na svém těle. Stálé pozorování jednoho objektu může vyvolat iluzorní vnímání a dezorientaci (Friedlová, 2011b, s. 7–8). Neschopnost orientovat se v okolí vyvolává u pacientů s demencí

úzkost, strach či agresivní chování. Do zorného pole pacienta je vhodné umístit předměty a obrázky, které jsou mu blízké a poskytují mu pocit jistoty a bezpečí. K optické stimulaci slouží kresby jednoduchých tvarů se základními barvami. Obrázky a fotografie musí být dostatečně velké a umístěny do zorného pole pacienta. Nabídkou stimulačních prvků může být také sledování televize. Vhodné prvky volíme vždy na základě biografické anamnézy (Friedlová, 2018, s. 110–111).

Auditivní stimulace pomáhá navázat kontakt s pacientem, stimulovat vnímání aktivizací vzpomínek v paměťových stopách. Při práci s auditivními nabídkami u geriatrických pacientů s demencí by měli být poskytovány jasné a stručné podněty a pracovat na základě biografické anamnézy (Friedlová, 2018, s. 113–114). Mezi možnosti sluchových stimulů lze zařadit hudbu, hlas, zpěv. U pacientů, kteří se nacházejí v posledním stadiu demence, má terapeutické působení četba nebo vyprávění. Lze využít také hudební nástroje, které mohou dementní osoby cítit také tělem a vyvolají současně vibrační, vestibulární a somatické podněty, například tamburína, triangl nebo bubínek (Friedlová, 2011b, s. 9).

5.3 Přínos konceptu Bazální stimulace u geriatrického pacienta s demencí

V každodenní péči o geriatrického pacienta je možné využít jednotlivé techniky a zapojit je mezi běžné ošetrovatelské intervence, které sestra volí dle stavu a potřeb, s cílem podpořit orientaci a komunikaci, prostřednictvím kanálů souvisejících s tělem. Koncept Bazální stimulace při správné realizaci dopomáhá u osob s demencí ke znatelnému zlepšení orientace v čase, osobě i prostoru. Dochází ke zklidnění agresivního a problémového chování a k redukci dezorientace, ordinovaných farmak a užívání omezovacích prostředků (Buchholz und Schürenberg, 2013, s. 13–19). Bazální stimulace využívá regeneračních vlastností mozku, vede ke znovuobnovení porušených dendritických spojů a mozkové činnosti využitím vzpomínek, zažitých návyků a zkušeností uložených v paměti (Nemocnice TGM Hodonín, online, ©2019). Prostřednictvím stimulačních prvků osoby s demencí aktivizujeme ke smysluplným činnostem, uspokojujeme potřebu důvěry, klidu a bezpečí, podporujeme kvalitu života, zvyšujeme sebepoznání, vnímání reality a pochopení druhých jedinců. Poskytujeme oporu, podporujeme důstojnost a autonomii nemocného (Nemocnice Písek, online, ©2019). Po aplikaci prvků pacienti lépe komunikují a spí, zlepši se jejich zažívání, vyprazdňování, dýchání. Lépe se navozuje vztah mezi nemocným a terapeutem a současně se zvyšuje kvalita ošetrovatelské péče a stoupá spokojenost nejen

pacientů, ale také ošetrovatelského personálu. Pozitivní vliv se dostaví i při hojení nehojících se ran a dekubitů (Friedlová, 2012, s. 58–59). Pokud je pacientovi stimulace příjemná, může své pocity dávat najevo mžikáním očí, pootevřením očí a úst, hlubokými nádechy, bručením, úsměvem, uvolněním mimiky či klidnými pohledy do okolí (Friedlová, 2014, s. 14). Somatickou stimulací můžeme docílit u pacienta s demencí uvědomování si vlastního tělesného schématu. Činnosti opakujeme a podporujeme paměť a aktivitu mozku. Nejčastěji aplikujeme asistované koupele a dopomáháme při hygieně dutiny ústní, při česání a krmení. Využívají se zklidňující a/nebo povzbuzující koupele, polohování mumie, hnízdo, mikropolohování nebo masáž stimuluující dýchání. Stimulací vestibulárního aparátu můžeme ovlivňujeme tonus svalů, zejména šíjových, zádových a svalů končetin. Ty jsou důležité pro udržení stabilního sedu. Redukuje se riziko závratí a pádu. Techniky využívají jemných pohybů hlavou, pohyb ovesného klasu nebo pohupování v objetí či náruči. Olfaktorická stimulace napomáhá zorientovat se v situaci a vyvolává v člověku emoční prožitek. Nejrůznějšími vůněmi můžeme vyvolat hluboké vzpomínky. Při stimulaci auditivní je nutné dbát na sluchové deficity. Sluch společně se zrakem jsou nejvýznamnější smysly k poznávání okolí a navázání komunikace (Friedlová, 2012, s. 58–59). U seniorů s poruchou příjmu potravy využíváme prvky orální stimulace, kterými povzbuzujeme motorickou a sensorickou aktivitu mimických a žvýkacích svalů, vyvoláváme chuťové dráždění a zprostředkováváme vjemy z úst (Friedlová, 2018, s. 120).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

Praktická část práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí. Kvalitativní výzkum je zpracován formou kazuistik, které popisují jednotlivé případy.

6.1 Cíl práce

Cíl 1: Popsat využití konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí na konkrétním oddělení následné péče.

Praktickým výstupem práce je návrh strukturovaných formulářů pro sběr biografické anamnézy, plánu péče a realizace konceptu Bazální stimulace na oddělení následné péče konkrétní nemocnice.

6.2 Metoda výzkumu

V praktické části práce je využita metoda kazuistiky, která je definována jako ucelená a podrobná studie jedné osoby (Kutnohorská, 2009, s. 103). Kazuistiku lze definovat jako vědeckovýzkumnou metodu, která je založena na analýze konkrétního případu. Termín je odvozen z latinského casus (případ, událost) nebo z anglického case study (případová studie). Jedná se o podrobný popis určitého případu, který je zaměřen na jeden objekt a ve většině se vypracovává ex post (Hučík a Hučíková, 2010, s. 11–13). Data pro kazuistiku jsou získávána z mnoha různých zdrojů (Hendl a Remr, 2017, s. 213). V našem případě z biografické anamnézy získané z interview s příbuznými a známými pacientů, s ostatními členy týmu, z přímého pozorování, ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2008, s. 102). Výzkumník je osobně angažován na případu, podává chronologické vyprávění o událostech relevantních k případu (Hendl a Remr, 2017, s. 201).

6.3 Charakteristika respondentů

Respondentky v kazuistikách jsou čtyři geriatrické pacientky s různými typy demence, které byly hospitalizovány na konkrétním oddělení následné péče mezi lednem a březnem 2019. Tyto osoby měly specifické zdravotní problémy spojené s diagnózou demence. Jednotlivé kazuistiky popisují případy geriatrických pacientek s demencí různé etiologie, u kterých byl v průběhu jejich hospitalizace využíván koncept Bazální stimulace. První respondentkou byla paní s demencí alkoholové etiologie, která byla neklidná a chovala se agresivně vůči

personálu. U této pacientky se aplikovala zklidňující somatická masáž a polohování využívané v konceptu Bazální stimulace zaměřené ke zlepšení uvědomování si hranic vlastního těla. Druhou respondentkou byla pacientka, u které došlo důsledkem předávkování antikoagulancii k nitrolebnímu krvácení a následně k rozvoji demence. V tomto případě jsme se zaměřili na problém vzniklé hemiplegie a omezení mobility, do péče jsme zakomponovali neurofyziologickou koupel a vestibulární stimulaci. Další respondentkou byla pacientka s demencí u Alzheimerovy choroby. Aplikovali jsme u ní somatickou povzbuzující masáž a prvky orální stimulace. V poslední kazuistice je popsán případ úzkostné pacientky s demencí při Parkinsonově chorobě. Využívali jsme u ní vestibulární stimulaci před vertikalizací za účelem posílit stabilitu těla.

6.4 Organizace výzkumného šetření

Aplikace konceptu Bazální stimulace probíhala u pacientů na konkrétním oddělení následné péče nemocnice okresního typu mezi lednem až březnem 2019. U každé respondentky byly zvoleny techniky a prvky konceptu na základě jejich individuálních potřeb. Bazální stimulaci jsme aplikovali v rámci komplexní péče během celé jejich hospitalizace na ONP.

Při sběru dat jsme vycházeli z biografické anamnézy pacientů získané z informací od rodinných příslušníků a jejich známých, ze sdělení zdravotnického personálu a ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Od hlavní sestry nemocnice byl na základě žádosti získán písemný souhlas, který nás opravňoval k přístupu a využití osobních dat z lékařské a ošetrovatelské dokumentace (Příloha P V).

Byl stanoven plán s prvky a technikami konceptu Bazální stimulace, které byly zakomponovány do komplexní péče, a současně byl formulován cíl, kterého jsme chtěli u pacientek stimulací dosáhnout. Vzhledem k tomu, že na konkrétním oddělení není žádná dokumentace pro záznam konceptu Bazální stimulace, byly sestaveny návrhy formulářů (záznam biografické anamnézy, plán péče dle konceptu Bazální stimulace, realizace bazální stimulace) a informace byly průběžně zaznamenávány. Mezi spolupracujícím ošetrovatelským personálem byly informace o prováděné bazální stimulaci sdělovány ústně a někdy písemně v Hlášení sester či v dokumentaci Realizace ošetrovatelské péče. V průběhu výzkumu byly pacientky pozorovány, bylo sledováno jejich chování a na základě těchto poznatků byly vytvořeny předložené kazuistiky. Kazuistiky uvedené v bakalářské práci jsou anonymní. Fotografická dokumentace v přílohách je pořízená autorkou nebo jejími spolupracovníky v souladu s platnými předpisy týkající se ochrany osobních údajů.

7 KAZUISTIKY

7.1 KAZUISTIKA 1

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta s demencí alkoholové etiologie.

Pacientka byla hospitalizována na oddělení následné péče od 2. ledna 2019 do 22. února 2019, na toto oddělení byla přeložena z interního oddělení. Do nemocnice byla přijata na doporučení praktického lékaře, který ji našel během sociálního šetření v nevyhovujících podmínkách.

Anamnéza: Pacientka M. D., 61 let, žila s přítelem v rodinném domku bez přípojek vody, elektřiny a plynu. Bezdětná. Pobírá invalidní důchod pro invaliditu 1. stupně. Kouří cca 10 cigaret denně, abusus alkoholu, není orientována časem, místem ani osobou. Její chování je agresivní, ve slovním projevu často používá vulgarismy. V prvních dnech hospitalizace byla uplatňována fyzická restrikce z důvodu jejího velkého neklidu a agresivního chování vůči personálu. Z biografické anamnézy od přítele paní M. D. bylo zjištěno, že je slepá na pravé oko, slyší dobře. Bolest snáší špatně, má velmi nízký práh bolesti. Je pravačka. Má ráda teplejší prostředí. Nemá ráda doteky. Mobilní byla pouze v rámci lůžka. Má ráda vůni levandule. Pracovala jako kuchařka ve školní jídelně.

Status praesens: Pacientka vyžaduje velmi specifický a vlídný přístup. Fyzicky projevuje odpor k úkonům ošetrovatelského personálu projevující se kopáním a údery rukou. Odmítá manipulaci s jejím tělem. Je agitovaná, vytrhává si invazivní vstupy, bije do postranic, ruší ostatní pacientky, hlasitě křičí, vybavuje exkrementy, svléká si nemocniční košili a také ložní povlečení z kapny. Neustále vysunuje končetiny ven z lůžka (Příloha P I, obrázek 1).

Lékařské diagnózy: demence po intoxikaci alkoholem (intoxikace opakovaně v roce 2005, 2012, 2015 s antidepresivy, 2018); hypertenzní nemoc II. stupně; epilepsie toxonutritivní etiologie; amauroza pravého oka.

