

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**BAZÁLNÍ STIMULACE
V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O SENIORY**

Bakalářská práce

MICHALA RADOMSKÁ, DiS.

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**BAZÁLNÍ STIMULACE
V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O SENIORY**

Bakalářská práce

MICHALA RADOMSKÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Radomská Michala
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

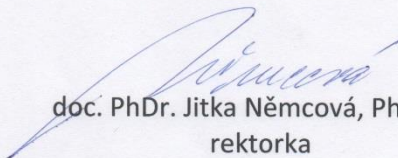
Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o seniory

Nursing Care of Basal Stimulation for the Elderly

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2014

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému vedoucímu práce za odborné vedení bakalářské práce, za velmi cenné podněty, připomínky, odborné rady a za lidskou podporu při zpracovávání bakalářské práce. Děkuji Bc. Heleně Dvořákové za odborné vedení kurzu bazální stimulace. Ráda bych vyjádřila hlubokou náklonnost všem rodinám pečujících o své nemocné příbuzné, rodiče a prarodiče.

ABSTRAKT

RADOMSKÁ, Michala. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o seniory*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2014. 53 stran.

Bakalářská práce se věnuje problematice bazální stimulace v péči o seniory. Bazální stimulace je koncept, který se zaměřuje na rozvoj potenciálu v oblasti vnímání, komunikace a také mobilizace. V komplexním pojetí je snahou zachování soběstačnosti jedince.

Práce přináší ucelený pohled na koncept bazální stimulace. Teoretická část v rámci jednotlivých kapitol je zaměřena na problematiku stáří, stárnutí, včetně vymezení nejčastějších syndromů seniorů, dále se práce věnuje vývoji konceptu bazální stimulace a detailnímu popisu konceptu bazální stimulace.

V praktické části práce je popsána kazuistika seniora, který prodělal cévní mozkovou příhodu, u kterého bylo použito konceptu bazální stimulace k rozvoji jeho soběstačnosti a možného setrvání v domácím prostředí, dále k rozvoji a aktivaci jeho vnímání, komunikace a pohybových schopností.

Klíčová slova

Bazální stimulace. Komunikace. Mobilita. Pacient. Sebeobsluha. Senior. Vnímání.

ABSTRACT

RADOMSKÁ, Michala. Nursing Care of Basal Stimulation for the Elderly. College of Nursing, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague. 2014. 53 pages.

The thesis deals with the issue of basal stimulation. Basal stimulation is a relatively new concept in the nursing environment, caring for the sick. Basal stimulation is a concept that focuses on the development potential in the area of perception, communication and mobilization. There is a global approach to maintain self-sufficiency of the individual.

The thesis shows a comprehensive view of the concept of basal stimulation. In the practical part of the nursing process will be described in a patient after a stroke, which remains in the home.

The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part focus on a detailed description of the concept of basal stimulation, history of basal stimulation and its development as well as on the issues of old age and aging (including physiological changes in the body systems, aging individuals) and so on. A separate section will form the practical part of the thesis, which will be described casuistry (case study), a senior who had a stroke, which has been used concept of basal stimulation to develop self-sufficiency and its potential to remain in the home, as well as the development and activation of its perception communication and physical skills.

Keywords

Basalstimulation. Communication. Mobility. Perception. Selfperception. Thepatient.

PŘEDMLUVA

Tématem bakalářské práce je: Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o seniory. Toto téma jsem zvolila proto, že se domnívám, že se jedná o velmi přínosné a aktuální téma, ale i přes to mnozí odborníci i laici nemají o tomto tématu velké povědomí.

Jako pečovatelka v domácí péči o seniory mám za to, že zavedení konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče o seniory výrazně zvýší kvalitu a individualizaci poskytované péče. Hlavním motiv k rozpracování této práce je osobní rozvoj v rámci mé pečovatelské praxe a přiblížení konceptu bazální stimulace široké odborné i laické veřejnosti - po vzoru Florence Nightingal - patronky ošetrovatelství a profesorky Christel Bienstein – zakladatelky a šířitelky konceptu.

A proč právě bazální stimulace? Jedno přísloví říká: „Chovej se k lidem tak, jak bys chtěl, aby se chovali oni k tobě.“ Právě bazální stimulace nám otvírá cestu k lepší péči, komunikaci a autonomii seniora. Kurz bazální stimulace mi ukázal lepší pohled na ošetrovatelskou péči.

OBSAH

PŘEDMLUVA

ÚVOD	11
1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	12
1.1 STÁŘÍ.....	12
1.2 STROMY ŽIVOTA	13
1.3 STÁRNUTÍ	14
1.4 TĚLESNÉ PROJEVY STÁŘÍ.....	14
1.4.1 Fenotypické změny ve stáří:.....	14
1.4.2 Ontogenetické změny ve stáří:	15
1.5 PSYCHOLOGIE STÁŘÍ	17
1.6 SOCIOLOGIE STÁŘÍ	17
1.7 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ	18
2. SYNDROMY SENIORŮ	20
3. BAZÁLNÍ STIMULACE A SOUČASNÁ SITUACE V ČR	23
3.1 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	23
3.2 SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE	24
4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY	25
4.1 HODNOCENÍ CELKOVÉHO STAVU SENIORA	26
4.2 HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ SENIORŮ	28
4.3 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI SENIORŮ	28
4.4 HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU SENIORŮ – KALVACH 2004 STR. 304.....	29
4.5 HODNOCENÍ BOLESTI	30
4.6 KONCEPT KŘEHKOSTI A RIZIKOVOSTI.....	30

5. KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	31
5.1 ZÁKLADNÍ TRILOGIE BAZÁLNÍ STIMULACE.....	31
5.1.1 <i>Vnímání</i>	32
5.1.2 <i>Pohyb</i>	32
5.1.3 <i>Komunikace</i>	33
5.2 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	35
5.2.1 <i>Somatická stimulace</i>	36
5.2.2 <i>Vestibulární stimulace</i>	37
5.2.3 <i>Vibrační stimulace</i>	39
5.2.4 <i>Zraková stimulace</i>	39
5.2.5 <i>Sluchová stimulace</i>	41
5.2.6 <i>Orální stimulace</i>	43
5.2.7 <i>Olfaktorická stimulace</i>	44
5.2.8 <i>Taktilně-haptická stimulace</i>	44
6. KAZUISTIKA	45
6.1 ÚDAJE O PACIENTCE.....	45
6.2 STAV PACIENTKY V DEN PŘÍJMU NA ODDĚLENÍ	45
6.3 OKOLNÍ PROSTŘEDÍ PACIENTKY	46
6.4 ZAVEDENÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE U PACIENTKY	46
6.5 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	47
6.6 PRŮBĚH BAZÁLNÍ STIMULACE DLE PLÁNU.....	47
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LETERATURY:	55
PŘÍLOHY	
REŠERŠ	

Motto:

„Srdce lidí si nenakloníme velkými činy, jež uvádějí v rozpaky, nýbrž drobnými pozornostmi, jež dojmají nebo překvapují.“

V. Neff

ÚVOD

Současná lékařská věda je na velmi vysoké úrovni a je schopna nemocným zajistit tu nejkvalitnější a nejefektivnější péči a přístup. Na jedince je pohlíženo jako na bio-psycho-sociální a spirituální jednotu se všemi jeho potřebami, hodnotami, cíli a motivacemi. Asi nejvýraznější sociální potřebou každého jednotlivce je jeho schopnost akceptace sama sebe a svých případných nedostatků. Bazální stimulace je konceptem, který se zaměřuje na podporu v oblastech komunikace, mobilizace a vnímání zachovalých schopností a dovedností jedince.

Koncept bazální stimulace vychází z nejrůznějších vědních oborů, mezi které patří například neurologie, anatomie, vývojová psychologie... Nejdříve byl využíván v rámci speciální pedagogiky k rozvoji komunikačních schopností u dětí s kombinovanými vadami, až později byl přenesen do ošetrovatelské péče jako aktivizační proces u pacientů s nejrůznějšími poruchami vědomí.

Na rozdíl od zahraničí, kde se koncept bazální stimulace běžně používá, patří v České republice mezi relativně novou metodu péče a nachází se ve fázi zavádění do praxe. Velkou výhodou je úzký fyzický kontakt mezi pacientem a ošetřující osobou. Celkově se dá říci, že bazální stimulace spolu s ošetrovatelskou péčí, která se za poslední léta diametrálně zlepšila, nám umožňuje poskytování kvalitní péče ve všech oblastech péče o staré, nemocné či umírající a je jen na nás sestřích, pečovatelkách a příbuzných, jak se k tomu postavíme.

Bazální stimulace se zabývá a především se snaží o podněcování a facilitaci rozvoje osobního potenciálu jedince seniorského věku například v oblasti vnímání, kognice, komunikace a také mobilizace, se zachováním co nejvyšší možné míry soběstačnosti a sebezpečí tohoto jedince. Cílem práce je komplexní pojetí problematiky seniorů, rozbor jednotlivých prvků bazální stimulace a jejich aplikace do ošetrovatelské péče. Bakalářská práce je určena pro odbornou i laickou veřejnost.

1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Stáří

Proces stárnutí a následného stáří je pro jedince natolik důležitou životní situací a etapou v jeho životě, že se tímto obdobím zabývá také oblast medicíny a další oblasti vědy, jedná se tedy o problematiku multidisciplinární. V posledních letech se rozvíjejí další vědy zabývající se oblastmi stáří a stárnutí jako je sociální gerontologie, psychologická gerontologie, psychologie zdraví, psychologie nemoci apod.

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 39).

Kalvach uvádí, že: „z hlediska lékařského i demografického, v České republice, považujeme za začátek stáří až dosažení věku 65 let“ (Kalvach, Onderková, 2006, s. 37).

Organizací OSN a WHO byl v roce 1980 ustanoven věk 60 let věku jedince, který představuje začátek skutečného stáří. Postupem doby, a v důsledku stále se prodlužující střední délky života, došlo k posunu začátku stáří na věk 65 let (Kalvach, Onderková, 2006).

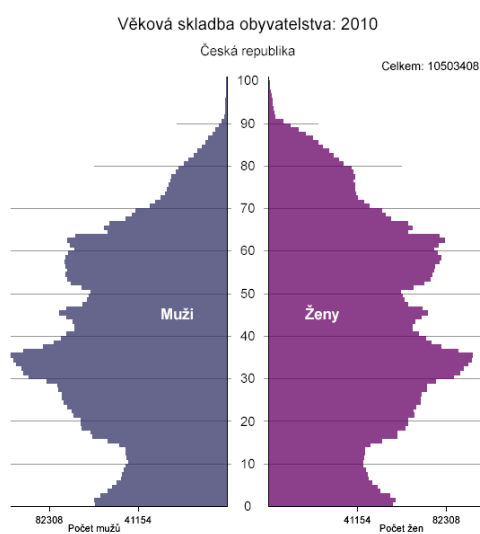
V současnosti je nejvíce používané rozdělení stáří podle Mühlpachra (2004):

- věk 65 – 74 let, tzv. mladí senioři,
- věk 75 – 84 let, tzv. staří senioři,
- a věk 85 let a více, tzv. velmi staří senioři.

Na diferenciaci seniorské populace je možno nahlížet také z ekonomického hlediska, kdy můžeme stáří rozdělit na věk produktivní a na věk postproduktivní, ale toto dělení je pro současnou dobu poměrně nepřesné, neboť mnoho osob seniorského věku je stále ekonomicky produktivních a aktivních (Zimmelová, 2007).

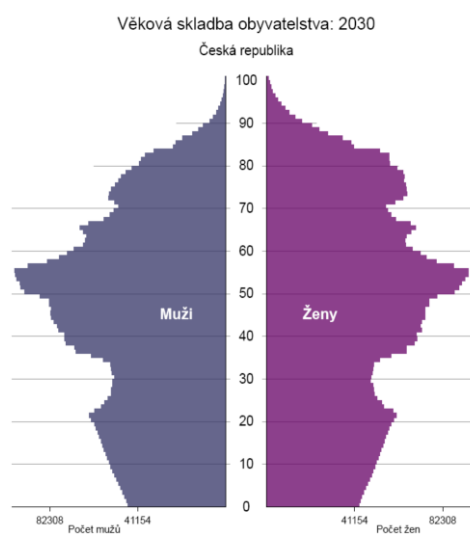
1.2 Stromy života

Věkové rozvrstvení obyvatelstva prezentují tzv. stromy života (zvláště pro muže a pro ženy), (viz obrázky 1, 2).



Obrázek 1: Věková skladba obyvatelstva rok 2010

Zdroj: (Brímová, 2010, online)



Obrázek 2: Prognóza věkové skladby obyvatelstva rok 2030

Zdroj: (Brímová, 2010, online)

1.3 Stárnutí

Je všeobecně známo, že proces stárnutí a stáří s sebou přináší velké množství změn, které jsou považovány a chápány jako negativní nebo obtěžující, a to jak samotnými seniory, tak i mladšími osobami. Je nutné si uvědomit, že proces stárnutí a stáří zcela neodmyslitelně patří k životu všech živých bytostí, tedy i člověka. Z tohoto důvodu je nezbytně nutné, aby se jedinec dokázal vyrovnat s postupným stárnutím svého těla, své mysli, se současným úbytkem kognitivních funkcí a tělesných schopností.

„Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří“ (Kalvach, 2004, str. 99). Fenotyp stáří tedy označuje společné znaky ve stáří, interakce genotypu a prostředí. Velký vliv má i fylogeneze – mladší generace jsou vyšší, dožívají se vyššího věku apod. (Kalvach, 2009).

1.4 Tělesné projevy stáří

1.4.1 Fenotypické změny ve stáří:

- **Hmotnost** – hodnotícím nástrojem je Body mass index (BMI) – poměr výšky a váhy. BMI mírně stoupá do 60 let, poté váha klesá. Vhodné BMI ve stáří je 27. Proporcčně se mění poměr tuku, svalů a ostatních tkání ve prospěch tuku. S tím souvisí snížení celkové tělesné vody (CTV) v těle s výrazným rizikem dehydratace.
- **Výška** – se snižuje v oblasti trupu, délka končetin se nemění.
- **Tělesný povrch** – kůže atrofuje, mění pigment, ztrácí elasticitu a podkožní tuk, u starších osob je kůže tenká, suchá.
- **Změna výrazu v obličejí** – přibývá kožních vrásek, u žen se objevuje virilizace, šedivění vlasů až alopecie, která je větší u mužů, pokles tváře, pokles horních víček, oční štěrbina se zmenšuje, ztráta zubů výrazně mění vzhled obličejí, dolní čelist je snižená, zmenšuje se rozměr od nosu k bradě.
- **Změna postoje a chůze** – nastává změna držení těla, často se objevuje hyperkyfóza až gibus, chůze je pomalejší, krok kratší.
- **Sarkopenie** – ubývá svalové hmoty, síly. Míra úbytku závisí aktivitě seniora a stravovacích návycích.

