

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Slezáková Veronika

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Využití bazální stimulace u osob s kognitivním deficitem

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Slezáková**
Osobní číslo: **Z22207**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Využití bazální stimulace u osob s kognitivním deficitem**
Téma práce anglicky: **Application of Basal Stimulation in Individuals with Cognitive Impairment**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce:
tištěná/elektronická

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

L.S.
doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
Kopecký v.r.
děkan

Mgr. et Mgr. Michal
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Využití bazální stimulace u osob s kognitivním deficitem jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23.4.2025

Slezáková Veronika v.r.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá využitím prvků bazální stimulace u osob s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu a u osob s poruchou kognitivních funkcí v sociálním pobytovém zařízení. Zkoumá, jak jednotlivé techniky bazální stimulace působí na tento typ klientů a jaký mají přínos. Praktickým výstupem je vytvoření specifické ošetrovatelské dokumentace určené k zaznamenávání průběhu a účinků bazální stimulace, její ověření v každodenní péči, po dobu tří týdnů a následná úprava na základě zjištěných poznatků. Dalšími výstupy práce jsou zpracované kazuistiky tří klientů s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu, které detailně popisují jejich zdravotní stav, aplikaci bazální stimulace a její dopad na projevy chování a libosti či nelibosti. Součástí výzkumu je rovněž zjištění postojů pracovníka v přímé péči k využívání bazální stimulace v praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bazální stimulace, vývojová porucha intelektu, ošetrovatelská dokumentace, kognitivní funkce

TITLE

Application of Basal Stimulation in Individuals with Cognitive Impairment

ANNOTATION

The bachelor thesis focuses on the use of elements of basal stimulation in individuals with severe and profound intellectual disabilities and cognitive impairments in a residential social care facility. It examines how individual techniques of basal stimulation affect this type of clients and what benefits they bring. The practical output of the thesis is the creation of specific nursing documentation designed to record the process and effects of basal stimulation, its verification during everyday care over a period of three weeks, and subsequent revision based on the findings. Additional outcomes of the thesis include detailed case studies of three clients with severe and profound intellectual disabilities, describing their health status, the application of basal stimulation, and its impact on their behavior, including expressions of pleasure or discomfort. The research also includes an assessment of the attitude of a direct care worker towards the use of basal stimulation in practice.

KEYWORDS

Basal stimulation, intellectual disability, nursing documentation, cognitive functions

OBSAH

1	Úvod.....	10
2	Cíle a metody práce.....	11
2.1	Cíl práce.....	11
2.2	Metody k dosažení cíle.....	11
3	Teoretická část.....	13
3.1	Bazální stimulace.....	13
3.1.1	Historický vývoj konceptu.....	13
3.1.2	Základní složky bazální stimulace.....	14
3.1.3	Indikace k zavedení bazální stimulace do péče.....	15
3.2	Poruchy vývojového intelektu.....	15
3.2.1	Těžká porucha vývoje intelektu.....	16
3.2.2	Hluboká porucha vývoje intelektu.....	16
3.3	Kognitivní funkce.....	16
3.3.1	Autobiografická anamnéza.....	18
3.3.2	Prvky základní.....	18
3.3.2.1	Somatická stimulace.....	18
3.3.2.1.1	iniciální dotyk.....	19
3.3.2.1.2	Somatická stimulace zklidňující.....	19
3.3.2.1.3	Poloha hnízdo.....	19
3.3.2.1.4	Poloha mumie.....	19
3.3.2.2	Vestibulární stimulace.....	20
3.3.2.3	Vibrační stimulace.....	20
3.3.3	Prvky nastavbové.....	21
3.3.3.1	Optická stimulace.....	21
3.3.3.2	Auditivní stimulace.....	21

3.3.3.3	Orální stimulace	22
3.3.3.4	Olfaktorická stimulace	22
3.3.3.5	Taktilně – haptická stimulace	23
3.3.4	Role zdravotníka v bazální stimulaci	23
3.4	Snomezelen a muzikoterapie	24
3.5	Ošetrovatelská dokumentace	24
4	Výzkumná část	27
4.1	Výzkumné otázky	27
4.2	Metodika výzkumu	27
4.2.1	Metoda získávání dat	27
4.2.2	Průběh výzkumného šetření	28
4.3	Sledované zařízení	30
4.4	Limity průzkumného šetření	30
4.5	Prezentace výsledků	30
4.6	Kazuistiky	33
4.6.1	Porovnání klientů v reakcích na vybrané techniky bazální stimulace	44
4.7	Využití bazální stimulace v praxi – pohled odborníka	45
4.8	Sebereflexe a reflexe práce	46
4.9	Zhodnocení dokumentace	47
5	Diskuze	48
6	Závěr	53
7	Použitá literatura	55
8	Přílohy	62

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 – Přehled použitých prvků stimulace dle četnosti použití.....	30-31
Obrázek 1– ukázka pana B v závěsné houpačce	72
Obrázek 2 – ukázka pana Z. v poloze hnízdo.....	73
Obrázek 3 – pan B. na venkovní projížďce v zookoutku.....	74

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL-activities of daily living

MKN-11-Mezinárodní klasifikace nemoci

PEG-Perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK-permanentní močový katétr

ÚZIS-Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO-World Health Organization

1 ÚVOD

Bazální stimulace je tělesně orientovaný koncept zaměřený na podporu lidí s omezenými schopnostmi vnímání, komunikace a pohybu. Péče probíhá prostřednictvím těla, které není oddělenou částí, ale představuje samotnou existenci člověka, „*kde je tělo, tam je i celý člověk.*” Bazální stimulace využívá jednoduché podněty k zachování, obnovení nebo rozvoji základních (bazálních) funkcí. Přistupuje k člověku celostně (Bienstein, Fröhlich, 2021).

V České republice žijí desítky tisíc osob s různým stupněm poruch vývojového intelektu, přičemž péče o jedince s těžkou a hlubokou poruchou je významnou výzvou pro zdravotnictví i sociální služby. Poruchou vývojového intelektu lze rozumět jako „*vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových i dalších schopností, která omezuje a oslabuje adaptační schopnosti jedince*” (Valenta, 2023, s. 9). V rámci péče o tyto osoby, lze využívat koncept bazální stimulace, který vychází z přesvědčení, že každý člověk, bez ohledu na své postižení, potřebuje smyslové podněty a možnost komunikace. Koncept umožňuje terapeutické intervence, které podporují vnímání vlastního těla a poskytují smyslové podněty osobám s poruchou vývojového intelektu (Friedlová, 2024).

Koncept bazální stimulace, který formuloval profesor Andreas Fröhlich před více než 50 lety, se stal populárním po celém světě. V České republice jej máme přes 20 let. V nové knize Friedlová (2024) Absolventi certifikovaných kurzu bazální stimulace popisují tento koncept následovně: „*Bazální stimulace je holistický přístup k člověku. Zlepšuje kvalitu života klienta, podporuje empatii, zahrnuje emoce klienta, pracuje s paměťovými stopami, stimuluje smysly, zmírňuje bolest, zlepšuje vnímání sebe sama a okolního světa, přináší úlevu a radost, zlepšuje vnímání, pocit bezpečí a uvolnění. Zlepšuje prostředí, ve kterém se klient nachází*” (Friedlová, 2024).

V rámci této práce byla bazální stimulace aplikována na oddělení, kde se dosud systematicky nevyužívá, ačkoliv pracoviště je proškolené v rámci oficiálního programu. Institut Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche od roku 2003 proškolil více než 30 000 osob a přes 500 institucí, včetně nemocnic, hospiců a sociálních služeb.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na využití prvků bazální stimulace v péči o osoby s těžkou a hlubokou poruchou vývojového intelektu. Hlavním cílem je sledování reakcí klientů na vybrané techniky bazální stimulace a vyhodnocení jejich účinnosti. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje principy bazální stimulace, její využití v ošetrovatelské péči v souvislosti s vývojovou poruchou intelektu. Praktická část se věnuje aplikaci bazální

stimulace u klientů, přičemž využívá pozorování a dokumentaci změn v projevech libosti a nelibosti.

2 CÍLE A METODY PRÁCE

Práce je strukturována tak, aby postupně představila problematiku bazální stimulace a její aplikaci v ošetrovatelské péči. Teoretická část nejprve vymezuje pojem bazální stimulace, popisuje základní i nástavbové prvky a vysvětluje její význam v péči o osoby s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu. Na teoretické poznatky navazuje výzkumná část, která se zabývá metodikou výzkumu a výběrem klientů. Samotný výzkum obsahuje kazuistiku klientů a hodnotí efektivitu vytvořené ošetrovatelské dokumentace.

2.1 Cíl práce

Cíle teoretické:

- Charakterizovat koncept bazální stimulace a jeho využití u osob s hlubokou vývojovou poruchou intelektu.

Cíle výzkumné:

- Vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci specifickou pro bazální stimulace u vybraných klientů pro dané oddělení, využít ji v rámci péče a následně zhodnotit její účinnost v praxi.
- Aplikovat jednotlivé prvky bazální stimulace u vybraných klientů
- Sledovat libosti a nelibosti a změny chování klientů při využívání daných prvků bazální stimulace po celé tři týdny.
- Sledovat názory pracovníků v přímé péči na používání technik bazální stimulace v praxi.

2.2 Metody k dosažení cíle

K dosažení teoretických cílů bakalářské práce byla využita metoda studia odborné literatury a vědeckých studií, které se zabývají charakteristikou bazální stimulace, popis jednotlivých prvků tohoto konceptu, jejich vliv na vnímání a komunikaci jedince. Součástí teoretické části bude také definice vývojových poruch intelektu, což je klíčové pro správné pochopení specifických potřeb klientů. Součástí teoretického zkoumání bude také analýza dostupných příkladů ošetrovatelské dokumentace, která bude sloužit jako podklad pro návrh struktury ošetrovatelské dokumentace

pro bazální stimulaci. To umožní vytvořit návrh dokumentace, která efektivně podpoří zavedení a vyhodnocení bazální stimulace v ošetrovatelské praxi.

Metody k dosažení výzkumných cílů budou zahrnovat několik kroků. Nejprve bude vytvořena ošetrovatelská dokumentace pro bazální stimulaci, která bude vycházet z teoretických poznatků. Dokumentace bude přizpůsobena konkrétním potřebám daného oddělení a individuálním požadavkům vybraných klientů. Vybrané prvky bazální stimulace budou prováděny v rámci péče o klienty, přičemž bude využito přímé pozorování jejich reakcí, libostí a nelibostí či změn v chování. Průběh stimulace a reakce klientů budou podrobně zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Pozorování umožní zjistit, které prvky stimulace jsou pro klienty vhodné a které nikoli. Po třítydenní aplikaci těchto prvků budou výsledky zpracovány a dokumentace bude podle potřeby upravena na základě získaných zkušeností.

3 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této práce se zaměřuje na charakteristiku konceptu bazální stimulace a jeho využití v péči o osoby s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu. Popisuje historický vývoj konceptu, jednotlivé základní i nastavbové prvky stimulace a jejich význam pro klienty s omezenými kognitivními funkcemi. Dále se věnuje specifikům poruch intelektu, kognitivním funkcím a jejich narušení, roli zdravotníka v konceptu bazální stimulace a také doplňujícím terapeutickým metodám, jako jsou snoezelen či muzikoterapie. Součástí teoretické části je také rozbor významu ošetrovatelské dokumentace, specificky zaměřené pro bazální stimulaci.

3.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb. Podporuje smyslové vnímání, zlepšuje komunikaci a motorické dovednosti a přispívá k psychomotorickému vývoji člověka (Friedlová, 2015). Každý člověk vnímá prostřednictvím smyslů. Díky nim dokážeme vnímat svoji osobu a okolní svět. Cílem bazální stimulace je pomoci jedinci vnímat realitu skrze vlastní tělo a smysly (Fábianová, 2014).

Zaměřuje se na zajištění základních potřeb, jako je příjem potravy, dýchání, toaleta a polohování. Podporuje pohyb, obnovu soběstačnosti, posiluje sebevědomí, jistotu, komunikaci a socializaci, což přispívá k emocionálnímu rozvoji a vztahům s okolím (Jirák et al., 2012). Fyzický kontakt a dotyková stimulace představují klíčové nástroje, pomocí nichž klient navazuje spojení se svým tělem i okolním prostředím a umožňuje rozvíjet schopnost klienta i v té nejzákladnější bazální rovině (Friedlová, 2015). Vychází ze schopnosti mozku uchovávat životní návyky a prostřednictvím cílené stimulace oživuje uložené vzpomínky, čímž podporuje a aktivuje mozkovou činnost (Dosbaba et al., 2021).

Péče vycházející z konceptu bazální stimulace se soustředí na uspokojování nejzákladnějších potřeb člověka. Jedinečnost spočívá ve strukturaci, která umožňuje zapojení různých odborníků, jako jsou ošetrovatelé, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, logopedi a speciální nebo léčební pedagogové, při aktivní účasti rodiny. Tento přístup využívá autobiografické prvky klienta, jeho životní zvyky, návyky a rituály, aby byla péče co nejvíce individualizovaná (Jirák et al., 2012).

3.1.1 Historický vývoj konceptu

Koncept bazální stimulace byl vytvořen na začátku 70. let 20. století v Německu prof. Dr. Andreasem Fröhlichem. Fröhlich byl speciálním pedagogem, který v průběhu svého studia vypracoval vědecký pedagogický projekt s názvem Bazální stimulace (Friedlová, 2015).

Pracoval s dětmi s vážným psychosomatickým postižením, a umožnil jim tak zlepšit komunikaci a osobnostní růst. Jeho výzkum ukázal, že zásady tohoto konceptu jsou důležité u všech věkových skupin, nemocných či zdravých (Malíková, 2020). O deset let později navázal spolupráci se zdravotní sestrou Christel Biensteinovou a společně s dalšími odborníky z různých oborů, kteří dále rozvíjeli tento koncept. O několik let později Karolína Friedlová rozšířila koncept bazální stimulace i do České republiky. V roce 2003 proběhl historicky první školící Základní kurz bazální stimulace a v roce 2005 byl ve Frýdku-Místku založen první Institut bazální stimulace (Friedlová 2015).

3.1.2 Základní složky bazální stimulace

Bazální stimulace poskytuje podporu na nejzákladnější lidské úrovni. Každý člověk vnímá okolní svět i své vlastní já prostřednictvím smyslových orgánů. Uvědomění si sebe sama je nezbytné pro schopnost pohybu a komunikace (Friedlová, 2015). Tělesný a duševní život člověka závisí na výživě, péči a podnětech, které se propojují skrze **vnímání, pohyb, komunikaci** a sociální prostředí. Vnímání podporuje pohyb, který umožňuje komunikaci. Ztráta pohybu může vést k sensorické deprivaci a omezit tvorbu nových nervových spojení (Friedlová, 2014).

V konceptu bazální stimulace je **vnímání**, jeho podpora a rozvoj jedním ze základních prvků. Stimulace tělesného schématu hraje klíčovou roli, protože napomáhá jedinci uvědomit si vlastní tělo jako celek. Právě vnímání těla tvoří základní předpoklad pro orientaci v prostoru a následné navazování kontaktu s okolním světem. Cílená stimulace umožňuje osobám s poruchou vývoje intelektu začít lépe chápat sebe i své okolí (Friedlová, 2015). Stimulace vnímání je důležitá především v péči o osoby s těžkou a hlubokou poruchou intelektu. Tito jedinci jsou od narození plně odkázáni na své okolí, které jim musí zprostředkovat smysluplné podněty nezbytné pro jejich psychomotorický vývoj. Vzhledem k výraznému kognitivnímu omezení nemají možnost přirozeně vnímat své tělo ani prostředí (Friedlová, 2024).

Pohyb je základním prvkem lidského života – přináší rozvoj, pokrok a dynamiku. Kde chybí pohyb, tam chybí život. Rozmanitost pohybových zkušeností zároveň podporuje u lidí orientaci v prostoru, což je zásadní pro uvědomování si vlastního těla (Poláková, 2019). Pohybová aktivita významně přispívá k navazování kontaktu s okolím a podporuje zapojení klienta do společných činností. Tím posiluje pocit sounáležitosti a pozitivně ovlivňuje jeho emocionální stabilitu (Adamec, Šilarová a Pastucha, 2023). U lidí s těžkou a hlubokou poruchou intelektu a s nízkým deficitem kognitivních funkcí, je využívání pohybu nezbytné. Je to způsob, jak navazovat

komunikaci, rozvíjet kognitivní funkce a naplňovat základní potřeby jedince na bazální úrovni (Friedlová, 2024).

