

Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele v domově pro seniory

Pavla Přidalová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavla Přidalová**
Osobní číslo: **H17275**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele domova pro seniory**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti uživatel, domov pro seniory a konceptu Bazální stimulace.

Příprava metodiky výzkumné části.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam doporučené literatury:

BIENSTEIN, Christel und Andreas FRÖHLICH. Basale Stimulation in der Pflege. Bern: Hogrefe, 2016. 296 s. ISBN 978-3-456-85648-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 978-802-4634-043.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 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, 2018, 216 s. ISBN 978-80-907053-1-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Svobodová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

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 ÚTB 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 6.3.2020

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje na využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele domova pro seniory. V teoretické části jsou shrnuty základní informace o konceptu Bazální stimulace, jeho technikách a využitelnosti v domově pro seniory. V dalších kapitolách je popsána specifikace uživatele a domova pro seniory. V praktické části je zpracován kvalitativní výzkum metodou kazuistik, ve kterých analyzujeme vliv konkrétních aplikovaných technik a prvků konceptu Bazální stimulace na uživatele domova pro seniory.

Klíčová slova: bazální stimulace, senior, uživatel, domov pro seniory, biografická anamnéza.

ABSTRACT

The bachelor's thesis focuses on the use of the concept of Basal Stimulation in the care of users of a home for the elderly. The theoretical part summarizes basic information about the concept of Basal Stimulation, its techniques and usability in a home for the elderly. The next chapters describe the specification of the user and the home for the elderly. In the practical part, qualitative research is processed using Kazuistics method, in which we analyse the influence of specific applied techniques and elements of the Basal Stimulation concept on users of a home for the elderly.

Keywords: basal stimulation, senior, user, the retirement home, biographical anamnesis.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení práce, připomínky, cenné rady a trpělivost. Dále chci poděkovat Domovu seniorů POHODA Chválkovice v Olomouci, za spolupráci a umožnění přístupu k informacím. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 BAZÁLNÍ STIMULACE	12
1.1 HISTORIE KONCEPTU	12
1.2 VÝVOJ KONCEPTU	13
1.3 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.4 MOŽNOSTI VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	14
2 VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O UŽIVATELE DOMOVA PRO SENIORY	17
2.1 AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	17
2.2 SOMATICKÁ STIMULACE	17
2.3 VIBRAČNÍ STIMULACE	20
2.4 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE	21
2.5 SMYSLOVÁ STIMULACE	21
3 UŽIVATELÉ DOMOVA PRO SENIORY	24
3.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE	24
3.2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	25
3.3 PÉČE O UŽIVATELE V DOMOVĚ PRO SENIORY	26
4 DOMOV PRO SENIORY A JEHO UŽIVATELÉ	28
4.1 PODMÍNKY PRO PŘIJETÍ	28
4.2 DOMOV SENIORŮ POHODA CHVÁLKOVICE	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 METODIKA PRÁCE	33
5.1 CÍL PRÁCE	33
5.2 METODA VÝZKUMU	33
5.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	33
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
6 KAZUISTIKY	35
6.1 KAZUISTIKA 1	35
6.2 KAZUISTIKA 2	38
6.3 KAZUISTIKA 3	41
6.4 SHRNUÍ KAZUISTIK	45
7 DISKUZE	48
ZÁVĚR	51

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54
SEZNAM TABULEK	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože vnímám koncept Bazální stimulace pro uživatele domova pro seniory jako velmi přínosný. Tento koncept byl na svém počátku zaměřen na děti, které se narodily s těžkými vrozenými vývojovými vadami. Až v průběhu let se začala bazální stimulace využívat v ošetrovatelství, nejvíce v nemocnicích u pacientů v intenzivní péči, na neurologických a geriatrických odděleních a v současné době se rozšiřuje i do paliativní péče. Své místo má také v zařízeních sociální péče ať už pro děti či seniory.

Poprvé jsem se s bazální stimulací setkala ve svém zaměstnání, právě v domově pro seniory. Zaujalo mě, jak se aktivizační pracovníce u nás v domově snaží rozšířit povědomí o tomto konceptu a nabitě vědomosti z absolvovaného kurzu ihned aplikovat do praxe. Na její podnět jsem se rozhodla certifikovaný kurz také absolvovat. To se mi podařilo během mého tříletého studia na Fakultě humanitních studií, kde byla možnost se zúčastnit základního kurzu bazální stimulace a následně také nástavbového kurzu (Příloha III a IV). Oba jsem absolvovala a od té doby získané informace používám v každodenní praxi u našich uživatelů v domově pro seniory. Pracovat s technikami konceptu Bazální stimulace se mi daří každý pracovní den a jsem velice ráda, že jsem se s ním seznámila. Lektorka, která nás na kurzu vedla, vždy zdůrazňovala, že z konceptu se nevyužívá pouze jedna technika, ale koncept nás provází v každodenní péči o naše klienty. S odstupem času s ní musím souhlasit, bazální stimulace je koncept, který zahrnete do své práce a využíváte ho při komunikaci, při vlastní péči i při aktivizaci klientů/uživatelů.

Při aplikaci jednotlivých technik je důležitý individuální přístup, jejich využitím dosáhneme zkvalitnění péče. U nás v domově lze pozorovat, jak se u uživatelů zlepšuje jejich orientace, uklidní se nebo naopak se aktivizují k činnosti.

V teoretické části jsou popsány informace o konceptu Bazální stimulace, jeho techniky a prvky, které lze aplikovat u seniorů v domově pro seniory. Věnujeme se také charakteristice pojmů gerontologie, stáří a stárnutí a vyspecifikování sociální služby, domov pro seniory. V praktické části je metodou kazuistik zpracováno využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů domova pro seniory.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BAZÁLNÍ STIMULACE

1.1 Historie konceptu

Autorem konceptu Bazální stimulace je německý odborník profesor Andreas Fröhlich. Počátkem 70. let minulého století pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V rámci doktorandského studia v té době vypracoval vědecký pedagogický projekt s názvem koncept bazální stimulace (Friedlová, 2018, s. 22).

„Andreas Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace.“ (Friedlová, 2007, s. 13). Na základě schopnosti lidského těla lze vnímat a přijímat signály a také odpovídat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. Podařilo se mu navázat velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi. K vypracování konceptu vedlo Fröhliche tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělatelné, a to přinejmenším v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy (Friedlová, 2007, s. 13).

Možnosti konceptu pro intenzivní ošetrovatelskou péči o lidi s těžkými neuromuskulárními deficity a pro seniory trpící demencí poznala na počátku 80. let profesorka Christel Bienstein, vzdělaná sestra, která zpracovala strategii konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské stimulující péče. Prof. Bienstein vycházela z principu, že ošetrovatelská péče musí být poskytována individuálně a současně musí vycházet z vědeckých základů (Friedlová, 2018, s. 22).

Po dlouhém společném snažení a dalšího rozvoje tohoto konceptu mnoha kolegy a kolegyněmi z ošetrovatelské praxe, máme nyní k dispozici takovou formu konceptu Bazální stimulace, která je velmi dobře slučitelná do každodenní ošetrovatelské péči. Znamená to, že si ošetroující zvolí takové nabídky, které zohledňují koncept Bazální stimulace a individualitu pacienta. Konceptu nám umožňujeme formovat kulturu kontaktu mezi lidmi s těžkými změnami stavu a jejich okolím (Friedlová, 2009, s. 7).

1.2 Vývoj konceptu

V zemích Evropské unie patří bazální stimulace k nejznámějším ošetřovatelským konceptům v ošetřovatelství. Je určen pro osoby se změnami v oblasti hybnosti, vnímání a komunikace, pro většinu pacientů v ústavní péči, pro uživatele domovů pro seniory a v péči o nedonošené děti, pro které je tento koncept již zcela nedomyslitelnou součástí jejich života (Friedlová, 2009, s. 7).

V 90. letech minulého století byl v České republice pojem bazální stimulace neznámý, zatímco v západních zemích Evropy byl v této době koncept již 20 let integrován do praxe a působilo zde více než 500 certifikovaných lektorů. O konceptu informovala autorka zdravotnickou veřejnost od roku 2000 prostřednictvím odborných příspěvků v časopisu *Sestra*, na přednáškách pro personál nemocnic a zařízení sociálních služeb a také na různých ošetřovatelských konferencích (Friedlová, 2018, s. 25).

Koncept bazální stimulace je integrován v současné době do osnov výuky ošetřovatelství na zdravotnických školách v České republice i v některých státech Evropské unie (Friedlová, 2009, s. 9). V České republice je zohledněn ve vyhlášce MZ ČR o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 391/2017 Sb. (Česko, online, 2020).

V roce 2000 byla založena Mezinárodní asociace bazální stimulace za iniciativy profesora Fröhlicha, profesorky Bienstein a dalších kolegů, certifikovaných lektorů z různých zemí Evropy. V asociaci je v současné době sdruženo více než tisíc certifikovaných lektorů konceptu bazální stimulace z patnácti různých zemí Evropy. Záměrem je zajištění a podpora vzdělávání certifikovaných lektorů konceptu, kteří zajistí přenos konceptu do zdravotní péče, sociálních služeb a do pedagogiky (Friedlová, 2018, s. 29).

Ve Frýdku- Místku byl založen v říjnu 2005 INSTITUT Bazální stimulace a v listopadu 2005 proběhla tamtéž historicky 1. národní konference bazální stimulace za účasti profesorky Christel Bienstein. V České republice v současné době pracují s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, ale také agentury domácí péče (Friedlová, 2007, s. 17).

1.3 Koncept Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogické-ošetřovatelský koncept, který se orientuje na lidské potřeby a poskytuje vhodné stimuly pro vnímání, komunikaci a pohyb. Základní idea je v poskytování individualizované 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). Základem konceptu je podpora v oblasti vnímání, komunikace a pohybu. Cílem je udržovat, chránit a budovat schopnosti a dovednosti prostřednictvím jednoduchých a základních změn. Bazální stimulace je forma holistické, tělesné komunikace pro osoby s výrazným dočasným nebo trvalým omezením (Bienstein, 2016, s.18).

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

V naší republice je koncept Bazální stimulace využíván poměrně často v péči o seniory. Umožňuje pečujícím lépe porozumět seniorům a navázat správnou komunikaci. Použitím konceptu je možné u neklidných a agresivních seniorů navodit zklidnění, pomoci jim se orientovat v prostoru a napomáhá jejich aktivizaci (Friedlová, 2012, s. 58).

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 životní funkce (Friedlová, 2007, s. 23).

V konceptu Bazální stimulace se pracuje s dotekem. Je kladen velký důraz na jeho kvalitu. Necílené a nečekané doteky vyvolávají u uživatelů se změnami v oblasti vnímání pocit strachu a nejistoty. Klientovi s těžkými poruchami v oblasti vnímání musíme dát jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Veškerou aktivitu u něho začínáme a končíme pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku (Příloha PI). Podle biografické anamnézy volíme nejvhodnější místo pro dotek, jsou to paže, ramena, ruce. Iniciální dotek propojíme s verbální komunikací, pozdravíme, oslovíme dotyčného jménem a informujeme ho o začátku a konci úkonu (Friedlová, 2014, s. 5).

1.4 Možnosti využití konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace pomáhá v nejzákladnější rovině lidského vnímání. Každý jedinec vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Pomocí smyslových orgánů vnímá člověk sebe sama a okolní svět (Friedlová, 2018, s. 31).

Tento koncept umožňuje podpořit osoby se změnami v oblasti vnímání, pohybu a komunikace. Cílenou stimulací smyslových orgánů se aktivují schopnosti lidského mozku a uchovávají se životní návyky v paměťových drahách v různých oblastech mozku. Cílenou stimulací uložených vzpomínek můžeme znovu zaktivizovat mozkovou činnost, a tím podpoříme komunikaci, vnímání a pohyb člověka (Friedlová, 2007, s. 19).

