

Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením

Barbora Lungová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Lungová**
Osobní číslo: **H19041**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů Domova pro osoby se zdravotním postižením**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti konceptu Bazální stimulace a uživatelů Domova pro osoby se zdravotním postižením.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr účastníků.

Realizace kvalitativního výzkumu metodou případové studie.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

BIENSTEIN, CH. und A. FRÖHLICH. *Basale Stimulation in der Pflege*. Bern: Hogrefe, 2016. ISBN 978-3-456-85648-3.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-7367-859-3.

MOHR, L., M. ZÜNDEL, A. FRÖLICH und kollektiv. *Basale Stimulation: Das Handbuch*. Bern: Hogrefe, 2019. ISBN 978-3-456-857-01-5.

OPATŘILOVÁ, D. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Muni Press, 2016. ISBN 978-80-210-6221-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá konceptem Bazální stimulace aplikovaným u klientů domova pro osoby se zdravotním postižením. Cílem práce bylo popsat a analyzovat využití konceptu Bazální stimulace u vybraných klientů v konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením a vytvořit edukační materiál pro rodiny těchto uživatelů. Řešení výzkumné části bakalářské práce je postaveno na kvalitativním výzkumu prostřednictvím zpracovaných kazuistik. Ke sběru informací byly využity techniky analýzy dokumentů ze sociální dokumentace vybraných klientů konkrétního sociálního pobytového zařízení, jejich přímé pozorování a aplikace technik a prvků konceptu Bazální stimulace. Z kazuistik vyplynulo, že na vybraném pracovišti se využívá koncept Bazální stimulace na kvalitní úrovni. Výstupem je vytvoření informačního materiálu zaměřeného na popis základních údajů o bazální stimulaci pro rodinné příslušníky klientů.

Klíčová slova: bazální stimulace, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, domov pro osoby se zdravotním postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby s mentálním postižením

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the concept of Basal Stimulation applied to the clients of a home for people with disabilities. The aim of the thesis was to describe and analyse use of the concept of Basal Stimulation with selected clients in a specific home for people with disabilities and to create educational material for the families of these clients. Resolution of the research part of the bachelor's thesis is based on qualitative research performed via case studies which were elaborated. In order to facilitate collection of information, the techniques used were analysis of the social documentation of selected clients of a specific social residential facility, their direct observation and application of techniques and elements of the concept of Basal Stimulation. The case studies showed that use of the concept of Basal Stimulation at the selected workplace is of a high level of quality. Output is constituted by creation of information material aimed at describing basic information about Basal Stimulation for family members of clients.

Keywords: Basal Stimulation, General Nurse, Social Worker, Home for People with disabilities, People with disabilities, People with mental disabilities

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

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Silvii Svobodové za cenné rady a připomínky při konzultacích. Mé poděkování patří zaměstnancům Domova Horizont v Kyjově, kteří mi umožnili získat podklady pro praktickou část bakalářské práce. Poděkování také patří mé rodině a partnerovi za velkou podporu po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	11
1.1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	12
1.2 DRUHY BAZÁLNÍ STIMULACE	12
2 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	16
2.1 DOMOV PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ HORIZONT	16
2.2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	17
2.3 KOMUNIKACE S OSOBAMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	19
2.4 PRACOVNÍCI DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	19
3 POTŘEBY UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	21
3.1 PRIMÁRNÍ POTŘEBY	22
3.2 SEKUNDÁRNÍ POTŘEBY	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
4 METODIKA PRÁCE.....	27
4.1 CÍL PRÁCE.....	27
4.2 METODA VÝZKUMU.....	27
4.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	27
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	29
5 KAZUISTIKY	30
5.1 KAZUISTIKA Č. 1	30
5.2 KAZUISTIKA Č. 2	33
5.3 KAZUISTIKA Č. 3	37
5.4 KAZUISTIKA Č. 4	42
5.5 SHRNUTÍ KAZUISTIK	47
6 PRAKTICKÝ VÝSTUP	48
7 DISKUZE	50
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	62
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je přiblížit bazálně ošetrovatelskou péči aplikovanou u klientů domova se zdravotním postižením. Téma jsem si vybrala na základě absolvování povinně volitelného předmětu Bazální stimulace na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Koncept Bazální stimulace mě zaujal svou pestrostí a individuálním přístupem ke klientovi. Pomáhá uspokojovat potřeby a zlepšuje kvalitu života vybraných klientů. Využití některých technik a prvků konceptu může stimulovat vnímání, zmírnit bolest, uklidňovat nebo naopak povzbuzovat k provedení určité činnosti. Bazální stimulace také pomáhá posilovat vztah mezi ošetrujícím personálem a klientem. Pomocí vhodné edukace můžeme do realizace Bazální stimulace zapojit i příbuzné osob se zdravotním postižením.

V Domově Horizont je poskytována pomoc a podpora klientům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a jejichž životní situace nemůže být řešena členy rodiny, ani ji není možné zajistit za pomoci terénních nebo ambulantních sociálních služeb. Zaujalo mě, jak personál tohoto sociálního zařízení přistupuje k jednotlivým klientům s vývojovými poruchami, mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, kterým nabízí a poskytuje komplexní bazálně ošetrovatelskou péči, stimuluje vnímání a smysly a s respektem plní jejich potřeby a přání. V sociálním zařízení mě upoutala také multifunkční metoda Snoezelen, která se realizuje v příjemném a upraveném prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní a hudby, přičemž jejím cílem je stimulace smyslových pocitů a relaxace, a současně je možné v této místnosti aplikovat techniky a prvky konceptu Bazální stimulace. Snahou je vnímat uživatele s vývojovými poruchami, mentálním nebo tělesným postižením jako aktivní subjekt, nejen jako objekt dobře míněných ošetrovatelských a pedagogických intervencí.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na koncept Bazální stimulace, domov pro osoby se zdravotním postižením a potřeby jejich klientů. Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu designem kazuistik. Výstupem bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu zaměřeného na popis základních údajů o bazální stimulaci pro rodinné příslušníky klientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept. Zaměřuje se na všechny oblasti lidských potřeb. Napomáhá rozvíjet a udržovat jak fyzickou stránku, tak i oblast emocionální, sociální a komunikační (Mohr, Zündel, Fröhlich, 2019). Bazální stimulace ovlivňuje u klientů/pacientů komunikaci, myšlení, sociální zkušenost, pocity, pohyb, vnímání i tělesný prožitek (Opatřilová, 2016).

Koncept pracuje s dotekem, kdy nečekané a necílené doteky, směřované na klienta, u něho mohou vyvolat strach a nejistotu. Proto je nutné u každého zvolit tzv. iniciální dotek, kterým dáváme jasně najevo svou přítomnost či začátek ošetrovatelské činnosti. Vždy by měl být doprovázen oslovením, které si pacient či rodinní příslušníci přejí. Vhodnými místy jsou rameno, paže nebo ruka. Informaci o iniciálním doteku je nutné zaznamenat do dokumentace (Friedlová, 2018). Při aplikaci konceptu je doporučeno dodržovat zásady tzv. „Desatera bazální stimulace“. Při příchodu ke klientovi/pacientovi provedeme iniciální dotek, dotkneme se ho na stejném místě a přivítáme ho vždy stejným, předem určeným oslovením. S klienty hovoříme zřetelně, jasně, a ne příliš rychle. Nezvyšujeme hlas, mluvíme přirozeným tónem. Dbáme, aby tón hlasu, mimika a gestikulace odpovídaly významu slov. Při rozhovoru používáme takovou formu komunikace, na kterou je jedinec zvyklý a vycházíme z informací v biografické anamnéze. Nepoužíváme v řeči zdvořiliny a při poskytování technik a prvků bazální stimulace nehovoříme s více osobami najednou. Při komunikaci eliminujeme rušivé zvuky okolního prostředí a ponecháme osobě prostor a čas reagovat na naše slova, doteky a jednotlivé aktivity, které u ní vykonáváme (Bazální stimulace, c2023, online).

Autorem konceptu Bazální stimulace je profesor Andreas Fröhlich. Vystudoval speciální pedagogiku a v rámci své dizertační práce začal rozvíjet koncept Bazální stimulace. Pracoval s dětmi s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením v rehabilitačním centru v Landstuhlu v Německu. U těchto dětí nebylo snadné navázat verbální komunikaci, proto se u nich snažil o podporu sensorické komunikace a rozvíjení komunikačních schopností pomocí somatické, vestibulární a vibrační stimulace (Historie bazální stimulace, 2019, online).

O přenesení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče se zasloužila zdravotní sestra profesorka Christel Bienstein. Spolupracovala s profesorem Fröhlichem v problematice

ošetrovatelské péče o pacienty, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu byla výrazně omezena a změněna (Historie bazální stimulace, 2019, online).

1.1 Teoretická východiska v konceptu Bazální stimulace

Koncept se zakládá na čtyřech základních pilířích. Jde o vývojový neurofyziologický model dle Pechsteina, genetický vývojově-psychologický model dle Piageta, fyzioterapeutický model dle Bobatha a poznatky z psychologie, kde se jedná o prenatální vývoj jedince a přijímání informací na úrovni somatické, vibrační, auditivní a vestibulární (Dvořáková; Friedlová, 2018).

Vývojový neurofyziologický model podle Johannese Pechsteina vychází z předpokladu, že vývoj mozku nezávisí pouze na biologických a genetických faktorech. Hlavním faktorem pro jeho vývoj je stimulace okolním prostředím. Absencí okolních stimulantů může dojít k nedostatečnému vývoji mozku a deprivaci (Friedlová, 2018).

Genetický vývojově-psychologický model využívá myšlenky Jeana Piageta, který vycházel z toho, že první formy vnímání okolí jsou senzomotorické. Děti v ranném věku se pomocí pohybů a držení těla seznamují s okolním světem. Pokud jsou však tyto senzomotorické faktory ovlivněny a nedochází k přirozenému seznamování se s okolním světem (např. imobilita), mohou nastat problémy celkového kognitivního vývoje (Kočovská, 2020, online; Friedlová, 2018).

Koncept dle Bobatha je určen pro pacienty s hemiplegií po cévní mozkové příhodě, pro děti s dětskou mozkovou obrnou a pro pacienty s roztroušenou sklerózou. Hlavní problém u těchto pacientů je patologická koordinace pohybových vzorců, kterou doprovází nerovnoměrné svalové napětí v určité poloze těla. U pacienta pozorujeme senzomotorické funkce, svalový tonus a pohybové vzorce (Bobath koncept NDT, Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů-spolek, 2020, online).

1.2 Druhy bazální stimulace

Mezi druhy bazální stimulace patří somatická, vestibulární, vibrační, optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická stimulace.

Somatická bazální stimulace

Somatická bazální stimulace je založena na stimulaci kožního percepčního orgánu a také vnímání pohybu. Podstatou každého člověka je vnímání sebe sama a okolního světa.

Při somatické stimulaci dochází k navázání komunikace s okolím klienta. Jedinec se následně lépe orientuje v prostoru a v čase. Rozvíjí se jeho vlastní identita a i funkce organismu se zlepšují (Friedlová, 2018).

Pro navázání kontaktu s nemocnými používáme tzv. iniciální dotek. Používá se jako pomůcka k vytvoření důvěry a jistoty mezi klientem a ošetřujícím personálem. Je jednou z prvků somatické stimulace. Vymezuje nemocnému začátek poskytování péče a její ukončení. Nejčastější místo je na paži, rameni nebo ruce. Iniciální dotek vždy následuje i verbální oslovení klienta (Co je bazální stimulace, 2019, online).

Doteky ošetřujícího personálu mají mít zřetelný a promyšlený ráz, tak aby klient nepocíťoval nejistotu, obavy nebo strach. V rámci somatické stimulace využíváme techniky polohování do hnízda a mumie, mikropolohování, somatickou stimulaci uklidňující a povzbuzující, podporu a stimulaci dýchání a asistenční pohyby a korekce polohy horní končetiny při příjmu stravy nebo hygieně a neurofyziologickou masáž (Friedlová, 2018). Další varianty již zmíněných technik jsou celková zklidňující a povzbuzující koupel a koupel neurofyziologická (Borýsková et al., 2010).

Vestibulární stimulace

Cílem vestibulární stimulace je podpora rovnovážného ústrojí a vnímání, zlepšení prostorové orientace. Jedná se o rotační, lineární a statické polohy hlavy. Tento druh stimulace pomáhá klientům snížit závratě a napětí svalů a získat informace o prostoru (Koncept bazální stimulace, c2023, online). Využíváme houpacích pohybů v lůžku nebo závěsné síti, malých drobných otáčivých pohybů hlavy a tzv. pohybu klasu v ovesném poli. Vestibulární stimulace jsou uskutečňovány vleže nebo vsedě na lůžku či v křesle, změnou polohy těla klienta, pomocí elektronického ovládání celé postele. Používají se závěsné houpačky nebo zvedací zařízení (Tomová a Křivková, 2016). Pomocí vestibulární stimulace umožníme předávat informace do vestibulárního jádra v mozku a poté zprostředkovat informace o poloze těla v prostoru, snižujeme napětí flexorů a extenzorů a připravíme organismus na mobilizaci (Friedlová, 2018).

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace nám pomáhá dráždit kožní receptory pro vnímání vibrací a proprioreceptory. Vibrační vjemy umožní vnímat intenzivní podněty z jednotlivých částí jeho těla. Můžeme využít elektrický zubní kartáček, holicí strojek, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka, hudební nástroje nebo vlastní ruce. Kontraindikací pro vibrační stimulace

jsou krvácivé stavy, varixy, poranění nebo porucha integrace kůže (Friedlová, 2018). Vibrační stimulace poskytuje dostatek informací klientům, u kterých není možná verbální komunikace. Jejím prostřednictvím si lépe uvědomí sebe sama a podpoří a rozvíjí své komunikační schopnosti. Dlouhodobě ležící pacienti nám může pomáhat chránit před následky imobilizačního syndromu (Friedlová, 2010).

Optická stimulace

Zrak nám slouží k orientaci a vnímání prostředí okolo nás. Jeho prostřednictvím se rozvíjí schopnost učení. Příčiny poruch zraku mohou být stárnutí, různá onemocnění, vliv léků nebo úraz (Přerovská, 2017). Změna prostředí může v klientovi vyvolat úzkost, strach nebo agresivní chování. Snažíme se těmto situacím předcházet přizpůsobením prostředí, do jeho bezprostředního okolí instalujeme předměty, které jsou pro klienta známé (hodiny, nástěnný kalendář, fotografie rodiny a přátel, obrázky nebo předměty pro štěstí); (Válková, 2015). Předměty umísťujeme do zorného pole pacienta. Obrázky musí být dostatečně velké. K optické stimulaci nám může posloužit i televize nebo tzv. kotoučový projektor, který tvoří světelné obrazy ve formě barevných obrázků s určitým námětem a prolínáním barev. Klient může sledovat různé barvy, tvary a obrázky. Kotoučový projektor můžeme kombinovat s dalšími druhy bazální stimulace, tichou hudbou, somatickou zklidňující masáží a technikami olfaktorické stimulace. Slouží k relaxaci nebo k získání pozornosti klienta (Kotoučový projektor, b. r. online; Friedlová, 2018).

Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je podpora sluchového vnímání. Volíme jednoduchou a zřetelnou formu komunikace. Pro klienta je důležité, aby rozpoznal, kdy komunikujeme s ním a kdy s okolním světem. Podporujeme vnímání klienta, umožňujeme mu pochopit informace o sobě a svém těle, zažít pocit jistoty a bezpečí, oživujeme vzpomínky, seznamujeme s novými podněty. Auditivní stimulace lze využít ve skupinové nebo individuální terapii. Využíváme při ní zvuky a hudbu, které u klienta vyvolávají pocit zklidnění. Uklidňující jsou převážně hluboké tóny. Formou auditivní stimulace může být muzikoterapie (Přerovská, 2017). Termínem muzikoterapie označujeme terapeutické a výchovné metody, při kterých je dominantní hudba. Použitím hudby oslovíme klientovu sociální, fyzickou, psychickou a kognitivní stránku. Nevyužívá se jen hudby, ale i rytmu, zvuků, tónu, zpěvu, často v návaznosti na pohyb, či výtvarnou tvorbu (Gerlichová, c2023, online).

