

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Barbora Halušková**

**Biografická anamnéza: stimulují se pacienti pro ně  
známými podněty?**

*Biographical anamnesis: are patients stimulated by  
known incentives?*

*Bakalářská práce*

Praha, 2019

Autor práce: Barbora Halušková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **Bc. Helena Dvořáková, Dis.**

Pracoviště odborného konzultanta: **Praxisbegleiter für Basale Stimulation® in der Pflege Kursleiter für Basale Stimulation® in Therapie und Pädagogik**

Předpokládaný termín obhajoby: 26. 6. 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 26. června 2019

Barbora Halušková

## **Poděkování**

Velmi děkuji mé vedoucí práce, Mgr. Renatě Vytejškové, za vedení a pomoc při vypracovávání mé bakalářské práce. Také děkuji za cenné připomínky a rady.

Děkuji Bc. Heleně Dvořákové za nadchnutí pro koncept Bazální stimulace po absolvování základního a nastavbového kurzu. Děkuji za pomoc při výběru tématu a za odbornou konzultaci.

Velmi bych chtěla také poděkovat všem respondentům, kteří mi byli ochotni vyplnit biografickou anamnézu.

Děkuji své rodině a přátelům za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali v průběhu celého studia.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	8
<b>1. BAZÁLNÍ STIMULACE®</b> .....	8
1.1 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	9
1.2 DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE® A DESET CENTRÁLNÍCH EVROPSKÝCH CÍLŮ .....	11
<b>2. BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA</b> .....	12
2.1 HISTORIE VÝVOJE PRÁCE S BIOGRAFIÍ KLIENTA .....	14
2.2 POLOŽKY VYPLŇOVANÉ V BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZE .....	15
2.3 PŘEDPOKLADY PRO ZÍSKÁNÍ A VYHODNOCENÍ BIOGRAFICKÝCH DAT .....	19
2.4 BAZÁLNÍ STIMULACE® A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	20
2.4.1. <i>Smysl a účel práce s biografii</i> .....	21
2.4.2 <i>Přímá péče s biografii</i> .....	21
2.5 ZDROJE BIOGRAFICKÝCH DAT V BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZE .....	22
2.6 DOKUMENTAČNÍ SYSTÉM.....	25
<b>3. ZÁKLADNÍ METODY BAZÁLNÍ STIMULACE®</b> .....	26
3.1. SOMATICKÁ STIMULACE.....	27
3.1.1. <i>Polohování</i> .....	28
3.1.2. <i>Koupele</i> .....	32
3.2. VIBRAČNÍ STIMULACE.....	36
<b>4. NÁSTAVBOVÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	37
4.1. TAKTILNĚ HAPTICKÁ STIMULACE.....	37
4.2. OLFAKTORICKÁ STIMULACE .....	38
4.3. ORÁLNÍ STIMULACE .....	39
4.4. OPTICKÁ STIMULACE .....	39
4.5. AUDITIVNÍ STIMULACE .....	40
<b>5. UPLATNĚNÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE® V PRAXI</b> .....	41
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	44
<b>6. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	44
6.1. CÍL PRÁCE.....	44
6.2. HYPOTÉZY PRÁCE .....	44
<b>7. METODIKA</b> .....	45
<b>8. VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	46
8.1. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	46
8.2. VYHODNOCENÍ OTÁZEK, TÝKAJÍCÍCH SE SPRÁVNOSTI ZVOLENÍ PODNĚTŮ .....	47
<b>9. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ</b> .....	75
<b>10. DISKUZE</b> .....	79
<b>11. ZÁVĚR</b> .....	81
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	83
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	86
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	87
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	88
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	89

<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>90</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>91</b>

## Úvod

*„Podstatu práce sester tvoří tři složky. Rozum, srdce a její ruka. Rozum ruku vede, srdce ji dává jemnost. Žádná z těchto složek nesmí přerůst, nesmí mizeti.“*

*(Prof. Arnold Jirásek, Ošetřování chirurgických nemocných, 1946)*

(Mgr. Renata Vytečková, Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část, 2011, str. 11)

Téma své bakalářské práce týkající se Bazální stimulace® jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku. Po absolvování základního a nástavbového kurzu Bazální stimulace® pod vedením Heleny Dvořákové mě tento koncept nadchl a začala jsem jeho prvky zařazovat i do mé praxe. Bohužel nepracuji na pracovišti, kde by se dal koncept uplatňovat komplexně. Do kurzů jsem se přihlásila na základě osobní zkušenosti s tímto konceptem, kdy rodinný známý prodělal v 31 letech vážnou autonehodu. Lékaři mu nedávali velké šance. Jeho přítelkyně se ale nevzdala, bojovala o to, aby o něho bylo pečováno v konceptu Bazální stimulace®. V průběhu 5 let jsem měla možnost sledovat jeho změny stavu k lepšímu, kdy největší pokrok udělal během první roku a půl. Z ležícího pacienta, který na nic nereagoval, se změnil v chodícího klienta, který je schopen s pomocí obsloužit.

Konkrétně jsem zvolila téma týkající se biografické anamnézy. Biografickou anamnézu za pacienty vyplňuje rodina či přátelé v tom největším stresu, kdy mohou být právě otřeseni náhlou změnou stavu pacienta.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda se pacienti zařazení v konceptu Bazální stimulace®, stimulují pro ně známými podněty.

## **Teoretická část**

### **1. Bazální stimulace®**

Jedná se o stimulační koncept, zaměřen na komunikaci interakci a vývoj, zaměřující se na veškeré lidské potřeby, jedná se o takzvaný holistický přístup k jedinci. Koncept nabízí možnost k uspořádání životních podmínek u lidí s těžkým postižením, tak aby byla zachována podpora jejich vývoje. (1)

Tento koncept byl vytvořen na základě poznatků z pedagogiky, filozofie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a také ošetrovatelství. Primárním principem je zprostředkování vjemů těla člověka, stimulovat vnímání organismu, tím se mu umožní lepší vnímání okolního světa, to podporuje možnost navázání komunikace. (1)

Mezi základní prvky tohoto konceptu spadá pohyb, komunikace a vnímání. Tyto prvky nejsou samostatné jednotky, ale je nutné myslet na jejich úzké propojení. Klient je brán jako partner a respektují se jeho zachovalé schopnosti ve vnímání, komunikaci a pohybu. (1) (15)

Pro ošetrovatelský tým znamená koncept Bazální stimulace® rozšíření ošetrovatelských kompetencí. O integraci vhodných technik konceptu do ošetrovatelské péče rozhodne ošetřující na základě analýzy klientova mentálního i somatického stavu. Stimulující techniky se mění či přidávají na základě vývoje stavu klienta. Koncept Bazální stimulace® velmi přispěl ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, podpořil tak i potřebu ošetrovatelského výzkumu. (16)

Pro stav pacienta je velmi důležitý vliv jeho okolí. Destimulující prostředí vede k senzomotorické deprivaci a následkem může vzniknout sekundární poškození mozku. (16)

Lůžko je velká součást pacientova prostředí a mnohdy také jediným prostorem, ve kterém se odehrávají všechny činnosti (hygienická péče, přijímání potravy, přijímání návštěv, je i místem odpočinku a aktivity). Pohodlnost lůžka může zvýšit kvalitu pacientova prožívání a vnímání. Možnost polohování s jednotlivými částmi lůžka podpoří lepší orientaci v prostoru. S orientací souvisí schopnost komunikace s prostředím a také pohybová aktivita pacienta. (16)



## ***1.1 Historie konceptu Bazální stimulace***

Profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, je autorem tohoto konceptu. Roku 1970 začal pracovat v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu, zde se staral o děti narozené s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými postiženími. V rámci doktorandského studia, pracoval 5 let na vědeckém projektu, který se zabýval těžkým postižením, bezvědomím a dlouhodobou péčí, díky kterému vypracoval koncept bazální stimulace. Andreas Fröhlich čerpal z vědeckých studií, které byly z oblasti prenatální vývojové psychologie, podporoval senzo-motorickou komunikaci. Lidské tělo je schopno vnímat a přijímat signály a také je schopno reakce prostřednictvím somatického, vestibulárního a vibračního vjemu, dokázal tak navázat velmi úspěšnou komunikaci s těmito dětmi. Fröhlich tvrdil, že i postižené děti jsou schopné vzdělání, alespoň v oblasti, která je schopna vnímat vlastní tělo, jsou schopny si osvojit různé pohybové vzorce, které jim pomohly v sebe-obsluze, podporoval děti ve vývoji a umožnil jim kvalitnější prožívání života. Alexander Fröhlich byl v letech 1994 – 2006 profesorem katedry speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau. Dříve pracoval na univerzitě v Heidelbergu, kde působil v oblasti „pedagoga duševního zdraví“. (1) (2) (3)

Koncept Bazální stimulace® byl do ošetrovatelské péče začleněn v 80. letech 20. století profesorkou Christel Bienstein, která působila jako zdravotní sestra. Mnoho let pracovala ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelské povolání v Essenu v Německu a také v oblasti intenzivní medicíny. Aplikovala tento koncept na klienty, kteří byli ve vigilním kómatu, tím dokázala úspěšnost tohoto konceptu v intenzivní ošetrovatelské péči. S profesorem Alexanderem Fröhlichem začala úzce spolupracovat v polovině osmdesátých let, zabývali se problematikou ošetrovatelské péče o lidi, kteří mají výrazně omezenou či změněnou schopnost vnímání, komunikace a pohybu. (2)

Prof. Christel Bienstein a prof. A. Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu Bazální stimulace® a vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu Bazální stimulace®, aby byl zajištěn relevantní transfer konceptu do klinické praxe. (2)

Aby se člověk mohl stát lektorem, musí absolvovat čtyři semestry studia konceptu ve vybraných vzdělávacích institucích, které jsou v zahraničí, zakončením tohoto vzdělání je úspěšně vykonaná závěrečná zkouška. Lektori jsou poté zapsáni v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace® a mají licenci, která jim umožňuje tento koncept vyučovat. Povinností držitele licence je další vzdělávání. K přímé aplikaci konceptu do ošetrovatelské péče, je nutné projít certifikovaným kurzem Bazální stimulace®, který je veden lektorem, který má zodpovědnost za správné předání a nacvičení technik konceptu.(2)

Za zmínku stojí také osoby, které stály u zrodu tohoto konceptu a začali se jím jako první v praxi zabývat a pomáhali v jeho rozvoji. Jsou to Christa Assman, Gabriele Bartoszek, T. Buchholz, Brigitte Döner, Michaela Friedhoff, Doris Hoffman, Marlis Wedde....(17)

V zahraničí je koncept zařazen do osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na většině pracovišť. Většina velkých zdravotnických zařízení a některé zdravotnické školy mají své vlastní lektory, to umožňuje průběžné školení zaměstnanců na vlastní pěst. Pro absolventy zdravotnických škol je situace řešena tak, že pokud je jeden z učitelů zároveň také lektorem konceptu, je do výuky zařazeno 24 hodin konceptu jako v základním kurzu a absolventi vystupují ze školy již s certifikátem o absolvování základního kurzu, který jim dává oprávnění aplikovat koncept v praxi. Proškolení v konceptu Bazální stimulace® se dostává zdravotním sestram, lékařům, fyzioterapeutům, ergoterapeutům, klinickým logopedům, klinickým psychologům, sociálním pracovníkům a speciálním pedagogům. (17) (22)

V České republice našel koncept Bazální stimulace® uplatnění roku 2003, přivedla ho Karolína Friedlová, v tu dobu jediná certifikovaná lektorka. Od roku 2000 se věnovala přednáškám a publikování o konceptu Bazální stimulace. V roce 2005 založila Institut Bazální stimulace® a to ve Frýdku-Místku. (9) (21)

## ***1.2 Desatero Bazální stimulace® a Deset centrálních evropských cílů***

### **Desatero Bazální stimulace®**

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě.
3. Hovořte zřetelně, jasně, a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte. Aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu a vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou je zvyklý.
7. Nepoužívejte v řeči zdobněliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.

(Zdroj: Desatero Bazální stimulace®)

### **Deset centrálních evropských cílů**

V roce 2003 autoři konceptu Fröhlich a Bienstein roku 2003 sestavili centrální cíle, pomáhající v péči a tvorbě individuálních plánů. V těchto cílech jsou zapracovány základní lidské potřeby tak, aby díky nim byly ukázány potřeby příjemce péče. Tyto cíle pomáhají vytvořit plán ošetřovatelský, terapeutický i vzdělávací. (5)

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus
5. Umožnit poznat okolní svět
6. Pomoci navázat vztah

7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci uspořádat život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
10. Objevovat svět a vyvíjet se

(Zdroj: Deset centrálních evropských cílů)

## **2. Biografická anamnéza**

Biografie je založena na popisu života osoby. Správně napsaná biografie by měla obsahovat komplexní a nezaujatý popis života dané osoby v souvislostech. Biografie bývá také vnímána jako životopis určité osoby, který napíše někdo jiný, kdo by měl jeho život shrnout nezaujatě. (35)

V souvislosti s ošetrovatelskou péčí se pojem biografie definuje jako soubor informací o osobě, která se na její tvorbě podílí aktivně, v tomto případě se jedná o autobiografii. Biografie klienta, která je vytvořena na základě jiných informačních zdrojů jako je rodina, přátelé..., poté se jedná o biografii pasivní. (35)

Bazální stimulace® je péče, která je prováděna na podkladě biografické anamnézy, pomáhá porozumět jedinci a dokázat ho doprovodit až do konce života. Nezastupitelný význam má biografická anamnéza a práce s ní a integrace příbuzných do péče. (2) (17)

Pro úspěšné zařazení prvků Bazální stimulace® do péče o pacienta je nutné znát jeho životní návyky, zvyky a prožitky. Lidé nejsou stejní a každý se jinak chová v daných situacích a jinak na ně reaguje. Každý je formován jeho sociálním okolím a prožitými situacemi. (2)

Každý pacient musí být respektován a pochopen, to znamená, že se pracuje s autonomií člověka. Koncept pracuje s biografií pacienta, respektuje jeho návyky a zvyklosti. Biografické údaje jsou podkladem ke zvolení vhodné ošetrovatelské intervence, která zohlední pacientovu individualitu. Biografické údaje se získávají od rodiny či přátel nemocného. Získané informace pomáhají pacientovi při přizpůsobení novému prostředí, kde je spousta různých zvuků, nové lůžko, kabely a hadice, které sledují pacientův stav a pomáhají v léčbě. Dotazník ohledně pacientova života, si může rodina či přátelé vyplnit doma následně si domluví

pohovor se sestrou, kde celý dotazník projdou a dořeší případné nesrovnalosti. (2)  
(9)

Z hlediska obsahu lze biografie rozdělit na:

Autobiografii, kdy klient je schopen vyprávět aktivně vzpomínky z prožitého života, obsah této biografie tvoří autentické vyprávění jedince a skupiny. (35)

Story biografii, která je používána pro shrnutí biografických údajů u klientů, kteří mají příznaky demence, kdy ve vzpomínkách již nejsou schopni kopírovat realitu. (35)

Senzobiografie, která vychází z konceptu Bazální stimulace a je souborem informací, které jsou rozděleny do samostatných sensorických oblastí (čich, chuť, hmat...), na které je tento koncept zaměřen. (35)

Biografická anamnéza, je termín, se kterým se setkáváme v ošetrovatelské praxi a v ní jsou zaznamenávány informace za života daného klienta. (35)

Pojem individuální biografie je sloučení autobiografie, story biografie a senzobiografie. Individuální biografie má, vlastní strukturu záznamu informací a svůj daný postup v zařazování prvků do plánu péče. (35)

Transkulturní biografie je souhrn informací z oblastí, ve které klienti žili a historické biografie, jejíž zahrnutí do přímé péče je velmi významná hlavně u geriatrických klientů s jinou kulturní historií, než má země, ve které prožívají své stáří. (35)

Transgenerační biografie, upozorňuje na nezbytnost znát kulturu z minulé generace vlastního národa, který prošel radikální změnou v celé společnosti. (35)

Tělesná biografie, hraje významnou roli v metodách psychoterapie a v péči, která s nimi souvisí. Poukazuje na tělesné potřeby jedince. (35)

Institucionální biografie, se v praxi využívá velmi zřídka. Je určena především pro klienty, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v institucích, které jim poskytují zázemí a péči a kde se v průběhu několika let změní několikrát složení ošetřujícího personálu. (35)

## ***2.1 Historie vývoje práce s biografií klienta***

První zmínky o práci s biografií klienta jsou zaznamenány v 70. letech 20. století a vycházejí z prvních odborných prací Erwina Böhma, který tvrdí, že chceme-li poskytovat individuální péči, je nutné znát životní příběh pacienta/klienta. Klientovi životní zkušenosti nemálo ovlivňují postoj k vlastnímu zdraví i nemoci, také poukazují na to, jak daná osoba zvládala zátěžové situace a tím formovala svou schopnost adaptovat se na nové podmínky. Na zřetel je nutné brát fakt, že čím objemnější je soubor biografických údajů, tím je možné více individualizovat ošetrovatelskou péči. (35)

Práce s biografií není míněna pouze jako shromažďování informací, ale i jejich plynulé zařazení do péče s cílem podpory schopnosti sebezpečí a soběstačnosti pacienta, ale také lepší adaptaci na nově vzniklé životní podmínky. (35)

V průběhu 70. let 20. století se v geriatrici začíná objevovat též koncept validace, který rozpracovala Naomi Feil, který se zaměřuje na techniky komunikace, pro které je získání biografických dat neodmyslitelnou součástí, je vázána na reminiscenční terapii. (35)

Monika Krohinkel přichází v 80. letech 20. století se strukturovaným ošetrovatelským modelem, který se zaměřuje na aktivity denního života, který převzala z ošetrovatelského modelu Nancy Roperové a rozšiřuje dvě nové aktivity, které jsou zaměřeny na zvládání zátěžových situací a umožnění sociální podpory s velmi významnou vazbou na biografické údaje. (35)

Andreas Frölich, autor konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup> vnímá autobiografii jako podkladový materiál výchozí pro volbu stimulačních podnětů sensorických orgánů a využívá efekt sensorických paměťových stop. (35)

Christel Bienstein rozvinula jeho myšlenky pro využití v ošetrovatelství, také poukazuje na nutnost biografických údajů ve vazbě na jednotlivé smysly, které jsou získávány z rozhovorů s nejbližšími členy rodiny, které je nutné zaznamenávat do záznamové složky. (35)

Pod vlivem legislativy v německy mluvících zemích se práce s biografií rozvíjela od 90. let 20. století, kde se novými zákony podchytila nutnost

ošetřovatelské dokumentace, která musí obsahovat právě i složku s biografií, a to v gerontopsychiatrické a geriatrické péči. (35)

V tomto období se také objevují i další ošetřovatelské modely, jako je Mäeutický model péče od holandské autorky Cory van der Kooij, který se zabývá emocionálním prožitkem, a to ze strany pacienta tak i personálu. Upozorňuje na kreativní přístup k tvorbě nových ošetřovatelských postupů, které ale musí respektovat biografii klienta. (35)

Díky Karolíně Friedlové, která se ve své knize Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči, zmiňuje o práci s biografií pacienta, přichází první zmínka v české literatuře, která poukazuje na novou oblast zájmu v dokumentační složce péče, která je nezbytná pro individualizovanou a důstojnou péči. (35)

## ***2.2 Položky vyplňované v biografické anamnéze***

Položky vyplňovaná v biografické anamnéze jsou všeobecného charakteru nebo takzvaná senzobiografie do které spadá (primární somatické vnímání, vestibulární vnímání, vibrační vnímání, optické vnímání, auditivní vnímání, orální vnímání, olfaktorické vnímání, taktilně haptické vnímání). (12)

### **Do otázek všeobecného charakteru spadá:**

*„-Jak se jmenuje pacient a jak byl osloven – přezdívka.*

*-Jak se jmenují jeho rodiče? Jak je oslovoval?*

*-V jakém žil prostředí?*

*-Kolik má sourozenců? Jak se jmenují?*

*-S kým má nejlepší kontakt?*

*-Jaký význam má pro pacienta rodina, manželství, děti?*

*-Kde tráví většinu času?*

*-Které zaměstnání vykonává?*

*-Jaké má hobby? ‘‘*

(Zdroj: PROCHÁZKOVÁ, Eva, Cesta k humánnímu ošetřovatelství, Sborník historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí, 2007, str. 43-44)

Dotazy týkající se senzobiografie jsou uvedeny v následující tabulce:

**Tabulka 1 Senzobiografie**

<p>Somatické vnímání</p>	<p>Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?          Jak často se umývá a jakou formou – sprcha, vana, teplá – studená voda.          Jak pečuje o svou pokožku – krémy, tělová mléka...          Jaký je stav pokožky?          Jaké toaletní potřeby používá?          Potřebuje pomoc při mytí?          Jaké má rituály při mytí?          Jak často si myje vlasy?          Jak pečuje o své nehty?          Je zvyklý na tělesný kontakt?          Na kterém těle mu nevadí dotek cizí osoby?          Spánek – jak spí – délka a kvalita spánku.          V jaké poloze usíná?          Jak se přikrývá, velký, malý polštář?          V jakém Prádle spí?          Oblíbená věc při spánku.          Je zvyklý na tmu či světlo při spánku?</p>
<p>Vestibulární vnímání</p>	<p>V jaké pozici se cítil být nejaktivnější –v leže, v sedě, ve stoje a nebo v chůzi.          V jaké poloze se cítil nejlépe?          Měl strach z rychlého pohybu, obratu, změny polohy?          Které pohybové sporty měl rád a které provozoval aktivně?          V leže – jakou polohu upřednostňoval v leže?          Kvalita lůžkovin v domácím prostředí?          Co vše potřeboval mít v lůžku, aby se tam cítil dobře?</p>



	Teplota v ložnici – chlad nebo teplo?
Vibrační vnímání	<p>Jaké domácí vibrační přístroje používal? (Např. holicí strojek, elektrický zubní kartáček, sekačka trávy...</p> <p>Jezdí rád na motorce, v autě...</p> <p>Jezdil rád vlakem či jinými dopravními prostředky...</p> <p>Byl konfrontován s vibrací při výkonu svého povolání?</p>
Optické vnímání	<p>Který obrázek je symbolem domova?</p> <p>Oblíbené fotografie, filmy?</p> <p>Co viděl doma jako první, když se probudil?</p> <p>Jaký pohled z okna?</p> <p>Potřebuje mnoho světla i v noci?</p> <p>Jak vidí za šera?</p> <p>Které obrázkové motivy má rád?</p> <p>Používá brýle, kontaktní čočky?</p> <p>Dívá se často na televizi?</p> <p>Televize určovala jeho časovou strukturu dne?</p> <p>Pracoval často s počítačem?</p>
Auditivní vnímání	<p>Mateřská řeč.</p> <p>Které zvuky má rád? (Zpěv ptáků, operní zpěv, techno...)</p> <p>Poslouchá rád rádio</p> <p>Oblíbená píseň?</p> <p>Oblíbené vysílání, rádiová stanice</p> <p>Oblíbený televizní pořad – seriál?</p> <p>Používá naslouchadlo?</p> <p>Který zvuk ho budí každé ráno – budík, mobil, hlas?</p> <p>Hraje na hudební nástroj?</p>
Orální vnímání	<p>Jak pečuje o svůj chrup?</p> <p>Jak často si čistí zuby?</p>

	<p>Má zubní protézu?</p> <p>Spí s protézou?</p> <p>Jak pečuje o své rty?</p> <p>Žvýkal žvýkačku?</p> <p>Které bonbony měl rád?</p> <p>Používal toaletní vodu pro výplach úst?</p> <p>První vjem ráno – káva, čaj, cigareta nebo zubní pasta – která značka?</p> <p>Co jedl rád, oblíbené jídlo?</p> <p>Které chuti upřednostňoval -sladké, slané, kyselé, hořké?</p> <p>Jaká konzistence jídla mu vyhovovala – pevná, mletá, tekutá.</p> <p>Upřednostňoval jídla smažená nebo s omáčkou?</p> <p>Jakou teplotu jídla měl rád, horká či studená?</p> <p>Pití – kolik tekutin za den vypil?</p> <p>Pije kávu, jakou kvalitu, jak často?</p> <p>Pije čaj, jakou kvalitu, jak často?</p> <p>Oblíbený nápoj?</p> <p>Z jaké nádoby nejraději pil – sklenice, porcelán, keramika – oblíbený hrneček.</p> <p>Pije z lahve (pivo), nebo pitné lahve při jízdě na kole?</p> <p>Který nápoj pije u snídaně, u oběda, u večere, před spaním?</p>
Olfaktorické vnímání	<p>Jakou má čichovou citlivost?</p> <p>Oblíbená vůně?</p> <p>Nepříjemné vůně?</p> <p>Vůně, které mu připomínají práci, sport, koníčky?</p> <p>Vůně, které mu připomínají blízké osoby?</p> <p>Oblíbený parfém?</p> <p>Oblíbená vůně květin?</p>

	Oblíbená vůně jídla – skořice, vanilka? Vůně dětství, domova... Vůně čerstvě pokosené trávy, sena?
Taktilně haptické vnímání	Je klient pravák nebo levák? Je klient přeškolený z leváka na praváka? Používal při pozdravu stisk ruky? Co pro něho znamenají ruční práce? Který materiál je pro něho příjemný? Který materiál je nepříjemný? Z jakého materiálu nosil rád oblečení – vlna, bavlna...

(Zdroj: PROCHÁZOVÁ, Eva 2007)

Tyto nabízené dotazy se upravují dle požadavků oddělení, specifikách onemocnění a dalších variabilních faktorů. (12)

### ***2.3. Předpoklady pro získání a vyhodnocení biografických dat***

Aplikovat koncept Bazální stimulace® může nejen ošetřující ve všech oborech medicíny tak na všech typech pracovišť (na lůžkové, ambulantní části, domácí péče), ti přicházejí do styku s různými pacienty/klienty. Aplikovat koncept však může i laik a tím je právě rodinný příslušník či osoba blízká. (27)

Předpoklady, které musí být splněny, se dělí do třech skupin (sociální kompetence, intelektuální schopnosti a organizační schopnosti). (2)

První z nich je sociální kompetence, která zahrnuje: schopnosti komunikace, empatii, umění aktivně naslouchat a reagovat na nonverbální komunikaci, schopnost začlenit do péče příbuzné či osoby blízké, schopnost spolupracovat s jinými týmy, musí být trpělivý a schopný aplikovat přání a vytyčené cíle. (2)

Druhou skupinou jsou intelektuální schopnosti, a poslední skupinou jsou organizační schopnosti. (2)

## **2.4. Bazální stimulace® a ošetrovatelská péče**

Ošetrovatelská péče v konceptu Bazální stimulace® není prováděna na pacientovi, ale utváří se v rámci schopností a možností nejen pacienta, ale i ošetrujícího personálu. Biografická anamnéza, je základem pro pochopení potřeb pacienta a k jejich poznání. Pomáhá pacientům zprostředkovávat jeho zážitky z minulosti. (2) (29)

Práce s biografií klienta umožňuje objevování nových způsobů práce s využitím nových zdrojů informací o klientovi pro individualizované plánování přímé péče, ale také pro tvorbu podkladů ke specifickým ošetrovatelským intervencím. (35)

V biografii klienta je zařazen také jeho pozitivní potenciál (zachovalé dovednosti a schopnosti, které je nutné podpořit a využívat pro zvládnání denních činností. V zařízeních a rutinní práci bylo dříve zvykem se zaměřovat pouze na deficity klienta, jeho patologické nálezy příznaky nemocí a ošetrovatelské problémy. Pokud se primárně zaměříme na pozitivní potenciál klienta a dokážeme toho využívat v péči pro zachovávání a rozvoj biopsychosociálního a spirituálního potenciálu klienta, získáme tím novou rovinu péče, která podporuje ve své podstatě zdraví, ale také osoby pečující. (35)

V biografii lze nalézt návody, jak klient zvládal jednotlivé denní aktivity a jak je možné právě tyto informace začlenit do ošetrovatelské péče např. příjem potravy, spánek, volnočasové aktivity, vylučování, ale také spirituální potřeby. (35)

Z psychologického hlediska jde o nalezení spojitostí mezi chováním klienta a jeho prožitým životem, jeho návyky. Příkladem může být umístění toalety, pokud byl klient celý život zvyklý chodit na toaletu doma nalevo, jde nalevo i v zařízení a nebude hledat toaletu jinde, ošetrující personál však považuje klienta za zmateného a neorientovaného, což není správně, by bylo, kdyby bylo v jeho biografii známo, že na toaletu zahýbal vždy nalevo a byla možnost přizpůsobit to tak i v zařízení. (35)

Ze sociálního hlediska jde o pohled na klienta v jeho sociálních vazbách. Jedná se například o vytvoření rodokmenu, najít osoby, pro kterou klient „žije“,

zařízení pokoje by mělo být takové, na jaké je zvyklí z domova, jedná se alespoň o lůžkoviny, doplňky, vlastní polštáře... (35)

#### **2.4.1. Smysl a účel práce s biografií**

Smysl a účel práce se vzpomínkami se odráží v kognitivní, emocionální a sociální rovině. (35)

Kognitivní rovina se zabývá podporou koncentrace a komunikačních schopností a dovedností, aktivizací rezervního potenciálu klienta, cvičením paměti, témata k rozhovorům a zapomenuté detaily jsou znovu oživené. (35)

Emocionální rovina se zabývá znovuoživením pozitivních pocitů a radostí z pěkných časů, osobní a pracovní aktivity. Nově zpracované konfliktní situace, z jiného úhlu pohledu. Jde také o posilování pocitu sebehodnoty a osobní identity, redukci negativních emocí, strachu, beznaděje, neklidu. (35)

Sociální rovina, která se zabývá vnímáním klienta s celou jejich historií a ne pouze jako soubor deficitů a diagnóz a vytváří si k němu vztah na základě biografických informací. Personál tak dokáže lépe pochopit symbolické způsoby chování klienta právě na základě poznatků z biografie klienta. Různé aktivizační programy, by měly být tvořeny na základě biografie klienta a ne na základě biografie ergoterapeuta. Jde také o usnadnění práce pracovníka pro tvorbu individuálního plánu péče a pro získání důvěry klienta. (35)

#### **2.4.2 Přímá péče s biografií**

Jednotlivé potřeby a přání jsou ošetřujícím personálem rychleji odhaleny, pokud je známá biografická anamnéza klienta. Snížena na minimum je také chybná interpretace pozorovaného jednání a chování u klienta. Dojde-li ke kritickým situacím, ošetřovatelský personál má zpracovaný návod na to, jak je vhodné reagovat na změněný způsob chování u klienta. Dobře zpracovaná biografie klienta také poskytuje vhodný klíč pro nevázaní vztahu mezi pečujícím a klientem. Práce s biografií pomáhá nahlížet na klienta jako na osobnost, která není

pouze součtem medicínských a ošetrovatelských diagnóz. Osobní individualita klienta je vnímána s respektem. Denní režim je organizován tak, aby odpovídal informacím z biografie klienta, díky tomu je zachována a podporována orientace časem, místem a situací. Jiná struktura dne, kterou určuje někdo jiný, je dalším faktorem, který snižuje orientaci a adaptaci klienta, tímto se začnou prohlubovat pocity bezmoci a beznaděje, které startují proces regrese klienta. Odpoutání od reality zapříčiní to, že klient začíná žít ve svém vnitřním světě, který mu poskytne jistou formu bezpečí a zázemí. (35)

## ***2.5. Zdroje biografických dat v biografické anamnéze***

Příbuzní se mohou stát významným prvkem v tomto konceptu. Ze začátku však nevědí co dělat. Je nutné jim dát jasné a pochopitelné instrukce, které jim pomohou v počátečním ostychu. Posiluje je pocit, že mohou něco udělat.(2)

Ošetrovatelské péče otevírá cestu k dialogu a k získání spousty cenných informací pro poskytování kvalitní individualizované ošetrovatelské péče. Získávání biografie může být dlouhodobý proces, jelikož ani pacient nebo příbuzní nemusí poskytnout veškeré údaje hned při prvním rozhovoru. Mnohé údaje jsou ošetrovatelskému personálu až po získání důvěry. Důležitým faktorem je i forma, jakou ošetřující personál vysvětlí příbuzným či klientovi, proč klade otázky týkající se určitých věcí a co od něho očekává. (2)

Jsou faktory, které určují realitu a prožitky rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na JIP :

- Přístření již narušených rodinných vztahů v krizové situaci
- Velká potřeba až hlad po informacích
- Poskytování informací ve spěchu a různými členy zdravotnického týmu
- Neporozumění způsobené z odporujících si výroků
- Možné agresivní reakce proti členovi týmu, který je vnímán jako „posel špatných zpráv“
- Situace náhlého se ocitnutí v kritické životní fázi
- Strádání blízkých pro nejistotu osudu více než u samotných pacientů (12)

## **Zpracování krizové situace příbuznými**

Typické vzorce reakcí na náhle vzniklou krizovou situací se liší. Je to závislé na dynamickém procesu zpracovávání krizové situace, kterou právě prodělává. Adaptace na krizovou situaci může být pasivní (kdy se člověk přizpůsobí dané situaci) nebo aktivní (kdy si člověk přizpůsobí situaci svým potřebám). Jejich znalost je důležitá pro tým, ke správnému zařazení jednotlivých reakcí jedince a vhodné reakce personálu aby byla spolupráce s příbuznými co nejúčinnější. (11) (12)

Někteří lidé nespolupracují, rezignují, ztrácejí kontrolu nad vzniklou situací a poddávají se bezmocnosti. Lidé s pocitem bezmocnosti mohou být pasivní, apatičtí, zvýšeně závislí na druhých lidech, plačtiví, neochotní komunikovat. Schopnost umět se vypořádat s krizovou situací se nazývá coping. (11)

### **Základní copingové strategie:**

- Řešení problému (např. útek do bezpečí)
- Rozumové přeznačkování situace (hledání pozitivních stránek situace, změna významu situace)
- Vyjádření emocí (křik, pláč, smích, kvílení)
- Vyhledání sociální opory (telefonáty, návštěvy, internetová komunikace s rodinou a přáteli)
- Vyhýbání se problému (odpoutání, snaha přijít na jiné myšlenky)
- Únik do fantazie (únik od reality, představa o zázračném vyřešení dané situace)
- Sebeobviňování a sebekritika
- Sociální izolace (touha po samotě) (11)

### **Obrannými mechanismy zvládnání krizové situace jsou:**

- Únik (únik od reality užíváním alkoholu, drog, cigaret, léků, přejídání, bulimie, anorexie, workoholismus, sexuální promiskuita, fyzický únik v podobě stěhování, ukončením života)
- Agrese (agresivní jednání a chování, fyzické násilí, sebepoškození)

- Uzavření se do sebe (vnitřní svět, ztráta reálného pohledu na situaci)
- Regrese (krok zpět ve vývoji, u dospělých se znovu objevují vzorce chování z dětství)
- Sebeobviňující reakce (nepřiměřená sebekritika k předejití jakékoliv kritice od druhých)
- Projekce (zrcadlení vlastních negativních či potlačovaných vlastností do druhých, svalování viny na někoho jiného nebo na působení vnějších faktorů)
- Vytěsnění (popření vzniklé krizové situace)
- Disociace (člověk se osvobodí od určité oblasti myšlenek, může se projevit ztrátou paměti)
- Potlačení (odstranění situace z myšlení, hovorů...)
- Represe (odmítnutí každého nápadu a přání, mnohdy před samotným vyslovením)
- Bagatelizace (problém se zlehčuje, při hospitalizaci může dojít k porušení dodržení léčebného režimu)
- Racionalizace (rozumové zdůvodnění citově ovlivněného chování)
- Izolace (vystupňovaná forma úniku) (11)

### **Přístup k příbuzným nacházejících se v krizové situaci**

Příbuzní mají právo reagovat právě tak, jak reagují. Ošetřující personál zde není pro to, aby je hodnotil či soudil, ale je zde pro to aby jim pomohl vzniklou situaci překonat. Je nutné si uvědomit, proč se chovají tak, jak se chovají. Agresivní či negativní chování je mnohdy známkou strachu, nejistoty a voláním o pomoc. (11)

Pokud je to v silách personálu, snaží se řešit vzniklý problém, pro který je situace vnímána jako krizová. Důležitá je snaha vyhovět a respektovat jejich přání a potřeby. Každý člověk je tvořen bio-psycho-sociálně-spirituální složkou, kterou musíme brát při jednání v potaz, je nutné projevovat jim úctu a respekt. Jednání by mělo být produktivní, bez zbytečných konfliktů a prodlev (nehodnotit, neposkytovat nevyžádané rady, neodsuzovat v pochybení, oceňovat pokroky,



motivovat, informovat). Nejdůležitější je se k příbuzným chovat tak, jak bychom sami očekávali od druhých, pokud bychom byli ve stejné situaci. Dbát na slušné společenské vychování, zdravení, podání ruky, představení se, respektování strachu a úzkosti by mělo být samozřejmostí. (11)

## **2.6. Dokumentační systém**

Psychobiografický model péče má vlastní dokumentační systém, který lze využít v ošetrovatelské praxi, kde se jednotlivé dokumentační listy postupně zařazují do dokumentace. (35)

### **Biografický list**

Tento list má danou svou strukturu a posloupnost. Obsahuje základní témata, která jsou zpracovávána postupně, a není určen žádný limit, který by jej omezoval kvantitativně či kvalitativně. Není nezbytně nutné, aby byly zodpovězeny veškeré otázky. Pokud ošetřující personál umí pracovat s danou informací, pak někdy méně znamená více. (35)

### **Intervenční list**

Tento dokument je důležitou pomůckou pro personál, jak zpřehlednit a zapsat aktuální problém klienta a najít určitý impuls z klientovy biografie, který je následně možné využít jako intervenci. Sledováním efektu tohoto impulsu v týdenním časovém úseku s přesným zaznamenáním do intervenčního listu je prioritním podkladem pro aktuální a akutní psychobiografickou vizitaci péče. Určený klíčový pracovník následně řeší s ošetrovatelským týmem problematickou situaci klienta a na podkladě zápisu proběhne diskuze o negativních a pozitivních reakcích klienta. Následně proběhne zhodnocení aktuálního plánu péče v intervenčním listu, který je návodem pro personál, pro zvládnání těžkých situací, ve kterých se klient nachází. Intervenční list se využívá krátkodobě pro vyřešení dané problematiky. (35)

## **Biografický abstrakt**

Biografický abstrakt se označuje také jako story biografie, tento dokument slouží k dlouhodobé dokumentaci. Velký důraz je zde kladen na umění komunikovat, a to jak verbálně tak nonverbálně, protože klient nerozumí všemu co je mu sděleno, ale dokáže vnímat mimiku, gestikulaci a další nonverbální znaky komunikace pracovníka a vnímá tak emocionální podtext. Biografický abstrakt slouží jako podklad pro interpretaci tzv. hlavního životního motivu, který má klient ve svém životě (jaký je jeho pocit normality, co podpoří jeho pocit domova a jeho identitu, jaká jsou jeho přání), z těchto informací se čerpá pro vypracování základních impulsů pro přímou péči a celkový přístup ke klientovi. (35)

## **Diagnostický list emocionality**

Tento list slouží pro určení emocionální nestability, identifikuje problematickou oblast v emoční stabilitě klienta. Böhm vypracoval toto skóre a umožňuje tak novou rovinu v přístupu ke klientům, kde již není rozhodující faktor soběstačnosti a stupeň mobility klienta, ale jeho emocionální stabilita. (35)

## **Plán péče**

Sběrem veškerých informací o klientovi je důležitým výchozím bodem pro rozbor a souhrn všech nasbíraných poznatků a stává se tak podkladem pro naprosto individuální plán přímé péče. Předtím byla tvorba plánů řazena do oblasti biologických a primárních potřeb, které byly zaměřeny na deficity klienta, s předpokladem, že klient chápal a rozuměl požadavkům personálu.(35)

## **3. Základní metody Bazální stimulace®**

Základní myšlenka Bazální stimulace® je založena na potřebě celistvosti, není možné vyslovit rozdíl mezi duševnem a tělesnou schránkou. Úzké spojení

vnímání pohybu spolu s prožitkem v základní (bazální) rovině odráží zkušenosti z prenatalní vývojové psychologie. (18)

### ***3.1. Somatická stimulace***

Lidské tělo je pokryto kůží, která tvoří přirozenou bariéru proti vlivům z okolního světa, je v neustálém kontaktu s vnějším světem. Kůže a svaly mají paměťovou schopnost a díky tomu si jsme schopni uvědomit svůj tělesný obraz, zjistit hranice našeho těla. K narušení této schopnosti dochází ve stavech, kdy se člověk ocitne v dlouhodobém bezvědomí, při různých neurologických onemocněních, když ztratí část těla (amputace), když má zvýšený nebo snížený svalový tonus. Často se k tomuto také přidává negativní zkušenost, tou může být nepříjemné vyšetření či bolest. Tělesné podněty, které se utváří pomocí kůže a svalů, lze utvářet zkušenost nastavením hranic a kontaktem. Samotné somatické podněty jsou schopny nastavit trup jako střed celého těla, následně připojí horní i dolní končetiny, zařadí i samotné dlaně a chodidla. (4)

