

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Implementace konceptu bazální stimulace
v domovech důchodců Jihočeského kraje**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sloupová

Autor: Jaroslava Veselá

6.5.2009

Abstrakt

The theme for the bachelor work is **the implementation of the conception of the basal stimulation in the retirements homes in the South Bohemian region**. At present, the age average of seniors in all types of social care establishments is increasing, especially in residential establishments. To reach the quality of the provided care, it is necessary for all members of the nursing staff to be informed of the problems and to manage the process of taking control of these problems and to solve them. One of the most demanding tasks of the nursing care is to meet the needs of the client and to understand the style of communication. The basal stimulation is a conception that helps to meet the needs of all clients. It derives benefit from previous firmly footed life habits, customs and experiences of the client.

The aim of the work is to find out, if the nursing team is making use of the basal stimulation conception in the retirement homes of the South Bohemian region. In the work, two hypothesis have been pointed: Hypothesis 1: In the retirement homes of the South Bohemian Region, the basal stimulation conception in the nurse care with seniors is not being used. Hypothesis 2: According the subjective opinion of the nurses, the basal stimulation conception is not being used for reasons of absence of nursing staff in the retirement homes. To gain the information, a quantity investigation was used with a method of questioning, with a questionnaire given to the nursing staff of seven selected retirement homes in the South Bohemian region

Through the analysis of collected data subsequently processed into graphic charts and schemes, the first pointed out hypothesis was disproved and the second hypothesis was affirmed. In two selected retirement homes, the basal stimulation conception is used. When treating seniors, the method most frequently used is the positioning with bead aids.

I believe that the investigation is also a practical contribution for the reason of the exchange of information about the existence of the basal stimulation conception to the nursing staff who have not yet been informed about it,

I hope that the basal stimulation will gain a basic position among the established methods of nursing care and will become a great contribution for the patient as well as for the whole nursing team.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma implementace konceptu bazální stimulace v domovech důchodců Jihočeského kraje vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Písku 6. 5. 2009

.....

Jaroslava Veselá

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Haně Sloupové za cenné rady a vedení práce.

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	10
1.1.1 Historie konceptu bazální stimulace	11
1.1.2 Zavádění konceptu bazální stimulace do praxe.....	13
1.1.3 Komu je koncept bazální stimulace určen	13
1.2 PÉČE O SENIORY	14
1.3 DOMOV DŮCHODCŮ	15
1.4 ZÁSADY V PÉČI S KONCEPTEM BAZÁLNÍ STIMULACE.....	16
1.5 VÝZNAM KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	18
1.6. VÝZNAM DOTEKŮ V OŠETŘOVATELSTVÍ A INICIÁLNÍ DOTEK.....	19
1.7 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	20
1.8 DRUHY ZÁKLADNÍCH STIMULACÍ POUŽÍVANÝCH PŘI BAZÁLNÍ STIMULACI.....	21
1.8.1 Somatická stimulace	21
1.8.2 Prvky somatické bazální stimulace.....	22
1.8.3 Vestibulární stimulace.....	25
1.8.4 Vibrační stimulace.....	25
1.9 DRUHY NÁSTAVBOVÝCH STIMULACÍ POUŽÍVANÝCH PŘI BAZÁLNÍ STIMULACI	26
1.9.1 Optická stimulace.....	26
1.9.2 Auditivní stimulace.....	27
1.9.3 Orální stimulace.....	28
1.9.4 Olfaktorická stimulace	28
1.9.5 Taktilně haptická stimulace.....	29
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	30
3. METODIKA.....	31
3.1 POUŽITÉ METODY.....	31
3.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	31
4. VÝSLEDKY	32
5. DISKUSE.....	48
6. ZÁVĚR	55
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	57
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	60

9. PŘÍLOHY.....	61
------------------------	-----------

Úvod

Téma „Implementace konceptu bazální stimulace v domovech důchodců Jihočeského kraje“ jsem si pro tuto svou bakalářskou práci zvolila především z důvodu dlouhodobého zájmu o tuto problematiku. Proto jsem také absolvovala základní a nástavbový kurz pod vedením Mgr. Karolíny Friedlové, přední propagátorky tohoto konceptu v České republice a zakladatelky Institutu Bazální stimulace v Ostravě.

Několik let jsem pracovala jako staniční sestra v zařízení pro seniory, kde jsme koncept bazální stimulace používali u klientů s různými druhy onemocnění. Nejčastěji šlo o různé druhy demencí, po mozkových příhodách a s postižením pohybového aparátu. K nejnáročnějším úkolům sestry patří pochopení zvláštních potřeb klientů, důležitá je také schopnost porozumět jejich individuálnímu stylu komunikace. Zvláštní potřeby jsou v tomto případě takřka vždy projevem či důsledkem nějakého nedostatku a jsou něčím, bez čeho je další život a vývoj jedince nemyslitelný.

Ošetrovatelská péče o seniory má svá mnohá specifika. Na ošetřující personál jsou zde kladeny vysoké odborné požadavky, které vyplývají zejména ze zvláštností a odchylek v rozpoznávání nemocí a jejich průběhu. I velmi starý a závažně nemocný člověk stále pociťuje potřeby smysluplnosti, participace na dění ve svém okolí, sounáležitosti, důstojnosti, autonomie, smyslové a komunikační stimulace ad. U klientů v ústavní péči se někdy stává, že jejich „vyšší“ potřeby (psychické, duchovní) jsou do určité míry přehlíženy, protože péče je více zaměřena na uspokojování potřeb „základních“ (biologických). Toto riziko vzrůstá v závislosti na vážnosti onemocnění, tj. například u lidí, kteří jsou imobilní, nedokážou se bránit, obtížně komunikují s okolím a vyjadřují své potřeby. Jedním ze základních požadavků ošetřování dle konceptu bazální stimulace je neopomíjet žádnou z potřeb pacienta.

Bazální stimulace je koncept, který napomáhá uspokojovat všechny potřeby pacientů a který speciálními technikami a programy stimuluje pacienta v oblasti somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické. Důraz klade také na využití dřívějších životních návyků a zkušeností pacienta.

Účelem této bakalářské práce je zjistit zda v domovech důchodců Jihočeského kraje ošetrovatelský personál konceptu bazální stimulace využívá. Uvedené informace byly získány pomocí kvantitativního šetření metodou dotazování, pro jehož účely tak byl vypracován dotazník určený ošetrojícímu personálu vybraných domovů důchodců v Jihočeském kraji. Věřím, že šetření bude mít i praktický přínos z důvodu zprostředkování informací o existenci konceptu bazální stimulace také ošetrojícímu personálu, který o něm dosud nevěděl.

Také doufám, že se v blízké budoucnosti dostane konceptu bazální stimulace významnějšího postavení a uplatnění v ošetrovatelské péči v domovech důchodců a stane se tak velkým přínosem, jak pro klienty, tak i pro všechny členy ošetrovatelského personálu.

1. Současný stav

1.1 Koncept bazální stimulace

„Bazální stimulace není metoda nebo technika, ale koncept, který je otevřený dalšímu vývoji, změnám a také spolupráci s jinými koncepty (např. kinestetika, Bobath koncept...). Koncept užívá tréninkových programů a různých technik, kterými podporuje rozvoj schopností vnímání, komunikace a lokomoce. Ošetřující, kteří s konceptem pracují, strukturují ošetrovatelskou péči tak, aby byly maximálně zohledněny návyky klienta a podporovány jeho schopnosti. Jedná se o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit ošetrovatelskou péči životní situaci klienta a poskytnout mu odpovídající stimuly. Péče není náročná, vyžaduje pouze proškolený personál a spolupráci všech členů týmu. V žádném případě nevyžaduje pro zařízení žádné finanční zatížení a použití nadstandardních pomůcek či přístrojů a ani není náročná na čas, protože koncept se integruje do základní ošetrovatelské péče.“ (Friedlová, Sestra 11/2005, str. 30)

Bazální stimulace je koncept, který v nejzákladnější rovině všestranně podporuje lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již od embryonální fáze lidského života a mají od narození člověka až do jeho smrti nenahraditelný význam. Pouze díky smyslům můžeme vnímat sebe sama a okolní svět, díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat – pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují (1).

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou tedy pohyb, komunikace, vnímání a jejich úzké propojení. Koncept umožňuje lidem se změnami a omezeními v těchto třech oblastech podporu, a to především cílenou stimulací smyslových orgánů. Využívá přitom schopnosti lidského mozku uchovávat životní návyky získané zkušeností v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje také vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci určitých mozkových lokalit. Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti

lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a konkrétnímu stavu pacienta, na kterého nahlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Každý má vzhledem ke svému momentálnímu stavu vědomí jiný požadavek na komunikaci se svým okolím, což koncept zohledňuje, a tím poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči (1).

1.1.1 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Během pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace. S dětmi s vážnějším postižením v oblasti vnímání z důvodu hluboké mentální retardace nebylo možno navázat verbální komunikaci. Proto se Fröhlich zaměřil na podporu senzomotorické komunikace těchto dětí, při čemž vycházel z poznatků vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání dokázal nakonec s takovými dětmi velmi úspěšně komunikovat. Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelné, a to alespoň v oblasti vnímání vlastního těla či nácviu různých pohybových vzorců pro účely sebeobsluhy a hygieny. Koncept bazální stimulace otevřel speciálním pedagogům novou cestu k jejich klientům a umožnil jim nejen podpořit i tyto děti v jejich vývoji, ale i zkvalitnit jim prožívání života. Dnes působí A. Fröhlich jako profesor na univerzitě v Landau, je autorem celé řady publikací a neustále pracuje na dalším rozvoji konceptu bazální stimulace (1).

Do ošetrovatelské péče se koncept bazální stimulace dostal v 80. letech 20. století, a to zásluhou zdravotní sestry a profesorky Christel Bienstein. Ta pracovala mnoho let ve Vzdělávacím centru německého svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu v Německu a také v oblasti intenzivní medicíny. Aplikací konceptu do

ošetřovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního způsobu a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetřovatelské péče v intenzivní medicíně. Od poloviny osmdesátých let úzce spolupracuje s prof. Fröhlichem v problematice ošetřovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena. Od roku 1994 vede Institut výzkumu ošetřovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. V roce 2003 převzala Christel Bienstein profesuru v oblasti výzkumu v ošetřovatelství na univerzitě v Brémách. V rámci své vědecké práce vede výzkumné projekty v oblasti změn lidského vnímání. Ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí péče, jako například geriatrické, psychiatrické a také paliativní péče, se koncept začlenil do všech těchto oblastí (1).

V České republice je jedinou certifikovanou lektorkou konceptu Bazální stimulace PhDr. Karolína Friedlová. Vystudovala bakalářské studium ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a absolvovala magisterské studium na Katedře antropologie a zdravotní pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Na Akademii ve Vídni dokončila studium na lektora konceptu bazální stimulace. V roce 2007 obhájila doktorát. V letech 1988-2003 působila jako zdravotní sestra na privátní klinice v Rakousku a na univerzitní klinice v Mnichově. O konceptu bazální stimulace informovala českou ošetřovatelskou veřejnost poprvé v roce 2000. Od roku 2003 do roku 2005 byla odbornou asistentkou na Katedře ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity. Od roku 2005 vede Institut Bazální stimulace se sídlem ve Frýdku-Místku, který je členem Mezinárodní asociace bazální stimulace. Jako certifikovaná lektorka garantuje kurzy vedené lektory vyškolenými Institutem Bazální stimulace. V současné době je odbornou asistentkou na Filosoficko-přírodovědné fakultě Slezské univerzity v Opavě a patronkou Dětského domova pro děti do 3 let Ostrava (22).

1.1.2 Zavádění konceptu bazální stimulace do praxe

Bazální stimulace dnes patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Pro lidi, kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu, pro mentálně postižené a také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání, zkrátka pro většinu klientů ústavů sociální péče, pacientů v nemocnicích, obyvatel domovů důchodců a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života. Významné místo nedávno zaujal také v péči o nedonošené děti (7).

Koncept bazální stimulace má již daleko za sebou fázi dokazování a přesvědčování odborné veřejnosti v 70. a 80. letech minulého století. V současné době se nachází v období zavádění do praxe a realizace. Koncept se uplatňuje v různých oblastech ošetrovatelství. Počet terapeutů, kteří s ním pracují, se neustále rozšiřuje stejně jako jejich zkušenosti s konceptem. Ti, kdo s konceptem pracují, vedou trvalou odbornou diskuzi a sdělují si nové poznatky, zkušenosti, dovednosti. Možnost výměny názorů umožňují různé odborné konference a semináře, odborná literatura a v poslední době také internet. V zahraničí jsou v současné době k dispozici speciální učebnice pro práci s konceptem v jednotlivých oblastech ošetrovatelství, jako např. v intenzivní, psychiatrické, paliativní, geriatrické a neontologické péči, atd. (1).

1.1.3 Komu je koncept bazální stimulace určen

Bazální stimulace je vhodná pro klienty všech věkových kategorií a na různých úrovních péče. Koncept se využívá v intenzivní péči, péči na standardních odděleních nemocnic, v zařízeních pro seniory, ústavech sociální péče pro děti i dospělé, ale i v domácí a hospicové péči. V oblasti intenzivní medicíny je využitelný také v péči o nezralé novorozence, dětské intenzivní péči, stejně jako v péči o dospělé. Pro zdravotnický tým znamená koncept bazální stimulace rozšíření jeho odborných kompetencí. Při sestavování terapeutického plánu se vychází z důkladné analýzy klientova mentálního a somatického stavu, zachovaných schopností a zvláštních potřeb.

Na základě vývoje stavu klienta a jeho reakcí se pak adekvátně přepracovává a upravuje i individuální terapeutický ošetřovatelský plán. Po dlouhodobém společném úsilí mnoha kolegů a kolegyně z ošetřovatelské praxe, jehož cílem byl další rozvoj tohoto konceptu, máme nyní k dispozici takovou formu konceptu bazální stimulace, která je velmi dobře integrovatelná do každodenní ošetřovatelské péče. To znamená, že ošetřující volí takové ošetřovatelské intervence, které zohledňují zároveň koncept bazální stimulace a individualitu klienta (21).

Nejnáročnějšími úkoly ošetřovatelské péče je pochopit speciální potřeby konkrétního klienta a poznat a porozumět jeho stylu komunikace. Na základě toho by mu pak měl být poskytnut dostatečný prostor a odpovídající podpora pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti a zdravotního stavu. Na pacienta musí ošetřující vždy nahlížet jako na jedinečnou osobnost, nezávisle na jeho postižení a aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu. Pouze taková ošetřovatelská péče, která umožní klientovi integraci do současného života s maximálním přihlédnutím a využitím jeho dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jeho budoucí životní potřeby, je péčí vysoce profesionální, kvalitní a humánní (2).