Orální stimulace

Orální stimulace umožňuje vnímat klientovi vjemy ze svých úst a stimulovat chuťové vnímání. Aktivují se vjemy, které jsou propojeny s příjmem potravy. V rámci technik orální stimulace se klient snaží polykat, aktivuje se také sensorická oblast v dutině ústní, a to vede současně ke stimulaci řečových funkcí (Tomová a Krivková, 2016).

Ústa jsou citlivým orgánem těla, nikdy do nich u klientů nevnikáme násilím. Zajímáme se o to, co klient rád jedl a pil. Pro orální stimulaci využíváme mulové váčky (tzv. cucací váčky) nebo molitanové štětíčky. Nikdy nekombinujeme více než tři chutě dohromady. Klienty krmíme vsedě, snažíme se jim dopřát dostatek času na polknutí. Další porci jídla podáváme vždy až po vyprázdnění úst. Před orální stimulací můžeme využít techniku orofaciální stimulace a snížit svalové napětí v oblasti mimických a žvýkacích svalů, usnadnit otevření úst (Dvořáková, b.r.).

Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy výrazně provokují v lidském organismu vzpomínky. Některé vůně se spojují s určitým ročním obdobím, například vůně perníku nebo skořice připomíná Vánoce. Každý člověk má svou autobiografii vůní a pachů, které u něho vyvolávají buď negativní nebo pozitivní vzpomínky. U klienta zjišťujeme jeho oblíbené vůně a ty následně k olfaktorické stimulaci využíváme. Lze používat osobní toaletní potřeby, parfémy, deodoranty nebo potraviny, aromalampy (Friedlová, 2018). Aromaterapie ovlivňuje stres, pomáhá ulevit při psychické a fyzické zátěži a posiluje imunitu. Oleje se dají využít také ke koupelím, masážím nebo k inhalační terapii (Měrková, Budíková, 2006).

Taktilně-haptická stimulace

Taktilně-haptická stimulace nám může napomáhat rozvíjet u klientů schopnosti rozpoznat předměty dotykem ruky a zapamatovat si je. Můžeme uplatnit techniku asistovaného vedení horní končetiny. Před uplatněním této techniky se provádí somatická povzbuzující stimulace horní končetiny, pomocí které si klient uvědomí horní končetinu a její hranice. K taktilně-haptické stimulaci lze použít předměty denního života, hygienické potřeby, předměty spojené s příjmem potravy, s koníčky nebo chodem domácnosti, nahřívací nebo chladivé polštářky a oblíbené předměty jako jsou hračky (Friedlová, 2018).

2 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Jedná se o pobytovou sociální službu, jež je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu dlouhodobého či chronického zdravotního postižení nebo jiných dlouhodobých chronických důvodů. Klienti v těchto zařízeních vyžadují pravidelnou pomoc při běžných denních činnostech, které zahrnují hygienu, oblékání, stravování, vyprazdňování a obsluhu sebe sama. Cílem služby je zkvalitnění života klientů a zlepšení jejich sociálního postavení ve společnosti. Domovy pro osoby se zdravotním postižením se dělí do různých kategorií a vychází z konkrétních potřeb klientů (Sociální služby, 2020, online). Umožňují vykonávat klientům různé vzdělávací, výchovné nebo aktivizační činnosti. Každý klient má vytvořen svůj individuální plán, který je vypracován na základě zdravotního a duševního stavu, úrovně soběstačnosti a posouzení potřeb. Služba je placená. Klient si hradí stravu, ubytování a zprostředkovanou péči. Výše úhrad za stravu a pobyt poskytuje vyhláška č. 440/2022 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Česko, 2022, online).

Zřizovatelem domova pro osoby se zdravotním postižením mohou být obce a kraje, nestátní neziskové organizace, fyzické osoby a Ministerstvo práce a sociálních věcí (Sociální služby, 2020, online).

Základní sociální poradenství v sociální pobytové službě je poskytováno jedincům bezplatně v případě řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služby se v těchto zařízeních přizpůsobují na míru každému klientovi. Je třeba respektovat předchozí způsob života, klientovy potřeby a zájmy. V domově usilují o začlenění zdravotně postižených klientů do společnosti. Poskytovaná služba je zajištěna v odpovídající kvalitě v rámci dodržení lidských práv a základních svobod zdravotně postižených, v bezpečném prostředí, ve kterém se sledují rizika pádů a provádí se jejich preventivní předcházení. Současně jsou zdravotně postižení chráněni před předsudky ze strany veřejnosti i personálu a je podporována spolupráce rodiny a blízkých zdravotně postiženého klienta (Domov pro osoby se zdravotním postižením, c2023, online).

2.1 Domov pro zdravotně postižené Horizont

Domov Horizont je příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje poskytující sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením a Chráněné bydlení. Splnění podmínek pro umístění klienta je věk nad 18 let, služby jsou určeny jak pro muže, tak pro ženy s mentálním postižením, nebo s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným,

nebo s mentálním postižením s přidruženou poruchou autistického spektra. Uživatelům je poskytována hygienická péče, stravování, oblékání, péče o vyprazdňování a aktivizační činnosti v průběhu celého dne. V zařízení se snaží o rozvoj a podporu fyzického a duševního zdraví. Ke každému klientovi je přistupováno individuálně podle jeho potřeb, schopností a přání. Sociální interakce probíhají v rámci návštěv divadel, kin, bazénu, obchodů, kadeřnictví a veřejné dopravy. Domov pro osoby se zdravotním postižením byl původně Ústav sociální péče pro mládež v Kyjově, který byl otevřen 6. prosince 1961. Z počátku v instituci pracovaly řádové sestry z Kongregace Milosrdných sester svatého Kříže, v roce 1962 nastoupili na jejich místo civilní zaměstnanci. Název Domov Horizont má sociální zařízení od 1. 1. 2007. V roce 2010 se stala součástí domova sociální služba, která podporovala bydlení pro muže. Od 1. 1. 2015 jsou v zařízení ubytovávány také ženy a současně byla otevřená sociální služba Chráněné bydlení. Domov Horizont se snaží při péči respektovat názory a osobnost svých klientů, uplatňuje k nim rovnocenný a partnerský přístup a pomáhá jim rozvíjet jejich sociální kompetence, které jsou potřebné pro postupné začleňování do společnosti. Klienti navštěvují různé aktivizační a ergoterapeutické dílny, účastní se pracovní terapie, která se uskutečňuje v dřevařské, tkalcovské, košíkářské a multifunkční kreativní dílně (Domov Horizont Kyjov, b. r., online).

2.2 Osoby se zdravotním postižením

Podle Světové zdravotnické organizace je pojem zdravotní postižení chápán jako funkční nebo také orgánová porucha lidského těla či psychická porucha lidské mysli, ale také jako nemožnost člověka vykonávat z důvodů jeho postižení určité aktivity nebo se aktivně zapojovat do běžného života. Zdravotně postižené osoby ovlivňuje také existence bariér, které jsou vytvářeny okolním prostředím (Jiráková, 2014, online). Osoby se zdravotním postižením mají dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které jim zabraňuje zapojit se naplno do aktivního společenského života (Osoby zdravotně znevýhodněné, b.r., online; Osoba se zdravotním postižením, c2023, online).

Mezi zdravotní postižení spadá mentální, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotní znevýhodnění je chápáno jako zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení nebo chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání (Opatřilová a Zámečnicková, 2007).

Osobou se zdravotním postižením je fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní ve třetím, druhém nebo prvním stupni nebo je zdravotně znevýhodněnou (Osoby zdravotně znevýhodněné, b.r., online; Osoba se zdravotním postižením, c2023, online). Zájmy zdravotně postižených osob chrání v České republice nezisková organizace Národní rada osob se zdravotním postižením. Byla založena v roce 2000 a pomáhá klientům v jednání se státními a veřejnými institucemi. Přispívá k začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti a dbá na dodržování lidských práv. Vytváří vhodné podmínky pro jejich společenské a kulturní uplatnění (O NRZP, c2023, online).

2.2.1 Klasifikace zdravotního postižení

Zdravotní postižení lze rozdělit na tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové a kombinované.

Tělesné postižení se může projevit jako dysfunkce motorické koordinace a souvisí s poškozením, vadou nebo funkční poruchou nosného a pohybového aparátu. Jeho společným znakem je omezení hybnosti až omezení pohybu. Postižení často zasahuje centrální nebo periferní nervové soustavy, což ovlivňuje hlavně kvalitu života a soběstačnost. Tělesná postižení dělíme na získaná a vrozená (Čadová, 2015).

Mentální postižení lze vysvětlit jako vývojovou poruchu rozumových schopností. Jedná se především o snížení řečových, kognitivních, pohybových a sociálních schopností. Etiologie mentálního postižení se projevuje již v prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období života člověka. Při posouzení stupně mentální retardace se klade důraz na strukturu inteligence a schopnosti adaptačního chování, inteligenčního kvocientu a míru zvládnutí obvyklých sociálně – kulturních nároků jedince (Valenta, Michalík a Lečbých, 2018).

Mentální postižení lze rozdělit na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci. Lehká mentální retardace se projevuje poruchami v oblasti řeči. Klienti mají sníženou schopnost plánovat a rozhodovat se. V případě středně těžké mentální retardace vážně rozvoj řeči a komunikace se stává velmi ztíženou. Klienti mají omezení v pohybových oblastech a s tím souvisí i problémy v péči o sebe sama. Těžká mentální retardace se projevuje poruchami v oblasti komunikace. Klienti používají jen pár slov nebo se u nich řeč nevyvíjí vůbec. Vyžadují stálou podporu druhé osoby v sebeobslužných dovednostech. Hluboká mentální retardace je často spojená s kombinovaným nebo tělesným postižením. Klienti vydávají neartikulované zvuky. Jsou odkázáni na celodenní péči druhé osoby (Silberová, 2020).

Kombinované neboli sdružené vady představují taková postižení, která jsou kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka. (Gošová, 2011). Vzhledem ke sdružování vážnějších postižení, vad a poruch může dojít k tomu, že je klient postižen více vadami najednou. Setkáváme se s označeními kombinované vady, vícenásobné postižení, multihandicap nebo hluboké postižení. Mezi základní klasifikaci kombinovaného postižení patří mentální postižení v kombinaci s dalším postižením. Do této skupiny postižení patří Downův syndrom, Apertův syndrom nebo Angelmanův syndrom, duální smyslové postižení – hluchoslepota nebo hluchoněmost a poruchy chování v kombinaci s dalším postižením – kombinace ADHD s mentální poruchou (Kunhartová, 2013, online).

2.3 Komunikace s osobami se zdravotním postižením a mentálním postižením

K osobám se zdravotním postižením se chováme přiměřeně jejich věku. Nabídneme naši podporu a čekáme, jestli bude přijata. Snažíme se komunikovat s jedinci podle jejich komunikačních dovedností, ne všechny osoby se zdravotním postižením mají problémy s komunikací pomocí slov (Michalík a kol., 2017). Dáváme si záležet, abychom s osobami se zdravotním postižením jednali s respektem a bez předsudků. Nasloucháme jim bez přerušování jejich myšlenek a snažíme se vyvarovat rušivým elementům. Komunikujeme v pomalejším tempu, mluvíme zřetelně, konkrétně a dáváme prostor na odpovědi. Vyhýbáme se abstraktním slovům nebo ironii (Jak mluvit s člověkem s mentálním postižením?, 2019, online). V průběhu rozhovoru se opakovaně osob ptáme, jestli všemu rozumí. K upoutání jejich pozornosti můžeme použít dotek nebo pohlázení. U mentálně postižených jedinců klademe důraz na pozorování projevů neverbální komunikace. Do komunikace s mentálně postiženou osobou zapojujeme i její rodinu. Jedince s postižením chválíme za každý pokrok i snahu (Michalík a kol., 2017).

2.4 Pracovníci domova pro osoby se zdravotním postižením

V domově pro osoby se zdravotním postižením pracuje nelékařský zdravotnický personál na těchto pozicích: vrchní sestra nebo vedoucí zdravotního úseku, všeobecné a praktické sestry, rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti. K dalším pracovníkům, kteří zajišťují péči o osoby se zdravotním postižením patří sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a sociálně aktivizační pracovníci.

Vrchní sestra odpovídá za kvalitu ošetrovatelského procesu, což zahrnuje koordinaci činnosti ošetrovatelského týmu, stanovení priorit v ošetrovatelském procesu a jeho řízení. Hodnotí pracovníky, rozděluje odměny a organizuje účast na vzdělávacích akcích pro pracovníky celého zařízení. (Ježek, b.r., online).

V domově pro osoby se zdravotním postižením mohou pracovat jak všeobecné, tak i praktické sestry. Poskytují ošetrovatelskou péči, starají se o sebeobsluhu a uspokojení potřeb klientů (Všeobecná sestra, c2017, online). Podmínkou pro vykonávání povolání všeobecné sestry je získané vzdělání po absolvování studijního oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, eventuálně absolvované studium na střední zdravotnické škole ve studijním oboru všeobecná sestra, které bylo naposledy zahájeno ve školním roce 2003/2004. V současné době mezi podmínky absolvování oboru všeobecná sestra řadíme tříleté studium na vysoké škole nebo vyšší odborné škole. Pro pozici praktické sestry je potřebné absolvování studia na střední zdravotnické škole v oboru praktická sestra nebo zdravotnický asistent (Všeobecná sestra, 2018, online).

Náplní práce sociálního pracovníka je sociálně právní poradenství. Svou službu poskytuje klientům v případě řešení problémů v nepříznivé sociální situaci, pomáhá uživatelům uplatnit nároky na finanční podporu a pomoc. Hodnotí kvalitu poskytovaných služeb. Hospodaří s financemi klientů. Spolupracuje s rodinou nebo opatrovníky klientů (Škrabalová, 2014, online).

Pracovník v přímé péči v sociálních službách poskytuje pečovatelskou péči klientovi v oblastech spojených především s osobní hygienou, oblékáním, stravováním nebo pomoci v domácnosti. Zajišťuje výchovnou nepedagogickou činnost, pomáhá při tvorbě volnočasových aktivit. Podmínkou pro vykonávání této pozice je absolvování kvalifikačního kurzu (Rozdíl v profesi Pracovník v sociálních službách a Sociální pracovník, 2020, online). Aktivizační pracovník aktivizuje klienty. Aktivizační činnosti zahrnují muzikoterapii, arteterapii, tvůrčí práce v různých dílnách nebo hraní společenských her, canisterapii, pohybovou terapii, tanec (Skálová, 2019, online). Pro vykonávání pozice aktivizačního pracovníka je nutné absolvování střední školy ukončené maturitní zkouškou. Aktivizační činnosti nabízí v domově také ergoterapeut. Cílem aktivit je zlepšit u klientů funkční schopnosti a provádění běžných denních činností. Pro vykonávání pozice ergoterapeuta je potřebné absolvování vysoké školy nebo vyšší odborné školy (Ergoterapeut, c2017, online).

3 POTŘEBY UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Lidé se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR.“ (Čadilová, Jůn a Thorová, 2007, s. 105). Potřebu lze definovat jako požadavek nezbytný pro biologický, psychický a sociální život člověka. Pro osoby s různým stupněm mentálního a tělesného postižení bývá velmi složité a obtížné dosáhnout saturace základních potřeb způsobem, jaký je běžný pro majoritní společnost. Podle důležitosti pro zachování života lze rozdělit potřeby na primární, mezi které patří biologické a fyziologické. Přirozené potřeby, bez kterých se jedinec neobejde. Další skupinu potřeb označujeme sekundární, kde zařazujeme sociální, získané, naučené, kulturní a potřeby jedince patřit do společnosti druhých osob (Šamánková, 2011).

Na jedné straně postižení umocňuje stav potřeb, na druhé straně postižení zabraňuje přiměřenému uspokojení potřeb jedince. Osoby s různě těžkým postižením mají zvláštní potřeby pro vlastní vývoj a interakci s druhými lidmi (Vítková, 2004).

