

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**Bazální stimulace a kinestetika a jejich integrace do péče o seniory  
se specifickými problémy**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce  
Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

Autor práce  
Lenka Polichronovová

2009

## **ABSTRAKT**

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na integraci stimulační péče pomocí konceptu Bazální stimulace a konceptu Kinestetické mobilizace do denních aktivit seniorů s těžkými pohybovými, kognitivními nebo percepčními změnami. Záměrem práce je přiblížit nabídku percepčních podnětů v péči o seniory se specifickými problémy v praxi, ale také zmapovat zda stimulační péče je efektivní k aktivizaci seniorů v základní ošetrovatelské péči.

V teoretické části popisuji stáří s involučními projevy, zaměřuji se okrajově na neurorehabilitaci, ošetrovatelství, abych poukázala na prolínání konceptů do péče, která je zaměřena ošetrovatelsky s terapeutickým cílem. Následně se zabývám oběma koncepty, jednotlivými stimulacemi a kinestetickými principy mobilizace.

V praktické části byl použit kvalitativní výzkum. Sběr dat byl prováděn sekundární analýzou dokumentů a metodou pozorování. Pozorování probíhalo jako zúčastněné i nezúčastněné. K popisu integrace konceptů do péče byla použita pomocná metoda kasuistik. Hlavním kritériem byla při výběru rozmanitost vzorku. V souboru byli 4 muži a 2 ženy, ve věkovém rozmezí 53–95 let.

Cílem práce č. 1 bylo vytvořit ucelený obraz o možnostech integrace a využití prvků z konceptu bazální stimulace a kinestetické mobilizace do péče o seniory se specifickými problémy. Cílem č. 2 bylo podpořit teorii, že propojení konceptu bazální stimulace a kinestetiky vede rozvíjení vnímání a zlepšení dovedností a schopností. Cíl č. 3 předpokládá, že koncepty bazální stimulace a kinestetiky přispívají k podpoře celkového vnímání a zlepšení kvality života seniorům s tělesným, sensorickým, mentálním postižením. Cílem č. 4 bylo zjistit, zda koncepty jsou vhodnou komunikačně vzdělávací formou v základní ošetrovatelské péči k dosažení vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Dle mého názoru všechny cíle byly splněny.

Zpracováním teoretické části vyplynula důležitost rehabilitačně-psychosociální edukační péče i ve vysokém věku. Vyhodnocením praktické části jsem dospěla k osobnímu názoru, že stimulační péče i ve vývojovém stádiu stáří má pozitivní dopad.

## Summary

In my bachelor's thesis I focus on an integration of a stimulatory care into daily activities of seniors with heavy motoric, cognitive or perceptual changes by the means of the concept Basal stimulation and by the means of the concept Kinaesthetic mobilisation.

In a theoretical part I describe an old age with manifestations of involution, I marginally mention a neurorehabilitation, nursing in order to point out a penetration of rehabilitation into the care which is directed to therapeutic aim in a nursing way. Subsequently I deal with both concepts, with individual stimulations and with kinaesthetic principles of mobilization.

In a practical part there was a qualitative research applied. A data sampling was implemented by the way of a secondary analysis of documents and by a method of observation. An observation was implemented both as involved and neutral one. There was an instrumental method of casuistics applied to describe an integration of concepts into the care. The diversity of sample was the main criterion at choice. There were 4 males and 2 females in the age range 53–95 years old in a set.

The objective of work no. 1 was to create an integrated image of the possibilities of integration and of utilization of elements from a concept of basal stimulation and kinaesthetic mobilisation in the care of seniors with specific problems. The objective no. 2 was to support a theory that an interconnection of a concept of basal stimulation and kinaesthetics leads to the development of perceptiveness and to improvement of skills and capabilities. The objective no. 3 presupposes that concepts of basal stimulation and kinaesthetics contribute to a support of overall perception and to improvement of the quality of life of seniors with a somatic, sensoric and mental affection. The objective no. 4 was to find out whether the concepts are a suitable communicational and educational form in a fundamental nursing care in order to achieve a higher level of self-service and mobility. All the objectives were achieved in my opinion.

An importance of rehabilitation and psychosocial educational care even in old age ensued from an elaboration of a theoretical part. By the way of evaluation of a practical part I came to my personal opinion that a stimulation care has a positive effect even in a developmental stage of an old age.

The thesis could become a source of information at introduction of concepts into practice; it could be conducive for family members when taking care of their close relatives or eventually as a basis for the purposes of study of these problems.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Bazální stimulace a kinestetika a jejich integrace do péče o seniory se specifickými problémy vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis studenta

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové Ph.D., která mi pomohla svými odbornými a zkušenými radami při vedení mé bakalářské práce.

Děkuji také své rodině a kolegyním za podporu a trpělivost při studiu.

## OBSAH

ÚVOD.....	9
1. SOUČASNÝ STAV .....	10
1.1 Stáří.....	10
1.1.1 Změny ve stáří.....	12
1.1.2 Adaptace v preseniu a seniu.....	16
1.1.3 Geriatrické syndromy .....	18
1.2 Impairment, disabilita, restringovaná participace u seniora .....	22
1.2.1 Rehabilitace.....	23
1.2.2 Neurorehabilitace .....	24
1.2.2.1 Vliv poznatků medicíny na rozvoj neurorehabilitace .....	25
1.2.2.2 Principy neurologické rehabilitace .....	25
1.3 Ošetřovatelství.....	26
1.4 Bazální stimulace .....	27
1.4.1 Historie konceptu.....	28
1.4.2 Současná situace v Evropě a v České republice.....	29
1.4.3 Neurofyziologická podstata konceptu bazální stimulace.....	31
1.4.4 Prvky bazální stimulace .....	34
1.4.4.1 Somatická stimulace .....	34
1.4.4.2 Vestibulární stimulace .....	38
1.4.4.3 Vibrační stimulace .....	39
1.4.4.4 Optická stimulace .....	39
1.4.4.5 Auditivní stimulace.....	40
1.4.4.6 Orální stimulace.....	40
1.4.4.7 Olfaktorická stimulace .....	41
1.4.4.8 Taktilně haptická stimulace.....	42
1.4.5 Biografická anamnéza.....	42
1.5. Kinestetika .....	43
1.5.1 Historie konceptu.....	44
1.5.2 Současná situace v České republice .....	44
1.5.3 Kinestetická mobilizace .....	45
1.5.3.1 Kinestetické principy .....	46
1.5.3.2 Fáze kinestetické mobilizace.....	49
2. CÍLE PRÁCE.....	50
2.1 Cíle práce .....	50
3. METODIKA VÝZKUMU .....	51
3.1 Kvalitativní výzkum .....	51
3.2 Použité techniky .....	52
3.3 Kritéria výběru .....	52
3.4 Charakteristika zkoumaného prostředí a zkoumaného souboru.....	53
3.5 Charakteristika výzkumu, postup.....	53
4. VÝSLEDKY .....	54
4.1 Kasuistika č. 1 klient A53 .....	54

4.1.1 Schéma č. 1 záznamového archu klienta A53 .....	57
4.1.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta A53 .....	58
4.1.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta A53 .....	60
4.1.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta A53 .....	61
4.1.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta A53 .....	62
4.1.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta A53 .....	63
4.1.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta A53 .....	64
4.1.8 Výsledky bodového skóre u participanta A53 .....	65
4.1.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po dobu 9měsíců .....	66
4.2 Kasuistika č. 2 klient B67 .....	66
4.2.1 Schéma č. 1 klienta B67 .....	69
4.2.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta B67 .....	70
4.2.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta B67 .....	71
4.2.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta B67 .....	72
4.2.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta B67 .....	74
4.2.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta B67 .....	75
4.2.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta B67 .....	76
4.2.8 Výsledky bodového skóre u participanta B67 .....	77
4.2.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po dobu 6 měsíců .....	77
4.3 Kasuistika č. 3 klient C83 .....	78
4.3.1 Schéma č. 1 záznamového archu klienta C83 .....	81
4.3.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta C83 .....	82
4.3.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta C83 .....	83
4.3.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta C83 .....	84
4.3.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta C83 .....	85
4.3.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta C83 .....	86
4.3.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta C83 .....	87
4.3.8 Výsledky bodového skóre u participanta C83 .....	88
4.3.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po dobu 2 měsíce .....	88
4.4 Kasuistika č. 4 klient D89 .....	90
4.4.1 Schéma č. 1 záznamového archu klientky D89 .....	91
4.4.2 Výsledky bodového skóre u participanta D89 .....	92
4.4.3 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po 1 měsíci .....	92
4.5 Kasuistika č. 5 klient E94 .....	93
4.5.1 Schéma č. 1 klienta E94 .....	97
4.5.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta E94 .....	98
4.5.3 Schéma č. 3 záznamového archu klientky E94 .....	99
4.5.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta E94 .....	100
4.5.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta E94 .....	102
4.5.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta E94 .....	103
4.5.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta E94 .....	104
4.5.8 Výsledky bodového skóre u participanta E94 .....	105
4.5.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po 5měsících .....	106
4.6 Kasuistika č. 6 klient F95 .....	106
4.6.1 Schéma č. 1 klienta F95 .....	110



4.6.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta F95 .....	111
4.6.3 Schéma č. 3 záznamového archu klientky F95 .....	112
4.6.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta F95 .....	113
4.6.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta F95 .....	114
4.6.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta F95 .....	115
4.6.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta F95 .....	116
4.5.8 Výsledky bodového skóre u participanta F95 .....	117
4.6.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po 3 měsících .....	117
4.7 Orientační denní režim klienta s bazální stimulací a kinestetickou mobilizací .....	118
5. DISKUZE .....	123
6. ZÁVĚR .....	130
7. KLÍČOVÁ SLOVA .....	132
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: .....	133
9. SEZNAM ZKRATEK .....	139
10. PŘÍLOHY .....	140

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si nevybrala náhodou. Po absolvování kurzů Stimulace vnímání a Úvod do kinestetiky v roce 2003 jsem měla a mám možnost spolu s kolegyněmi aplikovat koncepty do praxe. Pracuji na oddělení ošetrovatelské a sociální péče v Ostravě-Radvanicích, které je superevidovaným pracovištěm Institutu Bazální stimulace.

Domnívám se, že zavedením konceptů do praxe se změnila nejen péče, která je téměř ušitá na míru člověku s neopakovatelným životním příběhem, ale změnila se také atmosféra a chod pracoviště. Koncept bazální stimulace aktivizuje i nás, dává nám možnost prožít s klientem současnou situaci a přirozenou cestou nás ovlivňuje, abychom vnímali klienta s jeho potřebami, ale i s jeho biografií. Myšlenka bazální stimulace je velmi revoluční a podle mého velmi aktuální především včasností ošetrovatelské rehabilitace, zahrnuté do všech denních aktivit, od provádění hygieny, oblékání, stravování, polohování a vertikalizace. U klientů s těžkým pohybovým, sensorickým nebo mentálním deficitem je dle mého názoru nutná kontinuální podnětná péče, vedená v určité struktuře nejen k zlepšení orientace dne a činností, ale jako edukační proces k podpoře znovuoživení v nejvyšší možné míře funkční schopnosti. O to více je stimulační péče zapotřebí u seniorů, kde navíc k důsledkům onemocnění se připojují involuční změny.

Rovněž kinestetika jako pohybový koncept má své opodstatnění v péči o seniory s pohybovým deficitem. Přestože je kinestetika účastníky kurzů prezentována nejčastěji jako zdraví ochraňující koncept před přetížením zad pro pomáhající profese, což jak sama mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, je nepopíratelné, až někdy k politování, že jsem se neseznámila s konceptem dříve. Chtěla bych však obrátit pohled na koncept kinestetické mobilizace i směrem ke klientovi a k jeho vnímání pohybu.

Osobně vnímám bazální stimulaci a kinestetiku jako doprovod při oživování vyšlapaných cest životem.

*„Léta zvrásní tvář, ale nedostatek nadšení zvrásní duši. Starosti, pochybnosti, nedůvěra v sebe, strach a zoufalství-to jsou ta dlouhá léta, která ohnou záda a obrátí rostoucího ducha zpátky v prach. Jste tak mladými, jako je vaše víra, a tak starými, jako jsou vaše pochybnosti, tak mladými, jako je vaše sebedůvěra, a tak starými, jako jsou vaše strachy, tak mladými, jako jsou vaše naděje, a tak starými, jako je vaše zoufalství.“*

*Zarathuštra*

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Stáří

*„Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběhu říkáme život.“*

*Topinková Eva*

Stárnutí, jak uvádí Langmeier, je obdobím změn ve struktuře organismu a funkcích organismu, charakterizováno poklesem schopností a výkonnosti stárnoucího člověka, který nejvíce vyvrcholí v terminálním stádiu a ve smrti.<sup>1</sup>

Kalvach popisuje stáří jako „*označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychologickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich heterochronie (nástup v různém věku), vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.*“<sup>2</sup>

Kalendářní (chronologické) stáří sice nerozlišuje interindividuální rozdíly, jak popisuje Kalvach, ale přihlíží na demografický vývoj, ve kterém se promítá zlepšování

---

<sup>1</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*, 2006, s. 202

<sup>2</sup> KALVACH, Z., *Geriatric a gerontologie*, 2004, s. 407

zdravotního a funkčního stavu stárnoucí populace s postupným oddalováním hranice stáří.

Biologické stáří pojmenovává involuční procesy, které probíhají na fyziologické úrovni.<sup>3</sup> Vymezuje konkrétní množství involučních změn zkoumaného jednotlivce. Kalvach poukazuje na nejednotnost odborníků v chápání biologického stáří. Nejčastěji zkoumanými ukazateli je funkční stav, výkonnost, porovnání involuce s kondicí a patologií s ohledem na parciální a celkový rozbor údajů.<sup>4</sup>

Sociální stáří je především charakterizováno změnou sociálních rolí, potřeb, způsobu života a ekonomického statutu. Nástup sociálního stáří můžeme označit období vzniku nároku na starobní důchod nebo samotný odchod do penze. V literatuře se můžeme setkat s pojmy první věk (předproduktivní, období dětství a mládí), druhý věk (produktivní, období dospělosti), třetí věk (postproduktivní, stáří) a posléze čtvrtý věk (období závislosti). Kalvach upozorňuje na nebezpečí užívání pojmu produktivní a postproduktivní, který má za následek odsouvání seniorů mimo aktivní účast na občanském a společenském dění, podsouvá tak myšlenku neužitečnosti seniorů.<sup>5</sup>

Toto je v rozporu s programem WHO Zdraví 21, konkrétně s cílem č. 5 a to: *umožnit lidem nad 65 let plně využít svůj zdravotní potencial a aktivně se podílet na životě společnosti.*<sup>6</sup> Postmoderní doba není příliš nakloněna na mezigenerační solidaritu a vzájemné pochopení. Ústav sociálního lékařství v Plzni dokazuje svým průzkumem v roce 2001, 74 % respondentů ve věku 35 let se domnívalo, že seniorský věk není pro společnost přínosný a jen 15% odpovědělo s uznáním stáří, kde uvedli především zásluhy, zkušenosti a vysokou morálku.<sup>7</sup> Ke konceptu úspěšného stárnutí a zdravého stáří se připojuje *„koncept celoživotního osobnostního rozvoje, celoživotního vzdělávání, celoživotní seberealizace a společenské participace občanské s proměnlivými formami výdělečné činnosti a s podporou inkluzivně orientovaných sociálních služeb.“*<sup>8</sup> Kalvach vyslovuje názor, že soudobá společnost si uvědomuje

---

<sup>3</sup> KLEVETOVÁ, D., DLABÁČOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*, 2008, s. 19

<sup>4</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2

<sup>5</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2

<sup>6</sup> VELEMÍNSKÝ, M., et al., *Klinická propedeutika*, 2005, s. 13

<sup>7</sup> KLEVETOVÁ, D., DLABÁČOVÁ, I., 2008, cit. 3, s. 12

<sup>8</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, str. 47

rizika segregace seniorů, odmítá pojetí závislosti jako zákonitosti stáří. Segregaci vnímá jako patologický stav neúspěšného stárnutí, problematické adaptace na období stáří a v neposlední řadě jako sociální dopad zdravotního postižení. Pasivita ve stáří se bude v budoucnu promítat jako sociální patologie.<sup>9</sup>

Už Seneca si všiml, že rádi stárneme, když je nám osmnáct...Život ubíhá každému z nás v jiném scénáři, je ovlivněn hodnotovým žebříčkem doby i délkou existence. Každé období člověka je provázeno změnami, které se odehrávají v oblasti tělesné, psychické i sociální, ve stáří změny jsou však natolik zásadní, že se vzájemně ovlivňují<sup>10</sup> a je nutný komplexní pohled při řešení problému.

### **1.1.1 Změny ve stáří**

#### **Tělesné projevy stáří**

Kalvach uvádí, že tělesné projevy stáří a změny se dají zobecnit svými rysy, nastupují však u každého jedince v jiném časovém období, s rozdílnou intenzitou a rozsahem.

Tělesná výška se ve stáří snižuje, především jsou patrné změny v oblasti trupu, kde dochází k snižování meziobratlových disků. Tělesná váha stoupá do 7. – 8. decennia, poté dochází k poklesu hmotnosti. Důležité je podotknout, že především ubývá aktivní tělesné hmoty, která je nahrazena tukem a vazivem. Při pohledu na obličej jsou zaznamenány změny ve výrazu obličeje, obličej je vrásčitý, kůže stárne, ztrácí elasticitu. Častý je pokles očních víček, pokles tváří, změny ve tvaru uší a nosu. Celková změna nastává po ztrátě zubů, kdy se změní celkový výraz ve tváři. Mezi nápadné rysy patří změna postoje a chůze. Velmi častá je hyperkyfóza, kyfoskolióza až gybus nebo semiflekční nahrbený postoj u extrapyramidového syndromu, s typickou cupitavou chůzí. Obecně lze vyjádřit, že chůze ve stáří je pomalejší.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2

<sup>10</sup> VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 2007, s. 11

<sup>11</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2

## **Kognitivní změny ve stáří**

### **Změny smyslového vnímání**

Langmeier uvádí, že až u 90% osob po 60. roce věku lze zaznamenat úbytek zrakové percepce a asi 30% udává zhoršení sluchu. Poruchy senzoričké percepce významně ovlivňují komunikační schopnosti stárnoucího, narušují jeho pracovní a sebeobslužné činnosti, trávení volného času a možnosti seberealizace, je ohrožen ve své bezpečnosti.<sup>12</sup> Senioři jsou jednou z nejohroženějších věkových skupin, co se týče úrazů, proto prevence je naléhavým a prioritním tématem. Úrazy jsou závažným zdravotně sociálním problémem, ovlivňují společně s jinými faktory zdravotní stav a nabalují na sebe další psychosociální problémy.<sup>13</sup>

Kalvach uvádí, že odlišit involuční změny zraku, podmíněným věkem od stavu, které jsou způsobené onemocněním, je velmi obtížné. Přiklání se k názoru, že podíl obou faktorů se odráží na klinickém obrazu.<sup>14</sup> Osoba se zrakovým postižením má omezenou schopnost interakce s prostředím, je narušena motorika, v popředí je koordinace ucho-ruka.

Poruchy sluchu u seniorů jsou na 4. místě nejčastěji vyskytovaných chronických onemocnění v seniu. Také se řadí mezi nejčastější senzoričké poruchy. Vyskytuje se u 30% osob nad 65 let, u 35% osob nad 75 let, častěji u mužů. Následkem poruchy senior ztrácí kontakt s okolím pro omezenou komunikaci, dostává se do sociální izolace, bývá osamělý. Topinková upozorňuje na možnost záměny sluchové poruchy s demencí.<sup>15</sup>

Osobám se změnami senzoričké percepce hrozí daleko vyšší procento úrazů. Je nutností kompenzovat zrakovou a sluchovou percepci brýlemi, sluchadly, eventuelně jinými pomůckami a čelit tak důsledkům sníženého vnímání.<sup>16</sup> Oslabené funkce receptorů, které registrují tepelné změny (termorecepce), tlakové či vibrační změny (mechanorecepce) a bolest (nociocepce) mají za následek, že ve stáří je snížena citlivost na tlak, bolest, teplotní změny, zvyšuje se vnímání chladu. Volná nervová zakončení a

---

<sup>12</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍROVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 204

<sup>13</sup> ZIMMELOVÁ, P., *Středisko prevence úrazů v JK – prevence úrazů*, 2008, s. 161

<sup>14</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 783

<sup>15</sup> TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, 2005, 59s.

<sup>16</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍROVÁ, D., 2006, cit. 1, str. 204

Krauseova tělíska jako chladové receptory mizí v kůži genitálií a tkání, Merkelova hmatová tělíska postižena nejsou.<sup>17</sup>

Kalvach uvádí studii H. Ronga o výrazně snížené koncentraci Meisnerových hmatových tělísek na konečcích prstů u seniorů, ve srovnání s dětmi a dospělými ve věku 45–59let.<sup>18</sup> Mourek popisuje umístění mechanoreceptorů, mezi které Meisnerovy hmatová tělíska patří. Mechanoreceptory vnímají dotyk, tlak, vibrace nebo lechtání. Nej hustěji jsou rozmístěny za fyziologických okolností na dlani, na bříškách prstů, na rtech, na víčkách, velmi nízká koncentrace je na zádech a hýždích tělísek.<sup>19</sup> Friedlová se opírá o tvrzení Buchholze (Schürenberg, 2005), jehož závěry o změnách hmatového vnímání ve stáří jsou zohledněny v ošetrovatelské nabídce stimulační péče v konceptu Bazální stimulace. Friedlová popisuje důležitost taktilně-haptické stimulace známými materiály a předměty vkládáním do rukou k stimulaci paměťové stopy s cílem dráždit projekční korovou oblast pro sensoriku a motoriku ruky. Nedostatek taktilně haptických stimulů v ošetrovatelské péči vede ke zvýšenému psychomotorickému neklidu. Časté jsou pak situace, které jsou pro seniory se sníženým vnímáním nepřístojné a pro pečující zatěžující. Vyznačují se svlékáním oděvů, vytrháváním permanentních katétrů, infúzí, nasogastrických sond, odstraňováním převazů, trháním inkontinentních pomůcek aj.<sup>20</sup> Také Lippertová-Grünerová popisuje vzniklý psychomotorický neklid s neustálými nekoordinovanými pohyby při omezeném vnímání jako snahu klienta získat informace ze svého okolí, zjistit změny na sobě, zmapovat hranice svého těla. Doporučuje, aby klientovi byl umožněn přísun taktilně-kinestetických informací.<sup>21</sup>

Ve stáří se mění citlivost čichu, dochází k úbytku čichových schopností, senioři hůře identifikují čichové vjemy, je to dáno zmenšeným počtem olfaktorických vláken o 30% u seniorů nad 75 let.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 2007, str. 128

<sup>18</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 101

<sup>19</sup> MOUREK, J., *Fyziologie*, 2005, str. 168

<sup>20</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 128–129

<sup>21</sup> LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., *Neurorehabilitace*, 2005, s. 98,99

<sup>22</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17 s. 238

Kalvach uvádí prevalenci čichových poruch u 24,5% osob středního věku, ale ve věku nad 80 let počet lidí s atrofií čichových vláken už počet činil 62,5%, převážně muži, především kuřáci měli snížené vnímání chuti a čichu.<sup>23</sup>

Buchholz upozorňuje na snížení počtu čichových buněk o 30% zejména u M. Parkinson a M. Huntington.<sup>24</sup>

### **Zhoršení paměti**

Paměťové schopnosti slábnou pro nové události, jak uvádí Langmeier, oproti prožitkům z minulosti, s největší paměťová stopa je zachována z období dětství. Emoční podbarvení vzpomínky záleží na uchovaném prožitku, nepřesná vzpomínka může vyvolat i emoce, která prožita nebyla. V obecném měřítku jsou vzpomínky kladným podnětem k ubezpečení člověka, že něčím byl, něco dokázal a získal tím určitou významnost.

Vizuomotorická flexibilita (pohybové dovednosti) jsou takřka stabilní po celý život společně se sociální inteligencí, s morálním usuzováním. Pokud ovšem jednotlivé výsledky budou dány pod jednotného ukazatele, dospěje se k závěru o celkovém úpadku sil a schopností.<sup>25</sup>

### **Tvořivost**

Vrcholem tvůrčí činnosti je období mezi 25–40. rokem, následně se výkonnost snižuje, alespoň tyto výsledky uvádí statistické průzkumy. Avšak je zapotřebí zdůraznit, že potřeba být tvořivým je zachována až do pozdního stáří. Tvořivost je katalyzátorem motivace, vytrvalosti a entusiasmu.

Degenerativní procesy nejsou podmínkou ke ztrátě schopnosti nabývat nové zkušenosti, zvládnout učít se novým vědomostem, objevovat a žasnout.

### **Emoční změny**

#### **Afektivní prožívání**

---

<sup>23</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 101

<sup>24</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 238

<sup>25</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍROVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 204



Citové prožívání je stabilnější, se sníženou intenzitou emocí, chybí nadšení pro novinky, snižuje se neuroticismus. Osobnost je vyrovnaná, trpělivá, klidná, hrozí však nebezpečí ztráty zájmu až apatie. Potřeba stárnoucího jedince bývá seberealizace, být užitečný pro druhé, postupně senior opouští ambice a klade důraz na kladné přijetí od blízkých osob, svou sebestředností se oddaluje od problémů okolí. Senior může prožívat stavy dezolace, subjektivní prožívání osamocení, opuštěnosti, tzv. emoční deprivaci. Reálná izolace nastává převážně v období chronického onemocnění, imobility nebo přestěhování do domova pro seniory nebo k dětem, kdy ztratí důvěrně známé prostředí, přátelé, loučí se s osobními věcmi. Dlouhodobou podporu od okolí je zapotřebí seniorovi poskytnout při ovdovění.<sup>26</sup>

### **1.1.2 Adaptace v preseniu a seniui**

#### **Vyrovňávání se stářím**

Langmeier popisuje 5 typů seniorů, u kterých charakterizuje adaptační schopnosti podle studie S. Reichardové z roku 1962, která dospěla k níže uvedenému členění typologie stárnutí. Obecně je nutno podotknout, že každý způsob vyrovňávání se stářím je jedinečný, měl by být akceptován, tak jako je tomu u vyrovňávání se s nemocí, závažných životních událostí nebo psychosociálních krizí v každém vývojovém období.

1. konstruktivní strategie – jedinec se vyrovnává s nastupujícím stářím bez smutku a strachu z budoucnosti. Švancara hovoří o copingu s nastupujícími změnami, přijetí nových rolí, rozvíjet svou osobnost.<sup>27,28</sup>
2. strategie závislosti-jedinci mají tendenci k pasivitě, nemají vyšší cíle, spoléhají na své okolí jak v přebírání odpovědnosti, tak i v řešení budoucnosti. Langmeier uvádí, že strategie je sice méně příznivá, ale sociálně akceptovatelná.

---

<sup>26</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 207

<sup>27</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 208

<sup>28</sup> Srov. KALVACH, 2004, cit. 2, s. 105

3. strategie obranná-v chování převažuje zvýšená aktivita, kterou se jedinec obklopuje, aby vytlačil z vědomí vlastní obtíže a eventuelní myšlenky na smrt.
4. strategie hostility-dominuje nepřátelství, vyvolávání konfliktů, jedinec svaluje vinu na druhé, obviňuje okolí za své neúspěchy.
5. strategie sebenenávisti-stárnoucí jedinec obrací svou nevyrovnanost, neúspěchy a nespokojenost proti sobě ve formě sebeagrese, sebenenávisti.<sup>29</sup>

### **Psychologické aspekty adaptace ve stáří**

Švancara vyzdvihuje ve vyrovnávání se změnami (tzv.coping) především schopnost adaptace. Otázkou zůstává jakým způsobem se nejlépe přizpůsobovat změnám.<sup>30</sup>

Procházková upozorňuje na fakt, že „*současný senior je tělesně starší, nežli jeho psychika unese.*“<sup>31</sup> Sociální psychologie se v současné době zaměřuje v některých svých sociálně – terapeutických konceptech na adaptabilitu seniora, snaží se najít cestu k podpoře především jeho emočního života, respektovat jeho životní návyky, způsoby chování, akceptovat a podporovat jeho city a pocity, které jsou neměnné svou intenzitou prožívání po celou dobu života. Především se tímto zabývá ekologická gerontologie, která usiluje o životní vyrovnanost a psychickou emoční vyváženost pomocí podpory prostředí a podpory specifických individuálních kompetencí seniora. Klíčový je senior se svým emočním prožíváním a jeho vztah k okolí. To jak bude reagovat v nových situacích, bude projevem jeho naučených způsobů chování, které před tím byly efektivní nebo přinášely uznání. Ne vždy přenesené do jiného prostředí budou osvědčeně fungovat, senior se spíše setká s nepochopením a jeho chování bude bráno jako obtěžující.<sup>32</sup> Schopnost adaptace, jak uvádí Procházková, v seniu klesá a je zaměněna neodpovídajícími způsoby chování, kterému okolí nerozumí, není schopno najít vysvětlení, z jakého důvodu se senior tímto způsobem chová a většinou jej označí za problémového.<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 208

<sup>30</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 106

<sup>31</sup> PROCHÁZKOVÁ, E., *Nové trendy v poskytování dlouhodobé péče*, 2008, s. 12–13

<sup>32</sup> VENGLÁŘOVÁ, M., 2007, cit. 10, s. 15

<sup>33</sup> PROCHÁZKOVÁ, E., 2008, cit. 31, s. 13

Profesor Žáček vystihuje zdraví v seni u jako „*tělesnou a psychickou integritu, nenarušenost životních funkcí ani společenských rolí a adaptability. Souhrnem je pohoda organismu.*“<sup>34</sup>

### 1.1.3 Geriatrické syndromy

**Inkontinence** – je samovolný únik moče, který je patrný, jedinci působí problémy hygienické i vede ke společenské izolaci a v neposlední řadě je zátěží i finanční při nákupu absorpčních pomůcek v době, kdy inkontinenci tají.

Topinková uvádí 15 – 30% starších lidí 60 let, kteří jsou postiženi samovolným únikem moče, ve skupině 80letých a starších tímto geriatrickým syndromem trpělo už 50,4 % osob. K inkontinenci napomáhají involuční změny dolních močových cest, které přestávají být odolné vůči nepříznivým vlivům.<sup>35</sup> Je důležité přihlédnout při diagnostice inkontinence k charakteru inkontinence, k ordinované medikaci, k akutnímu zdravotnímu stavu.

**Imobilita** – imobilizační syndrom, charakterizuje stav nepohyblivosti a dlouhodobého upoutání na lůžku, je důsledkem snížené pohybové aktivity, projevující se poruchami regulačních a adaptačních mechanismů. Mezi nejčastější důsledky imobility patří porucha ortostatické regulace s rozvojem ortostatické hypotenze, městnání v krevním oběhu se vznikem flebotrombózy až embolie. Následkem zhoršeného prokrvení kůže dochází ke zvýšenému riziku vzniku dekubitů, ohrožení života dekubitální sepsí, ztrátou dráždění receptorů v kůži k stimulační deprivaci.<sup>36</sup> Friedlová uvádí, že „*imobilita a nečinnost má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu.*“<sup>37</sup>

Neméně vážná je hypoventilace s rizikem vzniku pneumonie, která se často projevuje alterujícím psychickým stavem. U pohybového aparátu jsou nejvíce patrné známky

<sup>34</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, 115 s.

<sup>35</sup> TOPINKOVÁ, E., 2005, cit. 15, 56 s.

<sup>36</sup> KALVACH, Z., et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 2008, s. 194

<sup>37</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 68

svalové atrofie. Pokud není zatěžován kosterní aparát, rychle dochází ke ztrátě kalcia močí a k rozvoji sekundární osteoporózy. Lidé dlouhodobě upoutáni na lůžku zaujímají stále dokola se opakující polohy, které vytváří podmínky k poruše propriocepce a koordinace, strnulost, nehybnost a flektované končetiny vedou ke zkracování vazivových vláken, mění se měkké tkáně v oblasti pokrčených, flektovaných kloubů. Nebezpečí vzniku kontraktur se zvyšuje, jsou-li přítomny psychické problémy, především deprese a M. Parkinson.

Kalvach upozorňuje u imobilních na výskyt psychických poruch především deprese a deprivace při ztrátě kontaktu s okolním světem. Je zapotřebí zvýšit pozornost na tuto skutečnost a zahrnout do péče vytváření stimulačního prostředí, podporovat komunikaci, stimulaci a zajistit alespoň taktilní podněty. Nejzávažnějším ohrožením pro imobilního seniora je dehydratace. O to více je třeba zvýšeně sledovat množství přijatých tekutin, je-li diagnostikována kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí nebo porucha komunikace. S upoutáním na lůžku souvisí i poruchy mikce a zpomalená střevní pasáž s následnou obstipací.<sup>38</sup>

**Instabilita** – objektivní poruchy chůze, která se stává nestabilní a pomalá, senior není schopen udržet vždy rovnováhu, sám má pocity nejistoty, slabých nohou a závratě. Nejzávažnějším důsledkem jsou pády, které patří, jak uvádí Kalvach k nejvýznamnějším příčinám morbidit a mortality.<sup>39</sup>

### **Involuce rovnovážného systému**

Presbystasis-porucha stability, problémy s udržením rovnováhy je častým syndromem v geriatrici. Podle příčiny Topinková uvádí:

Periferní (vestibulární závrat') s příznaky rotačního nystagmu

Centrální závrat' s proměnlivými příznaky od nejisté chůze, poruchou vidění a vegetativními příznaky.

Smíšená periferně-centrální závrat'-rovněž proměnlivé příznaky s různou intenzitou

---

<sup>38</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 232

<sup>39</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 208

Nevestibulární závrať-častý výskyt s příčinami interního onemocnění, očního onemocnění, snížená kondice, psychogenní příčiny. Zvláštní podkapitola nevestibulární závratě tvoří mnohočetná sensorická porucha, ve které je současně přítomno alespoň dva z níže vyjmenovaných poruch, např. postižení zraku, vestibulární funkce, spinální propiocepce, cerebelární porucha, neuropatie dolních končetin.