Je zřejmé, že poskytování takovéto ošetřovatelské péče si lze jen stěží představit bez zapojení příbuzných a blízkých osob postižených do procesu péče. Je nutné vytvářet „mosty“ mezi postiženými a jejich rodinou, přáteli, sousedy a usilovat o to je dále udržovat a posilovat. Tato spojení se málokdy vytvoří sama a často je tak na ošetřujících, aby byli při jejich budování oporou a spoluvůrci. Ta pracoviště, která s konceptem bazální stimulace pracují, jsou nucena do značné míry změnit kulturu práce a komunikace na pracovišti. Ošetřující jsou postupně nuceni měnit také své schopnosti, dovednosti a kompetence ve vztahu k pacientům a jejich blízkým, ale také ke svým kolegům. I sami ošetřující mají před sebou ještě dlouhou cestu, ale naštěstí je touha po kvalitní komunikaci přáním většiny zdravých i nemocných lidí (14).

1.2 Péče o seniory

Česká společnost trpí předsudky spojenými se stářím a stárnutím. Potvrzují to průzkumy, z nichž vyplývá, že stáří je opředeno řadou nepravdivých názorových

stereotypů a falešných představ. Začátek stáří nelze totiž přiřadit k žádnému konkrétnímu věku, zato každý věk s sebou nese určité komplikace, popřípadě zdravotní rizika (23).

Senioři tvoří různorodou skupinu lidí od těch plně soběstačných až po ty seniory, kteří jsou na svém okolí závislí v plné míře. Jedni jsou aktivní, soběstační, stále hledají nové informace a zážitky, rozšiřují si své vědomostní obzory, a to i ve velmi vysokém věku. Jiní jsou zcela závislí na svém okolí a mnohdy již nemají žádnou motivaci k tomu, aby si svůj životní styl vylepšili a stali se tak více nezávislími. Projevy stáří jsou u lidí stejného věku různé. Je tedy patrné, že proces stárnutí je proces vysoce individuální povahy. Na procesu stárnutí, na jeho rychlosti a intenzitě se podílí mnoho faktorů. Mezi ty nejvýznamnější patří životní styl člověka, onemocnění a úrazy v produktivním věku, dědičné faktory a faktory prostředí, ale třeba i technologické pokroky v medicíně. Obecně však lze říci, že u starého člověka dochází k různým fyziologickým změnám v oblasti somatické, psychické i sociální.

Koncept bazální stimulace klade velký důraz na rozvíjení variant komunikace se seniory, hlavně s těmi z nich, kteří jsou dezorientovaní, zmatení a lze u nich pozorovat výrazné projevy demence různé etiologie. Bazální stimulace pomáhá poskytovat vjemy organismu až do třetích stádií demencí. Umožňuje komunikaci tam, kde ostatní způsoby komunikace selhávají nebo již dávno nefungují. V neposlední řadě se zaměřuje také na úlohu doteku a dotýkání, které významně utváří vztahy mezi ošetřujícím personálem a ošetřovaným seniorem, kterému poskytuje jistotu a bezpečí, orientaci ve vztahu k sobě i k jeho nejbližšímu okolí (5).

1.3 Domov důchodců

Na péči seniora se podílí mnoho složek. Největší podíl na péči o seniora v dnešní době mají zdravotně-sociální služby. Zatímco v dřívějších dobách péče o seniory náležela především rodině, dnes tuto péči více přejímá stát, který zajišťuje veřejnou dostupnost zdravotně-sociálních služeb svému obyvatelstvu. Péči nicméně zajišťují nejen státní instituce, ale i všemožné neziskové, soukromé, charitativní či církevní organizace.

Domovy důchodců jsou klasickou a nejrozšířenější formou ústavní péče o seniory u nás. Je určena seniorům, kteří potřebují komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina nebo jiné služby sociální péče. Svým klientům nabízejí trvalé ubytování a široké spektrum služeb; poskytují péči nejen pečovatelskou, ale i ošetrovatelskou a lékařskou. Kvalitní zdravotní péče musí být obyvatelům domovů důchodců zajištěna stejně jako každému jinému občanovi této země. Neměla by ovšem ani zcela převážít, člověk by neměl být tlačěn do role nemocného, protože život člověka, ani dlouhodobě nemocného, nelze – přes veškeré limity, které z nemocí vyplývají – redukovat jen na roli pacienta (9).

Senior může být do domova důchodců přijat pouze s jeho písemným souhlasem, který se zpravidla vyjadřuje přímo na žádosti o přijetí do něj. Osoby s demencí lze do domova důchodců přijmout jen v tom případě, že je při něm zřízeno i speciální ošetrovatelské oddělení pro takové osoby (8).

Uplatnění konceptu bazální stimulace má v domovech důchodců velkou perspektivu zejména pro výsostně humanistické směřování a sledování vývoje. Velkým přínosem je zvláště, že nevyžaduje žádné speciální technické zabezpečení. Jeho náročnost na kvalitu lidského potenciálu v ošetrovatelském týmu je však značná. Nezbytnou je potřeba další edukace a motivace členů ošetrovatelských týmů v domovech důchodců, aby se s tímto konceptem učili pracovat (5).

1.4 Zásady v péči s konceptem bazální stimulace

Bazální stimulaci lze integrovat do ošetrovatelské praxe během služby tak, aby nebylo nutné spotřebovat více času než k „normální“ ošetrovatelské péči. Tak například lze pacientovi poskytnout namísto normální tělesné koupele osvěžující celkovou koupel dle konceptu bazální stimulace. Ošetrovatelská péče a její výsledky tak náhle získají zcela jiné dimenze (10).

Koncept je do určité míry založen na osvojení si určitých znalostí, ale nenahraditelně jsou zde zastoupeny i osobnostní a povahové rysy pracovníka, lidský přístup a pochopení. Takoví ošetrovatelé mohou klientovi prospět mnohem více a ve

více směrech než stejně proškolený personál, který postrádá špetku lidského přístupu a zájmu. Koncept totiž není založen jen na výši vzdělání, ale i na empatii každého zdravotníka (19)

Důležité je promyšleně a cíleně plánovat ošetrovatelské aktivity u klienta tak, aby ošetřující nepotřebovali více času a hlavně, aby nebyli rušeni zbytečnými elementy, naplánují-li si určité stimuly na nevhodnou dobu. Je ovšem také nezbytné zohlednit denní rytmus klienta a jeho vyčerpanost či naopak připravenost vnímat podněty. Poskytované stimuly by neměly překročit 20 minut, neboť bychom mohly překročit hranice klientovy schopnosti se koncentrovat a přijímat je. Prvky stimulující klienta jsou pečlivě vybírány na základě tzv. autobiografické anamnézy a na základě jeho aktuálního zdravotního stavu (10). Každá ošetrovatelská aktivita by měla být plánována tak, aby se klientovi stala příjemným zážitkem .

Cíle směřují především k podpoře a umožnění vnímání tak, aby u pacienta docházelo k rozvoji vlastní identity, navázání komunikace se svým okolím, zlepšení funkcí organismu a orientace v prostoru a čase. Mnohaletým vývojem konceptu bazální stimulace a zkušeností s ním v klinické praxi, sestavili autoři konceptu devět centrálních ošetrovatelských cílů, které jsou pro ošetřující vodítkem k sestavování ošetrovatelských plánů (1).

Prvním cílem je zachovat život klienta a zároveň zajistit jeho další vývoj. Druhým cílem je umožnit klientovi pocítit kvalitu vlastního života. Klidným přístupem naplníme další cíl, poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry. Čtvrtý cíl spočívá v rozvoji vlastního rytmu klienta. Pátý cíl naplníme, pokud umožníme klientovi poznávat své okolí. Náplní šestého cíle je pomoci klientovi navazovat vztahy s ošetřujícími, rodinou a svým okolím vůbec. Sedmý cíl znamená umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností. Osmý cíl spočívá ve snaze pomoci klientovi uspořádat jeho vlastní život. Posledním cílem je poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život. Cíle jsou formulovány z pohledu klienta, péče tak je individuálně strukturována (2).

1.5 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

Potřeba komunikovat je jednou ze základních potřeb člověka, je součástí potřeby sociálního kontaktu, uspokojuje potřebu orientace a získávání informací. Přispívá k porozumění okolnímu světu a usnadňuje adaptaci na jeho podmínky. Komunikace má různé formy, nejčastěji probíhá na úrovni verbální a neverbální (11).

Dobrá komunikace se zdá být rozhodujícím faktorem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Komunikace znamená předávání informací, pocitů, citů k druhým (12).

V domovech důchodců se můžeme setkat s klienty, kteří mají vzhledem k svému zdravotnímu stavu specifické potřeby. Nejčastěji jsou to senioři se zdravotním postižením a se syndromem demence. Komunikace s těmito klienty je náročnější, pokud se ošetřující naučí dodržovat určité zásady, díky kterým lépe naváže vztah s klientem, může se jeho práce zefektivnit.(17)

Mosty v komunikaci mezi dvěma světy či světy dvou lidí jsou doteky. Vznik, vývoj a přežití člověka je možné jen v sociálních vztazích. Dítě je od narození odkázáno na péči svého okolí, nejčastěji své matky. Přes matku získává dítě jak důvěru v okolní svět, tak i základní vybavení různé škály citů a pocitů. Ve všech životních situacích je člověk závislý na společnosti a na výměně informací se svým okolím. Tím se učí očekávat od svého okolí určité chování a osvojuje si určité zaběhnuté a platné kulturní tradice, normy a návyky. Tento proces socializace je předpokladem vývoje jeho jedinečné osobnosti (21).

Nachází-li se člověk v nemocnici nebo v domově důchodců, stává se více či méně závislým na svém okolí, které se o něho stará. Vztah mezi ošetřovaným a ošetřujícími se vyvíjí a obě strany ho neustále ovlivňují. Tak je člověk neustále konfrontován se svým okolím a určitými, pro ono okolí danými normami chování. Tím, že každý člověk reflektuje a komunikuje se svým okolím svým individuálním způsobem, získává svou nezávislost a jedinečnost. Vstupuje do sociálních vztahů a vazeb jako nepoznaná osobnost. Ošetřující jsou odkázáni na důvěru klientů a vzájemnou komunikaci. Nesnadné jsou pro ně situace, kdy klient nevykazuje žádné akce a reakce, přičemž ovšem i tento stav „nereagování“ či „nečinnosti“ může znamenat určitou formu chování. Někteří lidé mohou komunikovat pouze pomocí gest, které

můžeme chápat jako svého druhu „symboly“, např. pohnutí hlavou, pláč, pohnutí rukou, mrknutí, apod.. Všechna tato gesta se člověk učí skrze zkušenosti získané během života v lidské společnosti (21).

Pravidla komunikace s klienty při používání konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči shrnuje tzv. „Desatero bazální stimulace“:

- 1) *Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
- 2) *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- 3) *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4) *Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.*
- 5) *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- 6) *Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- 7) *Nepožívejte v řeči zdrobněliny.*
- 8) *Nehovořte s více osobami najednou.*
- 9) *Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- 10) *Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova(7).*

1.6 Význam doteků v ošetrovatelství a iniciální dotek

Dotýkat se je jednou ze základních lidských schopností. Přes doteky člověk získává velké množství impulzů z okolního prostředí, ale také s ním sám komunikuje. Doteky mají velký význam samozřejmě i v ošetrovatelské péči. Ruce ošetřujících mohou být prostředkem, který klientovi umožňuje získávat informace o sobě samém i o okolním světě. Každá péče je pacientovi „šita na míru“ a probíhá na úrovni všestranné podpory jeho vnímání, pomocí aktivizace jeho mozkové činnosti na základě dlouhodobých paměťových drah a jejich stimulace (24).

Nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají často pocit nejistoty a strachu. Také jiné, jejich okolím či ošetrovateli poskytované informace, které vnímají různými orgány, je mohou, přicházejí-li nečekaně, lekat a

znepokojoval. Proto by mělo být klientovi dáno vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí ošetřovatelská intervence, co ho čeká, co s ním bude prováděno atd. Takové informace mu lze poskytnout také pomocí cíleného, tzv. „iniciálního doteku“. Na základě biografické anamnézy je zvoleno nejvhodnější místo na klientově těle, skrze něj ho pak vždy pevným a zřetelným dotekem informujeme o počátku a ukončení intervence a práce s jeho tělem. Je třeba, aby dotek byl jasný a srozumitelný, přiměřeného tlaku, tj. bez násilného vtlačení klienta do matrace, a musí být doprovázen verbálním vysvětlováním. Nejvhodnějšími místy pro zvolení iniciálního doteku bývají ramena, paže a ruce. Lokalizaci doteku by měli dohodnout po poradě a zvážení všech relevantních informací o klientovi všichni ti, kteří s ním pracují. Všichni by ho pak měli důsledně dodržovat (1).

1.7 Biografická anamnéza

Sepsání biografie v rámci ošetřovatelské anamnézy je důležitou částí ošetřovatelského procesu. Nabízí zejména možnost najít cestu ke klientovi a může ošetřujícím pomoci lépe a hlouběji pochopit vnitřní svět každého konkrétního klienta, a tím i změnit jeho názor a postoje k ošetřovatelským intervencím (2).

Biografickou anamnézou se rozumí velmi podrobný popis klientových dosavadních návyků a zvyků, jeho oblíbených činností, jídel, nápojů apod. V biografii klienta pak lze s trochou úsilí nacházet pro účely co nejkvalitnější ošetřovatelské práce nepostradatelné informace a praktické návody, jak je možné tyto informace co nejlépe využít v samotné péči o něj. V biografii se vyjevuje také tzv. „pozitivní potenciál klienta“ (PPK Ressource), který je zapotřebí podporovat a využívat pro zvládnání každodenních činností (7).

Právě práce s biografickou anamnézou klienta pomáhá ošetřovatelskému týmu lépe porozumět jeho životním etapám a zkušenostem, které se hluboko a emočně otiskly v jeho paměťových stopách – pro opravdu holistický přístup k člověku je nutné tuto pracovní složku zakomponovat do celkové péče o něj. Výsledky práce s biografii klienta se odrážejí okamžitě v komunikaci mezi klientem a pracovníkem, kdy jsou například komunikační automatismy typu otázek „jak se Vám dnes vede?“ nahrazovány

specifičtějšími konverzačními tématy, jež byly předtím jakoby odkryty v klientově anamnéze, tj. dosažitelnějšími podněty pro iniciaci zájmu klienta podílet se aktivně na procesu péče, rozhovoru a na společných aktivitách. V každodenní, rutinní práci v institucích, jako jsou domovy důchodců, mnohdy bohužel zůstalo z minulých dob zvykem orientovat se spíše na deficity klienta, na jeho patologické nálezy, příznaky, způsoby chování, na to, čeho „není“ schopen. Pro pracovníky v sociálně-zdravotnickém sektoru se nyní otevírá nová možnost, jak se naučit lépe rozumět seniorské generaci a poskytovat jí kvalitní a adekvátní péči orientovanou na pozitiva klienta, prevenci a podporu jeho zdraví (16).