Změna vnímání smyslových orgánů:

- **Zrak** – postupně dochází ke snížení akomodace oka, nejbližší vzdálenosti ostrého vidění. V 10 letech je nejbližší vzdálenost 7cm, v 60 letech 100cm a v 70 letech vzdálenost dosahuje až 400cm, stará osoba se také hůře adaptuje na změny světla, a především tmy. Fyziologicky se také snižuje sekrece slz. Na retině se začínají kolem 60. roku věku prezentovat sklerotické změny a začíná atrofovat pigmentový epitel sítnice.
- **Sluch** – tzv. sluchová ostrost je zhoršená zejména pro vysoké tóny. U seniorů je často změna slyšitelnosti vlastního hlasu – autofonie. Vlastní hlas slyší dunivě, kdežto hlas druhých je popisován jako tichý s absencí hlubokých tónů.
- **Čich** – nastává atrofie čichových vláken a to až na 70%.
- **Chuť** – klesá zejména u kuřáků.
- **Vnitřní prostředí** – ubývá celkové tělesné vody v těle, která tvoří asi 50% tělesné hmotnosti v závislosti na pohlaví a věku. S věkem a případnou obezitou celková tělesná voda klesá (Kalvach, 2004).

1.4.2 Ontogenetické změny ve stáří:

- **Změny nervového systému ve stáří:** Nervový systém má významnou úlohu v celém procesu stárnutí. Dochází k celé řadě morfologických i funkčních změn. Hlavním důsledkem procesu stárnutí je úbytek počtu neuronů, kdy tento proces není ve všech oblastech mozku stejně rychlý. Ve stáří se tento proces značně urychluje ukládáním stařeckého pigmentu, lipofuscinu, do neuronů.

Mimo jiné se začíná projevovat i tzv. atrofie mozku, která vzniká v důsledku zániku neuronů, vzniká tzv. numerická atrofie. Také se objevují odchylky v tvorbě mediátorů, které jsou důležité pro funkci nervových spojů-synapsí. Na periferních nervech dochází ke snižování rychlosti vedení vzruchu. Kolem 80. roku věku se rychlost snižuje zhruba o 15% (Kalvach, 2008).
- **Změny oběhového systému ve stáří:** Ve stáří postihují involuční změny i srdce a cévní systém. Srdce nemění svou velikost, ale následkem imobilizačního syndromu atrofuje. Snižuje se výkon srdce a klesá minutový srdeční výdej. Změny

v kardiovaskulárního systému podněcuje ateroskleróza, která je v různém stupni u každého jedince.

K nejčastějším oběhovým onemocněním ve stáří patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, chlopenní vady, arytmie, srdeční insuficience či synkopy (Kalvach 2004).

- **Změny pohybového systému ve stáří:** Jednou z charakteristických změn ve stáří je změna držení těla. Poruchy držení těla jsou spojeny s úbytkem svalů a změnou funkce kosterního systému následkem osteoporózy a osteoartrózy (Kalvach, 2004).
- **Změny endokrinního systému ve stáří:** V tomto období dochází ke změnám, které jedinec může vnímat především v souvislosti se snižováním sekrece pohlavních hormonů (testosteronu, estrogenu). S postupujícím věkem klesá sekrece androgenů, u muže zhruba od 30. roku věku. Sexuální aktivita ale zůstává zachována po celou dobu zralosti a to v důsledku pětinasobné sekrece, která je nutná k zajištění a realizaci sexuálních funkcí muže. Teprve až po 60. roce věku začíná sekrece androgenů klesat rychleji, ale jedná se o velmi individuální proces (Kalvach, 2008).
- **Změny na respiračním systému ve stáří:** V důsledku involučních změn dochází k poklesu váhy plic. Stěny alveolů se ztenčují a je v nich méně kapilár, počet alveolů se ale s věkem výrazně nesnižuje. Klesá plicní funkce, která se prezentuje poklesem tzv. vitální kapacity plic. Závažným nálezem je zkošťatění chrupavek žeber, čímž dochází k omezení dýchacích pohybů, hrudník zůstává v polonadechnutém postavení, dýchání se tedy stává značně povrchním. Také se zhoršuje ventilace dolních plicních laloků. Stařecký dech je tedy krátký, rychlý a povrchní (Kalvach, 2008).
- **Změny na trávicím systému ve stáří:** Přesto, že stáří nemá významný vliv na činnost gastrointestinálního traktu, vyskytuje se řada chorob charakteristických pro vyšší věk. Například snížená motilita trávicího traktu. V oblasti jícnu bývá snížená relaxace dolního svěrače, prodloužená délka evakuace jícnu a žaludku. V rámci tenkého střeva se popisuje snížený čas průchodu. V tlustém střevě se zejména ve stáří vyskytuje divertikulóza a také zácpa. Hlavní potíže se objevují v anorektální oblasti, snížený tonus svěrače a snížený pocit nucení na stolici (Kalvach 2004).
- **Změny ve vylučování ve stáří:** Činnost ledvin se postupně snižuje již po 40. roce

života. Klesá funkce glomerulární filtrace, tubulární filtrace. Zmenšuje se kapacita močového svěrače a ochabují svěrače.

1.5 Psychologie stáří

Fyziologické stárnutí a stáří je všeobecně definováno postupným úbytkem nejen fyzických, ale i psychických sil a schopností. Některé psychické funkce se nemění, některé mají spíše sestupnou tendenci, jiné zase vzestupnou.

Na věku nejsou závislé:

- slovní zásoba,
- jazykové znalosti,
- intelekt.

Ve stáří a již v průběhu stárnutí postupně klesají kognitivní funkce, které dosahují maxima kolem 30. roku věku. Od této doby dochází k poklesu těchto funkcí. Zpomaluje se psychomotorické tempo, kdy se objevují mnohem pomalejší reakce na podněty, ale jedinec je schopen je plně kompenzovat svými dosavadními schopnostmi a dovednostmi. Zpomaluje se rychlost slovních reakcí, odpovědi na otázky.

Typické je snížení všípivosti a výbavnosti, kdy si lidé začínají stěžovat na to, že si něco nevybavují. Mají problémy se zafixováním si nových jmen či pojmů apod. Zhoršená novopaměť kontrastuje s neporušenou pamětí dlouhodobou a se snadným vybavováním starých zkušeností a zážitků.

Pokles tempa a rychlosti fixace nových zážitků má za následek pokles adaptability. Starý jedinec se mnohem hůře adaptuje na nové situace. Je více konzervativní, lpí na zaběhlých stereotypech. Snižuje se také schopnost koncentrace, která úzce souvisí se zvýšenou únavností jedince a jeho sníženým výkonem.

Pro stáří je také typická tzv. emoční labilita, která se projevuje tak, že staří lidé se velmi snadno dojmou. Může být u nich časté střídání nálad, sklon k úzkosti, jsou citově zranitelnější, potřebují projevy náklonnosti a ohleduplnosti od svého okolí. Často se také mění povaha starého jedince. Obecně se negativní vlastnosti stářím ještě akcentují (Kalvach, 2008).

1.6 Sociologie stáří

Sociální gerontologie se zabývá postavením starého jedince ve společnosti. Diskriminace starých osob v nejširším smyslu se označuje jako ageismus.

V minulosti bylo stáří pojímáno jako něco, co je ctěno a respektováno druhými lidmi. V současné době dochází k degradaci stáří, kdy příčinou může být:

- Prudce rozvíjející se pracovní technologie: stárnoucí člověk již není schopen udržet tempo s mladými, není schopen zvládat pracovní tempo, učení se novým poznatkům aj.
- Ctěn je ten, kdo je pracovně aktivní, a starý člověk nevydělává, dostává důchod, a tak se dostává do pozice závislosti na druhých, na společnosti.
- Došlo k uvolnění rodinných svazků, staří již nežijí s mladými. Povinnost postarat se o starého člověka je prezentována pouze morálně, nikoliv právně.
- Také sebehodnocení starých, penzionovaných lidí je velmi nízké. Důchodci se dostávají do situace, kdy odchod do důchodu mohou prožívat jako značně konfliktní, až negativní (Čevela, 2012).

1.7 Kvalita života ve stáří

Z hlediska psychologického můžeme kvalitu života spojit s tzv. osobní pohodou neboli well-being, která má souvislost s individuálním chápáním kvality života jedincem. Je možné považovat pojem well-being jako hodnocení kvality života jedince jako celku. Jde o dlouhodobý stav, v rámci kterého jsou reflektovány a propojovány jednotlivé aspekty týkající se spokojenosti jedince s vlastním životem.

Oblast osobní pohody by měla být chápána, analyzována a následně měřena prostřednictvím dílčích komponent, jako je např. komponenta kognitivní a komponenta emoční (Hrabovská, 2006, online), (Křivohlavý, 2004).

Z pohledu sociologického můžeme kvalitu života chápat jako kvalitativní parametr celého lidského života, dále životního stylu jedince a také jednotlivých podmínek společnosti. Dle sociologie je kvalita života předurčena jistým protikladem k úspěšnosti společenského systému, výkonnosti, hodnotového systému apod. (Hrabovská, 2006), (Křivohlavý, 2004).

Kvalita života lidí je závislá na těch aspektech, jako např. jak se během života vyrovnali s možnými riziky a využili příležitostí, ale závisí také na tom, jak se chovají mladší generace jedinců k seniorům (Dvořáčková, 2012).

2. SYNDROMY SENIORŮ

Vágnerová uvádí, že: „*starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří (nebo i chorob) více či méně limitovány. Takovou ztrátou může být odchod do důchodu, smrt partnera, umístění do nemocnice, ztráta soukromí vlastního bytu apod.*“ (Vágnerová, 2008, s. 305).

Na zdravotní problémy, které se prezentují u pacientů seniorského věku, je nutné, aby bylo pohlíženo jako na soubor symptomů či příznaků, jejich příčina vzniku je značně rozmanitá a variabilní. V současné době se začíná užívat termín tzv. geriatrické syndromy, což umožňuje jejich efektivní léčbu a včasnou terapeutickou intervenci (Weber, 2011).

Mezi tzv. velké geriatrické syndromy (označované jako 5I) patří (Weber, 2011):

- **Imobilita** – jde o komplex následků nepohyblivosti, zejména upoutáním na lůžko a následné riziko vzniku dekubitů z imobility, obstrukce, zpomalení krevního oběhu se vznikem flebotrombózy a s následným nebezpečím plicní embolie, hypoventilace, rizikem rozvoje pneumonie, osteoporózy.
- **Instabilita** – těsně souvisí s poruchou rovnováhy, chůze, závratí, stojem, rizikem pádů a následnému vzniku fraktur.
- **Inkontinence** - problém s udržením moči a stolice. V seniorském věku jsou nejčastější příčinou involuční změny, úbytek cholinergních neuronů, diabetes mellitus, operace prostaty či demence. Specifikem močové inkontinence je zatajování a stud.
- **Intelektové poruchy** - poruchy v oblasti kognitivní složky psychiky, vznik deliria, demence, rozvoj depresivního syndromu.
- **Iatrogenie** – zhoršení stavu seniora v důsledku negativního působení lékařem, sestrou, nebo rodinou.

Charakteristickým rysem 5I je multikauzalita, tedy podmíněnost více příčinami, chronický průběh, pokles nezávislosti a nemožnost léčby (Kalvach, 2008).

Geriatrické syndromy (5I) jsou pro geriatrického jedince nebezpečné především z následně uvedených důvodů (Weber, 2011), jako jsou multifaktoriální

etiologické poruchy, přechod do chronického stádia, výrazný vznik poklesu schopnosti nezávislosti a sebezpečí u jedince, náročná a obtížná péče a terapie (Kalvach, Onderková, 2006).

Mezi další významné geriatrické syndromy dle (Kalvach, 2008) patří:

- **Syndrom decondice, hypomobility, svalové slabosti** – způsobený například pohybovým omezením, ztrátou motivace, bolestí, dušností, působením některých léků, vede k omezení denních aktivit a tím ke zhoršení tělesné zdatnosti. Důležitá je zde prevence a motivace seniorů k pravidelné aktivitě a pohybu.
- **Syndrom anorexie a malnutrice** – snížení hmotnosti bez současného působení souvisejícího onemocnění. Příčinou jsou vlivy fyziologické (zpomalené vyprazdňování žaludku, motility střev...) psychosomatické (snížená chuť k jídlu), sociální (osamělost), ale i důsledky některých chorob.
- **Syndrom dehydratace** – je soubor příznaků souvisejících s nedostatkem vody v těle. Ve stáří hraje hlavní roli snížený pocit žízně, upoutání na lůžko či demence.
- **Syndrom duálního sensorického deficitu** – jde o postižení zraku a sluchu v různé míře, což zhoršuje komunikaci, orientaci, pohyb. Zvláště v seniorském věku klesá adaptabilita ve změněném prostředí, orientace v prostoru, osamělost, sociální izolace až deprivace, nejistá chůze a významně se zvyšuje riziko pádu.
- **Syndrom maladaptace** – nejčastější formou u seniorů je ztížené přizpůsobení psycho-somato-sociální, ve smyslu „vše souvisí se vším“. Například v důsledku ovdovění (psychická dekompenzace), či přemístění se rozvíjí úzkost až deprese (sociální izolace), která se projevuje (somaticky) zažívacími potížemi, nechutenstvím, poklesem krevního tlaku apod.
- **Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (elder abuse)** – většinou se násilí na seniorech odehrává v domácím prostředí, osobou blízkou, méně často pak v ústavní péči, především v léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo domovech pro seniory. Týrání může být tělesné, psychické, sexuální, finanční. Hlavními příznaky jsou stopy bití, modřiny, zanedbaný zjev, strach, plačtivost apod.

- **Syndrom terminální geriatrické deteriorace** – tento syndrom nastává u některých křehkých pacientů bez jasné příčiny. Poměrně rychlé zhoršení vede ke smrti. K obvyklým příznakům patří vyčerpanost, upoutání na lůžko, významně snížená sebeobsluha, pospávání až apatie apod.
- **Syndrom nadměrného a nevhodného užívání léků** – hlavní roli zde hraje nešetnost v rámci farmakodynamiky a farmakokinetiky a množství nežádoucích účinků z velkého množství užívaných léků. Hlavními příznaky je nauzea, zvracení, únava, slabost, zmatenost apod.

