



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

**Koncept bazální stimulace u seniorů  
s využitím psycho-biografického modelu  
péče Erwina Böhma**

Vypracoval: Lenka Hubáčková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma**

#### **Teoretická východiska**

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje vývoj u osob, které jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni ve vnímání, komunikaci a pohybu. V zemích Evropské unie patří koncept bazální stimulace k uznávaným modelům v ošetrovatelství. Do ošetrovatelské péče zavedla koncept bazální stimulace prof. Christel Bienstein. Ve spolupráci s jinými odborníky začala bazální stimulaci začleňovat do péče psychiatrické, paliativní, a také geriatrické. V současné době se koncept bazální stimulace v ČR využívá v různých zdravotnických a sociálních zařízeních. Ošetrovatelská péče je v konceptu bazální stimulace strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti seniora. Cílem bazální stimulace je pochopit potřeby seniora, přizpůsobit se jeho stylu komunikace, poskytnout mu prostor pro orientaci a pro rozvoj jeho osobnosti. Je určena všem osobám, kteří mají omezenou nebo narušenou schopnost vnímání, komunikace nebo pohybu, například nemocní v bezvědomí, s Alzheimerovou chorobou a s poruchou mobility. Předpokladem je také práce s biografií, která je základním stavebním kamenem psycho-biografického modelu péče. Autor psycho-biografického modelu, Erwin Böhm, pracoval dříve jako „hlavní sestra“ v psychiatrické klinice ve Vídni, kde začal se svým projektem „přechodná péče“. Böhmův model je mezinárodně uznávaný a v současné době využíván v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické. Pro ošetrovatelskou péči je model velkým přínosem, hlavně má pozitivní vliv na samotného seniora, protože v modelu je vnímán jako člověk se svou biografií. Biografii lze přirovnat k „životopisu“, ve kterém se dovídáme jeho životní příběh. Nejdůležitějším cílem v práci s biografií je porozumět životní historii seniora, teprve na základě porozumění můžeme poskytovat seniorovi adekvátní péči s úctou a respektem.

## **Cíle práce**

Cílem práce bylo zjistit, jak je využíván psycho-biografický model péče Erwina Böhma v rámci konceptu bazální stimulace. Dalším cílem bylo zjistit, zda sestry aktivně pracují s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma a jakým způsobem sestry umějí odebrat anamnézu podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Dále byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jakým způsobem umějí sestry pracovat s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma? Jak odebírají anamnézu od klienta podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma? Jak se využívá koncept bazální stimulace v domově pro seniory?

## **Použité metody**

K realizaci výzkumné části byl použit kvalitativní výzkum metodou hloubkové rozhovoru. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon, a poté doslovně přepsány bez lingvistické úpravy. Výzkumné šetření probíhalo v domově pro seniory Svaté Zdislavy a Svaté Anny. Šetření se zúčastnilo dohromady osm respondentek z výše zmíněných domovů pro seniory. Následně přepsané rozhovory, byly zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou papír a tužka. Na podkladě vytvořených kódů vznikly jednotlivé kategorie a podkategorie. Celkem bylo vytyčeno osm kategorií: Bazální stimulace u seniorů, Techniky bazální stimulace, Názor na bazální stimulaci, Využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma u seniorů v ošetrovatelské péči, Aktivizace u seniorů, Biografická anamnéza, Biografie u seniorů, Spolupráci s rodinou, zapojení rodiny. Vše je znázorněno v přehledných schématech daných kategorií.

## **Výsledky**

Z výzkumného šetření je patrné, že respondentky o konceptu bazální stimulace mají velmi dobré vědomosti a zkušenosti. Zajímavým zjištěním bylo, že respondentky umějí velmi dobře aplikovat koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče a dokážou samy vhodně volit techniky bazální stimulace. U psycho-biografického modelu péče Erwina

Böhma už tak překvapivé výsledky nebyly. V této problematice mají respondentky málo informací i zkušeností. V ošetrovatelské péči s psycho-biografickým modelem péče pracují jenom v rámci aktivizace, další využití modelu v ošetrovatelské péči už neuvedly. Z výzkumu je dále patné, že respondentky dobře odebírají biografickou anamnézu a umějí s ní pracovat. Biografickou anamnézu respondentky odebírají nejčastěji pomocí rozhovoru, pozorováním, sepsáním biografického listu a také průběžným doplňováním informací. Dále uvedly, že mají více zdrojů, od kterých odebírají biografickou anamnézu. Všechny respondentky se shodly, že odebrání biografické anamnézy je jedna z nejdůležitějších věcí z biografie.

### **Závěr**

Z výzkumného setření vyplývá, že respondentky mají všeobecné znalosti o bazální stimulaci a o biografické anamnéze. Na druhou stranu respondentky mají nedostatek zkušeností s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma. Je tomu tak zřejmě proto, že je nedostatek literatury v českém jazyce a minimum odborných přednášek v rámci celoživotního vzdělávání. Odborná literatura je prozatím jen v cizím jazyce. Vzhledem k nedostatku informací o psycho-biografickém modelu bude výstupem z bakalářské práce brožura o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma. Brožura by měla sestřám poskytnout dostatek informací o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma, (příloha 8). Bude nápomocna pro všeobecné sestry, ostatní ošetrovatelský personál, ale i pro rodinu, která o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma nemá dostatek informací. Dále může být využita jako studijní materiál pro nově nastupující personál.

**Klíčová slova:** bazální stimulace, psycho-biografický model Erwina Böhma, biografie, ošetrovatelská péče, sestra, domov pro seniory, senior.

## **Abstract**

### **The concept of basal stimulation in elderly patients using psychobiographical care model by Erwin Böhm**

#### **Theoretical basis**

Basal stimulation is a pedagogical and nursing concept supporting development in people with short-term or long-term limitations of perception, communication and movement. In the European Union, the concept of basal stimulation belongs to one of the established models in nursing. The concept of basal stimulation was introduced to the nursing care by Prof. Christel Bienstein. In collaboration with other specialists, she began to integrate basal stimulation to psychiatric, palliative and geriatric care. Nowadays, the concept of basal stimulation is used in various medical and social facilities in the Czech Republic. Within the concept of basal stimulation, nursing care is structured so as to support preserved abilities of an elderly patient. The aim of basal stimulation is to understand the needs of an elderly patient, adapt to his/her communication style, give him/her space for orientation and development of his/her personality. It is intended for all persons with limited or impaired perception, communication or movement ability, for example, for unconscious patients with Alzheimer's disease and with impaired mobility. The model assumes work with biography, which is the cornerstone of psychobiographical care model. The author of psychobiographical model, Erwin Böhm, used to work as a nurse in a psychiatric clinic in Vienna, where he started his project of "transitional care". Böhm's model is internationally recognized and currently used in German-speaking countries in the geriatric and gerontopsychiatric field. The model is a great asset for nursing care, especially its positive effect on the actual elderly patient since the model sees him/her as a person with one's own biography. Biography can be compared to "curriculum vitae" as an elderly person tells us his/her life story. The most important goal of the work with biography is to understand the life story of an elderly person; only by understanding it can we provide the elderly person with adequate care with dignity and respect.

### **Aims of the study**

The aim of the study was to determine how Erwin Böhm's psychobiographical care model is used within the concept of basal stimulation. Another aim was to find out whether nurses actively work with Erwin Böhm's psychobiographical care model and how nurses can take medical history according to Erwin Böhm's psychobiographical care model. Furthermore, the following research questions were posed: How can nurses work with Erwin Böhm's psychobiographical care model? How do nurses take medical history from patients according to Erwin Böhm's psychobiographical care model? How is the concept of basal stimulation used in homes for the elderly?

### **Methods used**

Qualitative research using the in-depth interview method was used in order to carry out the research part. All interviews were recorded on a tape recorder and then transcribed verbatim without linguistic adjustments. The research was conducted in homes for the elderly of Saint Zdislava and Saint Anne. A total of 8 respondents from the above-mentioned homes for the elderly participated in the research. Subsequently, transcribed interviews were processed by open coding technique, using the paper and pencil method. Individual categories and subcategories were created based on the generated codes. In total, 8 categories were identified: Basal stimulation in elderly patients, Basal stimulation techniques, Views of basal stimulation, Use of Erwin Böhm's psychobiographical care model for the elderly in nursing care, Activation of elderly patients, Biographical anamnesis, Biography of elderly patients, Cooperation with a family, involvement of a family. Everything is shown in clear diagrams for each category.

### **Results**

The research shows that the respondents have very good knowledge of and experience with the concept of basal stimulation. An interesting finding was that the respondents can apply the concept of basal stimulation in nursing care very well and can

themselves choose appropriate techniques of basal stimulation. The results were not so surprising for Erwin Böhm's psychobiographical care model. The respondents have limited information about and experience with this model. They work with the psychobiographical care model in nursing only within activation; they did not mention any further use of the model in nursing care. The research also shows that the respondents take biographical anamnesis well and can work with it. The respondents mostly take biographical anamnesis using interview, observation, by writing a biographical sheet and continuous addition of information. They also state that they have more resources from which they collect biographical anamnesis. All respondents agreed that the collection of biographical anamnesis is one of the most important aspects in biography.

## **Conclusion**

The research shows that the respondents have general knowledge of basal stimulation and biographical anamnesis. On the other hand, the respondents lack experience with Erwin Böhm's psychobiographical care model. This might be caused by a lack of literature in the Czech language and a minimum of specialized lectures in the context of lifelong learning. Specialized literature is now available only in foreign languages. Given the lack of literature about Erwin Böhm's psychobiographical care model, the output of this Bachelor's thesis will be a brochure on Erwin Böhm's psychobiographical care model. The brochure should provide nurses with sufficient information about Erwin Böhm's psychobiographical care model, (Appendix 8), which will be helpful for general nurses, other nursing staff, as well as for families which do not have enough information about Erwin Böhm's psychobiographical care model. Furthermore, it can be used as study material for newly hired staff.

**Key words:** basal stimulation, Erwin Böhm's psychobiographical model, biography, nursing care, nurse, home for the elderly, elderly patient.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2014

.....

Lenka Hubáčková



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, cenné rady a připomínky během zpracování mé bakalářské práce. Děkuji i PhDr. Evě Procházkové, své rodině za trpělivost a respondentkám, které byly ochotny se zúčastnit výzkumu.

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| Úvod .....  | 13        |
| <b>1.Současný stav .....</b>  | <b>14</b> |
| 1.1 Historie konceptu bazální stimulace .....                       | 14        |
| 1.2 Využití konceptu bazální stimulace u seniorů.....               | 15        |
| 1.3 Základní prvky bazální stimulace .....                          | 17        |
| 1.3.1 <i>Somatická stimulace</i> .....                              | 17        |
| 1.3.2 <i>Vestibulární stimulace</i> .....                           | 18        |
| 1.3.3 <i>Vibrační stimulace</i> .....                               | 19        |
| 1.4 Nástavbové prvky bazální stimulace.....                         | 19        |
| 1.5 Ošetrovatelská péče v konceptu bazální stimulace u seniorů..... | 21        |
| 1.6 Psycho-biografický model péče Erwina Böhma.....                 | 26        |
| 1.6.1 <i>Metaparadigmatická koncepce</i> .....                      | 27        |
| 1.6.2 <i>Stupně regrese</i> .....                                   | 28        |
| 1.6.3 <i>Diferenciální diagnostika</i> .....                        | 29        |
| 1.7 Rozdělení plánu péče podle psychického stavu seniora .....      | 31        |
| 1.8 Biografie seniora .....   | 32        |
| 1.9 Geriatrické ošetrovatelství (senior, stáří a stárnutí).....     | 34        |
| 1.10 Domovy pro seniory .....                                       | 36        |
| <b>2 Cíl práce, výzkumné otázky .....</b>                           | <b>37</b> |
| 2.1 Cíl práce.....  | 37        |
| 2.2 Výzkumné otázky.....  | 37        |
| <b>3 Metodika.....</b>  | <b>38</b> |
| 3.1 Metodika výzkumu .....  | 38        |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....                        | 38        |
| 3.3 Charakteristika prostředí výzkumu.....                          | 40        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4 Výsledky.....</b>                   | <b>41</b> |
| <b>5 Diskuze .....</b>                   | <b>60</b> |
| <b>6 Závěr .....</b>                     | <b>67</b> |
| <b>7 Klíčová slova .....</b>             | <b>69</b> |
| <b>8 Seznam použité literatury .....</b> | <b>70</b> |
| <b>9 Seznam příloh .....</b>             | <b>75</b> |

## Seznam použitých zkratek

|       |  |
|-------|--|
| ARO   | Anesteziologicko-resuscitační oddělení                     |
| BS    | Bazální stimulace  |
| ČR    | Česká republika  |
| JIP   | Jednotka intenzivní péče                                   |
| ORL   | Otorhinolaryngologie- ušní, nosní, krční oddělení          |
| Prof. | Profesor   |
| USA   | Spojené státy americké                                     |
| WHO   | World Health Organization- Světová zdravotnická organizace |

## Úvod

Téma mé bakalářské práce je koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Téma práce jsem si zvolila především proto, že mi přišlo zajímavé, a na druhou stránku koncept bazální stimulace využívám ve své dosavadní práci. Dalším důvodem mé volby byl fakt, že psycho-biografický model péče Erwina Böhma v České republice je v současné době aktuálním tématem.

V zemích Evropské unie patří koncept bazální stimulace k velmi aktuálním a uznávaným ošetrovatelským metodám. V České republice má za sebou již fázi dotazování a přesvědčování. Koncept bazální stimulace byl úspěšně zaveden do ošetrovatelské péče v některých zdravotnických a pobytových zařízeních, jako jsou, například domovy pro seniory, specializovaná oddělení, JIP a ARO. Koncept bazální stimulace v domově pro seniory je nejčastěji využíván k podpoře vnímání, pohybu a komunikace, zejména u klientů s poruchami vědomí a u dezorientovaných klientů. Předností konceptu bazální stimulace je lepší navázání vztahu a fyzického kontaktu klienta a ošetrovatelského personálu.

S konceptem bazální stimulace je úzce propojen psycho-biografický model péče Erwina Böhma. Zaměřil se ve svém modelu především na psychickou stránku člověka a vytvořil tak holistický přístup v péči o seniory se symptomy demence. Dosavadní ošetrovatelská péče byla zaměřená spíše na biologické potřeby seniora, ale na psychické potřeby nikoliv. V dnešní době se ošetrovatelský personál snaží přebírat veškeré úkony sebezpěče, a tím u seniora vytváří závislost na péči. Při zavedení psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma například při ošetrování dochází ke zkvalitnění péče o seniory a ke zvýšení kvality života seniorů. Model Erwina Böhma má také pozitivní vliv na samotného seniora, který je v modelu vnímán jako individuální osoba se svou biografií. Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jak sestry využívají koncept bazální stimulace v domově pro seniory, jak umějí odebírat biografickou anamnézu a jak umějí pracovat s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma v domově pro seniory.

# 1. Současný stav

## 1.1 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl v Německu. Pracoval zde s dětmi, které se narodily s těžkými somatickými změnami. Při strukturování konceptu bazální stimulace vycházel z tvrzení, že „každé dítě je vzdělávatelné a že nedostatečná senzomotorická stimulace vede k sekundárnímu poškození intelektu“ (Friedlová, 2012b, s. 20-21). V rámci pětiletého doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace, jenž vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Po získání profesury je od roku 1994 A. Fröhlich profesorem na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau. Neustále koncept bazální stimulace rozvíjí, je také autorem celé řady publikací (Friedlová, 2007).

Do ošetrovatelské péče zavedla koncept bazální stimulace prof. Christel Bienstein v osmdesátých letech minulého století. Prof. Christel Bienstein je původně zdravotní sestra, která pracovala mnoho let v intenzivní medicíně. Od roku 1994 vede Institut ošetrovatelství na Lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. Ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí péče začala koncept začleňovat do péče neonatologické, psychiatrické, paliativní a také geriatrické. V problematice ošetrovatelské péče o seniory, jejichž schopnost komunikace, pohybu a vnímání je omezena a změněna, spolupracuje s prof. A. Fröhlichem již od osmdesátých let minulého století. Po společném úsilí dalšího rozvoje máme nyní k dispozici takovou formu konceptu, která zohledňuje individualitu pacienta, jeho cíle a respektuje potřeby člověka (Malíková, 2011; Friedlová, 2010a).

V zemích Evropské unie patří koncept bazální stimulace k aplikovaným a uznávaným konceptům v ošetrovatelství, je využíván u lidí se změnami v oblasti vnímání, komunikace, hybnosti, u osob, které jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi (Friedlová, 2009).

V České republice o konceptu bazální stimulace poprvé informovala zdravotnickou veřejnost Karolína Friedlová v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na ošetrovatelské konferenci v Olomouci. Karolína Friedlová se seznámila s konceptem bazální stimulace v devadesátých letech na klinikách v Rakousku a Německu. Nyní koncept bazální stimulace v ČR prosazuje v oblasti intenzivní péče, následné péče a v domovech pro seniory. Koncept bazální stimulace je zohledněn ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všechny kurzy, semináře, konference jsou od roku 2005 pořádané Institutem bazální stimulace ve Frýdku-Místku, který je akreditovaným vzdělávacím programem a garantem kvality. V současné době se koncept bazální stimulace využívá v různých zdravotnických a sociálních zařízeních, v intenzivní péči, na standardních odděleních, v domovech pro seniory, ale také v hospicové péči (Kašpárek, 2011; Malíková, 2011).

## **1.2 Využití konceptu bazální stimulace u seniorů**

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje v základní rovině vnímání seniora. Vnímáme pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjí se v embryonální fázi. Pomocí smyslů můžeme vnímat sebe i okolní svět. Díky schopnosti vnímat, jsme se naučili komunikovat a pohybovat se. Nejdůležitější prvky bazální stimulace jsou tedy vnímání, pohyb a komunikace, které jsou úzce propojené. Podle vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se v prenatálním období vyvíjí nejdříve vnímání somatické (informace o našem těle, plod cítí stěny uteru, cucá si palec), poté vnímání vibrační (hlas matky), zvuky, které jsou přenášeny pomocí plodové vody a plod si je uvědomuje jako vibraci a naposled vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a o poloze těla v prostoru. Myšlenkou bazální stimulace je propojení duše, těla a vnímání v základní rovině lidského těla a odráží zkušenosti z prenatální psychologie. Zážitky z prenatálního období jsou shromažďovány v paměťových stopách a mohou být znovu aktivovány při stimulaci vnímání. Pohyb je velmi důležitý při chůzi, držení těla, k zajištění dýchání, ale také ke komunikaci. Na řízení motoriky se podílejí všechny oddíly centrální nervové soustavy. Základem

hybnosti je svalový tonus, který je zajištěn činností páteřní míchy. Na něm je vybudována opěrná motorika, systém postojových a vzpřimovacích reflexů. Cílená motorika neboli motorický systém úmyslného pohybu, je nejdůležitější složkou somatických funkcí. Je základem práce a komunikace. Na jeho řízení se podílí činnost bazálních ganglií, mozkové kůry a korového mozečku. Integrační a analytická dokonalost motoricky funkčního systému způsobí, že velké množství vstupních informací je po porovnání s předchozími zkušenostmi (paměťové stopy, senzorní paměti) převeden na jednoduchý, ale přitom dokonalý vzorec výstupní informace, zprostředkovaný motorickými neurony jader mozkového kmene. S pohybem, polohou a orientací v prostoru je úzce spojen vestibulární systém, který slouží k udržení rovnováhy a k stabilizaci obrazu na sítnici zrakového aparátu, reflexně řídí a vyrovnává pohyb končetin (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

Komunikace je vědomá činnost, která slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů a má zřetelný vliv na kvalitu života. Vjemy ze smyslových orgánů jsou zpracovány v mozku, uloženy do paměti a později jsou vybavovány v různých situacích. Komunikace je definována jako vzájemná výměna informací. Dělíme ji na verbální (za použití slov) a neverbální (mimoslovní). Verbální komunikace je ovlivněna vnímáním, znalostí komunikačního jazyka, tónem hlasu, schopností vyslovovat. Neverbální komunikace je ovlivněna schopností vykonávat pohyb a úrovní vědomí. Komunikačním kanálem v komunikaci mohou být všechny smyslové orgány. V konceptu bazální stimulace můžeme využít tyto komunikační kanály: somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický, taktilně-haptický a orální komunikační kanál (Pokorná, 2010; Friedlová, 2007). Koncept bazální stimulace je interakční, komunikační a vývoj podporující koncept, který se orientuje ve všech oblastech lidských potřeb. Cílem péče v konceptu bazální stimulace je pochopit potřeby seniora, přizpůsobit se stylu jeho komunikace a poskytnout mu prostor pro orientaci, jistotu, bezpečí a další rozvoj jeho osobnosti. Využívá mnoho vlastních technik, s kterými chce dosáhnout přizpůsobení se životní situaci seniora a poskytnutí vhodných stimulů zohledňujících jeho biografickou anamnézu (Friedlová, 2009).



### **1.3 Základní prvky bazální stimulace**

Autor konceptu bazální stimulace prof. A. Fröhlich, vychází z tvrzení, že je nutné nejprve seniorovi zprostředkovat vhodné stimuly ze svého těla a tím stimulovat vnímání vlastního těla (tělesného schématu). Vnímání tělesného schématu je velmi důležité k vnímání vlastního okolí a navázání komunikace s ním. Jedna z důležitých, výchozích podmínek v práci s konceptem bazální stimulace je sociální zkušenost seniora. Cílem bazální stimulace je vytvořit takové podmínky okolního prostředí, aby na seniora vhodně působily a podporovaly ho tak ve vývoji. Výchozím bodem pro psychomotorický vývoj seniora je zkušenost se svým vlastním tělem. Tento předpoklad umožňuje vývoj v oblasti motoriky, kognice, komunikace a sociální zkušenosti. Z výše uvedených důvodů jsou základními prvky konceptu bazální stimulace: somatická, vestibulární a vibrační (Friedlová, 2009).

#### ***1.3.1 Somatická stimulace***

Pro rozvoj a udržení pohybových, kognitivních, ale také komunikačních schopností je velmi důležitá zkušenost se svým tělem, tedy somatické vnímání. Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z celého těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu, tedy kůže. V kůži a podkoží jsou umístěny receptory chladu, tepla, dotyku a bolesti. Termoreceptory registrují teplotu kůže a tepelné změny. Máme dva typy termoreceptorů tepelný a chladový. Mechanoreceptory umožňují vnímání dotyku, vibrace, tlaku či lechtání. Vysoký počet mechanoreceptorů je na rtech, na dlani, bříškách prstů, naopak nízký počet je na hýždích a zádech. Nociceptory jsou receptory, které nás informují o bolesti (Mourek, 2005; Friedlová 2007).

