

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Petra Punčochářová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Petra Punčochářová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

Bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Pfefferové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů a hlavně za trpělivost i vstřícnost při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Stanislavě Reichertové za její ochotu i čas, které mi věnovala.

Anotace

Příjmení a jméno: Punčochářová Petra

Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran: číslovaných 46, nečíslovaných 19

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: Bazální stimulace - apalický syndrom - optická stimulace - vestibulární stimulace - taktilně-haptická stimulace - orální stimulace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou Bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je zpracován koncept bazální stimulace, východiska konceptu, základní i nadstavbové prvky a problematika nemocniční neodkladná péče.

Praktická část se snaží výzkumem za pomoci polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými a nezdravotnickými pracovníky přiblížit problematiku bazální stimulace. Doplněním praktické části je kazuistika pacienta ve vigilním kómatu, u kterého byla aplikována bazální stimulace.

Annotation

Surname and name: Punčochářová Petra

Department: Department of Paramedical Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: Basal stimulation in hospital emergency care

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages: 57

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 31

Key words: Basal stimulation - apalic syndrome - visual stimulation - vestibular stimulation - tactile-haptic stimulation - oral stimulation

Summary:

The bachelor thesis deals with Basal stimulation in hospital emergency care. It is divided into theoretical and practical. The theoretical part contains the concept of basal stimulation, starting concept, basic and advanced features and problems of hospital emergency care.

The practical part of the research seeks the help of semi-structured interview with healthcare and non-healthcare professionals approach problems basal stimulation. Complementing the practical part vigilní case of a patient in a coma, in which the basal stimulation was applied.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	
1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	13
1.1 Historie bazální stimulace	14
1.2 Teoretická východiska konceptu bazální stimulace	14
1.2.1 Stimulace vnímání.....	15
1.2.2 Podpora hybnosti.....	15
1.2.3 Podpora komunikace	15
1.3 Biografická anamnéza	16
1.4 Základní prvky bazální stimulace	17
1.4.1 Somatická stimulace	17
1.4.1.1 Iniciální dotek.....	17
1.4.1.2 Somatická stimulace zklidňující.....	18
1.4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující	18
1.4.1.4 Polohování v konceptu bazální stimulace	19
1.4.1.4.1 Poloha „Hnízdo“	19
1.4.1.4.2 Poloha „Mumie“	20
1.4.1.5 Masáž stimulující dýchání.....	20
1.4.1.6 Kontaktní dýchání	21
1.4.2 Vestibulární stimulace.....	21
1.4.3 Vibrační stimulace	23
1.5 Nástavbové prvky bazální stimulace	23
1.5.1 Optická stimulace	23
1.5.2 Auditivní stimulace	24
1.5.3 Orální stimulace	26
1.5.4 Olfaktorická stimulace	27
1.5.5 Taktile – haptická stimulace.....	28

2 NEODKLADNÁ PÉČE.....	29
2.1 Přednemocniční neodkladná péče	29
2.2 Nemocniční neodkladná péče.....	29

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3.1 Formulace problému	30
3.2 Cíle práce	30
3.3 Výzkumné otázky	30
4 METODIKA	31
4.1 Metodika kvalitativního výzkumu	31
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
5 VÝSLEDKY	32
5.1 Rozhovory s lékařským zdravotnickým personálem.....	32
5.2 Rozhovory s nelékařským zdravotnickým personálem	36
5.3 Analýza výsledků	44
5.4 Kazuistika	46
6 DISKUZE	53
ZÁVĚR	56

SEZNAM LITERATURY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

ÚVOD

Pro vypracování bakalářské práce jsem si vybrala téma bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči. K tomuto tématu mě vedla osobní zkušenost, kdy mé pratetě bylo diagnostikováno vigilní kóma. Po dobu hospitalizace měla kvalitní ošetrovatelskou péči a její manžel u jejího lůžka trávil většinu svého volného času. Péče, kterou ji věnoval, byla osobní, láskyplná a měla své viditelné výsledky. V okamžiku, kdy jsem nastoupila na Západočeskou univerzitu v Plzni a dozvěděla se o bazální stimulaci, začala jsem sbírat informace. Právě v tento okamžik jsem pochopila, jak moc se mé pratetě její manžel věnoval a kolik prvků z bazální stimulace do své osobní péče úspěšně zahrnul.

Neustálý rozvoj lékařské a ošetrovatelské péče uvádí v život nové metody, které mají pozitivní odezvu na vývoj stavu pacienta v komplexním holistickém pojetí. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, je nutné vcítit se do situace pacienta a chápat jej jako individuální a jedinečnou bytost. Proto je nutná vysoká profesionalita nelékařského zdravotnického personálu nejen v okamžiku analýzy potřeb pacienta a zvolení vhodného postupu k uspokojení dané potřeby. Zde se bazální stimulace stává pomyslnou vstupní branou k poznání pacientovo návyků a způsobu života.

Koncept bazální stimulace umožňuje přirozený a lidský přístup k pacientům, navzdory jejich stavu, který si ve většině případů žádá vysoce odbornou a specializovanou péči. Tento koncept lze využít u pacientu v intenzivní péči po krainocerebrálních poraněních, cévních mozkových příhodách, komatózních stavech a při apalickém syndromu. Bazální stimulace se svou komplexností orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a její využití není nijak omezeno. Dá se zařadit do ošetrovatelské péče a vede k rozvíjení kreativity ošetřujícího personálu. Rodinní příslušníci mají možnost se nejen zapojit do bazální stimulace, ale zároveň se podílejí na zlepšování stavu pacienta.

V teoretické části práce jsou sepsána východiska konceptu bazální stimulace, biografická anamnéza, základní prvky bazální stimulace a nastavbové prvky bazální stimulace.

Ve výzkumné části práce jsem prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru zjišťovala osobní názor a vlastní zkušenosti s konceptem bazální stimulace mezi lékařskými a nelékařskými pracovníky Mulačovy nemocnice v Plzni. Dále jsem chtěla tuto bakalářskou práci doplnit názornou kazuistikou pacienta s apalickým syndromem, u kterého byla prováděna bazální stimulace.

Cílem této práce je zjistit informovanost a názor na koncept bazální stimulace a jeho
potencionální zařazení do ošetrovatelského procesu v Mulačově nemocnici v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace je proces působení na lidský organismus a následné uspokojování fyziologických potřeb člověka. Využívá komunikace, vzájemné interakce a stimulaci klienta. Vždy je tento proces přizpůsoben zdravotnímu stavu klienta a jeho individuálním potřebám. (1)

V současné době má bazální stimulace nezastupitelnou roli a patří k populárním ošetrovatelským konceptům používaných v zemích evropské unie. V zahraničí je tento koncept zařazen do osnov výuky zdravotnických škol a mnoho dalších pracovišť s konceptem pracuje.

První základní kurz bazální stimulace v České republice lektorovala PhDr. Karolína Friedlová v roce 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Absolventi kurzu obdrželi certifikát platný v celé Evropské unii. V roce 2005 byl v České republice založen institut bazální stimulace, který má záštitu nad základními i nástavbovými kurzy a organizuje odborné konference. (5)

Při aplikaci bazální stimulace u pacientů je důležité dodržovat desatero bazální stimulace: při příchodu vždy klienta oslovíme, nezapomínáme pozdravit a také se rozloučit. Používáme stejná slova, dodržujeme iniciální dotek u klienta, mluvíme vždy srozumitelně a přiměřeně rychle, není nutné zvyšovat tón hlasu. Musíme věnovat pozornost gestikulaci a mimice, aby nezastírala význam slov. Používáme správnou formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý, nepoužíváme zdobněliny. Snažíme se nekomunikovat s více osobami najednou, při komunikaci eliminujeme rušivé zvuky, je vhodné umožnit klientovi zpětnou vazbu, byť jen na úrovni, které je schopen. Pacient má nárok na poskytnutí dostatku podnětů alespoň v takové výši jako tomu bylo před onemocněním, či úrazem. (1)

1.1 Historie bazální stimulace

Na počátku 70. let minulého století profesor Dr. Andreas Fröhlich vypracoval koncept Bazální stimulace. V německém rehabilitačním centru shromažďoval zkušenosti při práci s dětmi, které měly od narození vážné somatické a intelektové poruchy. Přípravná fáze na vytvoření konceptu trvala pět let. Profesor Dr. Andreas Fröhlich prokázal nezastupitelnost základní, nebo-li bazální stimulace, která napomáhá rozvoji schopností u vážně postižených dětí. Zároveň dokázal, že vrozené schopnosti organismu nabízí dostačující množství materiálu pro rozvoj a stimulaci vnímání či komunikace. (2)

Pozitivní výsledky dosažené u dětí s významnými změnami vnímání, komunikace a pohybu zajistily, že se koncept bazální stimulace rozšířil i do ostatních odvětví medicíny a stal se respektovaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Prof. Christel Bienstein přenesla koncept jak do ošetrovatelské péče, tak i do intenzivní péče o dlouhodobě nemocné. (4)(5)

Všechny cíle bazální stimulace se vytvořili ve spolupráci s kolegy z několika zemí evropské unie, hlavními tvůrci konceptu jsou však prof. Dr. A. Fröhlich a prof. Ch. Bienstein. (3)

Koncept bazální stimulace je zaměřen na všechny lidské potřeby, které jsou centrálním základem cílů konceptu. Mezi základní cíle konceptu bazální stimulace patří zachovat život a zajistit vývoj, umožnit pocítit vlastní život, poskytnout pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus, umožnit poznat okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci uspořádat život, poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život a objevovat svět a vyvíjet se“. (1)

1.2 Teoretická východiska konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který podporuje lidské vnímání v nejzákladnější (bazální) rovině. Tento vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporuje vnímání, komunikaci i pohybové schopnosti člověka. Při propojení těchto tří prvků lze dosáhnout komplexní stimulace. Jakmile dojde k narušení jednoho z těchto prvků, stává se hlavním cílem podpora smyslových orgánů. Smyslové orgány a jejich stimulace aktivuje mozkovou činnost. Tento vztah mezi činností mozku a stimulovanými smyslovými orgány lze nazvat

paměťová dráha. Ta uchovává všechny získané zkušenosti i návyky a právě její stimulaci podporujeme již zakódované vnímání komunikaci i motoriku klienta. (1)

1.2.1 Stimulace vnímání

Každá aktivita člověka probíhá jako zpětná reakce na vnímání, pohyb i komunikaci. Vývojová fáze mozku neprobíhá pouze z biologického a z genetického hlediska, dalším důležitým faktorem jsou stimuly z okolního prostředí. Proto u pacientů s omezením vnímání dochází k izolaci od okolních vjemů a tím i k redukci vnímání pouze na sebe sama. Každý si tuto fázi izolace prožil a to již v období prenatalním a z tohoto období jsou v paměťových drahách uloženy zážitky, které je možno aktivovat. (3)

V důsledku dlouhodobé absence stimulů dochází k sensorické deprivaci. Mozek při nedostatečném přísunu stimulů ztrácí svoji strukturu a tím se redukuje i schopnost jeho výkonu. Právě pacienti, kteří trpí vážnou poruchou hybnosti nemají možnost seznámit se s vlastním tělem a tím ztrácí možnost rozpoznat své okolí i hranice vlastního těla. (2)

1.2.2 Podpora hybnosti

Pohyb nám dává možnost nejen komunikace s okolím, ale i možnost vnímat své vlastní tělo. Za každým pohybem stojí myšlenka, proto není možné oddělit vnímání od pohybu. Koncept bazální stimulace vychází z tvrzení, že chování člověka obsahuje prvky vrozené, geneticky programované i získané v průběhu života. Právě nástavbové prvky bazální stimulace jsou základem k podpoře hybnosti pacienta ovšem za předpokladu jeho motivace. (18)

1.2.3 Podpora komunikace

Komunikace je cílená činnost v lidském chování, při níž dochází k navazování a udržování mezilidských vztahů, nabývání nových vědomostí i znalostí. Komunikace je vzájemná výměna informací, názorů a pocitů. Právě proto je komunikace důležitá a má velký vliv na kvalitu klientova života. (1)

Pacient, u kterého je narušen komunikační kanál přichází o možnost úplného pochopení vážnosti situace, pociťuje ztrátu kontroly nad vlastním tělem. Dopad je viditelný na pacientově psychice, klient se uzavírá před okolním světem a může dojít k úplné ztrátě přehledu o dnech i časovém harmonogramu. Za pomoci verbální i neverbální komunikace je vytvářen a rozvíjen vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem. (7,8)

Verbální komunikace ovlivňuje hloubku vnímání, a neverbální komunikace ovlivňuje úroveň vědomí, v jehož souladu můžeme vykonávat určitý druh pohybu a tím využívat i jiné komunikační možnosti než pouze auditivní. Proto je hlavním úkolem v aplikaci bazální stimulace propojení verbální a neverbální komunikace

V praxi využíváme dostupné komunikační prostředky. V konceptu bazální stimulace může být prostředníkem komunikace vůně, dotek, chuťové vjemy, změna polohy, vlastně vše co působí na komunikační kanály - somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický a taktálně haptický. A právě při aktivaci komunikačních kanálů musíme dbát i na nepatrné reakce pacienta - úsměv, pohyb ruky, mimické stahy, které někdy zaznamená jen osoba blízká či rodina pacienta. (6)

1.3 Biografická anamnéza

Nedílnou součástí bazální stimulace je uvědomění, že pacient je individuální komplexní jedinec s vlastní autonomií. Biografie pacienta znamená vhodné zvolení a zároveň vytvoření ošetřovatelského procesu pro daného jedince se zaměřením na individuální péči. Proto je biografická anamnéza naším výchozím bodem pro ošetřovatelský proces. (18)

