

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Anna Zámečnicková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Neumannová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

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

V Plzni dne 2. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Neumannové za odborné vedení mé bakalářské práce a především za aktivní zájem a za poskytnuté zkušenosti a rady. Poděkovat bych chtěla i staniční sestře Martině Humpálové, která mi pomáhala při realizaci výzkumu v praxi. Dále poděkování patří všem účastníkům rozhovorů za ochotu a čas při zpracování praktické části bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a za dodávání energie k psaní odborné práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Zámečnicková Anna

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu

Vedoucí práce: Mgr. Petra Neumannová

Počet stran - číslované: 124

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: Aplikace - bazální stimulace - vigilní kóma – klient – vnímání – pohyb - komunikace

Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na metody bazální stimulace, kterou můžeme aplikovat na klienty ve vigilním kómatu. Odborná práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části vysvětluji hlavní pojmy, které souvisejí s bazální stimulací. Pro vytvoření praktické části jsem si zvolila kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kde popisují aplikaci bazální stimulace. Reakce klienta na poskytovaný koncept jsem analyzovala na základě tabulek. Výsledky výzkumu uvádím v diskusi. Při psaní bakalářské práce jsem používala odbornou literaturu.

Annotation

Surname and name: Zámečnicková Anna

Department: Nursing

Title of thesis: Application basal stimulation on the clients in the vigil coma

Consultant: Mgr. Petra Neumannová

Number of pages – numbered: 128

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 36

Keywords: Application - basal stimulation – client - vigil coma – perception - movement - communication

Summary:

This bachelor thesis is focused on the basal stimulation method that can be applied to clients in vigil coma. The work consists of 2 parts – the theoretical one and the practical one. The theoretical part explains the main concepts related to Basal stimulation. To create the practical part, I chose a qualitative research using semi-structured interviews. I described the application of basal stimulation in this part. I analysed the responses provided to the client using the tables. The research results are mentioned in the discussion. When writing this bachelor work, I used professional literature.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY.....	11
1.1. Mozek.....	12
1.2. Přehled drah centrálního nervového systému.....	12
1.2.1. Motorický systém.....	13
1.2.2. Senzitivní systém.....	14
2. DEFINICE VĚDOMÍ.....	15
2.1. Vigilní kóma.....	17
3. VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	20
4. TEORETICKÉ VYSVĚTLENÍ BAZÁLNÍ STIMULACE.....	23
4.1. Komunikace jako součást konceptu bazální stimulace.....	24
4.2. Pohyb jako součást konceptu bazální stimulace.....	26
4.3. Vnímání jako součást konceptu bazální stimulace.....	26
5. VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE.....	28
6. ZÁKLADNÍ PRVKY KONCEPTU.....	29
6.1. Somatická stimulace.....	30
6.1.1. Zklidňující somatická stimulace.....	31
6.1.2. Povzbuzující somatická stimulace.....	32
6.1.3. Neurofyziologická stimulace.....	33
6.1.4. Diametrální somatická stimulace.....	34
6.1.5. Masáž stimulující dýchání.....	35
6.1.6. Kontaktní dýchání.....	35
6.2. Vestibulární stimulace.....	36
6.3. Vibrační stimulace.....	38
7. POLOHOVÁNÍ V RÁMCI BAZÁLNÍ STIMULACE.....	41
7.1. Poloha hnízdo zařazená do konceptu bazální stimulace.....	43
7.2. Poloha mumie zařazená do konceptu bazální stimulace.....	43
8. NÁSTAVBOVÉ PRVKY KONCEPTU.....	45
8.1. Optická stimulace.....	45
8.2. Taktilně-haptická stimulace.....	46

8.3.	Orální stimulace	47
8.4.	Auditivní stimulace	48
8.5.	Olfaktorická stimulace	49
9.	SPECIFIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O KLIENTA S PORUCHOU VĚDOMÍ	50
	PRAKTICKÁ ČÁST	54
10.	FORMULACE PROBLÉMU	54
11.	CÍL VÝZKUMU	54
12.	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	55
13.	ORGANIZACE VÝKUMU	57
14.	PRAKTICKÁ ČÁST – PRVNÍ OBDOBÍ	58
14.1.	Stav klienta v prvním období	58
14.2.	Biografie podle konceptu bazální stimulace	61
14.3.	Plánování prvků bazální stimulace při jejich zařazení do ošetřovatelského procesu	67
15.	PRAKTICKÁ ČÁST – DRUHÉ OBDOBÍ	70
15.1.	Stav klienta v druhém období	70
15.1.1.	První den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (24. 6. 2014)	71
15.1.2.	Druhý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (25. 6. 2014)	75
15.1.3.	Třetí den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (26. 6. 2014)	78
15.1.4.	Čtvrtý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (27. 6. 2014)	82
15.1.5.	Pátý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (28. 6. 2014)	85
15.2.	Získávání informací pomocí rozhovorů	89
16.	PRAKTICKÁ ČÁST – TŘETÍ OBDOBÍ	109
16.1.	Stav klienta ve třetím období	109
16.2.	Edukační leták	110
17.	ANALÝZA CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	115
	DISKUSE	125
	ZÁVĚR	130
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Důvěra, jistota, bezpečí, uspokojení základních potřeb, posílení soběstačnosti, nalezení vztahu mezi zdravotnickým personálem a klientem, lidský a empatický přístup, to je cesta, která vede ke zkvalitnění života klientům ve vigilním kómatu. Tato cesta se jmenuje bazální stimulace. Já jsem si takovou cestu, jako přístup ke klientům, kterým poskytuji ošetrovatelskou péči, vybrala a svou bakalářskou prací se snažím tento směr vštípit i ostatním zdravotníkům.

Bakalářskou prací jsem zaměřila na téma: „*Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu*“. Tuto oblast, která by měla patřit do nedílné ošetrovatelské péče nejenom u klientů ve vegetativním stavu, mě inspirovala především z toho důvodu, že tato problematika je velice individuální, flexibilní a v této době pořád stále patří mezi nové směry ošetrovatelství.

S bazální stimulací a s metody tímto spojené jsem se poprvé setkala na střední zdravotnické škole. Své teoretické zkušenosti o konceptu jsem mohla využít na čtrnáctidenní praxi na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči (DIOP). Když jsem viděla efektivitu v aplikaci konceptu na klienty s apalickým syndromem, rozhodla jsem se tomuto tématu více věnovat. Všechny mé kroky vedly k tomu, abych absolvovala kurz bazální stimulace, dále rozvíjela její metody a pokoušela se aplikovat koncept na klienty, kteří potřebují poskytnout základní lidské potřeby. Na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče jsem dále docházela jako dobrovolník, kdy jsem po získání certifikátu bazální stimulace mohla koncept praktikovat. Své zkušenosti z oblasti aplikovaného konceptu bazální stimulace jsem přednášela na Mezinárodní konferenci všeobecných sester a porodních asistentek („Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství“) v roce 2013 v Plzni. Na konferenci jsem prezentovala výsledky z praxe a dále jsem představila krátké edukační video, které vysvětluje základní principy bazální stimulace a ukazuje nejčastěji používané prvky konceptu. Nyní pracuji na DIOP neboli Apalické jednotce, kdy se intenzivně snažím bazální stimulaci integrovat do ošetrovatelského procesu.

Ve svém výzkumu se zajímám o reakce klienta na aplikovanou bazální stimulaci. Jelikož reakce neboli specifická komunikace je velice individuální, zaměřím se pouze na jednoho klienta ve vigilním kómatu. Chci vyzdvihnout důležitost pozorování a následného

pochopení reakcí klienta. Tyto reakce nám zprostředkují informace o komfortu klienta a tedy o celkové kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Bazální stimulace zlepšuje podmínky hospitalizace a zabraňuje deprivacím, které mohou nastat kvůli dlouhodobému upoutání na lůžku ve zdravotnickém zařízení.

Během provádění výzkumu bych ráda pracovala s celým zdravotnickým týmem Apalické jednotky, ale i s členy rodiny klienta ve vigilním kómatu. Chtěla bych poukázat na výjimečný význam konceptu bazální stimulace při snaze o navrácení klienta do běžného života.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY

Abych mohla vysvětlit problematiku, o které chci psát odbornou práci, musím nejprve zdůraznit určité důležité informace z anatomie a fyziologie centrální nervové soustavy. Bazální stimulace se odvolává a propojuje se s poznatky, které známe o centrální nervové soustavě. Zabývá se především o vyvolání informací z tzv. paměťových stop. Při tvoření pravidel konceptu se autoři bazální stimulace zajímali i o celkový vývoj CNS. Koncept je založen na podpoře vnímání, pohybu a komunikace, tudíž bychom měli znát jejich centra – tedy systém senzitivní a motorický. (Friedlová, 2007, str. 50 – 53)

Nervová soustava je nejsložitější a nejvýše postavený regulační systém celého organismu. Hlavními úkoly nervové soustavy jsou především přijímání, ukládání a analýza informací a to ze zevního prostředí, ale i z vnitřního, to jsou informace z vlastního organismu. Nervová soustava se značně podílí na řízení veškerých funkcí lidského těla. (Merkunová et al., 2008, str. 206)

Nervový systém se skládá ze systema nervosum centrale (CNS – centrální nervový systém) a systema nervosum periphericum (PNS – periferní nervový systém). CNS tvoří mozek (encephalon) a hřbetní míchu (medulla spinalis). PNS se skládá z nervových vláken a neuronů v periferních gangliích, pleteních a nervech - mozkové a míšní nervy. (Merkunová et al., 2008, str. 207)

V nervové tkáni rozlišujeme různé typy buněk, mezi základní rozdělení patří neurony a gliové buňky. (Druga et al., 2014, str. 55). Neuron je základní funkční a stavební jednotka nervového systému. Neuron je nervová buňka, která se skládá z buněčného těla (soma), z těla vychází jeden výběžek vedoucí vzruchy směrem od buňky (axon) a dále řada menších výčnělků vedoucí vzruchy k buňce (dendrity). Základní funkce neuronu jsou trofické, specifické a sekreční. Trofická je důležitá pro strukturální neporušenost a funkční výkonnost nervové buňky. Díky specifické funkci dokáže neuron tvořit a přenášet vzruchy. Sekreční funkce spočívá v uvolňování chemických látek. Mezi tyto látky patří neurotransmitery (acetylcholin, GABA, katecholaminy, dopamin), neurohormony (angiotensin, vasopresin), neuromodulátory (efedriny). (Ambler, 2011, str. 14)

Gliové buňky jsou stavební součástí centrální nervové soustavy, které zaujímají polovinu objemu CNS. Tyto buňky se dělí na makroglie, kam patří astrocyty a oligodendrocyty a dále rozlišujeme mikroglie, které se do CNS dostanou z krevního řečiště. (Druga et al., 2014, str. 86)

1.1. Mozek

Lidský mozek považujeme za nejsložitější objekt, který pracuje jako celek díky jeho oblastem, které jsou mnohonásobně a oboustranně propojeny. Mozek se skládá z etáží: mozeček, mezimozek, koncový mozek a mozkový kmen. (Merkunová et al, 2008, str. 227)

Mozek je tvořen dvěma hemisférami, které obsahují jednotlivé mozkové laloky a hlouběji uložené bazální ganglie. Mozkový kmen je tvořen z mezencefalonu, pons a medulla oblongata. Encephalon dělíme v klinické praxi na část infratentoriální, kam řadíme mozkový kmen a mozeček a na část supratentoriální, kam patří hemisféry. (Ambler, 2011, str. 14). Mozek je chráněn lebkou (cranium) a trojitým obalem mozkových plen. Další ochranou mozku je, že je uložen v likvoru neboli mozkomíšním moku. Likvor je tekutina, která se často přirovnává k lymfě, pro mozek tvoří jakýsi „vodní polštář“. (Pfeiffer, 2007, str. 80)

Mozek váží okolo 1400 gramů a jeho spotřeba činí až dvacet procent kyslíku, který organismus přijímá. Lidský mozek má velmi dobré krevní zásobení a to díky Willisovu okruhu, který umožňuje podle potřeby predisponovat určité množství krve do různých úseků mozkových tepen, které odvádí krev do laloků. Tím to mechanismem může kompenzovat i větší uzávěr jako je například trombus, na tomto principu se především účastní karotické a bazilární tepny. (Pfeiffer, 2007, str. 78)

1.2. Přehled drah centrálního nervového systému

Dráhy CNS (tractus nervorum) jsou svazky vláken, které spojují struktury šedé hmoty uložené v různých částech CNS. Všechny dráhy jsou složeny ze souboru axonů tvořících vlastní dráhu, z výchozích nervových buněk – neuronů a z cílové struktury. Funkční dělení drah můžeme rozdělit na dráhy senzitivní a motorické. (Druga et al., 2014, str. 70)

Pan profesor Zdeněk Vacek popisuje ve svých odborných studiích vývoj nervového aparátu, kdy upozorňuje na to, že koncem prvního měsíce plodu má mícha podobu trubice, která se skládá z části plášťové, ependymové a okrajové. Uvnitř trubice vede centrální kanál, na jeho laterální straně vede žlábek, latinsky řečený sulcus limitans. Tento žlábek představuje prvotní hranici mezi senzitivní a motorickou oblastí. (Vacek, 2006, str. 216 - 217)

1.2.1. Motorický systém

Motorika, hybnost, pohyb, lokomoce je jednou z nejzákladnějších a nejdůležitějších funkcí živých organismů. Pohyb je základní lidská potřeba. Funkčnost motorického systému se projevuje svalovou činností, která člověku umožňuje všechny pohyby důležité ke změně polohy, k získání potravy, práci i rozmnožování. Účelná pohybová aktivita je vysoce složitá a organizovaná, ke které je potřeba koordinace svalových skupin – některé svaly se kontrahují, jiné relaxují, důležité je i odstupňovaná síla a rozsah pohybu a v neposlední řadě stabilizace těžiště. Motorický systém analyzuje dva základní typy pohybů a to reflexní odpovědi a cílená neboli volní motorika. Reflexní odpovědi jsou rychlé, mimovolní, stereotypní a vyvolány stimulem. Volní motorika je relativně jednoduchá u rytmických a lokomočních pohybů, ale zároveň je složitá, jako je tomu u cílených pohybů. (Ambler, 2011, str. 17)

Motoriku řídí převážná část oddílů CNS jako je například mozková kůra nebo spinální mícha včetně senzitivního systému. Velkou roli hraje organizace svalového tonu. V gyrus precentralis je uložena primární motorická korová dráha. Její největší plochu tvoří neurony, které řídí svaly obličejové části, jazyka, hrtanu a svaly ruky. Sekundární motorická korová oblast se nachází na mediální straně hemisféry a frontálně od gyrus precentralis. Sekundární motorická oblast se podílí na programování pohybů. Kortikospinální dráha neboli pyramidová dráha sestupuje z primárního a sekundárního kortexu. (Ambler, 2004, str. 17)

Základní jednotkou motorického systému je motoneuron spolu se všemi svalovými vlákny, které motoneuron inervuje. (Ambler, 2004, str. 19)

Poruchy pohyblivosti hodnotí lékaři či fyzioterapeuti z řady poznatků. Mezi poznatky patří samotné hodnocení klienta. Dále odborníci provedou aspekci, kdy si všímají držení těla, hemiplegického držení, diparetického držení, všímají si i svalové atrofie a různých abnormalit chůze. Lékaři vyšetřují pasivní pohyblivost, která je pak velice důležitá pro samotné vypracování individuálního plánu rehabilitace. Vyšetřována je spasticita, rigidita, koordinace, hypotomie a elementární posturální reflexy. (Pfeiffer, 2007, str. 54)

1.2.2. Senzitivní systém

Senzitivní systém je velice důležitý pro přijímání podnětů z vnějšího i vnitřního prostředí. Tento systém zahrnuje vnímání chladu a tepla, pocitu bolesti, dotyků, tlaku, ale i vnímání pohybu a polohy těla nebo jeho částí. Stále častěji se užívá termín senzitivní také jako sensorický systém. Sensorické funkce znamenají, že vyčleníme ostatní smysly – čich, zrak, chuť a vestibulární systém. (Ambler, 2011, str. 27)

Specifické receptory přijímají vjemy v Krauseho a také v Ruffiniho, Paciniho tělískách. Proprioreceptory přijímají vjemy ve svalech pomocí svalových vřetýnek. Golgiho šlachová tělíska zase přijímají informace z vazivového aparátu, kloubů a šlach. Volná nervová zakončení mají receptory v podobě nociceptorů, které vnímají bolest. Vlastnosti receptorů jsou adaptace, závislost na síle podnětu a rozsah dráždění. Receptory jsou význačné tím, že mají specifickou odpověď. (Ambler, 2004, str. 24)

V praxi rozeznáváme dvě kategorie senzitivních vláken a tedy dva typy citlivosti. Jeden z druhů citlivosti se nazývá spinothalamický systém, který se řadí do citlivosti povrchové. Druhý systém známe pod názvem lemniskální, určen pro citlivost hlubokou. Lemniskální systém umí rozeznávat vibrace, polohocit, pohybovit a hluboký kožní dotyk. (Ambler, 2004, str. 26).

2. DEFINICE VĚDOMÍ

Nejdůležitější funkcí lidského mozku je bez pochyby vědomí. Přesto se často definice tohoto pojmu v literatuře mění, tudíž nemáme k dispozici žádnou relevantní definici tohoto stavu. Vědomí si můžeme představit jako funkci na určité pomyslné křižovatce, která řídí ostatní funkce lidského mozku. Dále můžeme vědomí definovat jako schopnost mozku přijmout, zpracovat a vyslat informace na vyšší než reflexní úroveň. Reakce na zevní podnět nevykonávají pouze reflexy, odpověď musí být komplexnější. Možnost přesné lokalizace poruchy vědomí je velice obtížná, obecně můžeme vědomí označit do supratentoriálního prostoru, od horního mezimozku výše. (Smrčka, 2001, str. 107 – 108)

Když má člověk zachovalé vědomí má řízenou pozornost, myšlení, ovládá slovní projev, je schopen plánovat a hodnotit, dokáže si uvědomit sám sebe, může jednat podle vlastní vůle, kdy často své rozhodnutí řídí na základě dřívějších zkušeností. Vědomí je stav mysli. Základním prvkem pro vědomí je vigilita (jinak řečeno bdělost). Vigilita je předpokladem pro další stránky vědomí jako je orientace, pozornost, myšlení. (Slezáková, 2007, str. 94)

Někteří odborníci mohou posuzovat stav vědomí ontogeneticky, protože vědomí jakož to sebeuvědomění se rozvíjí až v určitém věku. Věk by se měl přibližně shodovat se vznikem vytvoření pojmu já a vznikem dlouhodobé paměti. (Pfeiffer, 2007, str. 161)

Funkce stavu vědomí se dělí na podskupiny. První podskupina je stav vědomí, které může být při poruše zamlžené, otupené nebo v nejhorším případě člověk upadá do kómatu. Druhá podskupina je kontinuita vědomí, ta udržuje bdělost, pozornost a uvědomování si. Kontinuita vědomí může vyvolat výpadky vědomí a tvoří se transy nebo jiné podobné stavy. Třetí podskupina je kvalita vědomí, které při poruše způsobuje změny charakteru bdělosti a pozornosti. (Pfeiffer, 2007, str. 163)

Existuje přehledné rozdělení poruch vědomí. Je mnoho forem, jak se může změna vědomí projevit. Poruchy dělíme na kvalitativní a na kvantitativní. Kvalitativní poruchy jsou často spojeny s psychiatrickými chorobami. Mezi kvalitativní patří poruchy zvané obnubilace, které jsou charakteristické mráкотnými stavy; delirium se projevuje poruchami pozornosti, vnímání a značnou dezorientací. Další porucha kvalitativní formy se nazývá amence neboli zmatenost s těžkou dezorientací. Do této skupiny poruch vědomí se řadí

i agonie vyznačující se selháváním základních životních funkcí, jde o období umírání. Kvantitativní změny vědomí jsou známé mdloby (synkopy), které se uvádí jako krátkodobá ztráta vědomí, která je často způsobená hypoxií. Synkopa je náhlá ztráta vědomí, častou příčinou je porucha krevního oběhu. Dalšími kvantitativními poruchami jsou somnolence a sopor, které se odlišují od typického a fyziologického spánku. Somnolence je charakteristická lehčí poruchou vědomí, kdy postižený reaguje na podněty, například na oslovení a sopor je těžší porucha, klient se však probere na bolestivý podnět. Poslední z pojmů u kvantitativních změn vědomí je kóma, což je stav hlubokého bezvědomí. Klient v kómatu nereaguje ani na bolestivé podněty. (Slezáková, 2007, str. 94). Definovat pojem kóma není snadné, kóma je bezvědomí, kdy mezi klientem a okolím neprobíhá žádná smysluplná interakce. (Janečková, 2009, str. 4)

Příčiny těchto stavů jsou různé. Často jsou způsobeny náhlým poklesem krevního tlaku, tato příčina je pojmenována jako kolaps vazomotorický. Dále jsou poruchy způsobené kolapsem vazovagálním, ten je zapříčiněn psychologickým vlivem – úlek, zděšení. Změny vědomí hrozí i při nedostatku kyslíku nebo při poruše krevního oběhu v lidském organismu nebo mozku. To hrozí, když probíhá srdeční selhávání, cévní mozková příhoda nebo embolizace. Další příčinou je samotné přímé poškození mozku a to úrazem, nádorem, krvácením, infekcí či epileptickými záchvaty. Činitelé, které ovlivňují vědomí, jsou i zplodiny vlastní látkové výměny, které se hromadí v orgánech a mohou způsobit těžké poruchy ledvin nebo se vytvoří stav známý jako hepatální, diabetické kóma. (Slezáková, 2007, str. 94 – 95)

V dnešní době se často setkáváme se skórovacími systémy, i poruchy vědomí mají svá score scale. V neurotraumatologii můžeme takových škál nalézt až okolo třiceti. Každý zdravotník zná Glasgow Coma Scale neboli GCS. Tuto škálu poprvé publikovali v roce 1974 pánové Teasdale a Jennett. V České republice výše uvedenou škálu popsal pan doktor Beneš. Základní princip této škály spočíval v tom, aby stav vědomí mohl hodnotit i střední zdravotnický personál. Beneš vysvětluje poruchu vědomí ve své škále, na základě reakce na bolest a reakci na slovo. Teasdale a Jennett hodnotí známky vědomí podle otevírání očí, nejlepší slovní odpovědi a nejlepší motorické odpovědi, tento typ škály používá většina zdravotnických zařízení dodnes. (Smrčka, 2001, str. 108 – 109) Glasgow Coma Scale je k nalezení v příloze.

2.1. Vigilní kóma

Vigilní kóma neboli apalický syndrom, tento stav poprvé popsal profesor Gerstenbrand. Byl to i on, který v šedesátých letech dvacátého století otevřel ve Fakultní nemocnici ve Vídni první oddělení pro klienty s apalickým syndromem. Toto oddělení neslo pesimistickou atmosféru a pan profesor měl veliký problém toto pracoviště personálně obsadit. Nejprve klienti často končili po kratší nebo delší době letálně nebo se z apalického stavu nemohli „probudit“. Úsilí, trpělivost a houževnatost však profesorovi Gerstenbrandovi přinesla úspěchy. Klienti s touto diagnózou, dnes spíše nazývanou coma vigile nebo vigilní kóma, přežívají, ale jsou i případy, že se jedinci vrací domů a je jim alespoň menší část soběstačnosti navrácena. Nyní existuje mnoho center pro klienty po úrazech centrálního nervového systému ve všech vyspělých zemích. (Pfeiffer, 2001, str. 161)

V odborné literatuře se apalický syndrom popisuje jako syndrom vzniklý při poškození (destrukci) mozkového kmene a to při mnohočetném poškození podkorových oblastí bílé hmoty nebo při mnohočetných poškozeních oboustranných talamických lézích. Apalický syndrom se může dále objevit u velmi častých edémů mozku, většina klientů je hospitalizována právě z této příčiny na apalické jednotce. V centrálním nervovém systému dochází k dekortikaci, blokáde a interkomunikace, které jsou způsobeny kombinací organických a funkčních změn nebo strukturálních změn. Tyto dva faktory následovně určují prognózu. Prognóza může být buď letální, zakončená po různou dobu trvání, nebo může být prognóza kladnější, kdy se klient uzdraví s různým stupněm následků. (Jedlička et al., 2005, str. 126)

Při vývoji apalického stavu mají klienti bulby ve středním postavení, jejich zornice jsou úzké, ale již v počátečním stadiu může nastoupit obleněná fotoreakce. Klienti mají zvýšený svalový tonus a postupně se objevují obranné pohyby, dále se projeví žvýkací automatismy. V dalším období jsou vegetativní parametry stabilizovanější. Jejich vědomí je ve stavu spánku a později se rozvine obraz pod názvem coma vigile neboli vigilní kóma. V tomto stavu mají klienti oči otevřené, ale nefixují podněty – nesledují předměty a okolí, bezcílně putují zrakem. Bdělé stavy apaliků jsou velmi krátké a nevztahují se k denní době. U klientů často dochází k výraznému poklesu váhy, tvoří se jim proleženiny a macerace kůže a jsou velice náchylní k periartikulárním osifikacím a kontrakturám. (Jedlička et al., 2005, str. 126)

Remise ve vegetativním stavu je podmíněna stupňovitým navrácením cerebrálních funkcí. Klienti v tomto stadiu mají výrazný neklid rukou a mají snahu vše, co je v zorném a taktálním dosahu, uchopit, kousat, sát nebo dát do úst. Nastupují prvotní reflexy jako v nižších vývojových stupních jedince. Později nastupuje hypersexualita. Mohou se i klientovy podařit verbální projevy. Projevy jsou často se sexuální náplní. Po zvládnutí tohoto období nastupuje stadium, kdy je klient časově i místně dezorientován, má poruchy pozornosti a paměti. Poslední a především výstupní stadium z apalického syndromu je tak zvaný organický psychosyndrom. Tento syndrom je charakteristický poruchami paměti, chápáním a ochuzenou asociací. Projevuje se i emoční labilitou a otupením jemnosti v emočních reakcích. Následky apalického syndromu jsou převážně velmi těžké, jde o hemiparézu, kvadruparézu, extrapyramidový syndrom, mozečkový syndrom. Vše záleží na tom, jaká část mozku byla poškozena a jakým způsobem došlo ke změnám mozkové činnosti. (Jedlička et al, 2005, str. 126)

Další typ specifické poruchy vědomí můžeme vidět v odborné literatuře popsán jako perzistentní vegetativní stav. Tato diagnóza vysvětluje také dlouhodobou stagnaci v kómatu, které trvá měsíce až několik let. Klienti ve vegetativním stavu jsou schopni dýchat bez pomoci ventilátorů, ale nevykazují další patrné známky vědomí. Klienti v tomto stavu nejsou schopni komunikovat s okolím verbálně. Perzistentní stav je stanoven, pokud výše uvedené příznaky trvají déle než jeden měsíc. Je pravděpodobné, že navrácení do jednoho roka je skoro nepravděpodobné. (Janečková, 2009, str. 4)

Existuje i tak zvaný stav minimálního vědomí. O tomto stavu můžeme hovořit, pokud klient vykazuje patrné známky vědomí, tudíž pohybuje končetinami a mrká. Klienti pravidelně usínají a probouzejí se. Dokonce reagují i na určité, pro ně známé podněty či předměty. Při tomto stavu ale nefungují vyšší mozková centra a neumožňují smysluplné volní reakce. U těchto klientů je velice těžké poznat, co přesně vnímají. (Janečková, 2009, str. 4 – 5)

U klientů ve vigilním kómatu se velice špatně hodnotí prognóza a trvalé následky. Důvodem je nutnost informovat příbuzné o závažnosti stavu klienta, ale i hodnocení prognostických faktorů představuje nepřehlédnutelnou zpětnou vazbu pro lékaře. Prognostické faktory zahrnují věk, procentuální poškození mozku, přidružené onemocnění či posttraumatické poruchy. Než se stanoví samotná prognóza léčby klientů, je nutné klasifikovat výsledný stav. V dnešní době je nejvíce využívána škála nazvaná Glasgow

Outcome Scale neboli GOS. Tato škála vysvětluje určitou kategorii stavu vlastní definicí. Dobrý výsledek znamená, že klient se vrací do původního zaměstnání, ale může mít menší psychologický nebo neurologický deficit. Střední postižení je popisováno tak, že klient je práce neschopen, ale je samostatný pro běžné denní aktivity. Těžké postižení pojednává o klientech, kteří vyžadují pomoc a nemůžou žít sami bez pomoci druhých. Vegetativní stav je definován jako absolutní absence mentálních a řečových funkcí u klienta zdánlivě při vědomí. Poslední kategorie GOS je smrt. (Smrčka, 2001, str. 237 - 238) Glasgow Outcome Scale naleznete vyobrazenou v příloze odborné práce.

3. VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Hlavním průkopníkem konceptu je prof. Dr. Andreas Fröhlich, který čerpal z poznatků oborů jako je embryologie, neurologie, fyziologie a vývojová psychologie. Profesor strukturoval koncept bazální stimulace v sedmdesátých letech minulého století, na základě svého tvrzení, že nejdříve musíme poznat vlastní tělo a stimulovat vlastní vnímání. Tento předpoklad se mu posléze v praxi vyplnil. Odborně pan profesor nazýval vlastní pochopení svého fyzického jako vnímání tělesného schématu. Předpoklad vývoje vnímání tělesného schématu zahrnuje udržení pohybových, ale i komunikačních a kognitivních schopností. (Friedlová, 2010, str. 12.)

Další osobnost, která přispěla do rozvoje konceptu bazální stimulace je profesorka Christel Bienstein. Bazální stimulace byla nejprve aplikována pouze na děti, které měly tělesné postižení nebo těžké změny v kognitivní oblasti, mezi tyto změny patří například těžká a hluboká mentální retardace. Paní profesorka v osmdesátých letech zařadila koncept do ošetrovatelské péče o dospělé, které trpí demencí, vegetativními stavy či mentální retardací nebo tělesným postižením. Tyto změny kognice mohou mít klienti v důsledku úrazu, stáří nebo nemoci. (Friedlová, 2010, str. 12)

Christel Bienstein vede Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě ve Wittenu v Německu od roku 1994. Roku 2003 na univerzitě v Brémách převzala Ch. Bienstein profesuru za výzkum v ošetrovatelství. Ve svých vědeckých studiích se věnuje především změnám lidského vnímání. (Friedlová, 2007, str. 13 - 14)

Profesorka Christel Bienstein úzce spolupracuje s profesorem Andreasem Fröhlichem a to už od poloviny osmdesátých let. Profesori neustále rozvíjejí koncept bazální stimulace a následně své výsledky z praxe publikují. Aplikaci konceptu zaměřili na klienty, jejichž schopnost komunikace, vnímání a pohybu je silně omezena. (Friedlová, 2007, str. 13). Ch. Binstein a A. Fröhlich společně vytváří vědecké projekty z oblasti aplikace bazální stimulace, dále se podílí na tvorbě komplexního vzdělávacího systému, kde se odborně a přísně školí lektoři. Lektoři bazální stimulace zajišťují transfer konceptu do praxe. Personál, který chce školit další zdravotníky, musí splnit na vybraných zdravotnických zařízeních v Německu čtyři semestry studia a poté složit zkoušky. (Friedlová, 2007, str. 14)

Zakladatelkou konceptu bazální stimulace v České republice je PhDr. Karolína Friedlová. Paní doktorka se stala první certifikovanou lektorkou bazální stimulace v České republice. Karolína Friedlová po ukončení střední školy pracovala jako zdravotní sestra v Rakousku, kde se také seznámila s konceptem a po pochopení jeho principů, začala také aplikovat bazální stimulaci v praxi. Zasloužila se o začlenění konceptu do ošetrovatelské péče v České republice. Paní doktorka pravidelně a čteně publikuje v odborném tisku o konceptu bazální stimulace. Dále její kariéra vedla k doděláním magisterského a doktorandského studia. Specializační studium lektora konceptu absolvovala ve Vídni. Další její snaha vedla k vytvoření INSTITUTU Bazální stimulace, kde probíhá realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultací pro odborníky ale i lajky. V současnosti doktorka působí jako pedagog na Slezské univerzitě v Opavě. (Friedlová, 2007, str. 2)

Výsledky v klinické praxi, kterými se koncept vyznačoval, byly stimulem pro lékaře a další zdravotnický personál, aby se bazální stimulací zabývali a zařadili ji do ošetrovatelského procesu. Tímto se bazální stimulace stala známým a uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, který je integrován do každodenní péče o klienty. Koncept umožňuje komunikaci mezi klientem a zdravotníkem a tím posiluje i potřebu individuality při poskytování stimulací. (Friedlová, 2007, str. 14)

V České republice se koncept aplikuje do ošetrovatelské péče od roku 2003. Od tohoto roku bylo proškoleny bazální stimulací stovky zdravotníků a poskytovatelů sociální péče, jelikož prvky bazální stimulace se neuplatňují nejenom v nemocnicích, ale i v léčebnách dlouhodobě nemocných, léčebných ústavech, rehabilitačních centrech, hospicích s využitím paliativní péče, domovech pro seniory, v ústavech pro tělesně postižené a i ve vzdělávacích zařízeních pro žáky se speciálními výukovými potřebami. (Friedlová, 2013, str. 25)

INSTITUT Bazální stimulace nabízí kurzy v akreditovaných výukových programech. Toto vzdělání je jedinečné a průlomové pro poskytovatele péče – sociální pracovník, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, všeobecná sestra, psycholog, vychovatel, atd. Díky kurzům dochází ke sjednocení postupu v poskytování terapie a péči potřebným klientům, u kterých stimulujeme jejich tělesnou, duševní a sociální stránku. INSTITUT nabízí základní kurz bazální stimulace trvající dvacet čtyři hodin; nástavbový kurz trvající šestnáct hodin; dále prohlubující kurz trvající osm hodin. Proškoleným pracovištím

doporučuje supervizi s odborným poradenstvím; mezinárodní kongresy a odbornou literaturu konceptu. Po splnění kurzu dostane zařízení či samostatný poskytovatel péče certifikát, který je platný ve státech Evropské unie. (Friedlová, 2011, str. 26)

Ošetrovatelsko-terapeutický koncept je zařazen do osnov předmětu ošetrovatelství na středních zdravotnických školách v oboru zdravotnický asistent, a tudíž se s ním setkáme na většině oddělení zdravotnických zařízení. Pro terapeuty pracující s konceptem se rozšiřují kompetence v poskytování ošetrovatelské péče. Terapeut by měl umět analyzovat stav klienta a zařadit pak do jeho ošetrovatelského procesu individuální prvky stimulace. (Friedlová, 2007, str. 16 - 17) K tomu slouží i biografická anamnéza, kterou si oddělení, kde podporují bazální stimulaci, stanovují sami nebo ji vytváří podle vzoru doktorky Friedlové. Ukázkovou biografii naleznete v praktické části odborné práce.