1.8 Druhy základních stimulací používaných při bazální stimulaci

1.8.1 Somatická stimulace

Přestože koncept bazální stimulace není dotekovou terapií a nelze jí s tímto pojmem zaměňovat, hodně pracuje s doteky, které jsou pro ni základní formou somatické stimulace. S jejich pomocí lze komunikovat, navazovat a utvářet vztahy s ošetřovanými, rozhodující zde zůstává kvalita doteků (1).

Koncept bazální stimulace se zaměřuje na podporu vnímání tělesného schématu a somatické vnímání. Jedná se o stimulaci těla, jeho hranic. Do somatické stimulace jsou integrovány i prvky paměťových pohybových schémat tak, aby byla pomocí opakovaných činností podporována plasticita mozku. Nejdůležitějším faktorem je zde včasná rehabilitace. Vnímání tělesného obrazu lze ošetřovatelskou péčí cíleně měnit. Při stimulaci tělesného schématu postupujeme tak, aby prováděná stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a bylo tak podporováno symetrické vnímání těla a také tělesné osy (3).

Hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Vhodný typ somatické stimulace se volí dle stavu a potřeb klienta, zohledňujeme jeho schopnost vnímání, komunikace a lokomoce. Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který terapeut aplikuje na těle klienta při stimulaci

vnímání tělesného schématu. Doteky ošetřujícího musí být zřetelné a cíleně promyšlené, jejich nedostatečná citlivost a kvalita by totiž v klientovi mohla vzbudit pocit nejistoty. Na kvalitě poskytovaných doteků záleží, zda si je klient bude schopen uvědomit a zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity a pomohou ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Koncept bazální stimulace klade velký důraz na různé druhy doteků, s nimiž pak ošetřovatelé pracují – každý dotek poskytuje určité informace oběma stranám kontaktu, čímž se stává specifickou formou komunikace mezi lidmi i ve vztahu ošetřovatel-pacient. Při dotýkání hraje rozhodující úlohu lokalita a intenzita doteků (4).

1.8.2 Prvky somatické bazální stimulace

Celkově bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha

Stimulující koupel dle Bobatha vychází se z poznatku, že rovná vlákna se ve středu těla zhruba do 10 cm překrývají a že tato oblast je velice senzibilní. Tím se naskýtá možnost cílenými doteky a stimulací pomoci pacientům (asi by to pro větší srozumitelnost chtělo, jakým pacientům – s postižením? Ochrnutím?) s plegiemi a jejich postiženou stranu těla opět integrovat zpět do jejich tělesného schématu. Klient musí nejprve cítit a vnímat zdravou polovinu svého těla, aby si poté mohl představit, jak se cítí jeho druhá, postižená strana. Tento druh koupele se často využívá u klientů s hemiplegiemi po cévní mozkové příhodě. Při mytí klienta se postupuje následovně. Ošetřující stojí na té straně pacientova těla, která je postižená; koupel začíná na zdravé polovině a postupně pokračuje k postižené polovině těla. Neustále klienta verbálně vyzývá k uvědomění si zdravých částí svého těla, zatímco se snaží stimulovat postiženou stranu k vytvoření pocitů. Po skončení koupele je důležité dodržet odpočinkovou pauzu (3).

Celková koupel povzbuzující nebo uklidňující

Součástí somatické stimulace často bývají také celkové povzbuzující či uklidňující koupele, které se mohou do péče integrovat třeba během ranní nebo večerní

toalety klienta. Lze je nicméně u klientů aplikovat kdykoli během dne, a to za použití různých prostředků a různými členy zdravotního týmu. Cíle pro aplikaci koupelí mohou být různé a terapeuti mohou sledovat i více cílů současně, jde zejména o stimulaci vnímání tělesného schématu, redukci neklidných stavů, navození celkového tělesného uvolnění, navázání komunikace, zvýšení úrovně vnímání klienta, zvýšení svalového tonu, podpoření klientovi aktivity (2).

Masáž diametrální

Diametrální masáž redukuje svalový tonus a pomáhá při uvědomování si hranic svého těla. Užívá se u pacientů se zvýšeným svalovým napětím a se svalovými kontrakturami. Při zvýšeném svalovém tonu na končetinách, který je nutí do hyperextenze či hyperflexe je naším cílem uvolnění svalů a narovnání končetiny. Mytí se provádí současně oběma rukama; svaly na vnitřní straně končetin se hladí s dostatečným tlakem ze směru proximálního do směru distálního, zatímco svaly na zevní straně končetin směrem opačným. Jsou-li končetiny nuceny do extenze a ztrácejí tak schopnost se ohýbat, postupuje se následovně. Oběma rukama současně se hladí svaly na vnitřní straně z distálního do proximálního směru a svaly na zevní straně naopak (3).

Polohování

Vnímání vlastního těla se při klidném ležení mění již zhruba po 10 minutách, kdy dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Tento stav se ještě umocňuje u dezorientovaných klientů. Technika polohování opět klientovi umožňuje získat více informací o vlastním těle. Polohováním mu poskytujeme informace jak somatické, tak i vestibulární. Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity redukuje množství a přísun informací k člověku. Vnímání tělesného obrazu a okolí se stává stále méně výrazným a vede k poruchám orientace na vlastním těle i bezprostředním okolí. Následkem mohou být těžké krize vlastní identity. Prof. Fröhlich nazývá tento proces „degenerativní habitací“. To znamená, že psychika i vnímání těla se nastaví na jednotvárnost, což může vést až k tomu, že ošetřující

naleznou po čase klienta nečinného, bez vůle žít, nebo naopak snažícího se nečinnost přerušit a působícího tak na své okolí zmateně nebo autoagresivně (3).

Poloha mumie

Cílem polohování do polohy mumie je umožnit klientovi pocítit hranice jeho těla. Používá se nejčastěji u klientů neklidných, v deliriu, probouzejících se z narkózy nebo kómatu, dlouhodobě upoutaných na lůžko, kteří ztratili vnímání hranic vlastního těla. Poloha mumie se provádí takto: klient je průběžně informován o tom, co se s ním bude dále dělat; položí se na záda, podloží se mu hlavu polštářem, celé tělo se obloží srolovanými ručníky nebo ložním prádlem; klientovi je ponechána možnost vymanit se z této polohy sám. V této poloze setrvá klient maximálně 20 minut (2).

Poloha hnízdo

Poloha hnízdo umožňuje klientům odpočinout si a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim nabízí pocit jistoty a zlepšení vnímání hranic svého těla, je také důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. Poloha hnízdo se může aplikovat buď vleže na zádech, nebo na boku. Klient je uveden do jeho oblíbené polohy, dvěma srolovanými dekami nebo se ohraničí pacientovo tělo, třetí dekou se klient přikryje a nechá odpočívat. Polohování se může provádět pomocí fixačních perličkových polštářů. (1).

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání je další technikou konceptu bazální stimulace. Jejím cílem je dosažení pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. Mnoho vědeckých studií dokázalo, že masáže stimulující dýchání redukují klientovy stavy neklidu a zmatenosti. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a opakující se doteky zprostředkují klientovi pocit jistoty a bezpečí. Během masáže dochází k srovnání frekvence a rytmu dýchání u ošetřujícího a klienta. Mezi klientem a ošetřujícím vzniká komunikační proces, který poskytuje uvolnění, pocit jistoty s blízkostí a vyjádření empatie. Prohloubené dýchání pak uvolňuje psychosomatické napětí. V technice masáže stimulující masáže mají

nejvýznamnější postavení ruce ošetřujícího. Velice účinná je u klientů, kteří trpí bolestmi, depresemi, poruchami spánku, onkologickým onemocněním nebo u klientů trpící demencí. (18).

1.8.3 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje a mění svou polohu, jeho sluchový orgán a rovnovážné ústrojí je neustále zásobováno podněty, které může zpracovávat. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostávají mnohem menší či minimální množství těchto informací – prostřednictvím bazální stimulace je možno těmto lidem poskytnout podporu jejich rovnovážného ústrojí, a tím i lepší prostorovou orientaci a vnímání okolního prostoru. Pokud dochází u člověka ke změně polohy, pohybu jen zřídka, ztrácí vestibulární orgán schopnost účinně reagovat. Při náhlé změně polohy pak mohou nastat nežádoucí kolaps, nevolnost, závratě, nauzea, apod. Koncept bazální stimulace umožňuje technikou vestibulární stimulace vysílat informace na vestibulární jádra mozku prostřednictvím pohybu endolymfy. Vestibulární stimulaci se může provádět u klienta prostřednictvím nepatrných pohybů jeho hlavou. Dobré je provádět stimulaci před každou změnou polohy těla klienta (3).

1.8.4 Vibrační stimulace

Vibrace umožňuje pocítit a uvědomit si stabilitu a pospolitost těla se skeletem. Může také výrazně ovlivnit dýchání, a to tím, že je možno jej prohloubit nebo upravit jeho rytmizací. Vibrace je velmi důležitá také pro sluchové orgány a pro vytváření hlasového projevu člověka. Neméně pozitivní vliv má dále na vnímání a koordinaci vlastního těla, a to například drážděním kůže. Cílem vibračního vnímání je procítit tělesnou hloubku a vůbec celé tělo, jeho vnitřní stabilitu a tělesné hranice. V principu působí vibrace na každý sval lokálně, protože měkké svaly zachycují většinu vibrací. Díky šíření vibrací po kostech můžeme touto stimulací u klienta opět probouzet schopnost vnímat vlastní končetiny. Vibrační stimulace se používá nejčastěji u klientů

s hemiplegiemi a s ochrnutím dolních končetin. Některé vibrační stimulační mohou být klientovi zvláště příjemné, zvláště zapojíme-li do péče i rodinné příslušníky. Stále významnějšího uplatnění se u pacientů dostává vibračními stimulačními, jež se zaměřují zároveň na podporu dýchání (7).

1.9 Druhy nastavbových stimulačních používaných při bazální stimulační

1.9.1 Optická stimulační

Zrakový vjem umožňuje člověku orientaci v prostoru, schopnost vnímat a uspořádat si okolní svět, má významný vliv na jeho schopnost učit se, poskytuje mu základní pocit jistoty. Jestliže člověk nemůže plně používat zrak, zůstává do značné míry odkázán na ostatní smysly. Ne vždy tak musí pohled pacienta na okolí, na lidi či různé předměty znamenat, že je tento člověk vnímá a ví o nich. Okolí klienta v domově důchodců bývá bohužel většinou nudné a prosté dostatečného množství vizuálních podnětů; často o něm můžeme říci, že je nestimulační. Stimulačními jsou vždy ty vize, které umožňují obměnu zorného pole klienta. To znamená, že pro optickou stimulační je velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy (4).

Ve stáří také často dochází k různým zhoršením zrakového vnímání - až 35% lidí závislých na ošetrovatelské péči trpí dle průzkumů zrakovou insuficiencí. Změny zrakového vnímání mohou nastat nejen vlivem stáří, ale i na základě různých onemocnění, jako třeba šedý (katarakta) či zelený zákal (glaukom). Změny zrakového vnímání se mohou projevat všemožnými způsoby. Člověk například nemůže vnímat jednotlivé části prostoru v jeho okolí, v tomto případě je nutné stimuly situovat do těch míst, která klient vnímá. Mohou nastat poruchy vidění celistvosti předmětů, osob, poruchy vidění prostorových vztahů, porucha konstantnosti barev, poruchy vizomotoriky, což znamená, že klientovi vypadává koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou. Během provádění optické stimulační je nutné klienta pečlivě sledovat a dávat zvláštní pozor na projevy negativních emocí. Nemělo by se zapomínat na to, že pozorování stále stejných objektů může vyvolat halucinace a dezorientaci. Podobně

dlouho zapnuté zářivky mohou pacienta oslepot, což může u některých klientů vyvolávat agresivitu (6).

Pokud je klientovi poskytována optická stimulace, je dobré dodržovat několik zásad: nabízet podněty, které jsou zřetelně světlé a zřetelně tmavé; nabízet klientovi možnost uvědomovat si denní dobu; jako kontrast k bílým zdem volit barevné oblečení a ložní prádlo; pokud se pracuje s obrázky, musí být jednak dostatečně veliké, jednak umístěny do klientova zorného pole; pokud klient potřebuje brýle, nesmí se zapomenout mu je nasadit. Fotografie nebo obrázky, které mají zůstat v okolí klienta, umístíme na okraj jeho zorného pole, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu s cílem prohlédnout si je. Pokud je klientům poskytnuta možnost sledovat televizi, tak pouze na přiměřenou dobu, vhodné je také volit pouze ty pořady, které klient zná a má rád (4).

1.9.2 Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a posílení schopnosti rozlišovat mezi jednotlivými zvuky, důležité je také navázání kontaktu s klientem. Aby bylo klientovi umožněno vnímat různé auditivní podněty, je nutné každý slovní kontakt doplnit také kontaktem fyzickým. Vhodná je například kombinace s tzv. „iniciálním dotekem“ (viz dále). Je třeba průběžně kontrolovat sluchadlo, jestliže ho klient používá. Pokud v rámci stimulace klient může kontinuálně poslouchat a vnímat dění v rádiu nebo v televizi, nejedná se již o bazální stimulaci. To platí také v případě, kdy ošetřující během provádění auditivní stimulace hovoří s jinou osobou. Při auditivní stimulaci pomocí hudby je nutné pamatovat na fakt, že oblíbená hudba bývá u člověka úzce spojená s různými emocemi, a proto je nutné klienta a jeho reakce bedlivě sledovat. Dalšími možnostmi uplatnění techniky auditivní stimulace jsou třeba různá vyprávění, zpěv nebo hra na hudební nástroje (1).

1.9.3 Orální stimulace

Ústa představují zřejmě nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou oblast; lidé obecně vnímají svá ústa jako dosti intimní zónu. Ústa umožňují člověku poznat a zjistit, jakou mají jednotlivé věci v jeho okolí chuť, vůni a konzistenci, slouží také ke komunikaci, k příjmu potravy, k polibkům, někdy dokonce i jako pracovní nástroj.