Farmakologická závrať především při užívání diuretik, antiepileptik, psychofarmak, methotrexátu, při předávkování antikoagulačních přípravků.<sup>40</sup>

Friedlová uvádí, že jednou z příčin slábnoucí reakce rovnovážného systému na podněty, projevující se závratí, kolapsem, nauzeou, zvýšeným svalovým napětím nebo poruchami orientace na vlastním těle je redukce pohybových aktivit, chybějící informace o poloze a pohybu v prostoru při neměnné poloze u dlouhodobě ležících.<sup>41</sup>

### **Poruchy chůze**

V průběhu stárnutí, jak uvádí Kalvach, dochází ke změně chůze, aniž by tento projev charakterizoval onemocnění centrální nervové soustavy. Rozlišit, co je involuční změnou chůze a co už je patologickými známkami chorobného stavu je velmi obtížné. Je zapotřebí rozlišovat vzorce chůze, všimnout si např. svalové slabosti, rozšíření základny dolních končetin, projevující se směrovými odchylkami, změn kadence kroků a plynulosti chůze, iniciace a výdrže u chůze, změn v propiorecepci, především rozpoznat sníženou citlivost čítí a polohocitu.<sup>42</sup>

### **Intelektové poruchy**

**Syndrom demence ve stáří – nejčastější** těžká psychická porucha v preseniu a v seniu. Demence se rozvíjí až po nabytí základů kognitivních funkcí (což je ve věku 2 – 6let) a charakterizuje se postupným snižováním poznávacích procesů. Mezi poznávací procesy, které jsou porušeny, bývá intelekt, paměť, motivace, exekutivní (výkonné) funkce. Tyto poruchy jsou tak závažné, že zasahují do běžných denních aktivit, profesních dovedností a sebeobslužných schopností jedince. Demence zasahuje i do nekognitivních

---

<sup>40</sup> TOPINKOVÁ, E., 2005, cit 15, s. 48–49

<sup>41</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 105

<sup>42</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 182

funkcí, narušuje např. chování, emotivitu, poruchy spánkového cyklu. Přechodně se vyskytují poruchy vnímání, časté jsou bludy s nelogickým a nesystematickým obsahem. Přestávají verbálně komunikovat, trpí afázií, v terminálních stádiích někteří jedinci vydávají nepříjemné plačtivé zvuky. U demencí je zaregistrována porucha chůze, postupně se stávají zcela imobilními, v sebeobslužných činnostech nejsou schopni rozeznat předměty denní potřeby, ztrácejí praktickou dovednost manipulovat s nimi.<sup>43</sup> Z tohoto důvodu je zapotřebí u gerontologických klientů s demencí využívat co nejvíce vlastních předmětů z osobního či profesního života, z oblasti hobby a zájmů k stimulaci paměťové stopy. Při manipulaci s nimi se využívá schopnost ruky identifikovat známé předměty.<sup>44</sup> I stárnoucí mozek je schopen plasticity. Čanakisová vyslovuje názor, že i ve stáří je nervový systém schopen plasticity, tvorby nových spojení a tyto spojení dále kombinovat z dříve vzniklých. Schopnost uchovávat informace a pracovat s nimi ve zpětné vazbě udržuje nervový systém aktivní, což lze využívat např. v psychoaktivační terapii.<sup>45</sup> I v ošetrovatelské péči lze podporovat a aktivizovat psychiku inovačními ošetrovatelskými modely. Jeden z nich, který je zaměřen na psychické potřeby a reaktivizační péči o seniory s demencí je Psychobiografický model prof. Böhma.<sup>46</sup>

### **Iatrogenie**

Není mým záměrem obsáhnout veškerá možná poškození, která mohou vzniknout při chybné diagnostice, chybných zákroků nebo medikace, ale obrátit pozornost na hospitalismus, vzniklý neadekvátním způsobem péče a podpory.

Současné ošetrovatelství čerpá z nejnovějších vědeckých poznatků a výzkumů. Péče se stává terapeutickou.

*„Geriatrický hospitalismus, jak popisuje Kalvach, je souhrn nespecifických negativních důsledků hospitalizace geriatrického pacienta nad rámec komplikací nezávislých na věku“.*

---

<sup>43</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 584

<sup>44</sup> FRIEDLOVÁ, 2007, cit. 17, s. 128–129

<sup>45</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 451–454

<sup>46</sup> PROCHÁZKOVÁ, E., *Rozhýbat psychiku, potom až tělo*, 2008, s. 13

K základním úlohám zdravotnického personálu patří nejen vyřešit zdravotní problematiku, ale také podporovat a chránit klientovu důstojnost, sebehodnocení, soběstačnost a udržovat jeho sociální role. Svým jednáním jsou schopni reagovat na potřeby klienta, pozitivně nebo negativně ovlivnit průběh pobytu v neznámém pro klienta prostředí. Vznik hospitalismu je třeba brát jako negativní vliv nemocničního režimu pro daného člověka. Nebezpečí rozvoje hospitalismu dochází i vinou senzorické, sociální, komunikační deprivace z nedostatečně podnětného z okolí, nadužívání psychofarmak, které ovlivňují vnímání, stabilitu seniora. Rovněž pesimistický postoj ošetřujících, který vede k podceňování smyslu a kvality života seniorů, ztráta perspektivy pro jeho uzdravení má vliv k nedokonalé péči o seniora. Poškozující chování ze stran pečujících může mít charakteristiku nepřiměřeného pohybového omezení seniora, uměle navozenou poruchou vyměšování, přikládáním inkontinentních pomůcek aj.<sup>47</sup>

Procházková taktéž upozorňuje na nebezpečí poškození seniora základní ošetrovatelskou péčí, která by byla orientována pouze na hygienu a výživu, bez podpory zachovalých schopností a dovedností. Tato forma je zcela nevhodná u dlouhodobé geriatrické péče, zvyšuje závislost a bezmocnost klienta.<sup>48</sup>

## **1.2 Impairment, disabilita, restringovaná participace u seniora**

Impairment-porucha, poškození funkce na úrovni orgánu

Disability-angl. Vyjadřuje deficit, neschopnost, nezpůsobilost, omezení, zdravotní postižení následkem poškození, čímž jedinec není schopen provést konkrétní aktivitu v takové míře, která je přijata za normu. Aktivita se chápe jako činnost člověka od jednoduchých až po složité postupy v dovednostech a chování. Je to tedy schopnost, která může být omezena ve svém trvání nebo kvalitě a ovlivní tím celou osobnost.<sup>49</sup>

V české odborné literatuře se již nahrazuje termín postižení právě tímto anglicismem-

---

<sup>47</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 480–481

<sup>48</sup> PROCHÁZKOVÁ, E., 2008, cit. 31, s. 12

<sup>49</sup> KALVACH, 2004, cit. 2, s. 432

disabilita. Disabilita ve stáří je jeden z nejvýznamnějších důsledků jednotlivého onemocnění, ale také jiných dějů a událostí, které ovlivní jedince na zdraví společně se stařeckou fragilitou, mající vztah s involučními změnami.<sup>50</sup>

Nejčastěji zastoupená onemocnění, vedoucí k poruchám soběstačnosti a sebeobsluhy u seniorů jsou muskuloskeletární a neurologická onemocnění, stavy u chronických onemocnění, stavy po úrazech, sensorické poruchy a psychiatrická onemocnění.<sup>51</sup> K hodnocení funkčních obtíží se využívá testování pomocí Barthelova testu aktivit denního života (activities of daily living, ADL) testu k hodnocení sebeobsluhy nebo Lawtonové škály hodnocení IADL, která hodnotí soběstačnost.

Restringovaná participace – znevýhodněná, omezená účast na běžných společenských aktivitách z důvodu funkční poruchy nebo poškození, do kterých by se senior rád zapojil.

Problémy a jejich eliminace, spjaté s překonáváním poruchy nebo poškozením je stěžejním bodem rehabilitace, která má za úkol, v co největší možné míře znovu zapojit osobu s disabilitou do běžných životních situací.<sup>52</sup>

### **1.2.1 Rehabilitace**

Rehabilitace je nedílnou součástí zdravotně sociální politiky každého vyspělého státu. Vychází z akutní medicíny, určuje etiologicko-diagnostický proces, připravuje osobu s postižením do aktivního života. Pfeiffer upozorňuje, že kvality života není možné vždy dosáhnout pomocí léčebných prostředků do takové míry, jaká byla před postižením. V takových případech je důležitá návaznost na sociální, pedagogicko-výchovnou a pracovní rehabilitaci, s legislativním zázemím. Česká republika očekává přijetí zákona o rehabilitaci. V českém jazyce pojem rehabilitace je chápán nepřesně, ztotožňuje se především s léčebným tělocvikem nebo s myoskeletální medicínou a

---

<sup>50</sup> KALVACH, Z., et al., 2008, cit. 36, s. 113

<sup>51</sup> TOPINKOVÁ, 2005 In FRIEDLOVÁ, K. 2007

<sup>52</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 432–433



opomíjí sociální, výchovné a pracovní prostředky, které se uplatňují při výcviku k nejvyšší možných funkčních schopností jednotlivce.<sup>53</sup>

Úspěchy rehabilitační terapie souvisí i se změnou postoje k rehabilitaci, využívající různých druhů aktivizačních technik už od samotného začátku akutního stádia po stanovení diagnózy a po stabilizaci životně důležitých funkcí.<sup>54</sup> Rehabilitace seniorů se závažnou disabilitou je zaměřena nejen na vlastní deficit, ale na vlivy psychosociální. Ustupuje zaměření jen na poruchu, ale obrací se zájem na znevýhodnění, na tělesné a sociální fungování. Není důležitá dílčí míra zlepšení zdatnosti, ale pojetí rehabilitace komplexně. To je úkolem „ucelené“ rehabilitace.<sup>55</sup>

### 1.2.2 Neurorehabilitace

Většina neurologických onemocnění přináší dlouhodobé až trvalé následky (disability) různorodého charakteru. Jakmile je poškozen mozek, nastává porucha kódování informací, která ovlivňuje psychické a veškeré senzomotorické procesy.

Lippertová-Grünerová poukazuje na nutnost včasné rehabilitace, která bude využívat vědeckých poznatků o plasticitě mozku a tím bude stimulována spontánní regenerace. I přes rozsáhlé poškození tkáně, nejsou zničena všechna centra a je třeba z tohoto poznatku vycházet a využít zbývající plasticitu mozku. Informace, které zůstaly v mozku zachovány, jsou dobře využitelné, výbavné a lze navázat zápisem nového nacvičení. Jde o reorganizaci mozku tzv. přemostění porušených cest.<sup>56</sup>

Vnímáním podnětů z okolí je schopen rehabilitant vjemy zpracovat a uložit, aktivizovat myšlenkové schémata. Chování je stimulováno situací.

Chování člověka ovlivňují mechanismy na základě vrozených informací (nepodmíněné reflexy, motivace, emoce, instinkt) a mechanismy na základě získaných informací (učení, paměť, kognice)<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, 2005, s. 8

<sup>54</sup> PFEIFFER, J., *Systém moderní rehabilitace*, 2005, s. 240

<sup>55</sup> KALVACH, Z., 2004, cit. 2, s. 196

<sup>56</sup> LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005, cit. 21

<sup>57</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 58

### 1.2.2.1 Vliv poznatků medicíny na rozvoj neurorehabilitace

Lippertová-Grünerová informuje o první hypotéze berlínského fyziologa Hermanna Munka, který funkční reorganizaci centrální nervové soustavy popsal v roce 1877 jako tzv. Vikariationhypothese, ve které popisuje možnost převzetí funkcí kortexu, pokud jsou poškozené nebo zničené areály. Jeho hypotéza byla potvrzena, ale také se setkala i se skepsí a odvržením.

Později v roce 1928 publikace Ramóna z Cajal ovlivnila pesimisticky lékařský svět s hypotézou nemožnosti regenerace mozku.

Pozitivní posun byl zaznamenán až v práci Foreistera, který seznámil odbornou veřejnost o možnostech reorganizace mozkových funkcí a o možnostech plasticity. Tím byl změněn postoj k prognóze onemocnění CNS a začaly se vyvíjet nové terapeutické postupy v rehabilitaci.<sup>58</sup>

### 1.2.2.2 Principy neurologické rehabilitace

*Princip celistvosti*-orientace na celou osobnost rehabilitanta, hledá souvislosti k životní situaci a sociálního zázemí, neorientuje se pouze na deficit, ale i na participaci.

*Princip včasnosti a dlouhodobosti*-důležitá je včasnost již v akutní fázi hospitalizace po dobu potřebnou, v některých případech po celý život.

*Princip týmové práce*-hierarchie organizační struktury je v souvislosti s neurologickou rehabilitací podřadná, naopak interdisciplinarita a multidisciplinarita je základem úspěchu.

*Princip interdisciplinarit a multidisciplinarit*-z důvodu variability poruch funkcí u neurologického onemocnění musí být vytvořeny vysoce specializované ucelené terapeutické koncepty.

---

<sup>58</sup>LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005, cit. 21, s. 35

*Princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností-dlouhodobý úspěch dosažených schopností rehabilitanta je i v integraci do společnosti a inkluzi.<sup>59</sup>*

### **1.3 Ošetřovatelství**

*„Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“*

*Henderson, V.: Basic Principles of Nursing Care, 1960*

Od poloviny 20. století nastal ve zdravotnictví tzv. kult technologie, péče o nemocného člověka se orientovala především na nemoc a deficit. Péče byla soustředěná především na biologickou stránku člověka, zcela opomíjeny byly psychické, sociální a duševní souvislosti. Vytvořil se biomedicínký model péče, který byl charakteristický svým přetechnizováním a objektem zájmu o zdraví člověka byla především nemoc nebo nemocný orgán. V současnosti tento filozofický směr ošetřovatelství se jeví jako nedostačující. V posledních desetiletích se při péči o disabilního jedince objevují nové filozofické názory a trendy, které volí cestu individuálního přístupu k člověku jako celku, snaží se o rovnováhu mezi technickým rozvojem a potřebami nemocného. Jde o holisticky prováděnou ošetřovatelskou péči, kde součástí je ošetřovatelský proces se svým systémovým přístupem a komplexním řešením problémů klienta.<sup>60</sup>

Ošetřovatelská péče změnila svou podstatu, již nepodporuje jen léčebný proces, ale se stává péčí terapeutickou. Terapii je zde třeba vnímat nejen od slova léčba, ale také se obrátit k původnímu řeckému slovu therapeuo, které znamená uctívat, obsluhovat, pečovat o někoho, doprovázet.<sup>61</sup> V tomto pojetí je i integrace bazální stimulace v péči o

---

<sup>59</sup>LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005, cit. 21, s. 35

<sup>60</sup>KALOVÁ, H., PETR, P., *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*, [https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/SOLEN\\_far-200503-0008.pdf](https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/SOLEN_far-200503-0008.pdf)

<sup>61</sup>VOKURKA, M., *Praktický slovník medicíny*, 1994, In Friedlová, K., cit. 17, s. 11

seniora se specifickými problémy v duchu respektování cílů bazální stimulace jako doprovodu a podpory klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace.

#### 1.4 Bazální stimulace

*„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“<sup>62</sup>*

*„ Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neontologické intenzivní péči předčasně narozených, tak v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také u klientů s demencí.“<sup>63</sup>*

Koncept vychází z vědeckých poznatků z oborů pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Stimulace vnímání má za cíl umožnit klientovi s těžkým postižením v rámci ošetrovatelské péče prožít vjemy ze svého těla, orientovat se v okolním světě, péčí přispět k rozvoji vlastní identity a k zlepšení jednotlivých funkcí.<sup>64</sup> Snaží se minimalizovat psychomotorickou deprivaci, ke které dochází u lidí, kteří jsou krátkodobě nebo dlouhodobě restringováni v komunikaci, pohybu nebo vnímání a trpí omezeným přísunem podnětů z okolí. Podporou těchto tří oblastí, komunikace, pohybu a vnímání, lze zreaktivizovat mozkovou činnost, umožnit vznik nových dendritických spojení<sup>65</sup> a udržovat aktivní neuronální organizaci určitých mozkových lokalit.<sup>66</sup> Prvním pilířem podpory je poskytování individuální strukturované ošetrovatelské péče, která vychází z osobní historie podnětů, zažitou klientem, tzv. na základě biografické anamnézy. Druhým pilířem, neméně důležitým, je umožnění péče o klienta nejbližším osobám. Vstoupí-li příbuzný do týmu, ukončí se pro něj svazující pasivní role, s klientem opět navazuje

---

<sup>62</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 19

<sup>63</sup> FRIEDLOVÁ, K., Co je bazální stimulace, [www.bazalni.stimulace.cz/bazalni.stimulace.php](http://www.bazalni.stimulace.cz/bazalni.stimulace.php)

<sup>64</sup> KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 2007, s. 207

<sup>65</sup> FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*, s. 15.

<sup>66</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 19

interaktivní vztah, stává se zdrojem podnětů a pro tým je cenný zdroj informací k sestavování biografie.<sup>67</sup> Tento krok je významný k dosažení tzv. kruhové péče v multidisciplinárním týmu při všech aktivitách v zájmu a ve prospěch klienta, který se dostává do centra zájmu všech zúčastněných.<sup>68</sup>

*„Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“<sup>69</sup>*

#### **1.4.1 Historie konceptu**

Autorem konceptu je profesor Dr. Andrea Fröhlich, speciální pedagog. Vychází z teorie kognitivního vývoje filozofa Piageta, a sice z 1. etapy nejranějšího porozumění-senzomotorické inteligence. Senzomotorická inteligence nastává v momentu, kdy v lidském bytí se začíná odlišovat duševní život od života organického. Trvá od narození až do 2. roku, kdy vývoj přechází do další fáze.<sup>70</sup> Senzomotorika je základem myšlení, na kterou navazuje myšlení vyššího řádu, obohacené zvykem, zkušeností, koordinací mezi jednotlivými smysly (např. zrak a hmat-dotknutí zajímavého objektu) a vznikem chování. Teprve po dokončení senzomotorického vývoje vnímáme svět kolem pomocí pohybu a percepce. Piaget uvádí, že senzomotorika vstupuje do vztahu s vnímáním, pohybem a směřuje pouze k praktickému uspokojení. Senzomotorická inteligence je inteligence prožívaná.<sup>71,72</sup> Senzomotorikou lze navázat komunikaci ještě před rozvojem řečové komunikace. Myšlenka Piageta „Život je možný pouze ve vztahu“ se stala základním stavebním kamenem konceptu.<sup>73</sup> Fröhlich se začal

---

<sup>67</sup> FRIEDLOVÁ, K., cit. 63

<sup>68</sup> JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 2006, s. 136

<sup>69</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 19

<sup>70</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 27

<sup>71</sup> PIAGET, J., *Psychologie inteligence*, 1999, s. 97–99, s. 115–116

<sup>72</sup> LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006, cit. 1, s. 57

<sup>73</sup> FRIEDLOVÁ, K., *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*, 2003, s. 2

zajímat o podporu senzomotorické komunikace a v rámci svého pětiletého vědeckého projektu doktorandského studia. Vypracoval koncept bazální stimulace, kterým úspěšně navázal komunikaci přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání s dětmi s velmi těžkými změnami, se kterými pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu.<sup>74</sup> Tímto prokázal, že u dítěte s postižením je dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace existencí základních (bazálních) vrozených schopností organismu. Úspěchy byly podloženy rozsáhlým vědeckým výzkumem v oblasti medicíny, tímto koncept byl uznán jako pedagogicko-ošetrovatelský koncept.<sup>75</sup> V současné době A. Fröhlich je profesorem na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau.

V ošetrovatelské péči se koncept bazální stimulace začal využívat v 80. letech prof. Christel Bienstein, která koncept integrovala do péče o pacienty ve vigilním kómatu v intenzivní medicíně. Spolupracuje s profesorem Fröhlichem, vede výzkumné projekty v oblasti změn lidského vnímání. Současně spolupracují s odborníky z jiných oborů, např. geriatric, psychiatrie, paliativní péče, neonatologie, kde koncept je velmi dobře integrovatelný a přínosný.<sup>76;77</sup>

#### **1.4.2 Současná situace v Evropě a v České republice**

Koncept ve státech Evropské unie patří k etablovaným a aplikovaným konceptům ve speciální pedagogice i v ošetrovatelství. Také je vyučován ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách.

Od roku 2003, kdy v lednu 2003 proběhl první základní kurz pod vedením lektorky PhDr. Karolíny Friedlové<sup>78</sup> na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci<sup>79</sup>, bylo proškoleny 89 zařízení v České republice, které zavádějí koncept do péče o klienty, z toho 23 zařízení získalo Certifikát pracoviště Bazální stimulace a

---

<sup>74</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007 cit. 17, s. 13

<sup>75</sup> FRIEDLOVÁ, K., cit. 63

<sup>76</sup> KAPOUNOVÁ, G., 2007, cit. 64, s. 206

<sup>77</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 13–14

<sup>78</sup> KLIČKOVÁ, H., Historicky II. národní konference bazální stimulace, *Sestra*, 2008

<sup>79</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 16

pracují pod supervizí Institutu bazální stimulace s.r.o.<sup>80</sup> Seznam je průběžně aktualizován a zveřejňován na webových stránkách Institutu.<sup>81</sup>

K výměně zkušeností zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, vyučujících zdravotnických oborů, fyzioterapeutů, pracovníků sociální péče a speciálních pedagogů dochází na celostátních konferencích s mezinárodní účastí pod záštitou lektorky PhDr. Karolíny Friedlové.

Oprávnění zavádět koncept do praxe se získává absolvováním certifikovaných kurzů bazální stimulace, proběhl modul základní, nástavbový a prohlubující. Základní kurz Bazální stimulace je akreditován Ministerstvem zdravotnictví, je ohodnocen kreditními body, taktéž tento kurz je akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí jako vzdělávací program dalšího vzdělávání pracovníků sociální péče. Nástavbové inovační kurzy v České republice jsou registrovány u Odborového svazu zdravotní a sociální péče v ČR. Účastníci kurzu získávají certifikát platný ve všech zemích Evropské unie<sup>82</sup>

Výuka bazální stimulace probíhá v České republice na univerzitách v rámci nepovinných předmětů. Studenti Univerzity Palackého<sup>83</sup> a studenti Slezské Univerzity<sup>84</sup> po absolvování nepovinného předmětu Koncept Bazální stimulace (UPOL) v rozsahu 16 vyučovacích hodin a Základy Bazální stimulace I. a II. (Slezská Univerzita) v rozsahu 28 hodin získají teoretické znalosti o vývoji, historii konceptu, o stimulaci vnímání integrovanou do péče o klienty. Na univerzitách zdravotnických studií jsou studenti seznámeni ve všeobecném přehledu s konceptem Bazální stimulace v rámci výuky anebo v rámci samostatného předmětu. Koncept Bazální stimulace se vyučuje na fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice<sup>85</sup> nebo v předmětu Speciální andragogika osob se zdravotním postižením<sup>86</sup> na pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Podobně je tomu na JU ZSF, kde koncept Bazální stimulace je zahrnutý v předmětu Komunikace ve zdravotnictví. Od roku 2004, jak uvádí Friedlová, je

---

<sup>80</sup> FRIEDLOVÁ, K., Supervize týmu poskytujících péči v konceptu bazální stimulace, *Sestra*, 2008

<sup>81</sup> PROŠKOLENÁ ZAŘÍZENÍ, [http://www.bazalni-stimulace/proskolena\\_zarizeni.php](http://www.bazalni-stimulace/proskolena_zarizeni.php)

<sup>82</sup> ÚVOD, <http://www.bazalni-stimulace/index.php>

<sup>83</sup> [https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=PB162&rok=2008](https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg$_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=PB162&rok=2008)

<sup>84</sup> <http://ects.slu.cz/fakulty/FVP/UO/00016?lang=cs>

<sup>85</sup> <http://ects.upce.cz/fakulty/FZS/KOS/P2BAS?lang=cs>

<sup>86</sup> [http://is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=SPAMK\\_S4g2;fakulta=1441;obdobi=](http://is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=SPAMK_S4g2;fakulta=1441;obdobi=)

koncept zařazen do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na Středních zdravotnických školách.<sup>87</sup>

Již po roce svého představení byl tento koncept v roce 2004 zohledněn ve Vyhlášece o stanovení činnosti náplně všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č.424/2004, § 4, odstavec h).<sup>88</sup>

### **1.4.3 Neurofyziologická podstata konceptu bazální stimulace**

Základní teorie konceptu je založena na hypotézách neurofyziologického modelu vývoje, na vlivu genetiky ve vývojové psychologii, z poznatků fyzioterapie, (zejména z Bobath konceptu), psychologie a pedagogiky.<sup>89</sup>

#### **Mechanismy řídicí chování na základě vrozených informací**

*Nepodmíněné reflexy*-nesouvisí s předchozí zkušeností, malá možnost plastických změn, patří zde somatické a autonomní reflexy

*Motivace*-chování je ovlivněno informacemi z vnitřního prostředí (hladina hormonů, aktivita CNS) a potřebami poznávacími (např. zvědavost)

*Emoce*-souvisí s činností somatického a vegetativního nervstva, endokrinní systému, ovlivňují motorickou aktivitu.

*Instinkt*-ovlivňuje chování s nepodmíněnými i naučenými prvky i bez předešlého zážitku situace.

#### **Mechanismy řídicí chování na základě získaných informací**

##### **Učení**

Učení je součástí chování, které jako reakce na podráždění mozkové kůry nebo nižších struktur CNS. Učení se dá rozdělit:

---

<sup>87</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 17

<sup>88</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 17

<sup>89</sup> FRIEDLOVÁ, K., cit. 63



1. *Učení neasociativní*-nejjednodušší, fylogenicky nejstarší forma učení. V bazální stimulaci se vyskytuje často termín habituace, což je zeslabování reakce na podnět, který organismus přestává vnímat (zevšednění, zvyk). Senzitivace je opakem habituace, reakce je zesílená a biologicky významná.

2. *Učení asociativní*-funguje už spojitost v podnětech, které mají k dané činnosti vazbu. Další kategorizace typů učení je učení podmiňováním, učení percepčně motorické, učení verbální, učení pojmové.

Proces učení má své zákonitosti, mezi které patří:

1. *Zákon motivace*-souvisí s potřebami člověka. Souvislost s učením má význam potřeby bezpečí, uznání, seberealizace. Pokud motivace vychází z vnitřních podnětů (pozitivní motivace) je proces učení efektivnější než při motivaci, podloženou strachem (negativní motivace) z nepříjemných důsledků neúspěchu.

2. *Zákon zpětné vazby*-má souvislost s proprioreceptivní simultánní (okamžitou) zpětnou vazbou – využívá se proprioreceptorů, např. vnímáním prožitku ze svalů a ze šlach. Proprioreceptor okamžitě vysílá signály do mozku, vzápětí je informace o provedeném úkolu zhodnocena. Nebo následnou, tzv. sukcesivní, kde jsou využívány optické a akustické analyzátoři, kontrola provedeného úkolu a její interakce s prostředím. Podle vyhodnocení reakce, lze zpětnou vazbu charakterizovat v efektivitě, kde se hodnotí sociální odezvy (souhlas, nesouhlas) s naším jednáním.

3. *Zákon transferu učení*-*Pozitivní* transfer, zde naučené vědomosti podporují další vědomosti a dovednosti. *Negativní* transfer, naučené vědomosti nepodporují, brání novému učení. Negativní transfer je častý u osob s mentálním postižením, kteří často aplikují postupy mechanicky bez zobecnění, nejsou ochotni se učit novému a vystavovat se nebezpečí neúspěchu.

4. *Zákon opakování*-má souvislost s poznávací funkcí paměti. Nejzásadnější způsob učení, pro větší účinek opakovat rozmanitým způsobem, systematické opakování s pozitivním transferem. <sup>90,91</sup>

## **Paměť**

---

<sup>90</sup> IRA, V., *Speciální pedagogika psychopedie: studijní text*, 2006

<sup>91</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 59

Mourek rozděluje paměť na vrozenou, instinktivní, se kterou se jedinec rodí a paměť získanou, tzv. neuronální.<sup>92</sup> Friedlová uvádí rozdělení paměti na genetickou, imunitní a neuronální. Do neuronální paměti se vtiskují jednotlivé stopy podnětů, které mají souvislost chronologickou a prostorovou. Podle doby, po kterou stopa informací je zachována, lze paměť rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.<sup>93</sup>

Mourek charakterizuje krátkodobou paměť jako schopnost reagovat na vjemy v rozsahu sekund, maximálně minut, bez emocionálního působení a následným vytlačováním následujícími vjemy. Dlouhodobá paměť je charakterizována svou stabilitou, přetrvává dny, měsíce, roky nebo je zachována celý život, informace se vybavují podle míry opakování a většinou jsou silně emotivně podbarveny.<sup>94,95</sup>

*Krátkodobá paměť je dána změnami na synapsích a dendritických trnech, a to tam, kde došlo vlivem stimulace k aktivaci příslušných neuronů. Dlouhodobá paměť má pravděpodobně odlišný mechanismus v tom smyslu, že opakovaný přenos informací může přímo změnit charakter či strukturu synapsí.<sup>96</sup>*

Fröhlich vychází ve svém konceptu z předpokladu, že stimulací se vyvolává senzomotorická zkušenost, která provokuje logické chování i u lidí se změněnou schopností kognice. Prostředkem provokace senzorických systémů je uplatňování jednotlivých prvků bazální stimulace a to cílenou stimulací, která zohledňuje biografii klienta, aby byla aktivizovaná paměťová stopa.<sup>97</sup>

---

<sup>92</sup> MOUREK, J., 2005, cit. 19, s. 179

<sup>93</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 59

<sup>94</sup> MOUREK, J., 2005, cit. 19, s. 180

<sup>95</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 59

<sup>96</sup> MOUREK, J., 2005, cit. 19, s. 181

<sup>97</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 50

## 1.4.4 Prvky bazální stimulace

### 1.4.4.1 Somatická stimulace

*„Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí se somatickým a s kinestetickým vnímáním.“<sup>98</sup>*

Somatická stimulace, jak uvádí Friedlová, dává možnost klientům s těžkými neurologickými poruchami vnímat sebe sama, prožít vjemy ze svého těla a cílenou stimulací rozvíjet vnímání tělesného schématu za pomoci vizuální kontroly, vestibulárních a senzorických podnětů. Její integrace do péče je revoluční především proto, že je ji možné uvést již při toaletě klienta, ale také při všech aktivitách během dne, za použití různých prostředků a různými členy zdravotního týmu.

Vizuální kontrolu je zapotřebí podněcovat při aplikaci technik somatické stimulace nad částí těla, která je stimulována. Efekt lze zesílit pomocí zrcadla, umístěného v blízkosti klienta po dobu somatické stimulace.

Senzorické podněty musí být nabízeny symetricky k eliminaci opomíjení postižené strany u mozkových příhod a k zdůraznění symetrie a osy těla. V nabídce podnětů hrají výraznou roli ruce ošetřujícího, které terapeuticky mohou působit v technikách polohování, v somatické stimulaci tělesného schématu, v podpoře a stimulaci dýchání, při manipulaci s klientem v době podpory jeho pohybu a korekci polohy. Doteky rukou bude klient rozlišovat jakou kvalitou (cíleně, s dostatečným časem na zpracování, strukturovaně, příjemně, aj.), v jaké lokalitě (místo na těle) a intenzitě (tlak, síla) jsou provedeny.<sup>99</sup>

Pokud se klientovi dostává nečekaných, uspěchaných a pocit bezpečí ohrožujících dotyků, mohou nastat nežádoucí reakce jako např. zvýšený svalový tonus, pocit nejistoty a strachu, vegetativní projevy.<sup>100</sup>

Společnou triádou podnětů lze nabídnout klientovi informace o povrchu a hmotnosti jeho těla, umožnit mu vnímat pohyb, rovnováhu, orientovat se v prostoru, což

---

<sup>98</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 64

<sup>99</sup> KAPOUNOVÁ, G., 2007, cit. 64, s. 207

<sup>100</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 64–76

je také obsaženo v jednom ze stimulačních bloků multimodální (multisenzorické) stimulace.<sup>101</sup>

### **Techniky**

*Somatická stimulace zklidňující*-stimulace je vhodná u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací, u klientů s kombinovanými zrakovými a sluchovými vadami, u klientů ve vigilním komatu, u klientů neklidných, úzkostných, se zvýšeným svalovým tonem nebo s poruchami spánku, u klientů s Parkinsonovou chorobou, u osob s demencí a umírajících k navození celkového tělesného uvolnění a redukce neklidu a dezorientace.

*Somatická stimulace povzbuzující*-stimulace je vhodná u osob s těžkou a hlubokou mentální retardací, ve vigilním komatu, depresivních, u osob se sníženým svalovým tonem a pacientů apatických k zvýšení úrovně vědomí a k pozornosti, ke zvýšení svalového tonu, k snadnějšímu provedení asistované aktivity (např. cvičení s dopomocí)

*Neurofyziologická stimulace*-stimulace vychází z poznatku Bobath konceptu, je vhodná u osob s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách, po mozkolebečních traumatech s následným deficitem pohybového aparátu, aj. k dosažení vnímání postižené strany těla, která se takto aktivuje k znovuzapojení do tělesného schématu. U této stimulace je vhodná zrcadlová terapie.

*Symetrická stimulace*-je vhodná u osob s poruchami rovnováhy s cílem obnovit vnímání tělesného schématu.

*Rozvíjející somatická stimulace*-je vhodná u klientů ve vigilním komatu, u kvadruplegiků a dlouhodobě ležících k rozvíjení představy symetrie a středu těla.

*Diametrální stimulace*-stimulace je zaměřena na klienty se zvýšeným svalovým napětím s rizikem vzniku kontraktur nebo jako prevence u klientů s cerebrálním postižením, u kterých se spasticita předpokládá. Touto stimulací je redukován stav napětí extrafuzálních svalových vláken a napomáhá normalizaci stavu napětí interfuzálních svalových vláken. Za zmínku stojí fakt, že čím déle se kontraktura vyskytuje, tím těžší je dosáhnout uvolnění. Vesměs autoři konceptu uvádějí, že vzniklou kontrakturu lze

---

<sup>101</sup> LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005, cit. 21, s. 71

ovlivnit o 5–7 stupňů. Je důležité po ukončení stimulace napolohovat klienta tak, aby docházelo k uvolnění. Není vhodné klientovi vybírat extrémně měkké matrace, které navíc provokují svalový tonus, protože matrace neklade žádný odpor.<sup>102</sup>

Tím jsem zmínila, že mezi somatickou stimulaci patří také polohování. Polohování bylo vždy sesterskou aktivitou, prováděnou v pravidelných intervalech s různými variantami uložení končetin. V ošetrovatelské péči se setkáváme s polohováním preventivním, korekčním a protibolestivým. V péči o pacienty s těžkými poruchami hybnosti je polohování jeden z rehabilitačních prostředků jako preventivních opatření proti vzniku dekubitů, komplikací a sekundárních změn.<sup>103</sup> V bazální stimulaci pomocí polohování je snaha zabránit tzv. degenerativní habituaci. Tento proces byl nazván prof. A. Fröhlichem, při němž dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic až ke komplexním vztahům, které vedou ke krizi vlastní identity. Toto se snaží koncept eliminovat. Přitom řeší v souvislostech i jinou problematiku. Proto polohování v konceptu bazální stimulace kromě prevence vzniku dekubitů, zápalu plic, tromboembolických komplikací obrací pozornost na neurologické cíle. Převážně jde o podporu fyziologických pohybových vzorců klienta, stimulaci k pohybu a pohybovým aktivitám, stimulaci vnímání tělesného obrazu a umožnění vizuálních podnětů a optické stimulace, aj. Je propracována složka komfortu a vlastních rituálů klienta (způsob zakrytí, usínání, oblíbenost polštáře nebo hudby apod.). Během polohování se využívá také vliv gravitace, přenášení váhy, různé tempo změny polohy. Při polohování se využívají různě tvrdé matrace, srolované ručníky, perličkové polohovací polštáře, canisterapeutičtí psi. U dětí se využívají pomůcky, patřící do jejich vývojového období, jako měkké plyšové hračky, ale také lze nemocné dítě napolohovat na maminku.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> FRIEDLOVÁ, K., *Textový materiál pro prohlubující kurz*, 2008

<sup>103</sup> KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J., *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*, 2005, s. 19–20

<sup>104</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 91–101

## **Polohy**

*Polohování „hnízdo“* - má mnoho variant (záda, bok, břicho, sed v lůžku nebo v křesle). Různé pozice jsou velmi pohodlné a navozují relaxaci.<sup>105</sup>

*Polohování „mumie“* - se využívá především u klientů ve vigilním komatu a u dětí s hlubokou mentální retardací, k intenzivnímu prožitku z vlastního schématu. Friedlová dále uvádí, že mumií lze využít jako nefarmakologický postup k zmírnění psychomotorického neklidu a agresivity. Doporučuje se polohu také aplikovat u dětí ve stavu neklidu, které se narodily drogově závislým matkám.

