

Univerzita Karlova v Praze  
I. lékařská fakulta  
Bakalářské studium – ergoterapie

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

# **Využití prvků bazální stimulace v ergoterapii**

Autor: Marie Kadlecová  
Vedoucí: Bc. Helena Hlochová  
Oponent: MUDr. Yvona Angerová

**Praha, leden 2006**

## Poděkování:

Děkuji vedoucí své bakalářské práce, Bc. Heleně Hlochové, za odborné rady, trpělivost a podporu v čase, kdy času bylo již kriticky málo. Také děkuji Mgr. Karolíně Friedlové, lektorce kurzů bazální stimulace, za obohacující vedení těchto kurzů a za vědomí, že bych se na ni mohla kdykoli obrátit s odborným problémem. Děkuji klientkám i zaměstnancům Domova Sv. Rodiny, od nichž jsem se hodně věcí naučila. A v neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým lidem, zejména za duševní podporu v průběhu psaní této práce.

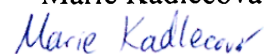
Marie Kadlecová

## Prohlášení:

Prohlašuji, že zdroje údajů a informací, uvedených v této bakalářské práci, jsou citovány a že jsou respektována autorská práva. Výsledky jsem získala a zpracovala v souladu s popisem uvedeným v práci a při klinické praxi jsem dodržela etické předpisy a normy. Souhlasím se zapůjčením exemplářů této práce pro studijní účely.

Praha, 30. listopadu 2005

Marie Kadlecová



## OBSAH:

Úvod .....	1
Cíl .....	2
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>3</b>
1. TEORIE BAZÁLNÍ STIMULACE .....	3
<i>Metodologie a úvod teoretické části:</i> .....	3
1.1 <i>Historie konceptu bazální stimulace</i> .....	3
1.2 <i>Bazální stimulace v České republice a ve světě</i> .....	4
1.3 <i>Oblasti využití konceptu BS</i> .....	5
1.4 <i>Podstata a principy konceptu BS</i> .....	6
1.5 <i>Cíle konceptu bazální stimulace</i> .....	8
1.6 <i>Vědecké podklady konceptu BS</i> .....	8
1.7 <i>Komunikace</i> .....	9
1.7.1 <i>Důsledky imobility, habituační profylaxe</i> .....	11
1.8 <i>Vývoj jednotlivých smyslů</i> .....	14
2. PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE .....	15
2.1 <i>Iniciální dotek</i> .....	15
2.2 <i>Biografická anamnéza</i> .....	16
2.3 <i>SOMATICKÁ STIMULACE</i> .....	16
2.3.1 <i>Celková tělesná koupel</i> .....	17
1) <i>Celková koupel zklidňující</i> .....	18
2) <i>Celková koupel osvěžující</i> .....	18
3) <i>Celková bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha – tzv. neurofyziologická</i> .....	19
4) <i>Diametrální koupel</i> .....	19
2.3.2 <i>Polohování</i> .....	19
1) <i>Poloha hnízdo</i> .....	20
2) <i>Poloha mumie</i> .....	20
2.3.3 <i>Masáž stimulující dýchání (MSD)</i> .....	20
2.4 <i>Vibrační stimulace</i> .....	21
2.5 <i>Vestibulární stimulace</i> .....	22
2.6 <i>Auditivní stimulace</i> .....	23
2.7 <i>Optická stimulace</i> .....	23
2.8 <i>Olfaktorická stimulace</i> .....	24
2.9 <i>Orální stimulace</i> .....	24
2.10 <i>Taktilně haptická stimulace</i> .....	25
3. BAZÁLNÍ STIMULACE A ERGOTERAPIE .....	25
3.1 <i>Jednotka intenzivní péče</i> .....	25
3.2 <i>Práce s klienty s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace</i> .....	25
3.2.1 <i>Snoezelen</i> .....	26
3.3 <i>Geriatric, gerontopsychiatrie</i> .....	26
3.4 <i>Psychiatrie</i> .....	27
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>28</b>
Úvod .....	28
METODOLOGIE .....	28
1.1 <i>Kazuistika I</i> .....	29
1.1.1 <i>Ergoterapeutické hodnocení (na začátku praxe)</i> .....	29

1.1.2 Průběh běžného dne:.....	32
1.1.3 Aplikace prvků BS v terapeutické intervenci .....	32
1.1.4 Závěr .....	35
<b>1.2 Kazuistika II.</b> .....	<b>36</b>
1.2.1 Ergoterapeutické hodnocení (na začátku praxe):.....	36
1.2.2 Průběh běžného dne.....	37
1.2.3 Aplikace prvků BS v terapeutické intervenci .....	38
1.2.4 Závěr .....	38
<b>2. VYUŽITÍ PRVKŮ BAZÁLNÍ STIMULACE V RŮZNÝCH OBLASTECH ERGOTERAPIE</b> .....	<b>39</b>
2.1 pADL - Koupání .....	39
2.2 pADL - Osobní hygiena .....	39
2.3 pADL - Oblékání.....	39
2.4 pADL - Příjem jídla .....	39
2.5 pADL - Kontinence moči a stolice.....	39
2.6 pADL - Chůze .....	40
2.7 Klienti v kómatu.....	40
2.9 Klienti s demencí .....	43
2.10 Klienti po CMP.....	43
2.11 Klienti se spasticitou.....	43
2.12 Klienti s autostimulativním či autoagresivním chováním.....	44
<b>3. POMŮCKY PRO APLIKACI KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V ERGOTERAPII</b> .....	<b>44</b>
3.1 Somatická stimulace .....	44
3.2 Vibrační stimulace.....	45
3.3 Vestibulární stimulace.....	45
3.4 Auditivní stimulace .....	45
3.5 Olfaktorická stimulace.....	46
3.6 Optická stimulace .....	46
3.7 Orální stimulace .....	46
3.8 Taktilně-haptická stimulace.....	46
DISKUZE .....	47
ZÁVĚR .....	48
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	<b>49</b>

## **PŘÍLOHA 1 – PRAKTICKÉ POSTUPY, POMŮCKY ..... II**

<b>1. SOMATICKÁ STIMULACE</b> .....	<b>II</b>
1.1 Celková koupel zklidňující.....	ii
1.2 Celková koupel osvěžující.....	ii
1.3 Neurofyziologická koupel .....	ii
1.4 Diametrální koupel .....	iii
1.5 Polohování – „hnízdo“ .....	iv
1.6 Polohování „mumie“ .....	vi
1.7 Masáž stimulující dýchání (MSD) .....	vi
1.8 Pomůcky pro somatickou stimulaci.....	vii
<b>2. VIBRAČNÍ STIMULACE</b> .....	<b>VIII</b>
2.1 Pomůcky pro vibrační stimulaci.....	viii
<b>3. VESTIBULÁRNÍ STIMULACE</b> .....	<b>IX</b>
3.1 Pomůcky pro vestibulární stimulaci .....	x

4. AUDITIVNÍ STIMULACE .....	XI
4.1 Pomůcky k auditivní stimulaci.....	xii
5. OPTICKÁ STIMULACE.....	XIII
6. OLFAKTORICKÁ STIMULACE.....	XV
7. ORÁLNÍ STIMULACE.....	XV
8. TAKTILNĚ HAPTICKÁ STIMULACE .....	XVII
9. SNOEZELEN – FOTOGRAFIE.....	XIX
<b>PŘÍLOHA 2 – BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA.....</b>	<b>XX</b>
<b>PŘÍLOHA 3 – DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE .....</b>	<b>XX</b>

### Seznam použitých zkratk:

ADL – aktivity denního života  
pADL – personální ADL  
BS – bazální stimulace  
CMP – cévní mozková příhoda  
DK – dolní končetina  
HK – horní končetina  
DSR – Domov Sv. Rodiny , Praha 6 – Petřiny  
JIP – Jednotka intenzivní péče  
MSD – masáž stimulující dýchání  
ÚSP – Ústav sociální péče

## Úvod

Koncept bazální stimulace mě zaujal svou relativní jednoduchostí, nenáročností na vybavení, velkým prostorem pro kreativitu a možností aplikace u klientů s různými typy postižení. Poprvé jsem se s tímto tématem setkala již na střední zdravotnické škole, a to prostřednictvím článků Mgr. Friedlové, publikovaných v časopise Sestra. „*Bazální stimulace (dále BS) není metoda nebo technika, nýbrž koncept, který je otevřený změnám, dalšímu vývoji, analýzám a novým ideám. Tento koncept utváří základnu pro spolupráci mezi pacienty, rodinou a zdravotnickým týmem*“ (Friedlová 2003a, s.4). Je tedy vhodné zdůraznit, že „*BS není samostatná terapeutická metoda, nýbrž 24-hodinový koncept, jenž předpokládá změnu přístupu ke klientovi ve všech oblastech péče a terapie*“ (Damag 2004,s.6).

Bazální stimulace je nejvíce používána v ošetrovatelství, ale pracují s ní i lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další zdravotničtí pracovníci. Právě pro ergoterapeuty může být tento koncept velmi obohacující a vnést do jejich práce mnoho přínosných prvků. A to již proto, že ergoterapeut je při terapii v blízkém psychickém i fyzickém kontaktu s klientem, zaměřuje se na jeho individuální cíle a potřeby a pracuje s klienty nejrůznějšího věku a typu postižení.

K tomu, abych mohla napsat tuto bakalářskou práci a především porozumět konceptu bazální stimulace a naučit se jeho prvky, jsem absolvovala základní kurz bazální stimulace v únoru 2005 a nástavbový v září 2005. Oba byly pod odborným vedením Mgr. Karoliny Friedlové, jediné certifikované lektorky konceptu pro ČR. Účastnicemi obou kurzů byly především zdravotní sestry (v jednom případě byli všichni zaměstnanci ÚSP pro mentálně postižené klienty, v jehož prostorách kurz probíhal). Přesto již v průběhu kurzu bylo evidentní, že každý prvek může být s úspěchem využit i v ergoterapii a mnoho prvků mě inspirovalo k dalším nápadům, které se pokusím představit v této práci.

### **Metodologie bakalářské práce**

Základem pro psaní teoretické části bylo shromáždění literatury k tématu. Literaturu jsem vyhledávala především v Národní lékařské knihovně, dále přes databáze PubMed a Bibliomedica a skrze internetové vyhledávače. Používala jsem zdroje v českém a anglickém jazyce. V českých knihovnách se mi nepodařilo nalézt původní knihy o bazální stimulaci od Fröhlicha.

Významným krokem bylo absolvování základního a později i nástavbového kurzu bazální stimulace (viz výše), kde jsem se dozvěděla mnoho praktických informací.

K psaní praktické části jsem využila souvislé praxe v zařízení pro dospělé klienty s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace. Tam jsem měla možnost vyzkoušet aplikaci prvků bazální stimulace a popsala jsem ji v kazuistikách dvou klientek. V praktické části jsem dále popsala, jak a v kterých oblastech by mohl prvky BS využít ergoterapeut. Nakonec jsem vytvořila seznam pomůcek a materiálů, kterými by ergoterapeut mohl být vybaven pro aplikaci prvků bazální stimulace. Čerpala jsem při tom z informací z kurzů BS a z vlastních zkušeností a inspirace.

## **Cíl**

Bazální stimulace je v ČR v posledních letech stále častěji diskutovaným tématem, přesto mnoho zdravotnických pracovníků dosud neví, co si pod tímto názvem představit. Protože jsem přesvědčena, že koncept BS mohou ergoterapeuti s úspěchem využívat, chtěla bych jej touto prací přiblížit, a to nejen teoreticky, ale i prakticky.

Bakalářskou prací bych chtěla odpovědět na následující dvě otázky:

**1) „Jak by mohla bazální stimulace obohatit práci ergoterapeuta?“**

(Tedy jaké prvky BS by mohl ergoterapeut využít, aby jeho práce byla ještě efektivnější.)

**2) „Jak může ergoterapeut využívat prvků bazální stimulace v pomoci klientům k dosažení maximální soběstačnosti?“**



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. TEORIE BAZÁLNÍ STIMULACE

### ***Metodologie a úvod teoretické části:***

Informace v teoretické části této práce pocházejí z tištěných dokumentů a elektronických zdrojů v českém a anglickém jazyce, které jsem vyhledala především v Národní lékařské knihovně, v databázích PubMed a Bibliomedica a skrze internetové vyhledávače. V českém jazyce existuje literatury velmi málo. Základním zdrojem jsou skripta Mgr. Friedlové pro základní a nástavbový kurz bazální stimulace. Tato skripta jsou však především tištěným doplňkem kurzů BS a pro čtenáře, který kurz neabsolvoval, nemají takovou hodnotu. V českém jazyce jsou dále dostupné články Mgr. Friedlové, publikace Vítkové (pojímá koncept BS hlavně z pedagogického pohledu) a několik dalších článků (napsaných ovšem absolventkami kurzů BS, kteréžto jsou ve znalosti teoretické stránky BS na podobné úrovni jako já). Stav literatury k tématu BS se však v České republice v nejbližší době změní k lepšímu (Kap. 1.2). Čerpala jsem tedy hojně i z anglických zdrojů na internetu, především ale z praktických informací, získaných během absolvování základního a nástavbového kurzu BS pod vedením Mgr. Friedlové.

V teoretické části nejdříve vysvětlím podstatu konceptu bazální stimulace. Popíši jeho historii a současné využívání ve světě a v ČR. Představím také principy, cíle a vědecké podklady bazální stimulace. Zmíním se rovněž o významu komunikace a o následcích imobility, protože myslím, že to je pro ergoterapeuty důležité. Uvedu i popis vývoje jednotlivých smyslů podle konceptu BS. Poté popíši konkrétní prvky bazální stimulace i jejich praktické využití. Nakonec se zamyslím nad tím, ve kterých oblastech by je ergoterapeut mohl uplatnit. Poslední zmíněné dva body rozšířím v praktické části této práce.

### **1.1 Historie konceptu bazální stimulace**

V následující kapitole popíši, kde a jak tento poměrně mladý koncept vznikl a jak se rozvíjel.

Jak uvádí Friedlová (2004), koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech 20. století v Německu Prof. Andreas Fröhlich (speciální pedagog) pro potřeby dětí s hlubokým mentálním a kombinovaným postižením. Přemýšlel, jak s nimi navázat komunikaci, jak podporovat jejich vývoj. D'Hoeker (2002) vysvětluje, že Fröhlichovy názory byly ve své době pokrokové. Domníval se, že lidé s těžkým postižením navzdory svým omezením jistě mají schopnost komunikace a potenciál vyvíjet se. Například jsou schopni komunikovat

pomocí svého těla (výrazem obličeje, dýcháním atd.), mohou vnímat stimuly (např. dotek), projevují emoce. A tak rozvinul vědecké podklady pro podporu vnímání a komunikace těžce postižených lidí.

Hlavním cílem bazální stimulace je umožnit lidem vnímat a poznávat své tělo. BS přitom respektuje normální vývoj (viz dále).

V 80. letech 20. stol. zdravotní sestra Ch. Bienstein poukázala na výraznou podobnost mezi problémovými oblastmi těžce mentálně postižených lidí a lidí v kómatu či pokročilém stadiu demence. A tak přenesla původně pedagogický koncept BS do péče v intenzivní medicíně a do péče o dlouhodobě nemocné, adaptovala jej ve spolupráci s Fröhlichem pro široké spektrum osob s postižením percepce, volních pohybů a komunikace. Tak se BS stala jedním ze základních konceptů v ošetrovatelské péči i jiných oborech.

## **1.2 Bazální stimulace v České republice a ve světě**

V této kapitole stručně vylíčím, ve kterých státech (a zdravotnických oborech) je koncept BS nejvíce používán. Také se zaměřím na situaci v ČR a na to, jakým způsobem se zde bazální stimulace ve zdravotnictví poměrně rychle rozšiřuje.

Koncept bazální stimulace je rozšířen především v německy mluvících zemích Evropy – Německu, Rakousku, Belgii, Nizozemí atd. Friedlová (2005b) uvádí, že v zemích Evropské unie patří BS k nejpopulárnějším konceptům v ošetrovatelství. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na většině oddělení. Na internetu jsem našla, že je BS v těchto zemích známa a hojně používána i v jiných disciplínách – fyzioterapii, speciální pedagogice, ergoterapii atd. V Belgii jsem se setkala s ergoterapeutkou (Valerie D’Hoeker), při jejíž práci s dětmi s hlubokým mentálním postižením hraje koncept BS jednu z hlavních rolí. V Dánsku je kurz bazální stimulace standardně zařazen do výuky fyzioterapeutů (dle ústní informace dánské studentky). Friedlová (2005b) dodává, že v současné době jsou v zahraničí k dispozici učebnice pro práci s konceptem v jednotlivých oborech ošetrovatelství (intenzivní péče psychiatrie, geriatric, neonatologie aj.).

V České republice se koncept začíná rozvíjet zásluhou Mgr. Karolíny Friedlové. Ve svém článku o současné situaci v ČR Friedlová (2005b) uvádí, že je jednou z 670 lektorů konceptu BS v celé Evropě a zatím jedinou lektorkou v ČR. V České republice lektorovala první základní seminář BS v lednu 2003. Nyní je absolventů základních seminářů na území republiky asi 400 a jejich počet stále roste. Obdrží stejný certifikát jako absolventi seminářů

zahraničních, platný v celé Evropské unii. Kurzů se kromě zdravotních sester účastní ve stále větším počtu i fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další profese. Někdy je kurz BS organizován pro konkrétní zařízení a proškolen je celý personál, včetně lékařů. Na internetových stránkách různých institucí jsem našla, že koncept BS takto již integrovala některá klinická pracoviště (Městská nemocnice Ostrava-Poruba, Prácheňské sanatorium v Písku, Domov důchodců Brno-Zastávka, ÚSP Vincentinum Šternberk, dětský stacionář EFETA v Brně aj.).

K. Friedlová v roce 2005 založila Institut Bazální stimulace a odbornou veřejnost o konceptu již několik let informuje (mimo mnoha dalších aktivit) publikováním článků v odborných časopisech a internetovými stránkami [www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz). V listopadu 2005 proběhla v ČR historicky první Konference bazální stimulace. Byl přítomen i Prof. Fröhlich.

Také absence literatury v českém jazyce se v této chvíli začíná měnit k lepšímu. V září 2005 vyšla učebnice *Bazální stimulace pro studenty a učitele ošetrovatelství* (Friedlová, vyd. Institut Bazální stimulace, s.r.o.), na jaře 2006 bude vydána kniha *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči* (Grada Publishing) a díky Institutu BS budou postupně překládány odborné knihy z německého jazyka. V bulletinu České asociace ergoterapeutů (II/2003) vyšel článek o BS a v červnu 2006 je konečně plánován kurz bazální stimulace pro ergoterapeuty (na Klinice rehabilitačního lékařství I. LF UK v Praze).

To vše nasvědčuje tomu, že se bazální stimulace postupně stává i v ČR známější a populárnější. Myslím, že tato popularita není jen dočasná, protože koncept BS přináší do práce s klienty mnoho obohacení a je otevřený pro kreativitu toho, kdo s ním pracuje.

### **1.3 Oblasti využití konceptu BS**

V následující kapitole ukáži, v jakých oblastech zdravotnictví se koncept bazální stimulace používá. Široké spektrum klientů, u nichž BS nachází uplatnění, ukazuje, že tento koncept je pro ergoterapeuty relevantní.

Friedlová (2004 a 2003b) uvádí, že se bazální stimulace v současné době aplikuje především v péči o klienty:

- s těžkým mentálním a kombinovaným postižením (děti i dospělí)
- v komatózních stavech z jakýchkoli příčin
- na neonatologii (nedonošené děti)
- s hemiplegií
- dlouhodobě upoutané na lůžko
- neklidné, dezorientované, somnolentní

- v intenzivní péči
- s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence
- po CMP

Nydahl (2001) doplňuje, že cílovou skupinou pro aplikaci konceptu BS jsou všichni lidé s omezenou či postiženou schopností *percepce, pohybu* či *komunikace*. Kromě výše zmíněných jsou to klienti:

- s kraniocerebrálním poraněním
- s poškozením mozku v důsledku hypoxie
- umírající lidé

#### 1.4 Podstata a principy konceptu BS

V této kapitole vysvětlím podstatu bazální stimulace a popíši změnu v přístupu a nahlížení na klienta podle konceptu BS.

Damag (2004) vysvětluje, že slovo *bazální* či německé *basal* pochází z latinského *basalis*, což znamená základní. V konceptu BS chceme vytvořit kontakt s člověkem tím nejjednodušším a nejzákladnějším způsobem. BS se vrací k základům mezilidských interakcí.

Nydahl (2001) uvádí, že bazální stimulace jinými slovy znamená nabízet pacientům příjemné, jasně interpretovatelné informace (*stimulaci*) o jejich těle nebo okolí za použití jim známých a základních (*bazálních*) prožitků. Vítková (2001a) doplňuje, že terapeut využívá veškerých dostupných informací o klientovi a na základě dalšího pozorování se snaží rozvinout ty složky vnímání, které vykazují alespoň nepatrnou známku možnosti rozvoje.

Friedlová (2004) shrnuje, že BS umožňuje klientovi, aby:

- cítil hranice svého těla
- měl zážitek ze sebe sama
- cítil okolní svět
- BS umožňuje i ošetřujícím (resp. terapeutům, příbuzným atd.) rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti.