Vnímání

Vnímání je považováno za samozřejmé a přirozené. Veškeré poznatky poskytují informace o tom, že jako první se vyvíjí somatické vnímání, jehož pomocí se přenáší informace o těle. Další oblastí, která se rozvíjí následně, je vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru (Friedlová, 2007, s. 19-20).

Při změnách a odchylkách vnímání se snažíme pomocí nabízených stimulů o jeho podpoření. Stimulujeme organismus jedinců, podporujeme rozvoj vlastní identity, umožníme vnímání okolního světa, navázání komunikace s okolím, pomáháme zvládnout orientaci v prostoru a čase, podporujeme smyslové funkce organismu (Friedlová, 2007, s. 23-24).

Pohyb

Pohyb lze pozorovat již v prenatálním období, obdobně jako růst. Pohyb umožňuje mobilita jedince a současně je tak umožněn dotyk a orientace v prostoru důležitá pro dýchání, rozmnožování, všechny aktivity. Schopnost pohybu je jednou z nejdůležitějších lidských vlastností. Omezení pohyblivosti je velmi stresující. Mnoho aktivit je spojeno s pohybem. Abychom si udrželi optimální psychickou i fyzickou rovnováhu, musíme být v pohybu (Bienstein, 2016, s. 42).

Pohyb je úzce propojen s komunikací, doprovází řeč, gestikulaci, mimiku. Před provedením pohybu se nejprve vytvoří myšlenka na pohyb, a proto nelze vnímání a pohyb od sebe oddělit (Friedlová, 2018, s. 34).

Komunikace

Komunikace je podmínkou pro sociální interakci a patří k nejdůležitějším složkám při získávání různých informací. V bazální stimulaci je komunikace s uživatelem podstatnou součástí každé aktivity. Využívá se jak verbálních, tak neverbálních komunikačních kanálů. A je velmi důležité si u klientů všimnout všech komunikačních signálů, zejména těch neverbálních (Zikl, 2014, s. 118). Komunikace znamená sdělování, přijímání a snahu porozumět tomu, co bylo sděleno. Často k tomu využíváme jazyk, ale komunikace není

omezena jen na slova, probíhá pomocí životně důležitých tělesných funkcí, dýcháním, dotykem, pohledem (Bienenstein, 2016, s. 42).

Komunikačními kanály v komunikačním procesu mohou probíhat přes všechny smyslové orgány. V konceptu bazální stimulace hovoříme o somatických, vestibulárních, vibračních, auditivních, optických, olfaktorických a taktilně – haptických komunikačních kanálech, které jsou podle stavu klienta a jeho schopností a možností (Friedlová, 2007, s. 32-33).

2 VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O UŽIVATELE DOMOVA PRO SENIORY

2.1 Autobiografická anamnéza

Každý člověk je autonomní jedinečná bytost se životními návyky, hodnotami, vlastnostmi. Pro úspěšné zvládnutí konceptu Bazální stimulace v péči o klienta je znalost jeho návyků, hodnot a prožitků. Biografická anamnéza umožňuje ošetřujícímu personálu porozumět klientovi, zohlednit jeho individualitu a strukturovat plán péče. Důležité informace jsou získávány od blízkého okolí; rodiny, přátel a od samotného klienta, umožňuje-li to jeho zdravotní stav. Sepsáním autobiografické anamnézy je důležitým krokem před poskytováním bazální stimulace. Významným faktorem pro získání informací je navázání důvěrného a rovnocenného vztahu mezi personálem, klientem a jeho rodinou. Otázky pokládané personálem, by neměly být vtíravé, mají mít podnětný charakter. V průběhu rozhovoru je nutné zajistit vhodné klidné prostředí a dostatek času. Ošetřující personál nasbírané informace nehodnotí a nevynáší výroky (Friedlová, 2007, s. 131).

Základní okruhy pro autobiografickou anamnézu se týkají oblastí vědomí, pohybu a komunikace, rodiny, prožitého života, bývalého zaměstnání, koníčků. (Friedlová, 2007, s. 132).

2.2 Somatická stimulace

Nezákladnější formou somatické stimulace je dotek, utváří vztahy a dává jim význam (Friedlová, 2011a, s. 10).

Somatická stimulace má za cíl stimulovat kožní percepční orgán a současně stimulovat vnímání pohybu. Cíleně se snaží o navázání somatického rozhovoru. Podporuje, aby u stimulovaných osob docházelo k vnímání vlastního těla, rozvoji vlastní identity, umožňuje vnímání okolního světa, navázání komunikace s jeho okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase (Friedlová, 2018, s. 67). V domově pro seniory využíváme následující popsané techniky a prvky.

Zklidňující somatická masáž/koupelel

Cílem této stimulace je uvolnění svalového napětí. Pomáhá upoutat pacientovu pozornost a soustředění, zbavit jedince nepříjemných zážitků, bolesti. Na klienty působí tato stimulace jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Může být využita jako rituál propojený s koncem

fyzické aktivity v rámci fyzioterapie nebo rehabilitačního ošetřování, nebo také se začátkem duševní aktivity (Válková, 2015, s. 95).

Tato stimulace se provádí oběma pažemi, na těle jedince se pracuje principem symetrie. Pečující personál nebo terapeut se snaží neustále s klientem udržovat kontakt. Stimulaci poskytuje nejlépe pouze jedna osoba. Důležitým aspektem je eliminovat rušivé elementy, kdy jedním ze situace může být např. komunikace terapeuta se třetí osobou (Friedlová, 2018, s. 77)

Při aplikaci somatické stimulace formou koupele, používáme vodu o teplotě 37-40°C, a žínky. Při stimulaci na sucho použijeme buď žínky, nebo ruce; stimulujeme přes oděv nasucho nebo za pomoci krémů či olejů, froté ponožkami a jinými měkkými materiály. Než zahájíme aktivitu, musíme uživatele informovat o zahájení masáže/koupele, podle schopnosti a možnosti pojmout tuto informaci a vstřebat ji. Pohyby postupují po směru chlupů, působí uklidňujícím způsobem a napomáhají klientovi uvědomovat si hranice vlastního těla (Friedlová, 2007, s. 76-77). Masáž můžeme započít na obličeji. Postupujeme tak, abychom předešli nežádoucí reakci, stažení svalů. Na hrudníku vedeme pohyb od středu trupu ke stranám. Na horních i dolních končetinách stimulujeme nejprve celou končetinu a následně každý prst samostatně. Zada myjeme v poloze na boku, ve směru od páteře ke stranám trupu. Po celý čas stimulace sledujeme reakce stimulovaného a snažíme se eliminovat nežádoucí účinky (Tomová, Křivková, 2016, s. 104-105).

Povzbuzující somatická masáž/koupele

Somatická stimulace povzbuzující (aktivizující) probouzí k životu. Stimuluje jak tělo, tak i mysl, podporuje vnímání a pozornost uživatele. Není doporučeno ji využívat u pacientů s kognitivní poruchou, uplatňujeme ji s ohledem na zdravotní stav uživatele (Válková, 2015, s. 95).

Povzbuzující somatická stimulace má za cíl zvýšení pozornosti, zlepšení míry vědomí stimulovaného, podporuje vnímání tělesného schématu, zvyšuje svalové napětí, pohybovou aktivitu, srdeční frekvenci i krevní tlak. Uplatňujeme ji u osob s poruchou vědomí, u klientů v depresi u apatických jedinců, se sníženým svalovým tonem a bradykardií. Stimulujeme vždy proti růstu chlupů na těle (Tomová a Křivková, 2016, s. 106).

Stimulaci můžeme poskytovat jako součást hygieny klientů. Při použití během koupele použijeme vodu, která je asi o 10°C nižší než je teplota těla, v rozmezí 23-28°C. Je potřebné adekvátně informovat jedince o zahájení stimulace, tak aby to pro něho bylo snadno

pochoitelné. I u této stimulace začínáme na obličeji, ale pokud to stav nedovoluje, můžeme začít na horní polovině trupu, a k obličeji se vracíme až na konec stimulace nebo ho úplně vynecháme (Friedlová, 2018, s. 81). Jednotlivé masážní tahy na hrudníku provádíme od stran trupu ke středu. Na horních a dolních končetinách začínáme od konečků prstů a pokračujeme po celých končetinách proti růstu chlupů (Friedlová, 2014, s. 14).

Polohování

Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30. minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Prostřednictvím polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, ale rovněž vestibulární, protože měníme klientovu pozici a stimulujeme vestibulární aparát (Friedlová, 2007, s.90).

Postačující jsou i malé změny polohy. Polohování provádíme za pomoci srolovaného ručníku, povlečení a malých polohovacích polštářků. Podporujeme tak vnímání těla. Využíváme tzv. mikropolohování. Doporučuje se využití standardních molitanových matrací než použití vzduchových antidekubitních. Polohování využíváme u různých skupin klientů, probíhá individuálně s ohledem na potřeby polohovaného; změny polohy stimulují vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2009, s.35).

Využíváme polohy mumie, polohu hnízdo, propletení prstů rukou, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin, uchopení nohy rukou. Změny polohy můžeme docílit pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů, kterými podkládáme klienta. (Friedlová, 2009, s. 36).

Poměrně často využívanou polohou v našem zařízení je poloha mumie. Cílem této polohy je umožnit jedinci vnímat vlastní tělo a dát mu možnost vnímat hranice svého těla. Další využívanou polohou je poloha hnízdo. Která umožňuje odpočinek a klid, navozuje příjemných pocitů. Také tato poloha navozuje pocit jistoty a bezpečí a umocňuje vnímání hranic svého těla (Friedlová, 2009, s. 36-38).

Masáž stimulující dýchání

Masáže stimulující dýchání má za cíl dosažení hlubokého, pravidelného a klidného dýchání. V průběhu této stimulace dochází k vyrovnání frekvencí a rytmu dýchání u ošetřujícího a stimulované osoby. Neverbální komunikace, ke které zde dochází je velice významná a pacient se tak cítí akceptován. Využívá se např. u hyperventilujících jedinců. (Friedlová, 2009, s. 31).

K provádění masáže stimulující dýchání volíme záda. Pokud nelze aplikovat stimulaci na dorzální část, využijeme část ventrální. Jestli je to možné, osobu uvedeme do polohy vsedě a necháme ji, aby zaujal co nejpohodlnější pozici, lze stimulovat v sedě, na židli, křesle nebo v lůžku s opřenými horními končetinami. U imobilních uživatelů zvolíme polohu vleže na boku či na břiše. Vhodné přípravky k použití na masáž jsou zahřáté pleťové mléko nebo olej. Masáž by měla trvat 3-5 minut. Při masáži udržujeme stálý kontakt s uživatelem. Pokud uživatel začne kašlat v průběhu masáže, krátce ukončíme masáž a za pomoci svých rukou mu poskytneme oporu formou kontaktního vibračního dýchání s vykašláváním, kdy použijeme vibrační pohyby k podpoře vykašlávání sekretu z dýchacích cest (Friedlová, 2018, s. 93).

Cílem masáže stimulující dýchání je navodit klidné, hluboké a pravidelné dýchání, uvědomit si své tělo, zvýšit schopnost koncentrace, tak, aby jedinec mohl adekvátně reagovat na podněty z okolí (Tomová a Křivková, 2016, s.109).

2.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulaci využíváme nejčastěji u pacientů v kómatu a u pacientů, kteří jsou v přípravné fázi k vnímání pohybu s následnou mobilizací a vertikalizací. Při této stimulaci používáme nejen naše ruce, ale i nejrůznější vibrační pomůcky, jako jsou elektrické zubní kartáčky, vibrační hračky, podložky, holící strojky, hudební nástroje, ale i hlas (Tomová, Křivková, 2016, s. 111).

