

Využití prvků bazální stimulace multidisciplinárním týmem v domově pro seniory

Radka Karásková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Radka Karásková

Osobní číslo: H14012

Studijní program: B5350 Zdravotně sociální péče

Studijní obor: Zdravotně sociální pracovník

Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Využití prvků bazální stimulace multidisciplinárním týmem
v domově pro seniory

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury, zmapování současného stavu řešené problematiky.

Vymezení pojmů a teoretických východisek dané problematiky, využití prvků bazální stimulace v domově pro seniory.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvalitativního průzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen. 6., überarb. Aufl. Bern: Huber, 2010. ISBN 9783456848860.

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

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

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MEIER, Rolf. Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2308-2.

MAXWELL, John C. Týmová spolupráce 101: co potřebuje každý znát. Praha: Pragma, 2015c. ISBN 978-80-7349-388-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10. 2. 2017


.....

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

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

*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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, ušije-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). *Opírá-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 výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá využitím prvků bazální stimulace v domově pro seniory. Teoretická část popisuje změny a specifika ve stáří, kterými je stáří doprovázeno. Zaměřuje se na spolupráci týmu k efektivní aplikaci jednotlivých prvků bazální stimulace, kterou se zabývá poslední část teoretické části. Cílem praktické části je zjistit, zda multidisciplinární tým využívá v domově pro seniory prvky bazální stimulace. Výzkum je realizován metodou rozhovorů.

Klíčová slova: Bazální stimulace, koncept, multidisciplinární tým, senior, péče

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the use of the elements of the basal stimulation in the home for the elderly. The theoretical part describes the changes and specifics in the in old age that accompany the age. It focuses on team collaboration for the effective application of individual elements of basal stimulation, which deals with the last part of the theoretical part. The aim of the practical part is to determine whether the multidisciplinary team uses elements of basal stimulation in the home for the elderly. Research is implemented by the interview method.

Keywords: Basal stimulation, concept, multidisciplinary team, senior, care

Děkuji paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za její cenné rady, vstřícnost a psychickou podporu, kterou mi poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Velký dík patří mé rodině, manželovi, dětem a rodičům za podporu a trpělivost, během mého studia.

Motto:

„Jak dlouho žiji, to nezávisí na mně. Ale jestli skutečně žiji, to na mně závisí.“

Seneca

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SENIOŘI, STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
1.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ	13
1.2 SPECIFIKA PŘÍSTUPU VE STÁŘÍ.....	15
1.2.1 Problematika seniorů.....	15
1.2.2 Péče o seniory	16
2 DOMOV PRO SENIORY.....	17
2.1 CHARAKTERISTIKA.....	17
2.2 PODMÍNKY PRO PŘIJETÍ.....	18
2.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	18
2.3.1 Členové týmu, jejich role a kompetence	19
2.3.2 Spolupráce týmu.....	22
2.3.1 Vzdělávání.....	22
3 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	24
3.1 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	24
3.2 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V DOMOVĚ PRO SENIORY	24
3.2.1 Stimulace vnímání.....	25
3.2.2 Podpora hybnosti.....	25
3.2.3 Podpora komunikace	25
3.3 ZÁKLADNÍ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	26
3.3.1 Somatická stimulace.....	26
3.3.2 Vestibulární stimulace.....	30
3.3.3 Vibrační stimulace	30
3.4 NÁSTAVBOVÉ PRVKY	31
3.4.1 Optická	31
3.4.2 Auditivní	31
3.4.3 Taktilně- haptická.....	32
3.4.4 Olfaktorická	32
3.4.5 Orální.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	35
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE	35
4.2 METODIKA VÝZKUMU	35
4.3 REALIZACE VÝZKUMU	36
4.4 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ.....	37
4.5 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
5 ANALÝZA DAT	39

5.1	KATEGORIE 1: BAZÁLNÍ STIMULACE	40
5.1.1	Podkategorie: Specifický přístup	40
5.1.2	Podkategorie: Techniky bazální stimulace.....	41
5.1.3	Podkategorie: Využití bazální stimulace.....	42
5.2	KATEGORIE 2: SPOLUPRÁCE TÝMU.....	43
5.2.1	Podkategorie: Multidisciplinární tým	44
5.2.2	Podkategorie předávání informací	45
5.3	KATEGORIE 3: VLIV BAZÁLNÍ STIMULACE.....	46
5.3.1	Podkategorie: Reakce.....	46
5.3.2	Podkategorie: Překážky.....	47
6	DISKUZE	48
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	56
	SEZNAM TABULEK.....	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Pro zpracování bakalářské práce jsme zvolili vlastní téma s názvem „*Využití prvků bazální stimulace multidisciplinárním týmem v domově pro seniory.*“

O bazální stimulaci bylo již napsáno mnoho prací, které se zaměřují na různé oblasti a cílové skupiny, kde je možné tento koncept uplatnit. V současné době patří k nejčastěji využívanému konceptu v ošetrovatelské péči, sloužící k lepšímu navázání vztahu a fyzickému kontaktu, zejména u verbálně nekomunikujících uživatelů.

S konceptem bazální stimulace se autorka práce seznámila při absolvování základního kurzu, který byl pro ni velmi přínosný. Při jeho používání se setkala s pozitivním vlivem na člověka, následně absolvovala i navazující kurz bazální stimulace. Několik let pracuje v domově pro seniory a své poznatky se snaží předávat ostatním členům týmu, tak aby jej mohli využívat v přístupu o uživatele. Dané téma si autorka vybrala, jelikož ji zajímá problematika využití daného konceptu členy multidisciplinárního týmu při péči o seniory v domově pro seniory. Zajímá ji, jak je koncept vnímán a využíván z pohledu pracovníků a zda jim předané informace jsou dostačující, protože ne všichni mají to štěstí absolvovat kurz bazální stimulace. Práce s konceptem bazální stimulace je důležitá a má efekt, když jsou s ním seznámeni všichni členové týmu a pracují s ním při své práci, týkající se přístupu k uživatelům.

Teoretická část je rozdělena na tři části, jejím obsahem je vymezení několika zásadních oblastí. V první části se zabýváme popisem stáří, jeho specifikami a možnostmi péče o seniory. Druhá část je zaměřena na oblast práce v domově pro seniory. Věnujeme se zde multidisciplinárnímu týmu, kdo do něj patří a jeho významu v domově pro seniory. V třetí kapitole popisujeme význam konceptu bazální stimulace jeho historii. Obsahuje jednotlivé metody a techniky, které umožňují zlepšit celkový stav uživatele.

V praktické části se budeme zabývat metodologií výzkumu bakalářské práce. Snažíme se zmapovat vnímání bazální stimulace ze stran pracovníků v domově pro seniory. Pro průzkum jsme zvolili kvalitativní metodu a pro sběr dat, jsme využili polostrukturovaný rozhovor s vybranými respondenty patřící do multidisciplinárního týmu v Domově Harmonie. Hlavním cílem výzkumné části zjišťujeme, zda multidisciplinární tým využívá v domově pro seniory prvky bazální stimulace. K tomuto cíli, uvádíme další tři dílčí cíle, kde zjišťujeme, jaké prvky využívá multidisciplinární tým,

jak spolupracuje tým při jejich aplikaci a zda má jejich používání vliv na celkový stav uživatelů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIOŘI, STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je důležitou osobní zkušeností, se kterou se dříve nebo později setká každý z nás (Ondrušová, 2011, s. 13). Nikdo nechce mluvit o stáří a být starý, ale málokdo si uvědomuje, že se týká každého z nás. O kvalitě svého stáří rozhodujeme celý život. Umění stárnout, je velmi obtížné a tak patří mezi obávanou závěrečnou etapu před koncem života (Haškovcová, 2010, s. 9-10). I když teorií o stárnutí je mnoho, žádná není doposud přijata všeobecně. Vliv stárnutí u lidí stejného věku je velmi individuální, proto je velmi nesnadné vzhledem k jeho individualitě stáří charakterizovat (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 28). Stáří není nemoc, je to normální nevyhnutelný stav ve vývoji člověka, který začíná od narození. U každého člověka nepostupuje tělesné a duševní stárnutí najednou. Podle Světové zdravotnické organizace rozlišujeme stáří na 3 období, rané stáří 60-74let, vlastní stáří 75-89let, dlouhověkost 90let a více let (Nováková, 2011, s. 174).

1.1 Změny ve stáří

Stárnutí v podstatě postihuje celý organismus po celý život. Změny lze pozorovat ve všech tkáních a buňkách, které se u člověka začnou projevovat většinou omezováním hybnosti, výkonnosti a výdrže, sníženou imunitou, zhoršuje se paměť, myšlení a funkčnost smyslových orgánů. Změny, které v organismu nastávají, jsou fyziologické a nejsou to nemoci. Lze je rozdělit na změny biologické, psychické a sociální. Průběh stáří závisí hlavně na zdravotním stavu a sociálních okolnostech, významně jej ovlivňuje míra společenské izolovanosti člověka, zda má partnera, přátele, děti a vnoučata. Mezi důležité faktory je rovněž i existence koníčků, zájmů a také soběstačnost a schopnost aktivního přístupu k životu (Arnoldová, 2015, s. 165).

Biologické změny

Biologické změny jsou nejvíce nápadné na kůži a pohybovém ústrojí. Kůže je suchá, méně elastická, tvoří se vrásky, na rukou a v obličeji se mohou objevovat hnědé skvrny, tzv. stařecké skvrny. Změny provází šedivění, řídnutí vlasů, ztlustění nehtů. Dochází k celkové změně vzhledu. Snižuje se fyzická síla, pohybové ústrojí postihuje úbytek svalové hmoty, dochází ke snížení výšky, senioři nejsou schopni udržet postavu zpříma, a proto se často setkáváme, že jsou v mírném předklonu. Z důvodu úbytku kloubní chrupavky, dochází k degenerativním změnám kloubů, pohyb je doprovázen zvýšenou bolestivostí kloubů. Klesá pracovní kapacita srdce při zvýšené námaze a objevují se

onemocnění postihující kardiovaskulární systém. V respiračním systému se snižuje vitální kapacita plic, typickým projevem je zadýchávání, klesá čistící schopnost plic, vyskytují se častěji záněty dýchacích cest. I když se zdá, že trávicí systém bývá postižen méně, dochází i zde k výrazným změnám týkajících se opotřebením až ztrátou chrupu. Snižuje se tvorba slin, je zpomalená pohyblivost orgánů trávicí trubice a následkem oslabené peristaltiky se objevuje častěji zácpa, snižuje se vstřebávání vitamínů, živin. Nedílnou změnou je i oblast sexuality a vylučování. Sexuální aktivita u seniorů je velmi individuální, může přetrvávat až do vysokého věku. Klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč, snižuje se síla svěračů močové trubice a senioři ji často nejsou schopni udržet. V nervovém systému dochází ke snížení vedení vzruchů, senioři potřebují více času na příjem informací a jejího zpracování. Snižuje se výkonnost smyslových orgánů, pozvolna dochází k postižení zraku, snižuje se zraková schopnost adaptace na tmou a šero, zhoršuje se sluch. Dochází k poklesu chuti a čichu, vytrácí se pocit žízně, který je spojený s dehydratací a následnými kolapsovými stavy (Mlýnková, 2011, s. 21-23). Velmi časté bývají u starších lidí poruchy spánku hlavně v noci. Zhoršují je různá onemocnění, či bolesti a tím dochází k nadměrné denní ospalosti. Následkem je převrácený spánkový režim, kdy v noci nemůžou spát a přes den spí (Sinclair, Morley, Vella, 2012).

Psychické změny

Psychické změny jsou značně individuální, velký podíl na kvalitě psychiky má osobnost člověka. Dochází ke zhoršení poznávacích funkcí, vnímání, pozornosti, paměti, myšlení. Některé osobnostní rysy i vlastnosti se mohou měnit. U starších lidí se může objevit plačtivost, střídání nálad, úzkost, strach, depresivní naladění seniora a to většinou ze samoty, pádů a strachu o zdraví. Bez nedostatku motivace k novým činnostem, neradi mění svůj stereotyp a obtížně se vyrovnávají a přizpůsobují životním změnám. Velkou psychickou újmou je ztráta životního partnera (Mlýnková, 2011, s. 24-25).

Sociální změny

Často začíná již odchodem do důchodu, je to jedna ze zásadních změn v životě, kdy končí role pracujícího člověka a získává roli důchodce, který dostává penzi od státu a cítí se být zbytečný. Nemění se jen sociální role, ale i ekonomická situace seniorů, poplatky za léky, nízký důchod omezují seniora v životním standartu, na který byl zvyklý. Mnozí nevědí, co s volným časem, nejsou schopni jej naplnit činnostmi a přemítají o smyslu života. Zvládnutí těchto situací je v řádné přípravě na stáří, ale někdy může výskyt nemoci

zabránit ve vykonávání naplánovaných činností. Senior je tak omezen v soběstačnosti, sebezpečí a dochází k fyzické závislosti na druhých (Mlýnková, 2011, s. 25-26).

1.2 Specifika přístupu ve stáří

Nemocní senioři se rádi oddávají vzpomínkám a snaží se dospět k odpovědi na otázku, zda byl jejich život vlastně hezký, či nikoli (Haškovcová, 2010, s. 256). Starého člověka je třeba ujistovat, že žil nejlepší možný život, ale to neznamená, že pocity plynoucí z promarnění, které ho trápí, se zmírní. V současnosti je řada různých metod a aktivizačních terapií, jejichž cílem je vyrovnat se s prožitým životem, dosáhnout spokojenosti a pocitů vlastní identity (Haškovcová, 2010, s. 256-257).

Klade se důraz na komunikační dovednosti ošetřujícího personálu, kdy často příjemný a vlídný přístup zmírní negativní projevy nemoci. Zdůrazňuje se, že i když nemocný senior nevnímá svět kolem sebe, neznamená, že nám nerozumí (Haškovcová, 2010, s. 279).

Důležitý je aktivní přístup ošetřovatelského personálu v uspokojování potřeb starých a těžce nemocných lidí, kteří často nejsou schopni signalizovat svoje potřeby (Hrozenká, Dvořáčková, 2013, s. 23).