Prvky somatické stimulace jsou do péče zařazovány pro vnímání vlastního těla a tělesného schématu. Pro rozvoj vlastní identity, vnímání okolního světa, navázání komunikace s okolím, orientaci pacienta v čase i prostoru, lokomoční schopnosti pacienta a snížení následků imobility. (24)

#### **Dotek**

Dotek má v tomto konceptu velký význam, dotýkat se kůže je možné mnoha materiály nebo látkami, nic se však nevyrovná doteku holou rukou, která je pro člověka nejpřirozenější. Tento dotek je především komunikačním prvkem, pro člověka jedním z nejzákladnějších, člověk jím poznává vlastní tělo, okolí, navazuje jím kontakt s lidmi kolem. (2) (4)

Díky stimulující péči zjistíte, jaký podnět je pro nemocného velmi intenzivní, který je pro něho přijatelný a na který reaguje negativně a je mu nepříjemný, souhrnný název pro tyto reakce je doteková zóna a každý člověk má jinak nastavenou snášenlivost doteků. (2) (4)

Negativní reakce se na pacientovi projevuje zvýšením svalového tonu a může způsobit i změnu rytmu vitálních funkcí. Dotek je odlišně vnímán od blízkého člověka a jinak od člověka zcela cizího. Dotek ošetřujícího pro nemocného znamená možnost vnímat sebe sama a okolí. Doteky musí být cílené, klidné prováděné celou plochou ruky, vyjadřující svůj význam, poskytnou nemocnému pocit jistoty a důvěry. Dotek musí mít po celou dobu stejný tlak, přizpůsoben jak situaci, tak stavu klienta. Koncept Bazální stimulace® klade na dotek veliký důraz a přítomnost v této péči je nepřetržitý. (2) (4) (7)

### **Iniciální dotek**

Na tomto základě byl vytvořen iniciální dotek (cílený dotek). Iniciální dotek slouží k navázání prvního kontaktu, utvoření důvěry, pocitu jistoty mezi ošetřujícím personálem a nemocným. (2)

U každého pacienta je zvoleno jedno místo na těle, kde se ho ošetřující dotkne před zahájením činnosti a o jejím ukončení, také o přítomnosti u lůžka. Iniciální dotek nesmí být příliš silný, aby nedošlo k protlačení části těla pacienta do matrace. Samotný dotek však nestačí, nutné je ho doprovodit i verbálně kdy se vybere jeden druh oslovení, jak nemocného každý bude oslovovat např. Personál se dotkne pravého ramene a řekne: „Lukáši, ...“ a větu dokončí informací o tom, co bude provádět. (2) (4)

Nejvhodnějšími místy pro iniciální dotek jsou ramena, paže či ruka. Informace o iniciálním doteku a oslovení by měla být upevněna u lůžka pacienta, s těmito informacemi by měl být seznámen veškerý personál, který se o pacienta stará, tak i rodina či přátelé, kteří chodí za nemocným na návštěvy. (2) (4)

Na dotek se v konceptu bazální stimulace® klade značný důraz a je aplikován ve 4 technikách: polohování a jeho varianty, rehabilitace, masážní techniky a pomoc při pohybu. (4)

#### **3.1.1. Polohování**

Při déletrvající imobilizaci nastává změněné vnímání těla pacienta. Po dvou hodinách je přítomen stav zvaný habituace (znamená to, že člověk nemůže vnímat

zároveň všechny nabízené podněty). Tento jev není přítomný pouze u pacientů, dotýká se nás všech v běžném životě (nevnímáme ruchy okolí kolem nás v plné míře). Polohování je jednou technikou jak tomuto jevu zabránit. Při nevhodném polohování dochází k poruše vnímání těla, tělesné identity, špatnému vnímání okolí, dezorientaci, k poruchám emočním a poruchám identity. Vhodnou změnou a volbou polohy se zamezí vzniku těchto změn. Vhodným polohováním se nemocnému poskytuje informace o jeho vlastním těle a utváří si hranice svého těla. (4) (8) (20)

Základními prvky polohování je poloha mumie, poloha hnízdo a velké zastoupení zde má i mikropolohování. Pro polohování se využívají deky, polštáře, polohovací pomůcky s perličkami a ručníky. (4)

### **Poloha mumie**

Poloha mumie (obr. č.1) se užívá omezeně, není akceptována každým nemocným. Jejím cílem je vnímání klientova těla a možnost ucítit jeho hranice. V této poloze by klient neměl setrvávat déle, než 20 minut. (4) (8)

Tato poloha se využívá u neklidných, zmatených nebo agresivních pacientů. Dá se využít i u pacientů dospávajících po narkóze.

Poloha mumie vychází z polohy na zádech na prostěradle. Pomocí polohovacích vhodných polohovacích pomůcek mu vypoďložíme hlavu a vytvoříme hranice jeho těla (polohovací pomůcky umístíme kolem všech linií). Ruce položíme na břicho, můžou se ještě navíc vypoďložit polštářem. Směrem od pat pacienta začneme zabalovat do prostěradla, toto zabalení nesmí být pevné, aby bylo pacientovi umožněno samovolné osvobození (obr. č.2). V případě pevného zabalení by mohlo u pacienta dojít k úzkostné či agresivní reakci. (4)



**Obrázek 2 Poloha mumie**

(Zdroj: autorka)



**Obrázek 1 Samovolné osvobození z polohy mumie**

(Zdroj: autorka)

### **Poloha hnízda**

Poloha hnízda (obr. č. 3, 4, 5 a 6) může být v jakékoli poloze (poloha na zádech, bocích a břichu), musí však být pro pacienta vyhovující a příjemná. Pacienti na tuto polohu reagují spíše pozitivně. (4)

Poloha hnízdo je v konceptu Bazální stimulace nejvyužívanější polohou a má mnoho podob. Využívá se ke zklidnění, odpočinku, po vymezování hranic a po masáži stimulující dýchání. (4)

Do polohy hnízda pacienta uvedeme do zvolené polohy, poté mu pomocí pomůcek vyznačíme tělo, od končetin až po hlavu, pacienta přikryjeme dekou směrem nahoru. (4)



**Obrázek 4 Poloha hnízda na zádech**

(Zdroj: autorka)



**Obrázek 3 Poloha hnízda na zádech**

(Zdroj: autorka)



**Obrázek 6 Poloha hnízda na břichu**

(Zdroj: autorka)



**Obrázek 5 Poloha hnízda na boku**

(Zdroj: autorka)

## **Mikropolohování**

Mikropolohování spočívá nejčastěji v umístění srolovaného ručníku k tělu společně s běžnou polohovací pomůckou. Po uplynutí doby, po které se nemocný polohuje nebo v čase mezi polohováním, odstraníme srolovaný ručník a tím změníme tlak vyvíjený na oblasti, které jsou v kontaktu s matrací. Tento typ polohování se provádí nejčastěji v nočních hodinách, aby nedocházelo ke zbytečné manipulaci s nemocným. (10)

### **3.1.2. Koupele**

Koupele, které se uplatňují v Bazální stimulaci®, jsou: koupel celková zklidňující, koupel celková osvěžující, koupel celkově stimulující (též nazývaná jako koupel dle Bobatha), koupel rozvíjející a koupel celková diametrální. (4)

#### **Koupel celková zklidňující**

Tento druh koupele lze využít u celé řady nemocných. Cílem koupele je nemocného uvolnit, zklidnit, navodit pocit pohody. Koupel napomáhá k uvolnění svalového napětí a umožní nemocnému lépe vnímat své tělo.(4)

Indikovanou skupinou jsou nemocní, kteří jsou neklidní, hyperaktivní, úzkostní. Dále pak pacienti s tachykardií, zvýšeným svalovým tonem, s poruchami spánku. U pacientů v dlouhodobém umělém spánku nebo ve fázi probouzení. Nemocní, kteří mají diagnostikovanou Parkinsonovu nemoc či Alzheimerovu demenci. Při poruchách vnímání vlastního těla (po amputacích...) (4)

Samotná koupel by neměla trvat déle jak 20 minut. Před zahájením koupele je vhodné si připravit veškeré pomůcky na dosah ruky (minimálně 2 žínky, 1-2 ručníky, kosmetiku, tu je nejvhodnější volit pacientovu, kterou je zvyklý používat. Teplota vody používána ke koupeli by měla mít v rozmezí 37 – 40°C. (4)



Koupel celkovou zklidňující provádíme v jednom směru, a to ve směru po růstu chlupu, tyto pohyby poskytují přesnou informaci o tělesné formě a způsobí zklidnění pacienta. Koupel se nejčastěji zahajuje od obličeje pacienta, pro mnohé je to však velmi intimní oblast a zahájením stimulace na obličeji by mohl pacient reagovat negativně (např. u spastických pacientů dojde ještě k e zvýšení svalového napětí). Oblast obličeje stimulujeme zpočátku po obvodu současně na obou stranách obličeje. Poté se přesuneme na hrudník, trup stimulujeme symetricky oběma rukama od středu na strany trupu, kde za použití mírného tlaku zvýrazníme hranice trupu. Horní i dolní končetiny stimulujeme opět ve směru chlupů, jednotlivé prsty se také stimulují zvlášť. Oblast zad se stimuluje stejným způsobem jako přední část trupu, a to od páteře směrem k zevní straně trupu, kde opět mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Oblast genitálu se myje obvyklým způsobem. Pokud to umožní pacientův stav, přenecháme hygienu této oblasti na pacientovi. (2) (4)

Po celou dobu stimulace je nutné sledovat reakce klienta a vhodně na ně reagovat. (2)

Je nutné pamatovat na to, že koupel probíhá vždy oběma rukama současně. Nutné je pamatovat i na to, že dotek nesmí být přerušen, při přesunu rukou na jiné místo pacientova těla přesuneme nejprve jednu ruku (druhá ruka zůstává na místě, kde byla stimulace dokončena) a poté druhou. (4) (10)

### **Koupel celková osvěžující**

Tato koupel se využívá u nemocných, které chceme nabudit. Cílem je zvýšit povědomí i vědomí o sobě samém, zvýšit reaktivitu i aktivitu nemocného. Krátkodobě lze také díky této koupeli zvýšit hodnotu tlaku krve a tepové frekvence. (4)

Koupel se využívá u pacientů komatózních, somnolentních či depresivních. U pacientů s DM, hypotenzních pacientů. U nemocných, kteří mají snížený svalový tonus. (4)

Koupelel by neměla přesáhnout 10 – 15 minut. Teplota vody by se měla pohybovat kolem 25 – 27°C, pro zajištění osvěžujícího účinku. Potřebné pomůcky (shodné s koupelí celkově zklidňující) si je dobré připravit k ruce. (4)

Koupelel celková osvěžující se provádí ve směru proti růstu chlupů. Stimulace se začíná opět na obličeji (pokud to pacientovi nevyhovuje, začne se na hrudníku). Obličejová oblast se stimuluje proti směru chloupků po obvodu obličeje oběma rukama současně. Pokračuje se na hrudníku, a to v opačném směru než v koupeli zklidňující, stimuluje se od stran trupu ke středu hrudníku. Končetiny stimuluje od konečků prstů k tělu. Záda stejně jako hrudník ve směru od trupu k páteři. (2)

### **Koupelel celkově bazálně stimulujeící (koupelel dle Bobatha)**

Tato koupelel bývá též označována jako koupelel neurofyziologická. Cílem je, aby si nemocný uvědomil své tělo v plném rozsahu, i přes postižení některé strany. Zároveň dochází ke stimulaci a uvolnění postižené strany. Na postižených stranách se typicky objevuje zvýšené svalové napětí. (4)

Koupelel se zařazuje do péče o pacienty po prodělané CMP s hemiplegií. U nemocných po kraniocerebrálním traumatu, kde je také jedna strana postižena. (4)

Ani tato koupelel by neměla trvat déle jak 20 minut, v průměru koupelel zabere 15 minut. K ruce je opět vhodné si připravit veškeré pomůcky (shodné s koupelí celkově zklidňující a koupelí celkově osvěžující). (4)

Při neurofyziologické koupeli stojíme na postižené straně nemocného. Umožníme pacientovi, aby si omyl žínkou, kterou má na ruce obličej sám. Poté omyjeme zdravou horní končetinu směrem proti chlupům, od konečků prstů k rameni a následně pokračujeme přes hrudník, na postižené straně zvýšíme tlak a přejdeme na postiženou horní končetinu a tu omyjeme po směru chlupů, od ramene ke konečkům prstů. Poté přiložíme dlaně do úrovně podpaží na postižené straně a celou dlaní umýváme směrem ke straně zdravé. Na postižené straně se opět zvýšte tlak. Dolní končetiny se také myjte od zdravé proti směru chlupů k postižené, ve směru chlupů. Záda myjte stejným způsobem jako hrudník. Po celou dobu je vhodné umožnit pacientovi kontrolu zrakem nad celou situací.(4)

## **Diametrální koupel**

Diametrální koupel napomáhá ke snížení svalového tonu, povolení spasmů a stimulaci vnímání tělesného schématu nemocného. Tato koupel může být aplikována jak na celé tělo, tak pouze na část, kde je změněný svalový tonus. (6)

Při postavení končetin ve flexi uvolňujeme končetinu vždy pouze přes jeden kloub, v místě kloubu se ruce setkávají. Na vnitřní straně končetiny se postupuje od horní části končetiny k dolní a na vnější straně opačně. Na končetinu je třeba působit mírným tlakem. (6)

Při postavení končetin v extenzi, se mění pouze směr působení. Na vnitřní straně končetiny se postupuje směrem od spodní části nahoru a na vnější straně od horní části směrem dolů. (6)

Tato koupel může být aplikována také na hrudníku (např. pokud pacient setrvává v předklonu). (6)

Somatická stimulace byla využita u muže 26 let s diagnózou mentální retardace těžkého stupně, kvadruplegický syndrom, imobilita, deformita akrálních kloubů a epilepsie. Muž neměl rád manipulaci se svou osobou a též na něho zle působila změna prostředí. Jeho reakcí, na manipulaci či změnu prostředí, bylo neklidné jednání, kdy skřípal zuby nebo se u něho projevil záchvat. Nejprve se zařadila stimulující masáž s olejem či emulzí, poté se zařadila poloha mumie a poloha kombinované mumie a hnízda. (27)

## **Vestibulární stimulace**

Veškerý pohyb člověka je doprovázen změnou rovnováhy. Zdravý člověk je neustále v pohybu, mění polohy v závislosti na činnostech, které vykonává během dne. Lidské rovnovážné ústrojí je díky tomu nepřetržitě stimulováno. Lidé, u kterých je omezena pohybová aktivita, mají minimální přísun těchto informací, prostřednictvím konceptu bazální stimulace, lze těmto lidem poskytnout podporu jejich rovnovážného systému, zlepšit orientaci v prostoru a vnímání pohybu. (4)

(2)

Vestibulární stimulace je vhodná k zařazení do péče o nemocné dlouhodobě upoutané na lůžko, se sníženou schopností pohybu, při dlouhodobé UPV, u nemocných ve vigilním komatu či spastickým pacientům. (4)

Při aplikaci vestibulární stimulace je třeba brát v potaz možné nežádoucí projevy. Těmi může být kolaps nemocného, pocit na zvracení či porucha orientace.(4)

Vestibulární stimulaci lze provádět pomocí pohybování hlavou v poloze leže, umožnit pozici sedě (na lůžku nebo v křesle), houpavými pohyby, technikou ovesného klasu. (4)

Stimulace může být aplikována v přímém kontaktu s terapeutem, ošetřujícího či v nepřímém kontaktu pomocí různých pomůcek, díky kterým může pacient sám ovlivnit svůj pohyb. Pomůckami, které se využívají, jsou různé závěsné vaky, sítě či trampolína. (25)

Vestibulární stimulace byla využívána v kombinaci se somatickou stimulací u starší klientky, která je zcela upoutána na lůžko a je zcela závislá na pomoci druhé osoby. Paní byla mentálně na úrovni kojence. Paní se několikrát denně uvedla do polohy mumie a lehce se pohoupala v posteli. U pacientky došlo k výraznému zklidnění. (28)

### **3.2. *Vibrační stimulace***

Tato stimulace je jednou z nejužívanějších stimulací. Vibrační stimulace umožní pacientovi zprostředkovat intenzivní vjemy z celého jeho těla. Vibrační stimulace je zařazena především do péče o pacienty ve vigilních kómatech, u klientů s hlubokou mentální retardací, ale také u těch, kde se vibrační stimulace uplatňuje v přípravě k vnímání pohybu a následné vertikalizaci a mobilizaci. (2) (4)

Vibrační nabídky lze zařadit do celkové tělesné koupele, zvláště na horní polovině těla. Další možnost je stimulace tělem pečujícího, kdy v poloze sedě si ošetřující položí pacienta na sebe. Kdy vibračně působí pohyby hrudníku, tělesná blízkost je pak stimulace somatická a změna polohy stimulace vestibulární.(4)

Indikovanou skupinou jsou pacienti s plegiemi, u pacientů se změnou vnímání těla...

Pomůcky, které se využívají k vibrační stimulaci je hlas, masážní strojky, ruce ošetřujícího, dupání, klepání, ladičky, rytmické zvuky. Mohou se využít i bateriové vibrátory, holicí strojky, elektrické zubní kartáčky, různé vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka. (4) (26)

Při aplikaci vibrační stimulace, by se měl dát pacientovi prostor pro reakci a prožití vibrace. Mezi jednotlivými vibračními stimuly by měly být zachovány dostatečné pauzy, aby pacient byl schopen daný vjem zpracovat. Vibrace lze použít i při kontaktním dýchání. Vibrační pohyby se provádějí v oblastech velkých kloubů (pata, kyčel, koleno...) nebo je lze zařadit i do dechové rehabilitace a použít na hrudníku během kontaktního dýchání či masáže stimulující dýchání. (4)

U pacientky 30 let s diagnózou DMO a mentální retardací, byla využívána vibrační stimulace pomocí ručních vibrací na velkých kloubech, vibrace přes lůžko a invalidní vozík s využitím vibračního masážního strojku. (29)

## **4. Nástavbové prvky Bazální stimulace**

### **4.1. *Taktilně haptická stimulace***

Ruka je pro člověka pomocník k rozpoznávání jednotlivých předmětů, získává pomocí ní zkušenosti, které uplatňuje po celý život. Dotek je potřeba, a pokud není dostatečně podporována, může se u nemocného projevit hyperaktivita, začne zkoumat své okolí a vše se snaží uchopit. Touto aktivitou je také kompenzována potřeba pacientů pohybovat se. Tito pacienti si často vytrhávají drény, hadičky, cupují pleny, klepou do matrace. Zkoumají tak své okolí a snaží se ho zařadit ke správné vzpomínce. Používáním taktilně haptické stimulaci umožníme nemocnému poznat své okolí a zároveň ho tím zklidnit. Taktilně haptická stimulace je také nástrojem pro vyvolání paměťových stop známých předmětů. (6)

V poznávání okolního světa kromě rukou, hraje roli i nohy a ústa. Vzhledem k tomu, že pacienti nemohou vnímat své vlastní okolí pomocí rukou, nohou... musí jim to být umožněno pomocí ošetřujícího personálu.(13)

K této stimulaci se využívají oblíbené předměty, hrnečky, žínky, ručníky, věci pro denní hygienu, příbor, pracovní nástroje, mobilní telefon....(6)

Taktilně haptická stimulace byla využita u pacienta 53 let s apalickým syndromem, po těžké autonehodě. Do rukou mu byly vkládány například řídítka od jízdního kola i se zvonem. (30)

## **4.2. Olfaktorická stimulace**

I vdechované vůně či pachy mohou vyvolávat vzpomínky. Většinou jsou asociovány s něčím konkrétním (lidé, situace, roční období...). Vzpomínky vyvolané pomocí vůně mohou být pozitivní i negativní. Vhodnou vůni pro olfaktorickou stimulaci je třeba vybírat velmi důkladně, nepříjemné pachy mohou u pacienta vyvolat negativní reakci, nemocný bude podnět odmítat a začne se uzavírat do sebe. Pokud se pacientovi olfaktorické vjemy nabízejí, je třeba je nenechat působit kontinuálně, protože poté ztrácejí svůj význam.(6)