Komunikace slouží k výměně informací, je vědomou činností, která zásadně ovlivňuje kvalitu života. Mozek zpracovává smyslové vjemy, ukládá je do paměti a vybavuje je v různých situacích, aby nám pomohl hodnotit nové podněty. Jde o komplexní proces vyžadující spolupráci smyslů, mozku a psychických prožitků (Friedlová, 2015). Klient, který vnímá své tělo, může díky vhodně zvolenému komunikačnímu kanálu začít vnímat i své okolí a navázat s ním kontakt. U osob s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu, probíhá komunikace hlavně neverbálně. Bazální stimulace nabízí možnosti, jak komunikovat s těmito jedinci na základní úrovni pomocí somatické stimulace (tělesné podněty, jako jsou tlaky či doteky), vestibulární (pohybové podněty) a vibrační stimulace (Friedlová, 2024). U jedinců, se kterými nelze komunikovat (například u osob s těžkou či hlubokou vývojovou poruchou intelektu) využívá bazální stimulace tzv. „somatický dialog“. Jedná se o způsob komunikace prostřednictvím doteku, kterým ošetřující navazuje kontakt s klientem. Ten skrze doteky přijímá podněty ze zevního prostředí a navazuje tak komunikaci (Friedlová, 2024).

3.1.3 Indikace k zavedení bazální stimulace do péče

Bazální stimulace vychází především z potřeb jedinců s výrazně omezenými schopnostmi vnímání, komunikace a pohybu. Tento koncept je vhodný pro osoby v těžkých osobních a životních situacích, které jsou způsobeny závažným onemocněním, neurologickým poškozením, těžkou demencí, kómatem nebo terminálním stádiem života. Indikován je rovněž u pacientů na jednotkách intenzivní péče, u předčasně narozených dětí či osob v hlubokém bezvědomí, kdy běžné formy komunikace a péče selhávají (Bienstein, Fröhlich, 2021). Nejen ve zdravotnictví, ale také ve speciální pedagogice si tento přístup získal své uznání. Bazální stimulace se v tomto odvětví zaměřuje na jedince, kteří trpí nedostatkem kognitivních funkcí a poruchou vývojového intelektu (Friedlová, 2024).

3.2 Poruchy vývojového intelektu

Podle MKN-11 je vývojová porucha intelektu definována jako výrazně snížená úroveň intelektových schopností a schopnosti přizpůsobivého chování, které se projevují už v raném dětství. Tato porucha ovlivňuje schopnost samostatně fungovat v každodenním životě a její závažnost je obvykle klasifikována jako mírná, středně těžká, těžká nebo hluboká (WHO, 2025). Dále viz příloha A.

3.2.1 Těžká porucha vývoje intelektu

Osoby s těžkou vývojovou poruchou intelektu jsou schopny naučit se jen základním dovednostem (Orel, 2016). Nejsou schopny mluvit, a pokud ano, jejich slovník je velmi omezený, často jen na několik jednoduchých výrazů (Pospíšilová, 2023). Proces učení je náročný a vyžaduje velkou snahu, chápou jen ty nejzákladnější souvislosti. V sebeobsluze zvládají základní věci, a proto je jim potřeba poskytovat plnou péči (Kozáková, 2023). Těžké postižení intelektu bývá často doprovázeno pohybovými poruchami (Pospíšilová, 2023).

Osoby s těžkou vývojovou poruchou vyžadují stálou stimulaci pomocí dotyků, různých textur a povrchů, pouštěním hudby a jiných podnětů, aby se podpořil jejich omezený rozvoj. Pečující by měli upínat pozornost k jejich emočním potřebám. I malé projevy, jako je úsměv, mohou být projevem radosti. Pečující, kteří s nimi pracují, se naučí rozpoznávat jemné signály libosti nebo nelibosti, které mohou mít velký význam (Pospíšilová, 2023).

3.2.2 Hluboká porucha vývoje intelektu

Hluboká porucha vývojového intelektu představuje nejzářší úroveň intelektových schopností a vyskytuje se velmi vzácně. Tvoří asi 1 % všech případů u osob s vývojovou poruchou intelektu (Pospíšilová, 2023). Osoby s touto poruchou jsou prakticky nevychovatelné, nenaučí se ani základy řeči, komunikují celým tělem a rozumí pouze základním pokynům (Pospíšilová, 2023). Péče v domácím prostředí bývá velmi náročná, tyto poruchy vesměs vyžadují umístění do sociálních služeb se zajištěnou zdravotní péčí (Orel, 2016). Pro pečující osobu je velmi užitečné, až nezbytné, naučit se rozpoznávat projevy, které mohou signalizovat spokojenost či nespokojenost jedince v dané situaci. Někteří jedinci mohou například mrkat, jiní vydávat zvuky, dýchat rychleji, usmívat se nebo se mračit a podobně (Pospíšilová, 2023).

U osob s hlubokou vývojovou poruchou intelektu je využití konceptu bazální stimulace velmi přínosné, neboť jim pomáhá lépe se orientovat v prostředí a navázat hlubší propojení s okolním světem a díky tomu navazovat a zlepšovat komunikaci. Jsou zvláště citlivé na doteky, zvuky a emoční ladění hlasu. Bazální stimulace zajišťuje získávání podnětů z okolí, které si samy nemohou přirozeně zajistit, a stává se tak nedílnou součástí péče (Pospíšilová, 2023).

3.3 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce umožňují člověku vnímat okolní svět, reagovat na něj a efektivně jednat. Díky myšlenkovým procesům jsme schopni učit se, uchovávat informace a přizpůsobovat se

proměnlivému prostředí. Mezi tyto funkce nepatří pouze paměť, ale také schopnost soustředění, pozornosti, tvorby a porozumění řeči, rychlost zpracování informací a celkové porozumění podnětům (NZIP, 2025). U jedinců s těžkou a hlubokou poruchou vývojového intelektu jsou kognitivní funkce výrazně narušeny, a proto je nezbytné jejich rozvoj bezpodmínečně podporovat individuálně dle schopností jedince (Žampachová, Čadilová, 2015).

Pozornost umožňuje fungování jednotlivých kognitivních procesů, jako je vnímání, paměť a myšlení, ovlivňuje také naše chování. Posiluje zaměření na vybrané podněty a potlačuje ty, které nejsou považovány v daný moment za důležité (Vágnerová, 2017). Pozornost u jedinců s hlubokou poruchou vývojového intelektu je omezená až výrazně narušená. Jejich schopnost zaměřit se na určitý podnět bývá velmi krátkodobá. Reakce na podněty bývají spíše reflexní než vědomé a jsou zpravidla závislé na intenzitě nebo emočním podnětu. Okolí musí být velmi vnímavé k jemným signálům pozornosti či nezájmu (Pospíšilová, 2023).

Paměť je schopnost ukládat, uchovávat a vybavovat si informace v mozku. (Hort, et al., 2012). Usnadňuje orientaci, napomáhá adaptaci a lze ji chápat jako prostředek interakce s vnějším světem (Vágnerová, 2017). Jedinci s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu si většinou nejsou schopni osvojit nové poznatky, nebo si je uchovávají pouze velmi omezeně. Jejich schopnost uchovávat a vybavovat si informace bývá výrazně snížena až minimální (Pospíšilová, 2023).

Mezi **zrakově-prostorové schopnosti** patří prostorové vnímání, koordinace zraku a pohybu a percepční dovednosti. Tyto schopnosti mohou být značně ovlivněny stárnutím, různými psychiatrickými poruchami nebo poškozením centrálního nervového systému. Zhoršení těchto funkcí vede také k narušení manuální dovedností (Klucká a Volfová, 2016). U osob s těžkou a hlubokou poruchou vývojového intelektu jsou tyto schopnosti často výrazně narušeny. Často se přidružují těžká postižení zraku, sluchu a další neurologické poruchy, které vnímání ještě více komplikují. Vzhledem k tomu, že nejsou schopny aktivního zkoumání prostředí, je jejich percepční schopnost často výrazně omezená a závislá na jednoduchých a známých smyslových podnětech (Pospíšilová, 2023).

Jazyk a řeč je základním prostředkem komunikace, který lidem umožňuje objevovat svět kolem sebe, rozvíjet myšlení, vyjadřovat emoce a potřeby a sdílet své zkušenosti a zážitky s druhými (Klucká a Volfová, 2016). U osob s těžkou a hlubokou poruchou vývoje intelektu se řeč obvykle nerozvine nebo je velmi omezená. Jejich jazykové schopnosti jsou omezené natolik, že běžná

verbální komunikace není možná. Porozumění řeči je rovněž narušeno, většinou vnímají jen nejjednodušší pokyny, často navíc doprovázené gestem (Pospíšilová, 2023).

Myšlení je složitá kognitivní funkce. Jeho základem je snaha porozumět světu kolem nás a orientovat se v něm. Pomáhá nám pochopit, co a proč se děje, a jaké to pro nás má důsledky (Klucká a Volfová, 2016). Schopnost abstraktního a logického myšlení u osob s hlubokou vývojovou poruchou intelektu bývá výrazně omezena. Nejsou schopny pochopit složitější příčiny a důsledky událostí. Veškeré vnímání okolí je zprostředkováno prostřednictvím přímého prožitku a emocí, nikoli logickým usuzováním (Pospíšilová, 2023).

3.3.1 Autobiografická anamnéza

Poznání životní dráhy klienta je klíčové pro formování celostního přístupu k péči, neboť jeho osobní příběh zásadně ovlivňuje podobu ošetrovatelské i sociální podpory (Procházková, 2019). Autobiografickou anamnézu pomáhá tvořit sám klient a jeho nejbližší sociální okolí (Friedlová, 2015). Získáváním biografických údajů odhalujeme životní události klienta, které nám postupně vytvářejí ucelený obraz jeho osobnosti. Autobiografická anamnéza nám pomáhá přistupovat k pacientovi s respektem, odhaluje jeho opravdová přání a umožňuje kvalitně plánovat péči o něj (Procházková, 2019).

Pokud je člověk přemístěn z domácího prostředí do nového zařízení, je vytržen ze svých důležitých orientačních opěrných bodů, což snižuje pocit jistoty, zvyšuje stres a může způsobit stavy agresivity (Friedlová, 2015). Proto je autobiografická stimulace pro péči důležitá. Prohlubuje důvěru a respekt mezi klientem a personálem, podporuje orientaci tím, že spojuje klienta s realitou všedního dne, aktivuje jeho emoční život a pomáhá podporovat kognitivní funkce a vnímání vlastních hodnot a identity (Procházková, 2019).

3.3.2 Prvky základní

3.3.2.1 Somatická stimulace

Vliv somatické stimulace na vnímání jedince: Somatická stimulace zahrnuje prvky paměťových pohybových schémat. Cílená stimulace může aktivuje příslušné projekční oblasti mozkové kůry a napomáhá vytváření nových spojení mezi mozkem a tělem (Friedlová, 2015). Somatická stimulace zlepšuje vnímání vlastního těla, což jedinci pomáhá lépe si uvědomovat své tělo v prostoru a tím mu navázat kontakt s okolním světem (Fabiánová, 2014). U osob s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu umožňuje bazální stimulace vést tzv. „somatický dialog“, který často představuje jediný možný způsobem navázání komunikace s těmito jedinci (Friedlová, 2024).

3.3.2.1.1 iniciální dotyk

Dotek je primárním prvkem somatické stimulace, prostřednictvím něhož klientovi dáváme najevo naši přítomnost (Friedlová, 2015). Vhodná místa pro iniciální dotek jsou rameno, paže či ruka. Tato místa by měla být zaznamenána na tabulku u lůžka pacienta. Nepředvídatelné doteky mohou u pacientů s kognitivním deficitem vyvolat strach a nejistotu (Kapounová, 2020).

Somatická stimulace pak nabízí několik možností:

3.3.2.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Zklidňující somatická stimulace je vhodná při péči o klienty s těžkou až hlubokou poruchou vývoje intelektu, stejně jako u neklidných, úzkostných nebo vystrašených pacientů (Friedlová, 2015). Napomáhá navodit celkové uvolnění a u klientů s vývojovou poruchou intelektu může zprostředkovat nové tělesné prožitky. Prostřednictvím této stimulace navazujeme komunikaci pomocí somatického dialogu (Friedlová, 2024). Zklidňující stimulaci lze zařadit do toalety klienta, potom stimulaci můžeme nazvat zklidňující koupel (Friedlová, 2014).

Při zklidňující somatické stimulaci, včetně koupele, se klienta dotýkáme oběma rukama. Kopírujeme tělesnou postavu ve směru růstu chlupů, čímž klientovi podáváme informaci o jeho tělesných hranicích (Kachlová a Plevová, 2023). Dle autobiografické anamnézy respektujeme místa, kde není vhodné tuto stimulaci provádět.

3.3.2.1.3 Poloha hnízdo

Správné polohování nejen zajišťuje somatickou stimulaci, ale také pozitivně ovlivňuje vestibulární systém (Kachlová a Plevová, 2023).

Poloha „hnízdo“ přímo ohraničuje tělesné hranice. Cílem je stimulovat vnímání vlastního těla (Friedlová, 2015). U neklidných a spastických klientů tato poloha způsobuje tlumení neklidu a úzkosti. Klienti s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu většinou nemají vyzrálé tělesné vnímání. Proto má poloha hnízdo veliký význam i těchto jedinců (Friedlová 2024). Tělo klienta uložíme do polohy, kterou jsme si zvolili, obložíme jej dekami, polohovacími válci, zkrátka tím, co máme k dispozici. Klienta lze položit i do sedacích vaků (Friedlová, 2024).

3.3.2.1.4 Poloha mumie

Polohování v bazální stimulaci využíváme u klientů s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu s cílem umožnit jim lépe vnímat a poznávat své tělo (Friedlová, 2024).

Poloha „mumie“ se využívá především u klientů, kteří potřebují intenzivní tělesnou stimulaci. Jedná se zejména o jedince s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu. Lze ji použít se záměrem uklidnit a snížit stavy agresivity (Friedlová, 2024). Ideálně se aplikuje po zklidňující koupeli, přičemž délka použití závisí na stavu pacienta (Kachlová a Plevová, 2023). Poloha „mumie“ spočívá v uložení klienta na záda na deku a jeho pevném zabalení, přičemž je důležité ponechat dostatek volnosti, pokud by se klient cítil nepohodlně a potřeboval se sám uvolnit (Hadačová, 2024). Ruce se při této technice pokládají na hrudník, nejen proto, aby bylo možné se snadněji z polohy dostat, ale i kvůli lepšímu vnímání vlastního dechu (Friedlová, 2015).

3.3.2.2 Vestibulární stimulace

Vliv vestibulární stimulace na vnímání jedince: Vestibulární systém zajišťuje rovnováhu, stabilizaci obrazu na sítnici a koordinaci pohybů hlavy a očí, a je klíčovým prvkem pro orientaci v prostoru (Friedlová, 2015).

Využívá se v péči o osoby s omezenou pohyblivostí, například u jedinců s těžkou nebo hlubokou vývojovou poruchou intelektu nebo pokročilou demencí, a může sloužit jako příprava na mobilizaci. Vestibulární stimulace se také využívá k navázání kontaktu a komunikaci s lidmi, kteří mají výrazné kognitivní poruchy (Friedlová, 2015). Napomáhá předcházet nevolnostem, závratím a svalovému napětí (Kapounová, 2020). Vestibulární stimulace se provádí otáčivými pohyby hlavy. Při posazování pacienta lze stimulaci provádět vsedě nebo i na lůžku, klient sám nebo s pomocí vykonává houpací pohyby tělem (Friedlová, 2015). Pro stimulaci se dá využít závěsná síť nebo vestibulární stimulaci využít v kombinaci s polohou „hnízdo“ nebo polohou „mumie“.

3.3.2.3 Vibrační stimulace

Vliv vibrační stimulace na vnímání jedince: Vibrace se přenášejí skrze kosti a pomáhají pacientovi lépe vnímat jeho tělesné schéma (Bartůněk et al., 2016).

Vibrační stimulace, nebo proprioreceptivní stimulace, jak ji Friedlová (2024) nazývá ve své nové knize, se řadí do trojice základních vjemů, která je důležitá pro podporu motorických schopností (Friedlová, 2024). Stejně jako somatická a vestibulární stimulace je i tato forma vhodná pro klienty s těžkou a hlubokou poruchou intelektu. Využívá se v péči o pacienty především k intenzivnímu vnímání těla, uvědomování si sebe sama (Friedlová, 2023). Podporuje komunikační schopnosti u lidí, se kterými nelze navázat verbální komunikaci (Friedlová, 2024). K této stimulaci lze využít různé pomůcky, jako jsou bateriové vibrátory, vibrující hračky, sedátka či vibrační polštářky, nebo aplikovat manuální vibrační stimulaci na klouby horních

a dolních končetin (Friedlová, 2023). Důležitým prvkem vibrační stimulace je i její využití v muzikoterapii, kde se využívá k navázání kontaktu a podpoře komunikace. Pacienti mohou cítit vibrace buď kontaktem s hudebním nástrojem, nebo chvěním hrudníku při řeči či zpěvu (Friedlová, 2023).