Farmakoterapie: Milurit 100 mg 1-0-1 (antiurátikum), B-komplex forte 0-1-0 (doplňk stravy, vitamíny skupiny B), Controloc 40 mg 1-0-0 (antacidum), Kalium chloratum 500 mg 1-1-1 (ionty), Heminevrin 300 mg 1-1-1 (anxiolytikum), Buronil 25 mg 0-0-0-2 (antipsychotikum), Apaurin 10 mg 1-1-1-1 i.v. (anxiolytikum).

Testy a škály: MMSE 8 bodů – těžká kognitivní porucha, test ADL 20 bodů – vysoká závislost, stupnice Nortonové 21 bodů.

Pohybový režim: Pacientka je mobilní v rámci lůžka.

Oslovení: Ošetřující personál paní M. D. vyká a oslovuje jménem.

Iniciální dotek: Byl zvolen na pravém rameni (dominantní pravá strana).

Cíl bazální stimulace: U této konkrétní pacientky bylo cílem podpořit vnímání tělesného schématu a redukovat neklidný stav pacientky. Bazálně stimulující ošetřovatelská péče se utvářela v rámci aktuálních schopností a možností pacienta a ošetřujících.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči:

- polohování pomocí mumie,
- polohování pomocí hnízda,
- zklidňující somatická masáž,
- olfaktorická stimulace,
- taktilně-haptická stimulace.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Polohování pomocí mumie

U pacientky bylo využito polohování pomocí mumie před spánkem ve večerních hodinách. Po oslovení, iniciálním doteku a seznámením s aktivitou byla paní M. D. zabalena do prostěradla a k vymezení hranic těla bylo použito polohovacích molitanových hadů (Příloha P I, obrázek 2).

Analýza poskytované bazální stimulace: První dva dny pacientka vydržela v prostěradle přibližně deset minut, poté se vymanila. Opakovaně tuto techniku prováděly také další sestry, po šesti dnech aplikace, po několika minutách v této poloze paní M. D. usnula a setrvala v ní, dokud personál polohovací pomůcky neodstranil z lůžka (Příloha P I, obrázek 3).

Polohování pomocí hnízda a taktilně-haptická stimulace

V průběhu dne bylo využíváno polohování do polohy hnízdo na boku i na zádech. K ohraničení tělesného schématu a navození příjemných pocitů, jistoty a bezpečí. Polohování do hnízda se u pacientky aplikovalo denně, průměrně třikrát. Při polohování bylo využito také taktilně-haptické stimulace. Protože pacientka neustále ničila inkontinenční pleny, do rukou jí byla vložena plastová vařečka (Příloha P I, obrázek 4). Zpočátku se personál

obával, že tento předmět bude paní využívat jako předmět obrany, ale byli jsme pozitivně překvapeni. Paní po pohmatání poznala, že drží v ruce vařečku a stimulací paměťové stopy u ní vyvolala pozitivní emoční reakce.

Analýza poskytované bazální stimulace: Taktilně-haptická stimulace měla pozitivní efekt, u pacientky vyvolala zklidnění. Dlouhou dobu si vařečku prohlížela a různě ji přehmatávala. Po pár minutách držela vařečku v ruce jako při vaření. Tím, že jsme ji umožnili držet známý předmět v ruce a zprostředkovali jsme přísun taktilního podnětu, přestala ničit inkontinenční plenkové kalhotky a svlékat ložní prádlo. V rámci odpočinku se osvědčila poloha hnízdo, která navodila u paní M. D. tělesný komfort. Po uložení do této polohy se pacientka zklidnila, někdy i usnula.

Zklidňující somatická masáž

Z důvodu agresivního chování byla druhý týden zvolena při péči další technika konceptu, a tou byla zklidňující somatická stimulace. Masáž byla prováděna přes oděv, nemocniční košili, jelikož pacientka slovně odmítala dotek personálu na kůži. Průměrně byla aplikována pětkrát do týdne, kolem 10 minut, nejčastěji po ranní hygieně (Příloha P I, obrázek 5).

Analýza poskytované bazální stimulace: Činnost byla zahájena vždy iniciálním dotekem, oslovením a vysvětlením činnosti. Zpočátku pacientka reagovala na tuto aktivitu negativně, mávala rukou a snažila se od sebe personál odhánět. Masáž komentovala slovy: „... *nechej mě...*“ nebo „... *nedělej se mnou kraviny...*“. První dva dny se nedařilo provést somatickou stimulaci do konce. Třetí den se situace změnila, paní M. D. přestala klást fyzický odpor. Po týdenní aplikaci začalo ustupovat problémové chování a zlepšila se komunikace s pacientkou. Pozorovali jsme po provedení masáže tělesné uvolnění. Další dny začala postupně projevovat souhlas, změnil se také výraz v jejím obličejí, nezatínala zuby, zredukovaly se neklidné stavy. V průběhu třetího týdne aplikace somatické zklidňující masáže si začala při této aktivitě broukat, při stimulaci se začalo využívat hydratační tělové mléko a dotek byl prováděn přímo na pokožku. Po třech týdnech považovala masáž po ranní hygieně už za automatickou. Dvakrát se sestřám připomněla sama.

Olfaktorická stimulace

Vzhledem k nespavosti a častému vykřikování v noci byl po dvou týdnech hospitalizace zařazen další prvek konceptu, olfaktorická stimulace. Pacientce byl nabídnut sprej s levandulovým aroma (viz autobiografická anamnéza). Vůně byla použita na osobní a ložní prádlo.

Levandule navozuje uvolnění, celkové zklidnění a má také mírné hypnotické účinky (AtlasRostlin, online, ©2010–2013).

Analýza aplikované bazální stimulace: Levandulová vůně měla u paní M. D. tišící efekt. Prvek byl aplikován vždy ve večerních hodinách. U pacientky se podařilo navodit spánek.

Katamnéza: V průběhu hospitalizace došlo k redukci problémového agresivního a agitovaného chování. Druhý týden od zavedení somatické zklidňující a taktilně-haptické stimulace ustoupilo agresivní jednání vůči personálu a zklidnily se agitované stavy. Po dvou týdnech zrušil lékař ordinace intravenózních anxiolytik a byla snížena dávka antipsychotik na poloviční. Po zavedení polohování pomocí mumie usínala pacientka lépe a v noci spala klidně. Po třech týdnech hospitalizace se u ní zlepšila soběstačnost v rámci lůžka. Byla schopná, v rámci jejích možností, s personálem komunikovat a spolupracovat.

Diskuze: Pro demenci alkoholové etiologie jsou typické stavy neklidu, agrese a úpadku úsudku. Proto jsme využili zklidňující techniky, a to somatickou a olfaktorickou stimulaci. U paní M. D. se podařilo redukovat agresivní a agitované chování. V prvních dnech hospitalizace byla uplatňována fyzická restrikce, v průběhu aplikace konceptu Bazální stimulace do komplexní péče došlo u pacientky ke zklidnění a tělesnému uvolnění. Pacientka začala s personálem spolupracovat a neprotestovala ani proti jiným ošetrovatelským výkonům (měření tlaku, výměna inkontinenčních plen apod.). S personálem navázala přátelský vztah. Zrušilo se podávání intravenózní medikace se sedativními účinky a upustilo se od kurtování, které již nebylo nutné. Vzhledem k neklidu u pacientky nebyla zvolena povzbuzující nebo vibrační stimulace, která zvyšuje úroveň vědomí, celkovou aktivitu a hodnoty krevního tlaku (Friedlová, 2014, s. 14, 26). U nemocné se zlepšila orientace a vnímání vlastního tělesného schématu. Minimálně se objevovaly agitované projevy ve večerních nebo nočních hodinách. Při této situaci se aplikovala poloha mumie, která měla pozitivní efekt, a došlo ke zklidnění. Paní setrvala klidně v lůžku a pod dohledem personálu se posazovala. Vzhledem k nedostatku taktilně-haptických podnětů, který se projevoval agitovaností, byla zvolena smyslová stimulace pomocí vařečky. Je vhodné využívat předmětů spojených se zálibami, chodem domácnosti nebo výkonem povolání, protože známé věci vyvolávají řadu vzpomínek a navozují pocit uvolnění a bezpečí (Friedlová, 2018, s. 131–132). Vymizelo problémové chování, přelézání postranic, vykřikování a vytahování si invazivních vstupů. Vzhledem k sociální situaci nebylo možné delegovat péči na příbuzné, přítel paní M. D. nebyl schopen spolupráce v takovém rozsahu.

Závěr: U pacientky s demencí alkoholové etiologie se nám podařilo podpořit vnímání tělesného schématu a redukovat neklidný stav. Pomocí zklidňujících technik a polohování podle konceptu Bazální stimulace byly zredukovány projevy agresivního a agitovaného chování. Při poskytování taktilně-haptické a olfaktorické stimulace bylo cíleně pracováno s informací z biografické anamnézy a podařilo se tak ovlivnit nežádoucí činnosti pacientky. Z oddělení následné péče byla pacientka přeložena do Zdravotně sociálního střediska, kde bylo doporučeno nadále pokračovat v bazálně ošetrovatelské péči.

7.2 KAZUISTIKA 2

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u geriatrického pacienta s demencí vaskulární etiologie.

Na oddělení následné péče byla pacientka přeložena z neurologického oddělení k prolongaci terapie a celkové ošetrovatelské péči po prodělané cévní mozkové příhodě. U pacientky došlo důsledkem předávkování perorálními antikoagulancii k nitrolebnímu krvácení do pravé hemisféry. U pacientky již na neurologickém oddělení byla diagnostikována demence vaskulární etiologie. Na ONP hospitalizována od 29. ledna 2019 do 15. března 2019.

Anamnéza: Pacientka J. M. má 78 let, je vdova, bydlí s dcerou v rodinném domě. Před prodělanou cévní mozkovou příhodou byla soběstačná a aktivní. Měla ráda společnost lidí, vychovala pět dětí a má osm vnoučat a dvě pravnoučata. Dle biografické anamnézy, kterou vyplnila její dcera, je pacientčina oblíbená vůně květinová. Je zimomřivá, má ráda teplo a nemá ráda tmou. Několik let trpí nespavostí. Na čtení nosí brýle, potíže se sluchem nemá. Dříve pracovala jako dělnice ve výrobě leteckých součástek.

Status praesens: Při příjmu na naše oddělení byla pacientka imobilní a její stav vyžadoval celkovou ošetrovatelskou péči. Po cévní mozkové příhodě u ní došlo k levostranné hemiplegii a hemianestezii. Paní J. M. nezvládala pohyb ani zdravou stranu těla. Vzhledem k fatické poruše bylo obtížné navázat srozumitelnou komunikaci. Postupně se rozvinul syndrom demence. Byla zmatená, dezorientovaná v prostředí. Zapomínala a nebyla schopná porozumět a vyhovět pokynům personálu. Byla depresivní, plačtivá, lékař naordinoval antidepresiva.

Lékařské diagnózy: intracerebrální hemoragie v oblasti pravé hemisféry – podkorové; fibrilace síní; dekompenzovaná hypertenze II. stupně (WHO); demence vaskulární etiologie.

Farmakoterapie: Amlodipin 5 mg 0-0-1 (vasodilatancium), Valzap 80 mg 1-0-0 (hypotenzivum), Milurit 100 mg 1-0-1 (antiuraticum), Digoxin 0,125 mg 1-0-0

(antiarytmikum), Bealoc Zok 50 mg 1-0-0 (hypotensivum), Siofor 1000 mg 1-0-1 (antidiabetikum), Citalec 20 mg 1-0-1 (antidepresivum), Lexaurin 1,5 mg 0-0-1 (anxiolytikum), Pyridoxin 20 mg 1-0-1 (vitamin B6), Sanval 10 mg 0-0-0-1 (hypnotikum).