Potřeby u uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením jsou závislé na stupni postižení, druhu onemocnění, potřebách a na přáních klienta (Bužgová, 2015). Mezi primární biologické potřeby patří péče o tělo, příjem potravy a tekutin, spánek a odpočinek, vyprazdňování, komfort a pohodlí, sebezpečí, přiměřený pohybový režim a poloha. Do psychických potřeb můžeme zařadit odstranění nebo zmírnění bolesti či strachu, identifikaci obav nebo nejistot a zabránění ztráty sebeúcty. Autor Říčan (2010) specifikuje primární fyziologické potřeby jako potřebu nadechnutí, vydechnutí, potřebu vody, potravy, smyslových podnětů, sexuální potřebu, potřebu laktace, vyměšování, potřebu vyhnout se bolesti, horku, chladu, poškození a potřebu spánku. Popisuje, že uspokojení těchto potřeb je nezbytné pro zachování života jedince, které jsou zajišťovány instinktivními mechanismy a jsou fylogeneticky původnější než ostatní potřeby a ontogeneticky nejpůvodnější s výjimkou sexuální potřeby a potřeby laktace.

Sekundární potřeby zahrnují zmírnění nebo zabránění sociální izolace, možnost seberealizace, možnost sledování a účast na společenském dění. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci a na jejich základě se vyvíjí sekundární potřeby, které jsou velmi individuální a mohou dělat život jedince příjemnější a bohatší (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007). Často opomíjené bývají u lehkého stupně postižení potřeby

spirituální, kde je nutné respektovat náboženské přesvědčení získané většinou v rodině a možnosti účastnit se duchovních obřadů (Menšíková, 2018). Uspokojování spirituálních potřeb není důležité jen pro věřící, v případě jejich neuspokojování může dojít k duchovní nouzi (Svatošová, 2012). U osob se zdravotním postižením nejdříve musí být uspokojovány primární potřeby, základní fyziologické a tělesné potřeby. Klient by neměl v žádné z těchto oblastí strádat. Projevy tělesného diskomfortu vedou k dlouhodobému nepohodlí a snižují kvalitu života (Malíková, 2020). Nejobtížněji se potřeby zjišťují u klientů, kteří si o ně neřeknou, ale předpokládáme, že naši pomoc potřebují. Důležité je zde zdůraznit individualitu potřeb u každého klienta. Hovoříme o potřebách přesně šitých na míru. Přizpůsobujeme se preferencím, přesvědčením a hodnotám klienta (Krátká, 2018).

3.1 Primární potřeby

Potřebu hygieny, oblékání a vyprazdňování řadíme mezi potřeby základní (Milfait, 2013). Mezi primární potřeby řadíme dýchání, potřebu vody a potravy, smyslové podněty, sexuální potřebu, potřebu laktace, potřebu vyhnout se bolesti, horku, chladu, poškození a potřebu spánku (Říčan, 2010).

Hygienická péče o zdravotně postižených klientů je velmi náročná. Zahrnuje ranní a večerní toaletu, péči o dutinu ústní, o nehty, oči, vlasy, nos a uši. Hygienickou péči provedeme na lůžku nebo jako celkovou koupel v koupací vaně mimo lůžko. Sledujeme stav kůže klienta. (Mlýnková, 2017).

Příjem potravy a tekutin u osob se zdravotním postižením má svá specifika dle jejich diagnózy. Výživu mohou ovlivnit poruchy gastrointestinálního traktu, vrozené nebo vývojové vady trávicího ústrojí, nedostatek pohybu či poruchy hybnosti. Klienti domova pro osoby se zdravotním postižením mohou mít potíže s polykáním, žvýkáním a sáním (Petrová, 2017). Výživu u těchto uživatelů můžeme podávat pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (v textu PEG). Do PEG aplikujeme polymerní enterální výživu (Štefánek, c2011). Při správné adekvátní výživě klienta nedochází k dehydrataci, která se projeví suchou kůží a sliznicemi (Greiffenegová, 2015).

Vyprazdňování je důležitou a intimní záležitostí každého jedince. Defekace a mikce probíhá u mnoha osob se zdravotním postižením do inkontinenčních plen, které se vyměňují dle potřeby, tak abychom zajistili čisté a suché lůžko. K vyprazdňování moči mohou mít v některých případech zavedený dočasně permanentní močový katetr. V sociálním zařízení, kde probíhal výzkum, byl také jedinec s nefrostomií.

Oblékání u osob se zdravotním postižením pomáhají realizovat pracovníci přímé obslužné péče. Klienta oblékáme adekvátně podle dané situace. U soběstačnějších klientů podporujeme samostatné oblékání oděvu.

U zdravotně postižených jedinců orientujeme pohybovou aktivitu podle stupně postižení a zájmů. U soběstačnějších klientů můžeme nabízet taneční aktivity, procházky, cvičení s jednoduchými cvičebními prvky, cvičení doprovázená hudbou (Domov Horizont Kyjov, b. r., online). U imobilních klientů realizujeme pohybové aktivity pomocí pasivního a rehabilitačního cvičení na lůžku. Nejzákladnějším rehabilitačním prvkem je polohování. Polohováním předcházíme vzniku dekubitů, kontraktur a imobilizačního syndromu (Dupalová, 2012). Imobilizační syndrom je součástí tzv. hypokinetického syndromu definovaného jako souhrn negativních projevů a důsledků nedostatečné pohybové aktivity (Imobilizační syndrom, 2018, online). Mezi fyziologické reakce na imobilitu patří pokles krevního tlaku nebo stagnace hlenu, kterou můžeme u klientů ovlivnit dechovým cvičením, odsáváním dýchacích cest, bazální stimulací, kontaktním dýcháním s vibrací a masáž stimulující dýchání, nebo míčkováním (Greiffeneggová, 2015).

Spánek je základní potřebou organismu, fyziologický stav, ovlivňuje ho řada faktorů, od prostředí, mezi něž patří teplota, ticho, světlo, kvalitní výběr matrace a postele až po barevnost stěn (Idzikowski, 2012). U zdravotně postižených klientů máme vyzpořované jejich spánkové rituály. Někteří raději usínají při poslechu hudby nebo televize, jiní mají rádi před spánkem úplný klid.

Světová zdravotnická organizace definuje bolest jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání. Vnímání bolesti je vždy subjektivní. U zdravotně postižených klientů ukazuje na poruchu zdraví. Tělo reaguje na bolest strachem, úzkostí, únavou, nevyspáním a vyčerpáním (Přibíková, b.r., online). Verbální komunikace u zdravotně postižených klientů není moc běžná, proto posuzujeme bolest podle různých zvukových projevů, výrazů v obličeji nebo pozorováním jejich chování. Je velmi složité odhadnout, kdy tito klienty trpí bolestmi, protože většina z nich nedokáže plakat.

Sexualita je přirozenou složkou každého jedince, proto jí nezabráňujeme ani u klientů se zdravotním postižením (Mitlöhner, 2004). Sexuální potřeby a touhy se mohou projevit, i pokud není této oblasti věnována pozornost (Kozáková, 2022). Společnost často vylučuje sexuální potřeby u klientů s mentálním postižením, tvrdí, že žádnou sexualitu nemají, není

u nich viditelná a ani si o ni neříkají. Ošetřující personál by měl vnímat sexualitu u mentálně postižených jako součást jejich života (Petlanová, 2021).

Osobám s mentálním postižením nabízíme podněty vedoucí k podpoře a rozvoji smyslů formou aktivizačních činností, terapií a aplikací auditivní a optické stimulace.

Jedinci s mentálním postižením mají zpomalené zrakové vnímání, zhoršenou orientaci v prostoru a narušenou schopnost vnímání detailů. Někteří klienti domova pro osoby se zdravotním postižením poznají rozdíl mezi světlem a tmou. Procvičení zraku provádíme ukázkou obrázkových knih a pohybujiících se předmětů v prostoru. Jedinci s mentálním postižením lépe vnímají lesklé a barevné předměty. K rozvoji sluchového vnímání lze použít chřastítka, bubínek, triangel, zpěv nebo reprodukovanou hudbu. Soustředíme se na zvuky, které jsou součástí každodenního režimu klienta. Mentálně postižení uživatelé rozeznají ošetřující personál dle intonace hlasu (Landauerová, 2010).

Nejcitlivějším orgánem pro vnímání tepla a chladu je naše kůže. Hodnocení změn teploty je kombinací signálů, které mozek přijímá z tělesných sensorů a vyhodnocuje v konkrétních centrech v mozku. Při teplotách nad 40 stupňů Celsia se tělo brání ochlazováním, zrychlením tepu, dechu a pocením. Působení chladu je pro tělo nebezpečnější. Způsobuje bolest, změny tepové a dechové frekvence, funkce podkožních a svalových struktur, metabolických funkcí těla a únikovou nebo panickou reakci (Rohrich, c2023, online). U zdravotně postižených osob pozorujeme, zda se zvýšeně nepotí nebo naopak netřesou zimou. Někteří klienti vnímají intenzivněji pocit chladu dolních končetin. Ošetřující personál jim obléká froté ponožky, aby se zahřáli.

Dýchání slouží k výměně krevních plynů. Dělíme jej na vnější a vnitřní. V sociálním zařízení, kde probíhal výzkum, byl také klient s tracheostomií nebo klient s astma bronchiale. U těchto uživatelů využíváme techniky masáže stimulujícího dýchání a kontaktního dýchání s vibrací, které jsou poskytovány denně podle potřeby klienta. Pomáhá jim zpomalit dechovou frekvenci, zmírnit zahlenění a usnadnit vykašlávání hlenů.

3.2 Sekundární potřeby

Pocit jistoty a bezpečí může klientovi navodit bezpečné a příjemné prostředí v lůžku, zajištěné vhodným ložním a osobním prádlem. K ochraně před pádem slouží zvednuté postranice. U vnímání ohraničení těla je důležitý pojem tělesné schéma, které popisujeme jako schématické znázornění našeho těla umožňující identifikovat sebe sama jako člověka. Člověk s neporušeným vnímáním tělesného schématu si uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla a jakou polohu zaujímá tělo ve vztahu k podlaze nebo

ke svislé poloze. Tělesný obraz vysvětlujeme jako spojení jednotlivých částí těla s centrálním nervovým systémem a vnímáním, které je podrobno stálým změnám a přizpůsobování se (Friedlová, 2018). Ohraničení těla u zdravotně postiženého klienta můžeme zajistit polohovacími pomůckami a dekami. Osoby se zdravotním postižením nejsou schopny ve většině případů navázat ve svém okolí funkční vztahy, často se chovají neobvykle a stávají se tak terčem negativní pozornosti. U klientů se zdravotním postižením je velmi důležitý vztah s ošetřujícím personálem nebo blízkým rodinným příslušníkem (Čadilová, Jůn a Thorová, 2007). Neschopnost navazovat běžné sociální vztahy a vazby mohou vést u těchto jedinců k izolaci a osamocení, případně jim způsobit frustraci a uzavření se před okolním světem (Baňasová a Luňáčková, 2005 Vágnerová, 2004).

„Potřeba úcty a respektu se naplňuje ve chvíli, kdy je s klientem zacházeno přiměřeně jeho fyzickému věku a ve chvíli, kdy personál nezlehčuje a nezesměšňuje klientova přání, respektuje je, i když jsou nereálná.“ (Čadilová, Jůn a Thorová, 2007, s. 106).

Pro spokojenější život zdravotně postižené osoby se snažíme plnit jeho potřeby a přání.

Potřeba seberealizace u osob se zdravotním postižením znamená co největší osamostatnění, vytvoření příznivých pracovních podmínek a vhodná motivace klienta. Osamostatněním myslíme minimální závislost na druhé osobě. Klient se pak lépe začlení do společnosti a nebude izolován jen ve svém prostředí (Žáčková, 2018, online). Seberealizací u zdravotně postižených osob může být zapojení do aktivizačních činností. U postižených klientů sledujeme úkony, které sami zvládnou, a příslušné aktivity přizpůsobujeme. Nejčastěji využívanou technikou je procvičování úchopu ruky, při kterém vkládáme do rukou klienta měkké žinky a hračky.

Kognitivní potřeby pomáhají porozumět, prozkoumat, poznávat a pozorovat pomocí učení. U osob se zdravotním postižením vychází kognitivní potřeba z míry pochopení blízkého okolí. Informace poskytujeme po částech, pro snadnější zapamatování informací je častěji opakujeme. Snažíme se o vhodnou stimulaci klienta (Vágnerová, 2004). K učení zdravotně postižených osob můžeme využít moderní technologii v podobě oční navigace, která převádí vybrané symboly do mluvené řeči. Oční navigace pomáhá v lepší komunikaci s okolím a podporuje jejich samostatnost (Domov Horizont Kyjov, b. r., online). Nesatureované kognitivní potřeby mohou vést ke strachu ze selhání, nejistotě a vyhýbání se poznávání a učení. V extrémních případech mohou vyvolat obrannou reakci jako je nepřítelnost nebo vztek (Vágnerová, 2004).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce se věnuje využití konceptu Bazální stimulace u zdravotně postižených osob. Realizovaný kvalitativní výzkum je zpracován designem kazuistik, ve kterých jsou popsány jednotlivé případy.

4.1 Cíl práce

Popsat a analyzovat využití jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace u vybraných klientů v konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením.

Praktickým výstupem práce je vytvoření informačního materiálu pro rodinné příslušníky osob se zdravotním postižením.

4.2 Metoda výzkumu

V praktické části práce je využita metoda kvalitativního výzkumu designem kazuistiky, která je definovaná jako výzkumná metoda zabývající se popisem jednotlivých případů jedince, skupiny osob či instituce. Může sloužit i jako pomoc a srovnání pro podobné případy. Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem, kdy si přehledně uspořádáme všechna fakta, která jsou nám o případu známá, a následně je analyzujeme a můžeme nalézt některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné, a tím nám umožňují pochopit celý případ do hloubky (Hartl a Hartlová, 2000).

V rámci našeho výzkumu jsme využili biografickou anamnézu klienta, informace ze sociální dokumentace, od členů pracovního týmu (všeobecných sester, sociálního pracovníka, sociálních pracovníků v přímé obslužné péči) a z přímého pozorování.

4.3 Charakteristika participantů

Participanty v kazuistikách jsou čtyři klienti se zdravotním postižením, kteří jsou umístěni v konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé kazuistiky se věnují případům mentálně postižených jedinců různého stupně a etiologie, u kterých je pravidelně nabízen a aplikován koncept Bazální stimulace. Pro účely zpracování těchto čtyř kazuistik byla jména klientů změněna z důvodu ochrany osobních údajů a jejich soukromí. Charakteristika participantů je znázorněna v tabulce 1.

Tabulka 1: Charakteristika participantů

	Zdravotní postižení	Věk	Pohlaví	Pobyť v soc. zařízení
Participant 1	Sřředně těžká mentální retardace spojená s tělesným postižením	38 let	Muž	Od 5 let
Participant 2	Těžká mentální retardace spojená s tělesným postižením	35 let	Muž	Od 5 let
Participant 3	Hluboká mentální retardace spojená s tělesným postižením	28 let	Muž	Od 16 let
Participant 4	Těžká mentální retardace spojená s tělesným postižením	33 let	Muž	Od 4 let

(Zdroj: autorka práce, 2023)

V kazuistice č. 1 se věnujeme klientovi s diagnózou středně těžká mentální retardace spojenou s tělesným postižením. Do komplexní péče jsou zařazovány techniky na základě potřeb klienta. Využívané techniky a prvky konceptu jsou polohování a mikropolohování, masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací, auditivní a optická stimulace.

V kazuistice č. 2 se věnujeme klientovi s diagnózou těžká mentální retardace spojenou s tělesným postižením. U tohoto klienta jsou využity v komplexní péči prvky olfaktorické stimulace, polohování do hnízda, mikropolohování, masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací, auditivní a vibrační stimulace.

