Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Aneta Kalčíková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářkou práci s názvem ***„Využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů“*** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022 ……

Aneta Kalčíková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Haně Hajduchové Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů

Abstrakt: Bakalářská práce se věnuje využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů.

Cíle práce: Zjistit, jak sestry využívají koncept Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů.

Metodika a výzkumný soubor: Na základě cíle, byla vytvořena jedna výzkumná otázka. Jak sestry využívají koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů v ošetřovatelské praxi? Pro výzkumné šetření jsme si vybrali kvalitativní výzkumnou strategii, kde byla použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které byly uskutečněny u sester pracujících v nemocnicích a v zařízení poskytující sociální péči. Výzkumný soubor byl tvořen 13 sestrami. Kritérium pro vybrání sester bylo využívání konceptu Bazální stimulace u geriatrických pacientů. Získaná data byla zpracována otevřeným kódováním, metodou tužka a papír.

Výsledky: Na základě analýzy dat bylo vytvořeno 7 kategorií a 3 podkategorie. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že se sestry orientují v konceptu Bazální stimulace a zvládají využívat koncept u geriatrických pacientů. Bylo zjištěno, že více než polovina sester má absolvovaný kurz Bazální stimulace. Sestry zvládají definovat jednotlivé prvky Bazální stimulace. Při šetření bylo zjištěno, že všechny sestry udržují kontakt s rodinou pacienta. Rodina pacienta je zdroj informací, které jsou důležité pro biografickou anamnézu. Tato anamnéza poté umožňuje sestrám nejen lépe proniknout k pacientovi a jeho potřebám, ale také vést systematičtější komunikaci mezi sebou.

Doporučení pro praxi: Doporučujeme rodinu pacienta zahrnout do aplikace konceptu Bazální stimulace.

Klíčová slova: Bazální stimulace; geriatrie; koncept; pacient; senior; sestra

The use of the Basal stimulation concept in nursing care of geriatric patients

Abstract: The bachelor thesis deals with the use of the concept of Basal Stimulation in nursing care of geriatric patients.

Objectives of the thesis: To find out how nurses use the concept of Basal stimulation in nursing care of geriatric patients.

Methodology and research set: Based on the goal, one research question was created. How do nurses use the concept of Basal Stimulation in geriatric patients in nursing practice? For the research survey, we chose a qualitative research strategy where the polling method was used. The data collection technique was semi-structured interviews that were conducted on nurses working in hospitals and social care facilities. The research group consisted of 13 sisters. The criterion for selecting nurses was the use of the concept of Basal Stimulation in geriatric patients. The obtained data was processed by open coding, pencil and paper method.

Results: Based on data analysis, 7 categories and 3 subcategories were created. The results of the research show that the nurses are oriented in the concept of Basal Stimulation and manage to use the concept in geriatric patients. It was found that more than half of the nurses had completed a course of Basal Stimulation. Nurses manage to define the individual elements of Basal Stimulation. During the investigation, it was found that all nurses maintain contact with the patient's family. The patient's family is a source of information that is important for the biographical history. This anamnesis then allows nurses not only to better understand the patient and his needs, but also to conduct more systematic communication with each other.

Recommendations for practice: We recommend that the patient's family be included in the application of the basal stimulation concept.

Keywords: Basal stimulation; geriatrics; concept; patient; senior; nurse

Obsah

Úvod.....8
1 Teoretická část 9
1.1 Gerontologie 9
1.1.1 Vymezení stáří 9
1.1.2 Projevy stáří 10
1.1.3 Geriatrie 11
1.2 Bazální stimulace 15
1.2.1 Historický vývoj a teoretická východiska konceptu Bazální stimulace 15
1.2.2 Role sestry a využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské praxi u geriatrických pacientů 16
1.2.3 Základní prvky Bazální stimulace 18
1.2.4 Somatická stimulace 21
1.2.5 Vestibulární stimulace 23
1.2.6 Vibrační stimulace 23
1.2.7 Optická stimulace 24
1.2.8 Auditivní stimulace 25
1.2.9 Orální stimulace 26
1.2.10 Olfaktorická stimulace 27
1.2.11 Taktilně-haptická stimulace 28
2 Cíl práce a výzkumné otázky 29
2.1 Cíl práce 29
2.2 Výzkumná otázka 29
2.3 Operacionalizace pojmů 30
3 Metodika 31
3.1 Použité metody 31

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 32
4 Výsledky 33
4.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se sestrami 33
5 Diskuse 46
6 Závěr 53
7 Seznam použité literatury 55
8 Seznam příloh 61
9 Seznam zkratek 64

Úvod

Tématem této bakalářské práce je využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrického pacienta. Bazální stimulace je koncept, který by se v ošetřovatelské péči měl uplatňovat častěji. V důsledku dlouhověkosti populace se totiž navyšuje procento geriatrických pacientů, kteří se často setkávají s poruchami smyslových a kognitivních funkcí. Kognitivní funkce nám umožňují smysluplně vnímat okolní prostředí a svět kolem nás. V konceptu Bazální stimulace jde především o to, aby si pacient uvědomoval své vlastní tělo a okolní svět. Jde také o podporu vnímání, hybnosti a komunikaci pacienta. Využívat Bazální stimulace v ošetřovatelské péči lze mnoha způsoby.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, kdy v teoretické části se budeme zabývat tématy geriatrie, konceptem Bazální stimulace a možnostech jeho uplatnění. Praktická část práce je zaměřena na sestry, které využívají tento koncept u geriatrických pacientů. Pro výzkumnou část bude použita metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak sestry využívají koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů.

Toto téma bakalářské práce, jsem zvolila záměrně, jelikož během své praxe jsem se setkala s využitím tohoto konceptu pouze na zlomku pracovišť. Bazální stimulace mě velmi oslovila a myslím si, že by se měla více popularizovat v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů.

1 Teoretická část

1.1 Gerontologie

Gerontologie je souhrn poznatků o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří. Jde o multioborovou problematiku, která se netvoří jako samostatná disciplína. Existují však gerontologické instituty, publikace, vzdělávací kurzy (Čeledová et al., 2016).

Gerontologie se dělí do tří směrů. Gerontologie experimentální, sociální a klinická (Čeledová et al., 2016). Gerontologie experimentální se dle Kalvacha (2004) zabývá živými organismy, především otázkami, proč a jak tyto organismy stárnou. Gerontologie sociální se zabývá životem ve stáří, vztahy mezi starými lidmi a společností. Zabývá se i vztahy mezi generacemi, sociologií a konkrétními souvislostmi politologickými i ekonomickými (Čeledová et al., 2016). Gerontologie klinická neboli geriatrie je oblast medicíny. Tato oblast shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku. Jde o specializační obor, který se zabývá péčí o seniory, pečuje o specifické potřeby geriatrických pacientů, klinický obraz, funkční stav pacienta, vyšetřování, prevenci i léčení pacienta (Kalvach, 2004).

1.1.1 Vymezení stáří

Dle Kalvacha (2004) je stáří označeno jako pozdní fáze přirozeného průběhu života. Jde o důsledek a projev funkčních i morfologických změn, které probíhají druhově specifickou rychlostí. Stárnutí s sebou přináší nevyhnutelné a nezvratné změny. Tyto změny jsou částečně odpovědné za zvýšené riziko vzniku zdravotních problémů v rámci starší populace (Pokorná, 2013).

Dle Kalvacha (2008) je vymezení pojmu stáří vzhledem k intraindividuální variabilitě velmi nesnadné. V odborné literatuře lze najít různé definice. Kalvach (2008) také uvádí, že stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu. Důsledek těchto změn vede k typickému obrazu, označovaného jako fenotyp stáří. Fenotyp stáří je přizpůsobován vlivy životního prostředí, zdravotním stavem, životním stylem a vlivy

sociálně ekonomickými i psychickými (Čevela et al., 2012). Také adaptační schopnosti jsou ve stáří sníženy, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním (Kalvach, 2008).

Obvykle se využívají tři kritéria – kalendářní věk, biologický věk a sociální věk. Kalendářní věk je nejjednoznačnější, ale může být v rozporu s biologickým a sociálním věkem. Díky stálému zlepšování zdravotního stavu nové stárnoucí generace se posouvá hranice biologického, funkčního stáří, hodnocení involučním poklesem a funkčními deficity do vyššího věku (Čeledová et al., 2016).

Muhlpachr (2004) rozděluje stáří na tři stupně. První stupeň je od 65 let do 74 let a přezdívá se jim mladí senioři. Projevuje se u nich problematika penzionování, volného času, aktivit. Druhý stupeň je od 75 let do 84 let a tato skupina se nazývá staří senioři. Je pro ně typická změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemoci. A poslední stupeň je od 85 a více let a Muhlpachr (2004) je pojmenoval jako velmi staří senioři. Nastává u nich problém soběstačnosti a zabezpečenosti.

Sociální věk je dán souhrnem sociálních změn. Mezi změny sociálních změn řadíme například změny postojů, sociálního potenciálu, změny sociálních rolí, pokles životní úrovně, zastarávání znalostí, nezaměstnanost, odchod dětí z orientační rodiny a různé znevýhodnění oproti mládí (Čeledová et al., 2016).

Biologický věk je dán dosažením určitých involučních změn, poklesu potenciálu zdraví. Jde o soubor nevratných biologických změn, například zvýšené riziko nemocí, infekcí, funkčních deficitů a úmrtí. Biologické stáří není stanovitelné – neexistují přesná kritéria (Čeledová et al., 2016).

1.1.2 Projevy stáří

Dle Venglářové (2007) se každý člověk rodí s určitými dispozicemi, a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno určitými genetickými předpoklady a životními zkušenostmi (Venglářová, 2007). Pacienta také z určité části ovlivňuje prostředí, ve kterém žije (Vágnerová a Lisá, 2021).

Může se projevovat celkový úbytek sil, snižuje se výkonnost, koncentrace na provádění jednotlivých činností a jedinec si může připadat neschopný. Zvyšuje se i potřeba odpočinku po činnosti, která do té doby pro jedince nebyla obtížná. Mění se žebříček hodnot a pro seniora se zvyšuje potřeba lásky, podpory, bezpečí a jistoty (Malíková, 2020). Změny ve stáří mohou být fyzické, psychické, sociální a změny v životní orientaci (Venglářová, 2007).

Mezi nejčastější fyzické změny patří pokles fyzické energie a vitality, zpomaluje se reakční doba a výbavnost, rychlost a správnost v aktivitách. Běžné denní aktivity se stávají náročnější a člověk se cítí být více unavený (Jirák, 2013). Další fyzické změny mohou být ve vzhledu nebo v úbytku svalové hmoty. Změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů mohou pacienta také ohrožovat. Často se vyskytují i změny sexuální aktivity a změny ve vylučovacím a trávicím systému (Venglářová, 2007).

Mezi psychické změny sestupné povahy patří pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, vštípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy a strach ze ztráty nejbližších osob (Šamánková, 2011). Mezi psychické změny vzestupné povahy patří zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti. Mezi psychické funkce, které se s věkem nemění můžeme zařadit například jazykové znalosti, slovní funkce a intelekt (Jedlička, 1991).

Stáří přináší změny i ve společenském životě. Odchod do penze, který často hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky nebo jiné aktivity. Dále to může být změna životního stylu, fyzická závislost nebo generační osamělost a v neposlední řadě ekonomická situace, která může vést ke zhoršení finančního zabezpečení (Venglářová, 2007).

1.1.3 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70–75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznávání geriatrických rizik zahrnující omezené funkční rezervy a důraz

na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledku zdravotní péče (Topinková, 2005).

Podle Topinkové (2005) je cílem geriatrie zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Dále dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta (Topinková, 2005).

Z hlediska klinických oborových kompetencí by se geriatrie měla ujímat především těch seniorů, kteří jsou nad praktické možnosti všeobecného lékaře a nevyžadují v danou chvíli péči lékaře se specializací, například kardiologie, nefrologie a podobně (Kalvach, 2008).

Hlavní složkou oboru geriatrie je všeobecná interna, která je spojena s dalšími obory, především s neurologií, gerontopsychiatrií, rehabilitací a ošetřovatelstvím. Geriatrie zahrnuje vícero složek, jako je akutní i následná, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžková. Základním pracovištěm oboru by tak na rozdíl od převažující současné praxe neměly být léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo oddělení následné péče s podstatně limitovanými diagnostiko-terapeutickými kompetencemi a úhradovými možnostmi, nýbrž geriatrické ambulance a nemocniční geriatrická oddělení odpovídající zahraničnímu konceptu akutní péče o oddělení seniorů, či jinak pojmenovaných jako geriatrická oddělení (Kalvach, 2008).

Nemocniční geriatrická oddělení by měla sloužit především dvěma účelům, a to k diferenciální diagnostice, léčbě, ošetřování a rehabilitaci akutně dekompenzovaných geriatrických pacientů, například geriatricky atypickou či multidisciplinární problematikou či s potřebou geriatricky modifikovaného nemocničního režimu. Za druhé ke komplexnímu multidisciplinárnímu geriatrickému hodnocení – včetně potenciálu zdraví křehkých geriatrických pacientů se stanovením a eventuálním „nastartováním“ plánu dlouhodobé péče (Kalvach, 2008). K souhrnnému hodnocení pacienta v geriatrii je považováno takzvané komplexní geriatrické hodnocení, zkráceně CGA (Comprehensive Geriatric Assesment). Toto hodnocení je zaměřeno na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností u geriatrických pacientů.

V tomto hodnocení se posuzuje osobnost seniora, tělesné zdraví, funkční výkonnost, duševní zdraví a sociální souvislosti (Pokorná, 2013).