Vhodné je do olfaktorické stimulace zařadit osobní kosmetické přípravky, parfémů a deodoranty, které se užívají společně s koupelemi. Poté to může být vůně známá z pracovního prostředí nebo vůně oblíbeného jídla. Do olfaktorické stimulace lze zařadit i oblečení, které měla na sobě osoba blízká pro pacienta. Stimulovat lze i aromaterapií, která se provádí spolu se zklidňující koupelí. (6) (14)

Nevhodné je pro olfaktorickou stimulaci nepřetržité používání vonných tyčinek a svíček. (6)

U 9-letého pacienta po těžké autonehodě s diagnózou: stav po KPR, hypotonické poškození mozku, vigilní koma, kvadruspasticita více vlevo, fatická porucha smíšeného typu. Pro olfaktorickou stimulaci vybral jeho otec pachy domova, které měl rád a to konkrétně vůni garáže a velkých aut. (31)

### **4.3. Orální stimulace**

Ústa jsou pro lidi jedním z hlavních smyslů zprostředkující potěšení. Lidská ústa rozlišují chutě, vůně a strukturu podávaného pokrmu. Všechny vnímané podměty pomocí úst, jsou propojeny s vnímáním čichovým. Ústa neslouží pouze k přijímání potravy a rozlišování chutí, jsou také nástrojem pro komunikaci, polibkům a mohou být také pracovním nástrojem. Ústa představují jedno z nejcitlivějších a nejaktivnějších částí na lidském těle. Pro malé děti jsou ústa nástrojem k poznávání okolního světa. Pro lidi znamenají ústa velmi intimní oblast. (6) (13)

Orální stimulace umožní pacientovi vnímat vjemy z dutiny ústní. Často se kombinuje spolu s hygienickou péčí o dutinu ústní nebo při nácviku polykacího reflexu. Orální stimulace se zapojuje i do přechodu k perorálnímu příjmu pacienta. (6) (14)

Před zahájením orální stimulace je nutné vzít v potaz aktuální stav nemocného a stav ústní dutiny (afty, ragády, zubní protézu). Pro správné provedení stimulace je nutné zajistit vhodnou polohu pacienta, pokrmy či nápoje, které má nemocný rád. Pro pokrmy se využívá zabalení do mulu, navlhčením ve vodě a vložením do úst pacienta. Ke stimulaci pomocí oblíbených nápojů se využívají štětičky namočené do zvolené tekutiny. Je nutné sledovat pacientovu reakci a nikdy ho nenechat s mulem či štětičkou o samotě, mohlo by dojít k nechtěné aspiraci. (6) (14)

U ženy 35 let, po direkci aorty a KPR, dlouhodobě v umělém spánku. Byla využita orální stimulace v podobě ranní kávy, před obědem byla stimulována svíčkou od maminky. Do gázy se balily kousky jablka, hroznové víno či nanuky. (32)

### **4.4. Optická stimulace**

Vnímání okolního světa a vlastní osoby skrze zrak umožní lidem rozpoznat nebezpečí, povzbudit pozitivní vzpomínky, schopnost sledovat každodenní

činnosti. Schopnost hledat předměty pomocí očí, vyjádření své přítomnosti a možnost pozorovat počasí a roční období. (13)

Při porušení zraku není nemocný schopen vnímat ucelený obraz okolí a je tak odkázán na ostatní smysly. Pokud u nemocného není dostatek vizuálních podnětů, je pro něj situace nestimulující. I při mírné změně polohy hlavy dochází ke změně zorného úhlu nemocného. Změna polohy hlavy zahrnuje současně také stimulaci somatickou a vestibulární. (6)

Optické vnímání má řadu stupňů. Vnímání světla a tmy, nejasné vnímání kontur, vnímání vlastního těla, rozlišení jednotlivých předmětů a osob. Tyto stupně vnímání bývají přítomny i u dospělých osob po úrazech a CMP. K degeneraci dochází i s přibývajícím věkem, proto je nutné mít na zřeteli i možnou změnu zraku u seniorů, potřebu brýlí a jejich sníženou rozlišovací schopnost a schopnost orientace v prostoru. (6)

Do okolí lůžka nemocného je vhodné umístění známých předmětů, fotografií (ve formátu A3), jednoduché obrazy. Při dlouhodobém pozorování stejného podnětu může dojít k halucinacím a nereálným vjemům nemocného, proto je vhodné předměty přemísťovat. Zrakové vjemy mohou být ovlivněny i prudkým denním světlem či zářivkami. (6)

Optická stimulace byla využita u klienta 100 dní po těžkém kraniotraumatu. Ve spolupráci s rodinou byla klientovi vytvořena motivační nástěnka, kam byly umístěné fotografie rodiny a zdokumentované jeho významné sportovní úspěchy. (33)

#### **4.5. *Auditivní stimulace***

Život by byl bez auditivní stimulace nepředstavitelný. Zde se nejdříve uplatňuje zvuk, který prochází skrze naše tělo. Lidský sluch je nevyšší postavený ve vnímání lidské řeči. Modelace řeči, zabarvení hlasu, jak je daná informace podána a určitost informace dává lidem přehled o situaci. Hluk ulice, hudba, každodenní zvuková kulisa nám dává informaci o prostředí našeho okolí. (6) (13)

Cílem auditivní stimulace je vzbudit rozlišovací schopnost pro jednotlivé zvukové podněty a navázání komunikace s nemocným. Tím se podporuje i



orientace nemocného v prostoru. Je nutné však eliminovat rušivé zvuky z okolí, aby stimulující sluchový podnět měl maximální účinek. (6)

Při hovoru by měl pacient jasně vnímat, že se mluví pouze s ním a ne se všemi okolo. Při stimulaci se volí zvuky pro pacienta příjemné.(6)

Do aditivní stimulace lze zahrnout hudbu. Z biografické anamnézy se vyčte, jakou hudbu nemocný preferoval. Hudba by se měla pouštět z přehrávače, pokud se podaří minimalizovat nežádoucí zvuky. Nebo ze sluchátek, která by měla být umístěna minimálně 20 cm od hlavy. Poslech hudby je podbarven emočně. Hudbu je vhodné aplikovat v malých dávkách a často. K uvolnění lze využít relaxační hudby. (6)

Do auditivní stimulace spadá i hovor či vyprávění. Je vhodné vést hovor z poznatků o nemocném, vhodné je i zapojení rodiny. Při stimulaci se zařazuje i předčítání oblíbených časopisů nebo knih.(6)

Zařazuje se zde i zpěv, který se aplikuje především u malých dětí. A také užívání hudebních nástrojů, ty kombinují auditivní a vibrační stimulaci. (6)

Auditivní stimulace podporuje vnímání nemocného, pomáhá navazovat kontakt, zprostředkovává informace o těle samotném, podporuje vzpomínky nemocného a zlepšuje i orientaci v prostoru. Je důležité pamatovat na to, aby nabízené podněty byly jasné a zřetelné, a aby byl hovor veden pouze s pacientem. (6)

U 10 leté pacientky s diagnózou těžkého polytraumatu s rupturou jater s hemoragickým šokem a mozkovým krvácením. Byla ve vigilním komatu. Využila se u ní auditivní stimulace ve formě pouštění oblíbených pohádek, nahrávek hlasů rodiny, vzkazy od kamarádů ze školy... (34)

## **5. Uplatnění konceptu Bazální stimulace® v praxi**

Tento koncept má široké uplatnění, můžeme se s ním setkat v klinické péči. V intenzivní medicíně, u pacientů v bezvědomí, při hluboké analgosedaci, na oddělení akutní a dlouhodobé intenzivní péče. V neonatologii u nedonošených novorozenců. V následných péčích a neurologii. Z neklinické praxe se využívá koncept v domovech pro seniory, u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko,

geriatrických klientů. Uplatnění má i v ústavech sociální péče, speciálních školách, hospicích a domácí péči. V paliativní péči je umožnit lidem, kteří jsou v terminálních stádiích dožít život v co možná nejvyšší kvalitě prožívání a důstojně je doprovodit v terminálním stádiu jejich života. (19) (23)

Do péče o pacienta by měla být aktivně zapojena i rodina. Pokud se jedná o příbuzného, který je v náhlém závažném stavu, pro příbuzné je první kontakt šokující, nahání jim hrůzu a pociťují strach. Tyto pocity v nich vyvolávají především přístroje, hadičky a na první pohled hektický personál. S rodinnými příslušníky je třeba jednat dle jednoduchého schématu. Nejprve musí být sdělen pacientův stav, porozumět reakci příbuzných a akceptovat jejich reakci. Pomoci zmírnit šok při prvním kontaktu s nemocným. Mluvit přívětivě, jednoduchým jazykem bez zbytečných odborných názvů. Zajistit vhodné prostředí pro rozhovory. Podporovat naději. Zohledňovat reakci příbuzného. Všimnout si různých vztahů v rodině, všichni členové by měli dostat stejné informace. Sjednotit pohled na budoucnost. Snažit se příbuzné začlenit do terapeutického týmu. (12)

Rodinní příslušníci mohou být do léčebného procesu začlenění aktivně nebo pasivně. Aby bylo aktivní zapojení rodiny úspěšné, musí být celý terapeutický tým ochoten spolupracovat. Při aktivním zapojení příbuzných je nutné je nepřetěžovat, a přizpůsobit péči jejich možnostem a schopnostem. Při aktivním zapojení příbuzných se zmírňují obavy, pocity nejistot a bezmoci, odbourávají se předsudky a agrese, pomáhá k akceptování a respektování druhého, umožní společné vypracovávání ošetrovatelských postupů. Pasivním začleněním příbuzných rozumíme donesení jeho osobních věcí, které zná a vzbudí v něm pocit jistoty a bezpečí. (12)

Koncept Bazální stimulace® je vhodné kombinovat s konceptem Kinetiky, Bobath konceptem, Vojtovou metodou, canisterapií či dokonce s muzikoterapií. (16)

Bazální stimulace® je nejvíce využívána v zahraničí. K uplatnění tohoto konceptu není zapotřebí žádných speciálních pomůcek či přístrojů. Pro zdravotní zařízení užívání tohoto konceptu neznamená větší finanční nároky, je zapotřebí pouze personálu, který je v tomto konceptu proškolen, dalším důležitým faktorem je pochopení a spolupráce celého ošetrovatelského týmu. (7)

Koncept Bazální stimulace® patří v posledních letech k nejmodernějším a nejpoblárnějším ošetřovatelským postupům v zahraničí. Velmi rychle se však rozvíjí i v českých zdravotnických zařízeních.(15)

Co koncept Bazální stimulace® přináší klientům? Možnost vnímat sama sebe a vlastního těla, možnost spolupráce a kontaktu s okolím a blízkými, zvyšování soběstačnosti a sebeúcty, veškeré informace, naději, pocity jistoty a bezpečí, perspektivní budoucnost, rychlejší návrat do běžného života, obnovování paměťových stop, příjemnější prostředí. (21)

## **Praktická část**

### **6. Cíl práce a hypotézy**

#### **6.1. Cíl práce**

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se pacienti zařazení v konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup>, stimulují pro ně známými podněty. Konkrétně v oblasti somatické, orální, taktilně- haptické a v otázkách všeobecných.

#### **6.2. Hypotézy práce**

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že v oblasti somatické stimulace bude zvoleno více známých podnětů u manželských/partnerských vztahů než ve vztahu rodič a dítě.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že v oblasti orální stimulace bude zvoleno více známých podnětů od manželek/partnerek než od manželů/partnerů.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že v oblasti taktilně haptické stimulace bude zvoleno více známých podnětů u manželských/partnerských párů než u dětí a rodičů.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v oblasti všeobecných otázek budou zvolené známé podněty přibližně stejné jak ze strany manželských párů, tak z odpovědí od dětí.

## 7. Metodika

Při zpracovávání mé bakalářské práce na téma „Biografická anamnéza: stimulují se pacienti pro ně známými podněty?“ jsem si stanovila cíl a k němu přiřadila hypotézy. Mým cílem bylo ujistit, zda jsou pacienti v konceptu Bazální stimulace® stimulováni pro ně známými podněty.

K ověření hypotéz jsem pracovala s formou kvantitativního výzkumu. Sběr dat proběhl pomocí dotazníku (příloha č.2), který byl vypracován na základě biografické anamnézy ÚVN (příloha č.1), se souhlasem (příloha č. 4) náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče.

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce března a dubna 2018 na interním oddělení standardního typu v oblastní nemocnici se souhlasem staniční sestry oddělení (příloha č. 5).

Dotazník obsahoval 21 okruhů otázek (celkem 47 otázek), které byly dále členěné na jednotlivé podotázky. Všechny otázky byly typu otevřeného. Dotazník v úvodu obsahoval otázku sloužící k identifikačním údajům, poté pokračoval otázkami zjišťovacími. Pro zpracování bakalářské práce nebyly využity všechny otázky.

Statistická analýza ze získaných údajů byla vyhodnocena pomocí programu Microsoft Office Excel. Odpovědi jednotlivých otázek jsem si rozdělila do 3 okruhů, kdy došlo u párů ke shodě, částečné shodě nebo k neshodě.

Výzkumný vzorek tvořili vybraní respondenti na základě jejich úrovně vědomí – respondenti byli plně orientovaní osobou, místem a časem. Žádný respondent se nesešel s konceptem Bazální stimulace®. Druhá polovina respondentů byla vybrána respondenty oslovenými primárně, jednalo se o příbuzné a blízké.

Celkem jsem rozdala 30+30 dotazníků, vrátilo se mi 30+30 dotazníků. Návratnost tedy byla 100%.

## **8. Vyhodnocení získaných dat**

### **8.1. Demografické údaje**

Dotazník byl rozdán 30 respondentům. 18 ženám (60%) a 12 mužům (40%). Z toho 14 žen dalo vyplnit druhý dotazník manželovi/partnerovi, 3 ženy dcerám a 1 žena synovi. 11 mužů dalo druhý dotazník vyplnit manželce/partnerce a 1 muž dceři.

## 8.2. Vyhodnocení otázek, týkajících se správnosti zvolení podnětů

### Otázka č. 1.1. Jaké oslovení byste si přál/la, aby ošetřující personál používal?

V případě kdy, vyplňoval biografickou anamnézu manžel/partner pacientky, by se stimulovalo správným podnětem v podobě oslovení 4/14 žen a nesprávným 10/14 žen. U syna pacientky by se jednalo o správné oslovení u 1/1 žen. Při vyplňování od dcer by se správným oslovením stimulovaly 2/3 žen a nesprávným 1/3 žen.

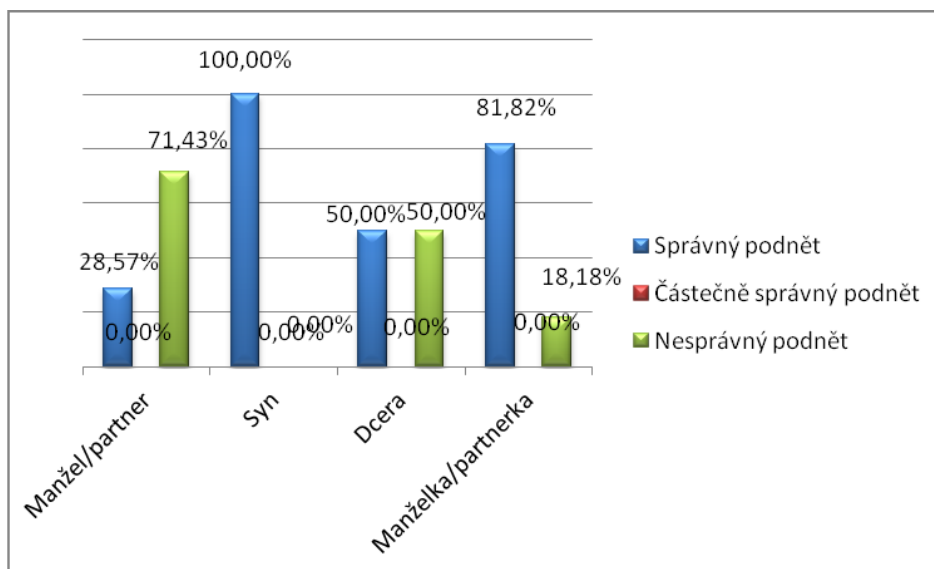
**Tabulka 2 Oslovení personálem u pacientky**

	Správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	4	10
Syn	1	0
Dcera	2	1

Při vyplňování od manželky/partnerky pacienta by se jednalo o stimulaci správným oslovením u 9/11 mužů a nesprávným u 2/11 mužů. V uvedené odpovědi od dcery by se jednalo o nesprávné oslovení u 1/1 muže.

**Tabulka 3 Oslovení personálem u pacienta**

	Správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	9	2
Syn	0	0
Dcera	0	1



**Graf č. 1 Oslovení personálem**

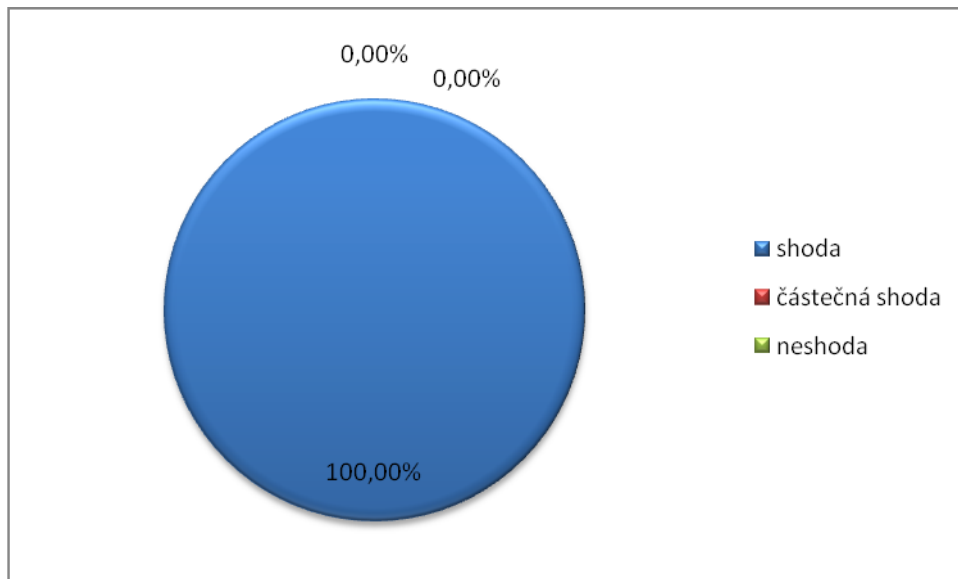
Celkem by bylo vhodně zvolené oslovení u 16 (53,33%) lidí a nevhodné oslovení by bylo zvoleno u 14 (46,67%) lidí.

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že příjmením by chtělo být osloveno 56,6% (10 mužů a 7 žen) dotazovaných a 43,3% (2 muži a 11 žen) by si přálo být osloveno křestním jménem, oslovením titulem neuvedl nikdo.



**Otázka č. 2.1. Jaké je Vaše zaměstnání? (V případě důchodu, jaké bylo Vaše zaměstnání?)**

V této otázce byla správná odpověď u všech páru (100%).



**Graf č. 2 Zaměstnání**

Jednalo by se tedy o zvolení správných podnětů týkajících se zaměstnání u 100% lidí.

**Otázka č. 5.1. Uved'te koho, byste si přál/a aby Vás v nemocnici navštěvoval:**

V případě, kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky by se jednalo o správné podněty ve formě návštěv u 9/14 žen, pouze z části vhodné návštěvy by byly zvoleny u 2/14 žen a nesprávné návštěvy u 3/14 žen. Při vyplňování biografické anamnézy od syna by se jednalo o nevhodně zvolené návštěvy u 1/1 žen. V případě, vyplňování anamnézy od dcery by byly vhodné návštěvy zvoleny u 1/3 žen a pouze z části u 2/3 žen.