Testy a škály: MMSE 21 bodů – lehká kognitivní porucha; test ADL 35 bodů – vysoká závislost; stupnice Nortonové – 24 bodů.

Pohybový režim: Pacientka je plně imobilní.

Oslovení: Ošetřující personál paní J. M. vyká a oslovuje příjmením.

Iniciální dotek: Byl zvolen na levé horní končetině. Dotek je proveden pohlazením se zřetelným tlakem po celé délce končetiny. Levá končetina zvolena proto, že je pacientka je postižena na této straně hemiplegií a snahou personálu je stimulovat právě tuto stranu a podporovat u pacientky uvědomování postižené levé končetiny.

Cíl bazální stimulace: U této pacientky bylo naší snahou posílit pocit tělesné integrace, docílit zlepšení pohyblivosti a podpořit vnímání tělesných hranic, rovnováhy a polohy těla. Do péče byli zainteresováni nejbližší příbuzní a také další členové zdravotnického týmu, fyzioterapeut a logoped.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:

- neurofyziologická koupel/masáž,
- polohování pomocí mumie,
- optická stimulace,
- vestibulární stimulace pomocí malých pohybů hlavy a houpavých pohybů.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Neurofyziologická koupel/masáž

U pacientky byla zvolena neurofyziologická koupel, která se prováděla denně, a to vždy v rámci ranní hygieny. Somatická stimulace byla zahájena iniciálním dotekem a vysvětlením paní, co se bude dít. K mytí byly použity žínky, které přinesla pacientčina dcera z domu, i s hygienickými prostředky, které je zvyklá používat (Příloha P II, obrázek 6). Podle informací z biografie byla využita pro koupel velmi teplá voda. Paní J. M. byla zvyklá se po sprchování mazat tělovým olejem nebo mlékem. Kůže se tedy promazávala stejným způsobem jako při koupeli, a to od zdravé strany těla k nemocné. Vzhledem k narušení

komunikace kvůli paréze lícního nervu se využila také neurofyziologická masáž obličeje před cvičením s logopedem.

Analýza poskytované bazální stimulace: Cílem této somatické stimulace je osobám s poruchou hybnosti poloviny těla postiženou stranu znovu vnímat (Friedlová, 2011, s. 18). Během týdne aplikace neurofyziologické stimulace začala pacientka postupně zapojovat zdravou stranu těla. Druhý týden byla při hygieně zavedena asistovaná koupel, kdy si pacientka umývala zdravou stranu těla pomocí pohybů, které vedl ošetřující personál její plegickou končetinou (Příloha P II, obrázek 7). Při této aktivitě byl u paní J. M. posilován pocit soběstačnosti a podporováno vnímání hranic vlastního těla.

Polohování pomocí mumie

Po celkové hygieně bylo u pacientky aplikováno polohování pomocí mumie. Mumie podporuje vnímání tělesného schématu a ohraničením dává nemocnému informace o tělesných hranicích jeho těla. Polohování bylo zahájeno oslovením a iniciálním dotekem. Pacientka byla seznámena s důvodem, proč je do této polohy uložena. Byly využity molitanové hady a její vlastní deka. Zpočátku se technika aplikovala denně (Příloha P II, obrázek 8).

Analýza poskytované bazální stimulace: Polohování pomocí mumie pacientce vyhovovalo. Po uložení zavřela oči, uvolnila se a v klidu odpočívala. Ve fleecové dece setrvala kolem 30 minut, poté se sama vymanila. Následující týden probíhala aplikace stejně. Paní sama hodnotila polohu jako přínosnou. Druhý týden polohování připouštěla, že cítí a uvědomování si plegické strany těla se zlepšuje. V polohování se pokračovalo po celou dobu hospitalizace.

Vestibulární stimulace pomocí pohybů hlavy do stran a houpavých pohybů

Třetí týden hospitalizace byla pacientka již v lůžku mobilní, plně zapojovala pravou stranu těla a bylo možné začít s vertikalizací do sedu. Vertikalizace byla zahájena vestibulární stimulací. Vestibulární podněty zřetelně působí na stabilitu držení těla a normalizují tonus. Aktivita byla zahájena iniciálním dotekem, oslovením a vysvětlením, jak bude činnost probíhat. Nejdříve jsme začali s mírnými otáčivými pohyby hlavy v lůžku. Poté jsme pacientku začali postupně vertikalizovat do sedu, sestra se posadila vedle paní na lůžko a začala s ní, v poloze vsedě, provádět lehké houpavé pohyby (Příloha P II, obrázek 9). Stimulace houpavými pohyby byla aplikována po dobu čtrnácti dní před každým posazováním.

Analýza poskytované bazální stimulace: Při prvních mobilizacích doprovázely pacientku mdloby. První týden nedokázala udržet rovnováhu, převážila celou váhu těla doleva a padala na postiženou stranu. Během druhého týdne se začala stabilita a prostorová orientace zlepšovat. Třetí týden probíhalo posazování již bez výrazných problémů a na konci hospitalizace jsme se pokoušeli s fyzioterapeutkou i o stoj ve vysokém chodítku.

Katamnéza: Po 14 dnech hospitalizace vlivem komplexní péče, do které byla zařazena také bazálně ošetrovatelská péče se somatickou a vestibulární stimulací, se u pacientky podařilo zlepšit psychickou stránku i fyzický stav. Vlivem uvedených pozitivních změn ustoupily čtvrtý týden hospitalizace deprese a lékař snížil denní dávku psychofarmak (citalopram) na polovinu. Po třech týdnech se u pacientky zlepšila komunikace, byla schopná se domluvit jak s personálem, tak s ostatními pacientkami na pokoji. Rodina paní J. M. motivovala k rehabilitaci, logopedickým cvičením a dcera sama jí od čtvrtého týdne hospitalizace prováděla neurofyziologickou masáž při návštěvě, podle instrukcí všeobecných sester.

Diskuze: U pacientky byla zvolena ze somatické stimulace neurofyziologická koupel z důvodu levostranné hemiplegie a hemianestezie. Ta se prováděla denně v rámci ranní hygieny. Po měsíci hospitalizace došlo k celkovému zlepšení fyzického stavu. Postižená horní končetina byla stále nepohyblivá, ale po aplikaci neurofyziologické koupele a masáži se druhý týden podařilo alespoň částečně obnovit cití. Tuto informaci jsme získali od pacientky. Po dvou týdnech se zvládla paní sama najíst a celkově byla v rámci lůžka soběstačná. U pacientky s fatickou poruchou nebyla zvolena orofaciální masáž, která podporuje motoriku obličejových a ústních svalů, jako tomu bylo u paní v kazuistice 3, ale aplikovala se na obličej somatická neurofyziologická masáž, která stimuluje nepostiženou stranu k aktivitě a má relaxační vliv na postiženou stranu obličeje. Neurofyziologickou stimulací obličeje se postupně zlepšuje senzorka postižené části a směřuje k navrácení motorických funkcí (Friedlová, 2018, s. 195). Výrazně se v průběhu hospitalizace zlepšila komunikace, od třetího týdne se pacientka byla schopná srozumitelně vyjádřit a chápala, co je po ní vyžadováno. Zpočátku hospitalizace nebyla pacientka schopna se udržet v poloze vsedě ani s oporou. Po čtyřech týdnech se zvládla sama posadit za pomoci hrazdičky. Naučila se postup posazování, zdravou nohou vždy posune nemocnou ven z lůžka a poté se přes bok vytáhla do sedu. Následně byla napolohována, za záda byla vložena opora, molitanové křeslo, plegická končetina byla podložena polštářem. Pomocí mumie se dokázalo podpořit vnímání hranic na postižené straně. Vestibulární stimulací se podpořila prostorová orientace vlastního těla a usnadnila se tak vertikalizace do sedu a následně

do stoje ve vysokém chodítku. Rodina jí donesla rehabilitační míček a pacientka si prováděla pomocí míčku masáž levé horní končetiny (Příloha P II, obrázek 10). Noční stolek byl umístěn na levé straně lůžka. Postel na pokoji byla umístěna tak, že personál přicházel z levé strany a pacientka byla nucena otáčet hlavu na postiženou stranu a opírat se o plegickou končetinu. Nemocní s hemiplegií mají tendence udržovat hlavu rotovanou ke straně zdravé (Carraro, 2002, s. 18).

Závěr: U pacientky s demencí po cévní mozkové příhodě jsme posílili pocit tělesné integrace, pomohli jsme částečně zlepšit pohyblivost pravé poloviny těla, na levé polovině bylo pouze zlepšeno čítí. Podpořili jsme vnímání polohy těla a pohybu v prostoru. Po měsíci hospitalizace byla propuštěna domů, do péče dcery, která byla seznámena v průběhu hospitalizace všeobecnými sestrami s bazálně stimulující ošetrovatelskou péčí, ve které chtěla pokračovat.

7.3 KAZUISTKA 3

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Pacientka byla přeložena 21. ledna 2019 na následnou péči z interního oddělení k dokončení antibiotické terapie. Paní prodělala pneumonii-non specificita. Hospitalizace trvala do 12. března 2019.

Anamnéza: Paní M. V., 77 let, bydlí v penzionu s pečovatelskou službou. Vedla sedavý způsob života, nikdy nedělala pohybové aktivity. Nejbližší osobou je její sestřenice. Z biografické anamnézy bylo zjištěno, že byla zvyklá spávat zhruba čtyři hodiny denně. Vidí a slyší dobře. Dominantní strana je levá. Paní je křesťanka a pravidelně chodívala do kostela. Informovali jsme nemocničního kaplana, a ten za pacientkou docházel 1x týdně. Dříve pracovala jako úřednice.

Status praesens: Při příjmu na oddělení následné péče byla paní zcela imobilní. U Alzheimerovy choroby dochází u nemocných ke ztrátě motivace, zhoršené mobilitě a častým depresím (Zvěřová, 2017, s. 30). V lůžku zaujala polohu na boku, se skrčenými nohama a sklopenou hlavu k prsům, kterou neměnila. Pacientka vůbec nekomunikovala, maximálně někdy jednoslovně odpovídala „ano/ne“. Po oslovení upřeně sledovala personál, její tvář byla bez mimických pohybů a grimas, neverbální komunikace byla velmi omezená. Stravu odmítala, při krmení sklopila hlavu dolů a nechtěla otevřít ústa. Za den vypila maximálně 400 ml

pomocí Janetovy stříkačky, proto byla nutná parenterální hydratace. Postupně docházelo k progresi stavu. Kvůli neuspokojivé nutriční a častým hypoglykemiím byla pátý den hospitalizace zavedena nasogastrická sonda (NGS). Standardní množství podávané výživy paní netolerovala, proto byly podávány pouze minimální dávky (50 ml Nurtrisonu + 30 ml vody). Po zavedení NGS byla spolupráce s pacientkou problematická.

Lékařské diagnózy: Alzheimerova choroba; pneumonie-non specificita; vertigo; diabetes mellitus 1. typu.

Farmakoterapie: Clopidogrel 75 mg 1-0-0 (antiagregancium), Sortis 10 mg 0-0-1 (hypolipidikum), Motilium 10 mg 1-1-1 (antiemetikum), Alzil 10 mg 0-0-1 (psychostimulancium), Gingio 40 mg 0-1-0 (vazodilatancium, nootropikum, antidementivum), Novomix 30 s.c. 6-8-6j (antidiabetikum).

Testy a škály: MMSE nelze provést; test ADL 0 bodů – vysoká závislost; stupnice Nortnové 16 bodů.

Pohybový režim: Pacientka je plně imobilní.

Oslovení: Ošetřující personál paní M. V. vyká a oslovuje příjmením.

Iniciální dotek: Byl zvolen na levém rameni (dominantní strana).