Geriatrické ošetřovatelství je zaměřeno na ošetřovatelskou péči o seniory. Cílem geriatrického ošetřovatelství, je poskytovat pacientům takovou ošetřovatelskou péči, jež vystupuje z jejich individuálních potřeb a zajišťuje co nejvyšší možnou kvalitu života. Péče o geriatrické pacienty nemůže být univerzální pro každého a proto musíme chápat každého pacienta individuálně (Bouda a Šolcová, 2016). Geriatrický pacient bývá obvykle charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a hrozícími či již přítomnými funkčními restrikcemi (Schuler a Oster, 2010). Dle WHO je ošetřovatelství definováno jako systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin. Tento systém jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Přibyl, 2015). V historii geriatrického ošetřovatelství se často nachází pojem geriatrická sestra. Tato sestra byla součástí ošetřovatelského týmu zhruba od osmdesátých let 20. století. Geriatrická sestra byla součástí obvodního zdravotnického systému. Náplní práce této sestry bylo vyhledávat a dle potřeby pravidelně docházet za pacienty a zajišťovat preventivní i léčebné výkony, které lékař ordinoval. Systém geriatrických sester se rozpadl v devadesátých letech 20. století, kdy se jistou náhradou stala agentura domácí péče. Bohužel nedošlo k takovému rozvoji domácí péče, aby byla funkce geriatrických sester zcela nahrazena, především v preventivní péči (Holmerová, 2014). Dle Přibyla (2015) je cílem ošetřovatelství u geriatrického pacienta udržovat optimální zdravotní stav, snažit se uspokojovat pacientovy potřeby a poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelská péče o tyto pacienty se skládá nejen ze základních zdravotnických vědomostí ale také i ze znalosti specifik starší generace. Geriatrické ošetřovatelství má dle Malíkové (2020) aktivizační charakter. Především jde o podporu pacienta v jeho vlastní aktivitě, a zejména v oblasti udržování a rozvoje soběstačnosti. Dle Zacharové (2016) je kvalitní ošetřovatelská péče nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem, proto je důležité, aby pacient věděl, že ho sestra chápe a respektuje. Existují předpoklady pro správný přístup ke geriatrickým pacientům, které jsou pro sestru nezbytné k vykonávání ošetřovatelské péče u těchto pacientů. Mezi tyto předpoklady patří holistický přístup k pacientovi, zodpovědnost sestry, schopnost efektivního

používání vhodných komunikačních technik, schopnost vyjádřit empatii, a především dokonalá znalost problematiky geriatrického ošetřovatelství (Malíková, 2020).

1.2 Bazální stimulace

1.2.1 Historický vývoj a teoretická východiska konceptu Bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo. Fröhlich v tomto centru pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V rámci svého doktorandského studia, vypracoval koncept Bazální stimulace. U dětí s velmi těžkými změnami v oblasti vnímání z důvodu hluboké mentální retardace nebylo možno navázat verbální komunikaci, protože jejich schopnosti v této oblasti byly velmi omezené nebo skoro žádné. Fröhlich vycházel z vědeckého zkoumání v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. S těmito dětmi dokázal navázat komunikaci přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. Koncept Bazální stimulace otevřel cestu speciálním pedagogům k jejich klientům a umožnil jim podpořit tyto děti v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života (Friedlová, 2018).

Do ošetřovatelské péče přenesla koncept Bazální stimulace v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein (Kapounová, 2020). Christel byla zdravotní sestra a pracovala mnoho let ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetřovatelská povolání v Německu a také v oblasti intenzivní medicíny. Aplikací konceptu do ošetřovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetřovatelské péče v invazivní medicíně (Friedlová, 2007).

Christel Bienstein od poloviny osmdesátých let spolupracuje úzce s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetřovatelské péče o pacienty, jejichž schopnost vnímání, pohybu a komunikačních dovedností je silně omezena. V roce 1994 začíná vést Institut výzkumu ošetřovatelství na lékařské fakultě ve Witten/Herdecke v Německu a v roce 2003 převzala Christel Bienstein profesuru v oblasti výzkumu v ošetřovatelství na univerzitě v Brémách. Během své vědecké práce vede mnoho výzkumných projektů týkajících se změn lidského

vnímání. Spolupracuje s odborníky z oblasti například geriatrické péče, neontologické péče nebo paliativní péče (Friedlová, 2007).

Díky kvalitním dosaženým výsledkům uplatnění konceptu v klinické praxi, byla motivace pro mnoho odborníků, aby se začali konceptem zabývat a podpořili jej svými vědeckými studiemi. Tento koncept se tak stal pedagogicko-ošetřovatelsky uznávaným (Friedlová, 2007).

Dlouhodobé společné úsilí ošetřovatelského týmu přineslo úspěch v rámci rozvoje tohoto konceptu. Nyní je k dispozici taková forma konceptu Bazální stimulace, která je velmi snadno aplikovatelná do každodenní ošetřovatelské péče (Friedlová, 2018).

Dle Friedlové (2018) je cílem konceptu Bazální stimulace zprostředkovat pacientovi schopnost orientovat se na svém těle a ve svém okolí. Je to koncept lidských setkání a vychází z toho, že pedagogické, ošetřovatelské a terapeutické interakce mohou být úspěšné jen tehdy, pokud jsou pacientovy aktivity respektovány (Mohr, 2010). Svět lidí s omezeným pohybem a vnímáním je dle současných vědeckých poznatků redukován a zkoncentrován na bezprostřední sféru jejich těla. Každý člověk tuto formu prožitků absolvoval v prenatálním období. Podle prof. A. Fröhlicha, jsou tyto zážitky z tohoto období shromažďovány v paměťových drahách a mohou být opět aktivovány, aby byly použity ke komunikaci se sebou samým či okolním světem (Friedlová, 2018).

Koncept Bazální stimulace má čtyřicetiletou tradici. Za tuto dobu prošel přirozeným vývojem a ověřil a osvědčil se v praxi. Může ho využívat ošetřovatelský personál, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, ergoterapeuti nebo například speciální nebo léčební pedagogové (Friedlová, 2011).

1.2.2 Role sestry a využití konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské praxi u geriatrických pacientů

Role sestry v konceptu Bazální stimulace je velmi důležitá a nepostradatelná. Je důležité, aby sestra byla trpělivá, empatická, vnímavá a komunikativní. Sestra na základně analýzy klienta rozhodne o integraci vhodných technik konceptu do péče. Tato analýza se týká mentálního a somatického stavu. Dále pak sestra sleduje stav pacienta a každou jeho

reakci na aplikovaný prvek nebo techniku. Tyto reakce mohou mít negativní nebo pozitivní odpověď. Na základě těchto reakcí pak adekvátně mění nebo přidává stimulující techniky (Friedlová, 2006).

Sestra je ta, která pacientovi umožní vnímat okolní svět nebo přiblíží okolní svět na úroveň jeho schopnosti vnímání. Měla by se snažit, aby pacientovi bylo porozuměno bez využívání verbálního komunikačního kanálu. Bude pacientovi pomáhat, aby se mohl bezpečně pohnout nebo změnit svou polohu. Především bude pacientovi oporou, zaopatří ho a bude ho doprovázet v těžké životní situaci (Friedlová, 2018).

Nejdůležitějším cílem využívání konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči je vnímání a podporování pacienta s různými změnami v oblasti vnímání, hybnosti nebo komunikace (Friedlová, 2007).

Tento koncept umožňuje propojit vícero oblastí v jeden celek. Koncept je určen pro pacienty, kteří jsou tělesně nebo duševně postiženi. Dále pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu nebo mají mentální postižení. Koncept je ale také určen i pro ty, u kterých je nějakým způsobem postiženo vnímání. Můžeme například hovořit o pacientech, kteří jsou v ústavech sociální péče, domovech pro seniory, pacientech v nemocničním zařízení nebo o lidech o které se stará doma jejich rodina (Friedlová, 2006).

Nejdůležitější je týmová práce, kdy se všichni kompetentní osoby podílejí na péči společně. To znamená, že na sebe intervencemi vzájemně navazují, předávají si informace a diskutují o stavu pacienta, o využívaných prvcích stimulace a podobně. Důležitá je také společná dokumentace, takzvaná biografická anamnéza, ve které může mít každý prostor pro své záznamy a poznámky. Vše je zaznamenané na jednom místě a tudíž všichni ostatní vidí, kdo a co s pacientem jak dělal a jaké prvky u něj prováděl (Friedlová, 2018). Biografická anamnéza je důležitá základna pro možné uspořádání života pacienta. Péče která je poskytována na základě této anamnézy, dává pacientovi pocit, že ho chápeme a respektujeme. U každého pacienta v biografické dokumentaci nalezneme něco jiného. Každý pacient je jiný a je důležité k tomu tak i přistupovat. Práce s touto anamnézou znamená volit ošetřovatelské intervence zohledňující individualitu pacienta. Biografické data získávají sestry většinou od rodiny (Friedlová, 2007). Rodina

nejlépe zná pacienta a tudíž může pomoci s tím, co pacient má, nebo popřípadě nemá rád (Friedlová, 2018).

Dle Friedlové (2008) jsou určitá pravidla, která jsou v konceptu Bazální stimulace důležitá a sestra se jimi musí řídit. Pokud se sestra vítá a loučí s pacientem, vždy by měla volit stejná slova. Při oslovení se sestra pacienta vždy dotkne na stejném místě. Sestra by měla hovořit zřetelně a jasně s přirozeným tónem. Neměla by mluvit rychle a se zvýšeným hlasem. Význam slov musí odpovídat tónu hlasu, mimice a gestikulaci. Při rozhovoru s pacientem sestra používá formu komunikace, na kterou byl zvyklý. Pokud pacient nebyl zvyklý na zdrobněliny, raději je nepoužívat, mohlo by to pacienta rozrušit. Sestra se snaží umožnit pacientovi reagovat na její slovo a tudíž při komunikaci s ním zredukuje rušivé zvuky okolního prostředí a nehovoří s více osobami najednou (Friedlová, 2008).

1.2.3 Základní prvky Bazální stimulace

Bazální stimulace podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Pomocí smyslových orgánů vnímá člověk sebe samotného a okolní svět. Vnímání sebe samého je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolním světem. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Mezi pohybem, komunikací a vnímáním je velmi úzké propojení. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (Friedlová, 2018).

Okruh příjemců péče v konceptu Bazální stimulace je velmi široký. Patří sem především pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči pro bezvědomí či vegetativní stav. Pacienti, kteří jsou dlouhodobě imobilní nebo pacienti s poruchami chování (syndrom demence, kognitivní deficit), s tělesným a smyslovým postižením. Dále pacienti s progredujícím imobilizujícím onemocněním (Friedlová, 2011).

Základní okruhy konceptu Bazální stimulace zahrnuje stimulaci somatickou, vestibulární a vibrační (Friedlová, 2012c). Nástavbové okruhy konceptu Bazální stimulace jsou stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická (Friedlová, 2012b).

Podpora vnímání je velmi důležitá, protože vědomí je bdělý stav, ve kterém je pacient schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání. Vědomí

zahrnuje řízenou schopnost k senzorickým podnětům, aktivaci paměťových stop, vytváření nových souvislostí a myšlenek na základě vlastní zkušeností (Trojan, 2003).

Poruchy vědomí se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Podle toho, jak se pacient zlepšuje nebo zhoršuje, přechází z jednoho stádia do druhého (Seidl, 2015).

Kvantitativní poruchy vědomí se rozděluje na somnolenci, sopor a kóma. Somnolence se definuje jako snížení bdělosti na úkor zvýšené spavosti. Sopor je hlubší porucha. Při této poruše vědomí jde pacient hůře probudit. Pacient se probudí až při silném akustickém či mechanickém podnětu. Kóma je stav, ve kterém je slovní výzva bez odezvy (Slezáková, 2014). Mezi kvalitativní poruchy vědomí řadíme amentní stav a delirium. Pro amentní stav je typická dezorientace a bezradnost. Delirium je vystupňovaná zmatenost, často provázena motorickým neklidem (Seidl, 2015).

Vnímání se sestra pokouší stimulovat pomocí smyslových orgánů na základě podnětů. Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u pacientů docházelo ke stimulaci vlastního těla, k podpoře rozvoje vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, k navázání komunikace se svým okolím, ke zvládnutí orientace v prostoru a čase a ke zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2005).

Schopnost pohybu provází člověka po celý život a všechny jeho aktivity se dějí pomocí stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací. Pohyb je důležitý pro udržení pozice těla, zajištění chůze, rozmnožování, práci, dýchání, získávání potravy a vyprazdňování. Pohyb je také spjat s psychickými projevy člověka a komunikací (Friedlová, 2018). Pro vnímání pohybu mají význam adaptující receptory v kůži, které reagují na její napínání a mohou se zde uplatnit informace ze zrakového analyzátoru. Díky těmto receptorům můžeme vnímat polohu končetin, trupu a hlavy. Můžeme vnímat i změnu jejich vzájemného postavení a určit sílu a velikost odporu (Kittnar, 2020).

Podpora pohybu je v tomto konceptu nepostradatelná, protože schopnost pohybu provází člověka po celý jeho život. Pohyb je důležitý nejen k zajištění chůze a k udržení jisté pozice těla, ale také k přijímání potravy, vyprazdňování, dýchání, práci a k rozmnožování. K podpoře pohybu využívá koncept Bazální stimulace všechny techniky základních i nástavbových prvků (Friedlová, 2005).

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími jedinci. Znamená prakticky základ všech lidských vztahů. Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity (Pokorná, 2010a).

Sestra vždy volí takovou komunikační formu, kterou je pacient schopen zpracovat. Sestra by se měla komunikační úrovni pacienta přizpůsobit (Bartoszek a Nydahl, 2008).

Složky komunikačního procesu zahrnují komunikátora, to je osoba, od níž sdělení vychází, komunikant je příjemce, kterému je sdělení určeno a snaží se tomu porozumět (Friedlová, 2007). Komuniké obsahuje různé informace, názory, myšlenky či postoje a má verbální i neverbální podobu (Zacharová, 2016). Zpětná vazba je zpráva o tom, že informace byla přijata. Kontext je prostředí a situace, ve které komunikace probíhá. Kontext může změnit význam sděleného (Friedlová, 2007).

Aby mohla komunikace probíhat, musejí být schopni komunikant i komunikátor informace vnímat, analyzovat a reagovat. Zároveň musí být splněny podmínky chtít, umět a moci komunikovat (Friedlová, 2012c).