V kazuistice č. 3 se věnujeme klientovi s diagnózou hluboká mentální retardace spojenou s tělesným postižením. Do komplexní péče jsou zařazovány techniky na základě potřeb klienta. Využívané techniky konceptu jsou polohování do hnízda, mikropolohování, masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací, optická, auditivní a olfaktorická stimulace a využití Snoezelen metody.

V kazuistice č. 4 se věnujeme klientovi s diagnózou těžká mentální retardace spojenou s tělesným postižením. U tohoto klienta jsou využity v komplexní péči prvky celková

zklidňující koupel a masáž nebo částečná, zaměřená na horní a dolní končetiny, polohování do hnízda a mumie, mikropolohování, vestibulární, taktilně-haptická, optická, vibrační, olfaktorická stimulace, orofaciální masáž.

4.4 Organizace výzkumného šetření

Při sběru informací pro kazuistiky jsme vycházeli z biografických údajů klientů a ze sociální dokumentace. Ke zpracování výzkumu bylo nutné podat písemnou žádost a souhlas s umožněním sběru dat ze sociální dokumentace, umožnění přístupu k informacím a s pořizováním fotografií pro účely bakalářské práce od vedení konkrétního sociálního zařízení pro osoby se zdravotním postižením, od ředitele a od vedoucího sociálního úseku. Formuláře jsou k dispozici u autorky bakalářské práce. Participanty jsou klienti konkrétního domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří patří pod institut veřejného opatrovníka, a soud u nich jmenoval veřejným opatrovníkem obec. Sociální zařízení poskytuje klientům komplexní péči, pedagogické a sociální vyžití v podobě různých aktivit. Klienti jsou zde umístěni trvale již mnoho let. Důvodem pro umístění klientů bylo, že se o ně jejich rodiny nedokáží nebo nechtějí postarat. Vybraní participanti byli doporučeni pro výzkumnou část bakalářské práce po domluvě s vedoucí sociálního úseku a ředitelem zařízení. Výzkum probíhal od února do dubna roku 2023. U vybraných klientů byla při aplikaci konceptu pořizována fotodokumentace. U klientů byla aplikována bazální stimulace na základě jejich individuálních potřeb. Koncept do komplexní péče zařazuje a aplikuje veškerý personál sociálního zařízení již od roku 2018, nejvíce všeobecné a praktické sestry a pracovníci v sociálních službách, kteří byli proškoleni lektorkou pro bazální stimulaci, paní magistrou Hedvikou Borýskovou.

5 KAZUISTIKY

Pro účely zpracování těchto čtyř kazuistik byla jména klientů změněna z důvodu ochrany osobních údajů a jejich soukromí.

5.1 Kazuistika č. 1

Cílem kazuistiky je popsat a analyzovat využití konceptu Bazální stimulace v péči o klienta se středně těžkou mentální retardací.

Lékařské diagnózy: středně těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením, kvadruplegická mozková obrna, astma bronchiale, alergická gastroenteritida a kolitida, esenciální primární hypertenze, strabismus.

Anamnéza: Klient L. S., 38 let. Od svých 5 let žije v Domově Horizont, do 5 let v péči rodičů. Osvobozen od povinné školní docházky, nikdy nepracoval. Rodiče nejeví o syna zájem, nenavštěvují ho.

Farmakoterapie: Atrovent 1-0-1 (bronchodilatancia), Prednison 1-0-1 (kortikosteroidy), Agen 1-0-0 (antihypertenziva), Zodac 0-0-1 (antihistaminika), Omeprazol 1-0-1 (antacida).

Pohybový režim: Klient je částečně imobilní, je schopen pohybu hlavou do stran, má omezený pohyb horních končetin a je pravidelně polohován ošetřujícím personálem. Mimo sociální zařízení využívá speciální zdravotní kočárek.

Cíl bazální stimulace: zklidnění a snížení frekvence dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta.

Biografická anamnéza:

Anamnéza byla získána od ošetřujícího personálu a ze sociální dokumentace.

Oslovení: Libore, Liborku

Iniciální dotek: U klienta je iniciální dotek určen na pravém rameni.

Tělesná péče: U klienta nevíme, jestli je pravák nebo levák. Při hygienické péči využívá personál pomůcky, na které je klient zvyklý. Hygiena probíhá vždy v ranních hodinách. Ošetřující personál koupe klienta na lůžku nebo v koupací vaně. Preferuje teplejší vodu a má rád mátovou vůni šamponu i masážního gelu (viz Příloha I., fotodokumentace č. 1). Rád usíná v klidu. Dává přednost poloze na levém boku nebo na břicho. Ošetřující personál mění klientovi inkontinenční pleny dle potřeby.

Tělesný kontakt: Od ošetřujícího personálu mu dotek nevadí.

Zrak: Strabismus, nemá žádnou oblíbenou barvu.

Sluch: Netrpí žádnou vadou sluchu. Má kladný vztah k hudbě. Jeho oblíbeným žánrem jsou dechovky a poslech rádia Jih.

Jídlo a pití: Klient se nedokáže sám najíst ani napít. Přijímá enterální polymerní stravu i tekutiny do PEG. Dávkování je určeno podle stavu klienta. Strava je podávána bolusově 6x denně v dávce 300 ml + 100 ml čaje nebo vody.

Vůně: Má rád mátovou vůni masážního gelu.

Prvky a techniky konceptu bazální stimulace využívané každý den:

Masáž stimulující dýchání – 3x denně;

Kontaktní dýchání s vibrací – 2x denně;

Auditivní stimulace – 4x denně;

Optická stimulace – 2x denně;

Polohování a mikropolohování – po celý den.

Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:

Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání

U klienta byla zvolena masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním z důvodu lepšího uvolnění dýchacích cest. Stimulace se prováděla za spolupráce ošetrovatelského personálu třikrát denně podle stavu klienta, nejčastěji v časových intervalech 10:00, 13:00 a 16:00. Pro masáž jsme zvolili polohu na břicho (viz Příloha II., fotodokumentace č. 6 a fotodokumentace č. 7). Klient již tuto techniku zná, sám si o ni i řekne. Před zahájením samotné masáže jsme začali iniciálním dotekem na pravém rameni. K masáži jsme použili masážní gel, který měl mátovou vůni. Kontaktní dýchání jsme prováděli v poloze vleže na pravém boku. Položili jsme naše ruce na hrudník klienta a doprovázeli ho při nádechu a výdechu.

Auditivní stimulace a optická stimulace

Klient poslouchá každý den svoje oblíbené Rádio Jih nebo dechovky. Poslech hudby má na něj pozitivní vliv, má pak lepší náladu. U postele má umístěnou fotografii se zpěvačkou Lucií Bílou, s níž se osobně několikrát setkal a jako dárek od ní obdržel andělíčka.

Personál domova pro osoby se zdravotním postižením předčítá klientovi knihy a ukazuje mu obrázky domácích nebo exotických zvířat (viz Příloha I., fotodokumentace č. 4).

Klient nemá žádnou oblíbenou barvu, proto se oblečení a ložní prádlo mění dle potřeby klienta.

Polohování a mikropolohování

Polohování a mikropolohování je realizováno ošetřujícím personálem domova pro osoby se zdravotním postižením. Polohuje se podle potřeb klienta. Využíváme různých polohovacích pomůcek (viz Příloha I., fotodokumentace č. 3). Mezi oblíbené polohy patří poloha na levém boku a na břicho, v níž se nejčastěji provádí masáž stimulační dýchání.

Analýza poskytované bazální stimulace:

Provádění jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace přinesly klientovi pozitivní chvíle do jeho života. Masáž stimulační dýchání mu ulevila od dušnosti a pomohla snadnějšímu odkašlávání hlenů.

Při poskytování auditivní stimulace jsme se snažili zachovat rituály, na které je klient zvyklý a které ho udržují v pozitivní náladě. Uživatel rád navazuje komunikaci s personálem, používá pouze jednoslovné výrazy. Občas sleduje také televizi. Na pořadech mu tolik nezáleží, nemá žádný oblíbený.

Klient je polohován ošetřujícím personálem po celý den, snaží se tak předejít vzniku dekubitů. Má nejradši polohu na levém boku a na břicho. Lépe se mu tak dýchá. Ke zlepšení dýchání pomáhá také zvýšená poloha horní poloviny těla. Při kontaktu byl používán iniciační dotek spolu s oslovením klienta.

Katamnéza:

Klientovi je denně poskytována ošetrovatelská péče s použitím různých technik a prvků bazální stimulace. Nejdříve jsme zařadili masáž stimulační dýchání. Zpočátku jednou denně. Reagoval spokojeně a usmíval se. Lépe se mu dýchalo. Zjistili jsme, že se klientovi líbí vůně mátového masážního gelu. Jelikož se tato technika osvědčila, zařadili jsme ji postupně až třikrát denně. K masáži stimulační dýchání jsme přidali kontaktní dýchání s vibrací, které se provádí přiložením rukou na hrudník klienta a přizpůsobení se jeho nádechu a výdechu. Uživateli se zapojení kontaktního dýchání líbilo. Dýchal pomaleji a klidně. Klient má velmi rád hudbu, proto jsme mu ji pouštěli z různých rádiových stanic. Nejvíce si oblíbil stanici

Rádio Jih. Auditivní stimulaci jsme zařadili během dne častěji. Využili jsme i optické stimulační. Klient kladně reagoval na obrázky domácích a exotických zvířat.

Při pravidelném polohování uživatele jsme vyzorovali, že jeho oblíbenou polohou je levý bok a poloha na břiše.

Závěr:

Během provádění bazální stimulace jsme zajistili psychický i tělesný komfort, podpořili usínání a stabilizovali fyzický stav klienta. Při poskytování bazálně ošetrovatelské péče jsme vždy klienta oslovili a použili iniciální dotek, postupovali jsme pozvolným tempem a komunikovali s ním. Každý den jsme aplikovali prvky a techniky zahrnující masáž stimulační dýchání v poloze na břiše v kombinaci s kontaktním dýcháním, auditivní stimulaci pomocí rádia nebo mluveného slova, optickou stimulaci pomocí fotek a obrázkových knížek a polohování s použitím různých polohovacích pomůcek. Vnímali jsme, že klientovi vybrané techniky bazální stimulace pomáhají a jsou jím pozitivně přijímány. Klient se rád účastní koncertů a tanečních akcí pořádaných v Domově Horizont i mimo něj. Auditivní stimulace a masáž stimulační dýchání patří mezi nejvíce prospěšné a přínosné.

5.2 Kazuistika č. 2

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v péči o klienta s těžkou mentální retardací v kombinaci s tělesným postižením.

Lékařská diagnóza: těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením, DMO kvadruparesis spastica, DM II. typu na dietě, dyspeptický syndrom, atrofie zrakového nervu, inkontinence moči a stolice III. stupně, hepatopatie, skolióza hrudní páteře.

Anamnéza: Klient V. K., 35 let. Od svých 5 let žije v Domově Horizont, předtím byl v péči rodičů. Klient se narodil z 8. gravidity. Porod proběhl v termínu, po porodu měl apnoické pauzy a krátce po porodu jevil známky DMO a slepoty. Od 11. měsíce se u něj objevili křeče – Westův syndrom. Trpí psychomotorickou retardací a epilepsií. První slova řekl ve 24. měsících. Byl osvobozen od povinné školní docházky, nikdy nepracoval. Rodiče nejeví o syna zájem, nenavštěvují ho.

Farmakoterapie: Prednison 1-0-1 (kortikoidy), Levetiracetam 500 mg 1-0-1 (antiepileptika), Omeprazol 1-0-1 (skupina), Ostropestřec 1-0-1 (hepatoprotektiva).

Pohybový režim: Klient je imobilní, je schopen pohybu hlavou do stran, má omezený pohyb horních končetin, je pravidelně polohován ošetrujícím personálem. Mimo sociální zařízení

využívá speciální zdravotní kočárek. Na pokoji cvičí s rehabilitačním pracovníkem nebo ošetřujícím personálem, který u něho využívá různé rehabilitační pomůcky. Rád odpočívá v křesle nebo v polohovacím vaku, do kterého ho přemístí personál. Navštěvuje Snoezelen místnost.

Cíl bazální stimulace: zklidnění a snížení frekvence dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta.

Biografická anamnéza:

Anamnéza byla získána od ošetřujícího personálu a ze sociální dokumentace.

Oslovení: Vašku, Vašíku

Iniciální dotek: U klienta je iniciální dotek určen na pravém rameni.

Tělesná péče: U klienta nevíme, jestli je pravák nebo levák. Při hygienické péči využívá personál pomůcky, na které je klient zvyklý. Hygiena probíhá vždy v ranních hodinách. Ošetřující personál koupe klienta na lůžku nebo v koupací vaně. Preferuje vlažnější vodu a má rád květinovou vůni šamponu i masážního gelu. Rád usíná v klidu. Nesnese být ve stejné poloze na posteli, proto jej personál často polohuje. Nemá rád polštář pod hlavou, vždy ho vyhodí z postele. Ošetřující personál mění klientovi inkontinenční pleny dle potřeby.

Tělesný kontakt: Od pečujících mu dotek nevadí. Je spokojený, když může hladit psa při canisterapii, která probíhá 1x za měsíc. Má rád protahování a masírování celého těla.

Zrak: Trpí atrofií zrakového nervu. Je slepý.

Sluch: Netrpí žádnou vadou sluchu. Má kladný vztah k hudbě. Nemá žádný oblíbený žánr. Preferuje tichou a uklidňující hudbu.

Jídlo a pití: Klient se nedokáže sám najíst ani napít. Ošetřující personál podává klientovi jídlo lžící z plastové misky a pije z plastového hrníčku. Má šetrnou dietu, je plně mixovaná.

Vůně: Má rád květinové vůně.

Prvky a techniky konceptu bazální stimulace využívané každý den:

Masáž stimulující dýchání – 3x denně;

Kontaktní dýchání s vibrací – 2x denně;

Olfaktorická stimulace – 2x denně;

Auditivní stimulace – 2x denně;

Vibrační stimulace – horní a dolní končetiny;

Polohování a mikropolohování – po celý den.

Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:

Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání

U klienta byla zvolena masáž stimulující dýchání k uvolnění dýchacích cest. Stimulace se prováděla za spolupráce ošetrovatelského personálu třikrát denně podle stavu klienta, nejčastěji v časových intervalech 10:30, 13:30 a 16:30. Pro masáž jsme zvolili polohu na břicho. Klient již tuto techniku zná, sám si o ni není schopný říct. Personál má vyzorované, kdy je vhodné masáž použít. Před zahájením samotné masáže jsme začali iniciálním dotekem na pravém rameni. K masáži jsme použili klientův masážní gel. Kontaktní dýchání jsme prováděli v poloze vleže na pravém boku. Položili jsme naše ruce na hrudník klienta a doprovázeli ho při nádechu a výdechu.

Auditivní stimulace

Klient poslouchá každý den písničky z rádia nebo mluvené slovo. Poslech hudby má na uživatele pozitivní vliv, má pak lepší náladu. Personál domova pro osoby se zdravotním postižením předčítá klientovi knihy.

Polohování a mikropolohování

Polohování a mikropolohování je realizováno ošetrujícím personálem domova pro osoby se zdravotním postižením. Polohuje se dle potřeb klienta. Mezi oblíbené polohy patří poloha na pravém boku a na břicho, v níž se nejčastěji provádí masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním. Klienta jsme také polohovali do „hnízda“ na levém boku (viz Příloha II., fotodokumentace č. 8).

Olfaktorická stimulace

K navození klidu, sedativním účinkům a zpestření jsme použili aromaterapii. Klientovi se zalíbila vůně levandulí a růží. Pro podporu dýchání jsme zařadili olejíček s vůní eukalyptu (viz Příloha I., fotodokumentace č. 5). Osobní a ložní prádlo mění ošetrující personál podle potřeby klienta.

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace pomohla klientovi vnímat vibrace a intenzivní podněty z jednotlivých částí těla. K vibrační stimulaci jsme použili antistresový míček na paličce nebo vlastní ruce.