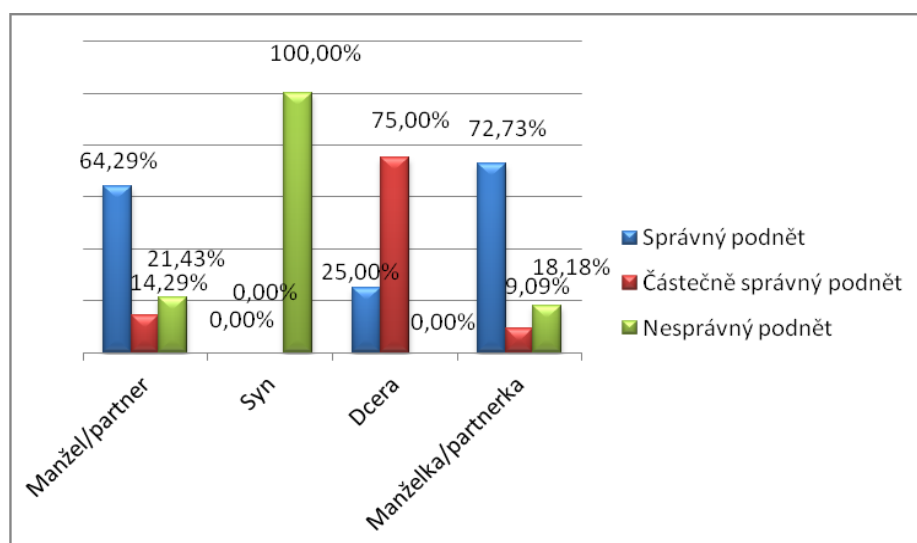
**Tabulka 4 Návštěvy v nemocnici pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	9	2	3
Syn	0	0	1
Dcera	1	2	0

Při vyplňování dotazníku manželkou/partnerkou pacienta by se jednalo o správně zvolené návštěvy u 8/11 mužů, částečně vhodné návštěvy u 1/11 mužů a nevhodné návštěvy 2/11 mužů. U dcery pacienta by se stimulovalo částečně vhodnými návštěvami u 1/1 mužů.

**Tabulka 5 Návštěvy v nemocnici pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	8	1	2
Syn	0	0	0
Dcera	0	1	0



**Graf č. 3 Návštěvy v nemocnici**

Celkem by byly vhodně zvolené návštěvy u 18 (60%) lidí, částečně vhodné návštěvy u 6 (20%) lidí a nevhodné návštěvy u 6 (20%) lidí.

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že ženy by si přály aby je v nemocnici navštěvovali manželé/partneři v 88,89% případech, děti v 94,44%, sourozenci v 11,11%, vnoučata v 44,44%, rodiče 11,11%, tcháni v 5,56%, zeť/snacha v 16,67% a kamarádi/kamarádky v 11,11%.

Muži by si přáli, aby je navštěvovali manželky/partnerky v 83,33% případech, děti v 83,33%, zvířata v 8,33%, vnoučata ve 25%, bratřenci/sestřenice v 8,33%, rodiče v 16,67% a zeťové/snachy v 8,33%.

#### Otázka č. 7.4. Máte nějaké pravidelné aktivity?

V případě kdy anamnézu vyplňoval manžel/partner pacientky by byly vhodně zvolené podněty týkajících se pravidelných aktivit u 5/14 žen, částečně vhodné podněty by byly zvoleny u 2/14 žen a nesprávné podněty u 7/14 žen. V případě, kdy vyplňoval anamnézu syn, by byl nevhodně zvolený podnět u 1/1 žen. V případě vyplňování anamnézy od dcer by byly nevhodně zvoleny podněty u 3/3 žen.

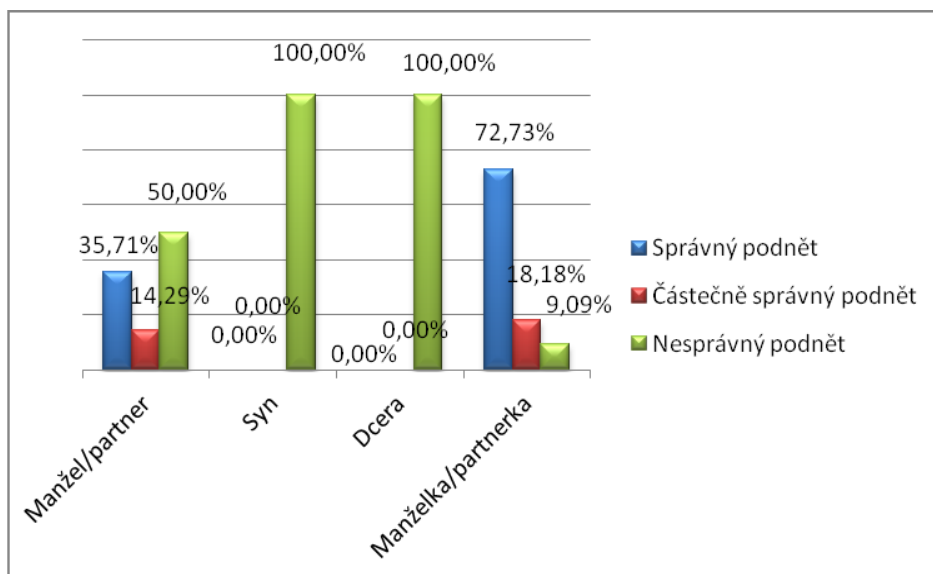
**Tabulka 6 Pravidelné aktivity pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	5	2	7
Syn	0	0	1
Dcera	0	0	3

V situaci kdy anamnézu vyplňovala manželka/partnerka pacienta by došlo ke správně zvoleným podnětům týkajících se pravidelných aktivit u 8/11 mužů, u 2/11 mužů by byl částečně vhodný podnět a nesprávný podnět by byl zvolen u 1/11 mužů. V případě, kdy byla anamnéza vyplňována od dcery pacienta, by byl zvolen nevhodný podnět u 1/1 mužů.

**Tabulka 7 Pravidelné aktivity pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	8	2	1
Syn	0	0	0
Dcera	0	0	1



**Graf č. 4 Pravidelné aktivity**

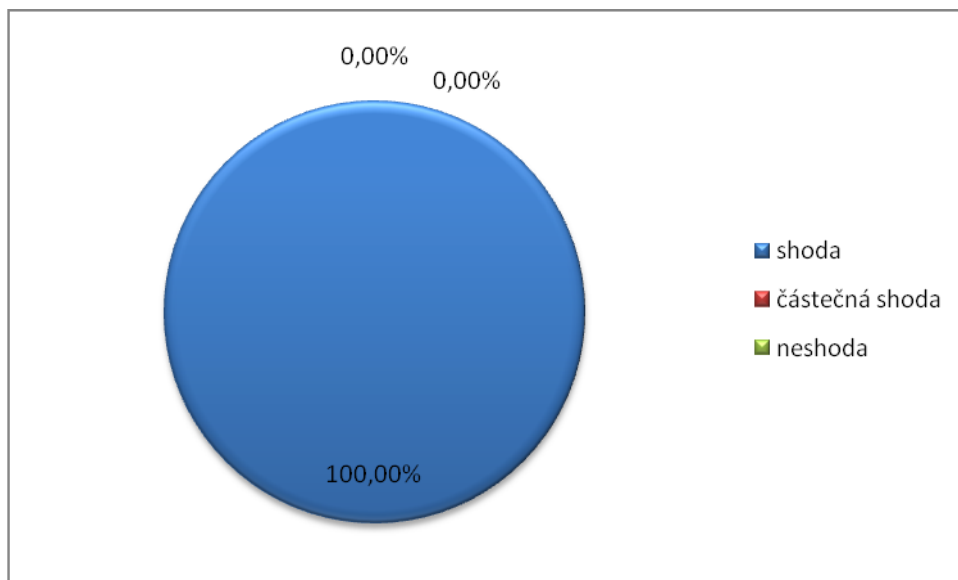
Celkem by byly vhodné podněty zvoleny u 13 (43,33%) lidí, částečně vhodné podněty u 4 (13,33%) lidí a nevhodné podněty u 13 (43,33%) lidí.

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že u žen jsou pravidelné aktivity následující: sport v 16,67%, procházky ve 22,22%, vnučata v 27,78%, zahrada v 11,11%, domácí práce v 11,11% a žádné pravidelné aktivity nemá 11,11% žen.

U mužů se pak jedná o sport ve 33,33%, procházky v 8,33%, pes v 8,33%, spravování auta v 8,33%, vnučata v 25%, šipky v 8,33%, pivo s kamarády v 8,33%, televize v 8,33%, zahrada v 8,33%, kulečnick v 8,33% a žádné pravidelné aktivity nemá 33,33% mužů.

**Otázka č. 9.1. Jste pravák nebo levák? (Popřípadě, děláte některé činnosti jinou než dominantní rukou? Uveďte prosím jaké.)**

V otázce týkající se dominance by byla vhodně zvolená dominance ruky u 100% lidí.



**Graf č. 5 Dominance**

### Otázka č. 11.1. Jaké upřednostňujete doteky?

V případě, že anamnézu vyplňoval manžel/partner pacientky by se jednalo o správně zvolené podněty ve formě doteků u 9/14 žen, částečně vhodné doteky by byly zvoleny u 2/14 žen a nesprávné doteky u 3/14 žen. Při vyplňování od syna by se jednalo o nesprávně zvolený dotek u 1/1 žen. V situaci, když vyplňovaly anamnézu dcery, by se o správné doteky jednalo u 1/3 žen a u 2/3 žen by byly nevhodně zvolené doteky.

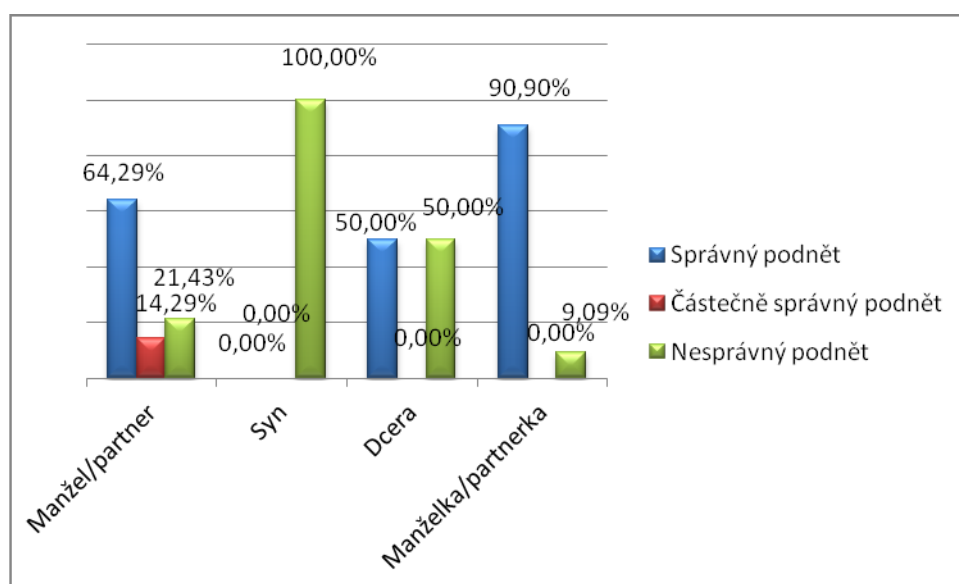
**Tabulka 8 Upřednostňované doteky pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	9	2	3
Syn	0	0	1
Dcera	1	0	2

V situaci, kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacienta by se jednalo o správně zvolený dotek u 10/11 mužů a pouze u 1/11 mužů by se jednalo o částečně správně zvolený dotek u 1/1 mužů.

**Tabulka 9 Upřednostňované doteky pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	10	1	0
Syn	0	0	0
Dcera	1	0	0



**Graf č. 6 Vhodné doteky**

Celkem by byly vhodně zvolené doteky u 21 lidí (70%), částečně vhodné doteky u 2 (6,67%) lidí a u 7 (23,33%) by byly zvoleny nesprávné podněty.

Z odpovědí vyplynulo, že dotek ve formě pohlazení upřednostňuje 55,56% žen, škrábání 22,22% žen, poplácávání 16,67% žen a žádné doteky neupřednostňuje 5,56% žen.

Muži upřednostňují pohlazení v 75%, škrábání v 16,67% a poplácávání v 8,33%.



### Otázka č. 11.2. Kde na těle upřednostňujete doteky?

V případě kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky by došlo ke správně zvolenému podnětu ve formě místa upřednostňovaného doteku u 8/14 žen, částečně správně zvolenému místu u 2/14 žen a nesprávně zvolenému místu u 4/11 žen. Při vyplňování anamnézy od syna by došlo k nesprávně zvolenému místu doteku u 1/1 ženy. V případě, kdy vyplňovaly anamnézu dcery, by došlo u 3/3 žen ke správně zvolenému místu doteku.

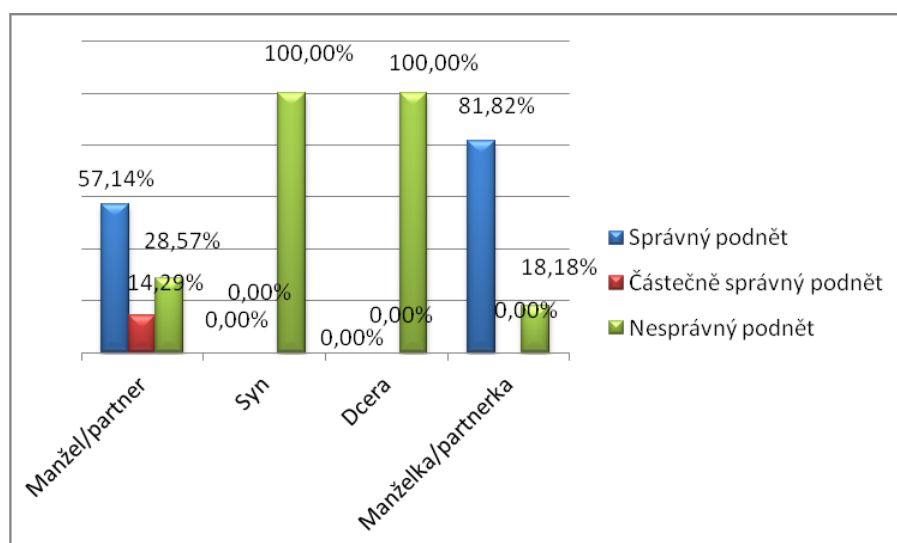
**Tabulka 10 Místo upřednostňovaných doteků pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	8	2	4
Syn	0	0	1
Dcera	0	0	3

V situaci kdy anamnézu vyplňovala manželka/partnerka pacienta došlo ke vhodně zvolenému místu doteku u 9/11 mužů a nesprávně zvolenému místu dotyku u 2/11 mužů. V případě, kdy vyplňovala dcera, by se jednalo o nesprávně zvolené místo dotyku u 1/1 mužů.

**Tabulka 11 Místo upřednostňovaných doteků pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	9	0	2
Syn	0	0	0
Dcera	0	0	1



**Graf č. 7 Místo upřednostňovaných doteků**

Celkem by bylo vhodně zvolené místo dotyku u 17 (56,67%) lidí, částečně by bylo vhodné místo zvoleno u 2 (6,67%) lidí a nesprávné místo doteku by bylo zvoleno u 11 (36,67%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že ženy upřednostňují doteky na hlavě v 16,67%, na rukou v 33,33% na zádech 38,89% a 11,11% žen nemá místo upřednostňovaných doteků.

U mužů je preferované místo doteku na hlavě u 25%, na rukou u 16,67%, na zádech u 41,67%, a 41,67% mužů nemá preferované místo doteku.

#### Otázka č. 12.4. Jakou polohu preferujete při usínání?

V situaci, kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky by došlo ke správně zvolenému podnětu v podobě polohy při usínání u 12/14 žen a u 2/14 žen by došlo k nesprávně zvolené poloze. V případě, kdy se jednalo o odpověď od syna, by došlo k nesprávně zvolené poloze u 1/1 žen. Také v případě vyplňování anamnézy od dcer, by došlo k nesprávně zvolené poloze u 3/3 žen.

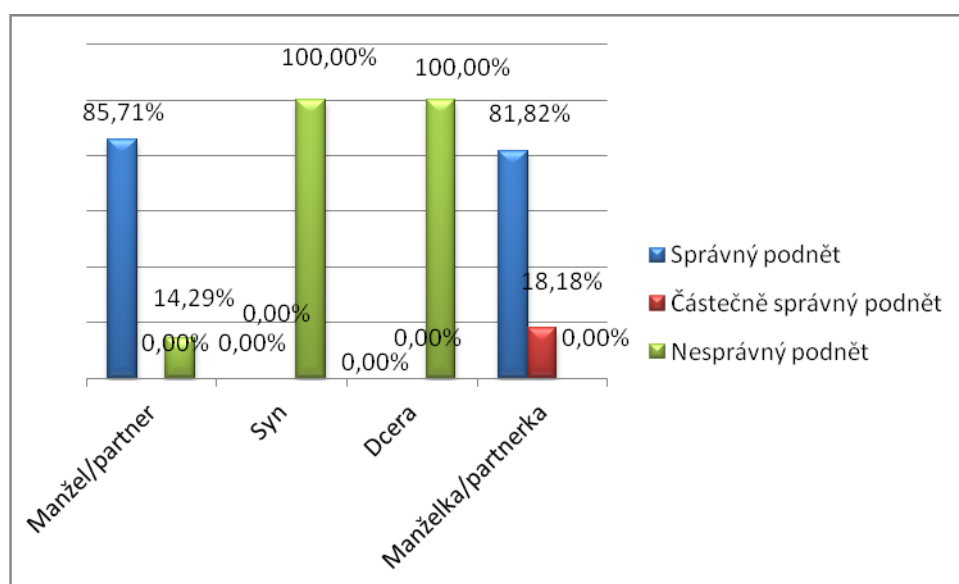
**Tabulka 12 Poloha při usínání pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	12	0	2
Syn	0	0	1
Dcera	0	0	3

V případě, kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacienta došlo ke správně zvolené poloze při usínání u 9/11 mužů a k částečně vhodně zvolené poloze u 2 /11 mužů. U dcery pacienta došlo k nevhodně zvolené poloze u 1/1 mužů.

**Tabulka 13 Poloha při usínání pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	9	2	0
Syn	0	0	0
Dcera	0	0	1



**Graf č. 8 Poloha při usínání**

Celkem by byla vhodně zvolená poloha u 21 (70%) lidí, částečně vhodná poloha u 2 (6,67%) lidí a nesprávná poloha u 7 (23,33%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že ženy preferují polohu při usínání na boku z 77,78%, na zádech z 11,11% a na břichu z 11,11%. Muži preferují polohu při usínání na boku z 91,67% a nemá preferovanou polohu 8,33%.

### Otázka č. 13.1. Jaké materiály upřednostňujete? (přírodní, látky, umělé...)

V situaci kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky by se jednalo o vhodně zvolené podněty ve formě preferovaných materiálů u 12/14 žen a o nesprávně zvolené materiály u 2/14 žen. Při vyplňování od syna by došlo k nevhodně zvolenému materiálu u 1/1 žen. V případě, kdy anamnézu vyplňovaly dcery, by došlo ke vhodně zvolenému materiálu u 1/3 žen a k nesprávně zvolenému materiálu u 2/3 žen.

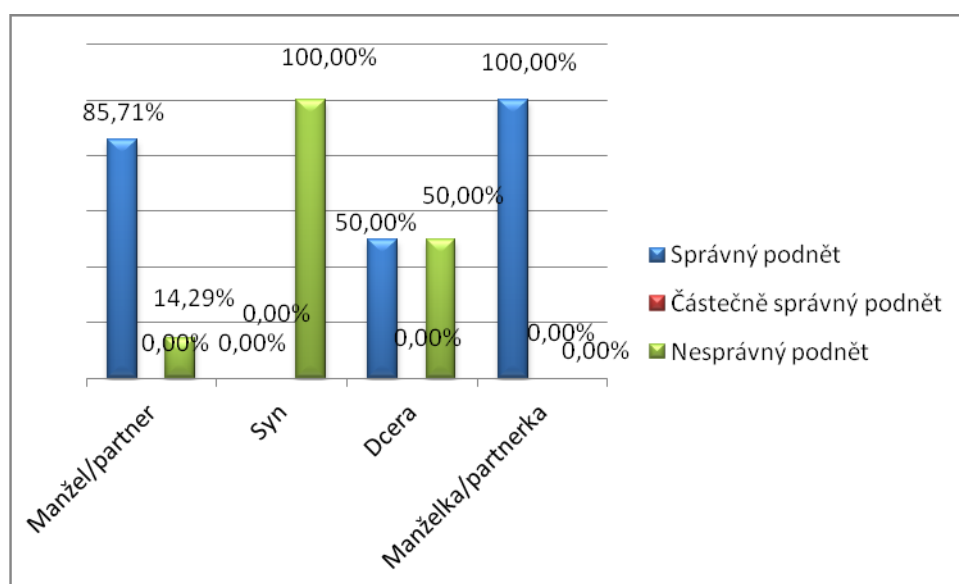
**Tabulka 14 Upřednostňované materiály pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	12	0	2
Syn	0	0	1
Dcera	1	0	2

V případě kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacienta by došlo ke vhodně zvolenému materiálu u všech 11 mužů. U dcery by došlo také ke správně zvolenému materiálu u 1/1 mužů.