Komunikace může být verbální a neverbální. Verbální komunikaci můžeme charakterizovat jako využívání slov jako symbolů a znaků nejen k předávání informací, ale i myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků, ověření myšlení druhých a vnímání vysílaných symbolů a vnímání okolního světa (Pokorná, 2010b). Při komunikaci lidé jednají a odpovídají na základě současné situace a také na základě svých zkušeností, postojů a návyků. Mezi faktory ovlivňující komunikační styl řadíme kulturu, přirozený jazyk, pohlaví a paralingvistické projevy (Arnold a Undermann-Boggs, 2003).

Verbální komunikace ve zdravotnictví je jedním z nástrojů profesionální práce sestry. Při vzájemné komunikaci sestry s pacientem je zapotřebí důvěra, která by pacienta uspokojovala a zbavovala ho strachu. Existují určité požadavky, které jsou požadovány při dosažení vzájemné kvality komunikace. Rozdělují se na individuální přístup, úcta k pacientovi, pozitivní vztah a empatie (Zacharová, 2016).

Neverbální komunikace ovlivňuje přenos informací v rámci komunikačního procesu nezanedbatelným způsobem a je často pro příjemce významnější než vlastní obsah a

náplň komuniké. Mezi faktory ovlivňující komunikační styl řadíme řeč těla, kulturu jednotlivce, pohlaví a celkový vzhled (Arnold a Undermann-Boggs, 2003).

Mezi složky neverbální komunikace řadíme viziku, ve které jde o řeč očí, délku pohledu, těkání či uhýbání pohledu. Mimiku, která je vyjádřena pomocí mimických svalů obličeje. Gestika taktéž nazývaná pantomimika, znamená projevy pomocí pohybů rukou, hlavy a nohou. Haptika, ve které jde o kontakt pomocí dotyků, například podávání ruky při představování. Chronemika je dovednost jedince, která ukazuje, jak umí nakládat s časem. Proxemika je udržování určité vzdálenosti mezi osobami. Posturologie, neboli posturika, znamená vyjádření naším fyzickým postojem. Kinetika obsahuje celkové pohyby těla. A teritorialita souvisí s proxemikou a znamená dispozici jedince k potřebě a udržování prostoru (Pokorná, 2010a).

Při komunikaci s geriatrickým pacientem je důležité dodržovat určitou řadu prvků, které se podílejí na úspěšné komunikaci. Tyto prvky jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu. Rychlost řeči musí být úměrná znalosti tématu. Je ušlechtilejší mluvit pomaleji a stručně. Hlasitost u geriatrického pacienta je také velmi důležitá. Často se u geriatrických pacientů setkáváme s poruchou sluchu, ale sestra musí dávat pozor na to, aby při intimnějším tématu mluvila tišeji ale přesto srozumitelně. Při pomlce dáváme najevo, že pacient má prostor vyjádřit se k danému tématu. Výška hlasu je odrazem emocí. Pokud je pacient ve stresu nebo má radost, odráží se to na již zmíněné výšce hlasu (Zacharová, 2016).

Uplatnění Bazální stimulace se velmi často využívá u geriatrických pacientů s demencí. Koncept umožňuje poskytovateli pochopit a porozumět stylu komunikace pacienta s demencí a navázat a udržet konverzaci s ním (Friedlová, 2012a). Dle Friedlové (2011) by sestra měla při komunikace s pacientem trpící demencí dodržovat desatero, které usnadňuje komunikaci s těmito pacienty. Dle tohoto desatera by sestra měla mluvit zřetelně, pomalu v krátkých větách nebo by měla aktivně udržovat oční kontakt.

1.2.4 Somatická stimulace

Cílem somatické stimulace je stimulace kožního percepčního orgánu a také stimulace vnímání pohybu. Další cíl somatické stimulace je navazování somatického dialogu.

Somatická stimulace umožňuje člověku obstarat vjemy z jeho těla a stimulovat vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2018).

„*Většina vjemů zprostředkovaných somatosenzorickým systémem má informativní charakter (dotek, tlak, vibrace, poloha, pohyb), některé jsou však navíc spojeny s více či méně intenzivní emoční reakcí. Mohou tak představovat signál pro obranné reakce či chování (svrbění, pálení, bolest) nebo být součástí jiných prvků chování (pohlavní vzrušení).*" (Kittnar, 2020, s. 600).

Cílem somatické stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby docházelo ke stimulaci vnímání vlastního těla, podpoře rozvoje vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění v navázání komunikace s jeho okolím, zlepšení funkcí organismu a zvládnutí orientace v prostoru a čase (Friedlová, 2005).

Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na kvalitě doteku, který aplikujeme na těle klienta při stimulaci vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2018). Iniciální dotek je přesně stanovený dotek, kterým sestra začíná před a po každé manipulaci s pacientem. Lokalizaci iniciálního doteku zjišťuje sestra pomocí biografické anamnézy (Procházková, 2007). Koncept nabízí možnost komunikovat pomocí doteků. Tuto stimulace lze uplatnit v technikách polohování, somatické stimulace tělesného schématu, techniky podpory a stimulace dýchání a pomoci při pohybu a korekci polohy (Friedlová, 2018).

Koncept nabízí velké množství nabídek somatické stimulace. Nejčastější využívanou technikou je zklidňující somatická stimulace, masáž stimulující dýchání a polohování zvané hnízdo (Friedlová, 2013). Určitý druh somatické stimulace volí pracovník podle stavu pacienta a podle potřeb pacienta. Mezi možnosti somatické stimulace, které koncept nabízí řadíme somatickou stimulaci zklidňující, somatickou stimulaci povzbuzující, symetrickou stimulaci, neurofyziologickou stimulaci, rozvíjející somatickou stimulaci, diametrální stimulaci. Dále sestra může klienta polohovat pomocí polohování hnízda, mumie nebo může stimulovat i dýchání pomocí prvků kontaktního dýchání a masáže stimulující dýchání (Friedlová, 2010c).

1.2.5 Vestibulární stimulace

Vestibulární soustava slouží k detekci úhlového a lineárního zrychlení hlavy, tím k udržování rovnováhy a relativní stabilizaci obrázku na sítnici. Funkcí vestibulárního aparátu je udržování rovnováhy, regulace svalového tonusu a koordinace pohybu hlavy a očí. Vestibulární systém je úzce spojen s pohybem, polohou a orientací v prostoru. Reguluje také svalový tonus, zvláště extenzory a má vliv na stabilizaci oběhového systému (Trojan, 2003).

Při aplikaci vestibulární stimulace se sestra snaží vylepšit vnímání pohybu a prostorové orientace, potlačit kolapsové stavy zachováním ortostatických reakcí. Snaží se potlačit nauzeu a závratě, poruchy orientace na vlastním těle a poruchy svalového napětí (Friedlová, 2011).

Mezi možnosti uplatnění vestibulární stimulace se řadí houpací pohyby v lůžku, nácvik pohybu ovesného klasu, pomalé a lehké otáčivé pohyby hlavou. Nejpopulárnější technika je pohyb ovesného klasu v ovesném poli, kdy je sestra s pacientem v těsném kontaktu (Friedlová, 2008). Dále je možno využívat houpačky, houpadla a houpací křesla (Friedlová, 2010b).

Pacientovi při aplikaci tohoto druhu stimulace můžeme sestra pomoci tak, že ho ponoukává k tomu, aby se sám odrážel a držel například na trampolíně nebo se sám houpal na houpačce nebo v houpacím křesle. Pacienta sestra samozřejmě jistí a dělá mu oporu. Tento druh stimulace se aplikuje v přímém tělesném kontaktu sestry s pacientem nebo bez tělesného kontaktu. Bez tělesného kontaktu se při aplikaci používá trampolína, která se doporučuje například u geriatrických pacientů, kteří mají zrakovou a sluchovou vadu současně (Friedlová, 2010b). V ošetřovatelské péči se doporučuje, aby sestra uvedla pacientovu hlavu do pozice ve směru příští polohy těla a prováděla to tak před každou změnou pozice (Kapounová, 2020).

1.2.6 Vibrační stimulace

V kůži a podkoží jsou receptory, které reagují na mechanické, termické a bolestivé podněty. Vnímání dotyku a vibrací patří do mechanorecepce. Vnímání vibrací zajišťují

Vater-Paciniho tělíska a Meissnerova tělíska. V hlubších vrstvách škváry leží Vater-Paciniho tělíska. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla (Friedlová, 2018).

Cílem vibrační stimulace je umožnit pacientovi vnímat intenzivní vjemy z jeho těla. Vibrační stimulace je velmi individuální (Friedlová, 2010a). Využívá se především u pacientů s těžkými poruchami vnímání tělesného schématu. Nejčastěji se využívá u pacientů s těžkými poruchami vnímání, ale přínosná může být i u pacientů jako příprava k vnímání pohybu a k následné vertikalizaci a mobilizaci (Friedlová, 2011).

K aplikaci vibrační Bazální stimulace se využívají různé předměty. Mohou to být bateriové vibrátory, vibrační holicí strojky, elektrické zubní kartáčky nebo vibrující hračky. Při aplikaci musí poskytovatel dávat pozor, aby nedošlo k vypadnutí baterií z předmětů a nedošlo k jejich spolknutí (Friedlová, 2018).

Aplikovat stimulaci sestra může vlastníma rukama. Sestra pomocí rukou vytváří vibrační pohyby a stimuluje tak tělo pacienta. Manuální vibrační stimulace se může poskytovat se somatickou stimulací. Tyto dva druhy stimulace mohou dosáhnout toho, že je pacient soběstačný v sebeobslužných a pohybových schopnostech. Při aplikaci vibrační stimulace u seniorů se aplikuje pouze manuální stimulace, aby nedošlo k mikro traumatizaci kůže či podkoží nebo vazivového aparátu (Friedlová, 2010a). Vibrační stimulaci sestra může poskytovat i pomocí masáže stimulující dýchání. Tento druh stimulace sestra využívá u neklidných pacientů nebo u pacientů s poruchou dýchání či spánku. Při tomto druhu sestra vytváří pomocí svých rukou malé vibrace na záda a začíná od beder a končí u lopatek. Při stimulaci může pacient sedět, ležet na břiše nebo na zádech (Lehmann a Newnes, 2021).

1.2.7 Optická stimulace

Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. (Friedlová, 2018) Zrak dodává asi 70 % všech informací. Velká část těchto informací vstupuje do vědomí. Oslabení nebo ztráta zraku je vždy přijímána mnohem hůře než ztráta kteréhokoliv jiného smyslu (Kittnar, 2020).

Zrakový vjem umožňuje člověku poznávat okolní svět a orientovat se v něm. Dále díky němu má schopnost vzdělávat a učit se. Posiluje pocit jistoty. A hlavně díky zrakovému vjemu poznáváme lidi a předměty (Friedlová, 2007).

Změny ve zrakovém vnímání způsobené ve stáří, se projevují změnami jako je například zakalení rohovky, uzávěr slzného kanálku, prodloužená doba adaptace na tmu, zakalení čočky (následek léků), šedý zákal neboli katarakta, zelený zákal neboli glaukom, retinopatie, snížená elasticita čočky, snížená flexibilita čočky (Buchholtz a Schürenberg, 2005).

K aplikaci optické stimulace je důležité dodržovat určitá pravidla. Pro tuto stimulaci platí pravidlo komplexního přístupu, tedy stimulace optickou kombinovat se somatickou a vestibulární. Pro optickou stimulaci je velmi důležitá orientace v prostoru. Pacientovi se při každé změně polohy mění zorné pole, proto je důležité na to dávat důraz a stimulaci tomu přizpůsobit. Pokud pacient nosí brýle, nezapomenout mu je nasadit. Využívat barvy, ale dávat pozor na to, že každý pacient je jiný a každá barva na něj může působit jinak (Friedlová, 2018). Využívat stimulaci pomocí světla a tmy, a tím umožnit pacientovi vnímat rozdíl mezi dnem a nocí. Využívat fotografie například rodiny nebo přátel, které pacient zná a má z nich dobrý pocit. Jelikož geriatričtí pacienti mají často poruchy zraku, volit raději jednoduché obrázky se zřetelnými, ostrými konturami předmětů (Friedlová, 2018).

1.2.8 Auditivní stimulace

Ucho je považováno za vstupní orgán, ve kterém se nachází aktivní body všech tělesných orgánů (Ježek, 2018). Ucho se anatomicky i funkčně dělí na tři části: zevní, střední a vnitřní ucho. Sluchové korové centrum je rozloženo ve spánkovém laloku v jeho horní závitu. Přes talamus sem vedou nervová vlákna z vnitřního ucha. Sluchové centrum vnímá všechny zvuky kromě zvuků lidské řeči, ty rozeznává akustické centrum Wernickovo, centrum řeči, které je umístěno v zadní části sluchového centra (Friedlová, 2018).

Zvuk je vytvořen vibrujícím tělesem, který je pak přenášený v podobě zvukových vln. Výška tónu je dána frekvencí vibrací a síla zvuku jejich velikostí (Kittnar, 2020).

Sluchové ústrojí neustále monitoruje okolí a může tak přinášet informace. Zaznamenává vlastní zvukové projevy, které jsou důležité pro vznik komunikace. (Kittnar, 2020)

Sluch má největší význam pro interindividuální komunikaci při navazování a udržování vztahů ve společenském prostředí a pro rozvoj myšlení. Ze všech zvuků zevního světa, slyší člověk určitý úsek v rozsahu 16-20 tisíc kmitů za sekundu. S přibývajícím věkem se snižuje hranice slyšitelnosti (Friedlová, 2020).

Poruchy sluchu jsou u seniorů čtvrtým nejčastějším chronickým onemocněním. Porucha sluchu častěji postihuje muže než ženy a vyskytuje se u 30 % osob nad 65 let. Následky poruchy sluchu mohou mít špatný dopad na osobní život, omezení komunikace, sociální izolace, což může přejít až v deprese (Friedlová, 2018).

Auditivní stimulace má velký význam v péči o seniory. Při aplikaci tohoto druhu je cílem stimulovat hybnost, komunikaci a vnímání. Důležité je vždy zohlednit sluchové deficity seniora a kompenzační pomůcky, které používá, například naslouchátko (Friedlová, 2012a).

Mezi zásady efektivní auditivní stimulace řadíme znalost klientových sluchových schopností, znalost klientových deficitů. Snažíme se zredukovat rušivé a nežádoucí zvuky. Během komunikace se budeme soustředit jen na klienta, kterému se budeme věnovat. Budeme sledovat klientovo reakce a reagovat na ně (Friedlová, 2018).