Klient si lépe uvědomil své tělo a zorientoval se v prostoru. Vibrační stimulaci jsme prováděly na horní končetině, konkrétně na kloubech ruky, loktu a ramenu. Na dolních končetinách jsme se zaměřili na klouby na kotníku, kolenu a kyčli. Vibrační stimulaci jsme prováděli s citem a pozorovali klientovu reakci. V případě negativní reakce jsme stimulaci ukončili.

Analýza poskytované bazální stimulace:

Provádění jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace přinesly klientovi pozitivní chvíle do života. Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací ulevily klientovi od dušnosti a snadnějšímu odkašlávání hlenů. Při poskytování auditivní stimulace jsme se snažili zachovat rituály, na které je uživatel zvyklý a které ho udržují v pozitivní náladě. Vibrační stimulace poskytuje klientovi podporu ve vnímání vlastního těla a svého okolí. Zaujala ho vibrační stimulace prováděná pomocí antistresového míčku na palčice, kterou jsme se jemně dotýkali každého kloubu na horní i dolní končetině. Na jemnou vibrační stimulaci reagoval úsměvem a radostným rozhazováním rukama i nohama. Vibrační stimulaci jsme prováděli pro uklidnění a lepší uvědomění klientova těla v prostoru. Klient je polohován ošetřujícím personálem po celý den, snaží se tak předejít vzniku dekubitů. Nejraději má polohu na pravém boku a na bříše. Lépe se mu tak dýchá. Ke zlepšení dýchání pomáhá také zvýšená poloha horní poloviny těla. Při kontaktu jsme používali iniciální dotek spolu s oslovením klienta.

Katamnéza:

Klientovi je denně poskytována ošetrovatelská péče s použitím různých technik a prvků bazální stimulace. Nejdříve jsme u něj zařadili techniku kontaktního dýchání s vibrací. Zpočátku jednou denně. Uživatel reagoval úsměvem. Jeho dýchání se zklidnilo a zpomalilo. Ke kontaktnímu dýchání s vibrací jsme přidali masáž stimulující dýchání. Klientovi se lépe dýchalo. Jelikož se tato technika osvědčila, zařadili jsme ji opakovaně podle potřeby. Klient má rád hudbu, proto jsme ji pouštěli z různých CD. Nejvíce si oblíbil kapelu Kabát. Auditivní stimulaci jsme zařadili během dne častěji. Při pravidelném polohování uživatele jsme vypožorovali, že jeho oblíbenou polohou je pravý bok. Byl uvolněný a klidný v poloze „hnízdo“ na pravém boku. Naopak se nemá rád polohu „mumie“, ze které se snažil ihned vymanit a hlasitě projevoval nelibost. Mezi další stimulace aplikované u klienta patřila olfaktorická stimulace. Zjistili jsme, že preferuje květinové vůně. Nejvíce si oblíbil vůni levandule a růže. Z vibračních stimulací jsme nejdříve zkusili antistresový míček

na paličce. Klientovi se tento druh stimulace velmi líbil. Naopak se mu nelíbila vibrační stimulace s použitím našich rukou.

Závěr:

Během provádění bazální stimulace jsme zajistili psychický i tělesný komfort, podpořili usínání a stabilizovali fyzický stav klienta. Při poskytování bazálně ošetrovatelské péče jsme vždy klienta oslovili a použili iniciální dotek, postupovali jsme pozvolným tempem a komunikovali s ním. Každý den jsme aplikovali prvky a techniky zahrnující masáž stimulující dýchání v poloze na břicho v kombinaci s kontaktním dýcháním, auditivní stimulaci pomocí rádia nebo mluveného slova, vibrační stimulaci pomocí rukou nebo antistresového míčku na paličce, olfaktorickou stimulaci a polohování s použitím různých polohovacích pomůcek. Klientovi bazální stimulace přináší úlevu, relaxaci, podporuje vnímání tělesných hranic, zlepšuje dýchání a průchodnost dýchacích cest, hybnost a uvolnění spastických svalů a navozuje příjemné pocity pomocí aromaterapie.

5.3 Kazuistika č. 3

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v péči o klienta s hlubokou mentální retardací.

Lékařská diagnóza: hluboká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením, DMO kvadruparesis spastica.

Anamnéza: Klient C. K., 28 let. Od svých 16 let žije v Domově Horizont. Předtím pobýval ve třech různých zařízeních pro osoby se zdravotním postižením v Ostravě. Klient byl umístěn na žádost matky z důvodu celodenní nepřetržité péče, kterou mu nemohla poskytnout. Uživatel má tři sestry. Absolvoval povinnou školní docházku. Rodina o něj zpočátku projevovala zájem, nyní už ho nenavštěvují.

Farmakoterapie: bez stálé medikace.

Pohybový režim: Klient je imobilní, není schopen pohybu hlavou na pravou stranu, omezený je i pohyb horních končetin a dolních končetin, je pravidelně polohován ošetřujícím personálem. Mimo sociální zařízení využívá speciální zdravotní kočárek nebo rád pobývá na balkoně, protože se mu líbí změna prostředí. Pravidelně rehabilituje, navštěvuje Snoezelen místnost. Oblíbená poloha je na břicho, protože rád sleduje dění kolem sebe.

Cíl bazální stimulace: zklidnění a snížení frekvence dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta.

Biografická anamnéza:

Anamnéza byla získána od ošetřujícího personálu a ze sociální dokumentace.

Oslovení: Cyrile, Cyrilku

Iniciální dotek: U klienta je iniciální dotek určen na pravém rameni.

Tělesná péče: U klienta nevíme, jestli je pravák nebo levák. Při hygienické péči využívá personál pomůcky, na které je klient zvyklý. Hygiena probíhá vždy v ranních hodinách. Ošetřující personál koupe klienta na lůžku nebo v koupací vaně. Preferuje teplejší vodu a má rád pomerančovou vůni šamponu i masážního gelu. Rád usíná v klidu. Oblíbená poloha uživatele je na břiše. Ošetřující personál mění klientovi inkontinenční pleny dle potřeby.

Tělesný kontakt: Od pečujících mu dotek nevádí. Hůře si zvyká na nový ošetřující personál.

Zrak: Nemá žádnou vadu zraku ani oblíbenou barvu.

Sluch: Netrpí žádnou vadou sluchu. Má kladný vztah k hudbě. Nemá žádný oblíbený žánr. Každý den sleduje televizi a poslouchá hudbu.

Jídlo a pití: Klient se nedokáže sám najíst ani napít. Ošetřující personál podává uživateli jídlo lžící z plastové misky a pije z kojenecké lahve. Nemá žádnou speciální dietu, ale neumí kousat, proto má plně mixovanou stravu. Klientovi není příjemné, když mu stravu podává ošetřující personál z vedlejšího pokoje, nechce pak jíst. Nemá rád sladká jídla, plive je ven. Sníst jídlo a napít se mu trvá delší dobu, proto mu personál poskytuje dostatek času a netlačí na něj. Vše probíhá v klidu a dle tempa klienta.

Vůně: Má rád pomerančovou a levandulovou vůni, citrónovou trávu nebo borovici.

Prvky a techniky konceptu bazální stimulace využívané každý den:

Masáž stimulující dýchání – 3x denně;

Kontaktní dýchání s vibrací – 2x denně;

Auditivní stimulace – 3x denně;

Optická stimulace – 3x denně;

Olfaktorická stimulace – 1x denně;

Polohování a mikropolohování – po celý den;

Využití Snoezelen metody – 1x týdně.

Snoezelen metoda pochází z Holandska. Výraz vznikl ze spojení slov „snuffelen“, v překladu znamená cítit či čmuchat a slova „doezelen“ = odpočívat, podřimovat (Snoezelen, c2023, online).

Pozitivní přínosy metody Snoezelen jsou uvolnění, odbourání stresu, napětí a poznávání nových podnětů. Slouží také k rozvoji smyslového vnímání, navázání, prohloubení a zlepšení vztahu mezi klientem a ošetřujícím personálem. Snoezelen podporuje klienta v zájmu o okolní svět (Ponechalová, b. r., online).

Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:

Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání

U klienta byla zvolena masáž stimulující dýchání k uvolnění dýchacích cest. Stimulace se prováděla za spolupráce ošetrovatelského personálu třikrát denně podle stavu klienta, nejčastěji v časových intervalech 9:30, 12:30 a 15:30. Pro masáž jsme zvolili polohu na břiše. Klient již tuto techniku zná, sám si o ni není schopný říct. Personál má vyzorované, kdy je vhodné masáž použít. Před zahájením samotné masáže jsme začali iniciálním dotekem na pravém rameni. K masáži jsme použili masážní olej s vůní levandule. Kontaktní dýchání jsme prováděli v poloze vleže na pravém boku. Položili jsme naše ruce na hrudník klienta a doprovázeli ho při nádechu a výdechu.

Auditivní stimulace a optická stimulace

Klient poslouchá každý den písničky z rádia, mluvené slovo nebo audio pohádky. Poslech hudby má na uživatele pozitivní vliv, má pak lepší náladu. Personál domova pro osoby se zdravotním postižením předčítá klientovi knihy a ukazuje mu obrázky zvířat na farmě a v lese. Nemá žádnou oblíbenou barvu, proto se oblečení a ložní prádlo mění dle potřeby.

Polohování a mikropolohování

Polohování a mikropolohování je realizováno ošetřujícím personálem domova pro osoby se zdravotním postižením. Polohuje se dle potřeb uživatele. Mezi oblíbené polohy patří poloha na zádech a na břiše, v níž se nejčastěji provádí masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním. Klienta jsme také polohovali do „hnízda“ na zádech v polohovacím vaku (viz Příloha II., fotodokumentace č. 9). Tuto techniku má velmi rád, cítí se příjemně.

Olfaktorická stimulace

K navození klidu, sedativním účinkům a zpestření jsme použili aromaterapii. Klientovi se zalíbila vůně citronové trávy a levandule. Pro podporu dýchání jsme zařadili olejíček s vůní borovice. Osobní a ložní prádlo mění ošetřující personál dle potřeby klienta.

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace pomohla klientovi vnímat vibrace a intenzivní podněty z jednotlivých částí těla. K vibrační stimulaci jsme použili antistresový míček s paličkou, tibetské mísy nebo vlastní ruce. Klient si lépe uvědomil své tělo a zorientoval se v prostoru. Vibrační stimulaci jsme prováděly na horní končetině, konkrétně na kloubech rukou, loktů a ramen. Na dolních končetinách jsme se zaměřili na klouby na kotníky, kolen a kyčlí. K vibrační stimulaci jsme využili i tibetskou mísu, která se přiložila na hrudník klienta a následně rozvibrovala paličkou. Vibrační stimulaci jsme prováděli s citem a pozorovali klientovu reakci. V případě negativní reakce jsme stimulaci ukončili.

Návštěvy Snoezelen místnosti

Klient má velmi rád návštěvy Snoezelen místnosti. Zaujalo ho houpání ve vodní posteli. Jeho pozornost zde upoutala pohybující se olejová skvrna na zdi (viz Příloha II., fotodokumentace č. 15), zvonkohry nad hlavou a velká lávová lampa. Ve Snoezelen místnosti je fialovočervené světlo připomínající pobyt plodu v děloze během těhotenství. Také zde hraje příjemná a uklidňující hudba. Klient se naprosto uvolnil a při terapii usnul (viz Příloha II., fotodokumentace č. 10).

Analýza poskytované bazální stimulace:

Provádění jednotlivých technik a prvků konceptu Bazální stimulace přinesly klientovi pozitivní chvíle do života. Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání s vibrací ulevily uživateli od dušnosti a pomohli snazšímu odkašlávání hlenů.

Při poskytování auditivní stimulace jsme se snažili zachovat rituály, na které klient zvyklý a které ho udržují v pozitivní náladě. Sleduje také televizi. Na pořadech mu tolik nezáleží, nemá žádný oblíbený pořad. Klient má rád poslech mluveného slova nebo audio pohádek.

Vibrační stimulace

Vibrační stimulace poskytuje klientovi podporu ve vnímání vlastního těla a svého okolí. Oblíbenou vibrační stimulací je přiložení tibetské mísy na hrudník a následné rozvibrování paličkou. Klient se usmíval a tvářil se spokojeně.

Vibrační stimulaci jsme prováděli pro uklidnění a lepší uvědomění klientova těla v prostoru (viz Příloha I., fotodokumentace č. 2).

Snoezelen místnost

Návštěvy Snoezelen místnosti jsou pro klienta vždy příjemným zpestřením. Má rád každou změnu prostředí a nové podněty. Při terapii rád pozoruje zvonkohry nad hlavou, olejovou skvrnu na stěně a velkou lávovou lampu. Líbí se mu houpání ve vodní posteli. Pobyt ve Snoezelen místnosti klienta uklidňuje a často usne.

Polohování a mikropolohování

Klient je polohován ošetřujícím personálem po celý den. Klient má nejradši polohu na pravém boku a na zádech, lépe se mu tak dýchá. Ke zlepšení dýchání pomáhá také zvýšená poloha horní poloviny těla. Při kontaktu byl používán iniciální dotek spolu s oslovením klienta.

Katamnéza:

Klientovi je denně poskytována ošetrovatelská péče s použitím různých technik a prvků bazální stimulace. Nejdříve jsme zařadili masáž stimulující dýchání. Zpočátku jednou denně. Reagoval spokojeně a usmíval se. K masáži stimulující dýchání jsme přidali kontaktní dýchání s vibrací. Klientovi se lépe dýchalo. Jelikož se tato technika osvědčila, zařadili jsme ji postupně až třikrát denně. Má rád poslech hudby nebo mluveného slova, proto jsme mu pouštěli audio pohádky. Nejvíce se mu líbila pohádka Maxipes Fík. Auditivní stimulaci jsme zařadili během dne častěji. Využili jsme i optické stimulace. Klient kladně reagoval na obrázky zvířat na farmě a v lese. Při pravidelném polohování uživatele jsme vyzorovali jeho oblíbené polohy na břicho nebo „hnízdo“ na zádech. Mezi další stimulace aplikované u klienta patřila olfaktorická stimulace. Zjistili jsme, že preferuje citrusové vůně. Nejvíce si oblíbil vůni pomeranče a citronové trávy. Z vibračních stimulací jsme nejdříve zkoušeli antistresový míček na paličce. Klient se tvářil spokojeně a usmíval se. U uživatele jsme vyzkoušeli různé prvky a techniky bazální stimulace ve Snoezelen místnosti. Jednalo se například o vibrační stimulaci pomocí tibetské mísy, kterou jsme přiložili klientovi na hrudník a pozorovali jeho reakce. Předmět ho zaujal, proto jsme jemně rozvibrovali tibetskou mísu. Klient se usmál. V místnosti ho zaujala olejová skvrna na stěně nebo zvonkohra nad hlavou. Liboval si ve vodní posteli, kterou jsme jemně rozhoupali. Vibrační stimulace mu pomohla lépe zprostředkovat podněty z jeho okolí.

Závěr:

Během provádění bazální stimulace jsme zajistili psychický i tělesný komfort, podpořili usínání a stabilizovali fyzický stav klienta. Při poskytování bazálně ošetrovatelské péče jsme vždy klienta oslovili a použili iniciální dotek, postupovali jsme pozvolným tempem a komunikovali s ním. Každý den jsme aplikovali prvky a techniky zahrnující masáž stimuluující dýchání v poloze na břicho v kombinaci s kontaktním dýcháním, auditivní stimulaci pomocí rádia nebo mluveného slova, optickou stimulaci pomocí fotek a obrázkových knížek, vibrační stimulaci pomocí rukou, antistresového míčku na paličce nebo přiložením tibetské mísy na hrudník ve Snoezelen místnosti a polohování s použitím různých polohovacích pomůcek. Bazální stimulace pomohla klientovi zlepšit dýchání a průchodnost dýchacích cest, hybnost a uvolnit spastické svaly, navodit příjemné pocity pomocí aromaterapie a obrázkových knížek.

5.4 Kazuistika č. 4

Cílem kazuistiky je popsat využití konceptu Bazální stimulace v péči o klienta s těžkou mentální retardací.

Lékařská diagnóza: těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením, DMO kvadruparesis spastica, vrozený hydrocephalus, nefritida, tracheostomie.