Somatická stimulace má mnoho speciálních technik, které umožňují vnímat své tělo (tělesné schéma). Vnímání vlastního těla je předpokladem pro uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat. Techniky somatické stimulace jsou: zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, symetrická, rozvíjející, diametrální, kontaktní dýchání, masáž stimuluje dýchání, poloha hnízdo a mumie. Jsou aplikovány během celkové koupele, hygieny nebo polohování (Friedlová, 2010b). V somatické stimulaci jsou

nejdůležitější ruce. Ruce nám poskytují mnoho informací a jsou zprostředkovatelem vztahu mezi ošetřujícím personálem a seniorem. Dotek je základní formou somatické stimulace, musí být jasný a přiměřený situaci. Lehké, povrchní doteky neinformují, ale iritují. Pomocí doteku se nám dostává velké množství informací ze zevního prostředí. Význam doteků v ošetřovatelské péči nebyl nikdy tematizován, ošetřující se vždy učili, jak mají využívat ruce k vykonání ošetřovatelských výkonů, ale ne jak jimi poskytovat seniorovi informace o svém těle.

Pro somatickou stimulaci jsou využívány žínky nebo froté rukavice, které umožňují kvalitnější vjem, jelikož nejsou vnímány jen prsty ošetřovatelského personálu, ale velkoplošné dráždění. Při stimulaci je důležité nepřerušovat kontakt, abychom nevyvolali pocit nejistoty. Již v době intrauterinního života si senior zabudovává do paměti svůj tělesný obraz. Během života stálým přísunem stimulů se tento obraz fixuje a stabilizuje. Při klidném ležení již po deseti minutách se mění vnímání vlastního těla, dochází ke ztrátě tělesného schématu. Málo podnětné okolí spolu se snížením pohybové aktivity redukuje přísun informací k člověku. Vnímání tělesného schématu a okolí se zhoršuje a vede až k poruchám orientace. Tento proces se nazývá degenerativní habitace. Zjednodušeně řečeno, psychika a vnímání těla se nastavily na jednotvárnost (Friedlová, 2009).

### ***1.3.2 Vestibulární stimulace***

Zdravý člověk se během dne neustále pohybuje a mění polohu svého těla v závislosti na různých vykonávaných činnostech. Jeho rovnovážné ústrojí se neustále stimuluje. Vestibulární aparát nám zodpovídá za koordinaci pohybu, orientaci v prostoru, stabilizaci oběhového systému a rovnováhy. Rovnovážné ústrojí může stejně jako somatické vnímání podlehnout habitaci (Friedlová, 2012c). Vestibulární aparát se skládá ze dvou struktur, statického a kinetického čidla. Statická čidla představují základnu pro reflexní děje, vzpřímený postoj a rovnováhu. Kinetická čidla jsou orientována ve třech polokruhovitých kanálcích na sobě kolmých. V kanálcích se

pohybuje endolymfa. Vestibulární vnímání nám slouží k tomu, aby si senior uvědomil své rotační, lineární a statické pohyby hlavy (Mourek, 2005).

### ***1.3.3 Vibrační stimulace***

Vnímání vibračních podnětů je velmi intenzivní. Zkušenosti z vnímání vibrací jsou uloženy v hlubokých paměťových stopách už z prenatálního období. Cílem vibrační stimulace je stimulace receptorů pro vnímání vibrací (Vater Paciniho tělíska, Meissnerova tělíska) a proprioreceptorů ve svalech, kloubech a šlachách. Receptory umístěné v kloubech, v příčném pruhovém svalstvu a šlachách poskytují informace o postavení kloubů a poloze těla. Tyto informace zajišťují svalová vřeténka a Golgiho šlachová tělíska (Malíková, 2011). „Svalová vřeténka jsou umístěna v příčně pruhované svalovině paralelně s jednotlivými svalovými snopci. Registrují délku svalového vlákna. Dráždí se protažením. Jsou tvořena několika intrafuzálními vlákny uspořádanými do vřeténka s centrálním ztluštěním. Jsou inervována gama-systémem, který vychází z gama moto-neuronů předních rohů míšních a zajišťuje citlivost vřeténka na protažení. Kromě toho, že registrují stav daného svalu (při dvojí aferentní informaci), mohou svalová vřeténka také měnit svou senzibilitu (práh citlivosti)“ (Mourek, 2005 s. 170).

Golgiho šlachová tělíska jsou umístěna ve šlachách, v úponech kloubů a na kloubních pouzdrech. Stejně jako vlákna vřetenových tělísek vedou informace do zadních rohů míšních, kde se přímo přepojují, nebo přes interneurony na alfa-motoneurony předních rohů míšních. Odtud se eferentními vlákny vede informace do příslušného svalu, kde dojde k odpovědi ve formě svalové kontrakce na původní podnět, který způsobil podráždění receptorů (Mourek, 2005).

## **1.4 Nástavbové prvky bazální stimulace**

Nástavbové a základní prvky v konceptu bazální stimulace se úzce prolínají a v péči o seniora se uplatňují kombinovaně. Implementace nástavbových prvků se odvíjí od potřeb seniora, jeho schopnosti pohybu, vnímání a sociálního kontaktu. Do

nástavbových prvků patří: taktilně-haptická, optická, auditivní, orální a olfaktorická stimulace (Friedlová, 2012a).

V taktilně-haptické stimulaci se využívají ruce, které jsou velmi činnou částí našeho těla. Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty během života umožňuje získávat nové zkušenosti, které pak uchovává ve své paměti. Pomocí hmatu umí ruka rozeznat mnoho předmětů. Využívané předměty pro taktilně-haptickou stimulaci mohou být různé oblíbené předměty, předměty využívané v zaměstnání, hrneček, ručník, mýdlo, mobilní telefon, klíče atd. Zmíněné předměty stimulují paměťovou stopu, ale také aktivují ruku k činnosti (Friedlová, 2007).

Pro optickou stimulaci je zrakový vjem nejčastěji využívaným aparátem k poznávání okolního světa. Umožňuje nám poznávat okolní svět, orientovat se v prostoru, poznávat předměty a posiluje pocit jistoty. Optická stimulace vychází z toho, že každý senior má ve své paměti uloženou řadu obrazů. Pro optickou stimulaci jsou využívány předměty, jako jsou například hodiny, fotografie nebo obrázky. Integrace známého předmětu nám pomáhá navodit pocit jistoty a bezpečí. Optickou stimulaci je nutné aplikovat cíleně, aby nedošlo k přetížení a neschopnosti koncentrovat se (Friedlová, 2007).

„Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení“ (Friedlová, 2007 s. 114). Auditivní stimulace využívá jakýchkoliv zvukových podnětů známých z minulosti. Pomocí auditivní stimulace sledujeme mnoho cílů: navázání kontaktu se seniorem, stimulace vnímání aktivizací vzpomínek, navození pocitu jistoty, umožnění orientace seniora a zprostředkování informací o jeho těle. Pro auditivní stimulaci využíváme řeč (vyprávění, předčítání, reprodukci řeči ze záznamu), hudbu a zpěv (Friedlová, 2007).

Ústa jsou nejcitlivější a na vnímání nejméně činnou tělesnou zónou. Umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci konzistenci, chuť, vůni a tvar. U orální stimulace jsou využívány oblíbené a známé chutě. Aktivujeme tak paměťovou stopu, přirozený slinotok, snížení svalového tonu v oblasti úst. Orální stimulace je také využívána při péči o dutinu ústní. Před orální stimulací je vhodné provést somatickou stimulaci obličeje, kdy také stimulujeme slinné žlázy. K stimulaci využíváme napuštěné tyčinky nebo molitanové štětičky. Jsou používány i tzv. „cucací váčky“. Jedná se o smotaný

kousíček gázy, kde je zabalená nějaká poživatina (čokoláda, bonbón) a namočená v minerální vodě. Váček se vloží do úst a vhodně se zafixuje, aby nedošlo ke spolknutí. Nekombinujeme více než tři různé chutě během stimulace (Malíková, 2011 ; Friedlová, 2012a).

Vůně a pachy jsou výraznými provokatéry vzpomínek. Každý člověk má jiné oblíbené vůně. Pro olfaktorickou stimulaci využíváme známých a příjemných vůní z biografie. V biografii jsou zaznamenány vůně a pachy s pozitivními či negativními vzpomínkami. Pro olfaktorickou stimulaci volíme vůně dle biografie. Můžeme využít oblíbenou vůni jídla, deodorantu, sprchový gel, vůni osobních potřeb. Naopak nevhodné jsou vonné svíčky (Friedlová, 2007).

### **1.5 Ošetrovatelská péče v konceptu bazální stimulace u seniorů**

Vnímání, pohyb a komunikace utvářejí u seniora pocit jistoty a bezpečí. Všechny smysly umožňují seniorovi poznat sebe sama a okolní svět. Zážitky z prenatálního období jsou shromažďovány v paměťových stopách, a proto mohou být znovu aktivovány při stimulaci vnímání. Podpora pohybu v ošetrovatelské péči se využívá u seniorů po cévních mozkových příhodách. V této oblasti se využívá koncept pro zjištění schopnosti seniora podle Bobatha. Ošetrovatelský personál by měl umět využít u seniora v dané situaci všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je zvolit, rozpoznat reakci seniora a umět na ni reagovat. Komunikace v práci ošetrovatelského personálu by měla být vědomá, záměrná a sloužit ke sdělování informací a také k získání důvěry seniora. Ošetrovatelský personál se musí přizpůsobit komunikační úrovni seniora a komunikace s ním je možná jen tehdy, když zvolíme jeho komunikační formu a rozlišíme i velmi nepatrné reakce seniora (Friedlová, 2007 ; Friedlová, 2009).

Pokud imobilní senior dostává velmi málo stimulů (vjemů) ze svého vlastního těla, ztrácí orientaci na svém těle a dochází k senzomotorické deprivaci. Seniori mohou reagovat motorickým neklidem (tahání a odstranění permanentního katétru, trhání plenkových kalhotek), zmateným jednáním, těsným přitlačením těla k postranici. U imobilních seniorů s těžkými změnami v pohybové oblasti dochází ke změně tělesného

schématu již třetí den. Následky změny vnímání se projeví snížením pohybových a sebeobslužných schopností, neschopností rychle a adekvátně zpracovat informaci, dezorientací, zmateností, agresivitou (Žakavec a Vísnerová, 2012; Friedlová, 2012c). Profesor A. Fröhlich vychází v konceptu bazální stimulace z předpokladu, že na podkladě senzomotorických zkušeností může být provokováno inteligentní chování u lidí se sníženou nebo změněnou schopností výkonu v oblasti kognice (demence, mentální retardace). Zvláště pro seniory s demencí je orientace v konaných činnostech velmi důležitá. Pomocí somatické stimulace podporujeme seniora v soběstačnosti, respektujeme potřebu autonomie a zachování identity, zde využíváme prvky z paměťových schémat, aby byla podporována plasticita mozku pomocí opakovaných činností (Friedlová, 2010b).

Somatická stimulace má mnoho různých speciálních technik, které se využívají při celkové koupeli, polohování na lůžku nebo v křesle za použití různých materiálů (dek, hadů, polštářů), které seniorům pomáhají uvědomit si své hranice těla. Somatická stimulace se aplikuje většinou při hygieně. Ošetřující, který u seniora provádí hygienu dle konceptu bazální stimulace, vyhodnotí zdravotní stav seniora a následně zvolí nejvhodnější techniku. Techniky somatické stimulace jsou integrovány do ošetrovatelské péče tak, aby seniora podporovaly ve vnímání tělesného schématu, rozvíjely jeho identitu, umožnily mu orientaci v čase, prostoru a vnímání okolního světa (Martínková, 2010; Friedlová, 2010b). Pomocí doteků může senior získat mnoho stimulů ze zevního prostředí, ale také s okolím komunikovat. Je velmi důležité, aby se seniorovi dostávalo jasných a cílených dotyků, jelikož chaotické, nejasné a přerušované dotyky mohou způsobit u seniora pocit nejistoty, strachu a úzkosti. Ošetřující personál by si měl uvědomit, že ruce ošetřujícího a lůžko jsou pro seniora médii, se kterými má nejčastější kontakt. Ošetrovatelský personál by si měl u seniora převážně všimnout, zda jsou mu dotyky příjemné či nepříjemné (Friedlová, 2010b). Proto bychom měli dát seniorovi pokaždé najevo, kdy činnost u něj začíná a končí. Informaci mu poskytneme pomocí iniciačního doteku, který je cílený. Pomocí biografické anamnézy zvolíme u seniora vhodné místo pro iniciační dotek. Pevným, zřetelným dotekem vždy informujeme seniora, kdy začínáme a končíme s činností, například hygienou, koupelí

nebo ošetřením. Nejčastěji používanými a zároveň nejvhodnějšími místy pro iniciální dotyk je ruka, paže nebo rameno. Všichni, kteří se seniorem pracují (lékař, ošetrovatelský personál, rodina), musí iniciální dotek dodržovat. Iniciální dotek by měl být zapsán v ošetrovatelské dokumentaci a senior by měl mít cedulku s místem a oslovením iniciálního doteku u lůžka (Martínková, 2010; Friedlová, 2005).

Pokud u seniora dojde náhle ke změně polohy (otočení, posazení), může u seniora dojít ke kolapsu, pocitu na zvracení, k špatné orientaci v prostoru nebo k zvýšenému svalovému napětí. Pomocí konceptu bazální stimulace můžeme seniorovi poskytnout podporu jeho rovnovážného ústrojí, zlepšit mu prostorovou orientaci, redukovat závrať a připravit jeho organismus na mobilizaci. Pro seniory se změnami v oblasti vnímání a s demencí, jsou techniky vestibulární stimulace někdy jedinou možností vnímání okolního světa a komunikace. Vestibulární stimulaci aplikujeme u seniorů, kteří jsou déle než tři dny upoutáni na lůžko a u seniorů s omezeným pohybem. Vestibulární stimulaci můžeme provádět na lůžku, kdy využíváme zcela nepatrných pohybů hlavy, otáčíme hlavu mírně ze strany na stranu. Vestibulární stimulaci je vhodné provádět před každou změnou polohy těla, tento pohyb stačí provést třikrát-pětkrát za sebou. Při polohování je vhodné seniorovi natočit hlavu na tu stranu, kam seniora budeme otáčet. Vestibulární stimulaci může ošetřující personál aplikovat i vsedě, kdy senior provádí sám nebo s pomocí ošetřujícího jemné houpací pohyby celého těla ze strany na stranu. Také lze využít techniku tzv. ovesného klasu, kdy ošetřující za seniorem sedí, pevně fixuje seniorovo tělo svým tělem, hlavu fixuje hrudníkem a provádí pohyb ze strany na stranu. U techniky ovesného klasu popisujeme tvar ležaté osmičky. Za pomoci závěsného houpacího vaku, trampolíny nebo houpačky můžeme u seniora stimulovat vlastní aktivitu, senior se snaží sám odrážet, aby se vak pohupoval (Friedlová, 2007; Friedlová, 2010c).

Vibrační stimulaci lze aplikovat do celkové koupele s využitím technik somatické stimulace, kdy během modulace končetin provedeme vždy v okolí kloubů lehkou vibraci. Vibrační stimulace zprostředkovává seniorovi intenzivní vjemy z celého jeho těla. Vibrační stimulaci dle konceptu bazální stimulace aplikujeme u seniorů s těžkou mentální retardací, u seniorů s demencí a také u seniorů při mobilizaci. Kontraindikací

vibrační stimulační jsou krvácivé stavy, porušení kožní integrity a varixy. U seniorů využíváme pouze manuální vibrační stimulaci, aby nedošlo k mikrotraumatizaci kůže a podkoží. Pro vibrační stimulaci můžeme využít i hudební nástroje. K vnímání vibrací postačí, když ošetřující svou ruku položí seniorovi na hrudník (Friedlová, 2010d).

Implementace nastavbových prvků se odvíjí od potřeb seniora, jeho schopností, pohybu, vnímání a sociálního kontaktu. Implementací nastavbových prvků do ošetrovatelské péče lze výrazně posílit orientaci seniora s demencí a zajistit mu pocit jistoty a bezpečí. Pokud dojde k přemístění seniora z jeho domácího prostředí do domova pro seniory, které mu je neznámé, může neschopnost orientace v daném prostředí a okolním světě u seniora vyvolat úzkost, strach nebo agresivní chování. Přijatý senior nemá ve svých paměťových stopách uložené prostředí, ve kterém se zrovna nachází, a tak nemůže adekvátně zpracovat a asociovat novou zkušenost. Nastavbové prvky konceptu bazální stimulace nabízí seniorovi orientaci v novém prostředí a situaci. Integrace známých a uložených věcí z paměťové stopy seniora do nového a neznámého prostředí může u seniora navodit zklidnění, pocit jistoty a bezpečí. Vhodné je volit prvky z biografie, které podporují autonomii seniora. Jsou využívány například jeho osobní věci (ručník, povlečení, sprchový gel) (Friedlová, 2007; Friedlová, 2010d).

Taktilně-haptická stimulace se využívá u seniorů se změnami v oblasti kognice, neklidných a hyperaktivních. Senior potřebuje identifikovat jemu neznámý předmět, který nemá uložený ve své paměti. Senior se snaží nahmataný předmět zařadit, jelikož dříve předmět neznal (katétr, drén), vyvolá u seniora pocit nejistoty, strachu. Reakce u seniora se projeví nejčastěji taháním zavedeného močového katétru, drénu, deky, rolováním povlečení a trháním plenkových kalhotek. Některé situace jsou pro seniora nedůstojné a nepříjemné. V konceptu bazální stimulace se tyto reakce chápou jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace. Pomocí taktilně-haptické stimulace poskytneme seniorovi smysluplnou stimulaci ve formě jemu známých věcí, předmětů a materiálů. Předměty nám mohou velmi výrazně stimulovat paměťovou stopu u seniorů s demencí, ale také aktivovat ruku seniora k činnosti (Friedlová, 2007; Friedlová, 2012a).



Prostředí seniorů v domově pro seniory většinou bývá prosté. Je zde málo vizuálních podnětů, prostředí je někdy až destimulující. Neschopnost orientovat se v prostředí může u seniora vyvolat pocit nejistoty, úzkosti až agrese. Integrace známých předmětů seniora (fotky, hrnek, obrazy, povlečení) do jemu neznámého prostředí může u seniora navodit pocit jistoty, bezpečí, zklidnění. U dezorientovaných seniorů využíváme záchytných bodů, jako jsou mašle na klikách, obrázky na dveřích (Friedlová, 2007; Friedlová, 2012a).

Auditivní stimulace nám slouží k navázání kontaktu se seniorem, zprostředkovává nám informace a mobilizuje vzpomínky seniora. Zpěv je často využíván jako auditivní forma v domovech pro seniory. Pro dorozumívání se seniory po cévních mozkových příhodách, u dementních seniorů využíváme techniku analogování. Ošetrovatelský personál seniorovi ukazuje karty, kde jsou nakreslené jednotlivé předměty nebo situace. Například před koupáním mu ukážeme obrázek s vanou, fén a ručník (Friedlová, 2012c).

Orální stimulaci neaplikujeme, je-li senior unavený. Chuťové médium volíme pomocí biografické anamnézy seniora. U seniorů s těžkými změnami mohou ústa sloužit k navození vnímání a komunikace (Friedlová, 2007).

Vůně a pachy jsou výraznými stimuly pro vybavení pozitivních i negativních vzpomínek. Každý senior má své oblíbené vůně (parfém, prášek, deodorant). Než začneme u seniora provádět stimulaci, je nutné zjistit, které vůně seniorovi jsou nepříjemné, abychom u něho nevyvolali nepříjemný zážitek. Olfaktorickou stimulaci neposkytujeme kontinuálně, neboť by si na ni senior zvykl. Do péče můžeme integrovat vůně ze zaměstnání, ze vztahu k jeho zájmům a koníčkům. Například u seniora, který chodil rád do lesa, využijeme k stimulaci vůni jehličí (Friedlová, 2007).

Bazální stimulaci integrujeme do běžné ošetrovatelské péče, není nutné více času k poskytování bazálně stimulační péče. „Důležité je promyšleně a cíleně plánovat naše ošetrovatelské aktivity u seniora tak, aby ošetřující nepotřebovali více času a hlavně, aby nebyli rušeni zbytečnými elementy, naplánují-li si určité stimuly na nevhodnou dobu. Je také důležité zohlednit denní rytmus seniora a jeho vyčerpanost. Poskytované stimulační by neměly překročit dvacet minut, neboť by mohly u pacienta překročit jeho

hranice schopnosti se koncentrovat a přijímat podněty. Každá ošetrovatelská aktivita by měla být plánována tak, aby se pacientovi stala příjemným zážitkem“ (Friedlová, 2009, str. 47). Velký význam má důsledná a systematická dokumentace. Dokumentace, která nám umožňuje zaznamenat reakce seniora, zda seniora některé stimuly zatěžují či naopak. Dokumentace nám umožňuje vhodné plánování ošetrovatelské péče a volbu vhodných stimulů pro seniora (Friedlová, 2009). Abychom mohli seniorovi poskytovat individuální ošetrovatelskou péči, musíme znát jeho denní rituály. Všechny důležité informace zjistíme, pomocí biografické anamnézy seniora, která je uvedena v kapitole 1.8(Martínková, 2010).

### **1.6 Psycho-biografický model péče Erwina Böhma**

Autorem psycho-biografického modelu péče je profesor E. Böhm, který pracoval od roku 1974 ve funkci „hlavní sestry“ na vídeňské psychiatrické klinice. V roce 1978 začal se svým pilotním projektem „Přechodná péče“. Projekt byl zpracován do ošetrovatelského modelu, který je nadále podkladem pro další výzkumné práce a je neustále doplňován o nové poznatky. Poznatky aplikoval do praxe a zdokumentoval je v jednotlivých kazuistikách. Prof. E. Böhm do střední Evropy přinesl novou terminologii v ošetrovatelství a to hlavně v gerontologii. Používá nové termíny, jako jsou aktivizační a reaktivizační péče, diferenciální diagnostika nebo psycho-biografie. Erwin Böhm získal řadu ocenění, například stříbrnou medaili města Vídně, čestnou cenu časopisu Lazarus za nejvyšší ocenění za celoživotní dílo a Gliesnerovu cenu v oboru ošetrovatelství. Certifikovanou lektorkou psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma je PhDr. Eva Procházková, která je rovněž zakladatelkou Institutu Erwina Böhma v České republice (Böhm, 2009; Procházková, 2010a).