4. TEORETICKÉ VYSVĚTLENÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Prezident Mezinárodní asociace bazální stimulace v roce 2008 popisuje bazální stimulaci jako koncept, který umožňuje lidská setkání na rozdílných úrovních dialogu a komunikačního procesu. Zahrnuje možnosti uspořádat životní podmínky klientům s těžkým postižením a se změnami v kognice tak, aby byly podporovány ve vývoji. Cílem konceptu je zkvalitnit život klientům a podporovat jejich autonomii. Centrální cíle bazální stimulace popisují profesori A. Fröhlich a Ch. Bienstein. (Friedlová, str. 1).

Centrální cíle byly sestaveny v roce 2002 po tříletém snažení s kolegy z praxe z téměř všech států Evropské unie. Cíle jsou stanoveny pro strukturu individuálních plánů, nejenom ošetřovatelských, ale i pro poskytovatele zdravotní či sociální péče nebo pro individuální vzdělávací plány žáků se speciálními potřebami. Cíle samozřejmě respektují všechny lidské potřeby tak, jak je popisuje známá Maslowova pyramida potřeb. Deset centrálních evropských cílů, o které se opírá celý koncept bazální stimulace, popisují jak zajistit vývoj a zachovat život jedince, jak umožnit vnímat a pocítit vlastní život, zaměřují se na poskytování pocitu důvěry a jistoty a jak rozvíjet vlastní rytmus. Mezi cíle dále patří umožnění poznání okolního světa, pomoc navázat vztahy s okolím, umožnit zažít smysl a poznat význam věcí a činností, pomoc uspořádat si sám v sobě vlastní život, poskytnout zodpovědnost za svůj život a respektovat autonomii. Poslední z cílů zní objevovat svět a vyvíjet se. (Friedlová, 2011, str. 30).

Bazální stimulaci můžeme bez pochyb dále definovat jako vědecký koncept a to jak ošetřovatelský, tak i pedagogický. (Friedlová, 2012, str. 30). Paní doktorka Friedlová dále popisuje bazální stimulaci jako koncept, který podporuje lidské vnímání a to v nejzákladnější tedy bazální rovině. Dalo by se bez pochyb říci, že stimulace pomáhají ve vývoji klienta, protože se tento koncept orientuje na všechny oblasti potřeb. Koncept se podřizuje věku a stavu postiženého, dále pohlíží na klienta jako na rovnocenného partnera, lidskou bytost s vlastní minulostí a různými schopnostmi. Pro bazální stimulaci je velice důležité pohlížet na člověka s holistickým přístupem a respektovat individualitu. Tyto všechny prvky konceptu zohledňuje a tím i poskytuje profesionální, efektivní, terapeutickou, individuální a humánní ošetřovatelskou péči. (Friedlová, 2007, str. 19)

Prostřednictvím bazální stimulace motivujeme ke zlepšení vědomí, zdravotního stavu a spolupráce a to tím, že poskytujeme příjemné, stimulující podněty. Bazální stimulace je

využívána v prvních dnech hospitalizace, protože se klienti ocitají v cizím, nepodnětném a pro ně nepříjemném prostředí. Klienti se při hospitalizaci setkávají s neznámými podněty – hlasy zdravotnického personálu, zvuky od výživových pump a jiných přístrojů, musí čelit cizích doteků a vůní dezinfekčních prostředků. Klienti si ani neuvědomují, jak se do zdravotnického zařízení dostali. Bazální stimulace jim pomůže překonat tyto nepříjemné skutečnosti a zároveň znovu objevit svou tělesnou schránku. (Dvořáková, 2013, str. 16).

Bazální stimulace znamenají doteky, koupele, masáže, krmení oblíbeným a známým jídlem, pouštění oblíbené hudby a známých hlasů příbuzných. Toto všechno jsou jednoduché prvky, které využívá koncept ke stimulaci smyslů a k vyvolání vzpomínek z paměťových stop k tomu, aby se klientovi zkvalitnil život, a tím se také přispěje ke zlepšení zdravotního stavu. (Friedlová, 2008, str. 10).

O co usiluje koncept, můžeme shrnout do desatera bazální stimulace. Desatero zahrnuje principy o tom, aby poskytovatel konceptu se vždy přivítal a rozloučil stejnými slovy; pokud je zaveden u klienta iniciální dotek, měli bychom se při oslovení vždy dotýkat na stejném místě; poskytovatel bazální stimulace by měl hovořit zřetelně, plynule, jasně a nezvyšovat hlas, mluvit přirozeným tónem; dále bychom měli dávat pozor na přehnanou gestikulaci a mimiku; používáme stejnou formu komunikace, takovou, na kterou je klient zvyklý; poskytovatelé by neměli používat zdrobněliny, pokud je klient také nepoužíval, nebo je neměl rád. Do desatera patří body, ve kterých se jedná o tom, že nehovoříme s více lidmi najednou, pro klienta je to nepříjemné a stresující. Dále bychom se měli snažit o minimalizaci rušivých elementů při poskytování konceptu, s tím souvisí i respektování intimity. Posledním, ale přesto důležitým prvek desatera je umožnit klienta reagovat na naše slova, dát mu čas na vlastní projev. (Friedlová, 2011, str. 28).

4.1. Komunikace jako součást konceptu bazální stimulace

Komunikovat, umět naslouchat znamená být ve spojení s okolím a s vlastním tělem. Komunikace je vědomá činnost, která má výrazný vliv na kvalitu života. Komunikace je kompletní jev a je předurčena ke spolupráci se všemi smyslovými orgány, mozkiem a duševními pocity. Komunikace je proces, při kterém působí mnoho účastníků a existuje velké množství schémat, který tento děj popisuje a vyobrazuje. Je ale jisté, že komunikace tvoří pět složek, které jsou na sebe závislé, pokud jedna chybí, je narušená celá struktura

komunikace. Mezi složky komunikace musíme zařadit komunikátora neboli mluvčího; komunikanta neboli příjemce; komuniké, což je vyslaná zpráva nebo signál; mezi složky patří i zpětná vazba a kontext. Kontext je prostředí, ve kterém komunikace probíhá. (Friedlová, 2011, str. 9)

Koncept bazální stimulace se odráží od řetězce, který tvoří tři základní složky, které se vzájemně ovlivňují. Což znamená, že vnímání umožňuje pohyb a díky komunikaci je zprostředkovaným pohybem a díky pohybu můžeme vnímat. V konceptu se komunikace hojně využívá a podporuje se. Je nezbytná při poskytování jakéhokoliv prvku bazální stimulace. (Friedlová, 2011, str. 9)

Komunikace dělíme nejčastěji na verbální, kdy používáme slova a na neverbální neboli mimoslovní. Při aplikaci bazální stimulace můžeme sledovat klientovi reakce v podobě mimoslovní – neverbální komunikace. (Friedlová, 2011, str. 9) Neverbální komunikace je pojem, který zahrnuje mnoho oblastí lidských produktů a projevů, neznámá to jen řeč těla, ale mnoho dalších významných informačních zdrojů. Tento druh komunikace je unikátní v tom, že přináší mnoho informací z vnitřního obsahu člověka či klienta, tím dokážeme lidi lépe poznávat. Mluvíme-li o komunikaci neverbální, mluvíme o potřebě orientovat se, poznávat a objevovat rozpor a nejasnosti. (Tegze, 2003, str. 17)

Schopnost komunikovat s klienty, kteří mají poškozené vědomí nebo jejich vyjadřovací možnosti jsou omezené, je velice náročná a vyžaduje znalosti dané problematiky, ale i umění zaznamenávat reakce klienta. Při neschopnosti sledování reakcí, je pravděpodobné, že nebude adekvátně aplikována bazální stimulace. Ve většině případů je dokázáno, že první reakce klienta zaznamenávají příbuzní, proto je důležité informovat rodinu o dalším rozvoji pomocí bazální stimulace. (Friedlová, 2007, str. 34)

Klienti se sníženým vědomím mohou komunikovat jen pomocí gest, další projevy jsou velmi nepatrné. Měli bychom si všimnout mrkání či mžikání očí, hlubokého dechu, vzdychání, sténání a bručení. Klienti mohou komunikovat i pomocí otevírání očí nebo úst. Někdy se pousmívají a někdy reagují uvolněním svalového tonu nebo určitým pohybem. Komunikace může být i negativní, reagují na vyrušující nebo neklidné elementy, jejich reakce pak mohou být v podobě pláče, výkřiků, zvýšeného svalového napětí, sebepoškození nebo neklidného a nepravidelného dýchání. (Friedlová, 2011, str. 10)

Terapeuti, kteří aplikují bazální stimulaci, analyzují potřeby klientů a snaží se pochopit

jejich styl komunikace. Po analýze poskytují prostor pro orientaci a další rozvoj osobnosti klientů. (Friedlová, 2007, str. 36)

4.2. Pohyb jako součást konceptu bazální stimulace

Svět věcí je světem motoriky a svět idejí je světem motoriky a sensoriky. Pohyb umožňuje průnik do světa věcí i do světa lidských vztahů. Pohyby vyjadřují potřebu změny nebo nutnosti zachovat daný stav. (Dylevský, 2007, str. 9) Takto vysvětluje základní lidskou potřebu – pohyb, se kterou pracuje i koncept, pan profesor Dylevský.

Výchozím myšlenkovým konceptem pro zařazení pohybu, jako základního prvku bazální stimulace, se stal Bobathův koncept. (Friedlová, 2007, str. 27) Bobathova metoda se vyvinula v čtyřicátých letech dvacátého století, je to koncept pro terapii a diagnostiku poruch senzomotorických funkcí. Metodu manželé Bobathovy aplikovali na děti s mozkovou poruchou a později péči zakomponovali i do terapie dospělých s následky po úrazu mozku nebo jiných onemocnění centrální nervové soustavy. (Lippertová-Grunerová, 2013, str. 45)

Lidé, klienti poznávají prostředí pomocí činů, analýz, motoriky a smyslového vnímání. Když je člověk schopen pohybu, dokáže pochopit určité schémata jednání a chování a bez schémat chování nelze budovat myšlenková schémata. Pohybem se učíme chápat zákonitosti kolem nás a snažíme se v prostředí přizpůsobit. Zde vidíme zase známý řetězec, který propojuje vnímání – pohyb – komunikaci neboli tři prvky konceptu bazální stimulace. (Friedlová, 2007, str. 28)

4.3. Vnímání jako součást konceptu bazální stimulace

Člověk pociťuje jistotu, když je schopen vnímat. Tři druhy vnímání nám tento pocit umožní, jde o vnímání somatické, které nás informuje o vlastním těle a jde o vnímání vibrační a vestibulární, ty nás připraví na změnu polohy těla v prostoru. (Friedlová, 2007, str. 19 – 20)

Klienti, kteří nemohou plně vnímat své okolí, jsou odkázáni na bezprostřední sféru vlastního těla. Tuto situaci prožívá každý jedinec v prenatálním období, zážitky z této doby

vývoje jsou uloženy v paměti (paměťových stopách) každého z nás a mohou být znovu vyvolány pomocí stimulace, s cílem stimulovat vnímání sebe sama. Vše je pak využito k navázání komunikace s okolním světem. (Friedlová, 2007, str. 23) Pojem vědomí a vnímání popisují v samostatné kapitole.

5. VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace je určen pro klienty bez rozdílu věku, pohlaví nebo úrovně péče. Bazální stimulaci můžeme vidět během ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče nebo na standardních odděleních, koncept se hojně využívá i v domovech pro seniory, ústavech sociální péče pro děti i dospělé. Bazální stimulace můžeme kombinovat i s paliativní péčí v hospici nebo s domácí péčí. V intenzivní medicíně se aplikuje v péči o nezralé novorozence, na děti po těžkých úrazech či u dětí hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče. U dospělých platí to samé. (Friedlová, 2005, str. 57) Koncept dále podporuje rozvoj a vývoj stavu dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání a v oblasti hybnosti a komunikace. Bazální stimulaci uplatňujeme i u jedinců dlouhodobě upoutaných na lůžko, u geriatrických klientů, u seniorů s demencí. Některé prvky bazální stimulace jsou vhodné pro klienty po cévních mozkových příhodách a zase jiné prvky jsou přínosné pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. (Friedlová, 2011, str. 4)

Velký přínos konceptu vidíme při jeho aplikaci na klienty ve vigilním kómatu. Tito klienti nemají možnost se verbálně projevat, ale pomocí bazální stimulace jsme s nimi v bezprostředním kontaktu, který nám umožní zachytit jejich reakce, a na základě nich můžeme analyzovat, co vnímají a co ne, ale především to, co se jim líbí a co je jim naopak nepříjemné. (Friedlová, 2011, str. 4)

Pro zdravotnický personál znamená bazální stimulace rozšíření svých odborných kompetencí a to po splnění certifikovaných kurzů. Personál sestavuje terapeutický a ošetrovatelský plán na základě analýzy somatického a mentálního stavu klienta, ale i především z biografie, kterou vyplňuje nejčastěji rodina hospitalizovaného. Ošetrovatelský individuální plán s prvky bazální stimulace se zaměřuje i na zachovalé schopnosti a potřeby klienta. Při rozvoji stavu a zpozorovaných reakcí na aplikaci bazální stimulace zdravotnický tým přepracovává plán pro další možnosti uplatnění konceptu v ošetrovatelské péči. (Friedlová, 2005, str. 57)

6. ZÁKLADNÍ PRVKY KONCEPTU

Každý jedinec vnímá za pomoci smyslových orgánů. Prostřednictvím smyslů může člověk vnímat sám sebe i okolí. Na základě použití individuálního plánu v souladu s konceptem bazální stimulace můžeme základními prvky dosáhnout zlepšení ve schopnostech komunikačních, pohybových a v neposlední řadě v oblasti vnímání. (Friedlová, 2005, str. 56). Různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se zrovna klient nachází, respektuje bazální stimulace. Možnost vnímání se rozvíjí už v embryonální fázi, v sedmém týdnu prenatalního vývoje. Nejpodstatnější podněty dostává plod po celou dobu jeho prenatalního vývoje v oblasti somatické, vibrační a vestibulární. Tyto tři oblasti stimuluje a jsou pro nás základními prvky bazální stimulace. (Friedlová, 2011, str. 3).

Základní prvky vysvětluje profesor A. Fröhlich v tzv.: Základní trilogii konceptu bazální stimulace. (Friedlová, 2011, str. 3.).

Prostřednictvím prvků konceptu bazální stimulace podporujeme vnímání vlastního těla, rozvíjíme identitu klienta, umožníme mu vnímat a komunikovat s okolním prostředím. Prvky slouží i k zvládnutí orientace v prostoru, čase a zvládnutí lokomočních schopností. Dále jimi zlepšujeme funkce organismu a psychomotorický vývoj. Při provádění prvků respektujeme autonomii klienta. Všechny prvky napomáhají k prožívání života v co nejvyšší možné míře kvality. (Friedlová, 2011, str. 4).

Při aplikaci prvků bazální stimulace bychom neměli zapomínat na obecná pravidla. Tyto důležitá pravidla si musí každý poskytovatel péče uvědomit ještě předtím, než začneme se samotným teoretickým vysvětlením jednotlivých stimulací. Mezi obecná pravidla patří to, že střídáme stimulaci s fázemi odpočinku, jen tehdy může být stimulace nejúčinnější, neregulovaný přísun stimulů může napáchat více škody než užitku. Všechny stimulace bychom měli řídit dle denního rytmu klienta, který dobře zná ošetřující sestra, ale především jeho rodina. Další pravidlo je takové, že nenecháváme dlouhodobě puštěné rádio, televizor, CD přehrávače, protože si na tyto zvuky (stimuly) může klient zvyknout a tím už nejsou pro ně stimulem. Se zvuky souvisí i to, že bychom měli klientovi přinést jeho oblíbenou hudbu nebo nahrávky hlasů přátel a rodiny, vyvoláváme tak vzpomínky z klientových paměťových stop. Neměli bychom zapomínat, že i každodenní aktivity jako je omývání obličeje, čištění zubů nebo holení vousů, nepochybně patří do vhodných stimulů, na které klient může reagovat. (Janečková, 2009, str. 9)

6.1. Somatická stimulace

Somatické vnímání nám zajišťují vjemy z povrchu těla a to prostřednictvím kožních percepčních orgánů. Citlivost svalů a kloubů je známá pod názvem propriorecepce a úzce spolupracuje se somatickým a kinestetickým vnímáním. Somatická stimulace umožňuje klientovi zprostředkovávat podněty a vjemy ze své tělesné schránky a následně z okolního prostředí. Předpoklad pro uvědomění si okolního světa a schopnosti s okolím komunikovat je vnímání vlastního těla. Vjemy z prostředí a uvědomění si sebe sama si jedinec ukládá do paměti a vytváří si tak jáství – svou identitu. (Friedlová, 2010, str. 30).

Z různých příčin jako jsou úrazy mozku, dětské mozkové obrny, klienti s mentální retardací, lidé po mozkových cévních příhodách, imobilní klienti a při dalších příčinách, dochází k poruše výše uvedených forem citění a tím dochází i ke změně vnímání tělesného obrazu. Nepohyblivá část tělesné struktury souvisí se změnou hybnosti části těla, protože před daným pohybem je myšlenka, která předchází pohyb. Nehybnost neboli imobilita má za následek ztrátu vzpomínek na pohybovou činnost a to vede ke změnám ve vnímání vlastního těla. Bazální stimulace podporuje a rozvíjí vnímání tělesného schématu pomocí somatického vnímání. (Friedlová, 2011, str. 11).

Bazální formou somatické (celotělové) stimulace je dotek. Dotek je nejpřirozenější a nejjednodušší formou komunikace bez použití slov. Význam doteku je velice důležitý, dotekem vytváříme vztahy s dalšími jedinci i s okolním světem. (Friedlová, 2011, str. 11). Přesto si musíme uvědomit, že koncept není dotekovou terapií, i přesto že bazální stimulace pracuje s doteky, nelze tento pojem zaměňovat. (Friedlová, 2011, str. 6).

U klientů se změnami v oblasti vnímání můžeme vyvolat nečekanými doteky pocity strachu, nebezpečí a nejistoty. Klienti se lekají a může to negativně přispívat k jejich zdravotnímu stavu, dokonce může dojít ke stagnaci vývoje. Proto je důležité dát vždy klientovi najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost. Informaci o naší přítomnosti poskytujeme cíleným dotykem nazývaným iniciální. Iniciální dotek zvolíme na základě anamnézy, nejčastěji v praxi volíme ruku nebo rameno. Iniciální dotek by měl být zaznamenán u každého lůžka klienta, tam kde aplikujeme bazální stimulaci. Iniciální dotek se připisuje i do speciální dokumentace o poskytování konceptu. Iniciální dotek by měli respektovat všichni účastníci ošetrovatelského procesu u klientů a to včetně rodiny. Tento

cílený dotek by měl být pevný, zřetelný a spojený s oslovením klienta. (Friedlová, 2011, str. 6). Fotografie, jak se zaznamenává iniciální dotek, naleznete v příloze.

Při aplikaci somatické stimulace by měl být vždy zachován klid a soukromí klienta. Při poskytování stimulace by se nemělo spěchat, doteky pak nemusí být příjemné a mohou vyvolat svalový tonus. (Friedlová, 2011, str. 10). Kvalita somatické stimulace je daná na kvalitě doteku, který poskytovatel konceptu aplikuje na tělo klienta při stimulaci vnímání těla. Ruce terapeuta jsou komunikačním prostředníkem, které podávají informace o tělesném schématu klienta. Koncept klade důraz na symetrii, ošetřující musí dbát na poskytnutí stejné péče na obou stranách těla klienta. (Friedlová, 2005, str. 57).

Je několik možností, jak somatickou stimulaci aplikovat. Mezi tyto stimulace patří:

- Zklidňující somatická stimulace / celková zklidňující koupel
- Povzbuzující somatická stimulace / celková povzbuzující koupel
- Neurofyziologická somatická stimulace / neurofyziologická koupel
- Diametrální somatická stimulace / diametrální koupel
- Masáž stimulující dýchání
- Kontaktní dýchání

Při aplikaci somatické stimulace můžeme používat různé druhy materiálů, ty které jsou pro klienty příjemné. Používají se froté ponožky, žínky, srolované ručníky. Roztírají se olejíčky, tělové mléka nebo jiné prostředky. Stimulace provádíme při koupeli ve vaně, ve sprše nebo na sucho v lůžku klienta.

6.1.1. Zklidňující somatická stimulace

Zklidňující somatickou stimulaci lze aplikovat u postižených kdykoliv během dne, za pomoci různých prostředků (froté „chlupaté“ ponožky, oleje) a různých členů zdravotnického týmu nebo členů rodiny. Tuto stimulaci lze provádět při ranní toaletě, poté nazýváme stimulaci zklidňující koupelí. Během koupele by voda měla dosahovat okolo 37 – 40°C. (Friedlová, 2007, str. 76).

Cíle této stimulace jsou různé. Terapeuti mohou využívat somatickou zklidňující stimulaci k poskytnutí informací o tělesném schématu klienta. Stimulací redukuje neklidné stavy, zmatenost a dezorientace. Můžeme při poskytnutí zklidňující stimulace navodit pocity uvolnění a zajistíme si následnou spolupráci. (Friedlová, 2007, str. 76).

Zásady při aplikaci zklidňující somatické stimulace jsou, že bychom měli informovat klienta o začátku stimulace s využitím iniciálního doteku. U každého provádění se snažíme dotýkat těla oběma rukama. Celý průběh masáže komentujeme slovně. Informujeme klienta, na které části jeho těla se nacházíme. Stimulaci obvykle zahajujeme na obličeji, ale vše se odvíjí od stavu klienta. Při stimulaci na hrudníku provádíme směry tahu rukama od středu trupu k zevní straně hrudníku. Hlavním principem této stimulace je, že končetiny stimulujeme po směru růstu chlupu, to znamená od ramene po konečky prstů a od kyčle po konečky prstů na noze. Poté si klienta přetočíme na bok a záda stimulujeme od páteře k zevní straně. Po provedení zklidňující somatické stimulace vždy následuje relaxace, alespoň třicet minut v oblíbené poloze klienta. (Friedlová, 2011, str. 14).

Zklidňující stimulaci celotělovou provádíme u klientů se změnou v oblasti mentální, s těžkým somatickým postižením, u předčasně narozených dětí, u klientů ve vigilním kómatu, u neklidných a hyperaktivních jedinců, u klientů se zvýšeným svalovým tonem nebo s poruchami spánku atd. (Friedlová, 2011, str. 14).

6.1.2. Povzbuzující somatická stimulace

Povzbuzující somatická stimulace se také může provádět stejně jako zklidňující při toaletě, proto se pak nazývá jako koupel povzbuzující. Je zde rozdíl v teplotě vody, u této stimulace používáme chladnější koupel okolo 23 – 28 °C. Bez vody provádíme masáž rukama nebo za pomoci žíněk či jiných vhodných materiálů. (Friedlová, 2007, str. 80).

Tento druh stimulace poskytujeme za cílem zvýšení svalového tonu klienta, pro zlepšení úrovně vědomí nebo jeho pozornosti, pro zvýšení srdeční frekvence nebo krevního tlaku. Snažíme se stimulací podpořit aktivitu klienta. Tato masáž je dále vhodná před jakoukoliv další denní činností, jako je například rehabilitace s fyzioterapeutem nebo provádění činností s logopedem. Je to velice efektivní příprava na nový den. (Friedlová, 2007, str. 80).

Povzbuzující stimulaci či koupel je kontraindikována u klientů s dezorientací, u neklidných nebo s čerstvým krvácením do mozku. Ale naopak stimulace povzbudivého typu aplikujeme u klientů ve vigilním kómatu, v soporu, u depresivních jedinců, u klientů se sníženým svalovým tonem nebo bradykardií. (Friedlová, 2007, str. 82)

Hlavním principem je, že stimulujeme proti směru růstu chlupu. Ještě před zahájením stimulace informujeme klienta, co budeme dělat a přitom využíváme iniciální dotek. Jako u zklidňující masáže si zvolíme správné místo začátku stimulace, záleží na stavu klienta a na jeho biografii. Na horní končetině začínáme od prstů po rameno. Každý prst stimulujeme zvlášť a na jeho hranici – vrcholu prstu zdůrazníme tlak, takto si klient uvědomuje své tělesné schéma. Hrudník stimulujeme od zevní strany po sternum. Na zevních stranách hrudníku více zatlačíme. Dolní končetiny stimulujeme také proti chlupu. Začínáme od prstů na noze až po pánev. Po stimulaci přední části těla klienta otočíme na bok. Záda masírujeme od zevních stran s přitlakem směrem k páteři. Všechny prvky opakujeme nejméně třikrát a pak následuje stimulace další části těla. Po této stimulaci je klient připraven („probuzen“) na denní aktivity. (Friedlová, 2011, str. 15).

6.1.3. Neurofyziologická stimulace

Největší přínos neurofyziologické stimulace ucítí klienty s poruchami hybnosti na jedné polovině těla. Tato metoda je tedy přínosná pro klienty s plegií či parézou, pro klienty po cévní mozkové příhodě, po mozkolebečních traumatech s následnou hemiparézou a u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Snažíme se touto metodou poskytnout informace klientovi o celém tělesném schématu, nejenom o jedné funkční a vnímané straně. Aby tato metoda mohla být uskutečněna, musí klient nejprve vnímat nepostiženou část těla. Klientovi všechny doteky popisujeme a on by měl mít možnost celou stimulaci pozorovat. Proto, když klient má zrakovou vadu a je zvyklý nosit brýle, měli bychom mu je nasadit. Je možné používat při stimulaci zrcadlo, klient bude mít všechny doteky na jeho těle pod kontrolou. Aby klient měl kontrolu nad doteky, je nejlepší zvolit polohu vsedě. Je velice důležité, aby klient vnímal svou postiženou stranu všemi smysly. (Friedlová, 2007, str. 83).

Provedení této stimulace je složitější, než u předchozích masáží. Terapeut je u postižené strany těla. Pokud se jedná o koupel, nasadíme klientovi žínku a vyzveme ho,

aby si sám svou zdravou rukou otřel obličej ve směru od zdravé části obličeje k postižené. Pak stimulujeme zdravou ruku až k hrudníku, až budeme na sternu, přitlačíme, klient by si měl uvědomovat své poloviny těla. Od zdravé části hrudníku pokračujeme k postižené oblasti. Dolní končetiny stimulujeme stejným principem. Až ukončíme stimulaci na přední části těla, otočíme si klienta na břicho (pokud mu to stav dovoluje, lze masáž provádět i na boku). Až bude klient ležet na břichu, jeho postižená polovina by měla být blíže k poskytovateli bazální stimulace. Nejprve začneme stimulovat od prstů přes rameno a to tlakem od zdravé strany směrem k postižené. Tím to stylem pokračujeme až k sakrální oblasti. Dolní končetiny stimulujeme od prstů na nohou přes pánev, bedra na druhou postiženou stranu k prstům u nohou. (Friedlová, 2011, str. 18).

6.1.4. Diametrální somatická stimulace

Tento druh stimulace je vhodný pro klienty se zvýšeným svalovým tonem. Zvýšené napětí ve svalech neumožňuje správnou pohyblivost v kloubech a může docházet k nepříjemným kontrakturám u imobilních klientů po těžkých úrazech nebo těžkých vrozených somatických vadách. Zvýšenému svalovému napětí říkáme také spasticita. Spasticita brání volnému přirozenému pohybu. Tento děj může vznikat od prvního dne postižení. Velký vliv má i špatné polohování klientů. Existují i různé faktory, které mohou svalové napětí zvyšovat, mezi tyto faktory patří hluk, cizí osoby, matoucí informace, bolest, chlad, leknutí, strach, únava nebo emocionální napětí jako je třeba inkontinence. (Friedlová, 2007, str. 89).

Tato metoda konceptu se učí až v Nástavbovém kurzu bazální stimulace pod vedením speciálně vyškolených lektorů. (Friedlová, 2012, str. 31)

Zásady pro diametrální stimulaci znějí takto, klient by měl zaujímat jeho oblíbenou polohu; končetinu, kterou stimulujeme, volně polohujeme; při aplikaci by měl mít terapeut teplé ruce nebo teple stimulovat ošetřovanou část těla; stimulace nesmí být pro klienta ani poskytovatele péče nepříjemná a stresová; v neposlední řadě je důležité opakovat prvky minimálně třikrát po sobě. (Friedlová, 2007, str. 90).

6.1.5. Masáž stimulující dýchání

Často užívanou technikou je masáž stimulující dýchání (MSD), jejímž cílem je dosáhnout pravidelného, hlubokého, klidného dýchání. Při studiích této metody se zjistilo, že při dobře aplikované masáži se snižuje vyplavování stresových hormonů a tím se i redukuje neklidné stavy u klientů. Při masáži stimulující dýchání využíváme těsné tělesné doteky a vzájemné napojení na rytmus dechu, klient poté ucítí jistotu a bezpečí v terapeutovi. Tento proces je i důležitý ve výstavbě vztahů mezi personálem nebo rodinnými příslušníky. U klientů, kteří mají prohloubené dýchání, můžeme pozorovat psychomotorické uvolnění. Když poskytujeme masáž, můžeme si všimnout specifické komunikace – nonverbální, kterou vysílá klient do okolí. (Friedlová, 2005, str. 57).

Masáž stimulující dýchání je především určena pro klienty v depresivním stavu; trpící bolestí; těm, kdo má poruchy spánku nebo je vhodná pro klienty s demencí. (Friedlová, 2005, str. 57).