3.3.3 Prvky nástavbové

Zavedení těchto prvků do péče vychází především z autobiografické anamnézy klienta, která napomáhá lepší orientaci a přispívá k pocitu jistoty a bezpečí (Friedlová, 2024).

3.3.3.1 Optická stimulace

Vliv optické stimulace na vnímání jedince: Zrak je zásadní pro orientaci a smyslovou stimulaci zprostředkovává až 80 % informací z okolí (Fábianová, 2014). Umožňuje člověku prožívat pozitivní zážitky, poskytuje pocit jistoty a bezpečí a dává příležitost poznat druhé lidi (Friedlová, 2024).

Zrak lze stimulovat nejen umístěním podnětů do zorného pole klienta, ale také změnou prostředí. U klientů s demencí nebo vývojovou poruchou intelektu je vhodné využívat známé obrázky (Friedlová, 2015). Pro optickou stimulaci lze klientovi pouštět jeho oblíbený seriál nebo televizní pořad dle autobiografické anamnézy (Friedlová, 2024). U klientů se zrakovým omezením je také vhodné podporovat kompenzační smysly a používat zrakové pomůcky pro lepší orientaci a komunikaci (Fajmonová a Chovancová, 2008).

3.3.3.2 Auditivní stimulace

Vliv auditivní stimulace na vnímání jedince: Napomáhá osobnímu rozvoji a upevňuje celistvost osobnosti. Zvukové podněty pomáhají jedinci rozpoznat své vnitřní prožívání, lépe reagovat na okolní svět a dávají možnost prožívat hlubší a smysluplné vztahy (Kantor et al., 2009). Pomáhá navázat kontakt s klientem, vyvolat vzpomínky, přenášet informace a podporovat komunikační dovednosti i osvojení nových slov (Friedlová, 2018).

Auditivní stimulace poskytuje zvukové podněty prostřednictvím vibrací, tónů a různých zvuků. (Friedlová, 2018). Nabízí širokou škálu možností, díky kterým bude péče o klienty jedinečná. Dá se zpívat, vyprávět pohádky, hrát na hudební nástroje nebo poslouchat zvuky přírody. Jednou z vhodných forem této stimulace je také muzikoterapie, která vyvolává v těle klienta mnoho reakcí (Friedlová, 2024). U lidí s kognitivním deficitem, jako jsou jedinci s vývojovou poruchou intelektu, by auditivní stimulace měla být poskytována na základě sesbíraných informací v autobiografické anamnéze. Využívá se především k navázání komunikace s klientem, k podpoře vnímání, vybavování vzpomínek a vyvolat libé emoce (Friedlová, 2024).

Pro efektivní komunikaci s neslyšícími klienty je důležité udržovat oční spojení. Doporučuje se vyhnout abstraktním pojmům, zvolit stranu, kde klient lépe slyší a mluvit jasně, bez křiku. Pro lepší porozumění pomáhá mimika, gesta a používání sluchových pomůcek (Fajmonová a Chovancová, 2008).

3.3.3.3 Orální stimulace

Vliv orální stimulace na vnímání jedince: Ústa člověk vnímá jako velmi citlivou a intimní oblast. Prožitek z potravy je zpracováván i v limbickém systému, což úzce souvisí s emočním prožíváním (Friedlová, 2015). Chuťové pohárky na jazyku přenášejí informace a aktivují reflexy důležité pro příjem potravy, jako je slinění a polykání. Důležitá je fáze, kdy smysly reagují na jídlo ještě před jeho vstupem do úst, proto je důležité umožnit klientům vizuální, čichový a hmatový kontakt s jídlem (Friedlová, 2023).

Orální stimulace hraje důležitou roli v rozvoji řeči, kognitivních funkcí i emocí. U osob s vývojovou poruchou intelektu se často využívá při logopedické péči, ale i v běžné denní rutině – například při jídle, které pro mnoho z nich představuje silný emoční zážitek. Právě během jídla často dokáží projevit libé reakce a napomáhá jejich lepší orientaci v denním režimu. Orální stimulaci lze zapojit také při hygieně ústní dutiny, kde je však důležité brát ohled na to, že tito klienti mívají velmi citlivé či bolestivé dásně (Friedlová, 2024).

3.3.3.4 Olfaktorická stimulace

Vliv olfaktorické stimulace na vnímání jedince: Čichové centrum ve frontálním laloku je propojeno s hypotalamem a limbickým systémem, to umožňuje vůním ovlivňovat emoce a vyvolávat vzpomínky, čímž se efektivně stimuluje paměť (Friedlová, 2023).

U klientů s poruchou intelektu může čichová stimulace napomoci aktivaci vzpomínek, podpořit vnímání a zároveň usnadnit orientaci v denním režimu. V rámci této stimulace lze využít například vůně přírody, což je obzvlášť vhodné v případě, že klient má v autobiografické anamnéze uvedenou oblibu pobytu venku. Čichovou stimulaci je možné zapojit i do koupele, čímž se zvyšuje její relaxační účinek (Friedlová, 2024). Některé vůně vyvolávají asociace s příjemnými zážitky, jako je například vůně kávy, nebo se specifickým obdobím, jako jsou Vánoce, s nimiž je spojována vůně vanilkového cukru či perníku. S oblíbenými jídly, například čokoládou, nebo s konkrétními lidmi prostřednictvím parfémů či mýdel (Friedlová, 2015 cit. podle Tomová a Křivková, 2016).

Je třeba zohledňovat biografii klienta a snažit se při olfaktorické stimulaci zapojit všechny další smysly, zejména haptiku, chuťový, optický a sluchový vjem (Friedlová, 2023).

3.3.3.5 Taktilně – haptická stimulace

Vliv taktilní stimulace na vnímání jedince: Taktilně-haptická stimulace hraje důležitou roli ve vývoji základních fyziologických potřeb. Zajišťuje nepřetržitý kontakt a komunikaci s okolním prostředím (Friedlová, 2015).

„Ruka je prostředkem k poznávání svého těla a okolního světa a umožňuje samoobslužné činnosti, činí tím člověka autonomním” (Friedlová, 2024). Hmatová stimulace úzce souvisí se somatickým vnímáním. Ruka je jednou z neaktivnějších částí těla, proto je její stimulace v bazální stimulaci velmi důležitá (Friedlová, 2024). Jedinci s hlubokou nebo těžkou vývojovou poruchou intelektu jsou většinou nepohybliví nebo výrazně pohybově omezení (Valenta et al., 2018). Proto se u takových klientů haptická stimulace provádí jako proces učení a objevování nových předmětů. Dá se využít i pro zklidnění klienta například, podáním známého předmětu do ruky nebo zachováním možnosti vykonávání samoobslužných činností (Friedlová, 2024).

3.3.4 Role zdravotníka v bazální stimulaci

Role zdravotníka v konceptu bazální stimulace spočívá v citlivém přístupu k pacientovým potřebám ve snaze vnímat individuální potřeby pacienta a odpovídajícím přístupem na ně reagovat (Friedlová, 2014). Je nezbytné zaměřit se nejen na pacientovy nedostatky, ale také na jeho zachované schopnosti a ty dále posilovat a rozvíjet (Unterlagen für Weiterbildung, 2003 cit. podle Friedlová, 2014). Jedním z klíčových úkolů je porozumění pacientovu způsobu komunikace, což umožňuje vytvářet prostředí, které mu poskytuje orientaci, jistotu a podporu pro rozvoj jeho osobnosti. Zdravotníci by měli ke každému pacientovi přistupovat s respektem k jeho jedinečnosti, bez ohledu na jeho aktuální tělesný, mentální nebo psychický stav (Friedlová, 2014).

U jedinců s nízkou úrovní kognitivních funkcí, včetně hlubokého mentálního postižení, by se pečující osoba (zdravotník) měla zaměřit na poskytování smyslových zážitků, aby podpořila komunikaci s klientem. Smyslové aktivity je potřeba zahrnout do každodenních rutin klienta. Kromě využívání prvků bazální stimulace jako takových, mohou pečující osoby do péče zahrnout fyzické aktivity, které mohou poskytnout klientům motorický rozvoj a stimulovat smysly (Friedlová, 2024).

Dosbaba (2021, s. 22) zmiňuje, že *„koncept bazální stimulace není založen na výši vzdělání, ale na empatii pečující osoby.“*

3.4 Snoezelen a muzikoterapie

Snoezelen je nefarmakologická metoda zaměřená především na osoby s těžkým postižením. Jejím hlavním cílem je multisenzorická stimulace, která probíhá ve speciálně upravených Snoezelenových místnostech (Giovenale et al., 2023), které přináší klid, pohodu a uvolnění, vyvolává vzpomínky a posiluje pocit bezpečí (Filatova, 2014). Prostředí by mělo být vybaveno vodní postelí, sedacími vaky, houpací sítí, optickými vlákny, lávovými lampami a světelným projektorem. Dále by neměla chybět řádně vybavená audiotechnika, nejrůznější vonné sáčky, difuzéry a masážní pomůcky. Využití pomůcek se odvíjí především od individuálních potřeb klientů (Kroupová a Hanáková, 2020).

Muzikoterapie je léčebná metoda využívající hudbu a její prvky k rozvoji osobnosti, zlepšení života a mezilidských vztahů (Kantor et al., 2024). U osob s vysokým kognitivním deficitem působí nejčastěji jako podpůrná terapie (Kantor et al., 2009). Hudba může u osob s mentálním postižením výrazně podpořit aktivaci kognitivních funkcí a usnadnit osvojování nových poznatků a dovedností. Tito klienti obvykle dobře reagují na opakované přehrávání známých melodií, které v nich vyvolávají pocit jistoty. V rámci péče by měla být muzikoterapie vhodně kombinována s dalšími formami multisenzorické stimulace pro dosažení co největšího terapeutického účinku (Müller, 2014).

3.5 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je spořádaný záznam o plánované i neplánované péči, která je pacientovi poskytnuta. Pokud je ošetrovatelská dokumentace vedena správně, může být výsledkem efektivní týmové spolupráce a slouží jako klíčový nástroj pro zlepšování kvality zdravotní a ošetrovatelské péče. Cílem zápisu do ošetrovatelské dokumentace je zajištění časového přehledu a plynulosti ošetrovatelské péče (Vacková, 2014). Dokumentační systém je založen na systémové posloupnosti a průchodnosti jednotlivých dat, která ovlivňují kvalitu a adekvátnost poskytované péče. Zároveň slouží k ochraně pacienta před neodpovídajícími zdravotními intervencemi. Bezpečnost pacienta a ochrana jeho osobních údajů jsou zajištěny profesionální mlčenlivostí všech členů zdravotnického týmu. Ošetrovatelská dokumentace plní funkci komunikačního média, které musí zajišťovat kontinuitu péče. Její součástí je individuální plán péče, jenž je označen specifickým identifikátorem a lze jej kdykoliv dohledat v archivu dokumentace. Klíčový pracovník je zodpovědný za správné vedení ošetrovatelské dokumentace spolu s vedoucím péče, kteří zajišťují její úplnost, správnost a aktuálnost (Procházková, 2019).

Ošetrovatelská dokumentace v bazální stimulaci umožňuje zaznamenávat reakce pacienta na stimulační podněty, sledovat, zda jsou pro něj určité stimuly zatěžující, a hodnotit vývoj jeho stavu vědomí, pohyblivosti či schopnosti komunikace s okolím. Díky dokumentaci lze efektivněji plánovat péči, koordinovat ji a zároveň tím ošetřující personál prokazuje vysokou míru profesionality.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Zákon č. 372/2011 Sb. Uvádí že: „*Zdravotnická dokumentace musí být vedena a zpracovávána průkazně, pravdivě, srozumitelně a čitelně.*” Zákon také uvádí, aby zdravotník, nebo jiný odborný pracovník, který službu poskytl uvedl do dokumentace své jméno, datum a čas provedení, a svým podpisem potvrdil správnost záznamu.

Podle Vyhlášky č. 444/2024 Sb. by měla ošetrovatelská dokumentace obsahovat následující náležitosti

Identifikační údaje pacienta, mezi které patří jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo (pokud bylo přiděleno), číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, kód zdravotní pojišťovny a adresa trvalého pobytu.

Dále jsou součástí dokumentace také **identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb**, které zahrnují jméno a příjmení poskytovatele (fyzické osoby) nebo název a sídlo poskytovatele (právnícké osoby), identifikační číslo osoby (IČO) a adresu místa poskytování zdravotních služeb.

Mezi další klíčové části ošetrovatelské dokumentace patří **záznamy o zdravotním stavu pacienta** a poskytované péči, které zahrnují hodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta, průběh a výsledky poskytované péče, včetně informací o individuálních potřebách pacienta.

Zvláštní potřeby pacienta zahrnují informace o kompenzačních pomůckách, které využívá, a preferované způsoby komunikace pro pacienty se specifickými potřebami.

Plán péče stanovuje postupy péče, aktuální cíle a specifické potřeby pacienta, které je nutné průběžně sledovat a zaznamenávat.

Práce s ošetrovatelskou dokumentací by neměla odvádět pozornost od samotné péče o pacienta, naopak by měla být její neoddělitelnou součástí a sloužit jako nástroj ke zlepšení kvality poskytovaných zdravotních služeb.

ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část poskytla ucelený pohled na problematiku bazální stimulace a její využití u osob s poruchou vývoje intelektu. Byly představeny jednotlivé prvky stimulace, jejich účinky a možnosti aplikace v každodenní péči. Pozornost byla věnována i významu kognitivních funkcí, roli zdravotníka a vedení ošetrovatelské dokumentace. Tyto poznatky tvoří teoretický základ pro výzkumnou část práce, kde bude koncept bazální stimulace ověřen v praxi.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Výzkumné otázky

1. Které techniky BAS budou nejvíce využívány?
2. Bude ošetrovatelská dokumentace vytvořená pro bazální stimulaci praktická při užívání v praxi?
3. Byla doba tří týdnů dostatečná k tomu, aby si pacienti zvykli na prvky bazální stimulace?
4. Jak pracovník v přímé péči vnímá zavedení a používání bazální stimulace u vybraných klientů?

4.2 Metodika výzkumu

Tato práce se zaměřuje na využití bazální stimulace u osob s hlubokou vývojovou poruchou intelektu a kognitivním deficitem v pobytovém sociálním zařízení. Cílem je zjistit, jak jednotlivé techniky bazální stimulace ovlivňují klienty a zda může být vytvořená ošetrovatelská dokumentace užitečným nástrojem pro systematický záznam a vyhodnocení této péče. Výzkum probíhal po dobu tří týdnů, během nichž byla u vybraných klientů aplikována bazální stimulace a systematicky zaznamenávány jejich reakce.

4.2.1 Metoda získávání dat

Pozorování

Pozorování nám prostřednictvím smyslů umožňuje poznávat vnější, viditelnou stránku reality. Umožňuje zachytit konkrétní skutečnosti a detaily, které se odehrávají právě tady a teď. (Váňová a Skopal, 2017, s. 25).

Hlavní metodou sběru dat bylo zúčastněné pozorování, při němž se výzkumník aktivně podílel na poskytování bazální stimulace a systematicky sledoval reakce klientů. Pozorování bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, která byla vytvořena speciálně pro tento výzkum. Každý všední den po dobu tří týdnů byla prováděna bazální stimulace u vybraných klientů a aktivně se zapisovaly jejich reakce. Byly pozorovány jejich verbální i neverbální projevy, změny v chování a vnímání během a po aplikaci stimulace a také, pocity libosti a nelibosti klientů ve vztahu k jednotlivým prvkům stimulace. Vše bylo zapisováno do předem vytvořené dokumentace

Analýza dokumentace

Analýza dokumentů spočívá ve zkoumání a výkladu písemných záznamů. Tyto materiály slouží jako zdroj informací pro pochopení toho, jak lidé jednájí a proč (Kutnohorská, 2009, s. 43).

Zdrojem dat byla analýza osobních složek klientů, nichž byla pozornost výzkumníka zaměřena na zdravotní stav klientů, jejich autobiografickou anamnézu, ošetrovatelskou péči a individuální potřeby. Tato dokumentace pomohla pochopit kontext jejich chování, umožnila lépe individualizovat bazální stimulaci a napsat důkladnou autobiografickou anamnézu (příloha F).

Rozhovor

Součástí sběru dat byl také polostrukturovaný rozhovor s pedagogickým pracovníkem zařízení. Rozhovor byl veden s cílem zjistit, jaké zkušenosti má odborník se zaváděním bazální stimulace do praxe, jak hodnotí přínos této metody pro klienty a jaké bariéry či výzvy vidí při implementaci konceptu do praxe.