Každý pacient je individuální svými potřebami i stylem komunikace a ošetřující personál má zde za úkol rozpoznat a hlavně porozumět potřebám pacienta tak aby byl schopen poskytnout pacienta prostor pro orientaci a umožnit mu další rozvoj jeho osobnosti. (2)

Důležitou částí ošetřovatelského procesu je sepsání biografické anamnézy, která se zaměřuje na sociální anamnézu a profesní anamnézu. Součástí sociální anamnézy jsou charakterové vlastnosti pacienta, jaký má vztah k rodině, přeje-li si, aby ho navštěvovali všichni členové rodiny i přátelé. V profesní anamnéze se zaměřujeme, jakou funkci vykonával ve své práci, zda byla pacientova pracovní pozice fyzicky a psychicky náročná. Vždy se ptáme na pracovní prostředí, zaměřujeme se na toxické látky nebo částice, které mohly pacienta poškodit. Zjišťujeme také, jaké má pacient zvyklosti, denní režim, čím se uklidňuje a jakým způsobem si přivodí dobrou náladu a jak relaxuje. Poté nesmíme zapomínat na otázky, které zahrnují zda pacient slyší, pokud ne, tak zda-li používá naslouchátko. Zda pacient vidí dobře či ne, jestli používá brýle nebo kontaktní čočky. V jaké poloze pacient rád spí či odpočívá a nezapomínáme se zeptat na jeho práh bolestivosti, případně traumatizující zážitek v poslední době. (3)

1.4 Základní prvky bazální stimulace

1.4.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Somatická (celotělová) stimulace podporuje vývoj a upevnění vnímání tělesného schématu a rozvoj tělesné identity. Somatická stimulace informuje tělo pomocí percepčního orgánu – kůže, o vjemech přicházejících z povrchu těla. Kůže je nejen ochranou pro tělo, ale také pomyslnou bariérou samotného člověka s okolním prostředím, představuje naše vymezení, naše ohraničení držící tělesnou schránku v bezpečí. Ve vakuu se naše tělo neorientuje z důvodu ztráty vjemu, který nám kůže a soustavy pod její pokrývkou poskytují. (1)

Somatická stimulace se zaměřuje na aktivizování kožních sensorů, díky opakování podporujeme plasticitu mozku. Proto je zapotřebí včasná rehabilitace, tou je podporována plasticita mozku, která podporuje symetrické stimulování těla. (9)

1.4.1.1 Iniciální dotek

Dotek je nejjednodušší forma nonverbální komunikace, je základní lidskou schopností rozvíjející se už v prenatálním období. Iniciální dotek, nebo-li cílený dotek, informuje pacienta o naší přítomnosti a činnosti u něho. Iniciálním dotekem vždy zahájíme i zakončíme úkony u pacienta, protože nahodilé a nečekané doteky mohou vyvolat u pacienta strach, nejistotu a omezení orientace v daný okamžik. Následkem pak může být omezení komunikace s ošetřujícím personálem. (1)

Faktory důležité pro používání tohoto prvku komunikace jsou kvalita, intenzita a lokalita doteků. Kvalitní dotek vyvolává u pacienta příjemný pocit a umožňuje orientaci v prostředí. Intenzitou doteku rozumíme jasný, přiměřený tlak, bez působení bolesti či nelibých pocitů. Intenzitu doteku také určuje počet rukou, které na sobě pacient má, proto vždy informujeme pacienta o zapojení dalších rukou ošetřujícího personálu.

Pro lokalitu doteku využíváme biografickou anamnézu nebo informace od rodinných příslušníků. Nejčastějším místem dotyku bývá dlaň, paže a rameno. Do dodržování místa doteku musí být zapojen veškerý personál. Místo, kde se iniciální dotek provádí, je vždy zaznamenáno v dokumentaci, či přímo na kartičkách bazální stimulace, které jsou zavěšeny v blízkosti pacienta. Nezapomínáme na verbální komunikaci, která by měla provázet všechny naše úkony u pacienta. Bazální stimulace využívá doteky k terapeutické stimulaci, jež zastupují masáž, rehabilitace a polohování. (3)

1.4.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Součástí ošetrovatelské péče je celková hygiena pacienta. Díky kvalitnímu vybavení v nemocničních zařízeních, lze poskytnout pacientovi celkovou tělesnou koupel, při které se otevírá možnost pro využití zklidňující somatické stimulace v podobě zklidňující koupele. Při zklidňující koupeli používáme hygienické potřeby, jako jsou žínky, oleje nebo koupelové emulze, zároveň dbáme i na teplotu vody mezi 37-40°C. Zklidňující koupel stimuluje tělesné schéma, slouží k redukci neklidných stavů, zmatenosti a její hlavní úlohou je navození celkového tělesného klidu a uvolnění. (1)

Tuto metodu aplikujeme u klientů s těžkým somatickým postižením. Vhodná je i pro pacienty ve vigilních komatech, kteří jsou neklidní až hyperaktivní nebo naopak úzkostní. Napomáhá u pacientům se zvýšeným svalovým tonem, dále pak u pacientů s poruchou spánku a změnami vnímání. Používá se i v předoperačním období pro zmírnění strachu a navození celkového uvolnění a také u klientů trpících Parkinsonovou nemocí, či různými typy demence. (2)

Při somatické stimulaci zklidňující doporučujeme na počátku informovat pacienta, co se bude provádět. Zároveň je vhodné využít iniciální dotek k zahájení komunikace. Voda v připravované koupeli by měla být teplejší pro uvolnění svalů i zklidnění vědomí. Koupel začínáme obvykle otřením obličeje a pokračujeme směrem kaudálně, po směru růstu chlupů, protože každý chlup obsahuje nervovou pletěň, která reaguje na pohyb, předává informaci do mozku a pacient se tak uvolní. Na horních a dolních končetinách, nezapomínáme na prsty. Neustále pacienta informujeme a komentujeme každou naši činnost, například při působení tlaku na hrudník a na záda. Po zakončení koupele osušíme pacienta stejným způsobem jako jsme ho umývali a to po směru růstu chlupů. Opět nezapomínáme na kontrolu reakcí pacienta. (1,3)

1.4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující

Somatickou stimulaci povzbuzující můžeme poskytovat kdykoliv během dne nebo jako součást zakončení hygieny celého těla. Pomůcky k povzbuzující stimulaci jsou totožné s pomůckami využívanými při somatické stimulaci zklidňující. Tato metoda slouží ke stimulaci tělesného systému, povzbuzení svalového tonu, zrychlení srdeční frekvence i zvýšení krevního tlaku. Poslouží nám k přípravě vědomí i celého těla na fyzioterapii. (22)

Je používána u pacientů ve vigilním komatu, u pacientů, kteří jsou apatičtí, nebo u pacientů se sníženým svalovým tonem, či bradykardií. Nevhodná je pro pacienty neklidné, dezorientované a s čerstvým mozkovým krvácením. (19)

U povzbuzující koupele začínáme stejně jako u uklidňující koupele opět podáním informací pacientovi, co se bude v následující chvíli dít s jeho tělem a tyto informace opět doprovázíme iniciálním dotykem. Na rozdíl od uklidňující koupele, zde využíváme vodu, která má nižší teplotu než je fyziologická teplota zdravého člověka. Postup této koupele je vést pohyby proti směru růstu ochlupení. Tím zvyšujeme pacientovu pozornost, srdeční frekvenci i krevní tlak. Opět začínáme obličejovou částí a i tam jsou pohyby vedeny proti směru růstu chloupků, nadále hrudník, horní i dolní končetiny. Opět sledujeme reakce pacienta, protože při této koupeli může dojít ke zvýšení systolického tlaku o 10-20 mmHg. (18)

1.4.1.4 Polohování v konceptu bazální stimulace

Za pomoci polohování podáváme pacientovi informace jak o jeho těle, tak i o tělesné formě. Polohováním měníme tělesné pozice a aktivujeme tak dostatečné množství podnětů, podporujeme somatickou i vestibulární stimulaci. (2)

Jakmile pacient leží déle než třicet minut bez jakéhokoliv vjemu, jeho vědomí ztrácí potřebné stimuly a nedokáže rozpoznat hranice vlastního těla. Pacient se pro nedostatek podnětů cítí neklidný a zmatený, což může vést až k poruše orientace, nejen na vlastní tělo, ale i na okolí. Prof. Fröhlich toto klasifikoval procesem degenerativní habituace, kdy pacient pozbývá tělesnou i psychickou orientaci. A proto může následně docházet až k apatii pacienta, nebo k agresi vůči svému okolí. (1)

Při polohování zjišťujeme, zda se pacient cítí příjemně, zda netrpí bolestmi a zda je zvolená poloha optimální. V případě, že s námi pacient nekomunikuje, vycházíme z biografické anamnézy, která nám odhalí, jaké polohy pacient preferoval, v jaké poloze usínal. Polohování a jeho následná stimulace má za cíl poskytovat pacientovi komplexní informaci o jeho tělesných hranicích, umožní mu vnímat vlastní symetrii. (18)

1.4.1.4.1 Poloha „Hnízdo“

Tato poloha má za cíl napomáhat vnímání tělesné formy, také zprostředkovat pacientovi informace o svém těle i o vztahu jeho těla s okolím a tím navodit stabilitu a celkové uvolnění. Dále může zajistit pocit jistoty a zlepšení percepce hranic vlastního těla (2).

Polohu hnízdo je vhodné využívat u pacientů ve fázi odpočinku, po uklidňující somatické stimulaci, vedoucí k možnosti uvědomění si vlastní tělesnou formu. Tuto polohu můžeme použít v pozici ležícího pacienta na zádech, na boku, či břiše. Někdy polohu „hnízdo“ aplikujeme v sedě na židli nebo na křesle. Vždy připravíme pacienta do polohy, v níž by měl, vydržet a pomůckami ohraničíme jeho tělo. Závěrem pacienta přikryjeme. Tato poloha je indikována pacientům, kteří trpí na zvýšený svalový tonus, hypertenzi a celkový motorický neklid. (18), (Fotografie č. 1,2)

1.4.1.4.2 Poloha „Mumie“

Poloha mumie je využívána hlavně u pacientů, kteří jsou neklidní, agresivní, dezorientovaní, depresivní nebo se probouzí z komatu. Napomáhá k celkovému uvědomění tělesného schématu a tím nastoluje u pacienta uvolnění a následné uklidnění. Není však vhodná pro pacienty, kteří mají v biografické anamnéze klaustrofobii. Polohu „mumie“ lze spojit s předchozí polohou hnízdo nebo ji využít po somatické stimulaci zklidňující. Pomocí polohovacích hadů, polštářů a dek utváříme hranice kolem těla pacienta, podobně jako u spacího vaku typu mumie. Pacient by měl mít možnost, sám se z pozice uvolnit. Podle reakcí pacienta zvolíme optimální dobu pro aplikaci polohy. (18), (Fotografie č.3)

1. 4. 1. 5 Masáž stimulující dýchání

Dýchání je nedílnou součástí lidského života, bez něho by nebyl život možný. Samotným dýcháním získáváme informace o našem těle a bytí. Právě změny dýchání nás vybízí ke kontrole pacienta. Při narušení somatické i psychické aktivity může docházet u hyperaktivních pacientů ke zrychlenému až povrchnímu dýchání. Následkem je výměna plynů pouze v horním segmentu plic a tím vniká nedostatečná plicní ventilace. U pacienta při nedostatečné ventilaci dojde rychle k vyčerpání organismu a pacientovi nezbývá dost sil na uvědomění si vlastního těla ani okolí. (3)

Právě proto využíváme v konceptu bazální stimulace masáž stimulující dýchání, jejímž hlavním úkolem je docílit pravidelné, hluboké a klidné dýchání. Tato stimulace spočívá v působení kontinuálního tlaku terapeutem v místě zad a hrudníku. Komunikační proces vzniká při masáži mezi pacientem a terapeutem, protože ten navodí pocit jistoty i uvolnění a následně u pacienta dochází k lepšímu prodýchání a okysličení mozkové tkáně.

Masáž stimulující dýchání je jedním z prvků dechové gymnastiky, která má velký komunikační význam. Napomáhá k rovnováze dýchání i rytmu na stejné frekvenci.

Pozice pacienta při provádění masáže je zvolena s ohledem na fyzický i psychický stav pacienta. Lze ji aplikovat vleže, i když ideální poloha je vsedě. Využívají se pomůcky jako je židle, křeslo i lůžko, kde pacient sedí a opírá se o horní končetiny. (18)

Za pomoci medií, oleje či tělového mléka začínáme oběma rukama stimulovat dýchání třemi tahy v oblasti zad. Nezapomínáme olej i krém zahřát na teplotu lidského těla. Směr masáže je od ramen směrem k pánvi. Po třech úvodních tazích pokračujeme krouživými pohyby, které směřují od páteře směrem do stran a postupujeme tahy dolů. Po celou dobu masáže nepřerušujeme fyzický kontakt s pacientem, proto ponecháváme vždy jednu ruku na klientově těle. (2)

Masáž stimulující dýchání má velký význam u pacientů ve stavu neklidu či zmatenosti, při bolestech, depresivních stavech a poruchách spánku. Nezapomenutelnou roli má i před těžkými operacemi nebo po sdělení závažné diagnózy. Stimulace dýchání má téměř shodné spektrum pacientů jako zklidňující stimulace pomocí koupele. Jejím hlavním cílem je jako u zklidňující koupele, navodit pacientovi klidné, hluboké a pravidelné dýchání a tím i uvědoměním vlastního těla. (18)

1.4.1.6 Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání zajistí vnímání vlastního dechu. Jedná se o metodu, při které terapeut přiloží obě ruce na pacientův hrudník a sleduje tak jeho výdech a nádech. Při výdechu může opatrně stlačit hrudník. Vhodné je využít i končetinu samotného pacienta, aby vnímal vlastní dýchání. Při zahlenění lze aplikovat i vibrační pohyby, kterými podporujeme vykašlávání.