Masáž provádíme na zádech klienta, můžeme zde využít vonných tělových mlék či krémů, na které je postižený zvyklý. Klient je v poloze sedu a může se opřít o stehna nebo hranu židle horními končetinami. Imobilní klienti mohou ležet na boku či na břicho. Teplé ruce položíme na klienta do oblasti zátylí. Pomalu spouštíme ruce až k bedrům, tahy provádíme s mírným tlakem. Tento děj opakujeme minimálně třikrát, ideálně pětikrát. Po tomto procesu pokládáme ruce na zátylí a provádíme na zádech tři kruhy. Kruhy vedeme oběma rukama k páteři, poté nahoru směrem k ramenům, kde uděláme oblouk a zpátky dolů. Nesmíme zapomínat na základní pravidlo při aplikaci bazální stimulace – nepřestáváme se dotýkat klienta. Proto při ukončení tří kruhů, jde jedna ruka na zátylí a druhá je položena na bedrech, až když se první ruka dotýká, může se přesunout i ta druhá. Po masáži je vhodná několikaminutová relaxace s minimalizováním stimulů. (Friedlová, 2011, str. 24). Masáž stimulující dýchání můžete vidět ve video, které jsem natočila za pomoci vedoucí práce. Odkaz na video naleznete v příloze.

6.1.6. Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání klientovi umožňuje vnímat vlastní dýchání. Terapeut položí své ruce na klientův hrudník a snaží se dýchat stejným rytmem jako postižený, tímto stylem se sjednotí dech. Je to vhodné pro zklidnění klienta, protože se začne neklidný jedinec

soustředit na svůj vlastní dech. Kontaktní dýchání slouží i k navázání komunikace mezi ošetřujícím a klientem. Klienti si dále více uvědomují sami sebe a může docházet k vyvolání vzpomínek z paměťových stop. (Friedlová, 2007, str. 25).

Kontaktní dýchání lze kombinovat i s prvky vibračními. Při výdechu podpoříme dýchání mírným stlačením a „vibrovaním“ rukama na hrudníku. (Friedlová, 2007, str. 25).

6.2. Vestibulární stimulace

Zdravý jedinec se neustále pohybuje, vykonává různé činnosti během dne a tím mění i své polohy celého těla, dochází k přesunu endolymfy v organismu. Vestibulární aparát neboli smyslově rovnovážný aparát získává nekonečný přísun podnětů, je i logické, že klienti s porušenou hybností dostávají minimální přísun vestibulárních podnětů. Koncept bazální stimulace ale zahrnuje i metody, které lidem s narušenou hybností či dokonce lidem s imobilním syndromem umožňují stimulovat rovnovážné ústrojí a zlepšují prostorovou orientaci, napomáhají vnímat pohyb a zaznamenávat pohyby hlavy. Prostřednictvím vestibulární stimulace informujeme klienta o jeho poloze a pohybu v prostoru. Pokud klienta s těžkou poruchou hybnosti nestimulujeme a nepomáháme mu, aby se orientoval na svém těle a v prostoru, hrozí ke vzniku kolapsu, nevolnosti, samotným poruchám orientace ve své tělesné schránce a dochází ke svalovému napětí, která je nechtěná pro účinnost rehabilitace. (Friedlová, 2011, str. 26)

Jak již jsme se dozvěděli, bazální stimulace pracuje s pohybem, komunikací a vnímáním, předpoklad pro rozvoj a udržení těchto schopností je vnímání sebe sama. Možnost, jak vnímat sebe sama je právě vestibulární stimulace. (Friedlová, 2010, str. 36) Lidský zárodek začne nejprve vnímat somaticky, první jeho rozvinuté vnímání je somatické neboli kožní. Poté se v brzké době prenatálního období rozvine i schopnost vestibulárního vnímání smyslovým aparátem. Vestibulární vnímání je vyvinuto daleko dříve než vnímání zrakové nebo sluchové. Plod vnímá a komunikuje s matkou především skrze somatického a vestibulárního vnímání a prostřednictvím vnímání vibračních podnětů. Tyto tři druhy vnímání zajišťují, nejenom u plodu, pocit jistoty. Po narození dítěte se také stimulují tyto druhy vnímání. Dítě se ihned dostane do tělesného kontaktu, což už je somatická stimulace, s dítětem se pohybuje sem a tam, to vykazuje na stimulaci vestibulární a dítěti se často jemně poklepává na záda a to je již práce se stimulací vibrační.

Tento proces je zcela intuitivní a obvykle ho vykonávají všechny kultury, aby uklidnili své plačtivé dítě. (Friedlová, 2010, str. 36)

Vestibulární stimulace umožňuje díky pohybům endolymfy převádět podněty ve formě informací na vestibulární jádra v mozku. Tím to způsobem se nejenom uklidní plačící dítě, ale především se zprostředkovávají informace o postavení v prostoru u imobilních klientů, může se redukovat závrať z otáčivého pohybu, snižuje se spasmus extenzorů a flexorů. Další důležitou funkcí vestibulární stimulace je, že připraví organismus k mobilizaci, klient se tak nelekne, když je s ním v prostoru manipulováno. A samozřejmě tato stimulace umožňuje neustálý pohyb endolymfy. (Friedlová, 2010, str. 36)

Klienti, kteří se podrobili úrazu a nyní jsou imobilní, mají zachovalé paměťové stopy o vykonávání pohybu a o vnímání vlastního těla pomocí hybnosti. V paměťových stopách jsou zaznamenány i zkušenosti s vnímáním a pohybem. Proto se vestibulární metody využívají v základní terapeutické a pečovatelské nabídce u klientů s výraznými změnami v kognitivní oblasti. Změny v kognitivní oblasti mají klienti s těžkou formou demencí. (Friedlová, 2010, str. 36 – 37) Vestibulární stimulace se, ale dále využívá u klientů imobilních déle než tři dny, u jedinců s omezenou hybností, u klientů, kteří byli delší dobu na umělé plicní ventilaci. Možnost aplikovat vestibulární stimulaci hojně využívají i Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, kde jsou hospitalizováni klienti ve vigilním kómatu. Fyzioterapeuti stimulaci používají u klientů s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů. Vestibulární stimulace je účinná u neklidných jedinců nebo u předčasně narozených dětí. Stimulace je velice prospěšná i u klientů, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat. U emocionálních poruch, depresi, agresi vůči okolí se může technik vestibulární stimulace využít. Je i možnost aplikovat stimulaci v pedagogice, kdy cílem učení je zkušenost se svým tělem. (Friedlová, 2011, str. 26)

Vestibulární stimulaci můžeme provádět velmi pomalými a lehkými pohyby, kdy otáčíme hlavu klienta ze strany na stranu. Terapeut musí hlavu pevně fixovat rukama a přitom nesmí zakrývat zorné pole klienta. Tuto metodu opakujeme nejméně třikrát. Klient se pomalu připraví na mobilizaci a bude naučený, že bude následovat nějaká činnost dne nebo ošetrovatelský výkon, proto je vhodné stimulaci aplikovat před každou změnou polohy jedince. Vestibulární stimulace zahrnuje i houpací pohyby v lůžku, když je klient k příkladu v poloze mumie (polohování v souladu s konceptem bazální stimulace je popsáno v samostatné kapitole). Při stimulaci rovnovážného ústrojí můžeme používat

různé pomůcky, jakou jsou houpačky, houpadla, houpací křesla, trampolíny, kočárky nebo závěsné houpací vaky, které jsou v dnešní době velmi populární. Změny polohy těla můžeme docílit i přesunem celého lůžka, klient tak bude mít i jiné podněty k sensorické stimulaci. Vestibulární stimulaci provádíme i vsedě na lůžku, vsedě v křesle, kdy klient sám nebo s naší pomocí provádí houpací nebo krouživé pohyby těla, k tomu je zapotřebí, aby jedinec vykonávající stimulaci měl dlaně a plosky nohou opřené o pevnou podložku. Existuje i další varianta vestibulární stimulace, kdy je terapeut a klient v bezprostředním kontaktu. Tato metoda se nazývá Pohyby ovesného klasu v ovesném poli neboli Kornfeldbung. Při této stimulaci terapeut klečí za klientem a fixuje jeho tělo na svém těle. Hlavu má také opřenou o terapeutův hrudník. V této poloze vykonává terapeut s klientem pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Pohyb ovesného klasu v ovesném poli je fyzicky náročný, a je za potřebí souhra terapeuta s klientem, tělesný kontakt je zde velice pevný. Kornfeldbung je ale metoda, která je stimulací vestibulární, optickou, somatickou a proprioreceptivní, tudíž je stimulačně velice bohatá. (Friedlová, 2007, str. 106)

Cílem ošetřovatelsko-pedagogického konceptu tedy bazální stimulace je, aby byly vytvořeny takové podmínky okolního prostředí, aby na klienty vhodně působily, podporovaly jejich vývoj, bránily stagnaci a deprivaci a především umožnily prožít život formou kvalitních prožitkových zkušeností. K cíli konceptu značně přispívá i vestibulární stimulace. (Friedlová, 2010, str. 37)

6.3. Vibrační stimulace

Již v prenatálním období vnímá plod v děloze okolní svět a to především pomocí somatického vnímání, ale i vibrační vnímání je velice intenzivní. Tyto zkušenosti jsou z celotělového vnímání vibrací uloženy v paměťových stopách, kterých poté bazální stimulace využívá. Plod je stimulován vibračními podněty přes celý den, podněty získává skrze děložní stěnu matky, která se nárazem zvukových vln z těla matky (hlas, údery srdečního hrotu, peristaltika zažívacího ústrojí, dýchání) a okolního světa chvěje. (Friedlová, 2010, str. 28)

Cílem vibrační stimulace je stimulace kožních receptorů, Vater-Paciniho tělíska pro vnímání vibrací a proprioreceptorů, což jsou receptory hluboké citlivosti, které se nacházejí ve svalech, šlachách, vazivech, kostí a kloubech. Vibrace vnímáme ve směru od

zevních částí těla dovnitř těla. Vibrační stimulace pomáhá klientovi analyzovat intenzivní vjemy z jeho těla nebo okolí, ale přesto je vnímání vibrací individuální. (Friedlová, 2007, str. 107)

Vibrační stimulace je indikována klientům v coma vigile, s hlubokou mentální retardací nebo u klientů, u kterých je zapotřebí zmobilizování před určitým úkonem. Kontraindikací pro stimulaci pomocí vibrace jsou krvácivé stavy, poranění a porucha celistvosti kůže nebo varixy. Dále nepoužíváme vibrační stimulaci u seniorů, hrozí zde mikrotraumatizace vazů v důsledku fragility. (Friedlová, 2011, str. 27)

Při aplikaci vibrační stimulace je důležité, abychom poskytli klientovi velkou plochu k vnímání vibrací. Pro stimulaci je vhodná poloha vleže na zádech, vsedě, na zemi v polohovacích vacích či matraci. Při aplikování stimulace pracujeme podél skeletu a postupujeme od distálních částí k proximálním oblastím těla. Vždy musíme klienta intenzivně sledovat a vnímat jeho reakce. (Friedlová, 2011, str. 27 – 28).

K vibrační stimulaci často využíváme technické předměty nebo pomůcky, mezi které patří holicí strojek, elektrické zubní kartáčky, vibrující plyšové hračky, masážní vibrující lehátka nebo sedátka, vibrující přístroje na plosky nohou. Nejčastěji aplikujeme vibraci na patní kost, vnitřní nebo zevní stranu kolen, pánev, vnitřní nebo zevní strany lokte, ramena nebo dlaně. K vibrační stimulaci však můžeme použít i vlastní ruce, to však vyžaduje praktický nácvik. Snažíme se mírně pokrčit lokty a přesouvat energii z ramen chvěním do části těla klienta, celý přesun energie provádíme míháním v zápěstí a pohyby prstů. Když byl klient zvyklý hrát na hudební nástroj, můžeme využít nástrojů, které vydávají vibrace – bubínek, flétna. Při stimulaci se využívá i hlasu, protože, když člověk hovoří, jemně se mu chvěje hrudník, proto můžeme přiložit klientovu ruku na terapeutův hrudník a klient tak vnímá vibrace, tuto metodu mohou snadno používat i příbuzní. Terapeut nebo rodina by měla při této stimulaci hovořit klidně, pomalu a nezvyšovat hlas. Vykonávající stimulaci jsou v pohodlné poloze, kdy většinou sedí za klientem. Jde o jedinečnou vazbu klienta s terapeutem nebo členem rodiny, kdy v jedné chvíli využíváme prvky vibrační, vestibulární a somatické stimulace. Tuto metodu nazýváme trilogie. Terapeut se může začít pohybovat s klientem ze strany na stranu a tím dochází k přesunu endolymfu a stimulaci vestibulárního aparátu pomocí dráždění vláskových buněk, které vedou vzruchy do mozku. Tlakem těla klienta na tělo terapeuta se rozvíjí stimulace somatická. Při této stimulaci jsou dále zapojeny smysly zrakové, sluchové a čichové, pokud například terapeutovo oblečení

voní známými vůněmi, na které je klient zvyklý nebo je má rád. Trilogii lze použít i bez kontaktu, můžeme využívat i funkci trampolíny. Trampolíny jsou vhodné pro děti s kombinací vad zraku a sluchu s těžkým somatickým postižením. (Friedlová, 2007, str. 107 – 108) Vibrace se uplatňuje i u stimulace podporující dýchání. Kdy při masáži používáme vibrační pomůcky nebo vlastní ruce. Vibrace vykonáváme na zevních stranách hrudníku. Klientům výrazně napomůže k odkašlání sekretů z dýchacích cest. (Friedlová, 2011, str. 28)

Při poskytování vibrační stimulace se snažíme, aby klient měl dostatek informací o tom, kde je a co s ním provádíme. Klient si může uvědomit sám sebe. Podporujeme tak vnímání tělesného schématu a rozvoj komunikačních schopností. (Friedlová, 2010, str. 29)

7. POLOHOVÁNÍ V RÁMCI BAZÁLNÍ STIMULACE

Vnímání vlastní tělesné schránky je předpokladem pro udržení komfortu klienta v imobilním stavu. Je dokázáno, že po třiceti minutách dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, to znamená, že nevíme, kde naše tělo končí, zdá se nám nekonečné. Tento stav se ještě více umocňuje u klientů dezorientovaných nebo u klientů ležících na nekvalitních a velmi měkkých matracích. Polohování umožňuje klientovi získávat informace o svém těle a stabilizuje vnímání tělesného schématu včetně hranic. Při polohování poskytujeme somatickou stimulaci prostřednictvím různých polohovacích pomůcek, které přesně kopírují tělo klienta, ale dále se využívá vestibulární stimulace, protože, jak už je výše zmíněno, před jakoukoliv změnou polohy, by se měl klient připravit na mobilizaci lehkými pohyby hlavy ze strany na stranu a poté jakákoliv změna polohy těla je vestibulární stimulací. Změnou polohy zamezujeme i zrakové deprivaci, klient může sledovat jiné předměty a osoby, než v jedné poloze. Málo podnětné okolí znamená malý přísun informací pro člověka. O zrakové neboli vizuální stimulaci se budeme zabývat v nastavbových prvcích bazální stimulace. (Friedlová, 2007, str. 91)

Profesor Andreas Fröhlich popsal proces jako degenerativní habituace, tento proces znamená, že redukcí informací o svém těle a okolí vznikají poruchy orientace na vlastním těle a také dochází k těžkým krizím vlastní identity – mění se obraz tělesného vnímání. Degenerativní habituace vysvětluje děj, kdy se psychika vnímání těla nastavila na jednotvárnost, zvykla si na stereotyp bez přísunu nových podnětů a informací. Klient sám sebe málo vnímá a ztrácí veškerou psychickou i tělesnou orientaci. Reakce na degenerativní habituaci může být v podobě absolutní pasivity nebo naopak agrese a zmatenosti, kdy se sám klient snaží tento proces přerušit. Klienta je proto důležité polohovat ideálně po devadesáti minutách, aby nedocházelo postupně k habituaci. (Friedlová, 2007, str. 91)

Následky degenerativní habituace jsou poruchy vnímání vlastní tělesné schránky včetně tělesných hranic, vede k poruchám hybnosti a poruchám koordinace. Známé jsou i poruchy tělesné identity a dezorientace v čase a prostoru. Dochází k poruchám komunikace i specifické komunikace s okolím, klienti nereagují a ignorují působení terapeutů. Habituace vede i k postižení intelektu, které doprovází emocionální poruchy. Jako nesouhlas s dějem kolem klienta a neustálé deprivace, může tento proces vyústit k autoagresi – sebepoškození. (Friedlová, 2011, str. 20)

Schopnost vnímání vlastního těla a schopnost přijímat informace z okolí může být poškozeno i dalšími faktory, jako poruchami spánku, horečkou, bolestí, dehydratací nebo traumatickým poškozením mozku. (Friedlová, 2011, str. 20)

Koncept bazální stimulace sleduje polohováním nejenom profylaxi dekubitů, pneumonie, tromboembolických komplikací, ale všímá si i neurologických cílů. Mezi cíle patří stimulace vlastního tělesného obrazu, poskytnutí orientace, umožnění vnímání symetrie těla, podporování fyziologických pohybových vzorů klienta a umožnění vizuálních podnětů tedy optické stimulace. (Friedlová, 2007, str. 92)

Při správném polohování hledíme na to, jak pohodlně se klient cítí a zda zainteresuujeme do polohování znalosti o autobiografii, to znamená, jakou polohu má klient nejraději, jak se mu nejlépe usíná a v jakém oděvu nejraději odpočíval. Během polohování pracujeme i s váhou klienta, gravitací a s různým tempem a rytmem změny pohybu. Koncept bazální stimulace vyzívá poskytovatele péče, aby využívali při polohování pomůcky. Polohovací pomůcky jsou srolované deky, ručníky, perličkové válce a ostatní polohovací pomůcky z tohoto materiálu. Pomůcky výrazně zvyšují komfort polohování. (Friedlová, 2011, str. 20) Speciální pomůcky, které využívá koncept bazální stimulace, jsou zdokumentované v podobě fotografie, kterou naleznete v příloze.

Mikropolohování, to je název pro minimální změny tělesné pozice, ale i tím to způsobem stimulujeme vnímání klienta. Mikropolohování znamená, když klient leží na boku a opírá se o podložku, kdy úhel mezi nimi nesvírá 90°, ale pouze 45°. V mikropolohování používáme i další metody, jako je propletení prstů rukou, ohnutí horních končetin k tělu, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin. Využívá se i polohování na různě měkkých matracích, měníme polohy klienta pomocí srolovaných ručníků, malých polštářků nebo perličkových polohovacích polštářů. Mikropolohování se především používá u klientů plně imobilních nebo u postižených s diagnózou apalického syndromu. (Friedlová, 2011, str. 20)

Nejznámější polohy, které uznává koncept bazální stimulace je poloha mumie a poloha hnízdo, tyto pozice umožňují výraznou somatickou stimulaci a dále je lze kombinovat s mikropolohováním. (Friedlová, 2007, str. 92) Polohu hnízdo a polohu mumie můžete vidět na videu, které jsem natočila k účasti na Mezinárodní konferenci všeobecných sester a porodních asistentek roku 2013. Odkaz na video naleznete v příloze odborné práce.

7.1. Poloha hnízdo zařazená do konceptu bazální stimulace

V bazální stimulaci se často používá polohování do takzvaného hnízda. Principem je, že se klient uloží do polohy, která je mu příjemná a zároveň stimuluje jeho vnímání tělesného schématu. Proto je vhodná jako prevence degenerativní habituace, o které poprvé napsal zakladatel bazální stimulace. Smyslem polohy je navodit klientovi pocit jistoty a bezpečí, což je umožněno díky způsobu provedení polohy, kdy jsou přesně ohraničené hranice těla. (Friedlová, 2008, str. 12)

Polohu hnízdo zvolíme u klientů ve fázi odpočinku, po náročné stimulaci. Polohujeme tak i klienta během noci nebo po celkové zklidňující koupeli. Tuto polohu využíváme pro navození klidu klienta, třeba po vyšetření, po masáži stimulující dýchání, při neklidu nebo agresi, u klientů s motorickým neklidem. Poloha zajišťuje líbivý pocit u dezorientovaných a umírajících. Hnízdo je užitečné u klientů s hypertenzí nebo se spasticitou. Je hojně používané u apalických klientů, kdy je dokázané, že klientům se zklidní frekvence dechu, pulsu a klidně pozorují prostředí. (Friedlová, 2007, str. 93)

K provedení polohy hnízdo využijeme pomůcky ve formě polštářů, dek, perličkových polohovacích válců a antidekubitálních pomůcek. Samotnou polohu může klient zaujímat vleže na zádech, vleže na boku nebo v poloze na břiše. Hnízdo můžeme aplikovat i tehdy, když klient sedí v křesle nebo na lůžku. Při stanovení polohy hledíme na biografickou anamnézu. Informujeme se o tom, zda je klient zvyklý se přikrývat přikrývkou až po ramena či zda má při spaní nasazené ponožky. (Friedlová, 2007, str. 93)

Nejprve srolujeme deky a nachystáme si ostatní pomůcky na dosah, protože bychom neměli opouštět tělo klienta oběma rukama. Informujeme o změně polohy s využitím iniciálního doteku. Uvedeme klienta do polohy, ve které má setrvat. Srolovanými dekami ohraničíme tělo klienta. Je možné kopírovat dekami každou končetinu zvlášť, tak klientovi umožníme vnímat veškeré hranice těla. Po dokončení pokládání dek klienta přikryjeme. (Friedlová, 2011, str. 22)

7.2. Poloha mumie zařazená do konceptu bazální stimulace

Poloha mumie, je metoda polohování, která má za hlavní cíl stimulovat klienta k intenzivnímu vnímání tělesného schématu a podporovat ho v neustálé kontrole vlastních

hranic těla. Tato poloha je indikována u klientů ve vigilním kómatu, u dětí s těžkou mentální retardací. Využívá se i jako úspěšný nefarmakologický postup, jak zvládnout klienty, kteří se projevují neklidem, zmateností a agresí. Poloha mumie se používá již v neonatologii, kdy je aplikována dětem narozeným drogově závislým matkám nebo matkám závislých na alkoholu. Klienti se v této poloze zklidní a my jim musíme dopřát klidovou fázi. Mumie je kontraindikována u klientů s klaustrofobií. (Friedlová, 2007, str. 99)

K poloze mumie využíváme pomůcky, jako jsou prostěradla nebo deky, polohovací perličkové polštáře, srolované deky a nesmíme zapomenout ani na kvalitní antidekubitární pomůcky, které vkládáme tam, kde se klouby dotýkají o sebe. (Friedlová, 2011, str. 21)

Před provedením polohy mumie informujeme klienta o zamyšlené intervenci s využitím iniciálního doteku. Je vhodné před samotným polohováním provést celkovou zklidňující stimulaci. Začneme polohováním tím, že podložíme hlavu polštářem. Poté jeho horní končetiny položíme na hrudník klienta. Klientovo tělo zavineme do prostěradla nebo deky. Je dobré si deku, kterou budeme klienta zavinovat vložit pod jeho tělo. Klient by měl ležet uprostřed deky. Deku překládáme přes klienta střídáním levé a pravé strany deky, ruce by měly být volné. Klient by neměl mít pocit, že je něčím svázaný. Pro pocit jistoty a bezpečí je důležité, aby ruce mohl používat. Polohu mumie lze kombinovat s polohou hnízda, kdy ještě klienta zabalného do deky obklopíme srolovanými ručníky nebo polohovacími válci. Klientovi ponecháme možnost, aby se z této polohy mohl sám vymanit. Klienta neustále sledujeme a při nelibých reakcích polohu změním. (Friedlová, 2011, str. 21)

8. NÁSTAVBOVÉ PRVKY KONCEPTU

Lidé dodržují v denním životě určité rituály, ať už vědomě či nevědomě. Při aplikaci konceptu v ošetrovatelské péči zohledňujeme rituály, na které byl nebo je klient zvyklý. Především strukturalizujeme péči ve zdravotnickém zařízení nebo v subjektech, kde je bazální stimulace aplikována. Nástavbové prvky konceptu bazální stimulace zahrnují stimulaci optickou, auditivní, orální, olfaktorickou a taktálně haptickou. Tyto vyjmenované prvky umožní klientovi dodržovat jeho navykklé denní rituály a přispívají k vývoji jeho stavu. Při aplikování nastavbových prvků jsou zajímavé reakce klientů, samozřejmě záleží na mnohých faktorech, které ovlivňují celkovou „komunikaci“ klienta s okolím. U klientů můžeme spatřit například mrkání, uvolnění svalů, zpomalené či zrychlené dýchání a celkové změny v krevním tlaku a pulsu, klient může zívat nebo různě projevovat grimasu a mimiku. (Friedlová, 2011, str. 2)

8.1. Optická stimulace

Zrak a sluch, to jsou nejčastěji využívané smysly k poznávání okolí a navázání komunikace. Zrakovým vjemem dokáže člověk poznávat svět, orientuje se nejenom v prostoru, uspořádává své okolní prostředí, může poznávat lidi a předměty. Zrakový vjem umožňuje posílit pocit jistoty. (Friedlová, 2007, str. 109)

Pan profesor Andreas Fröhlich popsal stupně vývoje zrakového vnímání. Vývoj charakterizuje v osmi stádiích. První stadium je, že dítě reaguje na světlo nebo na tmou a může preferovat vnímání kulatých tvarů a červené barvy. Druhé stadium je typické vnímáním obrysů na krátkou vzdálenost do patnácti centimetrů a třetí stadium vývoje zraku je důležité pro vnímání vlastních částí těla. Další stadium popisuje vnímání vzdálenějších předmětů až do dvou metrů. Páté stadium je charakteristické vnímáním zřetelných a ostrých kontur. V šestém stadiu jedinec rozlišuje předměty pomocí úst a rukou. V sedmém rozeznáváme barvy a osmé stadium je typické pro rozlišování forem, velikostí, předmětů a osob. Tyto stádia odpovídají dětskému oku po narození, ale mohou se tyto fáze objevit i u klientů po probuzení ze stavu umělého spánku. Je nutné o těchto faktorech vědět a klientovi dopřát adekvátní zrakové vjemy. (Friedlová, 2011, str. 4)

Je za potřebí, sledovat klienta, jak reaguje na poskytované podněty. Neměly bychom přehlédnout negativní emoce, neklid nebo dokonce agresi. Pozorování stejných objektů a stejná optická stimulace může vyvolat dezorientaci a iluzorní vnímání. (Friedlová, 2011, str. 5)

Za optickou stimulaci se považuje, když klientům nabízíme podněty, na které je dobře vidět, jsou tedy zřetelně světlé a zřetelně tmavé. Při optické stimulaci dbáme, abychom klientům dali možnost uvědomit si denní dobu. Personál by měl volit barevné oblečení a ložní prádlo by také nemělo být bílé, podporujeme tak stimulaci zraku. Je vhodné ukazovat klientům obrázky, které mají dostatečnou velikost nebo umístit nástěnku s fotografiemi do jeho zorného pole. Jestliže klient používá brýle, měl by je mít nasazené. Optická stimulace je aplikována, i když je klientovi pouštěná televize, což se kombinuje optická i auditivní stimulace. Pro optickou stimulaci je neméně důležité měnit polohy klienta, změnou polohy umožníme klientovi sledovat děj okolo něj a orientovat se na svém těle. Při aplikaci této stimulace musíme pracovat s biografií klienta, to znamená, že si zjistíme, jaké barvy má rád, na jaké obrazy či fotografie se rád dívá, jaké pohledy ho uklidňují. (Friedlová, 2011, str. 7 – 8)

Prostředí ve zdravotnickém zařízení je obvykle destimulující, subjekty jsou prosté na vizuální podněty. Okolí vyvolává často úlek či stres a to nejčastěji u klientů, kteří se probouzejí z bezvědomí, protože takové prostředí neznají, nemají jeho vizuální podněty uložené v paměťových stopách. V tomto případě je vhodné aplikovat optickou stimulaci pomocí, pro klienta známých, předmětů nebo podnětů, klient tak může asociovat a zpracovávat informace z prostředí, k tomu i výrazně dopomáhá pravidelné polohování. Tím se posílí pocit jistoty a u klienta se odstraní dezorientace a neklid. (Friedlová, 2007, str. 109 – 110)

8.2. Taktálně-haptická stimulace

Vnímání doteku, tlaku, napětí, chladu, tepla a vibrací, to vše umožňuje somestetický systém. Ve vrstvách kůže se nacházejí mechanoreceptory, většina z nich reaguje na dotyk a tlak. Paciniho tělíška reagují na vibraci a Meissnerova tělíška reagují na lechtání, tyto tělíška jsou pomalejší. (Friedlová, 2007, str. 127)

Zkušenosti během života získáváme i prostřednictvím rukou, které rozpoznávají předměty, tyto zkušenosti se ukládají do paměti. U klientů, kterým chybí tato stimulace, se projevují tak, že tahají za zavedené močové katétry, za nosogastrické sondy, za PEGy a podobně. Neustále stahují deku a rolují povlečení. Taktilně-haptická deprivace se pozná i tím že, klienti rozepínají košile a svlékají oblečení nebo si odepínají plenkové kalhotky. Ve své paměti si nahmatané předměty snaží zařadit, ale s některými se setkávají poprvé a tak nastane u nich neklid a zmatenost. Taktilně-haptická stimulace poskytuje smysluplné stimuly ve formě známých předmětů. Proto i zde, u této stimulace, pracujeme s biografií klienta. Věci a materiály k taktilně-haptické stimulaci mohou vycházet z koníčků, zájmů, osobního nebo pracovního života. (Friedlová, 2007, str. 129) Často se při této stimulaci využívají oblíbené předměty a hračky, předměty užívané k výkonu zaměstnání klienta, pracuje se s kelímky a přístroji, stimulujeme haptiku i zubním kartáčkem nebo jinými osobními věcmi. Používáme při taktilně-haptické stimulaci příjemné materiály – froté ručník, žínky nebo kožesíny. (Friedlová, 2011, str. 15)

8.3. Orální stimulace

Nejcitlivější a neaktivnější tělesnou zónu představují ústa, tyto fakta platí již v prenatálním i postnatálním období dítěte. Člověk pomocí úst zjistí chuť, konzistenci, vůni a tvar jednotlivých předmětů. (Friedlová, 2011, str. 10) Lze říci, že ústa plní mnoho funkcí, ústa slouží k příjmu potravy, ke komunikaci, k posuzování konzistence, k vnímání chutí a vůní, pomocí úst vyjadřujeme emoce a také ústy vydechujeme a nadechujeme vzduch. Ústy zakoušíme různé prožitky, jako jsou prožitky erotické, gastronomické či prožitky z cigarety. (Friedlová, 2007, str. 118)

Při poskytování orální stimulace není cíl krmit klienta, ale cílem je stimulovat jeho chuť. Ke stimulaci se používají výrazné chutě. K těmto chutím patří: citrónová šťáva, sůl, med, káva, čokoláda a další. Jako u všech stimulací v konceptu pracujeme s biografií klienta, stimulujeme ho pro něj známými a oblíbenými chutěmi. Pokud se jedná o tekutinu, tak tu můžeme aplikovat pomocí štětičky, kterou pak vkládáme do úst klienta. (Janečková, 2009, str. 12) Štětičku, kterou využívá pro účely orální stimulace, jsem zdokumentovala a můžete ji tak nalézt v příloze.