Při polohování je zapotřebí rovněž respektovat zásady podkládání částí těla, spolu se znalostmi podkládání plegických končetin u klientů postiženými plegií. U hemiplegických klientů je zapotřebí pracovat více s váhou těla a gravitací, proto raději se volí technika mikropolohování, nežli symetrické polohování na zádech.<sup>106</sup>

## **Podpora dýchání**

*Kontaktní dýchání-ošetřující* doprovází klienta rukama na jeho hrudníku, eventuelně přidává tlak i vibrační pohyb k usnadnění vykašlávání, využívá se k uvědomění dechu.

*Masáž stimulující dýchání* - se využívá u lidí s povrchním dýcháním, se zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí věku, u klientů s maligní diagnózou, u depresivních. Výborný komunikační prostředek.<sup>107</sup>

## **Iniciální dotek**

Nečekané doteky u klientů se změněným vnímáním, jak už bylo předesláno, vyvolávají očekávání negativních podnětů a klienti se snaží o obrannou reakci, vyjádřenou např. zvýšeným svalovým bonusem. K odstranění pocitu nejistoty je iniciálním (začínajícím) dotekem na neutrální, ale nejlépe na centrální části těla, dána informace, že bude následovat a končit přítomnost ošetřujícího u něj. Vhodné místo je rameno, paže, ruka.<sup>108</sup> Pro zachování struktury takového postupu je zapotřebí toto respektovat a

---

<sup>105</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2003, cit. 73, s. 19–21

<sup>106</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 99

<sup>107</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, 102–103

<sup>108</sup> KAPOUNOVÁ, G., 2007, cit 64, s. 207

provádět všemi v multidisciplinárním týmu a informaci zdokumentovat písemně do dokumentace. Pro přehlednost je možné využívat informační tabule v blízkosti lůžka klienta.<sup>109</sup>

### **Popis somatická stimulace zklidňující**

Modulace těla při hygieně začíná podnětem pro horní končetiny, vložením rukou do vody o teplotě 37–40 st. C, následuje modulace trupu, kdy oběma rukama s navlečenou žínkou se omývá symetricky trup od středu na strany trupu a to pouze v jednom směru, tedy ve směru po chlupu. Na tomto místě je zapotřebí lehce zatlačit k lepšímu pochopení hranice těla. Poté se modelují horní končetiny, věnuje se pozornost modelace prstům, směr po chlupu je zachován stále, souhra rukou je velmi důležitá. Postup umývání dolních končetin je stejný. Žáda se stimulují od horní části k dolní, ruce jsou položeny nejprve na střed, tj. k páteři a mírným tlakem ruce se pohybují k zevní straně trupu, kde dokončení pohybu zdůrazní zatlačením. Závěr hygieny patří hygieně obličeje, pohyb je stále vedený obouručně a současně, nejprve po obvodu, poté následuje modulace čela, nosu, tváří a úst. Po stimulaci orofaciální oblasti lze plynule navázat orální stimulací k zakončení celé hygieny. Jakmile dojde k náznaku spolupráce využívat asistovanou koupel, tj. vést klientovu dominantní ruku rukou ošetřujícího.

Zklidňující stimulaci lze provádět i mimo koupel dlaněmi s nebo bez žínek, ponožek, aj. materiálů, s kosmetickým médiem nebo pouze suchými dlaněmi.

#### **1.4.4.2 Vestibulární stimulace**

Vestibulární stimulace se poskytuje pohyby hlavou u ležícího klienta, později v sedu houpavými pohyby. Společně s terapeutem se provádí pohyb ležatých osmiček, tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Převážně se aplikují rotační, lineární a statické pohyby hlavou. Cílem stimulace je dosažení uvědomění si změny polohy, prostorové

---

<sup>109</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 73–74

orientace a vnímání pohybu. Prostředkem vestibulární stimulace může být houpání, strukturovaně vedené změny polohy.<sup>110</sup>

Mezi pomůcky k vestibulární stimulaci lze zařadit i pro seniory houpací látkové sítě, eventuelně využít houpací zahradní houpačky, houpací křesla.<sup>111</sup>

#### **1.4.4.3 Vibrační stimulace**

Při péči o seniory nelze využívat plnou škálu technik vibrační stimulace jako u jiných věkových skupin, především je zcela zakázáno použití elektrických vibračních přístrojů pro nebezpečí mikrotraumat a jiných komplikací. Kontraindikací jsou krvácivé stavy, varixy, porušená integrita kůže. Lze však využít vlastní ruce při somatické stimulaci při modulaci těla, zapojit poklepové masáže, broukání i rytmické vyklepávání melodií do dlaně nebo vlastní hlas, který se bude přenášet přes hrudní koš při poloze ležatých osmiček.<sup>112</sup>

#### **1.4.4.4 Optická stimulace**

Pokud si představíme, jak vypadá klasický nemocniční pokoj bez nadstandardního vybavení, je možné, že se nám vybaví bílý pokoj s postelemi a vypnutými prostěradly, vedle nich seřazené noční stolky v řadách. Takový popisuje Bienstein a Fröhlich jako nestimulující, bez výrazných vizuálních podnětů. V rámci konceptu se mění prostředí kolem klienta, dodávají se takové optické stimuly, které klient zná. Nejlépe vlastní předměty a privátní oblečení, fotografie rodiny, idolů, obrazy, hodiny nebo vhodně vybrané TV pořady. Klientovi se má umožnit vnímat denní doba, vnímat slunce, příroda, prožít rozmanitě den. Prostředí lze terapeuticky využít u klientů s demencí, začlenit do prostoru orientační záchytné body, které se vztahují k jeho osobě nejlépe

---

<sup>110</sup> KAPOUNOVÁ, G., 2007, cit. 64, s. 208

<sup>111</sup> <http://www.maxim-zdr.cz/vertikalizacni-a-rehabilitacni-pomucky/>

<sup>112</sup> KAPOUNOVÁ, G., 2007, cit. 64, s. 208



emočně a je schopen za každých okolností je rozeznat. (viz příloha 7) Předměty z různých období života klientů lze využít i při aktivní práci s klientem, aktivizovat děje vyprávěním, zvláště u seniorských klientů je práce biografickými předměty velmi aktivitu podporující.<sup>113</sup>

#### **1.4.4.5 Auditivní stimulace**

Sluchovými podněty lze aktivizovat paměťové stopy vyvoláním vzpomínek, které se k podnětu vážou a tímto prohlubovat pocit jistoty, kým je, zvyšovat rozlišovací schopnosti a komunikační dovednosti. Auditivní podněty mají velký emoční náboj. Ke stimulaci lze využít hudební nástroje, nahrávky, vlastní hlas ke zpěvu, obyčejné vyprávění.

K integraci auditivních podnětů je třeba přihlédnout, zda-li senior netrpí vadou sluchu, která je v tomto věku častá. Snažit co nejlépe kompenzovat vadu tak, aby podnět byl zachycen, a to zvýšením intenzity zvuku, kompenzací naslouchadlem, zřetelnou artikulací.

Při samotné integraci je zapotřebí vědět, jaké zvyklosti senior má, které hudební nahrávky zná, jeho rituály v poslouchání rozhlasového vysílání, CD přehrávače nebo gramofonu, které zvuky jsou mu příjemné, jeho vztah k hudbě a ke zpěvu.<sup>114</sup>

#### **1.4.4.6 Orální stimulace**

V ošetrovatelské péči se orální stimulace se provádí ve velmi intimní zóně klienta, k zahájení této stimulace je zapotřebí provést pečlivou anamnézu. Využívá se už v kombinaci s hygienou dutiny ústní známými hygienickými médii, terapeut nepůsobí invazivně. Peán je nahrazen molitanovými štětičkami, nasáklé příjemnou chutí. Výběr

---

<sup>113</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 109–114

<sup>114</sup> FRIEDLOVÁ, K., Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*, s. 14–16

chuti také souvisí s oblíbenými pochutinami, měl by být vybrán i v souvislosti s denní dobou a klientovým režimem a rituálem. Tímto lze nastartovat i asociační myšlení např. člověku, který po ránu pije pravidelně kávu vytíráním dutiny ústní právě kávou k zlepšení orientace, nyní je ráno. Pozitivní stimuly vedou k intenzivnímu prožívání sebe sama. Pro klienta, který je odkázán na přísun podnětů jiným člověkem, je velmi ochuzen o prožitky z dutiny ústní. Je vhodné v takových případech použít tzv. cucací vložky. Jde o potraviny, ovoce, zeleninu v mulu, která je vložena klientovi do úst, bezpečně fixovaná. Orální stimulací lze dovést klienta k příjmu potravy ústy. Orální stimulaci lze tedy provádět izolovaně, anebo jako přípravu k přijímání stravy ústy.<sup>115</sup>

#### **1.4.4.7 Olfaktorická stimulace**

U této stimulace je zapotřebí nevyužívat vůně kontinuálně, lidský organismus není schopen vnímat podnět stále, vůně je intenzivní pouze v začátku, pak už se nevnímá. Integrace vůně by měla zapadat do denních aktivit, které klient prožívá a kombinovat je s jinými stimuly. Tak klient lépe pochopí jednotlivé činnosti a situace. Vůně a pachy fungují jako katalyzátory k vyvolání vzpomínek, jež aktivují asociační myšlení např. ročního období (Vánoce-aroma perníku), vyvolání vzpomínek na situace (odpočinková siesta-káva) nebo na přátelé, rodinu, partnera (kosmetika, parfém). Ne všechny vůně nosí spolehlivě pozitivní náboj, existují i takové, které vyvolají negativní paměťovou stopu. Každý člověk preferuje jiné vůně, proto využití aromaterapie nebude příliš efektivní, spíše se zaměřit na vůně klientova života, zakomponované do denních činností, i přesto, že on sám se nemůže v těchto aktivitách aktivně zapojit (např. v hygieně). Takovýmto způsobem lze navodit emoční prožívání klienta, podpořit jeho orientaci v čase i v dané situaci.<sup>116</sup>

---

<sup>115</sup> FRIEDLOVÁ, K., *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*, 2003, s. 12

<sup>116</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, Cit. 17, s. 126

#### **1.4.4.8 Taktilně haptická stimulace**

V taktilní stimulaci se využívají především známé, předměty denní potřeby, předměty, vztahující se k osobní toaletě, oblíbené předměty. Tyto předměty mají aktivizovat ruku ke smysluplné činnosti, tohoto se využívá velmi úspěšně u gerontologických klientů s demencí. Stimulace se v začátku provádí za asistence terapeuta. Mezi nejdůležitější podporu patří podpořit koordinaci ruka-ústa. Intenzivní stimulaci ruky a oblasti úst se nazývá homonculus terapie.<sup>117</sup>

#### **1.4.5 Biografická anamnéza**

Důležitou roli v poskytování péče je znalost klientových rituálů, životních návyků, zvyků a prožitků, každý máme jiný běh života, to vše ovlivňuje lidské chování a určitou stabilitu. Biografické údaje jsou stěžejním bodem individuální péče. Práce s biografií pomáhá poznat člověka a pochopit jeho potřeby. Shromažďování dat není jednoduché, je zapotřebí vynaložit kreativní úsilí. Jsou vypracovány techniky k usnadnění odběru biografických dat, často spolupracuje rodina, přátelé. S konceptem bazální stimulace se prolíná autobiografický model péče o klienty s demencí, vypracován prof. E. Böhma, z něhož práce s biografií je čerpána.<sup>118</sup> Další koncept, který by měl být kombinován s konceptem bazální stimulace k cílené podpoře pohybových aktivit je koncept kinestetiky.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 129

<sup>118</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 131–133

<sup>119</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 99

## 1.5. Kinestetika

*Dotyk a pohyb jsou přirozenými schopnostmi člověka. Jestli se tyto schopnosti kultivují, stávají se uměním, jestli se spojují s poznatky, stávají se profesionálním chováním.*

*Krišková*

Kinestetika jako pojem se začala používat v 70. letech 20. století v USA pro popis lidského pohybu a funkce v anglickém vyjádření kinaesthetics. Autoři konceptu název kinestetika vytvořili ze slov „kinesis“-pohyb a „aesthetics“-vnímání.<sup>120</sup>

Kinestetika jako koncept je již 25 let ve vývojovém procesu. Koncept je ovlivňován novými poznatky od svých zakladatelů a to z oblasti klinické a humánní psychologie, moderního tance a pohybové terapie, kineziologie, kybernetiky chování a metody Feldenkreise.<sup>121</sup>

Koncept rozvíjí potřebné dovednosti klienta s pohybovými deficity cílenou podporou pohybových aktivit klienta. S klientem je manipulováno tak, aby si co nejlépe uvědomil vlastní aktivní pohyb, měl nad ním kontrolu, ale také, aby nad pohybem klienta měl kontrolu i ošetřující.<sup>122</sup>

Kinestetika je komunikačně-pohybový koncept, který po analýze pohybu umožňuje lépe pochopit základy lidského pohybu a využít pohybových rezerv pacienta. K analýze pohybových aktivit a posouzení pohybových rezerv je koncept rozdělen do 6 kinestetických principů, které svými vzorci pro pohyb a interakci zlepšují kooperaci s pečujícími při plánování mobilizace v lůžku i mimo něj. Byl tak vytvořen systém, který se dobře integroval do péče o klienty s těžkými pohybovými deficity v oblasti prevence imobility a náviku soběstačnosti v běžných aktivitách denního života.<sup>123</sup>

---

<sup>120</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., *Kinestetická mobilizace: Skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*, 2007, s. 5

<sup>121</sup> HALMO, R., Podpora vnímání a pohybu kinestetickou mobilizací In Sborník přednášek I. Mostecké dny sester, 2006, s. 95–101

<sup>122</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 99

<sup>123</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., 2007, cit 120, s. 5

Křišková uvádí, že kinestetika není formou terapie ani metodou edukace správných hmatů. Kinestetiku popisuje jako pohybový program vývoje manipulačních schopností sestry. Sestry si osvojují zásady, na základě kterých jsou schopni využít vlastní pohyb na cílené organizování pohybu pacienta. Sestry pomocí znalosti kinestetiky podporují a upevňují pacientovy pohybové schopnosti s vynaložením nejmenší vlastní námahy.<sup>124</sup>

V kinesteticky vedené mobilizaci je propracovaná pracovní ergonomika. Halmo uvádí, že úkolem kinestetiky je především navrátit klientovi zdraví a soběstačnost, poskytnout mu vnímání obrazu a polohy těla se zachováním a rozvíjením sebekontroly pohybu. Také pomáhá personálu zvládnout manipulaci tak, aby byla vedena šetrně a personál se chránil před přetížením.<sup>125</sup>

Kinestetika podporuje zdravý vývoj všem zúčastněným.

### **1.5.1 Historie konceptu**

Kinestetika je více než 15 let etablovaným konceptem. Zakladatelé konceptu jsou Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maietta, ve spolupráci s ošetřujícími a pedagogy byl koncept dále rozvíjen. Jejich práci výrazně ovlivnily vědecké poznatky kybernetiky chování K. U. Smitha a metoda Feldenkreise. V roce 1998 ve spolupráci se zakladateli založila Heidi Bauder Mißbach pohybovou školu Viv-Arte®.<sup>126</sup> Do ošetrovatelské péče koncept integrovala prof. Ch. Bienstein.<sup>127</sup>

### **1.5.2 Současná situace v České republice**

V témže roce 2003, kdy obdrželi první certifikáty účastníci kurzu Stimulace vnímání, byl uskutečněn první kurz Úvod do kinestetické mobilizace pod vedením lektorky PhDr. Renaty Halmo.

---

<sup>124</sup> KRIŠKOVÁ, A., et al. Ošetrovatel'ské techniky, 2006, s. 246

<sup>125</sup> HALMO, R., 2006, cit. 121, s. 96

<sup>126</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., 2007, cit. 120, s. 5

<sup>127</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 99

UPOL je jedinou univerzitou, která má ve svých plánech předmět Kinestetiku zahrnutý.<sup>128</sup> Od roku 2007 v ČR jsou organizovány ve spolupráci s PhDr. Renatou Halmo pod vedením lektorky Bc. Hany Nedělkové kurzy „Kinestetické mobilizace“.

Kurz Kinestetická mobilizace je vyučován od září 2008 podle učebního modelu VIV-Arte. Kurz je registrován jako vzdělávací akce u České asociace sester a u Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska.

### 1.5.3 Kinestetická mobilizace

Mobilizace jako termín bude chápán zdravotníky rozdílně, významově v širším slova smyslu znamená z pohledu kinestetiky pomoc člověku využít a odhalit pohybové rezervy. Pohyby prováděné v malém rozsahu s přenášením váhy jednotlivých částí těla se lépe registrují, jedná se i o formu somatické a vestibulární stimulace. Jde i o edukační proces, kdy se klient učí pohybovým vzorům odpovídající jeho situaci, snaží se zapojovat funkční části těla tak, aby zvládl denní aktivity.

Mobilizaci v užším slova smyslu lze brát jako změnu polohy vedené ve 3 fázích (rozehřátí, koordinace pohybu se změnou polohy a místa, rovnoměrné zatížení a zaujmutí cílové pozice s uvolněním).<sup>129</sup>

Nedělková uvádí, že kinestetická mobilizace má za cíl zachovávat zdraví (mobilizovat klouby, střídání zatížení a odlehčení kostních struktur, aktivní svalovou práci v celém těle, snaží se o vyrovnaný svalový tonus a zachovávat dobré prokrvení), vytvářet kinestetické programy, vedoucí k naučení a k přizpůsobení se funkcím (plynulá změna váhy přes kostní struktury, koordinace a kontrola vlastního pohybu, vypořádání nových vzorců pohybů, které jsou přizpůsobeny aktuálnímu zdravotnímu stavu a rozšířit vlastní pohybové možnosti) a v neposlední řadě vytvářet podporu sociálního chování (vnímat tělo taktile-kinestetickými informacemi, podporovat vědomou kontrolu pohybového procesu, lokalizovat a vizualizovat svaly, kosti v klidu a

---

<sup>128</sup> [https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=SB031&rok=2008](https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg$_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=SB031&rok=2008)

<sup>129</sup> HALMO, R., 2006, cit. 121

v pohybu, realisticky posoudit vlastní možnosti a popsat pohybové prožitky).<sup>130</sup> Umožnění vnímat podněty okolního světa je člověku dána sensorickými analyzátory. K analýze pohybu lidský organismus disponuje smyslovým systémem, který reguluje a integruje hlubokou senzibilitu, rovnováhu, orientaci, vlastní vnímání váhy při působení gravitace, stejně jako vegetativní procesy. Autoři konceptu hovoří o kinestetickém smyslovém systému. V literatuře by se mohly najít další pojmy, které by byly ve stejné souvislosti použity např. smysl pro rovnováhu aj.<sup>131</sup>

### 1.5.3.1 Kinestetické principy

Kinestetické principy pomáhají chápat a strukturovat pohybovou situaci klienta a lépe plánovat ošetrovatelské intervence při mobilizaci, přijímání stravy, u péče o tělo, vyprazdňování aj.

**Principy** (Hatch, F., Maietta, L., 1999)

*Princip interakce*-posuzují se smysly (vnímání, vědomí, bolest, poruchy řeči aj.), kterých lze při pohybu využít, analyzuje se element pohybu s ohledem na čas, prostor a námahu a také způsob interakce, jaké pohyby zvládá sám a v kterých potřebuje dopomoc nebo je zcela závislý. Forma interakce se rozlišuje v jednostrannou (akce bez ohledu na reakci), postupnou (krok za krokem, akce a reakce se uskutečňuje se zpožděním) a společnou (současnou, akce a reakce jsou plynulé, bez časového průtahu).

*Princip funkční anatomie*-posuzují se hmoty a meziprostory (elasticita, zhodnocení rozsahu pohybu v kloubech, bolest, změny na kůži) a orientace (vnímání vlastního schématu).

V konceptu je tělo rozdělené na tzv. pevné části (hmoty) a mezery (meziprostory). Zjednodušuje představu o pohybu a upřesňuje pochopení souvislostí v kostro-svalovém systému. Mezi pevné části se řadí hlava, hrudník, pánev, horní, dolní končetiny, pod pevnými nebo nad nimi se nacházejí mezery, ve kterých je umožněný pohyb pevných

---

<sup>130</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., cit. 120, s. 6

<sup>131</sup> HALMO, R., Úvod do základů kinestetiky v ošetrovatelské péči: Pracovní sešit kurzu, 2003, s. 4

částí. Oblasti krku, ramenního klouby, pásu a pánevních kloubů spojují pevné části a zároveň jsou dráhou, kterou hmotnost jedné pevné části přenáší na druhou. Těmto místům se říká meziprostory.<sup>132,133</sup>

Tělesná hmotnost se rozkládá do 7 částí těla-mas, každá z nich má jinou charakteristiku a jiný způsob pohyblivosti. Končetiny mají velmi flexibilní možnost pohybu, jejich pohyb se provádí ve fázích, tzv. krok za krokem. Centrální části hrudník a pánev jsou jiného tvaru a omezeného pohybu, mají chránit orgány a udržet stabilitu. Z toho vyplývá, že lze každou částí manipulovat jednotlivě a v různých směrech.

Meziprostorů je 6 (krk, podpaží, pas, třísla), umožňují změnu tělesných pozic vertikálním a horizontálním směrem, jsou maximálně flexibilní. Jsou důležité pro orientaci v těle, pomáhají chápat, kde je nahoře, dole, vpředu, vzadu.

Zásada při manipulaci je uchopovat pevné části a mezery nechat volně k pohybu.

*Princip lidského pohybu* – posuzují se pohybové vzorce, rozsah pohybu, pohyb stabilní (držení, postoj, váha ve směru nahoru, dolů) a transportní (nestabilní, mění se vztah se sousedícími hmotami, váha probíhá všemi směry), analyzuje se pohyb spirální a paralelní (posuzují se pohybové vzory, rozsah pohybu, jak je schopen změnit polohy na lůžku, vykonat transfer mimo lůžko, charakterizuje se plynulost pohybu, množství síly). Pohyb paralelní je namáhavější než pohyb spirální, kde je váha rozložena do více směrů a přenáší se na kosti. Představuje také 3 fáze pohybu: rozehřátí, vzbuzení tělesného vnímání, přesun na nové místo, rozložení váhy a zaujmutí nové pozice.

Pohybové vzory

Paralelní, souběžný pohyb – váha se přenáší po hlavní ose přes střední část těla, je důležitý pro orientaci v prostoru, trénuje stabilitu, není zapotřebí mnoho prostoru k pohybu (stoj ze židle s předklonem).

Spirální, šroubovitý pohyb – hmotnost se plynule přelévá z jedné strany na druhou, jde využít i směru nahoru, dolů, podle potřeby směru pohybu. Ke změně je zapotřebí více

---

<sup>132</sup> KRIŠKOVÁ, A., et.al. cit. 125, s. 247

<sup>133</sup> JAŠKOVÁ, L., HALMO, R., Osobní zkušenost s užitím kinestetiky v krátkodobé chirurgii, 2006



času, ale méně námahy. Využívá se opěrných a nosných funkcí (stoj ze židle vytáčením do spirály).

*Princip lidské funkce* – hodnotí se vlastní samostatnost a sebekontrola nad vlastním pohybem i tolerance zaujímané polohy. Při mobilizaci klienta je třeba využívat poznatku přenášení váhy. Základními pozicemi v pohybu člověka je 7 základních poloh: poloha na zádech, poloha na břiše, vsedě, na všech čtyřech, na jednom kolenu, stoj na jedné noze, vzpřímený stoj. Základní polohy vychází z ontogenetického vývoje pohybu. Mezi princip lidské funkce je řazen i pohyb na místě a z místa. Jsou rozlišovány dvě možnosti pohybu z místa, přenášení váhy přes podložku (chůze) nebo přenášení váhy ve vzduchu (skákání).

*Princip námahy* – hodnotí se reakce na zátěž, reakce na tah nebo tlak, komplikace změny polohy vyjádřené vegetativně. Tah a tlak je komunikační prostředek mezi vztahem s okolím. Při manipulaci s klientem se vstupuje vždy do vztahu pomocí cíleného tlaku a tahu a to ve směru od kontaktního místa (tah) a ve směru ke kontaktnímu místu (tlak).<sup>134,135</sup>

*Princip okolí* – v potaz je brán vliv zevního prostředí (měkká, tvrdá matrace, polštáře na sezení, omezení pohybu u katétrů, uspořádání pokoje, aj.).<sup>136,137</sup>

Využívat materiál pomůcek k usnadnění pohybu, např. drsný materiál podporuje držení, polohu těla, naopak hladký usnadňuje transport. Zvážit výběr matrace pro uložení klienta, co nejméně používat měkké uložení hlavy, hrudníku a pánve, měkké uložení brání klientovi aktivně změnit polohu.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., 2007, cit. 120, s. 29

<sup>135</sup> JAŠKOVÁ, L., HALMO, R., cit. 133

<sup>136</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., cit. 120, s. 29

<sup>137</sup> HALMO, R., 2003, cit. 131

<sup>138</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., cit. 120, s. 19

### 1.5.3.2 Fáze kinestetické mobilizace

Kinestetickou mobilizací je třeba chápat jako o změnu polohy, která se provede ve 3 fázích a bude souviset se zvyšováním pohybové aktivity klienta. Klienti s pohybovým deficitem mohou být při manipulaci personálem přetížení nebo nebudou schopni pochopit, v jaké situaci se nacházejí. Při pohybu mají různé potíže, trpí bolestí, oběhovými potížemi, nejsou schopni kompenzovat pohybová omezení. Pokud bude mobilizace zahájena malými pohyby, lze těmto symptomům předejít. Z malých pohybů vznikne později cílená změna polohy i místa, následována odpočinkovou fází. Není vždy prioritou, aby klient během mobilizace opustil lůžko, je důležitější se věnovat klientovi na lůžku při rozehrání a povzbuzování tělesného schématu k snazší následné mobilizaci mimo lůžko.<sup>139</sup>

První fází kinestetické mobilizace je rozehrání (Warm-up). Pozornost se obrací na klouby a svaly na končetinách, před tím než s klientem je manipulováno, polohováno. Při mobilizaci jednotlivých kloubů je snaha dosáhnout, obnovit normální pohyblivost v kloubech, včetně kloubní vůle, eventuelně udržet rozsah pohybu a zabránit znehybnění kloubů. Poloha klienta je uvolněná, část těla je dobře přístupná, nejlépe na lůžku, které je výškově regulovatelné. Je důležité, aby i terapeut měl pohodlnou polohu, snáze s klientem manipuluje. Pohyb je plynulý, měkký, není cítit námaha. Pohyb nikdy není veden přes bolest, tlak. Mobilizace kloubů při rozehrávání je schopna zlepšit tělesné vnímání, zjistit a rozeznat překážku ve smyslu omezené pohyblivosti, svalového napětí, ale také rezervy klienta. Rovněž se docílí rozehrání kloubů a svalů a postupného zvýšení tělesné kondice.

Druhou fází je změna pozice, zde se integrují pohybové postupy, využívá se principu pevných částí a mezer, využívá se pohybový vzorec paralelní, spirální s různým využitím směru pohybu (lineární, kruhovitý, diagonální, pohyb v ose ve 4 směrech). Halmo apeluje na dodržování pravidla, které říká: „*Čím je výraznější je porucha vědomí*

---

<sup>139</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., 2007, cit. 120, s. 20

*klienta nebo porucha vnímání, tím méně personálu rozumí a o to více je zapotřebí dodávat taktilně haptické předávání informací o směru a rozsahu pohybu.*<sup>140</sup>

Nejčastěji se provádí posunutí k hornímu čelu lůžka, posunutí k okraji lůžka, posazení na kraj lůžka, posun vsedě na kraj lůžka, transfer na židli. (viz příloha č. 12)

Poslední fází je uvolnění polohy, kdy klient dosáhne změny polohy, zaujme novou pozici, která je pro klienta pohodlná, klidová a respektuje pravidla polohování k zabránění sekundárním změnám při imobilitě.

Ošetřující personál je při péči o klienty s pohybovým deficitem nebo u klientů s poruchami vnímání vystaven zvýšené námaze, při podpoře a pomoci zvládat s klientem denní činnosti. Je proto důležité, aby byl schopen adekvátně využít jednotlivých forem interakcí, které budou přiměřené ke stavu klientova vnímání a vědomí, pohybových schopností a svými znalostmi byl schopen dodat sebereflexi sobě i svému klientovi.<sup>141</sup>

## **2. CÍLE PRÁCE**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Vytvořit ucelený obraz o možnostech integrace a využití prvků z konceptu bazální stimulace a kinestetické mobilizace do péče o seniory se specifickými problémy

Cíl 2: Podpořit teorii, že propojení konceptů bazální stimulace a kinestetiky vede k rozvíjení vnímání a zlepšení dovedností a schopností

Cíl 3: Ověřit, zda koncepty bazální stimulace a kinestetiky přispívají k podpoře celkového vnímání a zlepšení kvalitu života seniorům s tělesným, sensorickým, mentálním postižením

---

<sup>140</sup> HALMO, R., 2003, cit. 131

<sup>141</sup> NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R., 2007, cit. 121, s. 30

Cíl 4: Jsou li vhodnou komunikačně vzdělávací formou v základní ošetrovatelské péči k dosažení vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility

### **3. METODIKA VÝZKUMU**

#### **3.1 Kvalitativní výzkum**

Pro výzkum byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Vybrala jsem kvalitativní výzkum záměrně, líbí se mi jeho široké pojetí, domnívám se, že se mi takto podaří zkoumat, zda jsou bazální stimulace a kinestetika vhodné k saturaci potřeb klienta a ověřit efektivitu nových konceptů při integraci do péče.

Tak jako v konceptu bazální stimulace je ošetrovající partnerem, zachovala jsem si stejnou roli i jako výzkumník. Disman uvádí, že v kvalitativním výzkumu mizí hranice mezi rolí výzkumníka a rolí participanta, oba se dostávají do rovnocenného vztahu.<sup>142</sup>

Vybrala jsem metodu obsahovou analýzu dostupných literárních zdrojů ke zpracování teoretické části. V praktické části jsem se při sběru dat opírala o obsahovou analýzu dokumentů. Nejvíce údajů jsem načerpala při zúčastněném a nezúčastněném pozorování ze záznamových archů při aplikaci prvků bazální stimulace a kinestetické mobilizace. K popisu integrace konceptů do péče, vývoje sebeobsluhy a mobility klienta jsem použila pomocnou metodu kasuistik. Budou ilustrovat, jakým způsobem bylo provedeno začlenění konceptů do životní situace člověka. Provedla jsem záměrně výběr typických případů, které byly ovlivněny typickým onemocněním, dále popisují případy, nacházející se v různém stádiu onemocnění. Použila jsem skórování klienta na začátku a po ukončení bazální stimulace a kinestetiky (pre-test, post-test) pomocí modifikované tabulky, která zahrnuje aktivity a projevy klienta ve vztahu nezávislosti v jejich vykonávání. Výsledky péče by se mohly projevit i v oblastech, které prozatím v ošetrovatelské péči nejsou testovány a mohly by ukázat projevy bazální stimulace a kinestetiky v oblasti komunikace, vnímání a zájmu o okolí. Tabulka

---

<sup>142</sup> DISMAN, M., Jak se vyrábí sociologická znalost, Praha 2007

vychází ošetrovatelského modelu Hendersonové.<sup>143</sup> Výzkumný vzorek bude dále testován standardizovanými testy, Barthelovým testem a testem Folsteina. Pomocí testů bude dokreslen posun nebo pokles ve vývoji soběstačnosti a mobility, kognice. Tím bude zohledněna klientova soběstačnost při saturaci elementárních potřeb v situaci, ve které se nachází. Rovněž pomocí tabulek budou zveřejněny nejčastější reakce klienta na konkrétní stimulační podněty, získané sběrem dat ze záznamových archů v době pozorování.

S ohledem na ochranu osobních údajů jsou záznamy anonymní. K provedení výzkumu jsem získala svolení od Městské nemocnice Ostrava, originál potvrzení je uložen u vedoucí práce.

### **3.2 Použité techniky**

Prováděla jsem obsahovou analýzu zdravotnické dokumentace, čerpala jsem data především z přijímacích a propouštěcích lékařských, sesterských zpráv, ze záznamů o průběhu pobytu v zařízení, z ošetrovatelských anamnéz společně s ošetrovatelskou anamnézou v konceptu bazální stimulace, ze záznamů reakcí pacienta na bazální stimulaci, ze záznamu individuálního plánování. Jako člen pracovního týmu jsem měla možnost se přímo účastnit na péči o uživatele služby po dobu celého pobytu v zařízení, pozorovat participanty při různých příležitostech a situacích. Prováděla jsem zúčastněné a nezúčastněné pozorování. O své výzkumné činnosti jsem participanty a ošetřující personál neinformovala.

### **3.3 Kritéria výběru**

Hlavním kritériem byla při výběru rozmanitost vzorku, snažila jsem se vybrat participanty podle odlišného onemocnění s různými problémy.

---

<sup>143</sup> PROCHÁZKOVÁ, E., Biografie I: výukový text pro účastníky kurzu, 2009, NCONZO Brno

### **3.4 Charakteristika zkoumaného prostředí a zkoumaného souboru**

Vybrala jsem k pozorování 6 osob. V souboru byli 4 muži a 2 ženy, ve věkovém rozmezí 53–95 let. Všech 6 participantů byli upoutáni na lůžko, nesoběstační, s minimálními smyslovými podněty, odkázáni na péči druhé osoby. Problematická byla jejich spolupráce a komunikace s okolím, z důvodu snížených kognitivních nebo sensorických funkcí. Vzorek jsem vybrala podle diagnóz, které nejčastěji vedou do úplné invalidity, ke ztrátě soběstačnosti, pohybu a sociální interakce s okolím. Vzorek jsem vyhledala ve statisticky vedených údajích o sledovanosti provádění péče dle konceptu bazální stimulace, vedeném na pracovišti. Mezi nejčastěji vyskytovanou diagnózou, u které se bazální stimulace prováděla na oddělení ošetrovatelské a sociální péče, byla centrální mozková příhoda, zlomenina krčku kosti stehenní s přidruženou diagnózou F 03. K ilustraci změněného vnímání jsem vybrala stav po úrazovém subdurálním krvácení a coma vigile, způsobenou rovněž krvácením do mozku. Všech 6 participantů mělo diagnostikovanou duševní nemoc a poruchu chování. V kasuistikách bude popsána péče stimulační, péče poskytující podporu a péče doprovázející.