Co se týče procesu příjmu potravy, tak přece není zapotřebí vykonávat jej pouze s cílem nutričním, ale také proto, že je spojen s velice libými pocity. Vlastní příjem potravy má několik postupných fází, jimž koncept bazální stimulace přikládá stejnou důležitost – všechny je zohledňuje v technice orální stimulace. Proces konzumace potravin lze rozdělit na fázi preorální a orální. V preorální fázi se snoubí vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační. V tomto smyslu je cílem orální stimulace zprostředkovávat klientovi vjemy z jeho úst, stimulovat a podporovat úroveň jeho vnímání. Známkou stimulace vnímání klienta je zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní. U klientů, kteří po dlouhou dobu nepřijímají potravu ústy, lze stimulovat také aktivitu slinných žláz, čímž zároveň provádíme úspěšnou profylaxi parotitidy. Zvýšený tok slin v dutině ústní pomáhá eliminovat bakteriální flóru a může tak být také profylaxí vzniku zubního kazu (4).

1.9.4 Olfaktorická stimulace

Vzpomínky nejčastěji vzbuzují v lidech známé i povědomé vůně a pachy. Určité vůně mohou asociovat určité roční období (např. vůně perníku může u mnoha lidí evokovat atmosféru Vánoc), určitou důvěrně známou situaci (tak třeba vůně kávy mnoha lidem zpříjemňuje den či ranní vstávání) nebo osobu (vůně parfému, které člověku připomene partnera či někoho blízkého). Olfaktorické stimuly by neměly být nabízeny kontinuálně pod delší dobu, jinak hrozí, že si na ně klient zvykne a ony by přestaly plnit svůj účel. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné všemožné vůně parfémů, potřeb osobní hygieny, vůně jídel, apod.; naopak nevhodné jsou příliš aromatické vonné svíčky. Negativní stimulaci může vyvolat pach moče, který zvyšuje agresivitu u klientů (1).

1.9.5 Taktilně haptická stimulace

Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Schopnost ruky pohybovat se trojrozměrně perfekcionalizuje její funkci poznávání. Neklidní, hyperaktivní klienti, jejichž ruce jsou velice aktivní, tahají za zavedené katétrů, činí tak většinou ze dvou důvodů. První je ten, že potřebují identifikovat předmět, který nahmatali, a druhým je potřeb taktilně haptické stimulace. Koncept bazální stimulace chápe tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně haptické stimulace. Klienti tedy tahají za katétrů, poklepávají do matrace, někdy stále žmoulají lůžkoviny, popotahují ložní prádlo apod. Ve své paměti se snaží tyto předměty někam zařadit, ale protože některé z nich dříve neznaly, vyvolávají u nich pocit nejistoty. Taktilně haptická stimulace nám dává možnost poskytnout smysluplné stimulace těmto klientům a to ve formě jim známých materiálů a věcí. K taktilně haptické stimulaci se používají oblíbené předměty klientů, předměty používané při výkonu povolání (zednická lžíce, šroubovák, vařečka apod.), předměty denní potřeby (kelímky, hrníčky), potřeby k osobní hygieně (zubní kartáček, žínky, rušníky), můžeme také využít působení tepla a chladu (4).

2. Cíl práce a hypotézy

Cílem práce je zjistit, zda v domovech důchodců Jihočeského kraje ošetrovatelský personál využívá konceptu bazální stimulace.

Hypotéza 1: V domovech důchodců jihočeského kraje se nepoužívá koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů.

Hypotéza 2: Dle subjektivního názoru sester se koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů nepoužívá z důvodu nedostatku ošetrovatelského personálu v domovech důchodců Jihočeského kraje.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro bakalářskou práci bylo použito kvantitativní šetření, formou anonymního dotazníku. Jednotlivé dotazníky byly určeny členům ošetrovatelského týmu Domova pro seniory ve Strakonících, Domova pro seniory v Blatné, Domova pro seniory Vodňany, Domova pro seniory v Bechyni, Domova důchodců „U Zlatého kohouta“ Hluboká nad Vltavou, Prácheňského sanatoria o.p.s. Písek, Domova pro seniory „G-centrum“ Tábor. Dotazník byl sestaven z 18 otázek, bylo použito jak otázek uzavřených, tak polootevřených. Techniku dotazníku jsem zvolila z důvodu možnosti získání velkého množství informací v relativně krátkém čase. Všechny poznatky získané vyhodnocením dotazníků, které jsou součástí mé bakalářské práce, jsou shrnuty a porovnány s poznatky z odborné literatury týkající se problematiky používání konceptu bazální stimulace. Výsledky odpovědí z dotazníků byly vyhodnoceny formou grafů a tabulek.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

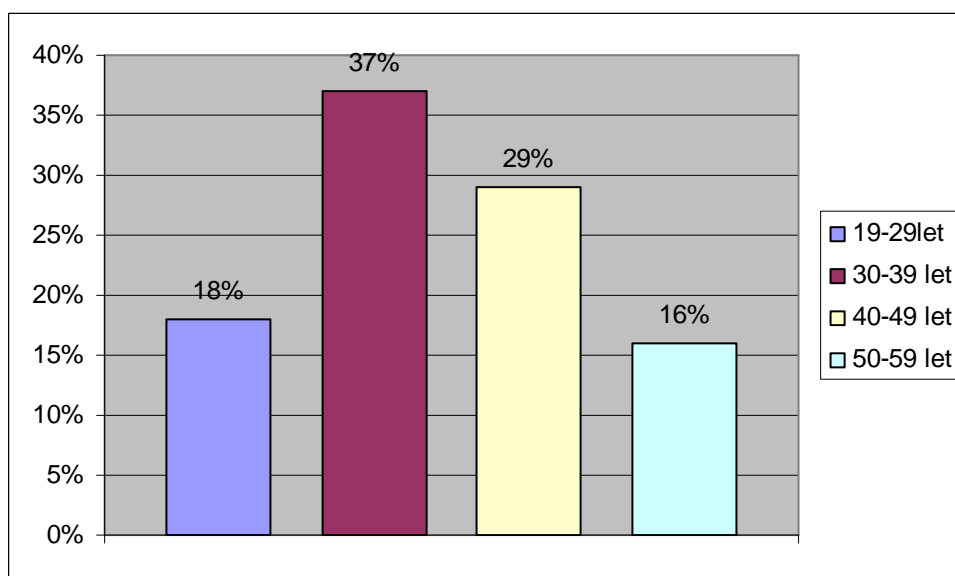
Výzkumný vzorek tvořily členové ošetrovatelských týmů ze sedmi vybraných domovů důchodců Jihočeského kraje. Dotazníků bylo rozdáno celkem 150, přičemž správně vyplněných se mi vrátilo 137 dotazníků. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 137 respondenty (100%). S konceptem bazální stimulace pracují celé ošetrovatelské týmy, které tvoří zdravotní sestry, ošetrovatelé(ky) a fyzioterapeuti(ky). Na sestavování ošetrovatelských plánů se podílejí hlavně zdravotní sestry a podle jejich pokynů pracují ostatní členové týmu. V domovech důchodců tvoří nejpočetnější část ošetrovatelé(ky).

4. Výsledky

Po vyhodnocení všech 137 (100%) správně vyplněných dotazníků byly získány následující výsledky.

Graf 1: Věk respondentů

(k otázce 1 „Jaký je Váš věk?“)

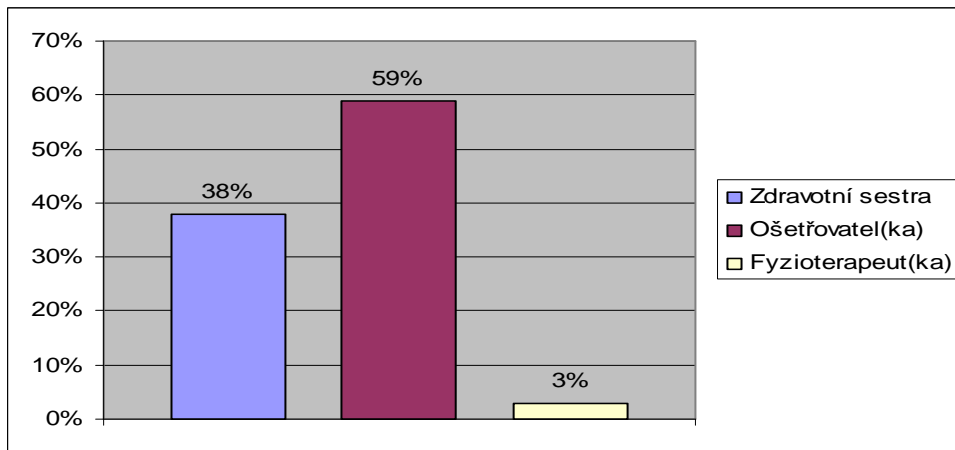


Zdroj: Vlastní šetření

Z celkového počtu 137 respondentů (100 %) je ve věku 19 – 29 let 24 osob (18%), ve věku 30 – 39 let 51 osob (37%), ve věku 40 – 49 let 40 osob (29%) a ve věku 50 - 59 let 22 osob (16%).

Graf 2: Pracovní zařazení dotazovaných,

(k otázce 2 „Jaké je Vaše pracovní zařazení?“).

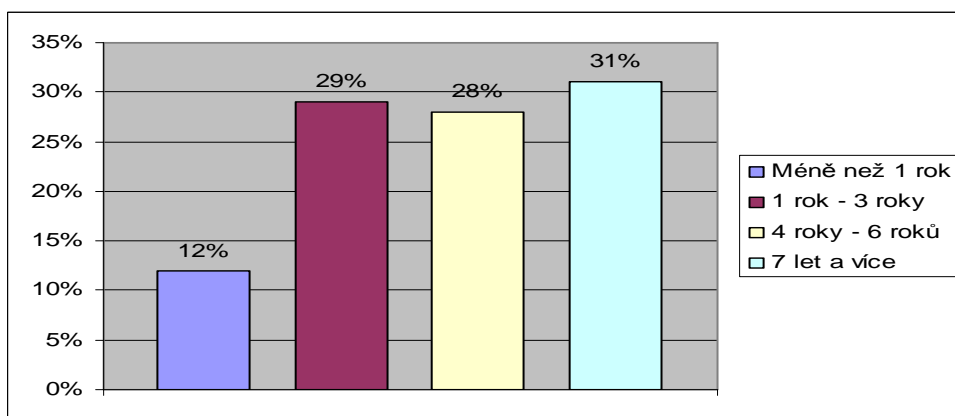


Zdroj: Vlastní šetření

Z grafu 2 vyplývá, že ze 137 respondentů v domovech důchodců pracuje pod zařazením zdravotní sestra 52 dotázaných (38%), pod zařazením ošetřovatel/ka 81 dotázaných (59%) a 4 (3%) z dotázaných uvedli, že pracují jako fyzioterapeut/ka.

Graf 3: Délka praxe v domově důchodců

(k otázce 3 „Jak dlouho pracujete v domově důchodců?“)



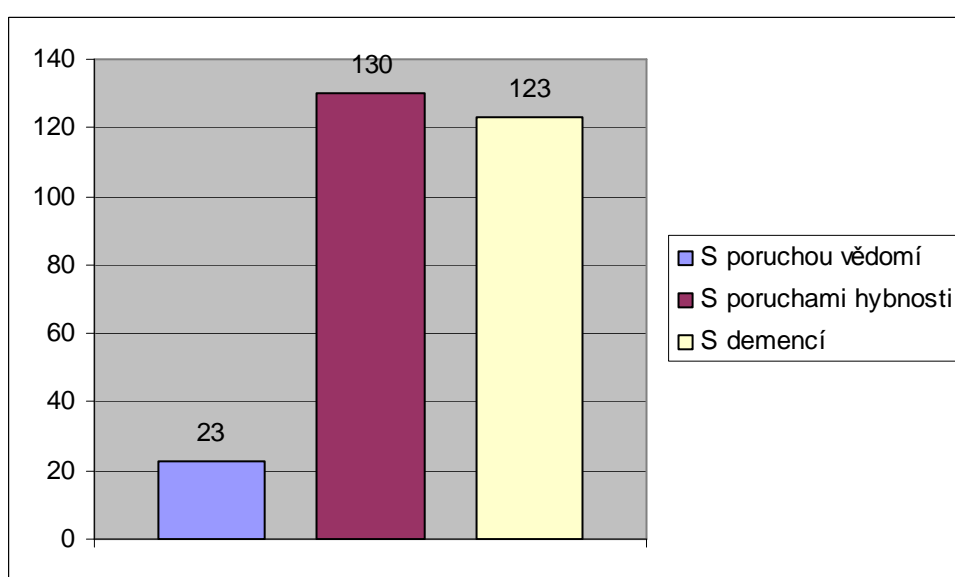
Zdroj: Vlastní šetření

Z grafu 3 vyplývá, že nejmenší část 17 odpovědí (12%), tvoří pracovníci

s délkou praxe menší než 1 rok. Dalších 40 (29%) dotázaných má praxi v oboru 1 - 3 roky. Praxi v rozsahu 4 - 6 let uvedlo 38 (28%) respondentů. Největší část ošetrovatelských týmů v domovech důchodců tvoří pracovníci s délkou praxe 7 let a více, tuto odpověď uvedlo 42 (31%) respondentů.

Graf 4: Skladba klientů v domovech důchodců

(k otázce 4 „O jaké klienty nejčastěji pečujete?“)

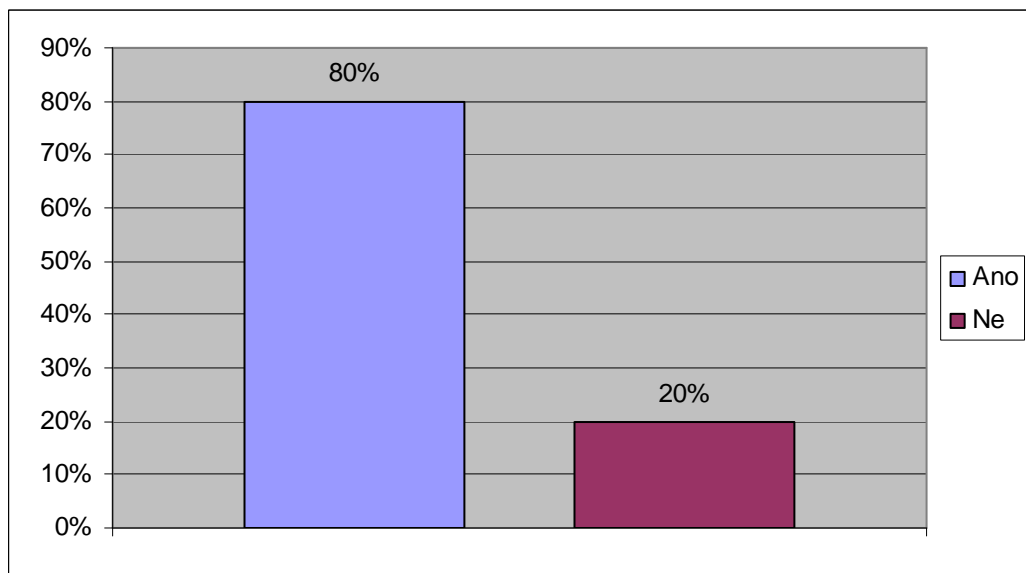


Zdroj: Vlastní šetření

Otázka 4 byla zpracována formou četností, respondenti měli možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zpracováno 276 odpovědí, 23 dotazovaných odpovědělo, že nejčastěji pečuje o klienty s poruchou vědomí. Z výsledků vyplývá, že ve vybraných domovech důchodců se zdravotnický personál nejvíce setkává s klienty s poruchami hybnosti 130 odpovědí. Na druhém místě jsou klienti s různými druhy demencí 123 odpovědí.