Úspěšnou orální stimulaci provedeme, když tuto stimulaci bude předcházet somatická stimulace obličejové části hlavy. Stimulaci provádíme prsty, vytváříme mírné tlaky okolo úst, logopedové aplikují stimulaci i uvnitř úst. Musíme mít vždy na paměti, že oblast dutiny ústní je velice intimní část těla a tak klienty vždy informujeme o stimulaci. Důležitým předpokladem pro správně provedenou orální stimulaci je vhodná poloha klienta. Snažíme se při této stimulaci uvést klienta do sedu, protože jsme také zvyklí sedět u jídla, musíme dbát na běžné denní rituály. Na všechny reakce klienta reagujeme, pokud se objeví negativní reakce, je evidentní, že stimul byl pro klienta nepříjemný a vynecháme ho při další orální stimulaci. (Friedlová, 2011, str. 11)

Při aplikaci orální stimulace si všímáme stavu dutiny ústní. Můžeme hodnotit, zda je dutina ústní suchá či vlhká a dále vidíme stav sliznice na jazyku. Pozorujeme afty, puchýřky, ragády v dutině ústní, všímáme si i stavu dásní, zda jsou intaktní. Zdravotnický personál musí dále evidovat, zda klient používá protézu, a když ano, tak jestli úplnou nebo částečnou. To vše je součástí jeho autobiografie. (Friedlová, 2011, str. 11)

8.4. Auditivní stimulace

Pomocí sluchu se lidé dorozumívají – komunikují, navazují a udržují vztahy. Sluch dále přispívá k rozvoji myšlení. Pomocí sluchu dochází k vývoji řeči, bez sluchu není mluvené slovo. (Friedlová, 2007, str. 114)

Auditivní stimulaci využíváme z různých důvodů a poté sledujeme různé cíle. U auditivní stimulace chceme dosáhnout kontaktu s klientem a s tím i souvisí spolupráce s klientem, chceme zprostředkovávat klientovi informace o jeho těle a celkově o jeho osobě. Pomocí auditivní stimulace se snažíme vyvolat vzpomínky z paměťových stop a tyto vzpomínky mobilizujeme. Stimulace podporuje jistotu a umožňuje orientaci. (Friedlová, 2007, str. 114)

Auditivní stimulaci poskytujeme formou hudby, vyprávění, zpěvu nebo různých nástrojů. Veškerou stimulaci plánujeme v souladu s biografií klienta. Oblíbenou hudbu můžeme pouštět do sluchátek nebo přes audio přístroje. Je potvrzené studiemi, že klidná hudba vyvolává uvolnění a uklidňující jsou hluboké tóny. Při auditivní stimulaci je přínosné, když jí provádí příbuzní klienta, ať přímo nebo pomocí nahrávek, které

zdravotnický personál pouští klientovi do sluchátek. Nesmíme zapomenout, že kdo z klientů nosí naslouchátko, měl by ho mít správně vložené do ucha. (Friedlová, 2011, str. 9) Mezi auditivní stimulaci patří i práce s budíkem, kdy nastavíme budík na dobu, kdy je klient zvyklý vstávat, tak je podporována i jeho orientace v čase a připomínají se z paměťových stop jeho běžné denní rituály. (Janečková, 2009, str. 10)

8.5. Olfaktorická stimulace

Vůně, pachy, to jsou hlavní vyvolavatelé vzpomínek, se kterými dále pracuje koncept bazální stimulace. Vůně nebo pachy vyvolávají negativní či pozitivní vzpomínky, některé vůně asociují situace, jako třeba kakao – příjemná situace. Některé vůně připomínají roční období jako je třeba perník – vánoce nebo, když ucítíme parfém, vybavíme si osobu, která vůni používá. Orální a olfaktorické stimulace jsou mezi sebou propojeny a často se kombinují. (Friedlová, 2011, str. 14)

Vždy se informujeme od rodiny, jaké vůně klient upřednostňoval. Pokud budeme používat ke stimulaci nepříjemné vůně, můžeme vyvolat negativní reakce, u kterých hrozí zástavy rozvoje zdravotního stavu nebo nespolupráce a ignorace klienta vůči zdravotnickému personálu. Olfaktorické stimuly by se neměly podávat kontinuálně, klient by si na ně zvykl a nebyl by tak řádně stimulován. (Friedlová, 2011, str. 14)

Klienti dýchající přes tracheostomii nebudou moci být plně stimulovány vůněmi. Po úrazu mozku se často čichová centra poškodí, ale nic nebrání k experimentaci. Snažíme se ale vždy zohlednit biografii klienta. Pro experimentování jsou nejvhodnější silné vůně. Mezi tyto vůně patří česnek, rum, káva, máta peprná, cibule, vonná sůl, voda po holení, parfém. Často využívaný stimul je tabák. Vůně krátce přikládáme k nosu klienta. Při olfaktorické stimulaci udržujeme verbální komunikaci a popisujeme činnosti, které vykonáváme. Můžeme například přikládat oblečení k nosu klienta, které rodina pere ve známém pracím prášku, tuto stimulaci aplikujeme při převlékání klienta do osobního prádla. Při koupeli pracujeme s oblíbenými a příjemnými šampóny a mýdly, které klient běžně používal doma. (Janečková, 2009, str. 11)

9. SPECIFIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O KLIENTA S PORUCHOU VĚDOMÍ

Klienti s poruchami, změnami vědomí jsou hospitalizováni na Jednotku intenzivní péče nebo na Anesteticko-resuscitační oddělení. Klientům je zde poskytována intenzivní lékařská a zcela individuální ošetrovatelská péče. (Slezáková, 2007, str. 96) Jedinci, kteří mají diagnostikované kóma vigile jsou po stabilizaci zdravotního stavu na Jednotce intenzivní péče hospitalizováni na Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. (Janečková, 2009, str. 7)

Existují určité specifické ošetrovatelské postupy, které jsou typické pro klienty ve vigilním kómatu. Specifika ošetrovatelské péče najdeme v oblasti – polohování, hygienické péče, výživy, vyprazdňování, rehabilitace a v psychosomatické oblasti. (Slezáková, 2007, str. 96)

Pro klienty s poruchou vědomí je důležité pravidelné a šetrné polohování, kdy jsou použity všechny dostupné pomůcky. Vhodné pomůcky jsou klíny, polštáře, polštářky, obinadla do rukou, polohovací válce s příjemným pískovým materiálem uvnitř, který se modeluje dle polohy klienta. Musí se dbát na to, aby nebyla poloha pro klienta příliš nepříjemná. Zapojit při této činnosti vlastní empatii je velice přínosné. Při správné poloze jsou volně průchodné dýchací cesty a nedochází k poruchám prokrvení. (Slezáková, 2007, str. 96) Platí zde i dobře známé pravidlo, že se nesmí dotýkat klouby nebo končetiny o sebe, mohlo by dojít k závažným poruchám kožní integrity, které vedou k delší hospitalizaci klienta, a hrozí vysoké riziko zavlečení infekce do vzniklé rány. Polohování většinou provádíme po třech hodinách, v noci intervaly polohování prodlužujeme, ale je ideální minimálně jedenkrát polohu přes noc změnit. (Janečková, 2009, str. 18)

Stupeň sebedpěče u klientů v apalickém stavu je nulový. Znamená to, že sestra přebírá veškerou ošetrovatelskou péči, jedná se o stoprocentní ošetrovatelskou péči. Klient je absolutně závislý na péči získanou z okolí. Pokud je klient zcela nesoběstačný, provádí se i hygienická péče často na lůžku nebo na speciálních lůžkových vanách, na které se klient přesune polohovacími deskami a je odvezen do koupelny, kde se provádí na lůžkové vaně celková hygiena. U klientů s poruchou vědomí se zvlášť musíme věnovat ochraně pokožky, obzvláště predilekčním místům. Vhodné přípravky vmasírujeme nebo rozetřeme po kůži. Nemělo by se ani zapomínat na hygienu očí, kdy používáme oční dezinfekční

prostředky nebo mastičky dle ordinace lékaře. To samé platí i u nosních dírek a uší, kde aplikujeme přípravky na ochranu sliznic. Klient se dále bude cítit lépe, když mu provedeme hygienu dutiny ústní několikrát denně. Dutinu ústní provádíme molitanovými nebo vatovými štětičky. (Slezáková, 2007, str. 96)

Klienti v apalickém stavu obvykle mají provedenou tracheostomii, což je chirurgické otevření trachey zřepdu ve výši druhého a třetího chrupavčitého prstence. Výkon se nejčastěji provádí límcovým řezem a následně se v přední stěně vystřihne otvor pro tracheostomickou kanylu. Kanyla je zahnutá rourka, které má různé velikosti, které musíme přizpůsobit šířce průdušnice. Tracheostomická souprava se skládá z vnější a vnitřní kanyly a obturátoru, který se po zavedení odstraní. Vnější kanylu upevňujeme klientům pomocí molitanového lemu a šňůrky kolem krku. Apalickým klientům je tracheostomie indikována pro zabezpečení a udržení průchodnosti dýchacích cest a pro odstraňování (odsávání) tracheobronchiálního sekretu. Kanyly se zavádí i pro prevenci aspirace sekretu. (Mikšová, 2006, str. 127) Tracheostomická kanyla obnáší také specifickou péči, kterou vysvětlují níže.

Často jsou klienti v apalickém stavu odsávány dutinou ústní nebo tracheostomickou kanylou, proto se klade důraz na hygienickou péči v oblasti kanyly a úst. Kolem tracheostomické kanyly se vypořádávají mulové čtverce, které se musí častokrát během dne vyměňovat, pokožka by zde měla být vždy čistá a suchá. Čtverce se pokládají i z důvodu možného přenosu infekce z dýchacích cest. Podle zvyklostí oddělení se pravidelně vyměňuje tracheostomická kanyla za účasti lékaře, sestra asistuje a podává nově sterilizovanou kanylu správné velikosti. Tento proces se děje obvykle jednou za měsíc. Další péče o tracheostomickou kanylu spočívá v čištění. Vnější kanyla se opatrně vytáhne z vnitřní rourky a jednorázovým kartáčkem se vyčistí, protože po stranách může zůstat sekret, který brání v průchodnosti dýchacích cest a napomáhá k tvorbě infekcí. Popsaný proces je indikován u kovových kanyl, které se v dnešní době již na odděleních zcela výjimečně používají. Samostatný odsávací přístroj má velice přísná opatření při jeho zacházení. Každé oddělení má nastavené standarty, které uvádějí, jak často měnit odsávací částí přístroje. Odsávací hadice se mění po každém použití, tedy po každém odsátí z dýchacích cest. Vždy přistupujeme asepticky za použití osobních ochranných pracovních pomůcek. (Slezáková, 2007, str. 96)

Klienti, kteří jsou imobilní, často trpí inkontinencí. Klienti mohou mít zavedený permanentní močový katétr, který vyžaduje pravidelnou výměnu, to činí prevenci močovým infekcím. Ale dále mohou klienti močit spontánně do plenkových kalhotek, což obnáší každodenní důkladnou hygienu genitálu a jeho okolí. Inkontinence stolice se také řeší plenkovými kalhotky, které se během dne kontrolují. Stolice má agresivní charakter, proto se klade důraz na prevenci opruzenin nebo macerace kůže. Nesmíme zapomenout, že inkontinence přispívá k tvorbě dekubitů, proto bychom se této oblasti měli speciálně věnovat. (Janečková, 2009, str. 17)

U apalických klientů je běžné, že mají zaveden tzv. PEG neboli perkutánní endoskopická gastrostomie. PEG je řešení pro dlouhodobě enterálně podávanou výživu. PEG je sonda, která je vpravena přes břišní stěnu do žaludku. Sonda je ukotvena stehem. PEGem je podávána rozmixovaná výživa nebo výživa z vaku, tato výživa obsahuje všechny důležité složky potravy včetně minerálů a vitamínů. Vak je napojen na nutriční pumpu, tím se zajistí pravidelné dávky výživy. O množství a intervalech rozhoduje lékař. Po každé dávce výživy propláchneme PEG čajem nebo vodou (dle zvyklostí oddělení), to samé platí i při podávání rozdrčených léků. Dále je důležité to, že musíme pečovat o pokožku kolem perkutánní endoskopické gastrostomie, tuto oblast pravidelně kontrolujeme a pod přívodnou část gastrostomie dáváme mulový čtverec s dezinfekčním prostředkem. S PEGem by se mělo rotovat o 180° jedenkrát za týden. V ošetrovatelské dokumentaci by měl být záznamový list o rotaci a celkové péči o perkutánní endoskopickou gastrostomii. (Janečková, 2009, str. 17 – 18)

V neposlední řadě je velice přínosná rehabilitace. Zdravotnický personál spolupracuje s fyzioterapeuty a rehabilitační klinikou. Fyzioterapeuti provádějí pasivní cvičení jako prevenci kontraktur a spascitivity. Poklepovou masáž hrudníku aplikují k lepšímu odstranění sekretu z dýchacích cest. Fyzioterapeuti mohou i masírovat a polohovat klienty ve specifickém bezvědomí. Hraje zde velkou roli i verbální kontakt s klientem. (Slezáková, 2007, str. 97)

Ke každému klientovi s poruchou vědomí by se měl zdravotnický personál chovat s úctou a neopomínat komunikaci. Měli bychom si vždy vzpomenout na – klidné slovo, tiché prostředí, taktní přístup, pohlazení a stisk ruky. Stisk může klientovi pomoci najít pocit bezpečí a jistoty, což je velice důležitá lidská potřeba. (Slezáková, 2007, str. 97)

Všechny tyto ošetrovatelské oblasti můžeme pojat v souladu s konceptem bazální stimulace. Nesmíme zapomínat na skutečnost, že nikdy přesně nevíme, do jaké míry klient ve vigilním kómatu vnímá či nevnímá, proto bychom se měli snažit přistupovat ke klientovi jako k jedinci se všemi bio-psycho-sociálními potřebami, které je nutné umožnit, když si je sám klient nemůže poskytnout. (Friedlová, 2007, str. 131)

PRAKTICKÁ ČÁST

10. FORMULACE PROBLÉMU

Bazální stimulace je ošetrovatelsko-pedagogický koncept, který podporuje lidské vnímání, pohyb, komunikaci a to v nezákladnější rovině. Tento koncept je prospěšný lidem, kteří mají změny v těchto třech oblastech, proto se často bazální stimulace zařazuje do péče u klientů ve vigilním kómatu. Pomocí bazální stimulace cíleně stimulujeme smyslové orgány a využíváme schopnosti mozku, především jeho paměťových drah, kde se ukládají návyky a známé zvyky klientů. (Friedlová, 2007, str. 19). Na stimulaci klienti mohou reagovat, specificky komunikují.

Myslím si, že se často pozapomíná na specifickou komunikaci klientů ve vigilním kómatu s okolním prostředím. Reakce klientů a tedy jejich komunikace je zcela individuální, záleží na stupni poškození mozku, věku, ale také na tom, zda jsou klientovi dopřávány stimuly, které jsou dále prevencí deprivace. Správně aplikovanou bazální stimulací se předchází deprivaci. Myslím si, že pokud je klient zvyklý na využívání prvků bazální stimulace a je evidentní, že na stimulace kladně reaguje, měl by se na konceptu podílet celý zdravotnický personál včetně rodiny. Je správné, když se příbuzní zařadí do ošetrovatelského procesu s prováděním bazální stimulace u apalických klientů, proto je i velice důležité edukovat rodinu o možnostech konceptu. Postižení samozřejmě jinak reagují na známé tváře, než na cizí zdravotnický personál. Tím to si i kladu otázku: „Jaké jsou reakce klienta na aplikaci bazální stimulace?“

11. CÍL VÝZKUMU

Analyzovat reakce klienta ve vigilním kómatu na aplikaci konceptu bazální stimulace.

Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jakým způsobem se zdravotnický personál na certifikovaném pracovišti INSTITUTU Bazální stimulace podílí na aplikaci konceptu.

- 2) Zjistit pocity člena rodiny při provádění bazální stimulace na svém příbuzném ve vigilním kómatu.
- 3) Zpracovat edukační leták pro laickou veřejnost.

Operacionalizace pojmů

Apalický stav, vegetativní stav, vigilní kóma = odborné názvy pro specifickou poruchu a změnu vědomí.

Koncept bazální stimulace = aplikace jednoduchých stimulů a prvků, které zná klient, před poškozením vědomí.

DIOP = Oddělení intenzivní ošetrovatelské péče, zde jsou hospitalizováni klienti v apalickém stavu. (viz. dále v textu)

Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou reakce klienta na aplikaci konceptu bazální stimulace?
- 2) Jakým způsobem se podílí personál na certifikovaném pracovišti INSTITUTU Bazální stimulace na aplikaci konceptu?
- 3) Jaké pocity má člen rodiny, který aplikuje prvky bazální stimulace na svém příbuzném?
- 4) Pomůže edukační leták rodině, která má svého příbuzného ve vigilním kómatu, do aplikování konceptu?

12. DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se hloubkově zajímala pouze o jednoho klienta. Téma mé bakalářské práce je vysoce individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. Zajímám se o porozumění, reakce, pocity při aplikaci bazální stimulace a to vše mi zajistí tento druh výzkumu.

Metoda

V odborné práci popisuji stav klienta v anamnéze, nejvíce kladu důraz na anamnézu osobní a nynější, které jsou důležité pro nastavení celého individuálního plánu, jaké prvky bazální stimulace zakomponujeme do ošetrovatelského procesu. Neopomím ani na rodinnou, farmakologickou, pracovní a sociální anamnézu. Koncept bazální stimulace se však nejvíce opírá o biografickou anamnézu, která je předpokladem integrace konceptu do péče. Biografie znamená znát návyky, zvyky a prožitky klienta. (Friedlová, 2007, str. 131) Celkový stavu klienta zpracovávám do třech období. V každém období popíšu hloubkovou analýzu problému a odpovídám si na danou výzkumnou otázku.

Výběr případu

Výběr případu byl záměrný, protože pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nevhodnější, abych si vybrala klienta, který má nově diagnostikované vigilní kóma. Je velice důležité zapojit ihned koncept bazální stimulace do ošetrovatelského procesu po přijetí klienta na Apalickou jednotku, jedině takto umožníme klientovi v určité míře se adaptovat na změny a dále mu pomůžeme k poznávání jeho tělesného schématu. Po aplikaci bazální stimulace pak můžeme vidět určité reakce nebo specifickou komunikaci s okolím ze strany postiženého. Další kritérium jsem si zvolila věk do 55 let. Chtěla jsem zjistit, jak se jeho mladá rodina bude podílet na aplikaci bazální stimulace. Klient, který byl hospitalizován na DIOP tyto požadavky splňoval a jeho rodina souhlasila s výzkumem. Z důvodu anonymity klienta neuvádím jeho jméno, klienta nazývám jako pan M.

Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Oslovila jsem k provedení rozhovoru: lékaře z Anesteticko-resuscitačního oddělení, fyzioterapeutku, která každý den provádí rehabilitaci u klienta v apalickém stavu a dále staniční sestru, ošetrovatelku (NNLZP) z oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a v neposlední řadě jsem oslovila manželku klienta, který je hospitalizován s diagnózou vigilního kómatu. Všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas, ve

kterém se zmiňuji i o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Rozhovory jsem prováděla na oddělení DIOP v tzv. „odpočívárně“, v tomto prostoru je klid a soukromí. Před zahájením rozhovoru jsem informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovor jsem nahrávala se svolením na diktafon, objektivní pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Setkání trvalo okolo padesáti minut, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky.

Dalším stylem, jak získat informace bylo pozorování před, při a po aplikaci bazální stimulace. Vytvořila jsem si záznamový arch (tabulku), kde jsem průběžně vyplňovala reakce klienta, ale i měnící se fyziologické funkce jako je například puls, dech a tlak. Tabulku naleznete v přílohách. V časové ose pak vidíme jednotlivé reakce, které mi dávaly informace o tom, v jakých prvcích konceptu mám pokračovat nebo které mám potlačit.

13. ORGANIZACE VÝKUMU

Na začátku kapitoly popíšu anamnézu klienta. Odbornou práci člením do třech období, v každém období je hloubkově popsán celkový stav klienta. První období je zaměřeno na příjem postiženého z Anesteticko-resuscitačního oddělení na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, kdy si zdravotnický tým vytvořil individuální plán prvků bazální stimulace na základě dotazníku o biografii klienta. V druhém období se věnuji reakcím na aplikaci bazální stimulace po dobu pěti dnů. Dále se zde zajímám o účast zdravotnického personálu do zapojení konceptu v ošetrovatelské péči a to prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Třetí období je vyčleněno pro edukaci rodiny pomocí letáku v aplikaci bazální stimulace na svého příbuzného. Po rozhovoru s manželkou zjišťuji její pocity při konání stimulace. Rozhovor pak následně analyzuji. Veškeré stanovené cíle hodnotím v analýze cílů a závěru bakalářské práce. Výzkum jsem prováděla osm měsíců, od února do září roku 2014, na Oddělení intenzivní ošetrovatelské péče v souladu s informovaným souhlasem zdravotnického zařízení, který příkládám v příloze.

14. PRAKTICKÁ ČÁST – PRVNÍ OBDOBÍ

V prvním období praktické části bakalářské práce popisuji stav klienta s diagnózou vigilní kóma při příjmu z Anesteticko-resuscitačního oddělení na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (Apalická jednotka). Zdravotní stav i okolí klienta, ve kterém je hospitalizován, popisuji objektivně. Klientův stav uvádím pomocí osobní, nynější, rodinné, pracovní, sociální a farmakologické anamnézy. V této části je podrobně vypracována biografie klienta. Ze zhodnocené biografie je sestaven individuální plán, který ukazuje, jaké prvky bazální stimulace budou zakomponovány do ošetrovatelského procesu, které jsem si nastavila již v první fázi odborné práce. Pro vytvoření autobiografie byla zapotřebí spolupráce s rodinou a zdravotnickým personálem na oddělení. Šetření v této době jsem prováděla při dobrovolné činnosti na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

Údaje o klientovi

Pan M. prodělal ve svých 48 letech subarachnoidální krvácení, které bylo zapříčiněno rupturou aneurysmatu, po zjištění diagnózy se ihned započalo neurochirurgické opatření. Neurochirurgická operace byla provedena 26. 12. 2013. Pooperační průběh byl komplikován vazospastickou ischemií a následně nutnou kraniektomií. Klient utrpěl šokový stav a rozvíjelo se multiorgánové selhání. Pan M. byl hospitalizován na Anesteticko-resuscitační jednotce a poté byl přeložen s těžkým neurologickým postižením a špatnou prognózou k dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči a rehabilitaci kognitivních funkcí na Apalickou jednotku.

14.1. Stav klienta v prvním období

Podle lékařů z Anesteticko-resuscitačního oddělení, kteří docházejí na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, se pan M. nachází ve stavu vigilního kómatu, je mu diagnostikován apalický syndrom. Klient nereaguje na podněty slovně, pozoruje okolí a občasně se objeví nepříjemná bolestivá grimasa v obličeji. Po poškození mozku v důsledku subarachnoidálního krvácení dochází i k poškození hybnosti na levé straně těla. Dále je panu M. diagnostikována hypertenze, dříve se s ní klient neléčil. Na hlavě za

pravým uchem má pan M. dekubitus, lékaři určili dekubitus o stupni číslo tři. Proleženina má vředový charakter, poškození kůže bylo rozsáhlé do dvou centimetrů čtverečních. Další dekubitus má klient v sakrální oblasti, tato proleženina byla mnohem rozsáhlejší, horizontálním směrem měřila 19 cm a vertikálním směrem měřila 12 cm, do hloubky mělo poškození 5 cm. Lékaři stanovili čtvrtý stupeň poškození integrace kůže. Proleženina prosakuje a má nekrotický charakter.

Panu M. byla provedena tracheostomie, na přední straně krku je patrná kovová kanyla, okolí rány je klidné, bez zarudnutí. Rána je ošetřena dezinfekcí a krytá čtverci, kanyla je překryta rouškou, jde tedy o otevřený systém odsávání z dýchacích cest.

Další invazivní vstup představuje periferní žilní katétr na pravém hřbetu ruky. Okolí kanyly je klidné. Převaz PŽK je náplast'ový, průhledný, kde je čitelně napsán datum posledního převazu.

V břišní krajině je panu M. zaveden PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), pomocí něho je klient vyživován. Denně je klientovi podáno přes nutriční pumpu 1700 ml tekutiny bohaté na všechny důležité výživové složky, dále je do PEGu aplikováno 1000 ml čaje. Přes PEG dostává pan M. léky podle ordinace lékařů.

Klient je díky změně vědomí plně inkontinentní a tudíž personál používá u pana M. plenkové kalhotky. Na Anesteticko-resuscitačním oddělení mu byl zaveden permanentní močový katétr, kvůli riziku infekce, která by dlouhodobě hrozila, se katétr odstranil.

Součástí popisu stavu klienta v souladu s bazální stimulací, bych měla nastínit i prostředí, kde je pacient hospitalizován. Pan M. je hospitalizován na pětilůžkovém pokoji na polohovací posteli s antidekubitární matrací, součástí elektrické postele jsou postranice, které jsou snadno ovladatelné. Postel je umístěna jako první od sesterny, mezi pokojem a sesternou je skleněné přepažení se žaluziemi, aby klienti nebyli rušeni při nočním svícení na sesterně. Pan M. má výhled z okna na malý park před nemocnicí a na nemocniční parkoviště. Lůžko je přístupné ze tří stran, prostory kolem lůžka jsou značně omezeny, z každé strany je jeden metr. Ostatní lůžka nejsou oddělena plentami nebo zástěnami, tudíž je vidět na ostatní klienty. Stoleček klienta je dřevěný, na kterém jsou uloženy osobní hygienické potřeby klienta. Vedle stolečku je odsávací přístroj s nádobou pro odsávací hadice. Pokoj je mírně cítit dezinfekcí. Stěny pokoje jsou vymalované světle zelenou barvou a u každého lůžka je k dispozici nástěnka s obrázky, plakáty nebo fotografiemi

příbuzných od hospitalizovaných klientů. Povlečení je barevné. Lůžko je dále doplněno barevnými polohovacími pomůckami s perličkovou výplní. Pan M. je oblečen do nemocničního pyžama.

Anamnéza osobní

Nemoci: Klient prodělal běžné dětské nemoci. V deseti letech prodělal zánět středního ucha, který vedl k trvalým následkům, klient hůře slyší na pravé ucho.

Abusus: Klient vykouřil 15 cigaret denně, alkohol pil příležitostně.

Další: Stravuje se pravidelně, bez dietního opatření.

Alergie: Ne

Anamnéza farmakologická

Lactulosa biomedica, sir. 0 – 15 ml – 0

Bisacodyl, supp. (pozn. při zácpě)

Aktiferrin, gtt. 5 – 5 – 5

Citalec 20, tbl. 0 – 0 – 1

Betaloc zok 50 mg, tbl. 1 – 0 – 0

Paralen 500, tbl. (pozn. 2 tbl. při TT nad 38°C)

Ambrobene 15mg/5ml, sir. 5 ml – 5 ml – 5 ml

Baclofen-polopharma 10 mg, tbl. 2 – 2 – 2

Milurit 100, tbl. 1 – 0 – 0

Tramal 100 mg, i.m. 1 – 0 - 0

Anamnéza rodinná

Klientovi rodiče neudávají žádnou závažnou či chronickou nemoc. Klient má jednoho sourozence – sestru 40 let, která je zdravá.

Anamnéza pracovní

Zaměstnání: Klient je inženýr, IT pracovník, pracuje doma. Dříve prodavač a opravář počítačů v kamenném obchodě.

Anamnéza sociální

Klient žije v bytě s manželkou (v odborné práci jí představuji jako paní M.) a dvěma dětmi. Synovi je 13 let, dceři je 14 let. Obě dvě děti jsou adoptované.

14.2. Biografie podle konceptu bazální stimulace

Biografická anamnéza je ošetrovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace. Autobiografie je důležitou složkou k vytvoření individuálního plánu s prvky konceptu. Biografii jsem provedla v prvním období mého výzkumu, tedy po přijetí klienta na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Byla to jedinečná možnost zkusit si vytvořit biografickou anamnézu, která nadále slouží k rozvoji zdravotního stavu klienta. Při zpracování biografie jsem spolupracovala se zdravotnickým personálem na oddělení, kde klient byl hospitalizován a také s manželkou postiženého. Kvůli biografii jsem provedla rozhovor s manželkou pana M. (v rozhovoru oslovována jako paní M.), kde jsem se zajímala o veškeré informace, které pomáhají sestavit plán bazální stimulace. Informace se týkaly z odvětví hygieny, povolání, koníčků, spánku a dalších důležitých životních potřeb. Oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče má vlastní dokumentaci pro zjištění informací do biografické anamnézy. Níže uvádím rozhovor s manželkou klienta, ihned následuje sepsaná biografická anamnéza v souladu s pedagogicko-terapeutického konceptu.

Rozhovor s manželkou klienta – část první

Zkusíte mi popsat povahu Vašeho manžela?

„Je to společenský tvor, extrovert. Manžel je moc hodný ke mně i k dětem. Je to báječný otec. Ale dokážou ho pořádně naštvat lidi, kteří mluví do něčeho, čemu nerozumí. S takovými se ve své bývalé práci často potkával. Pak si dával cigaretu na uklidnění. Ještě k povaze mého manžela – nikdy nezkazí žádnou zábavu, nikdy se s ním člověk nenudí.“

Váš manžel měl jaké zaměstnání?

„Ajták, pracoval doma. Dříve pracoval jako IT v prodejně a opravně počítačů.“

Myslíte, že ho zaměstnání uspokojovalo, bavilo ho?

„Určitě ano, byl to zároveň jeho koníček, ale co přišel o zaměstnání v prodejně, tak měl nezdravý způsob života. Seděl celý dny doma u počítače a pořád kouřil a pil černou kávu, turky. Odchod z práce ho hodně mrzel.“

Měl Váš manžel nějaké koníčky?

„Trempling, příroda, procházky, hraní na hudební nástroje, fotbal. Rád koukal na televizní pořady, které byly zábavné- rád se zasmál.“

Chodil Váš manžel pravidelně někam za koníčkem?

„Každé úterý na fotbal a s klukama chodil často na čundry.“

Pan Michal je pravák/levák?

„Je pravák.“

Zeptám se, používal Váš manžel brýle?

„Ne, i přesto, že každý den koukal na monitor.“

Co Váš manžel rád čte?

„Historii obecně, historii města a okolí a detektivky všeho druhu. Samozřejmě četl pravidelně noviny.“

A jak slyší Váš manžel? Neměl někdy se sluchem problémy?

„Slyší dobře, ale v deseti letech mu lékařka špatně propíchla bubínek a od té doby si stěžuje na bolest. Měl myslím zánět středního ucha. Nenávidí ponoření hlavy do vody, bere si i při sprchování špunty do uší, jinak ho to moc bolí. I na oddělení jsem přinesla špunty, které používá, má je v šuplíku.“

Které doteky má Váš manžel rád?

„Hlazení a drbání zad nebo chodidel. Ted' si myslím, že má rád, když se pusinkujeme.“

Co jí rád Váš manžel?

„Banány, veškeré ovoce, sladké. Nepohrdne ani jako správný chlap uzeným a celkově masem. Má moc rád buřty na pivo nebo gulášek.“

A co vyloženě nevyhledával?

„Špenát, koprovku, kuře na paprice.“

A pití? Jaké má rád pití?

„Turek, černý čaj, šťávu s vodou.“

Měl nějaké rituály – kdy si dát kávu, čaj?

„Ano, čaj s medem si dával k snídani a pak si dal v osm hodin ráno turka bez cukru a bez mlíka, to už si dával u počítače, kde pracoval a k tomu si zapálil cigaretu.“

Dal si rád Váš manžel nějaký alkohol?

„Pivo a s klukama na čundru pil Ferneta, rum.“

Kouřil Váš manžel?

„Ano, docela dost, běžně patnáct cigaret denně.“

Jakou má rád hudbu?

„Táborové písničky, Písničky z Westernů – Tenkrát na Západě, nemá rád bratry Medvědy. Z televizních seriálů má rád – Krause, Všechnopárty, Partičku, ale sleduje i dokumenty o historii – třeba o světových válkách.“

Hrál Váš manžel na nějaký hudební nástroj?

„Jo na saxofón, klarinet, kytaru. To byl jeho oblíbený koníček. Občas se zavřel do pokoje a hrál i několik hodin.“

Co má rád Váš muž za vůně?

„Myslím si, že hlavně nikotin. A taky si myslím, že má rád i vůni jedné voňavky, kterou mi dal k Vánocům, je to hodně sladká vůně.“

Má na oddělení hygienické potřeby (voňavku, deodorant, sprchový gel, pěnu a vodu na holení, kartáček a pastu na zuby) takové, které běžně používá doma?

„Zatím ne, ale pokud je to důležité, přinesu mu vše, co jste řekla.“

Co Váš manžel dělá, aby se cítil dobře? (společnost, relax, sport...)

„Dá si cigaretu, jede s klukama na čundr, jde si zahrát fotbal.“

Moc Vám děkuji za rozhovor paní M. S bazální stimulací mám velice dobré zkušenosti a Vy jste mi právě pomohla k tomu, abych zrealizovala plán pro integraci prvků bazální stimulace do péče o Vašeho manžela.