Cíl bazální stimulace: U pacientky zprostředkovat chuťové vjemy, stimulovat vnímání, zvýšit salivaci a uvolnit svalový tonus při podávání stravy. Vzhledem k apatii bylo snahou docílit zvýšení pozornosti, podpořit tělesnou aktivitu a předejít kolapsovým stavům. Byly zvoleny nabídky, které byla pacientka schopna vnímat a zpracovat.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:

- orální stimulace,
- orofaciální masáž,
- povzbuzující somatická masáž,
- vestibulární stimulace pomocí houpavých pohybů.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Orální stimulace

Z důvodu zavedené nasogastrické sondy byla u paní aplikována orální stimulace. Ta má velký význam u lidí, kteří nemohou přijímat potravu ústy. Poskytování chuťových prožitků je pro ně emoční záležitost, která posiluje kvalitu jejich života (Friedlová, 2018, s. 120).

Činnost byla zahájena iniciálním dotekem a oslovením. Ke stimulaci a poskytnutí chuťového vjemu byla využita molitanová štětka, která dokáže nasát větší množství chuťového média. Ta se ponořila do vychlazeného ledového čaje, který dle biografické anamnézy pila pacientka nejraději. Poté jsme začali různými pohyby a směry stimulovat jazyk a sliznici dutiny ústní (Příloha P III, obrázek 11). Dalším prvkem byl tzv. cucací váček. Na základě informací z biografie byla zvolena jahodová marmeláda jako médium, ta se vložila do smočeného mulu, a ten následně do úst pacientky (Příloha P III, obrázek 12). Tato činnost umožní pacientce ochutnat to, co je jí příjemné a pro ni známé. Prvek byl aplikován třikrát do týdne. Druhý týden jsme začali médium zaměňovat, např. s kiwi nebo sýrem. Po zavedení nasogastrické sondy přestala pacientka zcela přijímat tekutiny. Proto jsme vyzkoušeli podávání čaje Pasteurovou pipetou, která nepůsobí tak agresivně jako stříkačka (Příloha P III, obrázek 13). Čaj z pipety se podával několikrát za hodinu. Tato metoda se nám osvědčila.

V rámci orální stimulace byla prováděna také hygiena dutiny ústní pomocí molitanové štětky a ústní vody, na kterou byla pacientka zvyklá (viz biografická anamnéza).

Analýza poskytované bazální stimulace: Pro špatnou spolupráci pacientky nebyla orální stimulace ze začátku snadná. Při hygieně dutiny ústní nechtěla otevřít ústa a dovolit ošetřujícímu proniknout dovnitř. Prováděli jsme opakovaně orofaciální masáž (popsaná níže v textu) a poté jsme aplikovali orální stimulaci pro zprostředkování chuťových vjemů. Štětiku smočenou ve vychlazené tekutině paní začala v ústech nasávat. Opakovaně jsme ji smáčeli a vkládali do úst, pacientka setrvala v této činnosti kolem 5 minut. Byla uvolněná a nedocházelo k zatínání čelisti a pevnému svírání rtů. Pozitivní efekt měl tzv. cucací váček. Tento zážitek byl pro paní příjemný. Zavřela oči, položila hlavu a v ústech začala váčkem různě pohybovat. Bylo možné vidět uvolnění a úsměv. Zlepšilo se také přijímání tekutin. Při napájení pipetou se postupně dávky po malém množství zvyšovaly a paní začala znova popíjet. Po 14 dnech byla sonda odstraněna.

Orofaciální masáž

První den po odstranění NGS se začala paní podávat kašovitá strava. První pokusy byly bez úspěchu. U paní se opět zvýšil svalový tonus obličejových svalů a nechtěla otevřít ústa. Proto se začala aplikovat před jídlem orofaciální masáž (Příloha P III, obrázek 14), která stimuluje svaly obličejové a ústní a podporuje salivaci. Masáž obličeje podněcuje senzorku obličeje, která je potřebná právě u pacientů s těžkým stupněm demence a slouží jako příprava

na krmení (Friedlová, 2018, s. 126). K paní se přistoupilo z levé strany, následně byl proveden iniciální dotek a bylo vysvětleno, co bude ošetřující dělat. Masáž probíhala kolem 4–5 minut.

Analýza poskytované bazální stimulace: Po stimulaci mimických a žvýkacích svalů došlo k jejich uvolnění. U pacientky nastalo samovolné pootevření úst. Třetí den začala při krmení plně spolupracovat. Masáž zvýšila salivaci a paní dokázala stravu bez problémů rozmělnit a spolknout. Po odstranění sondy se stav pacientky celkově zlepšil a začala s personálem také více komunikovat.

Somatická povzbuzující masáž

Čtvrtý týden jsme se rozhodli pro vertikalizaci do sedu. Na úvod byla aplikována somatická povzbuzující masáž přes oděv s froté žínkami proti růstu chlupů. Povzbuzující masáž pobízí k aktivitě, zvyšuje vnímání a sílu svalového tonu (Friedlová, 2014, s. 14). Prováděla se denně před každým posazováním, zhruba 10 minut.

Analýza poskytované bazální stimulace: Povzbuzující somatickou stimulací se podařilo pacientku zaktivizovat, zvýšit její pozornost a dosáhnout částečné spolupráce. Paní M. V. otevřela oči a začala sledovat dění ve svém okolí. Na periferii těla došlo ke zvýšenému svalovému napětí a naježení chlupů. Současně byly stimulovány hranice tělesného schématu. Po dvou týdnech ustupovala také apatie a paní zvyšovala zájem o aktivitu.

Vestibulární stimulace pomocí pohybů hlavy do stran a houpavých pohybů

Po povzbuzující masáži byla provedena vestibulární stimulace. Z důvodu dlouhodobé imobilizace a vertigu v anamnéze jsme chtěli předejít kolapsovým stavům. Při změně polohy se prováděly mírné pohyby hlavy. Poté jsme paní vertikalizovali do sedu. Ošetřující si sedl vedle paní do lůžka a začal s ní provádět lehké houpavé pohyby (Příloha P III, obrázek 15).

Analýza poskytované bazální stimulace: Na závrať si paní nestěžovala, ale spolupráce byla minimální. Stále měla sklopenou hlavu dolů. V sedu setrvala kolem tří minut, poté byla uložena zpět do lůžka. Po dvou týdnech se začal stav zlepšovat. V sedu vydržela až 10 minut a začala zvedat hlavu nahoru. Pokus o stoj ve vysokém chodítku byl neúspěšný. Vestibulární stimulace se prováděla jednou denně po dobu dvou týdnů.

Katamnéza: Během poskytování bazálně ošetrovatelské péče, orální smyslové stimulace a somatické orofaciální masáže, došlo ke zlepšení příjmu potravy. Druhý týden po odstra-

nění nasogastrické sondy dokázala paní M. V. sníst část porce. A vypila za den kolem 1,2 litru tekutin. Zlepšila se také komunikace a spolupráce s personálem. Čtvrtý týden hospitalizace se započalo s aplikací vestibulární stimulace a povzbuzující somatické masáže. Poté se u paní M. V. zlepšila pohyblivost v lůžku. Následně na to jsme začali pacientku posazovat, začala postupná vertikalizace, s dopomocí byla schopna v pátém týdnu hospitalizace usedět se svěřenými nohama, přibližně 10 až 15 minut.

Diskuze: U pacientky s Alzheimerovou chorobou se vyskytovaly problémy s příjmem potravy, proto byly zvoleny v rámci poskytování bazální ošetrovatelské péče prvky orální stimulace. V průběhu měsíce, kdy byly aplikovány prvky orální stimulace a orofaciální masáže, došlo ke zlepšení příjmu potravy a tekutin. Orální stimulací jsme stimulovali chuťové buňky a snažili se vyvolat u ní zájem o potravu. Orofaciální masáží jsme aktivovali mimické a žvýkací svalstvo a pozitivně ovlivňovali spolupráci při krmení pacientky. Obě uvedené techniky mají za cíl podpořit u pacientů, kteří mají zavedenou výživovou sondu, znovu obnovení přirozeného příjmu potravy, polykání a zapojení perorálních vjemů (čichové, hmatové a optické). Současně zapojují řečové funkce a senzoriku dutiny ústní (Friedlová, 2011, s. 10–13). Druhý týden po odstranění nasogastrické sondy dokázala pacientka sníst polovinu porce. Krmení probíhalo bez výrazných obtíží. Byla schopná po odstranění nasogastrické sondy vypít kolem 1,2 litru čaje za den. Vzhledem k dlouhodobé omezené pohyblivosti, slabosti a únavě byla zvolena somatická povzbuzující masáž, která zvyšuje vědomí a aktivitu pacienta. Kvůli výrazné apatii nebyla zvolena zklidňující somatická stimulace, která způsobuje uvolnění svalového tonu (Friedlová, 2018, s. 77). Pro zlepšení orientace v prostoru a jako prevence závratí při posazování byla využita vestibulární stimulace pomocí malých pohybů hlavy do stran a houpavých pohybů. Druhý týden od začátku našich snah o vertikalizaci zvládla paní M. V. sedět v lůžku s oporou až 10 minut. Bohužel stále bez výrazné aktivní spolupráce. Závratě se u paní nevyskytovaly. Po zlepšení klinického stavu byla pacientka schopna propuštění zpátky do sociálního zařízení.

Závěr: U pacientky s Alzheimerovou chorobou se podařilo pomocí poskytované orální stimulace zprostředkovat chuťové vjemy a současně se postupně obnovil i příjem tekutin. Pomocí vestibulární stimulace se předešlo kolapsovým stavům při posazování. Povzbuzující somatická masáž podpořila u pacientky aktivitu a dosáhli jsme tak částečného zlepšení pohyblivosti v lůžku.

7.4 KAZUISTIKA 4

Cílem kazuistiky je popsat využití jednotlivých technik konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u pacienta s demencí při Parkinsonově chorobě.

Pacientka byla hospitalizována na oddělení následné péče od 6. února do 20. března 2019. Byla přeložena z chirurgické JIP, kde byla přijata po operaci krčku pravé kosti stehenní. Ke zlomenině došlo při pádu doma, na dvoře, důvodem byla nestabilní chůze, která je zapříčiněna extrapyramidovým syndromem.

Anamnéza: Pacientka B. P., 92 let, bydlí v rodinném domě s manželem, který se o ni stará. Pravidelně za nimi dochází dvě dcery, které jim nakupují a uklízejí. Má kladný vztah ke zvířatům, doma mají psa. Je zvyklá vstávat kolem páté ranní a s manželem si uvařit kávu. Dle biografické anamnézy byla paní zvyklá na mletou stravu, zubní protéza jí už dlouho nevyhovuje, byla zvyklá více solit. Popíjí nejraději minerální vody. Je nedoslýchavá na pravé ucho. Na čtení nosí brýle, má nystagmus. Bolest snáší špatně, má velmi nízký práh bolesti. Je pravačka. Dříve pracovala jako kontrolorka ve výrobě součástek munice. Informace do biografické anamnézy poskytly jak obě dcery, tak manžel.

Status praesens: Při příjmu na oddělení byla paní dezorientovaná a neklidná. Neustále vykřikovala a vyvolávala jména rodinných příslušníků. Komunikace byla obtížná, od pacientky nešlo získat jakékoliv informace, pouze nesrozumitelná slova. Nerozuměla, co po ní personál žádal. Byla zcela imobilní a stav vyžadoval celkovou ošetrovatelskou péči. Při manipulaci s operovanou končetinou reagovala intenzivním křikem. Na rukou se objevoval slabý tremor, který při pohybu mizel, u pacientky se vyskytovala celková rigidita. Pacientka byla plačtivá a úzkostná, měla strach. Nechápal, jak se ocitla v konkrétní situaci. Lékař naordinoval antipsychotika. V souvislosti s úzkostnými stavy byla také často dušná.

Lékařské diagnózy: Parkinsonova choroba (diagnostikovaná roku 2010); zavřená zlomenina krčku kosti stehenní; generalizovaná úzkostná porucha; kombinovaná ventilační porucha s obstrukcí 2. stupně.