Graf 5: Znalost pojmu bazální stimulace

(k otázce 5 „Znáte pojem bazální stimulace?“)



Zdroj: Vlastní šetření

Z grafu 5 je patrné, že ze 137 (100%) respondentů jich 110 (80%) zná pojem bazální stimulace. Koncept neznalo 27 (20%) dotázaných.

Tabulka 1: Charakteristika bazální stimulace

(k otázce 6 „*Jak byste charakterizoval/a bazální stimulaci?*“)

Charakteristika bazální stimulace	Počet odpovědí
Omezení terapie	1
Stimulace smyslového vnímání	92
Pochopení klienta a jeho potřeb	69
Spolupráce celého týmu	40
Zlepšení spolupráce s rodinou a blízkými klienta	26
Náročná péče o klienty	9
Finanční zatížení pro zařízení	3
Časově náročná péče	23

Zdroj: Vlastní šetření

Otázka 6 byla zpracována formou četností, respondenti měli možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zpracováno 263 odpovědí, od 110 respondentů, kteří bazální stimulaci znají. Nejčastěji ji charakterizovali jako stimulaci smyslového vnímání, 92 odpovědí. Jako pochopení klienta a jeho potřeb jej popsalo 69 respondentů. Potřeba spolupráce celého týmu se objevila 40x, zlepšení spolupráce s rodinou a blízkými klienta 26x. Dalších 23 odpovědí označilo práci dle konceptu bazální stimulace za časově náročnou péči. Devět respondentů si myslí, že znamená pro ošetřující personál náročnější péči o klienty, pro tři z nich pak představuje i větší finanční zatížení pro zařízení. Jeden respondent odpověděl, že bazální stimulace představuje omezení terapie

Tabulka 2: Způsoby získání informací o bazální stimulaci

(k otázce 7 „Kde jste se o bazální stimulaci dozvěděl/a?“)

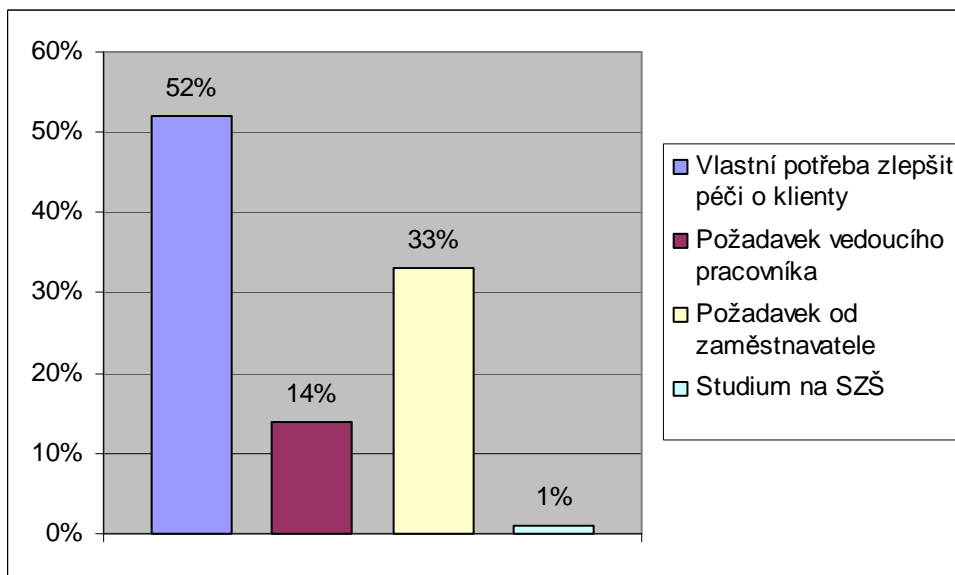
Způsob získání informací	Počet odpovědí
Odborná literatura	48
Noviny	5
Časopisy	18
Internet	21
Rozhlas	0
Televize	15
Kolegové	41
Nadřízený na pracovišti	58
Konference	33
Ve škole	11
Exkurze na jiném pracovišti	5

Zdroj: Vlastní šetření

Sedmá otázka byla zpracována formou četností, respondenti mohli označit více možností. Celkem bylo zpracováno 255 odpovědí. Nejvíce dotazovaných získalo informace o bazální stimulaci na pracovišti. Ze 110 odpovídajících 58 uvedlo, že informace získali od svých nadřízených a 41 odpovědělo, že je informovali kolegové. Dalším významným zdrojem je odborná literatura (48 odpovědí) a různé odborné konference (33). Mezi dalšími uvedenými zdroji byly internet (21), škola (11), časopisy (18) a noviny (5), televize (15) a jiná pracoviště (5). Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by o bazální stimulaci slyšel v rozhlase.

Graf 6: Důvody zájmu o bazální stimulaci

(k otázce 8 “Z jakého důvodu jste se zajímal/a o bazální stimulaci?”)

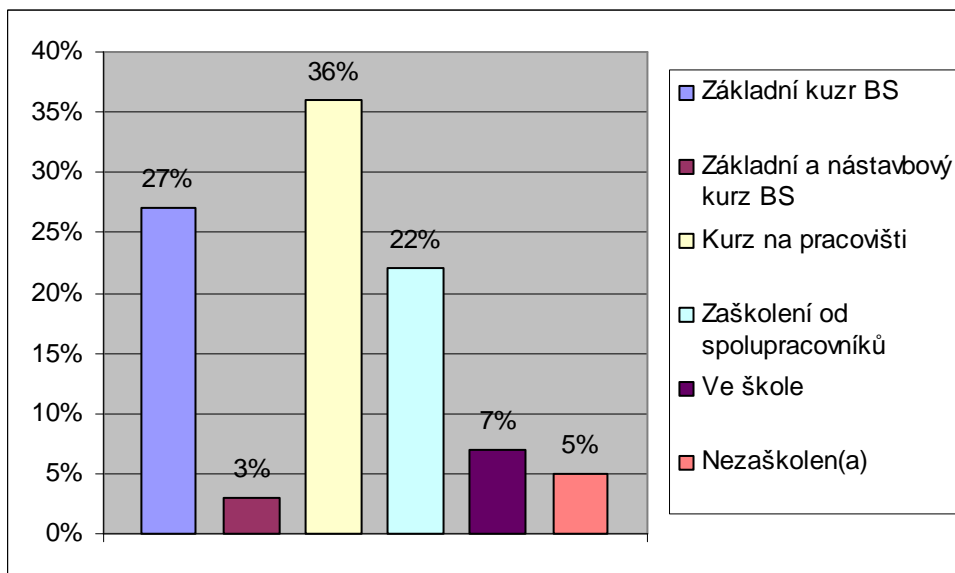


Zdroj: Vlastní šetření

Pro 58 (52%) dotázaných byla prvním důvodem zájmu o bazální stimulaci vlastní potřeba zlepšit svou práci a péči o klienty. U 15 (14%) respondentů vzbudil zájem o bazální stimulaci požadavek od vedoucího pracovníka, dalších 36 (33%) uvedlo jako důvod požadavek zaměstnavatele. V 1 (1%) případech byl zájem o bazální stimulaci spojen se studiem na SZŠ.

Graf 7: Způsob zaškolení do konceptu bazální stimulace

(k otázce 9 „*Jakým způsobem jste byl/a zaškolen/a v bazální stimulaci?*“)

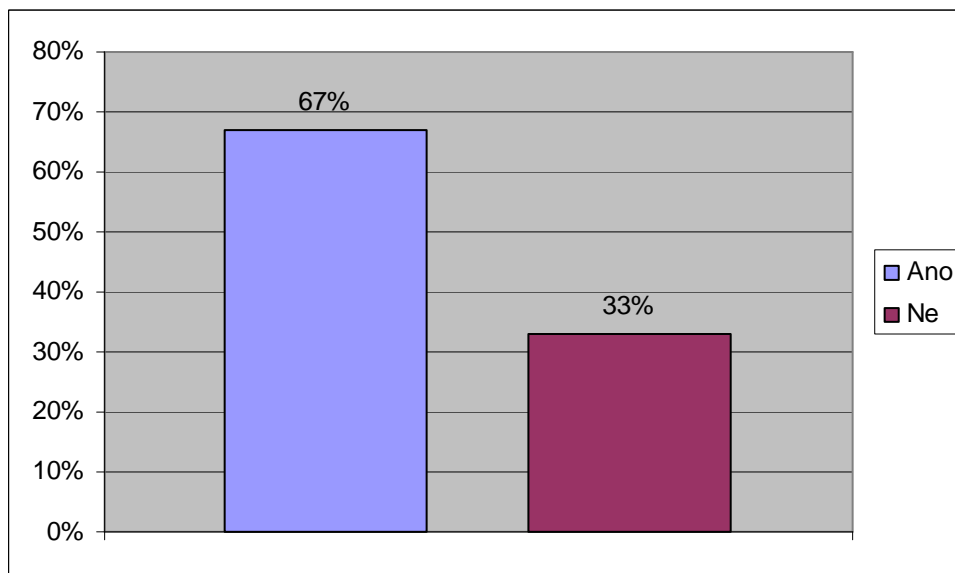


Zdroj: Vlastní šetření

Z grafu 7 vyplívá že 110 (100%) respondentů, kteří znají koncept bazální stimulace, 30 respondentů (27%) absolvovalo základní kurz bazální stimulace a 3 (3%) respondenti absolvovali základní i nástavbový kurz pořádaný Institutem bazální stimulace. Dalších 40 (36%) jich uvedlo, že bylo zaškolen prostřednictvím absolvování kurzu na pracovišti. Zaškolením od spolupracovníků absolvovalo 23 (22%) respondentů. Ve škole bylo do práce s konceptem bazální stimulace zaškolen 8 (7%). Žádné zaškolení neproběhlo u 6 dotazovaných (5%).

Graf 8: Využívání konceptu bazální stimulace v praxi,

(k otázce 10 „ Používáte koncept bazální stimulace při Vaší práci?“).



Zdroj: Vlastní šetření

Ze 110 (100%) respondentů, kteří znali koncept bazální stimulace jich 74 (67%) uvedlo, že jej používá i v praxi. Dalších 36 (33%) odpovídajících uvedlo, že koncept bazální stimulace znají ale nevyužívají.

Tabulka 3: Četnost používání jednotlivých prvků bazální stimulace

(k otázce 11 „*Jaké prvky bazální stimulace používáte?*“)

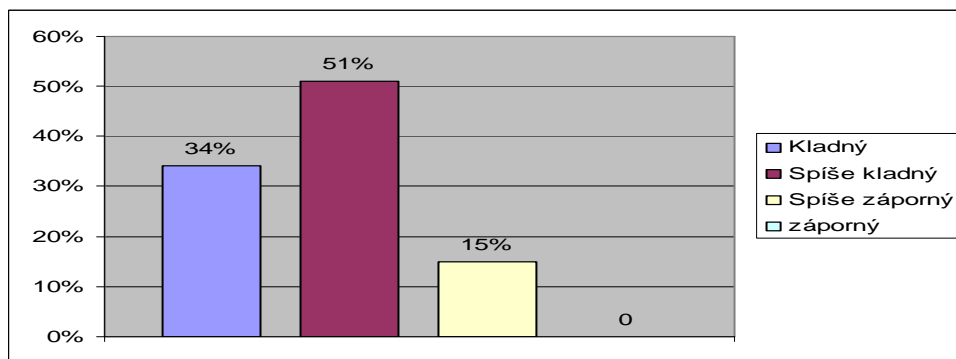
Prvky bazální stimulace	Počet odpovědí
Biografická anamnéza	12
Polohování pomocí perličkových pomůcek	72
Koupele uklidňující	21
Koupele osvěžující	22
Koupele dle Bohatha	11
Masáž stimuluje dýchání	25
Diametrální masáž	13
Vibrační masáže	19
Orální stimulace	23
Auditivní stimulace	14
Taktilně haptická stimulace	11
Olfaktorická stimulace	10
Optická stimulace	29
Iniciální dotek	48

Zdroj: Vlastní šetření

Otázka 10 byla zpracována formou četností. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zpracováno 330 odpovědí. Ze 73 dotázaných, kteří ve své práci využívají konceptu bazální stimulace, 72 polohuje pacienty pomocí perličkových pomůcek, 48 používá iniciální dotek. Méně častými jsou optická stimulace (29), masáže stimuluje dýchání (25), orální stimulace (23), osvěžující koupele (22), uklidňující koupele (21), vibrační masáže (19), auditivní stimulace (14), diametrální masáž (13). Nejméně využívanými prvky jsou biografická anamnéza (12), taktilně-haptická stimulace (11) a koupele dle Bohatha, kterou používá 11 dotázaných a olfaktorická stimulace, kterou využívá 10 dotázaných.