1.2.1 Problematika seniorů

Problematika seniorů vyplývá ze změn souvisejících s péčí. Jakým způsobem se s nimi senior vyrovnává, je ovlivněno hlavně životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím a okolím ve kterém žije (Malíková, 2011, s. 18).

Většinou dochází k omezení soběstačnosti, chůze je nejistá, nerovný terén představuje pro mnohé seniory překážku a strach z pádu, kterých v seniorském věku stoupá. Objevuje se fyzická závislost na pomoci druhých, senior není schopen samostatných vycházek a nakupování a dochází tak k jeho izolovanosti od společnosti. Problémem u imobilních osob je vznik dekubitů, samovolný únik moči, stolice, za který se senioři stydí a mnohdy nepřiznají ani svým příbuzným. Problémem v seniorském věku jsou změny nálad, které souvisí se zvýšeným výskytem nemocí (Mlýnková s. 81).

Mezi častý, ale mnohdy přehlížený problém u starších lidí, je zhoršující se sluch, který způsobuje problémy v komunikaci. Při nedostatku společenských kontaktů a komunikace, pobývají někteří senioři doma, dochází tak k sociální izolaci, která sebou přináší řadu negativních nálad, často je senior nespokojený, mrzutý, lítostivý (Mlýnková, 2011, s. 26). Senioři, kteří jsou pasivní a nečinní se cítí opuštěně, zatrpkle, soustředí se převážně na své

problémy a svou osobu. Často vzniká závislost na partnerovi, který skýtá bezpečí a sounáležitost, ale v některých případech může vzniknout nezáměr o problémy partnera, až agresivita nebo apatie. To vše je charakterizováno rostoucí závislostí na kontaktu s potomky, jak po stránce fyzické, tak i psychické (Arnoldová, 2015, s. 165).

V současné společnosti se setkáváme často s ageismem a dochází k ignoraci, zesměšňování, ponižování, nerespektování starších osob a všeho co ke stáří patří. Problém se posouvá do stále nižšího věku, děti a mladší lidé zesměšňují vše, co ke stáří patří (Malíková, 2011, s. 34-35).

1.2.2 Péče o seniory

Je třeba si uvědomit, že i když může končit terapie, nemůže končit péče. Je to právě obyčejná humánní péče, kterou nemocní v určité době potřebují ze všeho nejvíc, aby se cítili dobře. I ty, kteří nevnímají a nemluví nebo odevzdaně leží na lůžku, může potěšit bezprostřední okolí, které může být navzdory náročnému ošetřování vstřícné nebo chladné (Haškovcová, 2010, s. 258).

V první řadě je péče starším lidem poskytována zejména rodinou, parterey a dětmi, kteří hrají významnou roli nejen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory. Starý člověk, tak může zůstat v bezpečí svého domova. Starost o jeho péči nemusí být jen v rukou jeho rodiny, ale i pečovatelské služby, která rodině pomáhá (Arnoldová, 2015, s. 164). A je to právě rodina, která seniorům dává pocit, že jejich existence je potřebná. Domácí prostředí, každodenní styk s nejbližšími hraje nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře staršího člověka, v době kdy jeho zdraví slábne, a snižují se sociální kontakty. Lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější, zdravější a také déle samostatní (Hrozenká, Dvořáčková, 2013, s. 46). Může se stát, že staří lidé někdy neodhadnou správně své možnosti, obávají se radikální změny, nadhodnocují své schopnosti a odmítají sociální služby, mezi které patří i pobytové zařízení jako domov pro seniory (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 170). Ne vždy je ovšem možné, zajistit péči v rodinném prostředí, hlavně když dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora, ztrátě soběstačnosti a je potřebné zajistit dlouhodobou péči. V některých případech lze tuto situaci řešit pomocí terénních sociálních služeb, ale ne všichni, mají tu možnost zůstat a zvládnout péči o svou osobu ve svém domácím prostředí. Pak nezbyvá nic jiného, než je umístění do domova pro seniory (Hrozenká, Dvořáčková, 2013, s. 62).

2 DOMOV PRO SENIORY

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí (Malíková, 2011, s. 45).

2.1 Charakteristika

Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče nabízející trvalé ubytování, široké spektrum služeb od péče o domácnost, přes nejrůznější aktivity, až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 179)

Domov pro seniory je sociální služba, která poskytována v souladu s ustanovením § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Posláním tohoto zákona je chránit práva a zájmy lidí, kteří jsou oslabeni, ať už z důvodů věku, zdravotního postižení, nedostatečného sociálního prostředí. Důraz je kladen na individuální potřeby klienta a zachování lidských práv. Klient přebírá odpovědnost sám za sebe, sociální pracovník je pro klienta partnerem, průvodcem, zprostředkovatelem (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 66).

2.2 Podmínky pro přijetí

Do pobytového sociálního zařízení mohou být přijaty osoby splňující podmínky uvedené §49 a §50 zákona o sociálních službách. Jedná se o osoby se sníženou soběstačností a odpovídajícím věkem, kdy situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. K přijetí je třeba, aby žadatel podal vyplněnou žádost sám nebo prostřednictvím jiné osoby přímo v pobytovém zařízení a přiložil požadované doklady nebo kopie. Po projednání žádosti je informován sociální pracovník, zda splňuje podmínky. Před nástupem do zařízení je na základě ústního projednání, které je známé jako sociální šetření, uzavřena smlouva. Smlouva je vytvořena cíleně pro konkrétní osobu, obsahuje důvod, proč klient danou službu potřebuje (Malíková, 2011, s. 65-66).

Spolu s příchodem člověka do zařízení vzniká individuální adaptační plán. Je třeba, aby nový uživatel dostal maximum informací o prostředí. Účinná je spolupráce s rodinou, přáteli a sousedy z bydliště. Tyto osoby mohou přinášet informace, předměty, vzpomínky, které je možno propojit s programy, které domov nabízí. Spolupráce s rodinou začíná v den jeho přijetí do domova, ale nejlépe pokud to jde, ještě dříve. Je vhodné se s rodinou domluvit, které úkoly jí zůstávají a které může za ně poskytovatel převzít, protože pocit, že někdo pečuje za ně, vede velmi rychle rodinné příslušníky k poklesu zájmu o svého příbuzného a k omezení kontaktů. Je prokázáno, že s délkou pobytu starých lidí v instituci klesá i četnost návštěv (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 182).

2.3 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým v sociální práci není jen skupinou odborníků, jedná se o menší jednotku, kterou tvoří jednotliví členové s tím, že se vzájemně doplňují a směřují k naplnění společného cíle. Naplnění společného cíle je primární motivací členů týmu. Práce v týmu přináší pro jednotlivé členy podněty na zkvalitnění jejich konkrétní činnosti, vytváří prostor pro zdokonalení pracovních metod a postupů, zvyšuje kvalitu práce a efekt pomoci. Odbourávají se zbytečné byrokratické postupy a administrativní úkony, zvyšuje se efektivita práce ze strany nadřízeného. Ten nemusí zaměstnance neustále usměřňovat a provázet. Odbourává se zbytečný šum v komunikačním procese, snižuje se možnost, překrývání pravomocí a kompetencí a umožňuje členům v týmu získat nové vědomosti a zručnosti, týmová spolupráce přispívá k celoživotnímu vzdělávání. Mezi slabé stránky týmové spolupráce může přispět nepřijetí vedoucího týmu ostatními zaměstnanci,

nedostatek odborné erudice, ale problémem může být i otázka času, v souvislosti se střetnutím se pracovního týmu. Bariéry v týmové spolupráci, jsou i venkovního rázu, může to být všeobecné společenské klima, neustálé změny ve struktuře organizace sociálního subjektu (Škoda, 2007, s. 157-158).

2.3.1 Členové týmu, jejich role a kompetence

Každý tým stojí a padá na kompetencích svých členů (Meier, 2009, s. 14). S klientem nestráví nikdo tolik času jako ošetřující personál. Aktivizační péče a pozorné sledování klienta po fyzické i duševní stránce je velmi důležité. Součástí týmu jsou především sociální nebo zdravotně sociální pracovníci, všeobecné sestry, pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovník, duchovní, ale i členové rodiny (Schuler, Oster, 2010, s. 122).

Formování odborného týmu se liší podle charakteru, obsahu a intenzity problému. Týmová spolupráce musí být samozřejmostí při řešení problémových situacích. Patří zde zdravotní a sociální problémy, těžké zdravotní postižení, základní životní podmínky, rodina, emocionální asociální vztahy, oblast vzdělávání a práce, zájmy, volný čas, kvalita života (Škoda, 2007, s. 156).

Sociální pracovník

Role sociálního pracovníka v domově pro seniory není dosud jasně vymezena a popsána, přestože je stále více posilována právě sociální složka činností v těchto institucích, jako je funkce bydlení, podpory nezávislosti a autonomie nikoli zdravotnická (Matoušek, Kodymová, Kolářková, 2010, s. 179). Podmínkou je také osobnost sociálního pracovníka, která má vliv na poskytování kvalitní práce (Malíková, 2011, s. 86).

Sociální pracovník ovlivňuje kvalitu sociální práce, především v souvislosti s jeho profesionálními kompetencemi jako jsou odborné vědomosti a zručnosti, osobnostní předpoklady, humánnost, zájem o lidi, ochota pomáhat, úcta k životu, sociální citění, empatie, komunikativnost, kooperativnost, kreativita. Důležitou podmínkou je schopnost v oblasti diagnostiky, poradenství, terapie, manažera a koordinátora týmu odborníků, kteří se soustředí v pracovních týmech, především z důvodů komplexního řešení sociálních problémů klienta. Kompetentní řešení ve prospěch klienta jsou širokospektré a činnosti, které vykonává sociální pracovník, vyžadují a předpokládají spolupráci s dalšími odborníky (Škoda, 2007, s. 156).

Všeobecná sestra

Je držitelka osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra, je podřízena vrchní sestře. Zajišťuje a provádí odbornou ošetrovatelskou péči o uživatele, zajišťuje provedení zdravotních výkonů podle ordinace lékaře. Zná a dodržuje platné standarty, metodické a hygienické postupy, ovládá fyziologii lidského těla zejména ve stáří, ovládá základní rehabilitační ošetřování a provádí jej. Předává zkušenosti ostatním pracovníkům, zachovává mlčenlivost, dodržování ochrany osobních dat uživatelů a vede příslušnou dokumentaci. V případě nepřítomnosti vrchní sestry, řeší naléhavé a mimořádné situace a je nadřízena pracovníkům v sociálních službách. Vrchní sestra, spolupracuje s vedoucím zařízení a zodpovídá za uspokojení potřeb a ošetrovatelské péče uživatel. Svolává a řídí pravidelné porady týmu, na kterých pracovníky seznamuje s novými postupy a vyhodnocuje získané informace. Zajišťuje dostatek vhodných pomůcek. Spolupracuje s lékaři jednotlivých uživatelů, kteří zařízení navštěvují a ostatními pracovníky organizace. Plánuje, koordinuje a kontroluje práci ošetrovatelskou. Odpovídá za správnost a vedení dokladů ošetrovatelské dokumentace a vykázaných výkonů na zdravotní pojišťovny. Sleduje léčebné prostředí v zařízení. Řeší případné nedostatky, konflikty, podporuje interpersonální vztahy na pracovišti a zajišťuje profesní rozvoj podřízených. Sleduje příznaky a projevy syndromu vyhoření. Spolupracuje se supervizorem v této oblasti (Malíková, s. 99-105).

Zdravotně sociální pracovník

Je zařazen mezi nelékařská zdravotnická povolání. Primárně se shoduje s prací sociálního pracovníka. Má významnou roli ve zdravotnickém zařízení v procesu zdravotně sociální rehabilitace. Zdravotně sociální pracovník se podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta a jeho rodiny. Pomáhá odstranit nebo zmírnit psycho-sociální patologické jevy způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím. Jeho náplň a obsah práce je zpracována každým zdravotnickým pracovištěm individuálně a průběžně aktualizována. Jeho postavení a kompetence v rámci multidisciplinárního týmu ve zdravotnických službách se stále vyvíjí (Kuzníková, 2011, s. 47).

Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách v pobytovém zařízení je podřízen vrchní sestře nebo v době její nepřítomnosti službu konající všeobecné sestře. Vykonává podstatnou část úkonů zajišťující přímou obslužnou péči o klienta s psychickou podporou. Zahrnujeme

sem nácvik sebezpečí při jednoduchých denních činnostech, pomoc při osobní hygieně, oblékání, při manipulaci s přístroji, udržováním čistoty. Pracovník v sociálních službách zprostředkovává základní sociální a společenské kontakty a účastní se aktivizačních programů. Umí používat podpůrné a stimulační metody při péči o klienta. Plní roli klíčového pracovníka určitému menšímu počtu uživatelů (Malíková, 2011, s. 93).

Klíčový pracovník

Při poskytování pečovatelské služby je postava klíčového pracovníka velmi důležitá. Je to pracovník v sociálních službách, který seznamuje zaměstnance zapojené do individuálního plánování s individuálním plánem uživatele. Zodpovídá za to, že údaje v plánování odpovídají skutečnosti. Cílem klíčového pracovníka je podpořit uživatele a pomoci mu žít, nikoli mu vnucovat názory a myšlenky druhých (Hauke, 2011, s. 76).

Aktivizační pracovník

Jedná se většinou o pracovníka v sociálních službách, který má schopnost pro nacházení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů k podpoře jedince. Podílí se na sociálně terapeutické činnosti a posilování sociálních dovedností v běžném životě, a to s využitím individuální a skupinové činnosti. Tvoří intervence v individuálním plánu uživatele, které se prolínají a doplňují s aktivizačními činnostmi a s řadou dalších podpůrných stimulačních metod jako je například koncept bazální stimulace. Na jejich provádění se podílí i ostatní pracovníci (Malíková, 2011, s. 121-122).