Kontaktní dýchání je zařazeno i do canisterapie, kde se využívá jako metod „*hrudník na hrudník*“ za pomoci terapeutického psa. Tím dochází ke kombinaci kontaktního dýchání i zapojení somatické stimulace. Jakmile pes leží na hrudníku a dýchá, pacient vnímá dané vjemy a snaží se jim přizpůsobit. (3,23)

1.4.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace je zaměřena na orientaci v prostoru a uvědomění si změn polohy. Pohyb je přirozeností zdravého člověka již od narození. Člověk se permanentně pohybuje, mění své polohy při každodenních činnostech, ale i ve spánku, protože každý zdravý člověk změní polohu za noc minimálně třicetkrát. A právě změnou polohy dochází

k následné vestibulární stimulaci, nebo-li k stimulaci vnitřního sluchového orgánu, který je ústrojím rovnováhy. (2)

Pacient, kteří mají sníženou schopnost pohybu a tím i nedostatek podnětů pro stimulaci rovnovážného ústrojí, mohou trpět komplikacemi, jako jsou kolapsové stavy, nauzea, porucha orientace v prostoru, bolesti hlavy a zvýšení svalového tonu. Pacienty s dlouhodobým poškozením pohybového aparátu stimuluje méně intenzivní formou, využíváme pomalejší a plynulé kolébové pohyby kolem i napříč osy klienta. Změny polohy těla docílíme i změnou polohy lůžka. Hlavní pomůckou při stimulaci je terapeutický míč, také využívání terapeuta a jeho kolébových pohybů. (9)

Kapounová popisuje celkový postup vestibulární stimulace, kdy terapeut provádí fixaci hlavy pacienta za pomoci obou dlaní a následně pomalu otáčí pacientovu hlavu do obou stran, za neustálého kontaktu s podložkou. Tento pohyb provádíme třikrát až pětkrát za sebou a můžeme ho aplikovat několikrát během dne i zahajovat každou manipulaci s pacientem. (10)

Pevné objetí terapeuta, jeho neustálé sdělování informací i nevědomé předávání tepla, zajišťuje zároveň i somatickou stimulaci. Pacient vnímá v této pozici terapeutův hlas jako vibrace, které se mění na uklidňující vestibulární vjem, který vyvolává klid, jistotu, pocit vyrovnanosti i bezpečí. (9)

Vhodná pozice pro vestibulární stimulaci je poloha vsedě, kdy se pacient zapírá oběma dlaněmi a chodidly o podložku. S pacientem pohybujeme kolébovými pohyby do stran, imitujeme pohyb ovesného klasu v poli. Využíváme prvku bazální stimulace v podobě pohybu ovesného klasu. Aplikovat pohyb ovesného klasu může jedna osoba a to tak, že terapeut klečí nebo sedí za zády pacienta a snaží se fixovat pacienta na svůj hrudník. (1)

Používáme ji často u dětí, které jsou v pohybových aktivitách omezeny, mají minimum podnětů a my vestibulární stimulací opatrně tyto podněty rozvíjíme. Využíváme houpací pohyby v dece, otáčivé pohyby hlavy, stropní závěsné systémy. Zajímavou pomůckou pro stimulaci vestibulárního systému, je pružné hluboké křeslo, kdy každý pohyb hlavy dítěte vede k jemnému pohybu křesla, což poskytuje dítěti unikátní zpětnou vazbu (18).

1.4.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace se zaměřuje na stimulaci kožních receptorů, které obsahují Vater – Paciho tělíčka i receptory tlakové. (1)

Jako každá stimulace má za úkol zprostředkovat vjemy z pacientova těla. Vibrace jsou vnímány periférií a dále rozesílány dovnitř těla. Právě proto se snažíme vyvolat v pacientovi co nejintenzivnější vjemy, aby si uvědomil vlastní existenci. Vibrační stimulace může být přípravnou fází pro pohybové vjemy a lze ji využít i k celkové mobilizaci. Friedlová upozorňuje, že vibrační stimulace není vhodná u krvácivých stavů a jícnových varixů.

Cílovými pacienty pro tuto stimulaci jsou klienti ve vigilním kómatu a klienti s mentální retardací. Vnímání vibrací je individuální. Rozdíly můžeme pozorovat při dýchání, kdy u jednoho pacienta dochází ke zvýšení dechové frekvence a druhý pacient nereaguje. K vibrační stimulaci existuje široká plejáda pomůcek, jako jsou elektrické kartáčky, lehátka s vibračním programem, vibrační telefon, terapeutická masáž i chvění v hlasovém projevu. K těmto pomůckám lze přiřadit i hudební nástroje, hlavně bubínky, tambury, lyry a různé zvonkohry. (2)

1.5 Nástavbové prvky bazální stimulace

Ve výše uvedených kapitolách byly popsány prvky bazální stimulace, které jsou základním stavebním kamenem. Nesmíme, však opomínat rozvoj následných nastavbových prvků za jejich pomoci se můžeme přesněji zaměřit na pacienta, jeho individuální potřeby i rozvoj, který je díky těmto prvkům komplexnější. (18)

1.5.1 Optická stimulace

Rozpoznání vjemu na bázi zrakové identifikace umožňuje nejen vnímat prostředí, ale také zprostředkovávat orientaci a koordinaci pacienta v cizím, neznámém prostředí. Zrakový vjem napomáhá při identifikaci ošetřujícího personálu a vyvolává pocit jistoty. Naopak neschopnost pacienta lokalizovat vlastní tělo pomocí zrakového vjemu, vzbuzuje nejistotu i nedůvěru a to se poté odráží na jeho zdravotním stavu. (3)

Zrakové vnímání prochází změnami v důsledku stárnutí, také při užívání některých léků, nebo při poškození zraku způsobeném onemocněním či úrazem. Právě změny zrakového vnímání budí v pacientovi pocit nejistoty a strachu, který je evokován nerozpoznáním určitých předmětů a známých osob. Narušením struktury předmětů a jejich vztahu k okolí vzniká porucha prostorového vnímání. Dezorientace ve škále a stálosti barev může u pacientovi vyvolat obavy, neboť je narušena koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou. (3)

Musíme se zaměřit i na nemocniční prostředí, jako na místo pro pacienta nudné a zároveň nevýrazné, díky stejné barvě stěn, lůžkovin i uniforem ošetřujícího personálu. Právě stejné a na podněty chudé prostředí může u pacienta způsobit dezorientaci a halucinace. Friedlová nás nabádá dodržovat určité zásady při optické stimulaci a to zejména poskytovat podněty s výrazným kontrastem, buď za pomoci barevného povlečení nebo samotným oblečením pacienta. Dále můžeme využít obrazu na bílé stěně. Musí však mít dostatečnou velikost, aby byl dobře definovatelný i na větší vzdálenost. (2)

U pacientů s mentální retardací nebo demencí upřednostňujeme obrazy, které jsou jim důvěrně známé, protože jsou jejich orientačními body, nebo-li „vizuální mosty“. Nepoužíváme abstraktní kresby, vhodnější jsou dětské kresby, které jsou svoji jednoduchostí a výraznými barvami pro klienta srozumitelnější. Nikdy nezapomeneme pacientovi nasadit jeho dioptrické brýle.

Před prováděním optické stimulace se musíme seznámit s autobiografickou anamnézou daného pacienta. Požádáme o spolupráci členy rodiny a zjistíme, zda by mohly přinést z domova fotografie, obrázky nebo předměty, které navodí u pacienta příjemné vzpomínky. Například můžeme pacienta obléknout do jeho oblíbeného domácího trička. (3)

Osobní fotografie se snažíme umístit pacientovi do periferního zorného pole, působí jako impuls pro pohybové aktivity. Další formou optické stimulace je sledování televize, v kombinaci se zvukem nám působí i jako auditivní stimulace. Cíleně pouštíme pacientovi takové programy, které mu umožní orientovat se v denním a nočním režimu. (11)

1.5.2 Auditivní stimulace

Při aplikaci auditivní stimulace je nejdůležitější stimulace hybnosti, komunikace a vnímání. Cílem auditivní stimulace je zajištění stimulace vnímání, podněcování pacienta ke komunikaci, hybnosti a snaha stimulovat sluchový aparát a tím podpořit jeho další rozvíjení a přípravu na nové vjemy. Nadále navázat spojení s pacientem, podávat mu přesné informace o jeho těle, umožnit orientaci v prostoru a tím mu dodávat pocit jistoty. (3)

Auditivní stimulace je komunikačním mostem mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Proto se snažíme minimalizovat okolní rušivé zvuky a snažíme se poskytovat zvuky pro pacienta známé a příjemné. Při prvním slovním kontaktu nezapomínáme na kontakt tělesný, vhodným prostředkem je iniciální dotek. Tím ujistíme pacienta, že se ošetřující personál věnuje právě jemu a nikomu z jeho okolí. Pokračujeme tím, že na

pacienta promluvíme zřetelně, jasně a plynule. Důležité je zapojit do auditivní stimulace i rodinu, aby na pacienta mluvila řečí jemu důvěrně známou. I při loučení používáme iniciální dotek na stejné místo. Auditivní stimulaci nikdy nedokážeme obsáhnout pouze tím, že pacientovi pustíme rádio či televizi. (15)

Friedlová popisuje druhy auditivní stimulace, kam v první řadě zařazuje hudbu, která je pro pacienta známá a oblíbená. I když vybereme oblíbený žánr pacienta, neměli bychom přestávat s kontrolou reakcí pacienta, protože nikdy předem nevíme, zda nemá na určitou skladbu negativní vzpomínky. (18)

Dalším prostředkem auditivní stimulace je zpěv, nejlépe zpěv členů rodiny, kdy je doporučeno zpěv doprovázet vestibulární stimulací a to metodou pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Ta je velmi často využívána u pediatrických pacientů. Zpěv mohou doplňovat různé druhy hudebních nástrojů, zejména pokud měl pacient svůj oblíbený nástroj, nebo na něj dokonce sám hrál. Při zapojení bubínku může pacient cítit vibrace, které doprovázejí zpěv. Podrobněji se auditivní stimulací zabývá Friedlová a upozorňuje, že hudbu do sluchátek pouštíme pouze tehdy, je-li na ni pacient zvyklý a dodává, že sluchátka vyřazují zvuky okolního světa. (18,14)

Další prostředek auditivní stimulace je vyprávění. Při vyprávění věnujeme pozornost jen pacientovi, začínáme i končíme naše vyprávění stejnými slovy a nikdy nedovolíme přerušování třetí osobou. Friedlová preferuje metodu vyprávění a to nejlépe od příbuzné osoby, aby docházelo ke stimulaci paměťové stopy. (3)

Měrková a Budíková právě v souvislosti s auditivní stimulací zmiňují muzikoterapii, kde se jedná o léčbu hudbou. Hudba, pro svůj velký auditivně stimulační účinek a zároveň vliv na mozkovou činnost, může v pacientovi vyvolat určité odezvy. Příjemná hudba aktivuje oblast zpracovávající zvukové signály a zároveň aktivuje limbický systém. Následně dochází k uvolňování látek, které jsou příbuzné opiátům a zmírňují tedy bolest a napětí. (11)

Hudbu lze rozdělit na meditační, při jejímž použití dochází ke zklidnění těla a uvolnění psychického napětí. Dále na hudbu emocionální, která vyvolává různorodé pocity a na hudbu stimulační, která má za cíl dodávat energii k pohybu, případně ke zpěvu. Muzikoterapie byla klasifikována jako stimulační prostředek, který aktivuje motoriku, koordinaci pohybů, orientaci v prostoru a celkovou stabilitu. Využitím muzikoterapie dochází k posílení logického myšlení, zvyšuje se možnost soustředění i ukládání informací. (11)

Při auditivní terapii se používají zvuky, které jsou pacientovi známé nebo jsou mu blízké. Nebude vnímat knihu, píseň, příběh, který slyší poprvé, ale bude reagovat na ten vjem, který má zakódovaný v dlouhodobých paměťových drahách. (18)

1.5.3 Orální stimulace

Orální stimulace se zaměřuje na stimulování sensoriky orofaciálních svalů, také na dutinu ústní a stimulaci chutí.

Dutina ústní je vnímána jako jedna z nejintimnějších oblastí lidského těla. Slouží jako komunikační kanál a zprostředkovává uspokojování základních lidských potřeb. Její součástí je i chuťový smysl, jež nám extrahuje nejen chuť, ale i konzistenci a vůni. Friedlová doplňuje, že ústa nám nadále slouží i k dýchání a k rozpoznávání světa, protože už v 9. týdnu embryonálního vývoje bylo zjištěno, že embryo cumlá palec, v 11. týdnu už zívá a saje sliznici děložní a 13. týden už polyká, čímž posiluje sací reflex. Na tuto informaci se zaměřuje Friedlová a nabádá k orální stimulaci dětí, jež se po narození začaly vyživovat sondou, protože bez tohoto opatření by došlo k úplnému vymizení sacího reflexu. (2,3)

Stav vědomí se dá u dětí posoudit právě aktivitou úst, ústa jsou přirozeně zavřená, ale při postiženém vnímání se ústa otevírají, čímž dochází k vysychání dutiny ústní a sliznic. Jakmile je dětský klient bez komplikací, nejsou určeny žádné standardy pro zvláštní péči o dutinu ústní až do 6. měsíce, tj. v období, kdy v dutině ústní začnou růst zuby a dítě je odkázáno na pomoc jiných. (13,11)

Za úspěšný cíl orální stimulace pokládáme znalost vjemů svých úst a znalost naší reakce na daný podnět. Vnímání můžeme stimulovat tak, že se snažíme zvýšit svalový tonus v dutině ústní. Tento druh stimulace můžeme provádět jako samostatný ošetřovatelský postup nebo může sloužit jako pomůcka před přísunem stravy.