Farmakoterapie: Nakom 250 mg 1-1-1 (antiparkinsonikum), Warfarin 3 mg 0-1/2-0 (antikoagulancium), Atorvastatin 10 mg 0-0-1 (hypolipidemikum), Buronil 25 mg 0-0-0-1 (antipsychotikum), Tiapridal 100 mg 1-1-1-2 (antipsychotikum).

Testy a škály: MMSE 12 bodů – středně těžká kognitivní porucha; test ADL 40 bodů – vysoká závislost; stupnice Nortonové 22 bodů.

Pohybový režim: Pacientka je zcela imobilní.

Oslovení: Ošetřující personál paní B. P. vykává a oslovuje příjmením.

Iniciální dotek: Byl zvolen na pravém rameni (dominantní pravá strana).

Cíl bazální stimulace: U pacientky s Parkinsonovou chorobou bylo naší snahou navodit tělesné uvolnění, zmírnit bolesti, redukovat výskyt úzkostných stavů a posílit tělesnou stabilitu.

Plán využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči:

- zklidňující koupel,
- masáž stimulující dýchání,
- vestibulární stimulace pomocí ovesného klasu,
- optická a taktilně haptická stimulace.

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Zklidňující koupel

U pacientky byla zvolena somatická stimulace, zklidňující koupel a masáž stimulující dýchání. Zklidňující koupel se aplikovala z důvodu výrazného neklidu, rigidity a bolestí operované končetiny (Příloha P IV, obrázek 16). Byla prováděna denně, jako součást ranní hygieny, někdy i v odpoledních hodinách. Ke koupeli byly využity hygienické prostředky, které donesl manžel z domova. Činnost byla zahájena iniciálním dotekem, oslovením a vysvětlením pacientce, co se bude dít. Umývali jsme ji po směru růstu chlupů a na poraněné kyčli byl proveden pouze mírný tlak.

Analýza poskytované bazální stimulace: Na tuto somatickou stimulaci reagovala pacientka velmi pozitivně, klidně ležela a usmívala se. Během koupele si na bolest nestěžovala, naopak nám opakovaně sdělila, že bolest ustoupila. Po stimulaci došlo k uvolnění a částečně povolila i ztuhlost po celém těle. Bolesti ustoupily ve druhém týdnu hospitalizace, současně se také zlepšila pohyblivost v lůžku. Třetí týden byla pacientka v rámci lůžka soběstačná a fyzioterapeutka začala posazovat paní B. P. s končetinami dolů z lůžka.

Masáž stimulující dýchání

Vzhledem k úzkostným stavům, dechovým potížím a celkovému psychomotorickému neklidu, který přetrvával, byla nabídnuta pacientce masáž stimulující dýchání. Poskytuje uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjadřuje empatii (Friedlová, 2014, s. 22). Činnost byla zahájena oslovením a iniciálním dotekem. První dva týdny jsme prováděli masáž vleže na boku. Jako médium bylo využito levandulové hydratační mléko. Později, když se začala paní mobilizovat, jsme masáž aplikovali vsedě. První týden byla nabízena denně, druhý týden, když začaly stavy dušnosti spojené s úzkostí ustupovat, se prováděla zhruba 3x týdně (Příloha P IV, obrázek 17).

Analýza poskytované bazální stimulace: Masáž měla pozitivní efekt zejména po psychické stránce. Už po prvních aplikacích se pacientka zklidnila a došlo k pravidelnému dýchání, měla zavřené oči a činnost hodnotila jako příjemnou. Druhý týden se přestaly objevovat plačtivé stavy. Duševní pohoda se projevila také zmírněním tremoru na ruku. Masáž se u paní B. P. osvědčila také ve večerních hodinách před spaním. Po třech týdnech byla snížena noční dávka antipsychotik, Buronil 25 mg zrušen a Tiapridal 200 mg snížen na poloviční dávku.

Optická a taktilně-haptická stimulace

Na úzkostné a plačtivé stavy pozitivně působily stimulace optická a taktilně-haptická. Optická byla realizována formou fotografií a taktilně-haptická plyšovým psem. Fotografie i psa přinesl manžel z domova. Plyšový pes připomínal pacientce jejich domácího psa (Příloha P IV, obrázek 18). Fotografie byly umístěny na nočním stolku, aby je měla paní B. P. stále na očích. Plyšového psa měla v lůžku. Tyto stimuly pomáhají osobám s demencí orientovat se v okolním světě, poznávat známé lidi a předměty a prožívat pozitivní emoce (Friedlová, 2018, s. 109).

Analýza poskytované bazální stimulace: Fotografie a plyšový pes od manžela měly na pacientku pozitivní vliv. Tyto předměty vyvolávaly vzpomínky na domácí prostředí a na rodinu. Fotky jsme jí často ukazovali a hovořili s ní o osobách na nich, psa většinu času držela v náručí. Tato stimulace pomáhala u ní navozovat pocit bezpečí a jistoty. Minimalizoval se stres, snížila se nervozita a postupně se zlepšovala pacientčina nálada.

Vestibulární stimulace pomocí ovesného klasu

Poté, co byla pacientka schopna se posadit v lůžku, jsme se začali pokoušet u ní o vertikalizaci do stoje. Vzhledem k extrapyramidovému syndromu a vysokému riziku pádu byla před vertikalizací využita vestibulární stimulace, technika ovesného klasu. Pacientka seděla v lůžku a ošetřující sestra klečela za jejími zády, kde jí zajišťovala a poskytovala oporu. Následně s ní prováděla houpavé pohyby (Příloha P IV, obrázek 19). Paní B. P. projevovala líbivé pocity a usmívala se. Poté jsme ji s fyzioterapeutkou postavily do vysokého chodítka. Vestibulární stimulace byla aplikována před každou vertikalizací do stoje.

Analýza poskytované bazální stimulace: První pokusy byly neúspěšné, nemocná nebyla schopná udržet stabilitu. Na konci třetího týdne zvládla první kroky. Vždy bylo potřeba při vertikalizaci dvou členů personálu. Čtvrtý týden byla paní schopna sama, pod dohledem personálu, jít ve vysokém chodítku na chodbu z pokoje a zpět. Poslední dny hospitalizace byly kroky koordinovanější a stabilita těla byla podle manžela na lepší úrovni než před úrazem (Příloha P IV, obrázek 20).

Katamnéza: Během hospitalizace byla u pacientky poskytována bazálně ošetrovatelská péče, která pozitivně ovlivnila průběh zotavování a vedla ke zlepšení psychického i fyzického stavu. U paní nastalo psychické zklidnění, po třech týdnech byla lékařem zredukována medikace antipsychotik. Výrazný pokrok byl zaznamenán i ve zlepšení pohyblivosti, po čtyřech týdnech pacientka zvládala chůzi ve vysokém chodítku. Při ošetrovatelských úkonech ochotně spolupracovala, byla komunikativní v rámci jejích možností.

Diskuze: Paní B. P. byla na naše oddělení přijata jako imobilní. Po dvou týdnech poskytování péče ustoupily bolesti a postupně se pacientku podařilo vertikalizovat. Třetí týden se výrazně zlepšila pohyblivost. Bylo využito zklidňující somatické koupele, pro tělesné uvolnění. Nebyla zvolena povzbuzující somatická koupel, protože ta je u Morbus Parkinson kontraindikována. Stimulace by zvýšila u pacientů celkovou ztuhlost a zesílila případné kontraktury (Friedlová, 2014, s. 14). Technika ovesného klasu pomohla zlepšit rovnováhu a stabilitu. Po čtyřech týdnech se zlepšila celková koordinace. Strach a úzkostné stavy spojené s dušností se podařilo omezit pomocí masáže stimulujícího dýchání. Snížilo se podávání antipsychotik na poloviční dávku, výrazně se omezilo podávání hypnotik. Pozitivní vliv na psychický stav nemocné měla optická a taktilně-haptická stimulace, pomocí fotografií a plyšového psa. Velký vliv na zlepšení zdravotního stavu měla na pacientku její

rodina, která se plně zapojovala do péče a paní B. P. neustále pozitivně motivovala a podporovala.

Závěr: Podařilo se nám cílenou péčí dle konceptu Bazální stimulace u pacientky s Parkinsonovou chorobou navodit tělesné uvolnění, zmírnit bolesti, redukovat výskyt úzkostných stavů a podpořit tělesnou stabilitu. Rodina pacientky se aktivně zapojila do péče. Paní B. P. byla po pěti týdnech propuštěna do domácího prostředí, kde o ni pečuje manžel s dcerami, které se naučily některé techniky bazální stimulace od personálu a mají zájem i nadále pokračovat v bazálně stimulační péči.

7.5 Shrnutí kazuistik

V tabulkách 1-4 jsou shrnuty informace o jednotlivých pacientkách a jsou shrnuty aplikované techniky a prvky bazálně stimulační péče a jejich výsledný efekt.

Tabulka 1- Shrnutí kazuistiky 1

<p>Kazuistika 1</p> <p>Pacientka M. D., 61 let</p> <p>Hospitalizace: 2. 1. - 22. 2. 2019</p> <p>Lékařská diagnóza: demence alkoholové etiologie</p> <p>Projevy</p> <ul style="list-style-type: none"> • agresivní a agitované chování; • narušené vnímání těla; <p>Cíl</p> <ul style="list-style-type: none"> • redukovat neklidné stavy a agresivní chování; • podpořit vnímání tělesného schématu; 	<p>Aplikované techniky a prvky</p> <ul style="list-style-type: none"> • polohování pomocí mumie; • polohování pomocí hnízda; • zklidňující somatická masáž; • olfaktorická stimulace • taktilně-haptická stimulace; <p>Ovlivnění pacienta, efekt bazálně stimulační péče</p> <ul style="list-style-type: none"> • redukce neklidných stavů; • zmírnění agresivního chování; • posílení vnímání tělesného schématu; • redukce podávaných antipsychotik; • odstoupení od omezovacích prostředků;
--	--

Tabulka 2- Shrnutí kazuistiky 2

<p>Kazuistika 2</p> <p>Pacientka J. M., 78 let</p> <p>Hospitalizace: 29. 1. - 15. 3. 2019</p> <p>Lékařská diagnóza: demence vaskulární etiologie</p> <p>Projevy</p> <ul style="list-style-type: none">• levostranná hemiplegie, hemianestezie;• fatická porucha;• imobilita;• narušené vnímání těla;• depresivní stavy; <p>Cíl</p> <ul style="list-style-type: none">• posílit pocit tělesné integrace;• obnovit omezenou pohyblivost;• podpořit vnímání rovnováhy, polohy a pohybu;	<p>Aplikované techniky a prvky</p> <ul style="list-style-type: none">• neurofyziologická koupel/ masáž;• polohování pomocí mumie;• vestibulární stimulace pomocí houpačkových pohybů; <p>Ovlivnění pacienta, efekt bazálně stimulační péče</p> <ul style="list-style-type: none">• zlepšení pohyblivosti a soběstačnosti;• obnovení čítí plegické končetiny;• zlepšení komunikace;• podpora rovnováhy a stability těla;• redukce depresivních stavů a snížení dávek antidepresiv;
--	---

Tabulka 3- Shrnutí kazuistiky 3

<p>Kazuistika 3</p> <p>Pacientka M. V., 77 let</p> <p>Hospitalizace: 21. 1. – 12. 3. 2019</p> <p>Lékařská diagnóza: demence při Alzheimerově chorobě</p> <p>Projevy</p> <ul style="list-style-type: none">• odmítání stavy a tekutin, výživa NGS;• imobilita;• vertigo;• apatie; <p>Cíl</p> <ul style="list-style-type: none">• zprostředkovat chuťové vjemy a navodit chuť k jídlu;• zvýšit úroveň vědomí, podpořit tělesnou aktivitu;• zlepšit prostorovou orientaci a předejít kolapsovým stavům;	<p>Aplikované techniky a prvky</p> <ul style="list-style-type: none">• orální stimulace;• orofaciální masáž;• povzbuzující somatická masáž;• vestibulární stimulace pomocí houpačkových pohybů; <p>Ovlivnění pacienta, efekt bazálně stimulační péče</p> <ul style="list-style-type: none">• obnovení příjmu stravy a tekutin;• zlepšení pohyblivosti;• zlepšení komunikace a spolupráce;• prevence vertigo;
---	--