Analýza rozhovoru

Rozhovor s manželkou pana M. probíhal po vzájemné dohodě na klidném místě

v tak zvané „odpočívárně“. Rozhovor jsem prováděla čtrnáct dní po hospitalizaci pana M. na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, kdy jsem předpokládala, že již paní M. (manželka klienta) byla seznámena s chodem oddělení a i s tím, že je pracoviště certifikované pro aplikaci bazální stimulace a ví, co koncept obnáší. S rozhovorem paní M. souhlasila a byla ráda, že může i ona přispět k rozvoji stavu svého manžela. Paní M. odpovídala na otázky, které se týkaly životního stylu, zájmů a povolání pana M., tedy jeho biografické anamnézy.

Na začátku rozhovoru byla paní M. velice nervózní, bránila se pohledu do očí, v ruce držela kapesník, který neustále mačkala mezi prsty.

Ošetrovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace

Muž: M. L.

Věk: 49 let

Blízká osoba: Manželka M. (v práci uváděna jako paní M.)

Iniciální dotek: Pravé rameno (pozn.: vychází z diagnózy, levá strana je hemiparetická)

Tělesná péče:

Pravák

Je pro něj péče o své tělo důležitá: Ano

Jak často klient provádí hygienu: Denně

Teplota vody: Teplá

K mytí používá: Sprchový gel, značku nemění

Potřebuje pomoc při mytí: Ne

Rituály při mytí: Při sprchování rád poslouchá rádio, dává si před sprchováním do uší špunty.

Stav pokožky: Mastná, potivá

Toaletní potřeby: K dispozici (pozn.: vlastní bude přineseno z domova – krém, pěna
na holení, deodorant)

Holení: Mokrě

Péče o zuby, na co brát ohled: Po vyčištění zubů je klient zvyklý na ústní vodu. Po
kouření žvýká žvýkačky.

Vlastní kartáček a pasta: Ano

Zubní protéza: Ne

Jak často si myje vlasy: Každý den (používá šampón proti lupům)

Tělesný kontakt:

Je zvyklý na tělesný kontakt: Ano

Na kterém místě nemá rád dotek: Pravé ucho (chronická bolest)

Spánek:

Obvykle spí: Pravý bok

Jak spí: Chodí pozdě spát, vstává velmi časně

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné: Povlečení (pozn.: barevné)

Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena: Ne

Kolik hodin denně spí: 7

Má hodně ztemněno při spánku: Zatažené žaluzie

Jídlo a pití:

Upřednostňuje chutě: Slané, ale rád si dá i čokoládu

Teplota jídla: Teplá

Konzistence: Pevná strava

Oblíbený nápoj: Turek (z alkoholu: Fernet, rum)

Oblíbený pokrm: Maso na všechny způsoby

Nesnáší: Špenát, koprovku, kuře na paprice

Přinesené vlastní předměty: Hrnek

Vlastní přinesené poživatiny: Zatím ne

Potíže při polykání: Dříve ne, nyní: ano, pomalé tempo a zakuckávání.

Vyprazdňování:

Močení: spontánní

Při inkontinenci užívá: Plenkové kalhotky

Stolice: Nyní inkontinence – plenkové kalhotky

Sluch:

Sluch postižen: Ano (pozn.: vpravo)

Specifikujte postižení: V dětství komplikace zánětu středouší, bolest při namočení.

Naslouchátko: Ne

Oblíbená hudba: Znělky z Tenkrát na Západě, 4TET, Pavel Bobek

Oblíbené TV pořady: Nikdo není dokonalý, Uvolněte se prosím, dokumenty

Zvuky, na které je zvyklý: vyzvánění mobilu, budík

Přinesené předměty: CD přehrávač, kazety a CD, sluchátka

Zrak:

Porucha zraku. Ne

Brýle: Ne

Čočky: Ne

Regulace tělesné teploty:

Trpí na: Pocení (pozn.: častá výměna pyžama, používání vlastního deodorantu)

Pohyb a tělesná aktivita:

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu: Ano

Jakou: Fotbal (pozn.: „Každé úterý s kamarády.“ Říká manželka)

Specifikujte postižení: Nyní hemiplegie vlevo

Způsob života:

Povolání: Titul- ING, „ajt'ák“, prodavač v počítačovém kamenném obchodě

Koníčky, zájmy: Fotbal, výlety – turistika, aktivity s dětmi, historie, hudba

Děti: Dvě (obě adoptované)

Zvířata: Ne

Přinesené předměty vztahující se k povolání: Zatím ne

Víra: Ateista

Jak snáší bolest: Zvýšený práh bolestivosti (pozn.: uvádí manželka)

Jak zvládá zátěžové situace: Straní se, nekomunikace

Má relaxační techniky: Kouření cigaret, hudba, hraní na nástroje, fotbal

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí: Zatím žádné

14.3. Plánování prvků bazální stimulace při jejich zařazení do ošetřovatelského procesu

Při plánování ošetřovatelského procesu u pana M. jsem vycházela s jeho aktuálního stavu, péči jsme nastavili podle konceptu bazální stimulace. Pro realizaci samotného plánu mi pomohl rozhovor s manželkou klienta, dle kterého jsem mohla sestavit biografickou anamnézu. Myslím si, že biografie skrývá mnoho metod a prvků, které podporuje bazální stimulace, a také si myslím, že po dobře zpracované biografii, napadá poskytovatele konceptu bazální stimulace mnoho nápadů, jak rozvíjet zdravotní stav klienta. Dále při sestavování ošetřovatelského plánu s prvky konceptu jsem byla předem seznámena

s lékařskými diagnózami a prognózou pana M. Samotnou realizaci plánu jsem předložila staniční sestře oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, s tím, že po třech měsících zahájím vlastní výzkum, kdy budu provádět aplikaci bazální stimulace a následně sledovat reakce na koncept a zda se zapojují i zdravotnický personál včetně rodiny klienta.

Podle stávající situace pana M. a dalších způsobů, které popisují výše, jsem se rozhodla pro individuální integraci prvků bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Následkem subarachnoidálního krvácení a dalších komplikací zdravotního stavu po neurochirurgickém zákroku došlo u pana M. k poškození vnímání, pohybu a komunikace. Klient měl narušené vnímání vlastního těla neboli tělesného schématu. Pan M. se nedokázal slovně vyjádřit. Ze zkušeností vím, že se často k těmto klientům přistupuje jako k lidem, kteří nic nevnímají a nereagují. Bazální stimulace však uvádí metody, kterými můžeme reakce vyvolat, nemusí být vždy doprovázeny slovním vyjádřením. Na tyto reakce jsem myslela, když jsem plánovala bazální stimulaci u pana M.

Realizaci bazální stimulace jsem začala tím, že jsem zvolila místo iniciálního doteku, o místě jsem se poradila se staniční sestrou. Místo iniciálního doteku u pana M. je pravé rameno. Toto místo je zvolené, kvůli levému hemiparetickému postižení. Usuzujeme, že klient levou stranu hůře vnímá, mohlo by docházet k úlekům, pokud bychom začali stimulovat z hůře vnímatelné strany.

Pro pana M. by bylo vhodné zařadit do ošetrovatelské péče všechny prvky bazální stimulace s důrazem na somatickou stimulaci, která umožňuje poznávat klientovi vlastní tělo. Somatická stimulace je přínosná i proto, že klient je nově hospitalizován a je zapotřebí, aby se seznámil s prostředím oddělení. Když k tomu dojde, vytvoří se tím vztahy mezi klientem a personálem. Zařadila bych do péče zklidňující i povzbuzující masáž. Zklidňující po náročných výkonech nebo po rehabilitaci a naopak povzbuzující bych zvolila na začátek dne, kdy klienta aktivizujeme pro všechny úkony. U pana M. je nezbytné, abychom mu dovolili poznávat a přijímat i jeho postiženou levou stranu, ke stimulaci existuje neurofyziologická masáž. Při každé změně polohy nebo na začátek rehabilitačního cvičení jsem navrhla, aby poskytovatelé péče provedli vestibulární stimulaci. Tato stimulace pomáhá klientovi připravit se na úkony dne, ale především posiluje orientaci v prostoru. Vibrační stimulaci jsem zvolila tehdy, když je pan M. zahleněný a spolu s masáží stimulující dýchání jsem chtěla vidět výsledky stimulace, zda tato metoda je účinná a usnadňuje dýchání, ale i uvolnění sekretu z dýchacích cest.

Pro realizaci nastavbových prvků konceptu bazální stimulace jsem spolupracovala s rodinou klienta. Požádala jsem paní M. (manželku pana M.), aby donesla na oddělení svému manželovi jeho vlastní hygienické pomůcky a jeho domácí trička. U nastavbových prvků využíváme předmětů a podnětů, které jsou klientovi velice blízké a známé, ty které má uložené ve svých paměťových stopách v mozku. Dále jsme poprosila s paní staniční, aby rodina přinesla na nástěнку fotografie rodiny a přátel, pak může být realizována optická stimulace. Auditivní stimulaci jsme zajistili tak, že rodina byla ochotna přinést audio přehrávač i s kazetami oblíbených písní nebo s mluvenými příběhy.

Takto probíhala moje prvotní realizace ošetřovatelského procesu v souladu s bazální stimulací u pana M.. Při mé vlastní aplikaci bazální stimulace o individuální praxi budu dále vymýšlet nové prvky, které můžeme zařadit do péče.

15. PRAKTICKÁ ČÁST – DRUHÉ OBDOBÍ

V druhém období odborné práce se zaměřuji na konkrétní popisy reakcí klienta při aplikaci bazální stimulace. Celkový stav klienta v tomto období je zpracován na začátku této kapitoly, kde uvádím i odraz bazální stimulace na fyzický a psychický rozvoj klienta.

Specifickou komunikaci s okolím, tedy reakce klienta, pozoruji v pěti dnech. Šetření provádím po třech měsících od příjmu na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. K hodnocení reakcí používám vlastní tabulku, jedna tabulka je určena pro jeden den. V tabulce je znatelné, jak celý den probíhala aplikace bazální stimulace a jaké byly odezvy klienta na koncept. Tabulka je členěná tak, abych mohla zaznamenávat prvek stimulace, fyziologické funkce – krevní tlak, tělesnou teplotu, dech. Dále hodnotím objektivní reakce klienta, a jaké pomůcky jsem využila při stimulaci. Zapisuji i dobu trvání dané stimulace. Při hodnocení dne jsem používala i přímé pozorování.

V druhém období dále zjišťuji, zda poskytují i ostatní členové zdravotnického týmu bazální stimulaci. Uvádím i jejich názory na celou problematiku. Toto šetření jsem prováděla pomocí polostrukturovaných rozhovorů a následné rozvahy jsou sepsány v analýzách.

15.1. Stav klienta v druhém období

Stav klienta hodnotím od 24. 5. – 27. 6. 2014, to znamená tři měsíce po hospitalizování na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. V tomto období působím na oddělení a vykonám zde individuální praxi druhého ročníku.

Pan M. je stále hospitalizován na Apalické jednotce – DIOP. Lékaři z Anesteticko-resuscitačního oddělení setrvávají na diagnóze vigilního kómatu, i přes to, že postupnou rehabilitací a aplikací bazální stimulace, pan M. občas slovně odpoví. Došlo také ke zlepšení hybnosti a zjistili jsme, že klient má zachovalou dlouhodobou i krátkodobou paměť. Reakce při vykonávání ošetrovatelské péče popisují níže.

Při hodnocení dekubitů musím říci, že došlo z velké části ke zhojení. Dekubitus za pravým uchem je zcela zahojený, pouze jizva dokazuje, že v minulosti došlo k porušení integrity kůže. Sakrální proleženina měří vertikálně osm centimetrů a do šířky se zhojila na

pět centimetrů. Za tři měsíce se dekubitus zhojil více jak o polovinu. Defekt se každý den po koupeli sterilně převazuje. Výsledky hojení hodnotí staniční sestra každý týden ve speciální dokumentaci, kde se popisuje charakter rány, rozsah rány, sekret z rány a zda v ráně probíhá nějaké infekce. Pro zpětné zhodnocení dekubitu existuje fotodokumentace, po čtrnácti dnech staniční sestra fotí defekt, fotografie se ukládají do nemocničního počítačového systému.

Při zahlenění se panu M. odsává sekret z dýchacích cest přes tracheostomickou kanylu. Okolí kanyly je klidné, bez známek infekce. Během dne několikrát vyměňujeme čtverce kolem kanyly a tím i můžeme sledovat charakter vstupu do dýchacích cest. Na konci druhého období se klientovi již přelepuje tracheostomická kanyla. Lékaři připravují pana M. na odstranění TSK, toto rozhodnutí bylo stanoveno na základě minimálního odsávání sekretu z dýchacích cest a také kvůli zlepšení verbální komunikace.

Pan M. je vyživován nejenom přes PEG, kdy mu je podáváno 1200 ml nutriční výživy a 1000 ml čaje, ale už i dokonce pan M. začal přijímat kašovitou potravu ústy.

V prvním období jsem popisovala i prostředí klienta, ve kterém je hospitalizován. Od popisu předešlého období se změnilo to, že nástěnka u lůžka je plná fotografií jeho rodiny, stoleček je zaskládán osobními věci pana M., na další skříňce jsou pomůcky, které využíváme při aplikaci bazální stimulace. A klient už nemá na sobě nemocniční pyžamo, ale své osobní tričko, které mu přináší manželka z domova.

15.1.1. První den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (24. 6. 2014)

6:15 Přišla jsem na pokoj DIOPu, kde je hospitalizován spolu s dalšími čtyřmi klienty pan M., použila jsem u klienta iniciální dotek a oslovila jsem ho jménem. Pan M. otevřel oči a na otázku: „Jak jste se vyspal?“, reagoval pomalým mrknutím a trochu uleknutým výrazem. Po chvíli jsem se panu M. představila a povídala jsem mu, že se teď v průběhu celého měsíce budeme vídat a že se o něho budu starat. Ptala jsem se, zda by mu nevadilo, když bych mu občas dělala masáž nebo se mu více věnovala a cvičila s ním. Pan M. pohnul hlavou, vypadalo to, že mi dává najevo, že souhlasí s mou přítomností. Celou dobu našeho setkání jsem ho držela za pravou ruku. Když jsem chtěla náš kontakt přerušit, pan M. nechtěl pustit mou ruku. Toto bylo moje první setkání s panem M. po pár měsících

od doby, když jsem sestavovala biografickou anamnézu se staniční sestrou a manželkou klienta.

6:45 Přistoupila jsem k lůžku, dotkla jsem se místa iniciálního doteku a pozdravila jsem klienta. Informovala jsem pana M. o tom, že mu budu podávat do žaludku teplý čaj s ranními léky („Pane M. bude sedm hodin ráno, to jste zvyklý dostávat léky rovnou do břicha, podám Vám léky s čajem.“). Pan M. pomalu mrknul, bylo vidět, že mi rozumí. Při rozhovoru jsem nespouštěla ruku z jeho ramena. Než jsem šla provádět výkon – podávání tekutin do PEGu, měla jsem vše přichystané, abych se od lůžka nemusela vzdalovat nebo se k panu M. otáčet zády. Při aplikaci čaje do PEGu jsem sledovala klientovy reakce, pan M. mi upřeně hleděl do očí. Po výkonu jsem klientovi řekla, že teď půjdu pomoci i ostatním pacientům a přitom jsem zase využila iniciální dotek. Do půl osmé jsem podávala výživu i ostatním hospitalizovaným, pan M. byl zrovna napolohován na pravý bok, tudíž viděl do prostoru celého pokoje. Občas jsem se na něj podívala a bylo vidět, že mé úkony pozoruje.

7:40 Pan M. usnul, zhluboka dýchal. Mezitím jsem si plánovala prvky bazální stimulace, které první den svého výzkumu využiji. Nechtěla jsem pana M. hned unavit, protože se může stát, že klient začne reagovat nespoluprácí a ignorací. Prvky jsem volila i z hlediska toho, že má pan M. subfebrilii – 37,6 °C, při kontaktu byl zapocený a měl zčervenalý obličej. Zvýšenou tělesnou teplotu ještě občas pan M. míval, lékaři to přičítali k hojícímu dekubitu na sakru, který se postupně a pomalu hojil. Kvůli zvýšené teplotě a následné ranní hygieně jsem naplánovala celkovou zklidňující koupel z konceptu bazální stimulace.

8:00 Pan M. měl slyšitelné obtížné dýchání, proto jsem klienta vzbudila a informovala jsem ho o nutnosti odsátí. Mluvila jsem potichu, ale jasně s dotykem na pravé rameno. Pan M. mě pozoroval s otevřenými ústy, po chvíli si zívнул. Při odsávání z dýchacích cest, se pan M. chytnul prudce pravou rukou kapny a sevřel ji v pěst, křečovitě ji držel, natáhnul krk a byla jasně viditelná náplň krčních žil, jeho obličej byl zarudlý. Tento výkon je pro pana M. velice nepříjemný, ale je zároveň nezbytný k tomu, aby se klientovi lépe dýchalo a nestagnoval bronchiální hlen v dýchacích cestách, kde může způsobovat komplikace.

8:20 K panu M. přistoupila ošetřovatelka a chtěla změřit krevní tlak a puls digitálním tonometrem. Klienta oslovila a sdělila, co bude provádět. Pan M. sledoval dění v pokoji. Ošetřovatelka naměřila krevní tlak 125/93 a puls byl 78'. Následně ošetřovatelka sundala manžetu a přistoupila k dalšímu klientovi. Pan M. se dál mlčky díval po pokoji.

8:30 V tento čas poskytujeme klientům hospitalizovaných na DIOPu hygienu dutiny ústní. Navázala jsem komunikaci s panem M. za využití iniciálního doteku. Vysvětlila jsem mu, co budeme teď dělat. Nejdříve jsem si klienta srovnala na lůžku tak, aby byl v rovné poloze. Horní křídlo postele jsem uvedla do zvýšené polohy. O změně polohy jsem informovala a neustále jsem dodržovala kontakt s klientem. Vše potřebné pro hygienu dutiny ústní jsem měla připravené – štětičku z houbovitého materiálu a ústní vodu, kartáček na zuby a pastu. Všechny pomůcky patřily panu M., byly přinesené z domova, tudíž byl na ně klient zvyklý, znal chuť a vůni zubní pasty nebo ústní vody. Když jsem klientovi řekla, co bude následovat, pan M. sám pootevřel ústa, ukázala jsem, ať ještě víc otevře ústa a on tak učinil. Začala jsem čistit zuby a pan M. měl křečovitý výraz v obličejí. Ptala jsem se, jestli moc netlačím nebo zda ho nějaký zub nebolí - pan M. se mi díval do očí, ale nepohnul hlavou ani nereagoval mrknutím. Zbytky zubní pasty jsem šetrně odsála. Po vyčištění zubů jsem vzala molitanovou štětičku namočenou do ústní vody, řekla jsem klientovi, ať vyplázne jazyk a gesto jsem předvedla, pan M. pomalu začal jazyk vyplazovat. Vytřela jsem dutinu ústní a jazyk štětičkou. Bylo vidět, že vytírání úst je pro klienta příjemnější, už neměl tak strnulý výraz, byl uvolněnější, neměl tak zaťaté lícní svaly. Po ukončení hygieny dutiny ústní jsem držela pana M. za pravé rameno a poděkovala jsem mu za spolupráci. Pan M. mi odpověděl tiše – „*Není zač.*“ Tak to zněla první slova, která jsem slyšela od pana M.. Byl to krásný a nezapomenutelný okamžik. Věděla jsem, že pan M. občas slovně odpoví, ale nevěřila jsem, že uslyším slova hned první den, myslela jsem si, že si na mě bude klient déle zvykat, než na mě bude více reagovat. Tato situace mě motivovala a chtěla jsem s panem M. dělat další pokroky.

9:00 Po naplánování prvků bazální stimulace dle aktuálního stavu pana M. jsem si nachystala pomůcky k celkové zklidňující koupeli. Pomůcky – vlastní sprchový gel a šampón, dále ručníky a žínky. Informovala jsem pana M. o koupeli, zeptala jsem se ho, zda mu nebude vadit, když provedu koupel já – klient pomalu otáčel hlavu ze strany na stranu a přímo se mi díval do očí. Pomocí polohovací desky jsme přendali pana M. na koupací vanu. Přesun pro klienta byl nespíše nepříjemný, chytal se pravou rukou mé

uniformy a křečovitě ji držel. Klidně jsem na něj mluvila, že se nemusí bát, že teď se přesuneme na koupelnu, kterou zná, tam, kde se pravidelně koupe.

Po sundání nemocničního pyžama v koupelně jsem zkoušela teplotu vody, ptala jsem se, zda teplota panu M. vyhovuje, pán lehce kývl hlavou, ale přitom se klepal celým tělem. Zpátky jsem zahalila jeho tělo a dotýkala jsem se jeho hrudníku. Všechny úkony jsem slovně komentovala. Říkala jsem panu M., že teď budeme dýchat spolu, že se vůbec nemusí ničeho bát a když mu bude něco velice nepříjemné, tak ať zdvihne ukazovák na své pravé ruce. Po pár společných dechů se pan M. uvolnil, už se tak výrazně neklepal. Provedla jsem kontaktní dýchání. Pustila jsem znovu teplou vodu a opláchla jsem celé jeho tělo. Tam, kde jsem neprováděla zklidňující stimulaci pomocí žínky se sprchovým gelem, tam bylo tělo zakryté. Pan M. pravidelně dýchal, jeho puls se snížil z 88' na 78'. Klient sledoval mé pohyby na pravé straně, dělal mu problém přetočit hlavu na levou stranu. Svaly na levé straně krku byly velice ztuhlé a napjaté. Když jsem začala umývat genitál, klient se zase více klepal. Pravou rukou chytal hrany koupacího lůžka, obličej vypovídal o nelibých pocitech – zaťaté zuby a strnulý výraz v očích. Genitál jsem zakryla a vysvětlila jsem, že vím, že to musí být pro něj nepříjemné, ale že i tam musíme provést hygienu. A pokud budeme spolu dále cvičit a dovolí mi provádět různé masáže, tak mi bude moct postupem času pomáhat při koupeli. Pan M. přestal mít křečovitou mimiku a kývnul hlavou. Po ukončení stimulující koupele jsem oblékla pana M. do domácího trička přineseného od jeho manželky M., celá koupel trvala 25 minut.

9:30 Než jsme přijeli z koupele, pan M. měl kompletně čistě převlečené lůžko do barevného povlečení. Po koupeli jsme uvedly s paní staniční klienta do polohy hnízdo. Pan M. v poloze hnízdo ihned usnul – zavřel oči a zhluboka oddychoval. Myslím si, že pro něj bylo ráno hodně náročné. Seznámili jsme se spolu a byla jsem velice ráda, že mě pustil do „svého světa“.

11:30 Pan M. měl již otevřené oči a díval se na pravou stranu, kde ležel mladý klient O. Přistoupila jsem k panu M. a s iniciálním dotekem jsem ho informovala o podávání léků do žaludku, klient mě pozoroval a po chvíli zase začal sledovat mladého pacienta. Bylo vidět, že tento úkon panu M. nevadí, měl neutrální výraz v obličeji. Po podání poledních léků zase zavřel oči. V hlavě mi proběhla myšlenka, že musím zvolnit tempo, abych pana M. moc nevyčerpávala.

12:00 Probudila jsem pana M. a vyzvala jsem ho k obědu, klient občas snědl pár lžic kašovitě stravy, jinak mu od 7 hodin do 13 hodin běžela nutriční výživa přes PEG a pak zase od 15 hodin do 18 hodin. Chtěla jsem zkusit, zda se mnou bude chtít jíst. Donesla jsem k panu M. bramborovou kaši, zeptala jsem se ho, zda má chuť, klient zašeptal chraplavým hlasem - „*Ano.*“ Pomalu jsem panu M. podávala lžičku s kaší do úst, snědl 7 lžic, poté začal přivírat oči. Klient zdvihnul ukazovák pravé ruky, viděla jsem, že tedy náš signál si pan M. zapamatoval a byl to tedy signál, že mám s podáváním stravy skončit. Poděkovala jsem za spolupráci a nechala jsem pana M. odpočívat, už na mě nereagoval a zavřel si oči.

12:45 Proběhlo odsávání hlenu z dýchacích cest – opakovalo se zarudnutí v obličejí s křečovitým držením kapny.

13:30 Za panem M. přišla jeho manželka. Znovu jsme se po pár měsících přivítaly a sdělila jsem jim další kroky mé odborné práce a rovnou jsme se domluvily s manželkou na rozhovor. Informovala jsem rodinu o prvních reakcích pana M. na mě, které mi dodaly energii a motivaci plánovat ošetrovatelskou péči s bazální stimulací.

15.1.2. Druhý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (25. 6. 2014)

Poznámky do druhého dne hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace: Všimla jsem si nedostatečného množství pomůcek a osobních věcí, které má pan M. k dispozici pro aplikování konceptu, proto jsem se rozhodla edukovat rodinu o některých metodách bazální stimulace. Chtěla jsem jim stručně vysvětlit taktilně-haptickou stimulaci, neboli dotykovou stimulaci a navrhnout k ní pomůcky, které mohou donést z domova, pokud s tímto nápadem budou souhlasit. Dotykovou stimulaci jsem zvolila i proto, že včera při aplikování bazální stimulace klient častokrát tiskl pravou rukou předměty – peřinu, hadici od nebulizace, haleny zaměstnanců při poskytování ošetrovatelské péče. Z těchto reakcí jsem usoudila, že má pan M. nedostatek taktilně-haptické stimulace, dnes na takovou stimulaci zaměřím.

6:45 Přistoupila jsem k lůžku, kde ještě pan M. spal na pravém boku. Dotkla jsem se jeho pravého ramena a klidným, tichým hlasem jsem klienta oslovila. Pan M. otevřel oči a velice chraptivým hlasem odpověděl – „*Dobré ráno.*“ Oznámila jsem mu, že

musím změřit tlak, klient mrknul a zase zavřel oči. Při měření krevního tlaku oddechoval při spaní. Digitální tonometr ukazoval krevní tlak: 112/70 a puls: 97'.

7:05 Pan M. byl velice zahleněný, ozývalo se bublání z tracheostomické kanyly a čtverce okolo TSK byly silně znečištěné od sekretů z dýchacích cest. Když jsem se nahnula nad klienta, abych provedla iniciální dotek a řekla mu, že musím odsát hleny, zjistila jsem, že už pan M. nespí, jeho samotného bublání z TSK vzbudilo a bylo mu nepříjemné. Občas se odsávání dýchacích cest brání, ale nyní ne. Po odsávání klient mrknul očima, bylo vidět, že si pan M. ulevil.

8:00 K lůžku přistoupil sanitář, ošetřovatelka a já. Ošetřovatelka provedla iniciální dotek a informovala pana M. o polohování. Ještě před začátkem polohování, jsem poskytla klientovi vestibulární stimulaci. Uchopila jsem klientovi hlavu oběma rukama a otáčela jsem pomalu hlavou ze strany na stranu. Na levé straně krku má klient velký spasmus, na levou stranu jde tudíž otáčet hlavou minimálně. Po třetím otočení hlavou jsme klienta napolohovali. Pan M. byl na levém boku, díval se směrem do sesterny. Celou polohu zajišťovaly pomůcky z konceptu bazální stimulace – dlouhý válec z perličkového materiálu podpíral záda klienta, mezi koleny a kotníky byly vloženy polštáře ze stejného materiálu jako je válec. Po uvedení klienta do jiné polohy jsem se ho ptala, zda chce být dnes masírován ode mě, zda se mu cvičení se mnou včera líbilo. Klient opět verbálně odpověděl - „ano“ a přitom mi hleděl do očí.

9:30 Příchod logopedky na oddělení - ob den dochází za panem M. Klienta jsem informovala o návštěvě paní logopedky. Pan M. reagoval na mé sdělení zavřením očí. Paní logopedka se snažila navázat kontakt, však Pan M. koukal někam jinam, byl celý zapoceny a měl rudý obličej. Změřila jsem proto klientovi teplotu, teploměr ukazoval 36,7 °C. Pan M. nespolupracoval. Logopedka odešla z oddělení s tím, že zítra zkusí znova o spolupráci. Po odchodu paní logopedky pan M. usnul.

11:10 Provedla jsem iniciální dotek s oslovením a povídala jsem panu M. o tom, že už přivezli oběd a zda mu nebude vadit, když mu s ním pomůžu. Klient slovně odpověděl, že mu nevadím. Pokaždé, když jsem k němu přistoupila, cítila jsem, jako kdyby si vážil toho, že se mu věnuji. Možná to bylo tím, že jsem pro něj byla nová a neokoukaná tvář, protože se staniční sestrou nebo často docházející logopedkou téměř nemluvil. Ještě před obědem jsem klientovi podala do PEGu polední léky s čajem. Při zacházení s PEGem

mě klient pozoroval a občas zívnu. Než jsem podala léky, tak jsem klientovi popisovala dnešní oběd a taky to, že zkusíme, aby se on snažil chytit lahev s pitím a zkusil se napít, samozřejmě s mou pomocí. Klient reagoval na můj nápad slovně, odpověděl – „*Klidně.*“ Kašovitou stravu jsem nabrala na lžici a přibližovala jsem lžicí k ústům klienta. Pan M. ale neotevíral ústa, začala jsem mu ukazovat, co má dělat, po chvíli mě pan M. napodoboval. Špatně se mu sousta polykala, i když pohyby polykacího aktu po mě také opakoval. Zeptala jsem se ho, zda mu vadí tracheostomická kanyla při polykání. Klient odpověděl, že vadí a sklopil oči. Po mé otázce už dál nechtěl přijímat oběd.

Dnes jsem si naplánovala dotykovou neboli taktilně-haptickou stimulaci, tuto stimulaci jsem chtěla přirozeně zaintegrovat do ošetrovatelského procesu. Využila jsem situace a podala jsem panu M. lahev s čajem do pravé ruky. Ještě před tím, než jsem začala podávat klientovi oběd, měla jsem již přelitý čaj do lahve, kterou budu potřebovat nejenom ke stimulaci, ale i k podpoře soběstačnosti. Nejdříve lahev s čajem sledoval a potom se ji snažil zvednout. Po chvílce trénování pan M. směřuje pohybem pravé ruky k ústům. Ruka se mu třese. S malou pomocí pan M. přiblížil lahev k ústům a snažil se napít. Po pár doušcích čaje vypadal pan M. unaveně. Zeptala jsem se klienta, zda budeme trénovat pití z lahve, vysvětlila jsem mu všechny důvody a on mi odpověděl – „*Děkuji.*“ (Když jsem odpoledne vyprávěla manželce klienta, o tom, že se pan M. s malou dopomocí sám napil a sám držel lahev v ruce, říkala, že to se mu ještě nepovedlo. Proto jsem si do dalších poznámek na následující dny poznamenala, že takto provedenou metodu bazální stimulace budeme dále zkoušet a trénovat.)

11:45 Po obědě jsem provedla u pana M. péči o dutinu ústní a to zase s dopomocí samotného klienta. Namočenou štětičku ústní vodou jsem podala do pravé ruky, a popsala jsem pokyny panu M. Ten nejdříve štětičku v ruce dlouze pozoroval, poté se snažil štětičku strčit do úst, ale nedařilo se mu otevřená ústa strefit. S malou dopomocí však poté vykonával pohyby štětičkou v dutině ústní. Po jedné minutě jsem chtěla štětičku vrátit, však pan M. ji pevně držel a nechtěl mi ji dát nazpět. Když jsem klientovi slíbila, že za chvíli mu zase dám štětičku s ústní vodou, tak jeho reakce byla nonverbální – kývnul hlavou a pomůcky k ošetření dutiny ústní pustil do lůžka. Po chvíli pan M. usnul a spal až do dalšího polohování.