Uvedené geriatrické syndromy mají výrazný dopad na kvalitu života seniora a na jeho další prognózu, mohou ohrožovat život seniora (Topinková, 2005). Právě v důsledku geriatrických syndromů se jedinci seniorského věku stávají částečně nebo plně závislími na pomoci a péči druhé osoby (např.: rodinní příslušníci, sousedé, pečovatelské služby aj.) (Kalvach, Onderková, 2006).

V některých závažných případech musí být takto postižený senior hospitalizován v institucionálních zařízeních nemocničního typu (specializovaná oddělení nemocnic, oddělení následné péče, gerontopsychiatrie) nebo v zařízeních sociální péče (domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou, gerontopsychiatrie apod.) (Weber, 2011).

3. BAZÁLNÍ STIMULACE A SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

3.1 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který působil od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westfalz ve Spolkové republice Německo. Zde pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými jak somatickými, tak i intelektovými poruchami.

Dr. Fröhlich během pětiletého vědeckého projektu, který realizoval v rámci doktorandského studia, vypracoval koncept bazální stimulace.

U dětí s velmi těžkými změnami v oblasti vnímání z důvodu diagnózy hluboké mentální retardace nebylo možno navázat jakoukoli verbální komunikaci, protože schopnosti těchto osob jsou v této oblasti velmi omezené až nemožné. Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se tedy podporou jejich senzomotorické komunikace. Jednalo se o základní schopnost lidského těla vnímat a přijímat signály a také na ně následně nějakým způsobem reagovat, a to přes komunikační kanál tělesného, vestibulárního, či vibračního vnímání. Právě touto formou přístupu se Fröhlichovi podařilo s těmito dětmi navázat komunikaci.

Do ošetrovatelské péče byl koncept bazální stimulace přenesen v 80. letech 20. století profesorkou Chriestel Bienstein, všeobecnou sestrou. Aplikace konceptu do ošetrovatelské péče u pacientů s vigilním kómatem profesorkou Bienstein prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj aktivujícího konceptu. Od roku 1994 profesorka Bienstein vede Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. V roce 2003 získala Bienstein profesuru v oblasti výzkumu v ošetrovatelství na univerzitě v Brémách. Profesorka Bienstein a profesor Fröhlich se společně podílejí na mnoha vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2005), (Friedlová, 2007a).

3.2 Současná situace v České republice

V současné době bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, a to jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v oblasti ošetrovatelství a tedy i ošetrovatelské praxe. Koncept je určen pro lidi, kteří jsou tělesně či psychicky postižení, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu tzv. vigilního kómatu, pro mentálně postižené, seniory a také pro ty osoby, u kterých je nějakým způsobem ovlivněno vnímání a smyslové funkce. Koncept bazální stimulace našel své místo také v péči o nedonošené děti.

U konceptu bazální stimulace proběhla fáze dokazování a přesvědčování v 80. letech 20. století. Nyní se nachází v období zavádění do klinické praxe. Koncept se realizoval v mnoha rozmanitých oblastech ošetrovatelské praxe. Také počty terapeutů, kteří s ním pracují, se neustále rozšiřuje a jejich zkušenosti s konceptem také (Friedlová, 2007a), (Friedlová, 2013).

Koncept je v zahraničí integrován do osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách. V České republice je od roku 2004 koncept zařazen do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na zdravotnických školách a je také zohledněn ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry Sbírce zákonů č. 424/2004 Sb.

V roce 2005 byl založen ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace a v listopadu 2005 byla realizována první národní konference bazální stimulace, které se účastnila i profesorka Bienstein (Friedlová, 2007a).

4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY

„Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života, a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.“

(Hubert Humprey)

Hlavním cílem ošetrovatelské péče u seniorů je zajistit profesionální, odbornou, ale i lidskou péči a snažit se, co nejdéle zachovat jeho soběstačnost (Šafránková, 2006). Snahou je zajištění pobytu seniora v jeho domácím, přirozeném prostředí co nejdéle, a to s přihlédnutím k jeho aktuálním tělesným či psychosociálním problémům (Cejhonová, 2009).

V případě, že se u seniora prezentuje akutní chorobný stav, je nutné tento stav adekvátně léčit, a to s přihlédnutím k možné polymorbiditě geriatrického pacienta, zahájit šetrnou, ale intenzivní rehabilitaci, aby nedošlo k progresi schopností soběstačnosti. Nutnou součástí péče o seniora je úzká spolupráce s jeho rodinou (Cejhonová, 2009).

Při ošetřování seniorů je třeba dodržovat základní pravidla (Šafránková, 2006):

- sestra jedná trpělivě, nespěchá, senioři jsou pomalejší,
- mluví nahlas a srozumitelně, příkazy říká klidně a sleduje porozumění a reakci,
- stojí v zorném poli seniora,
- aktivizuje nemocného s ohledem na soběstačnost,
- chválí a povzbuzuje při sebeaktivizaci,
- empaticky naslouchá, respektuje zvyklosti seniora,
- u prováděného výkonu s nemocným komunikuje,
- zajistí kontakt s rodinou,
- usmívá se a působí pozitivně.

Zvláštnosti ošetřování seniorů vychází z jejich potřeb a jsou ovlivňovány involučními změnami stárnutí. V rozsahu ošetrovatelské péče je třeba si uvědomit, že tyto změny neprobíhají jen na úrovni fyzické, ale i psychické a sociální.

Nejjednodušším způsobem k sestavení individuálního a správného ošetrovatelského plánu jsou hodnotící nástroje, které jsou založeny na empirii, měření a výzkumu v ošetrovatelské péči. Jejich výhodou je zjednodušení orientace v problematice, lepší efektivita plánování a opora samostatnosti sester, kontrola, popřípadě další srovnávání. Nevýhodou se může stát nadměrné zatěžování personálu dokumentací či špatná interpretace výsledků (Pokorná, 2013).

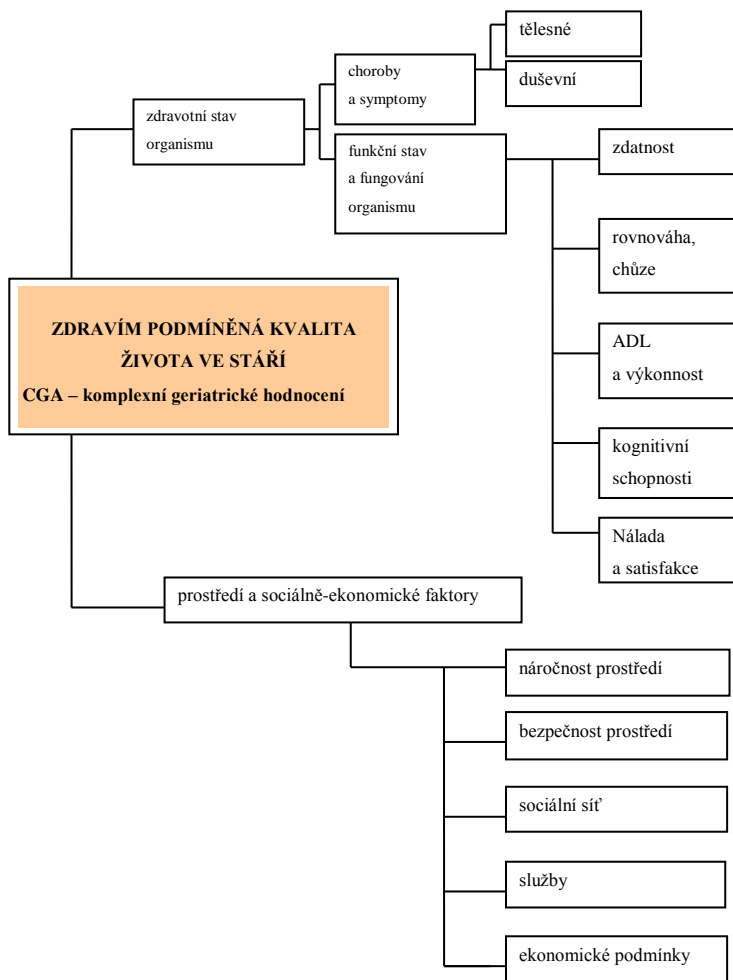
4.1 Hodnocení celkového stavu seniora

K možnosti kvalitní a efektivní diagnostiky specifických geriatrických syndromů se v oblasti geriatrické medicíny používá tzv. komplexní geriatrické hodnocení neboli Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). CGA (viz obrázek 1) znamená vícerozměrný specifický koncept, který jde za hranice klasického klinického vyšetření jedince. Hlavním významem CGA je skutečnost, že kromě aktuálního zdravotního stavu je u jedince hodnocena i jeho psychosociální oblast a celkové funkční schopnosti (Topinková, 2005).

CGA tedy umožňuje lékařům a dalším zdravotnickým či sociálním pracovníkům vytvořit si komplexní pohled na seniora v duchu tzv. biopsychosociální a spirituální jednoty (Kalvach, Onderková, 2006). Jedná se o komplexní pohled, který je oproštěn od pouhého zaměření se na chorobný či patologický stav. Tato metoda přístupu ke geriatrickému pacientovi je považována za zcela efektivní a optimální metodu. Je východiskem pro cílenou léčebnou intervenci, která optimalizuje a zkvalitňuje péči o starého člověka (Topinková, 2005).

Efektivita CGA se prezentuje především jako (Topinková, 2005) snížení mortality seniora, zlepšení celkového funkčního stavu, prevencí vzniku dalšího zdravotního postižení, objektivním zhodnocením kvality poskytované, ošetrovatelské, sociální a zdravotnické péče, omezením hospitalizací a rehospitalizací, oddálením pobytu seniora v zařízení sociální péče, snížením finančních nákladů na péči a především zlepšením a zefektivněním kvality života seniora (Weber, 2011).

Obrázek 1: Komplexní geriatrické hodnocení



Zdroj: Zimmelová, 2007

4.2 Hodnocení kognitivních funkcí seniorů

„Kognitivní (poznávací) funkce jsou ty funkce, které umožňují výběr a zpracování informací tak, abychom se přizpůsobili svému okolí, svému prostředí“ (Kalvanach, 2004, str. 184). Umožňují člověku rozumět, reagovat, zapamatovat si a vybavovat si, učit se, myslet apod. Kritéria zhodnocení kognitivních funkcí jsou rychlost zpracování informací, pracovní paměť, jinými slovy uchování údaje po nezbytně dlouhou dobu, a sensorické a poznávací schopnosti zhoršené sníženou funkcí zraku, či sluchu. Důležitá je včasná diagnostika a léčba. Porucha poznávacích funkcí může způsobit depresi, delirium až demenci (Pokorná, 2013).

Nejvíce aplikovaným hodnotícím nástrojem ke zjištění poruchy kognitivních funkcí je Mini Mental State Examination (MMSE). MMSE (viz příloha A), tzv. Folsteinův test, který obsahuje několik oblastí: orientace (jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum), pozornost, výbavnost, paměť (sestra řekne 3 předměty během 3 sekund a vyzve pacienta k opakování), opakování slov, čtení, počítání (odečítání 7 od čísla 100), vyhovění příkazu, kreslení (malování dle předlohy). Maximální počet bodů je 30, 24-30 bodů je normální stav, 21-23 bodů je lehká kognitivní porucha 11-20 je střední kognitivní porucha a pod 10 bodů se jedná o pokročilou formu demence (Kalvanach 2004).

K rozhovoru je nutné zajistit vhodné podmínky, soukromí, osvětlení, kompenzační pomůcky (např. brýle). Pacienta je třeba do rozhovoru uvést, aby test nebyl považován za „test pro idioty“. Otázky musí být kladeny jednoznačně (Schuler, 2010).

4.3 Hodnocení soběstačnosti seniorů

Nejvíce používaným testem k hodnocení úrovně nezávislosti je Bartelův test (viz příloha B) – Activity of Daily Living (ADL). Test základních aktivit denního života, zjišťuje se míra sebezpomoci v 10 oblastech: schopnost se najíst, napít, obléknout, umýt a vykoupat, únik moče a stolice, používání toalety, chůze po rovině a do schodů. Jednotlivé oblasti se bodují ve stupnici 0-100, kde 0 bodů znamená plnou závislost, 100 bodů značí úplnou soběstačnost jedince.

Krom hodnocení základních potřeb je důležité zmapování tzv. Aktivity širší soběstačnosti – Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Test IADL

(viz příloha C), který mapuje soběstačnost v 6 aktivitách důležitých zejména v domácím prostředí: doprava – způsob přemísťování, chůze, orientace v prostoru, otevírání, zamykání dveří apod., telefonování – schopnost užívání pevného nebo mobilního telefonu, užívání léků – správný lék, dávka, doba, nakupování – samostatně, či s dopomocí, zacházení s penězi – počítání, používání platebních karet apod., stravování – příprava pokrmů, způsob stravování a péče o domácnost – praní, umývání, úklid apod. Maximální počet bodů je 80, nezávislý, 41-75 bodů je jedinec částečně závislý a 0-40 bodů je plně závislý (Pokorná, 2013).

4.4 Hodnocení nutričního stavu seniorů – Kalvach 2004 str. 304

Důležitou součástí v rámci hodnocení seniorů je stav výživy. Je všeobecně známo, že ve stáří chuť k jídlu klesá, na úkor svalové hmoty podíl tuku stoupá. Často se z různých příčin rozvíjí malnutrice. Dle Pokorné (2013), jsou nejčastější příčiny malnutrice ve stáří:

- poškozený chrup, onemocnění dutiny ústní, GIT, jater,
- slinné žlázy vlivem léků (antidepresiva, antihypertenziva),
- psychická nevyrovnanost až deprese,
- pohybové omezení,
- sociální vlivy (nekvalitní strava, nedostupnost potravin apod.).

Vhodnou hodnotící škálou je Mini Nutritional Assessment (MNA) – tzv. malý výživový test (viz příloha D). Tento test zahrnuje 4 hlavní oblasti výživy: Antropometrické měření - hmotnost, výška, obvod paže a lýtka, stravovací návyky – počet jídel během dne, druh jídla, množství tekutin, celkové hodnocení soběstačnosti pacienta, léky, mobilita, psychika, kožní změny, jiné onemocnění apod. Subjektivní posouzení – jak vnímá svůj stav pacient, jak se cítí, jak vnímá sám svůj stav zdraví a výživy (Pokorná, 2013).