Vibrační stimulace má za cíl stimulovat receptory kůže pro vnímání vibrací a hluboké receptory citlivosti, proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla. Tato stimulace umožňuje jedinci vjemy z jeho těla a je zcela individuální. Vibrační stimulace je využívána zejména u osob ve vigilním kóma, s těžkou mentální retardací, ale také u přípravy k vnímání pohybu a následné vertikalizaci a mobilizaci (Friedlová, 2007, s. 107).

Pro vibrační stimulaci jsou kontraindikací varixy, poruchy integrity kůže nebo krvácivé stavy. Při zpívání nebo mluvení se člověku hrudník jemně chvěje, můžeme přitisknout hrudník uživatele na hrudník terapeuta nebo příbuzný sedí na zemi, v posteli za klientem nebo v křesle, a tím je klientovo tělo opřené o tělo sedícího za ním. V dané poloze je možné, aby uživatel celým svým hrudníkem vnímal tlak hrudníku terapeuta a také vibrace, které jeho hrudník vydává, když terapeut mluví (Friedlová, 2018, s. 105).

2.4 Vestibulární stimulace

Za koordinaci pohybu, jeho průběhu, orientace v prostoru, rovnováhy a stabilizaci oběhového systému je zodpovědný vestibulární systém. Vestibulární stimulace nás informuje o naší poloze a pohybu v prostoru. Při vestibulární stimulaci je možné využít lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Stejně jako somatické vnímání i smyslové rovnovážné ústrojí může podlehnout habituaci (Friedlová, 2007, s. 105).

V této stimulaci používáme techniky, jako jsou houpací pohyby v lůžku, otáčivé pohyby hlavy a nácvik tzv. pohybu klasu v ovesném poli. Tyto pozice jsou uskutečňovány vsedě na lůžku či v křesle, také změnou polohy těla uživatele pomocí změny pozice celé postele. Při poskytování a stimulování vestibulárních podnětů můžeme použít pomůcky, jako jsou závěsné houpačky, zvedací zařízení (Tomová a Křivková, 2016, s.111). Pomocí vestibulární stimulace umožňuje koncept Bazální stimulace předávat informace na vestibulární jádra v mozku a poté zprostředkovat informace o postavení v prostoru, redukovat závrať z otáčivého pohybu, snížit napětí flexorů a extenzorů a připravit organismus na mobilizaci (Friedlová, 2018, s.102).

Aplikace ovesného klasu probíhá tak, že ošetřující 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 ukončení stimulace necháme pacienta chvíli sedět a až poté jej ukládáme do lůžka (Tomová, Křivková, 2016, s. 110-111).

2.5 Smyslová stimulace

Optická stimulace

U uživatele jeho zrakový vjem umožňuje poznávat okolní svět, pomáhá mu s orientací, poznávat osoby a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty a schopnost učit se (Friedlová, 2007, s.109). Musí být dodrženy zásady při využívání technik optické stimulace; umístit předmětu stimulované osobě do zorného pole hodiny, napomáhat klientovi uvědomit si denní dobu, nainstalovat barevné rozdělovače mezi lůžky, umístit do zorného pole obrázky, rozmístit fotografie po místnosti, po zdech (Tomová a Křivková, 2016, s.111)

Při optické stimulaci kognitivní rehabilitace obecné i cílené používáme nástěnné kalendáře a hodiny, tak i nejrůznější výzdobu, která je zaměřena na roční období nebo významné dny. Uživatelé v domově pro seniory mají možnost vystavit si osobní fotografie, obrázky,

nejrůznější předměty pro štěstí nebo památku. Optická stimulace je využívána na podkladě cíleně vedeného rozhovoru, kdy získáváme data do biografické anamnézy, a poté využíváme k tvorbě individuálních cvičení či využití k cvičení s tematickým zaměřením (Válková, 2015, s.96).

Auditivní stimulace

Sluch je u člověka tím největším významným kanálem při komunikaci, pro navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. U některých seniorů je brána porucha sluchu jako jedna z nejčastějších chronických onemocnění ve vyšším věku, jedná o nejčastější senzorkou poruchu. Porucha sluchu má za následek omezení komunikace, dochází ke ztrátě kontaktu s okolím, osamělosti a sociálnímu odloučení. Často dochází k depresím, někdy také k sluchovým halucinacím (Friedlová, 2018, s.113).

Využití v rámci konceptu Bazální stimulace můžeme při stimulaci klienta pomocí oblíbené hudby, která může být uskutečněna z přehrávače, z rádia či z televize nebo také pomocí hry na hudební nástroj, rozhlasové stanice, televize ke stimulaci vnímání uživatelů (Friedlová, 2011b, s. 9). Můžeme využít hudbu při individuálním cvičení nebo u cvičení k trénování krátkodobé i dlouhodobé paměti lze využít televizní i rozhlasové stanice (Válková, 2015, s.96).

Auditivní stimulace může mít při aplikaci za cíl navázání kontaktu s uživatelem. Opatříme si o uživateli informace, o jeho osobě. Pomocí aktivizace vzpomínek, které jsou uloženy v paměťových stopách lze stimulovat vnímání uživatele, mobilizovat vzpomínky jedince, u osob budovat pocit jistoty, pomoc uživateli s orientací, navýšení rozlišovacích schopností sluchového aparátu, naučit je novým slovům, řeči. Při použití řeči můžeme použít např. vyprávění, předčítání nebo reprodukce řeči ze záznamu (hlasy příbuzných, kamarádů, spolupracovníků, které máme nahrány) (Friedlová, 2007, s.114).

Orální stimulace

Tato stimulace slouží ke stimulaci chuťového vnímání, aktivujeme perorální vjemy, které jsou spojeny s příjmem potravy; snaží se stimulovat polykání, senzorku dutiny ústní a vede ke stimulaci řečových funkcí. Orální stimulace má za cíl umožnit uživateli vnímat vjemy ze svých úst. Je možné ji provádět samostatně nebo společně s nácvikem příjmu potravy a polykáním (Tomová a Křivková, 2016, s.112).

Dalším cílem je také umožnění kvality prožívání života. Pro uživatele, kteří nemohou přijímat potravu ústy, a kteří jsou vyživováni sondou je orálně chuťová stimulace velmi

významná. Díky chuťovým prožitkům při využití orální stimulace dochází u jedinců k výrazné prožitkové záležitosti, při které se posiluje kvalita jejich života. Orální stimulace není synonymem v péči o dutinu ústní ani o náviku polykacího reflexu, v této stimulaci je výhodná kombinace. Můžeme výrazně stimulovat u klientů prostřednictvím chuťové stimulace jejich vědomí, i u těch, kteří mají těžké změny v oblasti vědomí (Friedlová, 2018, s.120).

V průběhu orální stimulace se nesmí kombinovat více než 3 různé chutě a také nesmíme násilně vnikat do úst. Nesmíme zapomínat na fakt, že ústa jsou jedna z nejintimnějších míst na těle. Svalový tonus můžeme podpořit pomocí chladných medií, jako jsou molitanové štětičky nebo mulové váčky tzv. cucací váčky. Pracujeme s nimi u jedinců s poruchou hybnosti jazykového svalu. Před použitím můžeme molitanové štětičky nasáklé v oblíbené tekutině dát do lednice vychladit. Orální stimulaci je dobré používat u osob, které jsou dlouhodobě ochuzení o prožitky z dutiny ústní (Friedlová, 2018, s.123).

3 UŽIVATELÉ DOMOVA PRO SENIORY

3.1 Gerontologie a geriatric

Obor gerontologie je soubor a nauka vědomostí o stáří a stárnutí, kdy se vlastně jedná o problematiku starých lidí a život ve stáří. V tomto oboru se zejména zaměřujeme na osobité potřeby a také na zkvalitnění života u odlišných skupin seniorů. V první řadě se v gerontologii vytvářeli poznatky několika oborů a vědních disciplín jako multidisciplinární souhrn (Kalvach a kol., 2004, s.48).

V gerontologii máme členění na tři směry. První směr je gerontologie experimentální, neboli biologická, která se zabývá důvodem, proč a jak živé organismy stárnou. Druhým směrem je gerontologie klinická, kdy nás zajímají zvláštnosti zdravotního stavu, nemocí a jak probíhá léčení ve stáří, jak probíhá přístup k seniorům, zejména u lidí vyššího věku s určitými problémy a medicínskými riziky jako je třeba geriatrická křehkost. Třetím směrem je gerontologie sociální. V tomto směru se zaměřujeme na život ve stáří, jaké jsou vztahy mezi seniory a společností, mezi generacemi a sociologií (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.16-17).

Ve čtyřicátých letech 20. století vznikaly ve světě první gerontologické společnosti. V ČR byly založeny gerontologické sekce roku 1958 a v roce 1962 vznikla Česká gerontologická společnost. V průběhu několika let se obor gerontologie rozvíjí jako studijní obor na vysokých školách pro nelékařské profese (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s.63).

Počátky gerontologického myšlení je datováno v 17. století, kdy se William Shakespeare zabýval problematikou stáří nejvíce v tragédii Král Lear. V této hře je největším posláním zachování zodpovědnosti ve stáří, nespolehání se na ty druhé a mít vše ve svých rukou (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.17-18).

První polovina 19. století přinesla první vlnu medicínského zájmu o „nemoci vyššího věku“, v roce 1803 byl zřejmě poprvé použit pojem gerontologie, a to nositelem Nobelovy ceny I. I. Mečnikovem. V roce 1809 zřejmě poprvé použili I. L. Nascher výraz geriatric, kterým také nazval v roce 1814 svou monografii o nemocech vyššího věku (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s.55-56).

Od 30. let 20. století se rozvíjí experimentální gerontologie, kdy z roku 1942 E. V. Cowdry, který považuje problémy stárnutí v základní monografii. Ve Velké Británii také vzniklo geriatrické nemocniční oddělení a domácí ošetrovatelská péče. Byla založena Mezinárodní gerontologická asociace v roce 1950 za účasti Československa.

V 60. letech vytvořili koncept aktivit denního života- ADL (Activities of daily living), probíhá díky tomu hodnocení soběstačnosti lidí u seniorů nebo u lidí se zdravotním postižením. Dále bylo v 70. letech zjišťována problematika nevhodného zacházení se starými lidmi a jejich zanedbávání, ve Francii vznikly první univerzity třetího věku a bylo publikováno hodnocení, které je momentálně nejvíce využíváno, a to hodnocení kognitivních postižení tzv. Folsteinův test MMSE (Mini Mental State Exam) (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.18-19).

Geriatric je obor medicíny, která stejně jako klinická gerontologie a geriatrická medicína zobecňuje a shrnuje problematiku seniorů u zdravotního tak funkčního stavu. Dále také vysvětluje specifické potřeby geriatrických pacientů, zvláštnosti ve výskytu klinického obrazu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří (Kalvach a kol., 2004, s.49).

Významným cílem geriatric je formování zdraví nejlépejší je funkční zdraví, a tím i normy ve stáří. I. L. Nascher je považován za zakladatele geriatric, který byl v roce 1914 prvním autorem Geriatrics. Rozlišujeme v geriatric určité složky, jako jsou složky akutní a chronické, preventivní a paliativní, rehabilitační a ošetrovatelské, klinické a organizační. V každém klinickém oboru máme svoji oborovou geriatrickou problematiku. Řešíme zde potřebu zajištění účinné a bezpečné zdravotní péče o seniory s rozdílnými potřebami. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s.65).