Pro porozumění konceptu BS jsou důležité následující informace z nastavbového kurzu BS (24.-25.9.2005). Friedlová zde uvedla, že po narození dítěte je nutno uspokojovat pět základních potřeb:

- **potřeba stimulace** – primární stimuly potřebuje člověk ze svého těla. Pokud se mu jich nedostává přirozeným způsobem, snaží si je vytvořit sám, a to autostimulativním až

autoagresivním chováním – např. kývavé pohyby, údery hlavou do stolu, škrábání, kousání sebe sama.

▪ **potřeba aktivity** – pro lidské ruce je přirozené být stále v činnosti. Při hospitalizaci najednou aktivita chybí, klient zde nemůže vykonávat činnosti, na které byl zvyklý (ani vaření kávy apod.). Proto si někteří klienti např. vytrhávají žilní kanylu, katetr aj. – jejich ruce konečně něco nahmataly a snaží se tím zaměstnat.

▪ **potřeba jednotícího principu, řádu a struktury dne** – každý člověk potřebuje hranice, tj. i časové. Potřebuje vědět, co, kdy a jak se bude odehrávat.

▪ **potřeba identity**

▪ **potřeba otevřené budoucnosti** – tj. mít se na co těšit

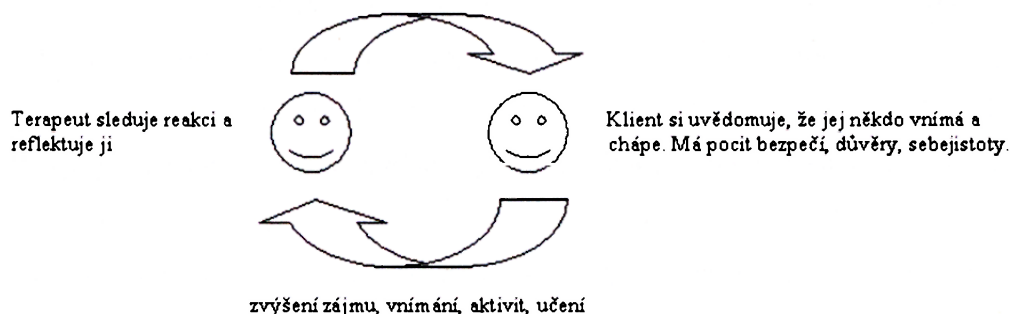
V různých zdrojích jsem našla jednotlivé **principy konceptu bazální stimulace**, které uvádím v následujícím odstavci.

- *Prostřednictvím těla můžeme člověka uvést do reality. (Vítková 2001a, s.4)*
- *Bazální stimulace respektuje vývojový stupeň schopnosti vnímat, ve kterém se člověk právě nachází. Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi. (Friedlová 2004,s.3)*
- *Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk má naprogramovaný určitý jemu vlastní vývoj, který je však možné vhodným způsobem podpořit. (Vítková 2001a, s.4)*
- *Péče/intervence je přizpůsobena rytmu klienta a pečující/terapeut se zároveň přizpůsobuje percepci, komunikaci a pohybu klienta. (D'Hoeker 2002,s.4)*
- *Péče/intervence je nabídkou; klient nabídku nemusí přijmout. (D'Hoeker 2002,s.4)*
- *Člověk vnímá tak dlouho, dokud dýchá. (Friedlová 2004, s.2)*

Nydaahl (2001) upozorňuje, že pro pochopení podstaty bazální stimulace je nutné uvědomit si, že vnímání sebe sama a okolního prostředí se následkem vážného postižení, poškozením mozku nebo např. podáváním sedativ změní. Imobilita, omezená komunikace a cizí, neměnné prostředí často způsobí ztrátu motivace, poruchu orientace, komunikace atd. Klienti v tomto stavu potřebují mít k učení a celému procesu rehabilitace speciální podmínky.

Sestra (terapeut) nabízí klientovi aktivity a sleduje jeho reakce. Musí akceptovat klienta s jeho omezenými schopnostmi, být flexibilní a mít široký repertoár možných strategií a reakcí na projevy klienta. Toto pak vytváří komunikaci. Reakce klienta jsou integrovány do terapie a určují její další průběh. Klient je tak schopen sám určovat svou terapii. Cítí se respektován a pochopen, učí se uvědomovat si a věřit ve svou efektivitu a autonomii.

Na Obr. 1 Nydahl ilustruje, jak se nový úhel pohledu sestry či terapeuta (pozorné sledování klientových reakcí, holistické pojetí terapie) pozitivně projeví v reakcích klienta.



obrázek 1 – Pozitivní reakce klienta na reflexe terapeuta (Nydahl 2001)

### 1.5 Cíle konceptu bazální stimulace

V této kapitole popíši cíle bazální stimulace, které jsou velmi důležité pro aplikaci konceptu BS v praxi.

D'Hoeker (2002) uvádí, že smyslem BS je podporovat klientův kontakt a vnímání okolí, umožnit mu vnímat a cítit své tělo, dát bezpečný a příjemný prožitek, vytvořit rytmus (denní a noční), předat klientovi zodpovědnost za vlastní život. Používání BS pomáhá klientům pocítit rozdíl mezi svým tělem a okolím. Podle Friedlové (2003) koncept umožňuje pacientům, ať už se nacházejí v jakémkoli stavu, opět si uvědomovat sebe sama, své tělo, své okolí, navázat s okolím vztah na určité komunikační úrovni a následně tak posílit schopnost lokomoce.

*Cíle bazálně stimulační péče (Friedlová 2005a, s.3):*

- *Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry*
- *Rozvíjet vlastní rytmus klienta*
- *Umožnit klientovi poznat své tělo a okolní svět*
- *Pomoci klientovi navázat vztah*
- *Umožnit klientovi zažít smysl a význam věci či konaných činností*
- *Pomoci klientovi uspořádat jeho život*
- *Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život*

### 1.6 Vědecké podklady konceptu BS

V této kapitole vysvětlím, že koncept bazální stimulace je založen na vědeckých základech. Navzdory názvu, který může být zavádějící, lze všechny aspekty BS vědecky ověřit.

Vítková (2001a, s.14) uvádí, že *koncept bazální stimulace se v podstatě opírá o tři různé vývojové modely, které všechny poukazují na to, že se jedinec vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí. Jedná se o neuropsychologický model podle Pechsteina, vývoj senzomotorické inteligence podle Piageta a fyzioterapeutický model vývoje podle Bobatha.*

Důležitou roli v konceptu BS hraje vztah mezi vnímáním a lokomocí. Friedlová (2004) vysvětluje, že ztráta schopnosti pohybu vede k senzoričné deprivaci a k následně k nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Zajímavý je také fakt, že *vznik nových dendritických spojení mezi neurony je podmíněn neustálým přísunem podnětů z okolí i vlastního těla. Bazální stimulace se snaží tyto podněty člověku zprostředkovat stimulací jeho smyslových orgánů (Friedlová 2004, s.3).*

Jak uvádí Vítková (2001b), kombinací již zmíněných tří vývojových modelů dospěl Fröhlich k následujícím tezím, které potvrzují koncept bazální stimulace:

- *Bez zkušenosti pohybu je narušen celý kognitivní vývoj. Je třeba dosáhnout toho, aby i těžce postižené dítě mělo dostatek pohybových zkušeností.*
- *Mozek disponuje určitým stupněm plasticity. Tuto skutečnost lze využít při stimulaci vnímání těžce postižených lidí tím, že se pokoušíme reprodukovat vývojově dřívější fáze a že poskytneme dostatek podnětů (princip budování drah).*
- *Tyto podněty musí být intenzivní a dobře strukturované, aby mohly ovlivnit jak primární postižení, tak jeho sekundární následky. Přitom je třeba brát v úvahu hierarchii jednotlivých oblastí vnímání ve vývojové psychologii.*

Damag (2004) se zaměřuje na vědecky ověřenou efektivitu konceptu BS a sděluje, že koncept BS není manipulativní, nýbrž zaměřený na proces, klade důraz na individuální vývoj a hodnotu každého klienta. Proto kvantitativní výzkum podle přísně vědeckých kritérií může ukazovat velmi malé výsledky. Ale kvalitativní pozorování prokazují efektivitu konceptu ve vztahu ke klientům: redukce stresu, pocit spokojenosti (well-being), zlepšení schopnosti sociálních interakcí, zvýšení autonomie, více příležitostí pro vnímání a aktivity.

## **1.7 Komunikace**

Bazální stimulace umožňuje komunikovat s klientem i jinými způsoby než řečí či písmem, proto je komunikace v konceptu BS velmi významná.

Friedlová (2003b) vysvětluje, že každý člověk, jakkoli je postižen, je schopen v každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat a komunikovat se svým okolím. Pro zdravotnický personál jsou náročné především situace, kdy pacient nevykazuje žádné akce a

reakce (kóma aj.) Odborník v oblasti kómatu A. Ziegler (cit. tamtéž) zdůrazňuje: „Setrvání v apalickém syndromu není jen defektní stav, ale také výsledek nedostatečné komunikace a stimulace.“

Friedlová (2003b) dodává, že nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče (stejně jako např. ergoterapie) je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti.

Jak uvádí Friedlová (2004), vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Musíme se přizpůsobit komunikační úrovni klienta. Komunikace je možná jen tehdy, když zvolíme jeho *komunikační formu*. Teprve když jedinec přijme naší nabídnutou formu komunikace a reaguje na ni, můžeme posoudit, na jakém stupni vědomí žije.

Jakékoli aktivity, kterých je klient schopen, musíme vidět jako možnost jeho kontaktu s okolím. Musíme tedy být schopni rozlišit jakoukoli sebemenší reakci klienta a té dát náležitý význam. Zvláštní pozornost musíme věnovat např. rytmu dýchání, také mrknutí očí či jinému pohybu. Může to být jediná forma schopnosti se vyjádřit.

*Komunikace potřebuje vždy určité médium, které transportuje naše sdělení do cíle. Řeč nebo písmo je jen jedna z omezených možností komunikace se svým okolím. Člověk má k dispozici mnoho jiných možností, které může využít ve všech rovinách komunikace (Friedlová 2004, s.5 a 8), a to:*

- somatická komunikace
- vibrační komunikace
- vestibulární komunikace
- olfaktorická komunikace
- orální komunikace
- optická komunikace
- taktilní komunikace

Friedlová (2003b) dále uvádí, že komunikace s klienty, jejichž vědomí či vyjadřovací schopnosti jsou velmi omezené, je náročná a vyžaduje znalost dané problematiky a schopnost pozorování a zaznamenání sebemenších reakcí klienta. Znakem příjemného pocitu, otevření se okolí, může být např. mžikání očima, hluboký dech, otevírání očí a úst, úsměv, uvolnění svalového tonu, mimiky, pohybů. Naopak znakem nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe, může být zavírání očí a úst, blednutí, neklidné dýchání, pláč, sténání, zvýšení svalového tonu, spasticita, motorický neklid a stereotypní chování, sebepoškozování.



### **1.7.1 Důsledky imobility, habituační profylaxe**

Bazální stimulace nachází velké uplatnění u imobilních klientů. Důsledky imobility totiž nejsou pouze fyzické (snížení svalové síly, riziko vzniku dekubitů apod.).

*Degenerativní habituace je stav, kdy klient v důsledku inaktivity trpí řadou somatestetických změn, z nichž nejzávažnější může být až ztráta vlastní identity. Habituační profylaxe je soubor opatření, která zabraňují vzniku tohoto stavu; nejdůležitější je při tom právě využití prvků bazální stimulace (volně přeloženo dle Bucholz a kol., 1998).*

Ergoterapeuti se v praxi setkají s mnoha klienty, upoutanými na lůžko. Může se jednat o pacienty na JIP, po těžkých úrazech, CMP, operacích, těžce nemocné pacienty atd. Pro mne bylo velmi zajímavé, když jsem mohla vyzkoušet na vlastní kůži, jak se i po pouhých dvaceti minutách nehybného ležení doslova rozplynou tělesné hranice. Na základním kurzu BS jsem se dozvěděla, že člověk potřebuje cítit své tělesné hranice, potřebuje cítit odpor. Proto se ležící pacienti často tisknou svým tělem na zeď či postranice lůžka; novorozenci v inkubátoru se tisknou na sklo inkubátoru, vždyť již v děloze cítili hranice.

Pro ergoterapeuty je důležité vědět, že pro ležícího klienta je obtížné provést koordinovaný pohyb (např. u nácviku ADL), když svou ruku vnímá v důsledku nehybnosti velmi mlhavě. Bazální stimulace nabízí řadu způsobů, jak tomuto stavu předejít.

Bucholz a kol. (1998), z jehož článku čerpám následující odstavce, uvádí, že různé studie prokázaly, jaký vliv mají moderní antidekubitní matrace na vnímání a pohyblivost pacienta. „Mé ruce a paže se ztratily, mé nohy a pánev byly jako beztvářá masa a cítila jsem se prázdná. Současně mi připadalo, jako bych byla rytmickým pohybem unášena vzhůru.“ Takto a podobně vyjádřili své pocity účastníci kurzu BS poté, co nehybně leželi 30 minut na měkké antidekubitní matraci. Cílem experimentu bylo ukázat závažnost somatestetických změn v důsledku konstantního přívodu stimulů a nalézt způsob prevence.

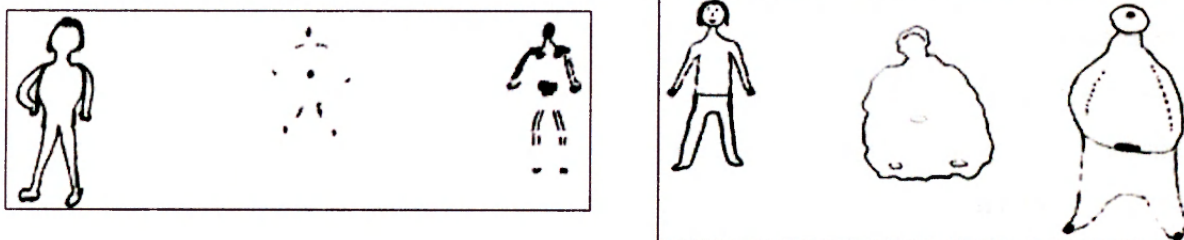
Schopnost pohybu nám umožňuje vnímat své tělo jako celek. Fyzická inaktivita redukuje přísun informací, negativně ovlivňuje vnímání a rozlišování vlastní identity a okolí. Nehybnost může vést k dysestesii, ztrátě orientace i k závažné krizi osobní identity. Fröhlich nazval tento stav degenerativní habituací (*degenerative habituation*). Většina zdravotníků se již setkala s pacienty, kteří si bez zjevné příčiny stěžovali na brnění dolních končetin, byli dezorientovaní nebo zaměňovali personál za jiné osoby. Pacienti se zdáli být v jiném světě, hovořili o věcech bez kontextu. Docházelo k nedorozuměním a problémům v komunikaci.

Účastníci kurzu BS (v Německu, pod vedením autora článku) se pokusili nalézt odpověď na otázku, jak se při nehybném ležení mění tělesné hranice, jaký je to pocit a jak pomoci pacientovi, aby se mohl znovu orientovat.

Nejdříve byli požádáni, aby nakreslili svou postavu na list papíru. Poté se položili na záda s dolními končetinami v extenzi a horními končetinami podél těla. Polovina ležela na antidekubitních matracích, polovina na tenké pokrývce na podlaze. Třicet minut se nesměli pohybovat a poté nakreslili obrysy svého těla znovu. Nakonec se prošli po místnosti a pak si znovu lehli; tentokrát si ti, kdo leželi na matraci lehli na zem a naopak. Po uplynutí dalších 30-ti minut své tělesné obrysy nakreslili ještě jednou (viz Obr.2).

Výsledky ukázaly, že důsledkem dlouhodobého lehu bez možnosti pohybu se mění fyzické vnímání. Tělo je (slovy účastníků experimentu) vnímáno jako „neurčitá masa“ a „mlhavé“. Určité části – hlavně periferní – byly vnímány *zkresleně*: „Brnění v prstech, studené prsty na nohou, lýtko nejasné. Tělo je vnímáno jako rozdělené na fragmenty, jako puzzle, z něhož chybí důležité díly.“ Také je *změněno vnímání proporcí* (délka končetin ap.). Může být zcela narušena *orientace a komunikace* ve vztahu k vlastnímu tělu .

Roli hraje typ matrace. Pevný povrch poskytuje tlakové body, které umožňují kefalokaudální orientaci. Měkký povrch vede k poruše orientace na vlastním těle. Frontální strana těla, která není v kontaktu s matrací, je na měkké matraci vnímána velmi omezeně. Změněno je i *vnímání okolního prostředí*. Jeden z účastníků měl pocit, že „splývá s podlahou v jedno“, jiní vnímali okolní zvuky jako iritující a pohled na strop jako nudný. *Imobilita ovlivnila všechny smysly* (i sluch, zrak a v menší míře chuť a čich).



**obrázek 2 – Změny vnímání těl. schématu, jak je nakreslili dva účastníci kurzu BS:** Před experimentem (vlevo) – Po lehu na antidekubitní matraci (uprostřed) – Po lehu na tvrdé podložce (vpravo) (Bucholz 1998, s.3)

I jiné výzkumy prokázaly, že imobilita způsobuje výrazný pocit úzkosti, poruchu orientace, fyzického uvědomění (*physical self-awareness*) a především problémy v koordinaci pohybů.

Po přečtení výše uvedených faktů bude v praxi snazší porozumět těmto projevům pacientů:

- Porucha koordinace pohybů, porušená koordinace ruka-ústa aj.;
- Častá nedorozumění;
- Snaha uchopit cosi ve vzduchu;
- Škrábání, rytmické bubnování, neklid;
- Zahrnutí kanyly, urinální cévky atd. do vnímání sebe sama;
- Chybná interpretace zvuků a hlasů;
- Vidění neexistujících věcí (pavouci na stropě);
- Emocionální regrese, hospitalismus;
- Nuda, nevolnost;
- Zmatek ve vlastní i cizí identitě.

Všichni tito pacienti mají výrazně narušeno vnímání, a to vede k misinterpretaci vnímaných informací. Jsou označeni jako zmatení, dostávají sedativa a to je dále omezuje v pohybu. Je to bludný kruh, který vede k „degenerativní habituaci“ a prodlužuje dobu hospitalizace. Na počátku tohoto bludného kruhu je nedostatek nebo nadbytek senzoričtých vjemů. Habituace může mít tyto důsledky:

Narušení fyzické i psychické identity a tělesného schématu, asynchronismus, misinterpretace prostředí, prostorová desorientace, komunikační problémy, snížení psychické výkonnosti, abnormality v chování, poruchy emocionality.

**Habituální profylaxe** je tedy soubor metod pro udržení, zlepšení nebo obnovení schopnosti vnímání u imobilního pacienta. Velkou roli hrají především prvky bazální stimulace, které se dají v habituální profylaxi výborně uplatnit, pokud jsou cílené a individuální.

**Bazální, přímý kontakt** je formou nonverbální komunikace, kde „jak“ je důležitější než „co“. Důraz je na vnímání vlastního těla. Jde o somatickou stimulaci (Kap.2.3), do níž patří především *polohování*, při kterém vytvoříme tělesné hranice a tzv. „koupele“ (interaktivní tvarování kontur těla/končetiny intenzivním a systematickým kontaktem obou rukou terapeuta. Dle způsobu provedení může „koupele“ mít např. zklidňující či naopak stimulující účinek

Stav degenerativní habituace v důsledku imobility je v posledních letech často zkoumán. Všichni zdravotničtí pracovníci, tedy i ergoterapeuti, by měli o tomto problému vědět a na zdánlivě dezorientovaného pacienta nahlížet tímto novým způsobem. Měli by znát příčiny tohoto stavu a způsoby, jak mu předcházet a zabránit.

## 1.8 Vývoj jednotlivých smyslů

Vývoj lidských smyslů je pro podstatu BS velmi důležitý. V této kapitole popíšeme vývoj lidských smyslů podle konceptu bazální stimulace.

Friedlová (2003a) vysvětluje, že díky smyslům můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Pokud dojde k poškození nebo ztrátě kteréhokoli z našich smyslů (ať již během embryonálního vývoje, při porodu či později - po kraniocerebrálních traumatech, CMP atd.), je nezbytné cíleně podporovat vnímání těmi smysly, které zůstaly zachovány a ty smysly, které jsou poškozené nebo ztracené, cílenou stimulací opět probudit. Dbáme přitom na hierarchii jednotlivých oblastí vnímání tím, že *vycházíme od nižších smyslů*. Bazální stimulace totiž respektuje vývojový stupeň schopnosti vnímat, v němž se člověk právě nachází.

V jiném zdroji Friedlová (2003b) uvádí, že koncept bazální stimulace čerpá z poznatků vývojové antropologie, neonatologie a prenatální psychologie, a to konkrétně z poznatků o prenatálním vývoji embrya a plodu, především jeho smyslových orgánů a schopnosti vnímat, ale také jeho schopnosti lokomoce a komunikace s matkou a okolím.

Friedlová (2003b, s.2) upozorňuje na velmi zajímavý fakt: *„Základní ideou konceptu je tvrzení, že každému narozenému dítěti, ať již se narodí s jakýmkoli tělesným či duševním postižením, se musí dostávat minimálně takových stimulů, jakých se mu dostávalo v intrauterinním období.“*

Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi, vývoj a dozrávání smyslových orgánů pokračuje i v postnatálním období. Následující odstavec čerpá z poznámek ze základního kurzu BS (Friedlová 2005c).