S orální stimulací můžeme kombinovat péči o dutinu ústní a případný nácvik polykacího reflexu. Snažíme se začínat obličejovou částí hlavy, kde dochází k následné stimulaci slinných žláz a tím je příprava na příjem stravy ještě efektivnější. Orální stimulace slouží jako zprostředkovatel vjemů a stimulace vnímání. Aplikujeme ji také u pacientů s poruchami příjmu potravy. (16)

Každá stimulace je provázena určitými postupy. Před zahájením orální stimulace je vhodné, aby pacient nebyl příliš unaven, zároveň byl směřován do takové polohy, aby všechny počitky dobře akceptoval. Hlavu pacienta nezakláníme, pozice by měla být úměrná dané stimulaci, kterou aplikujeme. Při krmení pacienta vždy posadíme, pozice

ošetřujícího personálu by měla být přímo naproti pacientovi, ale lžící pacientovi nikdy nepřikládáme zpřímá, volíme směr do jedné strany úst. K dokonalejší orální stimulaci chutí je vhodné znát pacientovo oblíbené jídlo a chutě, které považuje za příjemné. Nebezpečím, které pacientovi hrozí při krmení, je reflux jícnu. Dokážeme mu předejít jednoduchým úkonem a to tak, že pacienta po skončení krmení necháme ještě 30 minut sedět. Nesmíme zapomínat, že dutina ústní je velmi intimní oblast těla a jakýkoliv nepříjemný podnět, nebo dokonce násilný vstup mohou vyvolat až stresující pocity u pacienta a zmařit celý stimulační proces, který byl do té doby zcela úspěšný. (3)

V souvislosti s neotvíráním úst Měrková s Budíkovou apelují na první zahájení komunikace s pacientem za pomoci iniciálního doteku. Připomínají dostatečné stimulování slinných žláz, popřípadě jemnou stimulaci rtů. Významný účinek může mít pouhý dotek ošetřujícího personálu v oblasti hlavy a následné užití protitlaku, kdy jednou rukou působíme tlak v oblasti hlavy a druhou rukou působíme stejný tlak v místě brady. Následně dochází k uvolnění a pacient ve většině případů otevře ústa sám. (11)

K orální stimulaci jsou nejčastěji využívány štětičky zakončené molitanem nebo vatou. Samotná vata ve formě tampónu zachycena v pinzetě, nebo peánu, vzbuzuje u klienta nežádoucí reakce. Dále se dají využít „cucací“ váčky, kdy se použije gáza, ze které se vytvoří váček naplněný kouskem oblíbené stravy pacienta. Ten je následně namočen do minerální vody a pevně uložen do koutku pacientových úst. (3)

1.5.4 Olfaktorická stimulace

Olfaktorická, nebo-li čichová stimulace zprostředkuje orientaci v dané situaci a evokuje emoční prožitky. (1)

Správně prováděnou olfaktorickou stimulaci můžeme provádět až po důkladném seznámení s autobiografickou anamnézou. Pacientovi poskytujeme důvěrně známé vůně, které navozují pozitivní či negativní vzpomínky. Olfaktorickou stimulaci lze často propojit se stimulací orální, neboť spolu úzce souvisí.

Každý člověk je rozdílný a tím i rozdílně vnímá určité vůně, pachy a na základě toho má své oblíbené a neoblíbené vůně. (9)

K tomu dodává Friedlová, že vůně nám asociují vzpomínky, určité situace a období. Vůně kávy naznačí, že je ráno, vůně pečeného cukroví připomíná vánoce nebo parfém vyvolá vzpomínky na známé osoby atd. Vítková upozorňuje, že při využívání stejných olfaktorických stimulů si pacient na tyto stimuly zvykne a tím se stimul stává neúčinný. (18,9)

Do této kategorie dle Měrkové s Budíkovou, lze zahrnout také aromaterapii, která působí pozitivně na psychickou i fyzickou stránku pacienta, následně působí úlevu při zátěži, posiluje imunitu a do velké míry ovlivňuje stres. Tato metoda využívá přírodní éterické oleje extrahované z různých druhů rostlin. Může působit preventivně, ale má své použití i v akutních stavech, protože některé oleje mají antibakteriální, antiseptické a protivirové účinky. Způsoby aplikace jsou rozmanité, dají se použít jak ke koupeli, tak k masáži, ale i k inhalaci. (11)

1.5.5 Taktilně – haptická stimulace

Cílem taktilně – haptické stimulace je zaměřit se na efektivní stimulaci psychicky nemocných pacientů a pacientů s pohybovým omezením. Hlavní schopností lidské ruky je rozpoznávání předmětů. Dotekem pacient získává zkušenosti, které se poté uchovávají v paměti. U hyperaktivních a neklidných pacientů jsou ruce velmi aktivní a zkoumají vše, na co lze dosáhnout. Proto dochází k vytažení katétrů, vytahání prostěradla, či povlečení, nebo k poklepávání do matrace. (2)

Taktilně - haptickou stimulací jsou pacienti motivováni, aby nahmatali to, co cítí kolem sebe i na vlastním těle, odhalili, co potřebují a tím uspokojili potřebu aktivity. Pacienti se vždy snaží předměty dotekem analyzovat a následně někam zařadit, ale většinou jsou pro ně neznámé, proto vyvolávají pocit nejistoty a obavy. (1)

Pomůcky, které se využívají k taktilně – haptické stimulaci, by měly být pro pacienta známé. Mohou to být předměty z denního života, jako jsou vlastní hrneček na kávu, sklenička, klíče, mobilní telefon nebo vlastní hygienické potřeby z domova, například žínka, ručník, sprchový gel. Vhodné je použít předměty, které potřeboval pacient v zaměstnání - učitel psal křídou, programátor pracoval na klávesnici. Chceme-li vyvolat vzpomínky na rodinu, nabídneme pacientovi terapeutickou panenku s instalovanými moduly zvuku srdeční činnosti, nebo moduly s rozmanitými druhy vůní. (15)

2 NEODKLADNÁ PÉČE

2.1 Přednemocniční neodkladná péče

Definice přednemocniční péče nalezneme v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dle § 3 znění: *„Přednemocniční neodkladnou péčí se rozumí neodkladné péče, která je pacientovi poskytována na místě vzniku zvažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života a také během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče“.* (28)

2.2 Nemocniční neodkladná péče

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, definuje v § 5 čtyři druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí, kam patří neodkladná péče, jejíž účelem je zamezit, nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. (28)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Formulace problému

Bazální stimulace je velmi náročná metoda, která patří mezi oblíbené koncepty v ošetrovatelské péči. Tento koncept podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti klienta. Hlavní cíl Bazální stimulace je přizpůsobení se životní situaci pacienta, ve které se nachází a podpořit jeho vývoj. V současnosti se Bazální stimulace využívá v sociálních službách, klinické praxi a v domácí péči. Aby aplikace konceptu byla úspěšná, je nutné mít určité znalosti o tomto konceptu. Tyto vědomosti a praktické dovednosti lze získat pomocí akreditovaných vzdělávacích programů Bazální stimulace.

Praktická část se zabývá využitím bazální stimulace v Mulačově nemocnici, s.r.o. v Plzni.

3.2 Cíle práce

Cíl 1: Popsat péči o pacienta ve vigilním komatu metodou bazální stimulace.

Cíl 2: Zjistit zda koncept bazální stimulace považuje zdravotnický personál Mulačovy nemocnice za přínosný.

Cíl 3: Zjistit nejpoužívanější prvky bazální stimulace využívané v ošetrovatelské péči o pacienta v Mulačově nemocnici.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Považuje zdravotnický personál Mulačovy nemocnice koncept bazální stimulace za přínosný?

Výzkumná otázka 2: Jsou v Mulačově nemocnici základní prvky bazální stimulace zároveň těmi nejvyužívanějšími?

4 METODIKA

4.1 Vzorek respondenta

Ke zpracování praktické části jsme oslovili dva lékaře a čtyři všeobecné sestry, kteří mají zkušenosti s péčí o pacienta s apalickým syndromem. Vzorek respondentů byl vybrán ze zaměstnanců Mulačovy nemocnice v Plzni. Sběr dat byl prováděn po dobu 35 dnů. Do kazuistiky jsme zvolili ženu ve věku 43 let, která byla po třech týdnech diagnostikována jako pacientka s podezřením na vigilní kómatu a převezena k následné péči do Mulačovy nemocnice v Plzni. (21)

Rozhovory

4.2 Metodika kvalitativního výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl veden s lékařským i nelékařským zdravotnickým personálem Mulačovy nemocnice, s.r.o. v Plzni. Celkem bylo položeno 10 otázek. Dotazovaní měli možnost se zeptat, pokud otázce nerozuměli. Rozhovor byl se souhlasem respondentů zaznamenán na diktafon a následně přepsán.

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl realizován na vzorku 2 lékařských a 4 nelékařských zdravotnických pracovníků z Mulačovy nemocnice v Plzni. Kritériem pro výběr respondentů bylo podílení se na léčbě či ošetrovatelském procesu u klienta s diagnózou apalického stavu. Každý rozhovor trval 15-20 minut. Zkoumaný soubor tvořili 1 muž a 5 žen ve věkovém rozmezí 24 – 51 let s rozdílnou délkou pracovního poměru v Mulačově nemocnici.

5 VÝSLEDKY

5.1 Rozhovory s lékařským zdravotnickým personálem

Rozhovory probíhaly v komplexu Mulačovy nemocnice v Plzni na interním oddělení. Byl proveden záznam na diktafon a respondenti byli informováni o praktické části této bakalářské práce.

Respondent č. 1 (R1)

Dotazovanou je lékařka ve věku 35 let pracující na interním oddělení Mulačovy nemocnice v Plzni.

Otázka č. 1: „Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?“

„Tento koncept je mi znám a u nás ho využívá především nelékařský ošetrující personál. Dle mého názoru se jedná o funkční koncept.“

Otázka č. 2: „Myslíte, že je tento koncept přínosný pro pacienta?“

„Myslím, že rozhodně ano, s vigilním komatem a aplikací bazální stimulace jsem se setkala v předchozím zdravotnickém zařízení, kde jsem byla zaměstnána, a byly vidět pokroky.“

Otázka č. 3: „Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?“

„Právě v předchozím zdravotnickém zařízení jsem byla ošetrujícím lékařem u pacienta, kterému bylo diagnostikováno vigilní koma. Sice jsem se přímo nepodílela na bazální stimulaci, ale snažila jsem se dodržovat komunikaci a iniciální dotek, který byl zapsán v dokumentaci.“

Otázka č. 4: „Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?“

„Nejsem přímo ošetrujícím personálem, který aplikuje tento koncept, má na mě vliv pouze jako na pozorovatele. I když mé pozorování je zpříjemněno, jakmile jsou viditelné pokroky díky tomuto konceptu.“

Otázka č. 5: „Máte důvěru v tento koncept?“

„Důvěru mám v personál, který tento koncept uvádí v život a je schopen do něj zapojit i rodinu, ale sama vím, že i na tento koncept jsou zapotřebí určité podmínky a vybavení.“

Otázka č. 6: „Myslíte, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?“

„Myslím, že určitě ano, protože pacientů přibývá. Zároveň se snažíme zkvalitňovat lékařské služby, ať využíváním nových postupů, či přístrojů. Je podle mě důležité, aby docházelo k rozvoji všude. Lidé si totiž vyžadují stále lepší, širší a komplexnější péči a tam bazální stimulace patří také.“

Otázka č. 7: „Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?“

„Vzdělávání u zdravotnického personálu probíhá celý život. Navíc tento koncept je náročnější a v budoucnu bude častěji vyžadován. Takže každý by měl mít z tohoto konceptu základ. Víím, že kurz bazální stimulace není nejlevnější záležitost a proto nelze personálu přikázat, aby se ho účastnil.“

Doplňující otázka: „Myslíte si, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?“

„Když dělám něco navíc, tak bych měla být i lépe ohodnocena. Jako vhodné řešení považuji úhradu kurzu od zaměstnavatele.“

Otázka č. 8: „Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?“

„Reálné to je, ale nevěřím, že dnešní doba poskytuje tolik času, aby se na péči osoba blízká mohla podílet významným způsobem.“

Otázka č. 9: „Myslíte si, že by bylo pro ošetrující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?“

„Myslím, že rodina by se v takové situaci měla angažovat, vždy může něčím přispět. Předpokládám, že v budoucích dvaceti letech, se tato péče bude muset přesunout do domácího prostředí a to nejen z důvodu ekonomického. Zde by se mohlo využívat ambulantní asistence.“

Otázka č. 10: „Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?“

„Bylo by vhodné aby bazální stimulace byla využívána, protože je to další stupeň rozvíjení ošetrovatelské péče. Ale dle mého názoru není vhodné bazálně stimulovat pacienta, kde není vidět po čtyřech měsících výsledek, nebo pacienta v terminálním stádiu s paliativní léčbou, tam podle mě není co stimulovat. Nebo spíš tam ta stimulace prostě nemá smysl.“

Respondent č. 2 (R2)

Druhý respondent je lékař ve věku 51 let pracující na interním oddělení Mulačovy nemocnice v Plzni. Dříve pracoval ve zdravotnickém zařízení v Praze

Otázka č. 1: „Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?“

„O tomto konceptu poslední dobou slychávám častěji. Jako lékař tento způsob rozšířené péče určitě podporuji.“