3.2 Stáří a stárnutí

Ve stáří se jedná o jednu z posledních vývojových fází, kdy se uzavírá a dovršuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Stáří je proto obecně pojmenováno jako pozdní fáze ontogeneze, zároveň se jedná o sociální charakteristiku. U povahy stáří se tedy dá mluvit jako o: zrání, které se prolíná s involucí, s ubýváním sil a aspekty biologické se prolínají se sociálními (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.11).

Průběh stáří a stárnutí se může stát pozitivním a plnohodnotným úsekem života seniora, kdy je vyrovnaný se svým věkem, užívá si zasloužený odpočinek a dokáže si naplánovat svůj volný čas činnostmi, které má rád. Senior se nebrání změně životního stylu, kdy to vyžaduje jeho věk, zdravotní stav a životní styl. Tuto nastalou situaci bere klidně a vyrovnaně (Malíková, 2011, s.24).

Stařecký fenotyp je přizpůsobován různými aspekty jako je vliv prostředí, zdravotní stav, životní styl, vliv sociálně ekonomický a psychický. Lze také zahrnout aspiraci, sebehodnocení, adaptaci a akceptování určité role. Heterochonie, neboli nástup v různém

věku je jejich mnohočetné a individuální příčiny a projevy, vymezení a členění stáří může být obtížné z důvodu vzájemné podmíněnosti a rozpornosti. Stáří se tedy nejčastěji rozděluje na stáří kalendářní, sociální, biologické, funkční a psychologický věk (Kalvach a kol., 2004, s.47).

Kalendářní věk nebo také chronologický věk je věk, který souhlasí se skutečně prožitým časem bez ohledu na stav organismu. Důsledkem geneticky řízeného programu, působením zevního prostředí a přítomnosti chorob úrazů se nazývá biologický věk. Dalším rozdělením je také funkční věk, kdy odpovídá funkčnímu potenciálu člověka. Funkční věk odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný přehledem charakteristik biologických, psychologických a sociálních. U následků funkčních změn v období stárnutí, jednotlivých osobnostních rysů a subjektivního věku mluvíme o psychologickém věku. V sociálním věku mluvíme o závislosti na důchodovém věku, kdy je zahrnuta přítomnost neboli nepřítomnost životního programu (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s.13).

Projevy stáří

Každý člověk má určitý předpoklad, kdy se ukáže, jak v průběhu svého života bude reagovat na různé okolnosti, které se v jeho životě stanou. Vše je ovlivněno genetickými předpoklady, prostředím i zkušenostmi v průběhu života. Roviny jako jsou tělesné, psychické i sociální jsou spolu propojeny a v těchto rovinách je vše způsobeno změnami ve stáří. Uživatel si v této situaci se změnami musí najít nový způsob života (Dvořáčková, 2012, s.11-12).

Stáří je doprovázeno nejčastěji chronickými onemocněními, jak jejich výskytem, tak i rozvojem, zejména přítomností více onemocnění najednou. Dále se také ve stáří zhoršuje smyslové vnímání, zhoršuje se pohyblivost, schopnosti učení, začínají problémy s pamětí, snižuje se kognitivní výkon a v neposlední řadě také celková soběstačnost.

Seniors nelze jednoduše definovat jako kategorii, jsou zde totiž protnuty dva aspekty, a to biologicko-medicínský a sociologický. Stáří je vymezováno vzestupně a podle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikace vyššího věku popsána takto: zralý nebo taky střední věk- 45- 59 let, rané stáří nebo také vyšší věk- 60- 74 let, stařecký věk- 75- 89 let a dlouhověkost- 90 let (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s.21-22).

3.3 Péče o uživatele v domově pro seniory

V průběhu života seniorů je důležité uspokojovat všechny své potřeby a to buď sám, nebo je odkázán na pomoc jiných osob. S věkem primárně nespojujeme potřebu péče, ale je spojována s poklesem soběstačnosti a funkčních schopností, kdy je člověk omezen v uspokojování svých každodenních potřeb (Dvořáčková, 2012, s.38).

Vznik dlouhodobé péče byl v prvním desetiletí 21. století jako změněný přístup péče o lidi s dlouhodobě omezenou nebo ztrátou soběstačností a tím s kombinovanou potřebou služeb zdravotních a sociálních. Detailnější definice mluví o tom, že dlouhodobá péče je přehled služeb, které lidé potřebují při omezené funkční kapacitě, tělesné či duševní a jsou po delší dobu závislí na pomoci základních aktivit denního života (ADL). Zahrnujeme do nich koupání, oblékání, stravování, ulehání do lůžka, usazení do křesla a vstávání z něj, použití toalety, přemísťování se (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.69).

Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb

U starších lidí je možno poskytovat pobytové sociální služby jako jednodenní, týdenní nebo dlouhodobé služby. Máme jednotlivé možnosti služeb: centra denních služeb- pomáhají lidem s osobní hygienou, při stravování, aktivizační činnosti, pomoc při zajišťování osobních záležitostí v kontaktu se společenským prostředím. Dále máme denní stacionáře, které pomáhají starším občanům, kdy zde pobývají přes den pro zajištění pravidelné pomoci jiné osoby. Při týdenním stacionáři je zajišťována pomoc během pracovních dní, kdy je poskytováno ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti a při kontaktu se společenským prostředím. Domovy pro osoby se zdravotním postižením určené pro starší občany podle druhu a stupně zdravotního postižení. Domovy pro seniory jsou poskytovány seniorům, kteří mají problém se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku a je nutná pomoc jiné osoby. Poslední možností je chráněné bydlení kdy je zde zajišťováno ubytování, stravování, pomoc s chodem domácnosti, aktivizační činnosti a pomoc při kontaktu se společenským prostředím (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s.74-75).

4 DOMOV PRO SENIORY A JEHO UŽIVATELÉ

Domov pro seniory lze charakterizovat jako pobytovou službu pro seniory s celoročním provozem, kde jsou zde umístěny osoby se sníženou soběstačností, u kterých je nutná pomoc v komplexní péči. Tyto služby jsou zaměřeny hlavně na osoby, které se o sebe nemohou dále starat ve svém přirozeném prostředí doma (Malíková, 2011, s. 45).

Podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách §49, je domov pro seniory definován jako poskytování pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, kdy jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., online, 2006).

4.1 Podmínky pro přijetí

Podle §49 a §50 zákona o sociálních službách mohou být do pobytového sociálního zařízení přijati lidé, kteří splňují podmínky pro přijetí. Jsou to osoby se sníženou soběstačností a odpovídajícím věkem, kdy je u nich nutné provádět pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby. Před přijetím je nutné, aby žadatel nebo jiná osoba dodala do pobytového zařízení veškeré dokumenty nebo kopie dokumentů potřebných pro registraci v zařízení. Před nástupem se provádí sociální šetření a projednává se uzavření smlouvy. Ve smlouvě je jasně napsáno proč daná osoba potřebuje služby domova pro seniory a je sestavena na konkrétní osobu (Malíková, 2011, s. 65-66).

Jakmile je osoba přijata do zařízení je vytvořen individuální adaptační plán, hlavní je aby nový uživatel dostal co nejvíce informací o prostředí. Je dobré navázat spolupráci s rodinou, kamarády nebo sousedy z bydliště. Všechny tyto osoby nám mohou poskytnout informace, donést předměty, vzpomínky, kdy je v domově můžeme využít v některých aktivizačních programech. Je důležitá spolupráce rodiny ještě před přijetím uživatele do domova a samozřejmě také v den přijetí. Rodinu je dobré zapojit do některých úkolů, v některých případech se může stát, že umístěním příbuzného se ztrácí příbuzní zájem o něho a dochází tak k výraznému omezení kontaktu (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 182) .

4.2 Domov seniorů POHODA Chválkovice

V následujícím textu bych chtěla představit Domov seniorů POHODA Chválkovice v Olomouci.

Historie

V roce 1941 byl na pozemku zkolaudován domov důchodců, který se nazýval Siechehaus, a který byl později, v roce 1959 přejmenováno na Domov důchodců. Po skončení 2. světové války zde byli umístěni chovanci ze Sjednocených chudinských ústavů v Olomouci, z městského chudobince. Na počátku byla kapacita 71 obyvatel, později se zvýšil počet na 100. Ze společenské místnosti byly vytvořeny další pokoje. V roce 1958 začala přístavba druhého křídla a poslední velkou přístavbou byla v roce 1970, kdy došlo k přestavbě kuchyně a jídelny a tím rozšíření ubytovacích prostor.

Další přístavbou, která se realizovala v roce 1978, byl penzion pro důchodce, který je umístěn v blízkosti Domova. Kapacita těchto dvou panelových domů je 206 bytových jednotek. Až do roku 1991 byl penzion samostatným zařízením okresního ústavu sociálních služeb, ale následně došlo v tomto roce k připojení k Domovu důchodců. Od roku 1992 se postupně začaly snižovat počty obyvatel na pokojích, a to z 276 na 201.

V letech 1995-2003 proběhly zásadní úpravy a opravy v zařízení, došlo k přebudování koupelen, zavedení signalizačního zařízení, opravy elektroinstalací, vybudování výtahů. Vytvořili se jednotlivé ošetřovatelské jednotky, oddělení.

V roce 2007 došlo k přejmenování podle platného zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.; z Domova důchodců se stal Domov pro seniory a Domov- penzion pro důchodce se přejmenoval na Chráněné bydlení. Název celého zařízení je Domov pro seniory a penzion Chválkovice. V únoru 2009 vznikl nový název Domov seniorů POHODA Chválkovice. Také v tomto roce dochází ke změně chráněného bydlení na domov pro seniory. V roce 2013 byl vybudován nový pavilon s kapacitou 100 uživatelů. Jsou zde jednolůžkové pokoje, kapacita je 76 lůžek a dvoulůžkových pokojů je 12.

V roce 2015 se po zrekonstruování otevřelo další oddělení v hlavní budově, a také se v témže roce nastěhovali uživatelé do nově zrekonstruovaného chráněného bydlení. Místo penzionu pro důchodce vznikla nová oddělení domova pro seniory. Díky těmto rekonstrukcím došlo k navýšení kapacity na 290 klientů. Konečnou kapacitou k 1.1.2019 je 334 uživatelů domova pro seniory a 34 uživatelů chráněného bydlení.

Poslání Domova pro seniory

Posláním Domova pro seniory je dáno zákonem o sociálních službách, ale je vysvětleno také ve slově POHODA. Zařízení se snaží podporovat samostatnost uživatelů dle jejich možností, poskytuje uživatelům komplexní péči. Snaží se, aby poskytovaná péče byla na vysoké úrovni a aby byla dostupná pro široké pole žadatelů služby. Současně se snaží ubytované uživatele aktivizovat, tak jak jí to ukládá zákon o sociálních službách.

Cíl sociální služby

Dlouhodobými cíli v domově pro seniory jsou podpoření soběstačnosti uživatelů, kteří z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu nejsou schopni se sami o sebe postarat bez pomoci jiné osoby a péči není možno zajistit v domácím prostředí. Je zde zabezpečena kvalitní komplexní péče o uživatele. V zařízení také současně probíhá zvyšování odborné úrovně zaměstnanců prostřednictvím pravidelného cíleného vzdělávání.

Pro uživatele jsou zajištěny podmínky pro důstojný a aktivní život. Je umožněno uživatelům zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře, dle jeho schopnosti. Současně je sledována geografická i finanční dostupnost služby. V krátkodobých cílech se zaměřujeme na roční plán činností, který je zpracován ředitelem a spolupracovníky pokaždé k 1.1. následujícího roku.

Zásady poskytování služby

Zásadou pro poskytování služby je dle možností budovat nebo co nejdéle udržovat nezávislost uživatele služeb. V rámci možností podporujeme začleňování uživatele. Je nutné respektovat potřeby; služba je určována individuálními potřebami uživatele a potřebami společnosti. V rámci partnerství je nutné pracovat společně, ne odděleně. Při péči se snažíme o rovnost bez diskriminace.