**Tabulka 15 Upřednostňované materiály pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	11	0	0
Syn	0	0	0
Dcera	1	0	0



**Graf č. 9 Upřednostňované materiály**

Celkem by byly správně zvolené materiály u 25 (83,33%) lidí a nesprávně zvolené materiály u 5 (16,67%) lidí.

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že u žen jsou preferované materiály: přírodní u 61,11%, bavlna u 33,33% a len u 5,56%.

U mužů se jedná o přírodní materiály u 58,33%, bavlnu u 25% a žádné preferované materiály nemá 16,67% mužů.

### Otázka č. 13.2. Jaké materiály Vám jsou nepříjemné?

V situaci, kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky, by došlo ke správně zvoleným nepříjemným podnětům u 11/14 žen a k nesprávně zvoleným nepříjemným podnětům u 3/14žen. U syna by se jednalo o nevhodně zvolený nepříjemný podnět u1/1 žen. V případě vyplňování anamnézy od dcer by se zvolil správně nepříjemný podnět u 2/3 žen a u 1/3 žen by byl zvolen nepříjemný podnět nevhodně.

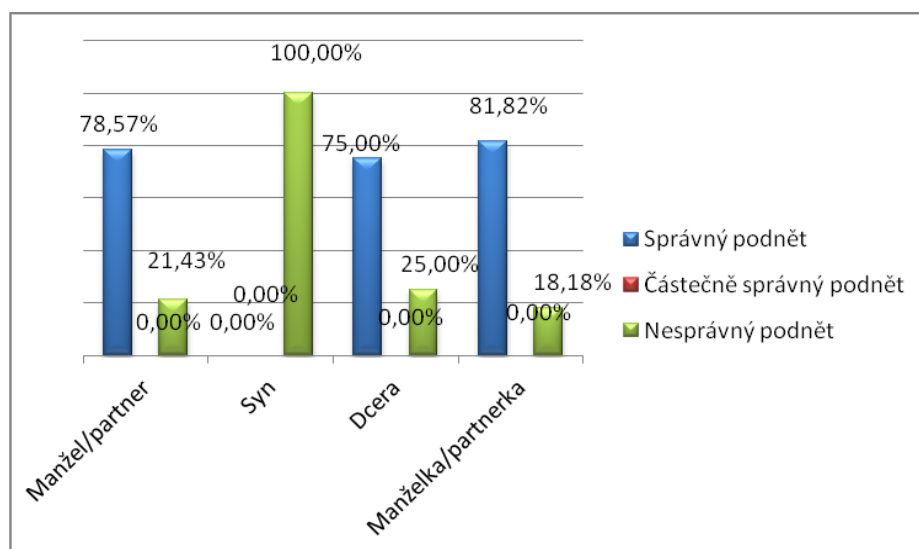
**Tabulka 16 Nepříjemné materiály pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	11	0	3
Syn	0	0	1
Dcera	2	0	1

V případě kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacienta došlo ke vhodně zvolenému nepříjemnému podnětu u 9/11 mužů a nevhodnému nepříjemnému podnětu u 2/11 mužů. V případě vyplňování anamnézy od dcery by došlo ke vhodně zvolenému nepříjemnému podnětu u 1/1mužů.

**Tabulka 17 Nepříjemné materiály pacient**

	Shoda	Částečná	Neshoda
Manželka/partnerka	9	0	2
Syn	0	0	0
Dcera	1	0	0



**Graf č. 10 Nepříjemné materiály**

Celkově tedy v této otázce došlo ke vhodně zvolenému nepříjemnému podnětu u 23 (76,67%) lidí a nevhodně zvolenému nepříjemnému podnětu u 7 (23,33%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že u žen je nepříjemný materiál umělý u 55,56%, silon u 33,33% a vlna u 11,11%.

U mužů jsou za nepříjemné materiály považovány umělé u 41,67%, silon u 16,67%, flanel u 8,33%, neprodyšné 8,33% a žádné nepříjemné materiály nejsou pro 25%.



## Otázka č. 14.2. Kdy se myjete?

V případě, kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky by došlo ke správně zvolenému podnětu v podobě času mytí u 13/14 žen a u 1/14 žen by se jednalo o nevhodně zvolený čas mytí. V situaci, kdy anamnézu vyplňoval syn pacientky, by se jednalo o nesprávně zvolený čas mytí u 1/1žen. V případě, kdy anamnézu vyplňovaly dcery, by se jednalo o nesprávně zvolenou dobu mytí u 3/3 žen.

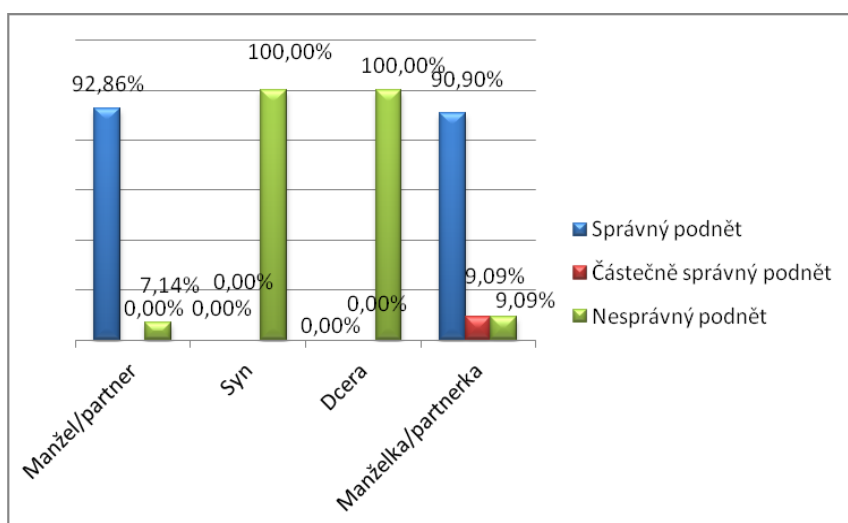
**Tabulka 18 Doba mytí pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	13	0	1
Syn	0	0	1
Dcera	0	0	3

V situaci kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacienta, by došlo ke správně zvolené době mytí u 9/11 mužů, k částečně vhodně době mytí u 1/11 mužů a k nesprávně zvolené době mytí u 1/11 mužů. V případě, kdy vyplňovala anamnézu dcera pacienta, by se jednalo o nevhodně zvolenou dobu mytí u 1/1 mužů.

**Tabulka 19 Doba mytí pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	9	1	1
Syn	0	0	0
Dcera	0	0	1



**Graf č. 11 Doba mytí**

Celkem by byla vhodně zvolená doba mytí u 22 (73,33%) lidí, částečně správně zvolené době mytí u 1 (3,33%) lidí a k nesprávně zvolené době mytí u 7 (23,33%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že ženy se myjí ráno z 22,22%, večer z 33,33% a ráno a večer z 44,44%.

Muži se myjí ráno z 16,67%, večer z 41,67% a ráno a večer z 41,67%.

### Otázka č. 17.1. Jaká jsou Vaše oblíbená jídla, jejich teplota a denní doba?

V případě, kdy vyplňoval anamnézu manžel/partner pacientky došlo ke vhodně zvolenému podnětu ve formě oblíbeného jídla u 12/14 žen a u 2/14 žen by došlo k nesprávně zvolenému jídlu. Od syna došlo k nesprávně zvolenému jídlu u 1/1 žen. V situaci, kdy vyplňovala anamnézu dcera pacientky, by došlo ke správně zvolenému jídlu u 2/3 žen a k nesprávně zvolenému jídlu u 1/3 žen.

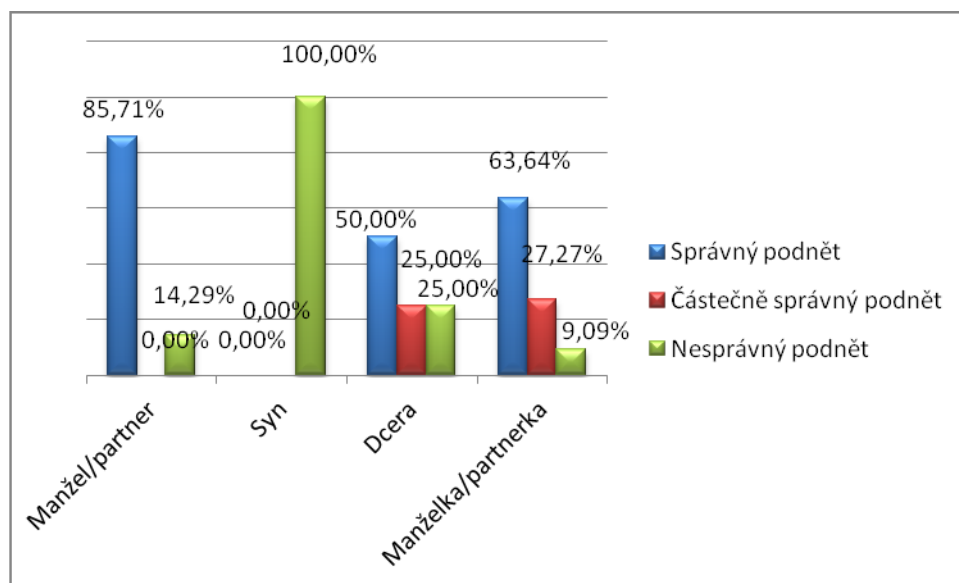
**Tabulka 20 Oblíbená jídla pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	12	0	2
Syn	0	0	1
Dcera	2	0	1

V situaci kdy odpovídala manželka/partnerka by bylo vhodně zvolené jídlo u 7/11 mužů, u 3/11 mužů by byl zvoleno částečně správné jídlo a u 1/11 mužů by bylo nesprávně zvolené jídlo. V případě vyplňování anamnézy od dcery by se jednalo o částečně vhodně zvolené jídlo u 1/1 mužů.

**Tabulka 21 Oblíbená jídla pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	7	3	1
Syn	0	0	0
Dcera	0	1	0



**Graf č. 12 Oblíbená jídla**

Celkem by bylo vhodně zvolené jídlo u 21 (70%) lidí, částečně vhodné jídlo u 4 (13,33%) lidí a nesprávně zvolené jídlo u 5 (16,67%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že u žen jsou oblíbeným jídlem polévky u 11,11%, maso u 16,67%, ostrá jídla u 11,11%, sýry u 22,22%, svíčková u 27,78%, těstoviny u 22,22%, vejčička u 5,56%, halušky s brynzou u 5,56%, bramborový salát u 5,56% a vše považují za oblíbené jídlo 11,11% žen.

U mužů jsou oblíbená jídla polévky 16,67%, koprová omáčka u 8,33%, maso u 58,33%, pečivo u 8,33%, ostrá jídla u 25%, sýry u 8,33%, bramborová kaše u 8,33%, bramborový salát u 8,33% a vše považují za oblíbená jídla 25% mužů.

## Otázka č. 17.2. Jaká jsou Vaše neoblíbená jídla?

V situaci kdy odpovídal manžel/partner pacientky došlo ke správně zvolenému podnětu v podobě neoblíbeného jídla u 7/14 žen a také u 7/14 žen došlo k nevhodně zvolenému neoblíbenému jídlu. V případě vyplňování anamnézy od syna by došlo k částečně správného zvolení neoblíbeného jídla u 1/1 žen. Od dcer by došlo ke správně zvolenému neoblíbenému jídlu u 1/3 žen a nesprávně zvolenému neoblíbenému jídlu u 2/3 žen.

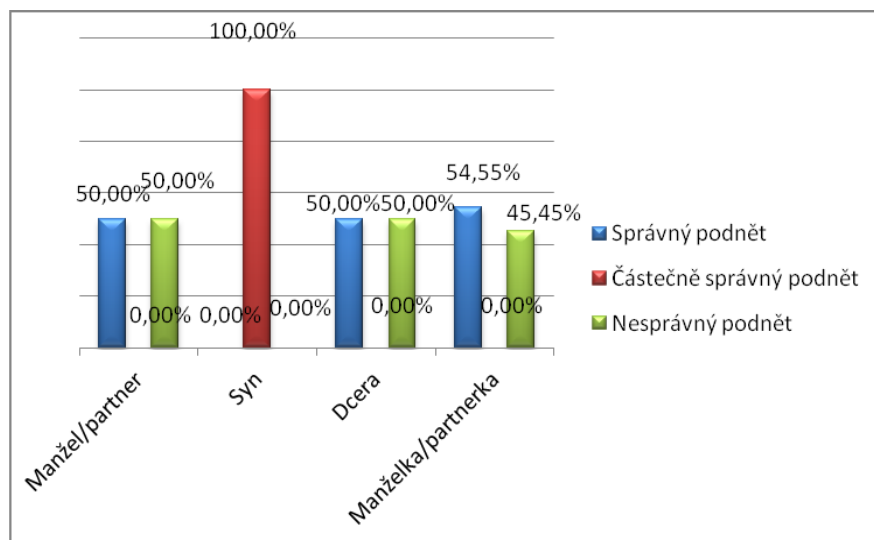
**Tabulka 22 Neoblíbená jídla pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	7	0	7
Syn	0	1	0
Dcera	1	0	2

V případě kdy vyplňovala anamnézu manželka/partnerka pacientka došlo ke správně zvolenému neoblíbenému jídlu u 6/11 mužů a nesprávně zvolenému neoblíbenému jídlu u 5/11 mužů. Od dcery by se jednalo o správně zvolená neoblíbená jídla u 1/1 mužů.

**Tabulka 23 Neoblíbená jídla pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	6	0	5
Syn	0	0	0
Dcera	1	0	0



**Graf č. 13 Neoblíbená jídla**

Celkem v této otázce došlo ke správně zvolenému neoblíbenému jídlu u 15 (50%) lidí, částečně správnému neoblíbenému jídlu u 1 (3,33%) člověka a nesprávně zvolenému neoblíbenému jídlu u 14 (46,67%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že ženy nemají rády následovná jídla: koprová omáčka 38,89%, dršťková polévka 5,56%, rajská omáčka 5,56%, tučná jídla 22,22%, maso 11,11%, mořské plody 5,56%, vnitřnosti 22,22%, lečo 5,56% a žádná neoblíbená jídla nemá 11,11% dotazovaných žen.

U mužů jsou neoblíbená jídla následující: Smaženice 8,33%, sladká jídla 25%, mrkev 8,33%, koprová omáčka 25%, dršťková polévka 8,33%, čočka 16,67%, ryby 8,33%, rajská omáčka 8,33%, šunkafleky 8,33%, sýry 8,33% a 16,67% mužů nemá žádná neoblíbená jídla.

### Otázka č. 18.1. Jaké jsou Vaše oblíbené tekutiny? (příchutě, popř. alkohol...)

V situaci kdy anamnézu vyplňoval manžel/partner pacientky došlo ke vhodně zvolenému podnětu ve formě nápojů u 9/14 žen, u 4/14 žen by to byl pouze částečně vhodně zvolený nápoj a u 1/14 žen by byl nápoj zvolen nevhodně. Od syna by se jednalo o nevhodně zvolený nápoj u 1/1 žen. V případě, kdy anamnézu vyplňovala dcera, by byl vhodně zvolen nápoj u 1/3 žen a nevhodně zvolený nápoj u 2/3 žen.

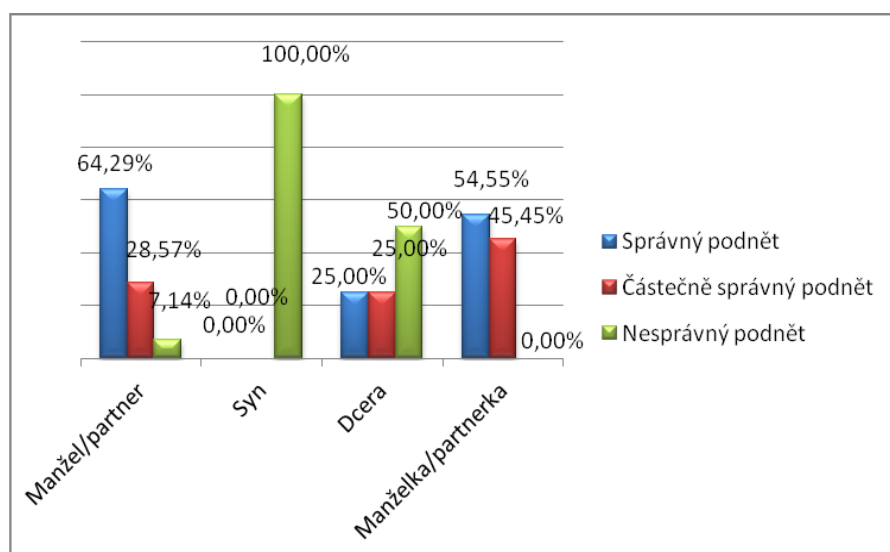
**Tabulka 24 Oblíbené tekutiny pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	9	4	1
Syn	0	0	1
Dcera	1	0	2

V případě odpovědí manželky/partnerky pacienta došlo ke vhodně zvoleným nápojům u 6/11 mužů a u 5/11 mužům pouze k částečně vhodnému nápoji. V situaci, kdy vyplňovala anamnézu dcera, došlo k částečně vhodně zvolenému nápoji u 1/1 mužů.

**Tabulka 25 Oblíbené tekutiny pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	6	5	0
Syn	0	0	0
Dcera	0	1	0



**Graf č. 14 Oblíbené tekutiny**

Celkem by byly vhodně zvolené nápoje u 16 (53,33%) lidí, částečně vhodné nápoje by byly podávány u 10 (33,33%) lidí a nevhodně zvolené nápoje u 4 (13,33%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že u žen jsou oblíbené nápoje následující: pivo 5,56%, voda 50%, káva 27,78%, čaj 33,33%, minerální voda 33,33%, džus 5,56%, víno 16,67%.

U mužů jsou oblíbené nápoje následující: limonáda 8,33%, pivo 66,67%, voda 33,33%, káva 33,33%, čaj 41,67%, minerální voda 25%, džus 16,67%, cola 25%, rum 16,67% a vodka 8,33%.



## Otázka č. 18.2. Jaké tekutiny nemáte rád/a?

V situaci kdy odpovídal manžel/partner pacientky došlo ke správně zvoleným neoblíbeným nápojům u 5/14 žen a u 9/14 žen k nesprávně zvoleným neoblíbených nápojů. V případě vyplňování anamnézy synem se jednalo o částečně správně zvolený neoblíbený nápoj u 1/1 žen. V situaci, kdy vyplňovala anamnézu dcera, by se jednalo o nesprávně zvolený neoblíbený nápoj u 3/3 žen.

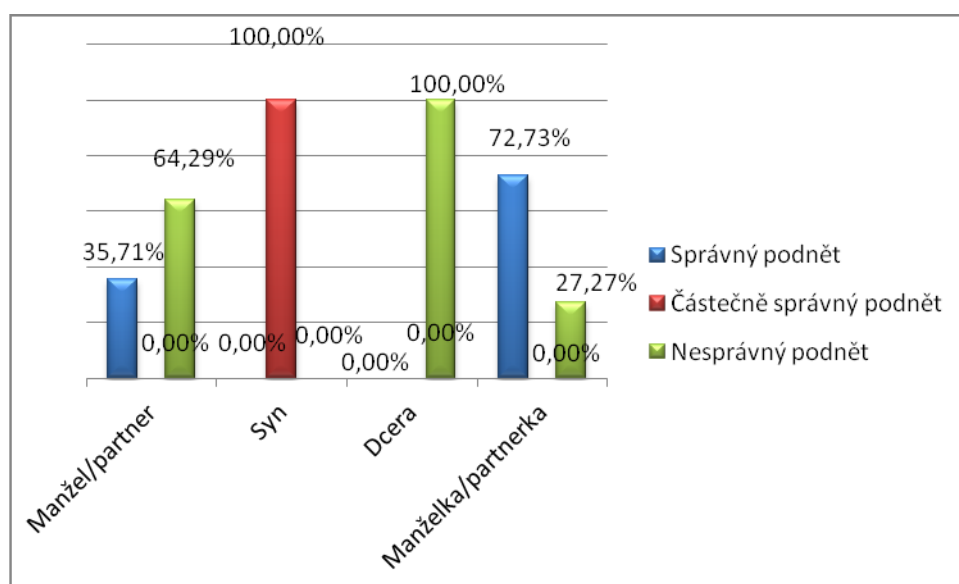
**Tabulka 26 Neoblíbené tekutiny pacientka**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manžel/partner	5	0	9
Syn	0	1	0
Dcera	0	0	3

V případě, kdy anamnézu vyplňovala manželka/partnerka pacientka došlo ke správně zvolenému neoblíbenému nápoji u 8/11 mužů a k nesprávně zvolenému neoblíbenému nápoji u 3/11 mužů. V situaci, kdy anamnézu vyplňovala dcera, byl zvolen nesprávně neoblíbený nápoj u 1/1 mužů.