13:00 Ošetrovatelka a sanitář se chystali na pravidelné polohování klientů. Než personál přistoupil k lůžku, připomněla jsem ošetrovatelce vestibulární stimulaci. Ona se

stimulací souhlasila. Nejdříve NNLZP provedl iniciální dotek a oslovením probudili pana M., ten sebou lehce cukl a otevřel zprudka oči. Ošetřovatelka aplikovala vestibulární stimulaci a ještě před zahájením své výkony komentovala. Vestibulární stimulace se osvědčila, pan M. se dříve hodně klepal při polohování, nyní se klient dostatečně dopředu připraví na úkon a pomocí vestibulární stimulace se pomůže navázat orientace v prostoru, výsledek je takový, že pan M. se už nechytá křečovitě uniforem personálu a neklepe se celým tělem. Klient byl napolohován na jeho pravý bok. Po několika minutách pan M. usíná.

14:15 Na návštěvu za panem M. přišla jeho matka. Položila svou ruku na pravé rameno a pozdravila syna, na pozdrav reagoval pan M. verbálně – „*Nazdar.*“ Matka klienta se rozpovídala o tom, co je nového a že zítra přijdou za ním děti, na to pan M. mrknul a zahleděl se do očí své matky. (Po ukončení návštěvy u pana M. jsem informovala člena rodiny o taktilně-haptické stimulaci, vysvětlila jsem zjednodušeně, o co jde, a zda by mi nepomohli. Navrhovala jsem, aby mi donesli na oddělení fotbalový míč, který má klient doma a se kterým hrával každé úterý fotbal. Rodina souhlasila.)

15.1.3. Třetí den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (26. 6. 2014)

Poznámky do třetího dne hodnocení reakcí po aplikaci bazální stimulace: Včera se mi osvědčila taktilně-haptická stimulace, tudíž dnes jí také zakomponuji do ošetřovatelských výkonů. Rodina slíbila spolupráci a po domluvě mají dnes přinést fotbalový míč, tato pomůcka vychází z biografické anamnézy klienta, kterou jsem prováděla v prvním období své práce.

6:30 Po kladných reakcích na bazální stimulaci z předešlých dnů, jsem se těšila na každý okamžik s klientem a na zaznamenávání veškeré jeho komunikace. Iniciálním dotek jsem začínala probuzení pana M., tichým hlasem jsem šeptala jeho jméno a jemně jsem tlačila na pravé rameno. Klient ihned otevřel oči, nezíval, ani neměl negativní grimasy po ranním budíčku, jen se díval do mých očí. Dřepla jsem si, abychom měli oči ve stejné úrovni a abych neporušovala navázání komunikace beze slov, přesunula jsem svou ruku z ramene na jeho hřbet ruky. Klient začal rukou klepat, myslela jsem si, že můj kontakt jemu nepříjemný, ale poté se ukázalo, že to tak není. Sundala jsem svou dlaň ze hřbetu klientovi ruky a položila jsem jí blízko jeho prstů, on mi začal prsty hladit. (Byl to

krásný pocit, v tento okamžik jsem cítila vzájemnou a pevnou důvěru.) Po chvíli se začalo ozývat bublání z tracheostomické kanyly. Zeptala jsem se, jestli můžu odsát hleny, pan M. kývnul, nešlo mu přes sekret z dýchacích cest verbálně odpovědět. Pana M. jsem odsála, na otázku, zda je to lepší, už verbálně odpověděl: „*lepší*.“ Dále jsem nabídla panu M. štětičku s ústní vodou, aby si mohl vyčistit ústa. Klient odpověděl: „*ano*.“ Podala jsem pomůcku pro čištění dutiny ústní klientovi. Nejdříve otevřel ústa a s třesoucí se rukou se mu podařilo štětičku vložit do úst, pomalými tahy si čistil zuby a jazyk. Pana M. jsem po dvou minutách čištění dutiny ústní, vyzvala k tomu, že může ještě zavřít oči. Klient vyndal štětičku z úst a čekal, až si jí vezmu. Poté usnul.

7:05 Staniční sestra přistoupila s oslovením ke klientovi, informovala ho o podávání ranních léků. Pan M. otevřel oči, díval se na sestřičku a hned zavřel zase oči. Při podávání léků do PEGu a nastavení nutriční pumpy měl klient zavřené oči a v klidu oddychoval.

8:00 Po iniciálním doteku s oslovením pan M. otevřel oči, sledoval kelímek s jogurtem, který jsem držela v ruce. Zeptala jsem se klienta, jestli nemá hlad, že bych mu pomohla se snídaní. Pan M. kývnul hlavou. Nejprve jsme změnili polohu klienta, z polohy hnízda jsme uvedli klienta do vhodné polohy k přijímání stravy. Pan M. se při změně polohy mračil a trochu se klepal. Řekla jsem personálu, který pomáhal při polohování, aby odešel a provedla jsem po opětovném navázání kontaktu přes iniciální dotek, kontaktní dýchání. Klient při kontaktním dýchání pozoroval barevnou kapnu a klidněji dýchal. Na začátku dýchal 25 dechů za minutu a na konci stimulace 19 dechů za minutu. Po kontaktním dýchání jsem začala znovu mluvit o snídaní, pan M. se na mě díval a mrknul očima. Pomalu jsem dávala panu M. sousta jogurtu do úst, dlouho klient přemýval stravu v ústech a opatrně polykal, při polknutí vždy přivřel oči. Polykání pro něj asi nebylo příjemné, jak jsem vyzorovala z reakcí. Pan M. začal zívát, vybídla jsem ho, ať si poslední lžičku jogurtu zkusí dát sám do pusy. Pan M. křečovitě uchopil lžičku a třesoucí rukou se snažil zvednout loket. Po chvilkovém snažení se na mě podíval, jako by mě vyzýval k pomoci. Pomohla jsem klientovi odlehčovat jeho loket a nasměrovat lžičku k ústům. Když klient polknul sousto. Následovalo zívání. Pana M. jsem se dotýkala na pravém rameni a povídala jsem mu o dnešním plánu cvičení. Klient poslouchal, co říkám a když jsem ukončovala povídání, on mi řekl – „*Díky*.“

9:15 Probuzení pana M. a informování o koupeli. Klient řekl – „*Ano.*“ Po vestibulární stimulaci jsme přesunuli s NNLZP klienta na koupací lůžku. Při přesunu se pan M. chytal kapny a postranic lůžka. Přichystala jsem si osobní hygienické pomůcky klienta a převezli jsme pana M. na koupelnu. Při převozu jsem pořád dodržovala dotyk s klientem neboli nepřerušovanou vazbu. Když jsem byla s klientem v koupelně, znovu jsem mu vysvětlila postup koupele. Jednalo se o celkovou zklidňující koupel. Pan M. kývnul hlavou a trochu se klepal. Informovala jsem klienta, že mu zavedu ušní špunt do ucha, protože podle anamnézy vím, že mu voda v uchu způsobuje bolest. Klient znovu kývnul hlavou. Nejdříve jsme vyzkoušeli teplotu vody a domluvili jsme se na signálu, až bude voda vhodná, pan M. zvedne prst. Začala jsem s mytím vlasů, až když byly vlasy umyté a vysušené, mohla jsem začít s celkovou zklidňující koupelí. Sundala jsem panu M. nemocniční pyžamo, pan M. se trochu lekl a snažil se svou pravou rukou zakrývat genitál. Věděla jsem z minulého koupání, že takto reaguje, proto jsem genitál zatím přikryla ručníkem. Potom se pan M. přestal klepat úplně a vypadalo to, že se i trochu uvolnil. Prováděla jsem tahy s namydlenou žínkou po těle klienta. Začínala jsem od ramen k prstům, od sternu po zevní strany hrudníku. To samé u nohou – od stehen k prstům nohou. Popisovala jsem všechny pohyby, které dělám. Chtěla jsem, aby si klient uvědomil všechny své části těla, uvědomil si hranice těla. Po stimulaci jsem umyla genitál, při tomto úkonu se pan M. rozklepal. Řekla jsem mu, ať si pravou rukou začne hladit pravé stehno. Pan M. začal asi myslet na daný pokyn a přestal se tolik třást. Smyla jsem mýdlo vodou a otočila jsem si klienta na bok, abych mohla provést stimulaci a koupel i na zádech. Přední část těla jsem přikryla suchou kapnou, aby panu M. nezačala být zima. Po aplikaci bazální stimulace, v tomto případě celkové zklidňující masáže, jsem převezla zpět pana M. na pokoj. Oblíkla jsem mu čisté, z domova přinesené triko. Zeptala jsem se, jestli cítí vůni aviváže, kterou jeho manželka používá k praní oblečení. Pan M. chytl triko, podíval se mi do očí a pomalu kývnul hlavou. S NNLZP jsme přemístili klienta na lůžko. Pan M. se při přesunu nebránil a nechytal se okolních předmětů. Při měření tlaku a tepu jsme zjistili, že jeho puls se snížil z 88' tepů za minutu na 78' tepů za minutu. Po celkové zklidňující masáži je vhodné umožnit klientům relaxaci. Pustila jsem panu M. písničky, které měl rád. Po pěti minutách usnul a zhluboka oddechoval.

11:15 Pan M. se díval do sesterny. Přišla jsem k němu a při doteku na rameno jsem mu popisovala dnešní oběd a také to, že můžeme zkusit, aby si sám dával lžice do úst, tak jak to dělal při snídani. Pan M. řekl – „*Dobře.*“ Nejdříve jsem kašovitá oběd podávala

klientovi sama. Po třech lžičkách zvedl prst, byl to signál, který jsme se spolu naučili. Po komunikaci jsem zjistila, že to chce už zkusit sám. Uchopil lžici a křečovitě se snažil nabírat kaši z talíře. S tímto úkonem jsem klientovi pomohla. Chytla jsem jeho loket a snažila jsem se ho nadlehčovat, poté se už sám pan M. strefil do úst. Takhle snědl pět lžic. Klient chtěl dále pokračovat, líbilo se mu, že se může najíst sám. Vysvětlila jsem panu M., že chvíli počkáme, že musíme pomalu s jídlem, aby se mu neudělalo špatně. Pan M. kývnul hlavou a pozoroval, kam odnáším talíř s kaší.

11:40 Pan M. začal zvracet, navrhla jsem, že pana M. posedíme do křesla a že převlečeme celou postel a nasadíme klientovi čisté triko. Pan M. by poprvé, po několika měsících, seděl v křesle. Personál souhlasil. Během přesunu se pan M. chytal postranic. Vestibulární stimulaci jsme neprováděli kvůli zvracení, mohlo by to být pro klienta více nepříjemné, než užitečné. Když seděl pan M. na křesle,>NNLZP převlíkal lůžko klienta. Já jsem pustila televizi, pan M. ihned začal koukat na právě probíhající hokejový zápas. Podala jsem panu M. štětičku s ústní vodou, aby si vyčistil ústa při koukání na televizi. Pan M. neustále sledoval televizní program a přitom si převaloval štětičku v ústech. Pan M. se v křesle vůbec neklepal. A nejenom, že pan M. poprvé seděl v křesle, od té doby, co byl po neurochirurgické operaci, ale také jsme poprvé zaznamenali pozitivní emocionální projev. Pan M. má buď neutrální výraz v obličeji, nebo vyjadřuje negativní reakce – úšklebem, přitlačením zubů k sobě, uleknutým pohledem v očích. Při sezení v křesle, se snažil pan M. usmát, pravý koutek směřoval do strany. Po pětiminutovém sledování začal pan M. usínat. I přesto jsme ještě nechali sedět klienta v křesle.

13:00 Klient byl vzhůru a poslouchal historický dokument. Přitom sledoval, jak ostatním klientům podávám výživu do PEGu. Když jsem svou práci dokončila, přistoupila jsem k panu M. a vysvětlila jsem mu, že ho musíme přemístit zpátky na lůžko. Pan M. mi mačkal ruku a trochu se klepal, bylo znatelné, že se bojí přesunu. Každé polohování je mu nepříjemné. Klienta jsme napolohovali do polohy mumie. Při polohování jsme využívali deky a polohovací válce. Pan M. zíval a koukal z okna ven na parčík. Chvíli jsem mu povídala a popisovala prostředí venku a slíbila jsem mu, že když se mu sezení v křesle bude líbit, může s rodinou brzy začít jezdit ven. Pan M. na to reagoval slovně – „*Těším se.*“

14:00 Na návštěvu přišla manželka a matka pana M. Manželka zdravila pana M. a na to pan M. řekl – „Nazdar.“ Klient jednoslovně mluvil s manželkou, matka klienta

seděla vedle lůžka a poslouchala. Paní M. se ptala, kde má pan M. všechny trička a na to pan M. odpověděl – „*Máma je včera odnesla.*“ Z této odpovědi je evidentní, že má pan M. zachovalou krátkodobou paměť, která je obvykle poškozená. Toto bylo veliké zjištění, které jsem chtěla využívat i při aplikaci bazální stimulace.

14:30 Loučila jsem se s panem M. s tím, že zítra zase přijdu. Pan M. zvedl pravou ruku v zápěstí a pomalu mi mával.

15.1.4. Čtvrtý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (27. 6. 2014)

Poznámky do čtvrtého dne hodnocení reakcí po aplikaci bazální stimulace: Dnes jsem měla v plánu dále pokračovat v taktilně-haptické stimulaci, protože je evidentní, že při dostatečných podnětech podávaných pro cvičení dotyku, klient nemá takovou potřebu křečovitě držet postranice, uniformy personálu a další okolní předměty. Pro dotykovou stimulaci budu používat fotbalový míč, který přinesla manželka klienta. Pro podporu vestibulárního aparátu a tudíž i jako prevenci optické deprivace budeme vysazovat klienta na křeslo. Kvůli ochrnutí levé poloviny těla, zařadím do ošetřovatelského procesu i neurofyziologickou masáž.

6:15 Probudila jsem pana M za pomoci iniciálního doteku a oslovení. Klientovi cukly koutky úst a prudce otevřel oči. Zopakovala jsem pozdrav - „*Dobré ráno.*“ Pan M. mi odpověděl - „*Dobré ráno.*“. Jeho hlas byl tichý a chrčivý. Po probuzení mi nekoukal klient do očí, pouze na mou visačku s fotografií, kterou jsem měla upevněnou na uniformě. Pokračovala jsem dále v komunikaci, zeptala jsem se, jak se klient vyspal. Pan M. Odpovídá – „*Já nevím.*“ Po verbální odpovědi sklopil oči. Dále mé otázky byly typu, zda má dnes zájem se mnou klient spolupracovat, zda bude chtít cvičit a jestli mu můžu provést masáž. Klient reagoval pozitivně a vždy slovně odpověděl - „*Ano.*“ Po ukončení rozhovoru, klient mírně zdvihl pravou ruku a udělal stejný pohyb v zápěstí, jako včera, když jsme se loučili, zamával mi.

6:45 Přistoupila jsem k lůžku a informovala jsem pana M. o tom, že musím změřit tlak a puls. Klient zívá a jen sledoval, jak pracuji s digitálním tonometrem. Výsledky měření jsem nahlásila i panu M., ten mrknul a dále sledoval, jak dezinfikuji přístroj. Krevní tlak měl hodnotu 140/103, puls 110 a dech 23'. Odložila jsem tonometr a bez přerušení

kontaktu jsem povídala panu M. o výměně čtverců u tracheostomické kanyly a přitom jsem si připravovala všechny potřebné pomůcky. Než jsem začala měnit převaz u TSK, zeptala jsem se, zda nechce pan M. odsát. Klient zdvihl ukazováček a otáčel hlavu ze strany na stranu, na levou stranu bylo stáčení hlavy jen patrné. Po vyjádřené reakci jsem neodsávala, pouze jsem vyměnila převaz. Okolí tracheostomické kanyly bylo čisté a klidné. Po dokončení převazu jsem informovala klienta, že za chvíli přijde sestra, která mu dá ranní léky a snídani. Na tyto věty klient nereagoval, jeho pohled mířil do pokoje.

7:45 Sestra krmila pana M. a snažila se navázat komunikaci. Klient neodpovídal a hlavou uhýbal do strany, nedíval se na sestru, která mu podávala lžíce s přesnídávkou do úst. Po pár lžiček začal pan M. zívát a už vůbec nechtěl spolupracovat. Sestra uklidila snídani a dále chtěla provést péči o dutinu ústní. Než začala, navrhla jsem jí, ať zkusí dát panu M. štětičku do ruky, že on sám si bude čistit zuby. Sestra podala klientovi pomůcku k čištění úst a on manipuloval se štětičkou stejně jako při včerejší hygieně. (Sestra projevila zájem o další metody, kterými se snažíme zlepšovat a podporovat zdravotní stav klienta a to v rámci konceptu bazální stimulace.)

8:20 Použila jsem iniciální dotek a zeptala jsem se klienta, jestli by zase nechtěl vyzkoušet sedět v křesle. Pan M. Odpověděl - „Ano.“ Ostatní personál připravil křeslo s pomůcku bazální stimulace a já mezitím prováděla vestibulární stimulaci. Pan M. Byl při přesunu klidný, neklepal se. Když personál odešel, upravila jsem klienta v křesle. Na otázky jednoslovně odpovídal. Chtěla jsem učesat pana M., ale ještě před tím, jsem si nachystala fotbalový míč, který přinesla rodina. Dala jsem panu M. do rukou míč a říkala jsem klientovi, že je to jeho míč z domova. A připomněla jsem mu, že každé úterý hraje fotbal s přáteli v tělocvičně. Pan M. pozoroval předmět, co měl v klíně. Po chvíli začal míč pravou rukou hladit. Klienta jsem učesala, ale myslím, že mé pohyby ve vlasech vůbec nevnímal, pevně sledoval míč. Po deseti minutách klient v křesle usnul, míč však stále držel pravou rukou.

9:30 Klient stále spal v křesle, chtěla jsem ho pomalu připravovat na zpětný přesun do lůžka. Pustila jsem potichu jeho oblíbené písničky. Pan M. občas trhnul celým tělem a pak zase zhluboka oddechoval. První píseň však ani nedohrála a klient byl probuzený. Nechala jsem pana M. ještě chvíli rozkoukat. Poté NNLZP přesunul klienta zpět do lůžka. Klient zaujímal polohu hnízda na boku. K pravé ruce ošetřovatelka položila fotbalový míč. Pan M. zase brzy usnul, ale míč se snažil držet u svého těla.

10:30 Po příchodu k lůžku jsem oslovila klienta a držela jsem ho za pravé rameno. Zeptala jsem se, zda mu můžu udělat masáž, která by pomohla ke zlepšení hybnosti. Pan M. se na mě podíval a řekl tichým hlasem – „*Ano.*“ Doufala jsem, že mi odpoví kladně, pomůcky už jsem měla připravené u lůžka. Rozhodla jsem se provést neurofyziologickou masáž. Jak už se zmiňuji v teoretické části, tato masáž je vhodná pro klienty, kteří mají porušený obraz těla a to tedy i těm, kteří mají diagnostikovanou hemiparézu či hemiplegii. Budu sledovat reakce na neurofyziologickou masáž, když budou reakce pozitivní, začlením jí do ošetřovatelského procesu v rámci bazální stimulace. Před začátkem masáže jsem provedla kontaktní dýchání, s klientem jsme si sladili rytmus dechu a tím jsem i připravila klienta na mou delší přítomnost u lůžka. Klient byl uvolněný a spolupracoval, na všechny pokyny reagoval. Při neurofyziologické masáži používám froté ponožky, kterým vykonávám pohyby a tlaky na těle klienta. Přistoupila jsem z postižené strany a začala jsem stimulovat pravou, tedy zdravou ruku. Všechny své pohyby na horní končetině jsem popisovala. Klient pomalu dýchal a sledoval, jak pracuji na zdravé ruce. Když jsem provedla stimulaci na pravé ruce, začala jsem se stimulací hrudníku a to bez přerušování dotyku s klientem. Hrudník jsem stimulovala zvýšeným tlakem a s vibracemi. Po vibracích pan M. zakašlal. Po chvíli jsem masírovala postiženou horní končetinu, klient se při masáži levé končetiny stále díval na pravou stranu. Ani po slovní výzvě neotočil hlavu na stranu, kde jsem prováděla stimulaci. Když jsem se ptala, zda cítí mé dotyky na levé paži, klient odpověděl – „*Cítím.*“ Postiženou stranu jsem masírovala déle, než zdravou stranu. Po stimulaci horní poloviny těla následovala masáž dolních končetin. Pořád jsem stála na postižené straně. Masírovala jsem od zdravé končetiny, od chodidel, na postiženou levou stranu. Při slovním popisování pohybů na pravé straně klient kýval hlavou, když jsem přešla na levou stranu, pan M. měl „vytřeštěný“ pohled a zrychleně dýchal. Ke konci neurofyziologické masáže klient zívá. Po stimulaci nechám klienta relaxovat, pustila jsem klientovu oblíbenou hudbu a řekla jsem, že přijdu, až si odpočine. Klient odpověděl – „*jo*“ a zavřel oči.

12:15 Na oddělení přišla paní M., nabídla se, že chce zkusit svého manžela nakrmit. Před nachystáním oběda jsem manželce pana M. řekla, jakým způsobem klientovi podávám oběd. Paní M. chtěla vidět, jak se její manžel snaží jíst sám. Paní M. přistoupila k lůžku a oslovila manžela. Klient se hned natáčel za hlasem své manželky. Paní M. se ptala, jaký měl den, zda pracoval s fotbalovým míčem, jestli seděl v křesle atd. Pan M. sledoval svou manželku a kýval hlavou nebo mrknul očima. Manželku mu ještě před

obědem ukazuje fotografie dětí, které přinesla z domova. Klient fotografie hladí prstem pravé ruky. Paní M. se lesknou oči. Je to velice emocionální chvíle. Po deseti minutách začne manželka klienta podávat oběd. Nejdříve dá lžící kašovitě stravy do úst pana M., klient polkne. Pak zdvihne ukazovák, paní M. dá manželovi lžící do ruky, pomůže mu nabrat kaši a pan M. s malou pomocí začíná jíst, trefuje se lžící do úst a polyká. Paní M. má velkou radost.

13:15 Pan M. je hodně unavený, usíná v poloze na levém boku, kdy má celé tělo ohraničené pomůckami z bazální stimulace. S dalšími prvky bazální stimulace budu pokračovat zítra

15.1.5. Pátý den hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace (28. 6. 2014)

Poznámky do pátého dne hodnocení reakcí na aplikaci bazální stimulace: Po přečtení biografické anamnézy, mě napadly další metody, které by mohly podpořit dlouhodobou i krátkodobou paměť klienta a to na základě stimulace smyslů. A jelikož včera jsem klienta hodně utahala, provedu celkovou povzbuzující koupel, aby se znovu zaktivizoval do nového dne s bazální stimulací. Rodina by dnes měla přinést další pomůcky, které budu využívat při aplikaci konceptu, přinesou předměty, co se týkají jeho biografické anamnézy - cigaretu a klarinet.

6:50 Po iniciálním doteku jsem klienta tichým hlasem probudila. Pan M. po chvíli otevřel oči a sledoval dění v sesterně, ze které šel paprsek umělého světla. Pan M. ležel na levém boku, po posledním polohování si obrátil kapnu opačně a pevně ji svíral mezi kolena. Zeptala jsem se, zda se pan M. dnes dobře vyspal, dostala jsem zpětnou verbální odpověď – „*Ano.*“ Další má otázka směřovala na polohu klienta, klient odpověděl, že se mu leží pohodlně. Klient potichu, ale rychle odpovídal. Zeptala jsem se, jestli mě poznává, jestli ví, jak se jmenuji. Pan M. nejprve mlčel, díval se na mě a ruku, kterou jsem měla blízko jeho pravých prstů ruky, mi začal hladit. Po chvíli řekl – „*Anička.*“ Měla jsem radost, že si na mě klient pamatuje a ví, kdo s ním pracuje, je to potřebné i kvůli navázání vzájemné spolupráce. Navíc jsme si procvičili i paměť klienta. Po ranní probuzení a konverzaci jsem panu M. popsala dnešní plán. Klient se vším souhlasil, pokaždé slovně odpověděl.

7:30 Bez oslovení přichází sestra, která chce změřit krevní tlak. Klient začne hýbat rukou, na které je umístěna manžeta. Pan M. nespolupracuje. Po druhém pokusu je naměřen krevní tlak 124/90 a puls 92'. Klient vypadá rozrušeně. Po této reakci, kterou jsem viděla, si myslím, že pan M. si zvykl na aktivizaci před výkonem pomocí iniciálního doteku. Klient vnímá dění okolo sebe, to dokazuje svými verbálními projevy, proto si myslím, že chce, aby s ním bylo zacházeno jako s člověkem, který vnímá.

8:00 Po měření tlaku přistupuji ke klientovi a při provádění iniciálního doteku mu popisuji, jak bude probíhat snídaně. Klient se dívá opět na mou fotografii na visače a kývá hlavou, že souhlasí. Zeptala jsem se, jestli je pravda, že každé ráno v osm hodin pil doma černou kávu, pan M. odpovídá – „*Jo.*“ Po odpovědi, jsem namočila štětičku do černé kávy a podala jsem ji klientovi. Klient se nejdříve podíval do mých očí, poté na štětičku a řekl – „*Díky.*“ To bylo poprvé, co klient něco řekl, aniž by byl na něco tázán, klient zatím odpovídal jen na otázky. Byla jsem moc spokojená, jak dnes pan M. komunikuje. Štětičku si uchoпил do ruky a sám bez pomoci si jí vložil do úst. Ze štětičky sál chuť kávy. Štětičku jsem několikrát namočila do kávy a podala jsem ji klientovi. Občas i ke štětičce přivoněl. Když jsem se zeptala, jestli je to hezká vůně, klient kývnul hlavou a užíval si chuť černé kávy. Po čtvrt hodině, jsem chtěla chuťovou a olfaktorickou stimulaci ukončit, ale pan M. držel křečovitě štětičku v ruce a nechtěl mi jí dát nazpět. Slíbila jsem, že až přijde jeho manželka, tak zase uvařím kávu a můžou si jí dát spolu, na to mrknul očima a pustil štětičku do postele.

8:15 Pan M. kouká z okna ven a poslouchá zprávy v televizi, po pěti minutách usíná.

8:45 Dotkla jsem se pravého ramena a oslovením jsem vyvádla klienta ke koupeli. Klient souhlasil. Než přendal NNLZP klienta na koupací lůžko, připravila jsem si pomůcky k provedení celkové povzbuzující koupele. Při přesunu se klient netřásl a ani se nechytil postranic postele. Když jsme byli v koupelně, zavřela jsem okna a počkala jsem, až odejde zbytek personálu. Přistoupila jsem ke klientovi a zopakovala jsem mu náš signál, pokud bude něco nepříjemné, zvedne prst ruky. Zavedla jsem ušní špunt do ucha, při aplikaci se pan M. mračil. Poté jsem pustila vodu a čekala jsem, až mi klient kývne na vhodnou teplotu vody. Začala jsem umývat vlasy šampónem, který byl donesen z domova. Při mytí vlasů se pořád klient mračil a krčil čelo. Po vysušení vlasů jsem navázala hygienu na celkovou povzbuzující koupel. Na rozdíl od zklidňující se tato masáž provádí proti

směru růstu chlupů. Klienta zaktivizuje na další výkony všedního dne. Popsala jsem, jak budu provádět koupel s masáží, to už se klient přestával mračit. Vzala jsem si žínky s mýdlem a prováděla jsem koupel od prstů na ruku po rameno. Klient pozoroval mé doteky na prstech a poslouchal, co říkám. Tento směr jsem zopakovala třikrát. Potom jsem přestoupila na druhou, postiženou stranu a masírovala jsem horní končetinu stejným způsobem. Klient neodpovídal na mé otázky. Zhluboka dýchal a měl rychlejší srdeční rytmus. Bylo vidět, že klient ví o své druhé postižené straně, ale pokaždé, když pracuji na postižené straně, přestane komunikovat. Možná je mu to nepříjemné. Hrudník jsem stimulovala od zevní strany ke sternu. Zeptala jsem se klienta, zda mu není zima, pan M. odpověděl – „*Není.*“ Potom jsem informovala klienta, že začnu umývat i dolní končetiny. Klient začal svou pravou rukou třít pravé stehno. Napadlo mě, že mu dám do ruky žínku a řeknu, ať mi pomůže s koupelí. Klient si opravdu žínku vzal a trhavými pohyby přejížděl svou dolní končetinu, kam dosáhnul. Potom si žínkou začal umývat genitál. Ptala jsem se, jestli je to lepší, když mi pomáhá, na to klient kývnul hlavou a pokračoval v pohybech se žínkou. Po stimulaci dolní poloviny těla, jsem klientovi řekla, že mu ještě pomůžu doumýt zbytek těla, genitál. Klient řekla – „*dobře*“ a díval se mi do očí. Znovu jsme zkusili teplotu vody a spláchla jsem namydlené tělo. Stimulaci jsem provedla i na zádech, kdy klient zaujímal na koupacím lůžku polohu na boku. Při stimulaci zad klient neustále stácel hlavu na pravou stranu. Když byla koupel hotová, zavolala jsem přes signalizační zařízení sestru a lékaře. Chtěli se podívat na dekubitus v sakrální oblasti. Volala jsem signalizačním zařízením proto, abych neztrácela kontakt s klientem. O přítomnosti dalšího personálu jsem klienta včas upozornila. Sestra se usmála na pana M. a s oslovením a otázkou vcházela do dveří. Ptala se, zda ho rána bolí, klient odpověděl – „*Jo.*“ Po chvíli přišel i lékař, který zhodnotil defekt a informoval sestru o druhu převazu. Na převaz jsem nebyla přítomna, převaz prováděla staniční sestra. Na staniční sestru je pan M. zvyklý, pozná ji hned, protože jako jediná nosí barevnou uniformu růžové barvy. Tento nápad převzala z kurzů bazální stimulace. Při převazu pan M. odpovídal a spolupracoval. Staniční sestra byla velice ráda za spolupráci pana M. a celkově si pochvalovala jeho nynější stav. Říkala, že za to může zvýšený přísun kontaktu prostřednictvím bazální stimulace.

9:45 Pan M. po koupeli ležel v poloze hnízdo. Polohu jsem využila k další metodě bazální stimulace. Zeptala jsem se, jestli nechce něco napsat své manželce nebo dětem. Klient řekl – „*Chci.*“ Sedla jsem si k jeho lůžku, zvedla jsem horní část lůžka a podala jsem pomůcky k psaní – psací deska a barevné fixy. Pan M. uchopil fixu a snažil

se něco napsat na papír. Čáry na papíře byly kostrbaté a vlnité, jeho ruka se velice třásla. Pan M. nedržel v ruce tužku několik měsíců. Uchopila jsem fixu s ním a zeptala jsem se, co chce napsat. Pan M. odpověděl – „*Srdce*.“ Vedla jsem jeho ruku po papíře a namalovali jsme srdce. Poté jsme napsali – „*Mám Tě rád*.“ Pan M. zase cukal pravým koutkem úst, chtěl se pousmát. S panem M. jsme se domluvili, že dáme jeho paní dárek. Do papíru, který byl popsáný od pana M., jsem vložila dárkový poukaz do kadeřnictví. Pan M. odpověděl na otázku, zda se těší, až dá poukaz manželce – „*Těším, bude ráda*.“ Po psaní byl pan M. unavený, zíval. Nechala jsem ho odpočívat při puštěné kazetě s jeho písničkami.

10:30 Staniční sestra provedla iniciální dotek a položila mu fotbalový míč do lůžka. Chtěla vidět, jak na míč klient reaguje. Pan M. otevřel oči a bez pozorování personálu chytil míč do pravé ruky. Míč si přitáhl až k hlavě a zase zavřel oči. S personálem jsme si uvědomili, že dnes jsme klienta ani jednou neodsávali. Konstatovali jsme, že jeho dech je klidnější, více komunikuje a při manipulaci se nebrání. Zdálo se nám, že stav je mnohem lepší, než v dřívější době.

11:00 Informovala jsem klienta o podání léků do PEGu, klient si k sobě více přitiskl fotbalový míč a kývl hlavou. Když jsem léky aplikovala do PEGu, ptala jsem se, jestli si nechce dát oběd v křesle. Klient okamžitě reagoval slovní odpovědí – „*Ano*.“

11:45 Po iniciálním doteku jsem provedla klientovi vestibulární stimulaci a při stimulaci jsem pomalu a tiše povídala o tom, že ho přesuneme na křeslo. Klient začal zrychleně dýchat, přesuny jsou pro něj nepříjemné, ale už se při nich neklepe ani se nechytá předmětů. Důvěřuje nám.