Cílová skupina

V domově pro seniory jsou cílovou skupinou senioři, kteří mají problém se ztrátou soběstačnosti, které jsou způsobené věkem, změnou zdravotního stavu nebo také poruchami intelektu vzniklými v průběhu stáří. Tyto osoby již nejsou schopny žít ve svém vlastním domácím prostředí a potřebují podporu a pomoc jiné osoby.

Kapacita v domově pro seniory jak už bylo uvedeno výše je 334 míst. Zařízení ubytovává jedince ve věkové skupině 60-79 let, mladší seniory a věk 80 a více, starší seniory. Skupiny seniorů, kteří nepatří do cílové skupiny, jsou senioři, kteří jsou mobilní a vzhledem ke své situaci nejsou schopni orientace v cizím prostředí nebo nejsou schopni porozumět pokynům vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Senioři, kteří komunikují pouze za pomoci dotykové

abecedy a dalších taktilních systémů (Domov seniorů POHODA Chválkovice, p.o., online, ©2012).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

V praktické části se zaměřujeme na využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele v domově pro seniory. V této části je využit kvalitativní výzkum, který je zpracován ve formě kazuistik, kdy popisujeme využití bazální stimulace u jednotlivých uživatelů.

5.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů v konkrétním domově pro seniory.

5.2 Metoda výzkumu

Vzhledem k problematice tématu byl zvolen v praktické části bakalářské práce kvalitativní výzkum. Praktická část je zpracována pomocí metody kazuistiky. Definice kazuistiky je popsána jako vědeckovýzkumná metoda, kdy dochází ke vzniku analýzy u konkrétního případu. Název tohoto termínu je odvozen z latinského casus= případ, událost nebo z anglického case study= případová studie. Dochází zde k detailnějšímu popisu konkrétního případu, kdy jsme zaměřeni na jeden objekt a většinou se vypracovává dodatečně (Hučík a Hučíková, 2010, s. 11-13). Z mnoha různých zdrojů jsou pro kazuistiky získávány určitá data (Hendl a Remr, 2017, s. 213). Data získávána pro nás jsou z biografické anamnézy, které získáváme z rozhovoru s příbuznými a známými uživatelů, z přímého pozorování, ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a od ostatních členů týmu. Tímto důkladným prozkoumáním se dá předpokládat, že pochopením jednoho případu se dá lépe pochopit jiný podobný případ (Hendl, 2008, s. 102). Na případu je výzkumník osobně zapojen, kdy podává vyprávění chronologicky seřazené o událostech, které jsou důležité k případu (Hendl a Remr, 2017, s. 201).

5.3 Charakteristika respondentů

Participantky v kazuistikách jsou tři uživatelky konkrétního domova pro seniory. Byly přijaty v období od roku 2011 do roku 2016. Uživatelky mají různé diagnózy související s jejich zdravotním stavem. U všech třech uživatelky se setkáme s demencí. Kazuistiky jsou popisovány u jednotlivých uživatelky, které trpí demencí různé etiologie a u kterých je v průběhu jejich pobytu v domově pro seniory využíván koncept Bazální stimulace. První respondentkou byla paní s Alzheimerovou demencí, druhou respondentkou je uživatelka s těžkou formou demence a třetí respondentkou je uživatelka také s Alzheimerovou

chorobou Tyto kazuistiky jsou anonymní, kdy nelze identifikovat participantku z důvodu ochrany osobních údajů.

5.4 Organizace výzkumného šetření

Koncept Bazální stimulace a jeho aplikace probíhala v konkrétním domově pro seniory. Výzkum probíhal od února do března 2020. Prvky a techniky bazální stimulace byly zvoleny u participantek na základě individuálních potřeb.

U sběru dat jsme vycházeli z biografické anamnézy, kterou jsem získali od rodinných příslušníků, od informací sdělených zdravotnickým personálem a ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Od ředitele zařízení, vrchní sestry a staniční sestry byl na základě žádosti získán písemný souhlas, kterým jsme dostali povolení k využití osobních dat ze zdravotnické a sociální dokumentace (Příloha P II). Sociální zařízení neumožnilo pořízení fotodokumentace poskytované Bazální stimulace u uživatelů

Stanovili jsme plán s prvky a technikami konceptu Bazální stimulace, které jsme zařadili do komplexní péče. Dále jsme formulovali cíle, kterých jsme chtěli dosáhnout u uživatelek. V rámci oddělení domova pro seniory byl záznam Bazální stimulace zaznamenáván u určité uživatelky pomocí kódu v počítači v programu Péče, plán péče V průběhu výzkumu byly uživatelky sledovány, bylo sledováno jejich chování a na základě těchto zjištění byly vytvořeny následující kazuistiky.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika 1

Pacientka byla do domova pro seniory přijata v květnu 2016. Uživatelka na oddělení žije 4 roky.

Anamnéza: Uživatelka N.Z., 89 let, žije v domově pro seniory 4 roky. Uživatelka má 3 děti, které ji pravidelně navštěvují. Uživatelka je imobilní, komunikace s uživatelkou nelze. U uživatelky nelze provést MMSE test- 0 bodů. U uživatelky je nutná komplexní ošetrovatelská péče v oblasti- hygieny, oblékání. Podávání stravy, tekutin a léků je prostřednictvím PEG, z důvodu poruchy příjmu potravy. Klientka pravidelně polohována, prováděna pravidelná péče o dutinu ústní.

Lékařské diagnózy: Alzheimerova demence těžkého stupně, výživa PEG od 10/2015, st.p. plicní embolii 3/2012, st.p. CMP s fatickou poruchou 2012, hypertenzní nemoc III. Stupně, osteoporóza, st.p. fraktura klíční kosti I.dx. 11/2015, anemie, v.s. chronická choroba, st.p. CHCE, těžký syndrom imobility, inkontinence.

Farmakoterapie: Emanera 20 mg 1-0-0 cps (inhibitory protonové pumpy), Tiapridal 100 mg 0-0-1 tbl (antipsychotikum), Zaldiar 37,5 mg/325 mg 1-0-1 tbl (analgetikum), Zodac 10 mg 1-0-0 tbl (antihistaminikum), Kalium chloratum 500 mg 1-0-0 tbl (ionty), Erdomed 300 mg 1-0-0 cps (expektorans), Purinol 100 mg 1-0-0 tbl (antiuratikum).

Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 15 bodů.

Pohybový režim: Uživatelka je imobilní.

Oslovení: Ošetřující personál uživatele N.Z. vykává a oslovuje ji příjmením.

Iniciální dotek: U uživatelky byl zvolen na pravém rameni.

Cíl bazální stimulace: U uživatelky bylo cílem navodit svalové uvolnění a zredukovat neklidný stav uživatelky. Bazální stimulace byla aplikována v rámci současných schopností a možností uživatele a ošetřujícího personálu.

Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:

- Polohování pomocí hnízda
- Zklidňující somatická koupel

- Orofaciální masáž
- Taktilně- haptická stimulace

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Polohování pomocí hnízda

Během dne bylo u uživatelky N.Z. využíváno polohování pomocí hnízda, polohována byla na zádech i na boku. Před zahájením činnosti byl použit iniciální dotek, který je na pravém rameni. Na polohování byli využity pomůcky k tomu určené, válce (hadi) s vyplní polystyrenových kuliček, kdy jsme u uživatelky chtěli navodit příjemný pocit, jistotu a bezpečí.

Analýza: U uživatelky byla poloha hnízdo aplikována denně, v pravidelných intervalech měněna poloha co 2 hodiny. Uživatelka byla zpočátku v poloze neklidná, na nepohodlí uživatelka upozorňovala hlasitými vzdechy. Po uplynutí několika dní bylo u uživatelky zjevné zklidnění, bez hlasitých vzdechů a výkřiků. Později při uložení do polohy hnízdo uživatelka klidně usnula.

Taktilně- haptická stimulace

V rámci stimulace jsme u uživatelky N.Z. využili i taktilně-haptické stimulace, kdy jsme uživatele vložili do rukou malé válečky abychom zabránili vytržení PEG při zachytnutí rukami uživatelky.

Analýza: Uživatelka se silným svalovým napětím v oblasti dlaní se často zachytávala o PEG, kdy hrozilo jeho vytržení. Vložili jsme látkové válečky do dlaní, aby se soustředila na sevření jich. První tři dny se klientka bránila a válečky ze svého sevření vymanila. Po prvním týdnu uživatelka začala pevně svírat válečky v rukách.

Zklidňující somatická koupel

U uživatelky byla z důvodu spasticity a neklidu prováděna zklidňující somatická koupel vždy v průběhu ranní hygieny. U koupele byli využity hygienické prostředky, které byla uživatelka běžně zvyklá používat. Začátkem činnosti byl použit iniciální dotek, oslovení uživatelky a vysvětlení úkonu, který budeme provádět. Zklidňující koupel jsme prováděli po směru růstu chlupů.

Analýza: Při této stimulaci jsme si u uživatelky všimli pozitivní reakce, kdy se klientka uklidnila, uklidnilo se dýchání. Po ukončení stimulace došlo k uvolnění a zčásti se povolila

i spasticita po celém těle. Po čtyřech týdnech došlo u klientky k posunu a při ranní hygieně bylo sníženo napětí, kdy bylo možné bez vyvíjení většího tlaku klientku okoupat .

Orofaciální masáž

U uživatelky byla využita orofaciální masáž z důvodu, že byl zvýšen svalový tonus a nechtěla otevřít ústa. U uživatelky s PEG je nutné provádět pravidelnou hygienu dutiny ústní. Před hygienou dutiny ústní se začala aplikovat orofaciální masáž, která stimuluje obličejové a ústní svaly. U uživatelky sloužil k přípravě hygieny dutiny ústní. Před zahájením činnosti jsme ke klientce přistoupili a nejprve použili iniciální dotek na pravé horní končetině a popsali jsme, co budeme dělat. Doba trvání masáže byla kolem 5 minut.

Analýza: Po ukončení stimulace došlo u uživatelky k uvolnění mimických svalů. U uživatelky došlo k pootevření úst. Při pootevření úst bylo možno uživatele pomocí Pagavitu vyčistit ústa.

Katamnéza: U uživatelky při jejím pobytu v domově pro seniory došlo po aplikaci technik bazální stimulace k mírnému zlepšení. Došlo k uvolnění svalového napětí na celém těle. Po zavedení polohování pomocí hnízda došlo u uživatelky ke zklidnění a lepšímu usínání v noci. Po čtyřech týdnech bylo možno u uživatelky provádět hygienickou péči bez zjevného neklidu. U taktilně - haptické stimulace došlo k uvolnění sevření pěstí a odvedení pozornosti uživatelky do setu pro výživu - PEG.

Diskuze: U uživatelky s Alzheimerovou demencí se vyskytovali problémy se svalovým napětím celého těla a celkovým neklidem. V rámci tohoto zjištění jsme v rámci poskytování bazální ošetrovatelské péče zvolili prvky zklidňující stimulace - koupel. Během prvního měsíce bylo možné u klientky pozorovat mírné uvolnění svalového napětí zejména na horních končetinách, kdy se ošetřující personál mohl bez problému u hygieny provést očistu v axilách a pořádně uživatelku vysušit. Dále byla zvolena orofaciální masáž, kterou bylo za cíl uvolnění dutiny ústní a možnost provedení její hygieny. Díky orofaciální masáži jsme docílili uvolnění mimických a žvýkacích svalů, kdy jsme měli bezproblémový přístup do dutiny ústní a mohli jsme provést důkladné vyčištění.