Anamnéza: Klient J. R., 33 let. Od svých 4 let žije v Domově Horizont. Předtím byl umístěn v Dětském centru pro ohrožené a postižené děti v Jihlavě. Klient se narodil z prvního těhotenství. Porod proběhl v 37. týdnu těhotenství, krátce po porodu se objevil syndrom dechové tísně a hydrocephalus. Musel být hospitalizován na jednotce intenzivní péče a podstoupil operaci. Klient splnil povinnou školní docházku. Rodina nejeví o syna zájem, nenavštěvují ho.

Farmakoterapie: Prednison 5 mg 1-0-1 (kortikosteroidy), Furorese 20 mg 1-0-1 (diuretika), Kalium chloratum 500 mg 1-1-0 (sanace kalia).

Pohybový režim: Klient je imobilní, je schopen pohybu hlavou do stran, má omezený pohyb horních končetin i dolních končetin, je pravidelně polohován ošetřujícím personálem. Mimo sociální zařízení využívá speciální zdravotní kočárek. Pravidelně denně pasivně cvičí, rehabilituje se zdravotnickým pracovníkem. Vzhledem ke zhoršení stavu klienta se omezily některé činnosti, které by ho zatěžovaly, např. koupání v perličce.

Klient se snaží sám posouvat a otáčet na bok v lůžku. Sedět nemůže, jen v polosedě s oporou za neustálé asistence.

Cíl bazální stimulace: zklidnění a snížení frekvence dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta.

Biografická anamnéza:

Anamnéza byla získána od ošetřujícího personálu a ze sociální dokumentace.

Oslovení: Kubo, Kubíčku

Iniciální dotek: U klienta je iniciální dotek určen na pravém rameni.

Tělesná péče: U klienta nevíme, jestli je pravák nebo levák. Při hygienické péči využívá personál pomůcky, na které je klient zvyklý. Hygiena probíhá vždy v ranních hodinách. Ošetřující personál koupe klienta na lůžku nebo v koupací vaně. Preferuje vlažnou vodu a má rád hroznovou vůni šamponu i masážního gelu. Rád usíná v klidu. Oblíbená poloha klienta je na pravém boku. Ošetřující personál mění klientovi inkontinenční pleny dle potřeby.

Tělesný kontakt: Od pečujících mu dotek nevadí. Má rád přítomnost jiné osoby, doteky, hlazení a jemné masáže. Při nespokojenosti se kouše do rukou nebo zatíná.

Zrak: Nemá žádnou vadu zraku ani oblíbenou barvu.

Sluch: Klient trpí nedoslýchavostí, při náhlé změně se lekne.

Jídlo a pití: Klient se nedokáže sám najíst ani napít. Nepřijímá jídlo ústy, má zavedený PEG, kam se mu strava podává kontinuálně. Za den přijme 2000 ml polymerní stravy.

Vůně: Má rád vůni hroznového vína.

Prvky a techniky konceptu bazální stimulace využívané každý den:

Zklidňující koupel s prvky bazální stimulace – 1x týdně;

Zklidňující masáž celého těla – 1x denně;

Zklidňující masáž horních a dolních končetin – 1x denně;

Vibrační stimulace – 1x denně;

Taktilně-haptická stimulace – v průběhu celého dne;

Vestibulární stimulace – 1x denně;

Optická stimulace – 2x denně;

Olfaktorická stimulace – 1x denně;

Orofaciální masáž – 1x denně;

Polohování a mikropolohování – hnízdo, mumie – po celý den.

Realizace poskytovaných prvků a technik konceptu Bazální stimulace:

Zklidňující koupel a masáž celého těla, částečná masáž horních nebo dolních končetin

Koupel provádí ošetřující personál jednou týdně v koupacím lůžku v koupelně. Běžná koupel je prováděna každý den na lůžku. Po každé koupeli personál klientovi provede zklidňující masáž celého těla. Zklidňující masáž horních a dolních končetin provádí personál kdykoliv během dne dle stavu klienta.

Vibrační stimulace

Vibrační stimulaci provádíme s použitím antistresového míčku na paličce. Tímto nástrojem se jemně dotýkáme klientových kloubů a pozorujeme jeho reakce. Metoda způsobuje mírné vibrace v oblasti, které se dotkneme. Pro vibrační stimulaci využíváme kloubů rukou, loktů, ramen, kotníků, kolen a kyčlí. Klient se při stimulaci usmívá a netrpí bolestmi. Usuzujeme, že mu vibrační stimulace přináší libé pocity (viz Příloha II., fotodokumentace č. 11).

Taktilně-haptická stimulace

Taktilně-haptickou stimulaci uplatňujeme u klienta v průběhu celého dne. Používáme například jemné žínky propletené mezi prsty (viz Příloha II., fotodokumentace č. 12) nebo ložní prádlo. K taktilně-haptické nepoužíváme tzv. ježečky (masážní pomůcka s hroty) nebo míčky, které u klienta mohou vyvolat zhoršení klenby ruky a následně její špatné ovládání. Stimulaci provádíme z důvodu zlepšení úchopu ruky a rozpoznávání předmětů. Také nám pomáhá zabránit v extrakci PEG sondy a nefrostomie. Klient si přestal vyvolávat zvracení.

Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulaci užíváme u klienta každý den. Jedním ze způsobů je využití prvku „trampolíny“, což znamená rozhoupání klienta od pat k hlavě. Prvek se provádí tak, že uchopíme klienta za chodidla a jemně s ním zatřeseeme směrem nahoru a dolů. Stimulace se provádí vleže na lůžku. Dalším způsobem stimulace je houpání v závěsné síti (viz Příloha II., fotodokumentace č. 13). Jemné houpání v síti působí na klienta zklidňujícím dojmem. Stimulace ho velmi zaujala, usmíval se a tvářil se spokojeně.

Zvedák využíváme také při přesunu do koupacího lůžka nebo na speciální zdravotní kočárek, kterým jezdí například na vyšetření do nemocnice nebo na procházky.

Optická stimulace

Personál domova pro osoby se zdravotním postižením předčítá klientovi knihy a ukazuje mu obrázky přírody. Klient nemá žádnou oblíbenou barvu, proto se oblečení a ložní prádlo mění dle potřeby klienta. Na stěnách v pokoji klient pozoruje obrázky zvířat nebo pohybující se tečky na stropě.

Olfaktorická stimulace

K navození klidu, sedativním účinkům a zpestření jsme použili aromaterapii. Klientovi se zalíbila vůně hroznového vína. Osobní a ložní prádlo mění klientovi ošetřující personál podle potřeby klienta.

Orofaciální masáž

Orofaciální masáž provádíme u klienta každý den. Postupujeme od čela směrem k bradě, jedná se o jemnou masáž obličeje. Při masáži naše prsty nesmí ztratit kontakt s klientových obličejem, propojujeme tedy jednotlivé tahy a pohyby. Uživatel si masáž vždy užíval, zavřel oči, uvolnil obličejové svaly a podřimoval.

Polohování a mikropolohování

Polohování a mikropolohování je realizováno ošetřujícím personálem domova pro osoby se zdravotním postižením. Polohuje se dle potřeb klienta. Mezi oblíbené polohy patří poloha na zádech a levém boku. Klienta jsme také polohovali do „hnízda“ nebo „mumie“ v poloze na zádech (viz Příloha II., fotodokumentace č. 14).

Katamnéza:

Klientovi je denně poskytována ošetrovatelská péče s použitím různých technik a prvků bazální stimulace. Na začátek jsme zařadili polohování. Při sledování klienta jsme zjistili, že mu vyhovuje poloha na levém boku a na zádech. Také ho zaujala poloha „hnízdo“, ve které za chvíli usnul. Poloha „mumie“ mu přinesla libé pocity a uklidnila ho. Při sledování klienta jsme se zaměřili na úchop jeho ruky. Uživatel si tahal za oblečení, proto jsme mu vložili do každé ruky měkkou žínku, kterou jsme propletli mezi prsty. Po chvíli se uklidnil, přestal rozhazovat rukama a tahat si za oblečení. Z aromaterapie ho nejvíce zaujala vůně hroznového vína. Při orofaciální stimulaci se klient usmíval, uvolnil obličejové svaly a zavřel oči. Jako další stimulaci jsme vyzkoušeli zklidňující celkovou koupel s masáží celého

těla. Klient reagoval kladně. Má rád doteky a masáže. Při vestibulární stimulaci jsme využili zvedáku. Uživatel houpání ocenil úsměvem a spokojeným výrazem. Aplikovali jsme optickou stimulaci pomocí obrázkových knížek. Využili jsme terapii ve Snoezelen místnosti, kde hrála příjemná tichá hudba a klient pozoroval barevné tečky na stěně. V místnosti jsme využili vibrační stimulaci pomocí tibetské mísy. Tato stimulace neměla kladnou odezvu. Reagoval zamračeným výrazem a chtěl předmět z hrudníku shodit. Naopak se mu líbila technika s použitím antistresového míčku na paličce, kterou jsme mu jemně rozvibrovali klouby horních a dolních končetin. Klientův stav se po čase zhoršil, proto již nenavštěvuje Snoezelen místnost.

Závěr:

Během provádění bazální stimulace jsme zajistili psychický i tělesný komfort, podpořili usínání a stabilizovali fyzický stav klienta. Při poskytování bazálně ošetrovatelské péče jsme vždy klienta oslovili a použili iniciální dotek, postupovali jsme pozvolným tempem a komunikovali s klientem. Každý den jsme aplikovali prvky a techniky zahrnující masáž stimuluující dýchání v poloze na břiše v kombinaci s kontaktním dýcháním, masáž horních a dolních končetin, optickou stimulaci pomocí obrázkových knížek, vibrační stimulaci prováděnou antistresovým míčkem na paličce nebo použitím vlastních rukou, orofaciální a olfaktorickou stimulaci, vestibulární stimulaci prvkem „trampolína“ nebo využitím zvedáku a polohování s použitím různých polohovacích pomůcek. Bazální stimulace klientovi pomáhá zlepšit dýchání a průchodnost dýchacích cest, uvolnit obličejové a spastické svaly, navodit příjemné pocity pomocí aromaterapie, obrázkových knížek a relaxovat.

5.5 Shrnutí kazuistik

Tabulka 2: Shrnutí kazuistiky č. 1

<u>Kazuistika 1</u>
Klient: L. S., 38 let
Oslovení: Libore, Liborku
Iniciální dotek: pravé rameno
Diagnóza: středně těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením stanovená na základě lékařského vyšetření;
Cíl bazální stimulace: zklidnění a zpomalení dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta;
Užité techniky bazální stimulace: masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání s vibrací, optická a auditivní stimulace, polohování a mikropolohování;
Efekt bazální stimulace: zlepšení dýchání a průchodnosti dýchacích cest, zlepšení hybnosti a uvolnění spastických svalů.

(Zdroj: autorka práce, 2023)

Tabulka 3: Shrnutí kazuistiky č. 2

<u>Kazuistika 2</u>
Klient: V. K., 35 let
Oslovení: Vašku, Vašíku
Iniciální dotek: pravé rameno
Diagnóza: těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením stanovená na základě lékařského vyšetření;
Cíl bazální stimulace: zklidnění a zpomalení dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta;
Užité techniky bazální stimulace: masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání s vibrací, auditivní stimulace, polohování a mikropolohování, vibrační a olfaktorická stimulace;
Efekt bazální stimulace: zlepšení dýchání a průchodnosti dýchacích cest, hybnosti a uvolnění spastických svalů, navození příjemných pocitů pomocí aromaterapie.

(Zdroj: autorka práce, 2023)

Tabulka 4: Shrnutí kazuistiky č. 3

<u>Kazuistika 3</u>
<p>Klient: C. K., 28 let</p> <p>Oslovení: Cyrile, Cyrilku</p> <p>Iniciální dotek: pravé rameno</p> <p>Diagnóza: hluboká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením stanovená na základě lékařského vyšetření;</p> <p>Cíl bazální stimulace: zklidnění a zpomalení dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta;</p> <p>Užité techniky bazální stimulace: masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání s vibrací, optická a auditivní stimulace, polohování a mikropolohování, vibrační stimulace, multifunkční místnost Snoezelen, olfaktorická stimulace;</p> <p>Efekt bazální stimulace: zlepšení dýchání a průchodnosti dýchacích cest, hybnosti a uvolnění spastických svalů, navození příjemných pocitů pomocí aromaterapie a obrázkových knížek.</p>

(Zdroj: autorka práce, 2023)

Tabulka 5: Shrnutí kazuistiky č. 4

<u>Kazuistika 4</u>
<p>Klient: J. R., 33 let</p> <p>Oslovení: Kubo, Kubíčku</p> <p>Iniciální dotek: pravé rameno</p> <p>Diagnóza: těžká mentální retardace v kombinaci s tělesným postižením stanovená na základě lékařského vyšetření;</p> <p>Cíl bazální stimulace: zklidnění a zpomalení dýchání, usnadnění vykašlávání, zajištění tělesného komfortu a stabilizace fyzického stavu klienta;</p> <p>Užité techniky bazální stimulace: celková zklidňující koupel a masáž celého těla nebo částečná masáž horních a dolních končetin, optická stimulace, polohování a mikropolohování, vibrační stimulace, multifunkční místnost Snoezelen, taktilně-haptická a vestibulární stimulace, orofaciální masáž obličeje a olfaktorická stimulace;</p> <p>Efekt bazální stimulace: zlepšení dýchání a průchodnosti dýchacích cest, zlepšení hybnosti a uvolnění spastických svalů, navození příjemných pocitů pomocí aromaterapie a obrázkových knížek, uvolnění obličejových svalů.</p>

(Zdroj: autorka práce, 2023)

6 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření informační brožury o konceptu Bazální stimulace (Příloha III.). Je určený pro rodinné příslušníky zdravotně postižených klientů a byl zhotoven pro konkrétní zařízení. Obsahuje základní informace o konceptu Bazální stimulace a popisuje vybrané prvky a techniky, které se uplatňují v péči o zdravotně postižené klienty. Obsah brožury má informovat rodinné příslušníky a jejich blízké o využití konceptu Bazální stimulace u zdravotně postižených jedinců. V konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením tento materiál chybí, proto bude nabídnut sociálnímu zařízení k poskytnutí informací rodinám zdravotně postižených klientů.

Informační brožura popisuje účel konceptu Bazální stimulace a cílovou skupinu osob, u kterých se provádí. Koncept se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb. Napomáhá rozvíjet a udržovat jak fyzickou stránku, tak i oblast emocionální, sociální a komunikační. Ovlivňuje komunikaci, myšlení, sociální zkušenost, pocity, pohyb, vnímání i tělesný prožitek. Pomocí užitých technik pomáhá propojit klienta s okolním světem. Hlavním cílem bazální stimulace v této konkrétní bakalářské práci je zkvalitnění života osobám se zdravotním postižením. Koncept jim umožňuje kvalitnější relaxaci a zklidnění.

Do informační brožury jsme zahrnuli masáž stimulující dýchání, která pomáhá zlepšit dýchání a průchodnost dýchacích cest. Také jsme využili somatickou stimulaci pomocí polohování do hnízda nebo mumie a mikropolohování, které přispívá k lepší hybnosti a uvolnění spastických svalů, předchází vzniku dekubitů. Optická stimulace slouží k orientaci, vnímání prostředí a věcí, které uživatele obklopují. Využívali jsme obrázkové knížky, pohybuující se předměty a světla. Auditivní stimulace podporuje sluchové vnímání klienta. Používali jsme oblíbenou hudbu, zvuky, audioknihy, mluvené slovo nebo rádio. Olfaktorická stimulace je založena na stimulaci čichových buněk pomocí různých pachů. Využívali jsme esenciální oleje do elektrických difuzérů. Taktilně-haptická stimulace napomáhá schopnosti rozpoznat okolní předměty dotekem ruky. Ke stimulaci jsme použili měkké žinky nebo ložní prádlo.