Uplatňovat auditivní stimulaci může sestra mnoha způsoby. Ke stimulace lze využít různých prostředků, například hlasu, hudebního nástroje, zpěvu nebo hudby. Pokud pacient užívá kompenzační prostředky jako například naslouchadlo, je důležité ho nasadit před začátkem aplikování stimulace. Hlasem můžeme pacientovi vyprávět nebo předčítat. Pokud má pacient oblíbenou hudbu, pustí ji přes přehrávač (Friedlová, 2007).

1.2.9 Orální stimulace

Dutina ústní slouží nejen k přijímání potravy, ale nacházejí se v ní senzorické receptory, chuťové receptory a ústí zde slinné žlázy. Chuťové receptory spolu s termoreceptory dutiny ústní ve spolupráci s čichem zajišťují komplexní vjem chuti a kvality potravy (Kittnar, 2020).

Dle Friedlové (2018) existují předpoklady pro úspěšnou orální stimulaci. Při poskytování orální stimulace sestra umožní klientovi takovou polohu, ve které se může na své požitky a vjemy nejlépe soustředit. Umožníme klientovi ochutnat to, co je mu příjemné. Pokud má tedy oblíbený nějaký nápoj nebo ovoce, zajistíme mu to. Při této stimulaci pečlivě pozorujeme klienta a sledujeme jeho reakce. Orální stimulaci neprovádíme, pokud je klient unavený. Jestliže vykonával nějakou aktivitu, která pro něj byla náročná, je důležité, aby si odpočinul (Friedlová, 2010a).

Dle Friedlové (2018) je péče o dutinu ústní v konceptu velmi důležitá. Kombinovaná péče o dutinu ústní s orální stimulací může být pro pacienta pozitivní záležitostí. Sestra se při hygieně pacientovy dutiny ústní snaží podporovat přirozený slinotok pomocí chuťové stimulace díky tomu, umožňuje zprostředkování příjemných prožitků z dutiny ústní. Při stimulaci sestra navazuje s pacientem kontakt a dochází k vzájemné důvěře. U pacienta poté dochází k pocitu jistoty a bezpečí a dokáže se při stimulaci uvolnit.

Postup dle Friedlové (2018) u klientů, kteří neotevírají ústa. Zaprvé, nejdříve sestra u pacienta začne iniciálním dotekem. Dále následuje preorální fáze, ve které sestra může využívat čichovou stimulaci, optickou i taktilně-haptickou stimulaci. Pokračuje dotekem klienta na hlavně. Poté zvolí vestibulární stimulaci, somatickou stimulaci obličeje a manuální stimulaci slinných žláz. Lehce stimuluje rty a poté použije orální stimulaci.

Během orální stimulace sestra může aplikovat oblíbenou chuť pacienta. Snaží se zprostředkovat příjemné požitky z dutiny ústní. Sestra pacientovi umožní ochutnat to, co je mu příjemné, chutě oblíbené a známé (Friedlová, 2018). Pokud má pacient oblíbený pokrm, lze ho využít k této orální stimulaci (Kreitzer a Koithan, 2019). K využití konceptu lze využít molitanovou štětičku, která se dá smočit v pacientově oblíbené tekutině (Friedlová, 2018). Dále může sestra využít cucací váčky, do kterých lze vložit například kus ovoce, které pak vloží do pacientovy dutiny ústní a pacient si váček vycucá. Důležité je nespěchat a cucací váček pevně držet (Friedlová, 2008).

1.2.10 Olfaktorická stimulace

Chemoreceptory čichu jsou stimulovány aromatickými látkami, které jsou obsaženy ve vzduchu. Na malé ploše horní části nosní dutiny se nacházejí receptorové buňky. Stavba

dutiny nosní způsobuje to, že při vdechu obtéká čichový epitel málo vzduchu, a proto se k němu aromatické látky při čichání lépe dostávají. Pohyby vzduchu při žvýkání a polykání dopravují vonné látky z dutiny ústní při jídle. Čichové a chuťové vjemy se překrývají. Ztráta čichu ochuzuje požitky z jídla (Kittnar, 2020).

Pro lidský organismus jsou vůně a pachy provokatéry vyvolaných vzpomínek. Určité vůně připomínají roční období (například vůně pomeranče – Vánoce), situace nebo osoby (vůně partnera, parfém). Vůně a pachy mohou být spojeny s pozitivní či negativní vzpomínkou. Orální a olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí, protože při příjmu potravy z dutiny ústní pronikají molekuly vůně nebo pachu na nosní sliznici (Friedlová, 2018). Mnoho sester při aplikaci tohoto druhu stimulace používá esenciální oleje k masážím nebo koupelím a k provonění místnosti, ve které se pacient nachází. Sestra při aplikaci musí volit vůně, které jsou pacientovi známé (Price a Price, 2012).

1.2.11 Taktilně-haptická stimulace

Taktilní systém hraje důležitou roli ve fylogenetickém a ontogenetickém vývoji člověka. Taktilně-haptické vnímání je propojeno s multisenzorickým integračním systémem, který má velký význam pro vývoj fyziologických potřeb a získávání zkušeností v procesu učení. Pro senzorickou integraci jsou důležité tři základní systémy a to vestibulární, proprioreceptivní a taktilní systém (Friedlová, 2018).

Ruka je potažena kůží. Kůže je percepční orgán, který představuje největší receptivní povrch (Fiala et al., 2015). Je sídlem obrovského počtu senzorů somato-senzorického systému, které umožňují nepřetržitou komunikaci se zevním prostředím pomocí dotykových a tlakových receptorů, termoreceptorů a receptorů na bolest (Friedlová, 2018). Má ochranou funkci a brání vnikání škodlivých látek do vnitřního prostředí organismu (Rokyta, 2015).

Při taktilně-haptické stimulaci využíváme oblíbené předměty, předměty spojené s příjmem potravy, předměty spojené s denními aktivitami, předměty spojené s koníčky, předměty spojené s osobní hygienou. Předměty by měly být dávány do rukou pacienta. Při hygieně sestra může stimulovat žínkou celé tělo pacienta, a proto si pacient uvědomuje hranice vlastního těla (Friedlová, 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jak sestry využívají koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů v ošetřovatelské praxi

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka 1: Jak sestry využívají koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů v ošetřovatelské praxi?

2.3 Operacionalizace pojmů

Iniciální dotek

Iniciální dotek je jednou z forem nonverbálního signálu. Dáváme tím pacientovi najevo, že jsme u něj a budeme s ním vykonávat nějaké činnosti nebo aktivity. Pro každého pacienta existuje iniciální dotek na jiném místě. Lokalizaci iniciálního doteku je vhodné volit se zohledněním údajů ze somatické anamnézy pacienta (Friedlová, 2018).

Somatická stimulace zklidňující

Somatická stimulace zklidňující sestra provádí oběma rukama. Pracujeme na těle pacienta se zásadou symetrie. To znamená, že to, co se děje na jedné polovině těla, je aplikováno současně i na druhé polovině těla. U lůžka pacienta by měla být jen jedna osoba a to sestra, která stimulaci provádí. Cílem této stimulace může být stimulace vnímání tělesného schématu, snížení neklidných stavů a navození tělesného uvolnění (Friedlová, 2018).

Poloha hnízdo

Poloha hnízdo poskytuje klientům poziční komfort a navozuje u nich příjemné pocity. Tato poloha nabízí pocity jistoty a bezpečí a využívá se především u imobilních pacientů. Polohování do této polohy se provádí pomocí srolovaných dek, perličkových polštářů a také vaků. Pacient se může uložit například do polohy na zádech, břiše, sedu v křesle a jeho tělo sestra obloží již zmíněnými pomůckami (Friedlová, 2018).

Pohyb ovesného klasu v ovesném poli

Při tomto druhu stimulace sedí nebo klečí sestra za pacientem, pevně mu fixuje jeho tělo na svém těle. Jeho hlavu má opřenou o jeho hrudník a provádí pohyb ve smyslu ležaté osmičky. Pro tento druh stimulace je možné používat pomůcky, jako jsou trampolíny, závěsné sítě, závěsné vaky, houpačky, závěsné systémy a podobně (Friedlová, 2018). Často se užívá u pacientů se zvýšeným svalovým napětím takzvanou spasticitou. Spasticita je definována jako vysoké svalové napětí, které se týká mnoha svalů (Mathys, Straub, 2011).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumné šetření pro bakalářskou práci bylo provedeno za pomoci kvalitativní výzkumné strategie. Byla použita metoda dotazování a technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Juszczyk (2003) definuje kvalitativní výzkum jako popis faktů, analýzu faktů, jevů a procesů. Probíhá především v esejistické formě, přičemž jsou vyloučený všechny číselné a statistické výpočty. Dle Kutnohorské (2009) je rozhovor patrně nejstarší a nejčastěji využívaný způsob získávání informací. Rozhovor zároveň patří mezi nejobtížnější, ale současně nejvýhodnější techniku pro získání kvalitativních dat. Dle Kutnohorské (2009) je důležité si ověřovat, zda respondent rozumí pokládaným otázkám. U polostrukturovaného rozhovoru má tázající předem připravené otázky, které chce respondentovi položit. Je tak určitý stupeň jistoty, že všechna témata budou probrána.

Kvalitativní výzkum probíhá hlavně na místech, které mají pro výzkum ustálený smysl (oddělení nemocničního zařízení, odborné ambulance nebo sociální zařízení). Zkoumaní lidé neboli informanti jsou vybráni na základě užitého konceptu a jejich množina se během výzkumu rozšiřuje nebo zmenšuje (Kutnohorská, 2009). Dle Hendla (2016) je práce výzkumníka přirovnávána k práci detektiva. Během výzkumu tázající své domněnky a závěry přezkoumává. Výsledek výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, které si tázající dělal při výzkumu v terénu (Hendl, 2016).

Pro tyto rozhovory bylo připraveno 16 předem připravených otázek (Příloha 2). Informanti představovali sesterský personál, kdy informace byly sbírány pomocí otevřených otázek. Rozhovory probíhaly podle předem připravených struktur. Otázky se zabývaly orientací a využíváním konceptu Bazální stimulace. Realizace probíhala ve zdravotnickém zařízení a v zařízením poskytující sociální služby. Informanti odpovídali podle svých vlastních zkušeností a měli prostor pro vyjádření svého názoru na danou otázku. Rozhovory byly uskutečněny v březnu a dubnu roku 2022. Rozhovory vždy probíhaly na pracovišti daného personálu. Jednotlivý rozhovor trval přibližně 30 až 45

minut. Každý informant byl před zahájením rozhovoru upozorněn na nahrávání rozhovoru na diktafon a následné zpracování dat a zdůraznění zachování anonymity. Každý informant s tímto upozorněním souhlasil. Získávaná data byla doslovně přepsána a zpracována otevřeným kódováním, pomocí metody tužka a papír.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro tuto bakalářskou práci byl vybraný výzkumný vzorek sester a kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla aplikace a zaměření se na koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů.

Sběr probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými sestrami. Rozhovor byl uskutečněn se sestrami na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče, následné intenzivní péče ve vybrané nemocnici a v domově s pečovatelskou službou v Západočeském kraji. Rozhovor byl proveden se 13 sestrami, které byly označeny pro lepší orientaci písmeny s čísly S1 – S13 s pořadovým číslem rozhovoru. Všechny tyto sestry jsou níže charakterizovány věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou praxe na určitém oddělení.

4 Výsledky

Na základě analýzy získaných dat, bylo identifikováno 7 kategorií se 3 podkategoriemi.

4.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se sestrami

1. Identifikační údaje
2. Koncept Bazální stimulace
3. Prvky konceptu Bazální stimulace

3.1. Iniciální dotek

3.2. Somatická stimulace zklidňující

3.3. Poloha hnízdo

3.4. Pohyb ovesného klasu v ovesném poli

4. Využití prvků Bazální stimulace na jednotlivých oddělení
5. Používání pomůcek při aplikaci Bazální stimulace
6. Přínosy Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů
7. Zapojení rodiny pacienta do konceptu Bazální stimulace

1. Kategorie: Identifikační údaje

V této kategorii jsou uvedena identifikační data sester. Byla vytvořena identifikační tabulka (Tabulka 1) pro lepší přehlednost informantů – dále sester. V této tabulce jsou uvedeny identifikační údaje sester.

Sestra č. 1, dále pak S1. Její délka praxe ve zdravotnictví je 20 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 2, dále pak S2. Její délka praxe ve zdravotnictví je 37 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 3, dále pak S3. Její délka praxe ve zdravotnictví je 38 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 4, dále pak S4. Její délka praxe ve zdravotnictví je 23 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 5, dále pak S5. Její délka praxe ve zdravotnictví je 15 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské studium v oboru specializace v ošetřovatelství v interních oborech.

Sestra č. 6, dále pak S6. Její délka praxe ve zdravotnictví je 23 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 7, dále pak S7. Její délka praxe ve zdravotnictví je 41 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 8, dále pak S8. Její délka praxe ve zdravotnictví je 42 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 9, dále pak S9. Její délka praxe ve zdravotnictví je 40 let. Její nejvyšší dosažení vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 10, dále pak S10. Její délka praxe ve zdravotnictví je 44 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 11, dále pak S11. Její délka praxe ve zdravotnictví je 31 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 12, dále pak S12. Její délka praxe ve zdravotnictví je 8 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářské v oboru všeobecná sestra.

Sestra č. 13, dále pak S13. Její délka praxe ve zdravotnictví je 38 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské v oboru všeobecná sestra.