4.5 Hodnocení bolesti

Správné zhodnocení bolesti je velmi složité, neboť jde o velmi subjektivní vjem. Každý reaguje a vnímá bolest individuálně. Je tedy na místě si uvědomit důležitost zhodnocení a objektivizace stavu pacienta. Zejména senioři na základně zkušenosti vnímají bolest méně, akceptují bolest jako projev stáří, nicméně s věkem užívání analgetik výrazně stoupá (Kalvach, 2004).

Základem k stanovení stavu bolesti je anamnéza pomocí rozhovoru a pozorování, zjištění místa bolesti, intenzita, doba, kvalita, ovlivnitelnost a úspěšnost dosavadní léčby. Existuje řada hodnotících testů, jeden z nejznámějších nástrojů k měření je vizuální analogová škála (VAS). Vyjádření intenzity bolesti se používá úsečka ve vodorovném směru od 0 – žádné bolesti, až po 10 – nejhorší bolesti (Pokorná, 2013). (viz příloha E)

4.6 Koncept křehkosti a rizikovosti

Na základě hodnotících nástrojů, zvláště ADL a IADL se stanovuje míra nesoběstačnosti seniora. Stařecká křehkost je definována jako pokles funkční zdatnosti (Kalvach 2006). Hrozí riziko pádu, disadaptabilita, svalová slabost, malnutrice, úzkost apod. – křehkost se určuje na základě IADL, alespoň 2 ze 4 problémů: tělesné, kognitivní, smyslové, nutriční (Kalvach, 2004).

Příčin je několik, vzájemně se kombinují. Lze je rozdělit do tří oblastí:

- Involuční změny: úbytek svalové hmoty, tkáňová atrofie,
- Chorobné změny: osteoporóza, osteoartróza, ateroskleróza, Alzheimerova nemoc, chronické záměty apod.
- Vliv životního prostředí: špatné stravování, inaktivita, apod. (Kalvach, 2006).

Řešením je pak dlouhodobá ústavní péče (LDN), nebo komunitní služby - pečovatelská služba (Kalvach, 2004).

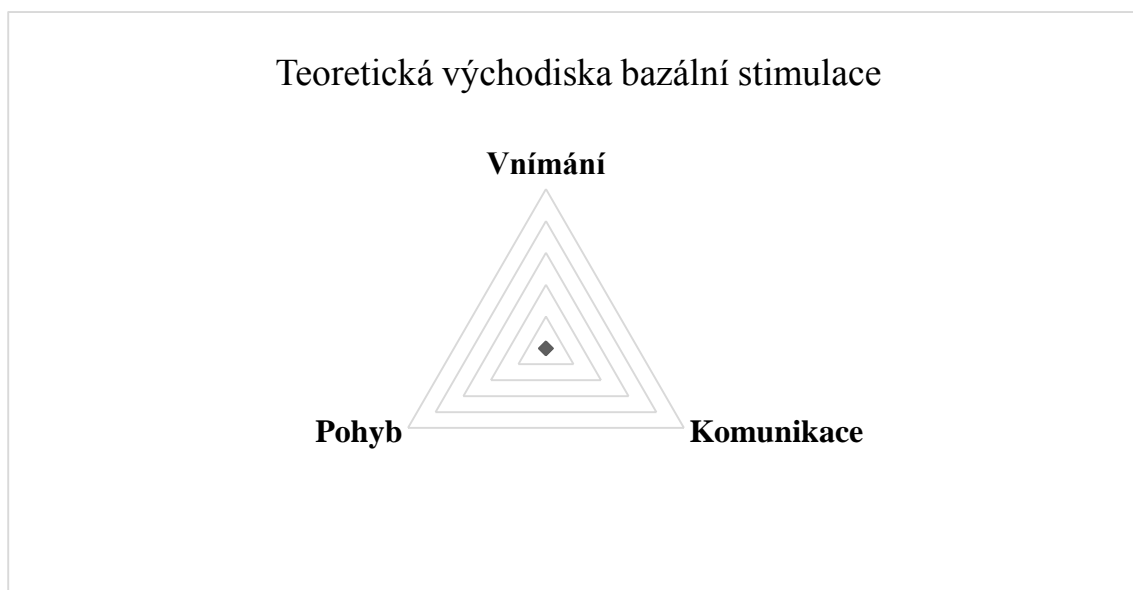
5. KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Friedlová uvádí, že: „*bazální stimulace tedy představuje komunikační, interakční a vývoj stimulační koncept*“ (Friedlová, 2007a, s. 28), který se zaměřuje na veškeré aspekty potřeb člověka a přizpůsobuje se dle věku, dle aktuálního zdravotního stavu apod. Současně je na nemocného pohlíženo jako na zcela rovnocenného partnera, který má vlastní schopnosti, dovednosti, životní cíle a hodnoty (Friedlová, 2007a).

Jinými slovy jde o podporu a vedení základních lidských schopností: **vnímání, komunikace, pohyb** postižených a těžce nemocných osob (Fröhlich, 2012).

5.1 Základní trilogie bazální stimulace

Cílem bazální stimulace je aktivizace mozkové činnosti, podpora vnímání, komunikace a hybnosti nemocného. Člověk vnímá sebe i ostatní pomocí jednotlivých smyslů, na základě vnímání se pohybuje a komunikuje. Tyto tři prvky se navzájem ovlivňují. Pomocí stimulace smyslových orgánů se jedinci se změnou v těchto třech oblastech poskytuje obnovení schopností a navázání kontaktu se sebou i okolím (Friedlová, 2007a).



zdroj: Vlastní materiál ke studiu

5.1.1 Vnímání

Veškeré aktivity jsou realizovány na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací.

V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení rozmanitých podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi, u kterých se prezentuje určitá změna v oblasti vnímání a komunikace. Hlavním cílem je podpora a umožnění vnímání v takové míře, aby u pacientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla,
- k podpoře rozvoje vlastní identity,
- k umožnění vnímání okolí,
- k umožnění navázání komunikace se svým bezprostředním okolím,
- ke zvládnutí orientace v prostoru a v čase,
- ke zlepšení jednotlivých funkcí organismu (Friedlová 2007a), (Friedlová 2013).

K trvalému předpokladu kvalitní a efektivní stimulace vnímání je nutno získat kvalitní autobiografickou anamnézu nemocného jedince, dále formulovat vhodně a reálně cíle péče, sestavit adekvátní ošetrovatelský plán a kontinuální evaluaci reakcí nemocného na poskytovanou stimulační aktivitu.

Nezastupitelnou funkci ve stimulující ošetrovatelské péči má komplexní integrace příbuzných a rodinných příslušníků do péče o nemocného (Friedlová, 2007a).

5.1.2 Pohyb

Schopnost pohybu provází každého jedince prakticky po celý jeho život. Pohyb je důležitý k zajištění schopnosti chůze, udržení určité pozice těla a koordinaci pohybů, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci apod.

Samotnému pohybu předchází myšlenka na pohyb, a z tohoto důvodu není možné oddělit schopnost vnímání a schopnost pohybu (Friedlová, 2007a).

Koncept vychází z tvrzení, že chování jedince obsahuje vrozené, geneticky podmíněné prvky, ale také získané prvky, které se formulují v průběhu života jedince.

První formou inteligence u člověka je forma senzomotorické inteligence a trvá zhruba do 1 roku věku dítěte. Senzomotorická inteligence je základem veškerého myšlení. Zahrnuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Obsahuje aktivity a činnosti, které se týkají schopnosti vnímání, svalového tonu a také pohybu. Senzomotorická inteligence je schopnost jedince řešit dobře před zvládnutím řečové komunikace praktické problémy prostřednictvím těchto aktivit. Obdobně je tomu u nemocných po těžkých traumatech hlavy, u kterých došlo k regresi do nižších vývojových stádií a musí stejně jako dítě na počátku svého vývoje řešit problémy za pomoci senzomotorické inteligence, neboť se nemohou vyjadřovat za pomoci verbální komunikace (Friedlová, 2007a), (Friedlová 2013).

K realizaci určitých cílů jednání vznikají v neuronálních sítích v mozku konkrétní funkční systémy, které jsou organizovány. Ty jsou v důsledku určité opakované činnosti zpevňovány a po určitém čase jsou integrovány do programu jednání s vyšší organizací. Touto metodou se za pomoci přísunu podnětů tvoří nové struktury v mozku.

K podpoře hybnosti využívá koncept bazální stimulace techniky všech základních i nastavbových prvků. Stimulace vnímání podporuje hybnost, velmi důležitým faktorem pro tuto činnost je motivace (Friedlová, 2003), (Friedlová, 2007a):

5.1.3 **Komunikace**

Komunikace představuje schopnost jedince být ve spojení s někým dalším. Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Slouží k vytváření a udržování mezilidských, tedy sociálních vztahů. Za pomoci komunikace získáváme nové vědomosti a znalosti, a ty případně potom předáváme dále. Dochází tedy k výměně informací, názorů, pocitů a pozorování.

Člověk je sociální bytostí a proto potřebuje v různých formách komunikaci. Schopnost komunikovat má velký význam pro kvalitu života jedince. Vjemy ze smyslových orgánů jsou zpracovávány v mozku, ukládány do paměti a později opět rámci různých situací vybavovány, tak aby sloužily a mohly pomoci zhodnotit a zpracovávat nově vzniklou situaci. Komunikace je kompletní jev a je predisponována na základě spolupráce všech smyslových orgánů, mozku, ale i psychických pocitů (Friedlová, 2003), (Friedlová, 2007a):

Komunikační proces je tvořen 5 základními složkami:

- komunikátor (tj. mluvčí),
- komunikant (tj. příjemce),
- komuniké (vysílaná zpráva, informace),
- zpětná vazba (zpráva o tom, jak byla informace přijata),
- kontext (prostředí a situace, v nichž komunikace probíhá)
(Friedlová, 2007a).

Aby mohl být proces komunikace realizován, musí být komunikant i komunikátor schopen vnímat informace, analyzovat je a adekvátně na ně reagovat. Také musí být splněny podmínky chtít, umět a moci komunikovat.

V rámci ošetrovatelské péče zdravotnický pracovník využívá dovednosti komunikace s pacientem jako součást profesionálního a profesního vybavení zdravotníka. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení vzájemného kontaktu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem (Friedlová, 2007a), (Friedlová, 2007b).

Komunikace může mít formu verbální a neverbální, mimoslovní. Mimoslovní komunikace pojednává o způsobu sdělení informací, jejich obsahu a formě pomocí mimoslovních sdělení, jako je např. mimika, gestikulace, výraz obličeje, haptiky apod. Nonverbální komunikací jsou sdělovány informace, které se týkají emocí, zájmu o sblížení a kontaktu mezi komunikujícími atp. (Friedlová, 2007a), (Friedlová, 2003).

Tělesný a psychický život člověka je proces, který probíhá ve vzájemné interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Prostřednictvím schopnosti vnímání jsme schopni se pohybovat a komunikovat. Z toho tedy vyplývá, že pohyb, komunikace a vnímání se vzájemně velmi úzce ovlivňují.

Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí daného komunikačního jazyka, výškou hlasu komunikujících, intonací hlasu a také schopností jedince analyzovat význam konkrétních slov.

Ale i neverbální forma komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonávat pohyb, možností využívat jiných komunikačních oblastí než je oblast auditivní. Schopnost vnímání není možná bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovávat podněty z okolního prostředí (Friedlová, 2007a).

Friedlová uvádí, že: „komunikačními kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány, v konceptu bazální stimulace tedy hovoříme o možnosti využití dle stavu a schopností pacienta těchto komunikačních kanálů:

- somatického,
- vestibulárního,
- vibračního,
- auditivního,
- optického,
- olfaktorického,
- taktilně-haptického“ (Friedlová, 2007a).

Komunikace s lidmi, jejichž vědomosti a vyjadřovací schopnosti či možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen kvalitní znalost dané problematiky, ale i nutnou dávku schopností zaznamenávat reakce nemocného, neboť někdy mohou být jeho reakce zcela nepatrné, často zaměnitelné za něco jiného. Schopnost tyto reakce u nemocného zaznamenávat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná a při poskytování bazální stimulace důležitá součást tohoto postupu.

Často se stává, že první osobou, která zachytí nepatrné reakce nemocného, je jeho příbuzný. Koncept bazální stimulace proto integruje příbuzné do péče o nemocného a pohlíží na ně jako na partnery v celém procesu poskytované ošetrovatelské a zdravotnické péče. Z tohoto důvodu jsou potřeby příbuzných pacienta akceptovány a také zohledňovány (Friedlová 2003), (Friedlová 2007a).

5.2 Prvky konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopností vnímat, ve kterých se jedinec aktuálně nachází. Schopnost vnímání se rozvíjí již v době prenatálního vývoje jedince.

Somatické vnímání, tj. vnímání podráždění na povrchu těla, začíná již koncem 8. týdne prenatálního vývoje embrya. Brzy poté se vyvíjí schopnost vnímání vibrací a chvění děložní stěny, které vzniká v důsledku pulzování srdce a aorty matky, žaludeční a střevní peristaltiky, hlasu matky apod.

Embryo je schopné zpracovávat vestibulární podněty zhruba od 16. týdne intrauterinního vývoje a prostřednictvím nich vnímá změny polohy svého těla a změny polohy těla matky.

Během dalšího prenatálního vývoje se v úzké souvislosti s vnímáním somatickým vyvíjí vnímání taktilně-haptické a vnímání orální (Friedlová 2007a).

5.2.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Senzibilita svalů a kloubů se nazývá propriorecepce a úzce souvisí se somatickým vnímáním a s vnímáním rovnováhy těla.

Prostřednictvím somatické stimulace je možné pacientovi zprostředkovat vjemy z jeho těla a stimulovat u něho vlastní vnímání tělesného schématu a tedy i okolního světa. Vnímání vlastního těla je nutným předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Stěžejním a především výchozím bodem je zkušenost jedince s vlastním tělem (Friedlová, 2007a).

Ke schopnosti vnímání tělesného schématu je důležitým předpokladem vizuální kontrola těla. Proto se v konceptu bazální stimulace klade při aplikaci technik somatické stimulace důraz na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla. Vhodná je také integrace zrcadlové terapie. Koncept bazální stimulace tedy podporuje vnímání tělesného schématu a somatické vnímání. Jedná se o stimulaci těla a určení jeho hranic. Do somatické stimulace jsou integrovány také prvky paměťových pohybových schémat takovým způsobem, aby pomocí opakovaných činností byla podporována plasticita mozku, proto se ukazuje, že důležitým faktorem je započetí brzké rehabilitace jedince.