12:00 Sedla jsem si k panu M. a podala jsem mu lahev s pitím. S mou pomocí se klient napil a po polknutí říká – „*Díky*.“ Zase přišla verbální reakce bez výzvy. Poté uchopil pan M. lžici a nabíral si bramborovou kaši. Už nepotřeboval pomoc s loktem, už zvedal pravou ruku sám. Při mé přítomnosti pan M. snědl sám 9 lžic oběda. Každý den se příjem potravy per os zlepšoval.

12:20 Pan M. sedí v křesle a po obědě kouká na televizor, kde právě běží fotbalový zápas. V ruce drží fotbalový míč.

12:40 Přichází rodina pana M. (manželka, matka). Panu M. jsem podala do ruky poukaz, který má předat své manželce. Paní M. přichází ke svému manželovi, dotkne se pravého ramene, dá mu pusku a osloví ho. Místo pozdravu se paní M. dočká slova – „na“ a pan M. pomalu zvedá papír s poukazem. Paní M. se po rozbalení papíru rozbřečí. Má obrovskou radost z toho, že jsme s panem M. psali a začne svému manželovi děkovat. Byla to zase veliká emocionální chvíle. Myslím si, že rodiny, které mají v nemocnicích hospitalizovaného vážně nemocného příbuzného, nejenom v coma vigile, by měly vědět, že se o ně okolí zajímá, že nejsou na velmi těžkou životní situaci samy. Měly by i ony od zdravotnického personálu dostávat energii, kterou dále můžou předávat svým hospitalizovaným příbuzným. Já jsem se pokusila o to, aby si paní M. v kadeřnictví chvíli odpočinula, zrelaxovala se a dále pak mohla fungovat jako člověk, manželka, která dává motivaci a energii svému manželovi.

13:15 Paní M. za mnou přichází na sesternu a děkuje mi, jak se věnuji manželovi. Se staniční sestrou a lékařkou rodině navrhnu, jestli nechce na chvíli ven s panem M. To bylo další poprvé v tento den. Pan M. po několika měsících byl venku, v nemocničním parku. Za půl hodiny se rodina spokojeně vrací na oddělení. Šťastně popisují, jak pan M. komunikoval a ukazoval na předměty venku a následně je pak pojmenoval.

15.2. Získávání informací pomocí rozhovorů

Polostrukturované rozhovory s možností otevřených výpovědí jsem uskutečnila v průběhu druhého období. Rozhovory jsem prováděla se zdravotnickým týmem, který vzájemně spolupracuje v péči o pana M. L. Rozhovory jsem vedla s lékařem z Anesteticko-resuscitačního oddělení, se staniční sestrou a ošetřovatelkou z oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, s fyzioterapeutkou, která dochází každý den na oddělení, kde je klient hospitalizován. Dotazovala jsem se i člena rodiny – manželky postiženého. Cílem těchto rozhovorů je zjistit, jakým způsobem se zdravotnický personál podílí na aplikaci bazální stimulace.

Rozhovor s lékařem

Dobrý den, nejprve bych Vám ráda poděkovala, za to, že mi věnujete svůj čas a že jste

ochoten se mnou udělat rozhovor. Moc si toho vážím.

Cílem mého rozhovoru je, abych se dozvěděla informace, které jsou moc důležité pro aplikaci bazální stimulace. Na základě rozhovoru se pokusím sestavit individuální ošetrovatelský plán s prvky bazální stimulace. Dále chci zjistit, zda se do zapojení bazální stimulace, která by měla být součástí ošetrovatelského procesu na certifikovaném pracovišti Institutu Bazální stimulace, začleňují i ostatní zdravotničtí pracovníci.

Můžeme začít?

„Ano, prosím.“

Nejprve se zeptám, kdy jste se poprvé setkal s pojmem bazální stimulace?

„Bylo to pravděpodobně ve čtvrtém ročníku na medicíně při stážování na Neurologické klinice VFN v Praze (v roce 2009).“

Co pro Vás znamená pojem bazální stimulace nebo jak si tento pojem vysvětlujete?

„Myslím si, že se jedná o léčebnou a rehabilitační metodu pro pacienty s neurologickým postižením. Zařadil bych ji mezi způsob fyzioterapie.“

Víte o tom, že DIOP je certifikované pracoviště Institutu Bazální stimulace?

„Vím, že se na DIOPu bazální stimulace provádí, ale nevím, že je to pracoviště certifikované.“

Vysvětloval Vám personál DIOPu, co je to bazální stimulace?

„Nevysvětloval, protože jsem o to nežádal.“

Edukoval Vás personál o specifickém přístupu ke klientům, který preferuje bazální stimulace?

„Ne.“

Co vidíte na bazální stimulaci pozitivního?

„Jakýkoli čas, kdy je klient DIOPu v kontaktu s ošetrujícím personálem, je z mého pohledu pozitivní, pokud je to formou bazální stimulace, je to tím hodnotnější.“

Vidíte i nějaké negativa v konceptu bazální stimulace?

„Pro pacienty negativa nevidím, je to samozřejmě zátěž pro personál. Ale v bazální stimulaci vidím smysl.“

Viděl jste někdy využívat prvky bazální stimulace na klientech?

„Ano, viděl. Měl jsem pocit, že klienti prostřednictvím bazální stimulace pozitivně reagují na kontakt s terapeutem.“

Jaké názory slýcháváte na bazální stimulaci?

„Vesměs pozitivní hodnocení, někdy neutrální – ani dobře, ani špatně.“

Využíváte iniciální dotek?

„Nevyužívám.“

Znáte i přesto některé prvky bazální stimulace?

„S praxí bazální stimulace nejsem seznámen. Asi se bude jednat o systematickou stimulaci celé škály smyslů pacienta.“

Jak vypadá Vaše jednání, když vstoupíte na pokoj DIOPu?

„Oslovím klienta, kterého vyšetřuji, řeknu mu, co s ním budu dělat, a při vyšetřování klienty hledím po vlasech.“

Komunikujete s klienty, i když oni verbálně nereagují?

„Ano, komunikuji. Snažím se mluvit jasně a zřetelně. U starších klientů ve vigilním kómatu zvyšuji hlas. Nikdy nemáme jistotu, co vnímají. Proto by si i celý zdravotnický tým měl dávat pozor na to, co říká.“

Jaké typické reakce pozorujete u klientů ve vigilním kómatu?

„Zklidnění po pohlazení, přivírání očí, zívání, žvýkání.“

Jakým způsobem klienti komunikují s prostředím?

„Natáčení hlavy, pohyby končetin, kašel, prskání, grimasování.“

Myslíte si, že by se těmto klientům mělo věnovat více pozornosti?

„Jakákoli pozornost navíc je pro ně pozitivem.“

Chcete se mi na něco zeptat?

„Jak jsi prováděla techniku BS u pana M. i u jiných DIOP klientů? Jaké jsi zaznamenala pokroky?“

Na základě biografické anamnézy jsem sestavila individuální plán pro klienta. Pro výzkum do bakalářské práce jsem vytvořila tabulku, kde jsem zaznamenávala reakce na prvky konceptu, ale jinak mezi zatím největší pokroky pokládám to, že klient se po zklidňujících technikách uvolní, spolupracuje a verbálně komunikuje. Také pomocí taktilních stimulací

a masáži stimulující dýchání se výrazně změnila konzistence hlenu z tracheostomie k pozitivním výsledkům. Ale všechny mé techniky můžete vidět na oddělení.

Děkuji Vám moc za rozhovor.

„Není zač. Smekám, před tak rozsáhlým rozhovorem. Bylo to pro mě podnětné. Ač jsme si povídali cca. 2hod, tak mi to celkem uteklo. Jsi šikovná, fandím Ti.“

Analýza rozhovoru

Tento rozhovor jsem prováděla s lékařem, který působí na Anesteticko-resuscitačním oddělení a pravidelně dochází na vizity na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. DIOP nemá vlastního lékaře, který by byl na oddělení stálou dobu. Lékaře z ARA jsem si vybrala k rozhovoru nejen, kvůli zkušenostem s klienty ve vigilním kómatu, ale i kvůli tomu, že mě zajímá názor lékaře na koncept bazální stimulace. Zajímá mě, jak se o bazální stimulaci dozvěděl a zda jí vysvětluje i ostatním kolegům. To vše vede k tomu, abych si zodpověděla na svou danou otázku – Jakým způsobem se zdravotnický personál, v tomto případě lékař, na certifikovaném pracovišti INSTITUTU Bazální stimulace podílí na aplikaci konceptu?

Z lékařových výpovědí vyplývá, že ví okrajově, co je bazální stimulace. Však informace o konceptu získal za svých studií na vysoké škole. Personál certifikovaného pracoviště bazální stimulace mu nepodal žádné další vysvětlení konceptu, který se zařazuje do ošetrovatelského procesu. Nebyl tudíž edukován, jak by měl přistupovat ke klientovi, u níž se aplikuje bazální stimulace. Ale lékař tuto situaci vysvětluje tím, že o žádné informace před naším rozhovorem nežádal. I přes needukovanost, lékař správně komunikuje a jedná s klientem v rámci konceptu. Používá pokaždé oslovení a dotyk při výkonu s klientem. Přímou iniciální dotek lékař nepoužívá

Lékař vidí smysl v bazální stimulaci, myslí si, že je dobré, když je klientovi ve vigilním kómatu věnován čas a trpělivost, protože u nich nikdy nevíme, co vnímají a co nevnímají. Při této příležitosti i varoval na to, že by personál měl vážit svá slova, když pracuje v pokoji s apalickými klienty.

Když lékař viděl na vlastní oči, jak může klientovi bazální stimulace pomoci, zajímal se sám o to, jak koncept provádím a jak si zaznamenávám pokroky nebo odezvy na

bazální stimulaci. Projevil zájem a poprosil mě o vlastní edukaci základních prvků konceptu, prvků, na který je klient zvyklý.

Rozhovor se staniční sestrou

Dobrý den, nejprve bych Vám ráda poděkovala za to, že mi věnujete svůj čas a že jste ochotna se mnou udělat rozhovor. Moc si toho vážím.

Cílem mého rozhovoru je, abych se dozvěděla informace, které jsou moc důležité pro aplikaci bazální stimulace. Na základě rozhovoru se pokusím sestavit individuální ošetrovatelský plán s prvky bazální stimulace.

Můžeme začít?

Nejprve se zeptám, kdy jste se poprvé setkala s pojmem bazální stimulace?

„Kdy přesně nevím, bylo to zřejmě od nějaké kolegyně. Vnímala jsem to jen jako pojem, více mě to nezajímalo. Ale to jsem ještě pracovala na Oddělení následné péče, to jsem nebyla staniční sestrou na DIOPu.“

Co Vás vedlo k tomu, abyste prošly kurzem bazální stimulace?

„Na základě dotací z evropského fondu, které nemocnice Písek dostala na vzdělávání. Absolvovala jsem kurzy bazální stimulace. A samozřejmě zvědavost mě k tomu vedla.“

Jaké kurzy jste absolvovala?

„Podstoupila jsem kurz základní, nástavbový a prohlubující.“

Napadá Vás, v čem třeba byly kurzy náročné?

„Nevybavuji si, že by byly náročné.“

Co jste všechno musely splnit, aby Vaše oddělení se stalo Certifikovaným pracovištěm Bazální stimulace?

„Museli jsme splňovat určitá kritéria, to znamenalo třicet procent vyškolených zaměstnanců oddělení. Museli jsme dále zažádat o supervizi, připravit si videozáznam, na kterém je vidět, jak ovládáme techniky bazální stimulace. Dále jsme vypracovali nástěnku.“

Musíte i pravidelně publikovat Vaše výsledky aplikace bazální stimulace?

„Nemusíme, ale publikovali jsme v časopise Diagnóza v ošetrovatelství (listopad/prosinec 2013).“

Přinesly Vám kurzy nějaký nový pohled na ošetřovatelství?

„Spíše jiný pohled na pacienta, jako na člověka, který má určité potřeby, a že případné změny chování mohou mít nějaký důvod. Dost často se na to zapomíná, bohužel i někdy já.“

Co vidíte na bazální stimulaci pozitivního?

„Bližší kontakt s pacientem a rodinou.“

Změnil se nějakým způsobem chod oddělení?

„Výrazně ne, ale pomalu se dostává do podvědomí zdravotnickému personálu, mění se postoj a používáme pomůcky bazální stimulace.“

Apelovali jste na celý multidisciplinární tým, aby poskytoval prvky bazální stimulace?

„Nepoužila bych výraz celý multidisciplinární tým, spíše je nás pořád málo, kdo absolvoval kurz bazální stimulace.“

Jak na to reagovali zaměstnanci?

„Zprvu odmítavě, někdy i s výsměchem nebo bojkotováním (př. připravené polohovací pomůcky byly odnášeny – protože prý byly k ničemu a lidi jsou z nich zapoceny. Kromě toho je téměř nulová komunikace s pacienty s apalickým syndromem, ale lepší se to.“

Jaké názory na bazální stimulaci slycháváte od lékařů?

„Nic zásadního, zaujímají neutrální postoj.“

Respektují lékaři iniciální dotek u klientů?

„Většina ano.“

Jak si myslíte, že by měl vypadat pokoj, oddělení, kde se poskytuje bazální stimulace?

„Moje představa a realita je bohužel jiná. Přesto doufám, že to co jsme vytvořili na DIOPu je alespoň částečně odpovídající. Myslím tím barevné povlečení, barevně vymalováno, nástěnky s fotografiemi blízkých.“

Jaké nejčastější diagnózy mají klienti na vašem oddělení, kde provádíte bazální stimulaci?

„Pacienti s apalickým syndromem po polytraumatech, pacienti s cévní mozkovou příhodou nebo KPR s anoxickým poškozením mozku.“

Jaká jsou specifika péče u klientů ve vigilním kómatu?

„Péče o tracheostomickou kanylu, odsávání z kanyly, zajišťování výživy přes PEG. Jinak klasicky plná ošetrovatelská péče.“

Když je nově hospitalizován klient na vašem oddělení, hned informujete rodinu o tom, že jste certifikované pracoviště bazální stimulace?

„Přímo, že jsme certifikované pracoviště ne, ale že aplikujeme prvky bazální stimulace ano a to tak první týden hospitalizace, kdy dáváme rodině vyplnit dotazník bazální stimulace.“

Takže Vy sama vysvětlujete rodině, co bazální stimulace je?

„Ano, snažím se o to, tedy když jeví zájem. Navíc je na chodbě nástěnka, kde jsou informace o bazální stimulaci.“

Musí například i s poskytováním konceptu rodina souhlasit?

„Nestalo by se mi, že by rodina nesouhlasila, ale dokument se souhlasem rodiny nevedeme.“

Máte speciální dokumentaci, kde hodnotíte prováděné prvky bazální stimulace?

„Ano, máme. Vypracovali jsme ji na základě vědomostí a zkušeností z kurzu bazální stimulace.“

Podle čeho plánujete a aplikujete určité stimuly bazální stimulace?

„Podle stavu vědomí a podle celkového stavu pacienta. Také podle polohy a spasticity pacienta.“

Moc děkuji za Váš čas.

Analýza rozhovoru

Druhý rozhovor jsem provedla se staniční sestrou oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské práce, na oddělení, kde jsou hospitalizováni klienti ve vigilním kómatu a tudíž i klient, o kterém hloubkově píše odbornou práci.

Tento rozhovor je mnohem rozsáhlejší a podrobnější, než s panem doktorem. Protože paní staniční byla ta, která zavedla bazální stimulaci na oddělení a především ta, kvůli které se stalo oddělení certifikovaným pracovištěm konceptu. Cíl pro rozhovor jsem měla stejný jako v rozhovoru s panem doktorem – zjistit, jak se podílí na aplikaci bazální stimulace.

Nejprve jsem se snažila získat informace o tom, jakým způsobem se DIOP stal oficiálním pracovištěm konceptu bazální stimulace a co všechno proto personál musel udělat. Staniční sestra oddělení popisuje dlouhou cestu, vybraná část personálu musela

absolvovat kurzy bazální stimulace a na základě kurzů vytvořit článek, který bude publikován v odborné literatuře a nakonec poslat žádost o supervizi na oddělení. Veškeré požadavky byly splněny a tím dostal DIOP i nálepku certifikovaného pracoviště – takto celou situaci popisuje v rozhovoru staniční sestra.

Ona sama se podílela na zlepšení podmínek na oddělení, kde se provádí bazální stimulace. V kurzech se dozvěděla, jak může vytvořit klientům ve vigilním kómatu lepší prostředí. Sama povídá, že má mnoho představ, ale bohužel občas nejdou představy spojit s realitou. I přes to navrhovala s velkou energií změny a také je realizovala. Začalo to tím, že se postarala o to, aby se na oddělení nakoupily barevné pomůcky z perličkového materiálu (klíny a podlouhlé polohovací válce) a barevné domácí povlečení. Poté zajistila vymalování pokoje na příjemnou zelenou barvu. Chtěla zamezit bílé, sterilní nemocniční barvě. Dále se postarala, aby personál, který pracuje na DIOPu, nosil barevné uniformy, tím vším vysvětluje optickou stimulaci a domáctější prostředí, které podporuje bazální stimulace.

Svou energii musela však čerpat i na zbytek personálu, který nebyl proškolený a který nevěřil bazální stimulaci, nevěřil ničemu, co by mohlo pomoci klientům ve vigilním kómatu. Po pár nepříjemných situacích s personálem bojkotovala snahu, energie jí došla. Ale nyní říká paní staniční, že chod oddělení se trochu změnil a personál se snaží více komunikovat a využívat iniciační dotek, myslí si, že to je díky vlastnímu vypořádání pozitivních reakcí klientů.

V rozhovoru vyplývá, že staniční sestra vykonává bazální stimulaci. Zajímá se o biografickou anamnézu a posléze aplikuje vhodné prvky konceptu na klienty. Využívá prvky základní i ty, které se učí v nastavbových kurzech bazální stimulace. Na DIOPu zavedla speciální dokumentaci, kde přesně uvádí, jaké metody konceptu každý den provedla u klientů. Při rozhovoru se staniční sestrou jsem chtěla i zjistit pár informací o klientovi, o kterém píše odbornou práci. Rozpovídala se o celkovém průběhu hospitalizace pana M. a o tom, jaké jsou jeho reakce na aplikaci bazální stimulace.

Nejvíce mě zaujalo to, že rodina nebyla přesně edukována o bazální stimulaci. S tímto tvrzením chci dále pracovat při navrhování změn do praxe.

Rozhovor s ošetřovatelkou (NNLZP)

Dobrý den, nejprve bych Vám ráda poděkovala za to, že mi věnujete svůj čas a že jste ochotna se mnou udělat rozhovor. Moc si toho vážím.

Cílem mého rozhovoru je, abych se dozvěděla informace, které jsou moc důležité pro aplikaci bazální stimulace. Na základě rozhovoru se pokusím sestavit individuální ošetřovatelský plán s prvky bazální stimulace. Vaše výpovědi mi moc pomohou.

Nejprve se zeptám, kdy jste poprvé slyšela o pojmu bazální stimulace?

„Na sanitářském kurzu.“

Jak chápete pojem: bazální stimulace?

„Znamená to pro mě klid a uvolnění a taky to, aby lidi věděli o svých hranicích, kde jim vlastně tělo končí, aby znali své tělo, a to umožňuje bazální stimulace. A také je to hodně o komunikaci“

Prošla jste také kurzem bazální stimulace?

„Ne, já ne. Ale ptala jsem se na sanitářském kurzu, co vlastně je ta bazální stimulace.“

A učil Vás někdo z personálu prvky bazální stimulace?

„Staniční sestřička, ptala jsem se jí a ona mi ukázala, jak se to dělá a jak se to hlavně dělá správně. Sama jsem se pídila o bazální stimulaci. Četla jsem články na internetu a našla jsem si nějaké letáky. Sami mě do toho nezasvětili, musela jsem se hodně ptát.“

Váš školitel měl kurz bazální stimulace absolvovaný?

„Ano.“

Kdo všechno se zapojil do kurzů bazální stimulace?

„Vím o staniční sestře, dvou sestrách. A asi i fyzioterapeutka a všímám si, že i logopedka pracuje s bazální stimulací.“

Jaké prvky jste se naučila?

„Používám polohování – hnízdo. A snažím se s klientem komunikovat, aby věděl, co budu dělat a předtím ho oslovím. A taky pomocí pomůcek ohraničuju jeho tělo a to je taky vlastně bazálka. Jinak koupání provádí staniční sestra. A vím, že je pravidlo proti chlupu a po chlupu.“

Výborně, víte toho o bazální stimulaci docela dost. Jaké máte pocity při aplikaci bazální stimulace?

„Dobré, protože jsou pacienti klidnější, nelekají se. Jsou víc v klidu. Nebo občas zjistím, jakou polohu mají pacienti nejraději a potom se snažím tu polohu co nejvíce využívat, teda v rámci možností, myslím tím kvůli proleženinám.“

Přinesly Vám informace o bazální stimulaci nějaký nový pohled na ošetřovatelství?

„Vnímám jinak lidi. Sama jsem si doma vyzkoušela ležet nehybně a po chvíli jsem přestala vědět, kde mi končí nohy, připadalo mi to, že jsou nekonečný nebo že se ztrácejí do prázdna. Bylo to dost nepříjemný, tak se snažím na to myslet, když ošetřuju pacienty. Aby pacienti leželi pohodlně, jsem asi víc empatická.“

Změnila jste přístup k pacientům?

„Ano, hlavně při tom polohování. Na to jsem pes, vcítím se do lidí, co leží na té posteli, a představuji si sebe, jak mi tlačí paty, jak mě celé tělo pálí. Hlídám si kanyly, cévky, aby pacoše nikde netlačily a používám pomůcky, co holky nakoupily po kurzu bazální stimulace.“

Co vidíte na bazální stimulaci pozitivního?

„Vidím klid, nejsou pacienti rozhozený, když přijdu něco dělat – třeba přebalovat nebo polohovat. Jen mě mrzí, že to nedělají i ostatní a přitom to je jen o komunikaci.“

A řekla jste to i kolegyním, když víte, že prvky bazální stimulace fungují?

„Dříve ano, teď už jsem rezignovala. Už nemám chuť, je tu chaos a spěch. Vím, komu to můžu připomenout a komu to vůbec nemá cenu říkat. Říkala jsem dřív kolegům, ať se dotknou a pozdraví a ne hned strhnou deku a jdou na věc. Pak je neklid.“

Apelovalo vedení na celý multidisciplinární tým, aby poskytoval prvky bazální stimulace?

„Staniční jo, třeba mluví o iniciálním doteku a jak správně polohovat. Jinak asi ne.“

Jaké názory na bazální stimulaci slýcháváte od lékařů?

„Neutrální, spíše, že to neuškodí. Ale třeba panu M. to pomáhá hodně. Na tom to vidím. Tam si myslím, že když se to bude používat, že to bude dobrý. Tam je vidět posun. Třeba se úplně přestal klepat, když s ním pracuješ. Nebo i ta komunikace je lepší, zvedne ruku nebo mrkne, kývne hlavou. Nebo když sedí v křesle, tak je vidět, že je spokojenej, vidí svět z jiného pohledu, než levá a pravá strana se stropem.“

Když jsme se dostaly k panu M., myslíte si, že by třeba nebylo vhodné, kdyby se mezi lůžka dala nějaké plenta? Protože pan M. má zachovalou paměť, inteligenci a takhle si možná uvědomuje v jakém prostředí je hospitalizován.

„Jo, uvědomím si to pokaždé, když tam přijdu. Je to malý pokoj bez soukromí. Kdy pan M. kouká na odsávání jiných pacientů nebo na O., což je mladý kluk a pan M. ho hodně fixuje. Bylo by dobré zavést nějaké paravány, aby bylo větší soukromí.“

Jak si myslíte, že by měl vypadat pokoj, oddělení, kde se poskytuje bazální stimulace?

„Fotky klientů, plakáty, barevný pokoje. To vše DIOP má, ale to soukromí chybí. A určitě miň nemocničních věcí – ne vše bílé, ale pro pacienty to víc zdomácnit, i když je to těžké. Třeba dřevěné skříně, jejich osobní věci okolo nich. A návštěva si nemá kam sednout, myslím, že ta návštěva to bere jako hodně stresující.“

Jaká jsou specifika péče u klientů ve vigilním kómatu?

„Specifika, no asi v jiným přístupu. K apalickým se musí chovat klidněji a jemněji. Nesmím tam vlihnout vystresovaná, pomalu mluvit, pomalu s nimi zacházet. Mít na ně čas. Oblíkáme je jinak – do jejich osobních triček, polohujeme je jinak s pomůckami.“

Jaké máte pocity při péči o tyto klienty?

„Práce s apaliky mi nevadí. Spíše občas práce s personálem, který tam je. Občas jsem z toho dost rozhozená, snažím se o něco, třeba o ten klid pomocí bazálky a dobrého polohování a pak přijde někdo, který to bojkotuje a řekne, že je to zbytečný. A stíží to práci mě a i pohodlí pacientům. To mě dost štve, práce je pak zbytečná, ale chodím každý den osmihodinové směny, takže ráno se snažím, aby veškerá práce byla správná, i když někdy to stojí dost sil a energie.“

Podle čeho plánujete a aplikujete určité stimuly bazální stimulace?

„Snažím se nejdříve toho pacienta poznat a to minimálně dva až tři dny. Ptát se třeba rodiny, co má rád. A podle jeho reakcí usuzuju, jakou polohu má nejraději. Když mi neodpovídá, tak opravdu zkouším v jakých polohách je klidný.“

Popište mi prosím Vaše jednání, když vstoupíte ráno na DIOP.

„Nejdřív pozdravím a řeknu pacientovi, co s ním budu dělat. Že ho přebalím, namažu mu tělo a vyčistím mu zuby.“

Jak na Tvé jednání reagují pacienti?

„Jak kdy, záleží i na tom, jak se k nim chovaly sestry při noční směně, jaké je počasí. Někdy i vycítí, že já nejsem úplně v pohodě a myslím, že jsou taky víc neklidný. Ale zároveň si myslím, že můj hlas znají, slyší ho každý den a já se snažím k nim chovat, co nejlépe. A zároveň si myslím, že nejvíce negativně reagují na hluk, když se personál baví hlasitě nad ním a dělají práci na pacientovi a přitom si ho vůbec nevšímají, baví se o něčem jiném.“

Požíváte například zdobněliny při komunikaci s klienty, a když ano, v jaké situaci?

„Ne, jsou to dospělý lidi a i jsem četla, že by se to nemělo, třeba na Oddělení následné péče zdrobněliny používám, ale na DIOPu ne.“

Jakých reakcí si nejvíce všímáte u klientů?

„Klidněji dýchají, pohledy jsou pro mě vedlejší. Všímám si klidu, jak jsou zahleněný a taky třesu a záškubů.“

Znáte většinou biografickou anamnézu klientů? (např. povolání, co mají rádi, koníčky, oblíbené jídlo, atd...)

„Ptám se sester nebo rodiny. Takže většinou něco vím, sama se o to zajímám.“

Děkuji Vám moc za rozhovor.

Analýza rozhovoru

Další rozhovor jsem prováděla s ošetřovatelkou na oddělení, kde jsou hospitalizováni klienti ve vigilním kómatu. I v tomto rozhovoru jsem se snažila zjistit, jak moc se>NNLZP angažuje do aplikace bazální stimulace a jak na tento koncept pohlíží.

Z rozhovoru vyplývá, že tato ošetřovatelka vidí v bazální stimulaci pozitiva a proto se ji sama snaží při své práci s apalickými klienty používat. Veškeré informace si hledala sama v brožurkách, internetu nebo se na ně ptala školitelek sanitářských kurzů nebo staniční sestry na DIOPu.

Líbí se mi, že si našla i ty prvky, které může ona sama využít při výkonech a to v rámci její kompetence. Ošetřovatelky po dvou až třech hodinách polohují klienty, tudíž i ony jsou s nimi často v kontaktu.

V rozhovoru mi jedna z ošetřovatelek popisuje, jak se chová, když přijde ke klientovi, že použije iniciální dotek a řekne mu, co bude vykonávat. Až po slovním upozornění začne jednat. Ošetřovatelka detailně vysvětluje, proč je dodržování takových pravidel u apalických klientů důležité a že i těmito jednoduchými kroky zabrání neklidu a zvýšené sekreci z dýchacích cest. Dále ošetřovatelka povídá o tom, jak poznává klienty a jak zkouší různé polohy s pomůckami v konceptu bazální stimulace. Při každé změně polohy ošetřovatelka sleduje chování a reakce klienta, to jí informuje o tom, zda se klient cítí v poloze příjemně, či zda tuto polohu má omezit.

Ošetřovatelka vypráví i o tom, že někteří z personálu se ale pravidly bazální stimulace neřídí a pak nastane na oddělení ruch a chaos – klienti se více odsávají, třesou se a mají mimovolní pohyby, což znesnadňuje celkovou péči. I když některým zaměstnancům DIOPu se snažila ošetřovatelka problematiku vysvětlit, tak stejně se našel personál, který tyto situace bagatelizuje a dokonce i zesměšňuje. Někteří se snaží mít rychle práci za sebou a už nevidí druhou stranu rychlé práce jako je právě neklid klientů.

Rozhovor s fyzioterapeutkou

Dobrý den, nejprve bych Vám ráda poděkovala, za to, že mi věnujete svůj čas a že jste ochotna se mnou udělat rozhovor. Moc si toho vážím.

Cílem mého rozhovoru je, abych se dozvěděla informace, které jsou moc důležité pro aplikaci bazální stimulace. Na základě rozhovoru se pokusím sestavit individuální ošetřovatelský plán s prvky bazální stimulace. Dále zjišťuji, do jaké hloubky se podílí na aplikaci bazální stimulace celý multidisciplinární tým.

Můžeme začít?

„Ano, ptejte se. Snad budu vědět odpověď.“

Nejprve se zeptám, kdy jste se poprvé setkala s pojmem bazální stimulace?

„Na jaře roku 2009, kdy jsem dostala nabídku ke kurzu bazální stimulace a samozřejmě jsem neváhala, nestráním se novým možnostem v terapii pacientů.“

A máte tedy kurzy bazální stimulace?

„Ano, absolvovala jsem kurz základní, nástavbový, prohlubující a potom supervizi na oddělení s tématem bazální stimulace.“

Co Vás vedlo k tomu, abyste prošly kurzem bazální stimulace?

„Zkvalitnění péče o klienty a navíc to bylo financováno Evropskou unií na podporu vzdělání.“

Napadá Vás, v čem třeba byly kurzy náročné?

„V prožitkových cvičeních, na kurzech jsme si všechny metody vyzkoušeli i na sobě a některé cvičení nebyly příjemné. Dokázali jsme si, že některé situace v ošetřovatelské péči

u klientů ve vigilním kómatu nejsou příjemné. Naučili nás empatie, která se postupně vytrácuje s přibýváním let na pracovišti“

Přinesly Vám kurzy nějaký nový pohled na ošetřovatelství (nebo celkově na Vaši práci)?

„Ano, jak už jsem říkala, nově jsem našla v sobě větší míru empatie a možná i větší pochopení reakcí klientů, ať už po cévních mozkových příhodách nebo u klientů v bezvědomí.“

Co vidíte na bazální stimulaci pozitivního?

„Vidím to, že zdravotníci mají lepší přístup k pacientům a ten je pak klidnější a uvolněnější, což já jako fyzioterapeutka velice oceňuju při své práci.“

Myslíte si, že se změnil nějakým způsobem chod oddělení?

„Ano, dříve DIOP znamenal odkladiště pacientů při změně vědomí, kteří neměnili svůj stav po dlouhá léta. Nyní si myslím, že staniční sestra po absolvování kurzů si všímá více jejich potřeb a jejich reakcí. Komunikuje s nimi. Zlepšila podmínky pro klienty na oddělení. Například nechala vymalovat pokoj barevně, obléká si barevné oblečení, aby ji pacienti lépe fixovali.“

Vidíte při své práci, že personál používá prvky bazální stimulace?

„Ano, už jen nošení barevných a odlišných uniforem je stimul pro pacienty, na zdech jsou nástěnky s fotografiemi rodin pacientů nebo jsou nad každou postelí vyvěšené informační cedule o iniciálním doteku.“

Setkala jste se s nějakými reakcemi personálu na bazální stimulaci?