Podle konceptu bazální stimulace jsou zrak a sluch tzv. smysly vzdálené. Vývoj zraku pokračuje až do 2. měs. po narození.

Hmat, chuť a čich jsou tzv. smysly blízké. Plně dozrávají také až v postnatálním období.

Ale tři **primární, bazální lidské smysly**, tedy základní lidské smysly, jsou:

- **somatické** vnímání – vnímání povrchem kůže – kožní smyslový orgán
- **vestibulární** vnímání – skrze vestibulární aparát – informuje nás o pozici v prostoru
- **vibrační** vnímání – přes proprioreceptory (svaly, klouby, šlachy) – vnímání vibrací

Na rozdíl od hmatu, čichu, chuti atd. se tyto tři **bazální smysly** vyvíjejí již ve 12. týdnu těhotenství. Fröhlich s velmi těžce postiženými dětmi navázal kontakt jen přes tyto smysly.

Stimuloval tyto smysly a děti se začaly vyvíjet podle svých možností a schopností, dokázaly se i učit.

Jak uvádí Friedlová (2004a), postižení jakékoli oblasti vnímání (somatické, auditivní, optické atd.) vede k chybné interpretaci reality, zmatenému chování a jednání, neschopnosti kvalitně komunikovat s okolím a vyjádřit své potřeby, k strachu a neklidu. Bazální stimulace se snaží podněty člověku zprostředkovat stimulací jeho smyslových orgánů.

## 2. PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Po teoretickém úvodu do konceptu BS se nyní dostávám k popisu jednotlivých prvků a k tomu, jak je používat v praxi. Předchozí úvod byl důležitý pro pochopení teoretických východisek a principů bazální stimulace, ale neukázal žádné příklady; neumožnil vytvoření představy o tom, jak BS v praxi vypadá. Na využití prvků BS v ergoterapii při nácviku pADL i jinde se zaměřím v praktické části DP, protože tam budu čerpat z vlastních zkušeností a nápadů. Praktické postupy a ilustrace jsou uvedeny v Příloze 1.

Jak již bylo popsáno, základními (bazálními) lidskými smysly jsou vnímání **somatické**, **vibrační** a **vestibulární**. Stimulace těchto smyslů se vyučuje na základním kurzu BS. Dalšími prvky BS jsou stimulace **optická**, **auditivní**, **orální**, **olfaktorická** a **taktilně-haptická**, a tyto se vyučují na kurzu nástavbovém.

Práce s konceptem bazální stimulace nevyžaduje žádné speciální pomůcky, terapeutovi postačí jeho ruce a zcela běžné věci – lůžkoviny, předměty denní potřeby klienta apod. Poněvadž je však koncept otevřený pro kreativitu, v závěrečné kapitole této diplomové práce uvedu seznam pomůcek a materiálů, kterými by mohl být ergoterapeut vybaven pro používání konceptu BS.

Dříve, než začnu popisovat jednotlivé prvky bazální stimulace, zmíním dvě důležité součásti konceptu BS – iniciální dotek a autobiografickou anamnézu.

### 2.1 Iniciální dotek

Friedlová (2004) vysvětluje, že nečekané, náhlé a letmé doteky vyvolávají u klientů se sníženou úrovní vnímání pocit nejistoty a strachu. Proto musíme dát klientovi vždy jasně najevo, kdy naše přítomnost u něho začíná a kdy končí. Tuto informaci mu poskytneme pomocí tzv. *iniciálního doteku*. Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo

na těle klienta (obv. rameno, paže nebo ruka) a přiměřeně pevným, zřetelným dotekem na zvoleném místě ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší činnosti. Iniciální dotek používáme spolu s oslovením klienta. Aby plnil svůj účel, musí jej respektovat a používat všichni, kdo přijdou s klientem do styku (zdravotní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, členové rodiny,...).

## 2.2 Biografická anamnéza

Při používání prvků bazální stimulace musí terapeut respektovat individualitu klienta a vycházet z jeho biografie. Friedlová (2003a) uvádí, že se terapeut musí přizpůsobit životní situaci klienta a poskytnout mu v jeho aktuální situaci vhodné stimuly. Proto musí vědět, jaké doteky byly klientovi (který je nyní např. v kómatu) nepříjemné, v jaké poloze byl zvyklý usínat, jaké potraviny měl rád atd. Podobné otázky jsou shrnuty v tzv. *biografické anamnéze*, kterou obvykle vyplňují nejbližší příbuzní klienta. Získat znalost klientovy biografie je možné také strukturovaným rozhovorem s klientem nebo jeho rodinou. Dotazník pro biografickou anamnézu klienta je uveden v Příloze 2.

## 2.3 SOMATICKÁ STIMULACE

Vítková (2001b) uvádí, že celé tělo, zvláště však kůže jako největší orgán, představuje naše hranice a současně je místem kontaktů se světem.

Podle D'Hoeker (2002) je somatická stimulace pro práci s velmi těžce postiženými lidmi zásadní. Stimulací vnímání kůže se klient postupně seznamuje s vlastním tělem a je schopen představit si jeho tvar. A vědomí vlastního těla (*body awareness*) je základem pro další rozvoj – pro koordinované pohyby atd.

Tamtéž je popsáno, že při somatické stimulaci musíme dodržet princip symetrie, napětí-relaxace a rytmu.

**Symetrie:** tělo je symetrické a potřebuje tedy symetrické stimuly. Klienti v důsledku těžkého postižení nejsou schopni tuto symetrii cítit. Tento stav zlepšujeme symetrickým polohováním a stimulací obou stran těla.

**Svalový tonus:** relaxace je důležitá pro pozornost, napětí pro iniciaci aktivity. Oba elementy musí být v rovnováze.

**Rytmus:** většina lidí s těžkým postižením má nepravidelné dýchání. Můžeme jim pomoci vnímat svůj nádech a výdech a tak získat pravidelný rytmus dýchání.

Friedlová (2004) uvádí, že nezákladnější formou somatické stimulace je **dotek**. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Předpokladem kvalitního doteku je klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování. *Je nutné poznamenat, že špatně poskytované doteky mohou vést ke zvýšení svalového tonu a k nežádoucí reakci organismu. Faktory, zvyšujícími sval. tonus, jsou například nejistota, strach, nedostatek času, bolest, matoucí informace, porucha senzibility, hluk, chlad. Nežádoucí obranné reakci organismu můžeme zabránit dodržováním těchto pravidel (Friedlová 2004,s. 9-10):*

- *Omezovat doteky letmé, velice krátkodobé.*
- *Omezovat všechny rušivé a nekvalitní doteky.*
- *Uspěchané činnosti omezovat, protože informace poskytované ve spěchu jsou nejasné*
- *Dotek musí být klidný, provedený celou plochou ruky, ne jen prsty.*
- *Po celou dobu pracovat s určitým tlakem, který musí být konstantní.*
- *Ritualizovat po dohodě s klientem iniciální dotek (Kap. 2.1)*

Friedlová (2004) popisuje možnosti somatické stimulace dle konceptu BS :

- **Celková tělesná koupel** (*zklidňující, osvěžující, neurofyzilogická dle konceptu Bobatha, diametrální*)
- **Polohování** (*poloha „mumie“ a „hnízdo“*)
- **Masáž stimulující dýchání**

### 2.3.1 Celková tělesná koupel

Podle informací Friedlové (2005c) lze zjednodušeně říci, že každý chlup či vlas má vlastní svalík a nervovou pletěň. Proto je každý pohyb chlupu přenášen na nervový systém. Tohoto faktu využívá koupel dle konceptu BS. Stimuluje též chladové a tepelné receptory a tlaková tělíčka v kůži.

Navzdory názvu může být „koupel“ používána i bez vody - nasucho nebo při nanášení krému. Nemusíme stimulovat celé tělo, často se používá např. koupel pouze jedné končetiny. Různé typy koupelí tak ergoterapeut může s úspěchem využít v praxi. Používá obou svých rukou, zachovává symetrii. Ruce mohou být (u koupele nasucho) v **přímém kontaktu** s pokožkou klienta nebo si terapeut může navléci na každou ruku **žínku** či (a to se v praxi osvědčilo více) **froté ponožku**.

Některé zásady celkové tělesné koupele (Friedlová 2004, s.11):

- Dotýkáme se klientova těla oběma rukama. Tam, kde je to možné, modelujeme jeho tělesnou formu tak, abychom mu poskytnuli informace o jeho těle.

- Klienta před zahájením koupele informujeme adekvátně jeho schopnosti vnímat – pokud používáme vodu, umožníme klientovi dotknout se vody, slyšet její zvuk, cítit vůni svého mýdla atd.
- Koupel by měl provádět vždy jen jeden terapeut.
- Doba by neměla přesáhnout 15 – 20 minut.
- Během mytí zajistit klid, příjemnou teplotu vzduchu, neodcházet. Nehovořit s třetí osobou.
- Klienta nepřetěžovat, umět rozpoznat a pružně reagovat i na jeho nepatrné reakce, které mohou být jediným způsobem klientovy komunikace.

Ergoterapeut v běžné praxi bude pravděpodobně provádět jen „koupele“ končetin nasucho. Ale pokud by instruoval rodinu klienta s těžkým postižením či prováděl s klientem v rámci nácviku pADL asistované mytí, mohl by využít i koupel celého těla

Nyní přistoupím k popisu jednotlivých typů koupelí. Informace čerpám ze základního kurzu bazální stimulace (Friedlová 2005c) a doprovodných skript (Friedlová 2004). Popis však uvedu jen zkráceně. Myslím, že k dobrému zvládnutí těchto prvků je absolvování kurzu BS zapotřebí. *Konkrétní postupy a obrázky (ze skript pro základní kurz BS a vlastní ilustrace) jsou v Příloze 1.*

### 1) Celková koupel zklidňující

Dle Friedlové (2004) je cílem fyzické uvolnění, redukce neklidných stavů a stimulace vnímání vlastního těla. Použít ji můžeme u klientů neklidných, hyperaktivních, s úzkostí, s tachykardií, spasticitou, poruchami spánku, s bolestmi, po narkóze, s Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou, se změnou vnímání tělesného schématu a u umírajících lidí. Voda (pokud ji použijeme) bude o teplotě 37°- 40°C.

Koupel začínáme na hrudníku a pokračujeme na končetiny. **Myjeme ve směru růstu chlupů.** Používáme obě ruce současně a dodržujeme symetrii. Osušujeme opět ve směru chlupů. Klienta poté přikryjeme a umožníme mu relaxovat. (viz Příloha 1, kap. 1.1)

### 2) Celková koupel osvěžující

Friedlová (2004) uvádí, že cílem je zvýšit úroveň vědomí u klienta, svalový tonus, srdeční frekvenci a tlak krve, zlepšit klientovu aktivitu a připravit jej na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta. Indikace je u klientů v bezvědomí, somnolentních, u depresivních klientů, diabetiků, klientů s hypotonií, bradykardií. Teplota použité vody je 28°-



23°C. *Myjeme proti směru růstu chlupů.* Začínáme na končetinách a postupujeme směrem k hrudníku. (viz Příloha 1, kap. 1.2)

### 3) Celková bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha – tzv. neurofyziologická

Tato koupel vychází z poznatku, že se nervová vlákna ve středu těla nepárně překrývají a že je tato oblast velice sensiblní. To nabízí možnost cílenými doteky a stimulací umožnit klientům s plegiemi integrovat jejich postiženou stranu těla opět do tělesného schématu. Klient musí nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl představit, jak se cítí jeho druhá, postižená strana (Friedlová 2004, s. 16). Tato koupel se používá pro klienty s **hemiplegií**.

(viz Příloha 1, kap. 1.3)

### 4) Diametrální koupel

Dle Friedlové (2004) diametrální koupel redukuje svalový tonus a stimuluje vnímání tělesného schématu. Aplikuje se většinou na **spastickou končetinu**. Cílem je uvolnění svalového napětí a zlepšení postavení končetiny. Podle informací Friedlové (nástavbový kurz BS) diametrální koupel působí reflexně. U klientů, kde již došlo k ankylozám či kontrakturám však diametrální koupel není účinná.

V Příloze 1, kap. 1.4 popisují postup diametrální koupele u klienta s flekční spasticitou (u extenční spasticity je postup přesně obrácený).

## 2.3.2 Polohování

Polohování je další formou somatické stimulace. Friedlová (2004) uvádí, že polohováním neposkytujeme pouze stimulaci somatickou, ale také vestibulární. Speciální polohy lze využít u klientů neklidných, s agresivními či autoagresivními projevy (např. klienti s hlubokým stupněm mentální retardace), a především u dlouhodobě ležících klientů. „*Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po deseti minutách.*“ (Friedlová 2004, s. 18) V kapitole 1.7.1 této bakalářské práce jsem popsala degenerativní habituaci, tedy stav, který vzniká v důsledku imobility a vede k poruchám orientace na vlastním těle, poruchám koordinace, dezorientaci v čase a prostoru aj. Je důležité, aby ergoterapeut o tomto stavu věděl a abych předešel jeho vzniku u dlouhodobě ležících klientů. Somatickou stimulaci k tomuto účelu lze využít například u klientů v bezvědomí na JIP nebo u novorozenců v inkubátoru. Ergoterapeut také může instruovat o možnostech polohování zdravotnické pracovníky a rodinné příslušníky, kteří tráví s klientem podstatně více času než on.

„*Již zcela minimální změny polohy pomocí srolovaného ručnicku, povlečení a polohovacích polštářů mohou značně podpořit vnímání vlastního těla.*“ (Friedlová 2004, s. 18) Existují

jednoduché způsoby, jak zajistit, aby klient lépe vnímal své tělo. Friedlová (2004,s.19) uvádí některé z nich:

- *propletení prstů rukou* (takto klient vnímá všechny své prsty)
- *položení rukou na hrudník*
- *ohnutí HKK do flexe směrem k tělu* (postačí i jen podložit loketní klouby polštářem)
- *překřížení DKK* (tak klient lépe vnímá své DKK, polohu však po cca. 20 min. změnit)
- *polohování na různě tvrdých a měkkých matracích* (nevýhody antidekubitních matrací viz 1.7.1)
- *změna polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů*
- *polohování pomocí perličkových polohovacích polštářů*

*Velice výraznou somatickou stimulaci poskytuje klientovi **poloha hnízdo a poloha mumie** (Friedlová 2004, s.19). Tyto dva způsoby polohování jsou důležitou součástí konceptu BS a popíši je podrobněji.*

### **1) Poloha hnízdo**

Dle Friedlové (2004) tato poloha umožňuje klientům kvalitní odpočinek, navozuje pocit duševní i tělesné pohody a bezpečí, zlepšuje vnímání hranic vlastního těla. Indikována je m.j. po celkové zklidňující koupeli, po masáži stimulující dýchání, po vyšetřeních a ke stimulaci vnímání tělesného schématu u dlouhodobě ležících klientů. Avšak také ji lze s úspěchem využít u klientů agresivních či neklidných. (viz Příloha 1 - Kap. 1.5, Obr. 8-11)

### **2) Poloha mumie**

Cílem tohoto polohování je dle Friedlové (2004) umožnit klientovi zprostředkování vjemů z vlastního těla a umožnit mu pocítit jeho hranice. Poloha má výrazné relaxační účinky. Používá se u klientů neklidných, agresivních, se zmateným jednáním, v dospávací fázi po narkóze, probouzející se z kómatu apod. Friedlová na základním kurzu BS (2.-4.2.2005) uvedla zajímavé příklady z praxe, kdy zdravotní sestra uložila klienta s velmi agresivnímu projevy do této polohy a klient se rychle uklidnil a překvapený lékař nemusel aplikovat sedativa. Do této polohy nesmíme uvádět klienty trpící klaustrofobií. (viz Příloha 1, kap. 1.6)

### **2.3.3 Masáž stimulující dýchání (MSD)**

Tato technika je dle Friedlové (2004) určena především klientům s povrchním, nepravidelným a zrychleným dýcháním. Mezi indikace tedy patří bolest, poruchy spánku, hyperventilace, povrchní dýchání, ztráta schopnosti uvědomovat si vlastní tělo (pozdní stadia demence), stav

před těžkými operacemi a diagnostickými zákroky, klienti po sdělení vážné diagnózy, klienti s umělou plicní ventilací a po ní, umírající klienti.

Je to masáž v oblasti zad (popř. ventrální části hrudníku), prováděná rytmicky a s dostatečným kontinuálním tlakem rukou terapeuta. *Je součástí dechové gymnastiky. Má také vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálenému rytmu dýchání na stejné frekvenci klienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjádřit empatii (Friedlová 2004,s.21)* Cílem MSD je podle Friedlové (2004) pomoci klientovi přejít na hluboké, klidné a *pravidelné dýchání* a zároveň si *zřetelně uvědomit své tělo a zvýšit schopnost koncentrace* tak, aby mohl reagovat na podněty z okolí.

Tato technika vyžaduje kontinuální trénink a pro dosažení terapeutického cíle musí být především správně provedena. Účinky MSD jsou prokázány vědeckými studiemi. MSD redukuje stavy neklidu a zmatení. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky umožňují navodit klientovi pocit jistoty. Neklidní klienti se cítí akceptováni a masáž jim umožňuje se zklidnit; následné prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje klientům fyzicky i psychicky se uvolnit. (viz Příloha 1, kap. 1.7)

## **2.4 Vibrační stimulace**

Vnímání vibrací je další bazální lidský smysl. Již v děloze dítě vnímá vibrace, když matka chodí, mluví apod. Vítková (2001b) popisuje, že malé dítě se plazí, leze, utíká a skáče a získává tak povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži. Těžké postižení a monotónní pozice vleže či vsedě toto neumožňuje.

Friedlová (2004) vysvětluje, že vibrace na kostech působí velmi stimulačně. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla. V principu působí vibrace na každý sval lokálně, protože měkké svaly zachycují většinu vibrací. Díky šíření vibrací po kostech můžeme podnítit u klienta opět schopnost vnímat své končetiny.

D'Hoeker (2002) uvádí, že vibrační a auditivní percepce je silně propojena. K stimulaci obou oblastí vnímání můžeme použít hudební nástroje jako je kytara, xylofon a tibetské „zpívající“ mísy (*tibetan singing bowls*) – Obr.21. Podle Vítkové (2001b) mohou neslyšící lidé vnímat chvění a časem se naučit, že tyto vibrace jsou např. identické s lidským hlasem komunikujícího partnera. K vibrační stimulaci můžeme použít také různé elektrické přístroje – možnosti jsou široké. Praktická aplikace vibrační stimulace je popsána v Kap. 2 přílohy.

Vibrační stimulace se dle Friedlové (2004) používá především u klientů s hemiplegií a s poruchou vnímání vlastního těla, pozitivně na vibrace reagují lidé s mentálním postižením. Kontraindikací je výskyt varixů a krvácení.

## 2.5 Vestibulární stimulace

Jak uvádí Friedlová (2004), zdravý člověk se během dne neustále pohybuje a mění svou polohu. Vnitřní sluchový orgán s rovnovážným ústrojím tak získává stálý přísun podnětů. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostávají informací minimálně. Pokud dochází ke změně polohy jen zřídka, ztrácí vestibulární aparát svou schopnost reagovat na změny polohy. Následovat může kolaps, nauzea a poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru.

Prostřednictvím konceptu BS můžeme poskytnout podporu rovnovážnému ústrojí ležících klientů a tím zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu, zprostředkovat informace o pozici v prostoru, redukovat závrať, snížit spasticitu a připravit organismus na mobilizaci. Všechny tyto aspekty jsou pro ergoterapeuty velmi důležité.

Friedlová (2004) dále uvádí, že vestibulární stimulace je indikována pro:

- klienty, kteří jsou upoutáni na lůžko déle než 3 dny (pokud to není kontraindikováno jejich diagnózou)
- klienty s omezenou možností pohybu
- klienty v kómatu
- klienty s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů

Kontraindikací jsou především čerstvá poranění hlavy a krční páteře.

Mezi možnosti vestibulární stimulace podle konceptu BS např. změny polohy hlavy, používání balančních podložek a míčů atd. Viz Kap. 3 přílohy a str. 45.

Vítková (2001b, s.78) shrnuje, že *tyto tři oblasti vnímání - somatické, vibrační a vestibulární - se vztahují k nejranějším a nejelementárnějším formám vnímání. (...) Například i pro dospělého člověka bez postižení představují tyto tři oblasti v extrémních situacích důležité formy vnímání. Vzpomeňme si na situaci utěšování. Vezmeme někoho do náruče, přitiskneme ho k sobě, ruce jsou sevřeny na jeho zádech, potichu říkáme utěšující slova, jejichž obsah nemusí nic znamenat, přitom se kolébáme s utěšovaným partnerem ze strany na stranu. Prostřednictvím tepla a dotyku dochází k somatické stimulaci, vibracemi přenášíme náš hlas a kolébáním zprostředkováváme vestibulární stimulaci. Tyto tři základní podněty dodávají klid, jistotu a bezpečí a vedou k psycho-fyzickému vyrovnaní.*

Nyní budu popisovat tzv. nastavbové prvky konceptu bazální stimulace.