Vnímání tělesného obrazu je možné prostřednictvím ošetrovatelské péče cíleně měnit. Při stimulaci tělesného schématu postupujeme tak, aby realizovaná stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a aby bylo podporováno symetrické vnímání těla a tělesné osy. Hlavním cílem somatické stimulace je vytvoření stabilní tělesné identity jedince. Vhodný typ somatické stimulace je volen podle stavu a potřeb pacienta, zohledňují se jeho schopnosti vnímání, komunikace a motoriky.

Kvalita somatické stimulace je závislá na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje na těle pacienta při stimulaci vnímání tělesného schématu. Koncept využívá možnosti pomocí doteků komunikovat a také terapeuticky působit, a to v rámci těchto technik:

- v somatické stimulaci tělesného schématu,
- v podpoře a stimulaci dýchání,
- v pomoci při pohybu a korekci polohy.

Významnou roli má také kvalita, lokalita a intenzita doteků terapeuta na těle pacienta. Předpokladem pro kvalitní dotek je klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla a tlak, rytmus a opakování doteků, kontinuita doteků a jejich celkový sled (Friedlová2003), (Friedlová 2007a).

Typy somatické stimulace podle konceptu bazální stimulace mohou být např.: celková koupel zklidňující (viz příloha F), celková koupel povzbuzující (viz příloha G), neurofyziologická stimulace (viz příloha H), symetrická stimulace, diametrální stimulace, kontaktní dýchání nebo masáž stimulující dýchání apod. (Friedlová. 2007a).

5.2.2 Vestibulární stimulace

Zdravý jedinec se stále pohybuje, mění svou polohu v závislosti na rozmanitých činnostech, které vykonává během dne. Rovnovážné ústrojí je tedy neustále stimulováno. Lidé, kteří mají omezené pohybové aktivity, mají mnohem méně informací z okolního prostředí, a právě prostřednictvím konceptu bazální stimulace je možné těmto osobám poskytnout podporu jejich rovnovážného ústrojí, zlepšení jejich prostorové orientace a také vnímání pohybu. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy.

Smyslově rovnovážné ústrojí může obdobně jako somatické vnímání podléhat tzv. habituaci. Vestibulární aparát je zodpovědný za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci kardiovaskulárního systému (Friedlová, 2007a).

V případě, že u pacientů dochází ke změnám polohy pouze zřídka, mohou se objevovat tyto problémy:

- kolaps,
- nevolnost, nauzea,
- porucha orientace ve vlastním těle a porucha orientace v prostoru,
- bolesti hlavy,
- zvýšený svalový tonus (Friedlová 2003), (Friedlová, 2007a).

Koncept bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulací převádět informace na vestibulární jádra v mozku a následně tak dochází ke:

- zprostředkovávání informace o postavení těla v prostoru,
- redukování závratě z otáčivého pohybu,
- snížení napětí flexorů a také extenzorů,
- připravení organismu na mobilizaci,
- udržení pohybu endolymfy ve vestibulárním ústrojí.

Metoda vestibulární stimulace je nejčastěji aplikována v následující péči:

- u pacientů upoutaných na lůžko,
- u pacientů s omezenou možností pohybu,
- u pacientů ve vigilním kómatu,
- u pacientů s hlubokou mentální retardací,
- u pacientů s rozvíjející se elasticitou flexorů a extenzorů (Friedlová, 2003), (Friedlová, 2007a).

Vestibulární stimulaci je možno provádět u pacientů ležících na lůžku, a to prostřednictvím nepatrných pohybů jeho hlavy. Hlavou nemocného mírně otáčíme do stran, hlava je stále v kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje svými rukama, a to tak, aby nezakrýval obličej nemocného. Tento pohyb je vhodné provádět třikrát až pětkrát. Provádění vestibulární stimulace je vhodné tehdy, když se chystáme měnit polohy těla nemocného.

5.2.3 Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulování kožních receptorů pro vnímání vibrací (tzv. Vaterova-Pacinoho tělíska) a receptorů hluboké citlivosti (tzv. proprioreceptory ve svalech, šlachách a ve vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla nemocného. Vibrační stimulace zprostředkovává nemocnému intenzivní vjemy z jeho těla. Schopnost vnímání vibrací je značně individuální (Friedlová, 2007a).

K realizaci vibrační stimulace se užívají různé technické nástroje (např. bateriové vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující lehátka a sedátka apod.). Elektrické vibrátory se neuvžívají u gerontologických nemocných, neboť u nich z důvodu zvýšené fragility vazů může dojít až k mikrotraumatizaci.

Vibrátory se přikládají do okolí kloubů na horních a dolních končetinách, je možno je vkládat i do dlaně. Ke stimulaci je možné užívat i hudební nástroje, které vydávají vibrace a hlas (Friedlová, 2007a).

5.2.4 Zraková stimulace

Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým systémem nejčastěji využívaným smyslem, který slouží k poznávání vnějšího prostředí jedince a k navázání komunikace.

Optický vjem jedinci umožňuje např.:

- poznávání okolního světa,
- orientování se v okolí,
- uspořádání okolního prostředí,
- poznávání druhých lidí,
- prožívání pozitivních vjemů,
- posílení pocitu jistoty a bezpečí,
- schopnost učit se (Friedlová, 2007a).

Mnoho nemocných v nemocničních zařízeních prožívá nedostatek vizuálních podnětů. Jedná se o prostředí, které je pro nemocného značně nemotivující.

K optické stimulaci a orientaci v prostoru je velmi důležité provádění změny polohy nemocného (jeho polohování). I když se jedná o velmi malou změnu v poloze hlavy, mění se tak nemocnému jeho zorné pole a výhled. Prostřednictvím změn poloh lze nemocnému umožnit sledování dění v jeho nejbližším okolí, ale také se orientovat na vlastním těle. Tak se také posiluje pocit jistoty nemocného.

Veškeré terapeutické aktivity, které vedou ke stimulaci smyslových receptorů ve vestibulárním aparátu, v kloubech, ve svalech a také v kůži, mohou přispívat ke zlepšování zrakového vnímání (Friedlová, 2003), (Friedlová 2007a).

Friedlová uvádí, že: „*vědomou orientaci v prostoru a regulaci motoriky končetin umožňuje konvergence impulzů z vestibulárního aparátu, zrakového čidla, proprioreceptorů a somatických receptorů v oblasti 2. korové arey*“ (Friedlová, 2007a, s. 110).

Osoby, které se po delší době probouzejí z kómatu, mohou trpět ztrátou či poškozením zrakového vjemu, ať již se jedná o důvody degenerativní či z důvodu organického poškození mozkové tkáně (např. vnímání světla a tmy, vnímání obrysů na krátkou vzdálenost, vnímání vlastních částí těla apod.).

Změny zrakového vnímání se mohou prezentovat rozmanitými způsoby:

- jedinec nedokáže vnímat jednotlivé prostory v okolí,
- porucha vidění celistvosti předmětů,
- porucha vidění prostorových vztahů,
- porucha konstantnosti barev,
- porucha vizuomotoriky,
- porucha vnímání lokalizace v prostoru.

Pro možnost realizace optické stimulace je nutné dodržovat tyto zásady, jako je např. nabízení podnětů, které jsou barevné a zřetelně tmavé či světlé, obrázky musí pacient znát, používat brýle, jestliže je potřebuje. Vždy je nutné aplikovat

stimulaci cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení nemocného a jeho schopnosti se soustředit.

Optická stimulace nepředstavuje pouze pasivní aplikaci stimulů do zorného pole nemocného, ale poskytnutí možnosti změnit prostředí. V kontextu zrakové stimulace je možno s nemocným pracovat aktivně, a to tak, že jsou mu nabízeny různé obrázky, fotografie, které ho vedou k vyprávění a koncentraci. Tato metoda se užívá především u geriatrických nemocných. Staří lidé velmi rádi vzpomínají na své mládí a o tyto vzpomínky se dělí.

Důležitá je akceptace osobních věcí nemocného v jeho nejbližším okolí, respektování autonomie nemocného. Zmateným a dezorientovaným nemocným je možno poskytnout orientační záchytné body, které se nacházejí v jejich blízkosti (např. pro ně známé předměty). Vždy je nutné nemocného sledovat, jak reaguje na nabízené podněty a jaké emoce u něho vyvolávají (pozitivní, negativní). Pozorování stále stejných předmětů a obrazů může u nemocných vyvolat až halucinace a celkovou dezorientaci (Friedlová, 2003), (Friedlová, 2007a).

5.2.5 Sluchová stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro schopnost jeho komunikace, při navazování a udržování mezilidských vztahů a pro rozvoj myšlení a kognitivních schopností. Na základě sluchu se následně rozvíjí řeč, proto dítě, které od narození neslyší, se nenaučí mluvit.

Ze všech zvuků z okolního prostředí slyší člověk pouze ty, které se nacházejí v rozsahu 16 až 20 000 kmitů za sekundu. Horní hranice slyšitelnosti se s narůstajícím věkem snižuje, tzn., že kolem 65. roku věku postihne lidské ucho tón již jen asi o 5 000 kmitech za sekundu (Friedlová, 2007a).

Auditivní stimulace se aplikuje z rozmanitých důvodů, kdy se sledují různé cíle, jako je např.:

- navázání kontaktu s nemocným,
- zprostředkování informací nemocnému,
- stimulování vnímání jedince jeho aktivizací,
- mobilizování vzpomínek nemocného,
- budování pocitu jistoty,
- zvýšení rozlišovací schopnosti sluchového systému u nemocného jedince,
- naučení pacienta novým slovům či řeči vůbec (např. po těžkých stavech cévní mozkové příhody apod.).

K auditivní stimulaci je možné využívat různých prostředků, jako je např. hlas, hudební nástroje či další reprodukováné hlasy). Pro terapeuta jsou důležité informace o sluchové nedostatečnosti jedince a případném užívání kompenzačních pomůcek (sluchadla aj.) (Kalvach, 2007).

Mezi prostředky k auditivní stimulaci patří nejčastěji: řeč (vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu: hlasy přátel, rodiny apod.). V případě, že hlavním cílem vnímání je aktivizace vzpomínek jedince (např. kontuze mozku, kóma aj.) je nejvhodnější, aby na jedince hovořila jemu emočně blízká osoba. Doporučuje se, aby osoba vyprávěla, co dělala dnes, co bude dělat zítra. Měla by hovořit ve stále stejné tónině hlasu, měla by nemocného oslovovat, chovat se tak, jak byla zvyklá z minulosti.

Dalším prostředkem k auditivní stimulaci je hudba (reprodukováná, nebo ta produkovaná přímo u nemocného prostřednictvím hry na hudební nástroj). Zpěv: zpívat může pacientova blízká osoba.

Aby mohla být sluchová stimulace efektivní, tak je nutno dodržet určité zásady: znalost pacientových sluchových schopností a případných deficitů, redukce rušivých faktorů, sledování reakcí pacienta na auditivní stimulaci, apod.

Pro dorozumění s pacienty, kteří nerozumějí mluvenému slovu (po cévních mozkových příhodách, po úrazech mozku, u pacientů s demencí) je vhodné využívat tzv. analogování, kdy má terapeut karty, na kterých jsou namalované jednotlivé předměty a situace a pomocí nich se domlouvá s pacientem (Friedlová, 2007a), (Friedlová, 2003).

5.2.6 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivějším orgánem a ve vnímání představují nejaktivnější tělesnou zónu. Člověk vnímá svá ústa jako velmi intimní zónu. Ústa a ruka jsou nejaktivnější místa na lidském těle. Již kolem 9. týdne intrauterinního vývoje si dumlá embryo zárodek svého palce a získává tak zkušenosti se svými ústy. V celém období prenatalního vývoje jsou ústa velmi aktivní, stejně tak i po narození. Ústa plní následující funkce: příjem potravy, komunikace, vnímání chuti, vnímání konzistence potravy, vyjadřování emocí, dýchání, prožitky apod. (Friedlová, 2007a), (Friedllová, 2005).

Hlavním cílem orální stimulace je zprostředkovat nemocnému vjemy z jeho úst a stimulovat tak jeho vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u jedince. Orální stimulaci je možné provádět izolovaně nebo jako přípravu na orální přívod potravy. Orální stimulace nepředstavuje běžnou péči o dutinu ústní nebo nácvik polykacího reflexu. Ale vzájemná kombinace vedeného je pro nemocného jedince velmi efektivní a důležitá.

Mezi základní předpoklady pro úspěšnou orální stimulaci je to, že nemocnému zajistíme takovou polohu, která je mu nejpříjemnější, umožníme mu ochutnat to, co má rád, sledujeme jeho reakce a orální stimulaci neprovádíme tehdy, když je pacient unavený (Friedlová, 2005), (Friedlová 2007a).

V průběhu orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě a také se násilím nevniká do ústní dutiny. Invazivním vstupem do dutiny ústní můžeme u nemocného vyvolat nepříjemný zážitek, který se následně projevuje odporem nemocného např. při běžné toaletě ústní dutiny.

Příjem potravy se netýká pouze nutriční oblasti, ale i možnosti zprostředkování jedinci libých pocitů. Vlastní proces příjmu potravy má několik fází: fáze perorální a fáze orální. V perorální fázi se snoubí vjemy taktilně-haptické, vizuální a čichové a gustační. Při jídle je také důležitá poloha nemocného, což je důležitý aspekt celého procesu polykání (Friedlová, 2007a).

5.2.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro člověka výrazným stimulem vzpomínek. Orální a olfaktorická stimulace spolu velmi úzce souvisí. Před tím než začneme u pacienta s olfaktorickou stimulací, je nutné zjistit, které vůně jsou mu příjemné a které ne, abychom nevyvolávali negativní stimulaci.

Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné vůně osobních toaletních potřeb nemocného (parfémy, deodoranty, vůně jídla, vonné svíčky apod.). Olfaktorickou stimulaci je vhodné aplikovat také z toho důvodu, aby byla pacientovi poskytnuta možnost zorientovat se v aktuální situaci (demence, vigilní kóma aj.), a tím mu zajistit pocit bezpečí a pocit jistoty (Friedlová, 2007a).

5.2.8 Taktilně-haptická stimulace

Somestetický systém nám umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání nebo i vibrací. V různých vrstvách kůže jsou uloženy tzv. mechanoreceptory. Hmatové vnímání se mění s narůstajícím věkem jedince. Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Neklidní jedinci potřebují pomoci s identifikací předmětu, který nahmatali. Jejich aktivita se projevuje tím, že např. tahají a omotávají zavedené močové katétrů nebo drény, neustále si stahují deku nebo svlékají povlečení, svlékají sami sebe, odepínají si plenkové kalhotky apod. Mnohé z těchto situací jsou pro nemocné velmi nedůstojné, stejně tak pro zdravotnický personál. Koncept bazální stimulace chápe tyto aktivity nemocných jako příznak nedostatku taktilně-haptické stimulace.