Otázka č. 2: „Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?“

„Samozřejmě, jakákoliv nadstandardní péče je pacientovi příjemná a pocit komfortu působí příznivě na pacientův stav.“

Otázka č. 3: „Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?“

„Jsem lékař a sám tento koncept neaplikuji. Oceňuji, když se ošetřující personál angažuje a proto, když vím, že s pacientem takto pracují, nekazím jim to. Znal jsem jednu sestřičku, která v předchozím zdravotnickém zařízení aplikovala bazální stimulaci i zápisem do dokumentace. Po přečtení jsem věděl, kde má pacient určené místo na iniciální dotek a snažil jsem se dodržovat stanovené místo, abych nenarušil snažení ošetřujícího zdravotnického personálu.“

Otázka č. 4: „Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?“

„Mě tento koncept ovlivňuje ve fázi, kdy vidím pokroky u pacienta.“

Otázka č. 5: „Máte důvěru v tento koncept?“

„Mám, je to další nová metoda, a pokud vím tak je už spousta specializovaných zařízení, ve kterých je bazální stimulace součástí denní péče.“

Otázka č. 6: „Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?“

„Podle mě se tak již děje, i některé nemocnice v Plzni mají certifikát bazální stimulace.“

Otázka č. 7: „Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?“

„Tak to je předpoklad každého zdravotníka, že se bude vzdělávat celoživotně. Ale zase opravdu zapálení jedinci pro bazální stimulaci mají možnost kurzu bazální stimulace a tím se realizovat. Protože ne každý je tolik zapálen do této rozšířené péče.“

Doplňující otázka: „Myslíte, že by pracovník, který by chtěl takový kurz absolvovat, měl by být ohodnocen lépe než jeho kolegové?“

„Určitě ano, protože jak říkám je to práce navíc“

Otázka č. 8: „Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?“

„Z mého pohledu je podpora od rodiny nenahraditelná. Je důležitá u jakékoliv diagnózy a u vigilního komatu je nejen vhodné, ale řekl bych nutné, zařadit příbuzné do péče. Samozřejmě v rámci jejich možností.“

Otázka č. 9: „Myslíte, že by bylo pro ošetřující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?“

„Vhodné je to rozhodně pro pacienta a pro ošetřující personál přínosné.“

Otázka č. 10: „Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?“

„Je důležité každému pacientovi poskytnout kvalitní péči.“

5.2. Rozhovory s nelékařským zdravotnickým personálem

Respondent č. 3 (R3)

Všeobecná sestra ve věku 42 let. Ve zdravotnictví pracuje 17 let. Dříve pracovala jako všeobecná sestra na dlouhodobé intenzivní péči v Horažďovicích. Poté přešla do Mulačovy nemocnice, nyní pracuje osmým rokem na centrální jednotce intenzivní péče Mulačovy nemocnice v Plzni.

Otázka č. 1: „Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?“

„Význam bazální stimulace považuji za přínosný a velmi důležitý.“

Otázka č. 2: „Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?“

„Rozhodně. Pacient má šanci díky bazální stimulaci zlepšit své schopnosti vnímání všech vjemů z okolí.“

Otázka č. 3: „Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?“

„Mám ty nejlepší zkušenosti, jelikož můj vlastní otec byl po mozkové mrtvici v komatu a díky bazální stimulaci, která mu byla prováděna v nemocnici a ve které pokračovala matka, se z něj stal člověk částečně soběstačný.“

Otázka č. 4: „Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?“

„Určitě, měl by mu být věnován větší prostor a zdravotnický personál by měl být početnější, aby každá sestra měla na starosti maximálně 2 pacienty, kterým by se mohla plně věnovat a prostředky bazální stimulace plně využívat.“

Otázka č. 5: „Máte důvěru v tento koncept?“

„Na základě vlastních zkušeností mám a myslím, že ve zdravotnických zařízeních by měl mít větší prostor a rozhodně by do něj měla být zařazena i canisterapie.“

Otázka č. 6: „*Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?*“

„Už jsem odpovídala, že ano a mělo by být více specializovaných zařízení přímo na bazální stimulaci.“

Otázka č. 7: „*Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?*“

„Na specializovaných odděleních by se na tuto situaci měl ošetrovatelský personál vybavit potřebnými znalostmi.“

Doplňující otázka: „*Myslíte, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?*“

„Určitě ano, protože na sobě pracuje, vzdělává se, což je důvod k ocenění.“

Otázka č. 8: „*Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?*“

„Pokud je to možné preferovala bych zapojení rodinných příslušníků, ale z vlastní zkušenosti vím, že i když má rodina chuť se zapojit, nemá tolik času, aby se mohla nějak intenzivněji podílet na dané péči. Musím být spravedlivá a vyzdvihnout blízké pacientů v pokročilém věku, kteří jsou v důchodu a ve většině případu docházejí velmi často.“

Otázka č. 9: „*Myslíte si, že by bylo pro ošetřující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?*“

„Dle mého názoru je to přínosné hlavně pro zdravotnický personál. V přítomnosti příbuzných se dá získat velké množství informací a to nejen díky verbální komunikaci, ale i díky neverbální komunikaci, která se týká i pacienta. Ošetřující personál může ze svého pozorování zjistit hlavně pozitivní reakce pacienta na určité podněty od rodiny a sám je poté používat při bazální stimulaci. Beze sporu je inspirativní i pro příbuzné vidět, jakou péči poskytuje ošetrovatelský personál, je to vzájemné, rodinný příslušník se může učit i od ošetrovatelského personálu.“

Otázka č. 10: „*Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?*“

„Z lidského hlediska by měl mít každý nárok na využití tohoto konceptu.“

Respondent č. 4 (R4)

Zdravotnický asistent ve věku 25 let, studující první ročník bakalářského studia obor všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje dva roky na oddělení intenzivní péče.

Otázka č. 1: „Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?“

„Myslím si, že samotný koncept je dobrou metodou. Ale asi je třeba ho v našich českých podmínkách zdokonalit, provádět studie a více ho propagovat, což je samozřejmě velice složité, neboť je předmětem konceptu vnímání a komunikace.“

Otázka č. 2: „Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?“

„Nevím, jak moc je tento koncept přínosný v oblasti komatózních stavů, ale v oblasti geriatrických pacientů, či pacientů dezorientovaných a neklidných přínosný tento koncept určitě je a díky dalším výzkumům a zkušenostem se i časem bude zdokonalovat.“

Otázka č. 3: „Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?“

„Dosud žádné.“

Otázka č. 4: „Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?“

„Vzhledem k tomu, že jsem se s tímto konceptem ještě v práci nesečkala, nemohu posoudit jeho vliv na mou osobu. Myslím, že tento koncept obohacuje pacienta a tím i ošetrovatelský personál“

Otázka č. 5: „Máte důvěru v tento koncept?“

„Věřím, že jakýkoliv posun v péči o pacienty je důležitý a prospěšný.“

Otázka č. 6: „Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?“

„Mělo by se vytvořit více specializovaných oddělení, kde by bylo prioritou starání se o tyto pacienty. Na oddělení kde se tito pacienti vyskytují sporadicky, nepokládám rozšíření za důležité, neboť tamní personál má svá ošetrovatelská specifika a nemůže stíhat vše.“

Otázka č. 7: „*Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?*“

„Pokud pracují na oddělení s těmito pacienty, tak ano.“

Doplňující otázka: „*Myslíte si, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?*“

„Ne, každé zdravotnické zaměření má svá specifika.“

Otázka č. 8: „*Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?*“

„Nevím, jestli reálné, ale určitě by to bylo vhodné a prospěšné. V dnešní uspěchané době bude zajisté problém v otázce času.“

Otázka č. 9: „*Myslíte, že by bylo pro ošetřující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?*“

„Bylo by to určitě lepší a to nejen pro personál, ale hlavně pro samotného pacienta, který by mohl na své blízké reagovat kladněji. Pro personál by to znamenalo i více času, který by mohli věnovat ostatním pacientům a dalším potřebným výkonům.“

Otázka č. 10: „*Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?*“

„Myslím si, že každý by měl tuto možnost mít, otázkou je, zda-li je na to příslušné oddělení vybaveno.“

Respondent č. 5 (R5)

Všeobecná sestra ve věku 51 let, která pracuje na interním oddělení v Mulačově nemocnici v Plzni 3 roky. Dříve pracovala jako sestra na neurologickém oddělení v Praze.

Otázka č. 1: „*Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?*“

„Velmi přínosné, má sestra byla ve vigilním komatu a její muž se o ni staral a byli vidět určité pokroky.“

Otázka č. 2: „Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?“

„V každém případě je velice přínosný, každý dotek znamená podporu. Je to v každém zakódované. Malé děti, když mají strach, chytanou se maminky za ruku, dospělým dává sílu a podporu objetí. A jelikož je to v nás od narození, že dotyk znamená podporu, tak u pacienta ve vigilním komatu je zapotřebí poskytnout hodně podpory, všemi možnými prostředky.“

Otázka č. 3: „Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?“

„Má vlastní sestra byla ve vigilním komatu a každý krůček byl viditelný.“

Otázka č. 4: „Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?“

„Každé zlepšení stavu pacienta je přínosné pro personál.“

Otázka č. 5: „Máte důvěru v tento koncept?“

„Určitě, je to obrovský přínos pro pacienta a následnou léčbu. Velmi vhodný, ale časově náročný koncept.“

Otázka č. 6: „Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?“

„Vztah k tomuto konceptu by se měly naučit mít všechny sestry.“

Otázka č. 7: „Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?“

„Zdravotničtí pracovníci se vzdělávají celoživotně a myslím si, že zanedlouho bude i tento koncept zařazen do celoživotního vzdělávání.“

Doplňující otázka: „Myslíte si, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?“

„Pokud by využíval většinu prvku bazální stimulace, pravidelně by je aplikoval u předem stanoveného pacienta, tak nevidím důvod, proč by neměl být ohodnocen lépe než ostatní. Kdyby využíval jen nárazově, bez jakéhokoliv plánu a bazální stimulace by nebyla obsahově naplněna, tak by ohodnocení nebylo na místě.“

Otázka č. 8: „*Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?*“

„Pouze v případech že je tam možnost ze strany osob blízkých.“

Otázka č. 9: „*Myslíte si, že by bylo pro ošetřující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?*“

„Dle mého názoru je zde spolupráce nutná.“

Otázka č. 10: „*Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?*“

„Bylo by vhodné, kdyby všichni, kdo jsou ve tmě a mají strach, měli někoho, kdo by je chytil za ruku, vedl je ke světlu.“

Respondent č 6 (R6)

Všeobecná sestra ve věku 47 let, pracuje jako vedoucí sestra na interním oddělení v Mulačově nemocnici v Plzni.

Otázka č. 1: „*Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?*“

„Myslím si, že je to velmi prospěšná metoda, ale zároveň si myslím, že je všeobecně malá znalost tohoto konceptu.“

Otázka č. 2: „*Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?*“

„Bezespору, tento koncept je zaměřen na člověka jako celek. Tím se snaží podporovat pacienta na biopsychosociální rovině.“

Otázka č. 3: „*Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?*“

„Byla jsem ošetřující sestra pacienta ve vigilním komatu. Nemám kurz bazální stimulace, ale tento koncept mě zajímá. Proto jsem se snažila s tímto pacientem komunikovat, oslovovala jsem ho křestním jménem. Využívala jsem iniciální dotek, při rehabilitaci jsem byla přítomna. Poprosila jsem rodinu, aby přinesli dvě fotografie, které jsem umístila do pacientova zorného pole. Dále rodina přinesla oblíbený sprchový gel, kterým jsem pacienta myla. A v rámci polohování jsem se snažila aplikovat alespoň polohu zvanou mumie.“

Otázka č. 4: „*Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?*“

„Na mě bazální stimulace působila pozitivně, jelikož při její aplikaci jsem postupem času viděla úspěchy.“

Otázka č. 5: „*Máte důvěru v tento koncept?*“

„Věřím v tento koncept. Sama jsem se s ním snažila pracovat na řekněme amatérské úrovni a i přesto jsem viděla výsledky.“

Otázka č. 6: „*Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?*“

„Určitě by se měl tento koncept dostat více do povědomí ošetřujícího personálu.“

Otázka č. 7: „*Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?*“

„Nemyslím si, že všichni zdravotničtí pracovníci se setkávají s pacientem, který tento koncept potřebuje. Ovšem na oddělení, kde je bazální stimulace vyžadována, by bylo vhodné mít přímo specializovaného pracovníka na bazální stimulaci, který by vedl bazální stimulaci, soustředil se i na začlenění rodiny do bazální stimulace a případnou spolupráci s ošetřujícím personálem.“

Doplňující otázka: „*Myslíte si, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?*“

„Kdyby se to týkalo specializovaného pracovníka, tak určitě ne. Ale když se jedná o jedince tak myslím, že by bylo vhodné uhrazení kurzu od zaměstnavatele.“

Otázka č. 8: „*Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?*“

„Jsou okamžiky, kdy to možné je a kdy ne. Někteří příbuzní pacientů na tom po zdravotní stránce nejsou nejlépe, jiní opravdu nejeví zájem pomáhat a to ošetřující personál bohužel neovlivní.“

Otázka č. 9: „Myslíte, že by bylo pro ošetrující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?“

„Je-li to alespoň trochu možné, tak by se příbuzní měli zúčastnit bazální stimulace. Působí pro pacienta jako velmi důležitý stimul, který se nedá ničím a nikým jiným nahradit.“

Otázka č. 10: „Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?“

„Podle mě je vždy úkolem zdravotnického personálu poskytnout kvalitní a komplexní péči.“

5.3 Analýza výsledků

Na základě provedených rozhovorů jsem se pokusila vyhodnotit přístup i názor jednotlivých respondentů. Hodnocení je mým subjektivním názorem, utvořeným na základě získaných rozhovorů

První otázka měla za cíl zjistit, co si respondenti myslí o konceptu bazální stimulace a jaký k němu mají postoj. Všichni respondenti mají kladný vztah k tomuto konceptu a považují ho za přínosný a bude do budoucna nejen potřebný, ale i vyhledávaný. Avšak dvě respondentky projevily obavu, že tento koncept není dostatečně propagován.