### **3.5 Charakteristika výzkumu, postup**

Výzkum probíhal v Domě sociálních služeb v Ostravě-Radvanicích při Městské nemocnici Ostrava od dubna 2008 do března 2009. Anamnestická data byla zaznamenávána po celou dobu klienta v zařízení, testování klienta bylo provedeno před integrací bazální stimulace a kinestetiky a po jejich ukončení. Pro výraznější znázornění bylo použito barevné odlišení polí v tabulce, kde jsou zaznamenány vstupní a výstupní schopnosti a dovednosti. Rovněž jsem se snažila o výsledné zhodnocení efektivity obou konceptů za celé období pobytu. K ilustraci celého případu jsem použila kasuistiky, které popisovaly celý průběh pobytu.

Pozorování reakcí bylo zaznamenáváno první 3 týdny po zavedení bazální stimulace do péče, denně mimo sobot a nedělí. U somatické stimulace-koupele pozorování bylo prováděno pouze 1x denně, rovněž i technika ovesného klasu, ostatní stimulace byly zaznamenávány častěji v průběhu dne podle výskytu výkonů. Poté nejčastěji vyskytované reakce participanta byly zaznamenány do záznamového archu, barevně byly odlišeny pozitivní (žlutým zvýrazněním) a negativní reakce (zeleným zvýrazněním).

## **4. VÝSLEDKY**

### **4.1 Kasuistika č. 1 klient A53**

Klient A53, narozený v roce 1956, byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v dubnu 2008.

Osobní anamnéza: od roku 2003 se potýká s častými pády, po pádu ze schodů zlomenina krčku pravého humeru, v listopadu 2008 vážnější pád z křesla, nevyhledal lékaře. 8. ledna 2008 nalezen na zemi v bytě, který byl otevřen hasiči. Odvezen do nemocnice s četnými dekubity a dehydratací, kde nebyly prokázány traumatické změny. Získání informací bylo obtížné pro špatnou srozumitelnost a nelogické odpovědi. Negoval pád, udával, že měl ztuhlá záda z gauče, na zemi si je rovnal. Dle parere jde o psychiatrického pacienta, sám duševní onemocnění negoval. Pobíral invalidní důchod, nevěděl však proč.

V propouštěcí zprávě bylo uvedeno, že pacient byl zanedbaný s četnými dekubity se známkami demence, kachektický, s pravostrannou hemiparézou nejasného stáří, se zhoršenou hybností DKK bilaterálně, s akcentací na PDK, imobilní, inkontinentní, se zavedeným permanentním močovým katétrem, bradypsychický. CT mozku neprokázalo krvácení do mozku. Po 14 denní hospitalizaci byl přeložen do léčebny dlouhodobě nemocných k rehabilitační a ošetrovatelské péči. Po ukončení pobytu v léčebně, zdravotní stav již nevyžadoval ústavní zdravotní péči. Z důvodu nepříznivé sociální situace, trvajících nepříznivého zdravotního stavu a snížené soběstačnosti,

vyžadující péči druhé osoby byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče Domu sociálních služeb.

Rodinná anamnéza: svobodný, měl bratra, který ho pravidelně navštěvoval, měl zavedenou pečovatelskou službu.

Diagnostický souhrn: I 64, J 18.9, E 86, F 20.9

Při setkávání s klientem jsem testovala, jak dalece jsou změněny sebeobslužné schopnosti, pozorovala jsem, jakým způsobem se pohyboval. Mapovala jsem, jaké měl zájmy, přání, co v životě zažil, co měl jednoduše rád. Zjistila jsem, že byl zcela imobilní na lůžku, neschopen základní sebeobsluhy. Pravou končetinou nebyl schopen uchopit a zvednout i lehký předmět, ruku zvedl do úrovně hrudníku, k bradě už pomáhala levá horní končetina. V obou rukách byl slabý stisk. Taxe byla nepřesná. Klient si nepamatoval, že by měl totální endoprotézu ramene. Byl velmi omezený v taktilních podnětech na dolních končetinách, špatně odhadoval polohu končetin, příliš nespolupracoval při testování polohocitu a pohybovosti, snažil se o zrakovou kontrolu. Dolní končetiny nezvedl od podložky, neposunul je po podložce, zvládl vytáčet nohy lehce do stran, přitahovat špičky a kroužit pomalým tempem v kotníku. Celkově byl klient velmi omezený v pohybu na lůžku, nepřetočil se z jedné pozice do druhé. Pokud nebyl podepřen v poloze na boku, přepadával. Rovněž při pasivním sedu měl výrazné problémy s rovnováhou. Doba upoutání na lůžku již přesahovala 4 měsíce, nezjistila jsem, jak se pohyboval před hospitalizací. Klient měl různé verze a na doptávání byl popudlivý.

Při spolupráci největším problémem byla spolupráce a klientova motivace. Velmi špatně se edukoval, pokud měl názor, že konkrétní aktivita je k ničemu, nikdo jej nepřesvědčil. Náladu bych hodnotila jako velmi pesimistickou, v lepším případě rozmrzelou. K zavedení bazální stimulace a kinestetické mobilizace přispěl především pohybový deficit a problémy s rovnováhou. Základními výkony konceptu byla somatická, vestibulární a vibrační stimulace, nástavbové prvky měly spíše účel povzbudit a nenechat klienta bez podnětů z okolí, vyprovokovat větší a různorodější aktivitu. Manipulace s klientem byla prováděna klasickým i kinestetickým polohováním. Protože s klientem bylo možné se verbálně dorozumět, zajímala jsem se



o jeho pocity, jaké byly při manipulaci dle konceptu kinestetiky. Také polohování perličkovými bumerangy většinou využívají lidé, kteří jsou ve vážném zdravotním stavu a nekomunikují. Proto mě zajímal názor i na ně. U klienta se mi osvědčila změna pozice posunutí k hornímu čelu lůžka, posunutí k okraji lůžka, posazení na kraj lůžka a následně transfer na vozík. Verbálně sdělil, že manipulace mu byla příjemná a sám se divil, jak lehce změnil polohu. Pro mne také manipulovat s klientem nebyl problém, možná proto, že celkově bylo tělo velmi bezvládné a dobře se přenášela váha z jedné části na druhou.

Zlom v psychice nastal v okamžiku, kdy mu personál, sám od sebe donesl televizi a DVD přehrávač, který později vyměnil za vlastní videorekordér a filmy. Pro klienta jeden z výraznějších zážitků byla možnost se seznámit s počítačem, prohlížet si webové stránky, vyhledávat, co jej zrovna zajímalo. V tu chvíli byl nadšen.

Posun byl zaznamenán také v rovnováze, denně se prováděla technika ovesného klasu. Již po třetím měsíci byl klient schopen sedět sám bez opory, svalová síla horních končetin se zvýšila. V sebeobsluze na lůžku byl zcela samostatný. Dolní končetiny si zachovaly krouživý pohyb v kotníku a přitahování prstů. K stimulaci dolních končetin byly prováděny před pasivním cvičením částečné povzbuzující koupele, uklidňující nebo neurofyziologická stimulace v době poledního klidu nebo v rámci koupele na sprchovém lůžku. Postupně byl klient schopen aktivního cvičení s dopomocí. Při přesunech dolní končetiny podklesávaly, transfer zvládl pomocí 1 osoby, pokud byl proveden kinesteticky, s odlehčením trupu s horními končetinami klienta vedenými přes záda terapeuta a zapřením terapeutových nohou o nohy klienta. Terapeut pak odlehčenou pánev nasměroval do vozíku. Ve vozíku trávil čas pouze na pokoji. Důvodem byla jeho nechuť setkávat se s jinými lidmi, což bylo respektováno. Bohužel se tak sám uváděl do izolace.

V posledních 2 měsících byl schopen krátkodobého stoje v Jewi chodítku. Pochodování na místě nebo vykročení nezvládal. Poslední měsíc pobytu denně půlkilogramovými činkami trénoval obě horní končetiny. Klient opustil zařízení po 9 měsících, klient si požádal o umístění do domova pro seniory, které mu vyhovělo.

#### 4.1.1 Schéma č. 1 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 1: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování n. A53...	Somatická stimulace	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input checked="" type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	Vizuální kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	
		Polohování Hnízdo	<input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Posazování Hnízdo	<input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Nenavazuje oční kontakt	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input type="checkbox"/> Poloha neomezuje v pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní dopad polohování v hnízdě i při mikropolohování na svalový tonus, který se uvolňuje, dochází k celkové relaxaci i k usínání. Nedošlo k začervenání kůže. Oční kontakt navazuje s terapeutem i s okolím. Polohování poskytuje podporu sebeobsluhy, arch vymezuje i nový aktivní pohyb. Negativní reakce je zaznamenána jako výrazné pocení.

Poznámka: Významné bylo polohování pomocí perličkového bumerangu, klient byl bez něj velmi nestabilní, vyvažoval přepadávání na strany, sjížděl k dolnímu čelu lůžka, zůstal nevhodnou polohu. Navíc se zvyšovalo svalové napětí nejvíce v oblasti krku a ramen. Měkké uložení bylo jen v oblasti sakrální krajiny a dolních končetin. Po stabilizaci hrudníku byl usnadněn pohyb a koordinace rukou k podání osobních věcí, což mu činilo před vypodložením výrazné potíže.

#### 4.1.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 2: Somatická stimulace-Koupel zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. A53...	Somatická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb	
		Koupel zklidňující	<input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input checked="" type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel povzbuzující	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input checked="" type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce
Koupel neurofyziologická	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input checked="" type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při zklidňující koupeli uvolněný svalový tonus s pocitem odlehčení končetiny, při povzbuzující koupeli je vymezeno povzbuzení, zvýšení svalového tonusu a pocit odlehčené končetiny. Při neurofyziologické koupeli je

definováno povzbuzení a uvolněný svalový tonus. Při koupelích bylo využíváno zrcadlo, klient sledoval terapeuta. Byl zaznamenán vyzorovaný aktivní pohyb.

Poznámky z pozorování: Při koupelích bylo využito zrcadlo pro optickou kontrolu nad vykonávanou činností terapeuta především při stimulaci dolních končetin, což zrcadlo umožňovalo. Zrcadlo měl možnost využívat i k jednoduché gymnastice mluvidel, v době pozorování gymnastiku neprováděl. Povzbuzující koupel byla prováděna při ranní hygieně, před cvičením byla do péče zařazována neurofyziologická koupel nebo částečná povzbuzující koupel, prováděná pleťovým mlékem. Nejméně často byla prováděna zklidňující koupel, klient spíše potřeboval zvýšit svalový tonus na dolních končetinách. Jeho dolní končetiny byly téměř bez aktivního pohybu, jediný pohyb, který klient zvládl, byl krouživý pohyb v kotníku a přitahování špičky nohy. Svalstvo dolních končetin jevíly známky atrofie, svalová síla na dolních končetinách byla snížena, testována dorzální flexe proti síle vyšetřujícího. Stisk rukou na obou končetinách slabý, více však vpravo. Subjektivně klient měl z koupelí příjemný zážitek, byl schopen cítit v době koupele, která část těla byla stimulována. Cítil tlak stejnoměrně, udával správně směr pohybu dlaní terapeuta, při zavřených očích správně určil polohu manipulované končetiny. Nepřesná byla taxace, po opravě již bez problému se dotkl nosu, pravou rukou neprovede. Po skončení modulace udával pocit lehkosti, to se také projevilo i při cvičení, kdy byl aktivní pohyb s dopomocí v pravé horní končetině snadnější. Dolní končetiny zůstávaly pocitově stále stejně těžké, rovněž se neobjevil náznak aktivnějšího zapojení svalstva při pasivním cvičení. Nepocítila jsem žádný svalový záškub. Velmi brzy začal využívat elektrický holicí strojek a samostatně provádět hygienu horní části těla. Dolní končetiny byly pak modulovány personálem ve směru proti chlupům, chladnější vodou.

### 4.1.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 3: Vestibulární a vibrační stimulace-Pohyby hlavou, Ovesný klas, Vibrace dlaněmi

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. A53...	Vestibulární stimulace		Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Pohyby hlavou	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez reakce</b>	<input type="checkbox"/> Navazuje <b>oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje očima směr otáčení</b>	<input type="checkbox"/> Strnulý pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy těla</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu Polohy těla	
	Ovesný klas	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Bez reakce <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění, napolohován na terapeuta</b> <input type="checkbox"/> Strach, křečovitá mimika	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje místnost</b> <input type="checkbox"/> Zavírá oči	<input type="checkbox"/> Strnulý pohyb, brání se interakci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Snaha o kooperaci s terapeutem</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora rovnováhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	
Vibrační stimulace	Vibrace dlaněmi	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Klient si uvědomuje stimulovanou část</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Zvýšení svalového tonusu <input type="checkbox"/> Výskyt petechií ve stimulované části <input type="checkbox"/> Bolest, negativní mimika <input type="checkbox"/> Komplikace.....	<input type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost terapeuta</b> <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost terapeuta	<input type="checkbox"/> <b>Schopen se orientovat v tělesném schématu</b> <input type="checkbox"/> Není schopen se Orientovat v tělesném schématu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy končetiny</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy končetiny	

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při vestibulární stimulaci uvolnění, napolohování na terapeuta, oční kontakt s okolím i směrem otáčení, vnímání polohy těla, kooperace s terapeutem a podpora rovnováhy. Při vibrační stimulaci je zaznamenána reakce uvědomění stimulované části, uvolnění svalového tonusu, sledování činnosti terapeuta, schopnost orientovat se v tělesném schématu a vnímání změny polohy končetiny.

Poznámky z pozorování: Klient téměř nebyl schopen bez opory udržet rovnováhu, přepadával do stran i dopředu, k úpravě rovnováhy po dobu pozorování nedošlo, i přes výbornou spolupráci klienta. V sedu ve vozíku využíval pracovní desku, která mu pomáhala cítit se bezpečně.

#### 4.1.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 4: Orální stimulace-Péče o dutinu ústní, Stimulace médiem, Asistence při krmení

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. A53	Orální stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		Péče o Dů <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Podpora slinotoku</li> <li><input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika</li> <li><input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b></li> <li><input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)</li> </ul>	S terapeutem: <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b></li> <li><input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu</li> </ul> S okolím: <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost</b></li> <li><input type="checkbox"/> Nesleduje činnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora sebeobsluhy</b></li> <li><input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu</li> </ul>
		Stimulace u NGS <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika</li> <li><input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst</li> <li><input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům</li> <li><input type="checkbox"/> Příprava k perorálnímu příjmu</li> <li><input type="checkbox"/> Řekne si o konkrétní pokrm, tekutinu</li> <li><input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu</li> <li><input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)</li> </ul>	S terapeutem: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt</li> <li><input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu</li> </ul> S okolím: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sleduje činnost</li> <li><input type="checkbox"/> Nesleduje činnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb</li> <li><input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy</li> <li><input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu</li> <li><input type="checkbox"/> Schopen manipulovat s potravou</li> <li><input type="checkbox"/> Následný perorální příjem</li> </ul>
Asistence při krmení <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Podpora slinotoku</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Příjemný prožitek, pozitivní mimika</b></li> <li><input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Rozezná pokrm, tekutinu</b></li> <li><input type="checkbox"/> Nerozezná pokrm</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b></li> <li><input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost</b></li> <li><input type="checkbox"/> Nesleduje činnost</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Má vizuální kontakt s pokrmem</b></li> <li><input type="checkbox"/> Nemá vizuální kontakt s pokrmem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Schopen koordinace ruka x ústa</b></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Zvládne úchop pečiva, lžice, příboru, hrnku</b></li> <li><input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu</li> </ul>		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při péči o dutinu ústní aktivní pohyb jazyka ke rtům, navazování očního kontaktu i sledování činnosti, je podpořena sebeobsluha. Stimulace médiem nebyla zaznamenána. U asistence při krmení je zaznamenán příjemný prožitek, pozitivní mimika, rozpoznání pokrmu s aktivním pohybem jazyka ke rtům. Klient činnost sleduje, též má vizuální kontakt s pokrmem, je schopen koordinace ruka x ústa, zvládne úchop pečiva, lžice, hrnku.

Poznámky z pozorování: Klientovi není potřeba zajišťovat klasickou orální stimulaci, v příjmu stravy je sice méně soběstačný, ale nabídka stimulů je dost široká. Je schopen požádat si o konkrétní nápoj nebo stravu, vybírá si z nabídky jídel, které jsou v zařízení k dispozici. Pokud byl dodán orální podnět, spíše to byla jídla, která se na jídelničku nevyškytují nebo dotváří atmosféru. Tímto se spíše aktivizovala psychika. Rovněž je schopen využívat kartáčku, má u sebe pastu, zuby čistí levou rukou, zaujímá polohu vsedě na lůžku opřený opěrou, s vypodloženými dolními končetinami.

#### 4.1.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 5: Taktilně haptická stimulace, Olfaktorická stimulace-Využití předmětu z biografie klienta, Využití vůně z biografie klienta

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. A53	Taktilně haptická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Aktivizace jemné motoriky <input checked="" type="checkbox"/> Schopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Neschopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Zklidnění motorického neklidu <input type="checkbox"/> Motorický neklid přetrvává <input type="checkbox"/> Stereotypní, bezúčelné pohyby <input type="checkbox"/> Předmět je ohmatán, poté v činnosti ustává, nejeví zájem <input type="checkbox"/> Nereaguje vůbec	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Využití předmětů z biografie klienta	<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input checked="" type="checkbox"/> Rozpozná vůně <input type="checkbox"/> Nerozpozná vůně <input checked="" type="checkbox"/> Zorientuje se v činnostech, v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje předmět <input type="checkbox"/> Nesleduje předmět	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Olfaktorická stimulace		S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input checked="" type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje reakce na taktilně haptickou stimulaci v aktivizaci jemné motoriky, schopnost rozeznat předmět, navazuje oční kontakt s terapeutem i s předmětem. Nově je podchycen nový aktivní pohyb s následnou podporou sebeobsluhy. V olfaktorické stimulaci se nejvíce projevila aktivizace komunikačních schopností, orientace v činnostech a denní době, klient rozezná vůně. Vyhledává oční kontakt s terapeutem i s okolím. Vypozorován nový aktivní pohyb, byla podpořena sebeobsluha.

Poznámky z pozorování: Klient zapojuje postiženou ruku do všech činností, je k sobě trpělivý, má své pomalejší tempo, ale je vytrvalý. Prsty jsou sevřeny v pěst, ale je schopen vůlí prsty roztáhnou, ale ne úplně vyrovnat. Nově byl schopen zastříhávat si knírek, elektrický strojek nahradil jednorázovými žiletkami, zvládl odšroubovat uzávěr kolínské vody. Prsty pravé končetiny stimuloval malou plyšovou hračkou, kterou měl

z předešlé hospitalizace. Také s ní trénuje sám pouštění a znovu uchopení, což se mu celkem daří.

#### 4.1.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta A53

Tabulka č.6: Optická stimulace-Využití známých optických stimulů, Terapie prostředím

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování n.A53	Optická stimulace	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Rozezná období, místo původu věci <input type="checkbox"/> Rozpozná předměty, osoby, zvířata <input type="checkbox"/> Nerozezná období, místo původu <input type="checkbox"/> Nerozezná předměty, osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	Vizualní kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Změna prostředí	<input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Orientuje se místem <input type="checkbox"/> Neorientuje se místem <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce na optické stimuly v aktivizaci pozitivních emocí, vyvolání vzpomínek, aktivizace komunikace, klient rozezná období a místo donesených věcí, rozeznává předměty, osoby, zvířata, navazuje oční kontakt s terapeutem i s okolím. V pohybové aktivitě je rovněž zaznamenána společně s podporou sebeobsluhy. Působení prostředí mělo vliv na pozitivní emoce, vyvolání vzpomínek a komunikačních schopností. Orientace v denní době a místě je zaznamenána pozitivně. Oční kontakt je navázán s terapeutem i s prostředím, pohybová aktivita je pozitivní s podporou sebeobsluhy.

Poznámky z pozorování: Pro klienta měla optická stimulace význam spíše aktivizační, než orientační, podpořily se emoce, motivace. Jakmile byly zjištěny příjemné okamžiky, které ve svém životě strávil např. o dovolené, personál zajistil mapu Evropy, pohlednice, jednotlivých evropských měst. Klientovi byla zajištěna televize s DVD přehrávačem a oblíbené akční filmy. Manipuloval s ovládačem, byl schopen samostatně



si upravit polohu do sedu pomocí elektrického lůžka. Začal mít potřebu zabavit se. Orientoval se velmi dobře v denním režimu, využíval hodiny k orientaci času sám. Velmi pozitivně na klienta působil pobyt venku, v přírodě. Čas venku trávil na lůžku.

#### 4.1.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta A53

Tabulka č. 7: Auditivní stimulace-Využití vyprávění, předčítání, zpěvu, využití reprodukované hudby nebo mediálních rozhlasových a TV pořadů

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. A53	Auditivní stimulace	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Vzpomene si melodie, slova <input type="checkbox"/> Rozpozná osoby <input type="checkbox"/> Nerozezná osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	Vizuální kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Využití zvuků	<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí, <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní emoce, vyvolání vzpomínek a produkci rozhovoru při aplikaci vyprávění a zpěvu, vybavení si melodie a slova písní, nemá problémy v udržení zrakového kontaktu. Reprodukováná hudba měla na klienta rovněž pozitivní dopady, především klient se dobře orientoval denní době, byla podpořena psychika a komunikace. Auditivní stimulace měla vliv na aktivaci pohybu a podpory sebeobsluhy.

Poznámky z pozorování: Auditivní stimulace měla především vliv na psychiku, na zahájení sociální interakce s ostatními přítomnými. Počáteční negativismus byl překonán, byla podpořena důvěra k personálu. Témata rozhovorů s personálem byla většinou hodně filozofická s nádechem pesimismu, chybělo nadšení, zasmál se

málokdy, párkrát vtipům. Se spolubydlicími nekomunikoval vůbec, stranil se společnosti, odmítal trávit s ostatními volný čas. Auditivní podněty, které mohl sám ovlivnit, volil jak dlouho, kdy a co bude poslouchat. Oblíbené rozhlasové stanice byly Katovice, Ostrava, CD nosiče klasická hudba. Zvládl manipulovat s rádiem i s přehrávačem.

#### 4.1.8 Výsledky bodového skóre u participanta A53

Tabulka č. 8

Potřeby dle Henderson	10. 8. 2008	12. 1.2009	Potřeby dle Henderson	10. 8.2008	12. 1. 2009
Komunikace	2	2	Orientace	1	1
Mobilita	4	3	Umýt se	4	3
Jídlo a pití	3	2	Obléci se	4	3
Vylučování (M)	4	1	Zaměstnat se	4	1
Vylučování (S)	4	3	Dýchání	1	1
Klid a spánek	2	1	Vnímání stimulační	3	2
<b>Celkové skóre</b>	<b>33</b>	<b>20</b>	<b>Test pro srovnání ADL 5, 35 Test MMSE 22, 22</b>		

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Tabulka vymezuje sníženou závislost oproti pre-testu v oblastech mobilita, jídlo a pití, vylučování moče a stolice, klid a spánek, umývání, oblékání, zaměstnání se, vnímání stimulační. Hodnoty ADL se zvýšily, dokazují zlepšení v sebeobslužných činnostech. Hodnoty MMSE bez vývoje.

Poznámky: Klient dosáhl největšího posunu v dovednostech sebesycení, kontinence a schopnosti zaměstnat se během dne. Změnil se jeho zájem o okolí, jeho motivace k vlastnímu životu dosáhl větší mobility, konkrétně zvládl změnit svou polohu na lůžku, dokázal se otočit, pomocí visuté hrazdičky byl schopen se posadit, ovšem transfer mimo lůžko bez výrazné dopomoci personálu nebyl možný. Pomocí mechanického vozíku se stal klient mobilním po oddělení. Problémem byla porucha chování, která se projevovala zatvrzelostí k názorům a radám jiným. Pokud jejich názor zhodnotil jako chybný, neusiloval o rozvoj dalších svých dovedností. Mírně byl zasažen logický úsudek, uvažování simplexní.

#### 4.1.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po dobu 9měsíců

Shrnutí: Pro klienta integrace bazální stimulace do péče byla efektivní. Podněty, kterých sám nemohl dosáhnout, byly zprostředkovány stimulační péčí somatickou, vestibulární a vibrační stimulací. Podněty měly význam pro poskytnutí vjemů k stimulaci povrchového a hlubokého cití. Klient měl zážitky ze změny polohy, z působení gravitace, tlaku, byl stimulován vestibulární systém, měl možnost zpracovávat informace o poloze, pohybu svých končetin, cítit vibrace. Nástavbové prvky měly spíše aktivizační sílu.

**Bazální stimulace byla kombinována s kinestetickými principy, vnímání bylo rozvíjeno. Nebyly obnovené dovednosti a schopnosti, které klient měl před onemocněním, ale bylo zaznamenáno zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientovi byl poskytnut oběma koncepty větší přísun stimulů k rozvíjení celkového vnímání a zlepšení kvality života. Oba koncepty byly vhodnou komunikačně vzdělávací formou v bazální rovině a bylo dosaženo vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Velký význam koncepty sehrály v aktivizaci psychiky.**

#### 4.2 Kasuistika č. 2 klient B67

Klient B67, narozený v roce 1942, byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v červenci 2008.

Osobní anamnéza: V březnu 2008 po pádu v ebrietě přijat na neurochirurgickou jednotku intenzivní péče s CT nálezem vícečetných hemoragických kontusních ložisek mozku a zlomeniny pravé klíční kosti. Pro rozvoj dechových potíží byl přechodně na umělé plicní ventilaci. Postupně úprava vědomí, kontrolní vyšetření CT mozku má obraz resorpce subdurálního hematomu a prokrváceného ložiska. Klient s neurologickým nálezem, konkrétně s centrální pravostrannou hemiparézou,

s poklesem koutku vpravo, v popředí psychoorganický syndrom. V lékařské zprávě jsou zmínky i o epilepsii nejspíše toxometabolické etiologie, chronický abúzus ethanolu, fumator. Přeložen do léčebny k pokračování rehabilitace, ošetrovatelské péči a nácviku sebeobsluhy.

Po ukončení pobytu v léčebně, zdravotní stav již nevyžadoval ústavní zdravotní péči. Z důvodu nepříznivé sociální situace, trvajících nepříznivého zdravotního stavu a snížené soběstačnosti, vyžadující péči druhé osoby byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče Domu sociálních služeb.

Rodinná anamnéza: ženatý, bydlí s manželkou, starobní důchodce. Manželka není schopna zvládnout péči o manžela. Klient má vypsanou žádost do 2 domovů pro seniory.

Diagnostický souhrn: I 64, S 06.5, W 19.9, F 03

S klientem jsem se poprvé setkala při sestavování individuálního plánu, byl zcela imobilní, nesoběstačný, se zavedenou nasogastrickou sondou, permanentním močovým katétre, dezorientovaný osobou, místem i časem. Byl uložen na polyuretanové antidekubitní podložce, měl vysoké skóre potencionálního rizika vzniku dekubitů. Komunikace chyběla. Chování klienta bylo více než apatické, s mírným psychomotorickým neklidem v době bdělosti. Spal v delších intervalech, až 18 hodin denně. Nebyl schopen vyjádřit své potřeby. Chyběly podněty ke zpracování polohy a pohybu, klient byl 4. měsíc upoután na lůžku s minimálním zlepšením pohybových, kognitivních funkcí. Bazální stimulace integrována časně od příjmu, nejprve využity techniky somatické stimulace. Konkrétně iniciální dotek na pravém rameni, polohování do hnízda a posazování do hnízda pomocí perličkových pomůcek, koupelemi osvěžujícími, zklidňujícími a neurofyziologickými. Typ koupele se volil podle stavu bdělosti klienta, zda potřeboval zklidnit nebo naopak povzbudit. Pro spastické držení pravostranných končetin bylo využito i částečné diametrální koupele, bohužel spasticita příliš ovlivněna nebyla. Po 3 týdnech koupele se prováděly s pasivní asistencí klienta, dominantní rukou. Při polohování se provádělo kinestetické zahřívání svalů. Při vestibulární stimulaci při technice ovesného klasu se trénoval současně i sed na lůžku. Rodina výborně spolupracovala, nejvíce manželka. Po měsíci je schopen

přijímat malé množství jogurtu ústy. K otevření úst je slovně nabádán. Za další měsíc dochází k prvnímu výraznému zlepšení v přijímání kašovitě stravy lžičkou, klient otvírá ústa sám po zdárném polknutí. Komplikací je moment, kdy má sousto v ústech, budí dojem zapomenutí se, přestává žvýkat a ztrácí oční kontakt s pokrmem. Bývá k aktivitě slovně podněcován. Příjem stravy a tekutin je nepostačující k zajištění energetické hodnoty pro celý den, nasogastrická sonda musí být ještě zachována. Nebýt odkázán na výživu a hydrataci sondou se klientovi podařilo až v prosinci, po pětiměsíčním tréninku. Jednou z příčin úspěchu perorálního příjmu byla znalost klientových oblíbených pokrmů a nápojů. Pohyblivost nebyla příliš změněna, transfer do vozíku byl prováděn pasivně standardním i kinestetickým způsobem. Sed ve vozíku byl stabilní pouze po zapolohování perličkovým polštářem tzv. opěrkou s žebry. Pro větší stabilitu a prevenci bolestivého ramene byl v sedu ve vozíku využíván pracovní stůl, příslušenství pro vozíček. Dalším posun byl zaznamenán v zájmu o okolí a především k udržení pozornosti k okolí. Nebyl schopen navázat sociální vztah, pokud byl ve skupině, pozoroval činnost jiných, např. při pohybovém cvičení bylo vidět, že je schopen nápodoby.

Klient získal po 6měsíčním pobytu umístění do domova pro seniory.

#### 4.2.1 Schéma č. 1 klienta B67

Tabulka č. 9: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. B67...	Somatická stimulace	Polohování Hnízdo	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input checked="" type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenalou kůži	Vizualní kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	Spolupráce, aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Posazování Hnízdo	<input checked="" type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input checked="" type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input checked="" type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenalou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Mikro	<input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Stabilní poloha <input checked="" type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Nenavazuje oční kontakt	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input checked="" type="checkbox"/> Poloha neomezuje v pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce klienta při polohování do hnízda uvolněním svalového tonusu, byla zaznamenána relaxace, usínání i spánek, poloha stabilní, bez vypožorované aktivity s krátkodobým navázáním očního kontaktu. Při mikropolohování byla zaznamenána nestabilní poloha, s nenavázaným očním kontaktem. Pozitivně vyznačena neomezenost v pohybu.

Poznámky z pozorování: Klient byl krátkodobě, v době stravování přes nasogastrickou sondou, pomocí opěry a vypodložení pánve s fixací hrudníku perličkovým hadem vysazován. V poloze byl klidný, krátkodobě udržel pozornost. Polohování bylo vyhovující, klient byl nacházen ve stejném fyziologickém uložení, bylo možné dodržet zásady polohování podle Bobath konceptu. Polohování se zaměřuje na preventivní

opatření proti vzniku bolestivého ramene, častou komplikací u CMP. Nebylo využito měkké uložení.

#### 4.2.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta B67

Tabulka č.10: Somatická stimulace Koupel zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogická

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. B67...	Somatická stimulace	Koupel zklidňující	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input checked="" type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	Vizualní kontakt S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input checked="" type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel povzbuzující	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input checked="" type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel neurofyzilogická	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input checked="" type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input checked="" type="checkbox"/> Bez reakce

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při zklidňující koupeli zklidnění, uvolněný svalový tonus, při povzbuzující koupeli je vymezeno povzbuzení, zvýšení pozornosti, zvýšení svalového tonusu. Při neurofyzilogické koupeli je definováno povzbuzení,

zvýšená pozornost a uvolněný svalový tonus. Při koupelích bylo využíváno zrcadlo, klient sledoval terapeuta, navazoval oční kontakt. Nebyl zaznamenán vypořádaný aktivní pohyb.

Poznámky z nezúčastněného pozorování: Klient velmi apatický, nereaguje na slovní podněty, při koupelích se probouzí, ale je pozorován velmi krátký čas bdělosti. Pohled do zrcadla směřuje, mimika má spíše nechápavý výraz. Činnost terapeuta sleduje krátkodobě. Při otáčení vypořádaný strach, zvýšené svalový tonus na horních a dolních končetinách, pracuje proti síle manipulujícího.

#### 4.2.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta B67

Tabulka č. 11: Vestibulární a vibrační stimulace-Pohyby hlavou, Ovesný klas, Vibrace dlaněmi

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p..B67...	Vestibulární stimulace	Pohyby hlavou	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez vegetativní reakce</b>	Vizuální kontakt <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje očima směr otáčení</b>	Spolupráce, aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Strnulý pohyb</b> <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy těla</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy těla
		Ovesný klas	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Bez reakce <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input type="checkbox"/> Uvolnění, napolohován na terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Strach, křečovitá mimika</b>	<input type="checkbox"/> Sleduje místnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Zavírá oči</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Strnulý pohyb, brání se interakci</b> <input type="checkbox"/> Snaha o kooperaci s terapeutem <input type="checkbox"/> Podpora rovnováhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Vibrační stimulace	<input type="checkbox"/> Vnímá stimulovanou část <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Zvýšení svalového tonusu <input type="checkbox"/> Vznik petechií <input type="checkbox"/> Bolest, negativní mimika <input type="checkbox"/> Komplikace.....	<input type="checkbox"/> Sleduje činnost terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost terapeuta</b>	<input type="checkbox"/> Schopen se orientovat v tělesném schématu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Není schopen se orientovat v tělesném schématu</b> <input type="checkbox"/> Vnímá změnu polohy končetiny <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nevnímá změnu polohy končetiny</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při vestibulární stimulaci při otáčení hlavy vymezena reakce strnulosti, bez vegetativní reakce, sledování očima směr otáčení, vnímá změnu polohy těla. Při technice ovesného klasu je zaznamenán strach, křečovitá



mimika, strnulý pohyb, brání se interakci, zavírání očí. Při vibrační stimulaci je zaznamenána reakce uvědomění stimulované části, uvolnění svalového tonusu, nesledování činnosti terapeuta, neschopnost orientovat se v tělesném schématu a ve vnímání změny polohy končetiny.