4.2.2 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v sociálním pobytovém zařízení v období od 7. 10. do 27. 10. 2024. Výběr klientů probíhal ve spolupráci se speciálním pedagogem a s pracovníky oddělení. Klienti byli vybráni záměrně podle několik kritérií: u klientů se neprovádí bazální stimulace a ani se v minulosti neprováděla, jsou diagnostikováni hlubokou vývojovou poruchou intelektu dle klasifikačního systému MKN-11 (příloha A), s významným kognitivním deficitem a významnou poruchou chování. Další podmínkou bylo, aby jejich stupeň závislosti dle Barthelova testu základních aktivit denního života – ADL test (příloha B) odpovídal stupni „vysoce závislý“, což znamenalo, že byli plně odkázáni na pomoc druhých. Nezbytnou podmínkou byla rovněž písemná schválení od opatrovníků jednotlivých klientů, přičemž v jednom případě nebylo schválení uděleno, a daný klient proto nemohl být do výzkumu zařazen. Všechny osobní informace o klientech jsou anonymizovány. O klientech se tato práce zmiňuje jako o panu Z., panu J., a panu B. V této práci bude využita první osoba, aby bylo možné lépe reflektovat průběh výzkumu.

Před zahájením samotného výzkumu bylo nutné provést důkladnou přípravu. Každému klientovi byla sestavena individuální autobiografická anamnéza (příloha F), která byla vytvořena kombinací informací získaných z rozhovorů s klíčovými pracovníky a z osobních složek klientů. Na základě těchto anamnéz bylo možné definovat konkrétní cíle bazální stimulace pro každého klienta a naplánovat vhodné formy stimulace, které by byly přizpůsobeny jeho potřebám a možnostem. Před samotným zahájením bazální stimulace bylo nutné připravit ošetrovatelskou dokumentaci, která by umožnila systematický záznam pozorování (přílohy C a D). Během její tvorby byla dokumentace pravidelně konzultována se zástupci zařízení, aby odpovídala potřebám péče a byla co nejpraktičtější pro ošetřující personál. Po opakovaných konzultacích a úpravách

byla hotová dokumentace představena v zařízení, kde byla následně schválena jako dostatečná pro tento výzkum (příloha B).

Praktická realizace výzkumu

Bazální stimulace byla prováděna každý všední den po dobu tří týdnů. Každý klient byl stimulován individuálně podle předem stanoveného plánu. Péče byla koncipována tak, aby nenarušovala běžný chod oddělení. Při aplikaci bazální stimulace byly využívány různé techniky, jako somatická stimulace (iniciální doteky, masáže, polohování), vestibulární stimulace (jemné pohybové podněty), vibrační stimulace, auditivní stimulace (práce se zvuky, hlasem, hudbou), optická stimulace (vizuální podněty, barvy, světlo), orální stimulace (nejčastěji pomocí kávy), olfaktorická stimulace a taktilně haptická stimulace.

Během celého procesu byla vedena ošetrovatelská dokumentace pro denní záznam stimulace, která byla vytvořena před samotným výzkumem. Dokumentace se skládala ze dvou částí. První částí byl denní záznam o poskytování bazální stimulace (příloha C). Do něj byly zaznamenávány, jaké prvky stimulace byly klientům v průběhu dne poskytovány, popřípadě také tím, čím byla stimulace prováděna. Druhá část byla zaměřená na slovní hodnocení stavu klienta během celého dne, do níž se zapisoval každý použitý prvek stimulace a jeho účinky na klienta (příloha D). Zapisovaly se reakce klientů a pocity libosti a nelibosti. Na základě těchto záznamů bylo možné sledovat vývoj jednotlivých klientů, přizpůsobovat přístup a vyhodnocovat efektivitu jednotlivých prvků stimulace. Po ukončení třítydenního období byla dokumentace analyzována a upravena tak, aby byla lépe využitelná v praxi a co nejefektivněji podporovala zavedení bazální stimulace do péče pro dané oddělení (příloha E).

Sesbíraná data byla sepsána do oddělených kazuistik. Každá kazuistika popisuje zdravotní stav klienta, včetně medikace, jeho ošetrovatelskou péči poskytovanou v pobytovém zařízení, dále je sepsána autobiografická anamnéza a vyplněný ADL test s výsledným počtem bodů. Kazuistika obsahuje cíle, které byly vytvořeny pro samotnou realizaci bazální stimulace a na konci kazuistiky jsou tyto cíle zhodnoceny. Také je popsán samotný průběh bazální stimulace.

Byl proveden polostrukturovaný rozhovor se speciální pedagožkou a logopedkou, která má dlouholeté zkušenosti s péčí o osoby s poruchou vývoje intelektu. Cílem bylo získat odborný pohled na využití bazální stimulace v praxi, její přínosy, možnosti implementace a překážky při zavádění této metody do péče. Otázky se zaměřily na obecné zkušenosti s bazální stimulací, její praktické využití, bariéry v implementaci a hodnocení výzkumu. Rozhovor proběhl v klidném prostředí, odpovědi byly zaznamenány a následně zpracovány v rámci tohoto výzkumu.

4.3 Sledované zařízení

Výzkumné šetření probíhalo v centru sociálních služeb v časovém období od 7. 10. do 27. 10. 2024. Zařízení poskytuje péči lidem s vrozenou nebo získanou vývojovou poruchou intelektu a úbytkem kognitivních funkcí. Pečují také o klienty s poruchami autistického spektra, kteří vyžadují intenzivní individuální podporu. Mezi hlavní služby patří domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, odlehčovací služby a sociálně terapeutické dílny. Péče zahrnuje pomoc při každodenních činnostech, podporu soběstačnosti, rozvoj sociálních dovedností, rehabilitaci a zapojení do terapeutických aktivit, jako jsou rukodělné činnosti, práce v dílnách a zookoutku. Klientům je také zajištěna zdravotní péče, stravování a sociální podpora, přizpůsobená jejich individuálním potřebám.

4.4 Limity průzkumného šetření

Výzkum měl několik slabých stránek, které mohly ovlivnit jeho výsledky. Jedním z nich byla délka výzkumu, která trvala pouze tři týdny, což je relativně krátká doba na sledování dlouhodobých efektů této metody. Některé změny se mohou projevit až po delší době. Pro získání přesnějších výsledků by bylo vhodné provést výzkum s delší časovou osou a sledovat vliv bazální stimulace v průběhu několika měsíců. Také subjektivita pozorování mohla ovlivnit výsledky, protože byly hodnoceny reakce klientů na základě vlastního vnímání výzkumníka, i přestože byla pečlivě vedena dokumentace. Výzkum rovněž neobsahoval kontrolní skupinu, což by mohlo pomoci lépe porovnat výsledky. Přesto se domnívám, že získaná data mají významný přínos a naznačují pozitivní vliv bazální stimulace na vnímání, komunikaci a celkový psychický stav klientů. Do budoucna by bylo vhodné provést delší výzkum a případně zahrnout i kontrolní skupinu pro přesnější zhodnocení efektivity této metody.

4.5 Prezentace výsledků

Tabulka 1- Přehled použitých prvků stimulace dle četnosti použití

STIMULACE	absolutní četnost	%
SOMATICKÁ STIMULACE		
iniciální dotyk	129	60,3
poloha hnízdo	36	16,8
poloha mumie	6	2,8
Zklidňující somatická masáž	36	16,8
celková koupel zklidňující	7	3,3

celkem	214	100,0
VESTIBULÁRNÍ STIMULACE		
houpačka	7	16,3
polohování	36	83,7
celkem	43	100,0
VIBRAČNÍ STIMULACE		
vibrační pomůcky	43	100,0
celkem	43	100,0
ORÁLNÍ STIMULACE		
sladké	43	33,3
káva	86	66,7
celkem	129	100,0
OPTICKÁ STIMULACE		
televize	13	16,0
světýlka	28	34,6
příroda	40	49,4
celkem	81	100,0
OLFAKTORICKÁ STIMULACE		
aromakoupel	7	14,9
příroda	40	85,1
celkem	47	100,0
AUDITIVNÍ STIMULACE		
hudba	43	48,3
nástroje	43	48,3
čtení pohádky	3	3,4
celkem	89	100,0
TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE		
všední věci	129	100,0
celkem	129	100,0

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1 zobrazuje četnost jednotlivých forem stimulace, které byly aplikovány v rámci bazální stimulace. Data jsou rozdělena podle druhu stimulace na somatickou, vestibulární, vibrační, orální, optickou, olfaktorickou, auditivní a taktilně-haptickou stimulaci. Absolutní četnost představuje počet jednotlivých aplikací konkrétní stimulace. Procenta v tabulce vyjadřují podíl jednotlivých metod stimulace na celkovém počtu aplikací daného typu stimulace.

Somatická stimulace byla aplikována nejčastěji, s celkovým počtem 214 intervencí. Největší podíl tvořil iniciální dotyk, který byl aplikován celkem 129, což odpovídá 60,3 % všech somatických intervencí. Poloha „hnízdo“ byla celkem využita 36×, tedy 16,8 %, stejně jako zklidňující stimulace, která byla využita také 36× (16,8 %). Poloha „mumie“ byla uplatněna 6x, což představuje pouze 2,8 %, a celková koupel byla uplatněna celkem 7× což činí 3,3 %.

Vestibulární stimulace byla v rámci sledovaného období využita celkem 43×. Nejčastěji se tato forma stimulace realizovala prostřednictvím polohování, které bylo aplikováno celkem 36×, to představuje 83,7 % ze všech provedených vestibulárních intervencí. V rámci polohování byly využity specifické polohy, poloha „hnízdo“ a „poloha mumie“, které byly aplikovány v rámci somatické stimulace. Druhou formou vestibulární stimulace byla závěsná houpačka, která byla využita celkem 7×, což odpovídá 16,3 % všech realizovaných intervencí vestibulární stimulace.

Vibrační stimulace byla využita pomocí vibračních pomůcek v celkovém počtu 43×, což představuje 100 % všech vibračních stimulací.

Orální stimulace byla zaznamenána celkem 129×. Nejčastěji byla prováděna pomocí kávy, která byla aplikována 86×, což odpovídá 66,7 % všech orálních stimulací. Sladké podněty byly využity méně často, a to 43×, tedy ve 33,3 % případů.

Optická stimulace byla zaznamenána celkem 81×. Nejčastěji byla realizována pobytem venku, a to 40×, což odpovídá 49,4 % všech případů optické stimulace. Světelné podněty byly uplatněny 28×, což činí 34,6 %, a sledování televize bylo využito 13× tedy v 16,0 %.

Olfaktorická stimulace byla aplikována 47×. Nejčastěji probíhala pobytem v přírodním prostředí, který byl zaznamenán 40×, tedy v 85,1 % případů. Aroma koupel byla využita méně často, a to 7× což činí 14,9 %.

Auditivní stimulace byla evidována 89×. Hudba a hudební nástroje byly využity ve stejné počtu, 43×, což činí 48,3 % všech případů. Čtení pohádky bylo užito jen 3×, tedy v 3,4 % případů.

Taktilně-haptická stimulace byla aplikována 129×, přičemž ve všech případech, a to ve 100 %, se jednalo o kontakt s předměty každodenního života.

4.6 Kazuistiky

Kazuistika A

ZDRAVOTNÍ STAV

Pan Z. je muž středního věku, který dlouhodobě žije v zařízení sociálních služeb se zavedeným opatrovnictvím. Klient má omezenou svéprávnost samostatně právně jednat a udělovat souhlas se zdravotní péčí.

Pan Z. je diagnostikovaný s těžkou poruchou vývoje intelektu a významnými poruchami chování, zácpou a vaskulární demencí. Dále trpí dezorientací v časoprostoru i osobě a doprovází ho i občasné halucinace. Jeho strava je zajištěna pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Příjem potravy je upraven do kašovitě konzistence a podáván třikrát denně v menších porcích. Z hlediska vylučování je pan Z. závislý na permanentním močovém katétru (PMK) a trpí častými problémy se stolicí, včetně inkontinence a zácpovitě stolice. Hygienické a soběstačné úkony pacient nezvládá, a proto je plně odkázán na pomoc personálu.

Medikace je zaměřena na stabilizaci jeho psychického i fyzického stavu a zmírnění projevů demence. Klient pravidelně užívá atypická antipsychotika, antidepresiva a benzodiazepiny.

AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hygiena a osobní péče

Pan Z. je zcela závislý na pomoci druhé osoby při hygienických úkonech. Denní hygiena zahrnuje pomoc při mytí a koupání, přičemž oblíbená je teplá voda, a pravidelné promazávání pokožky kvůli jejímu vysušování. Zuby si čistí sám, avšak nedostatečně, proto je nutná kontrola a případné dočištění personálem. Pravidelně se provádí výměna inkontinenčních pomůcek z důvodu inkontinence stolice, péče o PMK a udržování čistoty v oblasti genitálií. Klient celodenně nosí pleny. Vlasy a nehty jsou upravovány externí pedikérkou nebo kadeřnicí.

Motorika

Návyky v oblasti hrubé motoriky se u pana Z. výrazně zhoršily, a to v důsledku úbytku fyzických sil. Pan Z. je pravák. Již se nezvládne obléci a nerozumí, co se po něm chce, občas se dokáže sám najíst, jindy je potřeba ho krmit. Kvůli třesu v rukou je zhoršena i jemná motorika.

Při muzikoterapii občas používá nástroje. Je potřeba podporovat alespoň malé úkony jemné motoriky.

Stravování a nutriční péče

Klient dostává mixovanou stravu třikrát denně a porce jsou přizpůsobeny jeho potřebám. Přisun jídla probíhá za asistence, aby byla zajištěna jeho bezpečnost a nedocházelo k dušení, protože má sklony hromadit jídlo v ústech a zapomíná stravu polykat. Často je odkázán na PEG sondu. Dbá se na zvýšený příjem tekutin z důvodu urologických problémů. Má rád slané i sladké jídlo s měkkou konzistencí a jeho oblíbeným nápojem je káva a pivo.

Komunikace

Pan Z. měl dříve velmi rozvinuté komunikační schopnosti, uměl navázat rozhovor a udržet konverzaci. V současnosti se komunikace stále zhoršuje i přes to, že se stále snaží. Často mu není rozumět, jeho slova se vytrácí, někdy začne šeptat nebo přestane mluvit úplně. Jeho slovní zásoba je velmi malá. Opakuje stále stejná témata blízká jeho životu, například vzpomínky na dětství nebo známé osoby. Personál přizpůsobuje komunikaci jeho aktuálnímu stavu, využívá jednoduché fráze a podporuje klienta v zapamatování základních pojmů. Halucinace a úzkostné stavy jsou řešeny klidným přístupem a přesměrováním jeho pozornosti na příjemné aktivity.

Chování a emoce

Chování je ovlivněno jeho demencí. Střídají se klidnější období se zmateností a motorickým neklidem. V nejhorším stavu nereaguje ani na své jméno. Bývá depresivní.

Spánek

Spánek tráví nejčastěji na levém boku, má rád přikrytou hlavu a spí přibližně 10 hodin denně. V noci je nutná kurtace, protože jinak utíká a je zmatený.

Seberealizace a aktivizační činnosti

V rámci programu zařízení je klient zapojen do pravidelných terapeutických aktivit, jako je muzikoterapie a Snoezelen. Tyto aktivity pomáhají zklidnit jeho psychiku, zlepšovat smyslové vnímání a podporovat emocionální stabilitu. Dalšími aktivitami jsou jednoduché manuální činnosti, například sledování přípravy jídla, manipulace s předměty nebo poslech hudby. Sám si občas vzpomene na píseň, chvíli opakuje prvních pár slov. Rád tráví čas v křesle, přikrytý dekou. Radost mu vždy udělá seriál Chalupáři.

Historie

Dříve pracoval na zahradě a opravoval domy. Chodil pracovat do zookoutku, kde se staral o zvířata.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ (ADL TEST)

Barthelův test základních činností – ADL test (příloha B) u pana Z. prokázal vysokou míru závislosti, s celkovým skóre 35 bodů, což jej řadí mezi vysoce závislé osoby. Výsledky ukazují, že vyžaduje plnou asistenci při většině každodenních činností, včetně osobní hygieny, oblékání a vyprazdňování.

CÍLE

Vzhledem ke zdravotnímu a psychickému stavu klienta zvoleny tyto cíle:

- 1) Poskytnout pocit důvěry a jistoty pomocí vytvoření klidného a bezpečného prostředí.
- 2) Podpořit komunikaci a interakce s okolím prostřednictvím cílené somatické stimulace, umožnění cítit hranice těla a lepšího uvědomění si vlastního těla.
- 3) Podpořit smyslové vnímání využíváním různorodých smyslových podnětů.
- 4) Podpořit relaxaci a snížení stresu pomocí uvolnění svalového napětí a navození pocitu bezpečí a pohody.