Graf 9: Přístup k bazální stimulaci na pracovišti

(k otázce 12 „Jaký je přístup ke konceptu bazální stimulace na Vašem pracovišti?“)

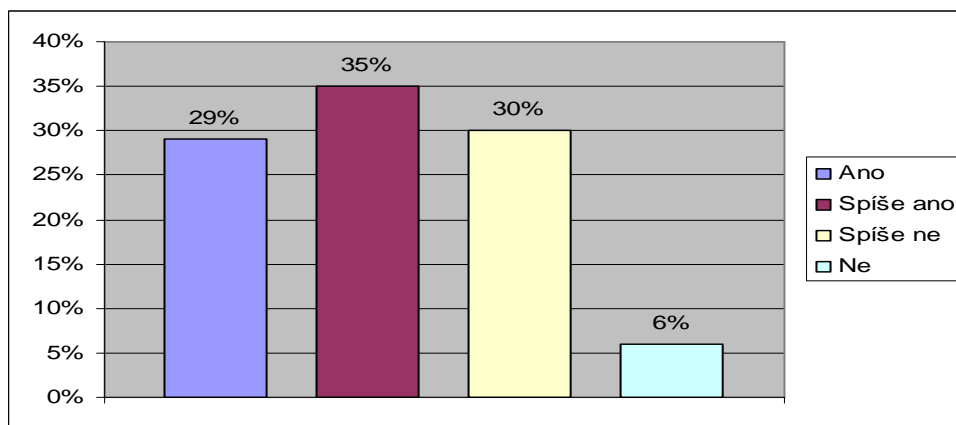


Zdroj: Vlastní šetření

Z grafu vyplývá, že přístup pracovníků k bazální stimulaci je v 38 (35%) odpovědích kladný, v 56 (51%) spíše kladný. Spíše záporný přístup se objevil v 16 (15%) odpovědích, záporný přístup neuvedl žádný respondent (0%).

Graf 10: Používání bazální stimulace dalšími spolupracovníky

(k otázce 13 „Pracují podle konceptu bazální stimulace další členové ošetrovatelského týmu na Vašem pracovišti?“)



Zdroj: Vlastní šetření

Na otázku 13 zda podle konceptu bazální stimulace pracují i ostatní členové

ošetřovatelského týmu, odpovídalo 110 (100%) respondentů, 32 (29%) jich odpovědělo ano a dalších 38 (35%) spíše ano. Ve 33 (30%) případech se další členové na bazální stimulaci spíše nepodílejí. Zbýlých 7 (6%) dotázaných odpovědělo, že ostatní ošetřovatelé a zdravotní sestry tento koncept ve své práci vůbec nepoužívají.

Tabulka 4: Problémy při práci s konceptem bazální stimulace

(k otázce 14 „S jakými problémy se setkáváte při práci s konceptem bazální stimulace na Vašem pracovišti?“)

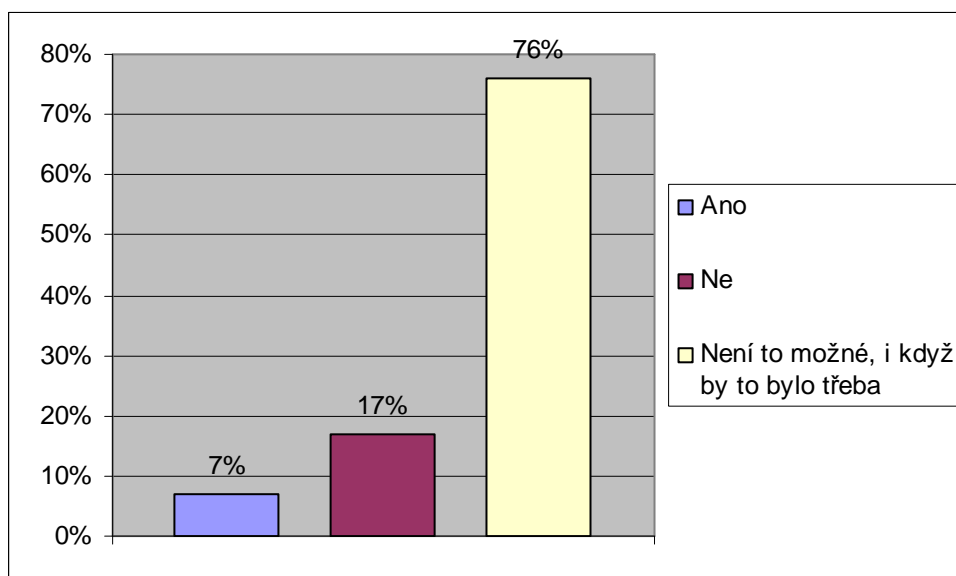
Problém	Počet odpovědí
Nepochopení podstaty konceptu	11
Nedůvěra k tomuto konceptu	11
Neochota změnit současné ošetřovatelské postupy	23
Nedostatek pomůcek	26
Nedostatek času	58
Nízký počet personálu	52
Neznalost konceptu bazální stimulace u spolupracovníků	19

Zdroj: Vlastní šetření

Otázka 14 byla zpracována formou četností, respondenti mohli označit více možností. Celkem bylo zpracováno 197 odpovědí. Nejčastějšími problémy při práci podle konceptu bazální stimulace se ukázaly být nedostatek času 58x a nedostatek personálu 52x. Nedostatek vhodných pomůcek se objevil 26x, neochota změnit současné ošetřovatelské postupy 23x. S neznalostí konceptu bazální stimulace ze strany ostatních spolupracovníků se setkala 19 odpovídajících, s nepochopením konceptu bazální stimulace se setkala 11 respondentů. Stejný počet (11) měl problém s nedůvěrou k bazální stimulaci.

Graf 11: Potřeba navýšení počtu personálu

(k otázce 15 „Navýšil se na Vašem pracovišti počet ošetřujícího personálu z důvodu provádění bazální stimulace?“)

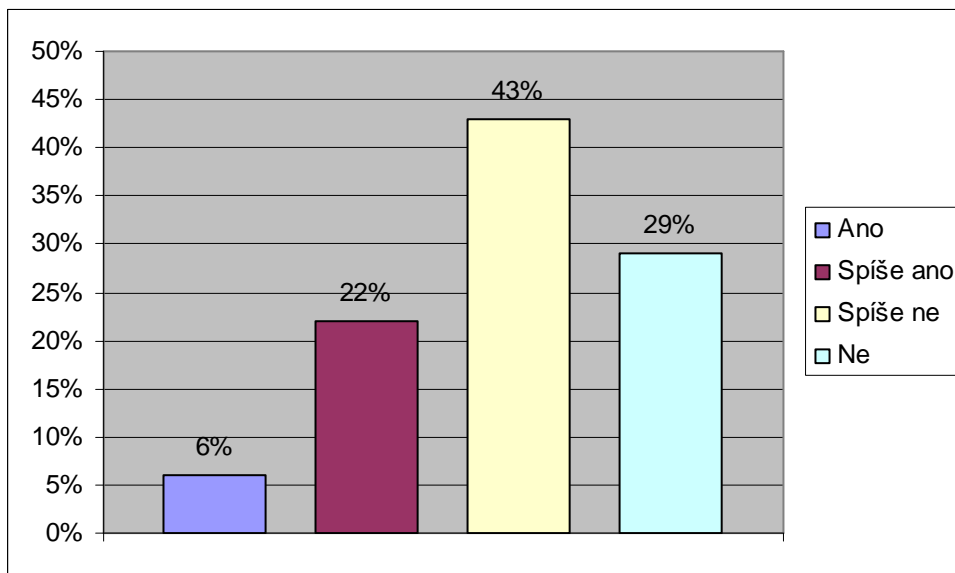


Zdroj: Vlastní šetření

Na otázku 15 odpovídalo 103 respondentů (100%), 8 (7%) dotázaných uvedlo, že k navýšení ošetřovatelského personálu na pracovišti skutečně došlo. Dalších 17 (17%) respondentů se domnívá, že není zapotřebí personál navyšovat. Dle názorů 78 (76%) respondentů z řad ošetřovatelského personálu v domovech důchodců, kde pracují podle konceptu bazální stimulace, po zavedení tohoto konceptu vznikla potřeba navýšit počet personálu, ale nebylo to možné.

Graf 12: Zájem rodinných příslušníků o bazální stimulaci

(k otázce 16 „Máte zkušenost, že rodinní příslušníci klienta mají zájem ho bazálně stimulovat?“)



Zdroj: Vlastní šetření

Výsledky tohoto šetření říkají, že 7 (6%) dotázaných se u rodinných příslušníků klientů setkala se zájmem o bazální stimulaci. Ve 22 (22%) odpovědích se objevilo, že rodinní příslušníci spíše zájem mají, 44 (43%) že spíše nemají zájem podílet se na bazální stimulaci. vyznívají spíše negativně 30 (29%) respondentů uvedlo, že rodinní příslušníci klientů nemají zájem nechat je bazálně stimulovat.

Tabulka 5: Přínos konceptu bazální stimulace klientům

(k otázce 17 „Co přinesl koncept bazální stimulace klientům, u kterých byla tato péče prováděna?“).

Přínos pro klienty	Počet odpovědí
Lepší kontakt s ošetřujícími	45
Lepší kontakt s blízkými	20
Lepší vnímání sama sebe	28
Pocit jistoty a orientace	44
Nenastala výrazná změna	35
nic	12

Zdroj: Vlastní šetření

Tato otázka byla zpracována pomocí četností, respondenti měli možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zpracováno 184 odpovědí. Z tabulky vidíme, že dle názoru 45 ošetřujících používání konceptu bazální stimulace klientům přineslo lepší kontakt s ošetřujícími, a podle 20 i s blízkými osobami. Lepší vnímání sama sebe se objevilo 28x, získání pocitu jistoty a orientace se objevilo 44x. To, že nenastala u klientů výrazná změna si myslí 35 respondentů, dalších 12 nenašlo žádný přínos.

Tabulka 6: Přínos konceptu bazální stimulace pro jednotlivé pracovníky

(k otázce 18 „*Co Vám přinesl koncept bazální stimulace?*“).

	Počet odpovědí
Lepší kontakt s klientem	67
Lepší kontakt s blízkými klienta	13
Pochopení klienta	44
Seberealizaci	15
Pocit neúčinně prováděné ošetrovatelské péče	5
Neshledává rozdíl mezi péčí podle konceptu bazální stimulace a péčí bez něj	10
Práci navíc	23
Pocit práce s minimálním efektem	1

Zdroj: Vlastní šetření

Otázka číslo 18 byla zpracována formou četností, respondenti mohli označit více možností. Celkem bylo zpracováno 178 odpovědí. Z výsledků vyplývá, že používání konceptu bazální stimulace přineslo 67 respondentům zlepšení kontaktu s klientem, 13x bylo přínosem zlepšení kontaktu s blízkými klientů, 44x umožnilo lépe pochopit klienta. Pocit větší seberealizace uvedlo 15 pracovníků. Pocit neúčinně prováděné péče získalo 5 respondentů, 10 respondentů neshledává žádný rozdíl mezi péčí dle konceptu bazální stimulace a péčí bez něj. Pro 23 oslovených je přínosem práce dle konceptu bazální stimulace práce navíc. a 1 respondent má pocit, že provádí práci s minimálním efektem.

5. Diskuse

Z uvedených výsledků šetření je možné odvozovat úroveň znalostí o konceptu bazální stimulace u ošetrovatelského personálu v domovech důchodců v Jihočeském kraji. Dále z nich lze vyčíst a odvozovat, jakým způsobem a v jaké míře je tento koncept využíván v péči o seniory v daných zařízeních.

Při přípravě samotného šetření jsem nejprve oslovila několik domovů důchodců, z nichž 7 bylo ochotno se mnou spolupracovat a poskytnout mi potřebné údaje pro mou práci. Dotazníky vyplnili členové ošetrovatelských týmů Domova pro seniory ve Strakonících, Domova pro seniory v Blatné, Domova pro seniory Vodňany, Domova pro seniory v Bechyni, Domova důchodců „U Zlatého kohouta“ Hluboká nad Vltavou, Prácheňského sanatoria o.p.s. Písek a Domova pro seniory „G-centrum“ Tábor. Podmínkou spolupráce bylo to, že nebudou porovnávány výsledky šetření mezi jednotlivými domovy důchodců.

Šetřením jsem zjišťovala věkové složení ošetrovatelských týmů. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli dle odpovědí respondenti ve věku 30 – 39 let (37%), další početnou skupinu tvořily respondenti ve věku 40 – 49 let (29%). Menší skupinu tvořily respondenti ve věku 19 – 29 let (18%). Nejméně zastoupenou věkovou kategorií byli respondenti ve věku 50 – 59 let (16%). Věková struktura členů ošetrovatelských týmů vypovídá o náročnosti péče o seniory v domovech důchodců. Péče o klienty s poruchami hybnosti, s poruchami vědomí je fyzicky i psychicky náročná, proto ji nevykonává mnoho členů ošetrovatelských týmů po 50. roce věku. Pro mladší členy týmu může být problémem přizpůsobit se při práci tempu klientů, trpělivost, motivace k práci při níž jsou někdy výsledky vidět jen nepatrně a nebo trvá dlouhou dobu než se dostaví. Což se týká hlavně péče o klienty s demencí, jenž jsou v zařízeních pro seniory hojně zastoupeni.

S předešlou otázkou koresponduje i délka praxe členů ošetrovatelských týmů. Nejmenší část tvoří ošetrovatelé a sestry s délkou praxe méně než 1 rok. Nejvíce členů ošetrovatelských týmů má za sebou praxi v délce 7 a více let. Toto zjištění poukazuje na

stálost pracovních týmů v domovech důchodců, což je dobré jak pro psychiku klientů, kteří si nemusí zvykat stále na nové tváře, tak pro plánování a zlepšování ošetrovatelské péče potažmo i práce konceptu bazální stimulace.

Důležitým zjištěním podle mě bylo především to, že 80% dotázaných se již s pojmem bazální stimulace setkala nebo jej blíže poznalo. Nejčastěji uváděnou charakteristikou tohoto přístupu k péči byla stimulace smyslového vnímání a pochopení klienta a jeho specifických potřeb. Další vzpomínanou charakteristikou bylo to, že při bazální stimulaci je potřeba dobré spolupráce celého ošetrovatelského týmu. To vyzdvihuje i Friedlová ve své knize *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči: „Dobrá spolupráce všech pracovních skupin na bázi společného konceptu, zřetelné stanovení cílů a jasné stanovení terapeutických nabídek rozšiřuje kompetence terapeutů a pro klienta znamená posílení pocitu jistoty a důvěry.“* (Friedlová, 2007, s. 152). Tato výsledná data svědčí o zlepšování úrovně ošetrovatelské péče v domovech důchodců a o snaze ošetrujícího personálu lépe pochopit potřeby jednotlivých klientů. Dále svědčí i o tom, že od roku 2000, kdy Friedlová představila koncept bazální stimulace veřejnosti v České republice, se tento koncept začal hojně používat i v péči o seniory. To také potvrdilo šetření ve vybraných domovech důchodců Jihočeského kraje. Ze 110 (100%) respondentů, kteří znali koncept bazální stimulace jich 74 (67%) uvedlo, že jej používá i v praxi. Dalších 36 (33%) odpovídajících uvedlo že koncept bazální stimulace znají ale nevyužívají. Tím byla vyvrácena první hypotéza H1: V domovech důchodců Jihočeského kraje se nepoužívá koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů.