Počet zmatených a dezorientovaných seniorů narůstá v souvislosti s prodlouženým stářím, kdy u seniora duše a psychika zaostává, ale tělo je ještě funkční. Böhm v psycho-biografickém modelu péče termín demence nepoužívá. Hovoří pouze o seniorech se změněným způsobem chování a vysvětluje, že slovo demence negativně

ovlivňuje přístup a chování personálu, kdy snižuje pozitivní potenciál seniora u personálu a tím i šanci na normální život v saturaci potřeb (Böhm, 2009).

Ošetrovatelské modely vytvořeny v USA, které byly zaměřeny především na potřeby seniorů se somatickým onemocněním, byly pro prof. E. Böhma neadekvátní, jelikož modely nebyly zaměřeny na psychické potřeby seniorů. Böhm se tedy zaměřil na psychické potřeby seniorů a vytvořil holistický přístup v péči o seniory se symptomy demence (Procházková, 2010a; Procházková, 2010e).

Dosavadní ošetrovatelská péče byla zaměřena hlavně na biologické potřeby (nakrmit, přebalit a umýt). Dříve ošetřující personál přebíral veškeré úkony sebez péče, neohlížel se na zachovalé dovednosti a schopnosti seniora, a u seniora tak vytvářel závislost na péči. Pro ošetrovatelství je model velkým přínosem, hlavně má pozitivní vliv na samotného seniora, který je v modelu vnímán jako člověk se svou biografií individuální, regionální a kolektivní (Procházková, 2010b).

### ***1.6.1 Metaparadigmatická koncepce***

Metaparadigmatická koncepce, která determinuje teorii a praxi psycho-biografického modelu ve všeobecné rovině je: osoba, prostředí, zdraví a péče. Člověk již ve starém Řecku byl definován jako soubor tří složek: těla (fysis), duše (Psyché nebo Thymos) a ducha (Noos). Každý člověk má svoji osobní historii (biografii) a své specifické prostředí. Všechny tyto komponenty jsou v neustálé interakci. Böhm osobu hodnotí ze čtyř hledisek: thymo-psychické (emoční), noo-psychické (kognitivní), biografické (regionální, individuální) a ošetrovatelské (Böhm, 2009).

V každém vývojovém období ovlivňuje každého jedince prostředí. Nezáleží zda je jedinec zdravý nebo nemocný. Prostředí má také terapeutickou hodnotu, proto je důležité prostředí co nejvíce přizpůsobit původnímu prostředí seniora i v institucích. Psycho-biografická normalita seniora je definována jako individualita seniora ve vztahu k prostředí. Böhm se ve své definici zdraví odvolává na Persona, který zdraví popisuje jako stav optimální schopnosti výkonu rolí a úkolů důležitých pro socializaci člověka. Person vychází z domněnky, že zdraví je podmíněno geneticky, ovlivněno životním

stylem, samotnou osobou a následně prostředím (Böhm, 2009). Nemoc, znamená neschopnost vykonávat aktivity odpovídající určitému věku. Böhm rozlišuje pojem nemoc a být nemocen. Například demence je interpretována jako životní fáze postižené osoby s demencí. Böhm demenci popisuje jako speciální formu stáří. Cílem poskytované péče je pro Böhma oživení duše seniora, kterou vnímá jako vracející se po vývojových etapách popsaných Eriksonem ve vývojové psychologii. Böhm se zabývá ve svém modelu hlavně znovu oživením zájmu, oživením psychiky seniorů a zmatených lidí a navozením sebedpěče. Pokud jsou u seniora přítomny kognitivní deficity, je nutné nalézt jeho ztracené schopnosti a podpořit tak reaktivizaci (Procházková, 2010a).

V péči stanovil následující cíle, aby personál pochopil změněné způsoby chování seniorů z jejich osobní biografie, poznal prioritu seniora, co rozhybe jeho psychiku a tělo, jak lze podpořit seniora v jeho autonomii a rozhodování (Böhm, 2009). Nejdůležitějším cílem je znovuoživení duše (psychiky) seniora, kterou Böhm popisuje jako energii duše „elan vital“, která je zdrojem pro konání a motivaci. Pokud senior nemá motiv proč žít, nemá „elan vital“, nemá ani chuť pohybovat nohama, postupně dochází k deficitu sebedpěče, nemá potřebu vstát z postele, obléci se a umýt se (Procházková, 2010a).

Psycho-biografický model je někdy také nazýván jako model s rukama v kapsách. Tedy pokud najde pracovník v biografii seniora správný motiv, potom senior sám přebere iniciativu v sebedpěči. V případě, že personál převezme péči a nenechá seniorovi prostor pro zachovalé schopnosti a určí mu pozici pasivního příjemce v péči, podporujeme tak u seniora deficit sebedpěče. Další z cílů modelu je oživení psychiky personálu a zvýšení odborné úrovně personálu. Tento model zahrnuje do své koncepce i biografii ošetřovatelského personálu (Procházková, 2010c).

### ***1.6.2 Stupně regrese***

Na základě vývojové psychologie Eriksona, který popsal jednotlivé období života od narození do stáří, popsal Böhm sedm fází regrese u seniora, které v opačném pořadí kopírují zrcadlově fáze Eriksona (viz příloha 1). Senior se spirálovitě vrací po stupních

vývoje do svého dětství až do fáze, kdy leží v poloze embrya. Tyto fáze regrese nám slouží k rozpoznání a zařazení seniora do určité etapy života, ve které se zrovna nachází (Procházková, 2010c).

První fází regrese je normální stáří. Tato fáze odpovídá dospělosti. Senior zvládá komunikovat bez obtíží, dokáže se přizpůsobit normám ve společnosti, je kognitivně přístupný. Jedná se o etapu fyziologického stárnutí. Pokud chceme seniora pochopit v této fázi, je nutné, aby ošetrovatelský personál věděl o jeho regionální historii. Druhá fáze regrese je fází důvtipu, jenž odpovídá vývoji mladých (18-25 let). Kognitivní výkon seniora klesá. V komunikaci s ním jsou využity rozhovory, kdy senior prostřednictvím rozhovorů dokáže dobře reagovat, tzv. terapie humorem. I zde je zachováno fyziologické stárnutí seniora. Třetí etapa zahrnuje základní potřeby emoční. Tato etapa odpovídá pubertě (12-18 let). Zde dochází ke změně v chování a ke změnám kognitivních funkcí. Senior je již dostupný přes Noopsyche (část duše). Dochází zde k zanedbání jeho základních životních potřeb. V této fázi je důležité vědět, že při neuspokojení základních potřeb vedeme seniora k zhoršení zdravotního stavu, který může vést k akutní zmatenosti. Ve čtvrté etapě se uplatňuje naučené chování a rituály (věk 6-12 let), senior si je vybavuje ze svého dětství, které má vštípené ve svém podvědomí. V této etapě se uplatňují regionální nebo náboženské vlivy. V páté etapě je důležitý smysl života seniora, který si prožil v období přibližně mezi 3 až 6lety, jak reagoval na podněty z okolí. Patří sem pudy a instinkty. Předposlední, šestá fáze, odpovídá úrovni batolete, tedy období mezi jedním a třetím rokem. Mýty, pohádky, náboženství zde hrají velmi důležitou roli. Senior žije v čase, kdy si rád hrál a reaguje emočně. Poslední sedmá fáze prvotní komunikace (věk 0-1 rok) popisuje období fetální, senior se navrácí do fáze, kdy leží ve fetální poloze a nereaguje (Böhm, 2009; Procházková, 2010c).

### ***1.6.3 Diferenciální diagnostika***

Dalším stavebním kamenem teoretického základu je diferenciální diagnostika, která se využívá převážně v gerontopsychiatrii a gerontologii. Diferenciální diagnostika je

jedna z pracovních nástrojů psycho-biografického modelu, která nám pomůže stanovit, ve které fázi regrese se senior nachází. V diferenciální diagnostice se hodnotí, zda je ve stabilní nebo nestabilní fázi. Ve stabilní fázi není u něj změněno chování, nevykazuje patologické změny. Pokud se projevuje svým změněným chováním, je tento moment hodnocen jako fáze nestabilní (Böhm, 2009; Procházková, 2010c).

Pro určení zda se jedná o stabilní nebo nestabilní fázi jsou hodnoceny tyto oblasti: psychomotorika, emoce, volní chování, schopnost kontaktu, paměť, orientace, komunikace a formální myšlení (Procházková, 2010d). Výsledná hodnota určuje stupeň regrese seniora ve fázi stabilní i nestabilní. Například seniora, který je na psychické úrovni tříletého dítěte, splňuje interakční stupeň 6, není možné oslovovat příjmením z manželství, ale senior bude reagovat na oslovení z dětství, na jméno, které pro něj používali rodiče (Procházková, 2010c). Pomocí této diagnostiky se dá zvolit i způsob pro aktivity denního života, například mytí, oblékání a krmení. U vyšší fáze regrese v 1.až2. stupni vykazuje senior jen minimální psychické změny, má zachovalé kognitivní schopnosti, proto se může aktivně podílet na péči. Je integrován do aktivizační formy péče. U seniora v regresivním stupni 3-5, jsou přítomny patologické změny v oblasti formálního myšlení, ale je přístupný emočně. Mezi seniorem a ošetřovatelským personálem je velmi důležitá nonverbální komunikace. Pro skupinu seniorů, kteří se nacházejí v 3. až 5. stupni regrese je zvolena tzv. re-aktivizační forma péče. Diferenciální diagnostika je systém, který také slouží jako podklad pro použití prvků bazální stimulace, pokud je u seniora stanovena hluboká fáze regrese č. 6-7. U seniora je indikována tedy forma péče bazálně stimulační, kdy diagnostikou můžeme doložit, že využití prvků bazální stimulace je adekvátní psychickému stavu seniora (viz příloha 2). Pro srovnání - například škála Nortonové, která hodnotí vznik dekubitů, nám dokladuje správnost ošetřovatelských intervencí, ale je zaměřena pouze na somatickou problematiku seniora (Böhm, 2009; Procházková 2010c).

## 1.7 Rozdělení plánu péče podle psychického stavu seniora

Aktivizační péče je využívána u seniorů, kteří jsou podle diferenciální diagnostiky ve fázi regrese č. 1-3, kde jsou zachovány jeho dovednosti a kognitivní schopnosti. Jde o model péče, kde je zachována autonomie seniora. Aktivizační péče je rozdělena dle sociální formy na práci s jednotlivcem nebo ve skupině. Podle obsahu jsou metody aktivizační péče rozděleny do tří oblastí. První metoda je orientována na komunikaci, ve které je využitý rozhovor a diskuse na dané téma. Další metoda je orientována na aktivity. Seniori například společně vaří, pečou, vytváří koláže, kreslí, hrají hry, patří sem i společné oslavy narozenin, promítání starých filmů nebo sledování pořadů. A poslední metoda je orientována na tvorbu dokumentu. Seniori vytvářejí svoji biografickou knihu, ve které je zpracovaný celý život seniora. V biografické knize například najdeme fotografie z doby dětství, mládí, manželství, první vlasy dětí, různé vstupenky, letáky, plakáty, oblíbené předměty, prostě vše, co měl ve svém životě rád. Pro klíčové pracovníky je biografická kniha vodítkem pro sestavení individuálního plánu péče. Na základě těchto informací je individuální plánování mnohem jednodušší a pochopitelnější. Rodina a blízcí našich seniorů jsou velice důležité pro sběr informací, přináší fotografie, oblíbené věci, které jsou pro seniory emočně důležité (Procházková, 2010c; Nentvichová-Novotná, 2012).

Reaktivizační péče je využívána u seniorů, kteří jsou podle diferenciální diagnostiky ve fázi regrese č. 4-6, tedy pro II. stádium demence, kde kognitivní funkce neplní stoprocentně svoji úlohu, ale emočně je senior stále aktivní. Cílem reaktivizační péče je navrácení seniora alespoň o jeden stupeň výše v dané stupnici regrese. Reaktivizační péče využívá impulzů z biografie seniora k znovuoživení psychiky a k schopnosti sebezpečí. Při poskytované péči jde plně o využití naučených automatismů a rituálů. Reaktivizační péče není metoda aktivizace vycházející z biografie, ale jde o specifickou formu péče, která zahrnuje znovuoživení psychiky a duše seniora na základě určení psycho-biografické normality, která je implementována do péče formou adaptace v zařízení na danou normalitu seniora. V současné době je tomu naopak. Senior se musí přizpůsobit většinou adaptačnímu plánu v domově pro seniory, který je pevně daný (Procházková, 2010c; Bártíková, 2012).

Bazálně-stimulační péče je využívána u seniorů s těžkou formou demence, která odpovídá v diferenciální diagnostice regresi č. 7. Tato forma péče je naprostou indikací pro využití konceptu bazální stimulace (Procházková, 2010c).

## **1.8 Biografie seniora**

Při plánování ošetrovatelské péče o seniora není směrodatný jen okamžik, kdy senior ztratil orientaci v zařízení, v jaké je fázi onemocnění, ale životní princip normality, který můžeme vyčíst z biografie seniora. Název biografie pochází z řeckého jazyka, BIO (život), GRAFIE (psát). V překladu jde o životní příběh s emocionálním podtextem. Biografie tvoří základní kámen v psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma. Biografie není jen sběr dat o seniorovi, ale mění i postoj personálu vůči seniorovi. Pro seniora je biografie jedním ze způsobů překonávání zátěžových situací a navázání vztahu s personálem. Na prvním místě je život seniora a jeho vzpomínky. Biografie nám může významně pomoci porozumět dosud nejasnému chování seniora. Například, proč senior vstává ráno okolo páté hodiny a ruší na pokoji spolubydlící (Böhm, 2009).

Ošetrovatelský personál vnímá tuto situaci jako problém zdravotní, že senior nemůže spát. Přitom on se chová podle svých naučených stereotypů, kdy byl zvyklý celý život vstávat brzy. Pomocí informace z biografie jsme mu schopni vyhovět a přizpůsobit mu jeho potřebu vstávat okolo páté hodiny ranní (Procházková, 2010b). Hlavním cílem práce s biografií je zachování jeho orientace v místě, čase a vlastní osobě, která je právě u seniorů se symptomy demence stěžejní. Denní režim se pro něj dá snáze přizpůsobit. Struktura dne určená ošetrovatelským personálem je dalším faktorem snižujícím orientaci a adaptaci seniora, čímž se prohlubuje pocit beznaděje a bezmocnosti, které jsou startujícím momentem regrese. Tento způsob poskytování péče je výborný pro pochopení celostního obrazu seniora. Ošetrovatelský personál nevnímá pouze nemoc a důvod, proč je v domově pro seniory, vidí před sebou seniora se svým celoživotním příběhem, s jeho radostmi a starostmi, zásluhami i problémy (Böhm, 2009). Biografie nám může posloužit také jako komunikační most, který je nápomocný seniorovi při



adaptaci na nové prostředí. Dále je biografie využívána při navazování nových kontaktů a přátelství, které senior vnímá jako pocit, že ještě někam patří, že je pro někoho důležitý. Kontakt se seniorem přes jeho biografii není jen prázdnou frází, ale kontaktem plným života bez sebemenší bariéry (Procházková, 2010b). Jeho vzpomínky na staré časy, kdy byl mladý, znovu ožívují pozitivní emoce, a aktivují tak jeho emoční život. Informace z biografie nám právě nabízejí možnost k adekvátní péči. U seniorů se symptomy demence je biografie maximálně využita k vybavení nového pokoje bytovými doplňky, které jsou základním zdrojem pro vybavení jeho vzpomínek a které hrají důležitou roli při zachování orientace v jeho novém prostředí (Kuthanová, 2011; Procházková 2010b). Zde máme základní rozdělení biografie: singulární biografie, jde o individuální biografii, životní příběhy s emocemi. Historická biografie je zaměřena na historii a společensko-kulturní aspekty doby, ve které senior vyrůstal a žil. Regionální biografie se zabývá specifiky určitého města (vesnice), kde senior vyrůstal a žil (Procházková, 2010b).

Erwin Böhm ve svém modelu zrcadlí kulturní a generační rozdíly v ošetrovatelské péči, při které podporuje porozumění mezi generacemi a mezi poskytovatelem a seniorem. Interakci dvou odlišných generací (dnešní generace a seniora), nazval Böhm jako interfuzionální aspekt péče, kde dochází k fúzi mezi dnešní mladou generací a vzdálenou generací seniorů. Interfuzionální aspekt péče vyžaduje specifický přístup ošetrovatelského personálu, pokud chceme zajistit kvalitní péči o seniora. Doprovázení seniora cestou vzpomínek s cílem podpořit jeho celoživotně naučené mechanismy (pro lepší zvládání zátěžových situací coping), které si každý utváří od dětství do svých 25 let, a dále jen využívá modifikaci naučených mechanismů, je jedna z nejdůležitějších metod v práci s biografii. V Německu je biografický list součástí ošetrovatelské dokumentace, se kterou pracují všichni zaměstnanci, kteří zajišťují péči u seniora a mají náležité vzdělání pro práci s biografii. Právě biografie nám pomáhá pochopit identitu seniora se všemi stránkami, jak pozitivními, tak negativními (Böhm, 2009; Procházková, 2010b).

V konceptu bazální stimulace je biografie zaměřena spíše na fyzické potřeby seniora, u kterých je velmi důležitá znalost životních návyků, prožitků a zvyků seniora. Protože

je každý senior jedinečná osobnost, má také vlastní autonomii (Friedlová, 2007). „Sepsání biografie v rámci ošetřovatelské anamnézy je důležitá část ošetřovatelského procesu. Práce s biografií klienta znamená volit ošetřovatelské intervence zohledňující individualitu klienta. Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči. Získání biografických dat od klienta a jeho nejbližšího sociálního okolí (rodiny, přátel) není jednoduchou záležitostí“ (Friedlová, 2007, s. 131). Získávání biografie seniora je dlouhodobý proces, jelikož sám senior nebo jeho rodina nemusí poskytnout všechny informace hned při prvním rozhovoru. Citlivé údaje většinou senior nebo rodina poskytne teprve tehdy, až vůči personálu získají důvěru. Výrazným faktorem pro seniora a rodinu je, jak personál vysvětlí, proč se jich ptá na citlivé věci a co od nich očekává. Každé zařízení by mělo mít vypracovaný informační leták o biografii pro příbuzné a biografickou anamnézu. Biografická anamnéza by měla sloužit jako výchozí bod pro individuální péči seniora (Friedlová, 2007).

### **1.9 Geriatrické ošetřovatelství (senior, stáří a stárnutí)**

Pokusů o definování stáří a stárnutí už bylo mnoho, avšak žádná z definic není definitivní. Například Haškovcová definuje stáří jako přirozené období lidského života, od dětství, mládí až k zralosti. Kalvach uvádí, že stáří je důsledkem a projevem involučních změn, které jsou geneticky podmíněné a je spojeno s řadou zdravotních a sociálních změn. Stárnutí je fyziologický proces, nikoliv nemoc. (Jarošová, 2006).

„Na to, kdy stáří nastává, se názory různí. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stáří se můžeme dočíst, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoli každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně. Popisované známky stárnutí a stáří se však nemusí objevit standardně u každého člověka. Někdo si může uchovat bohatou tělesnou činnost a duševní svěžest až do konce svého života, u jiného se zase mohou projevit příznaky bránící v aktivní činnosti mnohem dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk“ (Jarošová, 2006 s. 11).

Podle WHO se stáří rozděluje dle věku na periody trvající 15 let. Střední věk je označován v rozmezí 45-59 let, rané stáří 60-74 let, vlastní stáří 75-89 let a dlouhověkost 90 a více (Kramářová a Tuček, 2005). Existují velké rozdíly, jak každý člověk stárne, ale přesto je možné identifikovat společné znaky stárnutí. Seniora provází celá řada změn. Změny probíhají v oblasti: biologické, psychické i sociální (Jarošová, 2006).

Biologické stárnutí probíhá individuálně u každého jedince. Základem biologických změn ve stáří je opotřebování struktur, funkcí orgánů, poklesu imunity, zpomalení metabolismu a zhoršení adaptačních mechanismů. U seniora je atrofie nejvýraznější a postihuje všechny orgány a tkáně. Typická je atrofie mozku, dále je to atrofie svalstva, ledvin, sleziny a jater. Dalším biologickým rysem stárnutí je snížení elasticity tkání a orgánů, snížená funkce endokrinních žláz, mění se distribuce tělesných tekutin. Dochází ke změně kůže, která je tenká, suchá a svraštělá. Kožní turgor je snížený. Vlasy řídnou, šedivější a vypadávají (Jarošová, 2006).

Stejně jako dochází ve stáří k biologickým změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Psychické stárnutí se projevuje například zpomalením psychického tempa, u seniora klesá pozornost, objevují se změny povahové a emoční. U seniorů jsou typické poruchy spánku, obtížně usínají, často se budí a probouzí se v časných ranních hodinách. Psychické stárnutí je ovlivněno mnoha faktory. Například genetickými, osobnostmi jednice, různými událostmi života (Jarošová, 2006 ; Kramářová a Tuček, 2005).

Sociální stárnutí provází několik změn v životě seniora. Probíhá zde adaptace na odchod do důchodu, na změnu sociálního postavení a životního programu. Odchod do důchodu pro seniora představuje významný sociální mezník a má i svůj symbolický význam. Sociální stárnutí patří mezi nejrizikovějším obdobím v životě seniora (Jarošová, 2006).