Pro stimulaci u pana Z. byly vybrány cíle, které zohledňovaly jeho zdravotní i psychický stav a vycházely z jeho individuálních potřeb. Zaměřují se na poskytnutí pocitu důvěry a jistoty vytvořením klidného a bezpečného prostředí. Dále mají za cíl podpořit komunikaci a interakci s okolím prostřednictvím cílené somatické stimulace, která by mu pomohla lépe vnímat své tělo a jeho tělesné hranice. Třetím cílem je podpora smyslového vnímání využitím různorodých smyslových podnětů. Poslední cíl se zaměřoval na relaxaci a snížení stresu prostřednictvím uvolnění svalové napětí a navození pocitu pohody.

VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Každý den začínal orální stimulací pomocí šálku kávy, což byla pro pana Z. velmi příjemná rutina. Tato stimulace zároveň zahrnovala olfaktorické podněty. Kávu vždy vypil celou sám, což byla jedna z mála činností, kterou zvládl bez asistence. Po kávě jsme často vyráželi na procházky, pokud měl pan Z. zájem. Tyto procházky vedly k místům, která mu byla dříve blízká, zejména do zahrad nebo k výběhům zvířat. Procházky zahrnovaly optickou, olfaktorickou a auditivní stimulaci. Často se stávalo, že venku nechtěl být, i přesto jsme si šli alespoň sednout ven na slunce na terasu která se nachází hned před oddělením. Jednou jsme potkali jeho staré známé,

kteří s ním dříve pracovali u koní, což ho přivedlo k živým vzpomínkám. Vyprávěl o své minulosti, byl usměvavý a spokojený.

Pokud pan Z. nechtěl na procházku, zůstával odpočívat v křesle, přikrytý dekou. V těchto chvílích byla stimulace zaměřena na jeho relaxaci a klid, přičemž mu byl puštěn seriál Chalupáři nebo jiné televizní programy. Takto pan Z. trávil své dopoledne. Po obědě byl polední klid, kdy stimulace neprobíhala. Pokračovalo se v ní až v druhé svačině, která opět zahrnovala orální stimulaci formou kávy a něčeho sladkého, co zrovna bylo k dispozici, nejčastěji čokoláda nebo sušenka.

Po svačině pan Z. navštěvoval snoezelenovou místnost. Zde probíhaly různé formy stimulace. Než byla zahájena samotná stimulace, vždy jsem nejprve navázala kontakt s panem Z. Představila jsem se, sdělila mu své jméno, zeptala se, jak se cítí, a vedli jsme krátký rozhovor na téma, které mu bylo v danou chvíli příjemné. Následně jsem mu vysvětlila, jaká stimulace bude probíhat. Poté byl položen do polohovacích pytlů. Stimulace začínala zklidňující celkovou stimulací, která byla prováděna pomocí chlupatých ponožek. Na tento prvek reagoval vždy kladně. Poté byl polohován do polohy „hnízdo“, pomocí sedacích pytlů, dek a polštářů. V této poloze musel být pan Z. stále zaměstnáván dalšími stimulacemi, protože jinak zapomínal, kde je, a stále vstával. V poloze mu byly často pouštěny písničky „na přání“. Když si vzpomněl na text, byl rád, smál se a některé části si dokonce zpíval. Některé písně v něm evokovaly vzpomínky na rodinu, o které byl schopen chvíli vyprávět. Mimo hudbu byly k auditivní stimulaci využívány hudební nástroje a hračky, které byly k dispozici. Rád bubnoval na bubínek nebo na xylofon. Dále byly využity nástroje jako je tzv. „ocelový melodický buben“, nebo tibetská mísa. V poloze byla také prováděna optická stimulace, pomocí světelných efektů, které jsou také k dispozici ve snoezelenové místnosti. O tyto efekty někdy jevil zájem, jindy vůbec. V poloze hnízdo celkově setrval 15-20 minut. Po poloze „hnízdo“ probíhala celková tělesná vibrace, která byla ze začátku prováděna pomocí „vibrační žabičky“, na kterou však klienti obecně, včetně pana Z., nereagovali pozitivně. Proto byla tato pomůcka zaměněna za starý elektrický kartáček, na který byly reakce pozitivnější. U pana Z. byly povětšinou reakce neutrální a nedalo se poznat, zda jsou pozitivní nebo negativní. Tento prvek byl i přesto využíván nadále.

Proběhly dva pokusy o vestibulární stimulaci pomocí závěsné houpačky, ale pan Z. na tuto stimulaci nereagoval dobře. Báł se sednout hlouběji do sedu, byl křečovitý a neuvolněný. Vestibulární stimulace byla vyžívána pouze v rámci polohování.

Jednou týdně byla součástí hygienické péče zklidňující koupel, která byla spojena s aromaterapií. Tu pan Z. vždy velmi dobře přijímal a chtěl při koupeli zůstat delší dobu. Koupel byla prováděna za pomoci dvou žinek a osobních hygienických pomůcek. K aromaterapii byla použita pěna do koupele. Po koupeli byla využita poloha „mumie“, která mu poskytovala pocit bezpečí a klidu. Během této doby byl vždy velmi spokojený a nevstával. V poloze setrval 15-20 minut. Na konci dne, po večeři, se pan Z. ukládal ke spánku s puštěným seriálem Chalupáři.

Od 8. 10. do 9. 10. byl pan Z. hospitalizován v nemocnici. Proto u něj dva dny neprobíhala stimulace.

ZHODNOCENÍ CÍLŮ

Stanovené cíle byly naplněny. Podařilo se vytvořit klidné a bezpečné prostředí, ve kterém se pan Z. cítil jistě a stabilně. Podpora komunikace a interakce s okolím byla úspěšná zejména během procházek a v rámci jeho vzpomínkových rozhovorů. Různorodé smyslové podněty, které byly součástí bazální stimulace, pomohly panu Z. rozvíjet smyslové vnímání. A konečně-relaxační techniky, jako „poloha hnízdo“, koupel s aromaterapií a snoezelenová stimulace, přispěly ke snížení stresu a uvolnění svalového napětí. Pan Z. se během období stimulace stal klidnějším, usměvavějším a projevoval lepší orientaci a uvědomění si sebe sama, což potvrdilo efektivitu tohoto přístupu.

KAZUISTIKA B

ZDRAVOTNÍ STAV

Pan B. je muž diagnostikovaný hlubokou poruchou vývoje intelektu, výraznými poruchami chování a Downovým syndromem. Jedná se o pacienta s výrazným omezením v oblasti fyzických i mentálních schopností, který je zcela odkázán na pomoc druhých. Pan B byl z rozhodnutí soudu zbaven svéprávnosti.

Orientace časem, místem ani osobou není možná. Verbální komunikace není rozvinutá, pacient rozumí, avšak nereaguje verbálně. Mobilita je zajišťována pouze pomocí invalidního vozíku a v oblasti hygienických potřeb je plně závislý na pomoci druhých osob. Klient je inkontinentní, a to jak v oblasti vyprazdňování moči, tak i stolice. Je mu podávána mixovaná strava, trpí však kachexií a poruchou polykání.

Klient trpí zhoršeným prokrvením dolních končetin, s přítomností několika otevřených ran a sníženým svalovým tonem. Kůže pacienta je celkově suchá, především v oblasti obličeje. U klienta se objevují dekubity na různých částech těla, které jsou pravidelně ošetřovány.

Medikace je zaměřena na stabilizaci psychického i fyzického stavu klienta, zmírnění úzkosti a regulaci trávicích a hormonálních funkcí. Klient pravidelně užívá inhibitory protonové pumpy, benzodiazepiny, antipsychotika a hormonální substituci.

AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hygiena a osobní péče

Pan B. je nesoběstačný při provádění hygienických úkonů. Veškerá hygiena je prováděna pečovatelským personálem. Každý den je zajišťována základní hygiena pacienta a dvakrát týdně se pan B. koupe ve vaně. Ke koupeli užívá vlastní hygienické pomůcky. Společně s koupelí se myjí vlasy, holí se vousy a stříhají se nehty. Vzhledem k motorickému omezení je asistence při hygienické péči nezbytná.

Klient je inkontinentní. Je nutná pravidelná výměna plenek a důkladné ošetření genitální oblasti. Stolice bývá pravidelná. Velký důraz je kladen na predilekční místa, která jsou pravidelně kontrolována a promazávána, aby se předešlo vzniku dekubitů.

Mobilita a motorika

Pan B. se pohybuje pouze v rámci oddělení po „všech čtyřech“ pohybuje se pomalu a s přestávkami. Mimo oddělení je odkázán na invalidní vozík s asistencí personálu. Pan B většinu dne posedává na zemi vedle křesla. Lžiči a hrnek uchopí do pravé ruky, dokáže se sám napít a najíst.

Stravování a nutriční péče

Strava je klientovi podávána mixovaná, třikrát denně. Pan B. se dokáže najíst sám, občas je potřeba ho dokrmit a je nutný dohled nad klientem při jídle, kvůli poruše polykání. Rýže se mu nepodává z důvodu rizika udušení. Pan B. je kachektický proto mu je denně podáván Nutridrink. Tekutiny jsou mu podávány pravidelně, nejčastěji čaj nebo šťáva. Preferuje sladká jídla, například čokoládu.

Komunikace

Pan B. nekomunikuje slovně ani pomocí gest. Kontakt s okolím vyjadřuje dotykem nebo zvukovými projevy. Těmi většinou vyžaduje pozornost nebo vyjadřuje nelibost, naopak libost projevuje úsměvem nebo dokonce i smíchem. Reaguje na známé hlasy. Některé typy lidí nemá rád, což dává najevo drobným fyzickým aktem ve formě bouchnutí. Personál ke komunikaci využívá krátké, jednoduché pokyny a klidný přístup. Komunikace probíhá hlavně prostřednictvím fyzického kontaktu a hlasové stimulaci. Nejlépe vnímá dotyky na zádech.

Aktivizační činnosti a stimulace

Pan B. se pravidelně účastní muzikoterapie ve snoezelenové místnosti. Nejčastěji poslouchá rádio a dokáže se uvolnit při zvukových efektech. Neprojevuje aktivní zájem o manipulaci s předměty odstrkuje je od sebe. Má rád pobyt venku, procházky a výlety.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ (ADL TEST)

Barthelův test základních činností – ADL test (Příloha B) u pana B. prokázal vysokou míru závislosti, s celkovým skóre 25 bodů, což jej řadí mezi vysoce závislé osoby. Výsledky ukazují, že vyžaduje plnou asistenci při většině každodenních činností, včetně osobní hygieny, oblékání a vyprazdňování. Jeho mobilita je značně omezená, což dále zvyšuje jeho potřebu komplexní péče.

CÍLE

- 1) Podpořit vnímání vlastního těla pomocí cílených dotyků a polohováním.
- 2) Navodit pocit bezpečí a jistoty zajištěním stabilního prostředí a známých podnětů.
- 3) Podpořit relaxaci a zklidnění navozením klidného prostředí a smyslové stimulace.

VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Každý den začínal orální stimulací, kolem deváté hodiny ranní, kdy se panu B. podávala jeho oblíbená káva. Kávu vždy vypil celou sám, což byla jedna z mála činností, které zvládal bez asistence. Během dopoledne, po kávě, jezdil pan B. na procházky, které má moc rád. Při těchto procházkách často navštěvoval zvířata v areálu zařízení. Procházky byly velmi pestré, protože pan B. nemá rád, když se zastavuje a rád je pořád v pohybu. Tuto aktivitu si každý den velmi užíval. Venku projevovat libé reakce v podobě smíchu. Tyto chvíle byly pro něj velmi přínosné, proto jsem se snažila pobýt venku co nejdéle, alespoň 30 minut. Po této aktivitě čekal pan B. na oběd, v těchto chvílích stimulace neprobíhala. Po obědě následoval polední klid, kdy si mohl odpočinout a nabrat síly na odpolední aktivity. Další prvek bazální stimulace byl využit v odpolední svačině, v podobě kávy, nutridrinku nebo nějaké sladkosti, kterou měl zrovna na výběr. Kolem třetí hodiny odpoledne, po kávě a sladké svačině, byla ve snoezelenové místnosti

prováděna bazální stimulace. Tato část dne byla věnována především somatické stimulaci. Na začátku byl pan B. slovně přivítán a následně uložen do polohovacích vaků. Nejprve byla využita zklidňující dotyková stimulace, která byla prováděna pomocí hebkých, chlupatých ponožek. Jelikož má pan B. rád doteky, reagoval na tuto stimulaci velmi pozitivně – uvolnil se, zavíral oči, smál se a bylo vidět, že mu doteky dělají dobře. Poté vždy následovala poloha „hnízdo“. K jejímu vytvoření byly využity sedací vaky, které krásně ohraničovaly hranice těla. Dále byly k dotvoření polohy použity polštáře a deky, které mu poskytovaly bezpečný a pohodlný opěrný bod. Zpočátku se mu v této poloze nelíbilo a setrval v ní ani ne 2 minuty. Projevoval nelibé zvuky, vstával a chtěl jít pryč. Postupem několika dnů si na polohu navykl a dokázal v ní setrvat až 15 minut. Během polohy „hnízdo“ bylo využíváno několik druhů stimulace. V rámci auditivní stimulace mu byla pouštěna vážná hudba, nejčastěji od Beethovena. Na tuto hudbu reagoval klidem a uvolněností. Párkrát panu B. byly čteny pohádky. Do auditivní stimulace bylo zapojeno několik hudebních nástrojů a hraček, které byly k dispozici ve snoezelenové místnosti. Nejčastěji byl využíván tzv. „ocelový melodický buben“ nebo tibetská mísa. Tyto specifické nástroje byly využívány i v rámci vibrační stimulace. Masážní pomůcky, které byly k dispozici, se během polohy „hnízdo“ pravidelně využívaly především k masáži horních končetin. Na závěr této polohy byla prováděna vibrační stimulace. Nejdříve pomocí „vibrační žabičky,” která byla vyměněna za elektrický kartáček. Na tuto stimulaci reagoval neutrálně, proto byl tento prvek využíván i nadále.

Jednou za dva dny byla k vestibulární stimulaci využívána závěsná houpačka. Tento prvek si pan B. oblíbil. V houpačce setrval přibližně 10-15 minut a projevoval pozitivní emoce v podobě smíchu. Dále byla vestibulární stimulace využívána v rámci polohování.

Jednou týdně byla u pana B., v rámci somatické a olfaktorické stimulace, provedena aroma koupel, společně s celkovou zklidňující somatickou stimulací. Byly využity vonné pěny do koupele. Zklidňující somatická stimulace byla aplikována pomocí dvou žíněk. Na tuto stimulaci projevoval pan B. pozitivní reakce. Poloha „mumie“ byla vyzkoušena dvakrát, a to vždy po koupeli. Pan B. však tuto polohu odmítal. Nechtěl v ní setrvat a téměř okamžitě vstával a odcházel. Proto byla vyzkoušena pouze dvakrát a vždy bez účinku.

ZHODNOCENÍ CÍLŮ

Bazální stimulace byla u pana B. prováděna pravidelně a měla za cíl podpořit vnímání vlastního těla, navodit pocit bezpečí a jistoty a přispět k relaxaci a zklidnění. První cíl se podařilo naplnit díky pravidelné dotykové, vibrační a somatické stimulaci. Poloha „hnízdo“,

na kterou si zpočátku těžko zvykal, se stala příjemnější a klient prodlužoval dobu, po kterou v ní vydržel. Pocit bezpečí a jistoty byl podpořen stálým režimem a oblíbenými aktivitami, především procházkami. Pobyt ve snoezelenové místnosti, dotyky na zádech a čtení a auditivní stimulace měly pozitivní vliv na celkové ztišení a relaxaci klienta. Ta byla nadále podpořena somatickou dotykovou stimulací a aromatickou koupelí, která se pro něj stala velmi příjemnou. Ačkoliv polohu „mumie“ odmítal, nepředstavovala tato skutečnost zásadní překážku. Celkově lze říci, že byly stanovené cíle bazální stimulace splněny, což se projevilo pozitivními změnami v chování pana B.

KAZUISTIKA C

ZDRAVOTNÍ STAV

Pan J. je muž středního věku. Žije v zařízení sociální péče a je omezen ve své svéprávnosti rozsudkem opatrovnického soudu, a to v oblastech samostatného jednání ve všech osobních, pracovně-právních a záležitostech pracovní činnosti, věcech poskytované zdravotní a sociální péče, správy svých práv a, přijímání dávek. Tato omezení vyžadují absolutní zastoupení jeho zákonným zástupcem.