Na pracovištích je přístup ke konceptu většinou kladný. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření 35% dotázaných si myslí, že přístup je kladný, dalších 51% hodnotí přístup spíše kladně. Úplně záporný přístup neuvedl žádný z respondentů. To je dobrým ukazatelem pro další rozvoj konceptu bazální stimulace a jeho využití v péči o seniory. Pokud pracovníci mají pozitivní přístup, je snazší přimět je k dalšímu vzdělávání a používání nových metod v přímé péči.

Nejčastěji zmiňovanými způsoby, jak se sestry a ošetrovatelé o bazální stimulaci dozvěděli, byly požadavek vedoucího pracovníka a informace od kolegů v práci. Poměrně málo respondentů se o možnostech využití konceptu bazální stimulace

dozvědět již při studiu na odborných školách. Jistě by bylo přínosné, kdyby se budoucí ošetrovatelé, sestry atd. mohly o bazální stimulaci dozvědět již ve škole, aby po příchodu do praxe s sebou mohly přinášet nové podněty a dále tento koncept rozvíjet a zdokonalovat. V současné době není mnoho odborníků, kteří se tímto problémem zabývají, a tudíž je publikováno málo odborné literatury k danému tématu. V České republice odborně publikuje o způsobu jak využívat koncept bazální stimulace v praxi pouze Friedlová. V odborných zdravotnických časopisech jsou publikovány články k tématice ale jsou převážně zaměřené na popisování kasuistik z praxe.

S prodlužující se délkou života se mění i způsob péče o seniory v domovech důchodců. Klienti často zůstávají v pobytových zařízeních delší dobu a úkolem ošetrovatelských týmů je v tomto případě pomoci jim během této doby udržovat co nejvyšší kvalitu života. Více než polovina sester uvedla, že se o bazální stimulaci začala zajímat z vlastní potřeby zlepšit odváděnou práci a péči o klienty.

Koncept výrazně přispívá ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče v ústavních zařízeních a významně podporuje zvyšování kvality života klientů, a to hlavně u těch s poruchami vědomí nebo s demencí. Sama jsem se o tom přesvědčila při své práci s klienty v zařízení pro seniory kde jsem dříve pracovala. Příklad toho jak může správně provedená bazální stimulace zlepšit stav klienta je zpracován v příloze 4.

Sestry, fyzioterapeutky a ošetrovatelky, které znají pojem bazální stimulace a vědí, co tento koncept obnáší, ve své praxi nejčastěji používají techniku polohování. Ze 73 dotazovaných pracovníků ošetrovatelských týmů jich odpovědělo 72, že při péči o své klienty používá techniku polohování pomocí perličkových pomůcek. Dalším hojně používaným prvkem konceptu je „iniciální dotek“, jehož četnost využívání v praxi vyplývá ze skladby klientů v domovech důchodců, kdy největší skupinu tvoří klienti s různými druhy demencí nebo s poruchami vědomí, tedy ti, s nimiž je obtížné, ne-li nemožné navázat verbální komunikaci. Právě u těchto klientů jsou doteky důležitou formou komunikace s okolím. Dle Friedlové jsou ruce ošetrojících komunikačním médiem a umožňují klientovi získat spoustu informací o sobě samém i okolním světě (1).

Sestry se do práce s konceptem bazální stimulace nejčastěji zaškolily prostřednictvím absolvování kurzu na pracovišti. Zde vyvstává opět otázka jak odborné bylo toto zaškolení, zda kurz vedly vyškolené lektorky bazální stimulace nebo sestry, které absolvovaly základní kurzy. Pro zaměstnavatele je způsob zaškolení pracovníků na pracovišti jednodušší, než je vysílat na školení pořádané Institutem bazální stimulace v Ostravě. Domnívám se, že určitou roli zde hraje i finanční náročnost těchto kurzů. Pouze 3 respondenti absolvovali základní i nástavbový kurz bazální stimulace.

Koncept bazální stimulace je hlavně o týmové práci. S konceptem pracují celé ošetrovatelské týmy, které tvoří zdravotní sestry, ošetrovatelé(ky) a fyzioterapeuti(ky). V domovech důchodců tvoří nejpočetnější část ošetrovatelé(ky) (59%), dále jsou to zdravotní sestry (38%), nejmenší skupinu tvoří fyzioterapeuti(ky) (3%). V přímé péči o klienty mají ošetrovatelky důležitou úlohu, která spočívá hlavně v provádění základních prvků bazální stimulace, jež se nechají začlenit do běžných denních aktivit, jako jsou např. koupele a polohování. Sestry se zaměřují na sestavování ošetrovatelských plánů, podle kterých pracují i ostatní členové týmu. V přímé péči používají prvky, jež vyžadují více odborných znalostí např. masáže a vestibulární stimulace. Z těchto důvodů by bylo dobré, aby byly sestry do problematiky bazální stimulace zaškoleny na odborných kurzech vedených školiteli z INSTITUTU Bazální stimulace Pro efektivní využívání konceptu je důležitou součástí je i podpora vedoucích pracovníků, které se dle výsledků šetření zaměstnancům vybraných domovů důchodců v Jihočeském kraji dostává.

Práce dle konceptu bazální stimulace má i svá úskalí. Nejčastějším problémem, s nímž se sestry při své práci potýkají je nedostatek času. Další překážkou je podle názoru sester nedostatek personálu. Tímto byla potvrzena druhá hypotéza H2: Dle subjektivního názoru sester se koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů nepoužívá z důvodu nedostatku ošetrovatelského personálu v domovech důchodců Jihočeského kraje. Celých 77% sester si myslí, že pro lepší využití všech prvků bazální stimulace v praxi by bylo potřeba navýšit řady personálu. Aby například u každého klienta mohly strávit více času a pracovat tempem, jaké právě jemu vyhovuje. Tento fakt může být způsoben jak špatným rozvržením práce, tak třeba i nedostatečným zaškolením.

V základním kurzu bazální stimulace se zdůrazňuje důležitost promyšlení a cíleného plánování všech ošetrovatelských aktivit u klienta tak, aby se zbytečně nespotřebovávalo více času. Dalším důležitým prvkem je pečlivé naplánování určité stimulace na určitou dobu tak, abychom co nejvíce eliminovali všechny možné rušivé prvky. Při načasování je potřeba zohlednit také denní rytmus klienta, jeho aktuální únavu či vyčerpanost nebo naopak připravenost koncentrovat se a vnímat podněty. Čas poskytované stimulace by neměl překročit 20 minut, abychom nepřekročili klientovy hranice schopnosti se soustředit, přijímat podněty a reagovat na ně (3). Dalších 23 respondentů se muselo při práci s konceptem bazální stimulace na svém pracovišti vypořádat s neochotou měnit současné ošetrovatelské postupy. Potěšujícím zjištěním šetření nicméně je, že nejméně frekventovanými problémy jsou pocit nedůvěry k pozitivnímu účinku bazální stimulace na klienty a nepochopení podstaty konceptu ošetřujícími.

Pro využití některých prvků bazální stimulace v péči o seniory je potřeba užší spolupráce s rodinnými příslušníky. Největší podíl mají rodinní příslušníci při získávání informací pro sestavení biografické anamnézy u klientů s různými druhy demencí nebo s poruchami vědomí, jelikož od těchto klientů je problematické, někdy až nemožné získat jakékoli validní informace. Na základě důkladné biografické anamnézy jsou dále plánovány veškeré ošetrovatelské aktivity. Spolupráce s rodinnou má svůj význam i při dalších intervencích. Tak například u klientů s poruchami vědomí, u nichž je využíván „iniciální dotek“, je potřeba rodinu klienta dostatečně informovat o způsobu, jakým se iniciální dotek provádí a přesvědčit je, aby této techniky také používali. Rodina se může zapojit v rámci bazální stimulace do všech aktivit klienta. Z šetření ovšem vyplynulo, že rodinní příslušníci nemají ve většině případů zájem se do takových činností zapojovat. Příčinou snad může být především neobeznámenost laické veřejnosti s konceptem bazální stimulace a také trochu zastaralý a zkostnatělý pohled na seniory a stáří celkově. To dobře vystihuje Matoušek, říká, že senioři jsou naší společností považováni za neaktivní či neproduktivní, předpokládají se u nich zdravotní charakteristiky spojené s involucí – ztráta funkčních schopností, multimorbidita a postupná ztráta soběstačnosti. Takový je stereotypní pohled na stáří, který chápe staré lidi jako homogenní skupinu

bez individuálních rozdílů, jež je pro společnost spíše zátěží, protože odčerpává významnou část společenských zdrojů na financování důchodů, zdravotní a sociální péči. Jedná se o pohled postrádající snahu najít pozitivní hodnoty stáří (9).

Úkolem ošetrovatelského personálu je mimo jiné i edukovat rodinné příslušníky klientů o používání a přínosu konceptu bazální stimulace. Pokud i rodina věří v účinnost a potřebnost tohoto druhu péče, je snazší s ní spolupracovat a společnými silami se snažit zkvalitnit klientův život. Přítomnost a podpora rodiny je nedocenitelná pro psychickou pohodu klienta.

Poslední otázky v dotazníku se týkaly přínosů bazální stimulace. Dle názoru ošetrovatelského personálu je největším přínosem pro klienty zlepšení kontaktu s ošetřujícími, popř. blízkými osobami. Dalším významným přínosem je získání pocitu jistoty a orientace v prostředí. Pokud jsou klienti schopni orientovat se v prostředí a komunikovat s okolím, bývají klidnější a nedochází u nich k zbytečným agresím. Z vlastních zkušeností vím, že nejlépe je toto zlepšení pozorovatelné u klientů s různými druhy demencí a hlavně s Alzheimerovou chorobou.

Zlepšení kontaktů s rodinou a blízkými pozorovalo 20 respondentů z celkového počtu 104 odpovídajících. Toto číslo by jistě mohlo být větší, kdyby rodiny pacientů projevovaly větší zájem o své blízké, umístěné v domovech důchodců. Téměř polovina dotázaných uvedla, že se domnívá, že u některých klientů po zavedení péče dle konceptu bazální stimulace nenastala žádná výraznější změna. Z tohoto výsledku vyvstávají další otázky. Zda žádný přínos nepociťují ani sami klienti. Další otázkou je, zda jsou u jednotlivých klientů používány správné a žádoucí prvky bazální stimulace a zda jsou prováděny správným způsobem. Sestavení kvalitního individuálního ošetrovatelského plánu je v oblasti péče o seniory více než důležitým předpokladem dobré práce.

Na otázku: „Co Vám osobně přinesl koncept bazální stimulace?“ odpověděla většina respondentů, že lepší kontakt s klientem a hlubší pochopení klienta. To svědčí o přehodnocení vlastního pohledu na péči o klienty ze strany těchto pracovníků, ti jakoby se více snažili přiblížit klientům a odpovídajícím způsobem reagovat na jejich potřeby. Pokud mají pracovat s konceptem bazální stimulace, jsou pracovníci nuceni měnit

kulturu práce a přehodnotit způsoby komunikace, své postavení a vztahy vůči klientům i jejich blízkým. Usilují o to lépe se přizpůsobit komunikační úrovni klienta. Na klienta je nahlíženo jako na rovnocenného partnera v procesu péče a člověka s vlastní historií, určitými schopnostmi a individualitou (1).

Dalším přínosem bylo dle názorů dotázaných zlepšení klientovy komunikace s blízkými osobami. Někteří respondenti také tvrdí, že v bazální stimulaci našli nové možnosti své seberealizace v práci. Všechny výsledky šetření ovšem nebyly kladné – tak třeba malá část dotazovaných si spojuje práci dle daného konceptu s pocitem provádění neúčinné práce s minimálním efektem, pro některé zas znamená bazální stimulace práci navíc. To může být ovšem způsobeno prostým nepochopením základního principu takovéto péče nebo i přílišné nároky na změnu, která pro jednotlivé pracovníky může být měřítkem úspěchu. Záporné reakce na koncept bazální stimulace od ošetrovatelského personálu mohou pramenit z jeho nedostatečného zaškolení do konceptu. Jak již bylo zmíněno výše, nejčastějším způsobem zaškolení pracovníků do konceptu bazální stimulace je kurz přímo na pracovišti. Je dobře, že dle konceptu bazální stimulace pracuje co nejširší část ošetrovatelského týmu. Což zmiňuje i Friedlová, podle níž je nejdůležitějším předpokladem implementace konceptu do péče proškolení co největší části týmu, což zaručuje kontinuitu integrovaných prvků. Významným předpokladem je také podpora ošetrovatelského týmu formou supervize na pracovišti (5).

V nynější době se péče o seniory v domovech důchodců stále zlepšuje, dochází k rozvoji péče zdravotní a sociální, ale současně se zvyšuje věk seniorů a prodlužuje doba pobytu v zařízeních. Koncept bazální stimulace významně přispívá ke zlepšení a zkvalitnění této péče. V České republice je několik zařízení pro seniory akreditovaných. V těchto zařízeních pracují speciálně podle konceptu bazální stimulace, jak se uvádí ve sborníku příspěvků z druhé konference bazální stimulace ve Frýdku- Místku (15).

V ostatních domovech důchodců je koncept bazální stimulace vnímán spíše jako doplňková metoda péče. Dle mého názoru to může být způsobeno tím, že původní cílovou skupinou bazální stimulace byly děti a pacienti v komatech. V péči o seniory se používal jen okrajově, až v posledních několika letech se začíná rozvíjet.

6. Závěr

V současné době se péče o seniory stále zlepšuje, dochází k rozvoji sociální i zdravotní péče. Důraz je kladen na klienta, na jeho individuální potřeby a možnosti, ze kterých se vychází při plánování ošetrovatelské péče. Na ošetrojící personál jsou kladeny vysoké odborné požadavky, které vyplývají ze zvláštností a odchylek v rozpoznávání a průběhu nemocí. I velmi starý a závažně nemocný člověk má zachovánu potřebu smysluplnosti, participace na dění, sounáležitosti, důstojnosti, autonomie, smyslové a komunikační stimulace. U klientů v ústavní péči se někdy stává, že jejich vyšší potřeby jsou přehlíženy. Péče je více zaměřena na uspokojování potřeb pouze základních. Toto riziko je vyšší u klientů s těžkým onemocněním, kteří jsou imobilní a nedokáží se bránit.

Cílem práce bylo zjistit, zda v domovech důchodců Jihočeského kraje ošetrovatelský personál využívá konceptu bazální stimulace, při ošetrovatelské péči o seniory. Ke zjištění výsledků byla použita metoda dotazování, technika dotazníku.