Dobrovolnická služba

Dobrovolník je člověk, který poskytuje svůj čas, energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí, či společnosti bez nároku na finanční odměnu. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti (Tošner, 2006, s. 35). Dobrovolnickou činnost dobrovolníci poskytují osobám nezaměstnaným, sociálně slabým, zdravotně postiženým, seniorům, příslušníkům národnostních menšin, imigrantů, osobám po výkonu trestu, odnětí svobody, osobám drogově závislých, osobám trpícím domácím násilím, jakož i pomoc při péči o děti mládež a rodiny v jejich volném čase (Arnoldová, 2015, s. 155). Dobrovolníci zastávají v sociálních službách mnoho užitečné práce, zejména v bezprostředním kontaktu s klientem. Dobrovolnická činnost musí být formulována ve smlouvě a koordinována profesionálním pracovníkem (Matoušek, 2013, s. 62).

2.3.2 Spolupráce týmu

Dobrá spolupráce v týmu závisí na správné komunikaci. Měli by ji zvládat všichni členové týmu, protože jen správná komunikace umožňuje efektivní fungování týmu. Nedostatečné předávání informací, bývá příčinou negativních událostí v týmu. V týmu nedůvěry, sobeckosti schází soudržnost, pokud pracovník nepodporuje ostatní pracovníky a poskytuje neúplnou informaci, brání v poskytování kvalitní péče. To vysvětluje, proč některé týmy pracují více soudržně a efektivněji než ostatní a proč pracovníci raději pracují v některých týmech a nikoli v jiných (Maxwell, 2015, s. 12). Spolupracovníci by se měli vzájemně doplňovat a mít jasný cíl, který je motivuje k výkonu (Meier, 2009, s. 14).

Dobré informování všech a všemi znamená dobrou spolupráci týmu. Samozřejmostí by mělo být systematické předávání informací, ke kterému může přispět každý pracovník (Meier, 2009, s. 49). Součástí účinné a hladké spolupráce týmu je přesná výměna informací, které se odehrávají na skupinových poradách a týmových sezeních, jen tak lze poskytovat individuální profesionální a účinnou péči (Schuler, Oster, 2010, s. 122). Mezi vhodný informační kanál patří porady. Jejich výhodou je, že všichni pracovníci jsou informováni současně. Výměna informací, řešení problému, vše by se mělo dít ve skupině, aby nedošlo k nedorozumění. Doporučuje se svolávat porady, jen když je opravdu co k projednání, jinak pracovníci získají pocit, že ztrácejí čas, což značně škodí motivaci (Meier, 2009, s. 53). Diskutovat o své práci, poskytuje pracovníkům skupinová týmová supervize, která zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu, bez ohledu na jejich konkrétní pozici. Je zaměřena, především na činnost týmu jako celku a jeho efektivitu (Matoušek, 2013, s. 354-355).

Supervize rovněž předpokládá, že supervizi potřebuje kromě členů týmu i sám tým. Zahrnuje i jistou formu vývoje a vzdělání v týmu (Hawkins, 2016, s. 140).

2.3.1 Vzdělávání

Vzdělání a vzdělávání týmu je základem kvality poskytované péče.

Sociální pracovník

Sociální pracovník musí splňovat kvalifikační požadavky, jako je úspěšné absolvování vyššího odborného vzdělání či absolvování vysokoškolského vzdělání oboru sociální činnosti (Malíková, 2011, s. 86).

Zdravotničtí pracovníci

Zdravotnický pracovník musí splňovat podmínky zákona č. 96/2004Sb v platném znění. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a tím i činností související s poskytováním zdravotní péče (Malíková, 2011, s. 97).

Pracovníci v sociálních službách

Pracovníci v sociálních službách jsou pracovníci, kteří absolvovali akreditovaný kurz o minimálním rozsahu 150 hodin. Většinou mají základní nebo střední vzdělání (Malíková, 2011, s. 92). Zaměstnavatel je povinen, zabezpečit svým pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin za každý kalendářní rok, čímž si doplňují, obnovují a upevňují kvalifikaci (Malíková, 2011, s. 93). Vzdělávání pracovníků v sociálních službách vychází z jejich aktuálních potřeb a podmínek, mohou v čase doznávat větších i menších změn, v určitých schopnostech, které jsou jim předávány na různých kurzech, kde se učí různým a metodám v přístupu k seniorovi. Jedním z nich je vzdělávání se v konceptu Bazální stimulace (Škoda, 2007, s. 127).

3 BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace podporuje lidské vnímání v nejzákladnější lidské rovině. Umožňuje podporu lidem se změnami v oblasti pohybu, komunikace a vnímání cílenou stimulací smyslových orgánů a uložených vzpomínek, které aktivují mozkovou činnost. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb, na člověka pohlíží jako na rovnocenného partnera, přizpůsobuje se věku a stavu klienta s vlastní historií s určitými schopnostmi a individualitou (Friedlova. 2007, s. 19).

Bazální stimulace je založena do značné míry na poznatcích z prenatální fáze života, kterou si všichni lidé prožili (Bienstein, Frölich, 2010, s 41). Zážitky z prenatálního období jsou shromažďovány v paměťových stopách a mohou být znovu aktivovány. Zejména u lidí, kteří jen omezeně vnímají okolní svět, který je redukován na bezprostřední sféru vlastního těla. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoliv důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Lidem s významnou poruchou hybnosti chybí možnost, aby se seznámili se svým tělem a poznali své okolí (Friedlová, 2015, s. 35).

3.1 Historie konceptu bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech 20. století profesor dr. Andreas Frölich, speciální pedagog ve Spolkové republice Německo. Umožnil dětem, které se narodily s těžkým psychosomatickým postižením, rozvoj osobnosti a komunikace. V 80. letech 20. století přenesla koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče zdravotní sestra profesorka Christel Bienstein. V současné době patří bazální stimulace v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům. Koncept je využíván v oblasti pedagogiky, ve zdravotnických zařízeních, v pobytových sociálních zařízeních, v domácí a hospicové péči (Friedlová. 2007, s. 13-14.).

V České republice předvedla koncept bazální PhDr. Karolína Friedlová, která se zasloužila o jeho zavedení do praxe. Od roku 2004 je zařazen koncept bazální stimulace do studijního programu na středních zdravotnických školách (Malíková, 2011, s. 195).

3.2 Využití konceptu bazální stimulace v domově pro seniory

Bazální stimulace patří mezi metody, která umožňuje alespoň částečně zlepšit celkový stav uživatele v domově pro seniory. Její využití ovlivňuje uživatele na fyzické i psychické úrovni, zlepšuje se jejich soběstačnost a pohybová koordinace, snižuje se vnímání bolesti,

nedochází tolik ke změnám nálad a zlepšuje se kvalita spánku. Dosažení tohoto cíle je u seniorů velmi záslužnou, ale často obtížnou činností. Vyžaduje komunikační schopnosti a dovednosti. Velkou roli také hraje holistický přístup a schopnost empatie ze strany pečovatелů (Malíková, 2011, s. 196).

3.2.1 Stimulace vnímání

Umožňuje u lidí se změnou v oblasti vnímání a komunikace navázat kontakt, pomocí nabízených podnětů a pohybu. Podporuje vnímání vlastního těla, okolního světa a rozvoj vlastní identity, které zlepšují funkci organismu k navázání komunikace se svým okolím. Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a zjištění reakcí klienta na poskytované podněty. Nezastupitelnou funkci v stimulující ošetrovatelské péči má zapojení příbuzných klienta do péče (Friedlová, 2007, s. 24).

3.2.2 Podpora hybnosti

Schopnost pohybu je úzce spjata s komunikací a s dalšími projevy člověka. Umožňuje člověku komunikaci s okolím a vnímání vlastního těla (Friedlová, 2007, s. 25). Vychází z předpokladu, že zpracování podnětů v kinesteticko-proprioceptivní oblasti se neliší od zpracování podnětů zrakových nebo sluchových, rozšiřuje myšlenku tvorby motorických drah v oblasti fyzioterapie na oblast celistvého vnímání člověka a dosáhnout možných schémat jednání a chování. K podpoře hybnosti jsou využívány základní i nádstavbové prvky konceptu bazální stimulace, přičemž základním důležitým předpokladem je motivace (Friedlová, 2007, s. 27-28).

3.2.3 Podpora komunikace

Komunikace je vědomá činnost lidského chování, u které dochází k výměně informací mezi dvěma nebo více subjekty. Hraje v konceptu bazální stimulace důležitou roli, slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů, získávání nových vědomostí a znalostí. Schopnost komunikovat ovlivňuje kvalitu života uživatele, pokud je ztížena tím, že klient nerozumí, ztrácí kontakt s okolním světem a kontrolu nad tím co se s ním děje. Komunikace může být verbální, ale taky neverbální, jejím prostřednictvím je navázán a rozvíjen kontakt mezi klientem a ošetrujícím personálem. Verbální komunikace je ovlivňována úrovní vnímání a dalšími komunikačními faktory. Neverbální komunikace

je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonávat pohyb a využít i jiné komunikační možnosti než auditivní. V konceptu Bazální stimulace se využívají všechny možné komunikační formy v podobě vůní, doteků, chuťových vjemů, změny polohy a jiné podmínky působící na smysly člověka dle stavu a schopností uživatele. Využívá somatické, vestibulární, vibrační, aditivní, optické, olfaktorické a taktilně-haptického stimulace ke komunikaci s uživateli, jejichž vyjadřovací schopnosti jsou velmi omezené a reakce mohou být někdy zcela nepatrné, proto je důležité zaznamenávat reakce pacienta. Mnohdy jsou to příbuzní uživatele, kteří zachytí nepatrné reakce klienta (Friedlová, 2015, s. 36-37).

3.3 Základní prvky bazální stimulace

Vychází ze třech stupňů schopnosti vnímání somatické, vibrační a vestibulární, nejprve se vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění, vibrační a vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a těla v prostoru (Friedlová, 2007, s. 63). Při používání základních prvků bazální stimulace je důležité, dodržování jistých zásad, během stimulace udržovat stálý kontakt, používat obě ruce, neodcházet a eliminovat rušivé elementy. Zajistit v místnosti příjemnou teplotu a klidnou atmosféru. Je vhodné když stimuluje klienta pouze jeden ošetřující a při stimulaci nemluví s žádnou třetí osobou a sleduje, jak klient reaguje na stimulaci (Friedlová, 2007, s. 80).

3.3.1 Somatická stimulace

Umožňuje zprostředkovat vjemy z povrchu těla prostřednictvím dotyků ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek, u kterého hraje velkou roli kvalita, lokalita a intenzita doteků (Friedlová, 2007, s. 71).

Iniciální dotek

Dotek je nejzákladnější formou somatické stimulace. Nečekané a necílené doteky u klientů vyvolávají pocit nejistoty a strachu, proto je smyslem konceptu dát najevo, kdy začíná a končí přítomnost pracovníka cíleným dotekem na nejvhodnější místo klienta, který je zvolen na základě biografické anamnézy. Dotek je zřetelný přiměřeného tlaku bez násilného tlačení do matrace, je důležité, aby byl doprovázen i verbálně. Místo doteku je vhodné dohodnout na poradě po zvážení všech informací o klientovi a všichni členové týmu s ním pak pracují (Friedlová, 2007, s. 73-74).

Somatická stimulace zklidňující

Zklidňující stimulace se aplikuje do péče během toalety nebo při koupeli, tato stimulace se nazývá zklidňující koupelí, ale může se aplikovat i kdykoliv během dne. Před začátkem stimulace klienta, je důležité, jej informovat, se začátkem koupele, u některých pacientů použít iniciální dotek. Zklidňující somatická stimulace se může využít u klientů s cílem navázat s nimi komunikaci, ve vigilních kómatech, neklidných, k uvolnění svalového napětí, s poruchami spánku, se změnami vnímání, dezorientovaných, ustrašených, v pooperační péči, s tachykardií, trpících bolestí a různými typy demencí, v doprovodné péči k umírání. U zklidňující somatické stimulace jsou pohyby prováděny v jednom směru po směru růstu chlupů (Friedlová, 2007, s 76-77).

Somatická stimulace povzbuzující

Somatická povzbuzující stimulace stejně jako ostatní druhy se může využít během hygieny, ale lze ji aplikovat kdykoliv během dne. Pokud je prováděna stimulace při koupání klienta, je třeba dát pozor na to, aby voda byla nižší, než teplota těla. Může se provádět i bez vody, pomocí žinek nebo jen rukou, s použitím krému, oleje nebo nasucho přes oděv klienta. Povzbuzující somatická stimulace stimuluje vnímání tělesného schématu, zvyšuje úroveň vědomí a pozornost klienta. Je vhodná k podpoře klientovi aktivity a přípravě na následnou rehabilitaci. Aplikuje se u klientů se změnami v mentální oblasti, v kómatu, v soporu, v somnolentních a depresivních stavech, se sníženým svalovým tonem, s bradykardií a u apatických klientů. Nevyužívá se u klientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem. U povzbuzující somatické stimulace jsou prováděny pohyby v jednom směru proti směru růstu chlupů. Stimulaci je třeba doprovázet slovně, s popisem jednotlivých částí, které pracovník stimuluje (Friedlová, 2007, 81-82).

Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologická stimulace má za cíl umožnit klientům s poruchami hybnosti jedné polovině těla, začít znovu vnímat postiženou stranu. Důležité je především vnímat zdravou stranu těla, abychom mohli zařadit postiženou stranu znovu do tělesného schématu. Neurofyziologická stimulace se využívá u klientů s parézami a plegiemi, po cévních mozkových příhodách, po mozkolebečních traumatech, po operacích mozku, v dětském a kojeneckém věku s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací či vrozenými vadami pohybového aparátu. Velký důraz během neurofyziologické stimulace je kladen

na zrak klienta, proto je nejvhodnější poloha při této stimulaci vsedě. Klient by měl po celou dobu stimulace opticky kontrolovat a sledovat dění na svém těle. Pokud klient používá brýle, je důležité mu je nasadit. Doporučuje se stimulovat klienta před zrcadlem, k poskytnutí možnosti sebezpozorování, zejména může sledovat obličej a trup (Friedlová, 2007, s. 83- 85).