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	Věk	Vzdělání	Praxe	Oddělení
S1	40 let	VŠ Bc.	20 let	DIOP
S2	55 let	SŠ	37 let	DIOP
S3	56 let	SŠ	38 let	DIOP
S4	45 let	SŠ	23 let	DIOP
S5	58 let	VŠ Mgr.	15 let	DIOP
S6	42 let	VŠ Bc.	23 let	NIP
S7	60 let	SŠ	41 let	NIP
S8	61 let	SŠ	42 let	NIP
S9	63 let	SŠ	40 let	NIP
S10	63 let	SŠ	44 let	NIP
S11	49 let	SŠ	31 let	DPS
S12	30 let	VŠ Bc.	8 let	DPS
S13	56 let	SŠ	38 let	DPS

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 2 Kurz Bazální stimulace

Sestra	Základní kurz BS	Nástavbový kurz BS
S1	ANO	NE
S2	NE	NE
S3	NE	NE
S4	ANO	ANO
S5	ANO	ANO
S6	ANO	NE
S7	NE	NE
S8	ANO	NE
S9	ANO	NE
S10	NE	NE
S11	NE	NE
S12	NE	NE
S13	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

2. Kategorie: Koncept Bazální stimulace

Při realizaci výzkumného šetření pomocí rozhovoru bylo zjišťováno, zda sestry zvládnou definovat koncept Bazální stimulace, a co si pod tímto výrazem dokážou představit. Všechny sestry dokázaly definovat koncept Bazální stimulace.

S1 definovala koncept jako jednotlivé prvky, které umožňují pacientovi vnímat své vlastní tělo. Tyto prvky pacientovi umožňují mít ze svého vlastního těla zážitek. S3, S7, S8, S9, S10, S11 měly stejný názor. S2 měla velmi zajímavou odpověď, která zněla: *„Koncept bych definovala jako umožnění rozkvětu sebe sama, zmírnění postižení, uvolnění vlastního těla a navázáním komunikace v jakékoli formě s okolním světem. Vždy se snažíme zapojit do aplikace konceptu i rodinu pacienta.“* S6 se ztotožňuje s již zmíněnou odpovědí. Dále sestry často zmiňovaly, že cíl konceptu je pomáhat pacientovi. Sestry se pro pacienta snaží dělat vše, co je v jejich silách. Pro sestry je důležité, aby se pacient cítil v jakékoli životní situaci dobře. S5 na otázku odpověděla: *„Definice konceptu je jednoduchá, protože zahrnuje všechno, co pacient potřebuje. Podporuje pohyb, vnímání a komunikaci. Stimuluje všechny smyslové orgány a snaží se aktivovat uložené vzpomínky.“* S9 slyšela odpověď S5 a doplnila ji: *„Dodala bych k tomu, že se*

snažíme stimulovat všechny smyslové orgány pomocí určitých předmětů nebo známých vjemů.“ Dle S12 a S13, je koncept postavený na doteku a proto dbají na to, aby se pacienta při každé manipulaci nebo komunikaci dotýkaly. Naopak S4 na otázku odpověděla, že jednotlivá definice tohoto oboru neexistuje a dále dodala: *„Každý tento koncept vnímá jinak a každý ho definuje jinak. Já osobně bych koncept definovala tak, že dopomáháním pacientovi mu můžeme pomoci ve všech směrech, ať už ve vnímání vlastního těla, okolního světa nebo komunikací s jeho rodinou.“* S5 se s touto odpovědí ztotožňuje a doplňuje, že sestra by měla pacientovi ukázat a zdůraznit hranice jeho těla. Sestra k této stimulaci může využít různé pomůcky, které tento koncept nabízí.

3. Kategorie: Prvky Bazální stimulace

Třetí kategorií byla znalost sester o jednotlivých prvcích konceptu Bazální stimulace. Otázky směřovaly na jednotlivé prvky Bazální stimulace. Sestry se tyto prvky snažily definovat. Záměrně byly vybrány nejznámější a nejčastěji aplikované prvky z konceptu Bazální stimulace.

3.1 Iniciální dotek

Zajímali jsme se, jak sestry zvládají definovat iniciální dotek. Dle S5 iniciální dotek je dotekem, při kterém dává sestra pacientovi najevo, že se s ním v danou chvíli bude pracovat nebo manipulovat. S8 na otázku odpověděla: *„Myslím si, že iniciální dotek je v konceptu velmi důležitý. Díky tomuto doteku si pacient v danou chvíli uvědomuje, že s ním bude pracovat. Pacient má po aplikaci tohoto doteku čas, aby se na to připravil.“* S touto odpovědí se ztotožňovala i S2, S3, S13. S9 dodala, že se iniciální dotek vždy provádí současně se slovní mluvou, která je mířená na pacienta. Pokud se iniciální dotek použije bez současného promluvení na pacienta, mohou nastat nečekané reakce pacienta. Tyto reakce mohou mít charakter neklidu nebo agrese. S touto odpovědí se ztotožňovala i S11. Dle S3 musí být dotek zřetelný, ale nesmí se na místo vyvíjet zbytečně velký tlak. S1 dodala, že na oddělení mají u každého pacienta tabulku, na které je uvedeno, kde má pacienta lokalizaci iniciálního doteku (Příloha 1). Odpověď S4 zněla: *„Lokalizace iniciálního doteku je velmi individuální. Každý pacient má toto místo jiné. Někteří pacienti mají místo iniciálního doteku například na rameni nebo hřbetu ruky. Všechen personál musí lokalizaci doteku respektovat a dodržovat jej.“* S10 dodala: *„Místo*

doteku volíme podle preferencí pacienta. Pokud pacient nemá rád například doteky na levé ruce, tak budeme volit jiné místo.“ S12 se ztotožňuje s výše uvedenou odpovědí a doplňuje ji: *„Pokud zvolíme u pacienta jinou lokalizaci iniciálního doteku, než na kterou je zvyklý, může se u pacienta dostavit agrese a negativní reakce na dotek.“*

3.2 Somatická stimulace zklidňující

Zajímalo nás, jak sestry definují somatickou stimulaci zklidňující. S3 na otázku odpověděla: *„Tato stimulace je vlastně takový druh masáže, která má za účel zklidnit pacienta. Dá se aplikovat nejen jako masáž pomocí rukou, ale i při koupeli pomocí žínek.“* S touto odpovědí se ztotožňovaly i S1, S2, S4, S8, S9, S13. S7 uvedla: *„Somatická stimulace zklidňující je velmi důležitá část konceptu, protože umožní úzký kontakt poskytovatele, což v tomto případě může být sestra nebo rodinný příslušník.“* Dle S5 se tento druh stimulace často využívá u neklidných a agresivních pacientů. Tento druh stimulace se dá uplatnit i u pacientů trpících spasticitou. S6 dodala, že se dá tato stimulace uplatnit i u pacientů, kteří trpí úzkostnými stavy. S2 uvedla, že se tento druh stimulace dá aplikovat kdykoliv během dne a může se v něm uplatnit mnoho pomůcek. Pokud se somatická stimulace zklidňující aplikuje v mobilní vaně, sestra během této stimulace musí průběžně kontrolovat teplotu vody, stav pacienta a reakce na stimulaci. Sestra při aplikaci tohoto druhu stimulace může využívat mnoho pomůcek. S10 dodala: *„Před zahájením tohoto druhu stimulace vždy upozorním pacienta pomocí iniciálního doteku a vysvětlím mu, co se s ním bude dít a nechám mu několik minut na to, aby tuto informaci zpracoval:“* S11 uvedla: *„U pacientů ve vigilním kómatu se dá tento druh stimulace uplatnit hlavně z důvodu stimulace vnímání jejich tělesných hranic“* S12 dodala, že po celou dobu stimulace sestra musí sledovat reakce pacienta a adekvátně na ně reagovat.

3.3 Poloha hnízdo

Na jednotlivých odděleních jsme zjišťovali, jak sestry zvládnou definovat polohu hnízdo. S6 na tuto otázku odpověděla: *„Poloha hnízdo je druh polohování, který se využívá k tomu, aby pacient byl schopný vnímat své hranice těla.“* S touto odpovědí se ztotožnila S2, S3, S5, S8, S11. S4 k této odpovědi dodala, že tuto polohu využívají, aby se pacient cítil dobře a měl pocit bezpečí. Tato poloha hnízdo se může využívat u všech pacientů, například u spastických pacientů nebo pacientů v paliativní péči. S1 se vyjádřila k využití

této polohy u pacientů: *„Tuto polohu využíváme u mobilních i imobilních pacientů. Využívat se může ale i u neklidných pacientů. Polohu pacienta volíme dle stavu nebo jeho preferencí.“* S7 s touto odpovědí souhlasí ale dodala, že tato poloha hnízdo se dá na pacientovi aplikovat v jakékoli poloze. Polohu lze uplatnit nejen na zádech ale také na boku, břiše nebo když pacient sedí v křesle. S10 dodala: *„Při polohování tohoto druhu stimulace se využívají různé pomůcky. Tyto pomůcky mohou být měkké polštáře, srolované deky nebo velmi dlouhé měkké a úzké vaky.“* Dle S12 sestra obloží tyto pomůcky kolem pacienta, a tím pro něj vytvoří takovou bariéru, ve které se pacient cítí v bezpečí. S13 dodala, že nejčastěji tuto polohu využívá u pacienta po koupeli nebo po masáži stimulující dýchání.

3.4 Pohyb ovesného klasu v ovesném poli

Tato podkategorie se zaměřovala na pohyb ovesného klasu v ovesném poli. S4, S6, S7, S9, S11, S13 se ztotožňují s odpovědí, že pohyb ovesného klasu v ovesném poli je druh pohybu, který se využívá k uvolnění pacienta a k tomu, aby se pacient cítil v bezpečí. Provedení tohoto pohybu popsala S8: *„Pohyb aplikujeme tak, že si sedneme za pacienta a lehce si ho nakloníme na své tělo, držíme mu jednou rukou hlavu a druhou tělo. Důležité je, aby se pacient cítil v bezpečí. Jemnými pohyby se spolu s pacientem pohupujeme.“* S10 doplňuje: *„Tento pohyb aplikujeme tím, že si sedneme nebo klekneme za pacienta. Vždy musíme zvážit stav pacienta.“* S5 dodala, že před aplikací tohoto prvku nejdříve pacienta upozorní, aby se na to zvládl připravit, a poté ho sestra pomalu dává do polohy, kterou pro tento pohyb potřebuje. S2 dodává, že je důležité dát pacientovi prostor a nespěchat na něj. S3 dodala, že se tento pohyb dá aplikovat i u imobilních pacientů. S1 uvedla, že tento pohyb aplikuje prostřednictvím různých pomůcek, jako je například manipulační zvedák nebo závěsný vak. Pacient se v závěsném vaku pohupuje sám a sestra ho pouze jistí svým tělem a dodává mu pocit jistoty. S12: *„Pokud tento pohyb vykonává rodinný příslušník, pacient vnímá jeho vůni i hlas.“*

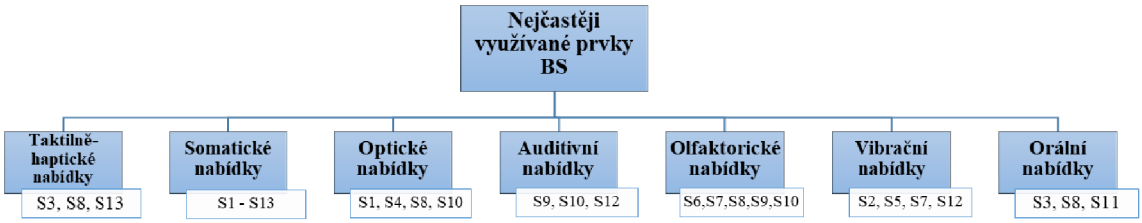
4. Kategorie: Využití prvků Bazální stimulace na jednotlivých oddělení

Další kategorie popisuje využívání prvků Bazální stimulace na jednotlivých odděleních. Ptali jsem se dotazovaných sester, jaké prvky Bazální stimulace se využívají na jednotlivých odděleních. Nejčastější využívané prvky Bazální stimulace jsou somatické

nabídky, které nabízí spoustu návrhů k uplatnění stimulace. S1, S2, S3, S4, S5: *„Nejčastěji tady využíváme kartičky na iniciální dotek, kde je napsáno, jak se má pacient oslovovat, a kde má místo lokalizace iniciálního doteku. Dále využíváme somatickou stimulaci zklidňující, povzbuzující během koupele. Snažíme se pacienta vnímat a dávat mu to, co potřebuje.“* S3 dodala, že se snaží orálně stimulovat pacienta pomocí oblíbeného pití nebo jídla.

S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13 uvedly, že se snaží využívat podobné prvky jako S1-S5 ale S10 také dodala: *„Snažíme se využívat koncept Bazální stimulace i pomocí polohování, při kterém využíváme různé pomůcky. Dále se ho snažíme uplatňovat pomocí olfaktorické stimulace pomocí svíček, různých známých pachů a podobně.“* S7 dodala, že každý den několikrát za den aplikují pacientovi různé hydratační a masážní krémy, které využívají k různým masážím a díky tomu si pacienti uvědomují hranice vlastního těla. S9: *„Stimulace se dá aplikovat i pomocí rádia či televize. Někdy pacientovi pustíme jeho oblíbené filmy, seriál nebo oblíbenou píseň. Je zajímavé pozorovat, jak se pacienti zklidní a rozzáří, když slyší něco známého a oblíbeného.“* S4 uvedla: „*Stimulaci uplatňujeme pomocí fotografií, různých obrázků od rodiny nebo dopisů. Snažíme se jim vysvětlit vše, co se s nimi bude dít a jakým způsobem. Komunikace s pacientem je velmi důležitá. Musí vědět, co se s ním bude dít a jakým způsobem. Do konceptu zapojujeme i ergoterapeuty, kteří také poskytují Bazální stimulaci.“* S11 a S13 se ztotožňují s touto odpovědí. S3 dodala, že provádí stimulaci horní končetiny pomocí taktilně-haptické stimulace, kdy využívají měkké plyšové hračky, známé předměty a tak dále. Když si pacienti osahají známé předměty, vždy je to zklidní, uvolní a lépe s námi spolupracují. S8: *„Ještě bych dodala, že stimulaci aplikujeme i během osobní hygieny. Dáme pacientovi do ruky zubní kartáček a opatrně mu pomáháme k běžné ranní rutině. Orální stimulace se během osobní hygieny dá aplikovat i jiným způsobem než kartáčkem na zuby, ale i molitanovou štětičkou, která se dá smočit v ústní vodě a touto štětičkou pak jemně čistit pacientova ústa.“* Ve schématu 1 jsme znázornili nejčastěji využívané prvky Bazální stimulace, které dotazované sestry uvedly při rozhovoru.

Schéma 1 Nejčastěji využívané prvky Bazální stimulace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

5. Kategorie: Používání pomůcek při aplikaci Bazální stimulace

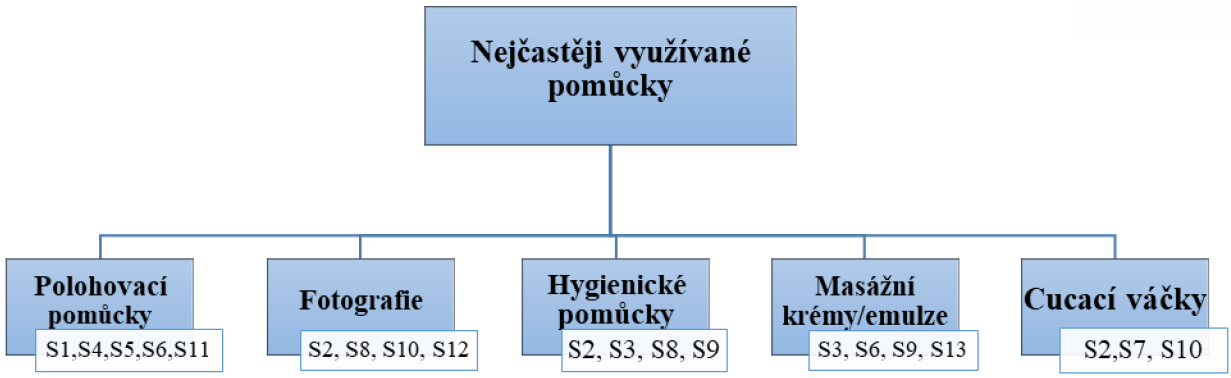
Využívání pomůcek při aplikaci konceptu Bazální stimulace je důležité. Při aplikaci některých z prvků se Bazální stimulace neobejde bez využití pomůcek. Například při polohování nebo některých druhů masáže. Ptali jsme se sester, jaké pomůcky nejčastěji využívají a při jakých prvcích aplikují. S1 odpověděla: *„Nejčastěji využíváme perličkové dlouho vaky a měkké polštáře různých tvarů. Tyto pomůcky využíváme při polohování, aby se pacienti cítili bezpečně. Polohování je prevencí vzniku dekubitů.“* Nejčastěji využívanými pomůckami, jsou pomůcky k polohování pacienta (viz Schéma 2). S5 na položenou otázku odpověděla tak, že často využívá měkké polštáře k polohování. S touhle odpovědí se ztotožňují i S4, S6, S11. S10 dodala, že pacientovi ukazuje fotografie jeho rodiny nebo oblíbené obrázky. S7 dodala: *„Stimulujeme i chuť pomocí různých mulových váčků, do kterých se dá vložit například kousek čokolády nebo ovoce. Pacienti si užijí chuť a zároveň sestra nemá strach z aspirace.“*

Při využívání taktilně-haptické stimulace je využívání pomůcek velmi důležité. Protože ruka umožňuje rozeznávání předmětů a ukládání těchto předmětů do paměti pacienta. Pacient si tyto předměty může spojit s různými zážitky, které mohou mít pozitivní či

negativní charakter. S8: *„Při taktilně-haptické stimulaci vkládáme pacientovi do dlaní různé známé předměty a sledujeme jeho reakci. Někdy si ale stačí jen vzít pacientovu ruku a fixovat ji tou svou a hladit s ní pacienta, aby si uvědomoval hranice svého těla.“* S12 a S13 doplnily předchozí odpověď: *„U pacientů používáme různé měkké molitanové míčky, které jim vkládáme do dlaní.“*

Odpověď S3 zněla: *„Využíváme různé hydratační krémy, masážní emulze nebo vůni, kterou má pacient rád.“* S2 odpověděla, že při koupeli využívá různé vonné sprchové gely, které pacient zná a má je rád. S2 svou odpověď doplňuje: *„Celá koupel se provádí na speciální vaně, která má ze všech čtyř stran zábrany a pacient se nemusí ničeho obávat. S touto vanou se dá dobře manipulovat. Stimulaci se dá aplikovat i pomocí žínek.“* S9: *„Při změně polohy pacienta se změní i jeho zorné pole, k tomu používáme speciální křesla. Díky tomu stimuluje zrak. Protože pokud se pacient dívá na televizi i z jiného úhlu, může to pro něj být jiná a nová zkušenost.“* S1 dodala, že pokud pacient sedí v křesle, zabavuje ho různými časopisy nebo zajímavou knihou, kterou pacient zná a má rád. Pokud to stav pacienta dovoluje, sestra se mu snaží nabídnout různé křížovky.

Schéma 2 Nejčastěji využívané pomůcky

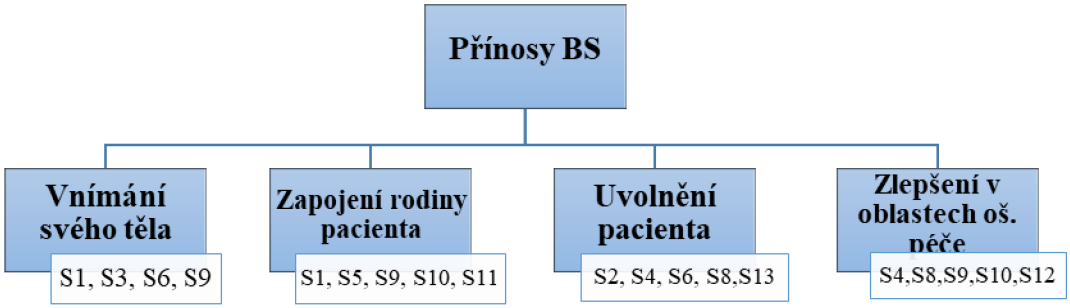


Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

6. Kategorie: Přínosy využívání Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů

Zajímali jsme se, v jakém smyslu sestry cítí nebo vnímají přínos konceptu Bazální stimulace u pacientů, kterým tento koncept poskytují. Zajímalo nás, zda u pacientů, u kterých aplikují koncept, vidí nějaké pozitivní změny a samozřejmě jaké. Protože to je velmi důležité u tohoto konceptu, aby sestry jako poskytovatelky viděly u pacienta pozitivní změny. S1 odpověděla: *„Přínosem bazální stimulace u geriatrických pacientů je určitě to, že si pacienti díky konceptu uvědomují své tělo, hranice svého těla a tělesná rozkvět.“* Koncept Bazální stimulace se v ošetřovatelské péči může poskytovat různými způsoby. Ošetřovatelskou péči lze rozdělit na několik kategorií, jednou z těchto kategorií je hygiena pacienta. Při hygieně pacienta se může aplikovat například vibrační stimulace. S4: „*Přínosem aplikace tohoto druhu stimulace je určitě v tom, že díky vibracím se pacienti uvolní a lze s nimi lépe manipulovat.“* S7 dodala, že tento druh stimulace aplikuje i při polohování pacienta. S5 odpověděla: „*Myslím si, že největší přínos má pro pacienta to, že se do stimulace může zapojit i pacientova rodina. Vždy se pacienti rozzáří a je na nich vidět, že se jim to líbí. Jako když například manželka našeho pacienta přinese jeho oblíbené jídlo. To má pacient vždy dobrou náladu, je uvolněný a dá se s ním dobře manipulovat.“* S11 a S13 uvedly, že je někdy u těžkých stavů vidět ten přínos a pokroky využívání konceptu v ošetřovatelské péči, ale vždy to chce čas a výsledky se dostaví. S8 dodala, že vždy aplikují a pečlivě vybírají prvky dle stavu pacienta. Někdy to dle S8 trvá déle, než sestra přijde na to, co pacientovi vyhovuje a co má rád. S2 uvedla: *„Rozvoj pacienta jde určitě vidět, ale musíme na to pomalu. Začínáme vždy základními prvky stimulace a podle stavu pacientu prvky buď přidáváme nebo ubíráme.“* Dle S3 je využití Bazální stimulace v ošetřovatelské péči určitým přínosem (viz Schéma 3), protože ošetřovatelskou péči to ozvláštní a pacient získá nový a lepší pocit z vnímání svého vlastního těla. Pokud se, dle S12, vhodně navolí prvky Bazální stimulace, dochází ke zlepšení ve všech oblastech ošetřovatelské péče jako například v oblasti vyprazdňování, spánku nebo dýchání. S9: *„Každý pacient je jiný a u každého pacienta je rozvoj v rámci Bazální stimulace individuální. Každý pacient upřednostňuje jiné prvky a jiné pomůcky při stimulaci. Pokud ale u pacienta přijdeme na to, co má rád, samozřejmě i s pomocí rodiny, dojde k rozkvětu pacienta.“* S6 i S10 se s touto odpovědí ztotožňují.

Schéma 3 Přínosy Bazální stimulace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

7. Kategorie: Zapojení rodiny do konceptu Bazální stimulace

Další kategorie se týkala zapojení rodiny do aplikování konceptu Bazální stimulace. Zajímali jsme se, zda sestry zapojují rodinu pacienta do konceptu Bazální stimulace a jakým způsobem, jakými prvky. Všechny sestry uvedly, že se rodinu pacienta snaží zapojovat do stimulace. S1 při rozhovoru uvedla, že se snaží rodinu do konceptu Bazální stimulace zapojovat, ale nenutí ji, protože někteří členové rodiny o to nemají zájem. S11, S12 a S13 uvedly, že pacientovu rodinu do aplikace konceptu zapojuje tím, aby pacientovi předčítala z knihy, přinesla rodinné fotografie, oblíbené předměty nebo oblíbené vůně jako jsou například svíčky nebo parfémy. S3 uvedla: *„Rodinu se snažíme popuzovat v to, aby se pacienta dotýkala, protože dotyky jsou v tomto konceptu velmi důležité.“* Odpověď S7 zněla: *„Snažíme se rodinu pacienta zapojovat do všeho, co se kolem něj děje. Většina našich pacientů je zde hospitalizována dlouhodobě a s rodinou jsme v těsném kontaktu a vždy se chtějí zapojit.“*

S8 na otázku odpověděla: *„Jakým způsobem uplatňujeme rodinu do konceptu? To je lehká otázka. Rodiny ve své podstatě se zapojují samy i bez našeho popudu. Protože už jen to, že mu přinesou oblíbené pití nebo třeba polštář, na kterém pacient spával, je*

vlastně uplatnění konceptu“. S10 uvedla, že rodině pacienta nabízejí zapojovat se při hygieně a uplatňovat somatickou zklidňující stimulaci. Sestry rodině pacienta nabízejí a pomáhají uplatňovat na něm pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Poté S10 dodala: *„Některé rodiny už jsou tak zručné, že je necháváme stimulaci dělat samotné.“*. S2 dodala: *„Už jen to, že nám rodiny řeknou, jak pacienta oslovovaly nebo na jaké oslovení byl pacient zvyklý, nám hodně pomůže v komunikaci s ním. Pokud budeme s pacientem komunikovat s tím oslovením, na které byl zvyklý, dá se s ním poté lépe pracovat a komunikovat.“*

S4 na otázku odpověděla: *„Dbáme důraz na komunikaci s rodinou. Díky rodině se dostaneme blíže k pacientovi, získáváme přes rodinu informace ohledně pacienta, například jaké má pacient oblíbené pokrmy, oblíbené vůně, oblíbené předměty a tak dále. Pak se tyto předměty můžou použít v konceptu.“* S5 ještě dodala, že tyto předměty samozřejmě může sama rodina aplikovat na pacientovi. S9: *„Když má pacient nějaké rodinné fotografie, tak se je snažíme dát na místo tak, aby na ně dobře viděl.“*

5 Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů. Pomocí daných otázek, které byly stanoveny k danému cíli, jsme se snažili zjistit, jak se sestry orientují v tomto konceptu a jakým způsobem ho u pacienta využívají.

Analýzou dat vzniklo několik kategorií. Kategorie, která se zabývala identifikací sester, zahrnovala otázky na věk sester, délku praxe na daném pracovišti a absolvování kurzu Bazální stimulace. Všechny tyto údaje jsou uvedené v tabulce 1 a v tabulce 2. Kurz Bazální stimulace se dělí na základní kurz a nástavbový kurz. Zajímalo nás, zda se sestry vzdělávají a zda mají absolvované již zmíněné oba kurzy. V rámci výzkumu Lapčíkové (2008) bylo zjištěno, že z většiny dotazovaného zdravotnického personálu, který provádí Bazální stimulaci, více něž polovina tohoto personálu nemá absolvovaný kurz Bazální stimulace. Ve srovnání s tímto výzkumem se sestry z našeho výzkumu ztotožňují, protože více než polovina dotazovaných sester odpověděla, že kurz Bazální stimulace nemá. Dvě sestry ze všech dotazovaných mají absolvovaný základní i nástavbový kurz Bazální stimulace (Tabulka 2). A ostatní sestry odpověděly, že kurz Bazální stimulace nemají, ale vzdělávají se podle internetu, knih, článků a zkušenostmi svých kolegyň. S1 uvedla, že by si ráda dodělala i nástavbový kurz Bazální stimulace, ale je to bohužel finančně náročné. Sestry dále odpovídaly, že i když mají absolvované kurzy, neznamená to, že se dále nechtějí v tomto konceptu rozvíjet a vzdělávat. Samy si dohledávají nejnovější trendy v konceptu Bazální stimulace a aplikují je do ošetřovatelské péče. Tím, že se sestry dále vzdělávají a aplikují koncept Bazální stimulace v ošetřovatelské péči, zvyšují komfort pro pacienta a stimulaci jeho smyslů.

Snažili jsme se zaměřit na to, jak sestry zvládají definovat koncept a co si pod ním představují. Dle Fröhlicha (2010) znamená Bazální stimulace jít společnou cestou sester, pečovatelů, klienta a jeho rodiny. Friedlová (2018) definovala koncept Bazální stimulace jako pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který nabízí profesionální postupy v oblasti zdravotní péče a sociálních službách. Je to koncept, který podporuje v bazální rovině lidské vnímání. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že všechny sestry dokázaly definovat koncept Bazální stimulace. Dle Bienstein a Fröhlicha (2021) je tento koncept orientovaný

na tělo pacienta a na kontaktu se sebou samým a s okolním světem. Tento kontakt může probíhat různou formou dotyků. Bylo zjištěno, že většina sester se s tímto tvrzením ztotožňuje a definuje koncept Bazální stimulace jako jednotlivé prvky, které umožňují pacientovi vnímat své vlastní tělo a umožňují mít ze svého vlastního těla zážitek. S tímto výrokem se ztotožňovala většina dotazovaných sester. Dvě sestry dodaly, že koncept stimuluje všechny smyslové orgány prostřednictvím určitých předmětů nebo známých vjemů.