Závěr: U uživatelky s Alzheimerovou demencí jsme dokázali redukovat neklidný stav a došlo k částečnému uvolnění svalového napětí. Využili jsme k tomu zklidňující somatickou koupel a polohování pomocí hnízda podle konceptu Bazální stimulace. Dále jsme pomocí taktilně - haptické stimulace docílili u uživatelky k uvolnění napětí v dlaních a omezili jsme zachytávání rukou setu u výživy PEG, a tím nedošlo k nechtěnému vytržení PEGu. Za

pomoci olfaktorické masáže jsme docílili k uvolnění mimických svalů a k zvládnutí lepší hygieny dutiny ústní pomocí Pagavitu.

6.2 Kazuistika 2

U této kazuistiky je za cíl popsat využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u uživatelky s vaskulární demencí.

Na oddělení v domově pro seniory uživatelka žije od roku 2013. Na oddělení je uživatelka ubytována 7 let.

Anamnéza: Uživatelka A.D., 79 let, je vdova, bezdětná. Uživatelka je lucidní, somnolentní bez možnosti kontaktu. Uživatelka je imobilní, zcela odkázaná na pomoc druhé osoby. V popředí ošetrovatelské péče je nutno zajistit veškeré úkony denní činnosti. Uživatelka je zcela inkontinentní- nutná výměna inkontinentních pomůcek a péče o predilekční místa v rámci předcházení dekubitů. U uživatelky je zajištěno pravidelné polohování a pravidelná péče o dutinu ústní. Alergie: tetracykliny, Acylpyrin, penicilin.

Lékařské diagnózy: vaskulární demence, ložiskový plicní proces pravého plicního hrotu 7/2017, diabetes mellitus II. typu na insulinu 2006, hypertenzní nemoc III. stupně, chronická ICHS, st.p. AHY pro CA 1980, praktická slepota, hypofunkční žlučník, chronická cystitida, nefrolithiasa I. sin.

Farmakoterapie: Cardilan 1-2-1 tbl (kardiaka), Humulin R 24-18-16 j. s.c. (humánní inzulin), Lantus 0-0-0-12 j. s.c. (analogový inzulin), Kalnormin 1g 1-0-0 tbl (chlorid draselný), Erdomed 300 mg 1-0-0 cps (expektorans).

Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 12 bodů.

Pohybový režim: Uživatelka je zcela imobilní.

Oslovení: Uživatelku ošetrující personál oslovuje příjmením a vyká.

Iniciální dotek: Byl zvolen na pravé horní končetině, kdy při doteku dochází k pohlazení po celé končetině.

Cíl bazální stimulace: U uživatelky A.D. máme stimulovat vnímání, zprostředkovat chuťové vjemy, uvolnit svalový tonus při podávání stravy. Zvýšit pozornost z důvodu apatie, zmatenosti. Byli použity činnosti, které byla schopna uživatelka vnímat a zpracovat.

Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:

- Orální stimulace,
- Orofaciální masáž,
- Polohování pomocí hnízda

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:**Orální stimulace**

U uživatelky byla použita orální stimulace z důvodu problémů s dostatečným příjmem potravy. Prožívání chuťových zážitků je pro uživatele emoční záležitostí. Před zahájením činnosti jsme použili iniciální dotek a oslovení. Jako první pomůcku jsme použili molitanovou štětičku, kterou jsme nechali nasát oblíbenou tekutinou, což byla káva. Vložili jsme do úst a poté jsme pohybovali štětičkou v dutině ústní v různých směrech. V průběhu stimulace jsme se snažili o stimulaci jazyka a sliznic dutiny ústní. Při stimulaci jsme použili tzv. cucací váček, do kterého jsme vložili čtvereček čokolády, že má ráda mléčnou čokoládu jsme zjistili z informací z biografické anamnézy. Váček z mulu jsme navlhčili ve vodě a vložili do něj čokoládu, a to jsme následně uživatele vložili do úst. Díky této činnosti jsme umožnili uživatele ochutnat to, co jí chutná nejvíce a co jí připomene známou chuť. Tyto prvky jsme aplikovali dvakrát i více denně. Měnili jsme tekutinu, do které jsme namáčeli štětičku, a to např. čaj, čistá voda, ochucená voda, do mulového váčku jsme přidali např. banán, jahodu, sýr. Podávání tekutin probíhalo pomocí stříkačky, kterou jsme po malých dávkách podávali tekutiny.

V průběhu orální stimulace probíhala pravidelná hygiena dutiny ústní, kdy jsme použili štětičku namočenou v ústní vodě, na kterou byla uživatelka zvyklá nebo jsme použili již předchystané štětičky (Pagavit).

Analýza: U uživatelky jsme se setkali se špatnou spoluprací při orální stimulaci. První dny bylo těžké u uživatelky dostat do dutiny ústní provést hygienu dutiny ústní. Uživatelka zatínala zuby a odmítala otevřít ústa. Pro uvolnění svalového napětí jsme opakovaně použili orofaciální masáž. Poté jsme pokračovali s aplikací orální stimulace. Molitanovou štětičku, kterou jsme namočili do kávy a opakovaně jsme ji namáčeli a vkládali do úst. Uživatelka začala kávu nasávat, kdy uživatelka v této činnosti vydržela přibližně 5 minut. Uživatelka byla klidná, uvolněná, svalové napětí kolem dutiny ústní povolilo. Při použití mulového váčku jsme si u uživatelky všimli, že po vložení váčku s čokoládou do úst jím pohybovala

v ústech za pomoci jazyka. Podávání tekutin se zlepšilo, kdy jsme po 4 týdnech uživatele zkusili podat tekutiny z hrnku s brčkem. Uživatelka nasála menší množství tekutiny, a tak jsme ji museli pomoci stříkačkou.

Orofaciální masáž

U uživatelky byla podávána mixovaná strava, kdy jsme měli problém se zvýšením svalového napětí, tudíž nebylo možné vložit lžici do úst. Každý den se proto začala aplikovat orofaciální masáž, která stimuluje obličejové a ústní svaly a podporuje tvorbu slin. Při masáži obličeje dochází k sensorice obličeje, která je důležitá u uživatelů s demencí těžkého stupně a je přípravou před krmením (Friedlová, 2018, s. 126). Při příchodu k uživateli a před zahájením činnosti jsme provedli iniciální dotek na pravé horní končetině. Masáž probíhala přibližně 4 minuty.

Analýza: V průběhu stimulace u uživatelky došlo k uvolnění svalového napětí, uvolnění mimických a žvýkačích svalů. Uživatelka provedla sama otevření úst. Při krmení během 15 dne došlo ke spolupráci uživatelky a krmení se tak stalo snadnější. Po aplikaci masáže došlo ke zvýšení tvorby slin.

Polohování pomocí hnízda

U uživatelky jsme využili během dne polohování pomocí hnízda. Polohu jsme aplikovali na zádech i na boku. Při tomto polohování dochází k ohraničení tělesného schématu a zajištění příjemných pocitů, jistoty a bezpečí. Před na polohováním jsme uživatelku oslovili a provedli iniciální dotek.

Analýza: Ze strany polohování došlo u uživatelky ke zklidnění dýchání, po pár dnech aplikování v noci uživatelka usnula a prospala celou noc. Během dne jsme polohu hnízdo použili přibližně třikrát.

Katamnéza: V rámci pobytu uživatelky v domově pro seniory byla zavedena bazálně ošetrovatelská péče spojená s komplexní péčí. U uživatelky se podařilo zlepšit za použití orální stimulace a orofaciální masáže příjem potravy. Uživatelka zvládla sníst větší část porce a vypít za den okolo 1-1,5 l tekutin. Od započetí stimulace jsme aplikovali polohování pomocí hnízda, u uživatelky bylo zjevné uvolnění a zklidnění dýchání.

Diskuze: U uživatelky s vaskulární demencí se vyskytovali problémy s příjmem potravy a tekutin, kdy jsme se potýkali s problémem s otevřením úst. Proto jsme zvolili orální stimulaci, orofaciální masáž. Během prvního měsíce jsme u uživatelky docílili celkového

uvolnění svalového napětí mimických a žvýkacích svalů, kdy uživatelka samovolně otevřela ústa. V rámci uvolnění se zlepšil příjem stravy a tekutin. Při aplikaci orální stimulace jsme stimulovali chuťové vjemy a snažili jsme se u uživatelky vyvolat zájem o stravu. Při orofaciální masáži jsme docílili uvolnění mimických a žvýkacích svalů, kdy jsme docílili lepšího krmení, lepší přístup k provedení hygieny dutiny ústní. Uživatelka zvládla během dne sníst větší část stravy a vypít 1-1,5 l. Vzhledem k imobilitě uživatelky jsme zvolili polohování pomocí hnízda. Při této poloze je umožněno uživatelům odpočívat a navodit příjemný pocit. V poloze hnízdo je podpora intenzivní somatické stimulace a sekundárně stabilizuje vnímání tělesného obrazu (Friedlová, 2009, s. 38). Uživatelka byla uvolněnější, klidněji dýchala, spala celou noc.

Závěr: U uživatelky s vaskulární demencí se podařilo pomocí poskytované orální stimulace zajistit chuťové vjemy, zvýšený příjem stravy a společně se průběžně zvýšil i příjem tekutin. Pomocí polohování hnízda jsme docílili ke zkvalitnění odpočinku a spánku a předešli jsme unavenosti a tím problému se spoluprací.

6.3 Kazuistika 3

Za cíl této kazuistiky je popsání využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u uživatelky a Alzheimerovou chorobou.

Uživatelka byla na oddělení v domově pro seniory přijata v roce 2015. Pobyt klientky je na oddělení 5 let.

Anamnéza: Uživatelka B.CH., 88 let. Uživatelka má dvě děti- dceru a syna. Při přijetí byla uživatelka personálem vysazována do křesla. V průběhu let měla uživatelka problém s výdrží v křesle z důvodu neklidu. Uživatelka zcela imobilní, nekomunikativní- v přítomnosti dcery náznak mírné komunikace, ale nesrozumitelná. Uživatelka vyžaduje plnou péči při hygieně, oblékání i příjmu potravy, nutno podávat tekutiny, krmit. Uživatelka má mixovanou stravu z důvodu nestravitelnosti tuhé stravy a riziko aspirace. Alergie má na Imudon.

Lékařské diagnózy: Alzheimerova choroba s pozdním počátkem, organické poruchy nálady, hypertenzní nemoc, varixy dolních končetin, cholecystolithiasa, osteoporóza, hypercholesterolemie, těžká refluxní ezofagitida s nerovnostmi sliznice- bio, velká skluzná hiátová hernie až charakteristické kaskády 6/2017, histologická refluxní ezofagitida IV. stupně.

Farmakoterapie: Citalec 20 mg 1-0-0 tbl (antidepresivum), Helicid 20 1-0-1 cps (antiulceróza), Kinito 50 mg 1-0-1-0-1 tbl (prokinetika)

Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 15 bodů.

Pohybový režim: Uživatelka je zcela imobilní.

Oslovení: Uživatelku ošetřující personál oslovuje příjmením a vyká.

Iniciální dotek: Byl zvolen na levé horní končetině.

Cíl bazální stimulace: U uživatelky bylo snahou docílit zvýšení pozornosti, podpořit tělesnou aktivitu. Zvolili jsme činnosti, které uživatelka byla schopna vnímat a pochopit.

Plánování konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči:

- Povzbuzující somatická masáž
- Polohování pomocí mumie
- Polohování pomocí hnízda
- Taktilně- haptická stimulace

Realizace a zhodnocení poskytované bazální stimulace:

Povzbuzující somatická masáž

U uživatelky jsme se rozhodli k vertikalizaci do sedu. První jsme aplikovali povzbuzující somatickou masáž přes oblečení s rukavicemi z mikroplyše proti směru růstu chlupů. U povzbuzující masáže dochází k pobízení k aktivitě, zvyšuje se vnímání a síla svalového tonu (Friedlová, 2014, s. 14). Masáž jsme prováděli vždy před začátkem vertikalizace do sedu, doba masáže byla vždy přibližně 10 minut.