Symetrická stimulace

Cílem je obnovení vnímání tělesného schématu u lidí s poruchou rovnováhy. Terapeut synchronně pracuje na obou polovinách těla, před její aplikací se doporučuje zklidňující stimulace. (Friedlová, 2007, s. 88)

Diametrální stimulace

Diametrální stimulaci se využívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím, při kterém dochází k omezenému pohybu v kloubu. Pokud je kloub delší dobu ve stejné pozici a minimálně se pohybuje, objevují se svalové kontraktury. Kontraktury vznikají na základě dlouhodobého ležení, reflexní reakce, bolestí, ztráty chuti k pohybu u depresivních stavů. Každý člověk má svalový tonus jiný, ovlivňují ho různé faktory, jako jsou například hluk, cizí osoby, neznámé zvuky, nevhodné polohování, únava, bolesti, chlad, stres atd. (Friedlová, 2007, s. 89).

Polohování v konceptu bazální stimulace

Na začátku je třeba říct, že poloha vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách, u každého z nás dochází ke ztrátě vnímání vlastních tělesných hranic. Vlivem zhoršeného vnímání tělesného obrazu, může docházet ke změnám vlastní identity, tento proces nazval profesor Fröhlich degenerativní habituací. Nejvíce se může projevat u dezorientovaných klientů a může po čase vést až k zmatenosti až agresí. Díky polohování pomůžeme klientovi získat informace o svém těle a ustálit vnímání tělesného schématu. Prostřednictvím polohování klienta stimulujeme somaticky a vestibulárně (Friedlová, 2007, s. 91).

Polohování v konceptu bazální stimulace není jen zabránění vzniku proleženin, pneumonie, ale i zabránění tromboembolických komplikací. Má význam i po neurologické stránce jako je stimulace vnímání tělesného obrazu, poskytnutí informací klientovi o jeho těle, poskytnutí orientace, stimulaci k pohybovým aktivitám, podpora motoriky, umožnění vnímání symetrie těla a vizuálních podnětů a optické stimulace. Při polohování je nutné

zajistit, aby se klient cítil pohodlně. Při usínání má každý rád něco jiného, pro někoho je důležité zaujmout určitou polohu, mít například svůj polštářek, zastrčenou deku za ramena nebo blízkou osobou. Je tedy potřebné zjistit od příbuzných, zvyklosti klienta seznámit s nimi všechny členy týmu. Vnímání klienta můžeme stimulovat i při polohování. Často stačí minimálně změnit polohu klienta malými změnami polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů nebo polohováním pomocí perličkových polohovacích polštářů. Můžeme například využít propletení prstů rukou, položení rukou na hrudník, ohnutí horních končetin k tělu, překřížení dolních končetin, polohování na tvrdých a měkkých matracích. Výraznou a účinnou somatickou stimulaci klientovi umožňují polohy „mumie“ a „hnízdo“ (Friedlová, 2007, s. 92).

Poloha „hnízdo“

Poloha „hnízdo“ navozuje pocit jistoty a zlepšuje vnímání hranic vlastního těla. Klienta uložíme do zvolené polohy a obložíme ho stočenými dekami. Tuto polohu volíme zejména u klientů ve fázi odpočinku, neklidných, dezorientovaných, umírajících, k navození libého pocitu, kteří mají problém s uvědoměním svého těla. Snažíme se na základě biografické anamnézy využít osobních předmětů klienta za účelem hmatové stimulace a zjistit způsob zakrytí, na který byl klient zvyklý. Při polohování a manipulaci je důležité nezapomínat na kvalitu poskytovaných doteků na klienta (Friedlová, 2007, s. 93-99).

Polohování mumie Poloha „mumie“

Poloha mumie se využívá zejména u klientů, kde je potřeba intenzivní stimulace tělesného schématu. Jedná se především o klienty ve vigilních kómatech a u dětí s hlubokou mentální retardací. Je účinná v oboru neonatologie, kde je využívána u dětí, které se narodily drogově závislým matkám a matkám závislým na alkoholu. Tato poloha se nemůže aplikovat na klienty s klaustrofobií. Klienta zabalíme do prostěradla nebo do deky, začínáme od nohou a postupujeme k horní části těla, kde přeložením jejich konců pod tělo klienta prostěradlo nebo deku zafixujeme. Klientovy ruce nebalíme k tělu, položíme mu je na jeho hrud', tím umožníme vnímání vlastního dechu a možnost vysvobodit se z této polohy. Podložíme polštář pod hlavu, lokty, paty a kolena. Po aplikaci polohy „mumie“, zůstaneme chvíli u klienta a sledujeme jeho reakce. Někdy je třeba zafixování klienta na základě jeho negativních reakcí trochu uvolnit (Friedlová, 2007, s. 99-100).

Kontaktní dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba. Kontaktní dýchání umožňuje klientovi navození klidného, hlubokého a pravidelného dýchání. Naladěním na stejný rytmus dýchání mezi pracovníkem a klientem. Pracovník má ruce položeny na hrudníku klienta a doprovází ho při nádechu i při výdechu, lze ho poskytnout klientovi i jeho vlastní rukou (Friedlová, 2007, s. 102- 103).

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání zařazujeme do dechové gymnastiky. Jedná se o masáž, která se provádí v oblasti zad nebo v přední části hrudníku. Při této masáži vzniká komunikační proces, díky kterému se klient může uvolnit, cítit se jistěji v blízkosti terapeuta. Masáž stimulující dýchání napomáhá klientům, kteří jsou neklidní a zmatení, aby se cítili jistě. Při aplikaci masáže stimulující dýchání primárně volíme záda. Klienta vyzveme, pokud je to možné, aby zaujal pro něj pohodlnou polohu vsedě na židli, v křesle či v lůžku a opíral se o horní končetiny. U ležících volíme polohu v leže na boku, nebo na břicho. Během stimulace jsme s klientem v neustálém tělesném kontaktu. Kašle-li klient během masáže, podpoříme ho ve vykašlávání vibračními pohyby. Délka trvání masáže by měla být do pěti minut, vhodné je během stimulace eliminovat všechny rušivé faktory a po této stimulaci je pro klienta vhodný odpočinek (Friedlová, 2015, s. 92-93).

3.3.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk je v neustálém pohybu a mění polohy. Jeho rovnovážné ústrojí se permanentně stimuluje. Vestibulární aparát umožňuje koordinovat pohyb, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Vestibulární stimulaci lze využít na klienty, kteří mají výrazné změny v kognitivní oblasti nebo jako neverbální komunikaci. Můžeme provádět u ležících klientů, kdy ošetřující drží pevně hlavu klienta svými rukama, nezakrývá však jeho obličej a mírně ji otáčí do stran (Friedlová, 2007, 105-106).

3.3.3 Vibrační stimulace

Každý člověk vnímá vibrace individuálně, cílem vibrační stimulace je umožnit klientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Využívá se zejména u klientů s retardací, kterým slouží se jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci.

Používají se různé technické předměty například elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, lehátka atd., ale můžeme využít hudební nástroje, které vydávají také vibrace a hlas. Předměty přiložíme do okolí kloubů na horních a dolních končetinách klienta, nebo vložíme do jeho dlaně. Nikdy neprovádíme vibrační stimulaci klientům s krvácivými stavy, s varixy, či s poraněním nebo poruchou integrity kůže (Friedlová, 2007, s. 107).

3.4 Nástavbové prvky

Nástavbové prvky podporují hybnost, komunikaci a vnímání. Navazují na prvky základní. Mezi nástavbové prvky řadíme stimulaci optickou (zrakovou), stimulaci auditivní (sluchovou), stimulaci orální (senzorky dutiny ústní a chuťových vjemů), stimulaci olfaktorickou (čichovou) a stimulaci taktilně-haptickou (hmatovou). Tyto prvky mají za cíl podpořit vnímání vlastní autonomie, podpořit klienta v jeho schopnostech a pocitu jistoty a bezpečí (Malíková, 2011, s. 194).

3.4.1 Optická

Zrakový smysl spolu se sluchovým patří mezi nejčastěji využívané smysly k poznávání okolního světa a navázání komunikace. Pokud se člověk přemístí ze svého známého prostředí do nového prostředí, kterým může být například domov pro seniory. Může tato změna vyvolat v klientovi úzkost, strach nebo agresivní chování. Důvodem je neschopnost orientace v novém prostředí. Aby se klient cítil bezpečně, je podstatné, aby se orientoval a důvěřoval prostředí, které ho obklopuje. Bazální stimulace pracuje díky biografickým informacím se senzobiografií klienta. Především začleněním známých věcí, které má uložené v paměti a v neznámém a novém prostředí může navodit pocit bezpečí a zklidnění. Staří lidé rádi vzpomínají a za pomoci osobních věcí a jiných podmětů, můžeme odbourat negativní emoce. Optickou stimulaci můžeme aplikovat za účelem obecné a cílené rehabilitace (Friedlová, 2007, s. 109-114).

3.4.2 Auditivní

Sluchový orgán je velmi významný pro komunikaci, k navazování a udržování vztahů ve společnosti a k rozvoji myšlení. Zásluhou sluchu se vyvíjí řeč, z čehož vyplývá, že dítě, které od narození neslyší, nezačne nikdy mluvit. U auditivní stimulace lze využívat různých prostředků a technik. Jednou z nich je řeč, kterou uplatňujeme při vyprávění,

předčítání, reprodukci řeči hlasů příbuzných či kamarádů. Mezi další techniku patří hudba reprodukováná z přehrávače, rádia nebo z televize, ale taky i produkovaná hrou na hudební nástroj klientem nebo někoho z rodiny. Dalším prostředkem ke stimulaci je zpěv, se kterým pracují muzikoterapeuti, ale do zpěvu se mohou dát i příbuzní, kteří mohou zpívat klientovi jeho oblíbené písničky. Cílem auditivní stimulace je navázat kontakt s klientem, mobilizovat vzpomínky, navodit pocit jistoty, umožnit orientaci a naučit klienta novým slovům (Friedlová, 2007, s. 114-116).

3.4.3 Taktilně- haptická

Taktilně – haptická stimulace umožňuje vnímání doteku, tlaku, natažení, napětí, chladu, tepla, lechtání a vibrací. Ve vrstvách kůže se nacházejí hmatové mechanoreceptory, které reagují na dotyk a tlak. Hmatová tělíska mají různou hustotu po těle. Nejmenší je na zádech a největší najdeme na bříškách prstů a na rtech. Lidská ruka je schopna rozeznávat různé předměty uchované v paměti během života. K aplikaci taktilně - haptické stimulace je možné využít klientovy osobní oblíbené věci nebo věci z pracovního prostředí. Mezi věci, které stimulují paměť, se používají například, žínky, ručníky, věci užívané k osobní toaletě, kelímky, hrníčky na pití, aplikace tepla a chladu, mobil, klíče, u dětí hračky. Pomocí nich aktivizujeme klientovu ruku k činnosti, a tím podporujeme senzoricou a motorickou oblast ruky (Friedlová, 2007, 127-129).

3.4.4 Olfaktorická

Vůně a pachy jsou důležité pro lidský organismus, dokáží vyvolat vzpomínky. Některé vůně jako parfém nám mohou připomínat lidi, vůně perníku potom může připomínat roční období jako Vánoce atd. Každý z nás má jiné oblíbené vůně. Aby nedošlo, k nepříznivé reakci při čichové stimulaci je vhodné zjistit, jaké má klient oblíbené vůně. Pro stimulaci jsou vhodné vůně ve formě deodorantů, parfémů, osobních toaletních potřeb, vůně jídla, naopak nevhodné jsou vonné svíčky. Můžeme využít vůně z pracovního prostředí a zájmů. Například klient, který se živil jako automechanik, může inhalovat vůni motorového oleje, se kterými v práci pracoval. Aby si klient nemohl na tyto stimuly zvyknout, neprovádí se olfaktorická stimulace moc dlouho. Čichová stimulace úzce souvisí se stimulací orální (Friedlová, 2007, s. 125-126).

3.4.5 Orální

Cílem orální stimulace je zprostředkovat klientovi vjemy z obličejové části hlavy. Díky ní dokáže klient vnímat svá ústa. Pomocí chuťového ústrojí navazujeme s klientem kontakt a vyjadřujeme svou empatii. Má velký význam u lidí, kteří nemohou přijímat potravu ústy. Stimuluje chuťové vnímání, senzorky dutiny ústní, polykání, řečové funkce, podporuje příjem potravy, zpracování a polknutí sousta (Friedlová, 2015, s. 120). Ústa mají pro lidi zásadní význam, nejen kvůli příjmu potravy, ale jsou brána jako velmi intimní oblast. Při příjmu potravy je důležité umožnit, co nejvhodnější polohu v sedě, nespěchat, tempo uzpůsobit klientovi. Využít asistované péče a podporovat ruku klienta, aby si sousta vkládal sám do úst. Je vhodné používat cucací váčky. Během provádění orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě. Nikdy nevnikáme klientovi do úst násilím (Friedlová, 2007, s. 123- 124).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V každodenní práci i v životě se snažíme logicky zdůvodnit naše zkušenosti, pochopit pravidla vývoje organismů, chování skupin i jednotlivců a předpovědět budoucí situace. Vědecký výzkum se podobně snaží porozumět, vysvětlovat, předpovědět, a přezkoumat jednotlivé fenomény (Kutnohorská, s. 12).

4.1 Cíle výzkumné práce

Hlavním cílem daného výzkumu, je zjistit zda multidisciplinární tým využívá v domově pro seniory prvky bazální stimulace.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit jaké prvky využívá multidisciplinární tým v přístupu k seniorovi.

Cíl 2: Zjistit jak spolupracuje multidisciplinární tým při aplikaci prvků bazální stimulace.

Cíl 3: Zjistit zda-li a jak ovlivňuje koncept bazální stimulace psychický a fyzický stav uživatelů.

4.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce, jsme zvolili kvalitativní výzkum. K získání potřebných informací, jsme vybrali jako nejvhodnější polostrukturovaný rozhovor, z důvodů možnosti kladení otázek k rozšíření informací.

Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum umožňuje široké poznání oblastí, které výzkumníka zajímají. Týkající se života lidí, chování, chodu organizace, vzájemných vztahů, spočívá v analýze zkoumaných jevů nematematickým postupem. Údaje mají charakter textu, které vyžadují jejich sběr a přeformulování do jiných textů. Probíhají na místech, které mají pro výzkumníka smysl, a i výběr respondentů, je dán, určitým předpokladem ke zjištění odpovídajících informací. Kvalitativní výzkum je velmi náročný na čas, vědomosti a dovednosti a cit pro analýzu textových dat, schopnosti analytického myšlení (Kutnohorská, 2009, s. 22-23).

Mezi nejvyužívanější metodu k získání kvalitních dat patří rozhovor. Rozhovor označován jako interview je moderovaný a prováděný s určitým cílem. Patří mezi nejobtížnější, ale i nejvýhodnější metody k získání kvalitativních dat. Dělíme je do tří základních skupin.

Nestrukturovaný rozhovor podobá se běžnému rozhovoru. Není dopředu vytvořen plán v podobě struktury, drží se především hlavního tématu.

Strukturovaný rozhovor stojí mezi interview a dotazníkovým šetřením, má přesně dané schéma, které je pro tazatele závazné. Pořadí a znění otázek nelze měnit.

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější. Tazatel si vytváří své určité schéma, které je pro něj závazné. Specifikuje okruhy otázek, které dle potřeby může zaměňovat a upravovat. Je vhodné použití upřesnění odpovědi účastníka, vysvětlit jak danou věc myslí. Má definované minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat, a možnost pokládat doplňující otázek vzhledem k cílům. Při analýze je možné s nimi pracovat, či je ponechat stranou. Faktorem ovlivňující rozhovor je denní doba prostředí. Příkladá se váha vnějšimu prostředí, někdy se přímo vyžaduje, aby probíhal v prostorách typu: kavárna, park nebo v jiném klidném místě. Může být prováděno i ve standardizované prostředí v kanceláři, ordinaci (Miovský, 2006, s. 157 - 160).

4.3 Realizace výzkumu

Rozhovory byly provedeny během měsíce března a dubna. S respondenty byla předem domluvena schůzka. Každý z respondentů byl na začátku rozhovoru seznámen s tématem bakalářské práce. Informován, že rozhovor je zcela anonymní. Rozhovory probíhaly v prostředí domova pro seniory v kanceláři nebo v denní místnosti pro personál. Ve čtyřech případech po pracovní době v kanceláři, ve dvou případech pracovnice přišly ve svém volném čase. Trvaly v rozpětí 10-20min. Otázky použité při rozhovorech s respondenty v zařízení v domově pro seniory byly rozděleny do čtyř částí. První část obsahovala otázky týkající se identifikačních údajů a další tři části, které svým zaměřením odpovídaly jednotlivým dílčím cílům. Celkový počet otázek byl 13, přičemž byly zachovány poměry mezi jednotlivými částmi tak, aby v každé bylo přibližně stejné množství otázek (příloha I.). Dotazované respondentky volně odpovídaly a v případě potřeby bylo měněno pořadí otázek či přidány doplňující dotazy. U všech rozhovorů byl proveden audio záznam na mobilní zařízení a doslovný přepis rozhovorů. Získaná data byla vyhodnocena pomocí otevřeného kódování. Doslovné přepisy rozhovorů jsou uloženy u autora práce.

4.4 Charakteristika prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v Domově Harmonie ve Vsetíně. Jeho zřizovatelem je Diakonie ve Vsetíně Českobratrské církve evangelické. Zařízení poskytuje pobytovou službu 24hodin denně, jeho cílovou skupinou jsou senioři nad šedesát pět let věku. Domov má 42 lůžek k trvalému pobytu a 4 lůžka poskytují odlehčovací službu nejdéle na dobu 3 měsíce. Služby seniorům jsou poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a plánovány individuálně pro každého seniora. Přes den je v domově zajištěna péče jednou všeobecnou sestrou a pěti pracovníky v sociálních službách přímé obslužné péče v kombinaci osmi a dvanácti hodinových směnách, tak aby byla pokryta péče o uživatele. Na noční směně je jeden pracovník v sociálních službách. Každý uživatel má svého praktického lékaře, který navštěvuje domov dle svého uvážení, či na požádání. Návštěvy k odborným lékařům jsou zajišťovány sanitkou, či služebním vozem domova. Jedenkrát týdně do domova dochází evangelický duchovní, jedenkrát měsíčně katolický duchovní.

4.5 Charakteristika respondentů

Za respondenty jsem si vybrala pracovníky domova, spadající mezi členy multidisciplinárního týmu. Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 respondentek ve věku od 25 do 53 let. Průměrný věk respondentek je 38 let. Jedna respondentka má ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogika s titulem Mgr. a v domově pro seniory pracuje na pozici sociální pracovníce. Další respondentka je na pozici aktivizační pracovníce má ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru zemědělství s titulem Ing., nyní si dodělává vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce. Dvě respondentky pracují na pozici pracovníka sociálních službách, obě absolvovaly kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách, jedna má ukončené středoškolské vzdělání maturitou a druhá zakončené výučním listem. Dvě respondentky vystudovaly zdravotnickou školu a jsou na pozici všeobecné sestry. Celková délka praxe všech respondentek v pomáhajících profesích je od 1,5 do 25 let. Délka praxe respondentek v domově pro seniory je od 1,5 do 16 let. Pro snadnější orientaci jsou respondenti uvedeni v tabulce 1. Dle získaných údajů z rozhovoru.

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentů

Respondenti	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pracovní pozice	Délka praxe v zařízení	Délka praxe v pomáhajících profesích
R1	žena	25	Vysokoškolské	Sociální pracovník	1,5	1,5
R2	žena	53	Vysokoškolské	Aktivizační pracovník	2-3	10
R3	žena	34	Středoškolské s maturitou	Pracovník v sociálních službách	1,5	2,5
R4	žena	38	Středoškolské	Pracovník v sociálních službách	3	10
R5	žena	36	Středoškolské s maturitou	Všeobecná sestra	16	16
R6	žena	43	Středoškolské s maturitou	Všeobecná sestra	5,5	25

Zdroj: vlastní výzkum, 2017

5 ANALÝZA DAT

V přepsaných rozhovorech jsme následovně provedli otevřené kódování, za pomoci tužka papír (Příloha II.) Podrobnou analýzou byly vyznačeny kódy, které se v rozhovorech shodovaly.

Na základě získaných výsledků jsme kódy přiřadili do tří kategorií vztahující se k cílům výzkumné práce a pro snadnější členění jsme rozdělili do podkategorií. Vytvořené kategorie a podkategorie obsahují upravené odpovědi respondentů, tak aby nebyla změněna jejich podstata odpovědí, jsou proloženy jejich citovanými výpověďmi respondentů. Výpovědi jsou utvořeny tak, aby obsahovaly podstatné informace vztahující se k daným kategoriím a podkategoriím. Pro snadnější orientaci jsme kategorie a podkategorie uspořádali do tabulky 2.

Tabulka 2: Schéma kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie	Kódy
Bazální stimulace	Specifický přístup	- stimulace - práce
	Techniky	- iničiální dotek - podpora dýchání, - masáž - zklidňující
	Využití	- při hygieně - při stravě - komunikaci - při kontaktu
Spolupráce týmu	Multidisciplinární tým	- zdravotní sestry - pečovatelky - sociální pracovník - aktivizační pracovník
	Předávání informací	- porada - Cygnus - ústně - písemně
Vliv bazální stimulace u seniorů	Reakce	- vnímání, - zklidnění - úsměv - lépe jí
	Překážky	- čas - jednotný přístup

Tabulka 2 – Schéma kategorií a kódů

5.1 Kategorie 1: Bazální stimulace

První kategorie se vztahuje k prvnímu dílčímu cíli. Zjistit jaké prvky využívá multidisciplinární tým v přístupu k seniorovi. Kategorii jsme pro lepší přehlednost rozdělili do třech podkategorií, které jsme pojmenovali na základě zjištěných kódů. Viz tabulka 3.

Tabulka 3: Schéma kategorie bazální stimulace.

Podkategorie	Kódy
Specifický přístup	stimulace, práce
Techniky	iniciální dotek, podpora dýchání, masáž, zklidňující
Využití	při hygieně, při stravě, komunikaci, při kontaktu

5.1.1 Podkategorie: Specifický přístup

Do první podkategorie jsou zařazeny kódy **stimulace a práce**. Abychom mohli zjistit, jaké prvky využívá multidisciplinární tým. Bylo nejprve zapotřebí, zjistit jaké znalosti mají respondenti o bazální stimulaci a kde se s ní seznámily.

R1: Vyjádřila bazální stimulaci slovy jako „*specifický přístup k člověku, který mu umožní dostat se sám k sobě nějakými speciálními prostředky*“. S bazální stimulací se seznámila teoreticky na vysoké škole, ale v praxi se setkala až v zařízení, kde nyní pracuje.

R2: Uvádí bazální stimulaci jako stimulaci různých oblastí smyslů. „*Stimuluje různé oblasti, smysly, různými vibracemi, stimulaci svalů*.“ Poprvé se s praktickým užitím setkala již v minulosti, při práci s postiženými dětmi. „*Tady v zařízení vím, že to je často používaná metoda*.“

R3: Seznámila se s přístupem až v „*nynější práci*“. Bazální stimulaci popisuje jako „*takový nějaký základní dotek*.“

R4: „*Uvolnění, zklidnění?*“ První slova, které respondentku napadly při vyslovení pojmu bazální stimulace. Absolvovala základní školení bazální stimulace, techniky konceptu používá v práci.

R5: Popisuje metodu jako „*využití metody pomocí rukou*“, která pomáhá při motivaci a stimulaci, „*aby třeba jedli nebo se jim lépe vykašlávalo*.“ Informace o jejím používání získala od kolegyně, které absolvovali školení bazální stimulaci.

R6: „*Stimulace celého těla.*“ S konceptem bazální stimulace se seznámila na kurzu, absolvovala 4 kurzy bazální stimulace.

Shrnutí: Respondentky mají všeobecné znalosti, chápou smysl bazální stimulace při práci se seniory. Pro tři respondentky R2, R5, R6 je to přístup, který stimuluje tělo. Další dvě respondentky popisují bazální stimulaci rozdílně, R3 jako základní dotek, pro R4 znamená pocit uvolnění, zklidnění. Čtyři respondentky R1, R2, R3, R5 se s praktickým využitím seznámili v práci. R4, R6 na kurzu bazální stimulace, R4 má absolvovaný kurz první, tedy základní. R6 absolvovala kromě základního další navazující a dva prohlubující kurzy. R1 uvedla pojem specifický přístup, který se shoduje s názvem podkategorie. Pod názvem specifický přístup si můžeme představit právě poskytnutí stimulace, se kterým se většina respondentů seznámila a používá právě v práci nebo zaměstnání.

5.1.2 Podkategorie: Techniky bazální stimulace

Druhá podkategorie obsahuje kódy **iniciální dotek, podpora dýchání, masáž, zklidňující**. Je zaměřena na používané prvky a techniky bazální stimulace.

R1: „*Iniciální dotek. Využívám nejvíc, když přijdu k člověku na pokoj.*“ Dále popisuje techniky „*Nějaké masáže na podporu dýchání, na uvolnění horní končetiny.*“ S technikami nepřichází přímo do styku, občas využila i prvek rolování příkrývky, které se v domově provádí.

R2: Uvádí „*Různé zklidňující techniky*“ a další techniky „*ty dotykové*“ v rozhovoru zmiňuje iniciální dotek, taky smyslovou stimulaci, kde je možno použít různých vůní.

R3: „*Dotek na ramenou, iniciální dotek. Nějaké jednoduché masáže na rozhýbání horních nebo dolních končetin, kloubů, masáž na podporu dýchání.*“

R4: „*Na podporu dýchání určitě a zklidňující.*“

R5: „*Masáž stimulující slinné žlázy, masáž na podporu vykašlávání a dýchání.*“ Dále i iniciální dotek, který zmiňuje během rozhovoru.

R6: „*Zklidňující somatická stimulace, stimulace rukou, povzbuzující stimulace celého těla nebo jenom rukou před jídlem, stimulace obličeje, asistované krmení.*“ V rozhovoru se dále zmiňuje o iniciálním doteku a rolování deky.

Shrnutí: Mezi technikami nejvíce zazněla odpověď iniciální dotek. Pět respondentek R1, R3, R2, R5, R6 se shodlo na používání iniciálního doteku. Pro přehled je shrnutí používaných prvků bazální stimulace znázorněny v tabulce 4.

Tabulka 4: Schéma používaných technik a prvků bazální stimulace.

Techniky a prvky	Respondenti
Iniciální dotyk	R1, R2, R3, R5, R6
Podpora dýchání	R1, R3, R4, R5
Zklidňující stimulace	R2, R4, R5, R6
Povzbuzující stimulace	R6, R3, R1
Rolování příkrývky	R1, R6
Asistované krmení	R6
Stimulace obličeje	R6
Smyslová stimulace	R2
Masáž stimulující slinné žlázy	R5

5.1.3 Podkategorie: Využití bazální stimulace

Třetí podkategorie je vyznačována kódy **při hygieně, stravě, komunikaci, při kontaktu**. Popisuje možnosti nebo činnosti, při kterých se využívají techniky bazální stimulace.

R1: Respondentka využívá bazální stimulaci nepravidelně, většinou když jde něco řešit za uživatelem na pokoj „prostě za ním jdu si popovídat.“ Popisuje, že využívá bazální stimulace k navázání kontaktu.“

R2: „Umožňuje komunikaci s člověkem, který verbálně nekomunikuje.“ Při komunikaci kontaktuje člověka dotekem. Využívá jako „součást každé techniky.“ Pro aktivizaci, ale asi nejvíce využívá smyslovou stimulaci, pomocí různých vůní nebo kontakt s něčím, aby člověk měl nějaký podnět. „každý kontakt s klientem rozvíjí moji práci.“

R3: „Určitě ten iniciální dotek, upozornění toho uživatele, že tam jsem, že se bude něco dít.“ Využívá většinou po koupeli, nebo když uživatel nemůže chytout lžičku, pokusí se uvolňující masáží rozhýbat ruku v rámci podávání jídla.