Druhá otázka měla od respondentů zjistit, zda je dle jejich názoru tento koncept přínosný pro pacienta. Všichni respondenti se jednoznačně shodují na přínosu bazální stimulace.

Třetí otázka se zaměřuje na míru zkušeností s bazální stimulací. Tři z šesti respondentů mají zkušenosti s aplikací bazální stimulace, i když ani jeden z respondentů nemá kurz bazální stimulace.

Čtvrtá otázka má za úkol zjistit, zda tento koncept ovlivňuje samotné respondenty a okolní zdravotnický personál. Dva respondenti uvedli, že se přímo nepodílí na aplikaci bazální stimulace. Proto na ně nepůsobí v takovém rozsahu jako na ošetřující personál. Oba lékařští respondenti uvedli, pozitivní vliv pouze v okamžiku, kdy jsou viditelné pokroky u pacienta. Oproti tomu zbývající čtyři respondenti, kteří mají možnost pracovat s tímto konceptem, pozitivně hodnotí velkou podporu psychické stránky pacienta, kterou bazální stimulace nabízí.

Pátá otázka má za úkol zjistit, zda mají respondenti důvěru v tento koncept. Všichni respondenti věří, že koncept bazální stimulace je vhodný, přínosný a prospěšný. Jeden z respondentů poukázal i na zapojení zooterapie, konkrétně canisterapie do bazální stimulace.

Šestá otázka zjišťuje názor na zapojení bazální stimulace do ošetrovatelského procesu. Většina respondentů odpovídá, že určité povědomí o tomto konceptu by měl mít každý zdravotnický personál. Dva respondenti jsou názoru, že pro tento koncept by mělo být založeno samostatné pracoviště se specializovanými pracovníky.

Sedmá otázka se zabývá sebevzděláváním pracovníků v konceptu bazální stimulace. Všichni respondenti jsou názoru, že každý zdravotnický pracovník by se měl vzdělávat celoživotně. Tři respondenti, ale byli názoru, že by se v konceptu bazální stimulace měl angažovat hlavně pracovník, který pracuje na oddělení, kde se může s tímto specifickým pacientem setkat.

Doplňující otázka byla zodpovězena ve dvou případech v rámci otázky č. 7. Týká se ohodnocení pracovníka, který by úspěšně ukončil kurz bazální stimulace a na základě svého certifikátu provozoval bazální stimulaci, zda-li by měl být ohodnocen lépe, než jeho kolegové. Pouze jeden respondent si myslí, že každé oddělení má svá specifika a proto by pracovník poskytující bazální stimulaci neměl být lépe ohodnocen. Zbylých pět respondentů, ale zastává názor, že každá práce a iniciativa by měla být ohodnocena. Dva z těchto pěti respondentů považují za vhodné proplacení kurzu bazální stimulace a zbylí tři respondenti vidí jako vhodné navýšení osobního ohodnocení.

Osmá otázka byla zaměřena na názor respondentů, zda-li je podle jejich názoru reálné zařadit osoby blízké do ošetrovatelského procesu pacienta. Respondenti vždy poukazují na otázku času, zdravotního stavu a ekonomické situace. Respondenti z řad lékařů nepovažují za reálné zapojení osob blízkých do ošetrovatelského procesu. Avšak respondenti z nelékařského zaměření, věří, že i malá výpomoc od osob blízkých je přínosná a působí pozitivně.

Devátá otázka se týká možnosti zapojení rodinných příslušníků do bazální stimulace a vliv tohoto zapojení rodiny na ošetřující personál. Všichni respondenti jednotně odpovídají, že zapojení rodiny je nejen přínosné, ale i velmi vhodné. Nejen pro personál, který díky rodinným příslušníkům může získat spoustu informací, které jsou potřebné pro bazální stimulaci. Ale i pro rodinné příslušníky, kteří se mohou podílet na samotném zlepšení stavu pacienta. Jak podotkla jedna respondentka: „Příbuzní působí sami jako jeden velký stimul, který se nedá ničím a nikým nahradit.“

Desátá otázka měla za úkol zjistit subjektivní názor na poskytování bazální stimulace. Pouze jeden respondent si myslí, že není vhodné využívat bazální stimulaci u pacientů v terminálním stádiu a u pacientů, kteří jsou v hluboké sedaci. Dalších pět respondentů se shoduje, že každé zdravotnické zařízení by mělo v rámci vlastního zázemí pacientovi poskytnout kvalitní a komplexní péči, jejíž součástí je i bazální stimulace.

5.4 Kazuistika

Žena 43 let byla přivezena zdravotnickou záchrannou službou po aspiraci žaludečního obsahu a následné KPR. Vznik tohoto stavu byl zapříčiněn suicidálním pokusem intoxikací sedativy v kombinaci s větším množstvím alkoholu. Klientka byla převezena na jednotku intenzivní metabolické péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. Po 3 týdnech bylo vyjádřeno podezření na vigilní koma a poté byla klientka převezena k následné péči do Mulačovy nemocnice. Překlad do Mulačovy nemocnice byl indikován po domluvě lékařů s cílem stabilizace pacienta a následné observace.

Stanovené cíle

Poukázat na důležitost

- Ošetrovatelské péče v Mulačově nemocnici
- Komunikace mezi zdravotníky
- Vlastní iniciativy pracovníků při aplikaci bazální stimulace
- Spolupráce s rodinou při aplikaci bazální stimulace

Anamnéza

Žena 43 let, bez febrilie, normotenzní, normosaturované, TF 95/min, s diagnózou perzistentní vegetativní stav. Přijata na centrální jednotku intenzivní péče Mulačovy nemocnice s.r.o. v Plzni.

Odběr anamnézy byl proveden za pomoci rodinných příslušníků v předchozím zdravotnickém zařízení (FN Plzeň Lochotín)

Rodinná anamnéza (RA): Žije se svojí rodinou v rodinném domě

Osobní anamnéza (OA): Léčena pro vysoký tlak (prestarium), běžná dětská onemocnění, operace – apendektomie, úrazy 0, kouření dlouhodobé 10 cigaret za den, drogy 0, alkohol 0

Pracovní anamnéza (PA): pojišťovací agent

Alergická anamnéza (AA): neguje

Lékařské diagnózy

I460 Stav po srdeční zástavě po aspiraci potravy s úspěšnou resuscitací

J690 Oboustranná aspirační pneumonie

G968 Mozková hypoxie

R402 Coma vigile, apalický syndrom

Katamnéza

Žena 43 let byla přijata na oddělení centrální jednotky intenzivní péče mulačovy nemocnice, pro obraz apalického syndromu s kolísáním vigility a s kvadruparézou. Pacientka má zavedenou tracheostomickou kanylu a je napojena na umělou plicní ventilaci, snaha o weaning, GSC 6 se zavedeným PVK, PEG, PMK. Okamžikem přeložení pacienta na oddělení centrální jednotky intenzivní péče Mulačovy nemocnice se rozšiřuje ošetrovatelská péče o prvky z konceptu bazální stimulace, které doposud nebyly aplikovány. Je důležité přesné předávání informací a postupu, hlavnímu ošetřujícímu personálu aby docházelo k návaznosti a tím pádem i přínosu konceptu bazální stimulace. Je vhodné zapojit rodinné příslušníky nejen za účelem sběru informací, ale poskytnout možnost se podílet na zlepšení stavu pacienta.

Pacientka se snaží fixovat pohled na personál, dochází však k rychlému nástupu únavy a v době návštěv za přítomnosti rodinných příslušníků usíná. Rodina byla informovaná o stavu a diagnóze pacientky už v předchozím zdravotnickém zařízení. Pacientka je polohována a je nastaven rehabilitační plán. Ošetřující sestra vypomáhá při rehabilitaci a aplikuje základní prvky bazální stimulace za pomoci využití polohovacích klínů, čtverců a míčků. Snaha o udržení pasivního rozsahu hybnosti. Po příchodu manžela se synem pacientka stiskne ruku manželovi a manžel reaguje přivoláním ošetřující sestry. Ošetřující sestra opět informuje o stavu pacientky, ale zároveň zjišťuje, jaké vjemy byly příjemné pro pacientku. Manžel měl z přístupu sestry velmi dobrý pocit a chtěl se podílet na jakékoliv pomoci. Přinesl oblíbený parfém, fotografie rodiny a preferovaný nápoj. Informoval ošetřující sestru o denním režimu pacientky i o jejím hudebním vkusu. Při této spolupráci docházelo u pacientky k viditelnému zlepšení, časový interval fixace očí se prodloužil, únava klientky nepřicházela tak brzy a v noci dokázala plně odpočívat. Během druhého měsíce spolupráce dochází k úspěšnému weaningu, GSC 9. Manžel pacientky byl svojí spoluúčastí a prospěšností potěšen. Začal se informovat a rozhodl se, že se pokusí

přesunout manželku do zařízení přímo uzpůsobeného pro klienty s diagnózou jakou trpí jeho manželka.

Analýza

Péče o pacienta ve vigilním komatu zahrnuje:

- Důkladnou ošetrovatelskou péči propojenou s konceptem bazální stimulace
- Přesné předávání informací o pacientovi dalšímu ošetrujícímu personálu
- Včasné zahájení konceptu bazální stimulace
- Asertivní chování a vhodné edukační schopnosti při jednání s rodinnými příslušníky

Interpretace

Pacienti s apalickým syndromem a nepříznivou prognózou mohou na nelékařské zdravotnické pracovníky působit sníženou motivací k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Protože u pacientů ve vigilním komatu nejsou pokroky znatelné po první aplikaci konceptu bazální stimulace, ale jedná se o dlouhodobý proces. Právě při dlouhodobé aplikaci bazální stimulace může dojít k úplnému, nebo alespoň k částečnému zlepšení stavu. Toto zlepšení může mít znatelný vliv na kvalitu budoucího života.

Průběh onemocnění

Pacientka byla přeložena po 30 dnech z metabolické jednotky intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Plzeň, kde byla zavedena tracheostomická kanyla a z důvodu následné péče transportována za pomoci ZZS do Mulačovy nemocnice. Přeložení proběhlo na základě domluvy lékařů a rodinných příslušníků. Diagnóza při přeložení je obraz apalického syndromu s kolísáním vigility, kvadruparézou. Důvod překlada je následná péče, stabilizace pacienta, celkový weaning a následná observace.

1.- 3. den hospitalizace

Pacientka otevírala oči na vyzvání, cílené pozorování probíhá několik sekund. Na algický podnět reaguje decerebračním pohybem končetin, výzvě nevyhoví. Pro podporu diurézy předepsán furosemid i.v., pacientka má zaveden PMK. Pacientka má zaveden PEG, okolí rány je klidné a sterilně ošetřené. Přes den pacientka spontánně ventiluje, saturace 96%, na noc dle stavu ventilační režim CPAP.

Polykací reflex aktivován v předchozím zařízení, dochází k postupnému navyšování dávek, primární výživa probíhá přes PEG. Pacientka nezvrací, vyskytuje se přítomnost průjmovité stolice, řešení problému probíhá pomocí farmak a zvýšení hygienické péče a ošetřování pokožky v oblasti perinea s použitím jednorázových ochranných pomůcek. Sledujeme frekvenci vylučování a konzistenci stolice.

Monitorace EKG, SpO₂, TK a TF po jedné hodině, dále sledujeme dechovou aktivitu, TT po 12 hodinách a glykémii 2 krát denně, bilance tekutin po 12 hodinách. Pacientka je normotermická. Pravá HK ve spastické kontraktuře, levá paretická, vnitřní rotace obou dolních končetin, pravá DK spastická. V okolí zavedené kanyly se objevilo zarudnutí způsobené alergickou reakcí na náplast. Zarudnutí bylo ošetřeno a byl použit jiný druh náplasti.

Při přijetí hmotnost 61 kg, výška 170 cm, BMI 21.

Rodinní příslušníci pacientku navštěvují každý den po dobu půl hodiny. Byla odebrána biografická anamnéza od rodiny a začal se využívat iniciální dotek k navázání kontaktu s pacientkou.

Farmakoterapie: Hyllak Forte, Furosemid i.v.

3.- 10. den hospitalizace

Pacientka spontánně otevírá oči, fixuje personál při prováděné hygieně. U pacientky chybí úniková reakce na prudký pohyb. Na bolestivý podnět reaguje flekčním držením PHK, spárovité držení prstů s viditelným sklonem ke kontraktuře. Během dne je pacientka odpojena od ventilátoru, saturace 98% s podporou kyslíku s průtokem 4l/min. Na noc stále ventilována přes ventilační režim CPAP. Neustále probíhá výživa přes PEG. Kůže je klidná, bez známek dekubitů.

U pacientky byl nastaven rehabilitační plán a ošetřující personál. Celková péče byla provázena zřetelným komentářem a ve spolupráci s fyzioterapeutem aplikována poloha „mumie“, která na pacientku působila pozitivně. Došlo k navození klidného spánku, při kterém nebylo nutné připojit pacientku na ventilátor.