## 2.6 Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je podle Friedlové (2005a) stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky. V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení klientům a naopak minimalizovat nejasné zvuky okolního světa. Klientovi by měly být poskytovány jen jasné informace a auditivní stimulace by měla vycházet z jeho biografické anamnézy (personál by měl např. vědět, jaké hudbě klient dává přednost, ve kterých částech dne poslouchal rádio a jaké pořady, jaká hudba je mu nepříjemná, trpí-li poruchou sluchu apod.).

Friedlová (2005d) dále uvedla, že auditivní stimulace musí být **cílená a dávkovaná**. Například pořady v rádiu se mají využít k obnovení klientovy struktury dne. Klient v kómatu slyší známý pořad a to je pro něho stimulem. Pouštění rozhlasu či televize samo o sobě není auditivní stimulací.

Mezi cíle auditivní stimulace patří m.j.

- navázání kontaktu s klientem (např. přes jeho oblíbenou hudbu),
- mobilizace jeho vzpomínek, zlepšení jeho orientace a pocitu jistoty (např. klient v kómatu se ve směsi neznámých nemocničních zvuků často orientuje jen díky jednomu jemu známému zvuku, poskytnutém v rámci auditivní stimulace),
- zvýšení rozlišovací schopnosti sluchového aparátu

Praktický postup auditivní stimulace je popsán v Příloze 1, Kap. 4 a na str. 40.

## 2.7 Optická stimulace

Friedlová (2005d) uvádí, že dítě po narození nejlépe vnímá základní barvy a jednoduché tvary. Totéž platí například pro lidi ve stáří a těžce postižené pacienty na JIP.

Dle Friedlové (2005a) zrakový vjem umožňuje člověku orientovat se, vnímat okolní prostředí, učit se, dává pocit bezpečí. Okolí klienta v nemocnici však bývá destimulující. *Pozorování stále stejných objektů vyvolává halucinace a dezorientaci (Friedlová 2005a, s.7).*

Pro optickou stimulaci je důležitá jakákoli *změna tělesné polohy*. I pouhá změna polohy hlavy mění zorné pole klienta, umožní mu sledovat své okolí a orientovat se na svém těle. Mezi zásady optické stimulace patří podle Friedlové (2005a):

- nabídnout klientovi možnost uvědomit si rozdíl mezi dnem a nocí (obličej vystavit alespoň krátce sluneční expozici),
- jako kontrast k bílým zdem volit barevné oblečení personálu a barevné ložní prádlo,
- u použití obrazů dát pozor na negativní asociace,
- používá-li klient brýle, nezapomenout mu je nasadit,
- pro stimulaci pohybové aktivity je vhodné fotografie a obrázky umístit na okraj klientova zorného pole tak, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu s cílem pohlédnout na ně,
- nabízet jen televizní pořady, které klient zná; nepouštět televizi po dlouhou dobu.

Variabilita možností optické stimulace záleží na kreativitě terapeuta. Více o optické stimulaci uvádím v praktické části (str. 41, 46) a v Příloze 1, Kap.5.

## 2.8 Olfaktorická stimulace

Podle Friedlové (2005a) jsou vůně a pachy pro lidský organismus hlavními vyvolavateli vzpomínek. Vyvolávají různé asociace (např. vůně perníku – Vánoce, káva – příjemné situace). Terapeut musí vědět, které vůně má klient rád a které naopak ne, jinak by mohlo dojít k negativní stimulaci. Olfaktorické stimuly se nenabízejí kontinuálně, protože by došlo k habituaci. Olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální. Praktický postup, jak klientovi zprostředkovat jeho vůni, je popsán v Příloze 1, kap.6.

## 2.9 Orální stimulace

Tento prvek BS je velice významný. Myslím, že by podrobný popis všech aspektů orální stimulace mohl být zpracován v samostatné diplomové práci. Zde se budu snažit popsat ta nejpodstatnější fakta. Praktický postup je uveden v příloze 1, kap. 7.

Friedlová (2005a, s.13) píše, že *orální stimulace v žádném případě není synonymem péče o dutinu ústní nebo nácviku polykacího reflexu. Ale je velice výhodné je vzájemně kombinovat.*

Cílem orální stimulace je podle Friedlové (2005a) zprostředkovat pacientovi vjemy z jeho úst a stimulovat jeho vnímání. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně nebo jako přípravu na příjem potravy ústy.

Friedlová (2005a) uvádí, že lidé s těžkým fyzickým či mentálním postižením většinou nemají možnost si samostatně provést hygienu dutiny ústní. Pokud je z jakéhokoli důvodu snížen tok slin (sliny plní významnou samočisticí schopnost dutiny ústní), vyžaduje dutina ústní speciální péči a hygienu. Pokud vytéká velké množství slin mimo ústa, vznikají kožní eroze a ragády. Také časté odsávání dutiny ústní může mít za následek mikrotraumata citlivé sliznice.

Na str. 42 a v kapitole 7 přílohy 1 je podrobně popsán praktický postup orální stimulace i její zajímavé prvky, například tzv. *cucací váčky*.

## **2.10 Taktilně haptická stimulace**

Tomuto prvku bazální stimulace se více věnuji v praktické části (str. 41+46) a v příloze (Kap. 8), protože prostor pro kreativitu je zde velmi široký.

Friedlová (2005a) uvádí, že pro lidské ruce je přirozená potřeba aktivity. *Někteří klienti, upoutaní na lůžko, tahají za katetry, žmoulají lůžkoviny, popotahují ložní prádlo, poklepávají prsty do matrace* atd. *Koncept BS chápe tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace a insuficience vlastní aktivity. Taktilně-haptická stimulace umožňuje poskytnout klientům smysluplné stimulace a to ve formě jim známých materiálů a věcí (Friedlová 2005a, s.17).* K této stimulaci tedy můžeme využívat oblíbené předměty, hračky, předměty využívané k výkonu povolání, nádobí, žínky a ručníky, teplo a chlad, předměty denní potřeby.

## **3. BAZÁLNÍ STIMULACE A ERGOTERAPIE**

Do této kapitoly jsem vybrala několik oborů medicíny, ve kterých by ergoterapeut mohl ve velké míře využít prvky bazální stimulace.

### **3.1 Jednotka intenzivní péče**

Na JIP jsou ležící klienti ve vážném stavu a s různou úrovní vědomí. Jsou zde tedy i klienti v kómatu, u kterých má koncept BS veliké uplatnění. Ergoterapeut, který na JIP dochází, může aplikovat všechny prvky BS, od modulace končetin „koupelemi,“ přes polohování a auditivní stimulaci, až po orální stimulaci, kterou může kombinovat s nácvikem polykání. Měl by zjistit biografickou anamnézu klienta. Může informovat ostatní zdravotnické pracovníky např. o možnostech polohování, může zavést používání iniciálního dotyku, také může spolupracovat s příbuznými klienta a informovat je o tom, jak mohou používat prvků BS sami a napomáhat tak procesu klientovy rehabilitace. (Viz str. 40-43).

### **3.2 Práce s klienty s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace**

Koncept bazální stimulace byl Fröhlichem původně vyvinut právě pro děti s hlubokým stupněm mentální retardace. Ergoterapeut pracuje s takto postiženými dětmi i dospělými v denních stacionářích, ústavech sociální péče a podobných institucích. Prvky bazální

stimulace může ve své práci aplikovat s velkou kreativitou. Cílem terapeutické intervence je umožnit klientovi vnímat a cítit své tělo, nalézt vhodnou formu komunikace s klientem, nebo i přímo nácvik některé ADL. S lidmi s mentálním postižením jsem pracovala v rámci souvislé praxe (viz kazuistiky v praktické části).

S konceptem BS úzce souvisí metoda snoezelen, která je nejvíce používána právě pro klienty s těžkým stupněm mentálního postižení.

### **3.2.1 Snoezelen**

Švarcová (2000) uvádí, že v mnoha zemích se nyní hledají nové, zcela netradiční formy práce s lidmi s těžkým a hlubokým postižením, které vycházejí z jejich možností a snaží se respektovat jejich zájmy. Jednou z těchto forem, podle níž se začíná pracovat i v některých českých zařízeních, je snoezelen.

Chan et al. (2004?) uvádí, že tato metoda byla vyvinuta na konci 80. let v Holandsku a název snoezelen vznikl spojením vlámských slov „čichat“ a „dřímat.“ Jejím cílem je poskytnout možnost prožít relaxaci, radost a různé emoce a vnímat všemi smysly. Snoezelen zahrnuje optickou, auditorní, taktilní a olfaktorickou stimulaci, nabízenou klientům ve speciálně navržené místnosti (viz Obr. 49+50). Využívá mnohobarevných světél, jemné hudby, vůně, různých příjemných materiálů; je to prostředí, ve kterém se klient cítí bezpečně a dobře, není na něj vyvíjen tlak, má možnost volby. Cavet (1994), cit. v Chan et al. (2004?) upozorňuje, že slovo „Snoezelen“ je nyní obchodním názvem jedné společnosti, která se zabývá výrobou pomůcek pro snoezelen a proto je vhodnější pro tuto metodu používat označení *multisensory therapy*. (Výrobou pomůcek pro multisensorickou terapii se zabývá řada firem. Mnoho pomůcek lze současně využít i k bazální stimulaci, některé popíší v praktické části).

### **3.3 Geriatrie, gerontopsychiatrie**

Koncept bazální stimulace má velké uplatnění u klientů v pokročilém stadiu demence, mnohé prvky však lze vhodně aplikovat též u seniorů s poruchami zraku a sluchu v důsledku stáří a u klientů imobilních. Řada lidí v pokročilém věku je upoutána na lůžko. Bazální stimulace klade důraz na individuální přístup a vychází z autobiografické anamnézy klienta. Toto hraje podle mého názoru při práci se staršími lidmi velikou roli. Hope (1998) popsal pozitivní efekt multisenzorického prostředí (*multisensory environment*) pro starší klienty s demencí (multisenzorickým prostředím míní snoezelen). Jeho výzkum ukázal, že krátkodobým efektem je relaxace, zlepšení nálady, zvýšení zájmu o okolí a snížení úzkosti a agresivity;



dlouhodobým efektem je snadnější vyvolávání vzpomínek a více spontánní řeči. Konkrétní možnosti využití prvků BS u seniorů popíše v praktické části (str. 43).

### 3.4 Psychiatrie

Keller (2001), německý ergoterapeut, uvádí, že mnoho lidí trpících schizofrenií má velké problémy se sebeidentitou a v důsledku toho jim chybí schopnost poznávat realitu a zabezpečovat vlastní potřeby a hranice. Připadají si rozloženi na fragmenty, řízení a kontrolování někým jiným, ne sami sebou. Čím méně si pacient uvědomuje své vlastní tělo, tím více má patologických myšlenek o sobě. Naproti tomu intenzivní *body awareness* (vědomí o sobě sama) může výrazně posílit sebevědomí a mít antipsychotický účinek. Ergoterapeut může zlepšit klientovo psychofyzické uvědomění různými terapeutickými aktivitami, především **bazální stimulací**, sensorickou integrací, uměleckými aktivitami, zaměřenými na tělo (*body-centered art activities*), relaxací atd.

Ergoterapie zaměřená na tělo (*body-centered occupational therapy*) může podporovat proces verbální psychoterapie, pomoci klientům najít spojení mezi jejich pocity a událostmi v jejich životě a změnit jejich chování.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## Úvod

V praktické části bych chtěla přinést odpověď na dvě základní otázky, které jsou shodně s cílem celé bakalářské práce:

- 1) „*Jak by mohla bazální stimulace obohatit práci ergoterapeuta?*“
- 2) „*Jak může ergoterapeut využívat prvky bazální stimulace v pomoci klientům k dosažení maximální soběstačnosti?*“

Praktickou část této bakalářské práce jsem rozdělila do následujících tří částí:

**I.** Dvě kazuistiky, ve kterých ukáži, jak jsem aplikovala prvky BS u klientek s hlubokým stupněm mentálního postižení během souvislé praxe

**II.** Přehled možností využití prvků BS v ergoterapii při nácviku pADL a u některých specifických oblastí poruch

**III.** Seznam pomůcek a materiálů pro jednotlivé typy stimulace, kterými by mohl být ergoterapeut vybaven

## Metodologie

Zvolila jsem formu kazuistiky, protože tak lze podle mého názoru používání BS v praxi ilustrovat nejlépe. Poté jsem uvedla popis využití jednotlivých prvků BS ve vztahu k ergoterapii a seznam pomůcek a materiálů, kterými by mohl ergoterapeut být vybaven. Vycházela jsem především z vlastní praxe a inspirace.

### ***Účastníci:***

Do této práce jsem zvolila dvě klientky z zařízení pro klienty s mentálním postižením s celoročním pobytem, kde jsem absolvovala souvislou praxi. Klientky byly podobného věku a obě měly kombinované postižení s těžkým až hlubokým stupněm mentální retardace.

### ***Postup:***

Prvním krokem bylo absolvování základního i nástavbového kurzu bazální stimulace. Základní kurz BS probíhal v ÚSP pro klienty s hlubokým mentálním postižením a to bylo hlavním důvodem, proč jsem praktickou část chtěla zaměřit právě na tyto klienty. Pro svou souvislou praxi jsem tedy hledala zařízení, kde bych mohla pracovat s klienty s hlubokým stupněm mentální retardace. Protože v ÚSP Sulická (Praha 4), kde jsou klienti s nejtěžším stupněm postižení, probíhala rekonstrukce, zbyl v Praze jako jedna z mála možností Domov

Sv. Rodiny (dále DSR). Tam mi bylo umožněno během října 2005 praxi absolvovat. Je to menší zařízení pro celoroční pobyt klientů s mentálním postižením, které se opravdu snaží o vytvoření atmosféry domova. Pracovala jsem střídavě na dvou odděleních, na každém z nich bylo osm klientek se středním až hlubokým stupněm mentální retardace a kombinovaným postižením. Převládá těžší typ postižení. Po týdnu praxe jsem usoudila, na které klientky bych se mohla zaměřit a pracovat s nimi s využitím prvků BS. Vybrala jsem dvě klientky, každou z jednoho oddělení.

S klientkami jsem trávila hodně času, ale protože většiny aktivit na oddělení se účastnily všechny klientky současně, byl prostor pro individuální terapii omezený. Ergoterapie v pravém slova smyslu v DSR neprobíhá, ergoterapeut tam nepracuje. Na druhou stranu jsem však prováděla i ranní hygienu, koupání, krmení a tak jsem mohla prvky BS aplikovat během činností celého dne.

### ***Etické aspekty***

Vzhledem k vážnosti postižení klientek a nemožnosti setkat se s jejich rodiči jsem o souhlas k využití jejich příběhů v této práci požádala odpovědné vychovatele. Ti souhlasili a poskytli mi základní slovní informace o klientkách (věk, typ postižení). Z dokumentace jsem nečerpala, neuvádím citlivé osobní údaje, křestní jména klientek jsem změnila.

## **1.1 Kazuistika I.**

- **Jméno klientky:** Lucie (*jméno bylo změněno*)
- **Věk:** 21 let
- **Dg.:** DMO, diparetická forma. Praktická slepota v důsledku léze optického nervu. Postižení v pásmu hluboké mentální retardace. Epilepsie. (Příčina: asfyxie během obtížného porodu).
- **Sociální situace:** V Domově Sv. Rodiny žije již 10 let (od jeho založení). Rodiče ji navštěvují o víkendech. Lucie pobírá plný invalidní důchod.

### **1.1.1 Ergoterapeutické hodnocení (na začátku praxe):**

- **Hrubá motorika:** Je schopna *chůze*, ale jen s doprovodem druhé osoby. Sama je při chůzi velmi nejistá, v důsledku slepoty a nůžkovité chůze hrozí, že upadne. Stereotyp chůze je značně nekoordinovaný a Lucie se stále snaží chytit těla asistenta oběma rukama a přenést na něj celou svou váhu. Lucie je schopna sama si *sednout*, pokud ji asistent nasměruje (např. dovede těsně ke křeslu) a ze sedu (i lehu) se také sama zvedne. V lokomoci a hrubé

motorice je limitována hlavně slepotou. Kdyby viděla, byla by v této oblasti prakticky samostatná.

- **Horní končetiny, jemná motorika:** Když Lucie sedí, horní končetiny obvykle drží ve flexi v loketních kloubech, trup je též ve flexi, Lucie se dotýká rukama svých úst nebo očí a stereotypními pohyby se houpe dopředu a dozadu. Podle konceptu BS je příčinou to, že se snaží získávat stimuly ze svého těla (viz str. 44). Na horních končetinách se nevyskytuje spasticita, rozsah pohybů je ve všech kloubech bez omezení.
- **Kompenzační pomůcky:** Při koupání používá závěsnou sedačku do vany. V interiéru, kde tráví většinu dne, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky, jen nosí ortopedickou kotníkovou obuv. Dále má mechanický vozík, který je však používán pouze při delších trasách v exteriéru. Sama jej neovládá.

#### **Hodnocení vybraných pADL (podle Mahoney 1965):**

- **Jídlo, pití** – Lucie dostává mixovanou stravu. Dle vychovatelů proto, že jídlo nekouše zuby, nýbrž je pouze rozmělnuje jazykem o patro. Chrup má Lucie bez větších vad. Lucie je vždy krmena lžící. Pije samostatně, asistent jí jen vloží hrnek do obou rukou. Pokud je nápojem čaj, Lucie pije tak, že většinu tekutiny vylije na sebe. Pokud je v hrnku jiný nápoj, který jí chutná, vypije vše.
- **Oblékání** – Horní polovinu těla si oblékne s dopomocí (asistent pomůže navléknout oděv přes hlavu a ruce do rukávů, Lucie si oděv stáhne), dolní pol. těla si neoblékne. Boty si neobuje.
- **Svlékání** – S dopomocí (jako při oblékání). Boty si zuje sama.
- **Koupání** – Do vany se Lucie přesune s částečnou dopomocí asistenta (dává slovní pokyny, směřuje její ruku na madla), koupelna je vybavena madly. Klientka používá závěsnou sedačku do vany s opěrkou. Koupání provádí asistent. Lucie při koupání vždy vykazuje známky spokojenosti – smích, radostné zvuky. Přesun z vany s dopomocí, osušení ručníkem provádí asistent.
- **Osobní hygiena** – Česání, čištění zubů, nanášení krému apod. provádí asistent.
- **Kontinence moči a stolice** – Je inkontinentní, nosí plenkové kalhoty.
- **Použití WC** – Je pravidelně vysazována na klozetové křeslo (které je umístěno v koupelně, stejně jako ostatní WC), kde se obvykle vyprázdňuje. Asistent rozepne plenkové kalhoty a pomůže klientce usednout na WC (klientka jej drží za ruce, asistent ji nasměruje).

- **Kognitivní oblast:** Diagnostikováno bylo mentální postižení v pásmu hluboké mentální retardace. Je obtížné provést hodnocení kognitivních funkcí.

- **Komunikace:**

Lucie rozumí jednoduchým slovním pokynům (pojď, posad' se, otevři ústa – „ham“).

Řeč není vyvinuta. Lucie komunikuje zvuky, podle kterých lze též poznat její náladu – někdy jsou vesele znějící, melodické („japapapa“), jindy je to křik. Komunikuje též neverbálně – mimikou (úsměv), pokouší se někoho obejmout. Někdy se Lucie chová agresivně, velmi hlasitě křičí a mává rukama okolo sebe.

- **Sociální interakce:** Lucie žije na oddělení se sedmi dalšími klientkami (s hlubokým až středním stupněm mentální retardace). Není s nimi však ve verbálním ani fyzickém kontaktu. Aktivita by musela vzejít od ostatních klientek, protože Lucie nevidí a nemůže se k nim přiblížit. Z klientek verbálně komunikují jen dvě, ale ty Lucii nevěnují pozornost. Většina asistentů omezuje verbální komunikaci s Lucií na minimum, protože příliš mnoho slov prý spouští její agresivitu. Protože se Lucie navíc neúčastní většiny skupinových aktivit, nachází se v jakési sociální izolaci – je obklopena lidmi a přesto osamělá.

- **Silné stránky:**

- + Je schopna chůze s minimální asistencí
- + Je schopna samostatně pít z hrnku
- + Rozumí jednoduchým pokynům
- + Je obvykle pozitivně emociálně naladěna

- **Problémové oblasti:**

- Částečná závislost ve všech pADL
- Nemožnost vyjádřit přání a potřeby v důsledku absence verbální komunikace
- Sociální izolace
- Stereotypní pohyby a autostimulativní až autoagresivní chování v důsledku nedostatku podnětů (kývavé pohyby, mnutí očí, kousání vlastních rukou)

- **Cíle krátkodobé:**

- Nalézt optimální způsob komunikace
- Nalézt příčinu občasných agresivních záchvatů a zabránit jejich opakování
- Zprostředkovat lepší komunikaci a porozumění mezi asistenty a Lucií
- Poskytnout dostatek stimulace a tím omezit autostimulativní a autoagresivní chování

- **Cíle dlouhodobé:**

- Zlepšit integraci do života na oddělení a tím snížit sociální izolaci

- Zvýšit samostatnost v pADL (chůze, osobní hygiena, oblékání, jídlo)

### **1.1.2 Průběh běžného dne:**

Život Lucie je poměrně stereotypní. Každý den po probuzení je vysazena na WC a poté vykoupána ve vaně, oblečena atd. Pak je posazena do svého křesla v denní místnosti. Tamtéž je jí podána snídaně. Poté jde s doprovodem opět na WC a zpět do svého křesla. Během dopoledne probíhají skupinové aktivity – výtvarná, hudební, smyslová výchova, LTV apod. Většiny z nich se Lucie nezúčastní, je polohována v perličkovém vaku nebo v křesle a poslouchá hudbu nebo pohádky. Výjimkou je individuální LTV, při které s ní asistent cvičí na velkém míči, u žebřin apod. Denně před obědem s Lucií asistent trénuje větší samostatnost v chůzi – asistent provádí guiding ramenou nebo pánve a Lucie jde sama vpřed (běžně totiž asistent chodí pozpátku před ní a ona jej drží za obě ruce). Po obědě a vysazení na WC je polední klid, Lucie sedí v perličkovém vaku nebo na lůžku a s ostatními klientkami poslouchá pohádku. Poté jde většina klientek ven na zahradu, Lucie ale většinou ne – kvůli nedostatku personálu. Zůstává uvnitř a opět s asistentem trénuje chůzi. Odpoledne následuje svačina, Lucie opět sedí v křesle. Poté začíná večerní koupání, obléknutí do pyžama, následuje večere, krátké sledování televize, čištění zubů a uložení ke spánku.