Poznámky z pozorování: Klient zaujímal bezvládnou polohu v lůžku. Při vestibulární stimulaci převládaly negativní reakce na změnu polohy, ale s postupnou úpravou. Při sedu byl fixován terapeutem, k sledování projevů a eventuelní pomoci pracoval terapeut ve dvojici. Při změně pozice byl využit koncept kinestetiky, konkrétně rozehrátí, změna pozice k hornímu čelu lůžka a posunutí k okraji lůžka. Klient nekomunikoval, nebylo možné s určitostí zjistit, jak vnímá změnu polohu. Z počátečních obranných reakcí usuzuji, že vnímal změnu polohy, nedokázal se však situaci orientovat a uvědomit si pohyb končetin, což mohlo vyvolat obavy z pádu.

#### 4.2.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta B67

Tabulka č. 12: Orální stimulace-Péče o dutinu ústní, Stimulace médiem, Asistence při krmení

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. B67	Orální stimulace	Péče o DÚ	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, <b>pozitivní mimika</b> <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b> <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	Vizuální kontakt	S terapeutem: <input type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost</b>	Spolupráce, aktivní pohyb	<input type="checkbox"/> <b>Nový aktivní pohyb</b> <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Stimulace u NGS	<input type="checkbox"/> <b>Příjemný prožitek, pozitivní mimika</b> <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b> <input type="checkbox"/> Příprava k perorálnímu příjmu <input type="checkbox"/> Řekne si o konkrétní pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nový aktivní pohyb</b> <input type="checkbox"/> <b>Podpora sebeobsluhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input type="checkbox"/> <b>Schopen manipulovat s potravou</b> <input type="checkbox"/> <b>Následný perorální příjem</b>		
		Asistence při krmení	<input type="checkbox"/> <b>Podpora slinotoku</b> <input type="checkbox"/> <b>Příjemný prožitek, pozitivní mimika</b> <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nerozezná pokrm</b> <input type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b> <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	<input type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost</b> <input type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost</b> <input type="checkbox"/> <b>Má vizuální kontakt s pokrmem</b> <input type="checkbox"/> Nemá vizuální kontakt s pokrmem	<input type="checkbox"/> <b>Schopen koordinace ruka x ústa</b> <input type="checkbox"/> <b>Zvládne úchop pečiva, lžice, příboru, hrnku</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při péči o dutinu ústní podporu slinotoku, pozitivní mimiku, snížený svalový tonus v oblasti úst a aktivní pohyb jazyka ke rtům. Během stimulace byl navazován oční kontakt, nebyla sledována činnost. Byl zaznamenán aktivní pohyb. Stimulace médiem vykazuje posun v pozitivní mimice, byl snížen svalový tonus a zaznamenán aktivní pohyb jazyka. Záznam poukazuje na přípravu k perorálnímu příjmu. Při stimulaci s médiem je navázán oční kontakt, ale nesleduje činnost. Posunu v aktivitě, schopnost manipulovat s potravou a následný perorální příjem. U asistence je podpořen slinotok, pozitivní mimika, aktivní pohyb jazyka ke rtům. Klient činnost sleduje, má vizuální kontakt s pokrmem, je schopen koordinace ruka x ústa, zvládne úchop pečiva. Negativně je zaznamenáno nerozeznání pokrmu.

Poznámky z pozorování: Klient přijímal stravu nasogastrickou sondou, často měl otevřená ústa, s malou salivací. Hygiena dutiny ústní se zbytkovým chrupem byla prováděna zubním kartáčkem, a malým množstvím zubní pasty vsedě. Postupně byl kartáček vkládán do ruky klienta, snažil se nasměrovat kartáček ke rtům. Poté byla prováděna asistovaná hygiena dutiny ústní, klient ztrácel pozornost nad situací. V orální stimulaci nejlépe reagoval na Coca-colu. Perorální příjem byl zahájen po dobu výživy sondou, polykací akt v pořádku, problémem bylo bradypsychické tempo. Sousto bylo zadržováno v ústech, mimika vyjadřovala zájem při vložení stravy do úst, pak ve žvýkání ustal. Stále povzbuzován. Postup se cyklicky opakoval, nejprve zájem, poté ustávání v činnosti. Během pozorování verbálně nebo neverbálně nepožádal o konkrétní nápoj nebo stravu, ale začíná se rozvíjet komunikace, která je jednoslovní, ale obsahově správná. Ke konci pozorování se učí úchopu pečiva.

#### 4.2.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta B67

Tabulka č. 13: Taktilně haptická stimulace, Olfaktorická stimulace-Využití předmětu z biografie klienta, Využití vůně z biografie klienta

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p.B67	Taktilně haptická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace jemné motoriky <input type="checkbox"/> Schopen rozpoznat předmět <input checked="" type="checkbox"/> Neschopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Zklidnění motorického neklidu <input checked="" type="checkbox"/> Motorický neklid přetrvává <input checked="" type="checkbox"/> Stereotypní, bezúčelné pohyby <input checked="" type="checkbox"/> Předmět je ohmatán, poté v činnosti ustává, nejeví zájem <input type="checkbox"/> Nereaguje vůbec	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Olfaktorická stimulace	Využití předmětů z biografie <input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Rozpozná vůně <input checked="" type="checkbox"/> Nerozpozná vůně <input type="checkbox"/> Zorientuje se v činnostech, v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje předmět <input type="checkbox"/> Nesleduje předmět	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní reakce na taktilně haptickou stimulaci v aktivizaci jemné motoriky, navazování očního kontaktu s terapeutem i s předmětem. Nově je podchycen nový aktivní pohyb s následnou podporou sebeobsluhy. Negativně je podchycen nerozeznání předmětu, přetrvávající motorický neklid, stereotypní neúčelné pohyby, ohmatání předmětu, ale ukončení činnosti V olfaktorické stimulaci se projevila aktivizace komunikačních schopností, navazuje oční kontakt s terapeutem i s okolím. Vypozorován nový aktivní pohyb, byla podpořena sebeobsluha. Není posun v rozeznání vůní.

Poznámky z pozorování: Klient na první pohled působí neklidným dojmem, pohyb zvládne pouze levou rukou, je schopen se poškrábat, odsunout věci, které mu vadí, ale také si vytahuje často nasogastrickou sondu, táhá močový katétr. Pokus o odpoutání pozornosti vkládáním předmětů je neefektivní. Reagoval výborně na vůni bramborového placku, je schopen verbálně komunikovat.

#### 4.2.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta B67

Tabulka č. 14: Optická stimulace-Využití známých optických stimulů, Změny prostředí

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p..B67	Optická stimulace	Reakce :negativa, pozitiva <input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Rozezná období, místo původu věci <input checked="" type="checkbox"/> Rozpozná předměty, osoby, zvířata <input type="checkbox"/> Nerozezná období, místo původu <input type="checkbox"/> Nerozezná předměty, osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	Vizuální kontakt S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Změna prostředí	<input checked="" type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input checked="" type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Orientuje se místem <input checked="" type="checkbox"/> Neorientuje se místem <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce na optické stimuly v aktivizaci pozitivních emocí, vyvolání vzpomínek, aktivizace komunikace, rozeznávání předmětů, osob, zvířat, navázání očního kontaktu s terapeutem i s okolím. Bez zlepšených výsledků jsou reakce poznávání věcí a okolí, v rozeznávání období a místa donesených věcí. Posun je v pohybové aktivitě a podpoře sebeobsluhy. Působení prostředí mělo vliv na pozitivní emoce a komunikaci. Oční kontakt byl navazován s terapeutem i s prostředím, pohybová aktivita je vymezena jako pozitivní s podporou sebeobsluhy. Negativně je zaznamenána orientace denní doby a místa.

Poznámky z pozorování: Klient měl kolem lůžka uspořádány drobné předměty z domova, vnučata donášela s věnováním svému dědečkovi obrázky, které byly umístěny do zorného pole klienta. Manželka donášela zvětšené fotografie, na které klient občas reagoval. Nejlépe reagoval na televizní noviny a sport, udržel pozornost, byl schopen říct jedním slovem, na co se dívá.

#### 4.2.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta B67

Tabulka č. 15: Auditivní stimulace-Využití vyprávění, předčítání, zpěvu, využití reprodukované hudby nebo mediálních rozhlasových a TV pořadů

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. B67	Auditivní stimulace	Reakce :negativa , pozitiva	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Vzpomene si melodií, slova <input type="checkbox"/> Rozpozná osoby <input checked="" type="checkbox"/> Nerozezná osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input checked="" type="checkbox"/> Nesleduje podnět	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí, <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input checked="" type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při používání vyprávění, předčítání, zpěvu pozitivní emoce a aktivizaci komunikačních schopností. Záznam uvádí klientovu schopnost vybavit si melodií a text písně, navazuje zrakový kontakt, ale chybí udržení pozornosti při sledování podnětu. Při použití reprodukováných zvuků byla zaznamenána pozitivní emoce, komunikace, navázání očního kontaktu a sledování okolí. Auditivní stimulace měla vliv na podporu sebeobsluhy. Záznam uvádí minimální reakci rozeznání osob, které hovoří, zpívají, rovněž nebyla podpořena orientace v denní době.

Poznámky z pozorování: Jako podnět auditivní stimulace byly využity nahrávky Bohdalové a Menšíka, Miroslava Horníčka, Marie Rottrové, Moravanky a lidových písní. Na některé texty lidových písniček si vzpomněl, zvládl přizvukovat. Pro klienta měla auditivní stimulace největší význam k provokování komunikace.

#### 4.2.8 Výsledky bodového skóre u particpanta B67

Tabulka č. 16

Potřeby dle Henderson	11. 7. 2008	2. 12. 2009	Potřeby dle Henderson	11. 7. 2008	2. 12. 2009
Komunikace	4	3	Orientace	4	3
Mobilita	4	3	Umýt se	4	4
Jídlo a pití	4	3	Obléci se	4	4
Vylučování (M)	4	4	Zaměstnat se	4	4
Vylučování (S)	4	4	Dýchání	1	1
Klid a spánek	4	2	Vnímání stimulance	4	3
<b>Celkové skóre před A po aplikaci</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	Test pro srovnání: ADL 0, 0 MMSE 0, 3		

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Modifikovaná tabulka potřeb ukazuje změnu největšího posunu v dovednostech komunikace, mobility, při sebesycení, v oblasti klid a spánek, orientace a vnímání stimulací. Hodnoty ADL zůstaly nezměněny, MMSE mírný vzestup.

Pozorování: Poté, co se změnil jeho zájem o okolí, dosahoval výsledků i v jiných oblastech.

#### 4.2.9 Výsledky efektivity bazální stimulance a kinestetiky po dobu 6 měsíců

Bazální stimulance a kinestetika byla efektivní, po celou dobu měla charakteristiku péče stimulační. Nejvýraznějšího posunu klient dosáhl přechodem na perorální příjem stravy a tekutin. Klient byl krmen, ale byla podporována jemná motorika, úchop hrnku, chleba. Zlepšila se koordinace ruka x ústa. Dokázal se rozhodnout se ze dvou variant, co mu lépe chutná. V mobilitě došlo k zlepšení, dokázal držet rovnováhu trupu, ale jen ve vozíku, kde byl sed stabilní. Nebyla li opěrka zad, přepadával dozadu. Změnou v komunikaci bylo dosaženo jednoduchého rozhovoru, klient byl schopen na otázku vyjádřit, jaký podnět je příjemný, který není, vyjádřit souhlas, nesouhlas k provádějíci činnosti. Orientoval se, kdo je, poznal svou rodinu. Nezvládl složitější kognitivní trénink, nezvládl se podepsat, provést jednoduché početní výkony, přiřazovat k počtu

čísla. Rozeznal písmena a čísla, dokázal číst, ale jen na výzvu. Sám nelistoval v časopise nebo v knize. Byl více pozorný k okolí. Lépe chápal děj kolem sebe.

Klient měl změny ve vnímání tělesného schématu, nedokázal se pohybovat, proto bylo zapotřebí, aby klient měl možnost prožít somatické, vestibulární a vibrační podněty. V prvních týdnech nebyla zaznamenána verbální komunikace, bylo ztížené zjistit, které podněty jsou líbivé a které překáží.

Rovněž v úvodu manifestace psychomotorického neklidu, který se postupně upravoval. **Bazální stimulace byla kombinována s kinestetickými principy, vnímání bylo rozvíjeno. Nebyly obnovené dovednosti a schopnosti, které klient měl před onemocněním, ale bylo zaznamenáno zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientovi byl poskytnut oběma koncepty větší přísun stimulů k rozvíjení celkového vnímání a zlepšení kvality života. Oba koncepty byly vhodnou komunikačně vzdělávací formou v bazální rovině a bylo dosaženo vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Velký význam koncepty sehrály v aktivizaci psychiky.**

#### 4.3 Kasuistika č. 3 klient C83

Klient C83, narozený v roce 1926, byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v únoru 2009.

Osobní anamnéza: V prosinci 2008 byl klient hospitalizován pro opakované pády s vícečetnými hematomy po těle, končetinách i hlavě, se sériovými zlomeninami žeber staršího data, poté hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných k pokračování léčebné a rehabilitační péče. V léčebně došlo k zlepšení mobility až do samostatné chůze s dohledem. Stav zkomplikován bronchopneumonií, febrilním stavem, poté již vertikalizaci nezvládl. Došlo k poklesu sebeobslužných funkcí, při propuštění z léčebny dosahoval klient skóre v ADL 5 bodů, v MMSE 0.

Rodinná anamnéza: vdovec, žil u syna, v posledním roce opouštěl byt, bloudil, nepoznával své okolí a své blízké. Byla zavedena pečovatelská služba. Klient nebyl

schopen se navrátit do domácího prostředí pro nutnost 24 hodinové péče, která by nebyla zajištěna.

Diagnostický souhrn: S 20.2, W 50.0, I 70, F 03

Osobní anamnéza: Klient byl zcela imobilní, nesoběstačný při příjmu jídla a tekutin, v oblasti hygieny a oblékání, dezorientovaný osobou, místem a časem, inkontinentní. Do minulého roku se léčil se přípravkem Aricept. V době pozorování nerozeznal předměty, k jakému účelu slouží, měl problémy s řečí, především ve vyjadřování. V dokumentaci nebyly popsány potíže se zrakem, neměl u sebe brýle, ale nebyl schopen přečíst článek v časopise. Pokud byl text vytištěn na počítači písmem 22b, zvládl jej přečíst. Nebyl schopen podpisu. Při optické stimulaci se vybíraly zvětšené kartičky, obrázky, fotografie. Byla využita PowerPointova prezentace dobových fotografií staré Ostravy. Rozeznal několik velmi známých míst. Zachovalými schopnostmi byl krátkodobý sed na lůžku, úchop předmětů denní potřeby, byl schopen odhrnout příkryvku, podat si osobní věci z nočního stolku. Těmto činnostem chyběl však logický sled, spíše měly charakter motorického neklidu. Využití stimulačních podnětů mělo klientovi umožnit snadněji zpracovat podněty z okolí a lépe pochopit konané činnosti. Neklid se projevoval nejčastěji v době poledního klidu. Pokusy zaměstnat klienta pomocí vkládáním známých předmětů do rukou nebylo vždy efektivní. Pro taktilní stimulaci je na oddělení k dispozici malá maketa-trenažér s různými předměty z domácnosti, převážně určené pro muže, u kterých je předpoklad, že byli domácími kutily a měli s těmito předměty taktilní zkušenost. Maketa byla využívána i u tohoto klienta, byl automechanik, ženatý, což byl předpoklad úspěchu, že bude schopen rozpoznat, na co sahá. Zajímavé bylo, že byly odhaleny dovednosti, které byly zachovány. Snadno manipuloval s vodovodními kohoutky u baterie, dokázal zašroubovat i odšroubovat dvěma prsty maticky, šroubky, odemykat a zamykat zámek. Nebyl schopen verbálně říci, co dělá nebo poznat, o jaký předmět jde, také brzy přestal mít o činnost zájem. Motorický neklid ustával po zklidňujících koupelích, masáži stimulující dýchání, na vycházkách a při společném pobytu s ostatními spoluobyteli při volnočasových aktivitách. Přestože se pohybově aktivně nezapojoval při pohybových aktivitách, bylo pozorováno udržení pozornosti. Při společných



rozhovorech ve skupině klient adekvátně odpovídal při osobních otázkách, typu: „A jaké jídlo Vám vařila maminka? Jak se jmenoval Váš kamarád ze školy? Nejkrásnější vánoční dárek? Oblíbená barva?“ Pohybově klient nedosáhl za období 2 měsíčního pozorování výraznějších pokroků v chůzi. Postupně zvládl samostatně jíst s dohledem, asistovaně se umýt u umyvadla, obléci si jednoduchý oděv na horní polovinu těla. Největší posun klienta byl zaznamenán v interakci s okolím, v komunikaci s adekvátní odpovědí, byl schopen vyjádřit, co se mu líbí a co ne, poznal svůj pokoj a své osobní věci, věděl své jméno a příjmení. Byl schopen říct jména své maminky, svého tatínka, ale už si nevzpomněl na jméno svého syna, dokonce jej nepoznával. Personál oslovoval slečno, pane, rozlišil muže a ženu. Také udržel pozornost, pokud byl ve skupině nebo vycházce. Motorický neklid se v posledním měsíci objevoval velmi zřídka, aniž by byla upravena psychiatrická medikace. Klient čeká na umístění do domova pro seniory.

### 4.3.1 Schéma č. 1 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 17: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. C83	Somatická stimulace		Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		Polohování Hnízdo	<input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Stabilní poloha <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nestabilní, nevyhovující poloha</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy</b> <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje okolí</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivita beze změn</b> <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Posazování Hnízdo	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Relaxace, usínání, klidný spánek</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje okolí</b> <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nový aktivní pohyb</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora sebeobsluhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Mikro	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Relaxace, usínání, klidný spánek</b> <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input checked="" type="checkbox"/> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Nenavazuje oční kontakt	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poloha neomezuje v pohybu</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce klienta při polohování do hnízda nestabilní, nevyhovující polohu, je zaznamenáno odstraňování pomůcek a snaha vymanit se z pomůcek. Jen krátkodobě je navázán oční kontakt, je popsáno nesleduje okolí, bez změny v aktivitě. Při posazování do hnízda záznamový arch vymezuje reakci uvolnění svalového tonusu, relaxace, usínání, klidný spánek, s vyzorovanou aktivitou s navázáním očního kontaktu a sledování okolí. Při mikropolohování byla zaznamenána stabilní poloha, relaxace, usínání, klidný spánek, s navázaným očním kontaktem. Pozitivně vyznačena neomezenost v pohybu. Poznámky z pozorování: Klient v ranních hodinách a během spánku polohování toleroval, negativní reakce byly nejčastější v předpoledních a popoledních hodinách,

kdy se snažil vymanit z polohy, vysvlékal se z oblečení, odhazoval z postele perličkové pomůcky. V době neklidu byl zapoložován do sedu do křesla, kde usínal. Po 14 dnech se reakce změnila, pohodlnější polohu zaujímal klient na lůžku, v křesle se sesouval, až poslední týden pozorování se vyladily časy odpočinku a větší aktivity. Nebylo použito měkké uložení.

#### 4.3.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta C83

Tabulka č.18: Somatická stimulace Koupel zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p.C83	Somatická stimulace		
	Reakce <b>negativa</b> <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
Koupel zklidňující	<input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input checked="" type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input checked="" type="checkbox"/> Bez reakce
Koupel povzbuzující	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input checked="" type="checkbox"/> Bez reakce
Koupel neurofyziologická	<input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při zklidňující koupeli zklidnění, uvolněný svalový tonus, při povzbuzující koupeli je vymezeno povzbuzení, zvýšení pozornosti, zvýšení svalového tonusu. Neurofyziologická koupel nebyla zaznamenána.

Při koupelích bylo využíváno zrcadlo, klient sledoval terapeuta, navazoval oční kontakt. Nebyl zaznamenán vyzorovaný aktivní pohyb.

Poznámky z pozorování: Klient velmi apatický, ale při koupelích spokojená, uvolněná mimika. Částečné povzbuzující koupele byly doplněné kinestetickým zahříváním a klasickým pasivním cvičením s postupným přechodem na aktivní cvičení s dopomocí.

### 4.3.3 Schéma č. 3 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 19: Vestibulární a vibrační stimulace-Pohyby hlavou, Ovesný klas, Vibrace dlaněmi

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. C83	Vestibulární stimulace		Reakce: <b>negativa</b> <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Pohyby hlavou	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez vegetativní reakce</b>	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje očima směr otáčení</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Strnulý pohyb</b> <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input type="checkbox"/> Vnímá změnu polohy těla <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nevnímá změnu polohy těla</b>	
	Ovesný klas	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Bez reakce <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input type="checkbox"/> Uvolnění, napolohován na terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Strach, křečovitá mimika</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje místnost</b> <input type="checkbox"/> Zavírá oči	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Strnulý pohyb, brání se interakci</b> <input type="checkbox"/> Snaha o kooperaci s terapeutem <input type="checkbox"/> Podpora rovnováhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	
Vibrační stimulace	Vibrace dlaněmi	<input type="checkbox"/> Vnímá stimulovanou část <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Zvýšení svalového tonusu <input type="checkbox"/> Vznik petechií <input type="checkbox"/> Bolest, negativní mimika <input type="checkbox"/> Komplikace.....	<input type="checkbox"/> Sleduje činnost terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost terapeuta</b>	<input type="checkbox"/> Schopen se orientovat v tělesném schématu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Není schopen se orientovat v tělesném schématu</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy končetiny</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy končetiny	

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při technice otáčení hlavy reakce strnulého pohybu, bez vegetativní reakce, sledování očima směr otáčení a nevnímání změny polohy těla. Při technice ovesného klasu je zaznamenán strach, křečovitá mimika, strnulý pohyb, brání se interakci, sledování místnosti. Při vibrační stimulaci je zaznamenána reakce uvolnění svalového tonusu, nesledování činnosti terapeuta, neschopnost orientovat se v tělesném schématu ale pozitivní reakce na změnu polohy končetiny.

Poznámky z pozorování: Klient zaujímal střídavě aktivní polohu v lůžku s úplnou pasivitou, u které byl odkázán při změně polohy na personál. V začátku byla problematická kooperace s klientem, posléze úprava.

#### 4.3.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 20: Orální stimulace-Péče o dutinu ústní, Stimulace médiem, Asistence při krmení

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. C83	Orální stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb	
		Péče o DÚ	<input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input checked="" type="checkbox"/> <b>Odmítavý postoj (sevření úst)</b>	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost</b>	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu</b>
		Stimulace u NGS	<input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Příprava k perorálnímu příjmu <input type="checkbox"/> Řekne si o konkrétní pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input type="checkbox"/> Schopen manipulovat s potravou <input type="checkbox"/> Následný perorální příjem
		Asistence při	<input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nerozezná pokrm</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivní pohyb jazyka ke rtům</b> <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost</b> <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Má vizuální kontakt s pokrmem</b> <input type="checkbox"/> Nemá vizuální kontakt s pokrmem	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Schopen koordinace ruka x ústa</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Zvládne úchop pečiva, lžice, příboru, hrnku</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při péči o dutinu ústní odmítavý postoj, navazování oční kontakt, bez aktivního pohybu. U asistence je, aktivní pohyb jazyka ke rtům, klient nerozezná pokrm. Klient činnost sleduje, má vizuální kontakt s pokrmem, je schopen koordinace ruka x ústa, zvládne úchop pečiva, lžice a hrnku.

Poznámky z pozorování: Klient při příjmu stravy pobízen k dalšímu soustu, po 3 týdnech zvládl postupně sám přijímat snídani a oběd, při večeři musí být povzbuzován s kontrolou množství porce, eventuálně dokrmován.

### 4.3.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 21: Taktilně haptická stimulace, Olfaktorická stimulace-Využití předmětu z biografie klienta, Využití vůně z biografie klienta

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p.C83	Taktilně haptická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Aktivizace jemné motoriky <input type="checkbox"/> Schopen rozpoznat předmět <input checked="" type="checkbox"/> Neschopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Zklidnění motorického neklidu <input type="checkbox"/> Motorický neklid přetrvává <input type="checkbox"/> Stereotypní, bezúčelné pohyby <input checked="" type="checkbox"/> Předmět je ohmatán, poté v činnosti ustává, nejeví zájem <input type="checkbox"/> Nereaguje vůbec	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Olfaktorická stimulace	Využití předmětů z biografie <input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Rozpozná vůně <input checked="" type="checkbox"/> Nerozpozná vůně <input type="checkbox"/> Zorientuje se v činnostech, v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje předmět <input type="checkbox"/> Nesleduje předmět	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu  <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní reakce na taktilně haptickou stimulaci v aktivizaci jemné motoriky, zklidnění motorického neklidu, navazování očního kontaktu s terapeutem i s předmětem. Nově je podchycen nový aktivní pohyb s následnou podporou sebeobsluhy. Negativně je zaznamenáno nerozeznání předmětu, ohmatání předmětu, ale v činnosti ustává. V olfaktorické stimulaci se projevila aktivizace komunikačních schopností, navazuje oční kontakt s terapeutem i s okolím. Vypozorován nový aktivní pohyb, byla podpořena sebeobsluha. Není posun v rozeznání vůní.

Poznámky z pozorování: Klient působil pasivním, zmateným dojmem, nedokázal po holení např. využít toaletní vody, ale po nalití toaletní vody na dlaň, automaticky si poplácal tvář. Klient byl zapojován alespoň přítomností při terapeutickém vaření.

### 4.3.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 22: Optická stimulace-Využití známých optických stimulů, Změny prostředí

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování n. C83	Optická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input checked="" type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Rozezná období, místo původu věci <input checked="" type="checkbox"/> Rozpozná předměty, osoby, zvířata <input checked="" type="checkbox"/> Nerozezná období, místo původu <input type="checkbox"/> Nerozezná předměty, osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	Vizuální kontakt S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	Spolupráce, aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Změna prostředí	<input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input checked="" type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Orientuje se místem <input checked="" type="checkbox"/> Neorientuje se místem <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input checked="" type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce na optické stimuly ve vyvolání vzpomínek, aktivizace komunikace, rozeznávání předmětů, osob, zvířat, navázání očního kontaktu s terapeutem i s okolím. Bez zlepšených výsledků jsou reakce v rozeznávání období a místa donesených věcí. Posun je v pohybové aktivitě a podpoře sebeobsluhy. Působení prostředí mělo vliv na pozornost, navázání rozhovoru, očního kontaktu s terapeutem i s prostředím, pohybová aktivita je vymezena jako pozitivní s podporou sebeobsluhy. Negativně je zaznamenána orientace denní doby a místa.

Poznámky z pozorování: Klient měl málo donesených osobních věcí z domova, kontaktovali jsme rodinu, aby donesla drobné upomínkové předměty z různého období jeho života, osobní hygienické potřeby, vlastní elektrický holicí strojek, oblíbený hrneček na kávu nebo čaj. Bohužel rodina bydlela mimo okres a předměty byly doneseny, až po ukončení pozorování. Svůj pokoj poznával podle spolubydlících, které nepojmenoval jménem, ale byli pro něj orientační bod. Dokázal přečíst velké číslice na dveřích. K podráždění vizuálního vjemu byla několikrát vyzkoušena Ufo lampa, přestože nepatří do autobiografie. Chtěla jsem zaznamenat, jak bude reagovat na měnící

se barvy. Barvy byl schopen rozlišit a dlouho lampu pozorovat. Na televizi nereagoval vůbec, přestože doma ji využíval jako kulisu.

#### 4.3.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta C83

Tabulka č. 23: Auditivní stimulace-Využití vyprávění, předčítání, zpěvu, využití reprodukované hudby nebo mediálních rozhlasových a TV pořadů

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. C83 Auditivní stimulace	Využití hlasu	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivizace komunikačních schopností</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vzpomene si melodii, slova</b> <input type="checkbox"/> Rozpozná osoby <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nerozezná osoby</b> <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	Vizuální kontakt S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje podnět</b>	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu</b>
	Využití reprodukováných zvuků	<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí, <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivizace komunikačních schopností</b> <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input checked="" type="checkbox"/> <b>Neorientuje se v denní době</b> <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Navazuje oční kontakt</b> <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje okolí</b> <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Nový aktivní pohyb</b> <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při používání vyprávění, předčítání, zpěvu pozitivně aktivizaci komunikačních schopností. Záznam uvádí klientovu schopnost vybavit si melodii a text písně, navazuje zrakový kontakt, ale chybí udržení pozornosti při sledování podnětu. Negativně je vyznačeno bez aktivního podnětu. Při použití reprodukováných zvuků byla zaznamenána aktivizace komunikačních dovedností, navázání očního kontaktu a sledování okolí. Auditivní stimulace měla vliv na aktivní pohyb. Záznam uvádí, že klient nebyl schopen se orientovat v denní době.

Poznámky z pozorování: Jako podnět auditivní stimulace předřikáváním veršů a zpěvu jednoduchých lidových písniček, které byly oblíbené např. prezidentem Masarykem (Tatíčku starý náš, Ach synku, synku, Zelení hájové apod.) Na texty lidových písniček



si vzpomněl, ale většinou notoval. Také byl schopen rozeznat, odkud zvuk přichází a otočit se směrem k němu.

#### 4.3.8 Výsledky bodového skóre u participanta C83

Tabulka č. 24

Potřeby dle Henderson	2. 3. 2009	2. 4. 2009	Potřeby dle Henderson	2. 3. 2009	2. 4. 2009
Komunikace	3	2	Orientace	4	3
Mobilita	4	3	Umýt se	4	3
Jídlo a pití	4	2	Obléci se	4	3
Vylučování (M)	4	4	Zaměstnat se	4	4
Vylučování (S)	4	4	Dýchání	1	1
Klid a spánek	4	4	Vnímání stimulace	3	3
Celkové skóre před a po aplikaci	43	32	ADL	5	10
			MMSE	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Modifikovaná tabulka potřeb ukazuje posun v dovednostech komunikace, mobility, sebesycení, orientace, umytí, oblékání. Hodnoty ADL mírný vzestup, MMSE zůstaly nezměněny.

#### 4.3.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po dobu 2 měsíce

Klient v době výzkumu v péči zařízení, pobyt zde druhý měsíc, bazální stimulace pokračuje. Za krátké období stimulační péče efektivní. Nejvýraznější posun bylo zlepšení v psychice, v jednoduché sebeobsluze a při vzbuzení zájmu o okolí.

**Bazální stimulace byla kombinována s kinestetickými principy, vnímání bylo rozvíjeno. Nebyly obnovené dovednosti a schopnosti, které klient měl před onemocněním, ale bylo zaznamenáno zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientovi byl poskytnut oběma koncepty větší přísun stimulů k rozvíjení celkového vnímání a zlepšení kvality života. Oba koncepty byly vhodnou komunikačně vzdělávací formou v bazální rovině a bylo dosaženo vyšší**

**úrovně sebeobsluhy a mobility. Velký význam koncepty sehrály v aktivizaci psychiky.**

#### 4.4 Kasuistika č. 4 klient D89

Klient D89, narozená v roce 1920, byla přijata na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v únoru 2009.

Osobní anamnéza: Klientka hospitalizována pro ischemickou akutní CMP s hemiplegií vlevo v.s kardioembolizační etiologie při FS s progresí do komatozního stavu, které přechází do vigilního komatu. Zcela závislá na ošetrovatelské péči, s nasogastrickou sondou, permanentním močovým katétrem, s porušenou integritou kůže. Defekty IV. stupně, nehojící se na patě a v sakru. Nereagující na oslovení. Poté přeložena k pokračování léčby do léčebny dlouhodobě nemocných, kde probíhala ošetrovatelská a rehabilitační péče s minimálním zlepšením zdravotního stavu. Prognóza nejistá. Z důvodu nepříznivé sociální situace, trvajících nepříznivého zdravotního stavu a snížené soběstačnosti, vyžadující péči druhé osoby byla přijata na stanici ošetrovatelské a sociální péče Domu sociálních služeb.

Rodinná anamnéza: vdova, starobní důchodce, žila u syna

Diagnostický souhrn: I 63.8, I48, I 67.8, I70.9, L. 89, F 03

Klientka se nacházela ve velmi vážném stavu, neschopna pohybu, nereagovala na slovní podnět, neotevírala oči při manipulaci. Na dotek, tlak ruky nereagovala, při pasivním cvičením bez neverbální reakce, která by byla zaznamenána. Dutina ústní byla polootevřená, svalový tonus v obličeji povolený, vyživována nasogastrickou sondou, dýchání bez patologie. Moč byla odváděna močovým katétrem. Na horních i dolních končetinách byly patrné otoky. Bazální stimulace měla úlohu péče doprovázející s redukcí podnětů, aby nedocházelo ke zvýšení zátěže klienta. Kinestetika rovněž nebyla použita pro rozsáhlé defekty v sakrální oblasti, v oblasti paty a otoky dolních končetin. Kůže byla pergamenová. Vhodná byla somatická stimulace, a to konkrétně zklidňující koupele, masáž stimulující dýchání, polohování do hnízda, překřížení dolních končetin k uvědomění si tlaku a tíhy, napolohování rukou na hrudník k intenzivnějšímu prožitku dýchání. Orální stimulace byla prováděna při hygieně dutiny ústní štětičkami s citrónovou příchutí k podpoře slinotoku. Byl několikrát vyzkoušen „cucací váček“ s naplněným ovocem, ale nebyla vyzkoušena žádná reakce

v oblasti orofaciální a mimiky. Bylo zajištěno klidné, tišší prostředí, využíval se iniciální dotek na pravém rameni.

Klientka po měsíci pobytu pro horšící se zdravotní stav, který vyžadoval zdravotní ústavní péči, byla propuštěna k hospitalizaci.

#### 4.4.1 Schéma č. 1 záznamového archu klientky D89

Tabulka č. 25: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. D89	Somatická stimulace	Polohování Hnízdo	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, <b>klidný spánek</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	Vizuální kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje okolí</b>	Spolupráce, aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivita beze změn</b> <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy
		Posazování Hnízdo	<input type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, <b>klidný spánek</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje okolí</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktivita beze změn</b> <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy
		Mikro	<input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, <b>klidný spánek</b> <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input checked="" type="checkbox"/> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nenavazuje oční kontakt</b>	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poloha neomezuje v pohybu</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při polohování do hnízda klidný spánek, stabilní polohu, negativně je označena nenavazuje oční kontakt s terapeutem, s okolím, aktivita beze změn, při posazování do hnízda je vyznačen klidný spánek, stabilní poloha, neprojevuje se v očním kontaktu, sledování okolí, v aktivitě. V mikropolohování je rovněž vymezena jako nejčastější reakce klidný spánek, stabilní poloha, která neomezuje v pohybu, neprojevuje se v navázání očního kontaktu.