R4: Bazální stimulaci využívá „denně“, pomáhá jí při pohybu „vím jak s ním hýbat, točit, všechno jaksi manipulovat, při vysvlékání.“ Uvádí, lepší kontakt s člověkem.

R5: Využívá koncept v péči, když pomáhá „podávat stravu“ nebo při ranní hygieně, u lidí, kteří jsou nachlazení.“

R6: „Snažím se vždy využívat bazální stimulaci, při kontaktu s uživatelem dle potřeby.“ Během rozhovoru uvádí další možnosti, kdy využívá prvky bazální stimulace při ranní hygieně nebo při koupeli, před jídlem a před cvičením.

Shrnutí: Všichni respondenti se shodli, že bazální stimulaci využívají. Pět respondentů uvedlo kontakt jako součást navázání komunikace nebo udržení kontaktu mezi nekomunikujícím uživatelem využití k navázání při kontaktu. R1, R2 využívají k navázání kontaktu a k umožnění komunikace. R3, R5, R6 nejvíce využívají při ranní hygieně a podávání stravy. R5 ještě i při nachlazení, v rozhovoru uvádí, že napomáhá a při kašli. R4 pomáhá při manipulaci s uživatelem, R6 vidí uplatnění bazální stimulace před cvičením, kdy pak lépe cvičí. Přehled využití bazální stimulace. Viz tabulka 5.

Tabulka 5: Přehled využití bazální stimulace.

Využití	Respondenti
kontakt	R1, R2, R3, R4, R6
ranní hygiena	R3, R5, R6
podávání stravy	R3, R5, R6
komunikace	R1, R2
polohování, manipulace	R4
nachlazení	R5
cvičení	R6

5.2 Kategorie 2: Spolupráce týmu

Druhá kategorie se vztahuje k druhému dílčímu cíli. Zjistit jak spolupracuje multidisciplinární tým při aplikaci prvků bazální stimulace. Kategorii jsme rozdělili do dvou podkategorií, které jsme pojmenovali na základě zjištěných kódů. Viz tabulka 6.

Tabulka 6: Schéma kategorie spolupráce týmu.

Podkategorie	Kódy
Multidisciplinární tým	sestra, pečovatelka, sociální pracovník, aktivizační pracovník
Předávání informací	porada, Cygnus, ústně, písemně

5.2.1 Podkategorie: Multidisciplinární tým

Zjišťuje znalost, multidisciplinárního týmu a kdo do něj patří. Obsahuje kódy **sestra, pečovatelka, sociální pracovník, aktivizační pracovník**. Pod kódem sestra je myšlena všeobecná sestra, ale respondenti často uváděli zdravotní sestru.

R1: Zná pojem multidisciplinární tým. Patří tam „*naprosto každý*.“ V domově kde pracuje, tam řadí „*pečovatelky, zdravotní sestry, vedoucí přímé péče i sociální pracovník, vedoucí domova, patří tam taky pracovníci mimo zařízení, to znamená lékaři*.“

R2: Pojem slyšela, uvádí, že tam spadají „*všichni pracovníci*“. „V rámci domova to jsou zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovník, aktivizační pracovník.“ *Byla tu jednu dobu i rehabilitační setra na nějaký krátký úvazek*. „Chybí jí v domově psycholog. Potřeba spolupráce vidí s duchovními, kteří spolupracují dobrovolně „*co se týče naplnění duchovních potřeb lidí tak jsou zaopatřeny, ale lidé nevěřící ne*“.

R3: Částečně ví, co si pod pojmem představit. „*Tak určitě pečovatelka, aktivizační pracovník, rehabilitační sestra, zdravotní sestra*“ a dál uvádí i rehabilitační sestru,

R4: Pojem neslyšela. V rámci týmu uvádí „*Všichni v přímé péči*.“

R5: Nezná pojem „*Tak asi tým kolegů a kolegyně, kteří tady pracují*.“

R6: Pojem nezná, dle jeho slov by do týmu měli patřit „*všichni zaměstnanci, kteří pracují s uživatelama*.“ Mezi které uvádí pečovatele, sestry, aktivizačního pracovníka, vrchní sestru, vedoucí domova. Všechno by se mělo propojovat „*pečovatelky by měli spolupracovat se zdravotní sestrou, aktivizační pracovník by vlastně měl spolupracovat s pečovatelkama, zdravotníma sestrama, když dělá nějaké aktivity, aby věděl o uživateli více*.“

Shrnutí: Z šesti respondentů znají pojem multidisciplinární tým tři respondenti R1, R2, R3. Další tři respondenti pojem multidisciplinární neznají, ale dokáží vyjmenovat,

kdo patří do týmu v daném zařízení, kde pracují. Všichni respondenti se shodli, že do multidisciplinárního týmu patří všichni pracovníci přímé péče. R2 chybí v týmu psycholog pro nevěřící.

5.2.2 Podkategorie předávání informací

Do této podkategorie patří kódy **porada, Cygnus, ústně, písemně**. Zabývá se systémem, jak jsou předávány informace v týmu.

R1: Pomocí různých technik, metod „*například pravidelné porady týmu jednou za měsíc*“ Porady jsou i menší každý týden a někdy i několikrát v týdnu a taky i písemně v Cygnusu nebo ústně.

R2: „*Máme informační systém Cygnus, takže písemně.*“ Informace si předávají na taky na poradách „*máme několikatero porad, střediskové, porady přímé péče, porady klíčových pracovníků*“ Na malé porady péče, kde si přímá péče předává denně informace, bývá aktivizační pracovnice povolána jenom občas. Na poradách je informována, ke kterému uživateli s jakým přístupem přistupovat.

R3: „*Slovně a písemně*“

R4: „*No tak, že ukážu, popřípadě proškolím.*“ Jsou dané metodiky a taky lze zjistit v individuálních plánech. A když zjistí ostatní nějaký poznatek, lepší, tak se podle toho nastaví.

R5: pomocí Cygnusu, vlastně počítače, na různých poradách, ale i mezi sebou, když se potkáme, tak si nějaké informace předáme. Využívá poznatků ostatních členů „*ale ne všichni je dělají.*“

R6: „*Ústně i písemně*“

Shrnutí: Všichni respondenti se shodli, že využívají poznatků ostatních členů a informace si předávají slovně a písemně. Respondenti R1, R2, R5, slovní a písemné předávání popisují podrobněji ve formě porad, na kterých si předávají informace ústně a pak jsou zpracovány ve formě písemných zápisů pro všechny členy týmu. Popisují pravidelné porady 1x měsíčně, ale i menší porady vícekrát týdně. R4 se zmiňuje o vypracovaných individuálních plánech, kde lze vše dohledat.

5.3 Kategorie 3: Vliv bazální stimulace

Třetí kategorie se vztahuje k dílčímu cíli. Zjistit, zda-li a jak ovlivňuje psychický a fyzický stav uživatele. Je rozdělena do dvou podkategorií viz tabulka 7.

Tabulka 7: Schéma kategorie vliv bazální stimulace.

Podkategorie	Kódy
Reakce	vnímání, zklidnění, úsměv, lépe jí
Překážky	čas, jednotný přístup, školení

5.3.1 Podkategorie: Reakce

Obsahuje kódy **vnímání, zklidnění, úsměv, ústa**. Podkategorie se zabývá reakcemi uživatelů při aplikování bazální stimulace

R1: *„Když přijdete, začne na vás reagovat, zkrátka ví o vás, takže mě přijde, že ti lidi jsou potom klidnější, můžou vás taky jako lépe poznat“* Člověku můžu být blíž, můžu mu porozumět i jeho gestům, vnímám to, co se mu líbí a co se mu nelíbí.

R2: Popisuje, že při svalovém napětí a použitím zklidňující stimulace se klient uvolňuje. *„Člověk se třeba usměje nebo nějak zareaguje.“*

R3: Udává, že při použití uvolňující masáže dochází ke zklidnění uživatele, k povolení končetin, objevuje se *„i úsměv u toho uživatele, příjemný výraz v tom obličejí.“* ... *„Je to taková jako klidná chvilka. Je to jenom s tím uživatelem.“*

R4: *„Určitě si ten člověk uvědomuje, když leží, že má ty ruce a nohy. Vlastně celkově tu svoji osobu si uvědomí. Uleví se mu. Zklidní se, nejsou tam celkově takové obavy.“* ... *„Vnímá, co se okolo něho děje.“* Respondentka má pocit, že je na člověka více navázána, důvěřuje ji.

R5: *„Třeba ten klient lépe jí, nemusí někdy užívat léky, že mu na vykašlávání pomůže vyloženě tady tento koncept. Když namotivujeme ruce, dokáže se i sám najíst.“* ... *„dcera říkala, že paní jí líp, že otvírá ústa.“*

R6: *„Tak určitě je to vnímání těla,“* ..., *„začne více vnímat své tělo a tak začne více vnímat i okolní svět.“* Při asistovaném krmení se někdy naučí uživatelé postupně sami jíst, jak uvádí respondent, kterému se to samotnému osvědčilo.

Shrnutí: Reakce uživatelů popisují respondenti různě, shodují se ve zklidnění a uvolnění. Respondenti R2, R3 konkrétně udávají po použití prvků bazální stimulace konkrétní vliv který je viditelný jako úsměv. Pro respondenta R5 je důležitým poznatkem, že uživatelé lépe jí.

5.3.2 Podkategorie: Překážky

Do podkategorie překážky byly zařazeny kódy **čas, jednotný přístup**. Podkategorie je zaměřena na překážky, které ovlivňují bazální stimulace u seniorů.

R1: Překážku vidí, že techniku nemá dobře natrénovanou, uvítala by vzdělávání v tomto směru. „*Nějaký kurz, školení, možná i častěji nějaký praktický nácvik v týmu na poradách jednou za měsíc.*“ Aby spolupráce týmu byla zajištěna po všech stránkách sociální i zdravotní, vidí potřebu „*nastavit nějaký jednotný přístup k tomu člověku.*“

R2: „*Čas možná.*“ Dle jejích slov aby spolupráce někam vedla „*musí se nějak spojit na nějakém společném cíli*“ V rozhovoru uvádí, že uživateli dělá dobře, když jsou „*všichni sjednoceni na nějakém postupu.*“

R3: S překážkami se nesešla. Dále uvádí, že je strašně těžké, aby všichni pracovali stejně „*každý má svůj přístup, každý pracuje jinak.*“

R4: Uvádí, že předávané informace bazální stimulace jsou dostačující. „*Je to o člověku, ale určitě by měli být proškoleni všichni odborným školitelem. To je základ, aby všichni dělali stejně.*“ Mezi další překážky zmiňuje taky „čas.“

R5: Nemá žádnou překážku.

R6: Jako jednu z překážek uvádí „*je málo času na bazální stimulaci.*“ A taky, že nové pečovatelky „*nemají žádný kurz.*“

Shrnutí: R2, R4, R6 vidí jako překážku nedostatek času při používání bazální stimulace, znemožňuje pravidelné využívání prvků bazální stimulace a to má vliv na uživatele. R1, R2, R3, R4 se shodli, že při poskytování bazální stimulace by všichni pracovníci měli mít jednotný přístup, který má vliv na seniora. R3 uvádí, že je těžké, aby všichni pracovali stejně, protože každý pracuje jinak.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali využitím prvků bazální stimulace multidisciplinárním týmem v domově pro seniory. Na základě zpracování výsledků rozhovorů s šesti respondenty jsme vytvořili kategorii vztahující se k cílům. Pomocí kódování, jsme ze zjištěných kódů našli odpovědi, na předem stanovené cíle, ke kterým se vyjádříme v této části práce.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit jaké prvky využívá multidisciplinární tým v přístupu k seniorovi.

K tomuto cíli se vztahuje kategorie 1 pojmenovaná **bazální stimulace**. Pomocí analýzy bylo zjištěno, že všem pracovníkům je přístup v konceptu bazální stimulace známý. A to i těm, kteří neabsolvovali kurz bazální stimulace, protože s ním pracují v domově a vidí jeho používání u ostatních kolegyň, které mají absolvovaný kurz. Sociální pracovníce uvádí, že s technikami nepřichází moc do styku, ale shoduje se s používáním prvků, které prezentují i pracovníci v sociálních službách, patří mezi ně jednoduché základní prvky, jako je iniciální dotek, masáž stimulující dýchání, různé zklidňující a povzbuzující masáže k uvolnění horních končetin. Překvapivým zjištěním je, že aktivizační pracovníce, která neabsolvovala žádný kurz, využívá v péči o seniory nastavbové prvky, zmínila taktilně-haptickou a smyslovou olfaktorickou stimulaci, kterou využívá s jinými technikami. Všeobecná sestra mimo iniciálního doteku masáže na podporu dýchání používá masáž stimulující slinné žlázy. Nebylo žádným překvapením, že nejvíce technik při práci zná a využívá všeobecná sestra, která absolvovala 4 kurzy bazální stimulace. Respondenti, kteří absolvovali kurz bazální stimulace, mají širší přehled o používaných technikách, znají více prvků, dokáží přesněji pojmenovat dané techniky, využívají je při své péči individuálně dle potřeb uživatele. Mezi ně zahrnují zklidňující somatickou stimulaci a povzbuzující somatickou stimulaci, stimulaci obličeje, masáž stimulující slinné žlázy, využití prvků při polohování a asistované krmení. Je překvapivé, že moc nemluví o polohování v konceptu bazální stimulace, které se dokáže usnadnit manipulaci a prakticky usnadní péči o uživatele. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak spolupracuje multidisciplinární tým při aplikaci prvků bazální stimulace.