Připadalo mi, že je duševní i fyzický potenciál Lucie nevyužitý a že při individuálním přístupu by mohla zvládnout mnohem více činností než dosud. Každý člověk má své limity, ale jeho kapacita by měla být využita na maximum.

### **1.1.3 Aplikace prvků BS v terapeutické intervenci**

Zde popíši, jak jsem v průběhu praxe používala prvků bazální stimulace k dosažení cílů.

Pro větší přehlednost je popis rozdělen do jednotlivých oblastí.

#### **■ Koupání**

Lucie má ráda vodu. Snažila jsem se ji koupat vždy jako poslední, aby byl dostatek času. Během celého procesu jsem s ní komunikovala, popisovala jsem jednotlivé kroky. Sprchovou hadici jsem vložila do její ruky a Lucie si hrála s vodou, nechala proud vody stříkat na svůj obličej a do úst a při tom se smála. Navzdory obavám vychovatelů voda nestříkala ven a nezpůsobila nepořádek. Později jsem navlékla žínku na její ruku a asistovaným mytím umývala obličej, horní končetiny a hrudník. Při sušení ručníkem jsem pak postupovala jako u zklidňující koupele dle konceptu BS - modulovala jsem její končetiny a tím zlepšovala vnímání jejího těla. Vše jsem slovně komentovala.

## ■ Osobní hygiena

Při čištění zubů jsem Lucii umožnila čichem ucítit zubní pastu, do rukou jsem jí vložila zubní kartáček, aby cítila jeho tvar. Nechala jsem ji, ať si sama otře ústa žínkou. Zvládla to bez problémů. Při česání jsem vedla její ruku, aby vnímala své vlasy. Při nanášení krému jsem jí opět umožnila čichem cítit jeho vůni a hmatem prozkoumat jeho konzistenci. Mytí rukou následovalo po každém použití WC, opakovalo se tedy mnohokrát za den. Lucie vnímala tekoucí vodu a postupně se učila, jak ji může sama regulovat vodovodním kohoutkem. Cítila rozličné stimuly - teplo a chlad, silný a slabý proud vody.

## ■ Příjem potravy

Lucie před jídlem vždy seděla ve svém křesle. Vypozorovala jsem, že se

- **agresivní záchvat** (hlasitý křik, mávání rukama) objevil, když k ní asistent přistoupil bez upozornění a dal jí hrnek do rukou nebo když jí náhle začal odepínat pás, kterým byla v křesle fixována z důvodu rizika epileptického záchvatu. Vychovatelé však naopak říkali, že se agresivní záchvat objevoval, když s ní během jídla konverzovali. Proto s ní nyní verbálně komunikují jen v minimální nutné míře. Já jsem s Lucií komunikovala neustále, vždy jsem ji upozornila, než jsem se jí dotkla a žádný záchvat se během praxe neobjevil. Bylo by vhodné, aby se všichni asistenti dohodli na používání tzv. *iniciálního doteku* – aby vždy, než k Lucii přistoupí, Lucii oslovili jménem a dotkli se její ruky. Někteřím z nich jsem to navrhla a když iniciální dotek použili či Lucii alespoň oslovili a řekli svůj záměr, četnost agresivních záchvatů se snížila.

Při krmení mixovanou stravou jsem Lucii pokaždé řekla, co je to za pokrm a nechala ji pocítit jeho vůni. Dbala jsem na vzpřímenou polohu hlavy při jídle a správný sed. Později jsem se snažila, aby sama držela lžici. Namodulovala jsem její ruce, aby je dobře cítila a vložila jsem jí lžici do ruky. Lucie však lžici házela na zem a nemohla jsem ji dobře vést do misky s jídlem. Způsobovalo to nepořádek a navíc jsem musela pomoci s jídlem více klientkám. A tak jsem asistované krmení po dvou pokusech již nezkoušela. Při dlouhodobé individuální péči by však Lucie mohla zvládnout jíst samostatně, protože motorika HKK je v pořádku.

Lucie dokáže pít z hrnku samostatně. Avšak je-li v hrnku čaj, většinu jej vylije na sebe. Pokud je tam jiný nápoj, vypije vše. Podle konceptu BS by měl být Lucii poskytnut její oblíbený nápoj, mělo by být respektováno, že čaj nemá ráda (pije jej denně již 10 let).

## ■ Chůze

Lucie s asistentem trénuje chůzi v interiéru minimálně dvakrát denně. Jinak ale většinu dne sedí. Proto jsem před tréninkem chůze zkusila stimulovat její nohy.

**Postup** (záleží na kreativité a dostupných materiálech):

- terapeut uchopí nohu klienta a zahřeje ji ve svých dlaních
- na nohu nanese pěnu na holení, krém, tělové mléko apod. (zvolila jsem krém) a provádí masáž nohy
- umyje nohu dvěma žínkami, namočenými v teplé vodě, oběma rukama přitom moduluje tvar nohy
- mezi prsty nohy fouká plastovou slámkou
- nohy osuší teplým vzduchem fénu
- nakonec nohu vloží do ploché nádoby, naplněné čočkou, rýží, těstovinami apod. a nohu materiálem posypává.

Tak klient získá ze své nohy mnoho vjemů a je lépe připraven na chůzi.

S Lucií jsem provedla většinu zmíněných kroků. Vykazovala při tom známky pozitivního naladění – úsměv, broukání melodie.

Lucie se v chůzi denně mírně zlepšovala, vydržela chodit déle, lépe zvládala překročit práh a vyhýbat se překážkám. Slovně jsem komentovala, kudy procházíme, umožňovala jsem jí hmatem vnímat dveře, kliku, zeď, nábytek apod. Byla schopna samostatné chůze podél zdi. Bohužel jsem neměla příležitost jít s Lucií ven. Při teplém počasí by byla výbornou stimulací např. chůze naboso po trávníku.

■ **Odpočinek**

Při poledním klidu Lucie většinou seděla na lůžku a s ostatními poslouchala pohádku. Při tom prováděla stereotypní kývavé pohyby celým tělem a mnula si oči. Aby měla více stimulů, prováděla jsem vestibulární stimulaci – tzv. pohyby ovesného klasu (viz Příloha, kap. 3). Setkalo se to s pozitivní reakcí. Dvakrát, když bylo více času, jsem Lucií uložila do polohy hnízdo na boku (viz Příloha, kap. 1.5) Tato poloha umožňuje intenzivní vnímání hranic svého těla a kvalitní odpočinek.

■ **Skupinové aktivity**

Luciino zrakové postižení vyžaduje, aby s ní asistent pracoval individuálně. Na oddělení pracují vždy jen dva vychovatelé, a tak se Lucie většiny skupinových aktivit neúčastnila. Naštěstí jsem na oddělení byla navíc, a tak jsem s ní mohla během aktivit pracovat a zlepšovat i její sociální začlenění. Zde je několik příkladů:

**Výtvarná výchova:** *Vytváření tvarů z plastelíny.* Původním záměrem bylo, aby Lucie vytvořila např. kouli, ale nakonec si s plastelínou jen hrála a mačkala ji. I to je taktile-haptická stimulace. Plastelína pro ni byla novým materiálem.

*Práce s papírem* – trhání, mačkání.



*Rytí do plastelíny/nácvik jemné motoriky* – na podložce jsem vyválela tenký plát, do Luciiny ruky jsem vložila tužku a její ruku jsem vedla tak, aby vytvářela čáry, vlnovky, kruhy atd. Lucie pak mohla hmatem vnímat, co vyryla. Při této aktivitě Lucie udržela pozornost jen krátce.

#### ***Smyslová výchova:***

Ostatní klientky při této aktivitě skládaly dřevěné obrazce, navlékaly korále apod. Lucie se obvykle neúčastnila. Přinesla jsem různé sypké materiály (rýže, těstoviny, pšenice, čočka, proso) v nádobách a Lucie je mohla svými rukama zkoumat. Musela jsem být u ní, aby materiály nevkládala do úst a nevyhazovala je z nádob ven. Stimulací bylo i to, když prováděla aktivity na zemi na podložce namísto obvyklého sedu v křesle. Na zemi jsem zkoušela hru s ozvučeným míčkem – kutálení. Lucie sice smysl hry nechápala, ale připojily se i tři jiné klientky a to přispělo k sociální integraci.

#### ***Hudební výchova:***

Lucie se dříve hudební výchovy neúčastnila – prý proto, že by hudební nástroje vkládala do úst. Hudba je přitom pro nevidomého člověka tolik důležitá. Zkusila jsem s Lucií alespoň bubnovat do rytmu na bubínek. Hudba se Lucii líbila, smála se, cítila vibrace bubnu a vnímala, že vznik zvuku způsobuje ona sama. Když Lucie vydávala zvuky podobné zpěvu, položila jsem její ruce na hrud', aby vnímala vibrace, vyvolávané vlastním hlasem. Též se to setkalo s pozitivní reakcí.

#### ***Tělesná výchova:***

Program individuální LTV pro Lucii vytvořila fyzioterapeutka. Jedná se o soubor cvičení na terapeutickém nafukovacím válci, pasivní pohyby na lůžku a cvičení u žebřin, vše s cílem trénovat rovnováhu a protahovat i posilovat svalstvo. Cvičení na nafukovacím válci poskytuje vestibulární stimulaci, lze využít též stoj na nestabilní podložce atd.

### **1.1.4 Závěr**

Integrace prvků bazální stimulace do každodenní práce s klientkou za dobu mé praxe nepřinesla žádnou zásadní změnu či zlepšení samostatnosti v ADL. Ale díky jednotlivým prvkům BS se stal život Lucie zajímavější, dostávala více podnětů, snížil se výskyt autostimulativního chování. Každodenní stereotyp byl obohacen novými prvky. Vychovatelé viděli, že větší zapojení Lucie do aktivit není tak obtížné. Také s ní snad začnou více komunikovat. Viděli, že kromě verbální komunikace mohou komunikovat skrze dotek, skrze společné činnosti, zprostředkováním vůně a chuti atd. Lucie se více smála a měla méně

agresivních záchvatů. To je důkazem toho, že bazální stimulace výrazně přispívá ke kvalitě klientova života.

## 1.2 Kazuistika II.

- **Jméno klientky:** Jana (*jméno bylo změněno*)
- **Věk:** 26 let
- **Dg.:** DMO, kvadruparetická forma. Mentální retardace středního až těžkého stupně. Epilepsie (těžká forma, časté parciální i generalizované záchvaty). Těžká kyfóza hrudní a bederní páteře. Středně těžká spasticita všech končetin i trupového svalstva.
- **Sociální anamnéza:** V Domově Sv. Rodiny žije již 10 let. Každý druhý víkend tráví doma s rodiči a mladším bratrem.

### 1.2.1 Ergoterapeutické hodnocení (na začátku praxe):

- **Hrubá motorika:** V chůzi je samostatná. Stereotyp chůze je však narušen těžkou kyfózou páteře. Jana chodí pomalu, s trupem ve výrazné flexi.
- **Jemná motorika:** Středně těžká flekční spasticita svalstva HKK. Rozsah pohybů ve všech kloubech mírně omezen. Na HKK se vyskytuje intermitentní třes, který zhoršuje jemnou motoriku.

### Hodnocení vybraných pADL (podle Mahoney 1965):

- **Jídlo, pití:** Samostatně, pokud je jídlo připraveno před ní. Používá příbor. Pije sama z hrnku i sklenice. Jí velmi pomalu a často jídlo odmítá.
- **Oblékání:** Sama se oblékne do připraveného oblečení, i když někdy s chybou. Boty si nazuje, ale tkaničku nezaváže.
- **Koupání:** Přesun do vany s mírnou dopomocí. Koupá ji asistent.
- **Osobní hygiena:** Čištění zubů, česání a nanášení krému provádí asistent. Ruce si umyje sama. Ovládá vodovodní kohoutek, používá mýdlo, usuší si ruce ručníkem.
- **Kontinence moči a stolice** - Klientka je kontinentní, jen na noc používá plenkové kalhoty.
- **Použití WC:** Samostatně.

### ▪ Kognitivní funkce:

Mentální retardace středního až těžkého stupně. Jednotlivé kognitivní funkce jsem nehodnotila. Je schopna skládat jednoduché tvary, navlékat velké dřevěné korály, postavit věž ze sedmi kostek (možná i více), třídit předměty podle barvy a velikosti. Někdy pracuje se zájmem, jindy každou práci odmítá.

### ■ **Komunikace:**

Jana je schopna používat několik slov (*ano, ne, děkuji, táta, hodná, oblékat,...*) Výslovnost je ztížena spasticitou obličejových svalů a špatným stavem chrupu. Také používá neartikulované zvuky, většinou velmi hlasité. Řeči rozumí dobře.

### ■ **Sociální interakce:**

Protože Jana rozumí obsahu většiny slov, do kolektivu se zapojuje dobře navzdory tomu, že je verbální komunikace omezená. Sympatie vyjadřuje tak, že osobu pohladí po hlavě se slovy „jsi hodná.“ Umí adekvátně používat slovo „děkuji“. Klid v kolektivu však často narušuje hlasitými, dlouhodobě se opakujícími zvuky. Často bez přestání opakuje slova „táta“ a „oblékat“ v kombinaci s nesrozumitelnými zvuky. Nereaguje na napomínání vychovatele a ruší tak ostatní klientky při odpočinku či aktivitě.

### ■ **Silné stránky:**

+ samostatnost ve většině pADL

+ rozumí řeči

+ dobrá úroveň jemné motoriky

### ■ **Problémové oblasti:**

- těžká kyfóza, ztěžující dýchání, lokomoci i provádění všech aktivit

- neschopnost adekvátně regulovat vlastní hlasité verbální projevy

### ■ **Cíle:**

▪ Snížit spasticitu končetin a trupového svalstva

▪ Umožnit kvalitní relaxaci

▪ Stimulovat vnímání vlastního těla

## **1.2.2 Průběh běžného dne**

Jana žije na jiném oddělení, než Lucie, ale denní režim je podobný: ranní koupání, dopolední aktivity (smyslová, hudební, výtvarná výchova, LTV, cvičení s velkými míči), oběd a po něm polední klid. V tuto dobu je Jana denně ukládána do polohy svícnu. V této poloze však dlouho nevydrží, stále si sedá a vydává hlasité zvuky a slova. Poté jde Jana každý den na procházku po zahradě s ostatními klientkami a vychovatelem. Následuje svačina a další aktivity (obvykle skládání dřevěné skládačky nebo tvarů z pěnové hmoty), krátké sledování televize, večerní koupání, večeře a uložení ke spánku.

### 1.2.3 Aplikace prvků BS v terapeutické intervenci

V této kazuistice budu v popisu použitých prvků stručněji než v kazuistice I., protože klientka Jana má o něco lehčí postižení a také proto, že se řada použitých prvků shoduje s již popsány.

▪ **Koupání** – Jana byla schopna sama uchopit sprchovou hlavici a ve vaně se osprchovat. Byl nutný jen dohled. Při sušení osuškou jsem posupovala podle principů zklidňující „koupele“ dle konceptu BS s cílem snížit spasticitu a stimulovat vnímání vlastního těla.

▪ **Hlasité verbální projevy** – když Jana vydávala hlasité zvuky, položila jsem jí ruce na hrudník, aby cítila vibrace, které její hlas vyvolává. Sice neztišila hlas, ale alespoň to přispělo k jejímu sebeuvědomění. Kdyby byla k dispozici klidná místnost, kde bychom byly samy, mohla bych použít některé prvky z *Preterapie* (viz *Příloha, kap. 4*), např. *slovní reproduktivní reflexe*, což ve zkratce znamená reflektovat zvuky i mimické projevy klienta.

▪ **Odpočinek** – Jana je při poledním klidu obvykle uložena do tzv. polohy svícnu (abdukce 90° v ramenních kloubech, flexe 90° v loketních kloubech, předloktí jsou zatížena vaky s pískem, kolena v mírné flexi podložena polštářem). Tato poloha by měla přispívat k prevenci zhoršování kyfózy páteře, ale Jana se vždy již po chvíli začne zvedat do sedu a vydávat hlasité zvuky. Po dohodě s vychovatelem jsem tedy vyzkoušela polohu „hnízdo“ na zádech. Tělo Jany jsem obložila srolovanými dekami, a polštáři a přikryla jsem ji dekou. V této poloze Jana ležela déle a někdy i usnula. Tato poloha sice není navržena pro prevenci kyfózy, ale Jana tak ležela na zádech s páteří v rovné poloze a mohla relaxovat.

▪ **Dýchací problémy** – Jana má v důsledku těžké kyfózy dýchací obtíže – obtížný nádech, často trpí kašlem. Během chvíle odpočinku jsem u ní provedla masáž stimulující dýchání (MSD). Protože se masáž provádí na zádech, pomohla i k mírnému uvolnění spasticity zádového svalstva. Masáž stimulující dýchání také přispěla k navození relaxace, Jana poté lépe usnula (v poloze hnízdo).

### 1.2.4 Závěr

U klientky Jany jsem mohla s úspěchem využít somatickou stimulaci – polohování do polohy „hnízdo“ a masáž stimulující dýchání. Uvítala jsem, že mi personál umožnil tyto prvky vyzkoušet, přestože to změnilo některé každodenní zvyklosti oddělení. Oba prvky skutečně přispívají ke snížení spasticity a k navození kvalitní relaxace.

## **2. Využití prvků bazální stimulace v různých oblastech ergoterapie**

V této kapitole ukáži, jak konkrétně může ergoterapeut používat prvky bazální stimulace při své práci. Hlavním cíle ergoterapie je podpora klienta k dosažení maximálního stupně soběstačnosti. Proto nejdříve uvedu vybrané pADL a příklady, jak je možné aplikovat prvky BS při jejich nácviku. Potom popíši, jak lze uplatnit prvky bazální stimulace v jiných oblastech ergoterapie. Uvedené oblasti jsem zvolila po dlouhé úvaze. K psaní této kapitoly jsem použila informace z obou kurzů bazální stimulace (Friedlová 2005c,d), skripta ke kurzům (Friedlová 2004, 2005a) a čerpala jsem z vlastních zkušeností a inspirace. Některé prvky již byly popsány v předchozích částech práce.

### **2.1 pADL - Koupání**

Somatická stimulace – celková koupel zklidňující, stimulující, diametrální. Může být používána ve vaně s vodou nebo při celkové hygieně na lůžku. Koupel provádí terapeut sám nebo používá *guiding* ruky klienta a zachovává principy daného typu koupele. Olfaktorická a auditivní stimulace – před koupáním terapeut umožní klientovi cítit vůni mýdla, při koupeli na lůžku slyšet šplouchání vody v umyvadle.

### **2.2 pADL - Osobní hygiena**

Používat předměty a kosmetické potřeby, na které je klient zvyklý. Nechat jej ucítit vůni zubní pasty (olfaktorická stimulace), dívat se při čištění zubů, česání apod. do zrcadla (optická stimulace). Použití elektrického zub. kartáčku, kartáče na vlasy nebo holicího strojku – vibrační i taktilně haptická stimulace. Do nanášení krému či tělového mléka integrovat somatickou stimulaci – „koupel“ končetiny.

### **2.3 pADL - Oblékání**

Umožnit klientovi lépe vnímat své končetiny. Provést stimulující „koupel“ končetin (nasucho, s použitím žinek, froté ponožek nebo žinek z luffy) nebo zklidňující či diametrální „koupel“ spastických končetin. Lze provést vibrační stimulaci končetin. Také nechat klienta hmatem pocítit různé textury oblečení – vlna, hedvábí, bavlna, kožešina atd.

### **2.4 pADL – Příjem jídla**

Orální stimulace – viz str. 24 + 42 a Kap. 7 Přílohy.

### **2.5 pADL - Kontinence moči a stolice**

Vibrační stimulace elektrickým přístrojem, aplikovaná na přední hranu lopat kosti kyčelní, pomáhá dle Friedlové (2005d) trénovat svaly dna pánevního. K zlepšení kontinence mohou napomoci prvky vestibulární stimulace, při kterých klient opět lépe vnímá celé své tělo –

cvičení na nafukovacích míčích, válcích atd. Pro kontinenci je důležité, aby i ležící klient měl v každém případě oblečené spodní prádlo (nebo alespoň jednorázové sít'ové kalhotky).

## 2.6 pADL - Chůze

Před nácvikem chůze lze s úspěchem aplikovat mnoho prvků BS.