Poznámky z pozorování: klientka byla uložena na měkkém uložení, polyuretanová matrace byla přes celé lůžko. Personál využívá perličkových pomůcek, při podávání stravy sondou klientka byla polohována do zvýšené polohy, sed jako takový nebyl praktikován. Ve zvýšené poloze klidný spánek. Ruce byly polohovány na klientčin hrudník, k uvědomění dechu při pohybu hrudního koše.

Další stimulační neprováděny, nebyly zpracovány další záznamové archy.

#### 4.4.2 Výsledky bodového skóre u participanta D89

Tabulka č. 26

Potřeby dle Henderson	5. 2. 2009	30. 3. 2009	Potřeby dle Henderson	5. 2. 2009	30. 3. 2009
Komunikace	4	4	Orientace	4	4
Mobilita	4	4	Umýt se	4	4
Jídlo a pití	4	4	Obléci se	4	4
Vylučování (M)	4	4	Zaměstnat se	4	4
Vylučování (S)	4	4	Dýchání	1	1
Klid a spánek	4	4	Vnímání stimulační	4	4
<b>Celkové skóre</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>Test pro srovnání ADL 0, 0</b> <b>Test MMSE 0, 0</b>		

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Modifikovaná tabulka potřeb neprokázala změnu ve všech oblastech vyjmenovaných potřeb.

Komentář: Hodnoty ADL a MMSE zůstaly nezměněny.

#### 4.4.3 Výsledky efektivity bazální stimulační a kinestetiky po 1měsíci

**Bazální stimulační nebyla kombinována s kinestetickými principy, vnímání nebylo rozvíjeno v smyslu pokroku, ale ve smyslu orientace osoby a adekvátně zpracované situace. Nebyly obnovené dovednosti a schopnosti, které klientka měla před onemocněním, nebylo zaznamenáno zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientce byl poskytnut pouze konceptem bazální stimulační přísun**

**stimulů k podpoře celkového vnímání a zlepšení kvality života. Koncept bazální stimulace byl vhodnou komunikačně vzdělávací formou v bazální rovině k dodání orientace v situaci, ve které se klientka nacházela. Nebylo dosaženo vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Bylo dosaženo komfortu, zklidnění a relaxace.**

#### **4.5 Kasuistika č. 5 klient E94**

Klientka E94, narozená v roce 1915, byla přijata na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v srpnu 2008.

Osobní anamnéza: Klientka hospitalizována pro cerebrovaskulární insuficienci, která byla vyvolána akutní gastroenteritidou a hypovolemií. V anamnéze se objevily opakované pády, bez známek traumatu, kontuze pravého ramene, s otokem PDK, bez neurologického nálezu. V úvodu hospitalizace hydrothorax vlevo, provedena pleurální punkce. V době hospitalizace v nemocnici imobilní, skleroticky stigmatizovaná. Další vývoj bez komplikací. Přeložena k pokračování ošetrovatelské a rehabilitační péče do léčebny dlouhodobě nemocných. V léčebně zdravotní stav se zhoršil, přechodně až obraz otoku plic, stav upravil, zlepšila se komunikace, byla prováděna bazální stimulace. Poté, co pominula nutnost ústavní zdravotní péče, klientka je přijata na stanici sociálních služeb z důvodu trvající nesoběstačnosti a nemožnosti zajistit adekvátní sociální službu v rámci bydliště.

Rodinná anamnéza: vdova, starobní důchodce, žije u syna, který plánuje stěhování za manželkou mimo republiku. Druhý syn je vzdálen 300 km od Ostravy. Před hospitalizací soběstačná, s občasnou výpomocí rodiny. Klientka měla podanou žádost do Domova pro seniory už několik let, po hospitalizaci v přednostním pořadí. Diagnostický souhrn: K 30, I 70.9, I 25.9, Z 98.8

Klientka imobilní, kachetická, nesoběstačná, inkontinentní, využívala absorpční pomůcky. Zvládla se najíst v lůžku, ostatní denní činnosti neprovedla. Zrak i sluch v pořádku, bez poruchy řeči. Při testování pohyblivosti, nebyla schopna se sama posadit, neustála na nohou. Byla slabá. Potřebovala opěru pomůckami. Pohyby klientky působily neuváženě, nepřesná taxace, špatná koordinace dolních končetin. Při otáčení

s pomocí na lůžku ukvapená. Nedokázala se příliš orientovat, kde je pravá, levá strana, neudržela rovnováhu. Změněné vnímání tělesného schématu. Kooperace s ošetřujícím klientce dělala velké problémy. Snadno se zvrátila dozadu nebo do stran. V psychickém stavu dominovala dezorientovanost času, zabíhavé myšlení, překotné myšlenky, vzpomínky, které se nezakládaly na skutečné události. V popředí láska k rodině, lítost nad sebou, bezradnost. Hyperaktivní při snaze vyhovět pobídce personálu. I přes výraznou nemohoucnost byla patrná vytrvalost k dalšímu pokusu zlepšit své schopnosti. Poruchy chování nebyly, spánek klidný, ale velmi častý. Vnímá velmi dobře okolí, byla schopna adekvátně posoudit, jakou činnost prováděla nebo kolem ní byla prováděná. Bazální stimulace měla za cíl poskytovat podporu při zvládnání sebeobslužných činnostech. Po zařazení somatických koupelí a vestibulární stimulace zlepšeno vnímání těla, při aktivním cvičení zlepšena koordinace pohybu dolních končetin. Prováděná stimulace chodidel, přenášení váhy na chodidla, zahřívání prstových kloubů. Při manipulaci s klientkou byla využívána kinestetická mobilizace, aby zpracovávala podněty ze svého těla. Nejlépe reagovala na zahřívání svalů, kdy sval se chytá oběma rukama a pohybuje se s ním nahoru, do stran, dolů, do stran. Polohování bylo prováděno i klasicky, dvěma ošetřujícími. Prováděna technika ovesného klasu s postupným přecházením na rytmickou stabilizaci trupu. Postupně vertikalizována. Před chůzí prováděna částečná koupel povzbuzující nebo uklidňující pleťovým nebo masážním krémem dolních končetin. Ke stimulaci polohocitu a pohybecitu je nacvičována chůze v Jewi chodítku, pozorován překotný krok pravé končetiny, levá noha nakročovala špatným směrem, více do stran. Byla nutná výrazná dopomoc k udržení směru chůze. Po 14 dnech již korigovala kroky, musela se maximálně soustředit. Při chůzi nemohla být rozptylována rozhovorem, dobře reagovala na udávání rytmu. Navíc pozorované ztížené dýchání. Až po měsíci zvládla s dopomocí dojít až ven na vycházku. Od tohoto okamžiku ještě větší vytrvalost, snaha a zlepšená vlastní organizace dne, kdy byla schopna čekat na smluvenou hodinu. Docházela jsem za klientkou v době poledního klidu, v tu dobu ležela na lůžku, ale vyhlížela v pohotovosti, kdy se otevřou dveře. S radostí trávila čas v přírodě, ale i s personálem. Nečekaně při vycházce z parku jsme se setkaly ve výtahu s jejím synem, který ještě

netušil, že jeho maminka zvládá chůzi s dopomocí. Pro skromnost a pocit, aby nezakřikla své zlepšení, své rodině o svém úspěchu neřekla. Práce s klientkou probíhala individuálně i ve skupině, volnočasové aktivity byly vedené tématicky s návazností na další program k posilování pohybu, paměti, nálady, ale i k plánování budoucího dne. Postupně měnila roli pacienta za klienta, změnila se její potřeba být společensky vhodněji oblečená, učešaná, mít své osobní oblečení. Orientovala se pomocí nástěnných hodin, pamatovala si předchozí vyprávění. Sama si zadávala písemné úkoly k udržení rukopisu. Začala se zajímat, jaký bude příští den. Byla schopna již plánovat a organizovat, jaké věci bude dál potřebovat. Posun v emocích, změnily se rozhovory, které byly velmi poutavé, hodnotící vlastní život, dětství. Myšlenky se bystřily. Aby se zvýšila mobilita během dne a nebyla příliš zatěžována chůzí při hraničně kardiopulmonálně kompenzovaném zdravotním stavu, klientka využívala mechanického vozíku. Zvládala jej i ovládat. Jewi chodítko bylo nahrazeno čtyřkolovým chodítkem, doprovod u chůze byl stále nutný. Hyperaktivita, rychlost u chůze a neodhadnutí rizika brzdily rozhodnutí klientce nabídnout větší samostatnost. V sebeobsluze stále neobratnost, občasné vypadávání předmětů z rukou, není schopna vykonat samostatně hygienu, tu provádí za asistence pečujících. V oblékání zvládne obléci si šatovou zástěru, halenu, mikinu nebo domácí úbor, s objemnějšími věcmi jako župan nebo kabát nebo jemnými silonkami si neporadí. Nepodá si oblečení ze skříně, z věšáku. V jídlu zcela samostatná. Kontinence bez úpravy, stále na plenách, je ale schopná signalizovat potřebu vyprazdňování stolice. Používá toaletu za asistence personálu.

Do volnočasových programů aktivity, které souvisely s biografií klientky, byly zařazovány taková témata, ke kterým měla vztah. Byla sportovkyně, jezdila na lyžích, plavala, cvičila v Sokole. Dětství prožila u babičky v Beskydech, která ji vychovávala v době, kdy maminku měla na službě ve Vídni. Mládí pak u rodičů v Praze, poté se stala úřednicí, vdala se, vychovala 2 syny. Říkávala o sobě, že byla hodně učenlivá a moc si o sobě myslela, často ji dávali i ve stáří za vzor. To, co ji postihlo, je trest, že byla moc pyšná. Přestože mívala denně elán, potřebovala emoční podporu, aby zmírnila stud z nesoběstačnosti. Nadchlo ji sestavování zpěvníku sokolských písniček, vytvářet myšlenkové mapy s tématem známí herci, zpěváci a s čím jsou spjatí nebo cestovat



„Prstem po mapě Moravskoslezskými Beskydami“ pomocí pohlednic a fotografií známých míst jako jsou Pustevny, dřevěný kostelíček na Radhošti, Staré Hamry, Bílý kříž aj. Dobře rozpoznala staré peníze od nových, dále měla možnost se setkat s dnešními účtenkami, aby se orientovala v cenách potravin. Před hospitalizací využívala letáky, kde kroužkovala, co by potřebovala nakoupit. Při orální stimulaci se využívalo se záměrně známých vůní jako majoránka, česnek, perníkové koření, skořice, vanilka, rum při společné přípravě jídel, které se vztahovaly k tradici k časové orientaci ročního období, k sváteční náladě k povzbuzení emocí nebo pokrmů, které se připravovaly v poválečném období k podpoře vzpomínek. Zde byla orální stimulace použita pro kognitivní trénink. Např. spouštěčem vzpomínek byly pro klientku škrubánky, jablečný závin, perníčky, zabijačková polévka, vanilkové rohlíčky, koblihy, masopustní koláče, nealko svařák, lipový čaj nebo čaj s rumovou příchutí, bramboráky a jiné. Velmi se těšila ze společenských akcí, vytvářela kolem sebe pohodu a skromnost. V posledních měsících zvládala chůzi s doprovodem o 1VH po oddělení, po pokoji na krátkou vzdálenost se „tajně“pouštěla samostatně. Přestože dosáhla pokroku při chůzi, stále nedosáhla jistoty a odstranění rizika pádu. Ve velmi častých frekvencích mívala drobné oděrky kůže, k pádu po dobu pobytu nedošlo. Po 6 měsících odchází do domova pro seniory.

#### 4.5.1 Schéma č. 1 klienta E94

Tabulka č. 27: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. E94	Somatická stimulace		Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		Polohování Hnízdo	<input checked="" type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input checked="" type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input checked="" type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input checked="" type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Posazování Hnízdo	<input checked="" type="checkbox"/> Uvolnění svalového tonusu <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input checked="" type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input checked="" type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
Mikro	<input checked="" type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input checked="" type="checkbox"/> Stabilní poloha <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Nenavazuje oční kontakt	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input checked="" type="checkbox"/> Poloha neomezuje v pohybu		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce klienta při polohování do hnízda uvolněním svalového tonusu, byla zaznamenána relaxace, usínání i spánek, poloha stabilní, navazuje oční kontakt, nový aktivní pohyb. Při posazování do hnízda uvolnění svalového tonusu, stabilní poloha, navazuje oční kontakt, sleduje okolí, nový aktivní pohyb s podporou sebeobsluhy. Při mikropolohování byla zaznamenána stabilní poloha, relaxace, usínání klidný spánek, navazuje oční kontakt. Pozitivně vyznačena neomezenost v pohybu.

Poznámky z pozorování: Klientka polohována tímto způsobem pro snížené vnímání schématu těla, pro podporu stability k udržení polohy a k podpoře dýchání. Bylo využito i mikropolohování v oblasti hrudníku. Roličky ručníku ukládány do různých

variant písmen např. A, V, T pod matrací v horní části lůžka. Nebylo použito měkké uložení.

#### 4.5.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta E94

Tabulka č.28: Somatická stimulace Koupel zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p.E94	Somatická stimulace	Koupel zklidňující	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input checked="" type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input checked="" type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	Vizuální kontakt S terapeutem: <input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	Spolupráce, aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel povzbuzující	<input checked="" type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input checked="" type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input checked="" type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input checked="" type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel neurofyziologická	<input type="checkbox"/> Povzbuzení, zvýšená pozornost <input type="checkbox"/> Zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Uvolněný svalový tonus <input type="checkbox"/> Zvýšený svalový tonus <input type="checkbox"/> Pocit odlehčení končetiny <input type="checkbox"/> Zrychlené dýchání, pot, odmítavá mimika <input type="checkbox"/> Verbální nesouhlas	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při zklidňující koupeli zklidnění, uvolněný svalový tonus, pocit odlehčené končetiny, s navazováním očního kontaktu, sleduje činnost, vypozorovaný aktivní pohyb. Při povzbuzující koupeli je vymezeno povzbuzení, zvýšení pozornosti, pocit odlehčení končetiny, navazuje oční kontakt, sleduje činnost, vypozorovaný aktivní pohyb.

Poznámky z nezúčastněného pozorování: Klientka prováděla hygienu na lůžku za výrazné pomoci personálu s postupným přechodem na asistovanou koupel s dominantní rukou. Nebylo využito zrcadlo, klientka se poprvé zahlédla periferním

zrakem v zrcadle až při vycházce, ztuhla nepříjemným překvapením, jak se změnila. Při cestě zpět se znovu zastavila před zrcadlem. Částečné povzbuzující koupele byly doplněné kinestetickým zahříváním a klasickým pasivním cvičením s postupným přechodem na aktivní cvičení s dopomocí. Ke konci pozorování schopna aktivního cvičení proti odporu.

### 5.5.3 Schéma č. 3 záznamového archu klientky E94

Tabulka č. 29: Vestibulární a vibrační stimulace-Pohyby hlavou, Ovesný klas, Vibrace dlaněmi

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. E94	Vestibulární stimulace		Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Pohyby hlavou	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez vegetativní reakce</b>	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje očima Směr otáčení</b>	<input type="checkbox"/> Strnulý pohyb <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy těla</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy těla	
	Ovesný klas	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Závratě, nauzea, zvracení</b> <input type="checkbox"/> Bez reakce <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input type="checkbox"/> Uvolnění, napolohován na terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Strach, křečovitá mimika</b>	<input type="checkbox"/> Sleduje místnost <input checked="" type="checkbox"/> <b>Zavírá oči</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Strnulý pohyb, brání se interakci</b> <input type="checkbox"/> Snaha o kooperaci s terapeutem <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora rovnováhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	
Vibrační stimulace	Vibrace dlaněmi	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá stimulovanou část</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Zvýšení svalového tonusu <input type="checkbox"/> Vznik petechií <input type="checkbox"/> Bolest, negativní mimika <input type="checkbox"/> Komplikace.....	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sleduje činnost terapeuta</b> <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost terapeuta	<input type="checkbox"/> <b>Schopen se orientovat v tělesném schématu</b> <input type="checkbox"/> Není schopen se orientovat v tělesném schématu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy končetiny</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy končetiny	

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při technice otáčení hlavy reakce bez vegetativní reakce, sledování očima směr otáčení a vnímání změny polohy těla. Při technice ovesného klasu je zaznamenán závratě, strach, křečovitá mimika, zavírání očí, strnulý pohyb, brání se interakci, pozitivně zaznamenána podpora rovnováhy.

Při vibrační stimulaci je zaznamenána reakce vnímá stimulovanou část, uvolnění svalového tonusu, sledování činnosti terapeuta, schopnost orientovat se v tělesném schématu a ve vnímání změny polohy končetiny.

Poznámky z pozorování: Klientka měla potíže v počátku se závratí, která limitovala kooperaci s terapeutem, neúčelné přidržování se postele, trhavé pohyby, nedokázala se z počátku uvolnit a napolohovat se na terapeuta. Postupně úprava, zlepšuje se rovnováha, zvládá rytmickou stabilizaci trupu. Vibrace prováděná v oblasti velkých kloubů, společně s kinestetickým zahříváním svalů a kloubů.

#### 4.5.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta E94

Tabulka č. 30: Orální stimulace-Péče o dutinu ústní, Stimulace médiem, Asistence při krmení

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. E94	Orální stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		<input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Příprava k perorálnímu příjmu <input type="checkbox"/> Řekne si o konkrétní pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input type="checkbox"/> Schopen manipulovat s potravou <input type="checkbox"/> Následný perorální příjem
Asistence při krmení	<input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Nerozezná pokrm <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	<input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost <input type="checkbox"/> Má vizuální kontakt s pokrmem <input type="checkbox"/> Nemá vizuální kontakt s pokrmem	<input type="checkbox"/> Schopen koordinace ruka x ústa <input type="checkbox"/> Zvládne úchop pečiva, lžice, příboru, hrnku <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při péči o dutinu ústní podpora sebeobsluhy, příjemný prožitek, pozitivní mimika, aktivní pohyb jazyka ke rtům, navazuje oční

kontakt, sleduje činnost, nový aktivní pohyb, podpora sebeobsluhy. Stimulace u NGS a asistované krmení nebylo prováděno.

Poznámky z pozorování: Klientka vykonávala hygienu dutiny ústní vodou u lůžka, měla protézu, kterou si postupně zvládala čistit zubní pastou. Musela korigovat rychlé pohyby rukou a soustředit se nad činností. Při stravování využívala sportovní láhve na pití, nezvládala použít hrnek, byl příliš těžký. Jídlo bylo připravené, nakrájené, oběd jedla lžící. Klientka se účastnila v rámci volnočasových aktivit vlastní přípravy známých jídel, kde zapojovala např. hmat při hnětení těsta, jemnou motoriku při modelování rohlíčků, škrábání brambor, úchopu vykrajovátek, zrak při sledování pracovního postupu a své práce, sluch při rozklepávání vajec, třískání hrnců, plechů, vůni při pečení pokrmů, kognici při vzpomínání receptu, při početních úkonech a chut' v ochutnávce. Také se posilovala aktivizace příjemných vzpomínek, komunikace, vzpomínek. Výborně se orientovala podle tradičních pokrmů jaké je roční období, svátek, podle jídla dokázala vědět jaká je denní doba.

#### 4.5.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta E94

Tabulka č. 31: Taktilně haptická stimulace, Olfaktorická stimulace-Využití předmětu z biografie klienta, Využití vůně z biografie klienta

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p.E94	Taktilně haptická stimulace	Využití předmětů z biografie	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Aktivizace jemné motoriky <input checked="" type="checkbox"/> Schopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Neschopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Zklidnění motorického neklidu <input type="checkbox"/> Motorický neklid přetrvává <input type="checkbox"/> Stereotypní, bezúčelné pohyby <input type="checkbox"/> Předmět je ohmatán, poté v činnosti ustává, nejeví zájem <input type="checkbox"/> Nereaguje vůbec	Vizuální kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje předmět <input type="checkbox"/> Nesleduje předmět	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Vypozorovaný nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
	Olfaktorická stimulace	Využití vůní z biografie klienta	<input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input checked="" type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input checked="" type="checkbox"/> Rozpozná vůně <input type="checkbox"/> Nerozpozná vůně <input checked="" type="checkbox"/> Zorientuje se v činnostech, v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu  S okolím: <input checked="" type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní reakce na taktilně haptickou stimulaci v aktivizaci jemné motoriky, schopnost rozpoznat předmět, navazování očního kontaktu s terapeutem i s předmětem. Nově je podchycen nový aktivní pohyb s následnou podporou sebeobsluhy. V olfaktorické stimulaci se projevila aktivizace pozitivních emocí, vyvolání vzpomínek, komunikačních schopností, rozpozná vůně, zorientuje se v činnostech, v denní době, navazuje oční kontakt s terapeutem i s okolím. Vypozorován nový aktivní pohyb, byla podpořena sebeobsluha.

Poznámky z pozorování: Klientka pracovala z domu donesenými osobními věcmi denní potřeby, měla svůj hrníček na kávu, privátní oblečení, kognitivní schopnosti v rozpoznávání předmětů nebyly zasaženy. Zvládala i v rámci animačních programů hmatem rozpoznat uschované předměty v neprůzračném pytlíku, činnost ji velmi

zaujala a bavila. Olfaktorická stimulace vyprovokovala řadu vzpomínek, nezareagovala negativně. Při hygieně využívány klasické hygienické potřeby.

#### 4.5.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta E94

Tabulka č. 32: Optická stimulace-Využití známých optických stimulů, Změny prostředí

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. E94	Optická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Rozezná období, místo původu věci <input type="checkbox"/> Rozpozná předměty, osoby, zvířata <input type="checkbox"/> Nerozezná období, místo původu <input type="checkbox"/> Nerozezná předměty, osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		<input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Orientuje se místem <input type="checkbox"/> Neorientuje se místem <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce na optické stimuly ve vyvolání vzpomínek, aktivizace komunikace, rozeznávání období, místa původu věci, rozeznávání předmětů, osob, zvířat, navázání očního kontaktu s terapeutem i s okolím. Posun je v pohybové aktivitě a podpoře sebeobsluhy. Působení prostředí mělo vliv na pozitivní emoce, navázání rozhovoru, orientace v denní době, místa, navazování očního kontaktu s terapeutem i s prostředím, pohybová aktivita je vymezena jako pozitivní s podporou sebeobsluhy.

Poznámky z pozorování: Klientka měla vlastní osobní věci z domova spíše pro vlastní potřebu, vzpomínkové předměty chyběly. Tyto podněty zajišťoval personál, např. byly doneseny staré školní potřeby, sešity, učebnice, plnicí pera z padesátých let, sirky, staré



papírové obaly, porcelán, domácí potřeby a jiné. Navíc byly promítány obrázky na stěnu (Obaly z potravin, staré hračky, panenky, lístky na potraviny, kartónové jízdenky na vlak, aj.) Kreativní výtvarné činnosti se snažila zvládnout a byly pro ni zajímavé. Např. Vytváření koláží na téma (moje oblíbené místo, nejkrásnější dovolená, zvířata a moje dětství), sledování nálady podle identifikace s figurkou. Pozitivně působila na klientku příroda, v areálu je park s vysazenými smrky a v těsné blízkosti je les. Měla možnost občas najít houby, pozorovat ptáky, trávit čas venku.

#### 4.5.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta E94

Tabulka č. 33: Auditivní stimulace-Využití vyprávění, předčítání, zpěvu, využití reprodukováné hudby nebo mediálních rozhlasových a TV pořadů

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. E94	Auditivní stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Vzpomene si melodií, slova <input type="checkbox"/> Rozpozná osoby <input type="checkbox"/> Nerozezná osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí, <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při používání vyprávění, předčítání, zpěvu pozitivní emoce vyvolání vzpomínek a aktivizaci komunikačních schopností. Záznam uvádí klientovu schopnost vybavit si melodií a text písně, rozezná osoby, navazuje zrakový kontakt s terapeutem i podnětem, vypořádan aktivní pohyb, podpora sebeobsluhy.

Při použití reprodukováných zvuků byla zaznamenána pozitivní emoce, vyvolání vzpomínek, komunikace, orientace v denní době, navázání očního kontaktu a sledování okolí. Auditivní stimulace měla vliv na aktivizaci aktivního pohybu, podporu sebeobsluhy.

Poznámky z pozorování: Jako podnět auditivní stimulace bylo využito např. předčítání legend Beskyd a Slezska, Prahy, pro ni známé písně např. Červená sukýnka, Co to tam šupoce za tú stodolú, Olivo, olivo aj. Pouštěly se nahrávky velmi známých zpěváků anebo zvuků zvířat, hudebních nástrojů, velmi dobře a se zájmem reagovala. Při odpoledním klidu klientce bylo pomáháno naladit rádio na písničky na přání na rozhlasové stanici Ostrava. Minimálně sledovala televizi, téměř ji neregistrovala. Při hudbě, která byla určená pro tanec vsedě, se pohupovala ještě před zahájením sestavy v taktu.

#### 4.5.8 Výsledky bodového skóre u participanta E94

Tabulka č. 34

Potřeby dle Henderson MK94	3. 9. 2008	22. 2. 2009	Potřeby dle Henderson	3. 9. 2008	22. 2. 2009
Komunikace	3	1	Orientace	3	2
Mobilita	4	2	Umýt se	4	3
Jídlo a pití	2	1	Obléci se	4	3
Vylučování (M)	4	4	Zaměstnat se	3	2
Vylučování (S)	4	3	Dýchání	1	1
Klid a spánek	4	1	Vnímání stimulace	3	2
<b>Celkové skóre před a po aplikaci</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	Test pro srovnání: <b>ADL 5, 35</b> <b>MMSE 14, 18</b>		

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Modifikovaná tabulka potřeb ukazuje změnu největšího posunu v dovednostech komunikace, mobility, při sebesycení, ve vylučování stolice, v oblasti klidu a spánku, orientace, při umývání, oblékání, zaměstnání se a vnímání stimulací. Hodnoty ADL se zvýšily o 20 bodů, u testování MMSE mírný vzestup o 4 body.

Pozorování: Poté, co dosáhla vycházky ven, se ještě více zesílila motivace k dalším činnostem. K tomuto výkonu přispěla i kompenzace zdravotního stavu.

#### 4.5.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po 5měsících

Shrnutí: Pro klientku integrace bazální stimulace do péče byla efektivní, nejvýraznější posun byl zlepšení mobility, soběstačnosti téměř ve všech oblastech mimo vylučování moče, které nekontrolovala. Postupně bazální stimulace stimulující byla zaměněna za aktivizační péči a podporu při sebeobsluze a mobilitě.

**Bazální stimulace byla kombinována s kinestetickými principy, vnímání bylo rozvíjeno komplexně. Byly obnovené dovednosti a schopnosti, které klientka měla před onemocněním, bylo zaznamenáno zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientce byl poskytnut oběma koncepty přísun stimulů k podpoře celkového vnímání a zlepšení kvality života. Oba koncepty byly vhodnou komunikačně vzdělávací formou v bazální rovině k dosažení vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Velký význam koncepty sehrály v aktivizaci psychiky.**

#### 4.6 Kasuistika č. 6 klient F95

Klientka F95, narozen v roce 1914, byl přijat na stanici ošetrovatelské a sociální péče do Domu sociálních služeb v červenci 2008.

Osobní anamnéza: Klient, zcela slepý, orientovaný, hospitalizován po pádu na levý bok cestou na toaletu, diagnostikována zlomenina krčku stehenní kosti vlevo. Byla provedena implantace CKP bez komplikací. V pooperačním průběhu komplikace zdravotního stavu, byla nutná stabilizace na jednotce intenzivní péče. V nemocnici rehabilitoval, posazován na lůžku, cvičil na lůžku i vsedě. Byl inkontinentní. Po dimisi přeložen k pokračování ošetrovatelské a rehabilitační péči do léčebny, s doporučením vertikalizace, bude-li možná s odlehčováním končetiny do 1/3 hmotnosti s kontrolou za 6 týdnů od operace. V léčebně snaha o vertikalizaci a intenzivnější rehabilitaci pouze s minimálním efektem, celkový stav se spíše zhoršoval. Unavený, na substituci kyseliny listové a železa pro anémii. Poté co, byla ukončena zdravotní péče, klient byl přeložen

na stanici ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti ako imobilný, nesobesťačný, bez kožných defektov, inkontinentný.

Rodinná anamnéza: Starobní dôchodca, bývalý havíř. Bydlí v trojizbovom bezbarierovom byte, v 2. poschodí s výťahom. Doma pred úrazom obmedzeno mobilný, pohyboval sa za pomoci slepeckej opiernej hole, prípadne sa držal okolitým nábytkom. Pri vychádzkach von sa pohyboval so slepeckou signalizačnou holí, ale v poslednom období von nevyšiel. Žije s manželkou, vyššieho veku, ktorá rovnako má poruchu zraku. Domácnosť zabezpečovala dcéra, ktorá zabezpečovala navyše i starostlivosť o svojho nemocného syna. Žiadost do domova nebola podaná, dcéra zvažovala jej sepsanie. Už nebola schopná zvládnuť starostlivosť o oboch rodičov.

Diagnostický súhrn: S72.0, W01.0, I70.9, M80.9, H54.0, F03

Klient imobilný, kachektický, nesobesťačný, inkontinentný, využíval absorpčné pomôcky, nesignalizoval potrebu vylučovania. 17 rokov slepý, o zrak prichádzal postupne, pri prijímaní v stave, keď videl mláčienu tmú. Zvládol sa najst v lôžku, s pomôckami usnadňujúcimi sebesycenie, talíre so zvýšenými okrajmi, športovná láhev na pitie, upozorňovaním, kde sa čo nachádza. Uzpůsoben jidelničiek, klient si vybíral z ponuky 5 jediel, nemel rád sladkú jedlá, rýži. Kontroloval talíre taktilne hapticky, pri jidle bol veľmi pozorný a orientoval sa so veľkou presnosťou, okolo seba už orientácia nebol schopný. Nezvládol si podať, čo potreboval z nočného stolku. Pôsobil apatickým dojmom. Verbálne však v prípade potreby požádal o pomoc, používal signalizačné zariadenie. V denných činnostiach nesobesťačný. Sluch v poriadku, bez poruchy reči. Orientáciu času prováděl pomocí hodinek s hlasovým výstupem, bol schopný telefonovať pomocou mobilného telefónu. Pri testovaní pohyblivosti, nebol schopný sa so pomocou posadiť, neustál na nohách. Mel veľkú vôľu zkúšať chuť. Negatívne prijímal svoju únavu a neúspech. Po ukončení testu veľmi rozmrzelený, žadal o prerušenie rehabilitácie. Bol ubezpečený, že v zariadení sa používa individuálne plánovanie, a bude záležet len na ňom, ako si rozvrhne denný režim a aktivity. Pred zahájením akéhokoľvek činnosti sa personál auditívne ohlašoval, že vstupuje do miestnosti, oslovoval klienta jménom a vysvetľoval, akou činnosťou bude provádět. Pokiaľ klient spal, bol použit iniciálny dotyk na pravom rameni. Bazálna stimulácia začlenená do starostlivosti z dôvodov slepoty a imobility.

Ze somatické stimulace byly vybrány variace polohování pomocí perličkových hadů. Velmi špatně na ně reagoval, byl nevrlý, konfliktní, perličky jej rušily při spánku, vnímal intenzivně šustění. Proto se vyměnila pomůcka za stočenou deku, kterou velmi dobře přijal. Navíc deka více poskytovala teplo, klient byl zimomřivý, pravděpodobně z důvodu onemocnění krve a hubenou konstitucí. Koupele byly zahrnuty hned od počátku při ranní hygieně a následně využívány částečně při modelování levé dolní končetiny s kinestetickým zahříváním kloubů a svalů a následným pasivním cvičením. Manipulace s klientem v lůžku probíhala kinesteticky. Klient chtěl být co nejvíce soběstačný a kinestetickému pohybu se musel naučit, což v začátku moc nevítal. Raději preferoval přitažení se za hrazdičku. Po třech týdnech se zlepšovala svalová síla na dolních končetinách, cvičení bylo prováděno aktivně s dopomocí, byl vyzkoušen transfer na mechanický vozík, který klient dobře zvládl, ale několikrát přistižen, že ve vozíku usíná a sesouvá se. Nepomohlo podložení pánve ruličkou ručníku, nebyl schopen kontroly. Pro velké riziko pádu pobyt ve vozíku při stravování jen s dohledem. Vibrační stimulace v oblasti nosných kloubů se prováděla dlaněmi jemným chvěním při modulaci končetin, k stimulaci hlubokého cití. Vestibulární stimulace pouze v úvodu jako prevence ortostatického kolapsu. V tomto období vyzkoušen stoj v Jewi chodítku, klient nedočkavý, snaží se o kroky, a také chůzi po pokoji zvládl. Chůze pomalá, na klientovi je vidět, že se přemáhá. Následovalo období chůze po oddělení, zlepšila se komunikace, vypráví o zemích, které procestoval, ještě než přišel o zrak. Rád hovořil o Norsku, Švýcarsku, Japonsku, ale také o Francii, kde je původ jeho předků. Bylo zapotřebí si o místech, které navštívil něco načíst, aby mohl být pobízen k dalšímu vyprávění. Dodávány auditivní stimuly, miloval opery a operety, požádal o poslech opery Nabucco, znal určité pasáže nazpaměť, pohyboval rukou do melodie. Klient v tomto období nejvíce aktivní, se zájmem, rozeznal podle hlasu přicházející personál, pamatoval si, kde ukončil včerejší rozhovor, aby na něj plynule navázal, aniž by vzpomínky opakoval. Cvičí za asistence 3x týdně, denně trénuje chůzi. Ta se nelepší, stále hodně pomalá a vyčerpávající. Klient od příjmu působí vyčerpávajícím dojmem, občas mívá bolesti kloubů, analgetizován. Během dne často spí, nejčilejší v době návštěv, rodina byla pro něj nejdůležitější. Začínající problémy, které zpočátku

vypadaly jako vybíravost, se přehoupaly do stavu nechutenství. Stále častěji konflikty nad nechutnajícím jídlem, požaduje pikantnější pokrmy. Poskytnut výběr stravy, kdy si klient řekl, na co má chuť. Navázána užší spolupráce s rodinou, která donášela moučníky, sladké pečivo, smetanové jogurty, koření Magi do polévky. Počinání je s minimálním efektem, problémy se zhoršují při respiračním onemocněním, kdy odmítá veškerou stravu, pití. Lékařem naordinovaná sonda je klientem razantně odmítnuta. Klient se pokouší jíst, ale jsou pozorovány problémy s polykáním a denní dávka tekutin nedosahuje optimálního množství. Klient souhlasí se zavedením nasogastrické sondy. V tomto období již bazální stimulace přechází ze stimulační péče na péči doprovázející. Klient má problémy s dýcháním, aplikována masáž stimulující dýchání, která prohloubila dýchání, klient pocítoval úlevu. Klient se dostával při opakujících dechových potížích do stavu úzkosti, které alespoň na chvíli byly odstraňovány rozvíjející masáží obličeje a zklidňujícími koupelemi. Orální stimulace byla prováděna v úvodu dekompenzace, byly použity mentolové plátky, které byly klientovi přilepeny na horní patro. Klient lépe dýchal, podpořilo se slinění. Přestává být orientovaný osobou, místem, časem, upadá do apatie. V dalším stadiu, kdy se prognosticky stav vyvíjel nejistě, upuštěno od stimulačních prvků, klientovi poskytnuta redukce stimulů, zachována masáž stimulující dýchání, zklidňující koupele, mikropolohování do písmene V a T, přísun příkrývek k zajištění tepla, záda byla polohována nahříványými polštáři s pohankou. Klient pro svůj vysoký věk, na následky zhoršeného zdravotního stavu zemřel.