Tabulka 4- Shrnutí kazuistiky 4

<p>Kazuistika 4</p> <p>Pacientka B. P., 92 let</p> <p>Hospitalizace: 6. 2. – 20. 3. 2019</p> <p>Lék. dg.: demence při Parkinsonově chorobě</p> <p>Projevy</p> <ul style="list-style-type: none"> • silné bolesti; • zmatené a neklidné chování; • extrapyramidový syndrom; • úzkostné stavy; <p>Cíl</p> <ul style="list-style-type: none"> • navodit tělesné uvolnění; • zmírnit bolesti; • redukovat výskyt úzkostných stavů; • zlepšit stabilitu těla; 	<p>Aplikované techniky a prvky</p> <ul style="list-style-type: none"> • zklidňující koupel; • masáž stimuluující dýchání; • vestibulární stimulace pomocí ovesného klasu; • optická a taktilně haptická stimulace; <p>Ovlivnění pacienta, efekt bazálně stimulační péče</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmírnění bolestí; • uvolnění rigidity a zmírnění tremoru; • redukce úzkostných a neklidných stavů; • posílení stability a koordinace pohybu; • zlepšení pohyblivosti;
--	---

8 DISKUZE

Cílem praktické části práce bylo popsat využití jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí na konkrétním oddělení následné péče. V první kazuistice je popsán případ 61leté pacientky s demencí alkoholové etiologie. U nemocných s tímto typem demence je v popředí klinického obrazu labilita, konfabulace, narušena soudnost a morální zábrana (Dušek a Večeřová, 2015, s. 177). U pacientky se vyskytovalo problémové chování s projevy agrese a agitovanosti, zpočátku hospitalizace bylo nutné uplatnit omezovací prostředky. V tomto případě byla zvolena technika somatické zklidňující masáže přes oděv, která pomáhá redukovat neklidné stavy, dezorientaci a zmatečnost. Po týdenním zavedení bazálně ošetrovatelské péče postupně u ní docházelo k tělesnému i psychickému uvolnění. V průběhu třetího týdne začala s personálem spolupracovat a komunikovat. Lékař zrušil ordinaci intravenózních anxiolytik a snížil dávku Buronilu 50 mg na 25 mg před spaním. Kurtování nebylo potřebné vůbec. Obdobné výsledky jsou popisovány v kazuistice magistry Sakařové z domova pro seniory uvedené v knize Karolíny Friedlové (2018, s. 172), která využila stejný postup bazální stimulace při péči o agitovanou a agresivní klientku. U paní M. D. nebyla nikdy zvolena vibrační nebo povzbuzující stimulace jako u paní v kazuistice 3, která zvyšuje úroveň vědomí, celkovou aktivitu a hodnoty krevního tlaku (Friedlová, 2014, s. 14, 26). V rámci olfaktorické stimulace bylo využito zklidňující levandulové aroma, které má uklidňující až hypnotické účinky (AtlasRostlin, online, ©2010-2013) Narušené vnímání tělesného schématu bylo řešeno pomocí polohování v rámci bazální stimulace, využívala se technika polohování hnízdo. Ve večerních hodinách před spánkem pro zklidnění byla pacientka polohována pomocí mumií. Po šesti dnech této somatické stimulace paní M. D. lépe usínila. Neklidné stavy, kdy pacientka hlasitě vykřikovala, ničila inkontinenční pomůcky a měla tendenci si vytáhnout zavedené invazivní vstupy, se podařilo využitím prvků somatické stimulace zredukovat. Oba uvedené postupy při polohování stimulují vnímání tělesných hranic a navozují pocit pohody, jsou vhodné pro eliminaci neklidných a agresivních stavů (Friedlová, 2014, s. 20–21). V rámci péče bylo využito také taktálně-haptické stimulace. Využili jsme informaci z biografické anamnézy, získané od přítele paní M. D., o jejím původním zaměstnání. Pracovala jako kuchařka, a proto jsme jí nabídli pro ni známý předmět, vařečku. Tento předmět u ní vyvolal pozitivní vzpomínky na dříve vykonávané zaměstnání. Usmívala se a s vařečkou

míchala ve vzduchu. Znamé předměty umožňují poskytnout smysluplnou stimulaci a vyvolávají pozitivní emoční prožitek, zejména u lidí s kognitivním a pohybovým omezením (Friedlová, 2012, s. 58).

Ve druhé kazuistice je popsán případ paní J. M., u které došlo důsledkem předávkování anti-koagulantů k nitrolebnímu krvácení a následkem toho k rozvoji demence. Tento zdravotní stav byl doprovázen imobilitou, levostrannou hemiplegií a fatickou poruchou. U pacientky byla zvolena neurofyziologická koupel/masáž a masáž obličeje. Využívá se u osob se změnou hybnosti části těla, po cévních mozkových příhodách s plegiemi, parézami a po mozkových traumatech (Friedlová, 2014, s. 17). Aplikovali jsme ji během hospitalizace denně. Po prvním týdnu se u ní zlepšila komunikace. Začal za ní docházet také klinický logoped a ošetřující personál i rodina ji denně podporovala v logopedických cvičeních. Paní J. M. začala zapojovat zdravou stranu těla, mírně se zlepšila mobilita a po dvou týdnech došlo také ke zlepšení cití na postižené straně. Lékařka Dziáková, autorka kazuistiky v knize *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeutky, logopedy a speciální pedagogy* (Friedlová, 2018, s. 136) uvádí, že po zavedení neurofyziologické stimulace do péče u pacienta s hemiparézou po cévní mozkové příhodě došlo k obnově motorických funkcí, zlepšení řečového projevu a vnímání tělesných hranic. Podobné výsledky popisuje autorka Ševčíková ve své bakalářské práci, somatickou neurofyziologickou stimulaci poskytovala pacientovi hospitalizovanému na anesteziologicko-resuscitačním oddělení s nepříznivou prognózou po intrakraniálním krvácení. Po dvaceti dnech uplatňování této techniky začal pacient komunikovat a zajímat se o okolí. Po měsíci a půl byl schopen se sám najíst a hýbat postiženou stranou těla (Ševčíková, 2015, s. 108–109). Narušené vnímání postižené strany těla bylo stimulováno jak při koupeli, tak také masáží, kterou se postupně naučila dcera pacientky a prováděla ji v odpoledních hodinách při návštěvách. V průběhu celého dne se využívalo polohování pomocí hnízda a mumie. Obdobně jako u paní M. D. v první kazuistice bylo při polohování využito molitanových hadů pro intenzivní ohraničení tělesného schématu. Zatímco v prvním případě mělo polohování pomocí mumie efekt zklidnění a vedlo ke klidnému usínání, u paní J. M. pomohlo obnovit v paměťových drahách uložené vzpomínky a integrovat zpět postiženou polovinu do svého tělesného obrazu. Třetí týden hospitalizace došlo ke zlepšení pohyblivosti v lůžku a pacientka se začala postupně posazovat. Před každým posazením byla provedena vestibulární stimulace malými pohyby hlavy a následně byly využity houpavé pohyby. Z počátku provázely posazování mdloby, paní J. M. přepadávala na postiženou stranu těla nebo dozadu. Po týdnu došlo ke zlepšení rovnováhy a stability a bylo možno ji posazovat

do křesla. Houpavé pohyby pomáhají připravit organismus na mobilizaci, zprostředkovat informace o postavení v prostoru a redukovat závratě (Friedlová, 2014, s. 25). Pacientka byla po měsíci částečně soběstačná, hodnota ADL se zvýšila z 35 na 60 bodů, z vysoké závislosti na závislost středního stupně. Došlo k celkovému zlepšení psychického stavu. Lékař snížil dávky citalopramu. Na žádost pacientky a rodinných příslušníků byla po šesti týdnech propuštěna do domácí péče. Rodina byla pro pacientku během hospitalizace velkou oporou, spolupracovala s ošetrovatelským personálem. Byla instruována o významu a postupu jednotlivých technik, ve kterých chtějí i v domácím prostředí nadále pokračovat.

V kazuistice 3 je popsán případ plně imobilní pacientky s Alzheimerovou chorobou, která byla vyživována nasogastrickou sondou. Jedním z projevů tohoto typu demence je porucha exekutivních funkcí, výraznou měrou je narušena motivace, zpomalené psychomotorické tempo a častá je přidružená depresivní symptomatika (Zvěřová, 2017, s. 30). Paní M. V. byla apatická, odmítala stravu, tekutiny, nekomunikovala, nespolečně. Při krmení odmítala otevřít ústa a tekutiny byly podávány přes Janetovu stříkačku, nutná byla parenterální hydratace. Abychom navodili zpět chuť k jídlu, zvolili jsme techniku orální stimulace. Cílem orální stimulace je zprostředkovat vjemy z úst a stimulovat vnímání. Není spojena pouze s cílem nutričním, ale také s líbivými pocity a emočními prožitky. Stimuluje jazykový sval, řeč a nacvičuje rozmělnění pevného sousta (Friedlová, 2011, s. 11). Chuťové vjemy jsme zprostředkovávali pomocí molitanových štětiček a tzv. cucacích váčků. Médium bylo nabízeno dle informací z biografické anamnézy. Paní M. V. na tyto aktivity reagovala velmi pozitivně. Bylo snadné zaznamenat, že známé chutě navodily příjemné pocity a zvýšily její pozornost. Všeobecná sestra Šafaříková z léčebny pohybových poruch ve své kazuistice popisuje, že pomocí orální stimulace zprostředkovává u klientů se zavedenou výživovou sondou příjemné chuťové prožívání, stimuluje slinné žlázy a posiluje mobilitu jazyka (Friedlová, 2018, s. 148). Pacientka odmítala pít. Proto jsme se pokusili o poskytování tekutin Pasteurovou pipetou. Nejprve jsme podávali tekutiny po malém množství, přibližně po 100 ml/24 h, a postupně po 10 dnech jsme množství navýšili až na 650 ml. Po čtrnácti dnech mohla být nasogastrická sonda odstraněna, paní zvládala vypít kolem 1,2 litru čaje za den. Po odstranění sondy se začala paní podávat kašovitá strava. Před každým jídlem byla aplikována orofaciální masáž. Ta stimuluje pacienta na přívod stravy, její rozmělnění a spolknutí, uvolňuje svalový tonus a podporuje salivaci (Friedlová, 2011, s. 11). Třetí den začala paní při krmení plně spolupracovat a snažila se zapojovat do komunikace s ošetřujícím personálem. Po týdnu zvládla sníst minimálně polovinu porce snídaně, obědu

a večere. Nutrice byla posílena také sippingem nutridrinků. Po zlepšení stavu se začala pacientka posazovat. Před posazováním byla provedena povzbuzující masáž přes oděv, s froté žínkami, proti růstu chlupů. U paní J. M. poté došlo ke zvýšení pozornosti, aktivity a svalového tonu. Stejný postup zvolila Pařízková před rehabilitací u pacientky hospitalizované na dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči. Popisuje, že povzbuzující masáž připravuje pacienty na další aktivity, zvyšuje jejich vědomí a srdeční frekvenci (Pařízková, 2015, s. 48). Ne zvolili jsme masáž zklidňující, jako tomu bylo v kazuistice 1 a 2, která by u apatické pacientky navodila snížení svalového napětí a pozornosti. Následně před posazováním byla prováděna vestibulární stimulace pomocí malých pohybů hlavy v lůžku a houpavých pohybů. Na závratě si paní nestěžovala, i přes uvedené vertigo v anamnéze. V tomto případě však nedošlo k výrazné stabilitě těla a udržení rovnováhy, paní držela neustále hlavu sklopenou dolů a aktivně nespoupracovala. Avšak s ohledem na dlouhodobě špatný stav bylo úspěchem, že paní vydržela sedět v lůžku s oporou kolem tří minut. Po dvou týdnech se stav zlepšil a posazování probíhalo s částečnou dopomocí. Po sedmi týdnech došlo ke zlepšení zdravotního stavu a pacientka byla schopna propuštění zpět do penzionu s pečovatelskou službou. V tomto zařízení není koncept Bazální stimulace poskytován. Po 14 dnech od propuštění se zdravotní stav paní M. V. opět výrazně zhoršil a na doporučení praktického lékaře byla na našem oddělení opětovně hospitalizována.