- Vestibulární stimulace - tzv. pohyb ovesného klasu (velmi se podobá placing trupu dle Bobath konceptu), trénink rovnováhy v sedu nebo stojí na nestabilní nafukovací podložce.
- Vibrační stimulace (aplikovaná např. elektrickým přístrojem na patní kost) pomůže klientovi lépe vnímat celou DK. Toho se dosáhne i prostřednictvím koupelí DK (i bez použití vody).
- Stimulace nohou různými materiály (postup popsán na str. 34). Jiné možnosti: stimulace plosek nohou vsedě – klient položí nohy např. na plastové polokoule (viz Obr. 44), masážní přístroj nohou (viz Obr. 46); chůze po různě texturovaném povrchu – umělý trávník nebo plastové podložky podobné textury, chůze venku naboso apod.

## 2.7 Klienti v kómatu

Zde hraje používání BS významnou roli. Je důležité do procesu zapojit i rodinu klienta, která pak může prvky BS aplikovat během svého pobytu u lůžka. Je to výhodné pro obě strany – rodina se naučí, jak s klientem smysluplně trávit čas návštěv a podílí se významným způsobem na terapii. U klientů v kómatu může ergoterapeut využít:

- **Iniciální dotek**
- **Polohování** – zvláště poloha „hnízdo“, i mírné změny polohy jsou důležité
- Celkové a částečné „**koupele**“ – s použitím vody i nasucho
- **Masáž stimulující dýchání** (str. 20)
- **Vestibulární stimulace** – mírné pohyby polštářem, na kterém spočívá hlava klienta (s.22)
- **Vibrační stimulace** – m.j. reálnými předměty – do ruky klienta vložit elektrický zubní kartáček, holicí strojek, mobilní telefon. U dětí lze využít mnoho vibrujících hraček (viz Obr. 18+19) – položit je do ruky, na hrudník apod. Je možné přiložit elektrický vibrační přístroj na matraci – nejen na končetiny klienta. (Kap. 2 přílohy)
- **Auditivní stimulace** – musí být cílená a dávkovaná.
  - Poslech oblíbených pořadů v rádiu k obnovení struktury dne, oblíbená hudba, vyprávění příbuzných.
  - Příbuzným zdůraznit, aby klienta oslovovali způsobem, na který byl zvyklý, nikoli zdrobnělinami.

- Poslech hudby přímo ze sluchátek je auditivní stimulací jen pro člověka, který byl zvyklý sluchátka nosit. U ostatních klientů je lepší sluchátka položit na polštář asi 20 cm od ucha. Klient tak má možnost eliminovat poslouchané zvuky a je zachována přirozená zvuková kulisa.
- Na kazetu lze nahrát i zvuky, na které byl klient zvyklý – např. z jeho pracoviště - zvuky z autoopravny, ze staveniště, z mateřské školky, ze závodní kuchyně apod., také hlasy blízkých osob.
- **Optická stimulace** – Je vhodné zjistit, co klient vidí ze svého zorného pole. Friedlová (2005d) uvedla, že se mnoho pacientů na JIP po otevření očí domnívalo, že je u řezníka – viděli různé kovové infúzní stojany, zařízení na stropě, připomínající háky na maso.
  - Odlišit barvu stěn od barvy stropu – sledováním jednotvárné bílé barvy dojde brzy k dezorientaci.
  - Této dezorientaci lze zabránit i tak, že na „hrazdičku“ nad klientovou hlavou upevníme jeho roztažený deštník – kryje bílý strop a vytváří pocit bezpečí.
  - Do zorného pole klienta umístit např. hodiny – mnoho klientů po probuzení z kómatu sdělilo, že to byl pro ně důležitý orientační bod. Je možné tam umístit i velký obraz z klientova kalendáře, květinu, mapu, plyšovou hračku – jakoukoli známou věc, která klientovi pomůže zorientovat se.
  - Fotografie blízkých přemísťovat tak, aby na ně klient viděl. Slovně komentovat. U klienta, který byl zvyklý pracovat s notebookem, lze fotografie ukazovat na něm.
  - Friedlová (2005d) dala jedné mladé dívce, ležící v kómatu na traumatologii v německé nemocnici do zorného pole plán U-Bahn a dívka jí později sdělila, že jí přinesl mnoho radosti, že po něm denně „cestovala“ očima. Plán městské hromadné dopravy lze s úspěchem umístit do zorného pole řady klientů.
  - Na JIP v Městské nemocnici Ostrava zavěsily sestry do zorného pole klienta i např. plechovky od piva a krabičky od cigaret – vycházet z biografické anamnézy.
  - Listovat v klientově oblíbené knize, časopise, u dětí v obrázkové knížce.
  - Na dětském odd. si zdravotní sestry nechaly ušít různě barevná trička s obrázkem krtečka - i toto je pro děti optická stimulace a pomáhá jim zorientovat se v prostředí. Vzhled prostředí má vliv na klienty i na personál.
- **Taktilně-haptická stimulace** – výběr stimulů je individuální (viz str. 46 a příloha kap. 8). Pro každého člověka je zásadním stimulem něco jiného. Friedlová (2005d) popsala příklad, kdy si klient v kómatu automaticky přiložil mobilní telefon k uchu nebo dýmku

- k ústům, ruce klienta lze položit na PC klávesnici a myš, do ruky klienta, který hrával tenis, lze vložit tenisový míček - umožnit rukám vnímat co nejvíce různých materiálů.
- **Olfaktorická stimulace** – vůni klientovi zprostředkujeme používáním jeho osobního parfému a deodorantu, oblečení, vypraného v jeho aviváži, vůní oblečení jeho partnerky či matky apod.
    - Na nástavbovém kurzu BS Friedlová uvedla zajímavý nápad. Do velké injekční stříkačky lze nasát prakticky jakoukoli vůni, která může klientovi přinést stimuly. Stříkačku je nutné ihned vzduchotěsně uzavřít. Tuto vůni pak stříkačkou dopravíme pod klientův nos. Friedlová líčila, že u dívky, která jezdila na koních, takto došlo k zprostředkování vůně maštale, u automechanika vůně motorových olejů. Lze nasát například i vůni pomeranče.
  - **Orální stimulace** není synonymem pro péči o dutinu ústní ani pro nácvik polykání, je však vhodné tyto metody kombinovat. Důležitá je poloha při jídle. Popis orální stimulace – viz str. 24 a kapitola 8 přílohy.
    - Friedlová popisuje tzv. **cucací váčky**. Používají se pro klienty, kteří nemohou přijímat potravu ústy a dostávají výživu parenterálně či sondou. Tito klienti trpí nedostatkem stimulů v oblasti úst, nedostatečnou tvorbou slin aj. Cucací váčky jim poskytují příjemné chuťové vjemy a setkávají se s velmi pozitivní reakcí. Jedná se o gázový čtvereček (nebo i bavlněný kapesník), do kterého vložíme malý kousek poživatiny, zavážeme a namočíme do minerální vody a vložíme do strany dutiny ústní klienta. Konec gázy necháme viset ven z úst, aby klient váček nespokl. Při výběru poživatiny musíme zohlednit autobiografickou anamnézu klienta. Do váčku můžeme vložit (dle vlastní zkušenosti z nástavbového kurzu BS, 25.9.2005) kousek *mandarinky, čokolády, ananasu, meruňky*, kuličku *hroznového vína, želé bonbón, karamelu* nebo například i *bramborový chips* (ten poskytuje intenzivní slanou chuť). Cucací váček je možné místo minerálky namočit v *džusu, coca-cole, víně, pivu* apod.
    - Dle Friedlové (2005a) stimulující chuťová média v kombinaci s chladem stimulují motilitu jazyka. K tomuto účelu se osvědčily např. zmrazené kousky ananasu.
  - Friedlová (2005c) popsala, jak může matka **stimulovat všechny tři základní smysly** dítěte (v kómatu) zároveň: lehne si za záda dítěte, tělem kopíruje tvar jeho těla (somatická stimulace), dlaně dá na jeho hrud' a stimuluje jeho dýchání nebo mu dává pocítit vibrace svého hlasu, svým tělesným teplem přispívá k uvolňování spasticity dítěte.



## 2.9 Klienti s demencí

Opět je důležité vycházet z biografické anamnézy klienta a používat reálné stimuly.

- **Auditivní stimulace** – poslech oblíbených pořadů v rádiu, poslech oblíbené hudby, hlasu příbuzných, zvuků ze známého prostředí – i zvuků zvířat (nahraných na magnetofonu).
- **Optická stimulace** – pokud klient nosí brýle, nezapomenout mu je nasadit. Orientaci v prostředí zlepšit umístěním známého obrazu nebo předmětu na dveře pokoje klienta (tzv. *vizuální most*); každé patro v domově důchodců by se mělo něčím odlišovat – např. v jednom patře může být velká pokojová rostlina, v druhém klec s papouškem atd. Klient lépe pozná své lůžko, když má lůžkoviny ve vlastním povlečení. Vizuelním mostem je i klientovo vlastní pyžamo, složené na polštáři. U výběru obrazů k optické stimulaci musíme být pozorní – podívat se na obraz ze zorného úhlu klienta, raději nepoužívat abstraktní malby – mohou vyvolávat i negativní asociace, v černých drobnokresbách mohou klienti s poruchou zraku např. vidět pavouky či hmyz.
- **Olfaktorickou stimulací** lze zprostředkovat i příjemné zážitky – vůně perníkového koření navozuje vzpomínku na Vánoce, vůně kávy může vyvolat vzpomínku na příjemné prožitky.
- **Taktilně-haptická stimulace** – výběr stimulů je individuální. Někteří lidé mohou v ruce rádi držet růženec, některé ženy se rády probírají svou krabicí se šicími potřebami apod.

## 2.10 Klienti po CMP

Dle Friedlové (2005d) provádíme na plegické končetině klienta po CMP prvních několik dnů nejdříve zklidňující masáž („koupel“), poté již můžeme využít tzv. *neurofyziologickou koupel*, která je určena speciálně pro klienty s hemiplegií (viz str. 19 a Kap. 1.3 přílohy). Ostatní prvky BS využíváme dle jednotlivých problémových oblastí klienta, důležitá může být např. orální stimulace.

## 2.11 Klienti se spasticitou

U těchto klientů používáme polohování („hnízdo“), *diametrální koupel* (str. 19 a kap. 3 přílohy) a zklidňující koupel (koupele lze aplikovat i jen na jednu končetinu a nasucho, s použitím krému, luffové žínky apod.), vestibulární stimulaci na velkých míčích a válcích aj.

- Když je spasticita velmi silná a diametrální koupel k uvolnění nepomáhá, můžeme klientovi dát na hrud' složený ručník (cítí se tak bezpečněji), provést zklidňující masáž oběma dlaněmi (směrem dolů, od ramene po ruku) a až poté zopakovat diametrální koupel

(Friedlová 2005d). Ke stimulaci končetin klienta lze využít nejrůznější materiály – misky s luštěninami, různé textilie, míčky apod.

## **2.12 Klienti s autostimulativním či autoagresivním chováním**

Toto chování se vyskytuje nejčastěji u klientů s mentálním postižením těžkého a hlubokého stupně. Dle konceptu BS potřebuje člověk primární stimuly ze svého těla (viz str. 6-7). Pokud se mu jich nedostává přirozeným způsobem, snaží si je vytvořit sám, a to autostimulativním až autoagresivním chováním – např. kývavé pohyby, údery hlavou do stolu, škrábání, kousání sebe sama. V konceptu BS umožňujeme klientovi získat stimuly z vlastního těla jiným způsobem, a to především polohováním („hnízdo“, „mumie“), „koupelemi“, vestibulární či vibrační stimulací.

## **3. Pomůcky pro aplikaci konceptu bazální stimulace v ergoterapii**

Práce s konceptem bazální stimulace nevyžaduje žádné speciální pomůcky, terapeutovi postačí jeho ruce a zcela běžné věci – lůžkoviny, předměty denní potřeby klienta apod.

Avšak vzhledem k tomu, že je koncept otevřený pro kreativitu, terapeut může využít i mnoho nejrůznějších pomůcek, ať již vyráběných přímo pro bazální stimulaci nebo k jiným účelům. Zkušený terapeut si navíc může pomůcky vyrobit sám, často jde o zcela jednoduché předměty. Se zapojením představivosti rovněž nalezne mnoho věcí a materiálů ve svém okolí.

V této poslední kapitole jsou navrženy pomůcky a materiály, kterými by ergoterapeut mohl být vybaven. Čerpala jsem především z vlastní inspirace, z informací z kurzů BS (Friedlová 2005c,d) a z internetových stránek různých firem. Některé méně obvyklé pomůcky jsou v Příloze 1 doplněny fotografií.

### **3.1 Somatická stimulace**

- Perličkové polohovací pomůcky, vyráběné firmou CSO Ostrava (speciálně pro BS)
- Deky (lze je srolovat a použít pro polohování), polštáře, ručníky
- Tělové mléko, krém, aromatické oleje, pěna na holení, olejový gel apod. pro masáže („koupele“) bez použití vody
- Chňapky, na jejichž spodní straně jsou našity různé typy textilií – pytlovina, vatelín, kožešina, hedvábí apod. pro stimulaci během „koupelí“ bez použití vody
- Froté ponožky či žínky (pro provádění „koupelí“ bez použití vody)

- Novinové papíry, kterými lze dítě přikrýt (též somatická stimulace). Přikrytí celého těla novinami přináší nový vjem, pocit tepla a bezpečí.
- Pěnové PVC – tím lze také přikrýt celé tělo dítěte (ovšem pod dohledem); lze po něm též chodit i lézt po čtyřech. Přináší zvukový i hmatový vjem.

### 3.2 Vibrační stimulace

- Tibetské mísy (*tibetan singing bowls*). Slouží též k auditivní stimulaci. (*Obr. 21*)
- Masážní had (*Obr. 20*)
- Malá vibrující zvířátka (*Obr. 18+19*)
- Vibrační opěrka do auta (na ni si lze sednout, stoupnout atd.)
- Vibrační polštáře
- Elektrické masážní přístroje klasické
- Nafukovací balónky – když člověk mluví se rty v těsné blízkosti balónku, cítí vibrace
- Hudební nástroje – kytara, buben, xylofon

### 3.3 Vestibulární stimulace

- Gymnastické míče a válce
- Podložka, naplněná vzduchem – i nafukovací matrace – klient na ní stojí či sedí a snaží se udržet rovnováhu
- *Wingbo* – pro děti od 1 měs. do 6 let věku, podporuje motorický rozvoj dítěte, správné držení těla, rovnováhu a koordinaci. V prodeji i na českém trhu. (*Obr. 26*)
- Různé typy balančních podložek (*Obr. 23+27*)
- Houpačky (*Obr. 24+25*)
- Houpací sítě a závěsy (*Obr. 22*)
- Houpací kůň
- Pružná matrace či trampolína

### 3.4 Auditivní stimulace

- Hudební nástroje – nejlépe ty, které zároveň působí i vibracemi
- Místo bubnu lze použít velký hrnec, prázdný kovový sud nebo plechovku
- *Acoustic box* – akustická „krabice“, ve které je reprodukována hudba. Klient na „krabici“ stojí a cítí vibrace skrze svá chodidla. (*Obr. 28*)
- *Boomwhackers* – trubice, které při pohybu vydávají zvláštní zvuky (hvízdání, hukot) (*Obr. 30*)
- *Wave drum* – přesypáním drobných korálek vytváří zvuk, podobný šumění moře (*Obr. 31*)
- Kazety, na kterých jsou nahrány různé zvuky

- Zvonící kruh – kousek ohebné hadice se naplní korálky, spojí do kruhu a omotá barevnou fólií. Slouží hlavně dětem. (Převzato z Hintausová 1999)

### 3.5 Olfaktorická stimulace

- Velká injekční stříkačka se vzduchotěsným uzávěrem pro nasátí různých vůní (dle biografické anamnézy klienta)
- Vonné oleje

### 3.6 Optická stimulace

- Barevné hračky a světélkující předměty (pro děti) (Obr. 32 – 35)
- Zrcadlo (Obr. 34)
- *RollyPolly drum* – otočný válec, pracující na principu lomu světla (Obr. 37+38)
- *Bubble tube* – trubice s barevným podsvětlením, ve které proudí bubliny – především jako vybavení *snoezelen* místnosti (Obr. 40)
- Optická světelná vlákna (*fibre optics*) (Obr. 36+39)
- Obrázky reálných předmětů – ovoce, nástroje, zvířata atd.
- Deštník – lze umístit nad hlavu pacienta na JIP a na deštník lze umístit např. fotografie příbuzných

### 3.7 Orální stimulace

- Mulové (gázové) čtverečky pro výrobu tzv. *cucacích váčků* (str.42)
- Vatové štětičky pro orální stimulaci (Existují i štětičky, vyráběné speciálně pro bazální stimulaci – místo vaty mají kousek molitanu a nasají tak více tekutiny. V ČR se zatím nevyrábí.)

### 3.8 Taktile-haptická stimulace

- Mělké nádoby, naplněné např. čočkou, hráchem, cizrnou, kukuřicí, slunečnicovým semínkem, těstovinami, rýží, lněným semínkem, mákem, pšesem, pšenicí, oblázky, pískem, korálky, knoflíky atd. Lze využít ke stimulaci rukou a nohou i k nácvičku jemné motoriky.
- Fén – stimulace např. nohy teplým vzduchem z fénu
- Plastové slámky – jemná stimulace foukáním studeného vzduchu na pokožku nohy ap.
- Prachovka (tzv. oprašováček)– stimulace jemnou strukturou vláken nebo peří (Obr. 45)
- Různé typy štětců, štětka na holení
- Masážní ježci, válečky apod.
- Masážní plastové polokoule – lze je naskládat na podlahu v urč. odstupech a použít jako překážkovou dráhu pro nácviček rovnováhy a koordinace při chůzi (Obr. 44)
- Textilní materiály, papíry s různou texturou

- Nafukovací balóčky, naplněné kukuřičným škrobem a pevně převázané – slouží k procvičování úchopu a sval. síly ruky (převzato z Hintausová 1999)
- Vrstva písku, rozprostřená na starém pekáči - klient do písku může kreslit
- Pěna na holení, rozprostřená po plochem zrcadle, je dalším možným povrchem ke kreslení

## Diskuze

O bazální stimulaci jsem se zajímala již delší dobu, a tak jsem s radostí přivítala, že bylo pro bakalářské práce vysáno téma konceptu bazální stimulace a jeho využití v ergoterapii. Měla jsem tak možnost zpracovat téma, o které jsem měla velký zájem. Posléze se ukázalo, že na tvrzeních, že by si student neměl vybírat téma, ke kterému má *příliš* vřelý vztah („*Kill your darlings*“ - Josephson, 2001), je něco pravdy. Nicméně toho nelituji.

K napsání této práce jsem považovala za nutné absolvovat oba kurzy bazální stimulace. Díky tomu jsem mohla do práce zahrnout vlastní zkušenosti a praktické poznatky z kurzů.

Literaturu k tématu jsem průběžně vyhledávala celý rok a překvapilo mě, jak málo literatury k tématu bazální stimulace v ergoterapii jsem našla. Jedním z důvodů by mohl být fakt, že v anglosaských zemích je koncept BS prakticky neznámý. V těchto zemích se pracuje především se Senzorickou integrací (SI) J. Ayres. Myslím, že Senzorická integrace a bazální stimulace mají mnoho společného a v řadě ohledů se překrývají.

Během psaní práce jsem dospěla k názoru, že celá řada prvků bazální stimulace je již v ergoterapii používána, jen pod jinými názvy. Mám na mysli konkrétně prvky taktilně-haptické stimulace, orální stimulace, „koupel“ končetiny, vestibulární stimulace atd.

Většina literatury k tématu byla určena pro zdravotní sestry. Myslím si, že do ošetrovatelství koncept BS přináší mnohonásobně větší převrat než do ergoterapie. Pokusím se to zde vysvětlit. Tradičně pojímané ošetrovatelství je především péčí o člověka a koncept BS tam přináší nový úhel pohledu, respekt k autonomii klienta, podporování jeho samostatnosti. Například když sestra provádí osobní hygienu u klienta, namísto běžného mytí mu umožní slyšet šplouchání vody, cítit vůni jeho mýdla, umývá klienta systematickým postupem, který může být povzbuzující, uklidňující, může tak uvolňovat spasticitu. Zkrátka ošetrovatelství díky konceptu BS získává nový rozměr a sestra získává mnohem větší podíl na terapii klienta – nejen na péči o něho.

Naproti tomu filosofie ergoterapie se s konceptem bazální stimulace v mnohém shoduje. Podpora klienta k maximální soběstačnosti, víra v jeho schopnosti a respekt k jeho individualitě je společným základem. Přesto jsem přesvědčena, že koncept BS přináší i do ergoterapie nové prvky a je pro ni obohacím.

Myslím, že omezením využití konceptu BS v ergoterapii je fakt, že mnoho prvků BS je založeno na přímém tělesném kontaktu s klientem. Toto limituje používání BS hlavně pro klienty s velmi těžkým typem postižením (hluboká mentální retardace, kóma aj.). U dospělých klientů s lehčím typem postižení si nedovedu používání některých *základních* prvků BS vůbec představit (např. celkovou tělesnou koupel), protože jsem se dosud nesetkala s tím, aby ergoterapeut prováděl u klientů ranní hygienu, koupání atd. Myslím, že je pro klienty přirozenější, když tyto prvky používá zdravotní sestra. Ovšem jiné prvky mohou s úspěchem využívat nejrůznější profese – např. polohování a všechny tzv. *nástavbové* prvky bazální stimulace. Ergoterapeut také může o používání BS instruovat rodinné příslušníky, kteří obvykle rádi uvítají možnost sami se podílet na terapii jejich blízkého.