#### 4.6.1 Schéma č. 1 klienta F95

Tabulka č. 35: Somatická stimulace-Polohování hnízdo, mikropolohování

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. VT95	Somatická stimulace	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<b>Uvolnění svalového tonusu</b> <b>Relaxace, usínání, klidný spánek</b> <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu</b>
		<b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Relaxace, usínání, klidný spánek <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha <input type="checkbox"/> Odstraňuje pomůcky, snaží se vymanit z polohy <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <input type="checkbox"/> Klient se výrazně potí <input type="checkbox"/> Klient má začervenatou kůži	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se krátkodobě navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Aktivita beze změn <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu</b>
<b>Relaxace, usínání, klidný spánek</b> <input type="checkbox"/> Nepříjemné pocity, pláč, odmítavý výraz ve tváři <b>Stabilní poloha</b> <input type="checkbox"/> Nestabilní, nevyhovující poloha	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nenavazuje oční kontakt</b>	<input type="checkbox"/> Poloha omezuje v pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poloha neomezuje v pohybu</b>		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje nejčastější reakce klienta při polohování do hnízda uvolněním svalového tonusu, byla zaznamenána relaxace, usínání i spánek, poloha stabilní, nenavazuje oční kontakt, bez aktivního pohybu. Při posazování do hnízda uvolnění svalového tonusu, stabilní poloha, nenavazuje oční kontakt, bez aktivního pohybu. Při mikropolohování byla zaznamenána relaxace, usínání klidný spánek, stabilní poloha, nenavazuje oční kontakt. Pozitivně vyznačena neomezenost v pohybu.

Poznámky z pozorování: Klient je nevidomý, proto je vyznačen „nenavazuje oční kontakt“. Polohován stočenou dekou k zlepšení stability při poloze na boku a k podpoře dýchání. Bylo využito i mikropolohování v oblasti hrudníku, varianty písmen např. V, T pod matrací v horní části lůžka. Polohování nevyhovovalo perličkovými polštáři,

nahrazeno stočenou dekou, která navíc zajišťovala přísun tepla. Pokud měl být klient odkrýván, deka se rolovala se po celé délce klientova těla. Nebylo využito měkké uložení.

#### 4.6.2 Schéma č. 2 záznamového archu klienta F95

Tabulka č.36: Somatická stimulace-Koupel zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. F95	Somatická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		Koupel zklidňující	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci</b> <input type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel povzbuzující	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Vypozorovaný aktivní pohyb</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce
		Koupel neurofyziologická	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu <input type="checkbox"/> Využití zrcadla <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci <input type="checkbox"/> Bez reakce

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při zklidňující koupeli zklidnění, uvolněný svalový tonus, pocit odlehčené končetiny, bez očního kontaktu, bez aktivního pohybu se snahou o spolupráci. Při povzbuzující koupeli je vymezeno povzbuzení, zvýšení pozornosti, pocit odlehčení končetiny, bez očního kontaktu, vypozorovaný aktivní pohyb.

Poznámky z neúčastněného pozorování: Klient nevidomý, koupele prováděny personálem na lůžku s minimálního spolupráci.



### 4.6.3 Schéma č. 3 záznamového archu klientky F95

Tabulka č. 37: Vestibulární a vibrační stimulace-Pohyby hlavou, Ovesný klas, Vibrace dlaněmi

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. F95	Vestibulární stimulace		Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
	Pohyby hlavou	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez vegetativní reakce</b>	<input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Snaží se navázat oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> <input type="checkbox"/> Sleduje očima Směr otáčení	<input type="checkbox"/> Strnulý pohyb <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy těla</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy těla	
	Ovesný klas	<input type="checkbox"/> Závratě, nauzea, zvracení <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez reakce</b> <input type="checkbox"/> Ortostatický kolaps při mobilizaci <input type="checkbox"/> Uvolnění, napolohován na terapeuta <input type="checkbox"/> Strach, křečovitá mimika	<input type="checkbox"/> Sleduje místnost <input type="checkbox"/> Zavírá oči	<input type="checkbox"/> Strnulý pohyb, brání se interakci <input checked="" type="checkbox"/> <b>Snaha o kooperaci s terapeutem</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora rovnováhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu	
Vibrační stimulace	Vibrace dlaněmi	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá stimulovanou část</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Uvolnění svalového tonusu</b> <input type="checkbox"/> Zvýšení svalového tonusu <input type="checkbox"/> Vznik petechií <input type="checkbox"/> Bolest, negativní mimika <input type="checkbox"/> Komplikace.....	<input type="checkbox"/> Sleduje činnost terapeuta <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nesleduje činnost terapeuta</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Schopen se orientovat v tělesném schématu</b> <input type="checkbox"/> Není schopen se orientovat v tělesném schématu <input checked="" type="checkbox"/> <b>Vnímá změnu polohy končetiny</b> <input type="checkbox"/> Nevnímá změnu polohy končetiny	

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch jasně vymezuje při technice otáčení hlavy reakce bez vegetativní reakce a vnímání změny polohy těla. Při technice ovesného klasu je zaznamenán Bez reakce, snaha o kooperaci s terapeutem, podpora rovnováhy. Při vibrační stimulaci je zaznamenána reakce vnímá stimulovanou část, uvolnění svalového tonusu, nesledování činnosti terapeuta, schopnost orientovat se v tělesném schématu a ve vnímání změny polohy končetiny.

Poznámky z pozorování: Klient nevidomý, proto nemůže navázat s terapeutem kontakt, sledovat místnost nebo činnost. Velmi dobře se orientuje co se děje s jeho tělem, vnímá se dobře, pravděpodobně i proto, že je odkázán na taktilně haptické a kinestetické vnímání k uskutečnění pohybu.

#### 4.6.4 Schéma č. 4 záznamového archu klienta F95

Tabulka č. 38: Orální stimulace-Péče o dutinu ústní, Stimulace médiem, Asistence při krmení

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. F95	Orální stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		Péče o DÚ <input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input checked="" type="checkbox"/> <b>Příjemný prožitek, pozitivní mimika</b> <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b> S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora sebeobsluhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Stimulace u NGS <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Příprava k perorálnímu příjmu <input type="checkbox"/> Řekne si o konkrétní pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu <input type="checkbox"/> Schopen manipulovat s potravou <input type="checkbox"/> Následný perorální příjem
Asistence při krmení <input type="checkbox"/> Podpora slinotoku <input type="checkbox"/> Příjemný prožitek, pozitivní mimika <input type="checkbox"/> Snížený svalový tonus v oblasti úst <input type="checkbox"/> Rozezná pokrm, tekutinu <input type="checkbox"/> Nerozezná pokrm <input type="checkbox"/> Aktivní pohyb jazyka ke rtům <input type="checkbox"/> Odmítavý postoj (sevření úst)	<input type="checkbox"/> Sleduje činnost <input type="checkbox"/> Nesleduje činnost <input type="checkbox"/> Má vizuální kontakt s pokrmem <input type="checkbox"/> Nemá vizuální kontakt s pokrmem	<input type="checkbox"/> Schopen koordinace ruka x ústa <input type="checkbox"/> Zvládne úchop pečiva, lžice, příboru, hrnku <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu		

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při péči o dutinu ústní příjemný prožitek, pozitivní mimiku, podporu sebeobsluhy. Nebyl uskutečněn oční kontakt. Stimulace u NGS a asistované krmení nebylo prováděno.

Poznámky z pozorování: Klient vykonával hygienu dutiny ústní vodou u lůžka, měl protézu, kterou nezvládal čistit zubní pastou, protézu byl schopen vložit do úst i vyndat z úst a uložit do kelímku.

Při stravování zvládl jíst naporcované jídlo lžící, tekutiny pil z hrnku, ale i ze sportovní láhve. Byl zvyklý pít vleže. Měl potíže s výběrem jídla, málokteré jídlo mu chutnalo. Je možné, že potřeboval stále intenzivnější chutě pro involuci chuťových pohárků. Při ochutnání jídla se téměř vždy zlobil.

#### 4.6.5 Schéma č. 5 záznamového archu klienta F95

Tabulka č. 39: Taktilně haptická stimulace, Olfaktorická stimulace-Využití předmětu z biografie klienta, Využití vůně z biografie klienta

	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování n. F95 Taktilně haptická stimulace Využití předmětů z biografie	<input checked="" type="checkbox"/> Aktivizace jemné motoriky <input checked="" type="checkbox"/> Schopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Neschopen rozpoznat předmět <input type="checkbox"/> Zklidnění motorického neklidu <input type="checkbox"/> Motorický neklid přetrvává <input type="checkbox"/> Stereotypní, bezúčelné pohyby <input type="checkbox"/> Předmět je ohmatán, poté v činnosti ustává, nejví zájem <input type="checkbox"/> Nereaguje vůbec	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b>  S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje předmět <input type="checkbox"/> Nesleduje předmět	<input type="checkbox"/> Vypozorovaný nový aktivní pohyb <input checked="" type="checkbox"/> <b>Podpora sebeobsluhy</b> <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování n. F95 Olfaktorická stimulace Využití vůní z biografie klienta	<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Rozpozná vůně <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nerozpozná vůně</b> <input type="checkbox"/> Zorientuje se v činnostech, v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez očního kontaktu</b>  S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input checked="" type="checkbox"/> <b>Bez aktivního pohybu</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje pozitivní reakce na taktilně haptickou stimulaci v aktivizaci jemné motoriky, schopnost rozpoznat předmět, s podporou sebeobsluhy. Negativně je vymezena reakce Bez očního kontaktu. V olfaktorické stimulaci se neprojevila pozitivní reakce, klient nerozezná vůni, nemá oční kontakt a není vypozorován aktivní pohyb.

Poznámky z pozorování: Klient je nevidomý, orientuje se pomocí taktilně haptických podnětů velmi přesně, má schéma uložení věcí kolem sebe. Před probuzením využíván iniciální dotek. Při dodávání olfaktorických stimulů klient necítí vůně, není schopen rozeznat i velmi silné vůně jako je mateřídouška, citrón, parfém. Pravděpodobně společně s chutí je zasaženo i olfaktorické zpracování podnětů.

#### 4.6.6 Schéma č. 6 záznamového archu klienta F95

Tabulka č. 40: Optická stimulace-Využití známých optických stimulů, Změny prostředí

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. F95	Optická stimulace	Reakce: <b>negativa</b> , <b>pozitiva</b> <input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Rozezná období, místo původu věci <input type="checkbox"/> Rozpozná předměty, osoby, zvířata <input type="checkbox"/> Nerozezná období, místo původu <input type="checkbox"/> Nerozezná předměty, osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	Vizuální kontakt S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	Spolupráce, aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		Využití optických stimulů z biografie klienta	Změna prostředí <input type="checkbox"/> Pozitivní emoce <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Navázání rozhovoru <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Orientuje se místem <input type="checkbox"/> Neorientuje se místem <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch nevymezuje žádné reakce, klient je nevidomý.

Poznámky z pozorování: Klient nerozezná světlejší nebo tmavší oblasti, popisuje, že má před sebou bílou mlhu. 16 let nevidomý s postupnou ztrátou zraku.

#### 4.6.7 Schéma č. 7 záznamového archu klienta F95

Tabulka č. 41: Auditivní stimulace-Využití vyprávění, předčítání, zpěvu, využití reprodukované hudby nebo mediálních rozhlasových a TV pořadů

Záznamový arch Nejčastější reakce při pozorování p. F95	Auditivní stimulace	Reakce: <b>negativa, pozitiva</b>	Vizuální kontakt	Spolupráce, aktivní pohyb
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Vzpomene si melodií, slova <input type="checkbox"/> Rozpozná osoby <input type="checkbox"/> Nerozezná osoby <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje podnět <input type="checkbox"/> Nesleduje podnět	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu
		<input type="checkbox"/> Aktivizace pozitivních emocí, <input type="checkbox"/> Vyvolání vzpomínek <input type="checkbox"/> Aktivizace komunikačních schopností <input type="checkbox"/> Orientace v denní době <input type="checkbox"/> Neorientuje se v denní době <input type="checkbox"/> Negativní emoce <input type="checkbox"/> Halucinace, dezorientace <input type="checkbox"/> Nereaguje	S terapeutem: <input type="checkbox"/> Navazuje oční kontakt <input type="checkbox"/> Bez očního kontaktu S okolím: <input type="checkbox"/> Sleduje okolí <input type="checkbox"/> Nesleduje okolí	<input type="checkbox"/> Nový aktivní pohyb <input type="checkbox"/> Podpora sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Bez aktivního pohybu

Zdroj: Vlastní výzkum

Komentář: Záznamový arch vymezuje při používání vyprávění, předčítání, zpěvu pozitivní emoce vyvolání vzpomínek, aktivizaci komunikačních schopností. Záznam uvádí klientovu schopnost vybavit si melodii a text písně, rozeznat osoby, vypořádání aktivní pohyb, podpora sebeobsluhy. Nenavazuje zrakový kontakt s terapeutem i podnětem

Při použití reprodukováných zvuků byla zaznamenána pozitivní emoce, vyvolání vzpomínek, komunikace, orientace v denní době, nový aktivní pohyb, podpora sebeobsluhy. Nebyl navázán oční kontakt a sledování okolí.

Poznámky z pozorování: Klient byl schopen rozpoznávat podle hlasu příchozí personál, rozlišoval osoby i podle manipulace. Nejintenzivnější zážitek měl z poslechu opery Nabucco a velmi rád si povídal. Zpěv a televize mu vadily, byl nervózní, pokud bylo v pokoji rušno. Se spolubydlicími se nerad bavil.

#### 4.5.8 Výsledky bodového skóre u participanta F95

Tabulka č. 42

Potřeby dle Henderson VT95	10. 7. 2008	7. 10. 2009	Potřeby dle Henderson	3. 9. 2008	22. 2. 2009
Komunikace	3	4	Orientace	2	4
Mobilita	3	4	Umýt se	4	4
Jídlo a pití	2	4	Obléci se	4	4
Vylučování (M)	4	4	Zaměstnat se	3	4
Vylučování (S)	4	4	Dýchání	1	3
Klid a spánek	4	4	Vnímání stimulace	3	4
<b>Celkové skóre před a po aplikaci</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	Test pro srovnání: <b>ADL 10, 0</b> <b>MMSE 19, 0</b>		

Zdroj: Vlastní výzkum negativa pozitiva

Komentář: Modifikovaná tabulka potřeb nevykazuje posunu v dovednostech při dosahování potřeb, klientovy schopnosti se zhoršily o 10 bodů. Testy ADL vykazují snížení soběstačnosti o 10 bodů, nejvýraznější pokles je v hodnotách MMSE, které se snížily o 19 bodů.

Poznámky: Špatné výsledky byly zapříčiněny zhoršujícím se zdravotním stavem, který byl ukončen smrtí klienta.

#### 4.6.9 Výsledky efektivity bazální stimulace a kinestetiky po 3 měsících

Shrnutí: Pro klienta integrace bazální stimulace do péče měla svůj význam v každém období jeho zdravotního stavu, v době kompenzace bazální stimulace plnila roli stimulační a orientační, postupně se zhoršujícím se stavem přešla do doprovázející péče k zmírnění úzkosti, dechových potíží a k lidské podpoře při vážné životní situaci.

**Bazální stimulace byla kombinována s kinestetickými principy, vnímání bylo rozvíjeno. Nebyly obnovené dovednosti a schopnosti, které klient měl před onemocněním, ale bylo zaznamenáno v období kompenzace zdravotního stavu zlepšení v jednotlivých dovednostech a schopnostech. Klientovi byl poskytnut oběma koncepty větší přísun stimulů k rozvíjení celkového vnímání a zlepšení kvality života. Oba koncepty byly vhodnou komunikačně vzdělávací formou**

**v bazální rovině a bylo dosaženo vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility. Velký význam koncepty sehrály v aktivizaci psychiky. V období dekompenzace koncept bazální stimulace sehrál lidskou sounáležitost při zvládnání situace smrti a byl klientovi oporou.**

#### **4.7 Orientační denní režim klienta s bazální stimulací a kinestetickou mobilizací**

Oba koncepty se prolínají ve všech denních činnostech, určité stimuly pracují ve stavu bdění i ve spánku.

Při ranní hygieně koupeli na lůžku lze využít iniciálního doteku, rolování deky a uložení role do dolní části lůžka k dodání stimulů pro chodidla, stimulace chodidel tlakem dlaně, asistovaně provést mytí obličejové části, aby terapeut příliš nevstupoval do intimní zóny, provedení rozvíjející koupele „Sluníčko“ v oblasti obličeje, zklidňující nebo osvěžující koupele dle potřeby klienta. U klienta s neurologickým onemocněním raději volit neurofyziologickou koupel, u počínajících kontraktur je vhodná koupel diametrální. Koupele u klientů volíme podle potřeby docílit uvolnění svalového tonusu nebo aktivizaci ochablých svalů u plegických končetin, při snížené svalové síle po zlomeninách aj. Je nutná schopnost rozeznat patologii svalového tonusu, mít pozorovací schopnost, které podněty zvyšují spasticitu. Po ukončení toalety napolohování kinesteticky k hornímu čelu lůžka, klient se připravuje k denním činnostem pomocí perličkových polštářů, které dobře fixují správný sed, trup se nezbortí, téměř v lůžku nesjíždí. Dobře je řešeno vypodložení ramen, čímž je poskytováno uvolnění postižené končetiny.

Už v okamžiku hygieny je možné zakomponovat další vjemy, zvuk tekoucí vody, šplouchání vody v umyvadle, dát možnost nepohyblivému klientovi rozeznat teplou, chladnější vodu, nechat přivonět k zubní pastě, k mýdlu, použít parfém nebo kolínskou, dát do dlaně hřeben, kartáček, holící strojek, žínku. K celkovému probuzení využít zvyklostí klienta a využít auditivní podněty, jako je poslech ranního rádia, televizních zpráv, zvonění budíku, zeptat se na sny, upozornit na počasí, slunce...

Při stravování klient je posazen, ramena jsou mírně předkloněna, brada skloněna k hrudníku, tak, aby klient viděl na pokrm, který je pomocí nočního stolku dán doprostřed. Pokud je krmen, ošetřující sedí, tím bude vedena lžice zespod a klient bude mít větší zrakovou kontrolu nad pokrmem na lžici. Po jídle klient sedí ve zvýšené poloze 10 až 15 minut, aby nedošlo ke zpětnému toku stravy ze žaludku do jícnu. Gastroezofageálním refluxem trpí velká část seniorů. Tento postup se provádí i u klientů, kteří mají zavedenou nazogastrickou sondu. Těmto klientům před podáním nutriční výživy se provádí orální stimulace po péči dutiny ústní. Výběr orálních podnětů vychází také z biografie klienta.

Poté je klient napolohován variantami perličkových hadů do pohodlné pozice, leží-li blízko okna, lze pomocí elektrické postele klienta vyvést do výšky, aby lépe pozoroval děj za oknem. Aby dění nebylo statické, je možné si občas trochu pomoci. V zimě nasypat nebo přímo zavěsit krmení pro sýkorky, během ostatního ročního období je příroda sama o sobě zajímavá. (viz příloha č. 8)

V dopoledním programu kolem 9 hodiny se provádí cvičení na lůžku, které je spojené s kinestetickou mobilizací, s částečnou koupelí osvěžující, rozvíjející, diametrální podle potřeby klienta. S klientem se provádí pasivní cvičení, aktivní cvičení s dopomocí a individuální cvičení pod dohledem, společně s vestibulární a vibrační stimulací. Tento čas je nejvhodnější k nacvičování přesunu mimo lůžko, používá se kinesteticky vedeného pohybu a to změny pozice k okraji lůžka, také se využívá hladkých povrchů k usnadnění přesunu, kinestetického přesunu na vozík, kdy klient má možnost uvědomit si stoj, přesun pomocí přesunovací desky, kdy klient má už kontrolu nad sebou, ale dolní končetiny, nejsou ještě schopny udržet tělo. Následuje podpora aktivity adekvátními podněty k vyprovokování pohybu. Je zapotřebí poskytovat klientům zajímavé taktilně-haptické a optické vjemy, které vzbuzují zvědavost. Podněty by měly být pro klienta přitažlivé např. mletí kávy, ořechů ručním mlýnkem, válení těsta (stimulace pohybu v loketním kloubu), použití mixéru k šlehání (zároveň zážitek z vibrace) mít možnost učení, nápodoby, porovnání nebo rozeznávání, co je v pytlících, ve kterých jsou fazole, kaštiny, rýže, čočka, písek, peříčka aj. (analýza materiálu podle tvaru, tvrdosti, zařazení, stimulace taktilní paměti). Dotýkat se nahříváných



polštářků s peckami od třešní, nebo rýžových ponožek nebo naopak prožívat chlad mraženými gelovými polštářky (stimulace tělísk k rozeznání tepla chladu). Pokud jsme schopni zajistit předměty, které se vztahovaly k povolání, které vykonával, využít je. Lze začlenit тренаžér velmi známých předmětů z domova, např. kliky, zámku s klíčem, kladku, zvonek, regulátor teploty na radiátoru, šroubky, matičky aj. Ležící klienti mají možnost takto stimulovat hmatovou paměť na lůžku. Také klientům, kteří nejsou schopni rozeznat pokrm, se zkouší v rámci orální stimulace je zapojit do terapeutické přípravy pokrmů, kdy je možné analýzou a zapojením více smyslů pochopit, o jaký pokrm se jedná. Pro klienty je velmi zajímavá a oblíbená, tématicky propracovaná, orální stimulace, ve kterých hrají roli vzpomínky. (viz příloha č. 5) Např. téma pouť (pendreky, mýdélka, cukrová vata, turecký med, kokosové tyčinky), téma podzim (jablka v županu, jablečný závin, šípková marmeláda, dýňový kompot), Velikonoce (piškotový beránek, barevná vejce, listové těsto) aj. Takovouto stimulaci lze provádět individuálně i skupinově v rámci volnočasových programů.

Pokud klient je schopen sedět, není unaven a zvládá udržet pozornost, bývá zapojen do skupinových aktivit, pokud souvisejí s jeho biografií a zájmy, eventuálně s cílem v individuálním plánování. Skupinové aktivity se provádějí od 10 hodin do 11 hodin. Pro mnoho lidí je dynamika ve skupině velmi efektivní, podporuje zájem o okolí, schopnost nápodoby, probouzí představy, dodává dni pestrost a odpoutání se od onemocnění. V obdobích jara, léta, podzimu, dovolují-li to povětrnostní podmínky, mnoho aktivit se provádí v atriu před budovou. I klientům, kteří mají problémy s interpretací prostředí, bývá poskytována, jsou-li věřící, naplňování spirituálních potřeb. Je zajímavé, že modlitby jsou přeřikávány správně, jsou schopni v tu chvíli adekvátně reagovat. Ne vždy zpracují, že se jednalo o mši. Neměla bych opomenout práci se svátky, lidovými tradicemi nebo společenskými událostmi, které rovněž výborně orientují staršího člověka. Příprava něčeho tak slavnostního rozhodně není prací jednotlivce, ale ten, kdo pracuje s konceptem bazální stimulace, ví, že jednotlivec nic nezmůže. Největší síla společenských akcí je bezesporu psychosociální hledisko, vytváření mezilidské komunikace, vytržení se ze všedního dne, úcta k tradicím a seberealizace při přípravě.

V 11 hodin je klient uložen na lůžko, do relaxační polohy, nechává se odpočinout. Ve 12 hodin je připraven k obědu, opět pomocí perličkových vaků s postupným vysazováním k jídlu mimo lůžko, vše se odvíjí od kondice klienta. Při jídle je snaha o asistované krmení k co největší podpoře soběstačnosti při jídle. Po obědě je klientovi provedena hygiena, je promazán pleťovým nebo masážním krémem a uložen k odpolednímu spánku. Při polohování je použito perličkových polštářů. (viz příloha 11) V letních obdobích klientům necháváme zažít i spánek venku pod stromy, není to však denní aktivita.

Kolem 15 hodiny přicházejí rodinní příslušníci, přestože návštěvy v zařízení jsou kontinuální. Toto je druhý časový úsek, kdy klienti jsou nejvíce aktivní. Mnoho z rodinných příslušníků jsou zapojeni do péče, vycházejí s klienty na vozíčku na kávu a zákusek, na lavičky v zařízení nebo v parku, účastní se při holení nebo natáčení vlasů, donášejí domácí kuchyni. Někteří jsou schopni svým blízkým promítat domácí video na notebooku, donést předměty z domu, které by klienti měli rádi u sebe nebo naopak je mohli lépe orientovat, dokáží s nimi oslavit rychlými špunty významný moment v rodině aj. Stává se však, že klient má rodinu mimo okres a nemívá odpolední hodiny podnětné rodinou. Rodina je suplována pak personálem, který se klientovi věnuje. Stimulační moment může být i rituál pití černé kávy, sledování oblíbeného filmu na DVD přehrávači, poslech reprodukováné hudby, prohlížení rodinných alb. Stimulace televizí lze provádět také, ale pouze krátkodobě, a to pořady, na které se klient pravidelně a se zájmem díval před onemocněním. Např. sportovní utkání, AZ kviz, Pošta pro Tebe, televizní noviny. Většinou televize je klienty minimálně sledována. Velmi dobře je naopak přijímáno promítání videoklipů domácích zvířat, rozkvetlých zahrad. Nabídky jsou vybírány tak, aby co nejvíce probouzeli klientovu vlastní identitu. Kolem 17 hodiny klient odpočívá do večere, opět má svůj význam somatická stimulace k zajištění správné polohy při jídle. Po večeři je s klientem provedena večerní hygiena, nejčastěji zklidňující koupel k navození relaxace, je napolohován perličkovými polštáři. U těchto klientů je potřeba spánku výraznější, jejich spánek je často polycyklický, usínají již před 20 hodinou, často i dříve. V noci je personálem často využíváno mikropolohování do 30 stupňů, klient se nemusí budít a přesto je poloha změněna.

Většinou personál má vyzorováno, kdy se klient v noci budí, v tu chvíli je použita opět somatická stimulace perličkovými pomůckami. Takto se dá pokrýt celá noc, aniž by klient byl v riziku vzniku defektů. Pokud klient má vysoké riziko vzniku defektů a navíc defekty má, je zajištěn antidekubitními polyuretanovými nebo gelovými podložkami v místech nejvyššího tlaku na predilekčních místech. Jen ojediněle je využívána antidekubitorová vzduchová matrace.

## 5. DISKUZE

Bazální stimulace poskytuje mimo ošetrovatelských nabídek také psychickou podporu člověku, který se ocitá pouze na lůžku, téměř už nic nevlastní, jen své tělo s omezeným množstvím zachovalých schopností a dovedností, s pocity, se vzpomínkami a navštěvující rodinu. Jakým způsobem byly oba koncepty integrovány do péče, popisují v kasuistikách, svým vývojem odlišných. Chtěla jsem tímto přiblížit péči stimulační, péči poskytující podporu a péči doprovázející a její prolínání v okamžicích, kdy dochází ke prognostickému zlomu. Pro názornost jsem popsala, jak integrovat oba koncepty do denního harmonogramu. **Cíl práce č. 1 byl podle mého názoru splněn.**

Během výzkumu se ukázalo, že propojení obou konceptů rozvíjí vnímání (viz kasuistiky 1, 2, 3, 5, 6), k podpoře vnímání došlo také jedním konceptem, druhý nebyl použit, z důvodu nevhodnosti integrace (viz kasuistika 4). Imobilní senioři trpí nedostatkem stimulů. Čím je pohybové postižení větší, tím méně má stimulů z okolí, z vlastního těla. Friedlová popisuje reakce klientů s nedostatečnou aktivitou a u imobilních změny v chování, strach, motorický neklid, poruchu interpretace okolí, ztrátu vzpomínek na vlastní pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu.<sup>144</sup> U pozorovaných seniorů v úvodu stimulační péče byly zaznamenány problémy s koordinací, byl pozorován strach a strnulost při pohybu (reakce B67, C83, E94) s postupnou úpravou. Motorický neklid se projevoval u 2 participantů (reakce B67, C83). Byla jsem přesvědčena, že změny chování byly ovlivněny demencí. Po zvýšené nabídce taktile haptických a kinestetických podnětů, došlo k stabilizaci motorického neklidu a lepší spolupráci (poznámky z pozorování B67, C83). Celý soubor měl problémy s rovnováhou, s vnímáním vlastního schématu nebo koordinací pohybu. Předpokládám, že pokud klientům se nedostává podnětů z okolí, prohlubuje se jejich psychické strádání z bezmocnosti, snižují se kognitivní a komunikační schopnosti, zvyšuje se riziko apatie až rezignace. Jakých stimulů bude v péči využito, záleží hodně na kreativě personálu. Jsem přesvědčena, že kreativita je nutná. Friedlová poukazuje na změnu chování

---

<sup>144</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s 68

personálu, který integruje bazální stimulaci do péče, hovoří o kultuře kontaktu mezi terapeutem a klientem.<sup>145</sup> Rovněž Borýsková ve své práci<sup>146</sup> zastává názor, že postupy bazální stimulace potřebují čas, kreativitu a dobré pozorovací schopnosti, jak klient na stimulaci reaguje a podle toho nabízet další. Domnívám se, že vzájemné propojení obou konceptů spočívá především na základě zpětné vazby, kdy klient je schopen pomocí terapeuta zvýšit interakci s podněty, které jsou mu dodávány v oblasti pohybu, smyslů a psychiky. K stejnému závěru dospěl Martin Burka, který říká, že po zkušenostech z kinesteticky vedené mobilizace „*je péče teď o vzájemnosti*“. Když na pracovišti Harburgské nemocnici, která patří do spádové oblasti hamburské nemocnice, se dotazovali všech svých pracovníků, kteří měli kinestetickou kvalifikaci, 96% pracovníků uvedlo, že se jejich způsobilost k léčebným výkonům zvýšila, ovládali více variací pohybu v různých situacích. Rovněž dokázali snížit indikaci měkkých antidekubitních pomůcek.<sup>147</sup> Ke stejným výsledkům jsem došla také, měkkého uložení na celé lůžko bylo využito jen u jednoho participanta (D89), kde kinestetická mobilizace nebyla aplikována.

Stimulací jemné a hrubé motoriky, koordinace pohybů, podporování klienta v jeho tělesném schématu, v rovnováze a orientaci v prostoru spojenou se stimulací senzomotorickou, musí vyprovokovat chování, reakci a sociální akci. K rozvinutí vnímání došlo u pěti participantů po integraci konceptů, zlepšila se psychika, probudil se zájem o okolí, podpořila se logická verbální komunikace. (kasuistika 1, 2, 3, 5, 6) U šestého případu (kasuistika 4), který se nacházel ve velmi vážném zdravotním stavu, bylo dosaženo relaxace a klidného spánku, bez rušivých podnětů. Naopak zde byla využita spíše náplň dne jako stimulačně-redukční

**Cíl č. 2 byl splněn, a to, domnívám se z výsledků, že koncepty se vhodně prolínají, oba směřují klienta k rozvíjení vnímání. Vzhledem k výběru participantů nebylo možné dosáhnout předchozí úrovně mobility a soběstačnosti, byl však zaznamenán posun v dovednostech a schopnostech v nejvyšší možné úrovni.**

---

<sup>145</sup> FRIEDLOVÁ, K., Bazální stimulace, pojetí konceptu. In Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství, Olomouc, 2002, s. 80–83, ISBN 80–247–0536–2

<sup>146</sup> BORÝSKOVÁ, H., Integrace bazální stimulace do ošetrovatelské péče o seniory, Diplomová práce Brno, 2008

<sup>147</sup> BURKA, M., Úspěchy kinestetiky: poznání a využívání vnitřních zdrojů, Florence, 2005

K podobnému shrnutí dospěla Šmerdová<sup>148</sup> ve své práci, kde uvádí, že bazální stimulace nemůže odstranit příčinu postižení, ale je schopna ovlivnit v pozitivním smyslu život osob s těžkým postižením.

Výzkumný cíl číslo 3 vystihuje názor, že koncepty bazální stimulace a kinestetiky přispívají k rozvoji celkového vnímání, zlepšení kvality života seniorům s tělesným, sensorickým, mentálním postižením. Seniorům, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžku, mají změněné vnímání, jejich kvalita života je velmi nízká, mají minimum prostředků k vyjádření se. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožněna pohybem a vnímáním. Tělesný a psychický život je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v souvislosti se sociálním prostředím.<sup>149</sup> Toto je bazální stimulací umožňováno. Halmo uvádí, že kinestetickou manipulací se podporuje prožitek pohybu pod vědomou kontrolou, aktivizuje se změna svalového napětí, je zde snaha rozvíjet vnímání kinesteticko-proprioceptivní, předchází se imobilizačnímu syndromu.<sup>150</sup> Tak jako zpracovává člověk podněty sensorické, je schopen klient zpracovat podněty týkající se polohy a pohybu. Sensorické podněty informují o sobě samém, vibrační, vestibulární a somatické informují o hranicích vlastního těla a tělesného schématu a podněty pohybové tvoří schopnost jednat, chovat se a následně budovat myšlenkové schémata.<sup>151</sup> Při pozorování, pět z šesti participantů dosáhlo k rozvoji vnímání, orientace sebe sama, byli schopni rozlišit své tělesné schéma a jednat, adekvátně reagovali na situace, ve které se nacházeli, kvalita života byla zvýšená. (bez reakce kasuistika č. 4). Friedlová uvádí, že nejdůležitější myšlenkou konceptu je individualizace péče a umožnění prožití života klientů s těžkým tělesným, sensorickým a mentálním postižením život v nejvyšší možné kvalitě. Kvalita života je subjektivní, individuální, variabilní a situativní veličina, která se během života může měnit. Při péči o člověka je proto zapotřebí se soustředit na kvalitu prožívání nejbližšího

---

<sup>148</sup> ŠMERDOVÁ, L., Využití bazální stimulace u osob s těžkým postižením a více vadami, 2006, Brno

<sup>149</sup> FRIEDLOVÁ, K., cit. 17, s. 32

<sup>150</sup> HALMO, R., Kinestetická mobilizace. Diagnóza v ošetrovatelství, 2005

<sup>151</sup> Unterlagen für Weiterbildung Praxisbegleiter Basale Stimulation in der Pflege, 2003

sociálního okolí klienta.<sup>152</sup> Během svého výzkumu jsem se přesvědčila, že je zapotřebí individuálně přistupovat při integraci bazální stimulace.