Ve čtvrté kazuistice je popsán případ pacientky s demencí u Parkinsonovy choroby, která byla po operaci krčku kosti stehenní pro zlomeninu. Vyskytovala se u ní rigidita a silné bolesti nohy, byla zmatená a neklidná. Byla zvolena zklidňující somatická koupel, která byla prováděna denně. U pacientů s Morbus Parkinson se doporučuje využívat zklidňující somatickou stimulaci i jako nefarmakologickou možnost tlumení bolesti (Friedlová, 2018, s. 78). Po aplikaci došlo k uvolnění a ztuhlost částečně povolila. Ne zvolili jsme povzbuzující somatickou masáž, protože je u Morbus Parkinson kontraindikována, zvyšuje celkovou ztuhlost (Friedlová, 2014, s. 14). Třetí týden se paní B. P. za přítomnosti fyzioterapeutky začala posazovat s končetinami z lůžka. Další aplikovanou technikou byla masáž stimulující dýchání. Fyzioterapeutka Jana Hájková ve své kazuistice uvádí, že tato masáž u úzkostných pacientů navozuje zklidnění a pocit spokojenosti (Friedlová, 2018, s. 150). Cílem je snížit vyplavování stresových hormonů, vyjádřit empatii, pracovat s dechem a rytmem pacienta a tlumit bolest (Friedlová, 2014, s. 22). Masáž paní B. P. velmi pozitivně přijímala. Zavřela oči a hlasovými projevy dávala najevo úlevu. Již po prvních aplikacích se dýchání zklidnilo, postupně došlo k psychickému uvolnění a redukovaly se i plačtivé stavy. Tyto kladné změny

se projeví také zmírněním tremoru. Na psychické zlepšení měla vliv i smyslová optická a taktilně haptická stimulace pomocí fotografií a plyšového psa od jejího manžela. Vzpomínky na domov u paní vyvolávaly pocit bezpečí a jistoty. Po třech týdnech se začala paní vertikalizovat do stoje pomocí vysokého chodítka. Vzhledem k extrapyramidovému syndromu bylo naší snahou omezit riziko pádu. Před rehabilitací jsme prováděli vestibulární stimulaci pomocí techniky ovesného klasu. Souhlasíme s Friedlovou (2018, s. 101), která uvádí, že vestibulární stimulace zprostředkovává informace o postavení v prostoru, připravuje organismus na mobilizaci a posiluje stabilitu těla. Na rozdíl od druhé a třetí kazuistiky jsme nepoužili malých pohybů hlavy v lůžku a houpavé pohyby, protože paní B. P. byla v rámci lůžka soběstačná. Dle mého názoru poskytuje technika ovesného klasu intenzivnější podněty vestibulárnímu aparátu a lépe aktivuje celé tělo na následující chůzi. U pacientky došlo k celkovému zlepšení jak po fyzické, tak psychické stránce. Po třech týdnech ustoupily úzkostné a neklidné stavy a byla snížena noční dávka antipsychotik, Buronil 25 mg byl lékem zrušen a Tiapridal 200 mg se snížil na poloviční dávku. Po šesti týdnech byla propuštěna do domácího prostředí, kde se o ni stará manžel s dcerami. Rodina během hospitalizace plně spolupracovala a byla průběžně edukována o technikách konceptu Bazální stimulace.

Naší snahou bylo ukázat, že koncept Bazální stimulace je možné využít i u této specifické skupiny pacientů. Při péči jsme využívali standardní postupy konceptu a snažili jsme se bazálně ošetrovatelskou péčí zakomponovat do komplexní péče. U jednotlivých technik a prvků jsme dodržovali doporučení a praktické pokyny, nejvíce byla u našich pacientek uplatněna somatická a vestibulární stimulace. Koncept dává ošetrovatelství zcela jiný rozměr a umožňuje ošetřujícím nově reflektovat svou práci, protože jednotlivé techniky mají současně i terapeutický účinek.

9 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem práce je návrh strukturovaných formulářů pro sběr biografické anamnézy, plánu a realizace péče podle konceptu Bazální stimulace pro konkrétní oddělení následné péče nemocnice okresního typu, které se mohou stát po schválení součástí ošetrovatelské dokumentace. V nemocnici není koncept Bazální stimulace plošně využíván, proto není k dispozici vhodná dokumentace, která by umožňovala záznam informací potřebných pro poskytování bazálně ošetrovatelské péče a prováděných konkrétních aktivit uvedeného konceptu. Navržené formuláře budou nabídnuty náměstkyni pro nelékařské zdravotnictví a kvalitu ke schválení a následně k zařazení do ošetrovatelské dokumentace využívané v konkrétní nemocnici. Prvním vytvořeným návrhem je formulář pro zaznamenávání biografické anamnézy (Příloha P VI), která personálu umožní zachytit od rodinných příslušníků detailní informace o nemocném. Získání kvalitní biografické anamnézy je základním předpokladem pro poskytnutí účinné stimulace. Zaměřujeme se v ní na nynější tělesný a psychický stav, na pacientovy zvyklosti v oblasti stravování, hygieny a spánku. Ve vytvořeném formuláři cíleně získáváme a pátráme po informacích o sociální situaci pacienta, jeho bydlení, domácím prostředí, rodinných vztazích, návštěvách, o sluchovém a zrakovém vnímání, zvucích a vůních, které preferuje, a o jeho denním rytmu, o dominanci pravé nebo levé končetiny. Zajímáme se o problematiku bolesti, o reakce pacienta na ni, používání prostředků k jejímu zmírnění. Zjišťujeme, které jídlo a pití je pacientovo oblíbené, jaké činnosti a situace má rád, které naopak nesnáší. Zaměřujeme se na informace o silných a důležitých zážitcích z poslední doby, o problémech s usínáním, brzkém probouzení, ptáme se na užívané léky a návyky s nimi spojenými. Neopomeneme také informace o koníčcích a oblíbených aktivitách a způsobu relaxace. Do biografie je možné zaznamenat též jakékoliv důležité informace, o kterých si nejbližší okolí pacienta myslí, že by měl personál znát. Biografickou anamnézu na našem oddělení zjišťujeme v okamžiku, kdy ošetřující lékař shledá, že zdravotní stav umožňuje využít v komplexní péči o pacienta bazálně ošetrovatelskou péči.

Druhým formulářem je plán péče podle konceptu Bazální stimulace (Příloha P VII). V tomto formuláři je možné zaznamenat cíl, kterého chceme bazálně ošetrovatelskou péčí dosáhnout. Jednotlivé prvky a techniky konceptu Bazální stimulace, které lze využít a zakomponovat do komplexní péče o pacienta. Součástí je i zhodnocení realizované bazální stimulace, konkrétní aktivity a reakce pacienta na poskytované a nabízené prvky a techniky konceptu. Obsahuje oblasti podporující vnímání, komunikaci a pohyb. Tento formulář vyplňují všeobecné

sestry poskytující bazálně ošetrovatelskou péči. Vychází při formulování cílů a následných plánů péče dle konceptu Bazální stimulace z pozorování pacienta, z informací získaných z biografické anamnézy od příbuzných, z dat získaných ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a ze sdělených informací od jednotlivých členů týmu. Průběžně se plány aktualizují, vyhodnocuje se efekt realizované bazální stimulace, formulují se nové cíle.

Třetím navrhovaným formulářem je tiskopis, do kterého se zaznamenává realizace bazální stimulace (Příloha P VIII). Ošetřující personál má předepsanou nabídku nejčastějších vykonávaných aktivit konceptu Bazální stimulace, které se na konkrétním oddělení mohou u pacientů provádět, a postupně vybírá a zaškrťává z nabízených prvků a technik. Pokud činnost není v nabídce, dopíše ji do volného řádku. Nabízena je somatická stimulace pomocí koupelí, masáží, různých možností polohování, stimulace vestibulárního aparátu malými pohyby hlavou, ovesným klasem, houpavými pohyby, vibrační aktivity a smyslová stimulace optická, olfaktorická, taktilně-haptická. Záznam o realizaci je doplňován jak denní, tak i noční službou.

9.1 Průběh procesu tvorby formuláře ošetrovatelské dokumentace

Provozní dokumentace znamená jakýkoliv dokument, který popisuje způsob prováděných procesů a činností. Zahrnuje záznamy o provozu, řídicí směrnice, záznamy o kontrole, bezpečnostní pokyny, záznamy o použití strojů nebo pracovní postupy, jak mají být prováděny a realizovány jednotlivé činnosti. Provozní dokumentace je jeden z nejdůležitějších prvků dodržování kvality péče (Management Mania, online, ©2011–2016).

Proces tvorby ošetrovatelské dokumentace je popsán postupem, který náleží konkrétní nemocnici. V níže uvedeném textu je čerpáno z organizačních a řídicích norem (OŘN) konkrétní nemocnice, z platné směrnice OS-04-2016-UHN „Řízení dokumentů“. Schvalování formuláře prochází čtyřmi fázemi. Začíná podnětem ke zpracování návrhu, následuje samotné zpracování návrhu, poté projde formulář připomínkovým řízením a na závěr schvalovacím řízením. Podle organizačních a řídicích norem má oprávnění předkládat návrh vedoucí příslušného oddělení nemocnice, představenstvo, dozorčí rada nebo jakýkoli zaměstnanec nemocnice. Samotné zpracování návrhu koordinuje administrátor, který dohlíží na zpracování návrhu, organizaci připomínkového řízení a odpovídá za evidenci a archivaci. Během zpracování odpovídá správce za správnost obsahu a včasnost vypracování. Před připomínkovým řízením svolá schůzku zainteresovaných osob,

za účelem projednání obsahu a koncepce. Právní odbor posoudí návrh z hlediska platných předpisů, zákonů a vyhlášek. Při tvorbě musí být vždy určen okruh útvarů a zaměstnanců, pro které je konkrétní dokumentace závazná. Dokumentace by měla být úplná, má řešit všechny části dané problematiky, musí být věcně správná, účelná a jednoznačná. Následně je stanoven okruh účastníků připomínkového řízení, kterými jsou administrátor, správce, právník a osoby, které budou příslušnou OŘN schvalovat. Po dohodě se správcem je povoleno i jiným zaměstnancům podílet se na připomínkování návrhu. Po vyjádření všech účastníků je připomínkové řízení ukončeno. Správce následně zpracuje všechny připomínky, pokud některé nevyhoví, informuje o tom účastníka, který připomínku podal, včetně odůvodnění a projednává, zda na zapracování připomínky trvá. Po následném zpracování předkládá správce upravený návrh do schvalovacího řízení. Před schvalovacím řízením administrátor přidělí návrhu identifikační údaje. Konečné znění zašle elektronicky všem osobám, které OŘN schvalují k závěrečnému posouzení (Kujínková, 2017, s. 4–6).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí na oddělení následné péče. Teoretická část se zaměřuje na problematiku geriatrických pacientů, na přehledný popis demencí, specifika péče o tyto osoby, jejich potřeby a shrnutí základních informací o konceptu Bazální stimulace a jeho možném využití u této skupiny pacientů.