K danému cíli se vztahuje kategorie 2 s názvem **spolupráce týmu**. Při zjišťování znalosti pojmu multidisciplinární tým, jsme zjistili, že respondenti mající nižší vzdělání, pojem neznali. Pojem ovšem nebyl neznámý pro pracovníce s vysokoškolským vzděláním, tedy

pro sociální a aktivizační pracovníci. Zajímavým zjištěním je, že pojem multidisciplinární tým, byl pro všeobecné sestry neznámý, přestože právě jejich práce je samozřejmě součástí multidisciplinárního týmu. Všichni respondenti, dokáží popsat, kdo by v týmu měl být. Shodují se, že spolupráce týmu je důležitá. A to i v případě aplikaci prvků a technik bazální stimulace multidisciplinárním týmem. Spolupráce týmu spočívá v předávání znalostí o bazální stimulaci, zjištěných informací, či poznatků ostatních členů týmů. A to formou písemnou v počítači pomocí informačního systému Cygnus nebo ústním předáním na poradách 1x měsíčně, ale i na menších poradách, které jsou několikrát týdně, ale taky ústně vzájemně mezi sebou. Na poradách jsou předávány dostačující informace pro aplikaci základních prvků bazální stimulace u seniorů. Bylo překvapivé, že pracovníci by uvítali více praktických ukázek a nácviků BS, aby si techniku více natrénovali a mohli ji více využívat. Spolupráci komplikuje neznalost nových pracovníků jak přistupovat k seniorovi v konceptu bazální stimulace. Respondentům, kteří absolvovali kurz bazální stimulace, se hůře spolupracuje při předávání informací a poznatků s pracovníky, kteří jej neabsolvovali oproti pracovníkům, kteří jsou proškoleni bazální stimulací.

Překvapilo nás, jak málo je zapojena rodina v používání bazální stimulace u uživatelů, která o konceptu a používání u svých příbuzných většinou neví. To vše zhoršuje spolupráci, a tím není naplněný předpoklad, aby prvky bazální stimulace používali všechny pečující osoby.

Spolupráce multidisciplinárního týmu při poskytování bazální stimulace funguje mezi pracovníky v rámci domova, ale závisí na charakteru pracovníků jejich individuálním přístupem a schopnosti pracovat v pomáhajících profesích. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Cíl 3: Zjistit, zda-li a jak ovlivňuje koncept bazální stimulace psychický a fyzický stav uživatelů

Ze zjištěných údajů nejvíce ovlivňuje přístup bazální stimulace vnímání, hlavně u nekomunikujících uživatelů, kteří více reagují na okolí. Dochází k celkovému uvolnění a zklidnění uživatelů, kteří jsou spastičtí. Respondenti udávají, že při její aplikaci jsou více napojeni na uživatele. Při nachlazení někdy není třeba užívat léky, protože po aplikaci pomáhá při vykašlávání. Respondenti si všimli viditelných změn v oblasti obličeje, kdy se po zapojení různých prvků a technik uživatel usměje, lépe přijímá potravu, lépe jí a dokáže i jíst sám. V ojedinělých případech si zlepšení uživatelů v příjmu jídla všimli i rodinní příslušníci. Jednou z překážek, která snižuje pozitivní reakce uživatelů je čas

a taky jednotný přístup pracovníků. Při nedostatku času se techniky používají méně a to vše ovlivňuje uživatele. Zajímavé je, že na nedostatek času si ztěžují respondenti, kteří mají absolvovaný kurz. Ostatní respondenti vidí problém v jednotném přístupu. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda multidisciplinární tým využívá v domově pro seniory prvky bazální stimulace

Analýzou výzkumu jsme zjistili, že multidisciplinární tým zná prvky bazální stimulace. Využívá je denně, nejvíce při běžných činnostech hygieně, podávání stravy, komunikaci a při kontaktu. Minimálně využívá prvky bazální stimulace při polohování. Využívání prvků bazální stimulace závisí na získaných vědomostech a znalostech, nejvíce využívají pracovníci, kteří absolvovali kurz BS. Velmi nás překvapily pozitivní reakce respondentů, kteří nemají kurz na koncept bazální stimulace u seniorů. Využívají jej dle získaných informací z porad od ostatních kolegů. Mají zájem o proškolení a seznámení se s technikami, které neznají, aby je mohli více využívat. Motivací pro tým, aby využívaly prvky BS, jsou hlavně pozitivní reakce uživatelů, často je to umožnění kontaktu a navázání komunikace s nimi. Jedná se většinou o základní prvky bazální stimulace. Dokazuje to množství vyjmenovaných činností, při kterých prvky bazální stimulace tým využívá.

Zjistili jsme, že multidisciplinární tým využívá jako nezákladnější prvek iniciální dotek, masáž na podporu dýchání, zklidňující a povzbuzující somatickou stimulaci. Dále už v menší míře asistované krmení, stimulaci obličeje, masáž ke stimulaci slinných žláz, smyslovou stimulaci.

Na téma této bakalářské práce, bylo zpracováno mnoho dalších bakalářských a diplomových prací. Které jsou zaměřeny na jiné cílové skupiny nebo mají zpracovány jiné cíle.

Jedna bakalářská práce, kterou napsala Eva Sládková s názvem Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi, se zabývá cílovou skupinou všeobecných sester v Nemocnici České Budějovice a v Hospici svatého Lazara v Plzni. Cílem autorky, je zjistit, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace a jak ji využívají v ošetrovatelské péči. Cíle, i když jsou obdobné, jsou zaměřeny na jinou cílovou skupinu. Autorka se zaměřila na kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Druhou diplomovou práci napsala Lenka Hubáčková, zaměřuje se na Koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. I zde se

autorka zaměřila na kvalitativní výzkum pomocí hloubkového rozhovoru. Cílem práce bylo zmapovat využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma v rámci konceptu bazální stimulace. Zjistit, zda sestry aktivně pracují s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma. Zjistit způsoby, jak sestry umějí odebírat anamnézu podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Vytýčené cíle se neshodují s mou prací.

6.1 Doporučení pro praxi

V rámci doporučení pro praxi bych doporučovala vypracovat leták, který informuje všechny pracovníky a rodinné příslušníky stručně o bazální stimulaci, co je jeho podstatou. A jaké jsou možnosti základních přístupů v konceptu BS. Motivovala nás skutečnost, že většina rodinných příslušníků nezná tento koncept tudíž, nedokáže ke svému příbuznému v duchu tohoto konceptu přistupovat. Pro jednodušší k zapamatování jednotného přístupu k uživateli bychom doporučili dát k němu na pokoj informační kartičky, se základními prvky, s kterými individuálně přistupujeme k uživateli.

Na poradách by bylo vhodné zapojit častější praktické cvičení základních prvků BS. Doporučujeme postupně kurzy pro zaměstnance, v oblasti bazální stimulace, aby byla proškolená většina týmu. Z důvodů finanční náročnosti, je třeba zvážit pracovníky, kteří by jej měli absolvovat. Doporučujeme hlavně zaměstnance, kteří vnímají pozitivně koncept bazální stimulace. Pro snadnější aplikaci prvků a zapamatování jejich používání jsou vypracovány jednoduché nákresy nejpoužívanějších prvků a technik, které budou přílohou. Bylo by vhodné, aby byly viditelně pověšeny na sesternách. (Příloha IV, V, VI)

ZÁVĚR

Bazální stimulace je ošetrovatelský koncept, který umožňuje lidem s poruchami vnímání a hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Mimo jiné patří v zahraničí k nejpoblárnějším ošetrovatelským konceptům. Ošetrovatelská péče dle konceptu Bazální stimulace vychází z individuálních potřeb pacienta, poskytuje mu podporu v běžných denních činnostech, zohledňuje jeho životní návyky a jeho jedinečnost.

Cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit, zda multidisciplinární tým využívá v domově pro seniory prvky bazální stimulace. Hlavní cíl jsme doplnili dalšími třemi dílčími cíli. V teoretické části jsme se snažili vystihnout hlavní podstatu stáří, dále jsme se zaměřovali na práci v domově pro seniory, poslední kapitola byla věnována využití konceptu bazální stimulace. V praktické části je definován cíl práce. Skládá se ze stručné charakteristiky daných respondentek a vyhodnocení získaných dat. Pro svou práci jsme zvolili kvalitativní výzkum a jako průzkumnou metodu rozhovor.

V Domově Harmonie, byly velmi přínosné rozhovory s pracovníky. Zjistili jsme, že všichni pracovníci mají pojem o bazální stimulaci. Dokážou používat základní prvky a překvapilo nás, že znají i nastavbové techniky. Vzájemně si předávají informace a využívají poznatků druhých. Pracovníci přistupují k uživatelům v konceptu bazální stimulace dle nastaveného individuálního plánu. Noví pracovníci jsou seznamováni s přístupem bazální stimulace na interních poradách a zaškolováni proškolenými pracovníky. Pro její aplikaci je důležité mít vyškolený personál, pochopení a spolupráci všech členů týmu.

Potvrdilo se nám, že spolupráce je pro pracovníky týmu velmi důležitá. Bazální stimulace není jen o aplikaci prvků bazální stimulace, ale o celkovém přístupu k uživateli, vnímání a respektování jeho osoby a hlavně spolupráci personálu a v neposlední řadě spolupráci s rodinnými příslušníky, kteří hrají důležitou roli pro personál při získávání údajů z biografie uživatele, protože to vše pomáhá k správnému využití a nacházení prvků bazální stimulace, které pozitivně působí na uživatele. Z výsledků bakalářského šetření vyplývá, že její používání má smysl a pracovníci o ní mají zájem.

Tato práce má velký přínos. Doufáme, že pomůže více pracovníkům absolvovat kurz bazální stimulace, aby se v budoucnu Domov Harmonie stal proškoleným pracovištěm bazální stimulace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2015-2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 318 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- [2] BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH, 2010. *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen*. 6., überarb. Aufl. Bern: Huber. ISBN 9783456848860
- [3] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, 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 978-8090466890.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přepracované. a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [6] HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- [7] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [8] HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2016. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0987-4.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- [10] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024736761.
- [11] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [12] MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

- [13] 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.
- [14] MAXWELL, John C, 2015. *Týmová spolupráce 101: co potřebuje každý znát*. Praha: Pragma, ISBN 978-80-7349-388-2.
- [15] MEIER, Rolf, 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-2308-2.
- [16] MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- [17] MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1
- [18] NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- [19] ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024619972.
- [20] SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- [21] SINCLAIR Alan J., MORLEY John E., Bruno VELLA, 2012. *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. 5th ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell. ISBN 9780470683934.
- [22] ŠKODA, Jiří. 2007. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 978-80-7044-858-8.
- [23] TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ, 2006. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-178-6.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] HUBÁČKOVÁ Lenka, 2014. *Koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma*[online]. České Budějovice [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://theses.cz/id/c80y20/Bakalsk_prce_Hubkov.pdf
- [2] SLÁDKOVÁ Eva, 2016. *Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi* [online]. České Budějovice [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://theses.cz/id/hkawtk/SLDKOV_Eva.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- Atd. A tak dále
- BS Bazální stimulace
- MSD Masáž stimulující dýchání
- s. strana
- Sb. sbírka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentů.....	38
Tabulka 2: Schéma kategorií a podkategorií.....	39
Tabulka 3: Schéma kategorie bazální stimulace.....	40
Tabulka 4: Schéma používaných technik a prvků bazální stimulace.....	42
Tabulka 5: Schéma využití bazální stimulace.....	43
Tabulka 6: Schéma kategorie spolupráce týmu.....	44
Tabulka 7: Schéma kategorie vliv bazální stimulace.....	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha P II: Technika kódování

Příloha P III: Žádost umožnění výzkumného šetření

Příloha P IV: Nákres stimulace obličeje

Příloha P V: Nákres MSD

Příloha P VI: Nákres somatické koupele

PŘÍLOHA P I: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Kolik je Vám let?

2. Jaké máte vzdělání?
3. Jakou pozici zastáváte?
4. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?
5. Jaká je délka vaší dosavadní praxe v pomáhajících profesích?
6. Co vás první napadne, když se řekne bazální stimulace? Znáte nějaké prvky, techniky BS?
7. Kde jste se s těmito technikami seznámil/a?
8. Využíváte ve své práci koncept BS? Jaké techniky se vám osvědčily při práci se seniory? Jak často?
9. Je daný ve vašem zařízení postup práce při zavedení konceptu BS? Vyhovuje vám?
10. Slyšela jste někdy název multidisciplinární tým?
11. Myslíte si, že je podle vás důležitá spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu? Proč?
12. Jakým způsobem si v týmu předáváte informace?
13. Využíváte poznatků ostatních členů týmu při aplikaci prvků BS K jednotlivým uživatelům? Pomohl Vám tento přístup k vaší práci?
14. Myslíte si, že vám něco brání ve využívání konceptu BS? Setkáváte se s nějakými překážkami? Pokud ano, jakou pomoc byste v takovémto případě uvítali, např. ze strany nadřízených?
15. Jaký účinek má daná technika podle vás na stav klienta, v čem vidíte přínos?
16. Jak ovlivnilo využití konceptu BS vaše prožívání ve vztahu s klientem?
17. Pomáhá vám aplikování konceptu BS v péči o seniory například ke zklidnění, zvládnutí změny chování, negativních emocí? Jak vypadala změna chování?
18. Zapojujete rodinné příslušníky do práce? Seznamujete s prvky BS aplikovaných u uživatelů? Spolupracují? Vnímají změny, říkají, že je lepší?

PŘÍLOHA P II: TECHNIKA KÓDOVÁNÍ

T: Ten jako, taky důležitý.

R2: Jo.

T: A pomohl vám tento přístup k vaší práci? Když přistupujete k uživatelům? Třeba iniciační dotek nebo jako ten přístup bazální stimulace?

R2: No, já nevím, jak to jako definovat, ale mě pomohl v tom, že dělá dobře tomu uživateli, že tím, že jsme všichni sjednoceni na nějakém postupu a... tak je to... Jako u toho uživatele, třeba co se týče toho iniciačního doteku, tak vlastně je to metoda, která se, která nějak tomu uživateli prospívá tím, že ji praktikujeme všichni, tak... Teď jsem zapoměla otázku. Pardon. (smích)

T: Jestli vám pomohl tento přístup k práci a pomáhá tomu uživateli.

R2: Jo, pomáhá tomu uživateli a tím pomáhá i mě, že jsem spokojená, že ta práce někam...

T: Tak jo, to je hezké. A myslíte si, že vám něco brání ve využívání konceptu bazální stimulace nebo těch prvků?