## 1.10 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou nejrozšířenější formou pobytové sociální služby. Existují různé definice sociální služby. Sociální služby se všeobecně rozlišují v tzv. širším nebo užším pojetí. Sociální služby v ČR jsou chápány spíše v užším pojetí, lze je definovat jako služby, které jsou garantovány, regulovány a vykonávány veřejnou správou, neziskovým či soukromým sektorem. Sociální služby (domovy pro seniory) jsou určeny pro seniory, kteří se nemohou nadále o sebe starat ve svém přirozeném domácím prostředí. Jsou poskytovány znevýhodněným seniorům, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, začlenit je do společnosti a chránit je před riziky. Sociální služby zohledňují samotného seniora, jeho rodinu a společné zájmy (Bicková a kol., 2011). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách chápe pobyt seniora v domově pro seniory jako pobyt ve vlastním sociálním prostředí. V domově pro seniory musí být zajištěny základní činnosti: ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče, pomoc při hygieně, zprostředkování osobního kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, sociálně terapeutické činnosti a v neposlední řadě aktivizační činnost (Burgetová a Pinkavová, 2013; Kostelná, 2010). V domově pro seniory je zajištěna celodenní pečovatelská a ošetrovatelská péče. Lékaři v domově pro seniory jsou smluvní, tedy praktičtí lékaři a ostatní odborníci (urolog, neurolog, psychiatr), kteří do domova pro seniory dochází. Všeobecné sestry se řídí ordinací praktických lékařů. Poskytnutá zdravotní péče je vykazována a hrazena zdravotními pojišťovnami dle indikace lékaře a podle sazebníku úhradové vyhlášky (Králová a Rážová, 2012; Jarošová, 2006).

Všechny služby jsou seniorům poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hlavními tematickými okruhy zákona jsou podmínky, podle kterých je možné sociální služby poskytovat. Poskytované sociální služby jsou financovány více zdroji, do kterých patří i úhrady seniorů a příspěvky na péči, které v plné výši náleží organizaci. Domovy pro seniory jsou zřizovány kraji nebo obcemi, jde o nestátní neziskové organizace, které poskytují pouze ošetrovatelskou a rehabilitační péči, prostřednictvím vlastních zaměstnanců, a proto nemusí být registrovány jako zdravotnická zařízení (Hort, 2011; Feješ, 2012).

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zmapovat využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma v rámci konceptu bazální stimulace.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry aktivně pracují s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma.

Cíl 3: Zjistit způsoby, jak sestry umějí odebírat anamnézu podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak se využívá koncept bazální stimulace v domově pro seniory?
2. Jakým způsobem umějí sestry pracovat s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma?
3. Jak sestry odebírají anamnézu od klienta podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Teoretická část bakalářské práce byla zpracována na základě odborné literatury. K získání potřebných informací výzkumné části byla použita kvalitativní metoda sběru dat metodou hloubkového rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno v měsíci únoru - březnu 2014 v domově Svaté Zdislavy a Svaté Anny, souhlas s provedením šetření povolily obě ředitelky zařízení (příloha 3 a 4). Rozhovory byly vedeny se sestrami podle předem sestavených výzkumných otázek (příloha 5).

Na začátku rozhovorů byly všechny sestry informovány o využití rozhovorů a o jejich anonymitě. Se záznamem na diktafon všechny sestry souhlasily. V první části rozhovoru byly uvedeny identifikační údaje (věk, délka praxe ve zdravotnictví, nejvyšší dosažené vzdělání) a dále následovaly otevřené otázky, které se zabývaly danou problematikou. Pro přehlednost byly všechny rozhovory s respondentkami očíslovány (R1-R8) a posléze je na jednotlivá čísla odkazováno v textu, například respondentka šest (R6). Všechny rozhovory byly doslova přepsány (příloha 9 na CD), vytištěny a následně kódovány pomocí metody tužka a papír do jednotlivých kategorií a podkategorií (Švaříček, Šeďová a kol., 2007). V rozhovorech byla vyhledávaná podobná slova, pro přehlednost bylo každé slovo označeno jinou barvou. Každá řádka v rozhovoru byla také očíslována a na jednotlivé podkategorie je později v textu odkazováno kódy. Pokud se zmínila sedmá respondentka na dvanácté řádce o dané podkategorii, kód pro zapsání tedy bude R7/12 (příloha 5). Pro přehlednost za pomoci Microsoft Word 2007 byly vytvořeny schémata pro jednotlivé kategorie a podkategorie, které byly následně popsány.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 5 všeobecných sester (respondentek) pracujících v domově pro seniory Svaté Zdislavy a 3 všeobecné sestry (respondentky) pracující v domově Svaté Anny. Identifikační údaje jsou znázorněny v Tabulce 1.

Tabulka 1 – Identifikační údaje

| <b>respondentka</b> | <b>věk</b> | <b>nejvyšší dosažené vzdělání</b> | <b>pracovní zařazení</b> | <b>počet let praxe</b> | <b>počet let v domově pro seniory</b> |
|---------------------|------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>R1</b>           | <b>46</b>  | <b>střední s maturitou</b>        | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>21 let</b>          | <b>12 let</b>                         |
| <b>R2</b>           | <b>49</b>  | <b>střední s maturitou</b>        | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>20 let</b>          | <b>7 let</b>                          |
| <b>R3</b>           | <b>24</b>  | <b>vyšší odborné</b>              | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>2 roky</b>          | <b>2 roky</b>                         |
| <b>R4</b>           | <b>33</b>  | <b>střední s maturitou</b>        | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>9 let</b>           | <b>4 roky</b>                         |
| <b>R5</b>           | <b>29</b>  | <b>vyšší odborné</b>              | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>5 let</b>           | <b>18 měsíců</b>                      |
| <b>R6</b>           | <b>28</b>  | <b>střední s maturitou</b>        | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>9 let</b>           | <b>3 roky</b>                         |
| <b>R7</b>           | <b>40</b>  | <b>vysokoškolské</b>              | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>22 let</b>          | <b>12 let</b>                         |
| <b>R8</b>           | <b>30</b>  | <b>vysokoškolské</b>              | <b>všeobecná sestra</b>  | <b>11 let</b>          | <b>4 roky</b>                         |

Zdroj: vlastní

Celkem se výzkumu zúčastnilo 8 respondentek ve věku od 24 do 49 let. Průměrný věk respondentek je 35 let. Dvě respondentky mají ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství s titulem Bc., dvě respondentky vystudovaly vyšší zdravotnickou školu s titulem Dis., čtyři respondentky byly absolventky střední zdravotnické školy s maturitou. Všechny respondentky jsou v domově pro seniory zařazeny jako všeobecné sestry. Celková délka praxe respondentek ve zdravotnictví je od 2 do 22 let. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví je 12 let. Délka praxe respondentek v domově pro seniory je od 18 měsíců až po 12 let. Průměrná délka praxe v domově pro seniory činí 6 let.

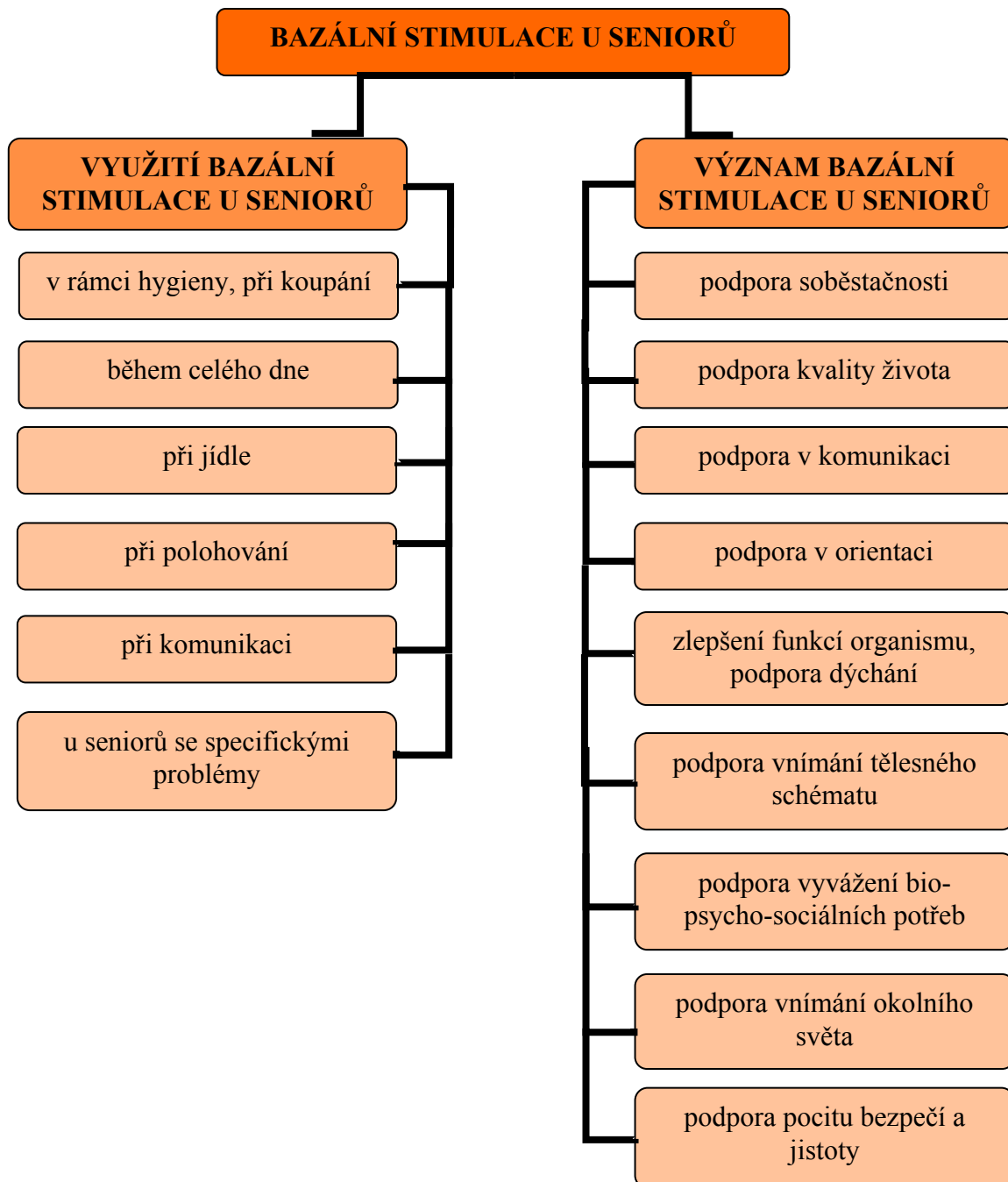
### 3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v domově pro seniory Svaté Zdislavy a Svaté Anny, které jsou zřizovány diecézní charitou v Českých Budějovicích. Obě zařízení jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Jsou určeny pro seniory nad šedesát let, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základním posláním je poskytování sociálních a zdravotních služeb, podporování soběstačnosti a umožnění prožití plnohodnotného, aktivního a důstojného stáří. Všechny služby jsou seniorům poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služby jsou plánovány individuálně pro každého seniora zvlášť. Do domova tohoto typu, mohou být přijaty jen osoby, které splňují podmínky v §49 tohoto zákona. V domovech pro seniory jsou poskytovány tyto základní činnosti: ubytování, stravování, pomoc při běžných úkonech péče. Dále domovy zprostředkovávají kontakt s blízkými, provádí aktivizační činnosti a pomáhají uplatňovat práva seniorů (Malíková, 2011). Domovy poskytují jak ošetrovatelskou tak zdravotní péči, která je zajištěna nepřetržitým provozem. Přes den je v domově minimálně jedna všeobecná sestra a z ošetrovatelského úseku jsou zde pracovníci v přímé obslužné péči (pečovatelky) a pracovnice pro volnočasové aktivity. Na noční směně je jedna všeobecná sestra a pečovatelka. Praktický lékař navštěvuje zařízení jednou do týdne, odborní lékaři do domovů docházejí dle potřeby, ostatní odborné vyšetření (ORL, interní, chirurgické) u seniorů jsou zajišťovány v příslušných spádových ambulancích. Všechny akutní problémy ohrožující život, řeší rychlá lékařská zdravotní pomoc. V domovech mají vypracované vlastní standardy kvality, které personál musí striktně dodržovat (Králová a Rážová, 2012).



## 4 Výsledky

Schéma 1: Bazální stimulace u seniorů



## ***Bazální stimulace u seniorů***

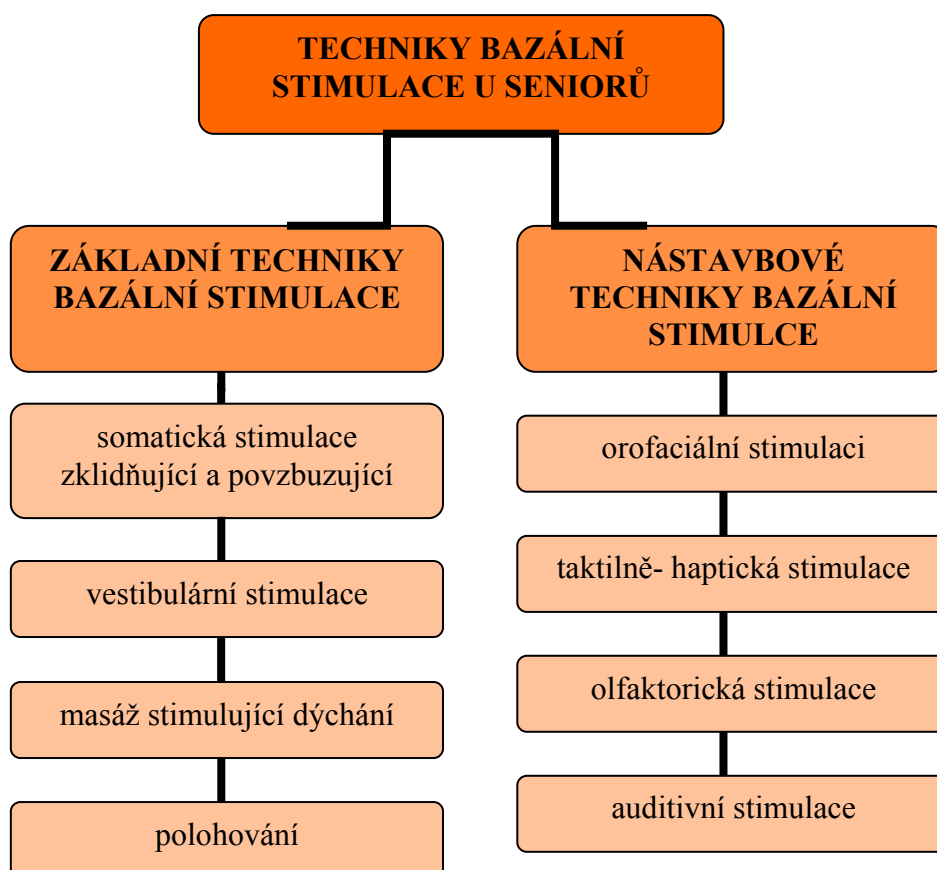
První kategorie bazální stimulace u seniorů se zabývala všeobecnými znalostmi respondentek o konceptu bazální stimulace. Výsledky znalostí respondentek byly podrobně analyzovány a byly vytvořeny dvě podkategorie „Využití bazální stimulace u seniorů“ a „Význam bazální stimulace u seniorů.“ Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 1.

Z výsledných rozhovorů vyplynulo, že respondentky mají všeobecné znalosti o dané problematice. Každá respondentka se k dané podkategorii vyjádřila trochu jinak, ale v základních informacích se všechny respondentky shodly. K první podkategorii R1, R4, R5 a R8 uvedly, že bazální stimulaci využívají nejčastěji: „*při ranní hygieně, polohování a při stolování*“. R2 dále uvedla, že bazální stimulaci u seniorů využívá také: „*V jejich běžném životě, při komunikaci*.“ R3 odpověděla, že bazální stimulaci využívá nejčastěji: „*U spastických a neklidných seniorů*.“ R6 se dále zmiňuje o využití bazální stimulace slovy: „*Ráno začínám a končím, až když odcházím večer domů, když je to možné tak celý den se snažíme koncept využívat*.“ R7 k podkategorii využití bazální stimulace uvedla: „*Umožňuje zklidnit neklidné klienty, navození příjemných pocitů, uvědomění si sebe a svého těla*.“

K druhé podkategorii význam bazální stimulace u seniorů se R1 zmínila: „*Jak jsem již řekla, při polohování senior vnímá svůj obrys těla, takže je senior i klidnější. Dále koncept podporuje i seniorovu orientaci a komunikaci*.“ R2 jako význam konceptu bazální stimulace u seniorů uvedla: „*Bezvadná metoda, která napomáhá zachovat schopnosti člověka. Je to metoda, která podporuje kvalitu života*.“ R3 na význam bazální stimulace má tento názor: „*Dá se říct, že ve všech oblastech potřeb, nejvíce podporuje seniora ve vnímání, komunikaci, v soběstačnosti a orientaci*.“ R4 uvedla význam bazální stimulace u seniorů těmito slovy: „*Jde o podporu vnímání vlastního těla, rozvoje identity a zlepšení funkcí organismu*.“ R5 vidí význam bazální stimulace takto: „*Právě s tím stylem, že je to pořád stejný, to znamená, že to fixuje u lidí určité chování, bezpečí, jistotu a i je navrací zpět. Podpora je také v tom, že nejsme jim tak odcizení, že se jich dotýkáme, jsme jim bliž, jsme jim takový vřelejší*.“ R6 se o významu

bazální stimulace u seniorů zmínila: „*Určitě podporuje činnosti u seniora, které zvládá sám, zachování soběstačnosti seniora. Jde o navrácení seniora do života, kdy ho podporuje, motivuje, uklidňuje.*“ R7 se domnívá, že bazální stimulace u seniorů má význam tento: „*Umožňuje jim uvědomovat si sami sebe, hlavně své tělo. Dokáže navodit příjemné pocity, pokud je zapotřebí může některé klienty zklidnit.*“ R8 se o významu konceptu bazální stimulace vyjádřila slovy: „*Jde nejčastěji o rozvoj vnímání klienta na všech úrovních. Jde o vyvážení bio-psycho-sociálních potřeb, které potřebuje mít senior v rovnováze, aby byl spokojený.*“

**Schéma 2:** Techniky bazální stimulace u seniorů



### ***Techniky bazální stimulace u seniorů***

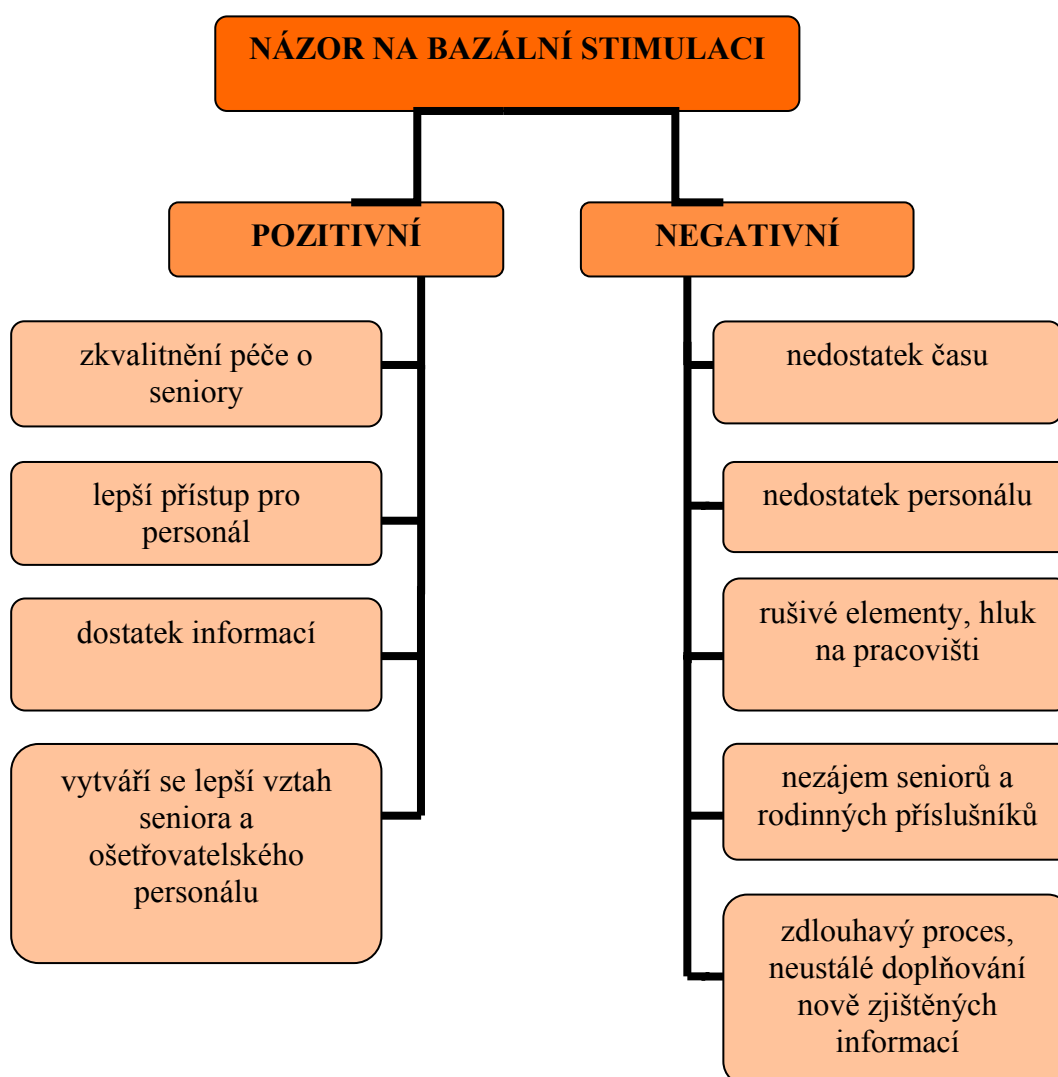
Druhá kategorie techniky bazální stimulace se zaměřila na to, jaké techniky z konceptu bazální stimulace nejčastěji využívají respondentky u seniorů. Všechny tyto výsledky byly podrobně analyzovány a byly vytvořeny dvě podkategorie „Základní techniky bazální stimulace“ a „Nástavbové techniky bazální stimulace. Tyto výsledky jsou shrnuty ve schématu 2.

Všechny respondentky uvedly, že u seniorů nejčastěji využívají základní techniky bazální stimulace, ale zajímavým zjištěním bylo, že některé respondentky v ošetrovatelské péči o seniory využívají i některé nástavbové techniky z bazální stimulace. Další zajímavé zjištění bylo, že skoro všechny respondentky mají absolvovaný základní kurz bazální stimulace, pět respondentek se zmínilo o absolvování základního kurzu bazální stimulace, jedna respondentka odpověděla, že má absolvovaný jak základní tak nástavbový kurz a dvě respondentky uvedly, že kurz bazální stimulace absolvovaný nemají.