Pan J. trpí hlubokou poruchou vývoje intelektu s těžkou poruchou chování. Dále má přidružená onemocnění, jako je epilepsie. Je nevidomý, a proto je zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Všeobecná orientace (místem, časem, osobou i situací) je u něho v hlubokém rozsahu narušena. Pro velmi časté zdravotní komplikace musí být pán J. pod celodenním dohledem zdravotnického a pečovatelského personálu.

Medikace je zaměřena na stabilizaci psychického stavu klienta, zmírnění úzkosti, regulaci spánkového režimu a kontrolu trávicích funkcí. Klient pravidelně užívá antipsychotika, sedativa, antihistaminika a inhibitory protonové pumpy.

AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Hygiena a osobní péče

Pan J. je pravák, při hygienických aktivitách vyžaduje plnou asistenci. Denní hygiena zahrnuje péči o pokožku, mytí obličeje a pravidelnou koupel, ke které používá vlastní hygienické pomůcky. Vlasy a nehty jsou ošetřovány podle potřeby. Tyto úkony provádí buď personál, nebo za klientem dochází pedikérka. Pan J. má inkontinenci uplnou inkontinenci. Pravidelně

se vysazuje na toaletní křeslo, přesto je nezbytná častá výměna plen a zajištění čistoty v oblasti genitálií.

Motorika a mobilita

Kvůli ochablým dolním končetinám, problémům s rovnováhou a jeho slepotě je pohyb pana J. výrazně omezen. Pohybuje se pouze s dopomocí – pracovníci jej vodí za ruku. Chodí spíše v podřepu a rukama „šátrá“ okolo sebe. Dokáže si přesednout na vozík či na toaletu. Mimo oddělení se pohybuje na invalidním vozíku. Na oddělení sedí schoulený v křesle.

Stravování a výživa

Jídlo je panu J. podáváno v rozmělněné podobě a je krmen personálem. Nápoje si vypije sám. Mezi jeho oblíbené pokrmy patří nákypy, pudinky, ovoce a sušenky. Z nápojů upřednostňuje kapučíno, které si pravidelně dává k oběma svačinám.

Komunikace a psychická podpora

Pan J. nijak zvlášť nekomunikuje, reaguje převážně výrazy v obličejí. Často reaguje na známé hlasy a situace. Personál se snaží udržovat jednoduchou a srozumitelnou komunikaci, která zahrnuje krátké věty a přímé otázky.

Během muzikoterapie dochází u pana J. ke zlepšení nálady a výraznějšímu zapojení do aktivit. S pomocí rytmických nástrojů a známých písní dochází k podpoře jeho jemné motoriky a emocionální rovnováhy.

Trávení volného času

Pan J. tráví čas ve společenské místnosti a poslouchá dění okolo sebe. Má rád slunečné procházky. Jednou za čas jede k mamince na návštěvu. Rád poslouchá lidové písně a, pozitivně reaguje na známé hlasy.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ (ADL TEST)

Barthelův test základních činností (Příloha B) u pana J. prokázal vysokou míru závislosti, s celkovým skóre 30 bodů, což jej řadí mezi vysoce závislé osoby. Výsledky ukazují, že vyžaduje plnou asistenci při většině každodenních činností, včetně osobní hygieny, oblékání a vyprazdňování. Jeho mobilita je značně omezená, což dále zvyšuje jeho potřebu komplexní péče.

CÍLE

- 1) Podpořit vnímání vlastní osoby pomocí aktivit zaměřených na vnímání své tělesné schránky.

- 2) Navodit pocit bezpečí a jistoty pomocí jemných doteků a klidného slovního doprovodu.
- 3) Podpořit osobní rozvoj a získání nových zkušeností, které přispějí k rozšíření vnímání a prohloubení smyslových a emočních zkušeností.

VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Každý den u pana J. začínal orální stimulací v podobě kapučína, které pravidelně dostává ke svačině. Kávu vždy vypil celou sám, jednalo se o jeden z mála úkonů, které byl schopen zvládnout bez asistence. Po svačině pokračovala bazální stimulace ve formě aktivizačních technik, jako jsou procházky po areálu zařízení. Běžně navštěvoval výběh zvířat. Tato aktivita mu pomáhala rozvíjet smyslové vnímání. Na zvířata reagoval pozitivně – napjatě poslouchal. Aby byl více přítomen několikrát vstal z vozíku a posadil se vedle na lavičku. Byl narovnaný, hlavu měl vzpřímenou a smál se. Dále procházka pokračovala do smyslového parku, který je součástí areálu. Ve smyslovém parku byly využívány nejrůznější zvukové atrakce, které měly procházku trochu zpestřit. Venku skoro pokaždé pan J. „ožil“. Měl často vztyčenou hlavu, seděl narovnaný ve vozíku a otáčel se za zvuky. Bylo vidět, že mu čas strávený venku dělá dobře. Tato část dne trvala vždy alespoň 30 minut, ale zpravidla se její délka odvíjela podle počasí. Po procházce pan J. čekal na oběd. V této části dne u něj žádná stimulace neprobíhala. Po obědě byl polední klid, který byl určen k odpočinku. V této době pan J. odpočíval ve svém křesle a spal. Kolem třetí odpolední hodiny mu byla podávána jeho oblíbená káva a něco sladkého z jeho vlastních zásob – tím byla provedena další orální stimulace. Kávu vždy vypil sám.

Po odpolední svačině pan J. trávili čas ve snoezelenové místnosti, kde byla prováděna především somatická stimulace. Před zahájením samotné stimulace byl uložen do polohovacích pytlů, přivítán a seznámen s dalším postupem. Jako první byla standartně prováděna celková zklidňující somatická stimulace. K jejímu provedení byly využívány chlupaté ponožky. Na tuto stimulaci pan J. reagoval s klidem. Následně byla použita poloha „hnízdo“, do které byl uložen pomocí polohovacích pytlů, polštářů a dek. V této poloze byly nejvíce využívány prvky auditivní stimulace. Pouštěla se mu lidová hudba, byly používány hudební nástroje a hračky. Nejvíce byl využíván xylofon, tibetská zpívající mísa a melodický buben. Melodický buben byl zároveň využíván i v rámci vibrační stimulace. Buben byl položen na břicho klienta a jemné vibrační vlny se šířily jeho tělem, čímž podporovaly hlubší vnímání vlastního těla. V poloze „hnízdo“ vydržel zhruba 15-20 minut. Na konci polohy byla uplatněna vibrační stimulace celého těla. Nejdříve byla použita pomůcka „vibrační žabička“, na kterou však, stejně jako ostatní klienti, nereagoval pozitivně. Pomůcka byla vyměněna za elektrický kartáček, na nějž byla reakce pozitivnější.

Jako další byla vyzkoušena závěsná houpačka v rámci vestibulární stimulace. Pan J. však na tento prvek nereagoval pozitivně. Byl zmatený z přemístování a byl velmi neklidný. Houpačka byla vyzkoušena celkem dvakrát, poté již nebyla využívána. Vestibulární stimulace byla prováděna v rámci polohování.

Jednou týdně byla v rámci hygienické péče zařazena aroma koupel, ke které byla využita vonná pěna do koupele. Společně s tím byla zapojena celková zklidňující somatická stimulace. Při koupeli pan J. neprojevoval žádné negativní reakce. Po koupeli byl pan J. zabalen do polohy „mumie“, pomocí dvou dek. Poloha byla prováděna na jeho posteli. V poloze se mu líbilo, byl uvolněný, spal ve vodorovné poloze, a pokaždé usnul. V poloze mumie byl ponechán 30-40 minut, potom byl probuzen na večeři a večerní hygieně.

Celý denní režim byl pečlivě přizpůsoben jeho potřebám, a vše bylo doprovázeno řádným slovním doprovodem.

ZHODNOCENÍ CÍLŮ

Stanovené cíle byly splněny. Aktivita zaměřené na vnímání tělesné schránky, jako je somatická stimulace a poloha „hnízdo“, přispěly k momentálnímu uvolnění a lepšímu uvědomění si vlastního těla. Jemné doteky a klidný slovní doprovod navodily pocit bezpečí a jistoty během každodenní péče. Smyslové a emoční podněty, jako například procházky venku, smyslový park a aktivity ve snoezelenové místnosti, rozšířily jeho vnímání okolního prostředí a zlepšily jeho reakce. Celkově se pan J. během stimulačních aktivit jevil klidnější, vnímavější a spokojenější.

4.6.1 Porovnání klientů v reakcích na vybrané techniky bazální stimulace

Všichni klienti pozitivně reagovali na orální, auditivní, olfaktorickou a taktilně hepatickou stimulaci. Tyto prvky byly vybrány individuálně a podle autobiografické anamnézy. Optická stimulace byla aplikována pouze u dvou klientů, a to u pana Z. a u pana B., opět dle autobiografické anamnézy. Pan J. je nevidomí, proto u něj tento prvek nebyl využit. Reakce klientů se lišily v somatické stimulaci. U celkové zklidňující somatické stimulace byly opět všechny reakce pozitivní. Na polohu „hnízdo“ si pan B. musel navyknout. Zpočátku se mu v ní nelíbilo, tato reakce se však proměnila v libou reakci. Lze tedy říci, že „poloha“ hnízdo vyvolávala pozitivní reakce u všech klientů. Naopak poloha „mumie“ byla dobře vnímána pouze panem Z. a panem J. U pana B. tato poloha vyvolávala nelibé reakce. Rozdíl se rovněž projevil u závěsné houpačky – zatímco pan B. si houpačku oblíbil, setrval v ní a byl uvolněný, pan Z. a pan J. na ni reagovali negativně – byli neklidní a zmatení. Vibrační stimulace byla pozitivně vnímána až po výměně pomůcek.

Celkově lze konstatovat, že klienti reagovali na bazální stimulaci individuálně a některé techniky bylo nutné přizpůsobit jejich potřebám. Největší rozdíly byly patrné u vestibulární stimulace a přijetí polohy „hnízdo“ a polohy „mumie“.

4.7 Využití bazální stimulace v praxi – pohled odborníka

V rámci praktické části práce byl proveden rozhovor se speciální pedagožkou a logopedkou, která se dlouhodobě věnuje péči o osoby s poruchou vývoje intelektu. Díky jejím zkušenostem a odbornosti v oblasti práce s klienty s touto poruchou byla považována za nejvhodnější osobu pro tento rozhovor.

Cílem bylo získat její pohled na využití bazální stimulace v praxi, zhodnotit její přínosy, limity i možnosti implementace do běžné péče. Součástí rozhovoru bylo také hodnocení práce výzkumníka, přístupu ke klientům a způsobu, jakým byla bazální stimulace v praxi aplikována.

Samotný rozhovor:

Otázka: Můžete mi na úvod říct něco o sobě? Jaká je vaše profesní zkušenost a jak dlouho působíte v této oblasti?

Odpověď: Pracuji jako speciální pedagog – logoped. Dlouhodobě se věnuji klientům s mentálním postižením, ať už samotnému mentálnímu postižení, nebo v kombinaci s tělesným či smyslovým postižením. Součástí mé práce je i péče o klienty s chováním náročným na péči. Kromě toho působím také jako logopedka ve speciální škole.

Otázka: Kdy jste se poprvé setkala s konceptem bazální stimulace a jaké byly vaše první dojmy?

Odpověď: S bazální stimulací jsem se setkala přibližně před patnácti lety na odborném kurzu. Koncept mě okamžitě zaujal, protože byl velmi přirozený a odpovídal způsobu, jakým jsem se svými klienty pracovala už předtím. Kurz mi ale pomohl lépe porozumět souvislostem a pochopit, proč je tento přístup tak důležitý a jaké konkrétní přínosy může mít.

Otázka: Jaké jsou vaše zkušenosti s využitím bazální stimulace v praxi? Při jakých situacích ji nejčastěji uplatňujete?

Odpověď: Využívám ji především při logopedické terapii, zejména v rámci orofaciální stimulace u klientů s dětskou mozkovou obrnou. Dále ji běžně uplatňuji při senzomotorické práci ve snoezelenu nebo i při základních každodenních úkonech, jako je manipulace a přesuny imobilních klientů.

Otázka: Jak hodnotíte přínos bazální stimulace pro klienty s těžkou a hlubokou poruchou vývoje intelektu?

Odpověď: Myslím si, že její přínos je značný, zejména pokud je prováděna pravidelně a správně. Napomáhá celkové relaxaci, zlepšuje vnímání vlastního těla a podporuje komunikaci mezi klientem a ošetřujícím personálem. Bylo by skvělé, kdyby se stala běžnou součástí péče.

Otázka: Jaké jsou podle vás hlavní překážky při zavádění nových metod, jako je bazální stimulace?

Jednou z největších překážek je přežívající zastaralý přístup k péči, dále nedostatečné proškolení personálu a někdy i to, když je nový přístup zaveden „befelem“ shora, aniž by mu zaměstnanci sami porozuměli a přijali ho za svůj. Problémem může být i přetíženost a nedostatek času na individuální péči.

Otázka: Během mé práce s klienty jsem se snažila pravidelně provádět bazální stimulaci, sledovat jejich reakce a porozumět jejich individuálním potřebám. Jak byste zhodnotila můj přístup k této práci?

Odpověď: Myslím si, že váš přístup byl velmi zodpovědný a profesionální. Bylo vidět, že se o klienty zajímáte a snažíte se porozumět jejich potřebám. Oceňuji také vaši snahu propojit teorii s praxí a systematicky sledovat změny u klientů. Takový přístup je v péči o osoby s těžkou a hlubokou poruchou vývoje intelektu klíčový. Jsem přesvědčená, že pokud budete v této cestě pokračovat, přinese vaše práce skutečné výsledky.

4.8 Sebereflexe a reflexe práce

Když jsem se pustila do praktické části své bakalářské práce, netušila jsem, jak složité bude obstarat potřebné souhlasy a domluvit vše se zařízením. Začátky byly náročné. Nejvíce jsem komunikovala se sociálním pedagogem, který měl kurz bazální stimulace, a v podstatě celý plán péče i jeho realizaci jsem komunikovala s ním. Obnášelo to spoustu schůzek a vyjednávání. Musela jsem řešit formality, jako jsou souhlasy od opatrovníků klientů, u jednoho klienta byl souhlas dokonce zamítnut, což mě přinutilo rychle hledat náhradní řešení. S vrchní sestrou jsem konzultovala zdravotní stav klientů, aby bazální stimulace byla co nejbezpečnější.

Měla jsem tu výhodu, že jsem zařízení dobře znala z předchozího zaměstnání. Díky tomu jsem se mohla lépe napojit na klienty. Věděla jsem, jaké mají zvyky a co jim může být příjemné. Společně s klíčovými pracovníky jsme se zaměřili na sestavení biografických anamnéz a určili jsme iniciální doteky, které byly pro péči zásadní.

První dny při realizování bazální stimulace byly plné nejistoty. Klienti nebyli na bazální stimulaci zvyklí, a tak reagovali opatrně a nedůvěřivě. Ani já jsem si zpočátku nebyla jistá, jak jednotlivé prvky realizovat. Postupem času jsem si osvojila nejrůznější techniky, jak jednotlivé prvky provádět. Také pro mě bylo zásadní zjistit, které prvky je vhodné u jednotlivých klientů aplikovat a kterým se naopak vyhnout. Klienti si zvykli na pravidelný kontakt a čím více jsem si byla já jistější v mé péči, tím více se projevovaly pozitivní reakce klientů.

Stimulační techniky jsem postupně přizpůsobovala individuálním potřebám. Zaměřila jsem se hlavně na prvky, které podporovaly relaxaci, například zklidňující koupele, polohu „hnízdo“ nebo „mumii“. Zjistila jsem, že známé podněty, jako jsou oblíbené písně nebo pořady, dokážou u klientů vyvolat radost a pocit bezpečí. Vytvoření příjemné atmosféry se ukázalo jako klíčový faktor pro úspěšnou stimulaci.

Když se ohlédnu zpět, byla to zkušenost, která mě obohatila nejen profesně, ale i lidsky. Práce s těmito klienty mi poskytla hlubší pohled na jejich potřeby a na to, jak důležitá je pro ně stabilita, respekt a pravidelný kontakt. Bazální stimulace se ukázala jako nesmírně přínosná – nejenže podpořila smyslové vnímání, ale také zlepšila celkovou psychickou pohodu klientů. Jsem vděčná za tuto příležitost a za všechny momenty, které jsem během praxe mohla s klienty sdílet.

4.9 Zhodnocení dokumentace

Před zahájením průzkumu byla vytvořena dokumentace specifická pro potřeby této práce. Skládala se ze dvou částí. První částí byl denní záznam o poskytování bazální stimulace, do kterého se zapisovaly jednotlivé prvky stimulace aplikované klientům v průběhu dne (příloha C). Druhá část byla zaměřena na slovní hodnocení stavu klienta, kde se zaznamenával každý použitý prvek stimulace a jeho účinky, včetně projevů libosti či nelibosti, změn v chování a neverbálních reakcí (příloha D).