Praktická část je zpracována formou kazuistik, které popisují využití konkrétních aplikovaných prvků konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí různé etiologie, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče konkrétní nemocnice mezi lednem a březnem 2019. Při výzkumu byly využity kazuistiky, protože jsou považovány za vhodný příklad praxe založené na důkazech. U každého pacienta byly zohledněny informace z biografické anamnézy a stanoveny cíle, podle kterých byl strukturován individuální plán bazálně ošetrovatelské péče. Naší snahou bylo ukázat možnosti využití tohoto konceptu u uvedené specifické skupiny nemocných. Po aplikaci prvků Bazální stimulace došlo k redukci agresivního a agitovaného chování a úzkostných stavů. Zlepšila se tělesná aktivita, psychický stav, komunikace a spolupráce. Nastalo celkové zklidnění a snížilo se také podávání psychofarmak. Byly využity standardní postupy u jednotlivých technik konceptu u geriatrických pacientů s demencí. Chtěli jsme poukázat na to, že pečující při práci s tímto konceptem nepotřebují žádné nadstandardní a speciální pomůcky či přístroje, pouze teoretické znalosti, praktické dovednosti, impulsy, podporu a pochopení ostatních členů týmu. Díky jedinečnému pojetí nabízí Koncept Bazální stimulace pacientům i pečujícím novou dimenzi pohledu na péči o geriatrické pacienty s demencí, která je založena na respektu k individualitě jedince a týmové spolupráci. Orientuje se zejména na oblast podpory vnímání, komunikace, mobilizace a zachovalých schopností pacienta. Každý pacient reaguje na určité techniky a prvky různými projevy, je důležité, aby terapeut pozorně sledoval jejich reakce a dokázal na ně reagovat. Svoji nezastupitelnou roli při poskytování bazálně ošetrovatelské péče hraje kooperace s rodinnými příslušníky a blízkým okolím pacienta, protože tyto osoby nejlépe znají potřeby nemocného.

Přáli bychom si, aby se koncept Bazální stimulace stal neodmyslitelnou součástí péče o většinu pacientů hospitalizovaných v našich nemocnicích, a nejen na oddělení, jako je to naše.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BONNET, Anne-Marie a Thierry HERGUETA, 2012. *Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0155-7.

BUCHHOLZ, Thomas und Ansgar Schürenberg, 2013. *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3456853024.

CARRARO, Lorenzo, 2002. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. Praha: REHALB o.p.s.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA, 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DUŠEK, Karel a Alena Večeřová-Procházková, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

FÍŠAR, Zdeněk, 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a 2. díl*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2011a. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Nástavbový kurz Bazální stimulace® Základní modul I*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2011b. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Nástavbový kurz Bazální stimulace® Nástavbový modul II*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. *Sestra*. roč. 22, č. 9, s. 58–59. ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2014. *Bazální stimulace® Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.

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

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

HÁJKOVÁ, Lucie a kol., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí: Na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-48-8.

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

HEŘMANOVÁ, Jana a kol., 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9

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

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

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014a. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014b. *Specifické aspekty péče o starší pacienty. Urgentní medicína*. roč. 17, č. 3, s. 20-26. ISSN 1212-1924.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014c. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, 2015. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o. p. s. ISBN 978-80-86541-31-0.

HOLMEROVÁ, Iva, 2017. *Geriatric a gerontologie v novém tisíciletí. Rezidenční péče*. roč. 13, č. 1, s. 12–14. ISSN 1801-8718.

HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ, 2010. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. ISBN 978-80-89271-66-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

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

KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KUJÍNKOVÁ, Eva, 2017. Organizační směrnice. *Řízení dokumentů*. Uherskohradišťská nemocnice, a. s. OS-04-2016-UHN.

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

KURUCOVÁ, Radka, Katarína ŽIAKOVÁ a Jana NĚMCOVÁ. 2017. *Vybrané kapitoly z paliativnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-457-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUKASOVÁ, Marie a kol., 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. ISBN 978-80-87949-03-0.

MÁTL, Ondřej a kol., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. ISBN 978-80-86541-50-1.

MARTINÁKOVÁ, Jana, 2017. *Prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978-80-568-0022-5.

MIERTOVÁ, Michaela, 2019. *Riziko pádu v ošetrovateľskej praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0850-3.

MITCHELL, Gary and Agnelli Joanne, 2015. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*. ISSN :0029-6570.

PAŘÍZKOVÁ, Alena, 2015. *Bazální stimulace u pacienta v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Bakalářská práce.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol., 2013. *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-410-0.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2007. Práce s biografií klienta v kontextu s konceptem bazální stimulace. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství, Sborník příspěvků Historicky II. národní konference Bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 978-80-254-0757-8.

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

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2015. Cesta do duše seniorů. *Ošetrovateľská péče*. roč. 15, č. 2, s. 8–11. ISSN 2336-1603.

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-16-7.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

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

STACPOOLE, Miranda a kol., 2017. *Manuál pro zavedení péče Namasté: udržování kvality života osob s pokročilou demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-51-8.

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

ŠEVČÍKOVÁ, Aneta, 2015. *Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb*. Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Institut mezioborových studií. Diplomová práce.

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

TOMEŠ, Igor a kol., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-3612-2.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9539-8.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-540-2.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5983-8.

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

Internetové zdroje

Basale Stimulation [online]. Andrea Holzer, ©2018 [cit. 22. 12. 2018]. Dostupné z: <https://basale.at/basalestimulation>

Bazální stimulace [online]. Nemocnice TGM Hodonín, ©2019 [cit. 13. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.nemho.cz/bazalni-stimulace>

Bazální stimulace [online]. Nemopisek, ©2016 [cit. 13. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.nemopisek.cz/images/stories/dokumenty/Bazalstim2016.pdf>

Körperpflege, An- und Auskleiden [online]. Alzheimer Schweiz, ©2010 [cit. 13. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/koerperpflege-an-und-auskleiden>

O Bazální stimulaci [online]. INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o., ©2004–2018 [cit. 16. 10. 2018]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

Oddělení geriatric [online]. FN Olomouc, ©2018 [cit. 20. 11. 2018]. Dostupné z: https://www.fnol.cz/oddeleni-geriatric_30.html

Oddělení následné péče [online]. Uherskohradištská nemocnice a.s., ©2018 [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/doc/oddeleni-nasledne-pece>

Levandule lékařská [online]. AtlasRostlin, ©2010–2013 [cit. 20. 3. 2019]. Dostupné z: <http://bylinky.atlasrostlin.cz/levandule-lekaska?fbclid>

Provozní dokumentace [online]. ManagementMania, ©2011–2016 [cit. 25. 3. 2019]. Dostupné z: https://managementmania.com/cs/provozni-dokumentace-operational-documents?fbclid=IwAR05q_c7TDIgTiXbmQOskKlxAIC29zLk62HO3phxb-KMdjOPnNOr3llyff0

Základní stavební kameny Psychobiografického modelu (PBM) prof. E. Böhma [online]. Erwin Böhm Institut, ©2015 [cit. 25. 12. 2018]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EEG	Elektroencefalografické vyšetření
Např.	Například
NMDA	N-metyl-D-aspartát
ONP	Oddělení následné péče
OŘN	Organizační a řídicí normy
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
Tzv.	Takzvaně
WAB	Western Aphasia Battery

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Shrnutí kazuistiky 1	58
Tabulka 2- Shrnutí kazuistiky 2	59
Tabulka 3- Shrnutí kazuistiky 3	60
Tabulka 4- Shrnutí kazuistiky 4	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Fotodokumentace ke kazuistice č. 1

Příloha P II: Fotodokumentace ke kazuistice č. 2

Příloha P III: Fotodokumentace ke kazuistice č. 3

Příloha P IV: Fotodokumentace ke kazuistice č. 4

Příloha P V: Písemný souhlas přístupu k informacím

Příloha P VI: Návrh formuláře pro zaznamenávání biografické anamnézy

Příloha P VII: Návrh formuláře plánu péče dle konceptu Bazální stimulace

Příloha P VIII: Návrh formuláře realizace konceptu Bazální stimulace

PŘÍLOHA P I

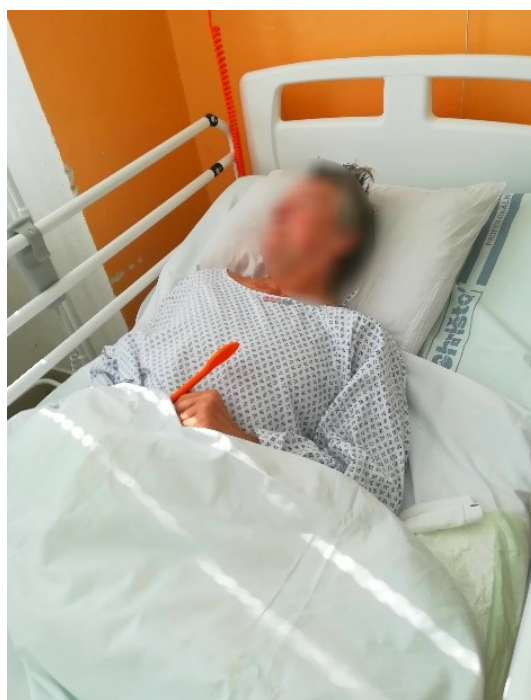
Fotodokumentace ke kazuistice č. 1; zdroj: vlastní



Obrázek 2 Polohování pomocí mumie, první aplikace



Obrázek 1 Narušené vnímání těla



Obrázek 4 Taktilně-haptická stimulace, vařečka



Obrázek 5 Zklidňující masáž



Obrázek 3 Polohování pomocí mumie, druhý týden aplikace

PŘÍLOHA P II

Fotodokumentace ke kazuistice č. 2; zdroj: vlastní



Obrázek 7 Asistovaná koupel



Obrázek 8 Polohování pomocí mumie



Obrázek 10 Míčkování



Obrázek 9 Vestibulární stimulace, houpavé pohyby



Obrázek 6 Neurofyziologická koupel

PŘÍLOHA P III

Fotodokumentace ke kazuistice č. 3; zdroj: vlastní



Obrázek 7 Orální stimulace, cucací váčky



Obrázek 11 Orální stimulace pomocí molitanové štětčky



Obrázek 15 Vestibulární stimulace, houpavé pohyby



Obrázek 6 Orofaciální masáž



Obrázek 8 Podávání tekutin Pasteurovou pipetou

PŘÍLOHA P IV

Fotodokumentace ke kazuistice č. 4; zdroj: vlastní



Obrázek 17 Masáž stimulující dýchání



Obrázek 19 Vestibulární stimulace, ovesný klas



Obrázek 9 Smyslová stimulace




Obrázek 16 Zklidňující koupel





Obrázek 20 Návčik chůze

PŘÍLOHA P V

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

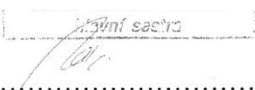
Jméno a příjmení studenta	Nikol Šarmanová	
Téma bakalářské práce	Využití prvků Bazální stimulace u geriatrických pacientů s demencí	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Silvie Treterová podpis	
Skupina respondentů	Geriatrickí pacienti s demencí hospitalizovaní na oddělení následné péče- Z	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22-02-2019

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI

PŘÍJMENÍ:.....

JMÉNO:.....

R.č.:.....

Biografická anamnéza

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

PŘÍLOHA P VII

PŘÍJMENÍ:.....

JMÉNO:.....

R.č.:.....

Plán péče dle konceptu Bazální stimulace

Podpora vnímání

CÍL:

PLÁN:

ZHODNOCENÍ:

Podpora komunikace

CÍL:

PLÁN:

ZHODNOCENÍ:

Podpora pohybu

CÍL:

PLÁN:

ZHODNOCENÍ:

ZPRACOVALA:

