

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**  
**Ústav ošetrovatelství**

**Barbora Diblíková**

**Nástavbové prvky stimulace v konceptu bazální stimulace a jejich využití**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková Ph.D.**

**Olomouc 2012**

## **ANOTACE**

### **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

#### **Název práce:**

Nástavbové prvky stimulace v konceptu bazální stimulace a jejich využití

#### **Název práce v AJ:**

Extended elements in the concept of stimulation of basal stimulation and their use

**Datum zadání:** 2012 – 01 - 20

**Datum odevzdání:** 2012 – 06 - 30

#### **Vysoká škola, fakulta, ústav:**

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

#### **Autor práce:**

BARBORA DIBLÍKOVÁ

#### **Vedoucí práce:**

PhDr. LENKA MACHÁLKOVÁ Ph.D.

#### **Abstrakt v ČJ:**

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem nástavbových prvků stimulace v konceptu bazální stimulace a jejich využitím v ošetřovatelské péči a snažila jsem se pracovat se všemi dostupnými publikovanými informacemi. Možnosti využití

nástavbových prvků stimulace tedy prezentuji formou dohledaných kasuistik. Cílem práce je více přiblížit nástavbové prvky stimulace a zjistit jejich souvztažnost k věku, pohlaví a diagnóze klientů, u kterých lze tuto stimulaci využít.

**Abstrakt v AJ:**

In my bachelor's work I have been occupied with a theme of extended elements of stimulation in the concept of basal stimulation and their use in nursing care. I have tried to work with all accessible published information. I present the possibilities of use of these extended elements of stimulation by the available casuistries. The purpose of my work is to show the extended elements of stimulation and to find out their interconnection to age, sex and diagnosis of clients, which this stimulation can be used for.

**Klíčová slova v ČJ:**

bazální stimulace, nástavbové prvky, kazuistiky, orální stimulace, olfaktorická stimulace, auditivní stimulace, optická stimulace, taktilně- haptická stimulace

**Klíčová slova v AJ:**

basal stimulation, extended elements, case studies, oral stimulation, olfactory stimulation, auditory stimulation, visual stimulation, tactile-haptic stimulation

**Rozsah:** 30 stran

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické zdroje.

Olomouc, 30. červen 2012

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji PhDr. Lence Machákové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	7
1 NÁSTAVBOVÉ PRVKY STIMULACE V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	10
1.1 Optická stimulace.....	10
1.2 Auditivní stimulace.....	11
1.3 Orální stimulace.....	12
1.4 Olfaktorická stimulace.....	14
1.5 Taktilně – haptická stimulace.....	14
2 VYUŽITÍ NÁSTAVBOVÝCH PRVKŮ STIMULACE V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE – KAZUISTIKY.....	15
1.6 Kazuistika 1.....	15
1.7 Kazuistika 2.....	16
1.8 Kazuistika 3.....	16
1.9 Kazuistika 4.....	17
1.10 Kazuistika 5.....	19
1.11 Kazuistika 6.....	19
1.12 Kazuistika 7.....	20
1.13 Kazuistika 8.....	20
1.14 Kazuistika 9.....	21
1.15 Kazuistika 10.....	22
1.16 Kazuistika 11.....	23
1.17 Kazuistika 12.....	23
1.18 Kazuistika 13.....	24
ZÁVĚR.....	26
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ.....	28

## ÚVOD

Jsem zaměstnána na oddělení Anestézie, resuscitace a intenzivní péče a s konceptem bazální stimulace pracujeme na našem oddělení poměrně často. Pracujeme s lidmi různého věku a s různými diagnózami a připadlo mi zajímavé zjistit, ve kterých dalších oborech lze nástavbové prvky stimulace využít. Proto jsem se rozhodla pro dané téma bakalářské práce.

Autorem tohoto konceptu je speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich. Ten od roku 1970 pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Koncept bazální stimulace vypracoval v rámci doktorandského studia během pětiletého vědeckého projektu. U dětí s hlubokou mentální retardací nebylo možno navázat verbální komunikaci z důvodu těžkých změn v oblasti vnímání. Na základě vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie se Andreas Fröhlich zabýval podporou senzomotorické komunikace. Fröhlichovo tvrzení, že i děti s hlubokou mentální retardací jsou vzdělavatelné, bylo předpokladem pro vytvoření konceptu. Koncept umožnil těmto dětem zkvalitnit prožívání života a pedagogům otevřel cestu ke svým klientům. Fröhlich i nadále pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace.

Osoba, která přenesla koncept do ošetrovatelské péče, je zdravotní sestra prof. Christel Bienstein, a to v 80. letech 20. století. Pracovala mimo jiné i v oblasti intenzivní medicíny a aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu. Dokázala jeho úspěšnost také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. S profesorem Fröhlichem úzce spolupracují od poloviny osmdesátých let. Díky spolupráci s odborníky z péče geriatrické, neontologické, psychiatrické ale také paliativní se podařilo koncept implementovat i do těchto oborů.

V České republice o konceptu poprvé informovala PhDr. Karolína Friedlová a to v roce 2000 publikací v časopise *Sestra* a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. Na začátku roku 2003 lektorovala první základní kurz bazální stimulace v České republice (Friedlová, 2007, s. 13-16).

Také já jsem prošla základním i nástavbovým kurzem bazální stimulace pod vedením paní doktorky Friedlové a o to více mě toto téma zaujalo.

**Na základě prostudování vstupní studijní literatury byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1**

Informovat o nastavbových prvcích stimulace v konceptu bazální stimulace

**Cíl 2**

Informovat o využití nastavbových prvků stimulace v konceptu bazální stimulace

**Prostudovaná vstupní studijní literatura:**

1. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, 2009. ISBN 80-239-6132-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. Cesta k humánnímu ošetrovatelství. Sborní příspěvků Historicky 2. národní konference Bazální stimulace s mezinárodní účastí. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, 2007. ISBN 978-80-254-0757-8.
4. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi. Sborník příspěvků Historicky 3. mezinárodního kongresu Bazální stimulace. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, 2009. ISBN 978-80-254-5815-0.
5. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Základní kurz bazální stimulace. Základní modul I. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, 2010.
6. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Nastavbový kurz bazální stimulace. Nastavbový modul INSTITUT Bazální stimulace, 2011.



## **Vyhledávací strategie:**

Vyhledávací období bylo stanoveno na rok 2000 – 2012. Vyhledávání bylo zahájeno stanovením klíčových slov v českém a anglickém jazyce. Plnotexty relevantních článků byly vyhledávány v:

- databázích: BMČ – Medvik, Ovid Medline, Solen
- vyhledávačích: Google, Google Scholar

V databázi BMČ – Medvik bylo po zadání klíčových slov vyhledáno 25 odkazů. Po prostudování článků jich bylo 8 vybráno pro tvorbu přehledové bakalářské práce. V databázi Solen bylo nalezeno 1224 zdrojů. Většina se vůbec netýkala tématu bazální stimulace a pro tvorbu práce byl použit pouze jeden. V Ovid Medline bylo nalezeno 35 zahraničních článků, u 12 byla přeložena abstrakta, ale svým obsahem bohužel nevyhovoval žádný.

Díky vyhledávači Google a Google Scholar bylo nalezeno 710 odkazů. Většina byla po prvním třídění vyřazena pro malou relevantnost. Po druhém třídění bylo ponecháno 7 článků pro tvorbu práce.

Celkem bylo nalezeno 1994 odkazů, 1979 jich bylo vyřazeno. Vyřazené články neodpovídaly zadanému tématu, rok vydání byl před rokem 2000 nebo jejich obsah neměl pro práci přínos.

Pro tvorbu práce bylo použito 16 článků.

# 1 NÁSTAVBOVÉ PRVKY STIMULACE V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

## 1.1 OPTICKÁ STIMULACE

Friedlová uvádí, že zrakový vjem umožňuje orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí, schopnost uspořádat okolní prostředí, pocit jistoty, schopnost učit se (Friedlová, 2011, s. 4). Ke změnám zrakového vnímání může dojít, dle Friedlové, vlivem stárnutí, působením léků, jako důsledek onemocnění nebo po úrazu (Friedlová, 2011, s. 5-6). Jak poukazuje Kličková, změny zrakového vnímání se mohou projevit různými způsoby. Člověk ve svém okolí již nedokáže vnímat jednotlivé předměty. Předměty nebo osoby nejsou celistvé, nevidí detaily. Klient si nedokáže dát do souvislosti předměty ve svém okolí – porucha vidění prostorových vztahů. Dále se může projevit porucha stálosti barev nebo klient nezvládá koordinaci mezi vjemem a motorikou. Má porušenou vizomotoriku. V neposlední řadě je jako porucha vnímání lokalizace v prostoru (Kličková, 2007, s. 30).

Měrková s Budíkovou informují o tom, že nemocniční prostředí bývá pro klienta často nudné a nevýrazné. Zdi bývají bílé stejně jako povlečení a uniformy ošetřujícího personálu. Stále stejné a na podněty chudé prostředí může u klienta vést k dezorientaci a halucinacím. Přitom ke zlepšení orientace by často stačilo klientovy nasadit brýle, které většinou leží bez povšimnutí v nočním stolku. Klient je na ně zvyklý a zmenšují jeho strach nejistotou. Pro provádění optické stimulace je nutné znát údaje z klientovy autobiografické anamnézy. Osoby klientovy blízké požádáme, aby z domova přinesly předměty, obrázky a fotografie jemu známé. Takové, které mu navodí příjemné vzpomínky. Můžeme klienta obléknout do jeho oblíbeného trička (Měrková, Budíková, 2006, s. 40). K tomu Kličková dodává, že nemocniční prostředí je až destimulující a už jen malým pootočením klientovi hlavy se změni jeho zorné pole a okolí se stává zajímavějším (Kličková, 2007, s. 29).

Friedlová nás informuje o nutnosti dodržovat při optické stimulaci tyto zásady:

- poskytovat podněty výrazně světlé a výrazně tmavé
- dát klientovi možnost si uvědomit zda je den či noc, denní dobu
- oblečení klienta, personálu a také ložní prádlo by mělo být barevným

kontrastem k bílým zdem

- dostatečně velké obrázky umisťovat do zorného pole klienta
- malé obrázky jsou na větší vzdálenost těžko definovatelné
- pro klienty s demencí nebo mentální retardací jsou vhodné jemu známé obrázky, které mohou posloužit jako orientační body a tzv. vizuální mosty
- nepoužívat abstraktní kresby
- nikdy nezapomenout klientovi nasadit jeho brýle
- fotografie umisťovat na okraj klientova zorného pole, aby musel vyvinout pohybovou aktivitu, když na ně bude chtít pohlédnout
- nejvhodnější jsou dětské kresby pro své jednoduché tvary a výrazné barvy
- i sledování televize je formou optické stimulace v kombinaci s auditivní stimulací, je ovšem nutné klientovi pouštět jen jemu známé pořady, které mu pomohou orientovat se v denní době

(Friedlová, 2011, s. 7)

## 1.2 AUDITIVNÍ STIMULACE

Jde v první řadě o stimulaci sluchového vnímání, uvádí Kličková. Mezi hlavní cíle auditivní stimulace patří navázání kontaktu s klientem a stimulace vnímání. To znamená minimalizovat neznámé zvuky z okolního světa a naopak přinášet zvuky známé a poskytovat přesné informace. Spolu s kontaktem slovním by měl vždy přijít i kontakt tělesný. Vhodný je iniciální dotek. Klient z chování ošetřujícího personálu také musí poznat, kdy je mluveno s ním a kdy s někým jiným v jeho okolí. Auditivní stimulace ovšem neznamená, že klient bude bez přestávky poslouchat rádio či televizi (Kličková, 2007, s. 31). Měrková a Budíková k tomu dodávají, že iniciální dotek je důležité použít při přivítání i při loučení. Na klienta je potřeba mluvit pomalu a jasně, nemluvit zároveň s více osobami. Důležité také je, aby rodina s klientem mluvila v jemu známé a vlastní podobě (Měrková, Budíková, 2006, s. 42).

Friedlová popisuje cíle auditivní stimulace. Patří sem stimulace vnímání, podněcování komunikace a hybnosti, zvýšit rozlišovací schopnosti sluchového aparátu, navázání spojení s klientem, podat mu informace o jeho těle, probudit vzpomínky klienta, dodávat postupně pocit jistoty, umožnit klientovi orientaci (Friedlová, 2011, s. 8).

Kličková rozebírá možnosti auditivní stimulace. Patří sem hudba, která musí být klientovi známá a líbí se mu. U poslechu hudby je nutné klienta bedlivě sledovat, protože nikdy nelze předem říci jaké vzpomínky a reakce daná hudba vyvolá. Další možností je vyprávění. Při vyprávění je důležité věnovat pozornost jen klientovi, nemluvit s jinými osobami, mluvit pomalu a jasně vyslovovat. Také je dobré začínat a končit vyprávění stejnými slovy. Zpěv je také způsob auditivní stimulace. Je velmi vhodné ho zkombinovat s vestibulární stimulací, např. metodou pohybu ovesného klasu v ovesném poli. Při auditivní stimulaci je také možné využití různých hudebních nástrojů. Pokud použijeme třeba bubínky, pak klient může pocítit i vibrace (Kličková, 2007, s. 31). Friedlová možnosti auditivní stimulace popisuje podrobněji a dodává, že hudbu pouštíme klientovi do sluchátek jen v případě, že je na tento způsob zvyklý a upozorňuje, že sluchátka eliminují zvuky okolního světa. Vyprávění nejlépe stimuluje paměťové stopy, pokud vypráví příbuzný. Zpěv může být také aplikován logopedem pro nácvik řeči (Friedlová, 2011, s. 9).

V kombinaci s auditivní stimulací se Měrková s Budíkovou zmiňují také o muzikoterapii. Je to léčba hudbou. Hudba v člověku vyvolává určitou náladu, pocity a má vliv na jeho chování. Líbivá hudba v člověku aktivuje oblasti nejen zpracovávající zvukové signály, ale také limbický systém. Tím jsou vylučované látky příbuzné opiátům, jejichž účinkem dochází ke zmírnění napětí a bolesti. Hudba se dělí na meditační, která celkově zklidňuje tělo a psychiku, emocionální, ta vyvolává rozličné pocity a na stimulační, která dodává energii ke zpěvu a pohybu. Muzikoterapie stimuluje smyslové funkce, aktivuje koordinaci pohybů, motoriku, orientaci v prostoru, stabilitu. Posiluje logické myšlení, zlepšuje koncentraci a paměť (Měrková, Budíková, 2006, s. 42-43).

### 1.3 ORÁLNÍ STIMULACE

Ústa jsou jedním z nejintimnějších oblastí na lidském těle. Umožňují člověku příjem potravy a tekutin, slouží jako pracovní nástroj, ale také k polibkům a zprostředkovávají pocity požitku a rozkoše, píše Kličková. Díky nim člověk zjišťuje, jakou mají věci chuť, vůni a konzistenci (Kličková, 2007, s. 27). Friedlová navíc uvádí, že slouží k dýchání, komunikaci, k poznávání světa. Už v 9. týdnu embryonálního vývoje bylo pozorováno, že si embryo cumlá svůj palec. V 11. týdnu zívá, saje děložní sliznici

a polyká. To posiluje sací reflex. I děti, po narození vyživovány sondou, by měly být orálně stimulovány, aby nedošlo k vymizení sacího reflexu (Friedlová, 2011, s. 10). Měrková s Budíkovou poukazují na to, že do 6. měsíce věku dítěte není nutná žádná zvláštní péče o dutinu ústní. Jakmile ale začnou růst v dutině ústní zuby a člověk není schopen si provést péči o dutinu ústní sám, je odkázán na pomoc jiných. Zavřená ústa chrání sliznici úst před vysycháním, ale ústa se bohužel tím víc otevírají, čím víc je postiženo vnímání. Stav vědomí lze posoudit dle aktivity úst (Měrková, Budíková, 2006, s. 43-44).

Friedlová nás upozorňuje že: „Cílem orální stimulace je zprostředkovat uživateli, klientovi nebo žákovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u klienta. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně anebo jako přípravu na přívod stravy. V žádném případě není orální stimulace synonymem péče o dutinu ústní nebo nácviku polykacího reflexu. Ale je velice výhodné je vzájemně kombinovat. Před orální stimulací je vhodné aplikovat nejprve somatickou stimulaci obličejové části hlavy. Během somatické stimulace obličeje jsou taktéž manuálně stimulovány slinné žlázy.“ (Friedlová, 2011, s. 11)

Aby byla orální stimulace úspěšná, musí být dodržena určitá pravidla. Je vhodné navodit příjemnou atmosféru. Klient nesmí být příliš unaven a musí být uložen do polohy, která mu umožní se plně soustředit na své požitky a vjemy. Poloha je velmi důležitá. Hlava nesmí být zakloněná a pozice těla musí být symetrická. K tomu nám dopomůže například srolovaný ručník uložený za sedací hrbol. Pokud je klient krmen, měl by ošetřující sedět před ním a lžící k ústům přikládat mírně ze strany a ne přímo. Klienta po celou dobu sledujeme a nabízíme mu to, co je mu známé, chutě příjemné a oblíbené (Kličková, 2007, s. 28). Také pokud je klientovi prováděna orální stimulace anebo přijímá potravu na lůžku, je nutné dodržet pozici sedu. Hlava krmícího musí být niž než krmeného, aby nedocházelo k hypertenzi hlavy. Nebezpečí refluxu se zmenší, pokud klient po jídle zůstane 30 minut ve zvýšené poloze, dodává Friedlová. A dále doplňuje, že ústa jsou jedno z nejintimnějších míst na těle a nepříjemný zážitek vyvolaný násilným vstupem do dutiny ústní může vést k problémům při příští stimulaci či krmení (Friedlová, 2011, s. 12). K tomuto tématu se Měrková s Budíkovou zmiňují také o postupu, který by mohl pomoci, pokud klient neotvírá ústa. Nesmíme zapomínat na iniciální dotek. Dále doporučují čichovou stimulaci, stimulaci slinných

žláz, lehkou stimulaci rtů a dotek klienta na hlavě. Účinný bývá protitlak, kdy jednou rukou mírně tlačíme pod bradou a druhou na hlavě klienta. Po povolení klient zpravidla ústa otevře (Měrková, Budíková, 2006, s. 45).

K péči o dutinu ústní nebo orální stimulaci se používají vatové či molitanové štětičky. Tampóny připevněné v kovových pinzetách anebo peánech vyvolávají negativní reakce. U orální stimulace se používají tzv. cucací váčky. Jde o kousek poživatiny, kterou má klient rád, zavázané v gáze a namočené v minerální vodě. Tento váček se pevně umístí do koutku klientových úst (Friedlová, 2011, s. 13).

#### 1.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE

Základem pro správné provádění olfaktorické stimulace je opět pečlivá autobiografická anamnéza, uvádí Kličková. Každý člověk vůně a pachy vnímá jinak, má své vůně oblíbené a jiné jsou mu nepříjemné (Kličková, 2007, s. 27). Různé vůně asociují určité vzpomínky, situace, nebo období. Vůně perníku připomene Vánoce, známý parfém blízkého člověka, káva naznačí, že je ráno, atd., doplňuje Friedlová (Friedlová, 2011, s. 14). Nepřetržité nabízení stejných olfaktorických stimulů není vhodné. Klient si na stále stejnou vůni zvykne a tím se stává stimulace neúčinnou (Kličková, 2007, s. 27). Měrková s Budíkovou mezi olfaktorickou stimulací zahrnují také aromaterapii. Aromaterapie ulevuje při psychické i fyzické zátěži, posiluje imunitu, ovlivňuje stres. Používá přírodní éterické oleje extrahované z rostlinných zdrojů. Působí preventivně, ale také v akutních stavech. Některé mají antiseptické, protivirové a antibakteriální účinky. Dají se využít ke koupelím, masážím nebo inhalacím (Měrková, Budíková, 2006, s. 47).

#### 1.5 TAKTILNĚ - HAPTICKÁ STIMULACE

Lidská ruka má schopnost rozpoznávat předměty. Získává tím zkušenosti, které se potom uchovávají v paměti. Ruce klientů hyperaktivních a neklidných jsou velice aktivní a mají potřebu zkoumat vše, co je v jejich dosahu. Proto také tahají za katétry, žmoulají lůžkoviny, poklepávají do matrace. Toto provádějí hlavně proto, že potřebují odhalit, jaký předmět nahmatali, potřebují taktilně - haptickou stimulaci a saturují potřebu aktivity. Klienti se snaží předměty, které nahmataly, někam zařadit,

ale protože jsou pro ně většinou neznámé, tak vyvolávají pocit nejistoty. Taktilně – haptická stimulace dává možnost smysluplné stimulace (Friedlová, 2011, s. 15). Předměty užívané k taktilně – haptické stimulaci jsou klientovi známé. Jsou to například oblíbené předměty, hračky, hrníčky, kelímky, ručníky a žínky z domova, předměty využívané k výkonu povolání, vlastní oblečení, deky a hygienické potřeby (Kličková, 2007, s. 32).

## **2 VYUŽITÍ NÁSTAVBOVÝCH PRVKŮ STIMULACE V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE – KAZUISTIKY**

### **2.1 KAZUISTIKA 1**

Muž, 70 let.

Klient byl hospitalizovaný na neurochirurgické JIP po operaci aneuryzmatu na mozkové cévě. Dva měsíce byl v bezvědomí, občas otevíral oči, ale pohled měl nepřítomný. Končetiny byly nehybné, stále více spastické, reagující pouze na bolestivý podnět. Klient spěl k vigilnímu komatu. Jeho mozek ovšem nebyl poškozený onemocněním ani operací a i po fyzické stránce byl v kondici a proto k tomu nebyl důvod. Proto bylo rozhodnuto o provádění bazální stimulace. Jako první byl zaveden iniciální dotek a veškerý personál byl informován o nutnosti jeho dodržování. Před orální stimulací byla použita masáž slinných žláz, po které klient začal pomalu otevírat ústa. Poté stačilo jen namočit tampón do minerální vody a ústa a jazyk důkladně vyčistit. Druhý den začala snídaně vytíráním dutiny ústní tampónem namočeným v zrnové kávě, kterou dle manželky zbožňoval. Výraz v jeho obličeji naznačoval, že je to pravda. Během dne se pokračovalo minerálkou a pivem, které bylo jeho oblíbeným nápojem. Na tento úkon byl pozorován náznak spolupráce a polykání. Rodina byla o bazální stimulaci důkladně informována a přinesli z domova fotografie klientova oblíbeného kocoura, se kterým rád odpočíval. Tyto fotografie pak rozvěsili nad postel, aby byl stimulován tím, co vidí. Aby byla zapojena i taktilně – haptická stimulace, dostal do rukou svou starou černou beranici. Třetí den již cíleně fixoval očima, snažil se o artikulaci a zlepšila se hybnost pravé horní končetiny. Čtvrtý den se u klienta

objevily subfebrilie a celý den prospal. Tento den byl stagnační. Pátý den byl ve znamení velkého pokroku. Klient zřetelně odpověděl paní doktorce na pozdrav při ranní vizitě a to zopakoval i vedoucímu lékaři, za kterým dokonce otočil hlavu. Pokračoval tím, že začal polykat tekutou i polotuhou potravu. Po dohodě s vedoucím lékařem byl porušen provozní řád nemocnice a klientovi byla zapálena jeho oblíbená cigareta. Klient silně potáhl a kouř vyfoukl. Radost všech byla veliká. I po přeložení klienta na jiné pracoviště byl udržován kontakt s rodinou. Velkým přáním klienta bylo dostat se domů. To se mu také i splnilo (Borýsková, 2006, s. 342).

## 2.2 KAZUISTIKA 2

Žena, 17 let.

Klientka byla přijata k paliativní péči v persistentním koma vigile po hypoxickém postižení mozku. Byla nutná umělá plicní ventilace. U klientky byla prováděna taktilně - haptická stimulace. Horní končetiny měla klientka v obdukci a flexi v loketním kloubu, v lokti měla flexní kontraktury. Stimulace byla prováděna devět dnů. Při stimulaci docházelo k nárůstu Glasgow coma scale ze čtyř na šest bodů. U klientky docházelo k občasné oční fixaci předmětů, spasticita končetin však stále přetrvávala. Během stimulace dokázala klientka uvolnit končetiny až o 15 centimetrů. Pozitivní reakce na známé předměty vyjadřovala motorickým pohybem levé dolní končetiny. Pozitivní reakce na stimulaci se objevovaly během stimulace a deset minut po ní. Avšak hodinu po stimulaci klientka již na stimulaci nereagovala. Během bazální stimulace se povedlo převést klientku z umělé plicní ventilace na spontánní dechovou aktivitu pomocí tracheotomie (Machálková, 2011, s. 198-199).

## 2.3 KAZUISTIKA 3

Žena, 15 let.

Klientka byla přijata na kliniku dětské onkologie v závažném stavu s poruchou vědomí. Lékařská diagnóza byla akutní myeloidní leukémie. Klientka byla dlouhodobě na umělé plicní ventilaci po respirační insuficienci, měla sakrální dekubit, tracheotomii, difuzní mozkovou atrofii, encefalopatii a kvadruparézu končetin s neuropatickou bolestí. Klientka byla somnolentní, navázání kontaktu bylo obtížné.



S klientkou byla hospitalizována maminka. Otec dojížděl 1 až 2 x týdně. První den bazální stimulace začal seznámením s maminkou a jejím informováním v čem spočívá ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace. Maminka byla požádána, aby otec dovezl z domova několik věcí klientce blízkých. Samotná stimulace začala zavedením iniciálního doteku. První den byla z nastavbových prvků použita taktilně – haptická stimulace, kdy byl klientce do rukou na hrudníku položen plyšový medvídek. Druhý den otec dovezl z domova několik věcí. Byl vyzdoben pokoj klientce známými obrázky a fotkami. Otec také dovezl její oblíbenou hudbu a knihy, které četla před spaním. Tyto knihy nyní četla klientce večer matka. V dalších dnech byla nabídka nastavbových prvků v bazální stimulaci rozšiřována. Optickou stimulaci zajišťovala výzdoba pokoje – plyšové hračky, plakáty oblíbené skupiny, fotografie. Klientka poslouchala oblíbenou hudbu, byly jí čteny knihy a časopisy, což zajišťovalo auditivní stimulaci. Od prvního týdne byla používána také orální stimulace. Klientka pozitivně reagovala na čištění zubů a vytírání dutiny ústní džusem. Maminka jí vkládala do úst kousky pochutin. Klientka vnímala také vůně a pachy. Nelibě reagovala na pach dezinfekce. Umývána byla svým toaletním mýdlem se známou vůní. Klientka bývala hlavně v noci velmi neklidná. Negativně reagovala na katétry a nasogastrickou sondu. Tyto projevy se zmírnily po vložení do rukou malých míčků nebo plyšové hračky. Postupně se aktivity klientky rozšiřovaly. Stavěla kostky, obracela listy v časopise, navlékala korálky, ovládala klávesnici u počítače, až byla schopna i sama udržet lžičku a najíst se. Po téměř půlroční hospitalizaci a čtyřech měsících používání bazální stimulace byla klientka propuštěna ke krátkodobému ošetřování do domácí péče (Drápalová, 2009, s. 269-271).

#### 2.4 KAZUISTIKA 4

Žena, 22 let.

Klientka byla přijata na neurologickou JIP s diagnózou difuzní atonální poškození mozku, mozková kontuze a zlomenina ulny pravé horní končetiny. Nacházela se ve vigilním kómatu, mírně neklidná, rozrušoval ji jakýkoliv pohyb. Měla zavedenou nasogastrickou sondu, permanentní močový katétr a periferní žilní katétr a na pravé horní končetině sádrou fixaci. Nasogastrická sonda ji vadila a snažila se o její odstranění. První den musela mít klientka přikurtovanou levou horní končetinu

k postranici, protože byla neklidná a hrozilo vytažení nasogastrické sondy. Proto bylo cílem orální stimulace vyvolat polykací reflex. Klientka měla ráda čokoládu, a proto jí byl vložen do úst cucací váček namočený do čokoládového Fresubinu. Ten jí ovšem nechutnal a plivala jej. V noci se podařilo klientce sondu vytáhnout a tak se další den v orální stimulaci intenzivně pokračovalo. Byla provedena stimulace obličeje, což se jí líbilo a usmívala se. Výživa byla zvolena kojenecká. K té dostala i přivonět a tím byla zapojena i olfaktorická stimulace. Klientka snědla asi polovinu výživy, pít však odmítala. Poté přišla návštěva, která byla poučena o bazální stimulaci a byla sepsána biografická anamnéza. Rodina byla požádána o donesení věcí klientce blízkých, včetně stravy. Na rodiče klientka reagovala negativně, neotevřela oči ani se nepohnula. Odpoledne snědla klientka jogurt, ústa otevírala sama a usmívala se. Rodiče z domova donesli plyšového medvídka, který byl použit k taktilně – haptické stimulaci. Medvídek byl vkládán klientce do levé horní končetiny, později si jej sama vzala. Začínala fixovat očima, položenou ruku jiné osoby cíleně chytala a držela. Třetí den byly kolem lůžka rozvěšeny obrázky koní a položeno několik věcí z klientčina pokoje. Byla jí pouštěna oblíbená hudba, na kterou reagovala celkovým zklidněním a úsměvem. Při příjmu potravy začala spolupracovat, tekutiny přijímala z kojenecké láhve, dudlík sála a kousala. Namísto mleté stravy byla objednána tuhá, kterou také bez problémů snědla. K plyšákům se tulila a usínala s nimi. Čtvrtý den donesli rodiče fotoalba. Společně s dcerou je prohlíželi a vyprávěli jí o jejích minulých zážitcích. Na rodiče již reagovala pozitivně. Dokázala vyslovit jen několik slov, a proto byl pozván logoped. Pátý den byla klientka depresivní, spolupracovala jen částečně. I přesto došla do koupelny, kde si nechala provést hygienickou péči. Sama si řekla na stolicí, a proto jí byl odstraněn i permanentní močový katétr. Bohužel se odpoledne pomočila a musel jí být znovu zaveden. Přes veškerou snahu, v tento den, klientka raději spala. Pátý den se již sama osprchovala a vyčistila si zuby. Ráda se nechávala mazat a vonět. Močový katétr jí byl opět odstraněn, tentokrát úspěšně. Nachystanou stravu začala jíst sama a v ruce udržela i hrnek. S logopedkou začala trénovat řeč. Následující den klientka zvládla zcela sama hygienu i snídani. Následovalo procvičování řeči a obnovování jejích předchozích dovedností. Klientka za několik dní udělala až neuvěřitelný pokrok. Zvládla přečíst krátkou básničku, pojmenovávala obrázky (Plačková, 2009, s. 5-7).

## 2.5 KAZUISTIKA 5

Žena, 92 let.

Klientka byla přijata k paliativní péči. Byla ležící, inkontinentní, soběstačná s dopomocí. Někdy bývala zmatená v čase, plačtivá. U klientky se prováděla auditivní stimulace pro její smutnou a plačtivou náladu. Po zjištění autobiografické anamnézy bylo rozhodnuto pro auditivní stimulaci využít vypravování, sledování a poslech televize. Zapojovala se také sociální pracovnice, která si s klientkou povídala a hrála jí na harmoniku. Ze začátku stimulace byla klientka pasivní. Stýskalo se jí po domově, z toho důvodu byla plačtivá a vyprávění o rodině ji občas rozrušilo. Postupně začala klientka spolupracovat, zapojovala se do konverzace, dokonce si během dne i zpívala. Výraz obličeje se zcela změnil, usmívala se a na všechny byla milá (Machálková, 2011, s. 200-201).

## 2.6 KAZUISTIKA 6

Žena, 26 let.

Klientka byla přijata do Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa s diagnózou vigilní koma. Ihned po přijetí byla započata bazální stimulace. Denně byly u klientky využívány nastavbové prvky bazální stimulace. Oblékána byla do vlastního prádla a na hygienu byly používány osobní hygienické potřeby. Orální stimulace byla prováděna pomocí oblíbené pasty a kartáčku. V pokoji kolem sebe měla fotografie svých nejbližších, obrázky a různé předměty přinesené z domova. Mívala zapnutou televizi. V přítomnosti přítele byla posazována do speciálního vozičku. Při pěkném počasí ji na něm vozil na vyjížďky ven do okolí hospice. Taktilně – haptickou stimulaci zajistily předměty vkládané do rukou, auditivní puštěné rádio nebo poslech oblíbeného CD. U klientů ve vigilním komatu není prognóza příznivá, avšak smyslem a základním pravidlem paliativní péče je lidská důstojnost a tu by ani lidé ve vigilním komatu neměli ztrácet (Šándrová, 2008, s. 8-9).

## 2.7 KAZUISTIKA 7

Muž, 22 let.

Klient byl hospitalizován na ARO oddělení po autonehodě. Diagnóza zněla kraniocerebrální poranění, traumatický edém mozku, impresivní fraktura frontotemporálně, fraktura stropu očnice, stav po respirační insuficienci a respirační pneumonii, levostranná hemiparéza. Byl na umělé plicní ventilaci, relaxován a analgosedován. Od třetího pooperačního dne byla započata bazální stimulace. Do péče se aktivně zapojili rodiče a sourozenec. Ochotně přinesli požadované pomůcky. Stimulace orální, auditivní, olfaktorická a taktilně – haptická probíhala denně. Od sedmého dne byl klient bez analgosedace a relaxace, polykal a vyhověl jednoduché výzvě. Osmý den byla zapojena i optická stimulace, protože klient otevřel oči. Také pohyboval pravou horní a dolní končetinou, pokoušel se o pohyb levou horní končetinou a vyslovil jednoduché slovo. Dvanáctý den, pokud bylo zapojeno více smyslů, byl schopen pojmenovat, co právě drží v ruce a snažil se malovat jednoduché tvary. Udržoval kontakt s okolím a skládal obrázky podle děje. Devatenáctý den byl klient přeložen do jiné nemocnice, ale rodiče nadále pokračovali ve stimulaci svého syna (Špičková, Slámová, Hocková, 2008, s. 26).

## 2.8 KAZUISTIKA 8

Dívka, 8 let.

Klientka byla přijata na dětskou JIRP ve stavu koma vigile kvůli pobytu v hyperbarické komoře a bazální stimulaci. Tento stav vznikl poúrazově. Diagnózy byly polytrauma, difuzní poranění mozku s následným anoxickým poškozením, intracerebrální krvácení, subarachnoidální krvácení, figura lebky, zlomenina pánve, rádia aosteosyntéza levého předloktí, hemiplegie. Zornice nereagovaly, byly izokorické. Dívka ventilovala spontánně přes tracheotomickou kanylu s O<sub>2</sub>. Měla zavedený močový katétr, nasogastrickou sondu a centrální žilní katétr. Na levé ruce měla sádrou fixaci a omezenou hybnost pánve. Bazální stimulace byla prováděna od prvního dne. Do ošetrovatelské péče byla naplno zapojena maminka a nepolevila

ani při negativních reakcích své dcery. Stav vědomí se začal u klientky postupem času zlepšovat, začala komunikovat očima a pohled a výraz očí se změnil. Pátý den byl vytažen močový katétr. Nucení na močení šlo rozpoznat z výrazu očí a obličeje. Devátý den byla odstraněna také tracheostomická kanyla a centrální žilní katétr. V rámci bazální stimulace byla umožněna i canis terapie. Přivedený pes u klientky vyloudil první úsměv. Pomocí orální stimulace byla rozvíjena pohyblivost jazyka a polykací reflex. Prováděna byla štětičkou nebo prstem namočeným v Nutelle či jogurtovém mléce. Příjem potravy byl postupně zvyšován. Klientce byly podávány nejdříve pochutiny. Brzy zvládala kašovitou a pak i tužší stravu. Sedmnáctý den bylo možné odstranit i nasogastrickou sondu a hlavně v hyperbarické komoře se pomalu zlepšovaly řečové schopnosti. Dvacátý den cíleně otevírala ústa a dvacátý první den řekla první nesrozumitelné slovo. V následujících dnech byla schopná říct i věty. Dvacátý osmý den byla ukončena léčba v hyperbarické komoře. V té době již klientka zvládala čtení, psaní, s pomocí maminky se najedla a napila. S radostným výrazem vítala všechny návštěvy. Klientka byla poté přeložena do rehabilitačního ústavu, kde pokračovala v rekonvalescenci (Bártová, Sikorová, 2008, s. 34).

## 2.9 KAZUISTIKA 9

Muž, 19 let.

V domově pro osoby se zdravotním postižením byl hospitalizován ve čtyřech letech. Diagnostikována mu byla dětská mozková obrna se spastickou kvadruparézou, hlubokou mentální retardací a pravděpodobnou slepotou. Rodiče jevíli zájem o syna pouze formální. Předtím, než byla započata bazální stimulace, trávil klient většinu času v lůžku, byl lekavý, vyživován byl z kojenecké láhve. Na hluk reagoval psychomotorickým neklidem. Neměl žádný úchopový reflex. Bazální stimulace byla započata iniciálním dotekem. Taktilně – haptické stimulace bylo využíváno i při koupeli, kdy si mohl klient pomůcky k hygienické péči osahat. Z auditivní stimulace bylo využíváno pouze vyprávění. Na hudbu byly jeho reakce nelibé. K orální stimulaci bylo ožito cucacích váčků s karamellem, bomparou ,atd. Na tuto stimulaci reagoval pozitivně. Díky bazální stimulaci se u klienta zlepšil příjem potravy a celkové prospívání. Rozšířily se mu obzory a komunikovat začal pomocí taktilně – haptické stimulaci. Občas se klient projevil úsměvem (Řehořková, 2012, s. 29-30).

## 2.10 KAZUISTIKA 10

Žena, 40 let.

Klientka byla přijata na oddělení LDN k dlouhodobé ošetrovatelské péči. Základní diagnóza byla stav po ruptuře aneurysmatu. Při příjmu byla ležící, otevírala oči, nemluvila, nekomunikovala, motoricky neklidná, inkontinentní, nevidomá. Stav zhodnocen jako koma vigile. Doprovod klientce dělala sestřenice, která byla určena jako opatrovnice. Klientka byla krmena mletou stravou a tekutiny přijímala z kojenecké láhve. Dle sestřenice klientka nemluví, jen hučí, ale i přesto personál automaticky mluvil přímo s klientkou. Se sestřenicí byla sepsána biografická anamnéza, byl jí vysvětlen princip konceptu bazální stimulace a byla požádána o přinesení osobních věcí klientky z domova. Například ponožky, pyžamo, zubní kartáček, parfém, CD přehrávač. Bazální stimulace byla opět započata iniciální dotekem. Problém nastal při práci kolem klientčiny hlavy. Protože měla kraniotomii, reagovala neklidem a hučením vždy, se prováděla jakákoliv činnost kolem její hlavy. Problém vyřešila háčkovaná čepice, donesená jednou z ošetřujících sester. Ta zajistila pocit bezpečí. Při prvním nasazení si klientka, k překvapení všech, dala dokonce sama vlasy za ucho. Dle anamnézy se klientka ráda líčila, a proto jí byly rty nalíčeny rtěnkou. Po nanesení, klientka rty o sebe otřela. K orální stimulaci byly používány hlavně sušenky a zrnková káva. Klientky oblíbené pochutiny. Postupně byla klientka schopná najíst se sama a s ohledem na její slepotu jí byl zajištěn speciální obrubník na talíř, zabraňující vypadávání jídla z talíře. Dále bylo procvičováno získávání informací pomocí doteku s věcmi. Materiál byl vybírán s různým povrchem. Hrbolatý, hladký nebo studený a měkký. Postupy byly obměňovány, aby nedošlo ke ztrátě zájmu ze strany klientky. Například byla klientka informována, že dostane do ruky hřebek a jaké je barvy. Mohla si jej osahat a poté byla její ruka vedena k vlasům a byla požádána, aby se učesala. Tyto nácviky trvaly šest týdnů a výsledek byl takový, že klientka poznávala předměty denní potřeby a k čemu se užívají. Nejpříjemnější stimulací jak pro klientku, tak pro personál, byla auditivní. Hudba působila na klientku uklidňujícím efektem. Protože trpěla afázií, melodie vyťukávala prsty. Během tří měsíců udělala klientky velký pokrok. Výrazně se účastnila na hygienické péči, sama si vyčistila zuby,

postavila se na nohy, v lůžku sama mění polohy, rozuměla otázky a provedla požadovaný úkon. Dokonce začala vyslovovat slabiky (Lišková, 2004, s. 8-10).

## 2.11 KAZUISTIKA 11

Muž, věk neuveden.

U klienta byla diagnostikována hluboká mentální retardace. Byl schopný velmi malé sebeobsluhy, ale plně mobilní. Jedl měkkou stravu, protože měl problémy se zuby a to vždy u speciálního stolu, který byl dále od ostatních klientů. Sám si dokázal vložit do úst předem nachystané a nakrájené jídlo a napít se z hrnku, který mu musel být přidržován, aby ho nevyplil rychle a najednou. Trpěl inkontinencí. Komunikoval pouze křikem při úzkosti či bolesti, radost vyjadřoval úsměvem a jástem. Viděl jen do vzdálenosti dvaceti centimetrů. S klientem byla bazální stimulace prováděna často. Lidská přítomnost mu nevadila a vyhledával ji. Měl rád, když se ho někdo dotýkal a hladil ho. Nejvíce se mu líbily masáže s použitím éterických olejů. Měl rád bazén, kam chodil sám nebo s pracovníci, která s ním v bazénu cvičila. Líbilo se mu také v tělocvičně, kde se mohl dotýkat předmětů různých velikostí, tvarů, materiálů a zvuků. Taktilně – haptická stimulace spočívala v tom, že mohl tyto předměty zakusit končetinami, ale i na ostatních částech těla. Oblíbené měl masážní křeslo a vodní postel. Orální a olfaktorickou stimulací pro něj bylo společné vaření. Díky bazální stimulaci byl klient méně agresivní a více spolupracoval. Měl možnost poznávat a uvědomovat si své tělo a okolí (Kosová, 2009, s. 39-40).

## 2.12 KAZUISTIKA 12

Žena, 20 let.

Klientka byla přijata do nemocnice po autonehodě. Její diagnóza byla polytrauma, kontuze a otok mozku, epidurální hematom a zlomenina pánve. Druhý den od přijetí byla klientce provedena dekompresní kraniotomie a komorová drenáž. Kontraindikováno bylo polohování. S bazální stimulací bylo započato osmý den hospitalizace. Bylo zvoleno místo iniciálního doteku. Rodina chodila na návštěvu každý den, ale klientka byla prozatím nekontaktní, chvílemi neklidná, pohybovala horními i dolními končetinami. Třetí den, kdy byla ošetřována pomocí bazální

stimulace, byla zcela odtlumena. Porucha vědomí však přetrvávala, klientka vyhověla jen jednoduché výzvě. Šestý den bylo možná klientku začít polohovat. Osmý den došlo k malému zlepšení. Klientka na výzvu stiskla ruku a snažila se polykat. Pozitivně reagovala při návštěvě přítele, který s ní mluvil, dotýkal se jí, pouštěl oblíbenou hudbu a voněl vůní, kterou znala. Jedenáctý den byla schopná sledovat okolí a kývala na dotaz. Bohužel po odchodu návštěv se její stav opět zhoršoval. Bývala neklidná, vyhověla až opakované výzvě. I tak se dařilo krmení a odpojování od ventilátoru. Stále byl nutný nepřetržitý dohled. Dvacátý první den byla klientka přeložena. I když pokrok u klientky nebyl velký, díky zaučení rodiny v bazální stimulaci, bylo nemožné v ní pokračovat i nadále (Vuová, 2006, s. 7-8).

## 2.13 KAZUISTIKA 13

Chlapec, 9 let.

Chlapec byl klientem pomocné školy, 3. ročníku. Jeho diagnóza byla těžká mentální retardace, hypotonický syndrom, psychomotorická retardace, negativismus, stav po dětské mozkové obrně. Doma bydlel s rodiči a sestrou. Zvládal samostatně chůzi na kratší vzdálenosti, ale sám se ze sedu nepostavil. Nekomunikoval, jen vyslovoval hlásky. Pravou rukou sám uchopil předmět. Dokázal jíst běžnou stravu. Při jídle byla nutná asistence. Potřeboval pomoc při oblékání, vyprazdňoval se do plen. Pro auditivní stimulaci byly u chlapce používány hračky se zvukovými efekty a hudební nástroje. Hračky si dokázal sám zapnout a přikládal si je k uchu. Pozitivní reakce vyjadřoval úsměvem. Při hře na kytaru doprovázel hrou na jiný nástroj. Měl velký smysl pro rytmus. Při optické stimulaci byla používána především leporela se třpytivými obrázky. Ty si klient prohlížel a hladil je. Velmi rád také zkoumal boty. Dále byla u chlapce prováděna taktilní stimulace. Trénoval stoj a chůzi na taktilním chodníčku. K této činnosti bylo nutno jej motivovat. Raději se z místa na místo přesunoval posouváním po zemi. Haptickou stimulaci zajišťovaly teplé kamínky ve vaničce. Rád je rozhazoval, tudíž byl nutný dohled. Chlapec byl celkově velmi zvědavý a šikovný, ale bohužel málo spolupracoval při činnostech, které se mu nelíbily. Potom se vztekal a byl agresivní. V těchto chvílích mu byly nabízeny oblíbené činnosti. Nejraději měl pyramidu zážitků. Od té ovšem potom nebylo možné jej odtrhnout, tudíž mu byla pouštěna především za odměnu po vykonané práci. Jen před svačinou byl ochotný



od pyramidy odejít. Celkově reagoval chlapec na stimulaci dobře. Nejlépe na auditivní. V průběhu docházky do školy udělal velké pokroky, především v chůzi a rozvoji jemné motoriky (Šišovičová, 2009, s. 52- 55).

## ZÁVĚR

Cílem přehledové bakalářské práce bylo informovat o nastavbových prvcích stimulace v konceptu bazální stimulace a o jejich využití. Po stanovení cílů bylo k danému tématu dohledáno množství odkazů a to v různých databázích a vyhledávačích. Vybrané a vyhovující články se v názorech na dané téma shodují a doplňují.

Prvním cílem bylo informovat, v čem spočívá stimulace pomocí nastavbových prvků stimulace v konceptu bazální stimulace. Plněním tohoto cíle se zabývá první kapitola. Podkapitoly první kapitoly rozebírají jednotlivé prvky nastavbové stimulace. Optickou stimulaci, auditivní stimulaci, orální stimulaci, olfaktorickou stimulaci a taktilně – baltickou stimulaci. K tomuto účelu byly využity tři články. Autorky FRIEDLOVÁ, KLIČKOVÁ a MĚRKOVÁ s BUDÍKOVOU se ve svých názorech shodují a doplňují. Ačkoliv se koncept bazální stimulace nadále vyvíjí, jeho princip je neměnný a proto se ani informace o něm nemohou rozcházet.

Druhým cílem bylo informovat o možnostech využití nastavbových prvků stimulace v konceptu bazální stimulace a to pomocí dohledaných kazuistik. Druhá kapitola dokládá jednotlivé kazuistiky. Využití nastavbových prvků stimulace je rozmanité. Autorky VUOVÁ a PLAČKOVÁ uvádějí kazuistiky u klientů po polytraumatu. Péče o tyto pacienty je často namáhavá a zdlouhavá. Díky bazální stimulaci je možné tyto klienty rychleji navrátit do běžného života. Zdravotnickému personálu pomáhá navázat kontakt s klientem a příbuzní klienta jsou vděční, že pro svého blízkého mohou něco udělat. KOSOVÁ ve svém článku poukazuje na využití nastavbových prvků stimulace u klientů s mentální retardací. Dříve u těchto klientů byla prováděna jen nejnútnejší péče. Hlavní pomocí, kterou bazální stimulace zajistí, je celkové zklidnění těchto klientů. Uvědomují si sami sebe a své okolí a jsou schopni se do určité míry vzdělávat. MACHÁLKOVÁ uvádí kazuistiky u klientů v paliativní péči. Nastavbové prvky stimulace zkvalitňují jejich život. I lidé nevléčitelně nemocní chtějí kvalitně žít a ne jen ležet a takzvaně čekat na smrt. Stejně jako u klientů s mentální retardací lze nastavbové prvky využít také u klientů po dětské mozkové obrně. Tímto tématem se zabývala ŘEHOŘKOVÁ a také ŠIŠOVIČOVÁ. Ta se ve své práci zaměřila na klienty navštěvující pomocnou školu. Pomocí nastavbových prvků stimulace se rozšiřují možnosti komunikace s klienty, kteří onemocněli dětskou mozkovou obrnou. Kazuistiku z prostředí dětské onkologie předkládá DRÁPALOVÁ. Zde je velkým

přínosem podrobná biografická anamnéza od rodičů. Pro ty je velmi zničující vidět své dítě nemocné a bazální stimulace jím dává možnost dělat pro ně maximum. Kazuistiku o malém děvčeti po polytraumatu předkládají také BÁRTOVÁ se SIKOROVOU. I zde měli nastavbové prvky stimulace vliv na rychlejší uzdravení a navrácení do života. Perzistentní vegetativní stav nemusí být vždy konečná diagnóza, se kterou nelze nic dělat. O tom nás v kazuistice přesvědčila ŠÁNDROVÁ. Podle dohledaných publikovaných článků jsou nejčastěji používány nastavbové prvky stimulace u klientů s intrakraniálním postižením. Kazuistiky dokládají LIŠKOVÁ, BORÝSKOVÁ, ŠPIČKOVÁ se SLÁMOVOU a HOCKOVOU. Všechny autorky se shodují na tom, že bazální stimulace má pozitivní vliv na život klientů i jejich rodin. Pro zdravotnický personál je práce s konceptem náročná a to především po psychické stránce, protože si s klientem, o kterého pečují, vytvoří užší pouto. Vše jim ale samozřejmě vynahradí pohled na rychle se uzdravujícího klienta. A to mohu ze své zkušenosti potvrdit.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTOVÁ, Táňa; SIKOROVÁ, Renáta, 2008. Bazální stimulace a hyperbaroxie – základ úspěchu. *Sestra*, roč. 18, č. 5, s. 34. ISSN: 1210 – 0404.
2. BORÝSKOVÁ, Hedvika, 2006. Jak málo a přitom tak moc. První zkušenosti s konceptem bazální stimulace. *Diagnóza v ošetřovatelství*, roč. 2, č. 9, s. 342. ISSN: 1801 – 1349.
3. DRÁPALOVÁ, Romana, 2009. Využití konceptu bazální stimulace. *Pediatric pro praxi*, roč. 10, č. 4, s. 269 – 271. ISSN: 1213 – 0494.
4. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské praxi. Praha, Grada, 2007, s. 13 – 16. ISBN: 978 – 80 – 247 – 1314 – 4.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2011. Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Nástavbový kurz bazální stimulace. Nástavbový modul II. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, s. 10 – 15.
6. KLIČKOVÁ, Hana, 2007. Bazální stimulace v ošetřovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Brno, 2007, bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství, s. 27 – 32.
7. KOSOVÁ, Karolína, 2009. Alternativní metody práce s osobami s mentální retardací. Olomouc, 2009, bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci,

cyrilometodějská teologická fakulta, katedra křesťanské sociální práce, s. 39 – 40.

8. LIŠKOVÁ, Marcela, 2004. Bazální stimulace u pacientky s dg. stav po kraniocerebrálním krvácení. *Sestra*, roč. 14, č. 12, s. 8 – 10.
9. MACHÁLKOVÁ, LENKA, 2011. Využití konceptu bazální stimulace v paliativní péči. V: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta v Martině, s. 198 – 199; 200 – 201. ISBN: 978 – 80 – 89544 – 00 – 4.
10. MĚRKOVÁ, Veronika; BUDÍKOVÁ, Martina, 2006. Bazální stimulace. Uherské Hradiště, 2006, středoškolská odborná práce. SZŠ Uherské Hradiště, obor: 14 pedagogika, psychologie, sociologie a problematika volného času. 40 – 48.
11. PLAČKOVÁ, Romana, 2009. Bazální stimulace. *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 5, č. 4, s. 5 – 7. ISSN: 1801 – 1349.
12. ŘEHOŘKOVÁ, Šárka, 2012. Využívání bazální stimulace u osob se zdravotním postižením. Čelákovice, 2010, absolventská práce (Dis.). Vyšší odborná škola, střední odborná škola a základní škola MILLS, s.r.o., s. 29 – 30.
13. ŠÁNDROVÁ, Ilona, 2008. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra*, roč. 18, č. 9, s. 8 – 9. ISSN: 1210 – 0404.

14. ŠIŠOVIČOVÁ, Eva, 2009. Bazální stimulace u dětí s kombinovaným postižením. Brno, 2009, diplomová práce. Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky, s. 52 – 55.
  
15. ŠPIČKOVÁ, Ludmila; SLÁMOVÁ, Hana; HOCKOVÁ, Jana, 2008. Šest let bazální stimulace. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 4, č. 5, s. 26. ISSN: 1801 – 1349.
  
16. VUOVÁ, Markéta, 2006. Bazální stimulace v praxi. Multidisciplinární péče, roč. 1, č. 4, s. 7 – 8. ISSN: 1802 – 0658.