Předměty k taktilně-haptické stimulaci mohou být předměty z osobního nebo pracovního života nemocného: oblíbené předměty, talismany, hračky (u dětí), předměty užívané k výkonu jejich profese, předměty užívané k osobní hygieně, žínky, ručníky, telefon apod.

Uvedené předměty mohou velmi výrazně stimulovat paměťovou stopu, ale zároveň aktivizovat ruku k činnosti, a tak aktivizovat projekční korovou oblast pro senzoriku a motoriku ruky a horní končetiny (Friedlová, 2007a).

Taktilně-haptickou stimulaci je možné provádět u nemocného asistovaně, jestliže není schopen sám pohybovat prsty, nebo je možné ji kombinovat s optickou, auditivní či olfaktorickou stimulací (Friedlová, 2007a).

6. KAZUISTIKA

Kazuistika je zaměřena na pacientku, paní XY, která v září 2013 prodělala cévní mozkovou příhodu a u které bylo v době akutní léčby v ústavním zařízení použito konceptu bazální stimulace.

V současné době se pacientka nachází již v domově s pečovatelskou službou, pobyt v zařízení sociální péče odmítla. Hlavním cílem nynějšího působení konceptu bazální stimulace je snaha o rozvoj a udržení soběstačnosti pacientky, rozvoj aktivace jejího vnímání, komunikace a také motorických schopností.

6.1 Údaje o pacientce

Paní XY, 72 let (ročník 1941), prodělala v září 2013 stav cévní mozkové příhody. Jednalo se o velmi závažnou situaci, pacientka po příhodě zůstala v bezvědomí, došlo k postižení kognitivních a psychických funkcí, řečových schopností, komunikace a také motoriky. Jedná se o pravostrannou hemiparézu s dominantním postižením pravé horní končetiny (problémy s jemnou motorikou, s jídlem, s pitím apod.) a postižením obličeje, povys ústního koutku a nemožnost dovržení očního víčka na pravé straně.

Pacientka žije sama v domě s pečovatelskou službou v 1. patře (je vdova). Má 2 dcery a syna, přičemž syn bydlí naproti v domě a dcera žije asi 3 km od bydliště matky, druhá dcera asi 150 km.

Mozková příhoda zastihla paní v pondělí v ranních hodinách na ulici, když šla na nákup. Mobilní telefon měla doma, takže si nemohla zavolat pomoc.

Teprve až šel její soused do práce, slyšel volání, tak zavolal její dceři a současně volal rychlou záchrannou službou. Paní byla převezena rychlou záchrannou službou do nemocnice. Byla hospitalizována na neurologické jednotce intenzivní péče. Zde byla stanovena diagnóza cévní mozkové příhody a mozkové komoce, která byla způsobena pádem na hlavu.

6.2 Stav pacientky v den příjmu na oddělení

Na základě objektivního stavu a vyšetření byla stanovena diagnóza cévní mozkové příhody (ischemická forma) a mozkové komoce. Při převozu paní upadla do bezvědomí a nacházela se ve stavu tzv. vigilního kómatu. V důsledku poškození

mozku při ischemické cévní mozkové příhodě došlo k zasažení mozkových center důležitých pro motoriku a řeč. Došlo k rozvoji pravostranné hemiparézy s dominancí na horní končetině a v oblasti obličeje (povys ústního koutku, a nedovření pravého oka).

Hlavu pacientka udrží sama ve střední pozici s tendencí upadat na pravou stranu, je nutno ji tedy hlavu polohovat a polohu hlavy neustále hlídat a upravovat.

Pravá horní končetina je nepohyblivá, je přítomna paréza a zvýšený svalový tonus, končetina je teplá, fyziologické barvy, na dotek nereagující. Levá horní končetina je teplá, bez zvýšeného svalového tonu, na dotek reaguje sevřením v pěst.

Paní má zaveden permanentní močový katétr, kdy se hlídá příjem a výdej tekutin. V levé horní končetině má zaveden periferní žilní katétr.

Pravá dolní končetina je hůře hybná, je přítomen mírně zvýšený svalový tonus. Levá dolní končetina je pohyblivá fyziologicky. Kůže na těle je intaktní, zatím bez známek dekubitů nebo intertriga.

6.3 Okolní prostředí pacientky

Pacientka byla hospitalizována na neurologickém oddělení intenzivní péče (kde byla celkem 10 dní, poté byla přeložena na neurologické oddělení, kde byla 18 dní a poté byla na doléčení na oddělení následné péče a na rehabilitačním oddělení). Paní je umístěna na standardním elektrickém lůžku, kde jsou umístěny postranice pro bezpečnost pacientky. Lůžko je přístupné zdravotnickému personálu ze tří stran. Paní je oblečena v bílé nemocniční košili.

V okolí jejího lůžka jsou monitory snímající její základní životní funkce, infúzní stojany apod. Na nočním stolku jsou umístěny věci pacientky (přinesené rodinou: fotografie vnoučat, brýle, talisman apod.), dále je zde emitní miska a sáček s tampóny a borglycerínem, kterým se jí ošetřuje okolí úst.

6.4 Zavedení konceptu bazální stimulace u pacientky

Terapeutka byla oslovena prostřednictvím zdravotnického personálu, a to konkrétně na popud fyzioterapeuta, který se vyslovil, že by u paní bylo vhodné použití konceptu bazální stimulace. Pro získání souhlasu oslovil syna pacientky, vysvětlil mu základní metodiku bazální stimulace a navrhl mu schůzku s terapeutkou, která koncept bazální stimulace aplikuje.

6.5 Plán ošetrovatelské péče

Při plánování a realizaci plánu individuální ošetrovatelské péče u pacientky bylo vycházeno z podrobné biografické anamnézy (viz příloha J) a přihlíženo k její celkové a aktuální zdravotní, psychické a sociální situaci. V důsledku poškození mozku a mozkových funkcí (cévní mozková příhoda a mozková komoce) došlo k poruše hybnosti především na pravé horní končetině, k poruše mluvení a tedy i mezilidské komunikace a k poruše vnímání sama sebe, vlastního tělesného schématu.

V oblasti komunikace byl největší problém v tom, že pacientka nebyla schopna se vyjadřovat, mluvenému slovu rozuměla, ale „nemohla“ mluvit.

Pacientka se snažila v rámci svých možností s okolím komunikovat, i když pouze velmi omezeně. Ošetřující personál si ani nebyl mnohdy jistý, zda jim pacient rozumí a zda dobře chápe, co po ní chtějí. Byla použita technika analogování. Na svou rodinu, na syna a na dceru, reagovala velmi emocionálně, často plačtivě a lítostivě.

Plán individuální ošetrovatelské péče byl sestaven po podrobném prostudování jak lékařské, tak i ošetrovatelské dokumentace zdravotních sester a na základě rozhovoru s nimi (jejich postřehů). Cílem péče bylo zajistit, aby pacientka opět mohla vnímat a ovládat své tělo, proto byla zvolena metoda somatické stimulace.

Po rozhovoru s dětmi paní bylo upraveno i její okolní prostředí (předměty na nočním stolku: kam byly dány fotografie dětí, vnučat, brýle a její talisman - kaštan), také sem byly dány pacientkou užívané hygienické potřeby (mýdlo, pleťový krém, parfém), ručníky. Z oblečení bylo přineseno její nejoblíbenější, kdy jsem se se zdravotníky dohodla, že se budou snažit jí do tohoto oblečení oblékat. Následně jsem u pacientky plánovala i vibrační stimulaci, proto jsem požádala rodinu o přinesení elektrického zubního kartáčku.

6.6 Průběh bazální stimulace dle plánu

K možnosti provedení tzv. iniciálního doteku jsem si zvolila levé rameno pacientky, neboť pravá horní končetina nevykazovala takovou senzitivitu. O volbě místa iniciálního doteku jsem informovala všechny členy ošetrovatelského týmu, aby tento dotek, při práci před začátkem a na konci každé činnosti s pacientkou, také používali. Také jsem se domluvila s ošetřujícím personálem, že hygienu pacientky (jak těla, tak i ústní hygienu) budu realizovat v rámci mé intervence.

Cílem somatické stimulace bylo, aby v rámci polohování do pozice „hnízdo“ (viz příloha F) pacientky došlo k tomu, aby začala opětovně vnímat a chápat hranice svého těla a jejího okolí, dále jsem se zaměřila na realizaci kontaktního dýchání a na masáž stimulující dýchání.

Za paní jsem docházela po celou dobu její hospitalizace v nemocnici a v současné době za ní docházím i do domácího prostředí. Pacientka si na mě a na mou péči zvykla a jak sama uvádí, pomáhá jí to.

V době hospitalizace jsem za pacientkou přicházela již ráno, kdy jsem začínala celkovou koupelí na lůžku (2x týdně se pacientka, po zlepšení celkového stavu, koupala v koupelně. Z důvodu parézy pravé strany těla jsem zvolila metodu neurofyziologické koupele, která vychází z poznatků a metody Bobathových, kdy cílenou stimulací poškozené části těla je umožňováno vnímání této části těla. Koupel jsem začínala také iniciováním dotekem a stála jsem u strany poškozené. Koupel byla ukončena masáží stimulující dýchání. Jejím cílem bylo, aby si pacientka uvědomila svůj dech a schopnost dýchat (prevence vzniku pneumonie z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžku). Reakce pacientky na koupel byly zprvu pouze vegetativní a instinktivní (zrychlení dechové a srdeční frekvence, snaha o zakrývání intimních míst zdravou končetinou apod.).

Asi po třech dnech koupele došlo ke zlepšení pohybu a rotace hlavy, kdy se pacientce podařilo po aplikaci teplé vody hlavu otočit za svým hlasem.

Kolem pátého dne jsem činnost s pacientkou obohatila o další metodu bazální stimulace, a to o orální stimulaci. Nejdříve jsem se rodiny zeptala, jaké chutě má paní ráda (sladké, jahodový džus) a to jsem při orální stimulaci využila. U pacientky tato metoda byla od počátku zcela bez problémů, i proto, že pacientce byla několikrát denně prováděna hygiena dutiny ústní. Při orální stimulaci pacientka otevřela ústa ihned po mé výzvě a bylo znát, že tato činnost ji baví a uspokojuje.

Následná péče probíhala již na neurologickém oddělení, kam jsem docházela spíše v dopoledních hodinách, již ne po ránu. Koupel jsem již ponechala na zdravotnickém personálu. Více jsem se zaměřila na rozvoj soběstačnosti a komunikace pacientky. Paní na mě po příchodu reagovala úsměvem a zvednutím levé ruky na pozdrav. V této době jsem se rozhodla se započítím mobilizace pacientky, počátky mobilizace jsem aplikovala již před ukončením hospitalizace. Pacientka byla

i nadále oblékána do svého oblíbeného oděvu: trička a elastických kalhot. Reakce paní prezentovaly, že si začíná sama uvědomovat vlastní tělo a jeho hranice od okolí.

Současně s mobilizací jsem se snažila o vestibulární stimulaci jako prevenci ortostatické synkopy, kolapsu apod. Před každou změnou polohy (sed, stoj) byla aplikována vestibulární stimulace (otáčení hlavou do stran) a zároveň jsem pozorně sledovala reakci pacientky. Zprvu přivírala oči, bylo jí nevolno, ale po několika dnech se tento stav kompenzoval.

Po přeložení pacientky na rehabilitační oddělení a oddělení následné péče jsem svou péči dělila s péčí fyzioterapeutů, kteří se zabývali především mobilizací pacientky, dále také nácvikem sebeobsluhy a sebeděže a tréninku řeči (technikou analogování).

Dalším důležitým prvkem mého přístupu byla taktilně-haptická stimulace na pravé horní končetině. Levá ruka byla plně schopná aktivity (držení lžice, držení hrnečku s uchem, podávání si věcí a jiné aktivity). Pravá horní končetina neustále vykazovala flekční postavení mírné intenzity. Bylo tedy nutno stimulovat vnímání a hybnost na pravé končetině, a to za pomoci neurofyziologických koupelí a masáží. Po pár dnech práce s těmito metodami byla pravá horní končetina teplá, bez zvýšeného svalového tonu a elasticity. Dále jsem pacientce do dlaně vkládala její oblíbené předměty (talisman, míček, kaštan apod.) a trénovaly jsme úchop a puštění předmětu.

Asi 20. den hospitalizace jsem se dohodla s ošetřujícím personálem, že pacientka bude denně, v době po snídani a po obědě, vysazována do křesla v jídelně na oddělení, aby docházelo ke změně prostředí a stimulaci pacientky, její orientaci. Toto se pacientce velmi líbilo, v jejím stavu došlo k velkému pokroku a zlepšení, začala mít zájem o vše kolem sebe, snažila se více pracovat s pravou horní končetinou. Do péče jsem zařadila i metodu auditivní stimulace, pacientce jsem předčítala její oblíbenou knihu a snažila se o to, aby se pacientka některá slova zkoušela opakovat.

Pacientka byla propuštěna 30. den po iktu do domácího prostředí, kam sama chtěla. Pobyt v zařízení ústavní péče radikálně odmítla a rodina se obávala, že by v případě jejího umístění do ústavu sociální péče mohlo dojít ke zhoršení stavu a apatii. Pobyt pacientky v domácím prostředí byl volen také proto, že blízko pacientky žije syn, který je schopen se o paní částečně postarat, snahou je také zajištění pravidelné pečovatelské služby.

V současné době k pacientce ještě docházím v rámci dlouhodobé péče, kde se zaměřuji především na nácvik sebeobsluhy, motoriky. Stav pravé horní končetiny je velmi uspokojivý, pacientka v ní udrží větší předměty, svalový tonus se blíží

fyziologickému stavu a spasticita již není přítomna. Také oblast komunikace se zlepšila, rodina s paní denně trénuje mluvení, výslovnost slov.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vágnerová uvádí, že: „*starší člověk je ve větší míře zaměřen do minulosti. Jeho postoj ke světu i k sobě samému je převážně bilancující, už nemá tendenci něco měnit*“ (Vágnerová, 2008, s. 303). Na základě těchto slov je důležité si uvědomit, že to jaký starý člověk je, je již dané a nelze s tím nic dělat. Proto když je pacient, který má své „návyky“ je už velmi těžko měnit. Proto je nutné brát a chápat starého člověka jako individuum se všemi jeho zvláštnostmi.