Ve výzkumné části se všechny respondentky zmínily, že u seniorů využívají nejčastěji techniky somatické stimulace a techniky z polohování. Ze somatické stimulace uvedly, že u seniorů nejvíce využívají somatickou stimulaci zklidňující a povzbuzující. Z polohování uvedly, že nejčastěji využívají techniku hnízda, mumie a mikropolohování. R3 uvedla, že v péči o seniory využívá: „*vestibulární stimulaci*“. Dále se R3 zmínila i o využití nástavbové techniky bazální stimulace: „*Někdy využívám taktilně-haptickou stimulaci*.“ R4 se o další technice bazální stimulace vyjádřila slovy: „*Nejčastěji využíváme iniciální dotek, polohování hnízdo, masáž stimulující dýchání*.“ R5 v ošetrovatelské péči o seniory využívá i některé nástavbové techniky z bazální stimulace: „*No tak tu dotykovou, iniciální dotyk, masáž na podporu dýchání. Dáváme jim míčky do ruky, smotaný ručník, čtení, zpívání, hudba, oblíbené materiály*.“ R6 se také zmínila o využití nástavbových technik slovy: „*U někoho využíváme chuť a vůně k vybavení vzpomínek*.“ R7 uvedla, že ze základních technik využívá nejčastěji masáž stimulující dýchání a zmínila se i o využití nástavbových technik: „*Používáme k tomu*

doteky, vůně, chutě nebo třeba i zvuky.“ R8 se k nastavbové technice vyjádřila slovy: „Od některých kolegyně jsem okoukala orofaciální stimulaci.“

**Schéma 3:** Názor na bazální stimulaci



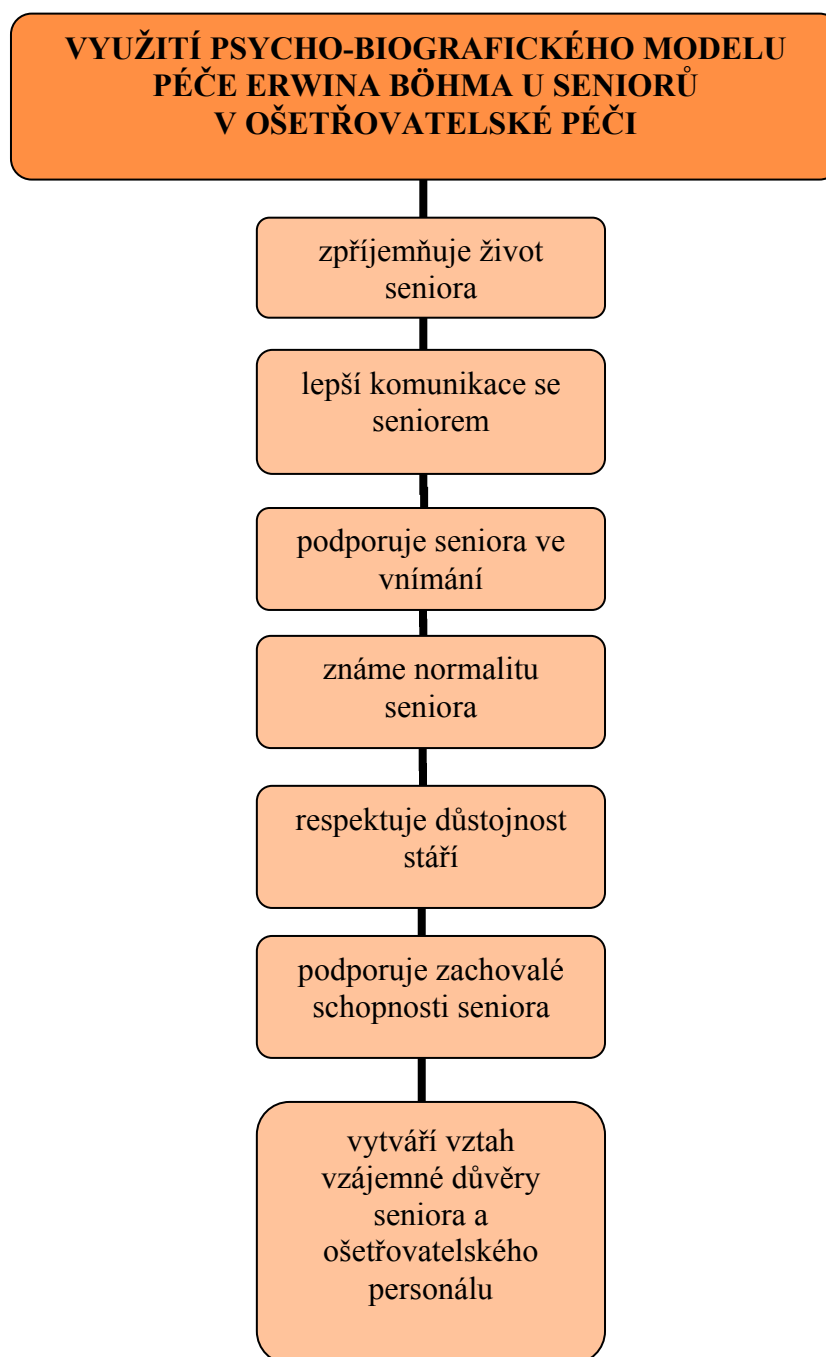
### *Názor na bazální stimulaci*

Třetí kategorie, názor na bazální stimulaci se zaměřila na to, jak respondentky vnímají bazální stimulaci u seniorů a jaký je jejich názor. Kategorie byla rozdělena na dvě podkategorie: „Pozitivní názor“ a „Negativní názor“. Podkategorie tvoří zakódované výsledky jednotlivých respondentek, které jsou znázorněny ve schématu 3.

Respondentky uvedly jak pozitivní tak negativní názory na využívání bazální stimulace u seniorů. Respondentky ve využívání bazální stimulace u seniorů nevidí pouze pozitivní názor, ale také ji některé respondentky vnímají jako zátěž při poskytování ošetrovatelské péče o seniory. R1 na otázku, jaký máte názor na používání konceptu bazální stimulace u seniorů, odpověděla: *„Senior je klidnější, ví, co se s ním bude dít.“* R2 jako pozitivní názor uvedla: *„Bezvadná metoda, která napomáhá zachovat schopnosti člověka.“* Dále z pozitivní stránky R2 zmínila: *„Uklidnění, dostatek informací o klientovi.“* R3 vyjmenovala tyto pozitiva: *„Senior je klidnější, mají lepší orientaci, senior vnímá více své tělo, vytváří se lépe vztah seniora a ošetrovatelského personálu.“* R4 má pozitivní názor tento: *„O seniorovi víme více informací, chápu jeho divné chování.“* R5 odpověděla: *„Určitě pozitivní, děláme to automaticky, aniž bych nad tím nějak přemýšlela. Je to pořád stejný, je to pro ně zklidňující, neděláme žádný zmatek, neběháme okolo něj, pokud to děláme všichni stejně je to pro něj taková jistota, bezpečí.“* O pozitivním názoru se R6 vyjádřila takto: *„Zjistíme informace o seniorovi, co měl rád, připomínáme mu, jak to dřív bylo, jak jeho život probíhal, jde o navrácení do života, lepší komunikace seniora s personálem, dostatek informací.“* R7 uvádí jako pozitivní názor: *„Myslím, že tento koncept je pro seniory vhodný, ale nelze ho vnímat jako univerzální lék pro všechny klienty.“* R8 při práci s bazální stimulací u seniorů vnímá pozitivní stránku takto: *„K používání konceptu bazální stimulace mám velice kladný vztah, myslím si, že seniorům přináší mnoho podnětů k udržení dosavadních zkušeností, kdy je jim nápomocna k udržení soběstačnosti a necítí se být sami, přináší jim pozitiva.“* Všechny respondentky se také zmínily o negativním názoru, ve kterém nejčastěji uvedly nedostatek času, hluk na pracovišti a nezáměr seniorů nebo rodinných příslušníků. R1 se o negativním názoru vyjádřila slovy: *„Při polohování dlouhou dobu*

trvá, než seniora zapolohuju. Nedostatek času a někdy mi vadí provozní hluk, který seniorům jistě také vadí.“ R2 jako negativní stránku bazální stimulace uvedla: „Zdlouhavý proces, kdy se musí neustále doplňovat nové informace a jde tedy o další dokumentaci.“ R3 negativní stránku bazální stimulace vnímá takto: „Málo času pro poskytování bazální stimulace, rušivé elementy, hluk na pracovišti, někdy nezáměr seniorů nebo rodinných příslušníků.“ R4 uvedla jako negativum: „Tak asi nezáměr rodiny poskytovat informace.“ R5 se zmínila o negativním názoru takto: „No tak je to hlavně o organizaci práce a o lidech. Personálu, no tak to je horší, mohlo by to být lepší, pro kvalitní péči aspoň o jednoho člověka navíc.“ R6 se k negativní stránce vyjádřila slovy: „Tak to mě asi nic nenapadá, možná nespolupráce seniorů.“ R7 uvedla jako negativní názor bazální stimulace: „Techniky bazální stimulace jsou mírně časově náročnější než běžná ošetrovatelská péče, někdy se lze setkat také s nepochopením a nespoluprací okolí a rodin.“ R8 reagovala na negativní názor takto: „Nic mě nenapadá.“

**Schéma 4:** Využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma u seniorů v ošetrovatelské péči



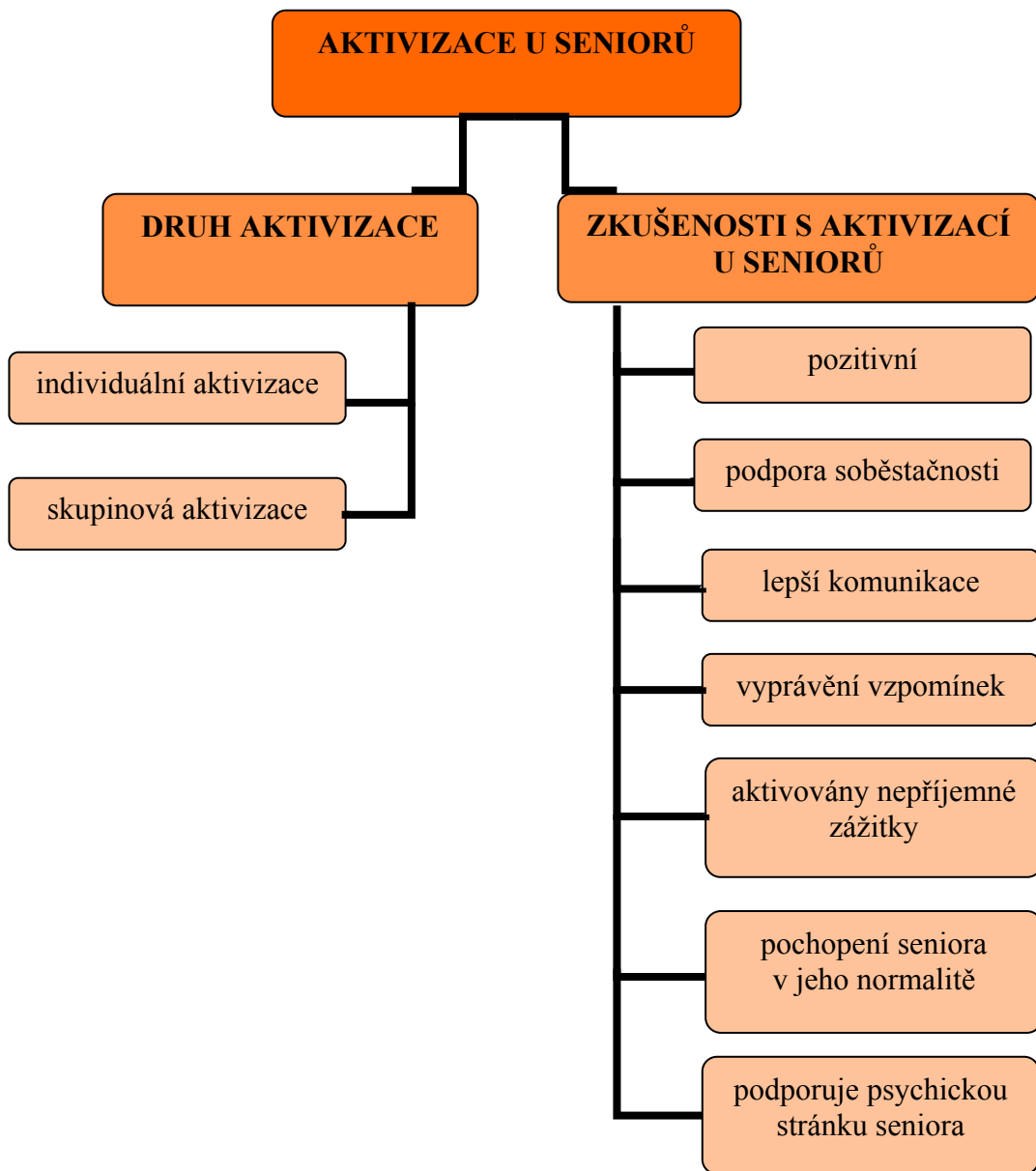


### ***Využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma u seniorů v ošetrovatelské péči***

Čtvrtá kategorie se zaměřila na znalosti respondentek ve využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Znalosti respondentek o využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma v ošetrovatelské péči byly podrobeny podrobné analýze dat. Výsledky k této kategorii jsou popsány ve schématu 4.

Zde respondentky ukázaly, že s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma nemají dostatek zkušeností, ale v ošetrovatelské péči o seniory ho dokážou dobře využít v rámci aktivizace. Zajímavým zjištěním bylo, že respondentky psycho-biografický model péče Erwina Böhma vnímají jako prostředek pro zkvalitnění ošetrovatelské péče a také jim umožňuje lepší navázání kontaktu se seniorem. Respondentky se v odpovědích, týkajících se této kategorie, většinou shodly. R1 na otázku jaký přínos má pro Vás psycho-biografický model péče Erwina Böhma u seniorů, odpověděla: *„Je to ošetrovatelský model, který nám umožňuje lépe komunikovat se seniorem, dokáže nám ho zklidnit, ale také jej lépe poznáme díky životnímu příběhu.“* R2 se vyjádřila takto: *„Metoda, která podporuje zachovalé schopnosti klienta v jeho vnímání, hlavně u lidí s demencí.“* R3 uvedla: *„Senioři nejsou tak zmatení, dobře se orientují. Líp si zvyká na jiné prostředí, navázání kontaktu s personálem je snazší.“* R4 se o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma zmínila: *„Jde o model, který respektuje důstojnost stáří a vnímá seniora jako osobnost.“* R5 uvedla: *„Vím, jak k tomu člověku mám přistupovat, vím co má za sebou, co zažil, tím pádem se dá i odvodit proč se takto chová.“* R6 na otázku odpověděla: *„Je to biografie kde víme, co dělal, co měl rád, jeho koníčky, denní harmonogram.“* O přínosu psycho-biografického modelu Erwina Böhma se R7 zmínila: *„Přínos podle mne spočívá opět v uvědomění si sebe sama, toho, pro co jsem žil, co miloval a z nějakého důvodu zapomněl.“* R8 reagovala slovy: *„Hlavně navázání vztahu a komunikace s klientem, utvrdíme ho, že nás zajímá a senioři jsou tak klidnější.“*

**Schéma 5:** Aktivizace u seniorů



## ***Aktivizace u seniorů***

Pátá kategorie, aktivizace u seniorů, se zaměřila na všeobecné znalosti respondentek v oblasti aktivizace u seniorů. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie: „Druh aktivizace“ a „Zkušenosti s aktivizací u seniorů“. Všechna analyzovaná data jsou znázorněná v schématu 5.

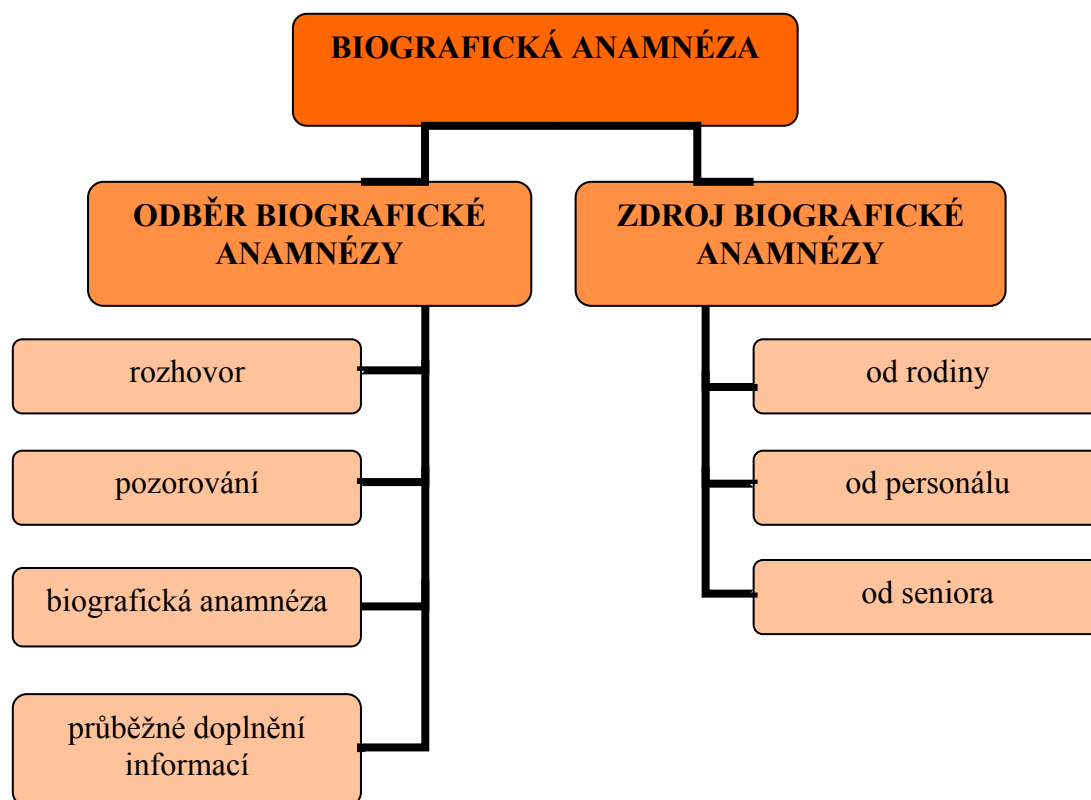
V podkategoriích „Druh aktivizace“ a „Zkušenosti s aktivizací u seniorů“ vyplynulo, že respondentky mají všeobecné znalosti v dané problematice. Jedna respondentka se zmínila i o negativní zkušenosti s aktivizací, i když sama ví, že i negativní vzpomínky jsou vítány. Všechny respondentky uvedly, že v ošetrovatelské péči o seniory využívají nejčastěji skupinové aktivizace, ale dvě respondentky se také zmínily, že v péči o seniory využívají i individuální aktivizaci.

V první podkategorii „Druh aktivizace“ R1 na otázku, jakým způsobem, aktivizujete seniory ve vašem zařízení, odpověděla takto: *„Ve skupinách, kdy spolu prohlížejí staré fotky, baví se o vaření atd.“* R2 odpověděla na otázku velmi obecně: *„Zapojujeme ho do připomínání činností z předešlých poznatků.“* R3 se o druhu aktivizace vyjádřila slovy: *„Aktivizujeme ve skupinách, vyrábějí různé předměty, společně vaří, pečou, někdy pletou a vyšívají.“* R3 se dále zmínila o aktivizaci: *“Někdy provádíme i individuální aktivizaci, využíváme vůně, knížky, nejoblíbenější předměty klientů.“* R4 na druh aktivizace odpověděla jednoduše: *„Tak asi nejčastěji ve skupinách.“* R5 uvedla druh aktivizace takto: *„Jednak aktivizaci provádí pracovnice denních aktivit, které máme čtyři. Nabízíme kulturní program, využíváme polohovací křesla pro imobilní, četbu, zpívání, promítání starých filmů, výroba z keramiky.“* R6 vyjmenovala tyto druhy aktivizace: *„Chodí na filmové čtvrtky, kde se promítají filmy pro pamětníky. Chodí na společnou mši, mají zde zpívánky. Pečou nebo vaří spolu klienti? „To ne, ale nemáme k tomu prostory, ale vyrábějí spolu výrobky z keramiky, pletou nebo vyšívají ve skupině.“* R7 na otázku jakým způsobem aktivizujete seniory, řekla: *„Většinou se snažíme aktivizovat klienty v menších skupinách. Aktivizaci provádíme v zařízení každý den dopoledne a předem máme zvolené téma.“* R8 se o druhu aktivizace vyjádřila takto: *„To je docela těžký. To je klient od klienta, jde o to, že každý má jiné zájmy a koníčky a pro aktivizaci by měl mít člověk stejné koníčky.“* Dále se R8 zmínila i o individuální

aktivizaci: *Většinou se snažíme o individuální aktivizaci nebo v malých skupinách, kde jsou třeba jen 3 klienti.*“

V druhé podkategorii „Zkušenosti s aktivizací u seniorů“ na otázku, jaké zkušenosti máte s aktivizací seniora pomocí biografie R1 odpověděla: *„Velmi dobré. Člověk musí pochopit seniora v jeho normalitě, což se nám pomocí biografie daří. Zním jeho zvyky, oblíbené chutě, vůně, denní rytmus.*“ R2 následovně uvedla zkušenost s aktivizací slovy: *„Velmi dobré, jde například o upoutání pozornosti.*“ R3 se o zkušenosti s aktivizací zmínila takto: *„Většinou dobré, seniori více komunikují, usmívají se, komunikují s ostatními klienty a personálem, pomocí fotek vyprávějí vzpomínky z mládí.*“ R4 se o zkušenosti s aktivizací vyjádřila velmi stručně: *„Práce s biografií podporuje psychickou stránku seniora a pocit pohody klienta s demencí.*“ Zkušenost s aktivizací R5 má tuto: *„Podpora soběstačnosti, při ranní hygieně se snažíme, aby se klient sám snažil o sebe postarat.*“ R6 se zmínila o zkušenosti s aktivizací: *„Myslím si, že pozitivní, když to budu brát aspoň na tu klubovnu, aby se zabavili a nebyli jen v pokoji, tak se tak neizoluje od společnosti, to samý se snažíme, aby chodili na hlavní jídla do jídelny.*“ R7 se ke zkušenostem s aktivizací vyjádřila takto: *„Zkušenosti jsou zatím malé, ale zatím jdou pozitivní.*“ R8 uvedla tyto zkušenosti s aktivizací: *„Převážně pozitivní, i když někdy jsou aktivovány i nepříjemné zážitky, na které si senior vzpomene, ale určitě jsou také vítány.*“