Dokumentace byla využívána jako nástroj pro systematické sledování účinků technik bazální stimulace a pro zajištění přehledu o prováděných úkonech a reakcích klientů. Její vedení umožnilo lepší orientaci v průběhu péče, průběžné vyhodnocování efektivity jednotlivých podnětů. Neméně důležitou funkcí ošetrovatelské dokumentace bylo zajištění kontinuity péče. Záznamy umožňují, aby různí členové ošetrovatelského týmu mohli navázat na předchozí péči a poskytovat klientům konzistentní stimulaci.

V průběhu praktické části se ukázalo, že vedení dvou samostatných formulářů je pro personál nepraktické a časově náročné, což by v každodenním provozu mohlo znamenat komplikace při záznamu a předávání informací. Na základě těchto zjištění byla dokumentace konzultována s

pracovníky zařízení a následně upravena. Nově vzniklý formulář (příloha E) spojil obě části do jednoho přehledného dokumentu, který je rozdělen podle jednotlivých typů bazální stimulace – somatické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické, auditivní a taktilně-hepatické. U každého typu stimulace jsou uvedeny konkrétní příklady možných intervencí, je zachován i prostor pro doplnění jiných forem stimulace dle individuálních potřeb klienta. Každá část navíc obsahuje kolonku pro hodnocení účinku dané stimulace, což umožňuje podrobnější sledování reakce klienta na konkrétní podněty. Pracovníci zařízení tento formát označili jako přehlednější a praktičtější. Nová podoba dokumentace zrychlila proces zápisu, usnadnila orientaci v údajích a zjednodušila předávání informací mezi členy týmu.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zaměřovala na využití bazální stimulaci u lidí s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu a s kognitivním deficitem v sociálním pobytovém zařízení. Do výzkumného šetření byli vybráni tři klienti s hlubokým mentálním postižením, a vysokým kognitivním deficitem. U těchto klientů se na oddělení neprovádí bazální stimulace. Dle Barthelova testu základních činností (ADL test), byli vybráni klienti s výsledkem „vysoce závislí“. Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci specifickou pro bazální stimulaci u vybraných klientů pro dané oddělení, využít ji v rámci péče a následně zhodnotit její účinnost v praxi. Dále aplikovat jednotlivé prvky bazální stimulace u vybraných klientů, sledovat libosti a nelibosti klientů při využívání daných prvků bazální stimulace a zjistit názor pracovníka v přímé péči na používání technik BAS v praxi.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Které techniky BAS budou nejvíce využívány?

Bude ošetrovatelská dokumentace vytvořená pro bazální stimulaci praktická při užívání v praxi?

Byla doba tří týdnů dostatečná k tomu, aby si pacienti zvykli na prvky bazální stimulace?

Jak pracovník v přímé péči vnímá zavedení a používání bazální stimulace u vybraných klientů?

V diskuzi byly s mojí prací porovnány tyto studie:

Bakalářská práce Jarošové (2020) se zabývá možnostmi a limity konceptu bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem je tento koncept poskytován v praxi a jaké přínosy přináší dětem i pracovníkům, kteří s ním pracují. Výzkum probíhal v denním stacionáři, kde je bazální stimulace běžně využívána. Výzkum

probíhal metodou v podobě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky zařízení. Rozhovor byl proveden celkem s pěti respondenty.

Bakalářská práce Kafkové (2020), se zabývá využití konceptu bazální stimulace na oddělení dlouhodobé intenzivní péče a tím, a jakým způsobem zapojují zdravotní sestry koncept do péče pacienta. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry zapojují tento koncept do každodenní péče o pacienty. Výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů a nezúčastněného pozorování, přičemž výzkumný soubor tvořilo pět sester pracujících na oddělení dlouhodobé intenzivní péče v jedné nemocnici na Vysočině.

Diplomová práce Bezděkové (2015) se zaměřuje na využití konceptu bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v mateřských a základních školách speciálních. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je bazální stimulace v těchto institucích aplikována. Mezi další cíle patřilo například zjistit, zda pedagogové využívají celý koncept nebo jen jeho prvky, jak často jej uplatňují, jak jsou teoreticky připraveni a jak probíhá spolupráce s rodiči a dalšími odborníky. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 26 otázek a byl distribuován celoplošně po celé České republice. Osloveno bylo 140 škol, z nichž se vrátilo 105 vyplněných dotazníků

Studie autorů Kohler, Mullis, Burgstaller, Schwarz a Saxer (2018) zkoumala vliv bazálního dotyku na problematické chování během osobní hygieny u lidí s demencí. Výzkum probíhal ve třech pečovatelských domech ve Švýcarsku, konkrétně na pěti odděleních specializovaných na péči o pacienty s demencí. Cílem studie bylo zjistit, zda aplikace bazálního dotyku během tělesné hygieny může snížit výskyt problematického chování, jako je agrese nebo agitovanost, u osob s demencí. Data byla sbírána před a po intervenci pomocí pozorování, dotazníků a skupinových rozhovorů.

Bakalářská práce Venturové (2013) se věnovala využití prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí s diagnózou dětské mozkové obrny, výzkum trval tři týdny. Cílem práce bylo zjistit, jaké konkrétní techniky bazální stimulace jsou u těchto dětí nejčastěji využívány a jak na ně děti reagují. Výzkum byl realizován ve speciálně pedagogickém centru, formou zúčastněného pozorování, rozhovorů s rodiči a speciálním pedagogem. Výzkumný soubor tvořili tři respondenti, u nichž byla bazální stimulace již několik let součástí péče. Nejčastěji byla využívána somatická stimulace. optická, orální a auditivní stimulace.

Bakalářská práce Hlávková (2011) se zabývala využitím konceptu bazální stimulace ve dvou typech zdravotnických zařízení, a to v Léčebně dlouhodobě nemocných Radvanice a v Hospici

sv. Lukáše. Cílem práce bylo analyzovat, jakým způsobem a v jakém rozsahu je tento koncept v praxi aplikován, a porovnat rozdíly v jeho uplatňování mezi oběma zařízeními. Pro získání dat bylo použito anonymní dotazníkové šetření, které. Dotazník obsahoval 13 otázek. Výzkumu se zúčastnilo celkem 68 respondentů, 45 z LDN Radvanice a 23 z Hospice sv. Lukáše.

Pro tuto bakalářskou práci byly využity čtyři výzkumné otázky.

Které techniky BAS budou nejvíce využívány?

Na základě výsledků práce bylo zjištěno, že mezi nejčastěji aplikované techniky bazální stimulace patří somatická stimulace, která byla celkem aplikována 214×, konkrétně iniciální dotyk byl aplikován 29×, zklidňující somatická stimulace byla využita 36× a polohování do polohy „hnízda“ 3×. Druhým nejčastěji využívaným prvkem byla taktilně-haptická stimulace, která byla celkem využita 129×. Tyto techniky byly využívány napříč všemi sledovanými klienty.

Obdobné výsledky popisuje také Jarošová (2020) ve své bakalářské práci zaměřené na bazální stimulaci u dětí s kombinovaným postižením. Podle rozhovoru s pěti pracovníky vyplývá, že jimi nejvíce využívanými techniky je právě somatická stimulace konkrétně zklidňující masáže a polohování.

Diplomová práce Bezděková (2015) se zabývala využitím bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v mateřských a základních školách speciálních. Prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťovala, jaké prvky pedagogové nejčastěji využívají a jak je vnímají. Nejčastěji využívaným prvkem byla somatická stimulace, kterou 82,9 % respondentů uvedlo jako nejvíce využívanou. V rámci této stimulace byla nejčastěji volena zklidňující somatická stimulace celkem 80,4 % respondentů a dále polohování, které bylo zvoleno 75,5 % respondentů. Druhým nejčastěji uváděným prvkem byla taktilně-haptická stimulace, kterou označilo 68,6 % respondentů jako další nejčastěji využívaný prvek. Tato práce tedy uvádí, že nejčastěji využívanými prvky bazální stimulace jsou právě somatická stimulace (konkrétně celková zklidňující stimulace), polohování a taktilně-haptická stimulace, což se shoduje s výsledky této bakalářské práce, kde byly rovněž tyto dvě oblasti nejčastěji aplikovány u sledovaných klientů.

Hlávková (2011) výsledky této práce ukazují, že v obou zařízeních respondenti nejčastěji upřednostňují somatickou stimulaci – v LDN Radvanice ji uvedlo 38 % respondentů, v Hospici sv. Lukáše 30 %. Druhou nejčastěji volenou byla vestibulární stimulace, kterou zvolilo 26 % respondentů v hospici a 11 % v LDN. V LDN byla dále výrazně zastoupena vibrační stimulace (18 %), auditivní (16 %) a v menší míře optická, orální, olfaktorická a taktilně-haptická

stimulace. V hospici byly kromě již zmíněné vestibulární stimulace preferovány také vibrační (18 %), auditivní (13 %) a olfaktorická stimulace (9 %), zatímco orální a taktilně–haptická stimulace nebyly uvedeny vůbec.

Na základě výsledků lze usoudit, že nejvíce využívanou technikou bazální stimulace napříč různými zařízeními je somatická stimulace, která se ve všech sledovaných případech objevuje nejčastěji. Druhou nejčastěji využívanou technikou byla taktilně-haptická stimulace. Z výsledků je patrné, že výběr konkrétních technik se může částečně lišit podle typu zařízení, preferencí pečujícího personálu a individuality klienta, nicméně somatická stimulace je ve všech případech dominantní.

Bude ošetrovatelská dokumentace vytvořená pro bazální stimulaci praktická při užívání v praxi?

Součástí výzkumu bylo vytvoření specifické ošetrovatelské dokumentace určené k zaznamenávání jednotlivých prvků bazální stimulace, jejich aplikace a reakcí klientů. Tato dokumentace byla v úvodu testována v praxi a na základě nedostatků byla následně upravena tak, aby lépe odpovídala potřebám oddělení a byla přehlednější pro každodenní používání. Ukázalo se, že vytvořený záznamový systém je užitečný nástroj pro systematické sledování aplikace stimulace a vývoje klientových reakcí. Díky kombinaci údajů počtech aplikací a slovního hodnocení bylo možné zhodnotit efektivitu jednotlivých technik a přizpůsobit péči individuálním potřebám klienta.

Podobný způsob vedení dokumentace bazální stimulace je popsán také v bakalářské práci Jarošové (2020). Z jednoho z rozhovorů vyplývá, že každý klient v jejich zařízení měl svůj vlastní deník, do kterého se pravidelně zapisovaly aplikované prvky bazální stimulace. Tyto prvky byly hodnoceny známkami jako ve škole (1–5) a doplněny o slovní zhodnocení, délku trvání stimulace, a reakci klienta. Záznamy nesloužily pouze odbornému týmu, ale také rodičům klientů, a měly tak nejen profesní, ale i komunikační přínos.

Byla doba tří týdnů dostatečná k tomu, aby si klienti zvykli na prvky bazální stimulace?

Doba tří týdnů umožnila zachytit první reakce klientů při aplikaci bazální stimulace a sledovat, jakým způsobem na jednotlivé prvky reagují. Během výzkumu bylo možné pozorovat, že se klienti postupně adaptovali na nové podněty. Zpočátku reagovali nejistě či nezájmem, postupem času však docházelo k pozitivním změnám – projevům libosti jako, je úsměv, uvolnění a přijímání péče.

Významnou inspirací pro praktickou část této práce byla bakalářská práce Venturové (2013), která zvolila stejnou délku sledování a zaměřila se na děti s dětskou mozkovou obrnou. Její metodologický přístup potvrdil, že i během tří týdnů lze pozorovat výrazné změny v chování a komunikaci klientů. Zajímavé jsou i výsledky výzkumu Kohlera, Mullise, Burgstallera, Schwarze a Saxera (2018), kteří se zabývali vlivem bazální stimulace na chování seniorů s demencí. Ve své studii zaznamenali pozitivní změny již po sedmi dnech aplikace, a to zejména ve snížení rozrušení, uvolnění svalového napětí a zvýšení pocitu bezpečí.

Lze tedy říci, že třítýdenní aplikace bazální stimulace byla dostatečná nejen k prokázání jejího okamžitého účinku, ale i k tomu, aby se klienti na nové podněty začali adaptovat a postupně si na ně zvykli.

Jak pracovník v přímé péči vnímá zavedení a používání bazální stimulace u vybraných klientů?

Na základě rozhovoru s pracovníkem v přímé péči v této bakalářské práci se lze dozvědět, že pracovník vnímá koncept jako metodu, jejíž zavádění do praxe může být komplikované. Respondent zmínil několik konkrétních překážek, které podle něj brání efektivnímu využívání této metody. Mezi nejvýznamnější označil zastaralý přístup k péči, nedostatečné proškolení personálu, a skutečnost, že nové metody bývají někdy zaváděny „befelem“ shora, tedy bez vysvětlení a bez možnosti personálu si je osvojit a přijmout za své. Dále upozornil na přetížení pracovníků a nedostatek času na individuální péči. Zároveň však pracovník vyjádřil názor, že přínos bazální stimulace je značný, zejména pokud je prováděna pravidelně a správně. Zdůraznil, že tato metoda napomáhá celkové relaxaci klienta, zlepšuje jeho vnímání vlastního těla a podporuje komunikaci mezi klientem a ošetřujícím personálem. Dle jeho slov by bylo žádoucí, aby se bazální stimulace stala běžnou součástí péče.

Podobné překážky se objevily i ve výsledcích bakalářské práce Kafkové (2024), která realizovala kvalitativní výzkum na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Zde respondenti vnímali jako problém návaznost péče, kdy pacienti přicházeli z oddělení, kde se bazální stimulace vůbec nevyužívala, nebo byla realizována jiným způsobem. To podle respondentů ztěžovalo navázání na předchozí péči a snižovalo celkový efekt přístupu. Kromě toho ve zmíněné práci popisovali i další omezení, jako je časová náročnost péče, vysoký počet pacientů na jednoho pracovníka, a velké množství dokumentace, kterou je nutné vést, a také nedostatečnou motivaci personálu. Zazněla i potřeba většího vzdělávání – některé sestry uvedly, že o kurzech bazální stimulace vůbec nevěděly, nebo jim nebyly nabídnuty. Respondentky

rovněž sdílely společné přesvědčení, že bazální stimulace pacientům usnadňuje vnímání vlastního těla a prostorové orientace, například prostřednictvím polohování nebo využívání pomůcek, které pomáhají klientovi uvědomit si hranice jeho těla. Tyto vjemy jsou dle respondentek zásadní pro klienty, kteří ztratili kontakt s okolním světem i se sebou samými.

Bakalářská práce Jarošové (2020) se zaměřuje na využívání konceptu bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením v denním stacionáři. V rozhovoru se mimo jiné soustředila na limity bazální stimulace. Respondenti popisovali řadu omezení, která realizaci tohoto konceptu komplikují. Patří mezi ně časová náročnost, nedostatek proškoleného personálu, ale také individuální přístupnost metody. U některých klientů může být realizace obtížná kvůli jejich osobnosti či aktuálnímu stavu. Dále respondenti vnímají bazální stimulaci jako přínosnou metodu, která napomáhá ke zklidnění a uvolnění dětí s kombinovaným postižením, zlepšení základních biologických potřeb a zmiňují, že děti si začínají více uvědomovat své tělo a jeho hranice, dokážou naznačit, co je jim příjemné, a posiluje se tak i jejich schopnost komunikace.

Z obou prací vyplývá, že pracovníci v přímé péči vnímají koncept bazální stimulace jako přínosný a smysluplný nástroj, který podporuje kontakt s klientem, napomáhá jeho orientaci a posiluje vnímání vlastního těla. Zároveň však poukazují na to, že její každodenní a systematické využívání je ovlivněno celou řadou podmínek – především dostatečným personálním zajištěním, efektivní organizací práce, dostupností odborného vzdělávání, časovými možnostmi a přístupem vedení. Klíčovým faktorem se jeví být nejen samotné osvojení si metody, ale také její pochopení, přijetí pracovníky a vytvoření takového pracovního prostředí, které umožní, aby se bazální stimulace stala plnohodnotnou součástí každodenní péče.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na využití konceptu bazální stimulace u osob s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu a kognitivním deficitem v prostředí sociální pobytové služby. Výzkum byl realizován v zařízení, kde se dosud systematicky nevyužívala metoda bazální stimulace, přestože pracovníci jsou v této oblasti proškoleni. Cílem bylo nejen ověřit účinnost vybraných stimulačních technik, ale také vytvořit prakticky použitelnou ošetřovatelskou dokumentaci, která by podpořila zavedení této metody do každodenní péče.