Současné moderní pojetí ošetrovatelské péče si klade za cíl, aby se pacient mohl navrátit do stavu, který se co nejvíce podobá stavu před traumatem nebo před vzplanutím choroby. Moderní pojetí rehabilitace prezentuje, že u takto nemocných je nutné aplikovat i koncept bazální stimulace. Je kladen důraz na spolupráci jak ošetrovatelského, tak i rehabilitačního týmu, na včasné zahájení rehabilitace, na vypracování rehabilitačního a ošetrovatelského plánu, aby mohlo být dosaženo optimální kvality a efektivity života, a to v co nejkratším čase a s co nejefektivnějšími náklady na léčbu pacienta.

Mezi základní, pro někoho jistě známá, doporučení během bazální stimulace patří: trpělivost, srozumitelnost, schopnost komunikace a navázání adekvátního a kvalitního vzájemného vztahu, empatie, chápání jedince jako individua se všemi jeho zvláštnostmi, otevřený a vřelý přístup s dostatkem času na práci s pacientem, schopnost vybudovat atmosféru bezpečí, jistoty a sounáležitosti. Pro pracovníka ve zdravotnictví je důležité, aby dokázal dle těchto uvedených doporučení pracovat, a to jak s nemocnými v bdělém stavu, tak i s nemocnými, kteří se nacházejí v bezvědomí, ve stavu vigilního kómatu, kde je vhodné ještě užívat postupy konceptu bazální stimulace (tak, jak byly popsány v předešlé kapitole této práce).

Práce pomáhajících profesí je sama o sobě náročná a vyčerpávající. Předpokladem k úspěšnému zavedení bazální stimulace je schopnost vcítění se do sebe sama a ochota se dále vzdělávat a být otevřený novým možnostem.

Doporučení pro sestru s konceptem bazální stimulace:

- Každého pacienta posuzovat zcela individuálně, holisticky a především s úctou.
- Zaměřit se na oblast podpory a stimulace těch schopností, které jsou zachovalé.
- Zachovávat a akceptovat anonymitu pacienta, mlčenlivost a akceptovat jeho stud.
- V rámci realizace konceptu bazální stimulace spolupracovat se všemi osobami, které se na péči o pacienta podílejí.
- Navštívit pracoviště, kde se koncept bazální stimulace používá.
- Sestavení dokumentace k zajištění kontinuity péče.

Doporučení pro rodinu pečující o pacienta v domácím prostředí

- Zajistit klidné, příjemné prostředí, s ohledem na zvyklosti pacienta.
- Oslovovat pacienta tak, jak je zvyklý, a vždy používat iniciální dotek.
- Aplikovat jednotlivé prvky bazální stimulace pravidelně a zohlednit pacientovu vyčerpanost. Přílišná aktivizace jedince vyčerpá, a tím snižuje odezvu.
- Zachovávat u pacienta denní rytmus.
- Polohovat pacienta pravidelně, s ohledem na jeho zvyklosti.
- Zajistit kontakt se všemi členy rodiny.

Doporučení společnosti k rozvoji a šíření konceptu bazální stimulace:

- Sestavení odborného edukačního materiálu/brožurky pro personál.
- Sestavení zjednodušeného edukačního materiálu/brožurky/leták pro rodinu.
- Zajišťování bezplatných kurzů pro pečující i rodinu pacienta.
- Zajišťování odborných kurzů v zahraničí pro lektory bazální stimulace.
- Sestavení konkrétních plánů pro jednotlivé skupiny pacientů (seniory, děti).
- Zavedení studia bazální stimulace na středních a vysokých školách zdravotnických.
- Šíření konceptu bazální stimulace prostřednictvím internetu, videí, obrázků apod.

ZÁVĚR

Cílem Bakalářské práce bylo studium a analýza základních prvků bazální stimulace, a jeho integrace do ošetrovatelské péče o seniory. V práci byl popsán koncept bazální stimulace s definováním a popsáním jednotlivých metod práce (konkrétní metody stimulace: auditivní, olfaktorická, taktilně-haptická a další), které je možno u seniorů využívat, a tak zvyšovat jejich soběstačnost, zachování motoriky a lokomoce v prostoru, schopnost komunikace a zvyšování jejich kvality života. Tyto postupy bazální stimulace je možno využívat také při snaze o obnovu funkcí orgánových systémů, které byly porušeny patologickým procesem (stavy po cévní mozkové příhodě, úrazy apod.).

Teoretická část práce je vypracována do samostatných kapitol a podkapitol, které se týkají např. popisu konceptu bazální stimulace, jednotlivých typů stimulace a jejich charakteristiky, historie a současného stavu a pohledu na bazální stimulaci jako takovou. Součástí teoretické části práce je i popis problematiky stáří a stárnutí, syndromy stáří, neboť praktická část práce je věnována osobě v seniorském věku.

V praktické části práce byla sepsána kazuistika pacientky po cévní mozkové příhodě, u které byl v praxi aplikován koncept bazální stimulace. Jednalo se o paní, která v září 2013 prodělala cévní mozkovou příhodu (ischemického typu) a jejíž celková hospitalizace trvala 30 dní a po tuto dobu u ní byla bazální stimulace realizována v různých metodách (orální stimulace, taktilně-haptická stimulace, auditivní a motorická apod., s cílem obnovení a zachování či rozvoje soběstačnosti, k možnému setrvání v domácím prostředí, k rozvoji a aktivaci jejího vnímání, komunikace a také pohybových schopností.

Bakalářská práce je zpracována za využití dostupných prací zejména Karolíny Friedlové, která je průkopnicí, velkou odbornicí, zakladatelkou konceptu bazální stimulace v České republice, a na základě kurzu bazální stimulace pod vedením certifikované lektorky Bc. Heleně Dvořákové.

Celá má intervence probíhala po dobu hospitalizace pacientky v nemocnici a v současné době ještě za paní 1-2 krát v týdnu docházím do jejího domácího prostředí. Snahou byl detailní popis konkrétního případu pacientky, u které jsem použila koncept bazální stimulace. V kapitole Doporučení pro praxi uvádím návrh o rozvoj a nastavení pravidel pro práci s pacientem při užití bazální stimulace.

Závěrem je možno říci, že smyslem konceptu bazální stimulace je zaměření se na oblast podpory komunikace, vnímání a mobilizace zachovaných čili zbytkových schopností a dovedností pacienta. V rámci realizace konceptu bazální stimulace je vždy nutné přistupovat k pacientovi zcela individuálně, s respektem a zachovávat také jeho autonomii a důstojnost, a to i v těch případech, že se například jedná o pacienta v bezvědomí, ve stavu vigilního kómatu, nebo právě seniora.

SEZNAM POUŽITÉ LETERATURY:

BRÍMOVÁ, Pavlína. <https://is.muni.cz> [online]. Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života. 2010 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/142371/lf_m/Diplomova_prace_Pavlina_Brimova.pdf.

BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. BasaleStimulation in der Pflege: dieGrundlagen. 7., überarb. Aufl. Bern: VerlagHans Huber, 2012. ISBN 978-345-6851-105.

BRÍMOVÁ, Pavlína. <https://is.muni.cz> [online]. Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života. 2010 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/142371/lf_m/Diplomova_prace_Pavlina_Brimova.pdf.

BUCHHOLZ, Thomas a Ansgar SCHÜRENBERG. BasaleStimulation® in der Pflege alter MenschenAnregungenzurLebensbegleitung. 4. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, 2013. ISBN 978-345-6853-024.

CEJHONOVÁ, Magda. [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta. 2009 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-geriatrickeho-pacienta-417235>.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.

DLUGOŠOVÁ, Anna, TKÁČOVÁ, Lubomíra. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí. [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. 2010 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komplexni-osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-demenci-456639>.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Co je Bazální stimulace. *Www.bazalni-stimulace.cz* [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP. Ročenka intenzivní medicíny. Galén. Praha: 2003, s. 313 – 316. ISBN 80-7262-227-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Dynamika ošetrovatelství - Bazální stimulace. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 11, s. 30, ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2007a. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*. Sborník příspěvků Historicky 2. národní konference Bazální stimulace s mezinárodní účastí. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2007b. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Www.bazalni-stimulace.cz* [online]. Co je Bazální stimulace. 2004-2013 [cit. 2013-11-09]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php.

FUCHSOVÁ, Pavlína. *Www.library.upol.cz* [online]. Problematika soběstačnosti a její dopad na. 2010 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/80346-858136656.pdf>.

HRABOVSKÁ, Pavla. [Http://is.muni.cz](http://is.muni.cz) [online]. Kvalita života seniorů. 2006 [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/54244/pedf_m/Kvalita_zivota_senioru.doc.

JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. 220 s. ISBN 978-80-7368-915-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Kvalita života*. 1. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80 – 86625 – 20 – 6.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatricii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4743-165

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ Marie. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova v Praze., 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WEBER, Petr a kolektiv. *Www.vnitrnilekarstvi.cz* [online]. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. 2011. [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.cz/online/E2010_18?confirm_rules=1.

Www.czso.cz [online]. Věková skladba obyvatelstva v roce 2010. 2010 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2010.

ZACHAROVÁ, Eva. *SWww.osu.cz* [online]. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. 2010 [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/886.pdf>.


ZIMMELOVÁ, Petra. *Domáci násilí na seniorech - ekonomické zneužívání seniorů*. České Budějovice, 2007. Disertační práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Vedoucí práce Miloš Velemínský.

PŘÍLOHY

- Příloha A** Mini Mental State Examination - Folsteinův test kognitivních funkcí
- Příloha B** Activity of Daily Living (Barthelové test základních všedních činností)
- Příloha C** Instrumental Activities of Daily Living - Test instrumentálních všedních činností
- Příloha D** Mini Nutritional Assessment – Malý výživový test
- Příloha E** Visual analog scale - Vizuální analogová škála
- Příloha F** Celková koupel zklidňující
- Příloha G** Celková koupel osvěžující
- Příloha H** Celková koupel neurofyziologická
- Příloha I** Poloha „hnízdo“
- Příloha J** Návrh bibliografické anamnézy

Příloha A**MinimentalStateExamination – Folsteinův test kognitivních funkcí**

OBLAST HODNOCENÍ	Pokládáné otázky	Body
Orientace	Jaký je rok?	1
	Jaké je roční období?	1
	Který je nyní měsíc?	1
	Který je den v týdnu?	1
	Ve kterém jsme státě?	1
	Ve kterém jsme okrese?	1
	Ve kterém jsme městě?	1
	Jak se jmenuje nemocnice, ve které se nacházíme?	1
	Ve kterém jsme poschodí?	1
	Kolikátého je dnes?	1
	Celkem bodů za oblast „orientace“ (max. počet 10)	
Paměť Sestra vyjmenuje vyšetřovanému 3 předměty, které pacient zopakuje.	Okno	1
	Tužka	1
	Kniha	1
Celkem bodů za oblast „paměť“ (max. počet 3)		
Pozornost Nemocný je vyzván, aby odečítal od čísla 100 číslo 7, a to 5krát po sobě.	93	1
	86	1
	79	1
	72	1
	65	1
Celkem bodů za oblast „pozornost“ (max. počet 5)		
Výbavnost Úkolem je zopakovat 3 dřívě	Okno	1
	Tužka	1

jmenované předměty.	Kniha	1
	Celkem bodů za oblast „Výbavnost“ (max. počet 3)	
Pojmenování	Co to je? Hodinky	1
Pacientovi se ukáží dva předměty, které pojmenuje.	Co to je? Tužka	1
	Celkem bodů za oblast „pojmenování“ (max. počet 2)	
Opakování	„Žádná ale, jestliže, kdyby.“	1
Pacient se vyzve, aby opakoval.	Celkem bodů za oblast „opakování“ (max. počet 1)	
Třístupňový příkaz	Uchopení papíru do pravé ruky	1
Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ <i>Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.</i> “	Přeložení papíru na polovinu	1
	Položení papíru na zem	1
	Celkem bodů za oblast „třístupňový příkaz“ (max. počet 3)	
Čtení	Pacient přečetl nápis a splnil úkol.	1
Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „ <i>Zavřete oči,</i> “ vyzvěte jej, aby úkol splnil.		
	Celkem bodů za oblast „čtení“ (max. počet 1)	
Psaní	Smysluplná věta	1
Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (podnět + přísudek)		
Kreslení		1
Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Udělte 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly.		
	Celkem za oblast „psaní a kreslení“ (max. počet 2)	

Zdroj: Pokorná, 2013, s. 140-142.

Příloha B

ActivityofDailyLiving – Barthelové hodnotící test základních všedních činností.

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun na lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Pokorná, 2013, s. 164-165

Příloha C

InstrumentalActivitiesofDailyLiving – Test instrumentálních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí jej	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce, nebo neudrží čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací, nebo se práce neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	Samostatně, správnou dávkou, správnou dobu	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
	neprovede	0

Zdroj: Pokorná, 2013, s. 176

Příloha D

Mini Nutritional Assessment – malý výživový test

Screening

(jméno, příjmení, pohlaví, věk, váha, výška, datum)

A Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů

(včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?

0 = výrazné snížení příjmu potravy

1 = mírné snížení příjmu potravy

2 = bez snížení příjmu potravy

B Úbytek váhy za poslední 3 měsíce

0 = úbytek váhy větší než 3 kg

1 = neví

2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg

3 = žádný úbytek váhy

C Mobilita

0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní

1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí

2 = samostatná chůze bez omezení

D Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním

0 = ano

2 = ne

E Neuropsychické poruchy nebo obtíže

0 = vážná demence nebo deprese

1 = mírná demence

2 = žádné psychické problémy

F1 Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m)

0 = BMI nižší než 19

1 = BMI od 19 a nižší než 21

2 = BMI od 21 a nižší než 23

3 = BMI 23 nebo vyšší

POKUD BMI NENÍ K DISPOZICI, NAHRAĎTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2.

NEODPOVÍDEJTE NA OTÁZKU F2, POKUD JSTE ODPOVĚĎELI NA OTÁZKU F1.