**Tabulka 27 Neoblíbené tekutiny pacient**

	Správný podnět	Částečně správný podnět	Nesprávný podnět
Manželka/partnerka	8	0	3
Syn	0	0	0
Dcera	0	0	1



**Graf č. 15 Neoblíbené tekutiny**

Celkem tedy došlo ke správně zvoleným neoblíbeným nápojům u 13 (43,33%) lidí, částečně správně zvolenému neoblíbenému nápoji u 1 (3,33%) člověka a k nesprávně zvolenému neoblíbenému nápoji u 16 (53,33%) lidí.

Z odpovědí vyplynulo, že u žen jsou neoblíbené nápoje následující: alkohol 22,22%, kozí mléko 22,22%, sladké nápoje 33,33%, rajčatový džus 5,56%, pivo 22,22% a žádné neoblíbené nápoje nemá 5,56% žen.

U mužů jsou neoblíbené nápoje následující: alkohol 25%, kozí mléko 16,62%, mléko 16,67%, voda 25%, sladké nápoje 25%, čaj 16,67% a žádné neoblíbené nápoje nemá 16,67% mužů.

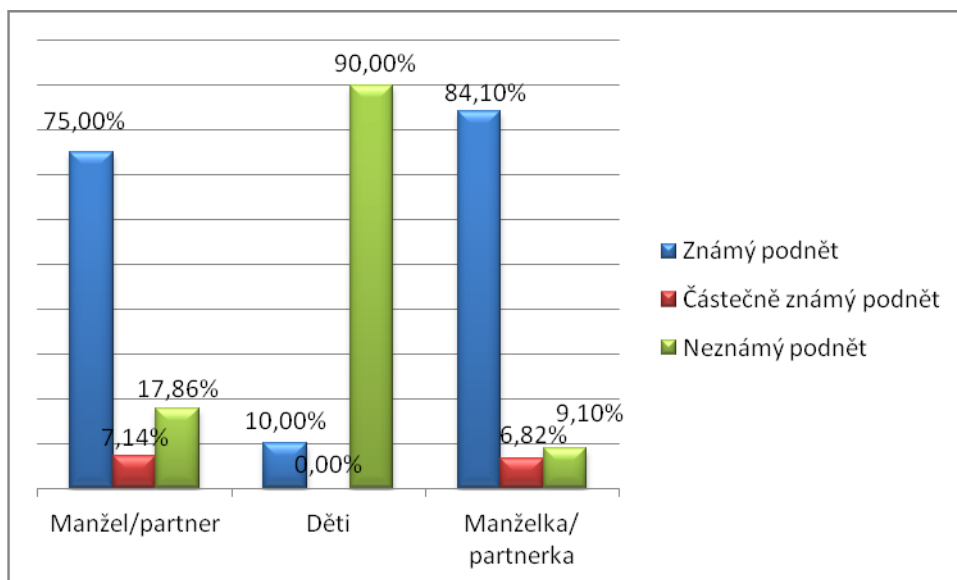
## 9. Vyhodnocení hypotéz

### Hypotéza č. 1

Předpokládám, že v oblasti somatické stimulace bude zvoleno více známých podnětů u manželských/partnerských vztahů než ve vztahu rodič a dítě.

Do hypotézy č. 1 spadají otázky 11.1., 11.2., 12.4. a 14.2..

Nejvíce známých podnětů bylo zvoleno v případě, kdy odpovídaly manželky/partnerky pacientů a to 84,1%, částečně známé podněty byly zvoleny z 6,82% a neznámé podněty z 9,1%. U odpovědí, které vyplňovaly děti pacientek a pacientů došlo ke zvolení známých podnětů z 10% a k neznámým podnětům z 90%. V případě, kdy odpovídali manželé/partneři došlo ke zvolení známých podnětů z 75%, k částečně známým podnětům z 7,14% a k neznámým podnětům z 17,86%.



Graf č. 16 Hypotéza č.1

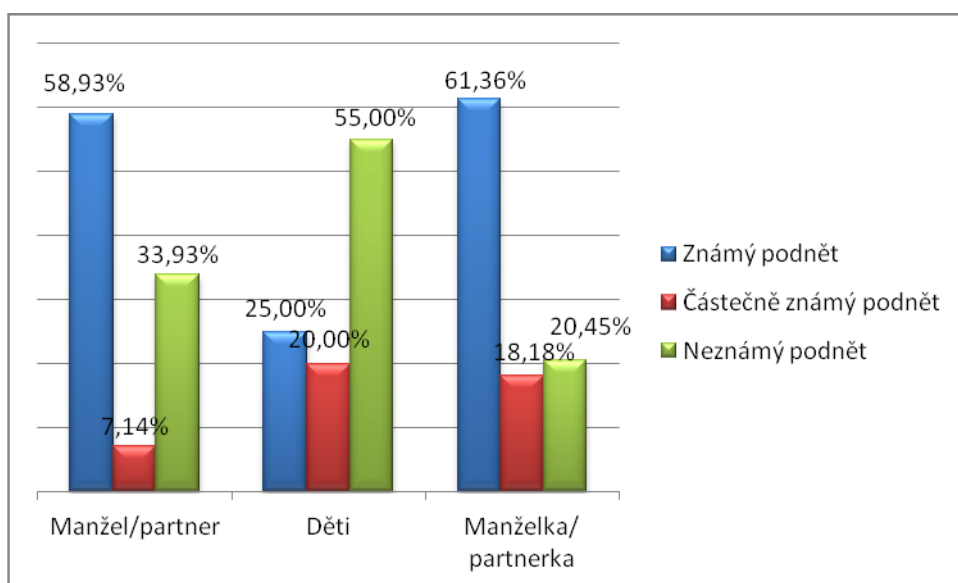
Hypotéza č.1 byla potvrzena. V případě porovnávání odpovědí od manželských/partnerských párů byla větší shoda v odpovědích než v odpovědích ve vztazích rodič a dítě.

## **Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že v oblasti orální stimulace bude zvoleno více známých podnětů od manželek/partnerek než od manželů/partnerů.

Hypotéza č. 2 byla zodpovězena v dotazech č. 17.1., 17.2., 18.1., 18.2..

V případě, kdy odpovídaly manželky/partnerky pacientů byly zvoleny známe podněty z 61,36% , částečně známé podněty z 18,18% a neznámé podněty z 20,45%. V odpovědích, které vyplňovaly děti pacientek a pacientů došlo ke zvolení známých podnětů z 25%, k částečně známým podnětům z 20% a k neznámým podnětům z 55%. V situaci, kdy odpovídali manželé/partneři došlo ke zvolení známých podnětů z 58,93%, k částečně známým podnětům z 7,14% a neznámým podnětům z 33,93% .



**Graf č. 17 Hypotéza č.2**

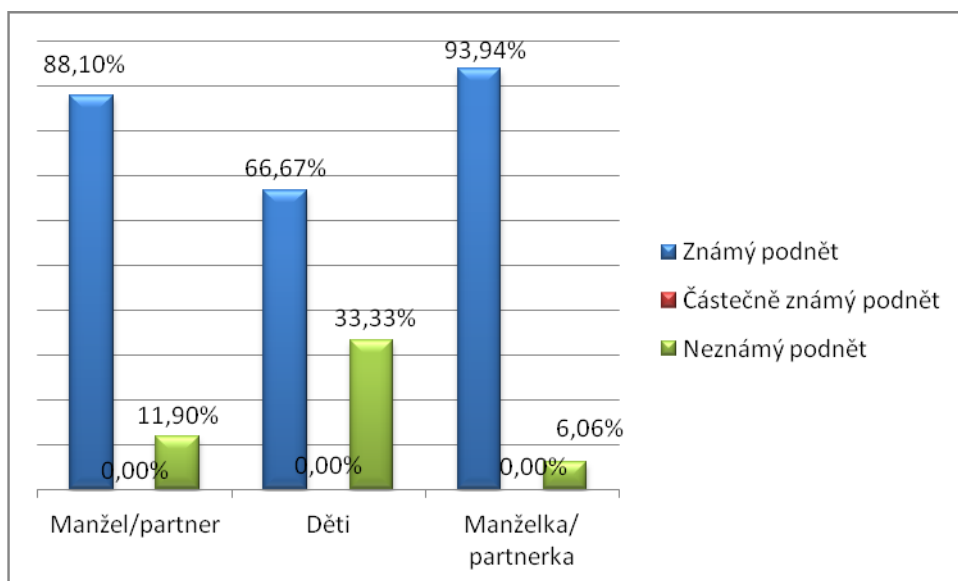
Hypotéza č.2 byla vyvrácena. Zvolení známých podnětů ze strany manželek/partnerek bylo téměř shodné u zvolených podnětů ze strany manželů/partnerů.

### Hypotéza č. 3

Předpokládám, že v oblasti taktilně haptické stimulace bude zvoleno více známých podnětů u manželských/partnerských párů než u dětí a rodičů.

Hypotézu č. 3 obsahovaly otázky č. 9.1., 13.1. a 13.2.

V případě, kdy odpovídaly manželky/partnerky pacientů došlo k nejvíce zvolení známých podnětů a to z 93,94%, zvolení neznámých podnětů bylo pouze z 6,06%. U odpovědí, které vyplňovaly děti pacientek a pacientů došlo ke zvolení známých podnětů z 66,67% a k neznámým podnětům z 33,33%. V případě, kdy odpovídali manželé/partneři došlo ke zvolení známých podnětů z 88,1% a k neznámým podnětům z 11,9%.



Graf č. 18 Hypotéza č.3

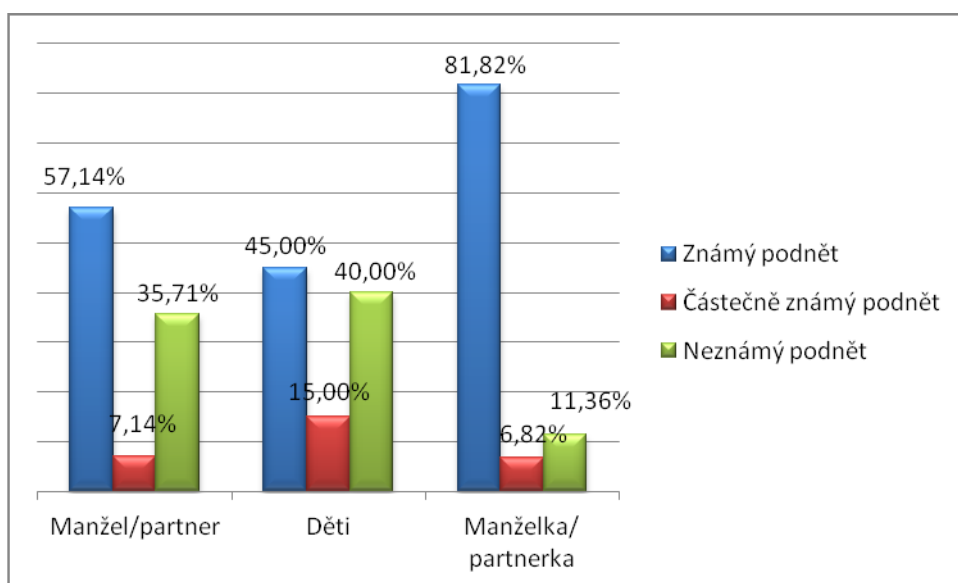
Hypotéza č.3 byla potvrzena. Zvolení více známých podnětů bylo zvoleno ze strany manželských/partnerských párů než ve vztahu rodičů a dětí.

#### **Hypotéza č. 4**

Předpokládám, že v oblasti všeobecných otázek budou zvolené známé podněty přibližně stejné jak ze strany manželských párů, tak z odpovědí od dětí.

Hypotézy č. 4 se týkaly otázky č. 1.1., 2.1., 5.1. a 7.4.

Nejvíce zvolených známých podnětů bylo v případě, kdy odpovídaly manželky/partnerky pacientů a to z 81,82% , částečně známé podněty z 6,82% a neznámé podněty z 11,36%. V případě odpovědí, které vyplňovaly děti pacientek a pacientů došlo ke zvolení známých podnětů z 45% k částečně známým podnětům z 15% a k neznámým podnětům ze 40% . V případě, kdy odpovídali manželé/partneři došlo ke zvolení známých podnětů z 57,14% , k částečně známým podnětům z 7,14% a k neznámým podnětům z 35,71%.



**Graf č. 19 Hypotéza č.4**

Hypotéza č. 4 byla vyvrácena. V oblasti všeobecných dotazů bylo zvoleno více známých podnětů ze strany manželského/partnerského vztahu než ve vztahu rodič a dítě.

## 10. Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti, o které je pečováno v konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup>, stimulováni pro ně známými podněty. Jelikož je koncept Bazální stimulace<sup>®</sup> v posledních letech velmi vyzdvihován a využíván, rozhodla jsem se právě pro tento výzkum zaměřen na biografickou anamnézu, dle které se o pacienty pečuje, a chtěla jsem zjistit v jaké míře je o ně pečováno známými podněty.

Při porovnání výsledků výzkumu v oblasti somatické stimulace bylo zjištěno, že největší shoda byla v případech, kdy odpovídaly manželky/partnerky. Značná shoda byla i v případech, kdy odpovídali manželé/partneři. Nejhůře dopadly odpovědi od dětí, kdy v odpovědích převažovaly z velké části neshodné odpovědi. Je tedy zřejmé, že skutečnosti týkající se oblasti somatické stimulace znají lépe manželské a partnerské páry, které spolu sdílí jednu domácnost a mají jiný tělesný vztah než děti, které s nimi již domácnost nesdílí. V porovnání s výzkumem Konvičné (2016), kde se zkoumala účinnost somatické stimulace, uvedlo 22,2% zaměstnanců, že klienti jsou schopni po této stimulaci vnímat své tělo a 55,6% zaměstnanců uvedlo, že klienti jsou schopni vnímat tělesné schéma. Tato čísla relativně souhlasí se shodnými odpověďmi u mnou zkoumaných párů.

Z porovnání výsledků týkajících se orální stimulace, do které spadaly dotazy týkající se oblíbených/neoblíbených jídel a nápojů, jsem došla k závěru, že ze strany manželek/partnerek, tak ze strany manželů/partnerů byly shodné odpovědi téměř stejné. Tento výsledek mě překvapil, předpokládala jsem, že bude více shodných odpovědí ze strany manželek/partnerek, jelikož jsou to právě ženy, kdo se v domácnostech stará o přípravu pokrmů. Dle Friedlové (2015) je tato stimulace přínosná hlavně pro klienty, kteří nejsou schopni přijímat potravu ústy, tato stimulace je pro ně však výrazný faktor, který posiluje jejich kvalitu života.

Při vyhodnocení oblasti taktilně haptické stimulace došlo ze všech oblastí k nejkvalitnějším výsledkům. Do této otázky byla zařazena otázka týkající se dominantní ruky a upřednostňovaných a nepříjemných materiálů. Tento výsledek mě překvapil, jelikož lidé běžně nediskutují o oblíbených a neoblíbených

materiálech. Dle výzkumu Šnajdrové (2013) se taktilně haptická stimulace zařazuje do péče z 15,8%. Myslím si, že by se však měla zařazovat více, jelikož je znalost druhé osoby v této oblasti nejvyšší v porovnání s ostatními oblastmi konceptu.

Ve všeobecných dotazech nejlépe vyšly odpovědi od manželek/partnerek, v případě kdy odpovídali manželé/partneři nebo děti došlo téměř ke stejnému počtu shodných odpovědí. Tento výsledek mě překvapil, této oblasti se týkaly dotazy oslovení, které by si pacient/ka přál/a, aby ošetřující personál používal, poté zaměstnání, preferovaných návštěv a využívání volného času. Myslím si, že je to dáno tím, že ženy jsou vůči svému okolí vnímavější a umí lépe popsat skutečnost než muži, kteří se uspokojí s jednoslovnými odpověďmi. Dle výzkumu Mechové a Bártové (2008), který byl zaměřen na efektivitu (účinnost) poskytované ošetrovatelské péče v konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup> vyšlo, že u 75% klientů je péče efektivní a u 15% je péče bez efektu. Neefektivní progres v tomto konceptu může být zapříčiněn právě nevhodně zvolenými podněty na základě nesprávně vyplněné biografické anamnézy.



## 11. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda se pacienti, o které je pečováno v konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup>, stimulují pro ně známými podněty. Teoretickou část jsem vypracovávala z informací získaných z českých a německých učebnic, odborných článků a internetových stránek. Sehnat vzorek respondentů nebylo těžké, i když se mi stalo, že někteří mi biografickou anamnézu odmítli vyplnit, až na základě této zkušenosti jsem si uvědomila, že obsah biografické anamnézy je velmi intimní.

Z důvodu velké obsáhlosti dotazníku jsem nemohla rozebrat všechny dotazy podrobněji a zařadit je do bakalářské práce. Pro svůj vlastní zájem jsem si je však vypracovala a po vyhodnocení všech dotazů jsou výsledky následovné. U manželů/partnerů došlo ke zvolení známých podnětů z 67,48%, k částečně známým podnětům z 4,1% a k neznámým podnětům z 28,42%. U manželek/partnerek došlo ke zvolení známých podnětů z 75,82%, k částečně známým podnětům z 6,58% a neznámým podnětům z 17,6%. U dcer došlo ke zvolení známých podnětů z 42,02%, k částečně známým podnětům z 5,85% a k neznámým podnětům z 52,13%. U syna došlo ke shodě z 23,4% k neshodě z 14,89% a k neshodě z 61,7%. ***Celkem bylo zvolení známých podnětů z 65,67%, částečně známých podnětů z 5,6% a ke zvolení neznámých podnětů z 28,72%.*** V porovnání s výzkumem (Mechová, Bártová 2008) zaměřujícím se na efektivitu poskytované péče v konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup>, kde vyšlo, že u 75% klientů došlo ke zlepšení stavu, u 15% byla péče bez efektu a 10% klientů zemřelo. Je tedy možné, že u 15% klientů nedošlo k efektu z důvodu, že nebyli stimulováni právě podle známých podnětů.

Myslím si, že rozdílnost v jednotlivých odpovědích je dána tím, že biografická anamnéza pracuje s velmi specifickými a intimními položkami. Také si myslím, že je to dáno tím, že lidé v dnešní době spolu málo komunikují a žijí spíše vedle sebe než spolu, také to může být dáno tím, že příbuzní, kteří vyplňovali biografickou anamnézu, vycházeli z toho, co u svého příbuzného vidí než z toho co jim říká. Dalším důvodem může být malé povědomí o konceptu

Bazální stimulace<sup>®</sup> na menším městě než ve městě velkém, z čehož vyplívá i to jak detailně se příbuzní pacientů rozepsali v jednotlivých odpovědích.

Výsledek zvolení známých podnětů mě zarazil, předpokládala jsem větší procentuelní zastoupení nabízených známých podnětů. Myslím, že by bylo vhodné provést podobné výzkumy na jednotlivé oblasti z konceptu Bazální stimulace<sup>®</sup>, aby došlo k vyhodnocení z více dotazů na jednotlivé oblasti.

## Seznam použité literatury

1. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4
3. Prof. Dr. Andreas Fröhlich. *Basale stimulation* [online]. [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://www.basale-stimulation.de/eihenmitglieder/prof-dr-andreas-froehlich/>
4. DVOŘÁKOVÁ, Helena. Bazální stimulace, texty k základnímu kurzu
5. Deset cílů. *Bazální stimulace* [online]. [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>
6. DVOŘÁKOVÁ, Helena. Bazální stimulace, texty k nastavbovému
7. ZAZULA, Roman et al. *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 2003 ISBN 80-7262-227-7
8. Polohování. *Apropo Jičín* [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.apropojicin.cz/advice/pro-osoby-s-postizenim/relaxace-a-odpocinek/polohovani?cslug=pro-osoby-s-postizenim&categorySlug=relaxace-a-odpocinek>
9. BORÝSKOVÁ, Hedvika, PAJTLOVÁ, Marcela, ZAPLETALOVÁ, Eva a BEZROUKOVÁ, Jarmila. *Vademecum, Bazální stimulace, Příručka pro nejbližší osoby pacientů v konceptu Bazální stimulace*, FN Brno, Neurochirurgická klinika, 2010.
10. DVOŘÁKOVÁ, Helena. Základní kurz Bazální stimulace® Praha 11. 3. – 12. 3. 2016.
11. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3877-2
12. FRIEDLOVÁ, Karolína, *Cesta k humánnímu ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí : sborník příspěvků*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. ISBN 978-80-254-0757-8
13. BIENSTEIN, Christel und FRÖHLICH, Andreas, *Basale Stimulation in der Pflege pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von*

*wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen*. Düsseldorf: Verl.