10. – 17. den hospitalizace

Pacientka otevírá oči při hlasovém projevu. Výzvě stále nevyhoví. Sestra zjistila od rodinných příslušníků, jaký je oblíbený dopolední a večerní program a jaké je oblíbené jídlo a pití pacientky. Na základě zjištěných dat se začalo s aplikací orální stimulace. Každé ráno byla pacientce aplikována za pomoci štětičky její oblíbená černá káva. Také byly využívány „cucací“ vložky, které byly naplněny pacientčinou oblíbenou rajskou polévkou. Byly zaznamenány libé pocity u pacientky při určitých televizních seriálech a byly zaznamenány libé zvuky při mytí vlasů. Nadále ošetřovatelský personál využíval míčky a polohovací pomůcky k somatické stimulaci.

18. den hospitalizace

Pacientka spontánně otevírá oči a dnes na zavolání otočila oči cíleně směrem k hlasu. Výzvě nevyhoví, na bolestivý podnět přetrvává flexe PHK.

19.- 23. den hospitalizace

Pacientka dokáže očima identifikovat směr, ze kterého zvuk přichází. Na bolestivý podnět je viditelný náznak flekčního pohybu obou HK. Byla zrušena podpora ventilace za pomoci ventilátoru. Pacientka je schopna samostatné dechové aktivity a částečného příjmu potravy per os (tekutá strava). Kůže je stále neporušená, klidná, bez známek dekubitů.

24. den hospitalizace

Pacientka stiskla ruku ošetřujícímu personálu při ranní hygieně, dále při příchodu rodinných příslušníků dokázala pacientka stisknout ruku vlastní dceři.

28. den hospitalizace

Pacientka byla se spontánní dechovou aktivitou, s částečnou schopností příjmu potravy per os a bez porušené kožní integrity přeložena do specializovaného centra s certifikátem bazální stimulace. Umístění vybral a zařídil manžel pacientky a po domluvě s lékaři bylo vyhověno jeho žádosti.

Ošetrovatelský plán

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Jejíž příčinou je nedostatečná saturace krve kyslíkem. Důvodem je zvýšené zahlenění dýchacích cest, následkem kterého vzniká neustávající dráždivý kašel.

Cíl: U pacienta bude zachována normosaturace

Intervence: Zajisti dostatečnou frekvenci odsávání, zajisti monitorování saturace a jeho pravidelné zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace: Pacienta odsáváme pravidelně při každé hygieně dutiny ústní a nadále v případě potřeby pacienta, která se projevuje dráždivým kašlem.

Hodnocení: Pacient má zachovalou normosaturaci v průběhu celého dne. K odsávání dochází během dne třikrát až čtyřikrát za hodinu. Pacientovi je zachována maximální možná průchodnost dýchacích cest s ohledem na jeho zdravotní stav

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

Pacient má průjmovitou stolicí z důvodu snížené funkčnosti gastrointestinálního traktu. CNS nezajišťuje dostatečnou zpětnou resorpci vody ze stolice a její zahušťování. Následným projevem jsou bolesti a stažení břišní stěny. Podporujícím faktorem k tomuto stavu je celková imobilita pacienta.

Cíl: Pacient bude mít pravidelné vylučování a formovanou stolicí

Intervence: Sleduj a zapisuj frekvenci a konzistenci stolice. Zvažuj podávání léků v rozmezí určeném lékařem. Pohmatem a poklepem hodnot' stažení břišní stěny, sleduj při tomto procesu mimiku pacienta a hodnot' ji za pomoci škály bolestivosti.

Realizace: Pobíhá pravidelná kontrola stavu během polohování pacienta. Takto včas reagujeme na pacientův stav a můžeme včas podat předepsanou medikaci. Poslechem kontrolujeme peristaltiku střev a poklepem vyhodnocujeme stav břišní stěny. Vše je pečlivě zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: U pacienta došlo za pomoci medikace k vylučování zahuštěné stolice v nepravidelných intervalech

Porušení polykání (00103)

Z důvodu neurologického deficitu dochází k obtížnému polykání projevující se ve fázi přesunu tekutiny z ústní fáze do faryngeální fáze.

Cíl: pacient bude schopen polykat řídkou stravu

Intervence: Za pomoci Janettovy stříkačky podej pacientovi snadno polykatelné tekutiny po malém množství. Sleduj celkový průběh polykacího reflexu a jeho čas.

Realizace: Pacientovi je za pomoci Janettovy stříkačky podáván teplý čaj v malých dávkách. Pacientovo polykání vypadá jako neefektivní a velmi pomalé.

Hodnocení: Postupem času se polykání tekutin zlepšilo natolik, že bylo možné navýšit dávky a čas polykání se zkrátil. Přesto pacient není schopen polykat pevnou stravu.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko narušení integrity kůže v důsledku dlouhodobé imobilizace pacienta (00047)

Stav charakterizovaný zvýšeným rizikem možného porušení kůže nebo nežádoucími změnami na kůži.

Cíl: Pacientovi bude pravidelně kontrolováno celkový povrch pokožky, všechny druhy defektů budou zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci.

Intervence: Pravidelně kontroluj stav pokožky, defekty se zapisuj do dokumentace s postupem ošetření.

Realizace: Během polohování, které probíhá každé dvě až tři hodiny kontrolujeme stav pokožky pacienta. Využíváme všechny dostupné antidekubitární pomůcky. Striktně dodržujeme hygienu kůže. Vysušenou pokožku promašťujeme a dbáme na úpravu lůžka.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce byla zaměřena jak teoretickou, tak i praktickou částí na koncept bazální stimulace a jeho využívání v ošetrovatelské péči. Byl zvolen kvalitativní výzkum a to za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s lékařským a nelékařským personálem. Dále byl výzkum doplněn kazuistikou, která je doplňující částí, má za úkol poukázat na vývoj bazální stimulace ve vybrané nemocnici. Výzkum byl uskutečněn v Mulačově nemocnici Plzeň. Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl sestaven na základě stanovených cílů. Zvolení respondenti byli pracovníky vybrané nemocnice a rozhovory byly uskutečněny v prostorech dané nemocnice.

Prvním cílem bylo popsat specifickou péči o pacienta ve vigilním komatu metodou bazální stimulace. V teoretické části této práce jsme se zaměřili na zpracování chronologicky uspořádaných informací od historie až po současné nastavbové prvky bazální stimulace. Tohoto cíle bylo dosaženo studiem odborné literatury, odborných časopisů a studijních materiálů. Pro úplnost byla tato část doplněna o několik fotografií, které dodávají celistvost teoretické části.

Druhým cílem bylo zjistit, zda koncept bazální stimulace považuje zdravotnický personál Mulačovy nemocnice v Plzni za přínosný. Pro splnění tohoto cíle byl utvořen polostrukturovaný rozhovor, který měl pevný základ deseti otázek. Všechny tyto otázky musely být zodpovězeny a nebyly opomíjeny ani doplňující připomínky, které byly poskytnuty zdravotnickým personálem. Byl brán zřetel nejen na verbální projev, ale i na neverbální projevy respondentů. Vzorek respondentů se skládal z náhodně vybraných lékařských i nelékařských pracovníků Mulačovy nemocnice v Plzni. Respondenti byli vždy vstřícní, díky jejich vlastní iniciativě jsem mohla získat i doplňující informace k dané problematice. S tímto cílem je spjata výzkumná otázka: „*Považuje zdravotnický personál Mulačovy nemocnice koncept bazální stimulace za přínosný?*“ Vyhodnocení bylo zpracováno v podobě komentářů. Respondenti při otázkách týkajících se tohoto cíle odpovídali téměř jednoznačně. Bylo potvrzeno, že všichni dotazovaní považují koncept bazální stimulace za přínosný.

Třetím cílem bylo zjistit nejpoužívanější prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči o pacienta v Mulačově nemocnici v Plzni. Pro dosažení tohoto cíle byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickým personálem Mulačovy nemocnice a kazuistika pacienta ve vigilním komatu. Z rozhovoru bylo možné zjistit, v jakém časovém rozmezí se ošetřující personál snaží aplikovat koncept bazální stimulace. Nesmíme

zapomínat, že ve vybrané nemocnici není stanoven standard ošetrovatelské péče pro bazální stimulaci. Ani jeden z respondentů neměl kurz bazální stimulace, jako důvod byl vždy uveden nedostatek financí a zázemí ve vybrané nemocnici. Tato odpověď mě vedla k další otázce, jestli by se personál vzdělával, kdyby věděl, že za to bude lépe ohodnocen? Odpovědi byly vždy pozitivní, ale většina respondentů mě upozornila, že jakmile by bylo vzdělávání v tomto konceptu povinné, nemělo by tak silný efekt. Bazální stimulace je náročná disciplína, ve které mohou vynikat pouze ti, kteří v ní věří a mají k ní pozitivní a osobní přístup. Vše je zcela na ošetřujícím personálu, zda-li bude provádět bazální stimulaci v rámci svých znalostí a zkušeností. Od respondentů bylo zjištěno, že při přijetí klienta s diagnózou vigilního komatu, se ošetřující personál snaží aplikovat, dle svého vlastního úsudku, prvky z bazální stimulace. Respondenti se snaží využívat ve většině případů základní prvky bazální stimulace, do které je zapojen i lékařský zdravotnický personál.

Komunikace je nejvíce využívána při informování klienta o postupu hygieny a při polohování. Biografická anamnéza bývá zajištěna ve většině případů z předešlého zdravotnického zařízení, nebo se na ni podílí samotný personál, aby rozšířil možnost stimulace pacienta. Somatická i vestibulární stimulace bývá dodržována ve formě polohování, při rehabilitaci a při napomáhání v pohybu a úpravě polohy. Iniciální dotek je aplikován a zapsán do dokumentace. Informace o místě, které bylo zvoleno pro iniciální dotek si personál předává i po ukončení služby. Vibrační stimulace ve zkoumaném zařízení zatím nebyla používána. Nástavbové prvky bazální stimulace nelékařský zdravotnický personál aplikuje pouze ve formě zapnutí rádia a televize. Ovšem při prostudování biografické anamnézy, nebo po rozhovoru s příbuznými, se snaží použít programy, které měl pacient rád. Jedna z dalších otázek se týkala zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu. Většina respondentů se shodla v názoru, že dnešní doba neposkytuje tolik času příbuzným, aby se mohli výrazným způsobem podílet na ošetrovatelské péči.

Naopak u následující otázky zda je vhodné zapojit rodinné příslušníky do konceptu bazální stimulace všichni respondenti věří, že v takovémto stavu je zapojení rodiny nejen vhodné, ale dokonce nezbytné. Díky rodinným příslušníkům je možné rozšiřovat bazální stimulaci i o zmíněné nástavbové prvky. Za pomoci rodiny lze využívat optickou stimulaci pomocí přinesených fotografií, nebo obrázku od člena rodiny, například vnuka.

Auditivní stimulaci lze lépe využívat, když příbuzní přinesou oblíbenou hudbu pacienta a nebo i jeho vlastní přehrávač. Orální stimulaci také nejlépe mohou podpořit

rodinní příslušníci, kteří mohou pacientovi připravit oblíbené jídlo, které se pak stanoveným postupem může pacientovi podat. Tím se zároveň aplikuje i olfaktorická stimulace.

Všechny nastavbové prvky jdou mnohem lépe aplikovat za malé pomoci rodiny. Jedná se opět o zkvalitnění péče a tím i zlepšení stavu pacienta. Poslední otázka se týkala možnosti využití konceptu bazální stimulace. Většina respondentů je zastáncem poskytování komplexní a kvalitní péče o pacienta, až na jednoho respondenta, který uvedl, že jsou případy, jako jsou například pacienti v terminálním stádiu nemoci, kdy bazální stimulace, dle jeho názoru, není vhodná. Podle mého názoru by se bazální stimulace měla aplikovat i u těchto případů, protože při studiu odborných materiálů na mě velmi zapůsobil citát „*Vnímám tak dlouho, dokud dýchám.*“ od PhDr. Karolíny Friedlové.

Výzkumná otázka, která se vztahuje ke třetímu cíli zněla: „*Jsou v Mulačově nemocnici základní prvky bazální stimulace zároveň těmi nejvyužívanějšími*“. Myslím si, že základní prvky bazální stimulace lze považovat za využívané jen v některých případech. Z kazuistiky bylo zjištěno, že iniciální dotek se využíval nejvíce, následovalo polohování pacienta. Polohování se provádí v rámci ošetrovatelské péče hlavně jako prevence dekubitů, ale v našem případě bylo zjištěno, že došlo i k využívání polohy „mumie“, která spadá do somatické stimulace konceptu bazální stimulace.

Somatická stimulace v podobě zklidňující a povzbuzující koupele není využívána v Mulačově nemocnici vůbec, protože chybí vybavení vhodnými prostředky. Masáže stimulující dýchání jsou opomíjeny z důvodu malé informovanosti personálu. Je pochopitelné, že zdravotnický personál neobsáhne všechny základní prvky, když není proškolen v konceptu bazální stimulace.

Dlouhodobá intenzivní péče vyžaduje po zdravotnickém personálu určité znalosti i dovednosti v celkovém přístupu k pacientovi i v oblasti komunikace. Neustále se klade důraz na holistický přístup a bazální stimulace je celkové pojetí pacienta a působení na celou škálu smyslů v okamžiku, kdy pacient není schopen plně reagovat na poskytovanou péči.

Zdravotnický personál Mulačovy nemocnice v Plzni, dle poskytnutých informací, využívá některé ze základních prvků bazální stimulace, ačkoliv žádný z oslovených respondentů nemá kurz bazální stimulace. Mulačova nemocnice v Plzni nemá stanovený standard pro koncept bazální stimulace a proto je návrh tohoto standardu našim výstupem pro praxi.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči se zabývá problematikou konceptu bazální stimulace a jeho využitím v ošetrovatelské péči. Práce je zaměřena na provádění bazální stimulace v Mulačově nemocnici, s.r.o. v Plzni.