**Schéma 6:** Biografická anamnéza



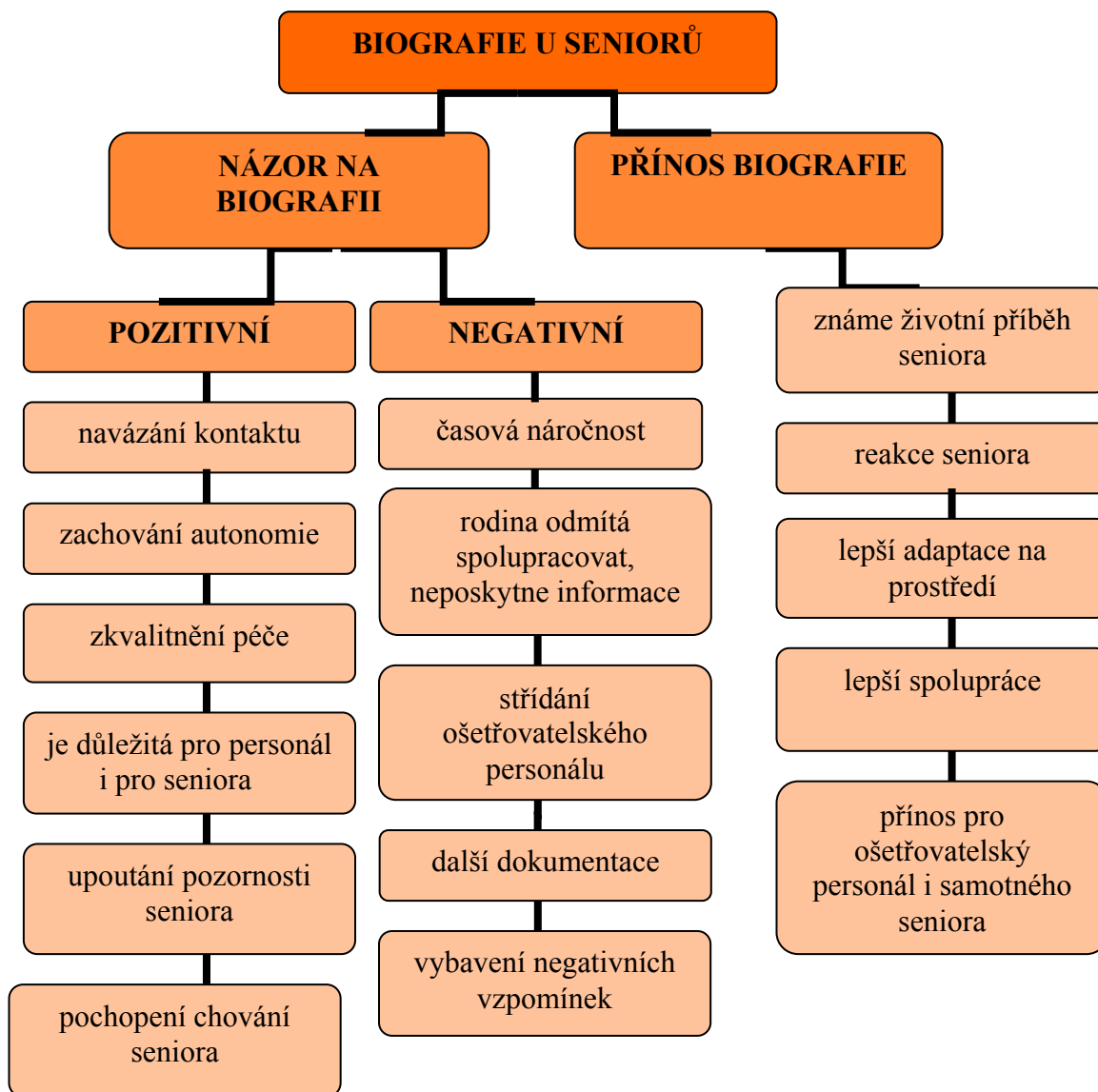
### ***Biografická anamnéza***

Šestá kategorie, biografická anamnéza, je věnována odběru biografické anamnézy. Kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie „Odběr biografické anamnézy“ a „Zdroj biografické anamnézy“. Všechna data byla podrobně zpracována a analyzována. Biografická anamnéza je přehledně znázorněna ve schématu 6.

Z výzkumu vyplynulo, že respondentky mají dostatek zkušeností v odebrání biografické anamnézy. Dále se respondentky shodly, že odebrání biografické anamnézy je jedna z nejdůležitějších věcí z biografie. Na otázku, jakým způsobem odebíráte

biografickou anamnézu R1 odpověděla: „*Od seniora, když je to možné pomocí rozhovoru, nebo od rodinných příslušníků, kteří vyplní naši biografickou anamnézu.*“ R2 na otázku reagovala: „*S pomocí rodiny, odebráním zvyklostí, pozorováním a odebráním všeho, co měl rád.*“ R3 biografickou anamnézu odebírá takto: „*Pomocí rozhovoru se seniorem a příbuznými a pomocí záznamu do dokumentace. V zařízení máme biografickou anamnézu, kterou vyplní rodina společně s klientem před nástupem do zařízení, ale odebrat anamnézu není možno najednou, informace jsou nadále dopisovány.*“ R3 dále uvedla: „*Odebírám jí od klienta, příbuzných, kamarádů a celého personálu.*“ R4 na otázku odebrání biografické anamnézy odpověděla velice stručně: „*Rozhovorem a sepsáním biografického listu.*“ R5 se k odebrání biografické anamnézy vyjádřila: „*Rozhovorem, něco jde se samotným klientem, něco bohužel nejde tak pak s rodinou. Celkem, máme bohatou komunikaci s rodinou, někdy jim voláme, když potřebujeme něco nutného.*“ R6 se zmínila: „*Odebírá jí sociální pracovníce při sociálním šetření, tedy před nástupem klienta do zařízení.*“ R6 se dále zmínila k odebrání biografické anamnézy: „*Myslím si, že se odebírá od seniora jeho příbuzných nebo od jeho zákonného zástupce, pokud je zbaven své právnosti.*“ R7 uvedla: „*Anamnézu lze odebrat pomocí předem připraveného dotazníku nebo rozhovorem, ideální je kombinace obou těchto metod, je nutné informace průběžně doplňovat o nové poznatky.*“ R8 se vyjádřila takto: „*Rozhovorem s klientem a rodinou, je-li z jejich strany zájem. Pokud rodina spolupracuje, tak nám vyplní biografickou anamnézu.*“

Schéma 7: Biografie u seniorů



## ***Biografie u seniorů***

Sedmá kategorie se zabývá biografií, kde během analýzy rozhovoru vznikly dvě podkategorie „Názor na biografii“ a „Přínos biografie“. Podkategorie „Názor na biografii“ byla dále rozdělena na pozitivní a negativní názor. Všechna analyzovaná data jsou shrnutá ve schématu 7.

Dotazované respondentky měly v této kategorii široké vědomosti. Všechny respondentky uvedly přínos biografie u seniorů. Z výzkumu není jasné, zda převažuje pozitivní názor nad negativním. Mezi pozitivní názory respondentky uvedly tyto informace. V první podkategorii „Názor na biografii“ odpověděla R1 na otázku, jaká pozitiva vnímáte v práci s biografií: *„Rychleji poznám klienta a znám jeho normalitu a hlavně chápu jeho jednání a chování.“* R2 na pozitivní názor reagovala takto: *„Například upoutání pozornosti seniora, úsměv, pohyb, někdy klient začne i mluvit.“* R3 pozitivní stránku biografie u seniorů vnímá: *„Senior je klidnější, mám dostatek informací o seniorovi a chápeme jeho nezvyklé chování, lepší spolupráce, navázání důvěry a kontaktu.“* R4 se zmínila o pozitivním názoru slovy: *„Myslím si, že je to důležitý, jak pro personál, tak pro klienta. Je to pro jeho dobro.“* R5 jako pozitivní názor vnímá: *„Lepší a snadnější komunikace s klientem.“* R6 se k pozitivnímu názoru vyjádřila slovy: *„Dozví se něco o člověku, zlepšení přístupu, reakce seniora.“* R7 vidí pozitivní stránku biografie takto: *„Myslím, že pokud je používána správně, respektuje soukromí člověka a rodinných příslušníků, potom je přínosem pro klienty i personál.“* R8 uvedla tyto pozitiva biografie: *„Asi nejvíc jde o lepší navázání kontaktu a o navázání důvěry.“*

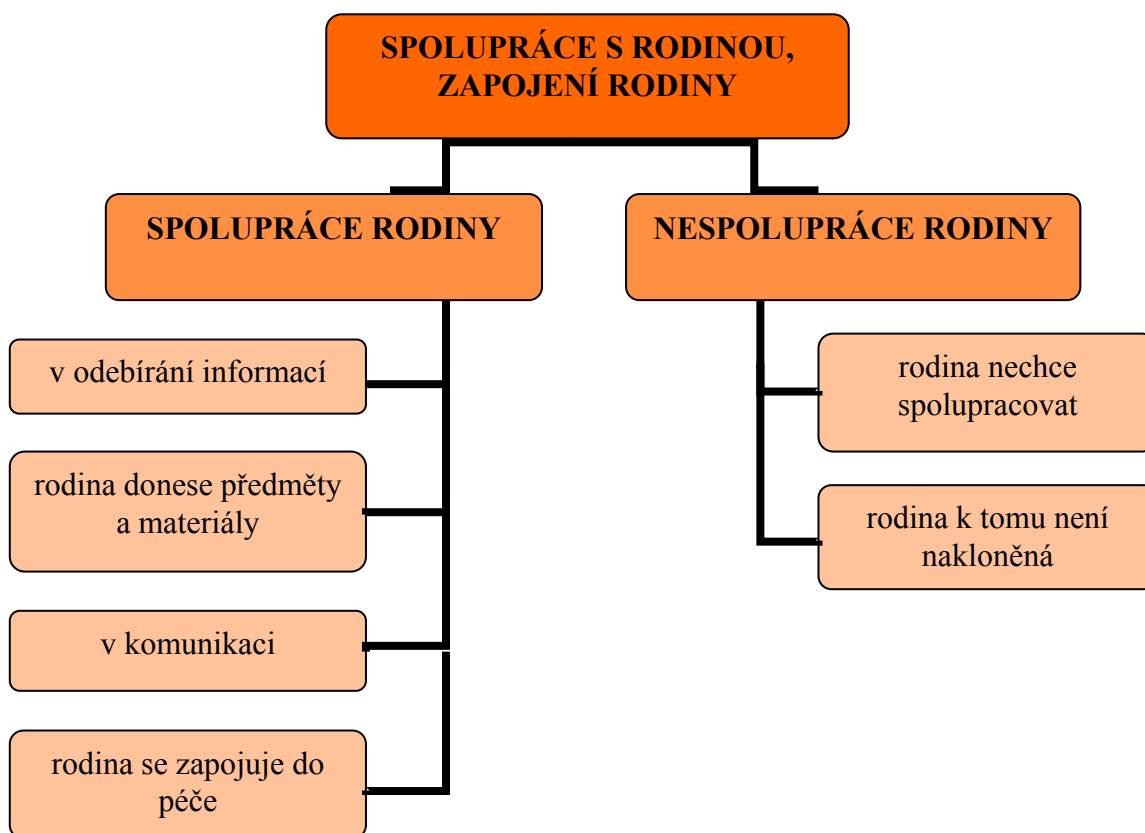
K negativním názorům se respondentky také vyjádřily. Na otázku, jaká negativa vnímáte v práci s biografií, odpověděla R1: *„Nutnost spolupracovat s rodinou, která všechno odmítá. Možná bych uvedla i časovou náročnost při nástupu klienta.“* R2 se k negativnímu názoru biografie vyjádřila: *„Jde o běh na dlouhou trať, asi nejčastěji střídání ošetrovatelského personálu, když konečně celý personál ví informace o každém, tak většinou odejde a nastoupí někdo jiný.“* R3 o negativní stránce biografie řekla: *„Rodinný příslušníci většinou o modelu nemají moc informací, nechtějí spolupracovat při péči, nejsou ochotni přinést seniorovi předměty a někdy nechtějí vyplnit ani*



biografickou anamnézu.“ R4 a R5 se k negativní stránce nevyjádřily. R6 uvádí negativum biografie takto: „*Měla by se aktualizovat, změna informací, někdy i rodina nespolupracuje.*“ R7 vidí negativa: „*Časová náročnost, nutnost spolupráce s rodinou a proto někdy nelze i přes velkou snahu získat potřebné informace.*“ R8 zmínila negativa biografie slovy: „*Někdy připomene něco, co senior zapomenul, byl v té době nešťastný, rozvod, úmrtí a senior je tím pádem smutný a pláče, i když na druhou stranu vím, že tyto reakce jsou také žádoucí.*“

Druhá podkategorie je zaměřena na „Přínos biografie“, k dané podkategorii se R1 vyjádřila: „*Myslím si, že rychleji poznám klienta, znám jeho životní příběh a snadněji mohu chápat jeho jednání. Každý je jiný, má svůj jiný životní příběh a taky každý klient reaguje na stejnou situaci úplně jinak. Každý má svoji normalitu nastavenou jinak.*“ R2 vidí přínos biografie takto: „*Vnímání vlastního života, například pomocí známých obrázků, fotek, slova, vůně, zvuky, bylinky, písňe.*“ R3 jako přínos biografie uvedla: „*Biografie u seniora je dobře využita v péči. Podle mě je senior klidnější, není tak často zmatený. Dobře se adaptuje na jiné prostředí, více komunikuje s okolím.*“ R4 odpověděla slovy: „*Je mi užitečná hodně, alespoň víme, co má klient rád, co rád pije. Kde dříve pracoval a jaký měl zážitky atd.*“ R5 přínos biografie vidí: „*Víme mnoho informací o seniorovi, pokud víme, že senior jedl celý život příborem tak mu nebudu do ruky dávat lžiči, stejně bude trvat na tom, aby mohl jíst příborem. Takže v péči nám je užitečná hodně.*“ R6 přínos biografie vyjádřila takto: „*Lepší adaptace na zařízení, víme, jak ho máme oslovovat, víme, jestli rád vyhledává společnost nebo je samotář, víme o jeho denním rituálu, který se snažíme dodržovat.*“ Jako přínos biografie R7 uvedla: „*Přínosem je, že lze klientovi lépe porozumět a pochopit jeho reakce. Péče, kde se používá tento model je zaměřená přímo na konkrétní osobu, nehází všechny do jednoho pytle.*“ R8 o přínosu biografie řekla: „*Jde o takové jakoby vodítko, kterého se držíme při poskytování ošetrovatelské péče, a je tedy přínosem pro personál i samotného seniora.*“

**Schéma 8:** Spolupráce s rodinou, zapojení rodiny



### *Spolupráce s rodinou, zapojení rodiny*

Osmá kategorie je zaměřena na spolupráci s rodinou a zapojení rodiny. Při kódování dat vznikly dvě podkategorie „Spolupráce rodiny“ a „Nespolupráce rodiny“. Znalosti všech respondentek byly podrobeny analýze dat. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 8.

Z analýzy vyplynulo, že se respondenty nejčastěji vyjádřily o dobré spolupráci rodiny, ale některé respondenty také uvedly, že některé rodiny nechtějí spolupracovat, nechtějí podávat informace o seniorovi, nebo odmítají spolupráci. R1 na spolupráci

rodiny odpověděla: „Snažíme se, aby nám rodina poskytovala co nejvíce údajů o klientovi, poprosíme rodinu o nějaký předmět z domova, ke kterému má klient pozitivní vztah.“ O nespolupráci rodiny se R1 vyjádřila: „Ne vždy se nám toto podaří, neboť rodina není k tomu nakloněna. Nechápu, proč by nám to měli nosit, když je jejich babička úplně mimo realitu.“ R2 se ke spolupráci s rodinou vyjádřila slovy: „Spolupráce, tak asi některá rodina nám přinese oblíbené předměty klienta, který měl rád, nebo přinesou věci, které používal celý život v zaměstnání.“ R2 dále uvedla nespolupráci s rodinou: „Ale některá rodina nechce spolupracovat, je to o lidech.“ R3 shrnula spolupráci s rodinou takto: „Spočívá v tom, že rodina ošetřovatelskému personálu doplňuje průběžně informace o seniorovi, informuje nás o neobvyklém chování a rituálech.“ R3 se zmínila o nespolupráci: „Rodinný příslušníci většinou o modelu nemají moc informací, nechtějí spolupracovat při péči, nejsou ochotni přinést seniorovi předměty a někdy ani nechtějí vyplnit biografickou anamnézu.“ R4 se vyjádřila o spolupráci velmi stručně: „V komunikaci a dostat co nejvíce informací o klientovi.“ R5 spolupráci s rodinou vnímá: „V komunikaci nejvíc. Rodina je schopna nám poskytnout materiál, který my seniorovi nemůžeme zaopatřit.“ R6 o spolupráci řekla: „Donesou předměty, na které byl klient zvyklý.“ R7 odpověděla: „Jak jsem uvedla, mohou poskytnout, a pokud chápou proč, tak opravdu i poskytnou mnoho důležitých informací, jsou schopni dohledat osobní věci a fotografie, které jsou pro klienty velmi důležité.“ R8 uvedla: „Spolupráce spočívá ve sběru informací, někteří příbuzní přinesou klientovi jemu známé předměty a materiály, které měl rád a jsou mu známé.“

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá konceptem bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Výzkumné šetření probíhalo v domově pro seniory Svaté Zdislavy a Svaté Anny. Šetření se zúčastnilo dohromady 8 respondentek z výše zmíněných domovů pro seniory. Zjišťovali jsme, jak je využíván psycho-biografický model péče Erwina Böhma v rámci konceptu bazální stimulace. Dalším cílem bylo zjistit, zda sestry aktivně pracují s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma a jakým způsobem sestry umějí odebrat anamnézu podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma.

V první kategorii bazální stimulace u seniorů, jsme se nejdříve zaměřili na všeobecné znalosti respondentek o využití bazální stimulace u seniorů, a zda s bazální stimulací aktivně pracují. K tomuto cíli byla zvolena tato výzkumná otázka: Jak se využívá koncept bazální stimulace v domově pro seniory? Všechny dotazované respondentky se nejčastěji zmínily o využití bazální stimulace u seniorů, ale také bazální stimulaci vnímají jako určitou podporu pro seniora. Podle respondentek je bazální stimulace dobře využita v ošetrovatelské péči v rámci hygieny, polohování, při jídle a komunikaci a u seniorů se specifickými problémy. Žakavec a Vísnerová (2012) uvádí, že nejsilněji zastoupenou skupinou obyvatel v domově jsou ti, kteří mají změněné vnímání, jsou imobilní a nekomunikující. Dále respondentky uvedly, že bazální stimulace seniorům přináší podporu v soběstačnosti, v orientaci, zajišťuje jim lepší komunikaci, a to vše přispívá ke spokojenosti a vyvážení bio-psycho-sociálních potřeb seniora. Výsledky korespondují s názorem Friedlové (2010a), která uvádí, že v konceptu bazální stimulace podporujeme stimulaci vnímání vlastního schématu, rozvoj vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, navázání komunikace, zvládnutí orientace v prostoru a zlepšení funkcí organismu.

Z výzkumného šetření je patrné, že všechny dotazované respondentky umějí dobře aplikovat koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Nelze jednoznačně říci, že bazální stimulace seniora podporuje v rozvíjení nových schopností, jako je tomu u dětí, ale jde hlavně o udržení soběstačnosti, zachování autonomie, abychom jim poskytli co

nejvíce známých stimulů a zachovali jsme jim tak jejich kvalitu života. Friedlová (2012c) dále uvádí, že bazální stimulace je vysoce kvalifikovaný soubor terapeutických postupů, jejichž cílem je přizpůsobit se životní situaci seniora a poskytnout mu v jeho individuální a aktuální životní situaci vhodné a odpovídající stimuly v kognitivní, pohybové a komunikační oblasti.

V druhé kategorii Techniky bazální stimulace u seniorů, se respondentky zmínily o nejčastěji využívaných technikách bazální stimulace. Většina respondentek uvádí, že využívají nejvíce základní techniky bazální stimulace, ale překvapivé zjištění bylo, že některé respondentky v péči o seniory využívají i nastavbové prvky. Ze základních prvků respondentky využívají nejčastěji somatickou stimulaci, vestibulární stimulaci a různé techniky z polohování. Friedlová (2012c) ze základních prvků uvádí, že ze somatické stimulace se v péči u seniorů aplikuje nejčastěji zklidňující nebo povzbuzující somatická stimulace, která je většinou integrována do toalety klienta. Z nastavbových technik respondentky zmínily taktilně-haptickou, orofaciální, olfaktorickou a auditivní stimulaci. Ve svém článku se dále Friedlová (2012c) zmínila o aplikaci nastavbových prvků konceptu bazální stimulace, v paliativní ošetrovatelské péči saturuje také emoční potřeby klienta a potřeby vztahu. Používají se především základní prvky konceptu, a to zklidňující koupele, polohování do hnízda a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání. Z nastavbových prvků se pracuje s orální stimulací, taktilně-haptickou stimulací, auditivní a olfaktorickou stimulací.

V péči o seniory, dle mého názoru jsou dobře využity jak základní tak nastavbové techniky z konceptu bazální stimulace. Jedna z nejdůležitější věci, je vhodné zvolení techniky, která bude v péči vhodně podporovat seniora. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že skoro všechny respondentky absolvovaly základní kurz bazální stimulace. Jedna respondentka se zmínila, že absolvovala jak základní tak nastavbový kurz bazální stimulace a dvě respondentky uvedly, že absolvovaný kurz nemají. Podle Friedlové (2011) absolvováním těchto kurzů dochází ke sjednocení postupů při poskytování péče a terapie u uživatelů a podpory vývoje uživatele při péči o jeho tělesnou, duševní i sociální stránku. Tato spolupráce v kontextu stejného cíle podporuje kvalitu, bezpečnost péče a šetří náklady na péči.