Selbstbestimmtes Leben, 1995. ISBN 3910095100

14. DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Nástavbový kurz Bazální stimulace*® Praha 28. 4. – 29. 4. 2017
15. FRIEDLOVÁ, Karolína, *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi, Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu Bazální stimulace*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2009. ISBN 978-80-254-5815-0
16. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace mne oslovila humanitou. Komfort*. Slaný, 2006, 3(3), 6
17. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. ISBN isbn80-239-6132-2
18. VÍTKOVÁ, Marie. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Metoda bazální stimulace*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001
19. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4
20. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3
21. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2013, 9(3), 25-27. ISSN 1801-1349
22. KOZONĚ, Vlastimil a BAŠKOVÁ, Martina. *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatelstva. Sborník příspěvků z odborné konference pořádané Univerzitou Komenského v Bratislave a Jesseniovou lékařskou fakultou v Martině*. Martin: JLF UK Martin, 2015. ISBN 978-80-89544-76-9
23. FRIEDLOVÁ, Karolína a Daniela FÁRKOVÁ. *V centru zájmu klient. Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, 11(10), 42-44. ISSN 1210-0404

24. FRIEDLOVÁ, Karolína. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. 2010, **12**(6-7), 30-31. ISSN 1803-7348
25. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Mladá fronta, 2010, **12**(8), 36-37. ISSN 1803-7348
26. FRIEDLOVÁ, Karolína. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Mladá fronta, 2010, **12**(11), 28-29. ISSN 1803-7348
27. REJŇÁKOVÁ, Mária a Milena BLAHUTOVÁ. Implementácia konceptu Bazálnej stimulácie do praxe. *Odborný časopis Sociální služby*. 2016, **18**(3), 38. ISSN 1803-7348
28. ŽÁKAVEC, Jakub a Lucie VÍSNEROVÁ. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v přímé ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **18**(3), 30-31. ISSN 1801-1349
29. JANDOVÁ, Darina. Blahodárné účinky Bazálnej stimulácie. *Sestra*. 2013, **7**(7-8), 24-25. ISSN 1335-9444
30. ZACHOVÁ, Markéta, Markéta HUMPÁLOVÁ a Jana MÁŠKOVÁ. Využití konceptu Bazální stimulace u pacienta s apalickým syndromem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2013, **9**(6), 34-35. ISSN 1801-1349
31. PETRÍKOVÁ, Anna. Bazálna stimulácia pri bdelej kóme. *Sestra*. 2013, **7**(11-12), 18-19. ISSN 1335-9444
32. DVOŘÁKOVÁ, Michaela. Reakce pacientů na Bazální stimulaci. *Sestra*. 2013, **7**(16-17), 16-17. ISSN 1335-9444
33. SČUČKOVÁ, Eva. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v následné péči u pacientů po těžkých mozkolebečních poraněních. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **8**(6), 32-33. ISSN 1801-1349
34. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace - hit v ošetrovatelství. *Dobrý kontakt, měsíčník pro lékárny*. 2008, (5), 10-13 ISSN 1803-7348
35. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8

## Seznam použitých zkratk

Bc.	bakalář
CMP	cévní mozková příhoda
DiS.	Diplomovaný specialista
DM	diabetes mellitus
DMO	dětská mozková obrna
KPR	kardiopulmonální resuscitace
lf.	lékařská fakulta
Mgr.	magistra
Např.	například
Prof.	Profesor/ka
Tzv.	tak zvaný
UK	Univerzita Karlova
UPV	umělá plicní ventilace
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

## Seznam obrázků

Obrázek 1 Samovolné osvobození z polohy mumie .....	30
Obrázek 2 Poloha mumie .....	30
Obrázek 4 Poloha hnízda na zádech.....	31
Obrázek 3 Poloha hnízda na zádech.....	31
Obrázek 6 Poloha hnízda na boku.....	31
Obrázek 5 Poloha hnízda na břichu .....	31

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Senzobiografie .....	16
Tabulka 4 Oslovení personálem u pacientky .....	47
Tabulka 5 Oslovení personálem u pacienta .....	47
Tabulka 6 Návštěvy v nemocnici pacientka.....	50
Tabulka 7 Návštěvy v nemocnici pacient .....	50
Tabulka 8 Pravidelné aktivity pacientka .....	52
Tabulka 9 Pravidelné aktivity pacient.....	52
Tabulka 10 Upřednostňované doteky pacientka .....	55
Tabulka 11 Upřednostňované doteky pacient .....	55
Tabulka 12 Místo upřednostňovaných doteků pacientka.....	57
Tabulka 13 Místo upřednostňovaných doteků pacient.....	57
Tabulka 14 Poloha při usínání pacientka .....	59
Tabulka 15 Poloha při usínání pacient .....	59
Tabulka 16 Upřednostňované materiály pacientka .....	61
Tabulka 17 Upřednostňované materiály pacient.....	61
Tabulka 18 Nepříjemné materiály pacientka .....	63
Tabulka 19 Nepříjemné materiály pacient .....	63
Tabulka 20 Doba mytí pacientka .....	65
Tabulka 21 Doba mytí pacient .....	65
Tabulka 22 Oblíbená jídla pacientka .....	67
Tabulka 23 Oblíbená jídla pacient .....	67
Tabulka 24 Neoblíbená jídla pacientka.....	69
Tabulka 25 Neoblíbená jídla pacient.....	69
Tabulka 26 Oblíbené tekutiny pacientka.....	71
Tabulka 27 Oblíbené tekutiny pacient .....	71
Tabulka 28 Neoblíbené tekutiny pacientka.....	73
Tabulka 29 Neoblíbené tekutiny pacient.....	73



## Seznam grafů

Graf č. 1 Oslovení personálem.....	48
Graf č. 2 Zaměstnání .....	49
Graf č. 3 Návštěvy v nemocnici.....	50
Graf č. 4 Pravidelné aktivity .....	53
Graf č. 5 Dominance .....	54
Graf č. 6 Vhodné doteky .....	55
Graf č. 7 Místo upřednostňovaných doteků .....	57
Graf č. 8 Poloha při usínání.....	59
Graf č. 9 Upřednostňované materiály .....	61
Graf č. 10 Nepříjemné materiály.....	63
Graf č. 11 Doba mytí.....	66
Graf č. 12 Oblíbená jídla .....	67
Graf č. 13 Neoblíbená jídla .....	69
Graf č. 14 Oblíbené tekutiny .....	71
Graf č. 15 Neoblíbené tekutiny .....	73
Graf č. 16 Hypotéza č.1.....	75
Graf č. 17 Hypotéza č.2.....	76
Graf č. 18 Hypotéza č.3.....	77
Graf č. 19 Hypotéza č.4.....	78

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Rozpracovaná biografická anamnéza

Příloha č. 2 Biografická anamnéza ÚVN

Příloha č. 3 Souhlas s uveřejněním fotografií

Příloha č. 4 Souhlas s využitím biografické anamnézy ÚVN

Příloha č. 5 Souhlas s provedením výzkumu na interním oddělení

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1 Rozpracovaná biografická anamnéza**

#### **Dotazník pro Vás**

Uveďte prosím Vaše iniciály, věk a vztah k osobě, která bude vyplňovat druhý dotazník.

#### **1. Oslovení:**

1.1. Jaké oslovení byste si přál/la, aby ošetřující personál používal?

1.2. Jaké oslovení máte rád/a?

1.3. Jaké oslovení rád/a nemáte?

#### **2. Sociální situace:**

2.1. Jaké je Vaše zaměstnání? (V případě důchodu, jaké bylo Vaše zaměstnání?)

2.2. Jaká je/byla náplň Vaší práce?

2.3. Máte/měl(a) jste svou práci rád/a?

#### **3. Bydlení:**

3.1. Kde bydlíte? (Dům/byt, poschodí...)

3.2. S kým bydlíte?

#### **4. Rodinné vazby:**

4.1. Uveďte prosím příbuzné, se kterými udržujete kontakt: (Křestní jméno, rodinná vazba.)

#### **5. Návštěvy:**

5.1. Uveďte, koho byste si přál/a aby Vás v nemocnici navštěvoval:

#### **6. Vnímání:**

6.1. Jaký je Váš sluch? (Uveďte popřípadě Vaše kompenzační pomůcky.)

6.2. Jaký je Váš zrak? (Používáte nějaké kompenzační pomůcky? Jaké?)

#### **7. Rytmus dne:**

7.1. Kdy vstáváte?

7.2. Kdy chodíte spát?

7.3. Spíte během dne? (Pokud ano, kdy?)

7.4. Máte nějaké pravidelné aktivity? (Sport...)

### **8. Prostředí:**

8.1. Jaké má Vaše prostředí běžnou teplotu?

8.2. Jaké má Vaše prostředí osvětlení?

8.3. Jaký má Vaše prostředí hluk?

### **9. Dominance:**

9.1. Jste pravák nebo levák? (Popřípadě, děláte některé činnosti jinou než dominantní rukou? Uveďte prosím jaké.)

### **10. Charakteristika**

10.1. Jak byste se charakterizoval/a? (Extrovert, introvert...)

### **11. Doteky:**

11.1. Jaké upřednostňujete doteky? (hlazení, poplácávání...)

11.2. Kde na těle upřednostňujete doteky?

11.3. Jaké doteky nemáte rád/a?

11.4. Kde na těle doteky nemáte rád/a?

### **12. Spánek:**

12.1. Jak dlouho spíte?

12.2. Je Váš spánek kvalitní?

12.3. Jaké máte zvyklosti? (Jak se přikrýváte? Rituály před spaním? ...)

12.4. Jakou polohu preferujete při usínání?

12.5. Jakou máte teplotu v místnosti při spánku?

### **13. Materiály:**

13.1. Jaké materiály upřednostňujete? (přírodní, látky, umělé...)

13.2. Jaké materiály Vám jsou nepříjemné?

### **14. Hygiena:**

14.1. Jakou preferujete teplotu vody?

14.2. Kdy se myjete?

14.3. Máte nějakou oblíbenou kosmetiku? (Prosím uveďte jakou.)

**15. Vůně:**

15.1. Jaké jsou Vaše oblíbené vůně?

15.2. Jaké jsou Vaše neoblíbené vůně?

15.3. Jaké vůně jsou pro Vás přirozené? (Vůně pracovního prostředí, domácnosti?...)

**16. Zvuky:**

16.1. Jaká je Vaše oblíbená hudba? (kapely, písně...)

16.2. Jaké jsou Vaše přirozené zvuky? (Zvuky v pracovním prostředí, v domácnosti?...)

**17. Jídlo:**

17.1. Jaká jsou Vaše oblíbená jídla, jejich teplota a denní doba?

17.2. Jaká jsou Vaše neoblíbená jídla?

**18. Pítí:**

18.1. Jaké jsou Vaše oblíbené tekutiny? (příchutě, popř. alkohol...)

18.2. Jaké tekutiny nemáte rád/a?

**19. Bolest:**

19.1. Jak snášíte bolest?

**20. Silný zážitek:**

20.1. Jaký je Váš silný zážitek z poslední doby?

**21. Ostatní:**

21.1. Prosím uveďte, co si myslíte, že je ještě důležité, aby o Vás ošetřující personál znal.

## **Dotazník pro příbuzného**

Uveďte prosím iniciály příbuzného, věk a vztah k osobě, která bude vyplňovat první dotazník.

### **1. Oslovení:**

1.1. Jaké oslovení si myslíte, že by Váš/e příbuzný/á preferoval/a?

1.2. Jaké oslovení má rád/a?

1.3. Jaké oslovení rád/a nemá?

### **2. Sociální situace:**

2.1. Jaké je jeho/její zaměstnání? (V případě důchodu, jaké bylo jeho/její zaměstnání?)

2.2. Jaká je/byla náplň jeho/její práce?

2.3. Má/měl(a) svou práci rád/a?

### **3. Bydlení:**

3.1. Kde bydlí? (Dům/byt, poschodí...)

3.2. S kým bydlí?

### **4. Rodinné vazby:**

4.1. Uveďte prosím příbuzné, se kterými udržuje kontakt: (Křestní jméno, rodinná vazba.)

### **5. Návštěvy:**

5.1. Uveďte, koho by si přál/a aby ho/ji v nemocnici navštěvoval:

### **6. Vnímání:**

6.1. Jaký je jeho/její sluch? (Uveďte popřípadě používané kompenzační pomůcky.)

6.2. Jaký je jeho/její zrak? (Používá nějaké kompenzační pomůcky, jaké?)

### **7. Rytmus dne:**

7.1. Kdy vstává?

7.2. Kdy chodí spát?

7.3. Spí během dne? (Pokud ano, kdy?)

7.4. Má nějaké pravidelné aktivity? Jaké? (Sport...)

### **8. Prostředí:**

8.1. Jaké má jeho/její prostředí běžnou teplotu?

8.2. Jaké má jeho/její prostředí osvětlení?

8.3. Jaký má jeho/její prostředí hluk?

**9. Dominance:**

9.1. Je pravák nebo levák? (Popřípadě, dělá některé činnosti jinou než dominantní rukou? Uveďte prosím jaké.)

**10. Charakteristika**

10.1. Jak byste ho/jí charakterizoval/a? (Extrovert, introvert...)

**11. Doteky:**

11.1. Jaké upřednostňuje doteky? (hlazení, poplácávání...)

11.2. Kde na těle upřednostňuje doteky?

11.3. Jaké doteky nemá rád/a?

11.4. Kde na těle doteky nemá rád/a?

**12. Spánek:**

12.1. Jak dlouho spí?

12.2. Je jeho/její spánek kvalitní?

12.3. Jaké má zvyklosti? (Jak se přikrývá? Rituály před spaním? ...)

12.4. Jakou polohu preferuje při usínání?

12.5. Jakou má teplotu v místnosti při spánku?

**13. Materiály:**

13.1. Jaké materiály upřednostňuje? (přírodní, látky, umělé...)

13.2. Jaké materiály mu/jí jsou nepříjemné?

**14. Hygiena:**

14.1. Jakou preferuje teplotu vody?

14.2. Kdy se myje?

14.3. Má nějakou oblíbenou kosmetiku? (Prosím uveďte jakou.)

**15. Vůně:**

15.1. Jaké jsou jeho/její oblíbené vůně?

15.2. Jaké jsou jeho/její neoblíbené vůně?

15.3. Jaké vůně jsou pro něho/ni přirozené? (Vůně pracovního prostředí, domácnosti?...)

**16. Zvuky:**

16.1. Jaká je jeho/její oblíbená hudba? (kapely, písně...)

16.2. Jaké jsou jeho/její přirozené zvuky? (Zvuky v pracovním prostředí, v domácnosti?...)

**17. Jídlo:**

17.1. Jaká jsou jeho/její oblíbená jídla, jejich teplota a denní doba?

17.2. Jaká jsou jeho/její neoblíbená jídla?

**18. Pítí:**

18.1. Jaké jsou jeho/její oblíbené tekutiny? (příchutě, popř. alkohol...)

18.2. Jaké tekutiny nemá rád/a?

**19. Bolest:**

19.1. Jak snáší bolest?

**20. Silný zážitek:**

20.1. Jaký je jeho/její silný zážitek z poslední doby?

**21. Ostatní:**

21.1. Prosím uveďte, co si myslíte, že je ještě důležité, aby o něm/jí ošetřující personál znal.



## Příloha č. 2 Biografická anamnéza ÚVN



<b>Biografická anamnéza</b>	
<u>Oslovení:</u> (jaké oslovení by měl používat ošetřující personál)	<u>Sociální situace:</u> (pokud důchodce, jaké bylo dřívější zaměstnání)
<u>Bydlení:</u>	<u>Rodinné vztahy</u> (děti, vnoučata, pokud chcete, můžete uvést vazby):
<u>Návštěvy</u> (uvedte, kdo může pacienta navštěvovat):	
<u>Vnímání:</u> Sluch (popř. kompenzační pomůcky):	Zrak (brýle, kontaktní čočky,...):
<u>Rytmus dne:</u> Kdy vstává: Kdy usíná: Spánek během dne: Pravidelné aktivity(sport,...):	<u>Prostředí:</u> Teplota: Osvětlení: Hluk:
<u>Dominance:</u>  pravák                                  levák	<u>Charakteristika pacienta</u> (extrovert, introvert,...):
<u>Doteky</u> Které pacient upřednostňuje:	Které pacient nemá rád:
<u>Spánek:</u> Kvalita: Délka: Zvyklosti( např. přikrývání,...): Poloha: Teplota v místnosti:	<u>Materiály, které pacient upřednostňuje:</u> (přírodní, látky,...)
<u>Hygiena:</u> Teplota vody: Denní doba: Oblíbená kosmetika:	<u>Vůně:</u> Oblíbené: Neoblíbené: Přirozené (např. v pracovním prostředí):
<u>Zvuky:</u> Oblíbená hudba: Přirozené(např. pracovní prostředí):	<u>Relaxační činnosti</u> (při jaké činnosti se pacient uvolní):
<u>Jídlo:</u> Oblíbené (uvedte i teplotu, popř. denní dobu):	Neoblíbené:
<u>Pítí:</u> Oblíbené	Neoblíbené:
<u>Jak pacient snáší obvykle bolest:</u>	<u>Silný zážitek z poslední doby:</u>
<u>Ostatní sdělení</u> (co bychom ještě měli o pacientovi vědět):	
Sepsal:	Zpracoval:

### Příloha č. 3 Souhlas s uveřejněním fotografií

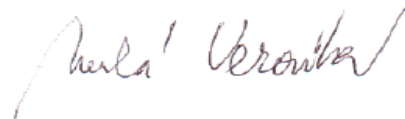
#### UDĚLENÍ SOUHLASU S UŽITÍM FOTOGRAFIE

Já,

**Veronika Nezvalová,**

**souhlasím**, aby byly moje fotografie, pořízené pro účel bakalářské práce Barbory Haluškové na téma:  
„Biografická anamnéza: stimulují se pacienti pro ně známými podněty?“ zveřejněny.

V Trutnově dne 11. 3. 2018



## Příloha č. 4 Souhlas s využitím biografické anamnézy ÚVN

Vážená paní  
Mgr. Lenka Gutová, MBA  
Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče ÚVN

V Praze dne 13.2.2018

Věc: Žádost o souhlas s využitím dokumentu ÚVN

Vážená paní náměstkyně,  
Jmenuji se Barbora Halušková. Jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na 3.LF UK. Obracím se na Vás se žádostí o souhlas s využitím biografické anamnézy ÚVN pro rozpracování k dotazníku pro empirickou část mé bakalářské práce. Tématem mé bakalářské práce je zjištění zda se pacienti v konceptu Bazální stimulace® stimulují pro ně známými podněty.

K využití biografické anamnézy jsem dostala předběžný souhlas od mé odborné konzultantky Bc. Heleny Dvořákové.

Děkuji Vám,  
S pozdravem

Barbora Halušková

Souhlasím

  
Mgr. Lenka Gutová, MBA

## Příloha č. 5 Souhlas s provedením výzkumu na interním oddělení

Vážená paní .  
Vladimíra Fišerová  
Staniční sestra Interního oddělení ONT a.s.

V Trutnově dne 18. 2. 2018

Věc: Žádost o souhlas s provedením dotazníkového šetření na interním oddělení

Vážená paní Fišerová,

Obracím se na Vás se žádostí o vyjádření souhlasu s realizací výzkumu na interním oddělení v Trutnově. Výzkum se týká biografické anamnézy z konceptu Bazální stimulace®, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci v rámci studia na 3.LF UK, oboru Všeobecná sestra.

Výzkum bude realizován pomocí dotazníků. Bude zaměřen na biografickou anamnézu, kterou budou vyplňovat pacienti a jejich příbuzní.

Dotazníky jsou anonymní a po zpracování dat nebudou dotazníky dále uchovávány.

Děkuji Vám,  
S pozdravem

Barbora Halušková

69  
001  
500

*Stuklavm A. Fišerová*  
Fišerová Vladimíra

Oblastní nemocnice Trutnov a.s.  
interní oddělení - lůžka  
tel.: 499 866 111. 499 866 257