V teoretické části je zpracován první cíl, který jsme si stanovili. Je zde popsán koncept bazální stimulace a jeho historie, charakteristika konceptu a jeho specifika, jakými jsou oblasti stimulace smyslů pacienta, stimulace v ošetrovatelské péči a polohování dle konceptu bazální stimulace.

Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem, který byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými pracovníky Mulačovy nemocnice v Plzni. Díky rozhovorům jsme mohli splnit zbývající dva cíle a odpovědět na výzkumné otázky. První výzkumná otázka: „*Považuje zdravotnický personál Mulačovy nemocnice koncept bazální stimulace za přínosný?*“ Tato otázka byla zodpovězena všemi respondenty kladně.

Druhá výzkumná otázka: „*Jsou v Mulačově nemocnici základní prvky bazální stimulace zároveň těmi nejvyužívanějšími?*“ Při této otázce jsme zjistili, že bez kurzu bazální stimulace se zdravotničtí pracovníci snaží využívat alespoň některé ze základních prvků bazální stimulace, dle svých znalostí a schopností. Jedním z důvodů nedostatečného využívání bazální stimulace může být nedostatečné proškolení v konceptu bazální stimulace a nedostatečná motivace ošetrujícího personálu.

Péče o pacienta ve vigilním komatu je psychicky i fyzicky náročná, obzvláště u pacientů, kteří nemají dobrou prognózu. Péče o takové pacienty je často zdlouhavá a proto náročná i pro rodinné příslušníky. Někteří respondenti podotkli, že bazální stimulace je náročná a proto by do ní měli být zapojeni i rodinní příslušníci.

Jeden z respondentů podotkl, že by bylo vhodné mít v nemocnici certifikovaného specialistu, který by byl proškolen v konceptu bazální stimulace, a také v komunikaci. To vše pro komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na pacienta ve vigilním kómatu, u kterého by školený specialista prováděl nastavbové prvky bazální stimulace. Díky svým komunikačním a pedagogickým schopnostem by do bazální stimulace vhodným způsobem zapojil i rodinné příslušníky. Což by, dle mého názoru, vytvořilo plynulé začleňování bazální stimulace do ošetrovatelského procesu a tím i zkvalitnění ošetrovatelské péče.

SEZNAM LITERATURY

1. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-802-4713-144.
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. Vydává INSTITUT Bazální stimulace, 2009. ISBN 978-80-254-0757-8.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Nástavbový kurz bazální stimulace. Nástavbový modul*. INSTITUT Bazální stimulace, 2011.
4. KOSTRZEWA, S., M. KUTZNER. *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. 4., überarb. Und erg. Aufl. Bern: Huber, 2009. ISBN 978-345-6846-934.
5. INSTITUT Bazální stimulace®[online]. 2004-2012[cit 2013-12-15]. Dostupné z :<http://www.bazalni-stimulace.cz>
6. FRÖHLICH, A., 1998, *Basale stimulation*. Das Konzept. Dusseldorf: Verlag selbestimmtes Leben, 1998, 317s. ISBN 3-910095-11-9.
7. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J. *Základní otázky komunikace Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 132 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*, Brno: IDVZP, 1995. s. 155. ISBN 80-7013-187-x.
9. VÍTKOVÁ, M. 2007. *Metoda bazální stimulace a její využití při edukaci žáků s těžším postižením a více vadami*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1, vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. s. 223-251. ISBN 80-224-1075-3.
10. KAPOUNOVÁ, G., 2007, *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9.
11. MĚRKOVÁ, V; BUDÍKOVÁ, M, 2006. *Bazální stimulace*. Uherské Hradiště, 2006, středoškolská odborná práce. SZŠ Uherské hradiště
12. FARKAŠOVÁ, D., a kol. 2006, *Výzkum v ošetrovatelství*, Osveta v Martine 2006. 88s. ISBN 80-8063-229-4.
13. LIPPERT-GRÜNER, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, vyd, 148 s. ISBN 978-807-2625-697
14. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ J., *(určeno zdravotním sestram)*. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 117 s. ISBN 80-701-3423-2.
15. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 117 s. ISBN 978-802-4732-237

- 16.HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*: 2. Vyd, Brno: NCONZO, 2004, 149 s. ISBN 80-7013- 408-9.
- 17.TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*: 2. vyd. Brno:NCONZO, 2004, 185 s. ISBN 80-703-324-4
- 18.FRIEDLOVÁ, K., 2009, *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*, tiskárna Kleinächter, Frýdek – Místek, 2009 přepracované 7.vydání
- 19.NYDAHL, P., BARTOSZEK. G., *Basale Stimulation: neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl. München: Verl. Selbstbestimmtes Leben, 1995, 334 s. ISBN 34-372-6501-6
- 20.VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 1. vyd. Praha. Grada, ISBN 80-247-1262-8
- 21.VALEŠOVÁ, M., PISTULKOVÁ, A., BERÁNEK, V. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*.Plzeň : Západočeská univerzita, 2012, 54 s
- 22.HÁJEK, M. *Specifika ošetrovatelské péče na jednotce dlouhodobé intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií
- 23.KOŘÍNKOVÁ, S., *Úskalí péče o pacienta s apalickým syndromem*. Plzeň 2012 Bakalářská práce (Bc.).
- 24.TRYČLOVÁ, M., *Ošetrovatelská péče o nemocného s apalickým syndromem*. Plzeň 2011. Bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií
- 25.HAVELKOVÁ, M., *Somatická stimulace dle konceptu bazální stimulace v českých a slovenských zdrojích*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
- 26.KOZELSKÁ, H., *Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči*. Olomouc 2013. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
- 27.DIBLÍKOVÁ, B., *Nástavbové prvky stimulace v konceptu bazální stimulace a jejich využití*. Olomouc 2012. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
- 28.Bazální stimulace. [online]. [cit. 2014-03-16].
Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
- 29.Ministerstvo vnitra ČESKÉ REPUBLIKY. [online]. 21.1.2014 [cit. 22.1.2014]
Dostupné z: www.mzcr.cz

30. Bazální stimulace. [online]. [cit. 2014-03-16].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815>

31. Bazální stimulace [online]. [cit. 2014-03-16].

Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_vibracni_stimul.pdf

SEZNAM ZKRATEK

AA	Alergická anamnéza
BMI	Body Mass Index
CPAP	Continous positive airway pressure
DK	Dolní končetiny
EKG	Elektokardiogram
GSC	Glasgow coma scale
HK	Horní končetiny
OA	Ošetřovatelská anamnéza
PA	Pracovní anamnéza
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PHK	Pravá horní končetina
PMK	Permanentní močový katétr
PVK	Permanentní venózní katetr
RA	Rodinná anamnéza
SpO ₂	Saturace kyslíku v krvi
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota
UPV	Umělá plicní ventilace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky z rozhovorů s respondenty

Příloha 2 – Ošetřovatelský standard

Příloha 3 – Fotodokumentace

Příloha 4 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha 1 – Otázky z rozhovorů s respondenty

Otázka č. 1. Co si myslíte o konceptu bazální stimulace?

Otázka č. 2. Myslíte si, že je tento koncept přínosný pro pacienta?

Otázka č. 3. Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s bazální stimulací?

Otázka č. 4. Jaký vliv má na Vás tento koncept, a myslíte si, že obohacuje zdravotnický personál?

Otázka č. 5. Máte důvěru v tento koncept?

Otázka č. 6. Myslíte si, že by se koncept bazální stimulace by se měl rozšiřovat do ošetrovatelského procesu?

Otázka č. 7. Považujete za důležité, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali v tomto odvětví?

Doplňující otázka: Myslíte, že by pracovník, který by chtěl takovýto kurz absolvovat, měl být ohodnocen lépe než jeho kolegové?

Otázka č. 8. Je podle Vašeho názoru reálné zařadit osoby blízké do péče o pacienta?

Otázka č. 9. Myslíte, že by bylo pro ošetřující personál vhodnější, kdyby příbuzní pacientů byly součástí bazální stimulace?

Otázka č. 10. Je pro Vás důležité, aby každý pacient měl možnost využití bazální stimulace?



Příloha 2 – Standard

Mulačova nemocnice s.r.o.
Dvořákova 17
Plzeň 301 00

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

č. 1

Název SOP: *Aplikace bazální stimulace nelékařským zdravotnickým personálem u pacientů s poruchou vědomí*

Charakteristika standardu	Bazální stimulace je pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který umožňuje lidem s poruchami vnímání, komunikace a hybnosti zlepšovat cílenou stimulací smyslových orgánů svůj stav.
Cíl standardu	Podpora individuálního vývoje lidí s těžkým postižením mozku, s diagnózou apalický syndrom.
Skupina péče	Pacienti s narušenou nebo omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu.
Cílová skupina	Lůžková oddělení nemocnice.
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	<ul style="list-style-type: none">• Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.• Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace.• Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.• Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace.• Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče.
Platnost standardu od:	1.5.2014
Frekvence kontroly	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra).
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra).
Kontaktní osoba	Mgr. Stanislava Reichertová

Odborný garant	Mgr. Eva Pfefferová
Schválil Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra	Mgr. Jana Nováková

Standardní ošetrovatelský postup

č. 1

Bazální stimulace

Úvod

Bazální stimulace usiluje o zprostředkování podnětů stimulací smyslových orgánů. Cílem bazální stimulace je umožnit dlouhodobě imobilizovaným pacientům ve vigilním kómatu, rozpoznat své okolí a vlastní osobu. Za pomoci bazální stimulace lze znovu aktivovat mozkovou činnost, podpořit vnímání vlastního těla, orientaci v čase i prostoru a zároveň napomoci k rozvoji vlastní identity.

Indikace a kontraindikace

Indikace: pacienti ve vigilním kómatu, dlouhodobě imobilní pacienti, pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, geriatrictí pacienti, postižené děti

Kontraindikace: netolerance prováděné stimulace pacientem

Definice

Vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti pacienta.

Cíl standardu

Správný postup při aplikování bazální stimulace, poskytování vhodných stimulů pro vývoj vnímání, komunikace i hybnosti a umožnit pacientovi prožití života v co nejvyšší možné kvalitě.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

- Všeobecná sestra (i specialista) po adaptačním období proškolená a pověřená písemně na seznamu schváleném primářem oddělení
- Zdravotnický asistent po adaptačním období proškolený a prověřený písemně na seznamu schváleném přednostou oddělení pod odborným dohledem všeobecné sestry

S2 Pomůcky

- Polohovací pomůcky ve formě – hadů, kvádrů, míčků, klínů, ...

S3 Dokumentace

Ošetrovatelský plán, kartičky bazální stimulace

S4 Prostředí

Pokoj pacientů

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

- **před výkonem**
 - sestra si připraví potřebné pomůcky
 - sestra prostuduje biografickou anamnézu
- **při / během výkonu**
 - sestra provede iniciální dotek
 - sestra vždy informuje klienta o právě prováděné činnosti
 - sestra polohuje pacienta do polohy „hnízdo“ a do polohy „mumie“
 - sestra provádí masáž stimulující dýchání
- **po výkonu**
 - sestra vždy končí bazální stimulaci iniciálním dotykem a rozloučením
- **záznam do dokumentace**

Záznam je proveden ošetrující sestrou, která sama aplikovala bazální stimulaci, záznam je zapsán do dekurzu a denního záznamu ošetrovatelské péče

Komplikace

Vždy sledujeme pacientovu mimiku, při jakémkoliv prvku z bazální stimulace, který způsobí pláč, výrazy nelibosti nebo aktivují obranný reflex okamžitě bazální stimulaci ukončíme

Zvláštní upozornění

- Při oslovení se klienta dotkněte vždy na stejném místě (iniciální dotek)
- Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle
- Nepoužívejte zdobněliny
- Nehovořte s více osobami najednou
- Po stimulaci je vhodně pacientovi dopřát fázi odpočinku

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Pacient či jeho blízcí byli srozumitelně edukováni

V2 Sestra svými znalostmi a dovednostmi zajistila pacientovi bazální stimulaci

V3 Sestra zaznamenávala bazální stimulaci do ošetrovatelské dokumentace

Literatura

1. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace, základní modul I.

Zpracovala

Petra Punčochářová

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly

Mgr. Eva Pfefferová

Mgr. Stanislava Reichertová

Příloha 3 - Fotodokumentace

1. Poloha „hnízdo“



Zdroj: Autor

2. Poloha „Hnízdo“ na boku



Zdroj: Autor

3. Poloha „mumie“



Zdroj: Autor

Příloha 4 - Souhlas s provedením výzkumného šetření



Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Petra Punčochářová
Fakulta zdravotnických studií
Katedra záchranářství a technických oborů
Zdravotnický záchranář, 3. ročník

Název bakalářské práce: **Bazální stimulace v nemocniční neodkladné péči**

Vedoucí bakalářské práce je Mgr. Eva Pfefferová

Email.: pfeffe@kaz.zcu.cz

Tel. : 737236062

Akademický rok: 2013/2014

Metoda empirické části:

Sběr informací zvolením vhodné kazuistiky a za pomoci rozhovoru, oslovím:

- 1) Pacienty
- 2) Zdravotnické pracovníky (např. všeob. sestry)

Žádám o možnost poskytnutí informací o léčebných /ošetřovatelských metodách, aplikovaných u pacientů na oddělení jednotky intenzivní péče, v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník mulačovi nemocnice, kterým je: Mgr. Stanislavy Reichertová.

Petra Punčochářová student oboru zdravotnický záchranář, třetí ročník
tel.: 774101353
email.: petula.punc@seznam.cz

MULAČOVA NEMOCNICE s.r.o.
320 02 PLZEŇ, Dvořákova ul. 17
IČO: 252 02 189
tel.: 377 673 417
fax: 377 375 055

V Plzni dne: 16.9. 2013