V třetí kategorii Názor na bazální stimulaci vyplynuly z výzkumného šetření také negativa bazální stimulace. Jsou to zdoluhavý proces, nedostatek času, nedostatek personálu, hluk na pracovišti a nezájem rodiny. Některé respondentky vnímají tyto negativa jako určitou zátěž při poskytování bazálně stimulační péče. V odborné literatuře o negativním názoru na bazální stimulaci, jsem žádné informace nenašla, ale zcela se s ním ztotožňuji a myslím si, že by této problematice mělo být věnováno více času. Při poskytování bazálně stimulační péče jsou rušivé elementy pro seniora i ošetrovatelský personál velmi nepříjemné, senior se nesoustředí, nevnímá náš dotyk, ale vnímá právě tyto rušivé elementy, které přicházejí z okolí. Odstranění těchto rušivých elementů je velmi těžké, protože jde hlavně o provozní hluk, který na pracovišti nelze úplně odstranit, ale lze je minimalizovat.

Všechny respondentky se vyjádřily i o pozitivních názorech. Jako pozitiva bazální stimulace uvedly nejčastěji zkvalitnění ošetrovatelské péče o seniory, vytvoření lepšího vztahu seniora a ošetrovatelského personálu, lepší přístup pro personál a dostatek informací o seniorovi. Sama na bazální stimulaci mám velmi pozitivní názor, koncept bazální stimulace u seniorů využívám ve své dosavadní práci. Při poskytování bazálně stimulační péče je senior klidnější, ví, co se s ním děje a vnímá lépe své tělo, nevytváříme u něho chaos. Ve své publikaci uvádí Friedlová (2007), že důležitým prvkem bazálně stimulační péče je proto schopnost terapeutů pochopit chování klienta, rozpoznat jeho potřeby, umět se vcítit do vnímání druhého a nepovažovat ho za postiženého s jeho deficitem. Deficity klienta identifikujeme, ale respektujeme především jeho zachovalé schopnosti, a ty se v péči snažíme podporovat. I sebemenší zachovalé schopnosti se dají rozvíjet, a tím umožnit klientovi další vývoj. K této problematice jsou veškeré výsledky shrnuty ve schématu 1, 2 a 3.

Druhý cíl byl zaměřen na to, zda sestry aktivně pracují s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma. K tomuto cíli byla zvolena tato výzkumná otázka: Jakým způsobem umějí sestry pracovat s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma? Respondentky uvedly, že model v ošetrovatelské péči nejčastěji využívají v rámci aktivizace. Nejvíce využívají skupinové aktivizace, dvě respondentky se zmínily o využívání individuální aktivizace u seniorů. Stejně informace uvádí též Vojtová (2011)

ve svém článku, že aktivizace u seniorů probíhá individuálně nebo ve skupině. Zvláště ve fázi přizpůsobování, tedy přechodu „z domova“ do zařízení, je individuální aktivizace vhodná a tento přechod seniorům usnadňuje. S tímto názorem souhlasím. Pokud do zařízení přijde nový senior, je pro něho velmi těžké se smířit se skutečností, že je v domově pro seniory a těžko se vyrovnává se skutečností, že se už nevrátí do svého domova. Individuální aktivizace je pro něj přínosná, protože mu umožňuje navázat lepší vztah k novému prostředí a podporuje jeho autonomii. Pomocí skupinové aktivizace naopak lépe pozná ostatní seniory v zařízení a dokáže navázat i lépe kontakt s personálem.

V další kategorii Využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma u seniorů v ošetrovatelské péči, respondentky uvedly, že psycho-biografický model péče respektuje důstojnost stáří. Právě důstojnost stáří podle Procházkové (2010b) je jedna z nejdůležitějších věcí, kterou poskytuje psycho-biografický model péče seniorům. Model podle respondentek také podporuje zachovalé schopnosti seniora, tato fakta dále uvádí Procházková, která říká, že jde o doprovázení klienta cestou vzpomínek s cílem vyhledat a podpořit celoživotně naučené mechanismy. Také se respondentky zmínily, že se pomocí psycho-biografického modelu péče vytváří lepší vztah vzájemné důvěry ošetrovatelského personálu a seniora. Procházková (2010b) se ve svém článku zmínila, že mění základní postoj personálu vůči seniorovi. Vztah mezi klientem a pracovníkem je podložen otevřeností, respektem, vstřícností a zájmem o klientovu minulost s jeho zážitky a způsoby překonávání zátěžových situací. Dále uvedly, že psycho-biografický model péče zpříjemňuje život seniora a podporuje ho ve vnímání, tyto údaje nalezneme i v článku Procházkové (2010c).

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že respondentky nemají dostatek informací o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma, žádná z respondentek se nezmínila o využití psycho-biografického modelu péče u zmatených a dezorientovaných seniorů, žádná respondentka ani neuvedla, jak pracují v ošetrovatelské péči s diferenciální diagnostikou, která hodnotí, v jaké fázi se senior nachází. Dle mého názoru, mají respondentky málo informací a zkušeností ve využití psycho-biografického

modelu péče Erwina Böhma u seniorů. Určitě by této problematice mělo být věnováno více času. Výsledky k dané problematice jsou shrnuty ve schématu 4 a 5.

Třetí cíl práce se zabýval způsobem, jak sestry umějí odebrat anamnézu podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Výzkumná otázka k tomuto cíli zněla: Jak sestry odebírají anamnézu od klienta podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma? Výzkumnou otázkou jsme zjišťovaly, jakým způsobem respondentky odebírají biografickou anamnézu. Respondentky se shodly, že odebrání biografické anamnézy je jedna z nejdůležitějších věcí z biografie. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že získání biografie o seniorovi není jednoduchá záležitost. Tyto informace uvádí též Friedlová (2007) která říká, že získání biografických dat není lehkou záležitostí. Respondentky nejčastěji biografickou anamnézu odebírají pomocí rozhovoru a pozorováním seniora, sepsáním biografického listu, a také se některé respondentky zmínily o průběžném doplnění nově zjištěných informací. Dále uvedly, že mají více zdrojů, od koho ji odebírají, pokud to jde tak od samotného seniora, pak ji odebírají od rodinných příslušníků (známých a zákonného zástupce) a od personálu. Friedlová (2007) uvedla, že data jsou získávána od samotného klienta, rodiny a příbuzných. V jiné literatuře není zmíněno, jaké jsou zdroje anamnézy a od koho je anamnéza odebrána.

V kategorii Biografie u seniorů se respondentky zmínily o názorech na biografii, které byly jako pozitivní tak negativní. Z výzkumného šetření nelze jednoznačně říci, zda převažuje pozitivní názor nad negativním. Z pozitivních věcí uvedly: lepší navázání kontaktu, zachování autonomie, zkvalitnění péče, je důležitá pro personál i pro seniora, upoutání jeho pozornosti, lepší pochopení jeho chování. Tyto informace se shodují s údaji Procházkové (2010b), která ve svém článku uvádí, že psycho-biografický model péče není jen sběrem informací o klientovi, ale mění základní postoj personálu vůči seniorovi. Možnost chybné interpretace pozorovaného chování a jednání klienta je snížena na minimum. V kritických situacích má personál zpracovaný návod, jakým způsobem reagovat na změny způsobu chování klienta. Dále se Procházková (2010c) zmínila o myšlení personálu, cílem modelu je naučit personál pochopit změněné způsoby chování klientů, oživit psychiku klienta a personálu. Kuthanová (2011) se



domnívá, že tento přístup je velice přirozený a pomáhá uživatelům s adaptací v zařízení a především pak překonání překážek, které se stárnutím souvisí.

Některé respondentky se zmínily i o negativních názorech, ve kterých nejčastěji uvedly časovou náročnost, střídání personálu a další dokumentaci. V dosavadních pramenech literatury jsem nenašla žádné zmínky o negativních názorech na biografii. Dle mého názoru je biografie důležitá nejen pro seniora, ale i pro ošetrovatelský personál, o seniorovi víme dostatek informací, známe jeho chování a životní příběh, dokážeme mu tedy poskytnout lepší a kvalitnější péči, která ho podporuje například v soběstačnosti. Pomocí biografie mu připomínáme jeho plnohodnotný život, který prožil. Jako negativní věc bych také uvedla časté střídání personálu, jelikož každý zaměstnanec musí znát všechny biografie seniorů. Nemyslím si, že biografická anamnéza je časově náročná, sice jde o další dokumentaci, se kterou pracuji, ale neberu ji jako zátěž při práci, spíše naopak. O seniorovi vím daleko víc informací a lépe tak pochopím jeho například neadekvátní chování nebo zvyky.

Respondentky se dále v kategorii Biografie u seniorů zmínily o přínosu biografie pro seniory. Uvedly, že seniora biografie podporuje v adaptaci na jiné prostředí, znají životní příběh a reakce seniora, lépe s ním spolupracují. Podobný názor má Procházková (2010c), která vnímá psycho-biografický model péče Erwina Böhma jako obrovský přínos, a že funguje jako tichý obhájce seniorů vyžadující specifickou formu péče vzhledem k jejich psychickému onemocnění, dále uvádí, že je důležité, co je pro jedince prioritní, co rozhybe jeho psychiku a následně i tělo, jakým způsobem lze podpořit klienta v jeho autonomii a schopnosti rozhodovat o svých záležitostech co nejdéle. Poskytuje péči aktivizující a podporující pozitivní potenciál klienta a vnímá klienta jako osobnost, která prožívá životní fázi stáří. Podle respondentek je biografie přínosem jako pro seniora tak i pro ošetrovatelský personál.

V kategorii Spolupráce s rodinou, se respondentky nejčastěji vyjádřily o spolupráci rodiny, ale některé respondentky se zmínily i o nespolupráci rodiny. Spolupráci vnímají v odebrání informací, v komunikaci, rodina přinese seniorovi známé a oblíbené předměty. O nespolupráci rodiny se R1 vyjádřila takto: *„Ne vždy se nám toto podaří, neboť rodina není k tomu nakloněna. Nechápu, proč by nám to měli nosit, když je*

*jejich babička úplně mimo realitu.*“ R2 se o nespolupráci rodiny vyjádřila slovy: „*Ale některá rodina nechce spolupracovat, je to o lidech.*“ Z výzkumné části je patrné, že rodinní příslušníci se většinou snaží spolupracovat a zapojovat se do ošetrovatelské péče. Na druhou stranu se dvě respondentky vyjádřily, že některé rodiny nechtějí spolupracovat, nechtějí podávat informace o seniorovi a odmítají spolupráci. Podle mě je tomu tak, že rodinní příslušníci neznají psycho-biografický model péče Erwina Böhma, nemají tedy dostatek informací. Všechny informace jsou shrnuty ve schéma 6, 7 a 8.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry umějí dobře využívat koncept bazální stimulace u seniorů a dokážou zvolit i vhodnou techniku, kterou integrují do ošetrovatelské péče o seniory. Vědomosti sester o konceptu bazální stimulace jsou velmi dobré. Dále je z výzkumu patrné, že sestry dobře odebírají biografickou anamnézu a umějí s ní pracovat. Respondentky mají nedostatek informací a zkušeností v problematice psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. Je tomu tak zřejmě, protože je nedostatek literatury v českém jazyce a minimum odborných přednášek v rámci celoživotního vzdělávání. Odborná literatura je prozatím jen v cizím jazyce. Informace o psycho-biografickém modelu péče jsou publikovány prostřednictvím článků v časopisech *Sestra* a *Sociální služby*. Proto bych navrhovala v rámci celoživotního vzdělávání více přednášek, odborné literatury o dané problematice nebo informačních brožur. Vytvoření této informační brožury o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma je součástí výstupu z bakalářské práce. Brožura by měla sestram poskytnout dostatek informací o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma.

## 6 Závěr

Teoretická část práce byla zaměřena na koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. V empirické části pro zjištění potřebných informací bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, metodou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly následně zpracovány technikou otevřeného kódování, kde byla využita metoda tužka a papír. Pro práci ve výzkumné části byly stanoveny tři cíle, které byly naplňovány.

Prvním cílem bylo zjistit, jak se využívá koncept bazální stimulace v domově pro seniory. Výzkumné šetření prokázalo, že respondentky mají všeobecné znalosti v dané problematice. Bazální stimulaci zapojují do běžné ošetrovatelské péče, využívají ji nejčastěji při hygieně, při polohování a u seniorů se specifickými problémy, kdy využívají nejčastěji základní techniky bazální stimulace, ale v péči o seniory využívají i nastavbové techniky. Respondentky také vnímají bazální stimulaci jako určitou podporu pro seniora. Během provádění výzkumu se objevily také negativa bazální stimulace, do kterých respondentky zařadily zdlouhavý proces, nedostatek času a personálu, hluk na pracovišti a nezáměr rodiny, některé respondentky vnímají tato negativa jako určitou zátěž při poskytování bazálně stimulační péče.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem umějí sestry pracovat s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma. Zde mají respondentky málo informací i zkušeností s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma u seniorů. Zmínily se, že v ošetrovatelské péči s psycho-biografickým modelem péče Erwina Böhma pracují v rámci aktivizace, kdy využívají skupinové i individuální aktivizace. Další využití psycho-biografického modelu péče v ošetrovatelské péči o seniory nevedly. V této problematice mají sestry nedostatek informací a zkušeností.

Třetí cíl měl zjistit, jak sestry odebírají anamnézu od klienta podle psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma. V odpovědích respondentky uvedly, že biografickou anamnézu odebírají nejčastěji pomocí rozhovoru, pozorováním, sepsáním biografického listu a také průběžným doplňováním informací. Dále uvedly, že mají více

zdrojů, od kterých odebírají biografickou anamnézu. Všechny respondentky se shodly, že odebrání biografické anamnézy je jedna z nejdůležitějších věcí z biografie.

Výstupem bakalářské práce je brožura o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma (příloha 7), která bude nápomocna pro všeobecné sestry, ostatní ošetrovatelský personál, ale i pro rodinu, která o psycho-biografickém modelu péče Erwina Böhma nemá dostatek informací. Dále může být využita jako studijní materiál pro nově nastupující personál.

## **7 Klíčová slova**

Bazální stimulace

Psycho-biografický model Erwina Böhma

Biografie

Ošetrovatelská péče

Sestra

Domov pro seniory

Senior

## 8 Seznam použité literatury

BÁRTÍKOVÁ, Alena, 2012. Prvky psychobiografického modelu péče prof. E. Böhma v praxi. *Sociální služby*. roč. 14, č. 8-9, s. 59. ISSN 1803-7348.

BICKOVÁ, Lucie a kolektiv, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1.vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.

BÖHM, Erwin, 2009. *Psychobiographisches pflegemodell nach Böhm*. 4.vyd. Wien: maudrich. ISBN 978-3-85175-911-2.

BURGETOVÁ, Marie a Eva PINKAVOVÁ, 2013. Postavení registrovaných sester v domovech pro seniory. *Sociální služby*. roč. 15, č. 6-7, s. 36-37. ISSN 1803-7348.

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2011-03-14] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb\\_4763\\_949\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html)

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2007-01-01] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c-sb\\_1692\\_1613\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c-sb_1692_1613_3.html)

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. [cit. 2012-04-01] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c372/2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-n\\_6064\\_114\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c372/2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-n_6064_114_1.html)

FEJEŠ, Miroslav, 2012. Problémy sociálních služeb na Slovensku. *Sociální služby*. roč. 14, č. 1, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. Bazální stimulace: Dotek s terapeutickým účinkem. *VADEMECUM zdraví*. č. 4, s. 56-57. ISSN 1802-3959.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. 3.vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace s.r.o. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2010a. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program základní kurz bazální stimulace*. 8.vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace. ISBN neuvedeno.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2010b. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. roč. 12, č. 6-7, s. 30-31. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2010c. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. č. 8-9, s. 36-37. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2010d. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. č. 11, s. 28-29. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2011. Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče. *Sociální služby*. č. 2, s. 26-27. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012a. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program nástavbový kurz Bazální stimulace*. 9.vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN neuvedeno.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012b. Využití konceptu bazální stimulace ve snoezelenových místnostech. 1.vyd. Praha: *Diagnóza v ošetrovatelství*. č. 4, s. 20-21. ISSN 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012c. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. *Sestra*. č. 9, s. 58-59. ISSN 1210-0404.

HORT, Vladimír, 2011. Vyplácení náhrad klientům pobytových zařízení. *Sociální služby*. roč. 13, č. 10, s. 33. ISSN 1803-7348.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Repronis Ostrava. ISBN 80-7368-110-2.

KAŠPÁREK, Zdeněk, 2011. Bazální stimulace- podpora lidského vnímání a komunikace. *Sociální služby*. roč. 13, č. 12, s. 10-11. ISSN 1803-7348.

KOSTELNÁ, Lenka, 2010. Souběh zdravotní péče a terenních sociálních služeb. *Ošetrovatelská péče*. roč. 9-10, č. 1, s. 10-11. ISSN 1213-2330.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4.vyd. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-748-5.

KRAMÁŘOVÁ, Naděžda a Jan TUČEK, 2005. *Gerontopsychiatrie*. 2.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Vlastimil Johanus Tiskárna. ISBN 80-7040-829-4.

KUTHANOVÁ, Alena, 2011. Model prof. Böhma v praxi. *Sociální služby*. roč. 13, č. 10, s. 40. ISSN 1803-7348.



MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARTINKOVÁ, Jitka, 2010. Možnosti bazální stimulace. 1.vyd. Bratislava: *Sestra a lékař v praxi*. č. 11-12, s. 42-43. ISSN1335-9444.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renata, 2012. Reminiscence v Domově pro seniory Slunečnice. *Sociální služby*. roč. 14, č. 1, s. 38. ISSN 1803-7348.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010a. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. roč. 12, č. 2, s. 22-23. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010b. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. roč. 12, č. 3, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010c. Diferenciální diagnostika, stupně regrese a formy péče. *Sociální služby*. roč. 12, č. 6-7, s. 28-29. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010d. Psychobiografický model péče a jeho dokumentace. *Sociální služby*. roč. 12, č. 10, s. 26-27. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2010e. Rozhýbej duši, potom tělo. *Ošetrovatelská péče*. č. 1, s. 8-9. ISSN 1213-2330.

ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

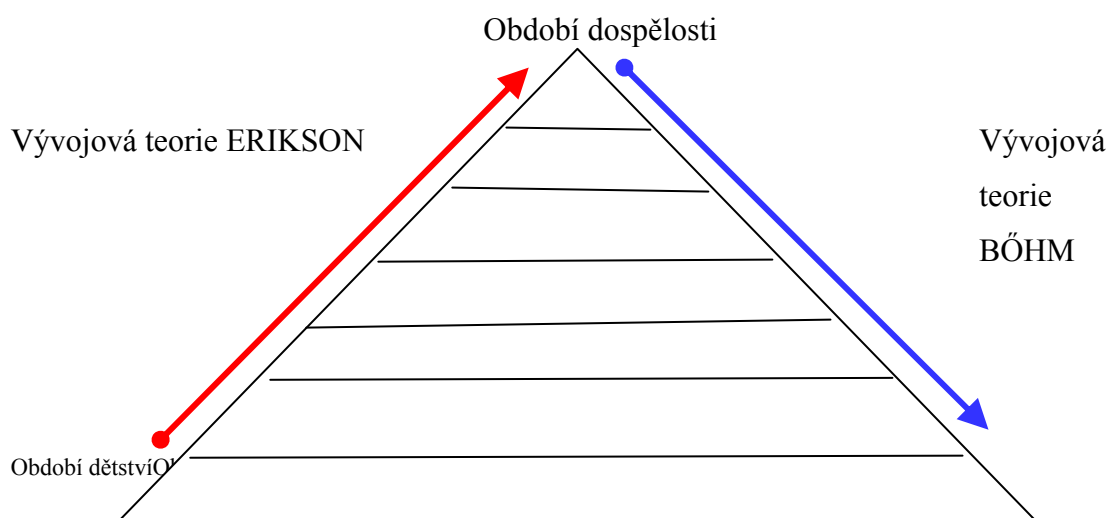
VOJTOVÁ, Hana, 2011. Smyslová aktivizace pro seniory. *Sociální služby*. č. 12, s. 12. ISSN 1803-7348.

ŽAKAVEC, Jakub a Lucie VÍSNEROVÁ, 2012. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v přímé ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. č. 5, s. 30-32. ISSN 1801-1349.

## **9 Seznam příloh**

1. Teorie regrese Psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma
2. Stupně regrese
3. Souhlas s realizací výzkumného šetření
4. Souhlas s realizací výzkumného šetření
5. Otázky k hloubkovému rozhovoru
6. Technika kódování
7. Seznam kódů
8. Informační brožura
9. Přepis rozhovorů na CD

**Příloha 1 - Teorie regrese Psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma**



Zdroj: (Procházková, 2010c)

## Příloha 2 - stupně regrese

| Interakční kategorie<br>Stupeň regrese | Chování klienta   | Forma péče   |
|--|---|--|
| 1-2                                    | Žádné psychogenně<br>nápadné<br>chování                               | Aktivizační forma péče   |
| 3                                      | Lehké poruchy, nápadné<br>chování – rané stadium<br>demence           | Aktivizační a re-<br>aktivizační<br>forma péče uplatňující tzv.<br>princip normality |
| 4-5                                    | Středně těžké poruchy<br>chování – střední stadium<br>demence         | Aktivizační a re-<br>aktivizační<br>forma péče uplatňující tzv.<br>princip normality |
| 6-7                                    | Těžké až velmi těžké<br>poruchy<br>chování – těžké stadium<br>demence | Bazálně stimulační forma<br>péče   |

Zdroj: (Procházková, 2012d)

### Příloha 3 - Souhlas s realizací výzkumného šetření

Dům klidného stáří Právetín  
Mgr. Dana Marková  
Právetín 23  
385 01 Vimperk

Lenka Hubáčková  
Právetín 5  
385 01 Vimperk

V Právetíně 2. 12. 2013

Žádost o svolení s provedením šetření zaměřeného na koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho – biografického modelu péče Erwina Böhma.

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás se žádostí o svolení s provedením výzkumného šetření v Domě klidného stáří Právetín, jako podklad pro mou bakalářskou práci s názvem Koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho – biografického modelu péče Erwina Böhma.

Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru s náhodně vybranými zdravotními sestrami. Rozhovory budou nahrávány na diktafon, nebo písemně zaznamenávány.

Výzkumné otázky přikládám v příloze.

Předpokládaný termín výzkumného šetření je leden – únor 2014.