Poskytováním technik a prvků konceptu Bazální stimulace jsme zajistili tělesný komfort a stabilizovali fyzický stav klienta. Techniky a prvky konceptu Bazální stimulace provádí vždy kvalifikovaný pracovník, který absolvoval certifikovaný kurz.

7 DISKUZE

Během trvalého pobytu v domově pro osoby se zdravotním postižením byly u čtyř klientů začleněny konkrétní prvky a techniky bazální stimulace do komplexní péče. Participantům v domově pro osoby se zdravotním postižením byla nabízena bazálně ošetrovatelská péče po dobu jednoho měsíce. Během výzkumu zůstal jejich zdravotní stav neměnný. Techniky a prvky Bazální stimulace jsme aplikovali podle aktuálních potřeb.

V diskuzi jsme se zaměřili na poskytování prvků a technik konceptu během jejich trvalého pobytu, které jsme zvolili na základě informací získaných od ošetrojícího personálu, ze sociální dokumentace, přímým pozorováním klientů a jejich přání a potřeb. Biografická anamnéza nám umožňuje porozumět uživateli, pochopit jeho chování a zohlednit jeho individualitu (Friedlová, 2018).

U všech klientů jsme bazálně ošetrovatelskou péči zahajovali předem domluveným vhodným oslovením a iniciálním dotekem, které nám umožnilo navázat kontakt a komunikaci. Iniciální dotek je jednou z forem somatického dialogu a dáváme tím klientovi najevo, že jsme v jeho přítomnosti a budeme s ním vykonávat určité činnosti nebo aktivity. Iniciální dotek zařazujeme u klientů se změnami vědomí nebo deficitem kognitivních funkcí. Uživateli vždy vymezíme začátek a konec poskytované bazálně ošetrovatelské péče. Předjdeme tak vyvolání pocitu nejistoty a strachu (Friedlová, 2018).

U participanta 1, 2 a 3 byla aplikována masáž stimulující dýchání v kombinaci s kontaktním dýcháním. Tyto techniky poskytly klientům úlevu, zmírnily dušnost, zahlenění a zpomalily dechovou frekvenci. Ke stejnému zjištění dospěla také autorka Veronika Mňáčková (2021), která masáží docílila úlevy, pravidelnému, klidnému a prohloubenému dýchání. Jsme si vědomi, že masáž stimulující dýchání u zdravotně postižených osob přináší dlouhodobý efekt a poskytuje zmírnění dechových obtíží každý den jejich života. Klientům pomáhá také kontaktní dýchání s vibrací. Použité techniky jsou jedny z mála možných a dostupných technik, které můžeme efektivně využít bez zátěže klienta.

U participantů 2, 3 a 4 jsme aplikovali aromaterapii s esenciálními oleji. Využívali jsme éterické oleje z levandule, růží, citrónové trávy, pomeranče, citrónu, borovice, eukalyptu a hroznového vína. U participanta 2, kterého provázela dušnost, jsme využili éterický olej z eukalyptu. Cílem bylo zmírnit dušné stavy a podpořit vykašlávání hlenu. U klienta byla tato stimulace úspěšná. Dýchací cesty se uvolnily a klient lépe vykašlal hleny. U participanta 2 jsme také použili éterický olej z levandule. U klienta došlo ke zklidnění a lepšímu usínání.

Podobné účinky aromaterapie zjistila ve své práci autorka Nikol Šarmanová (2019), která využívala éterický olej z levandule u geriatrických pacientů s demencí. Levandulový éterický olej se používá pro zklidnění, při nespavosti, bolestech hlavy nebo dýchacích obtížích. Je znám pro své výrazné hojivé účinky. Snižuje i krevní tlak (Levandule, 2023, online). U participanta 3 jsme využili éterický olej z borovice, který pomáhá dezinfikovat a čistit vzduch. Zmírňuje nachlazení, rýmu, svalovou a psychickou únavu (Levandule, 2023, online). U klienta se dýchání zlepšilo. U participanta 4 jsme použili jeho nejoblíbenější olejíček s vůní hroznového vína. Klient se usmíval. U všech zmíněných participantů mělo využití aromaterapie z elektrických difuzérů pozitivní efekt. Zajistila jim zlepšení dýchání, navození příjemných pocitů a klidnější usínání.

Po celou dobu pozorování jsme u participanta 4 aplikovali taktilně-haptickou stimulaci pomocí měkké žínky. U uživatele došlo ke snížení spasticity rukou a dlaní. Klient se zklidnil, přestal si vyvolávat zvracení a nepokoušel se vytrhnout PEG sondu. Podobný případ popisuje autorka Karolína Friedlová (2018) u klientky, která trpěla psychomotorickým neklidem. Autorka pro zklidnění pacientky použila panenku, kterou pacientka vnímala jako vyhovujícího společníka. Podařilo se u ní navodit pocit sounáležitosti a uspokojení.

Autorka Pavla Přidalová (2020) popisuje u své klientky využití taktilně-haptické stimulace jako prevenci vytržení PEG sondy. Klientce vložila do rukou malé válečky a snížila tak riziko vytržení sondy PEG. Taktilně-haptická stimulace pomáhá rozpoznávat předměty dotekem ruky a podporuje stimulaci motoriky ruky, vnímání a uvolňuje svalové napětí (Friedlová, 2018).

Všichni čtyři participanté byli polohováni a využívalo se mikropolohování pomocí polohovacích hadů, dek a polohovacích polštářů. U každého klienta se postupně zjistili jeho oblíbené polohy. Participant 1 upřednostňuje polohu na břicho nebo levém boku. Participant 2 má nejraději polohu na pravém boku. Nemá rád pod hlavou polštář, vždy se ho snaží vyhodit z postele. Participant 3 preferuje polohu na břicho nebo na zádech, protože rád pozoruje dění kolem sebe. Participant 4 dává přednost poloze na pravém boku. Oblíbené polohy klientů jsme respektovali a častěji zařazovali při polohování. Využili jsme také polohy „hnízdo“ nebo „mumie“. Participant 2 vnímá polohu hnízdo jako uklidňující podnět. Při polohování do hnízda se spokojeně usmíval a radostně pokřikoval. Po chvíli se uklidnil a usnul. Podobné výsledky měla poloha hnízdo i u participantů 3 a 4. Polohu mumie jsme poprvé vyzkoušeli u participanta 4. Poloha se osvědčila natolik, že se ji ošetřující personál rozhodl zařadit do pravidelného poskytování konceptu bazálně ošetrovatelské péče.

Klient se spokojeně usmíval, uklidnil se a za chvíli už dřímá. Pravidelné polohování klientů po celý den jim umožňuje dosáhnout tělesného komfortu, stabilizaci fyzického zdraví a uvědomění si hranic svého těla. Podobné výsledky popisuje ve své práci autorka Hana Weiserová (2014), kdy u klienta po pádu ze třetího patra panelového domu došlo k trvalému mentálnímu a tělesnému postižení vývoje. Autorka spolu s ošetřujícím personálem pacienta polohovali do jeho oblíbené polohy na boku nebo bříše. Využívali také polohování do „hnízda“ nebo „mumie“, při kterém si pacient měl lépe uvědomit hranice svého těla.

Do bazálně ošetrovatelské péče jsme zařadili i optickou a auditivní stimulaci. Zrakový a sluchový vjem pozitivně ovlivňuje prožitky zdravotně postižených osob. Slouží k navázání komunikace mezi uživatelem a ošetřujícím personálem. Zajišťuje pocit jistoty a bezpečí (Friedlová, 2018). Pokoje všech participantů jsou vybaveny jejich osobními věcmi, rádiem, obrázky zvířat nalepených na stěnách, projektorem, který promítá pohybující se světélka, obrázky a olejovou skvrnu na strop nebo stěny pokoje. K optické stimulaci jsme využili také obrázkové knížky domácích i exotických zvířat, přírody nebo zoologické zahrady. Ošetřující personál denně předčítá klientům různé knihy, mezi něž patří například Harry Potter. Uplatnili jsme zde i poslech oblíbené hudby z rádia, mluveného slova z CD, pohádky z audioknih nebo sledování televize. Smyslové stimulace umožňují lepší orientaci v prostředí (Friedlová, 2007). Auditivní a optická stimulace podporují rozvoj smyslových podnětů a zlepšení vnímání a orientaci prostředí okolo nás.

U vybraných participantů jsme řešili i poskytování péče o sebe sama, kam patří i hygienická péče, kterou u zdravotně postižených klientů provádí ošetřující personál. Klienti se raději koupou v koupací vaně než na lůžku. Participant 1 má rád teplejší vodu a vůni mátového šamponu i masážního gelu. Participant 2 preferuje vlažnější vodu a šampon i masážní gel s vůní růží nebo levandulí. Participant 3 dává přednost teplejší vodě a pomerančové vůni hygienických potřeb. U participanta 4 jsme zahrnuli i poskytování celkové zklidňující koupele s prvky bazální stimulace. Tento klient má rád vlažnější vodu a vůni hroznového šamponu i masážního gelu. Klientům jsou vyměňovány inkontinenční pleny podle potřeby. Hygienická péče je nezbytná pro čistotu, tělesné pohodlí a posouzení stavu kůže. K obdobným výsledkům ve své práci přišla Jana Přerovská (2017), která prováděla celkovou analýzu poskytované bazální stimulace u klientky se spastickou kvadruplegickou mozkovou obrnou. Její klientka se také neuměla sama umýt, ani rozhodnout o potřebě hygienické péče. Ráda se koupala a snažila se uchopit do ruky žínku, kterou si jezdila po bříše. Klientka měla ráda teplejší vodu. Po celý den jí byly vyměňovány pleny dle potřeby.

Na vycházky jezdí ve speciálním zdravotním kočárku podobně jako vybraní klienti Domova Horizont, u kterých byl zpracováván výzkum.

K vestibulární stimulaci jsme využívali zvedáku, který slouží pro přesun klienta do koupací vany nebo na speciální zdravotní kočárek. Participant 4 často využívá této stimulace, při které se tváří spokojeně, usmívá se a pobrukuje si. Snaží se „houpačku“ sám rozhoupat. Podobně reagoval i klient v kazuistice č. 13 u autorky Karolíny Friedlové (2018), který trpí centrálním hypotonickým syndromem, strukturální mentální aberací 13. chromozomu, hlubokou mentální retardací a mnohočetnými vývojovými anomáliemi. Prvními reakcemi byly nervozita, třepání se a zčervenání v obličeji. Klient si na stimulaci zvyknul a po pár měsících dokázal na houpačce klidně sedět a občas se i sám rozhoupat. Vibrační stimulace byla prováděna u participantů 3 a 4. Použili jsme buď stimulaci pomocí vlastních rukou, antistresového míčku na paličce nebo tibetskou mísu v Snoezelen místnosti. Participantovi 3 vyhovuje vibrační stimulace položením tibetské mísy na hrudník a následné rozvibrování paličkou. Klient má rád jemné vibrace z vodního lůžka. Reakcí byl spokojený výraz a úsměv v obličeji. Líbila se mu také stimulace pomocí vlastních rukou a antistresového míčku na paličce. U participanta 4 jsme vyzkoušeli použití tibetské mísy. Reakcí byl zamračený výraz a pokus o shoení předmětu z hrudníku. Kladnou odezvu jsme zaznamenali u stimulace vlastníma rukama nebo pomocí doteku antistresového míčku na paličce, při kterém jsme jemně rozvibrovali klouby horních i dolních končetin. K podobným výsledkům dospěla ve své práci autorka Lenka Šmerdová (2017), která prováděla bazální stimulaci u klienta s kvadruspastickou formou dětské mozkové obrny, mikrocefálií, epilepsií a ostatními přidruženými onemocněními. Klientovi se také líbila vibrační stimulace pomocí vodního lůžka a prostřednictvím hudebních nástrojů položených na jeho těle.

Koncept Bazální stimulace bychom chtěli více rozšířit do podvědomí rodinných příslušníků ostatních klientů, kteří by měli mít možnost zapojit se do poskytování bazálně ošetrovatelské péče. U všech čtyř klientů se rodina nezajímá o jejich zdravotní stav, ani je nenavštěvuje. Informační materiál byl vytvořen pro rodinné příslušníky osob se zdravotním postižením, kteří se o své příbuzné zajímají a chtějí o ně pečovat. Brožura obsahuje základní informace o vybraných prvcích a technikách konceptu Bazální stimulace.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na využití jednotlivých prvků a technik konceptu Bazální stimulace u klientů domova pro osoby se zdravotním postižením. Na základě výsledků výzkumu bakalářské práce jsme naplnili stanovený cíl. Využitím konceptu ošetřující personál docílil poskytnutí kvalitní a individualizované péče u klientů se zdravotním postižením. Teoretická část obsahuje informace o konceptu Bazální stimulace, domově pro osoby se zdravotním postižením a potřebách jejich klientů. Pro praktickou část jsme zvolili kvalitativní výzkum, který je zpracován designem kazuistik. Koncept Bazální stimulace jsme aplikovali u čtyř klientů se zdravotním postižením v Domově Horizont. Techniky a prvky bazální stimulace jsme prováděli na základě individuálního plánu, který má každý klient vytvořený na míru, a který respektuje jedinečnost klienta, jeho potřeby a přání. V bazálně ošetřovatelské péči jsme využívali iniciálního doteku, kterým dáváme zdravotně postiženému člověku najevo naši přítomnost. Z technik se nám osvědčila celková zklidňující koupel a po ní aplikace masážního gelu. Masáž horních a dolních končetin byla využívána při změně polohy, přesunu z lůžka na křeslo, polohování do hnízda a mumie a mikropolohování. Masáž stimulující dýchání pomohla klientům lépe dýchat a zmírnit zahlenění. Dalším přínosným prvkem u těchto klientů byla aplikace kontaktního dýchání, které jsme využívali pro zklidnění a zpomalení dechové frekvence. Klientům jsme nabídli taktilně-haptickou a olfaktorickou stimulaci, která byla zprostředkována pomocí elektrických difuzérů, kde byly využívány esenciální oleje s vůní levandule, pomeranče, hroznového vína, eukalyptu, borovice, růže nebo citronové trávy. Vibrační stimulaci jsme prováděli přiložením tibetské mísy na hrudník klienta a následným rozvibrováním paličkou, antistresovým míčkem na paličce, kdy jsme se jemně dotýkali klientových kloubů po těle nebo vlastníma rukama. Vestibulární stimulaci jsme aplikovali pomocí zvedáku pro přemísťování klientů na speciální zdravotní kočárek nebo do koupací vany. Jemné houpání ve vaku klienta zaujalo. Dalším důležitým prvkem bylo umístění klientů do Snoezelen místnosti, která slouží ke zklidnění, relaxaci, uvolnění svalového napětí a lepšímu usínání. Význam měly i smyslové stimulace, auditivní a optická. Koncept pozitivně ovlivňuje nejen psychiku, ale také fyzické obtíže, které klienty se zdravotním postižením doprovází. Aplikací konkrétních technik a prvků konceptu Bazální stimulace u klientů se zdravotním postižením jsme chtěli poukázat, že lze zlepšit kvalitu života a zachovat jejich stabilní fyzický stav.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŇASOVÁ, Z. a M. LUŇÁČKOVÁ, 2005. *Sociální inkluze mentálně postižených a duševně nemocných v ČR a EU*. Brno. Seminární práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Ing. Miroslava Rákozcyová.

BORÝSKOVÁ, H. et al., 2010. Vademecum bazální stimulace. *Fnbrno.cz* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/vademecum-bazalni-stimulace/f540>

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

Co je bazální stimulace, 2019. *Bazální-stimulace.cz* [online]. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

ČADILOVÁ, V., H. JŮN a K. THOROVÁ, 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, s. 105-106. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČADOVÁ, E., 2015. *Katalog podpůrných opatření* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-04-01]. ISBN 978-80-244-4687-5. Dostupné z: <http://inkluzie.upol.cz/ebooks/katalog-tp/html5/index.html?&locale=CSY&archive=http://inkluzie.upol.cz/ebooks/katalog-po.xml>

Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů-spolek. 2020. Bobath koncept NDT. [online]. Ostrava-Poruba. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.cadbt.cz/bobath-konceptndt/>.