V teoretické části byl představen koncept bazální stimulace. Popsány byly základní i nástavbové stimulační techniky, jejich účinky na vnímání jedince a vysvětlení jejich význam v péči o osoby s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu. V této části byly rovněž vymezeny vývojové

poruchy intelektu, byly popsány kognitivní funkce a jejich deficit u těchto jedinců a popsána role zdravotníka, který využívá koncept bazální stimulace.

Výzkumná část byla realizována zúčastněným pozorováním, analýzou dokumentace a rozhovorem s odborníkem. Praktickým výstupem této práce bylo vytvoření ošetrovatelské dokumentace, do které se po dobu tří týdnů aplikace bazální stimulace zapisovaly provedené stimulační aktivity a nelibosti klientů. Bazální stimulace byla aplikována u tří klientů s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu, u kterých se tato metoda doposud nevyužívala. Dokumentace byla na základě praktických zkušeností upravena tak, aby umožňovala pečujícím lépe plánovat a hodnotit účinky jednotlivých prvků stimulace. Každý klient byl podrobně popsán v rámci kazuistiky, která zahrnovala zdravotní stav, medikaci, celkové skóre ADL testu, autobiografickou anamnézu, individuálně stanovené stimulační cíle, a nakonec využití bazální stimulace v praxi.

Výsledky práce ukázaly, že pravidelná aplikace bazální stimulace má pozitivní dopad na celkový stav klientů a podporuje jejich neverbální komunikaci. Pozorovány byly projevy zklidnění, zlepšení spolupráce při využívání prvků bazální stimulace, zvýšení pozornosti na podněty i známky spokojenosti u vybraných klientů. Výrazně efektivními se ukázaly somatická stimulace, vestibulární stimulace a auditivní stimulace.

Tato bakalářská práce prakticky přináší funkční dokumentaci pro zaznamenávání a plánování bazální stimulace, která může být dále využívána personálem zařízení. Dále podporuje důraz na individualizaci péče a význam zařazení bazální stimulace do ošetrovatelské péče u osob s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu.

Závěrem lze říci, že práce prokázala pozitivní vliv bazální stimulace na osoby s těžkou a hlubokou vývojovou poruchou intelektu. Potvrdila, že i u těchto klientů, u nichž běžná verbální komunikace není možná, je možné navázat kontakt, podpořit smyslové vnímání a zvýšit kvalitu jejich života. Bazální stimulace má své nezastupitelné místo nejen ve zdravotnické sféře, ale i v oblasti sociálních služeb, kde pomáhá vytvářet bezpečné a empatické prostředí.

7 POUŽITÁ LITERATURA

ABADECO, ©2024. *Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)*. Online. Praha: Abadeco. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/amnesia-light-and-brief-assessment-alba>. [cit. 2024-11-15].

BARTŮŇEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel (ed.), 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEZDĚKOVÁ, Petra, 2015. *Bazální stimulace u jedinců s kombinovaným postižením*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/l9drfm/>.

BIENSTEIN, Christel, FRÖHLICH, Andreas, 2021. *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen. 9., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Hogrefe Verlag. ISBN 978-3-456-86043-5

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Grada. ISBN 978-80-247-9802-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelska-pece-1-dil-1220/> [cit. 2025-03-03].

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Online. In: Systém ASPI. Wolters Kluwer. Dostupné z: <https://www.aspi.cz/products/lawText/1/77217/158/2/vyhlaska-c-98-2012-sb-o-zdravotnicke-dokumentaci/vyhlaska-c-98-2012-sb-o-zdravotnicke-dokumentaci>. [cit. 2024-11-11].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Online. In: Systém ASPI. Wolters Kluwer. Dostupné z: <https://www.aspi.cz/products/lawText/1/75500/1/2/zakon-c-372-2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach/zakon-c-372-2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach>. [cit. 2024-11-11].

DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

FÁBIANOVÁ, Adelaida, 2014. *Orofaciálna a bazálna stimulácia u detí s psychomotorickým oneskorením v ranom veku*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-145-8.

- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2023. *Vestibulární stimulace, její význam a 10 centrálních evropských cílů pro péči v konceptu Bazální stimulace*. Online. Sociální služby. Roč. 25, č. 2, s. 28-29. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/>. [cit. 2024-11-05].
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2023. *Proprioreceptivní stimulace a Nástavbové prvky Bazální stimulace*. Online. Sociální služby. Roč. 25, č. 3, s. 30-31. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/>. [cit. 2024-10-03].
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2023. *Bazální stimulace: Olfaktorická, orální a orofaciální stimulace*. Online. Sociální služby. Roč. 25, č. 4, s. 16-17. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/>. [cit. 2024-11-05].
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2014. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.
- GANGALE, Debra C., 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0534-6.
- GIOVENALE et al., 2023. *Technological Imagination in the Green and Digital Transition*. Německo: Springer International Publishing. ISBN: 9783031295157.
- HADAČOVÁ, Martina, 2024. *Aktivity pro děti s těžkým kombinovaným postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2152-4.
- HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Česko: Portál. 9788026219682, 8026219686
- HORT et al., 2012. *Emoční paměť – patofyziologie a klinické souvislosti*. Online. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. Č. 5. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-5-2/emocni-pamet-patofyziologie-a-klinicke-souvislosti-38690>. [cit. 2024-11-05].

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3636-0.

JAROŠOVÁ, Barbora, 2020. *Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/10kdzz/>.

JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk; ZAVÁZALOVÁ, Helena et al., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Grada. ISBN 978-80-247-7628-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/krehky-pacient-a-primarni-pece-768/>. [cit. 2024-10-09].

KAFKOVÁ, Tereza, 2024. *Využití prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1zr7vz/>.

KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči. 4. Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.

KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj a WEBER, Jana, 2009. *Základy muzikoterapie*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9. Dostupné z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:fd652df0-f242-11e8-bc37-005056827e51>. [cit. 2024-11-05].

KANTOR, Jiří; DRLÍČKOVÁ, Svatava a SMRČKOVÁ, Alžběta, 2024. *Muzikoterapie na základě konceptů biosyntetické psychoterapie s osobami se speciálními potřebami a jejich rodinami*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6268-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/muzikoterapie-na-zaklade-konceptu-biosynteticke-psychoterapie-s-osobami-se-specialnimi-potrebami-a-jejich-rodinami-14102/>. [cit. 2025-03-03].

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-1551-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-v-intenzivni-peci-6726/>. [cit. 2024-10-02]

KELNAROVÁ, Jarmila; CAHOVÁ, Martina; KŘEŠŤANOVÁ, Iva; KŘIVÁKOVÁ, Marcela a KOVÁŘOVÁ, Zdeňka, 2008. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada Publishing. a.s. ISBN 978-80-247-2830-8.

KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla, 2016. *Kognitivní trénink v praxi: 2., rozšířené vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-9300-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/kognitivni-trenink-v-praxi-2659/>. [cit. 2025-03-03].

KOHLER, M., MULLIS, J., BURGSTALLER, M., SCHWARZ, J. a SAXER, S. *Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie*. Klinische Pflegeforschung. 2018, Jg. 13, Nr. 4, S. 13-26. ISSN 2365-7863.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2023. *Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6234-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/partnerske-vztahy-intimita-a-sexualita-osob-s-mentalnim-postizenim-11369/>. [cit. 2025-03-03].

KROUPOVÁ, Kateřina a HANÁKOVÁ, Adéla, 2020. *Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5897-7.

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

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340. [cit. 24. 3. 2025].

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

MALOŇ FRIEDLOVÁ, Karolína, 2024. *Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhlicha*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-40-4.

MARKOVÁ, Aneta, 2024. *Význam bazální stimulace při péči o pacienta na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/tr5giv/>.

MKN-11: Mezinárodní klasifikace nemocí: jedenáctá revize. Aktualizované vydání k 15. 2. 2025. Online. Praha: © Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>. [cit. 2025-04-04].

MÜLLER, ed, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice: 2., přepracované vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-8991-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/terapie-ve-specialni-pedagogice-852/>. [cit. 2025-06-04].

OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-9423-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychopatologie-2893/>. [cit. 2025-03-03].

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLÁKOVÁ, Petra, 2019. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0760-5. Dostupné z: <https://flexibooks.cz/jak-rozvijet-pohyb-emoce-a-smysly/d-78932/>. [cit. 2024-10-10].

POSPÍŠILOVÁ, Zuzana, 2023. *Rozvoj dětské řeči: aktivity s básničkami*. Vydání 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5108-0.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.

PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.

SLÁDKOVÁ, Eva, 2016. *Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi*. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/hkawtk/>.

STRNADOVÁ, Alice; HLADÍKOVÁ, Lenka; HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela; SVOBODOVÁ, Dita, SVOBODOVÁ, Hana, et al., 2021. *Koncepce ošetrovatelství*. PDF; online. In: mzd.gov.cz. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/>. [cit. 2024-11-11].

ŠÍŠKA, Jan, 2025. *Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte*. Online. In: Šance Dětem. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni-podpora-ditete>. [cit. 2025-06-04].

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál. ISBN 978-80-262-0273-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach-3165/>. [cit. 2025-02-03].

T. Adamec; A. Šilarová; D. Pastucha 2023. *Vliv pohybové aktivity na kvalitu života u pacientů s roztroušenou sklerózou*. Online. Praktický lékař, Roč. 103 č. 3, s. 123–127. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2023-3-12/vliv-pohybove-aktivity-na-kvalitu-zivota-u-pacientu-s-roztrousenou-sklerozou-135114>. [cit. 2025-06-04].

ÚZIS ČR ©2018 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php>. [cit. 2025-06-04].

VACKOVÁ, Jana, *Ošetrovatelská dokumentace*. 2024. Online. In: Linkos.cz. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/osetrovatelska-dokumentace/>. [cit. 2024-11-11].

VALENTA, Milan, 2023. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu*. 3. vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-619-8.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin, 2018. *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-3050-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/mentalni-postizeni-4593/>. [cit. 2025-03-03].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2017. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Karolinum. ISBN 978-80-246-3295-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/obecna-psychologie-5665/>. [cit. 2025-03-03].

VÁŇOVÁ, Hana a SKOPAL, Jiří, 2017. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 3., aktualizované vydání. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3621-4. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&authtype=ip,shib&custid=s4224952&db=nlebk&db=nlabk&AN=1667057>. [cit. 2025-03-03].

VENTUROVÁ, Petra, 2013. *Využití prvků bazální stimulace u handicapovaných dětí*. Online. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vkkwi7/>.

WHO, ©2016. World Health Organization. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/>. [cit. 2024-11-12].

ZIKL, Pavel, 2022. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením*. Karolinum. ISBN 978-80-246-5066-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/motorika-deti-s-lehkym-mentalnim-postizenim-10656/>. [cit. 2025-03-03].

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a ČADILOVÁ, Věra, 2015. *Katalog podpůrných opatření, dílčí část, pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. Palacky University Olomouc. ISBN 978-80-244-4689-9
Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Katalog_podp%C5%AFrn%C3%BDch_opat%C5%99en%C3%AD_d%C3%AD1%C4%8D%C3%AD/oMgvEQAAQBAJ?hl=cs&gbpv=0 [cit. 2025-03-24].

ŽILINSKÁ, Kateřina, 2018. *Zapojení rodiny do konceptu bazální stimulace z pohledu všeobecné sestry*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/i31qk/>.

8 PŘÍLOHY

Příloha A-Stupně vývojové poruchy intelektu.....	63
Příloha B-ADL test.....	64
Příloha C-Ošetřovatelská dokumentace 1. dokument.....	65
Příloha D-Ošetřovatelská dokumentace 2. dokument.....	66
Příloha E-Finální verze ošetřovatelské dokumentace.....	67
Příloha F-autobiografická anamnéza ke kazuistice B.....	68-71

Příloha A-Stupně vývojové poruchy intelektu

Název	Charakteristika schopností a dovedností	Potřeba podpory
Mírná	Obtíže s porozuměním složitějším jazykovým a teoretickým konceptům. Zvládají základní sebeobsluhu, domácí a praktické činnosti.	Přiměřená podpora; v dospělosti možná částečná samostatnost.
Středně těžká	Omezené jazykové schopnosti a teoretické dovednosti. Schopnost zvládat jednoduché každodenní úkony.	Značná a důsledná podpora pro každodenní fungování.
Těžká	Velmi omezená komunikace a schopnost učení, časté motorické potíže. Možnost získat základní sebeobslužné dovednosti s tréninkem.	Každodenní péče a dohled v kontrolovaném prostředí.
Hluboká	Minimální komunikační schopnosti, konkrétní dovednosti, často smyslové a pohybové postižení.	Nepřetržitá péče, plná závislost na druhých.

Zdroj: vlastní zpracování dle (MKN-11).

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: (Pokorná, 2013)

Příloha C-Ošetřovatelská dokumentace 1. dokument

	R	O	V	R	O	V	R	O	V	R	O	V
SOMATICKÁ STIMULACE												
iniciální dotyk												
poloha hnízdo												
poloha mumie												
celková koupel zklidňující												
jiné:												
VESTIBULÁRNÍ STIMULACE												
poloha ovesného klasu												
houpací pohyby pomocí závěsné houpačky												
jiné:												
VIBRAČNÍ STIMULACE												
různých částí těla												
čím:												
ORÁLNÍ STIMULACE												
stimulace chuti												
čím:												
OPTICKÁ STIMULACE												
televize												
světýlka												
jiné:												
OLFAKTORICKÁ STIMULACE												
aroma koupele												
jiné:												
AUDITIVNÍ STIMULACE												
čím:												
TAKTILNĚ-HEPATICKÁ STIM.												

Zdroj: vlastní zpracování dle (Friedlová 2024)

Příloha F-autobiografická anamnéza ke kazuistice B

Vzorový dotazník biografické anamnézy v konceptu Bazální stimulace®. Tento dotazník lze upravit pro oblast poskytovatelů zdravotní péče, sociálních služeb a speciálního školství.

BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE®

Paní / pán. Věk..... 45

Blízká osoba

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO – MÍSTO : záda

Tělesná péče

() levák pravák

Je pro něj / ni péče o své tělo velmi důležitá? ano () ne

Jak často a kdy? () denně ráno () večer

() občas – specifikujte.....

Teplota vody () chladná () vlažná teplá () horká

K mytí používá: šampón, mýdlo, žínice

Potřebuje pomoc při mytí? ano () ne

Rituály při mytí?

Stav pokožky () normální () mastná suchá

Toaletní potřeby k dispozici () budou přineseny () nemá

Krém..... pěna na holení..... deodorant.....

Holení mokré () elektrický strojek, má vlastní? ano () ne ()

Péče o zuby, na co brát ohled? nemá to rád, nezvládne sám

Vlastní kartáček a pasta? ano () ne () elektrický kartáček

Zubní protéza? () ano () ne

Specifikujte: () plná protéza () částečná protéza () horní čelist () dolní čelist

Spí s protézou? () ano () ne

Zdroj: Karolína Friedlová, Skriptum pro certifikovaný Nástavbový kurz Bazální stimulace

Rovnátka ? ano ne

Specifikujte:

Jak často si myje vlasy? 2x až 4x denně Používá speciální prostředky?

Nehty žádné zvláštnosti specifikuje musí mu je stříhat pracovníce

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne doplňte.....

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok
s hlavou mezi kolena

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí
 vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?

přineseno: ano ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? ano ne

Kolik hodin denně spí? 10 Má hodně zatemněno při spánku? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla? teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Oblíbený nápoj: káva, limonády oblíbený pokrm: sladké, čokoláda

Nesnáší rybí, dusí se sma

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek).....

Vlastní přinesené poživatiny.....

Potíže při polykání? ano ne specifikujte: tuhá strava se mu špatně polyká

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? () ano ne

Jakou?

Specifikujte postižení: () poruchy rovnováhy () hemiplegie(ochrnutí) () poruchy citlivosti

hypotonus () spasticita () kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace *obě nohy*

Kompenzační pomůcky *invalidní vozík, křeslo*

Specifikujte pohybové aktivity, návyky *krátká vzdálenost, vyjde po všech čtyřech*

Způsob života

Povolání

Koníčky, zájmy *čtení, včel, výlety, procházky*

Děti, vnoučata

Zvířata

Přinesené předměty vtahující se k povolání, zájmům

Víra

Jak snáší bolesti? *dobře*

Jak zvládá zátěžové situace?

Má relaxační techniky?

Důležitý zážitek v poslední době?

Jiné

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí

Anamnézu sepsal/la : dne.

Dotazy zodpověděl/la je v poměru ke klientov

Obrázek 1 ukázka pana B v závěsné houpačce



Zdroj: vlastní fotografie

Obrázek 2 ukázka pana Z. v poloze hnízdo



Zdroj: vlastní fotografie

Obrázek 3 pan B. na venkovní projížďce v zookoutku



Zdroj: vlastní fotografie