R2: To bych řekla teda, že ne. Čas, možná. Protože jako aktivizační pracovník, tak musím pracovat různými technikama, musím zabezpečit různé úkoly, musím zabezpečit různé programy individuální a nemůžu se úplně soustředit jenom na bazální stimulaci, jakože využívám ještě jiné techniky. Tak asi toto, že proto ji používám jenom někdy a tam kde je to jak kdyby potřebné nebo...

T: Takže setkáváte se s nějakými překážkami, kromě toho času?

R2: Asi ne, vůbec ne. Naopak jako myslím si, že to je podporovaná metoda v tomto zařízení.

T: Jo tak to jsem se chtěla zeptat, že pokud ano, jestli byste uvítali... Jakou pomoc byste uvítali v tomhle přídě od svých nadřízených?

R2: Asi ten čas. No ale to bych možná ani tak nechtěla, protože bych se nemohla věnovat těm jiným metodám zase, že bych musela se zaměřit jenom na bazální stimulaci, což nevím jestli, myslím si, že to by nebylo dobré, že tu máme i řadu jiných klientů, že je dobré využívat i jiné metody.

T: A jaký účinek má daná technika podle vás na stav klienta a v čem vidíte přínos? To už je něco, co jste řekla, že by...

R2: No k té stimulaci právě no, že má nějaké podmínky, třeba ten ležící člověk mu chybí podmínky a toto vyloženě je věc, která ty podmínky přináší.

T: Konkrétně jste se setkala, viděla jste, že vyloženě mu pomohla nebo byl spokojený nebo co mu usnadnila to použití bazální stimulace,

R2: Tak záleží, když je ta zklidňující, tak se vlastně klient uvolňuje, třeba to svalové napětí a tak, takže se uvolňuje a naopak ten druhý efekt zase u jiného uživatele nebo v jiném okamžiku je, že mu přináší ten stimul.

T: A jak ovlivnilo využití konceptu bazální stimulace, vaše prožívání ve vztahu s klientem.

R2: Tak určitě je to nějaký kontakt, že osobnější a... Jako každý kontakt s klientem, rozvíjí moji práci, jo jako já říkám, nepožívám jenom bazální, to znamená vlastně, když jsem v nějakých rozhovorech nebo činnostech s těma lidma, tak je mám možnost poznat a u té bazálky je to zase přiblížení k těm lidem, kteří jinak nekomunikují, jo, že ten člověk se třeba usměje nebo nějak zareaguje a toho člověka taky lépe poznávám.

T: A pomáhá vám aplikování konceptu bazální stimulace v péči o seniory, například ke zklidnění, zvládnání změny chování, negativních emocí? Což jsme teď vlastně už řekly.

R2: To jsem teď řekla a já právě s těma negativníma emocema, nemám u klientů moc problém, protože jsem v pozici toho aktivizačního, takže většinou jim přináším nějaké činnosti, takže.

T: Zapojujete i rodinné příslušníky do práce s bazální stimulací.

R2: Ne, neboť nemám v rodině... Ale...

T: Ale rodinné příslušníky třeba těch uživatelů.

R2: Jo, aha (smích) Já už jsem vyčerpaná k večeru. Ale bazální stimulaci (smích)... její používání až bude třeba. Tak ještě jednou. Rodinné příslušníky? No já asi moc ne, protože k tomu nemám příležitost.

T: Děkuji vám za rozhovor.

R2: Rádo se stalo. Ať vám dobře vyjde vaše práce.

T: Děkuji.

R2: Budou mě potom zajímat výsledky vašeho výzkumu.



T: Děkuji. Tak jo, na shledanou.

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

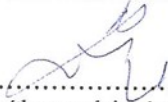
Jméno a příjmení studenta	Radka Karásková	
Téma bakalářské práce	Využití prvků bazální stimulace multidisciplinárním týmem v domově pro seniory	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.	
	 podpis	
Metoda výzkumu	Rozhovor	
Skupina respondentů	Sociální pracovníce, aktivizační pracovníce, pečovatelky, zdravotní sestry	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>DOROV HARMONIE OCHRANA ŽIVÉ, UŠETŘÍV</i>	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *31.3.2017*

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

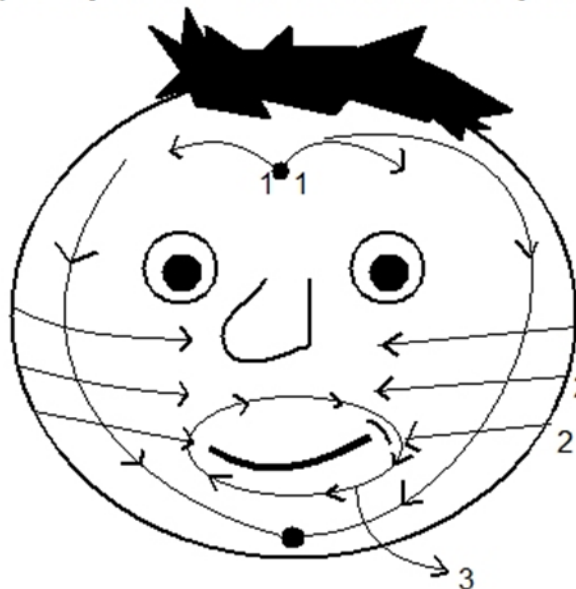
.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: NÁKRES STIMULACE OBLIČEJE

Somatická stimulace obličeje

před jídlem = stimulace slinných žláz



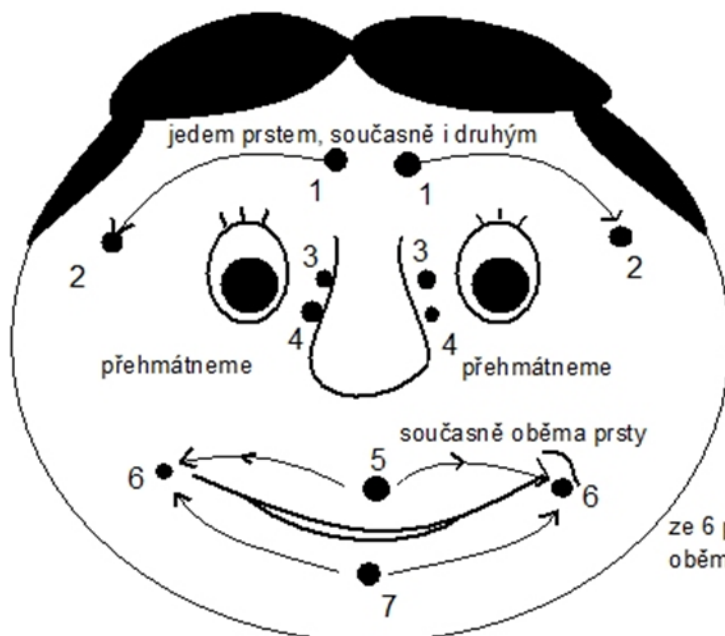
① - srdíčko 3x, začínám uprostřed na čele a končím na bradě

② směrem od uší k nosu 3x

③ kolem rtů 3x

Orofaciální bodova stimulace

Když není reakce po somatické reakcímým tlakem tlačíme na body (nervové vlákna)

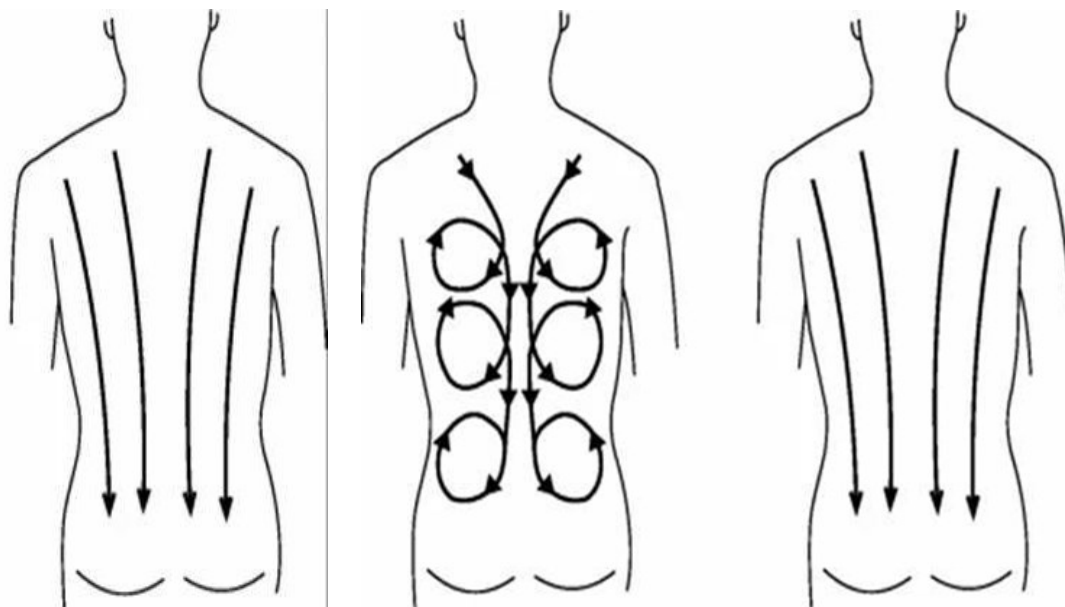


končení = jedním srdíčkem nebo vícekrát lehkým protáhem - čelo brada

PŘÍLOHA P V: NÁKRES MSD

Masáž stimulující dýchání (MSD)

- při neklidu, povrchové dýchání.
- dosáhnout pacienta klidného, prohloubeného a pravidelného dýchání. Pomáhá odkašlat.



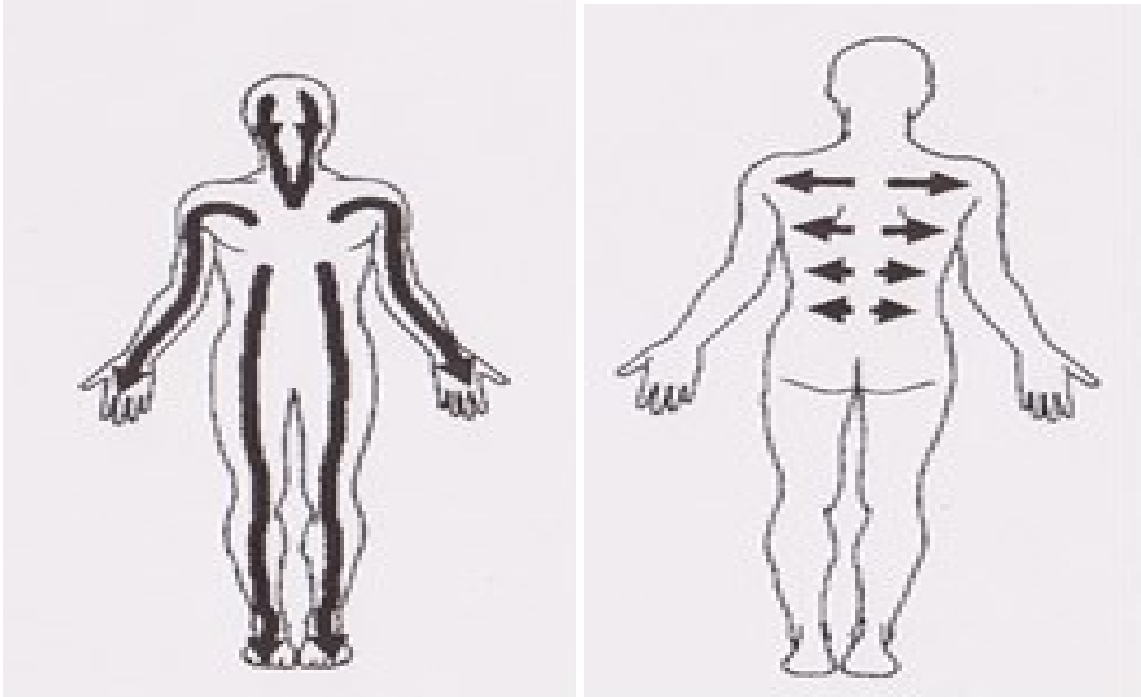
Provedení MSD

- začneme iničiálním dotykem
- uvolníme oděv, abychom mohli pracovat po celé ploše zad
- položíme obě své dlaně na zátylí klienta, zleva a zprava vedle páteře, prsty zůstávají semknuté k sobě, ruce leží celou svou plochou na zádech
- pomalu, tlakem spouštíme ruce podél páteře dolů, až k sakrální oblasti
- pohlazení celých zad provedeme nejméně třikrát a to tak, že nepřerušujeme s klientem kontakt
- začneme při výdechu, nádech střídáme s výdechem v pravidelném poměru 1:2
- během výdechu naše ruce působí jemným tlakem, směřují od páteře směrem k hranici žeber
- během nádechu kloužou naše ruce se zřetelně menším tlakem v symetrických kruzích zpět směrem k páteři
 - kruh provedeme v oblasti lopatek
 - kruh provedeme v oblasti střední části hrudníku
 - kruh provedeme v oblasti bederní páteře
- počet kruhů může být až 8, záleží na velikosti zad
- masáž provádíme bez přerušování minimálně 3-5 minut
- dýcháme klidně, zhluboka a pravidelně! Normální je 16-20 dechů za minutu
- kašle-li klient během masáže, můžeme aplikovat i vibrační pohyby k podpoře vykašlávání sekretu
- masáž zakončíme pohlazením celých zad shora dolů podélnými tahy podél páteře, jako na začátku

PŘÍLOHA P V: NÁKRES SOMATICKÉ KOUPELE

ZKLIDŇUJÍCÍ CELKOVÁ KOUPEL

Postupujte ve směru chlupů a stejně tak i poté osušujte přiměřeným tlakem dostatečně dlouho s vodou o teplotě 37° - 40° . Začněte na hrudníku a pokračujte na končetiny.



CELKOVÁ KOUPEL POVZBUDUJÍCÍ

Postupujte proti růstu chlupů a stejně tak i osušujte, pomalu a s přiměřeným tlakem. Začínáte na končetinách a pokračujte směrem k hrudníku. Použijte vodu o teplotě 23° - 28° .