Domnívám se, že pokus zpracovat celý koncept bazální stimulace v jedné bakalářské práci způsobil velkou šíři práce a zanechal v ní řadu oblastí, které by zasloužily větší pozornost. Je tak ponecháno mnoho dalších možností, jak mohou studenti ergoterapie využití konceptu BS zpracovat.

**Doporučení:** Tématem jiné bakalářské práce by mohlo být porovnání přístupu Senzorické integrace a konceptu BS. Také je možnost zaměřit se na využití BS u jedné konkrétní skupiny klientů (např. klienti s demencí) nebo zaměřit celou práci na jeden prvek BS, např. orální stimulaci. Také by mohla být napsána práce o *snoezelen*. K tématu *snoezelen* (multisensory environments, multisensory therapy) existuje velké množství anglicky psaných materiálů.

## **Závěr**

Jsem přesvědčena, že koncept bazální stimulace může do práce ergoterapeuta přinést nové prvky a inspiraci, přestože se řada prvků shoduje s těmi, které jsou již v ergoterapii používány. Koncept bazální stimulace není v žádném případě metoda, která by sama o sobě přinášela uzdravení, ale je to doplněk, který se při správné aplikaci stane obohacím práce a přínosem pro klienta i terapeuta.

## SEZNAM LITERATURY

- 1) BUCHHOLZ, T. a kol. [1998]. *I was a cannula – Methods of habituation prophylaxis*. [online] Originál publikován v německé jazyce v „Die Schwester, der Pfleger“ 6/98. [cit. 2005-08-29]. Dostupné z <[http://www.basale-stimulation.de/seiten/engl\\_01.doc](http://www.basale-stimulation.de/seiten/engl_01.doc) >
- 2) CHAN,S.,THOMPSON,D., CHAU,J. [2004?]. *Effects of multisensory therapy on behaviour of adult clients with developmental disabilities* [online] [cit.2004-12-08]. Dostupné z: <<http://www.joannabriggs.edu.au/protocols/sensorytherapy.pdf>>
- 3) CSO OSTRAVA (2005). *Výrobní a prodejní program: prospekty, ceníky, webové stránky*. [CD-ROM] Vydáno 1.4.2005. Dostupné též na <<http://www.csoostrava.cz>>
- 4) DAMAG, A. [2004] *Basic stimulation – History of a concept*. [online] [cit. 2005-09-20]. Dostupné z <[http://www.basale-stimulation.de/seiten/ENGL\\_04.doc](http://www.basale-stimulation.de/seiten/ENGL_04.doc)>
- 5) FRIEDLOVÁ, K. [2005a]. *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2005. 26 s.
- 6) FRIEDLOVÁ, K. [2005b]. *Současná situace*. [online] 2005. [cit. 2005-09-28] Dostupné z <<http://www.bazalni-stimulace.cz/soucasnost.php>>
- 7) FRIEDLOVÁ, K. [2005c]. *Základní kurz bazální stimulace*. (ÚSP Buchlovská, Velehrad, 2.-4. února, 2005). Poznámky z kurzu.
- 8) FRIEDLOVÁ, K. [2005d]. *Nástavbový kurz bazální stimulace*. (UTPO LF Olomouc, 24. – 25. září, 2005). Poznámky z kurzu.
- 9) FRIEDLOVÁ, K. [2004].*Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2004.
- 10) FRIEDLOVÁ, K. [2003a]. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*, vol. XIII, 2003, č.1, s. 15-17
- 11) FRIEDLOVÁ, K. [2003b]. *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP* [online] In: Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén. s. 313-316. [cit.2004-12-09]. Dostupné z: [http://www.bazalni-stimulace.cz/cl\\_bs\\_aro.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_aro.php)
- 12) HINTAUSOVÁ, M., HINTAUS, L. [1999]. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí se zdravotním postižením*. Praha: IPPP.
- 13) D'HOKER, Valerie. [2002]. *Basal stimulation in the care*. [materiál pro studenty kurzu ICHCI, Belgie, 6.září 2005] Vyd. září 2002.
- 14) HOPE, K.W. [1998]. The effect of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998, 5, s. 377-385
- 15) KELLER, G. [2001]. *Body Centered Art Activity - Development of Lexithymic Body Awareness in Occupational Therapy and Professional Training*. [online] [cit. 2005-10-

- 26] The Canadian Art Therapy Association Journal, ISSN 0832-2473 (CATAJ), Vol. 14, No. 2, s. 29-43. Přeložil Georg Keller, Daniela Keller a Veronica Hofmann (M.A./Vermont Coll.) z článku v německém jazyce a pův. publikovaném v *Praxis Ergotherapie*. Dostupné z: <<http://www.ergokreativ.onlinehome.de/publikat.htm>>
- 16) MAHONEY F., BARTHEL D. (1965) *Functional evaluation: the Barthel Index*. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Použito se svolením. [online] [cit. 2004-12-20]. Dostupné přes <[www.strokecenter.org](http://www.strokecenter.org)>
- 17) NYDAHL, P. [2001] *Basic stimulation in nursing care*. [online] [cit. 2005-09-28] Dostupné z <<http://www.basale-stimulation.de/seiten/DE01.HTM>>
- 18) ŠVARCOVÁ, I. [2000]. *Mentální retardace*. Praha: Portál. 1.vyd. 184 s.
- 19) VÍTKOVÁ, M. [2001(a)]. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdr. postižením II – Metoda bazální stimulace. Praha: IPPP.
- 20) VÍTKOVÁ, M. [2001(b)]. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. J. Pipeková (ed.). Brno: Paido. 126 s. Kapitola 3.2, Metoda bazální stimulace pro jedince s těžším mentálním postižením a s více vadami (podle A. Fröhlicha), s. 74-80.

#### **INTERNET:**

- 1) <http://www.bazalni-stimulace.cz>
- 2) <http://www.basale-stimulation.de>
- 3) <http://www.basale.at>
- 4) <http://www.roinpa.com>

#### **KURZY:**

- 1) Základní kurz Bazální stimulace, ÚSP Buchlovská, Velehrad, 2. - 4. 2. 2005, lektor: Mgr. Karolína Friedlová
- 2) Nástavbový kurz Bazální stimulace, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, LF Olomouc, 24. – 25. 9. 2005, lektor: Mgr. Karolína Friedlová



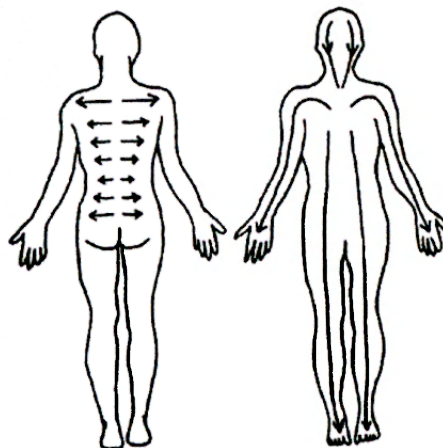
# PŘÍLOHA 1 – Praktické postupy, pomůcky

Do této přílohy jsem umístila popisy praktického provedení vybraných prvků bazální stimulace. Také jsou zde obrázky a ilustrace. Více informací o každém prvku je v teoretické i praktické části práce.

## 1. Somatická stimulace

### 1.1 Celková koupel zklidňující

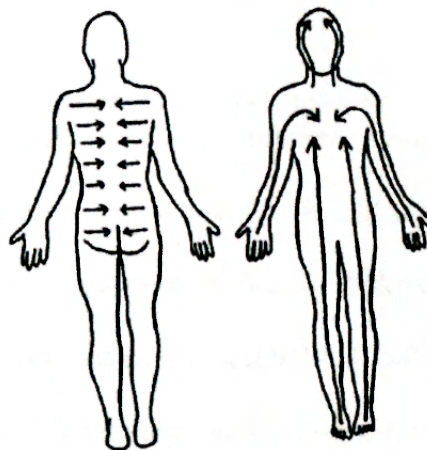
Koupel (po informování klienta) začínáme na hrudníku a pokračujeme na končetiny. **Myjeme ve směru růstu chlupů.** Používáme obě ruce současně a dodržujeme symetrii. Postupujeme od hrudníku přes paže k jednotlivým prstům, potom modulujeme dolní končetiny od kyčelních kloubů až na nohy a prsty. Záda myjeme v poloze na boku, směrem od páteře k zevní straně trupu. Osušujeme opět ve směru chlupů. Klienta poté přikryjeme a umožníme mu relaxovat.



obrázek 3 - Celková koupel zklidňující (Friedlová 2004, s.15)

### 1.2 Celková koupel osvěžující

Teplota použité vody je 28°- 23°C. **Myjeme proti směru růstu chlupů.** Začínáme na končetinách a postupujeme směrem k hrudníku, tedy od prstů rukou, přes paže a hrudník, a od prstů na nohou přes nohy k pánvi atd. Osušujeme proti směru růstu chlupů a s velkým tlakem. Osvěžující koupel může zvýšit hodnotu systolického tlaku o 10-20 mmHg, proto je nutná opatrnost.

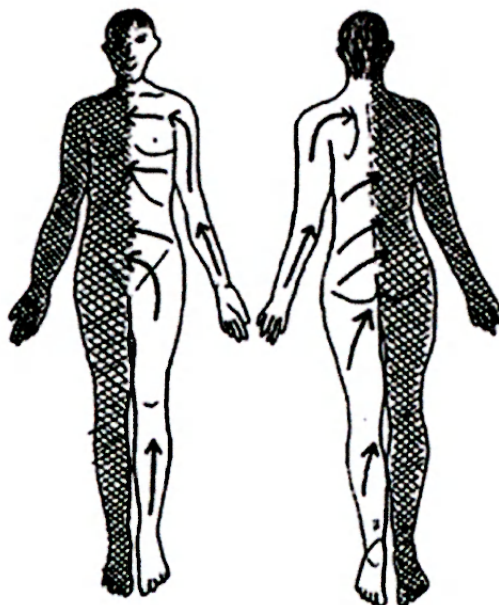


obrázek 4- Celková koupel osvěžující (Friedlová 2004, s.15)

### 1.3 Neurofyziologická koupel

Terapeut stojí na plegické straně těla, na plegickou ruku klienta navlékne žínku a asistovaným mytím umyje obličej ve směru **od zdravé strany k plegické.** Pak umývá zdravou HK lehkým tlakem a pokračuje směrem na hrudník. Ve středu hrudníku zvýší tlak a pokračuje ve směru plegické strany. Také nohy umývá směrem od zdravé strany k postižené, záda taktéž, ve směru od ramene k sakrální oblasti. Osušuje opět ve směru od zdravé strany těla k postižené,

pomalou, přiměřeným tlakem. Během celé koupele dbá na to, aby klient používal optickou kontrolu jednotlivých částí těla.



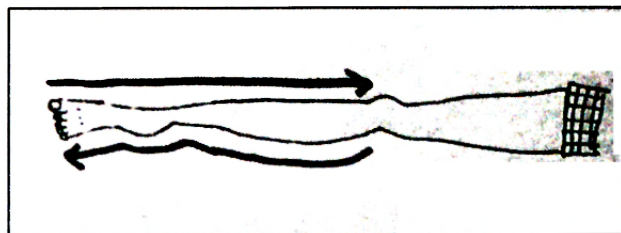
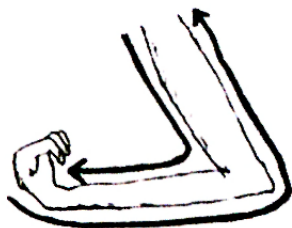
obrázek 5 - Neurofyziologická koupel (Friedlová 2004,s.17)

#### 1.4 Diametrální koupel

Popíši zde postup diametrální koupele u klienta s flekční spasticitou (u extenční spasticity je postup přesně opačný). Vycházím z informací Friedlové (2005d).

- Zajistíme teplé a klidné prostředí. Je důležitá i teplota rukou terapeuta (nebo vody), protože chlad podporuje spasticitu. U neklidných klientů je možné předem použít zklidňující koupel.
- Hrudník klienta je vhodné chránit složeným ručníkem, protože tak se klient bude cítit více relaxován a spasticita se snadněji uvolní.
- Pracujeme oběma rukama současně a symetricky. Na ruku terapeuta mohou být žínky či froté ponožky.
- Pracujeme vždy s jedním kloubem (např. u spastického postavení loketního kloubu začneme koupel od ramene a skončíme u zápěstí).
- Jednou rukou tedy začneme u ramenního kloubu klienta a obtahujeme svalstvo flexorů na vnitřní straně HK distálním směrem (k zápěstí). Druhou rukou současně začneme u zápěstí a obtahujeme svalstvo extenzorů na dorzální straně HK proximálním směrem – k ramennímu kloubu. Postupujeme symetricky tak, aby se obě ruce setkaly ve středu pohybu – t.j v tomto případě na loketním kloubu klienta a pokračujeme dál.
- Na konci hmatu postupujeme tak, abychom neztratili kontakt s končetinou klienta.
- U spasticity flexorů zápěstí postupujeme obdobně, tedy od distální části předloktí přes hřbet ruky včetně prstů.
- U flekční spasticity prstů ruky začínáme od malíčku klienta, vnitřní stranu prstu obtahujeme distálním směrem a vnější současně směrem proximálním, vždy po celé délce prstu.
- Pokud je spasticita ruky (zvláště prstů) velmi silná, zkusíme pevně sevřít pěst klienta oběma dlaněmi a povolit – na základě postizometrické relaxace.

- Poté, co uvolníme spasticitu ruky, vložíme do ní např. plechovku od nápoje či pevně svinuté obinadlo – nikoli však měkký předmět (molitan aj.).



obrázek 6- Diametrální koupel – spasticita extenzorů

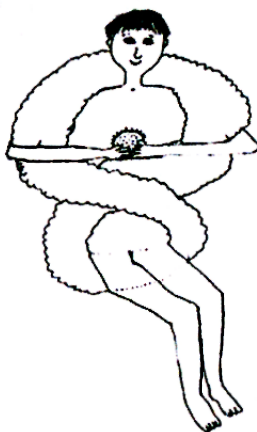
obrázek 7 - Diametrální koupel – spasticita flexorů HK

U spasticity extenzorů (která se vyskytuje častěji na dolních končetinách) postupujeme opačným způsobem – po ventrální straně obtahujeme DK ve směru proximálním (např. od prstů nohy po dorzu nohy ke koleni) a současně po dorzální straně DK obtahujeme svaly v protisměru, tedy distálně (od podkolenní jamky po plosku nohy a prsty).

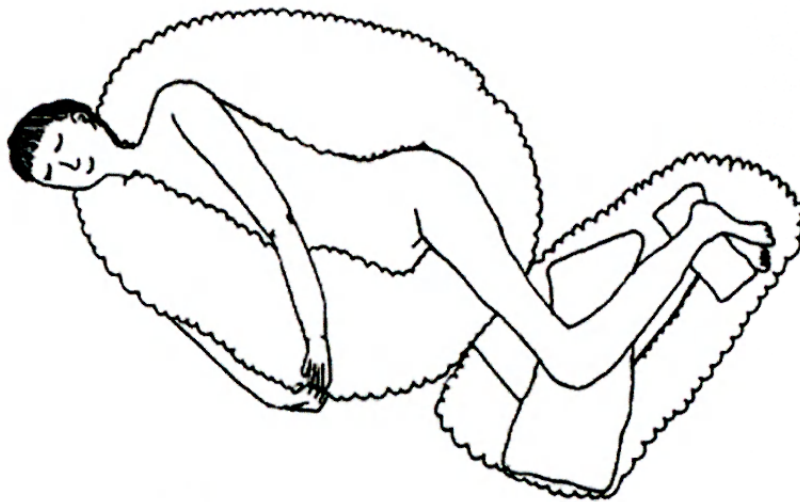
Friedlová (2005a) uvádí, že pokud klient trpí spasticitou trupového svalstva a jeho trup je v trvalé flexi, lze použít diametrální koupel hrudníku. Terapeut postupuje opět současně oběma rukama v protisměru. Záda umývá se stejným tlakem shora dolů a břicho a hrudník ve směru opačném.

## 1.5 Polohování – „hnízdo“

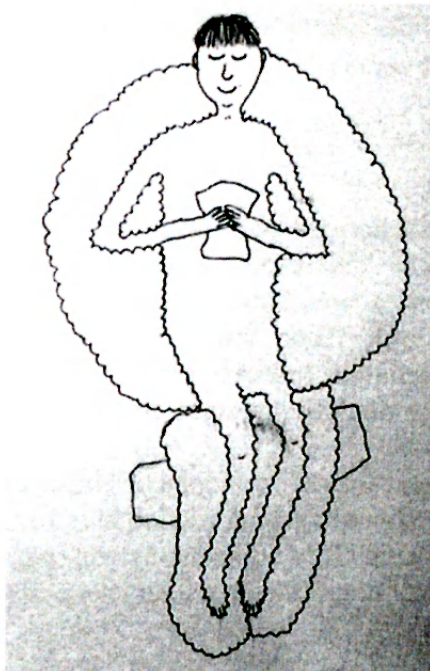
Pomůckami jsou polštáře, povlečené deky, popř. perličkové polohovací polštáře. Polohovat můžeme v pozici vleže na zádech, vleže na boku, v poloze 135° či vleže na břiše. Dvě deky srolujeme do pevné role, ohraničíme jimi klientovo tělo, klienta přikryjeme. Pomocí polštářů musíme zajistit, aby se klient mohl skutečně uvolnit, aby na žádném místě nemusel udržovat svalové napětí proti gravitaci (proto nesmíme zapomenout důkladně vypodložit bederní lordózu, prostor pod kolena, jsou-li ve flexi, ...). Nakonec klienta vždy přikryjeme.



obrázek 8 - Poloha hnízdo v sedu



obrázek 9 - Poloha hnízdo na boku



obrázek 10 - Poloha hnízdo na zádech 1



obrázek 11- Poloha hnízdo na zádech 2

## 1.6 Polohování „mumie“

Pomůckami jsou srolované deky nebo perličkové polštáře a prostěradlo. Friedlová (2004) popisuje postup takto: nejdříve klienta informujeme o zamýšlené intervenci (je vhodné poskytnout mu nejprve celkovou zklidňující koupel). Podložíme hlavu polštářem, klientovo tělo v poloze na zádech obložíme srolovanými ručníky, dekami nebo polohovacími polštáři. Horní končetiny umístíme na hrudník a klienta zavineme do prostěradla. Ponecháme klientovi možnost, aby se z této pozice mohl sám vymanit, neustále jej sledujeme a nenecháváme jej v poloze mumie déle než 20 minut.

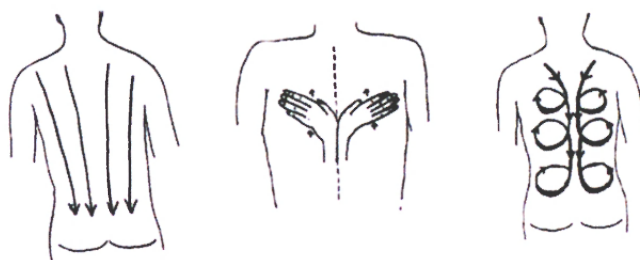


obrázek 12 - Poloha mumie (CSO Ostrava 2005)

## 1.7 Masáž stimulující dýchání (MSD)

**Postup:** Klienta uvedeme do polohy vsedě (co nejpohodlnější pozice, opora o horní končetiny) nebo vleže na břiše, na boku nebo v poloze 135°. MSD lze provádět i ve stoje. Na své ruce naneseeme tělové mléko či olej, zahřejeme v dlaních a ruce přiložíme na šíji klienta. Pak pomalu a s tlakem spouštíme ruce podél páteře dolů, až k sakrální oblasti, zopakujeme třikrát a poté v rytmu našeho dýchání kontinuálním spirálovitým pohybem stimulujeme horní, střední i dolní plicní segment. Během masáže nepřerušujeme kontakt rukou s klientovými zády.