ČESKO, 2022. Zákon o sociálních službách: Vyhláška č. 440/2022 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-440>

Domov Horizont Kyjov: Domov pro osoby se zdravotním postižením, b. r. *Domov Horizont* [online]. Kyjov: Domov Horizont [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://horizontkyjov.cz/>.

Domov pro osoby se zdravotním postižením, c2023. *Centrum Zbůch* [online]. Zbůch: Centrum Zbůch [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.centrumzbuch.cz/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>

DUPALOVÁ, D., 2012. Medicína pro praxi: Pro sestry. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2012(10), 406-409. ISSN 1803-5310.

DVOŘÁKOVÁ, H. Bazální stimulace: *Texty pro základní kurz bazální stimulace.4*

Ergoterapeut, c2017. *Národní soustava povolání* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/ergoterapeut-d066>

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4713-144.

FRIEDLOVÁ, K., 2010. Sociální služby: odborný časopis. *Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace*. XII(11), 28-29. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ISBN 9788090705319.

GERLICOVÁ, M., c2023. *O muzikoterapii*. Muzikoterapie Markéta Gerlichová [online]. Praha [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: https://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15

GOŠOVÁ, V., 2011. *Kombinované postižení*. Metodický portál RVP.CZ [online]. Praha: Národní pedagogický institut České republiky [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/K/Kombinovan%C3%A9_posti%C5%BEen%C3%AD

GREIFFENEGGOVÁ, L., 2015. Imobilizační syndrom. IS.MUMI [online]. [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2015/BPDV011c/um/59248031/5_IMOBILIZACNI_SYNDROM_prez.pdf

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8303-X.

Historie bazální stimulace, 2019. *Bazální-stimulace.cz* [online]. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/historie/>

Imobilizační syndrom, 2018. *ISZS* [online]. Brno: Institut sociálně zdravotních strategií [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.iszs.cz/socialni-zdravotni-problematika/intelektove-poruchy/imobilizacni-syndrom/>

IDZIKOWSKI, Ch., 2012. *Zdravý spánek: bez problémů usnete, vydržíte klidně spát, osvěžte tělo i ducha*. V Praze: Slovart. Jak na to (Slovart). ISBN 978-80-7391-545-2.

Jak mluvit s člověkem s mentálním postižením?, 2019. *S handicapem* [online]. Lépe s handicapem [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.shandicapem.cz/>

JEŽEK, M., b.r. Vrchní sestra. *Studuj Zdravku* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.studujzdravku.cz/vrchni-sestra/>

JIRÁKOVÁ, P., 2014. Informace o typech zdravotního postižení. *Alfabet* [online]. Praha: Alfabet.cz [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-udite/typy-zdravotniho-postizeni/informace-o-typech-zdravotniho-postizeni/>

KOČOVSKÁ, E., 2020. OBECNÁ, VÝVOJOVÁ, SOCIÁLNÍ a ZDRAVOTNICKÁ PSYCHOLOGIE. Vysoká škola zdravotnická [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vsz/zima2020/ZZOVP1112/um/Vyvojova_Psychologie_2020-09.pdf

Koncept bazální stimulace, c2023. *Senior centrum Skuteč* [online]. Skuteč: SeniorCentrum Skuteč [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.secskutec.cz/pobytove-sluzby/koncept-bazalni-stimulace/>

Kotoučový projektor, b. r. *3lobit* [online]. Brno: 3lobit [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/kotoucovy-projektor/>

KOZÁKOVÁ, Z., 2022. *Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6233-2.

KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2023-04-01]. ISBN 978-80-7454-764-5. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_cloveka_v_osearovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KUNHARTOVÁ, M., 2013. *Charakteristika kombinovaného postižení. Šance dětem* [online]. Obecně prospěšná společnost Sirius [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/charakteristika-kombinovaneho-postizeni>

LANDAUEROVÁ, S., 2010. *Podpora a rozvoj smyslu u osob s mentální retardací*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Levandule, c2023. *Saloos.cz* [online]. saloos.cz [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://www.saloos.cz/c/esencialni-oleje-salus/levandule-7>

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

MENŠÍKOVÁ, A., 2018. *Potřeby člověka a jejich hierarchie*. IS.MUMI [online]. Brno [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2018/BSPC011/Potreby_lidskeho_jedince_a_jejich_hierarchie.pdf?lang=cs

MĚRKOVÁ, V. a M. BUDÍKOVÁ, 2006. *Bazální stimulace*. Uherské Hradiště, středoškolská odborná práce. SZŠ Uherské Hradiště, obor: 14 pedagogika, psychologie, sociologie a problematika volného času.

MICHALÍK, J., 2017. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-859-3.

MILFAIT, R., 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevyлéčitelně nemocných a umírajících*. Druhé rozšířené vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9.

MITLÖHNER, M., 2004. Právní problematika sexuality mentálně postižených osob. In: *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, s. 40-45. ISBN 80-903-5190-5.

MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0131-3.

MŇÁČKOVÁ, V., 2021. *Využití konceptu Bazální stimulace u pacientů v lůžkové hospicové péči*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Silvie Svobodová.

MOHR, L., ZÜNDEL, M., FRÖLICH A. und kollektiv., 2019. *Basale Stimulation: Das Handbuch*. Bern: Hogrefe, ISBN 978-3-456-857-01-5.

O NRZP, c2023. NRZP ČR [online]. Praha: NRZP ČR [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/>

OPATŘILOVÁ, D. a D. ZÁMEČNÍKOVÁ, 2007. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-807-3151-379.

OPATŘILOVÁ, D., 2016. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-6221-4.

Osoby zdravotně znevýhodněné: Rozdíl mezi OZP a OZZ, b.r. ČSSZ [online]. Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/osoby-zdravotne-znevychodnene>

Osoba se zdravotním postižením, c2023. *Portál práce pro OZP* [online]. POZP [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.pozp.cz/slovník/osoba-se-zdravotnim-postizenim>

PETLANOVÁ, V., 2021. Sexualita lidí s těžkým postižením. *Alfabet* [online]. Praha: Alfabet.cz [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-udite/sexualita-lidi-s-tezkym-postizenim/>

PETROVÁ, J., 2017. Výživa jedinců se zdravotním postižením. IS.MUMI [online]. [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2017/BVVP0533c/VYZIVA_ZDRAVOTNE_POSTIZENYCH_OSOB-1__1__1__2_.pdf

PONECHALOVÁ, D., b. r. Co je snoezelen - teoretický úvod. *3lobit* [online]. Brno: 3lobit [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://3lobit.cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>

PŘEROVSKÁ, J., 2017. *Implementace bazální stimulace v domově pro osoby se zdravotním postižením*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

PŘIBÍKOVÁ, M., b. r. Potřeby člověka a ošetřovatelský proces 1: Potřeba být bez bolesti, spánku a odpočinku. *Technická univerzita v Liberci: Fakulta zdravotních studií* [online]. Liberec: Fakulta zdravotních studií [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://elearning.tul.cz/mod/resource/view.php?id=197952>

PŘIDALOVÁ, Pavla, 2020. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o uživatele v domově pro seniory*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Silvie Svobodová.

ROHRICH, M., c2023. Tělo a chlad aneb co se děje když. *Martinham.sk* [online]. Bratislava: Martin Thám [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: <https://www.martinham.sk/veda/telo-a-chlad-aneb-co-se-deje-kdyz/>

Rozdíl v profesi Pracovník v sociálních službách a Sociální pracovník, 2020. *Akademia* [online]. Ostrava: Akademia.cz [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://akademia.cz/magazin/rozdil-v-profesi-pracovnik-v-socialnich-sluzbach-a-socialni-pracovnik>

ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.

SILBEROVÁ, A., 2020. *Specifické potřeby osob se zdravotním postižením v rámci cestovního ruchu* [online]. Praha [cit. 2023-04-01]. ISBN 978-80-88418-26-9. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/ekon/419/page00.html>

SKÁLOVÁ, J., 2019. Aktivizační pracovník – náplň práce. *Skudlime.cz* [online]. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://www.skudlime.cz/aktivizacni-pracovnik.napl-n-prace/>

Snoezelen, c2023. *Dětská rehabilitace Hlučín* [online]. Hlučín: Dětská rehabilitace Hlučín [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.drh.cz/informace/snoezelen/16>

Sociální služby, 2020. *MPSV* [online]. Praha: © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu* 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-802-4732-237.

ŠARMANOVÁ, Nikol, 2019. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Silvie Svobodová.

ŠKRABALOVÁ, N., 2014. Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce. *MPSV* [online]. Tábor: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Skrabalova.pdf/6cc9ebed-7857-8956-f372-89a8f26f487d>

ŠMERDOVÁ, Lenka, 2006. *Využití bazální stimulace u osob s těžkým postižením a více vadami*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

ŠTEFÁNEK, J., c2011. PEG. *Stefajir.cz* [online]. MUDr. Jiří Štefánek [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/peg>

TOMOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení* [online]. 2. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-01]. ISBN 978-80-247-3043-1. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=KzdgDwAAQBAJ&printsec=frontcover&key=AIZaSyDIPfI89JdFhWBVsMVsavVo6aNh057xITc#v=onepage&q&f=false>

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-717-8802-3.

VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Brno: Paido. ISBN 80-731-5071-9.

Všeobecná sestra, c2017. *Národní soustava povolání* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>

Všeobecná sestra, 2018. *Osetrovatelstvi.info* [online]. [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/knowledge-base/vseobecna-sestra-2/>

WEISEROVÁ, H., 2014. *Využití konceptu Bazální stimulace ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

ŽÁČKOVÁ, L., 2018. Definice potřeb cílové skupiny „osoby se zdravotním postižením“. *Zlinskykraj.cz* [online]. Zlín [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/12385/definice-potreb-ozp.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

CD Compact Disc

ČR Česká republika

DM Diabetes mellitus

DMO Dětská mozková obrna

NRZP Národní rada osob se zdravotním postižením

PEG perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK permanentní močový katetr

Tzv. takzvané

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika participantů	28
Tabulka 2: Shrnutí kazuistiky č. 1.....	48
Tabulka 3: Shrnutí kazuistiky č. 2.....	48
Tabulka 4: Shrnutí kazuistiky č. 3.....	49
Tabulka 5: Shrnutí kazuistiky č. 4.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Fotodokumentace pomůcek využívaných při Bazální stimulaci

Příloha II: Fotodokumentace jednotlivých prvků a technik Bazální stimulace

Příloha III: Informační materiál

PŘÍLOHA I: FOTODOKUMENTACE POMŮCEK VYUŽÍVANÝCH PŘI BAZÁLNÍ STIMULACI



Fotodokumentace č. 1: Mátový masážní gel (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 2: Tibetská mísa s paličkou (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 3: Polohovací pomůcky (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 4: Knižní pomůcky (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 5: Difuzér s esenciálními oleji (autorka práce, 2023)

PŘÍLOHA II: FOTODOKUMENTACE JEDNOTLIVÝCH PRVKŮ A TECHNIK BAZÁLNÍ STIMULACE



Fotodokumentace č. 6: Masáž
stimulující dýchání (autorka práce,
2023)



Fotodokumentace č. 7: Masáž
stimulující dýchání (autorka práce,
2023)



Fotodokumentace č. 8: Poloha "hnízdá" na levém boku (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 9: Poloha "hnízdo"
(autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 10: Snoezelen
místnost (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 11: Vibrační
stimulace – antistresový míček na
paličce (autorka práce, 2023)



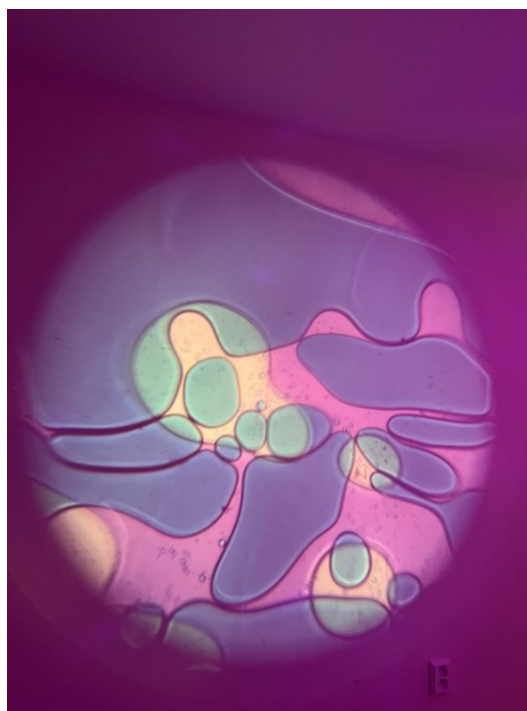
Fotodokumentace č. 12: Taktilně-
haptická stimulace pomocí žínky
(autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 13: Vestibulární stimulace pomocí zvedáku (autorka práce, 2023)




Fotodokumentace č. 14: Poloha "mumie" (autorka práce, 2023)



Fotodokumentace č. 15: Optická stimulace – olejová skvrna (autorka práce, 2023)

PŘÍLOHA III: INFORMAČNÍ MATERIÁL



Člověk člověku

Co je bazální stimulace?

Bazální stimulace se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb. Napomáhá rozvíjet a udržovat jak fyzickou stránku, tak i oblast emocionální, sociální a komunikační.

Ovlivňuje komunikaci, myšlení, sociální zkušenost, pocity, pohyb, vnímání i tělesný prožitek.

Pomocí užitych technik pomáhá propojit Klienta s okolním světem.

Využití konceptu Bazální stimulace



FRIEDLOVÁ, K. 2018. Bazální stimulace@ pro ošetrující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tabor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ISBN 9788090705319.

MOHR, L., ZÜNDEL, M., FRÖLICH A. und kollektiv., 2019. Basale Stimulation: Das Handbuch. Bern: Hogrefe, ISBN 978-3-456-857-01-5.

Obrázek 1-6 autor Barbora Lungová, 2023

Tato brožura vznikla jako součást bakalářské práce "Využití konceptu Bazální stimulace u uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením".

Autor: Barbora Lungová, student oboru Všeobecná sestra, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně 2023. UZV, FHS. Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová.



Bazální stimulace

Zapojte se i vy

Příloha k bakalářské práci

Koum pewáhov?

Hlavním cílem bazální stimulace je zkvalitnění života lidem, kteří trpí zdravotním postižením. Koncept Bazální stimulace přináší klientům relaxaci, uvolnění, zklidnění, úlevu od bolesti nebo zajištění tělesného komfortu a stabilizaci fyzického stavu.

Její techniky lze použít pro klienty různých věkových kategorií a provádí je vždy kvalifikovaný pracovník, který absolvoval certifikovaný kurz.



Ornhy

Sematická stimulace

Technika je založena na doteku, kdy klient navazuje kontakt se svým okolím.

Využívané techniky jsou polohování do hnízda a mumie, mikropolohování, uklidňující koupele a masáže.



Obrázek 1 (Lungová, 2023)

Masáž stimulační dýchání

Pomocí masáže stimulační dýchání docílíme zklidnění a snížení frekvence dýchání, usnadnění vykašlávání a zrnírnění zahlenění.



Obrázek 2 (Lungová, 2023)

Optická stimulace

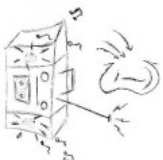
Stimulace slouží k orientaci a vnímání prostředí okolo nás. Využívanými pomůckami jsou obrázkové knížky, fotografie rodiny, pohybující se předměty, světla a obrázky.



Obrázek 3 (Lungová, 2023)

Auditivní stimulace

Cílem stimulace je podpora sluchového vnímání klienta. Využíváme oblíbenou hudbu, zvuky, audiokničky a rádio.



Obrázek 4 (Lungová, 2023)

Olfaktická stimulace

Metoda je založena na stimulaci čichových buněk pomocí různých vůní. Využíváme esenciální oleje, aromalampy, potraviny a vůně.



Obrázek 5 (Lungová, 2023)

Taktilně - haptická stimulace

Stimulace napomáhá schopnosti rozpoznat okolní předměty dotekem ruky. Využíváme plyšové hračky, předměty z každodenního života a hygienické potřeby.



Obrázek 6 (Lungová, 2023)