Analýza: Při aplikaci povzbuzující somatické masáže jsme u uživatelky dosáhli zvýšení její pozornosti a částečné spolupráce. U uživatelky došlo ke zvýšení svalového napětí, současně byla stimulována hranice tělesného schématu. Po třech týdnech bylo u uživatelky docíleno ke zvýšení zájmu o aktivitu. Vysazování jsme prováděli vždy jednou denně před snídaní. Uživatelka v sedu s oporou vydržela přibližně 10 minut.

Polohování pomocí mumie

Na začátku byla uživatelka B.CH. velice neklidná v lůžku, kdy docházelo k nalezení uživatelky v neatypických polohách. Zahájili jsme polohování pomocí mumie, kdy jsme

začali iniciálním dotekem na levé horní končetině a poté jsme uživatelku seznámili s touto polohou. Uživatelka nekomunikuje, tudíž odpověď z její strany žádná nebyla. Na polohování jsme použili válce (hady) s polystyrenovými kuličkami a na zabalení jsme použili fleecovou deku, kterou si k nám uživatelka donesla při nástupu. Techniku jsme aplikovali každý den jednou a to večer.

Analýza: Z počátku byla uživatelka velice neklidná a po asi 5 minutách se z polohování mumie vymanila. V průběhu čtrnácti dní se uživatelka zklidnila a v této poloze setrvala přibližně 20 minut. Dalšími týdny se čas výdrže v poloze zvyšoval. Uživatelka se po čtyřech týdnech v poloze cítila příjemně, uklidnilo se její neklidné přesunování v lůžku.

Polohování hnízdo a taktálně - haptická stimulace

U uživatelky jsme využili polohování pomocí hnízda a kvůli neklidu a rozlepování plen jsme použili taktálně - haptickou stimulaci. Uživatele jsme do rukou vložili látkové válečky vyplněné polystyrenovými kuličkami. Z počátku se snažila válečky z rukou vymanit. Po zklidnění uživatelky při polohování hnízdo došlo i k ukončení snažení a uživatelka si přestala plenu rozlepovat. U uživatelky nastalo zklidnění.

Analýza: Činnost jsme vždy zahájili iniciálním dotekem, oslovením a vysvětlením činnosti. Dlouhou dobu se snažila o vymanění váleček z rukou, kdy pozdější dny se uživatelka uklidnila a přestala si rozlepovat plenu. Při polohování do hnízda jsme použili pomůcky na polohování jako byl látkový had vyplněný polystyrenovými kuličkami. U uživatelky toto polohování navodilo zklidnění a neklidné pohybování po posteli přestalo. Uživatelka v noci klidně spala. Polohování jsme provedli třikrát za den.

Katamnéza: U uživatelky byla poskytována bazálně ošetrovatelská péče, která pozitivně přispěla k částečné aktivizaci. U uživatelky došlo po aplikaci povzbuzující somatické masáže ke zklidnění a za pomoci opory vydržela v sedě přibližně 10 minut. Po aplikaci polohování mumie jsme u uživatelky navodili zklidnění a uvědomění si hranice tělesného schématu. Od třetího týdne jsme aplikovali polohování pomocí hnízda, kdy byli měněny polohy na zádech i na boku za použití polohovacích pomůcek. Uživatelka se zklidnila, cítila se lépe a v noci spala klidně.

Diskuze: Uživatelka s Alzheimerovou chorobou jsme se rozhodli aplikovat povzbuzující somatickou stimulaci, polohování pomocí mumie a hnízda a taktálně - haptickou stimulaci. Těmito prvky a technikami jsme u klientky chtěli navodit zklidnění, podpoření aktivity, zvýšení pozornosti. Na začátku aplikace konceptu Bazální stimulace a jejich prvků a technik

se uživatelka necítila komfortně, nespolupracovala, při použití polohování se z něj po pár minutách vymanila. Po třech dnech uživatelka začala s personálem spolupracovat a při aplikaci polohování pomocí mumie se uživatelka zklidnila a v poloze vydržela přibližně 5 minut. Po dvou týdnech uživatelka vydržela v poloze mumie přibližně 20 minut. Při polohování hnízdo jsme využili také taktilně- haptické stimulační, kdy jsme se snažili o zabránění rozlepování pleny. Uživatelce byly vloženy do dlaní válečky, díky kterým klientka odbourala pocit povinnosti rozlepovat si plenu.

Závěr: U uživatelky B. CH. s Alzheimerovou chorobou se povedlo za pomoci poskytování povzbuzující somatické masáže zajistit zvýšenou pozornost a částečnou spolupráci. Uživatelka byla schopna vydržet přibližně 20 minut v sedě s oporou, kdy se uživatelka zvládla lépe v téhle poloze najíst. Za pomoci polohování mumie a hnízda jsme docílili zklidnění a uživatelka zvládla spát celou noc. Kvůli neklidu uživatelka rozlepovala plenu, aplikovali jsme taktilně- haptickou stimulaci, kdy po vložení váleček do rukou se klientka po pár dnech uklidnila a plena zůstala celá.

6.4 Shrnutí kazuistik

V následujících tabulkách jsou shrnuty kazuistiky 1-3 a informace o jednotlivých uživatelkách a jsou zde shrnuty použité prvky a techniky bazálně stimulující péče a jejich výsledky.

Tabulka 1- kazuistika 1

Kazuistika 1 Uživatelka N. Z., 89 let	Cíle: <ul style="list-style-type: none"> • Navodit svalové uvolnění • Zredukovat neklidný stav
Nástup: květen 2016	
Lékařská diagnóza: Alzheimerova demence	Aplikované techniky a prvky <ul style="list-style-type: none"> • Polohování pomocí hnízda • Zklidňující somatická koupel • Orofaciální masáž • Taktilně- haptická stimulace
Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 15 bodů	
Pohybový režim: zcela imobilní	Efekt bazálně stimulující péče <ul style="list-style-type: none"> • Uvolnění svalového napětí • Zmírnění neklidu, zklidnění dechu • Uvolnění sevření rukou v pěst • Zlepšení hygieny dutiny ústní
Iniciální dotek: pravé rameno	
Projevy <ul style="list-style-type: none"> • Svalové napětí • Neklid 	

Tabulka 2- kazuistika 2

<p>Kazuistika 2</p> <p>Uživatelka A. D., 79 let</p>	<p>Cíle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulovat vnímání • Zprostředkovat chuťové vjemy • Uvolnit svalový tonus při podávání stravy • Zvýšit pozornost z důvodu apatie, zmatenosti
<p>Nástup: srpen 2013</p>	
<p>Lékařská diagnóza: vaskulární demence</p>	
<p>Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 12 bodů</p>	
<p>Pohybový režim: zcela imobilní</p>	<p>Aplikované techniky a prvky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orální stimulace • Orofaciální masáž • Polohování pomocí hnízda
<p>Iniciální dotek: pravá horní končetina, pohlázení po celé délce končetiny</p>	<p>Efekt bazálně stimulující péče</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zlepšení příjmu potravy • Zvýšení příjmu tekutin • Uvolnění a zklidnění dýchání
<p>Projevy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svalové napětí v oblasti mimických a žvýkacích svalů • Apatie, zmatenost 	

Tabulka 3- kazuistika 3

Kazuistika 3 Uživatelka B. CH., 88 let	Cíle: <ul style="list-style-type: none"> • Zvýšení pozornosti • Podpoření tělesné aktivity
Nástup: září 2015	
Lékařská diagnóza: Alzheimerova choroba s pozdním počátkem	Aplikované techniky a prvky <ul style="list-style-type: none"> • Povzbuzující somatická masáž • Polohování pomocí hnízda • Polohování pomocí mumie • Taktilně- haptická stimulace
Testy a škály: MMSE- 0 bodů- těžká kognitivní porucha, Barthel test- 0 bodů- vysoká závislost, stupnice dle Nortonové- 15 bodů	
Pohybový režim: zcela imobilní	Efekt bazálně stimulující péče <ul style="list-style-type: none"> • Zvýšení pozornosti a částečná spolupráce • Zvýšení svalového napětí • Stimulace tělesného schématu • Zvýšení zájmu o aktivitu
Iniciální dotek: levá horní končetina	
Projevy: <ul style="list-style-type: none"> • Neklid • Imobilita • Zmatenost 	

7 DISKUZE

Cílem praktické části bylo popsat využití konceptu Bazální stimulace, jednotlivých technik a prvků u uživatelů domova pro seniory na konkrétním pracovišti. U první kazuistiky je popsána uživatelka N. Z. 89 let s Alzheimerovou demencí. Hlavními znaky rozvíjející se demence jsou kognitivní poruchy, poruchy intelektu, porucha pozornosti, porucha myšlení a další (Dušek a Večeřová, 2015, s. 184-185). U uživatelky jsme vyzorovali svalové napětí, neklidné stavy- třes, zrychlené dýchání. Z tohoto důvodu byla zvolena zklidňující somatická koupel, která se využívá u neklidných uživatelů, se zvýšeným svalovým napětím. Tato technika byla využívána při ranní hygieně. Při aplikaci bazálně stimulující ošetrovatelské péči došlo u uživatelky k uvolnění svalového napětí. U uživatelky jsme po čtyřech týdnech docílili částečnému svalovému uvolnění zejména na horních končetinách, kdy nás uživatelka nechala nadzvednout horní končetinu a provést bezproblémovou hygienu v axilách. Při aplikaci orofaciální masáže jsme docílili uvolnění svalového napětí v oblasti mimických a žvýkacích svalů aby bylo možno u uživatelky provést hygienu dutiny ústní. Strava i tekutiny jsou u uživatelky podávány přes PEG. Podobné výsledky udává i paní Šarmanová ve své bakalářské práci, kdy orofaciální masáž použila u pacientky s Alzheimerovou chorobou hospitalizované na oddělení následné péče. Pacientka byla hospitalizovaná po dobu třech měsíců, kdy uplatnili techniku orofaciální masáže pro zlepšení příjmu potravy a tekutin. Pacientka měla zavedenou nazogastrickou sondu a při jejím vytažení se potýkali se stažením svalů mimických a žvýkacích. Po třech dnech pacientka plně spolupracovala a pacientka sama pootvřela ústa. Zvýšil se u ní i příjem tekutin a stravy (Šarmanová, 2019, s. 51-52). V rámci zklidnění byla aplikována u uživatelky poloha hnízdo, kterou jsme využívali během dne, poloha se vždy střídala na bok a na záda. Pro zkvalitnění spánku v noci jsme uživatelku uložili na záda v této poloze. Poloha hnízdo stimuluje vnímání tělesných hranic a navozuje pocit pohody, je vhodná pro snížení neklidných a agresivních stavů (Friedlová, 2014, s. 20-21). U uživatelky jsme v rámci stimulace využili také taktilně- haptickou stimulaci, kdy jsme chtěli zabránit nechtěnému vytrhnutí PEG. Uživatelka se za něj často zachytávala kvůli staženým svalům v oblasti dlaní. Při vložení látkových válečků s polystyrenovými kuličkami se uživatelka po asi třech dnech zaměřila pouze na sevření válečků. Po prvním týdnu je uživatelka brala jako součást. U taktilně- haptické stimulace se nejčastěji do rukou vkládají známé, oblíbené předměty uživatele, kdy se snažíme aktivizovat hmat (Tomová a Křivková, 2016, s. 113).