F2 Obvod lýtka v cm (měří se v nejširším místě)

0 = Menší než 31

3 = 31 nebo větší

Výsledek Screeningu = součet bodů , (max. 14 bodů)

12-14 bodů: normální výživový stav

8-11 bodů: v riziku podvýživy

0-7 bodů: podvyživený/á

Zdroj: Pokorná, 2013, s. 160

Příloha E
Visual analog scale - Vizuální analogová škála (VAS)

Medscape

How severe is your pain today? Place a vertical mark on the line below to indicate how bad you feel your pain is today

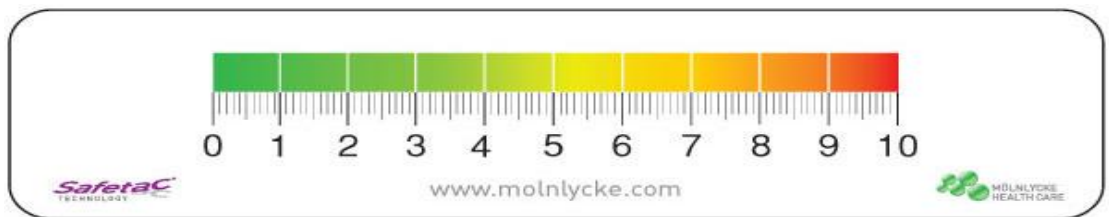
No pain | _____ | Very severe pain

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No pain Moderate pain Worst possible pain

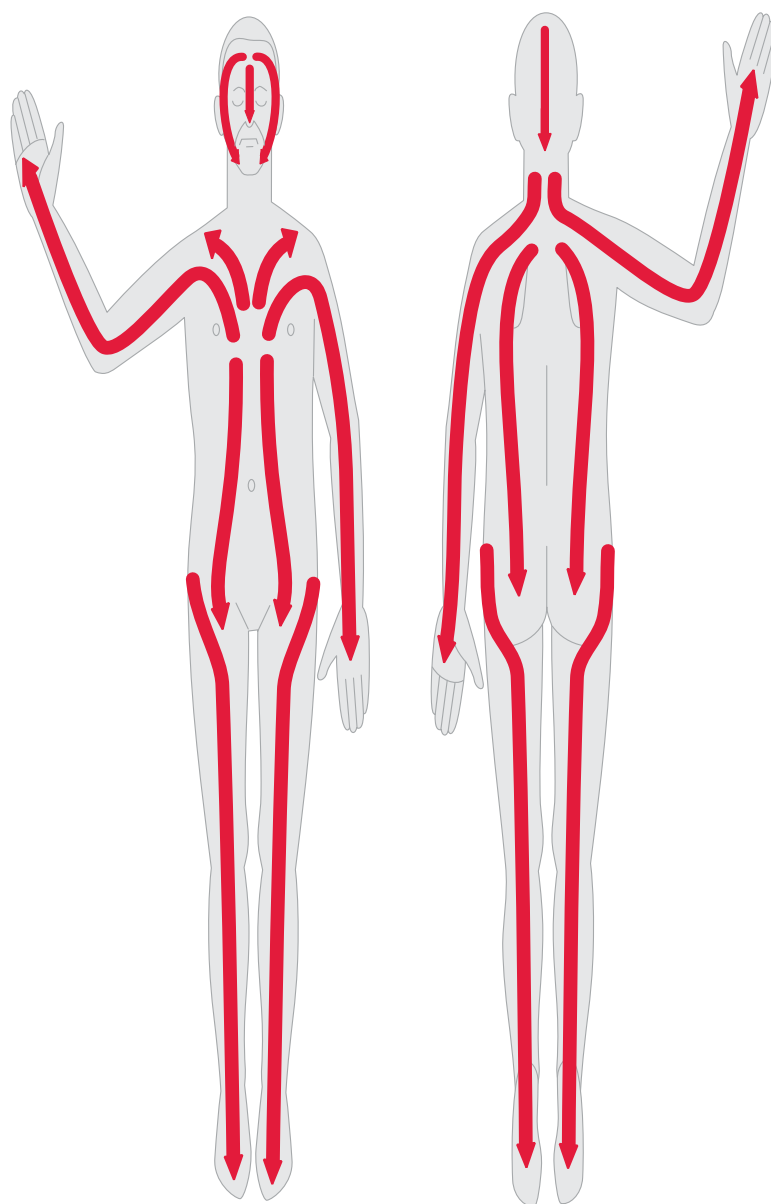
No pain Mild Discomforting Distressing Horrible Excruciating

Source: Expert Rev Hematol © 2011 Expert Reviews Ltd



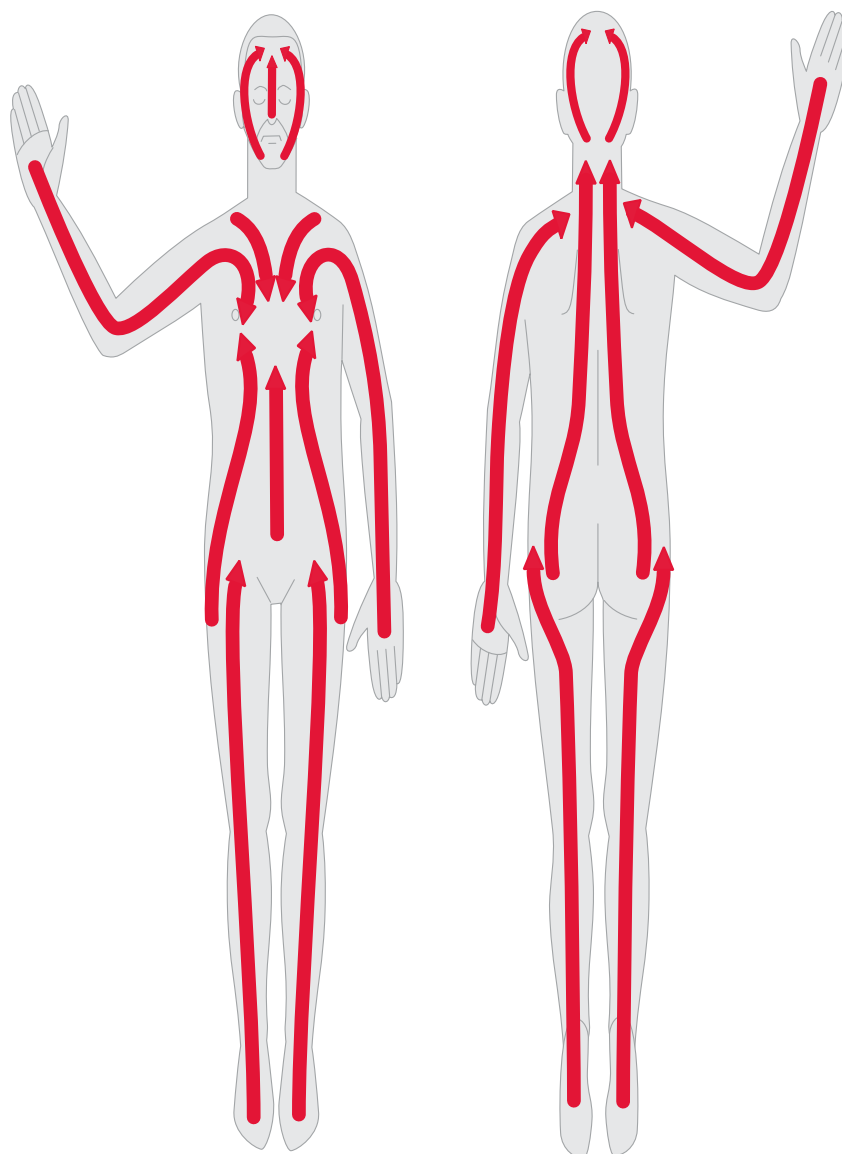
Zdroj: www.monlycke.com

Příloha F – Celková koupel zklidňující



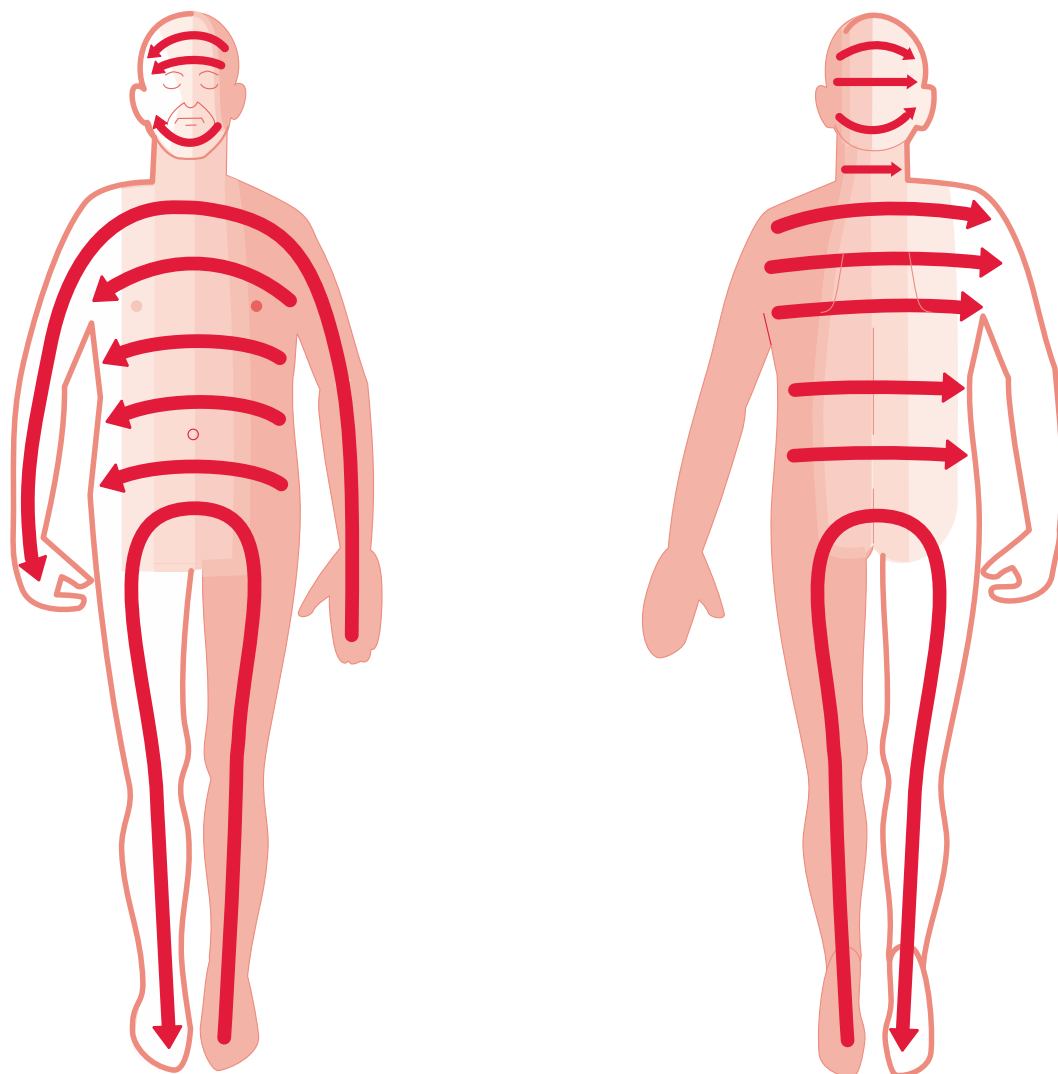
Zdroj: Buchholz, 2013, s. 145

Příloha G – Celková koupel osvěžující (povzbuzující)



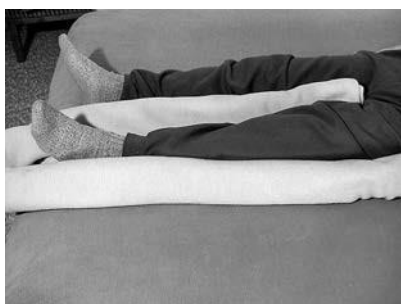
Zdroj: Buchholz, 2013, s. 145

Příloha H – Celková koupel neurofyziologická



Zdroj: Buchholz, 2013, s. 149

Příloha I – poloha „hnízdo“



Zdroj: Buchholz, 2013, s. 109

Příloha J

Návrh bibliografické anamnézy

1. Jak oslovovat pacienta?
2. Jaké je vzdělání, povolání, koníčky pacienta?
3. Jak pacient vidí, slyší, popřípadě jaké používá kompenzační pomůcky?
4. Je pacient pravák nebo levák, popřípadě jsou nějaké výjimky v určitých činnostech? (např. v uchopení příboru)?
5. Jaký je denní režim pacienta, v kolik hodin vstává/usíná?
6. Jaké doteky těla má pacient rád/nerad, jaké části těla jsou obzvláště citlivé (vlasy, krk, obličej, ústa, břicho, záda, paže, nohy apod.)?
7. Má pacient určité rituály při osobní hygieně (pomůcky, mýdlo, šampon, krém apod.)?
8. Jak si pacient čistí zuby, kolikrát denně, jaké používá pomůcky (typ kartáčku, pasta, mezizubní nit, ústní voda apod.)?
9. Jak je pacient zvyklý se starat o vlasy (umývání – jak často, pomůcky, česání – typ hřebenu, sponky apod.)?
10. Jak se pacient holí (jak často, pomůcky)?
11. Jak se stará o nehty (jak často, pomůcky)?
12. Jaké oblečení nosí nejčastěji?
13. Co rád jí/pije, jak často? Co naopak rád nemá?
14. Jak je pacient zvyklý spát, v které poloze, co má obvykle na sobě?
15. Co má pacient rád zvuky (typ hudby, TV programy, rádio apod.)?
16. Jaké má rád vůně (parfém, toaletní voda, tělové mléko apod.)?
17. Ostatní sdělení...

Zdroj: Buchholz, 2013, s. 391-403

REŠERŠ

Místo: Moravská zemská knihovna v Brně, Kounicova 65a, 601 87 Brno

Téma práce: Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o seniory

Datum: 15.11.2013

Žadatel: Michala Radomská, Sušilova, 602 00 Brno, e-mail: radomi@seznam.cz

číslo průkazky: 00201872831871

Studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5, obor všeobecná sestra

Excerpované zdroje:

- katalog MZK,
- Souborný katalog ČR – CASLIN,
- Medvik – BibliographiaMedicaČechoslovaca,
- Slovenská lekárska knižnica - BibliographiamedicaSlovaca,
- báze ANL,
- EBSCO,
- ProQuestCentral,
- ScienceDirect,
- Springer Link,
- Web of Science,
- PubMed,
- Theses,
- Scholar Google,
- Scirus.

Jazykové vymezení: čeština, němčina, angličtina

Časové vymezení literatury: nespecifikováno

Rešeršér: Martina Machátová, Moravská zemská knihovna v Brně, tel. 541 646 170, e-mail: machat@mzk.cz

- 1.) DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 2.) FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- 3.) FRIEDLOVÁ, K. *Www.bazalni-stimulace.cz* [online]. Co je to bazální stimulace. 2004-2013 [cit. 2013-10-18]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php.