Jsem proti tomu, aby se využívaly jednotlivé prvky s dogmatickým přesvědčením, že musí zabrat. Křehkost člověka, závislého na péči druhé osoby by neměla být ohrožena bezmyšlenkovitým jednáním. Je třeba brát v potaz, že ne vždy víme při integraci stimulačního prvku, co je klientovi příjemné.(viz kasuistika 2) Friedlová k tomuto uvádí, že klient nesmí být stimulacemi přetěžován, terapeut se musí naučit pružně reagovat i na jeho nepatrné reakce a co víc, počítat s tím, co platilo včera, nemusí platit dnes.<sup>153</sup> Můj výzkum toto potvrdil. (viz schéma reakcí 1 u klienta C87). Rovněž i polohovací pomůcka, která převážně většině slouží k relaxaci a svým tvarem je naprosto variabilní, nemusí vždy sloužit ke spokojenosti člověka (kasuistika 1, 6). U klienta A54, kde se projevilo při polohování zvýšené pocení, stočená deka byla vyměněna za prodyšné perličkové polštáře a naopak, u participanta F95 šustící perličkový polštář byl vyměněn za teplou deku. Výzkumem se dále projevila souvislost orálního vnímání chutí a identifikace olfaktorických podnětů jak uvádí Friedlová.<sup>154</sup> U pozorovaného klienta F95 docházelo k projevům nechutenství, právě z důvodu nepřítomnosti prožívání libé vůně nebo chutí. (reakce č. 4 a č. 5 participanta F95) Domnívám se, že klient neměl zpracovanou perorální fázi při vlastním příjmu stravy a chuťové podněty jej neoslovovaly. Friedlová popisuje fázi perorální jako souhru vjemů taktilně haptických, vizuálních, čichových a gustačních<sup>155</sup>, klient disponoval pouze taktilně haptickou informací, vizuálního podnětu byl ochuzen pro nevidomost a orálně-olfaktorické vjemy byly natolik slabé, že vnímal pouze velmi intenzivní chutě. Je možné, že při tak vysokém věku došlo k úbytku čichových schopností, což by potvrzovalo tvrzení Buchholze<sup>156</sup>, který uvádí až 30% ztrátu počtu olfaktorických vláken u seniorů nad 75 let. Také participant B67 nerozeznal pokrm, zde však mohlo jít o neschopnost vyjádřit se a správně slovně určit název pokrmu. K tomuto závěru jsem

---

<sup>152</sup> FRIEDLOVÁ, K., Textový materiál pro prohlubující kurz bazální stimulace, 2008

<sup>153</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 81

<sup>154</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 123

<sup>155</sup> FRIEDLOVÁ, K., Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči: Skriptum pro nastavbový kurz Stimulace vnímání, s. 14

<sup>156</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 126

došla pozorováním mimiky, kdy zřetelně dával najevo pocit libosti a zájmu. Byl schopen reagovat pozitivně na podnět, který byl v minulosti oblíbený a dával mu přednost. Rozhodně se u klienta orální stimulací dosáhlo komunikace na úrovni chápání klienta a k rozvoji dovedností klienta (přechod příjmu nasogastrickou sondou na stravu přijímanou ústy). Výzkum dokázal, že orální stimulace se stala vhodným komunikačním kanálem s klientem B67. Jak uvádí Friedlová, ke komunikaci je zapotřebí médium, které zprostředkovává vztahy člověka k okolí. Médium pro komunikaci mohou být vůně, doteky, chuťové vjemy, změna polohy těla a jiné chemické a fyzikální podněty, které působí na smyslové orgány. Gandale uvádí, že stimulační terapie přispívá ke zlepšení kognitivních a motorických dovedností, např. k pohotovosti a orientovanosti klienta jsou médium běžné zvuky (štěkot psa, pískání konvice, splachování záchodu, siréna, bouchnutí dveří), silné a důvěrně známé pachy (voda po holení, vanilka, tvrdý sýr, guma), oblíbené chutě (palačinka, želé, špagety), zrakové podněty (náradí, peněženka, zrcadlo) a taktilní (tělesné doteky, různé materiály, teplota).<sup>157</sup>

2 klienti ze vzorku (kasuistika č. 2 a 4) nebyli schopni komunikovat v auditivní formě a udržovat zrakový kontakt z důvodu zdravotního a mentálního stavu, 2 klienti měli výrazné problémy v navázání a udržení zrakového kontaktu způsobené onemocněním očí nebo kognitivními změnami. Každý z 6 pozorovaných klientů se nacházel v jiné situaci, měl odlišné nároky na péči, na výběr jednotlivých prvků. Jejich kvalitu života jsem hodnotila z mého pohledu, kdy jsem hodnotila zmírnění dopadu onemocnění na jedince. Pozorovala jsem různý vývoj stavu, uspokojování základních potřeb až po seberealizaci. (např. kasuistika 5). Koncepty bylo podpořeno prožívání povrchového a hlubokého čítí, byly zprostředkovány podněty se změnami působení tlaku, gravitace, stimulací vestibulárního systému (kasuistika 1). Jak uvádí Nedělková, také kinestetika se přizpůsobuje jednotlivým životním fázím, navíc usnadňuje ošetrovatelskou činnost u klientů s částečnou nebo minimální sebekontrolou.<sup>158</sup> Bez podnětu ze stran personálu, by nedocházelo k podpoře psychiky, větší

---

<sup>157</sup> GANDALE, D., *Rehabilitace orofaciální oblasti*, 2004

<sup>158</sup> NEDĚLKOVÁ, H., Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta, *Sestra*, 2008



nabídky prožitků a klient by mohl být ohrožen hospitalismem. **Domnívám se, že cíl číslo 3 byl splněn.**

Výzkumný cíl číslo 4 měl při výzkumu zkoumat, zda oba koncepty jsou vhodnou komunikačně vzdělávací formou v základní ošetrovatelské péči k dosažení vyšší úrovně sebeobsluhy a mobility.

Především v konceptu bazální stimulace oceňuji komunikační formu na úrovni senzomotoriky, kdy dáme li klientovi adekvátní podněty, je schopen hledat souvislosti. Lze rozpoznat chování, kdy je klient schopen reagovat na příjemné stimuly a kdy se vyhýbá nepříjemným podnětům. U většiny klientů pokud zmizela verbální složka, je možné se vést neverbálními projevy. Nonverbální komunikací, především složkou mimiky a gestiky lze zachytit výraz tváře např. strach, překvapení, lhostejnost, zaujatost, radost.<sup>159</sup> Ve velmi těžkých stavech pak lze hledat odpovědi ve vegetativních reakcích, pokles tlaku, zblednutí, pocení atd. Friedlová popisuje, že každé lidské komunikování se děje v určitém prostředí, v kontextu spolu s řadou psychických procesů a jevů. V komunikaci se projeví emoce, vzpomínky, předsudky, očekávání, obavy. S klienty, kteří nejsou schopni verbální komunikace, lze využít komunikaci somatickou, vibrační, vestibulární, olfaktorickou, orální, optickou, auditivní, taktilně haptickou.<sup>160</sup> Typickým příkladem, kdy chyběly známky verbální komunikace, a analyzovala jsem jen vegetativní reakce, (zčervenání, blednutí, rozšiřování zornic, pláč aj.) byl případ pozorování klientky D89 (kasuistika 4). Klientka nereagovala na slovní, taktilní podnět, dokonce i na orální podnět, který je ze stimulací nejsilnější. Friedlová uvádí, že ústa jsou nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesná zóna. Např. vlas v ústech je velmi intenzivně a nepříjemně vnímán, než vlas položený na břichu prstu. Během mého výzkumu se ukázalo, že integrace obou konceptů do péče o seniory s postižením se mnohé vysvětlilo i lidem s těžkým kognitivním deficitem, komunikační forma byla přizpůsobena schopnostem klientů s kognitivními změnami. Na stimulační péči reagovali vesměs pozitivně. K tréninku dovedností přispívají známé předměty, zvyky, ale také opakující se podněty, začleněné v péči jako pedagogická složka učení

---

<sup>159</sup> NAKONEČNÝ, M., *Sociální psychologie*, 1999, s. 170

<sup>160</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 34

se. Koncept kinestetiky je schopen podpořit vnímání pohybu, polohocitu, pohybovost, manipulační techniky jsou vypracovány tak, aby klient co nejvíce byl schopen spoléhat na vlastní pohybové rezervy, cítil se, měl nad sebou kontrolu. To považuji za velmi důležité. Synchronizovaný pohyb mezi klientem a manipulujícím dává oběma při interakci jistotu, je snižené riziko pádu. Domnívám se, že manipulace krok za krokem dává klientům možnost zpracovat svůj pohyb nebo intenzivněji procítit své tělo. To, že pro klienta není jednoduché se orientovat, uvádí Friedlová při popisu důležitosti doteku a zpracování informace klientem, pokud s jeho tělem pracují dva terapeuti. I přes dobrou spolupráci s kolegou nebude možné zajistit identický tlak, pohyb rukou.<sup>161</sup> Domnívám se, že při polohování a vertikalizaci dvěma terapeuty, klient rovněž bude zahlcen a nezvládne pohybově situaci tak, aby nad sebou měl kontrolu, více se bude přizpůsobovat terapeutům. Oba koncepty pracují s biologicky významnými událostmi, snaží se aktivizovat tzv. neasociativní učení (habituační, senzitivace) s vytvářením paměťové stopy, dále vyplavování informací, které byly v životě často opakovány nebo měly emoční náboj. Zásadní jsou pro bazální stimulaci paměťové stopy s vysokou stabilitou, které bývají okamžitě přístupné (zvyk).<sup>162</sup> Bazální stimulace a kinestetika přispěly k zvýšení úrovně sebeobsluhy a mobility. Tabulky hodnotící denní aktivity (tabulka denních aktivit podle oš. modelu Henderson a skóre ADL, MMSE) znázorňují posun v sebeobsluze a mobilitě ve 4 případech (A54, B67, C83, E94), případ F95 měl v počátku vzestupnou tendenci, později v dekompenzaci stavu úpadek schopností. Případ D87 bez vývoje stavu. Vzorek, se kterým jsem pracovala, byl příliš malý, aby se zhodnotil celkový přínos konceptů, bylo by dobré dále problematiku zkoumat kvantitativním výzkumem.

**Domnívám se, že i cíl č. 4 byl splněn.**

---

<sup>161</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 72

<sup>162</sup> FRIEDLOVÁ, K., 2007, cit. 17, s. 59

## 6. ZÁVĚR

Pro splnění cílů, které jsem si stanovila na začátku své bakalářské práce, jsem se snažila nashromáždit co největší množství informací k problematice bazální stimulace a kinestetiky v péči o seniory. Bylo pro mne obtížné vyzdvihnout nejdůležitější informace z obou konceptů, jsem si vědoma, že jsem neobsáhla veškeré poznatky o obou konceptech. Velmi ráda bych popsala jednotlivé techniky, ale jedná se o koncepty s ochrannou známkou. Popis technik by bez praktického sebezkušenostního tréninku nezajistil správné pochopení souvislostí, jak uvádí Friedlová<sup>163</sup> a tímto by mohlo dojít k poškození konceptů, ale především práce kolegů, kteří se snaží koncepty zlepšit podmínky a život osobám s postižením. Ztotožňuji se s tímto, sama jsem prošla léty dlouhou cestu, než jsem obsáhla určitý základ vědomostí. Jsem stále v začátku a těším se na nové poznatky z prohlubujících kurzů. Teoretický základ informací jsem čerpala z odborné literatury, z odborných kurzů a z přednášek kolegů, kteří své zkušenosti z praxe prezentovali na konferencích. Využila jsem také vlastních postřehů ze své 6leté práce s koncepty bazální stimulace a kinestetiky.

V bakalářské práci popisuji využití konceptů bazální stimulace a kinestetiky při péči o seniory, v době, kdy se stali uživateli sociálních služeb pro nepříznivou sociální situaci, nepříznivý zdravotní stav a sníženou soběstačnost, vyžadující péči druhé osoby. Pozorovaný vzorek měl ukončenou odbornou rehabilitaci a ošetrovatelskou péči ve zdravotním zařízení. Participantů měli charakteristický vývoj onemocnění, který vedl k plné imobilitě, nesoběstačnosti, změně psychiky a chování. Vybrala jsem seniory po ischemické mozkové příhodě, krvácení do mozku, po zlomeninách krčku stehenní kosti, kdy vertikalizace nebyla úspěšná, dále pak seniory, kteří po dekompenzaci zdravotního stavu se stali imobilními, nesoběstačnými. Všech 6 participantů mělo poruchu interpretace prostředí, kognitivní změny, diagnostikované lékařem.

Během svého výzkumu jsem se snažila vytvořit ucelený obraz o možnostech integrace a využití prvků z konceptu bazální stimulace a kinestetické mobilizace v péči o seniory,

---

<sup>163</sup> <http://www.bazalni-stimulace.cz/dulezite.php>

zpracováním teoretické části, která vysvětluje důležitost rehabilitačně – psychosociální edukační péče i ve vysokém věku, popisuje možnost práce ve vývojovém stádiu stáří, kdy je ještě stále možný rozvoj. Přestože lze namítnout, jakého rozvoje může dosáhnout senior v tak vysokém věku, v jakém byli participanti kvalitativního výzkumu, musím předeslat, že pro všechny znamenala práce na svých schopnostech a dovednostech seberealizaci a především psychickou stabilitu. Jsem přesvědčena o pozitivním dopadu péče.

## **7. KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří

Stimulace

Rehabilitace

Péče

Bazální stimulace

Kinestetika

## 8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- BORÝSKOVÁ, H., *Integrace bazální stimulace do ošetrovatelské péče o seniory*. Diplomová práce, Univerzita Masarykova v Brně, Brno, 2008
- BURKA, Martin. Úspěchy kinestetiky. Poznání a využívání vnitřních zdrojů. *Florence*, 2005, Roč. 1, č. 1, s. 30-31. ISSN 1801-464X.
- *Co je bazální stimulace* [on line]. Bazální stimulace. [cit 2009-03-03]. Dostupné z: <[http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)>
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 371s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I a II. díl*. 1. vydání. Frýdek - Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 5. vydání. Frýdek-Místek: 2006. 32 s.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace, pojetí konceptu. In. *Sborník příspěvků. Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Olomouc: 2002. ISBN 80-247-0536-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Implementace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské praxe, hodnocení kvality odborných kurzů a výsledky supervizi na proškolených pracovištích. In *Cesta k humánnímu ošetrovatelství. Sborník příspěvků Historicky II. Národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.

- FRIEDLOVÁ, Karolína. Mýty a rituály v ošetrovatelské péči, současné pojetí ošetrovatelství. In. *Trendy v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků Ostravské konference ošetrovatelství*. Ostrava: 2003. ISBN 80-7042-341-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro nastavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. 1. vydání*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Supervize týmu poskytujících péči v konceptu bazální stimulace. *Sestra*, 2008, Roč. 18, č. 09, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Textový materiál prohlubující kurz*. 2008
- GANGALE, G, Debra. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 232 s. ISBN 80-247-0534-6.
- HALMO, Renata. Kinestetická mobilizace. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, Roč. 1, č. 3, s. 133-135. ISSN 1801-1349.
- HALMO, Renata. Podpora vnímání a pohybu kinestetickou mobilizací. In *Sborník přednášek I. Mostecké dny sester*, 2006, s. 95-101.
- HALMO, Renata. *Úvod do základů kinestetiky v ošetrovatelské péči: Pracovní sešit kurzu*, Olomouc, 2003
- HÁTLOVÁ, Běla-SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 112 s. ISBN 80-7254-564-7.
- IRA, Vladimír, *Speciální pedagogika psychopedie: studijní text*, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, 20 s.
- JANKOVSKÝ, Jiří – PFEIFFER, Jiří. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005, s. 103, ISBN 80-7040-826-X.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JAŠKOVÁ, Lenka – HALMO, Renata, Osobní zkušenost s užitím kinestetiky v krátkodobé chirurgii. In *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní*

*asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 455-458. ISBN 80-244-1424-4.

- KALOVÁ, Hana – PETR, Petr, *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci* [on line], [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: <[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/SOLENI\\_far-200503-0008.pdf](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/SOLENI_far-200503-0008.pdf)>
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2590-4.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007, s.352+ s. 16 přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KLEVETOVÁ, Dana – DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KLIČKOVÁ, Hana. Historický II. národní konference bazální stimulace. *Sestra*, 2008, Roč. 18, č. 1, s. 19. ISSN 1210-0404.
- KLUSOŇOVÁ, Eva – PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
- KOBĚRSKÁ, Petra. et al. *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál, 2003.38 s. ISBN 80-7178-851-1.
- KRIŠKOVÁ, Anna. et al. *Ošetrovatel'ské techniky: Metodika sesterských činností*. 2. doplněné vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- LANGMEIER, Josef – Krejčířová, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LIPPERTOVÁ-GRŮNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.



- MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999, dotisk 2000, 2004. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- NEDĚLKOVÁ, Hana – HALMO, Renata. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Most: Nemocnice Most, 2007. 36 s. ISBN 978-80-239-9260-1.
- NEDĚLKOVÁ, Hana. Ano, kinestetická mobilizace umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*, 2008, roč., č. 7–8, s. 23. ISSN 1210-0404.
- NEDĚLKOVÁ, Hana. Kinestetická mobilizace. *Sestra*, 2007, Roč. 17, č. 9, s. 44 ISSN 1210-0404.
- NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248 s. 16 stran barevné přílohy. ISBN 80-247-1150-8.
- PFEIFFER, Jan. Systém moderní rehabilitace In *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*, Trojan et al., Praha: Grada, 2005, 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
- PIAGET, Jean. *Psychologie inteligence*. 2. vydání. Praha: Portál, 1999. 168 s. ISBN 80-7178-309-9.
- Pomůcky pro polohování dospělých [on line]. CSO Ostrava, [2009-03-03]. Dostupné z: <<http://www.csoostrava.cz/katalog/perlickove.php?id=bazalst#C>>
- Popis předmětu TPO/PB 162 [on line]. Studijní agenda, [cit 2009-03-03]. Dostupné z: <[https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=P B162&rok=2008](https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg$_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=P B162&rok=2008)>
- Popis předmětu TPO Úvod do kinestetické mobilizace [on line]. Studijní agenda, [cit.2009-03-03]. Dostupné z: <[https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=P A163&rok=2008](https://stagweb.upol.cz/prohlizeni/pg$_prohlizeni.sylabus?kat=TPO&predm=P A163&rok=2008)>

- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie I: výukový text pro účastníky kurzu*, 2009, NCONZO Brno.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. Nové trendy v poskytování dlouhodobé péče. *Sestra a lékař v praxi*, 2008, Roč. VII., č. 3–4, s. 12–13. ISSN 1335–9444.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. Rozhýbat psychiku, potom až tělo. *Sestra a lékař v praxi*, Roč. VII., 2008, číslo 7–8, s. 13. ISSN 1335–9444.
- *Proškolená zařízení* [on line ]. Bazální stimulace, [cit.2008-12-07]. Dostupné z: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/index.php>>
- Předmět: *Základy bazální stimulace 1* [on line]. Předměty katedry: UO, [cit.2009-03-03]. Dostupné z: <<http://ects.slu.cz/fakulty/FVP/UO/00016?lang=cs> >
- *Předmět: Komunikace ve zdravotnictví* [on line ]. Předměty katedry:KOS [cit.2009-03-03]. Dostupné z: <<http://ects.jcu.cz/fakulty/FZS/KOS/OVKM2?lang=cs>>
- *Sít klasik* [on line]. Vývoj prezentace a prodej zdravotních pomůcek [cit.2009-03-03]. Dostupné z: <<http://www.maxim-zdr.cz/vertikalizacni-a-rehabilitacni-pomucky/sit-klasik/>>
- SPAMK\_S4g2 Specializace: speciální andragogika osob se zdravotním postižením 2 [on line]. Pdf:SPAMK\_ S4g2 Special.: spec. Andragogika 2 [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=SPAMK\\_S4g2;fakulta=1441;obdobi](http://is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=SPAMK_S4g2;fakulta=1441;obdobi)>
- *Superevidovaná pracoviště* [on line]. Bazální stimulace. [cit.2008-12-07]. Dostupné z: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/index.php>>
- ŠMERDOVÁ, LENKA. *Využití bazální stimulace u osob s těžkým postižením a více vadami*. Bakalářská práce, Univerzita Masarykova v Brně, Brno 2006
- TOPINKOVÁ, Eva – NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304s. ISBN 80-7169-099-6.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

- VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Klinická propedeutika pro studující ZSF*. 5. vydání. JU v Českých Budějovicích: Vlastimil Johanus Tiskárna, 2005. 144s. ISBN 80-7040-837-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VOKURKA, Martin – HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*, 9. vydání. Praha: Maxdorf, 2008. 520 s. ISBN 978-80-7345-159-2.
- ZIMMELOVÁ, Petra. *Středisko prevence úrazů v JK – prevence úrazů*, In Prevence úrazů, otrav a násilí, č. 2, roč. IV, 2008, s. 161, ISSN 1801 – 0261.

## **9. SEZNAM ZKRATEK**

AAK Augmentativní a alternativní komunikace

ADL Activity Daily Living (test základních všedních činností)

CKP Cervikokapitální endoprotéza kyčelního kloubu

CMP Cévní mozková příhoda

CT Výpočetní tomografie

CNS Centrální nervová soustava

DKK Dolní končetiny

DÚ Dutina ústní

FS Fibrilace síní

MMSE Mini-Mental State Examination (orientační test kognitivních funkcí)

NGS Nasogastrická sonda

WHO Světová zdravotnická organizace

Vylučování (M) vylučování moče

Vylučování (S) vylučování stolice

PDK Pravá dolní končetina

PEG Perkutánní endoskopická gastrostomie

USA United States of Amerika, Spojené státy americké

## **10. PŘÍLOHY**

- 10.1 Tabulka skórování participanta podle modelu Hendersonové
- 10.2 Ošetřovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace 1. část
- 10.3 Ošetřovatelská anamnéza dle konceptu bazální stimulace 2. část
- 10.4 Realizace výkonů bazální stimulace
- 10.5 Orální a olfaktorická média
- 10.6 Orální stimulace (tématická orální stimulace)
- 10.7 Stimulační prostředí
- 10.8 Stimulační prostředí (zvýšení postele do úrovně okna)
- 10.9 Zahájení integrace konceptů
- 10.10 Integrace po 3 měsících
- 10.11 Variace polohování perličkovými pomůckami
- 10.12 Ukázky kinestetická mobilizace

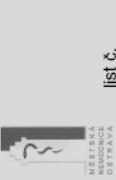
### 10.1 Tabulka skórování participanta podle modelu Hendersonové

Jméno:	Příjmení:	Datum testování:	Číslo testu:	List 1
KOMUNIKACE	Komunikuje bez potíží, srozumitelně 1b.	Problémy v komunikaci (poruchy řeči) Verbální i neverbální komunikace 2b.	Potřebuje pomoc a pomůcky ke komunikaci (naslouchátko, brýle, AAK), zjednodušený rozhovor 3b.	Nemůže nebo nechce komunikovat Neverbální komunikace 4b.
MOBILITA	Pohybuje se samostatně chůzí 1b.	Pohybuje se s malou pomocí, doprovodem nebo s kompenzační pomůckou, Pohybuje se samostatně pomocí mechanického vozíku s dohledem při přesunech mimo lůžko 2b.	Pohybuje se s dopomocí a s kompenzační pomůckou, Návčik ovládání mechanického vozíku, nezvládá přesun mimo lůžko, ale je schopen změnit polohu z lehu do sedu 3b.	Ležící, pasivně polohován, není schopen změnit polohu, Imobilizace z důvodu léčebného režimu Kontraktury 4b.
JÍDLO A PITÍ	Jí a pije samostatně 1b.	Zvládne sníst připravené jídlo, pití, Pomůcky usnadňující sebesycení, slovní vedení 2b.	Potřebuje pomoc Návčik koordinace ruka x ústa 3b.	Plně závislý na druhé osobě při příjmu stravy a tekutin Výživa NGS/PEG sonda 4b.
VYLUČOVÁNÍ (M)	Kontinence 1b.	Potřebuje absorpční pomůcky, které zvládá měnit. Potřebuje minimální pomoc 2b.	Je inkontinentní ve dne nebo v noci/ používá absorpční pomůcky, pomoc při manipulaci s pomůckami nebo toaletou Vnímá potřebu, signalizuje 3b.	Inkontinentní ve dne i v noci, Neschopen signalizace, nevnímá vyprazdňování Permanentní močový katétr 4b.
VYLUČOVÁNÍ (S)	Soběstačný 1b.	Potřebuje minimální pomoc, Využívá samostatně absorpční pomůcky, Užívá medikamenty k usnadnění vyprazdňování 2b.	Příležitostně průjem, zácpa, pomoc při manipulaci s pomůckami nebo toaletou, Vnímá potřebu, signalizuje 3b.	Inkontinence, Neschopen vnímat potřebu, nesignalizuje 4b.
KLID A SPÁNEK	Klidně spí 1b.	Spí s medikamenty 2b.	Často se probouzí 3b.	Nespí, noční chůzení Polycyklický spánek během dne 4b.
ORIENTACE	Plně orientován 1b.	Částečně orientován, Využívá pomůcky, orientační body, kalendář, čísla, vypracovává poznámky 2b.	Dezorientovaný, doptává se na činnosti, osoby, na místo, Návčik orientace vlastní osoby, prostoru, času pomocí pomůcek 3b.	Dezorientace, nutný dohled, rizikové chování k sobě nebo k okolí, Nereaguje na oslovení, nerozezná blízké osoby, předměty denní potřeby, denní dobu 4b.
UMÝT SE	Soběstačný 1b.	Soběstačný se slovním vedením 2b.	Potřebuje částečně pomoc, Neschopen umýt špatně dostupná místa 3b.	Nesoběstačný, zcela závislý na pomoci 4b.

Jméno:	Příjmení:	Datum testování:	Číslo testu:	List 1
OBLÉCI SE	Soběstačný 1b.	Soběstačný se slovním vedením, potřebuje dohled 2b.	Potřebuje částečně pomoc 3b.	Zcela závislý na pomoci druhé osoby 4b.
ZAMĚSTNAT SE	Soběstačný 1b.	Potřebuje vedení, využívá nabídku aktivizačních programů 2b.	Potřebuje pomoc při plánování aktivit, používá kompenzační pomůcky (naslouchátko, brýle) 3b.	Odmítá, nemůže, nedokáže vyjádřit potřebu zaměstnání, inaktivní, Nevzpomíná si na záliby nebo oblíbené činnosti 4b.
DÝCHÁNÍ	Dýchání bez potíží 1b.	Dechové potíže při zátěži 2b.	Potřebuje pomůcky (medikamenty, kyslíková léčba) 3b.	Technické pomůcky (umělá plicní ventilace) 4b.
VNÍMÁNÍ-STIMULACE	Zátěžové situace zvládá bez potíží, má relaxační techniky 1b.	Potřebuje stimulaci, emoční podpora, Má zájem o okolí a činnosti 2b.	Apatický, strach, změna vnímání tělesného schématu, snížená pozornost, změny v sensorickém vnímání 3b.	Rezignace, koma vigilní, Hospitalismus 4b.
Celkem skóre:		.		

Zdroj: PROCHÁZKOVÁ, E., Biografie I: výukový text pro účastníky kurzu, 2009, NCONZO Brno + vlastní modifikace

## Ošetrovateľská anamnéza v konceptu bazální stimulace



list č. ....

Jméno: \_\_\_\_\_  
 Příjmení: \_\_\_\_\_  
 R.č.: \_\_\_\_\_ Oddělení: \_\_\_\_\_

**Datum a čas zahájení stimulace:**

bližká osoba: \_\_\_\_\_

INICIÁLNÍ DOTEK  ano  ne  
 místo: \_\_\_\_\_

**Tělesný kontakt**

je zvyklý na tělesný kontakt  ano  ne  
 na kterém místě nemá rád dotek: \_\_\_\_\_

**Pohyb/tělesná aktivita**

pravidelná tělesná aktivita  ano  ne  
 jaká: .....

specifikace postižení

poruchy rovnováhy  hemiplegie  poruchy citlivosti  
 hypotonie  elasticita  kontraktury

jiné: .....

.....

jiná specifikace

lokalizace

**Výživa**

upřednostňuje chuť  sladké  kyselé  ostré  slané

teplota jídla:  teplé  vlažné  studené

konzistence:  měkké  pevná strava  tekutá strava

oblíbený nápoj: .....

oblíbený pokrm: .....

nesnáší: .....

upozornění: .....

**Vyprazdňování**

problémy s močením  ano  ne  
 jaké: .....

problémy se stolicí  ano  ne  
 jaké: .....

při inkontinenci používá  
 plenkové kalhotky  ink. vložky  perm. katetr

jiné: .....

**Spánek**

obvykle spí  záda  břicho  
 pravý bok  levý bok

jak spí

chodí časné spát  chodí pozdě spát  
 v noci se budí  vstává velmi časně  
 spí ráno dlouho  opolední spánek

kolik hodin demě spí .....

oblíbený polštář/deka  ano  ne  
 má u sebe  bude přinesen  
 způsob zakrytí

lehce  po ramena  po krk  
 jinak: .....

**Regulace tělesné teploty**

nic zvláštního  je mu často zima  potí se  
 jiné: .....

**Významný handicap** **Pomůcky**

pravák  levák

problémy se zrakem  ano  ne  
 P  L (oko)  brýle/čochky

jaké: .....

problémy se sluchem  ano  ne  
 P  L (ucho)  naslouchátko

jaké: .....

porucha polykání  ano  ne  
 jaká: .....



### 10.3 Ošetrovatelská anamnéza dle konceptu bazální stimulace 2. část

<p><b>Tělesná péče</b></p> <p>hygienická péče důležitá <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> velmi důležitá</p> <p>koupel denně <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> více než 2x týdně <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> více než 2x</p> <p>teplota vody <input type="checkbox"/> chladná <input type="checkbox"/> vlažná <input type="checkbox"/> horká <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> masťná <input type="checkbox"/> suchá</p> <p>stav pokožky <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> masťná <input type="checkbox"/> suchá mytí <input type="checkbox"/> zvláštnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne vůně: <input type="checkbox"/> budou přineseny rituály při mytí:</p>	<p><b>Způsob života</b></p> <p>povolání:</p> <p>koníčky, zájmy:</p> <p>děti, vnoučata:</p> <p>zvířata:</p> <p>přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:</p> <p>víra:</p> <p>jak snáší bolest?</p> <p>jak zvládá zátěžové situace?</p> <p>má relaxační techniky?</p> <p>důležitý zážitek v poslední době?</p> <p>jiné:</p> <p>přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:</p>	<p><b>Centrální ošetrovatelské cíle</b></p> <p><input type="checkbox"/> zachovat život a zajistit vývoj</p> <p><input type="checkbox"/> umožnit klientovi vnímat vlastní život</p> <p><input type="checkbox"/> poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry</p> <p><input type="checkbox"/> rozvíjet vlastní rytmus klienta</p> <p><input type="checkbox"/> umožnit klientovi poznat okolní svět</p> <p><input type="checkbox"/> pomoci klientovi navázat vztah</p> <p><input type="checkbox"/> umožnit klientovi zažít smysl a význam věci či konaných činností</p> <p><input type="checkbox"/> pomoci klientovi uspořádat jeho život</p> <p><input type="checkbox"/> poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život</p> <p>anamnézu odebral/a:</p> <p>dne: <input type="checkbox"/> hod.: <input type="checkbox"/></p> <p>dotazy zodpověděl/a:</p> <p>je v poměru ke klientovi:</p>
<p>holení</p> <p><input type="checkbox"/> holicí strojek <input type="checkbox"/> voda po holení <input type="checkbox"/> deodorant</p> <p>mytí vlasů <input type="checkbox"/> zvláštnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké:</p> <p>péče o zuby <input type="checkbox"/> ráno <input type="checkbox"/> večer <input type="checkbox"/> po jídle</p> <p><input type="checkbox"/> zubní kartáček <input type="checkbox"/> elektrický kartáček</p> <p><input type="checkbox"/> pasta s příchutí:</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protěza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní</p> <p>péče o nehty <input type="checkbox"/> zvláštnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké:</p>		

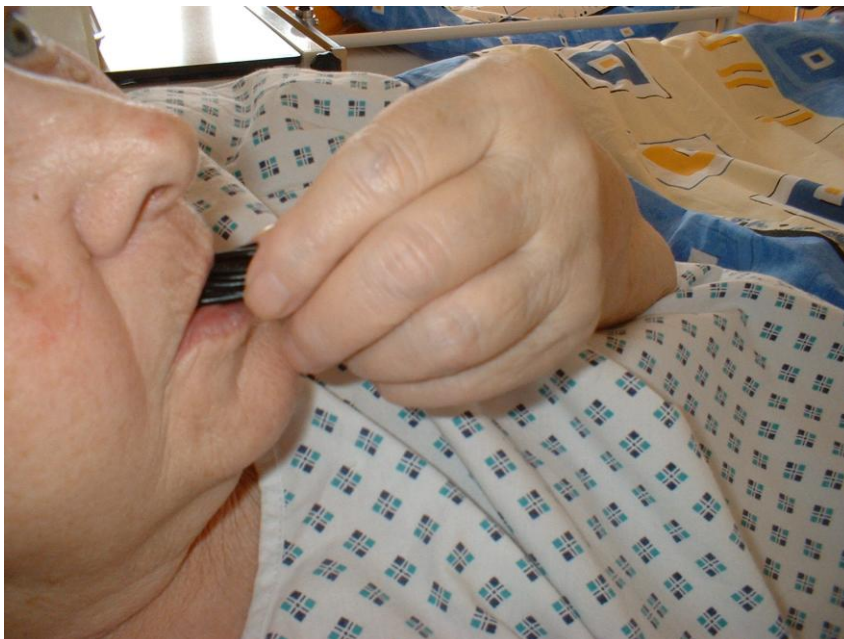


## 10.5 Orální a olfaktorická média



Zdroj: Vlastní archiv autora

## 10.6 Orální stimulace (tématická orální stimulace)



Zdroj: Vlastní archiv autora

### 10.7 Stimulační prostředí



Zdroj: Vlastní archiv autora

### 10.8 Stimulační prostředí (zvýšení postele do úrovně okna)



Zdroj: Vlastní archiv autora

### 10.9 Zahájení integrace konceptů



Zdroj: Vlastní archiv autora

### 10.10 Integrace po 3 měsících



Zdroj: Vlastní archiv autora

### 10.11 Variace polohování perličkovými pomůckami





Zdroj: <http://www.csoostrava.cz>

## 10.12 Ukázky kinestetická mobilizace



Zdroj: Kindlová, Manipulace s nemocným

[http://www.eamos.cz/amos/kos/img\\_upload/kos\\_392/Manipulace%20s%20nemocnym/presun%20nemocneho.jpg](http://www.eamos.cz/amos/kos/img_upload/kos_392/Manipulace%20s%20nemocnym/presun%20nemocneho.jpg)