U druhé kazuistiky je popsána uživatelka A.D. 79 let, která je zcela imobilní lucidní, somnolentní trpící vaskulární demencí. Uživatelka A.D. nekomunikovala, nespolupracovala, odmítala stravu i tekutiny. Během krmení odmítala otevřít ústa, tekutiny jsme museli podávat pomocí stříkačky. U uživatelky proto byla zvolena orální stimulace k obnovení chuťových vjemů a zlepšení příjmu stravy a tekutin. U orální stimulace máme za cíl zprostředkovat vjemy z úst a stimulovat vnímání. Stimulaci můžeme provádět izolovaně nebo jako přípravu na podání stravy ústy (Friedlová, 2007, s. 120). Na chuťové vjemy jsme použili molitanové štětičky a mulový váček tzv. cucací váčky. Tekutinu jsme použili podle biografické anamnézy. V průběhu této stimulace reagovala uživatelka A.D. velmi pozitivně. Při stimulaci jsme si mohli všimnout, že známé chutě uživatelece navodili příjemný pocit a zvýšili pozornost. V kazuistice Karolíny Friedlové číslo 21 popisuje orální stimulaci u klientky, kdy jí byla z důvodu nemožnosti rozžvýkání podávána mixovaná strava. Klientce bylo jednou z možností orální stimulace vkládána do úst kostička čokolády vložená v mulovém váčku. Díky tomu mohla klientka vnímat jak chuť, tak i tvar a konzistenci sladkosti (Friedlová, 2018, s. 171). U uživatelky byl velice nízký příjem tekutin, proto jsme tekutiny podávali pomocí stříkačky. Za den jsme se snažili aby uživatelka vypila aspoň 700 ml, a postupně jsme se snažili navyšovat, kdy po dvou týdnech uživatelka vypila 900 ml. Při podávání tekutin se uživatelka často zakašlávala, tudíž jsme použili Nutilis-zahušťovadlo pro lepší podání. Zahušťovadlo mělo velice pozitivní efekt, kdy se uživatelka nezakašlávala. Po 4 týdnech již vypila 1-1,5 l tekutin za den. Aplikace orofaciální masáže byla vždy před každým jídlem, kdy jsme docílili uvolnění mimických a žvýkacích svalů. Strava se skládala z mixované stravy pro lepší pozření. Během čtvrtého dne uživatelka začala částečně spolupracovat a začala otevírat ústa. Během dne byla schopná sníst přibližně půl porce (snídaně, oběd, večeře). K doplnění nutričních hodnot byl uživatelce podáván sippingem Nutridrink. Během dne bylo u uživatelky používáno polohování pomocí hnízda. V rámci narušeného vnímání tělesného schématu bylo použito polohování, využili jsme techniku polohování hnízdo. Polohování jsme využívali po celý den střídavě na boku a na zádech. Poloha podporuje intenzivní somatickou stimulaci a sekundárně stabilizuje vnímání tělesného obrazu. Nejčastěji se tato poloha využívá k podporování odpočinku, ke zklidnění uživatele, k podporování svalového napětí a dalších (Friedlová, 2009, s. 38). U uživatelky bylo zjevné uvolnění napětí, zpomalené dýchání a při napolohování uživatelka klidně usnula.

Ve třetí kazuistice se zaměřujeme na uživatelku B.CH. 88 let s Alzheimerovou chorobou. Uživatelka je zcela imobilní, nekomunikuje, bez snahy spolupracovat. V rámci stimulace jsme u uživatelky aplikovali povzbuzující somatickou masáž. Před posazením do křesla jsme nejprve provedli povzbuzující somatickou masáž přes oblečení s rukavicemi z mikroplyše proti směru růstu chlupů. U uživatelky jsme docílili v rámci stimulace ke zvýšení pozornosti, aktivity a svalového tonu. Stejnou metodu zvolila i paní Šarmanová kdy u své pacientky prováděla povzbuzující somatickou masáž před posazením. Pacientka docílila zvýšení pozornosti, zvýšení svalového tonu a aktivity (Šarmanová, 2019, s. 65). U uživatelky jsme nezvolili zklidňující somatickou masáž, jelikož u ní dochází ke snížení pozornosti a snížení svalového napětí. V rámci polohování jsme využili jak polohování pomocí hnízda tak i polohování pomocí mumie. Polohování hnízdo bylo aplikováno během dne, kdy jsme polohy měnili na bok i na záda. U uživatelky jsme zaznamenali zklidnění a k neočekávanému přemístování v lůžku. V rámci polohování jsme zapojili i taktilně-haptickou stimulaci, jelikož si uživatelka rozlepovala plenu. Uživatelce jsme do rukou vložili malé látkové válečky, které v průběhu stimulace mačkala a zajímala se o jejich tvar a měkkost. V kazuistice číslo 23 popisuje Karolína Friedlová použití taktilně-haptické stimulace, kdy do pacientových dlaní vložila gumový masážní míček a stočenou froté žínku a tím u pacienta proběhla taktilně-haptická stimulace (Friedlová, 2018, s. 174). Polohování mumie jsme využili na noc, kdy jsme použili fleecovou deku a na ohraničení tělesného schématu jsme použili látkové hady s výplní z polystyrenových kuliček. První dny se uživatelka z mumie během 5 minut vymanila. V průběhu čtrnácti dní se čas strávený v poloze mumie zvyšoval přibližně na 20 minut. Došlo ke zklidnění a uživatelka prospala celou noc. U uživatelky jsme tedy docílili zvýšené pozornosti a částečné spolupráce v rámci jejího chápání a možnosti pochopení jednoduchých pokynů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele v domově pro seniory. V teoretické části se zaměřujeme na základní informace o Bazální stimulaci, prvky a techniky bazální stimulace využitelné u seniorů, charakteristika stáří, popis konkrétního domova pro seniory kde byla Bazální stimulace aplikována.

Praktická část je vypracována ve formě kazuistik, kde popisujeme využití konkrétních prvků a technik konceptu Bazální stimulace u uživatelů v domově pro seniory, které mají zahrnuto více diagnóz, kdy základním je demence různé etiologie. Tyto uživatelky byly přijaty do domova pro seniory mezi lety 2011 až 2016. V kvalitativním výzkumu byla využita forma kazuistik. V kazuistikách byli zohledněny u jednotlivé uživatelky informace z biografické anamnézy a stanoveny cíle, podle kterých byl sestaven individuální plán bazálně ošetrovatelské péče. Cílem tohoto výzkumu bylo poukázat na možnosti využití konceptu Bazální stimulace na konkrétním pracovišti u specifických uživatelů. Na konci aplikace technik a prvků Bazální stimulace došlo k redukci neklidných stavů, zlepšila se tělesná aktivita a spolupráce. V rámci aplikace Bazální stimulace byli využity standardní postupy u jednotlivých technik konceptu u seniorů v domově pro seniory. Při aplikaci Bazální stimulace není potřeba žádných nadstandardních a speciálních pomůcek či přístroje. Je důležité mít teoretické znalosti, praktické dovednosti, impulsy, podporování a pochopení dalších členů týmu. Koncept Bazální stimulace nabízí uživatelům i ošetřujícímu personálu nový pohled na péči o seniory s různými diagnostickými problémy, kdy je důležitá individualita ne konkrétního jedince a také týmová spolupráce. Je zaměřena obzvláště na oblast podpory vnímání, komunikace, mobilizace a přetrvávajících schopností uživatele. Každý uživatel reaguje na provedené techniky a prvky odlišně, proto je důležité, aby si ošetřující personál těchto reakcí všiml a dokázal na ně zareagovat.

V České republice se Bazální stimulace postupně rozšiřuje na různá odvětví zdravotnictví. Probíhají v zařízeních certifikované kurzy, které učí ošetřující personál jak bazální stimulace funguje a co vše lze s tímto konceptem zvládnout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIENSTEIN, Christel und Andreas FRÖHLICH, 2016. *Basale Stimulation in der Pflege*. Bern: Hogrefe. 296 s. ISBN 978-3-456-85648-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 152 s. ISBN 978-802-4634-043.

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

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012 *Kvalita života seniorů: v domově pro seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80247-4138-3.

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 ošetrující, 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.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

- KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-4026-3.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.), 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- ŠARMANOVÁ, Nikol, 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-8.
- VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.
- ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 126 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7435-493

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Co je bazální stimulace? [online], ©2005-2020. Dačice: Jaroslav Piela [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://www.dop-hc.cz/download/dokumenty/bazalni-stimulace.pdf>

Domov seniorů POHODA Chválkovice, p.o. [online], ©2012. Olomouc [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.ddol.cz/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online], 2006. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006#f3010349

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Např.	Například
MMSE	Mini Mental State Exam
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
s.	Stránka
Sb.	Sbírka
Tbl.	Označení pro tablety
Cps.	Označení pro kapsle
l	litr
s.c.	subkutánní aplikace
ICHS	Ischemická choroba srdeční
CA	karcinom
AHY	abdominální hysterektomie
tzv.	takzvaně
st.p.	stav po
sin.	Sinister
mg	miligram

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- kazuistika 1	45
Tabulka 2- kazuistika 2	46
Tabulka 3- kazuistika 3	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Iniciální dotek

Příloha P II: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P III: Certifikát základní kurz Bazální stimulace

Příloha P IV: Certifikát nastavbový kurz Bazální stimulace

PŘÍLOHA P I: INICIÁLNÍ DOTEK

INICIÁLNÍ DOTEK





Prosím dotkni se před a po ukončení
veškeré činnosti a manipulace se mnou!

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 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 Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Pavla Přidalová	
Téma bakalářské práce	Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele domova pro seniory	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Silvie Svobodová podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.10.2019

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: CERTIFIKÁT ZÁKLADNÍ KURZ BAZÁLNÍ STIMULACE

BESTÄTIGUNG DER



BASALE STIMULATION

Basisseminar Basale Stimulation®

Základní kurz Bazální stimulace

Barla Mídalová (25.3.1994)

Vor- und Zunahme/ jméno a příjmení

in der Zeit von / od.....*22.8.14*.....bis / do.....*22.8.14*.....

24 Unterrichtsstunde/ 24 vyučovacích hodin

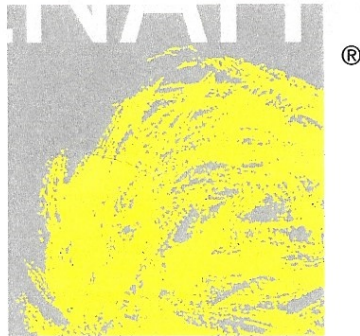
Datum/ datum:.....*22.8.14*.....



Stempel und Unterschrift der – des Kursleiters/ jméno lektora
BC. HELENA DVORÁKOVÁ, DIS.
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege
Kursleiterin für Basale Stimulation® in der Therapie und Pädagogik

PŘÍLOHA P IV: CERTIFIKÁT NÁSTAVBOVÝ KURZ BAZÁLNÍ STIMULACE

BESTÄTIGUNG DER



BASALE STIMULATION

Aufbauseminar Basale Stimulation®

Nástavbový kurz Bazální stimulace

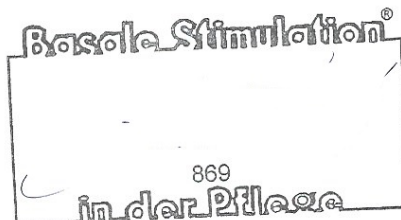
Marie Pádelová (25.3.1994)

Vor- und Zunahme/ jméno a příjmení

in der Zeit von / od. 11.5.19 bis / do. 12.5.19

16 Unterrichtsstunde/ 16 vyučovacích hodin

Datum/ datum: 12.5.19



Stempel und Unterschrift der – des Kursleiters/ jméno lektora
BC. HELENA DVOŘÁKOVÁ, DIS.
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege
Kursleiterin für Basale Stimulation® in der Therapie und Pädagogik