Byly stanoveny dvě hypotézy. V první jsem se domnívala, že se koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů nepoužívá. Z odpovědí členů ošetrovatelských týmů je zřejmé, že tento koncept znají a snaží se prvky bazální stimulace používat v praxi. Nejvíce používaným prvkem konceptu je polohování klientů pomocí perličkových pomůcek, dalším hojně používaným prvkem je iniciální dotek. Celkově se první hypotéza, v domovech důchodců Jihočeského kraje se nepoužívá koncept bazální stimulace při ošetrování seniorů, nepotvrdila.

Druhá hypotéza se zabývala subjektivním názorem sester na nedostatek ošetrojícího personálu v domovech důchodců při používání konceptu bazální stimulace. Po vyhodnocení dotazníků jsem dospěla k závěru, že sestry a ošetrovatelé mají pocit, že ke zlepšení stávajícího stavu využívání konceptu je potřeba navýšit počet personálu na jednotlivých pracovištích. Z výsledků tedy vyplývá, že se druhá hypotéza potvrdila. Šetřením bylo také zjištěno, že na většině pracovišť k navýšení počtu personálu nedošlo.

Výsledky šetření potvrzují, že se koncept bazální stimulace v péči o seniory, ve vybraných domovech důchodců používá a přispívá ke zvyšování kvality péče. Pro zlepšení stávajícího stavu a efektivnějšímu využívání prvků konceptu je potřeba ještě dalšího vzdělávání ošetrovatelského personálu. V současné době není v České republice mnoho odborníků, kteří se tímto problémem zabývají a je publikováno málo odborné literatury k danému tématu.

Toto šetření mělo poukázat na současný stav začleňování konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče v domovech důchodců Jihočeského kraje. Zjištěné výsledky šetření budou poskytnuty sestřím a vedoucím pracovníkům v domovech důchodců, kde bylo dotazníkové šetření prováděno za účelem zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované metodou používání prvků bazální stimulace. Také by mělo poukázat na potřebu, edukace rodin seniorů, kteří jsou ubytováni v domovech důchodců. Z vlastní zkušenosti vím, že povědomost o konceptu bazální stimulace mezi členy rodin klientů je nedostatečná.

Po vyhodnocení dotazníků vyvstaly ještě následující otázky, kterým by se mohlo věnovat další šetření. Je to otázka možnosti vyučování konceptu bazální stimulace ve zdravotnických školách. Studentky těchto škol by mohly v praxi tento koncept využívat a dále rozvíjet. Další otázka se týká potřeby navýšení ošetrovatelského personálu v domovech důchodců jihočeského kraje.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 170s. ISBN 978-80-247-1314-4.
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. 2. vyd. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2006. 100s. ISBN 80-239-6132-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro základní kurs Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003. 35s.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro nástavbový kurs Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003. 30s.
5. FRIEDLOVÁ, K. a kol. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*, Sborník příspěvků Historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí. 1. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2007. 88s. ISBN 978-80-254-0757-8
6. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4.
7. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 368s. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 1. vyd. Český Těšín: Anag, 2001. 286s. ISBN 80-7263-083-0
9. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 325s. ISBN 80-7367-002-X.
10. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 216s. ISBN 80-247-1777-8
11. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 356s. ISBN 80 246-0841-3

12. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5

Články

13. FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace*. Sestra. Č. 11/2005 – 15. ročník, str. 58, s. 30, ISSN 1210-0404
14. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra. Č. 1/2003 – 13. ročník, str. 58, s. 15. – 17, ISSN 1210-0404
15. KLIČKOVÁ, H. *Historicky II. Národní konference bazální stimulace*. Sestra. Č. 1/2008 – 18. ročník, str. 58, s. 19, ISSN 1210-0404
16. PROCHÁZKOVÁ, E. *Biografická péče – důstojná péče*. Sestra. Č. 5/2008 – 18. ročník, str. 58, s. 19, ISSN 1210-0404
17. SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K. *Komplexní péče o klienta v pobytovém zařízení sociálních služeb*. Sestra. Č. 4/2008 – 18 ročník, str. 58,s. 19, ISSN 1210-0404
18. URBANOVÁ, A. *Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů*. Sestra. Č. 12/2008–18. ročník, str. 58, s
19. WOLFFOVÁ, V. *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí*. Sestra. Č. 6/2006 – 16. ročník, str. 58, s. 26, ISSN 1210-0404

Internet

20. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0.[online].[cit. 5. 5. 2008]. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>
21. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace – pojetí konceptu*. [online]. [cit. 25. 4. 2009]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_koncept.php>

22. FRIEDLOVÁ, K. *Curriculum vitae*. [online]. [cit. 25. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/lektor.php>>
23. *Kampaň 9 mýtů o stáří*. [online]. [cit. 25. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://www.spvg.cz/9mytu/>>
24. *Bazální stimulace*. [online]. [cit. 25. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>

8. Klíčová slova

Bazální stimulace

Domov důchodců

Senior

Ošetřovatelský tým

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník	5 listů
Příloha 2: Desatero komunikace se <i>seniory</i> se zdravotním postižením	2 listy
Příloha 3: Desatero komunikace s klienty se syndromem demence	2 listy
Příloha 4: Kasuistika	2 listy

Příloha 1:

Vážení respondenti,

jmenuji se Jaroslava Veselá a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Vypracovávám bakalářskou práci na téma „ **Implementace konceptu bazální stimulace v domovech důchodců Jihočeského kraje**“ a tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zmapovat znalost a používání konceptu bazální stimulace v domovech důchodců..

Veškeré údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro toto šetření.

Za vyplnění dotazníku předem mnohokrát děkuji.

Jaroslava Veselá

1. Jaký je Váš věk?

19 – 29 let

30 – 39 let

40 – 49 let

50 – 59 let

2. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

zdravotní sestra

ošetřovatel(ka)

fyzioterapeut(ka)

3. Jak dlouho pracujete v domově důchodců?

méně než 1 rok

1 rok – 3 roky

4 roky – 6 roků

7 let a více

4. O jaké klienty nejčastěji pečujete?

s poruchou vědomí

s poruchami hybnosti

s demencí

jiné uveďte.....

5. Znáte pojem bazální stimulace?

ano

ne

Pokud jste odpověděl(a) ANO , pokračujte prosím dále.

Pokud jste odpověděl(a) NE, dále nepokračujte.

6. Jak byste charakterizoval/a bazální stimulaci?

omezení terapie

stimulace smyslového vnímání

pochopení klienta a jeho potřeb

spolupráce celého týmu

zlepšení komunikace a spolupráce s rodinou a ostatními blízkými

klient

náročná péče o klienty

finanční zatížení pro zařízení

časově náročná péče

jiné, uveďte.....

7. Kde jste se o bazální stimulaci dozvěděl(a)? (možno zaškrtnout více odpovědí)

odborná literatura

noviny,

časopisy

internet

rozhlas,

televize

kolegové

nadřízený na pracovišti

z konference

ve škole(SZŠ, VOŠ)

exkurze na jiném

pracovišti

jiné, uveďte.....

8. Je zaveden koncept bazální stimulace na Vašem pracovišti?

ano

ne

Pokud jste odpověděl(a) ANO , pokračujte prosím dále.

Pokud jste odpověděl(a) NE, dále pokračujte otázkami 16,17,18

9. Jaký je přístup k tomuto konceptu ve Vašem domově důchodců?

kladný
záporný
teoretická znalost
teoretické zaškolení

10. Jakým způsobem jste byl(a) zaškolen v bazální stimulaci?

absolvování základního kurzu bazální stimulace
absolvování základního a nástavbového kurzu bazální stimulace
absolvování kurzu B.S. na pracovišti
zaškolením od spolupracovníků
ve škole v rámci výuky
jinak, uveďte.....

11. Používáte koncept bazální stimulace při Vaší práci?

ano
ne

Pokud jste odpověděl(a) ANO, pokračujte prosím dále.

Pokud jste odpověděl(a) NE, pokračujte otázkou č.13.

12. Jaké prvky bazální stimulace používáte?(možno zaškrtnout více odpovědí)

biografická anamnéza	vibrační masáže
polohování pomocí	orální stimulace
perličkových pomůcek	auditivní stimulace
koupel uklidňující	taktilně haptická
koupel osvěžující	stimulace
koupel dle Bobatha	olfaktorická stimulace
masáž stimulující	optická stimulace
dýchání	iniciální dotek
diametrální masáž	

13. Pracují podle konceptu bazální stimulace členové Vašeho ošetřovatelského týmu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Jaké byly největší problémy při zavádění konceptu bazální stimulace ve Vašem domově důchodců?(možno více odpovědí)

- nepochopení podstaty konceptu
- pocit nedůvěry k pozitivnímu účinku bazální stimulace
- neochota změnit současné ošetřovatelské postupy ve prospěch pacienta
- nedostatek vhodných pomůcek k bazální stimulaci
- málo času
- nízký počet personálu
- neznalost konceptu bazální stimulace u spolupracovníků

15. Co přinesl koncept bazální stimulace klientům , u kterých byla péče prováděna podle tohoto konceptu?

- lepší kontakt s ošetřujícími a blízkými
- lepší vnímání sama sebe
- pocit jistoty a orientace
- nenastala výrazná změna
- nic

16. Máte zkušenost, že rodinní příslušníci klienta mají zájem ho bazálně stimulovat?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Navýšil se na Vašem pracovišti počet ošetřujícího personálu z důvodu provádění bazální stimulace?

- ano, provoz to vyžadoval
- ne, není nutné navyšovat personál
- navýšit personál není možné, i když by to bylo potřeba

18. Proč jste se zajímal(a) o bazální stimulaci?

vlastní potřeba zlepšit péči o klienty
požadavek od vedoucího pracovníka
požadavek od zaměstnavatele
jiný důvod, uveďte...

19. Co Vám osobně přinesl koncept bazální stimulace ?

lepší kontakt s klientem a jeho blízkými
pochopení klienta
seberealizace
pocit neúčinně prováděné ošetrovatelské péče
neshledávám rozdíl mezi péčí podle konceptu bazální stimulace a
péčí bez konceptu bazální stimulace
práci navíc
uveďte jiné

Příloha 2:

Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení jako „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci, zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi – a to ani formou, ani obsahem.
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů, např. v kognitivní oblasti.
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme úměrně zdravotnímu postižení pacienta, ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek(hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být zásadně snadno přístupná, bezbariérová,

s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.

10. Při ústavním ošetřování má komunikace i ošetřovatelská aktivita cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti a sociálních rolí křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat jejich ztrátu a vést k imobilizaci a rezignaci (6).

Příloha 3:

Desatero komunikace s klienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, např. rozhlasové vysílání, ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta, důsledně respektujeme fenomén zpomalení – spěch často vyvolá úzkost a zmatenost.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Jestliže pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění, používáme dotek.
6. Využíváme non-verbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, jestliže odcházíme, a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme ji jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o

povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě, bráníme jejich ponižování, nehovoříme o nich, jako by nevnímali (fenomén zvěcnění živé bytosti), dodržujeme alespoň obecnou úroveň respektování lidského studu.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem anebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje. Jistotu pacienta posilujeme umožněním kontaktu s blízkou osobou, na kterou je zvyklý nebo na které je závislý; pokud to jen trochu lze, umožňujeme účast této zklidňující osoby při vyšetření (6).

Příloha 4:

Kasuistika

Do zařízení byla přijata imobilní klientka. Doma několik týdnů jen ležela na lůžku, starala se o ní její osmdesátiletá sestra. Klientka působí velmi zanedbaným dojmem, je kachektické postavy a po celém těle má velké množství malých dekubitů. Zaujímá polohu na boku s končetinami ve flexi. Komunikace je pouze neverbální, příjem jídla a pití sporadický, klientka spíše jídlo a pití odmítá, měla zavedenou nozogastrickou sondu. Je apatická k okolí, inkontinentní.

Ošetrovatelská péče

Od prvního dne byla prováděna bazální stimulace se všemi jejími prvky. Somatická, vestibulární, taktilně haptická, auditivní, olfaktorická a všechny nastavbové prvky. Ošetrovatelský plán podle údajů biografické anamnézy nebyl možný sestavit pro nespolupráci rodiny. Klientka zpočátku negativně reagovala na zvýšenou péči a snažila se bránit téměř při všech činnostech.

Postupem času přibývalo v jejích očích pocitu jistoty, bezpečí a ubývalo pocitu strachu, objevily se první náznaky komunikace očima. Klientka přestala odmítat jídlo a pití, cíleně otvírala ústa, odstranila se NG sonda. Zlepšeným příjmem potravy se urychlilo hojení dekubitů, tím se snížily i bolesti při polohování, a hygieně. Klientka začíná komunikovat i verbálně, zprvu pouze šeptem a jednotlivými slovy, později i celými větami. Pozitivně reaguje na slova související s její rodinou (taťka, Maruna, Nanyňka, Pepíno, Lenka).

Dalším úspěch ošetrovatelské péče je zvýšení pohybové aktivity, za pomoci diametrální masáže se uvolňují kontraktury horních končetin. Vestibulární stimulace odstraňuje pocity závratí při poloze v sedu a prodlužuje tak jeho délku. Klientka začíná sama jíst a pít podané jídlo a nápoje, verbální komunikace se zdokonaluje. Po čtyřech měsících na lůžku je klientka poprvé vertikalizována a posazena do křesla vedle lůžka, také je oblečena do domácího oblečení a nemá již pouze noční košili. Od tohoto dne je posazována do křesla vždy na jídlo a postupně se doba sezení prodlužuje. Klientka

rehabilituje, denně za ní dochází rehabilitační pracovník. Vždy před cvičením je provedena diametrální masáž končetin pro uvolnění svalů a kloubů končetin.

Klientka má zhojeny všechny defekty a začíná s ošetřovateli chodit v chodítku pod dohledem rehabilitačního pracovníka. Z prvků bazální stimulace se používají diametrální masáže a masáž stimuluující dýchání, pro občasné problémy klientky s odkašláváním.

Po téměř 10 měsících pobytu v zařízení klientka poprvé projevila přání podívat se na zahradu, kterou dříve měla ráda. To byl velký zlom v myšlení klientky, pochopila že i když nemůže chodit nemusí být pouze v budově. Začala jezdit na invalidním vozíku na vyjížďky po okolí zařízení. Později se začala účastnit výletů společně s ostatními klienty.

Bazální stimulace pomohla zlepšit zdravotní stav klientky a navrátit jí chuť do života. Projevuje velký zájem o své okolí a veškeré dění v zařízení, s radostí se účastní kulturních a společenských akcí pořádaných v rámci zařízení i mimo něj. Jak sama tvrdí, chce dohnat čas, který ztratila nemocí.