Rytmus dýchání je během MSD uveden do frekvencí dechu ošetřujícího. Pokud klient během MSD kašle, aplikujeme vibrační pohyby k podpoře vykašlání sekretu z dýchacích cest. Friedlová (2004, s.22) doporučuje, aby se technika MSD neučila pouze z literatury, způsobů provedení je více a je opravdu vhodnější naučit se MSD pod vedením odborníka.



obrázek 13 - Postup MSD (obr. vlevo a vpravo Friedlová 2004,s.23)

## 1.8 Pomůcky pro somatickou stimulaci

Zde uvedu fotografie některých perličkových polohovacích pomůcek. Obrázek 15 a 16 ukazuje jejich využití v praxi. Popis pomůcek pro somatickou stimulaci je v kap. 3 praktické části.



obrázek 14 - Perličkové vaky ([www.specialtylinens.com](http://www.specialtylinens.com))



obrázek 15 - Poloha na zádech s profylaxí spasticity DKK (CSO Ostrava 2005)



obrázek 16 - Poloha na boku fixační, zklidňující (CSO Ostrava 2005)



obrázek 17- Slunečnice ([www.zdravotni.cz](http://www.zdravotni.cz))

## 2. Vibrační stimulace

K vibrační stimulaci můžeme použít:

- **vlastní hlas** (položíme ruce klienta na jeho hrudní koš, když mluví – díky vibračním hlasu pocítí své ruce)
- **ruce** (vibrujeme oběma rukama na těle klienta, zvláště na oblasti hrudníku to podporuje dýchání)
- **ladičku**
- **elektrické přístroje** (různé elektrické masážní přístroje nebo např. pomůcku zvanou *masážní had*. Přístroj lze položit na záda nebo na něj položit obě ruce a tak lépe vnímat celé HKK; malá *vibrující zvířátka* – hlavně pro děti. Friedlová uvádí možnost použití elektrického holicího strojku či zubního kartáčku, tyto předměty lze vkládat klientovi do ruky. Nevýhoda: frekvence vibrací je neměnná)
- **hudební nástroje** (m.j. *tibetské mísy* – viz obr. 21. Dle vlastní zkušenosti je při rozeznění mísy vibrace cítit až 1 cm od povrchu mísy). Klient může též položit svou hlavu k reproduktoru, v němž hraje hudba s hlubokými tóny (bubny, japonská skupina Kodô ap.)
- **nafukovací balónek** – když mluvíme se rty v těsné blízkosti balónku, cítíme vibrace

Friedlová (2004) uvádí, že při použití vibračních stimulace je důležité:

- u ležících klientů nechat elektrický přístroj *nejdříve vibrovat do matrace*, sledovat reakce;
- klient by měl ležet v poloze na zádech, aby měl dostatečně velkou plochu k vnímání vibrací
- pracovat podél skeletu
- postupovat z proximálního směru k distálnímu
- klienta intenzivně sledovat

Místa aplikace vibračních stimulací pomocí elektrického přístroje (podle Friedlové, 2004):

- *pata* (při přiložení vibračního přístroje na patu klient cítí celou svou DK)
- různé lokality *stehenní kosti*
- *kolenní kloub z boku* (ne česka)
- *lopaty pánevní kosti zpředu* (pomáhá i trénovat svalstvo dna pánevního)
- *předloktí, paže* aj.

Vibrace na trupu aplikujeme raději vlastníma rukama, na sternu a hlavě postupujeme s velkou opatrností.

### 2.1 Pomůcky pro vibrační stimulaci

Zde uvádím jen některé fotografie. Popis dalších pomůcek je v třetí kapitole praktické části.



obrázek 18 - Malá vibrující zvířátka ([www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace](http://www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace))



obrázek 19 - *Big-bug*- pro vibrační masáž ([www.boysstuff.co.uk](http://www.boysstuff.co.uk))



obrázek 20 - Masážní had – vibrační stimulace ([www.tfhuk.com](http://www.tfhuk.com))



obrázek 21 - Tibetské zpívající mísy ([www.buckeyehollow.com/music](http://www.buckeyehollow.com/music))

### 3. Vestibulární stimulace

Mezi možnosti vestibulární stimulace podle konceptu BS patří podle Friedlové (2005c) následující prvky:

- **polohování** obecně, pozice v sedě v lůžku, v sedě v křesle apod.
- **pomalé pohyby polštářem**, na němž spočívá hlava klienta - pohyby doprava, doleva; uprostřed (v ose pohybu) vždy na chvíli zastavit; potom velmi mírné pohyby nahoru a dolů.
- **pohyb tzv. ovesného klasu** – klient sedí na lůžku, terapeut klečí za ním, ruce má položeny na sternu klienta a provádí pomalé osmičkové pohyby směrem dopředu, dozadu a do stran, ve středu pohybu se vždy na chvíli zastaví. Tomuto prvku je velmi podobný placing trupu podle Bobath konceptu.
- Před každou změnou polohy těla uvést hlavu do směru příští polohy těla
- Změnit polohu těla pomocí uvedením celého lůžka do jiné pozice.
- Vestibulární stimulaci lze dle D'Hoeker (2002) v neposlední řadě provádět s použitím velkých gymnastických míčů a válců, na houpačce, na podložce, naplněné vzduchem (sedět či stát na ní). Dle autorky musíme však sledovat, aby nedošlo k přestimulování (*overstimulation*).



### 3.1 Pomůcky pro vestibulární stimulaci

Zde uvádím jen některé fotografie. Popis dalších pomůcek je v třetí kapitole praktické části.



obrázek 22 - Závěsná houpačka pro dospělé ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 23 – *Balance saucer* - balanční talíř ([www.shnta.com](http://www.shnta.com))



obrázek 24 - Houpačka pro vestibulární stimulaci ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 25 - Přenosný rám s houpačkou (*Southpaw itinerant frame*) ([www.southpawenterprises.com](http://www.southpawenterprises.com)),

obrázek 26 – *Wingbo* ([www.zdravotni.cz](http://www.zdravotni.cz))

c



obrázek 27- Houpačí deska (*rocking board*) (<http://image.wisdomking.com/images>)

#### 4. Auditivní stimulace

K auditivní stimulaci mohou být podle Friedlové (2005a, 2005d) použita m.j. tato média:

- **hudba, zvuky**

Použití sluchátek (walkman apod.) je auditivní stimulací jen pro člověka, který byl zvyklý je nosit. V ostatních případech je vhodné sluchátka položit na polštář cca. 20 cm od ucha klienta nebo použít běžný magnetofon. Tak je zachována přirozená zvuková kulisa. Hudbu aplikovat až po skončení řeči; oblíbená hudba je spojena s emocemi, a proto je nutné klienta sledovat. Nahrát na magnetofonovou pásku lze mnoho zvuků, které jsou pro klienta v kómatu přirozené a jsou uloženy v jeho paměťových stopách. Např. hlas blízkého člověka, ale i zvuky klientova psa, auta, traktoru atd. Má se vždy vycházet z jeho biografické anamnézy.

- **vyprávění**

Nejvhodnější je hlas příbuzných. V dětské intenzivní péči se jedná o vyprávění známých pohádek a příběhů; u dospělých klientů o předčítání novin, vyprávění denních příhod apod. Je důležité, aby příbuzní klienta oslovovali tak, jak byl zvyklý (nikoli najednou používat zdrobněliny) a aby používali stejná slova jako dříve.

- **zrcadlení řeči**

Pokud klient např. vydává zvuky, terapeut je kopíruje, ale ubírá na jejich hlasitosti, používá hlubší tón. Velmi zajímavá metoda, která používá obdobné prvky, se nazývá preterapie a je popsána v knize Prouty, G. et al. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Portál, Praha 2005. Tuto knihu bych doporučila k přečtení všem, kdo pracují s klienty s mentálním postižením či psychiatrickým onemocněním.

- **hudební nástroje, zpěv**

D'Hoeker (2002) uvádí, že vhodné jsou nástroje, které zároveň vyvolávají vibrace, např. bubínek, kytara, xylofon. Friedlová (2005a) doplňuje, že zpěv je integrován hlavně v dětské intenzivní péči, kdy matka může prozpěvovat dítěti známé písničky.

#### 4.1 Pomůcky k auditivní stimulaci



obrázek 28 -- *Acoustic box* ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 29 - *Tongue drums* – dřevěné jazýčkové hudební nástroje ([www.rhythmband.com](http://www.rhythmband.com))



obrázek 30 - *Boomwhackers* – pro auditivní stimulaci ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 31 - *Wave drum* – vytváří zvuk mořských vln ([www.littleisrael.com](http://www.littleisrael.com))

## 5. Optická stimulace

Používání tohoto prvku jsem již popsala (str. 23, 41, 46). Proto zde pouze uvedu fotografie některých pomůcek.



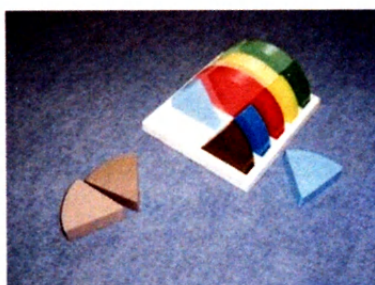
obrázek 32 - Kadeioskop ([www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace](http://www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace))



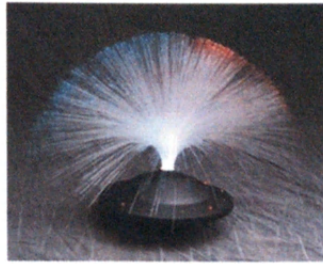
obrázek 33 - Stavebnice ([www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace](http://www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace))



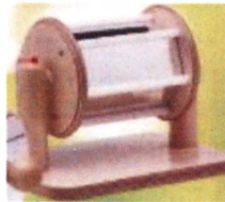
obrázek 34 - Zrcadlo – zraková stimulace ([www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace](http://www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace))



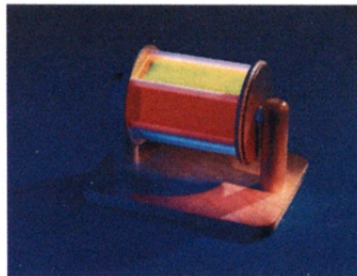
obrázek 35 - Dřevěná pomůcka pro trénink barvocitu ([www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace](http://www.mujobchod.atlas.cz/zrakovastimulace))



obrázek 36 - *Fibre optic flume* ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 37 - *Rotypoly mirror drum* - Otočný bubínek se zrcadly ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))



obrázek 38 - Barevný otočný bubínek pro optickou stimulaci ([www.handicstore.uk](http://www.handicstore.uk))



obrázek 39 - Optická vlákna, využívaná v rámci Snoezelen ([www.isna.de](http://www.isna.de))



obrázek 40 - Válec s bublinami – lze měnit barvu podsvětlení ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))

## 6. Olfaktorická stimulace

Existuje řada možností, jak klientovi (např. v kómatu) zprostředkovat jeho vůni:

- osobní parfém, deodorant a jiné hygienické prostředky
- vůně jídla
- oblečení, vyprané v aviváži, na kterou je klient zvyklý
- oblečení jeho partnera/ky, u dětí oblečení matky
- Na nastavbovém kurzu BS Friedlová uvedla zajímavý nápad. Do velké injekční stříkačky lze nasát prakticky jakoukoli vůni, která může klientovi přinést stimuly. Stříkačku je nutné ihned vzduchotěsně uzavřít. Tuto vůni pak stříkačkou dopravíme pod klientův nos. Friedlová líčila, že u dívky, která jezdila na koních, takto došlo k zprostředkování vůně maštale, u automechanika vůně motorových olejů. Lze nasát například i vůni pomeranče.
- Zajímavou pomůcku pro olfaktorickou stimulaci u dětí jsem našla v katalogu Rompa – trubici, tvarovanou jako sloní chobot, fouká jemný vánek, obohacený vůní zvoleného esenciálního oleje ze zabudovaného odpařovače (Obr. 41).



obrázek 41 - Slon pro olfaktorickou stimulaci (www.rompa.com)

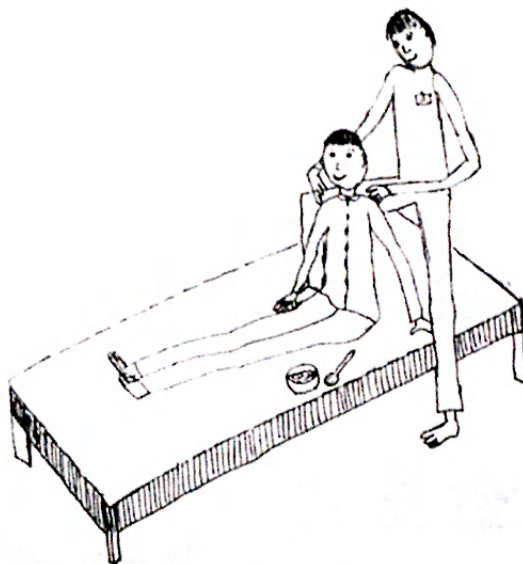
## 7. Orální stimulace

Než se terapeut rozhodne pro způsob péče o dutinu ústní, měl by ústa řádně vyšetřit, nejlépe i pomocí kapesní baterky. Zjistí tak defekty jako afty, ragády, trhlinky, chybějící chrup, podle rtů zjistí stav hydratace aj.

Měl by také zjistit reakce klienta na podněty v oblasti obličeje a úst, zda klient může ústa na požádání otevřít a zavřít, zda má v oblasti úst zvýšený svalový tonus a zda má poruchy polykání.

Dále by měl terapeut zjistit, jak často a kterými prostředky klient pečoval o svou dutinu ústní, také kterým jídlům a nápojům klient dával přednost (využití pro pozitivní stimulaci) a které druhy jídel a nápojů jsou pro něj naopak nepříjemné.

- Friedlová (2005d) uvádí, že pro orální stimulaci a příjem potravy je velmi důležitá **poloha** klienta. Většina poruch příjmu potravy u pacientů v nemocnicích je způsobena nesprávnou pozicí při jídle. Je důležité, aby i ležící klienti byli v pozici sedu. Poloha by měla být symetrická. Hlava nesmí být v hyperextenzi. Pánev má být symetricky zatížena, kyčelní a kolenní kloub v pravém úhlu, nohy v abdukci, chodidla opřena o podložku. Pokud klient stále ztrácí správnou polohu, můžeme jeho sed stabilizovat tím, že pod hrboly sedací kosti podložíme srolovaný ručník. Klient na lůžku může sedět i tak, že se opírá o DK terapeuta – to je ilustrováno na Obr. 42.



obrázek 42 - Možnost stabilizace sedu klienta při orální stimulaci (na lůžku)

- Před **podáváním stravy** musí mít klient možnost pokrm vidět, cítit jeho vůni. Lžiči nedáváme k ústům klienta frontálně, nýbrž mírně ze strany. Po každém polknutí chvílku počkáme. Ústa neotíráme lžičkou, nýbrž je očistíme ubrouskem.

Orální stimulace se však kromě samotného podávání jídla využívá i v rámci péče o dutinu ústní či jako samostatný prvek. Vždy je důležité nepostupovat invazivně. Ústa patří mezi nejmírnější místa těla a negativní zkušenost může způsobit prohloubení problémů.

- **Péči o dutinu ústní** vykonávají nejčastěji zdravotní sestry, ale i ergoterapeut by měl vědět, že boraxglycerin, kterým se (pomocí vatové štětičky) hygiena dutiny ústní v nemocnicích obvykle provádí, lze s úspěchem nahradit *minerální vodou*, *ústní vodou* (má chuť zubní pasty a desinfekční účinky), ale také např. *coca-colou*, *džusem*, *bylinným čajem*, *kávou*, zkrátka nápojem, který má klient rád.
- Orální stimulace může též klientovi pomoci v **časové orientaci**. Pokud byl klient zvyklý každé ráno pít kávu, terapeut mu může ráno vytřít ústa kávou. Pokud byl zvyklý pít v poledne pivo, může terapeut vytřít ústa pivem.
- tzv. **cucací váčky** – viz str. 42 – Používají se pro klienty, kteří nemohou přijímat potravu ústy (např. dostávají výživu parenterálně). Těmto klientům velmi chybí chuťová stimulace, snižuje se tvorba slin atd. Cucací váčky jsou čtverečky gázy, do kterých vložíme malý kousek klientova oblíbeného jídla (např. mandarinka), zavážeme, namočíme např. v džusu a vložíme klientovi do koutku úst. Klient tak získá intenzivní a pozitivní chuťové stimuly.

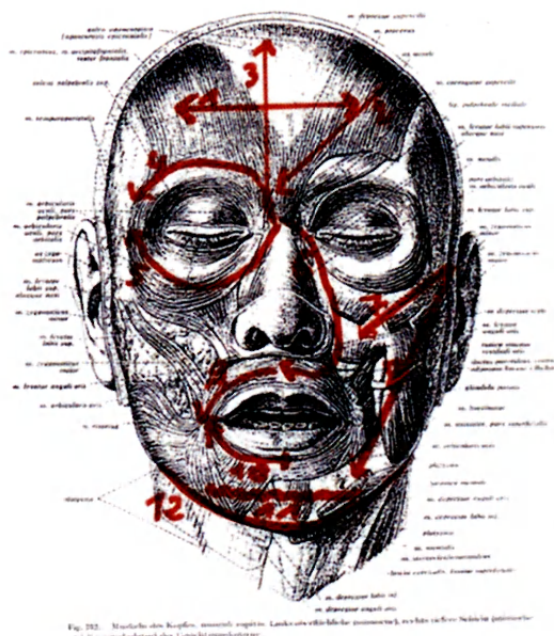
U klientů, kteří neotevívají ústa, postupujeme krok za krokem, postupně a nikdy ne invazivně. Postupujeme od periferie k centru. Důležité je zachovat symetrii. Podle Friedlové (2005a) orální stimulaci začínáme na periferních částech hlavy a obličeje, stimulujeme slinné žlázy, a až nakonec rty a dutinu ústní.

Po stimulaci svalstva obličeje následuje lehká stimulace rtů (gázovým čtverečkem, namočeným např. v coca-cole otíráme rty. Pokud klient dovolí, postupujeme dál a otíráme

dásně, možná se dostaneme i dál. Pokud jsme trpěliví a nepostupujeme invazivně, klient při tomto postupu ústa nakonec otevře, i když to může nastat až např. po dvou dnech.

**Postup stimulace obličejových svalů** (vlastní překlad z němčiny, originál dostupný z < <http://basale.at/web/system/anypage/index.php?id=12> >):

- 1) Uvolňování pokožky hlavy (Galea aponeurotica)
- 2) Roztírání čela (m.frontalis)
- 3) Roztírání od kořene nosu směrem do středu čela (m. procerus)
- 4) Roztírání svalů okolo očí (m. orbicularis oculi)
- 5) Roztírání od kořene nosu podél nosu až ke středu horního rtu (m. paranasal)
- 6) Diagonální roztírání tváří (m. zygomaticus)
- 7) Horizontální roztírání tváří (m. risorius)
- 8) Roztírání rtů – od středu horního rtu k ústnímu koutku, obdobně na dolním rtu (m. orbicularis oris)
- 9) Roztírání od hrany dolní čelisti ke středu dolního rtu (m. depressor)
- 10) Roztírání středu brady spirálovitými pohyby (m. mentalis)
- 11) Roztírání měkkých tkání na spodině dolní čelisti krouživými pohyby.



obrázek 43 - Stimulace obličejových svalů – postup (www.basale.at)

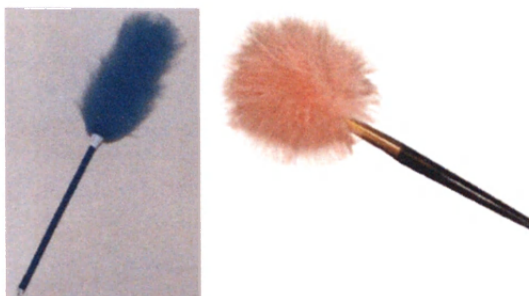
## 8. Taktilně haptická stimulace

K taktilně haptické stimulaci lze využít širokou škálu nejrůznějších pomůcek, materiálů apod. Praktické prvky využití jsou na str. 25, 41 a 46; zde uvádím fotografie některých pomůcek.





obrázek 44 - Masážní polokoule ([www.thusa.com](http://www.thusa.com))



obrázek 45 - Prachovka z jehněčí vlny ([www.lambwoolduster.com](http://www.lambwoolduster.com)) a z peří ([www.galehayman.com](http://www.galehayman.com))



obrázek 46 - Pomůcka pro masáž nohou ([www.rihove.cz](http://www.rihove.cz))



obrázek 47 - Míček pro taktilní stimulaci ([www.thusa.com](http://www.thusa.com))



obrázek 48 - Masážní podložka ([www.rompa.com](http://www.rompa.com))

## 9. Snoezelen – fotografie



obrázek 49 - Snoezelen ([www.parscsociety.ca](http://www.parscsociety.ca))



obrázek 50 - Snoezelen ([www.isna.de](http://www.isna.de))

## **Příloha 2 – Biografická anamnéza**

### **Biografická anamnéza (Friedlová 2004, s.28)**

Při aplikaci prvků BS je důležité znát individuální charakteristiky klienta. Více – viz str.15.

1. Sociální situace, zaměstnání
2. Kdo klienta může a kdo nemůže navštěvovat?
3. Jaký je klient typ (klidný / potřebuje kolem sebe dění)?
4. Jak slyší?
5. Jak vidí, potřebuje brýle?
6. Jaký je denní rytmus klienta?
7. Je pravák, nebo levák?
8. Doteky, které má rád a nerad
9. V jaké poloze spí, jakou má přikrývku, v jakou denní dobu chodí spát, bývá přikrytý až k bradě nebo mu to naopak vadí?
10. Jak si čistí zuby, jak se holí?
11. Co jí rád / nerad ? Co pije rád / nerad?
12. Které zvuky poslouchá rád? (rádio, televize, hudba,...)
13. Upřednostňuje některé materiály?
14. Oblíbené vůně
15. Co dělá, když má bolesti?
16. Co dělá, aby se cítil dobře? (hudba, osoby, klid, káva,...)
17. Ostatní sdělení
18. Důležitý zážitek v poslední době

## **Příloha 3 – Desatero bazální stimulace**

### **Desatero bazální stimulace (Friedlová 2003, s.27)**

Toto je deset zásad pro aplikaci prvků BS. Rady se týkají praxe, proto je uvádím v příloze.

- 1) *Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno stejnými slovy.*
- 2) *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- 3) *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4) *Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem.*
- 5) *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- 6) *Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na jakou byl zvyklý.*
- 7) *Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.*
- 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.*