Snažili jsme se zaměřit na znalost sester o jednotlivých prvcích Bazální stimulace. V první podkategorii jsme se sester tázali, jak by definovaly iniciální dotek. Všechny sestry byly schopny definovat tento prvek. S5 definovala iniciální dotek dotekem, při kterém dáváme pacientovi najevo, že se s ním bude něco dít, a že s ním bude sestra v tuto chvíli pracovat. S touto odpovědí se ztotožňují i ostatní sestry. Lokalizace iniciálního doteku je velmi individuální a každý pacient má místo doteku jiné. Dle Friedlové (2005) nečekané doteky a špatně zvolené místo doteku u pacientů vede ke snížení stupně vnímání a vyvolává pocit strachu a nejistoty. Dle našeho názoru by se iniciální dotek měl respektovat a měl by ho dodržovat každý, kdo se nachází v kontaktu s pacientem. Tento dotek by se měl dodržovat před každou manipulací nebo komunikací s pacientem. Každý pacient by u sebe měl mít kartičku (Příloha 1) na které je uvedena lokalizace iniciálního doteku. Dle našeho názoru je tato kartička v konceptu velmi důležitá a nepostradatelná. Na základě biografické anamnézy ve spolupráci s rodinou pacienta volíme nejvhodnější místo na těle. Friedlová (2018) uvádí, že na zvolenou lokalizaci musí být iniciální dotek pevný a zřetelný a musí ho doprovázet verbální komunikace. Výzkum Kohlerové et al. (2018) zjistil, že díky aplikaci iniciálního doteku u agresivního geriatrického pacienta dochází ke změně chování. Tyto změny chování mohly být například snížení agrese nebo snížení negativních postojů ohledně terapie a manipulace s pacientem. Sestry z našeho výzkumu s tímto tvrzením souhlasily a dodaly, že cílem tohoto doteku je to, aby měl pacient pocit, že sestra s pacientem jedná jako se sobě rovným, a především se k němu chová s respektem a s úctou. V další podkategorii jsme se ptali sester, jak by definovaly somatickou stimulaci zklidňující. S3 odpověděla, že tato stimulace je vlastně takový druh masáže, která má za účel zklidnit pacienta. Dá se aplikovat nejen jako masáž pomocí rukou, ale dá se použít i při koupeli pomocí žínek. S touto odpovědí se ztotožnila většina

sester. S6 doplnila odpověď a uvedla, že somatickou stimulace zklidňující umožňuje úzký kontakt poskytovatele, což v tomto případě může být sestra nebo rodinný příslušník. Výzkum Heimerlové et al. (2010) prokázal, že při aplikování konceptu Bazální stimulace, se pozitivně mění nejen vztah mezi sestrou a pacientem, ale především se pozitivně mění normy, přesvědčení i principy pacienta. S tímto tvrzením se ztotožňuje většina sester a dodává, že při úzké spolupráci sestry s pacientem tyto pozitivní změny lze vidět prostřednictvím spolupráce pacienta. Dle Friedlové (2018) se dá somatická stimulace zklidňující aplikovat nasucho přes oděv pacienta, formou promazávání pokožky anebo se může provádět během koupele pomocí žínek. Somatická stimulace zklidňující je velmi efektivní prvek z konceptu Bazální stimulace. Při aplikaci se pacient zklidní, uvolní a je možnost s ním lépe manipulovat. Dle S5 se tento prvek stimulace často využívá u neklidných, agresivních pacientů nebo u pacientů, kteří jsou spastičtí. Dále se může poskytovat u pacientů s tachykardií, úzkostí, hyperaktivitou nebo u pacientů v kómatech s cílem stimulovat tělesné schéma. Tělesné schéma je dle Kittnara (2021) schéma, do kterého pronikají všechny signály z receptorů a slouží k naší orientaci vnímání sebe sama jako člověka. V další kategorii jsme se zaměřili na to, jaké znalosti mají sestry o poloze hnízdo. Většina sester se shodla s odpovědí, že poloha hnízdo je druh polohování, který se využívá k tomu, aby pacient byl schopný vnímat hranice svého těla. V této poloze jde především o komfort a vnímání vlastního těla. Může se využít u všech pacientů. S1 uvedla, že tuto polohu využívá u mobilních i imobilních pacientů. Dle Friedlové (2018) se využívat může i u neklidných pacientů, protože hned po užití dojde k uvolnění pacienta, aniž by bylo třeba farmakologické tlumení. Dochází k tomu z důvodu toho, že pacient při této poloze (jak již bylo zmíněno) cítí pocit bezpečí a cítí hranice vlastního tělo. Toto mu umožní orientovat se ve svém těle. V další podkategorii jsme se snažili zjistit, jak sestry zvládnou definovat tento prvek Bazální stimulace. Většina sester se ztotožňuje s odpovědí, že pohyb ovesného klasu v ovesném poli je druh pohybu, který se využívá k uvolnění pacienta a k tomu, aby se pacient cítil v bezpečí. S5 dodala, že před každou aplikací tohoto prvku nejdříve pacienta upozorní, aby se na to připravil a poté sestra pomalu pacienta dává do polohy, kterou pro tento pohyb potřebuje. Dle Friedlové (2010b) lze tento pohyb aplikovat pomocí houpaček, houpadel nebo houpací křesel. S1,

S2 a S3 dodaly, že tento pohyb uplatňují pomocí různých pomůcek – například v manipulačním zvedáku nebo v závěsném vaku.

Dále jsme se zaměřovali na otázky využití prvků Bazální stimulace využívaných na jednotlivých odděleních. Existuje spoustu prvků, které se dají uplatnit u pacienta. Většina sester se shodla, že nejčastěji využívají kartičky na iniciální dotek. Dle Friedlové (2018) je nezbytné mít informační ceduli, na které je uvedena lokalizace iniciálního doteku. Tato cedule by měla být u lůžka pacienta. S1, S2, S3, S4, S5 se shodly, že tyto informační cedule jsou velmi důležité, protože pak sestra ví, kde pacient má lokalizaci iniciálního doteku. Dále sestry často udávaly, že často využívají prvky polohování, při kterém využívají různé pomůcky. Dále využívají olfaktorickou stimulaci pomocí svíček nebo známých parfémů, pachů. Většina sester se shodla, že využívají stimulace pomocí rádia, televize. Dále byla častá odpověď, využití optické stimulace pomocí fotografií, různých obrázků od rodiny nebo dopisů. Častá odpověď sester byla masáž stimulující dýchání. Dle výzkumu Machálkové et al. (2017) senioři po aplikaci tohoto prvku Bazální stimulace cítí pozitivní rozdíly jako například pravidelné dýchání. S2 odpověděla, že tento prvek využívají u pacientů, kteří jsou zahlenění a aplikace tohoto prvky jim pomáhá k lepšímu vykašlávání a k pravidelnému dýchání. V rámci výzkumu Liškové (2007) bylo zjištěno, že sestry nejčastěji využívají somatické metody Bazální stimulace. S tímto tvrzením se ztotožňujeme (viz Schéma 1). Nejčastějším využívaným prvkem somatické stimulace je poloha mumie a hnízdo.

V dalším z našich cílů jsme se snažili zjistit, jak sestry využívají pomůcky při aplikaci Bazální stimulace. Existuje nespočet pomůcek, které se dají využívat při aplikaci stimulace. Pomůcky jsou důležitá součást konceptu Bazální stimulace. Sestrám byla položena otázka, jaké pomůcky nejčastěji využívají a při jakých prvcích je využívají. S1 uvedla, že nejčastěji využívají perličkové dlouhé vaky, měkké polštáře různých tvarů. Tyto pomůcky využívají při polohování nejen k tomu, aby se cítil pacient komfortně ale i jako prevence vniku dekubitů. Dle Pokorné (2013) je dekubitus místní poškození tkáně, které vzniká v důsledků přímého tlaku, imobility a celkově zhoršeného stavu pacienta. Dále byla velmi častá odpověď sester, využívání různých hydratačních krémů, emulzí či esenciálních olejů. Tyto přípravky sestry využívají k masážím, hydrataci kůže či aplikaci

somatické stimulace zklidňující a povzbuzující. Dle Reisové a Jonesové (2017) mohou být esenciální oleje skvělým doplňkem v ošetřovatelské péči u pacienta. Sestry s tímto tvrzením souhlasí a dodávají, že esenciální oleje u pacienta často využívají k olfaktorické stimulaci. Dále sestry prostřednictvím pomůcek, které slouží k denní hygieně, zapojují pacienta do konceptu. Tyto pomůcky mohou být například zubní kartáček a pasta, známá vůně mýdla nebo použití žínek, které se pak mohou využít při somatické stimulaci zklidňující. S denní hygienou pacienta mohou souviset i mobilní vany, ve kterých můžeme umývat pacienta. S9 dodala, že při změně polohy pacienta se změní i jeho zorné pole, k tomu sestry využívají i speciální křesla. Díky této změně polohy dojde k optické stimulaci. Při taktilně-haptické stimulaci se sestra zaměřuje na používání oblíbených předmětů. S6 a S8 se shodly na tom, že při tomto druhu stimulace jsou důležité doteky, různé vibrace a lechtání. Při této stimulaci sestry vkládají pacientovi do dlaní různé známé předměty a sledují jeho reakci. Pomocí různých pomůcek se dá stimulovat i chuť a čich. Dle Buchholze a Schürenbergera (2005) se ve stáří zhoršuje čichové vnímání a dochází k úbytku čichových schopností. S5 a S7 souhlasí s tímto výrokem, a proto tyto sestry kladou důraz na uspokojení těchto smyslů. S7 dodává, že stimulují chuť pomocí mulových váčků, do kterých se dá vložit kousek čokolády nebo ovoce. Pokud pacient měl rád vždy nějaký nápoj, sestra mu umožní dopřát chuť tohoto nápoje. Většina sester se shodla, že stimulují chuť i pomocí molitanové štětičky, kterou lze smočit v nápoji.

V další kategorii jsme se zabývali přínosem využívání Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů. Nejčastější odpověď na naši otázku byla ta, že si díky konceptu pacienti uvědomují své tělo a hranice svého těla. Častá odpověď byla ta, že velké přínosy tohoto konceptu jsou hlavně díky tomu, že se pacienti dokážou uvolnit a je lehčí manipulace s nimi. Výzkum Heimerlové et al. (2010) ukazuje, že Bazální stimulace je určitý stupeň jistoty uplatňování kladných a úspěšných ošetřovatelských postupů a intervencí. S tímto tvrzením se ztotožňuje většina sester. Každý pacient je jiný a je potřeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně. To, že jednomu pacientovi vyhovuje určitý druh stimulace neznamená, že jinému vyhovovat bude. Jelikož sestry, které pracují na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné intenzivní péče, neaplikují vždy Bazální stimulace jen u geriatrických pacientů. Tyto sestry uvedly, že spolupráce s geriatrickým pacientem je určitým způsobem jiná než spolupráce

s mladším pacientem. Geriatrický pacient je křehký a je důležité to brát na vědomí a jednat s ním podle toho. Většina těchto pacientů má poruchu sluchu nebo zraku a pokud pacient používá nějaké kompenzační pomůcky, sestra musí dbát důraz používání těchto pomůcek. Dle Voumarda et al. (2018) geriatrický pacient nemá zájem o poskytování tradičního způsobu péče. S3 s tímto souhlasí a dodává, že právě proto se u geriatrických pacientů tento koncept v ošetřovatelské péči aplikuje. V rámci výzkumu Harrisové (2019) bylo zjištěno, že geriatrický pacient má mnohostranné problémy a běžné ošetřovatelská péči nemusí uspokojovat složité potřeby těchto pacientů. Péče o geriatrické pacienty je velmi náročná a aplikace Bazální stimulace může být někdy obtížná. Dle výzkumu Pana (2022) vyžadují geriatričtí pacienti s demencí v zařízeních vyšší pozornost. Sestry s tímto tvrzením souhlasí a dodává, že se u těchto pacientů snaží stimulovat všechny kognitivní funkce. Dle našeho názoru, pokud se do ošetřovatelských postupů aplikuje koncept Bazální stimulace, tak se pro pacienta otevřou nové obzory a může tyto postupy vnímat a cítit novým způsobem, který je pro něj dosud nepoznaný. Toto ozvláštnění může vnímat nejen pacient, ale také sestra, která tento koncept v ošetřovatelských postupech využila. S5: *„Pokud sestra potřebuje u pacienta udělat například odběr krve, stačí u pacienta aplikovat několik oblíbených prvků stimulace a pacient se hned uvolní a je s ním daleko lepší spolupráce.“* Dle Friedlové (2018) se při využití vibrační stimulace dokážou zlepšit ztuhlé svaly, šlachy a vazivový aparát kostí a kloubů. S tímto výrokem se ztotožňovala většina sester. Sestry uvedly, že například při hygieně genitálu u pacienta potřebují, aby pacient byl uvolněný a sestry mohly pacienta očistit. Bohužel pokud pacient trpí spasticitou, není to tak jednoduché. Sestra před očistou použije jemné pohyby, kterými vytváří lehké vibrace a uvolní pacient. Sestry uvedly, že při příjmu potravy aplikují Bazální stimulaci pomocí orální stimulace. Výzkum prokázal, že sestry spolupracují s rodinou ohledně oblíbených potravin a nápojů. Pokud má pacient oblíbenou potravinu a není schopný per orálního příjmu, tak sestry využívají takzvaný cucací váček, do kterého zabalí potravinu. Tento váček vloží pacientovi do úst a pacient to sám vycucá. Sestry S1, S2, S3 se shodly na tom, že další přínos vidí určitě v tom, že pokud pacient neotevírá ústa při krmení, využívají určité postupy, které pacienta uvolní a poté můžou začít s krmením.