Věřím, že mé žádosti vyjdete vstříc a těším se na další spolupráci.

Lenka Hubáčková



*Žádost o svolení*  
*Mgr. Dana Marková*  
Mgr. DANA MARKOVÁ, ředitelka  
OBLASTNÍ CHARITA  
VIMPERK  
Právetín 23, 385 01 V. B. P. - K.  
tel. 383 412 733, f. 410 81 133

## Příloha 4 - Souhlas s realizací výzkumného šetření

Dům klidného stáří sv. Anny v Sousedovicích  
Bc. Olga Medlinová, Dis.  
Sousedovice 40  
Strakonice 386 01

Lenka Hubáčková  
Pravětín 5  
385 01 Vimperk

V Pravětíně 12. 12. 2013

Žádost o svolení s provedením výzkumného šetření zaměřeného na koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma.

Vážená paní ředitelko,

Obracím se na Vás se žádostí o svolení s provedením výzkumného šetření v Domově pro seniory sv. Anny v Sousedovicích, jako příklad pro mou bakalářskou práci s názvem Koncept bazální stimulace u seniorů s využitím psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma.

Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru s náhodně vybranými zdravotními sestrami. Rozhovory budou nahrávány na diktafon, nebo písemně zaznamenány.

Výzkumné otázky přikládám v příloze.

Předpokládaný termín výzkumného šetření je leden - únor 2014.

Věřím, že mé žádosti vyjdete vstříc a těším se na další spolupráci.

Podpis

Lenka Hubáčková



Podpis

Bc. Olga Medlinová, Dis.



Dům klidného stáří sv. Anny  
Domov pro seniory  
Oblastní charita Strakonice  
Sousedovice 40, 386 01 Strakonice  
Tel: 383 333 281 Fax: 383 327 499

## **Příloha 5 - Otázky k hloubkovému rozhovoru**

1. Jak byste definovala koncept bazální stimulace?
2. Máte absolvovaný kurz bazální stimulace?
3. Jak využíváte koncept bazální stimulace u seniorů?
4. Jaký máte názor na používání konceptu bazální stimulace u seniorů?
5. Jak podle vás podporuje koncept BS seniory? Jak aplikujete koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče?
6. Jaké techniky bazální stimulace u seniorů nejčastěji využíváte?
7. Jaká pozitiva vnímáte při práci s bazální stimulací u seniorů? Jaká negativa vnímáte při práci s bazální stimulací u seniorů?
8. Myslíte si, že pro bazálně stimulační péči potřebujete více času a personálu, než pro základní ošetrovatelskou péči?
9. Kde jste se poprvé dozvěděla o psycho-biografickém modelu péče E. Böhma?
10. Jak byste definovala psychobiografický model péče E. Böhma? Jaký přínos má pro vás psychobiografický model péče E. Böhma u seniorů? Jak pracujete v zařízení s psychobiografickým modelem péče E. Böhma v rámci konceptu bazální stimulace?
11. Jakým způsobem aktivizujete seniory ve vašem zařízení pomocí psychobiografického modelu péče E. B? Kdo se na aktivizaci seniora podílí? Jaké zkušenosti máte s aktivizací seniora pomocí biografie?
12. Co se vám vybaví pod pojmem biografie seniora? Jakým způsobem odebíráte biografickou anamnézu? Jaký přínos pro seniora má biografická anamnéza? Od koho odebíráte biografickou anamnézu?



13. *V čem spočívá vaše spolupráce s rodinou v odebírání biografické anamnézy?*
14. *Proč si myslíte, že je důležité zajímat se o biografii seniora?*
15. *Jaký je váš názor na používání biografické anamnézy u seniorů? Jaká negativa vnímáte v práci s biografii? Jaká pozitiva vnímáte v práci s biografii?*
16. *Kde máte založenou biografickou anamnézu? Jak často používáte biografickou anamnézu? Kdo pracuje u vás v zařízení s biografickou anamnézou? Jak je vám užitečná?*

## Příloha 6 - Technika kódování

- 49 Jakým způsobem odebráte biografickou anamnézu? „Pomocí rozhovoru se seniorem  
50 a příbuznými a pomocí záznamu do dokumentace. V zařízení máme biografickou  
51 anamnézu, kterou vyplní rodina společně s klientem před nástupem do zařízení. Ale  
52 odebrat anamnézu není možno najednou, informace jsou nadále dopisovány.“
- 53 Jaký přínos pro seniora má biografická anamnéza? „Jsem schopní se co nejvíce  
54 přizpůsobit seniorovi, víme o jeho rituálech, zvycích. Je nápomocná při adaptaci na  
55 jiné prostředí, oživení vzpomínek, navození dobré nálady.“
- 56 Od koho odebráte biografickou anamnézu? „Odebirám jí od klienta, příbuzných,  
57 kamarádů, celého personálu.“
- 58 14. V čem spočívá Vaše spolupráce s rodinou v odebrání biografické anamnézy?  
59 „Spočívá v tom, že rodina ošetrovatelskému personálu doplňuje průběžně informace o  
seniorovi, informuje nás o neobvyklém chování a rituálech.“
- 60 15. Proč si myslíte, že je důležité zajímat se o biografii seniora? „Pokud vím co nejvíce o  
61 seniorovi, můžeme seniorovi poskytnout co nejlepší péči, chápeme jeho neobvyklé  
62 chování.“
- 63 16. Jaký je Váš názor na používání biografické anamnézy u seniorů? „Biografie u seniora  
64 je dobře využita v péči. Podle mě je senior klidnější, není tak často zmatený. Dobře se  
65 adaptuje na jiné prostředí, více komunikuje s okolím.“
- 66 17. Jaká negativa vnímáte v práci s biografií? „Rodinný příslušníci většinou o modelu  
67 nemají moc informací, nechtějí spolupracovat při péči, nejsou ochotni přinést  
68 seniorovi předměty a někdy ani nechtějí vyplnit biografickou anamnézu.“
- 69 Jaká pozitiva vnímáte v práci s biografií? „Senior je klidnější, má dostatek  
70 informací o seniorovi a chápeme jeho nezvyklé chování, lepší spolupráce, navázání  
71 důvěry a kontaktu.“
- 72 18. Kdo máte založenou biografickou anamnézu? „Založenou u ošetrovatelského plánu.“
- 73 Jak často používáte biografickou anamnézu? „Nejvíce při příjmu, pak jí doplňujeme  
74 o nové informace.“
- 75 Kdo pracuje u vás v zařízení s biografickou anamnézou? „S anamnézou se snaží  
76 pracovat všichni zaměstnanci.“

## Příloha 7 - Seznam kódů

### **Kategorizace výsledků rozhovorů technikou otevřeného kódování – seznam kódů**

#### **Kategorie „Bazální stimulace u seniorů“**

##### **- využití bazální stimulace u seniorů**

- v rámci hygieny, při koupání R1/12, R2/4, R3/8, R4/12, R5/9, R6/7, R7/20, R8/6
- během celého dne R3/16, R6/19
- při jídle R3/15, R5/9, R6/8, R8/19
- při polohování R1/15, R2/5, R3/6, R4/12, R5/21, R6/21
- při komunikaci R2/5, R3/2
- u seniorů se specifickými problémy R2/9, R3/6, R6/15, R7/22, R5/8

##### **- význam bazální stimulace u seniorů**

- podpora soběstačnosti R2/7, R3/12, R6/14, R8/13
- podpora vnímání tělesného schématu (celého těla) R1/7, R3/21, R4/1, R7/13
- podpora vnímání okolního světa R2/2, R3/12, R4/8, R8/15
- podpora vyvážení bio-psycho-sociálních potřeb R3/11, R6/3, R8/16
- podporuje orientaci R1/10, R3/13, R4/9
- podporuje v komunikaci R1/10, R2/2, R3/12
- zlepšení funkcí organismu, podpora dýchání R4/2, R8/8
- podporuje kvalitu života R2/7, R6/15, R7/3, R8/2
- podporuje pocit bezpečí a jistoty R5/17

## **Kategorie „Techniky bazální stimulace u seniorů“**

### **- základní techniky bazální stimulace**

|  |  |
|--|--|
| somatická stimulace zklidňující a povzbuzující | R1/15, R2/16, R4/15, R5/27,<br>R6/22, R8/8 |
| vestibulární stimulace                         | R3/18                                      |
| masáž stimulující dýchání                      | R4/14, R5/27, R7/9, R8/8                   |
| polohování                                     | R1/16, R3/19, R5/28, R6/21, R7/19, R8/9    |

### **- nástavbové techniky bazální stimulace**

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| orofaciální stimulace       | R8/22, R6/22, R7/3 |
| taktilně haptická stimulace | R3/19              |
| olfaktorická stimulace      | R6/22, R7/3        |
| auditivní stimulace         | R5/30, R7/4        |

## **Kategorie „Názor na bazální stimulaci“**

### **- pozitivní názor**

|   |   |
|---|---|
| zkvalitnění péče o seniory                            | R1/17, R2/14, R3/8, R4/7, R5/31, R7/11, R8/12 |
| lepší přístup pro personál                            | R2/6, R3/9, R8/28                             |
| dostatek informací                                    | R1/18, R2/18, R4/16, R6/10, R8/23             |
| vytváří se vztah seniora a ošetrovatelského personálu | R3/21, R5/18, R6/26,<br>R8/35                 |

### **- negativní názor**

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| nedostatek času                     | R1/19, R3/23, R4/20, R7/27 |
| nedostatek personálu                | R5/38                      |
| rušivé elementy, hluk na pracovišti | R1/20, R3/24               |

zdlouhavý proces, neustálé doplňování nově zjištěných informací R2/20

nezájem seniorů a rodinných příslušníků R3/24, R6/28

### **Kategorie „Využití psycho-biografického modelu péče Erwina Böhma u seniorů v ošetrovatelské péči“**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| vztah vzájemné důvěry                  | R3/34, R8/33               |
| zpříjemňuje život seniora              | R1/27, R6/39               |
| lepší komunikace se seniorem           | R1/27                      |
| podporuje seniora ve vnímání           | R2/27, R4/24               |
| známe normalitu seniora                | R1/30, R5/46               |
| respektuje důstojnost stáří            | R4/24                      |
| podporuje zachovalé schopnosti seniora | R2/27, R3/34, R6/35, R7/37 |

### **Kategorie „Aktivizace u seniorů“**

#### **- druh aktivizace**

individuální aktivizace R3/40, R8/41

skupinová aktivizace R1/35, R3/39, R4/30, R5/56, R6/49, R7/43, R8/41

#### **- zkušenosti s aktivizací u seniorů**

pozitivní R1/39, R3/44, R6/54, R7/48, R8/45

podpora soběstačnosti R5/61

aktivovány nepříjemné zážitky R8/65

podporuje psychickou stránku seniora, upoutání pozornosti R2/37, R4/34

pochopení seniora v jeho normalitě R1/40

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| lepší komunikace    | R3/65              |
| vyprávění vzpomínek | R1/35,R2/34, R3/46 |

#### **Kategorie „Biografická anamnéza“**

##### **- odběr biografické anamnézy**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| rozhovor                    | R1/45, R4/37, R5/66, R7/56, R8/49        |
| pozorování                  | R2/40                                    |
| biografická anamnéza        | R1/45, R3/50, R4/37, R6/64, R7/56, R8/50 |
| průběžné doplnění informací | R3/52, R5/70, R7/57, R8/74               |

##### **- zdroj biografické anamnézy**

|              |  |
|--------------|--|
| od rodiny    | R1/45, R2/41,R3/56, R4/40, R5/76, R6/71, R8/56 |
| od personálu | R3/57, R6/69                                   |
| od seniora   | R1/44, R3/56, R5/68, R6/70, R8/55              |

#### **Kategorie „Biografie u seniorů“**

##### **- pozitivní názor na biografii**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| lepší navázání kontaktu                | R6/86, R8/68               |
| zachování autonomie                    | R1/61                      |
| pochopení chování seniora              | R1/65, R3/61, R6/85, R1/58 |
| upoutání pozornosti seniora            | R2/57                      |
| je důležitá pro personál i pro seniora | R4/46, R7/74               |
| zkvalitnění péče                       | R3/77, R5/80               |

- **negativní názor na biografii**

rodina odmítá spolupracovat, neposkytne informace R1/53, R3/67, R6/84

střídání ošetrovatelského personálu R2/55

časová náročnost R1/63, R7/75

další dokumentace R2/21, R6/83, R6/79

vybavení negativních vzpomínek R8/65

- **přínos biografie**

přínos pro ošetrovatelský personál i seniora R1/52, R2/45, R3/54, R4/39, R5/80,  
R8/64

reakce seniora R1/58, R4/50, R6/85, R7/59

známe životní příběh seniora R1/57, R2/66, R3/61, R4/56, R5/100,  
R6/59, R7/53, R8/78

lepší adaptace na prostředí R3/65, R6/66, R8/78

lepší spolupráce R2/42, R3/70

**Kategorie „Spolupráce s rodinou, zapojení rodiny“**

- **spolupráce s rodinou**

v odebrání informací R1/51, R3/58, R4/43, R5/100, R8/58

rodina přinese předměty a materiály R1/52, R2/46, R5/78, R6/72, R8/59

v komunikaci R4/42, R5/77

rodina se zapojuje do péče R2/63

- **nespolupráce rodiny**

rodina nechce spolupracovat

R1/53, R2/48, R3/67

rodina k tomu není nakloněná

R1/54



**PSYCHO-  
BIOGRAFICKÝ  
MODEL PÉČE  
ERWINA  
BÖHMA**

## CO JE TO PSYCHO-BIOPGRAFICKÝ MODEL PÉČE ERWINA BÖHMA?

Psycho-biografický model péče Erwina Böhma, je ošetrovatelský model, který je mezinárodně uznávaný a v současnosti využívaný v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontologické péče. Psycho-biografický model péče je zaměřen na podporu schopnosti sebez péče starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniora a jeho psychiky. Böhm ve svém modelu kritizuje klasické způsoby péče, jako je nakrmit, umýt, udržet v teple, pohodlí a vykonat ordinace lékaře. Psycho-biografický model péče se snaží rozšířit úhel pohledu u seniora, kdy se ošetrovatelská péče stává tolerantnější a odpouští od role „vše pečující matky“.

Dřívější modely byly zaměřeny spíše na saturaci biologických potřeb, které u seniora vytvářely závislost na péči, ale na psychickou oblast zaměřeny nebyly. Právě na tuto oblast se zaměřil prof. Böhm ve svém modelu. V modelu předkládá péči aktivizující, re-aktivizující a bazálně-stimulační péči, kde jde nejdříve o „rozhýbání psychiky a potom teprve těla“. Psycho-biografický model je přínosný jak pro ošetrovatelskou péči, tak pro samotného seniora, který je v modelu vnímán především jako člověk se svou biografií. Böhmovy představy jsou vysoce politické, jde mu hlavně o to, aby byly chráněny zájmy seniorů, dezorientovaných a nemocných pacientů.

## **CÍLE PSYCHO-BIOGRAFICKÉHO MODELU PÉČE ERWINA BÖHMA**

### **Böhm vtvěčuje v péči následující cíle:**

#### ***1. Znovuoživení psychiky seniora***

Nejvyšším cílem je znovuoživení duše seniora, kterou popisuje jako lidskou energii „elan vital“, která je zdrojem pro naše konání a pro životní motivaci. Böhm tvrdí, že pokud senior nemá motiv proč žít, nemá „elan vital“, nemá ani chuť pohybovat nohama, chodit a usmívat se. Böhm ve svém modelu seniora vnímá, že se navrácí po vývojových fázích, které popsal Erikson. Erikson popsal vývoj od dítěte až ke stáří.

#### ***2. Oživení zájmu pečujícího***

Druhým cílem je oživení zájmu ošetrovatelského personálu a zvýšení jejich odbornosti. Ošetrovatelský personál má možnost pracovat samostatně a poskytovat terapeutickou péči, kterou známe již u konceptu bazální stimulace.

#### ***3. Rozšířit vnímání společenské normality***

Psycho-biografický model péče je i obohacujícím prvkem pro mladou generaci, která neměla možnost zažít nebo poznat některé historické epochy. Začlenění dvou generací na základě zpracování biografie má zde svou hodnotu celospolečenskou. Böhm tento trend v péči nazývá jako interfuzionální aspekt péče, kde dochází k fúzi mezi realitou seniora a generačně vzdálenou realitou personálu.

## STUPNĚ REGRESE

Na základě vývojové psychologie Eriksona, který popsal jednotlivé období života od narození do stáří, popsal Böhm sedm fází regrese u seniora, které v opačném pořadí kopírují zrcadlově fáze Eriksona. Senior se spirálovitě vrací po stupních vývoje do svého dětství až do fáze, kdy leží v poloze embrya. Tyto fáze regrese nám slouží k rozpoznání a zařazení seniora do určité etapy života, ve které se zrovna nachází.

1. fáze regrese je normální stáří. Tato fáze odpovídá dospělosti, senior zvládá komunikovat bez obtíží, dokáže se přizpůsobit společnosti, je kognitivně přístupný. Jedná se o etapu fyziologického stárnutí.
2. fáze regrese je fáze důvtipu, odpovídá vývoji mladých (18-25 let). Kognitivní výkon seniora klesá. V komunikaci se seniorem jsou využity rozhovory, kdy senior prostřednictvím rozhovorů dokáže dobře reagovat, tzv. terapie humorem. I zde je zachováno fyziologické stárnutí seniora.
3. fáze regrese zahrnuje základní potřeby emoční, etapa odpovídá pubertě (12-18 let). Dochází zde ke změně v chování a kognitivních funkcí. Dochází zde k zanedbání základních životních potřeb seniora. V této fázi je důležité vědět, že při neuspokojení základních potřeb vedeme seniora k zhoršení zdravotního stavu.
4. fáze regrese se uplatňuje naučené chování a rituály (věk 6-12 let), senior si je vybavuje ze svého dětství, které má vštípené ve svém podvědomí. V této etapě se uplatňují regionální nebo náboženské vlivy.

5. fáze regrese je důležitá pro **smysl života seniora**, období přibližně mezi 3 až 6 lety. Patří sem pudy a instinkt.
6. fáze regrese odpovídá **úrovni batolete**, období (1-3 roky). Mýty, pohádky, náboženství zde hrají velmi důležitou roli. Senior žije v čase, kdy si rád hrál a reaguje emočně.
7. fáze regrese je **prvotní komunikace** (věk 0-1 rok) popisuje období fetální, senior se nám navrací do fáze, kdy leží ve fetální poloze a nereaguje.

## CO JE TO DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Stavebním kamenem teoretického základu psycho-biografického modelu péče je diferenciální diagnostika. Diferenciální diagnostika je jeden z pracovních nástrojů psycho-biografického modelu, která nám pomáhá stanovit, ve které fázi regrese se senior nachází.

V diferenciální diagnostice se hodnotí, zda je senior ve stabilní nebo nestabilní fázi. Ve stabilní fázi není u seniora změněno chování, nevykazuje patologické změny. Pokud se senior projevuje svým změněným chováním, je tento moment hodnocen jako fáze nestabilní. Pro určení zda se jedná o stabilní nebo nestabilní fázi jsou hodnoceny tyto oblasti: psychomotorika, emoce, volní chování, schopnost kontaktu, paměť, orientace, komunikace a formální myšlení. Výsledná hodnota určuje stupeň regrese seniora ve fázi stabilní i nestabilní.

Například seniora, který je na psychické úrovni tříletého dítěte, splňuje interakční stupeň 6, není možné oslovovat příjmením z manželství, ale senior bude reagovat na oslovení z dětství, na jméno, které pro něj používali rodiče. Pomocí této diagnostiky zvolíme vhodný plán péče, který podporuje aktivity denního života.

# JAKÉ MÁME PLÁNY PÉČE V PSYCHO-BIOGRAFICKÉM MODELU PÉČE ERWINA BÖHMA?

## Rozdělení plánu péče podle psychického stavu seniora

### *1. Aktivizační péče*

Aktivizační péče je využívána u seniorů, kteří jsou podle diferenciální diagnostiky ve fázi regrese č. 1-3. Aktivizační péče je rozdělena dle sociální formy na práci s jednotlivcem nebo ve skupině. Podle obsahu jsou metody aktivizační péče rozděleny do tří oblastí. A) Komunikace - kde je využitý rozhovor a diskuse na dané téma. B) Aktivita - senioři společně vaří, pečou, vytváří koláže, kreslí, hrají hry, patří sem i společné oslavy narozenin, promítání starých filmů nebo sledování pořadů. C) Tvorbu dokumentu - senioři vytvářejí svojí biografickou knihu, ve které je zpracovaný celý život seniora. Najdeme zde fotografie z doby dětství, mládí, manželství, první vlasy dětí, oblíbené předměty, prostě vše, co měl ve svém životě rád.

### *2. Reaktivizační péče*

Tato forma péče je využívána u seniorů, kteří jsou podle diferenciální diagnostiky ve fázi regrese č. 4-6, tedy pro II. stádium demence, kde kognitivní funkce neplní stoprocentně svoji úlohu, ale emočně je senior stále aktivní. Cílem re-aktivizační péče je navrácení seniora alespoň o jeden stupeň výše v dané stupnici regrese. Při poskytování péče, jde plně o využití naučených rituálů a automatismů. Re-aktivizační péče není metoda aktivizace, vycházející z biografie, ale jde o specifickou formu péče, která zahrnuje znovuoživení psychiky a duše seniora

na základě určení psycho-biografické normality, která je implementována do péče formou adaptace v zařízení na danou normalitu seniora.

. V současné době je tomu naopak. Senior se musí přizpůsobit většinou adaptačnímu plánu v domově pro seniory, který je pevně daný.

### ***3. Bazálně-stimulační péče***

Bazálně-stimulační péče je využívána u seniorů s těžkou formou demence, která odpovídá v diferenciální diagnostice regresi č. 7. Tato forma péče je naprostou indikací pro využití konceptu bazální stimulace.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BÖHM, Erwin, 2009. *Psychobiographisches pflegemodell nach Böhm*. 4.vyd. Wien: maudrich. ISBN 978-3-85175-911-2.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. 2010a, roč. 12, č. 2, s. 22-23. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Sociální služby*. 2010b, roč. 12, č. 3, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Diferenciální diagnostika, stupně regrese a formy péče. *Sociální služby*. 2010c, roč. 12, č. 6-7, s. 28-29. ISSN 1803-7348.