V poslední kategorii, jsme se zaměřovali na to, jak sestry zapojují rodinu pacienta do konceptu Bazální stimulace. Otázky v této kategorii směřovaly k tomu, zda sestry zapojují rodinu pacienta do konceptu a jakým způsobem. Všechny dotazované sestry uvedly, že je rodinu důležité aktivně zapojit do konceptu. S7 dodala: *„Většina našich pacientů je zde hospitalizována dlouhodobě a s rodinou jsme v těsném kontaktu a vždy se chtějí zapojit.“* Sestry vždy od rodiny získávají biografickou anamnézu, kterou pak využívají po celou dobu hospitalizace pacienta. Výzkum Mackeiho et al. (2021) uvedl, že zapojení rodiny do péče o pacienta je důležité. Zásadní však je jasná komunikace a otevřené sdílení informací. Pro všechny sestry je důležité sdílení informací a komunikace s rodinou pacienta. Sestry se shodly na tom, že pokud přijde rodina na návštěvu za pacientem, žádají, aby se pacienta dotýkala, protože dotyky jsou v tomto konceptu velmi důležité. Pokud pacient byl zvyklý na nějaké obrazy, fotografie nebo předměty, všechny sestry se shodly na tom, aby mu byly poskytnuty a rodina mu je do zařízení přinesla. Sestra S5 dodala, že pokud měl pacient oblíbené oblečení jako například oblíbené ponožky nebo oblíbené triko, žádají, aby ho rodina pacienta v zařízení poskytla. Sestry se shodly na tom, že pokud se do konceptu u pacienta zapojí rodina, pacient se vždy rozzáří a uvolní a je s ním velmi dobrá manipulace. Dále se sestry shodly, že rodina je pro pacienta nepostradatelná část jejich života, a proto dbají důraz na to, aby se rodina u pacienta zapojovala do konceptu. Dle výzkumu Tkácové et al. (2021) využívání metod jako je například Bazální stimulace u pacienta s demencí, dochází k méně negativním projevům než u pacienta, u kterých se nevyužívá. S tímto tvrzením se ztotožňuje většina sester. Většina sester se shodla, že při negativním projevu pacienta využívají mnoho prvků Bazální stimulaci, které vedou ke zklidnění pacienta a k lepší spolupráci s ním. V rámci výzkumu Václavkové (2011) bylo zjištěno, že se rodina pacienta zapojuje velmi rychle a ochotně. Rodinní příslušníci byli po zaškolení schopni provádět somatickou stimulaci zklidňující nebo masáž stimulující dýchání. Bylo zjištěno, že přítomnost rodiny u pacienta je velmi důležitá nejen ohledně konceptu Bazální stimulace, ale jako vyjádření podpory a pocity sounáležitosti. S tímto se ztotožňujeme a dodáváme, že rodina je nepostradatelnou součástí tohoto konceptu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na využívání konceptu Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry využívají tento koncept v ošetřovatelské praxi u geriatrických pacientů. K tomuto zvolenému cíli jsme si stanovili tuto výzkumnou otázku „Jak sestry využívají koncept Bazální stimulace u geriatrických pacientů v ošetřovatelské praxi?“ Cíl práce byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry na vybraných odděleních jsou schopné definovat koncept Bazální stimulace a orientují se v něm. Bylo zjištěno, že sestry u pacienta aktivně využívají a uplatňují koncept Bazální stimulace. Dotazované sestry zvládnou definovat a popsat tento koncept a jednotlivé prvky. Prvky Bazální stimulace sestry volí individuálně, dle stavu pacienta. Sestry při aplikaci tohoto konceptu využívají i různé pomůcky. Nejčastěji sestry využívají cucací váčky, polohovací pomůcky, pacientovo oblíbené nápoje nebo pokrmy, fotografie, obrázky, oblíbenou hudbu nebo tabulku s lokalizací iniciálního doteku. Sestry uvedly, že tabulku mají v těsné blízkosti pacienta a vždy před i po každé komunikaci nebo manipulaci s pacientem aplikují lokalizaci tohoto doteku. Z výzkumného šetření vyplývá, že pokud se u pacienta správně zvolí lokalizace iniciálního doteku, pacient je uvolněný a dochází k lepší spolupráci se sestrou. Sestry uvedly, že lokalizaci tohoto doteku zjišťují prostřednictvím rodiny pacienta. Dle sester je rodina a komunikace s ní nepostradatelnou součástí konceptu. Sestra při komunikaci s rodinou získává důležité informace, které poté zakomponuje do konceptu a aplikuje na pacientovi. Sestry uvedly, že prostřednictvím rodiny získávají důležité předměty, na které byl pacient zvyklý a uplatňují je v konceptu. Výsledky poukazují na to, že všechny sestry se snaží jakýmkoliv způsobem zapojit rodinu geriatrického pacienta do konceptu Bazální stimulace. Sestry uvedly, že vidí pozitivní rozdíl stavu pacienta po návštěvě rodiny.

Tato bakalářská práce byla napsána s cílem využívání Bazální stimulace u geriatrických pacientů. Výsledky práce mohou být použita jako zdroj informací pro sestry, studenty nebo pro veřejnost, která se o Bazální stimulaci zajímá. Výsledky mohou být publikovány v odborných časopisech a mohou sloužit pro zlepšení využívání tohoto konceptu. Bazální

stimulace by se měla brát jako koncept, který se orientuje ve všech oblastech lidských potřeb.

7 Seznam použité literatury

1. ARNOLD, E., UNDERMANN-BOGGS, K., 2003. *Interpersonal relationship: Professional Communication Skills for nurses,* 4th ed. St. Louis: Saunders. 629 s.
2. BARTOSZEK, G., NYDAHL, P., 2008. *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pfege Schwerstkranker.* 5. Auf. München: Urban u. Fischer Verlag. ISBN 978-3-437-26502-0.
3. BIENSTEIN, C., FRÖHLICH, A., 2021. *Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen.* 9. Auf. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3-456-86043-5.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetřovatelská péče: pro obor ošetřovatel.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. BUCHHOLZ, T., SCHÜRENBERG, A., 2005. *Lebensbegleitun alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. 2. Auf. Bern: Hans Huber Verlag. ISBN 3-456-84111-6.
6. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
7. FIALA, P. et al., 2015. *Stručná anatomie člověka.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2693-2.
8. FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.
9. FRIEDLOVÁ, K., 2013. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace® do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. *Diagnóza v ošetřovatelství.* 9 (3), 25–27. ISSN 1801-1349
10. FRIEDLOVÁ, K., 2012a. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. *Sestra.* 22 (9), 8–59. ISSN 1210-0404.
11. FRIEDLOVÁ, K., 2012b. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetřovatelství.* 8 (2), 30–31. ISSN 1801-1349.
12. FRIEDLOVÁ, K., 2012c. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra.* 22 (3), 43–44. ISSN 1210-0404.

13. FRIEDLOVÁ, K., 2011. *Koncept bazální stimulace v dlouhodobé péči.* In KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada Publishing. s. 248–252. ISBN 978-80-247-4026-3.
14. FRIEDLOVÁ, K., 2010a. Vibrační stimulace a nástavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. 12 (11), 28–29. ISSN 1803-7348.
15. FRIEDLOVÁ, K., 2010b. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. 12 (8-9), 36–37. ISSN 1803-7348.
16. FRIEDLOVÁ, K., 2010c. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. 12 (5-6), 30–31. ISSN 1803-7348.
17. FRIEDLOVÁ, K., 2008. *Bazální stimulace v pediatrii.* In SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. s. 131–138. ISBN 978-80-247-1613-8.
18. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
19. FRIEDLOVÁ, K., 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1. a 2. díl.* Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
20. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
21. FRIEDLOVÁ, K., 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I.* Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
22. FRÖHLICH, A., 2010. *Basale Stimulation in der Pflege. Das Arbeitsbuch.* 2. Auf. Bern: Hans Huber Verlag. ISBN 978-3-456-84887-7.
23. HARRIS, J., 2019. *Geriatric Trends Facing Nursing with the Growing Aging* - PubMed. PubMed [online]. Elsevier Inc. All rights reserved. [cit. 28.04.2022]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31047094/
24. HEIMERL, K. et al., 2010. *Voraussetzungen und Wirkungsweisen von zwei Methoden zur personenzentrierten Kommunikation mit Menschen mit Demenz: Abschlussbericht.* Forschungsprojekt Validation und Basale Stimulation [online]. Wien. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: http://www.vfvalidation.org/wp-content/uploads/2019/05/Heimerl_Abschlussbericht_2010.pdf.

25. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
26. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.
27. JEDLIČKA, V., 1991. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-109-8.
28. JEŽEK, M., 2018. *Tělové svíce: terapie pomocí tělových svící.* Praha: Alferia. ISBN 978-80-247-2579-6.
29. JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
30. JUSZCZYK, D., 2003. *Metodológia empirických výskomov v spoločenských vedách.* Bratislava: IRIS. ISBN 80-89018-13-0.
31. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
32. KALVACH, Z., 2004. *Geriatrie a gerontologie.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
33. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.
34. KITTNAR, O., 2021. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1025-4.
35. KITTNAR, O., 2020. *Lékařská fyziologie.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1963-4.
36. KOHLER, M. et al., 2018. *Auswirkungen von Basaler Berührung aut das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie.* FreiDok plus-Startseite [online]. [cit. 2022-04-26] Dostupné z: https://freidok.uni-freiburg.de/data/16332.
37. KREITZER, M, J., KOITHAN, M., 2019. *Integrative nursing*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press. Weil integrative medicine library. ISBN 9780190851040.
38. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
39. LAPČÍKOVÁ, E., 2008. *Příjmová ošetřovatelská dokumentace pro koncept Bazální stimulace v práci sester v geriatrické péči* [online]. Brno. Diplomová práce.

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: https://theses.cz/id/i0q7it/.

40. LIŠKOVÁ, M., 2007. *Bazální stimulace v praxi* [online]. Brno [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: https://theses.cz/id/djqluj/. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
41. LEHMAN, P., NEWNES, C., 2021. *Withdrawal from Prescribed Psychotropic Drugs.* Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Publishing. ISBN 978-3-925931-83-3.
42. MACKIE, B, R. et al., 2021. *Exploring family participation in patient care on acute care wards: A mixed-methods study* - PubMed. PubMed [online]. [cit. 28.04.2022]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32856360/
43. MACHÁLKOVÁ, L. et al., 2017. *Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetřovatelské péči u seniorů.* Interní Med. 2017; 19(1): 38 [online]. [cit. 24.04.2022]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2017/01/09.pdf
44. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
45. MATHYS, R., STRAUB, J., 2011. *Spastizität. Pflegerischen Interventionen aus der Sicht der Basalen Stimulation in der Ortho-Bionomy*. Bern: Verlag Hans Huber. ISBN 978-3-456-84899-0.
46. MOHR, L., 2010. *Basale Stimulation in 9 Sprachen.* Norderstedt: Internationaler Förderverein Basale Stimulation. ISBN 978-3-8391-7412-8.
47. PAN, J. et al., 2022. *Expanding role of nurses in management of dementia in geriatrics: improving well-being of geriatric patients through quality nursing care* - PubMed. PubMed [online]. [cit. 28.04.2022]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34130559/
48. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
49. POKORNÁ, A., 2010a. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.
50. POKORNÁ, A., 2010b. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

51. PRICE, S., PRICE, L., 2012. *Aromatherapy for health professionals*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone/Elsevier. ISBN 9780702035647.
52. PROCHÁZKOVÁ, E., 2007. Bazální stimulace. *Sestra a lékař v praxi.* Ročník 7 (12): p. 14-16. ISSN 1335-9444.
53. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
54. REIS, D., JONES, T., 2017. *Aromatherapy: Using Essential Oils as a Supportive Therapy* - PubMed. PubMed [online]. [cit. 28.04.2022] Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28107335/
55. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
56. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.
57. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
58. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4869-9.
59. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
60. TKÁCOVÁ, L. et al., 2021. *Implementation of Alternative Methods into Nursing Care of Elderly with Alzheimer Disease*. Herald Scholarly Open Access [online]. [cit. 24.04.2022]. Dostupné z: https://www.heraldopenaccess.us/openaccess/implementation-of-alternative-methods-into-nursing-care-of-elderly-with-alzheimer-disease
61. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatrie pro praxi.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
62. TROJAN, S., 2003. *Lékařská fyziologie.* Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.
63. VÁCLAVKOVÁ, A., 2011. *Využití bazální stimulace v praxi* [online]. Pardubice. [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: https://theses.cz/id/a96usd/. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

64. VÁGNEROVÁ, M., LISÁ, L., 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
65. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
66. VOUMARD, R. et al., 2018. *Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies* - PubMed. PubMed [online]. [cit. 28.04.2022]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30236063/
67. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Iniciální dotek

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 1: Iniciální dotek

Zdroj: Vlastní zdroj, 2022

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1) Kolik vám je let?

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

3) Jak dlouho již vykonáváte profesi všeobecné sestry?

4) Jak dlouho na oddělení pracujete?

5) Absolvovala jste kurz Bazální stimulace?

6) Jakým způsobem byste definovala koncept Bazální stimulace?

7) Co si představujete pod konceptem Bazální stimulace?

8) Jak byste definovala iniciální dotek?

9) Jak byste definovala somatickou stimulaci zklidňující?

10) Jak byste definovala polohu hnízdo?

11) Jak byste definovala pohyb ovesného klasu v ovesném poli?

12) Jaké nejčastější prvky Bazální stimulace u pacienta využíváte?

13) Jaké používáte pomůcky při aplikaci Bazální stimulace?

14) Jaký přínos podle Vás má Bazální stimulace na pacienta?

15) Vidíte po aplikaci Bazální stimulace u pacienta pokroky? A jaké?

16) Snažíte se do konceptu Bazální stimulace zapojovat rodinu pacienta? A jakým Způsobem?

9 Seznam zkratek

BS – Bazální stimulace

CGA – Comprehensive Geriatric Assesment

DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče

DPS – Domov s pečovatelskou službou

NIP – Následná intenzivní péče

Oš. péče – ošetřovatelská péče

WHO – světová zdravotnická organizace