„Nevýrazné, problém je ten, že personál se často mění a není zaškolován, na pracovišti je málo sester, které prošly kurzem.“

Byl personál ochoten přistoupit na aplikaci bazální stimulace?

„Jak kdo, některé ošetřovatelky si i o tom četly na internetu a některý personál k tomu přistupoval skepticky nebo se nechtěl vůbec zapojovat.“

Podílela jste se na tvoření prostředí pro klienty, kterým se poskytuje bazální stimulace?

„Ano, radila jsem se se sestrami, co jsme prošly kurzem, o výběru pomůcek k polohování nebo k realizování bazální stimulace.“

Edukujete rodinu o tom, co je bazální stimulace?

„Ano, když je přítomna při rehabilitaci, kdy používám prvky bazální stimulace, tak ano.“

Ptají se Vás příbuzní klienta, co znamená to, že DIOP je certifikované pracoviště bazální stimulace?

„Ne, s takovou otázkou jsem se ještě nesetkala. Ale možná kolegyně ano, na tomto oddělení se střídáme.“

Vidíte u rodin spíše pozitivní nebo negativní postoj k bazální stimulaci?

„Spíše pozitivní, většinou se zajímají o dalších podrobnostech.“

Učíte je i některé prvky bazální stimulace?

„Ano, při zájmu provádím základní instruktáž o různém hlazení nebo masírování.“

Využíváte bazální stimulaci při rehabilitaci na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče?

„Ano, všechny prvky plánuju dle aktuálního stavu pacienta.“

Zajímáte se o biografickou anamnézu klienta a na základě ní i individuálně cvičíte s pacienty?

„Určitě, využívám jí převážně při komunikaci s pacientem.“

Děkuji Vám moc za rozhovor. Bylo to pro Vás asi vyčerpávající, ale mně jste moc pomohla. Upřímně děkuji.

Analýza rozhovoru

Pro další rozhovor, který měl za cíl zjistit podílnost zaměstnanců DIOPu na aplikaci bazální stimulace, jsem si vybrala fyzioterapeutku, která pravidelně a dlouhodobě dochází na Apalickou jednotku.

Paní fyzioterapeutky jsem se ptala na obecné praktikování bazální stimulace, ale i na aplikování konceptu na samotném klientovi, o kterém píše v praktické části bakalářské práce. Snažila jsem se zjistit zapojení všech složek multidisciplinárního týmu do aplikace bazální stimulace na klientovi ve vigilním kómatu, tudíž i podstatnou složkou v péči o apalického klienta jsou fyzioterapeuti. Na DIOP dochází rehabilitační, která prošla, i s týmem sester z oddělení, kurzy bazální stimulace. Zajímám se o to, zda své znalosti a zkušenosti po absolvování vzdělávacího programu používá v praxi.

Podle výpovědí paní fyzioterapeutky je zřejmé, že se snaží o kvalitně aplikovanou bazální stimulaci i v rámci prováděných rehabilitačních cvičení. Používá iniciální dotek, před rehabilitací využívá povzbuzující masáže proti chlupu a po rehabilitaci uvede klienta do fáze odpočinku pomocí zklidňující masáže. Po dokončení cvičení polohuje klienty pomocí

pomůcek, které podporuje bazální stimulace. K odpočinku pouští hudbu, kterou mají klienti rádi, neboli využívá nastavbové prvky, kdy se stimulují smysly.

Paní fyzioterapeutka popisuje i stav pana M. a jaké prvky mu poskytuje v rámci jeho aktuálního stavu. Aktuální stav je primem pro paní fyzioterapeutku při rozhodování, jaké prvky rehabilitace a bazální stimulace bude volit. Rehabilitační dále uvádí i reakce klienta na cvičení, popisuje negativní i pozitivní reakce.

Rozhovor s manželkou klienta – část druhá

Můžeme začít?

„Ano.“

Nejprve bych se chtěla zeptat na Vaše pocity, jak se teď cítíte?

„Popravdě necítím se moc dobře. Chtěla bych se spíše já ptát na spoustu věcí. Ale jsem ráda, že se budete o mého manžela starat Vy. Věřím v to, že se jeho stav zlepší.“

V průběhu rozhovoru se můžete kdykoliv a na cokoliv zeptat. Můžu pokračovat?

„Ano, ptejte se, jsem připravená odpovídat. Doma jsem si před rozhovorem srovnala myšlenky.“

Co vlastně vedlo k tomu, že Vašemu manželovi se stala toto nepříjemná situace?

„Manžel na konci prosince šel na operaci s výdutí a měl komplikace po operaci. A probudil se v takovém stavu.“ (Klientce se začnou lesknout oči, je vidět, že to pro ni není příjemné)

Jaké byly Vaše pocity?

„Vše bylo tak nečekané, náhlé. Ptala jsem se, proč právě my. Ale nikdy jsem nepřestala doufat, že i po nepříjemném a negativním rozhovoru s panem primářem, že se L. probudí.“

Jak na to reagovaly děti?

„Dcera to nesla statečně. Syn se zhroutil, nechtěl komunikovat, byl podrážděný. Postupně se začaly u obou dětí zhoršovat známky, ale za to můžu i já. Protože jsem měla a pořád mám méně času se jim věnovat, lítám z práce rovnou do nemocnice. Je to těžký.“

Můžete mi říct, na kterých odděleních byl Váš manžel hospitalizován?

„Manžel byl nejdříve v FN na Neurochirurgii, pak na našem ARU a nyní je u Vás na DIOPu.“

Vždy Vám dovolili navštěvovat manžela?

„Většinou ano, ale občas k tomu byly nějaké připomínky. U Vás je lepší domluva.“

Kdy jste poprvé viděla reakce Vašeho manžela?

„To si pamatuji přesně. L. mi dal pusu na ARU, nikdo mi ale nevěřil. Všichni říkali, že to jsou jen reflexy, nepřidávali mi moc naděje. Ale já věděla, že to pusa byla. A poprvé promluvil v březnu (19. 3.) na personál na DIOPu. Odpověděl na pozdrav – Dobrý den.“

Popište mi prosím Vás reakce Vašeho manžela na Vaší přítomnost?

„Myslím si, že určitě mě manžel vnímá, dává mi to najevo. Důkazem je i to, že mě manžel pusinkuje nebo alespoň nastaví rty a já ho políbím. Mluví se mnou – odpovídá mi. Dotýká se mi zad, někdy se i snaží rozepínat podprsenku. Hladí mě po vlasech. Cítím, že mě rád vidí.“ (Paní M. se více rozpovídala, koukala jinam do místnosti, ale s určitou jiskrou v očích, o pokrocích manžela evidentně ráda mluví.)

Co to pro Vás znamenalo?

„Určitě mi to dodávalo energii a motivaci, každý den si chodím pro pohlázení od svého muže. Potřebuju to a vím, že on mě také potřebuje. Nikdy ho neopustím.“

Jakým způsobem jste zvládala psychický tlak, který se na Vás valil ze všech stran?

„Pomáhají mi hodně kamarádi, rodina, děti a také paní léčitelka, se kterou se tajně scházím, jste jediná, která o tom ví. Paní léčitelka mi dává bylinky a já je pak tajně dávám L. do čaje. Také paní léčitelka cvičí v noci s L. a říká mi, jak je na tom. Já tomu věřím. Víte, když se člověk ocitne v takové to situaci, tak se pokusí o cokoliv. A teď mi pomáháte hodně Vy, manželovi se hodně věnujete a mě tím moc pomáháte.“

Děkuji paní M., změnily se Vaše pocity od té doby, co je Váš manžel hospitalizován na našem DIOPu?

„Ano, na předešlém oddělení mi neustále tvrdili, že už se mi manžel nikdy neprobere, ale když jsem na Vašem oddělení slyšela, že L. mluví, dodalo mi to spoustu energie k boji.“

Líbí se Vám přístup personálu, který se zapojuje do ošetrovatelského procesu Vašeho manžela?

„Jak kdy, to sama asi víte. Nelíbí se mi manipulace s manželem, trpím, když vidím, že jsou mi nepřijemné přesuny a polohování. Myslím si, že ho to bolí.“

Co byste chtěla změnit?

„Soukromí. Soukromí není žádné. Je to malý pokoj, kde všichni pacienti a potom i návštěvy na sebe koukají. Nelíbí se mi, když vím, že mě druhá návštěva sleduje nebo mě poslouchá, co L. říkám.“ (Paní M. se zamračí, je vidět, že tento problém jí velice tíží.)

Věděla jste, že toto oddělení je certifikované pracoviště INSTITUTU Bazální stimulace?

„Ano, přečetla jsem si to na dveřích.“

Máte pocit, že je to známka toho, že je o pacienty lépe postaráno?

„Snad ano.“

Jaké informace Vám podal personál o bazální stimulaci?

„Žádné, až Vy, když jste sem přišla na praxi.“

Zeptal se Vás personál, zda máte zájem o naučení prvků bazální stimulace?

„Ne.“

Máte zájem, do budoucna se základní prvky bazální stimulace, které by byly vhodné pro Vašeho manžela, se naučit?

„Ano, určitě. Protože vidím, že L. na prvky reaguje a líp se mu komunikuje.“

Zajímala jste se sama o bazální stimulaci, myslím tím, zda jste hledala další informace na internetu nebo v odborných článcích?

„Ne, když něco potřebuji, zeptám se Vás.“

Vidíte v bazální stimulaci smysl?

„Ano, za tento týden, kdy se manželovi naplno věnujete, udělal veliké pokroky.“

Používáte nějaké prvky bazální stimulace?

„Hlazení po chlupu a proti chlupu nebo mu dávám kopačák do rukou. Také mu pouštím oblíbené kazety. Vše co jste mi poradila. Ale těším se, až mi dodáte letáček, který vyrábíte pro nás laiky. Určitě to bude zajímat i ostatní rodiny.“

Co přesně se Vám na bazální stimulaci líbí?

„To, že je L. víc v klidu. Víc se vnímáme. Víím, že když ho masíruju, tak se mu to líbí a je mu to příjemné.“

Při návštěvě pana M. používáte iniciální dotek?

„Ano, snažím se. Ted' pravidelně, ale v začátku jsem zapomínala.“

Jaké pokroky vidíte u pana M., když to srovnáte s nástupem na toto oddělení?

„Více komunikuje, pohybuje prsty. Fyzioterapeutky s L. hodně cvičí. A sestři, myslíte, že bude L. hýbat levou rukou?“

Paní M. to Vám nedokáží říct. Budeme se snažit o co nejkvalitnější rehabilitaci a každý den po dobu praxe s panem M. cvičím v konceptu bazální stimulace. Ale spíše by na takovou otázku uměl odpovědět lékař. Můžu Vám s ním domluvit schůzku... Můžu se dále zeptat na komunikaci Vašeho manžela? Komunikuje s Vámi pokaždé?

„Většinou ano, ale také se někdy stane, že nechce, že nemá náladu a raději mě ignoruje. Můžu říct, že při Vaší přítomnosti mluví vždycky. Někdy mi sestry povídají, že s nimi vůbec nepovídá, ale myslím, že má důvod a jeho nesouhlas s něčím vyjadřuje ignorací. Paní primářka domluvila logopedii, je to i naše známá a L. tedy znala před onemocněním a ta s ním dvakrát týdně trénuje povídání. Za to jsem moc ráda.“

Viděla jste někdy u Vašeho manžela, že by projevil emoce, myslím tím – úsměv, smutek, pláč?

„Pořád se tváří smutně, když mu řeknu, ať se usměje, pohne pravým koutkem do strany. Ale emoce vyjádřené pusou mě stačí k tomu, abych věděla, že mě vnímá a má mě rád. Já se snažím před ním skrývat emoce, občas uteču na chodbu a tam brečím. Nechci, aby viděl, jak moc se trápím.“

Reaguje Váš manžel jinak na ostatní – myslím tím, jiné doteky, pohyby, komunikace?

„Na rodiče reaguje jinak, občas s nimi nemluví. Nedívá se na ně. Myslím, že nechce, aby svého syna v takovém stavu viděli. Jinak samozřejmě reaguje i na personál, kdo se mu nelíbí, tak ho ignoruje.“

Jakým pokrokem Vás v poslední době manžel nejvíce potěšil?

„Největší pokroky vidím tento týden, kdy aplikujete na manžela bazální stimulaci. Líbí se mi, jak s ním cvičíte a co vše jste mi během chvíle ukázala z bazální stimulace.“

Děkuji moc za Váš čas, a že jste se mnou udělala další rozhovor. Chci Vám dále pomáhat.

Analýza rozhovoru

Nejenom zdravotnický personál, ale i rodina by měla znát, co je to bazální stimulace a že je to možné řešení, jak zkvalitnit život klientům ve vigilním kómatu. Proto jsem provedla i rozhovor, již druhý rozhovor, s manželkou postiženého. Zajímám se, zda se zapojila do aplikace bazální stimulace, kdo jí informoval o možnosti poskytování konceptu a jak na bazální stimulaci pohlíží.

Pro paní M. byl rozhovor velice těžký, bylo vidět, že některé otázky jsou pro manželku klienta nepřijemné, ale i přesto mi paní M. odpovídala.

V první řadě jsem si myslela, že byla již dávno informována o tom, co je to bazální stimulace a jak se může provádět. Bohužel po tříměsíčním odstupu, kdy jsme spolu prováděly první rozhovor, edukace neproběhla. Paní M. tvrdila, že ví o bazální stimulaci jen to, co jí o ní povídám já, což mě lehce znepokojilo, ale zároveň mě tato situace navedla na další cíle, které jsem si v třetím období mé bakalářské práce chtěla zhodnotit. Tedy vytvořit edukační leták pro laickou veřejnost, který umožňuje pochopit jednoduché prvky bazální stimulace. Před rozhovorem jsem o některých technikách konceptu paní M. povídala, ihned tyto prvky vyzkoušela a hlásila mi výsledky v rozhovoru. Zároveň se těší na letáček, který je věnován její rodině.

Paní M. na začátku rozhovoru popisuje celou situaci, jak došlo k tomu, že je pan M. ve vigilním kómatu, kde všude byl pan M. hospitalizován a poté hovoří o situaci na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Hodnotí klady i zápory. Klady vidí v tom, že je možnost navštěvovat manžela skoro v jakoukoli dobu. Negativa vidí hlavně v soukromí, které na DIOPu není. Hání malý pokoj, kde je pět klientů a když přijde návštěva k jiným pacientům, tak už žádné soukromí není. Chtěla by paní M. alespoň zástěny mezi jednotlivými lůžky.

Paní M. vyjadřuje poděkování za to, že se panu M. věnuji a že jí poskytuji informace o bazální stimulaci. Dále uvádí, že vidí pokroky, které se staly během krátké chvíle, kdy vykonávám praxi na DIOPu. Tato pochvala mě velice motivovala pokračovat k intenzivní integraci bazální stimulace do ošetrovatelské péče, věnovat se klientům ve vigilním kómatu a přitom analyzovat reakce na koncept.

16. PRAKTICKÁ ČÁST – TŘETÍ OBDOBÍ

V třetí části odborné práce se zaměřuji na aplikaci bazální stimulace člena rodiny na svém příbuzném. Aplikace bazální stimulace probíhá po edukaci rodiny pomocí edukačního letáku, který naleznete vyobrazený v příloze. Popis tvorby edukačního prospektu uvádím v níže uvedené podkapitole. Dále analyzuji i pocity člena rodiny při poskytování konceptu. Pocity se pokusím zjistit během rozhovoru s manželkou klienta, tedy již to bude třetí část rozhovoru se členem rodiny. Toto období je popisováno v září roku 2014, to znamená osm měsíců od doby příjmu na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Edukaci jsem zaměřila do tohoto období, kvůli propuštění klienta z DIOP na Oddělení následné péče, kde se neprovádí bazální stimulace. Tudíž bylo pro mě velice důležité naučit rodinu některé prvky konceptu. Z předchozích zkušeností je evidentní, že klient na bazální stimulaci kladně reaguje a je na dané prvky konceptu zvyklý.

16.1. Stav klienta ve třetím období

V tomto období, tedy v září 2014, není už pan M. hospitalizován na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče – Apalické jednotce, ale na Oddělení následné péče. Na Oddělení následné péče je pan M. hospitalizován na samostatném barevném pokoji. Pan M. vykazoval ve škále Glasgow Outcome Scale, že už není klient ve vigilním kómatu. Už ve druhém období komunikoval, zjistilo se zachování paměti a zlepšení hybnosti, ale ve třetím období, jde o klienta, který se sám napije a podá si hrneček s pitím, když má žízeň, jde o klienta, který si za pomoci uchopí kartáček se zubní pastou a vyčistí si zuby, jde o klienta, který udrží lžici a pomalu si dává sousta potravy do úst. Lékaři se změnou diagnózy dlouho čekali, chtěli si být jistý, že nelze jen o krátkodobé procitnutí, po kterém se klient zpět vrací do trvalého vegetativního stavu.

Stav pana M. se velice zlepšil. I přes stálý dekubitus na sakru, který má pět centimetrů na tři centimetry, vysazuje personál klienta do křesla na nafukovací kruh. Rodina zakoupila speciální vozík, na kterém mohou přesunout pana M. ven z nemocničních budov a trávit s ním volný čas v přírodě.

Na konci třetího období začíná paní M. s paní primářkou oddělení jednat o propouštění pana M. z nemocnice do jiného zdravotnického zařízení, stacionáře nebo domovinky. Do konce roku 2014 by měl být klient propuštěn.

16.2. Edukační leták

Jak již zmiňuji výše, ve třetím období bakalářské práce jsem si uvědomila, že by bylo vhodné správně edukovat rodinu o bazální stimulaci. Během vykonávání odborné individuální praxe v druhém období jsem již informovala rodinu o různých metodách bazální stimulace. V této fázi jsem vytvořila i jinou metodu edukace, než je vysvětlování a praktická ukázka, pokusila jsem se o edukační leták, který bude sloužit nejenom rodině M., ale i jiným rodinám, kteří mají hospitalizované příbuzné na Apalické jednotce s diagnózou vigilního kómatu.

Edukační leták jsem nazvala: Brána do paměťových stop aneb nebojte se vyzkoušet bazální stimulaci. Již nadpis vysvětluje celou myšlenku. Pokud budeme pracovat s paměťovými stopami, to znamená s podněty, na které byl dříve postižený zvyklý nebo s podněty, které měl rád, tak můžeme vytvořit určitou bránu – propojení mezi jeho podvědomím a realitou, tedy tím, co se odehrává v prostředí, kde se klient nachází. Když otevřeme bránu - první křídlo letáku, uvidíme jednoduchý a stručný popis, co to je koncept bazální stimulace. V dalším prostoru letáku objevíme návody, jak můžeme stimulovat smysly klienta. Neuvádím zde přesné odborné názvy stimulací, ale zjednodušené a pro laiky pochopitelné popisky. Na fotografiích si mohou laici představit i polohování, které využívá koncept bazální stimulace a jaké pomůcky při polohování můžeme použít. Na zadní stránce edukačního letáku je vysvětlen iniciální dotek v praxi. Ke konci zadní strany nalezne veřejnost i kontakt na autora letáku nebo internetový odkaz na edukační video, které jsem natáčela k příležitosti Mezinárodní konference všeobecných sester a porodních asistentek v roce 2013.

Rozhovor s manželkou – třetí část

Dobrý den paní M., vy už víte, čeho se bude tento náš rozhovor týkat, ale pokud by

Vám byla nějaká otázka nepříjemná, upozorněte mě.

Můžeme začít?

„Ano, jsem připravena. A už to pro mě není tak těžké bavit se o stavu L.“

Jste spokojenější, že Váš manžel byl hospitalizován na jiné oddělení, tedy už není na Apalické jednotce?

„Ze začátku jsem byla nadšená, že už nebude L. mezi ostatními apaliky, protože on mluví, reaguje na mě a ostatní pacienti, kteří tam jsou, tak vůbec nereagují a nic neřeknou. Cítila jsem, že to bude pro L. lepší mezi zdravějšími lidmi, třeba s chlapa na pokoji a bude poslouchat, jak oni povídají a i to pak bude třeba zlepšovat jeho stav. Ale když dny plynuly a L. byl přesunut nejdříve na pokoj se dvěma pacienty a potom na pokoj, kde byl úplně sám, tak jsem si uvědomila, že něco je špatně, že tam nedochází žádná sestra, která by u něj prováděla bazální stimulaci a individuálně se mu věnovala. Sestry na tomto oddělení mají hodně hoňky, vidím je jen kmitat, takže přiltnou na pokoj, vyřídí co potřebují a zase běží dál. Nejdou si popovídat, nejdou s ním provádět bazálku jako dole na Apalice, když máte službu Vy. Stalo se i to, že L. na chvíli stagnoval, ignoroval personál a začal miň mluvit. Potom jsem Vás zavolala a vy jste to vymyslela s tím posílením informovanosti o bazální stimulaci a věnovala jste nám letáček. Za to Vám moc děkujeme“.

Aplikujete sama bazální stimulaci?

„Ted' už ano, na DIOPu to bylo tak, že jste se mu celý den věnovali a dělali bazální stimulaci nebo aspoň Vy jo. A tak, když jsem přišla na návštěvu a věděla jsem, že už L. cvičil dost, tak jsem už ho jen hladila nebo masírovala a někdy ani to ne, pořád jsem chtěla něco povídat. Ale co L. byl hospitalizován na Oddělení následné péče, byla jsem to já, kdo musel s ním cvičit jeho zaběhlé rituály v podobě bazální stimulace.“

Pomohl Vám edukační, informační letáček, který jsem Vám věnovala?

„Bez pochyb ano, je to lepší, to mít napsané, než občas lovit v paměti, co jste mi to vlastně řekla. Ten leták mě i inspiroval, přišla jsem na nové nápady, třeba jsem přinesla klávesnici, aby si trénoval hmat. V letáku píšete, že můžeme pracovat s věcmi z povolání a to klávesnice bez pochyb je. Já jsem vděčná za cokoliv, co L. pomůže.“

Myslíte si, že zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o svého příbuzného je důležité?

„Určitě ano, je to moc důležité. Víc jsme propojeni s L. a myslím si, že to není dobře jen pro nás, ale hlavně pro něj. Je mu to příjemnější, když některé věci vykonáváme my, než personál – třeba masírování nebo pomáhání s čištěním zubů.“

Přemýšlela jste někdy o tom, že byste se o pana M. starala Vy doma?

„Ano, skoro každý den na to myslím, ale zároveň si řeknu, že musím být reálná, že bydlíme v paneláku, kde je malý výtah a že by vozík neprojel dveřmi pokojů. Ale paní primárka hovoří už o propuštění L. do jiného zařízení, ne nemocničního, tak to třeba bude zase posun dopředu. Samozřejmě si zjišťuji různé příspěvky na bezbariérové bydlení, ale je to docela složité. Vlastně pořád něco zařizuji a pořád někam nosím lékařské zprávy, ať už se to týká invalidního důchodu nebo různých příspěvků.“

Teď trochu odbočím. Jaké pocity vnímáte Vy při provádění bazální stimulace?

„Vnímám souhru, vnímám to, že se moc máme rádi a že jsem vděčná za to, že L. bojuje, aby tu byl semnou a já bojuju, aby se měl co nejlíp. A právě tu souhru mi dopřává i bazální stimulace. Moc se mi líbí, když si sladíme rytmus dechu a dýcháme spolu, jsme jak jedno tělo. Za každé slovo, co řekne, moc děkuju, slyšet jeho hlas je nádherný a to se stalo taky díky bazální stimulaci nebo aspoň si to myslím. Když L. hladím, říká, že je mu to příjemné a tak se cítím aspoň trochu šťastná. Z počátku jsem nevěřila tomu, že to bude tak efektivní a to je jen hlazení, povídání, cvičení, ale nejefektivnější to je, když to člověk dělá s láskou.“

Jaké reakce vidíte u pana M, když provádíte bazální stimulaci Vy, než personál?

„I když doba postoupila a jsme na oddělení, kde se primárně bazálka nedělá, tak když jí dělám já, tak se mi zdá L. uvolněný, vím, co se mu líbí a co je mu nepříjemný. Takže si v klidu uvolněně dýchá a slovně odpovídá. Když dělala bazálku staniční, tak občas jí ignoroval, nespolupracoval a byl zamračený. To vidím občas tady, když sestry třeba provedly něco, co se manželovi nelíbilo, tak přijdu a on se pořád ještě mračí.“

Provádějí i Vaše děti bazální stimulaci?

„Ano, dala jsem jim do ruky ten leták, ať si to přečtou a oni pak chodily a říkaly příklady stimulací, přiřazovaly je k některým činnostem, které viděly, když jste dělala bazálku Vy nebo já. Třeba přiřazovaly nástěnku ke zrakové stimulaci, písničky z filmů ke sluchové

nebo kopačák od syna přiřazovaly k dotykové stimulaci. Děti pak vymýšlely další nápady, třeba nové fotky, kytky do pokoje atd. Děti jinak používají iniciální dotek.“

To jste je naučila Vy?

„Bud' já, nebo Vy. A syn je zvědavý a našel si i Vaše video na internetu, ale to říkal, že je moc těžký, že by se do toho polohování nepouštěl, že je tatka moc těžký. Děti mi vždycky nabijí optimismem. Nejdříve jsem byla dost skeptická, když jste mi pověděla o tom, že se provádí bazální stimulace a nikdo jiný mě o tom neinformoval, ale teď se snažím dělat vše nejlepší pro manžela, i když občas musím zavřít oči – pořád je mi polohování a přebalování nepříjemné, protože vím, že L. to taky nemá rád.“

Co se Vám na letáku nejvíce líbí?

„Teď budu sobec, ale líbí se mi to, že jste ten leták věnovala naší rodině a že jsme byli první. Jinak leták je pěkný a přehledný, když o bazálce člověk už něco ví, tak ten letáček mu dá inspiraci a rozdává nápady. Je jednoduchý a praktický. Není potřeba složité literatury – základ je, aby informace sdělil personál, sestry a když člověku podají takový leták, tak jsou představy hned lepší.“

Doporučila byste letáček i jiným rodinám?

„Určitě ano, mrzelo by mě, když by letáček přišel jen do našich rukou, i ostatní rodiny si takovou pomoc zaslouží.“

Děkuji moc za rozhovor.

Analýza rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor (třetí část) jsem prováděla s paní M. mimo nemocniční zařízení, venku v parku. Paní M. s dalším rozhovorem, který poslouží do bakalářské práce, souhlasila a předem byla informována o tom, čeho se bude povídání týkat. Celý rozhovor trval přes hodinu a půl, do odborné práce jsem vybrala jen nejdůležitější úryvky.

Paní M. v rozhovoru popisuje především uvědomění rozdílů, které se týkají přeložení pana M. na jiné oddělení, kde se bazální stimulace nevykonává. Ale to také vedlo paní M., aby se více věnovala konceptu. Manželka pana M. provádí sama určité prvky

bazální stimulace a tím výrazně přispívá pro dosažení některých ošetrovatelských výkonů, jako je krmení klienta nebo čištění zubů. Paní M. tvrdí, že edukační leták jí pomohl při poskytování konceptu a dokonce jí inspiroval pro další metody a nápady, které jsou v konceptu bazální stimulace podporovány.

Při poskytování bazální stimulace se paní M. cítí v souhře se svým manželem. Dále v rozhovoru popisuje techniky, při kterých se manžel uvolní a cítí se příjemně. Do konceptu se nezapojila pouze jen manželka postiženého, ale i jejich dvě děti.

Po rozhovoru jsem paní M. informovala o možnosti získání základního kurzu bazální stimulace. Kurz pro zatím manželka postiženého odmítla.

17. ANALÝZA CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavní cíl, který jsem si stanovila ve svém výzkumu v bakalářské práci, byl analyzovat reakce klienta ve vigilním kómatu na aplikaci konceptu bazální stimulace.

Reakce klienta ve vigilním kómatu jsem analyzovala pomocí tabulek a vlastního pozorování ve druhém období bakalářské práce. Hlubkovou analýzu reakcí jsem prováděla pět dní. Abych mohla zkoumat reakce neboli specifickou komunikaci klientů ve vigilním kómatu, sestavila jsem si biografickou anamnézu, kterou jsem navrhla personálu oddělení, aby byla integrována do ošetrovatelského procesu. Anamnézu jsem vytvořila již v první období výzkumu, tedy při hospitalizaci klienta na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče – Apalickou jednotku. Na základě biografické anamnézy jsem sestavila prvky bazální stimulace, které jsou individuální pro každého klienta. Na zvolených metodách bazální stimulace pozoruji reakce klienta.

Klient byl hospitalizován na DIOP s diagnózou coma vigile, i přesto, že klient v průběhu prvního období začal verbálně komunikovat, na jeho diagnóze lékaři trvali. Klient byl schopný odpovídat jednoslovně, avšak v druhém období, to znamená čtyři měsíce od první hospitalizace, klient komunikuje sám bez výzvy. Verbální reakce výrazně pomohla při poskytování bazální stimulace a následně byla i impulsem pro lékaře, aby zvážili změnu diagnózy v Glasgow Outcome scale. Celkový stav klienta popisují v každém období výzkumu zvlášť.

Při aplikaci bazální stimulace jsem se setkala především s pozitivními reakcemi. Klient si brzy navykl na prvky, které jsme každodenně vykonávali. Pozorovala jsem veškerou mimiku ve tváři, grimasy, pohyby těla i končetin, změny emocí při různých podnětech, chvění a třes těla, zívání, doteky klienta, zahlenění, barvu obličeje, verbální komunikaci, ale i vitální funkce jako je tep, krevní tlak, dech či tělesná teplota. Na funkcích se často projevoval strach nebo nepříjemné situace pro klienta. Klient nepravidelně a zrychleně dýchal, měl zvýšený krevní tlak a zrychlený tep. Pozorováním jsem odhadla, jaké výkony jsou klientovi nepříjemné a snažila jsem se ho na ně dostatečně předem připravit, informovat ho o daných výkonech a tím zamezit výkyvy ve fyziologických funkcích. Klienta jsem naučila signál, který když použil, věděla jsem, že mu určitý dotek, stimulace, výkon vadí a změním tedy své působení u klienta. Signálem

pro nepříjemné situace bylo, když klient zdvihl prst na pravé ruce. Ten to signál opravdu klient používal, a to při polohování, přesunu z lůžka na křeslo nebo při hygieně genitálu.

Reakce klienta dále popisují na různých metodách bazální stimulace. Prvky konceptu volím na základě vyzorovaných reakcí, které níže vysvětluji. Myslím si, že z níže uvedených reakcí na aplikaci bazální stimulace, je evidentní, že koncept je prospěšný a zlepšuje kvalitu života klientům ve vigilním kómatu. Pomocí vyzorovaných reakcí na ošetrovatelské výkony lze posoudit příjemné a nepříjemné situace pro klienta. Nepříjemné výkony můžeme bazální stimulací potlačit, ať už základním principem komunikace a vnímání až po uklidňující prvky konceptu. Příjemné situace můžeme dále podporovat a rozvíjet novými metodami a nápady z terapeuticko-ošetrovatelského konceptu.

Nejprve jsme do ošetrovatelského procesu zařadili iniciální dotek s oslovením. Klient se naučil, že po doteku bude následovat výkon. Když se iniciální dotek provedl, byl klient výrazně klidnější, než když zdravotnický personál přicházel bez upozornění. Klient byl na prvek na tolik navyklý, že když někdo z personálu neprovedl iniciální dotek, tak klient nespolupracoval a ignoroval okolí.

Veškeré reakce jsem důkladně pozorovala, tudíž jsem si všimla i výrazné dotekové deprivace. Doteková deprivace byla zřejmá z častého křečovitého úchopu postranic lůžka, kapny či pomůcek na polohování. Tudíž jsem do ošetrovatelského procesu v rámci konceptu bazální stimulace zavedla prvky pro taktilně-haptickou stimulaci. Jako pomůcku pro dotekovou stimulaci jsem zvolila fotbalový míč, který přinesla rodina z domova, tím jsem se i snažila navodit vzpomínky z paměťových stop. Mezi další pomůcky patřily předměty ze všedních aktivit života, jako je například lžice, kartáček na zuby nebo také štětka, které slouží k čištění dutiny ústní a tedy je vhodnou pomůckou nejenom pro taktilně-haptickou stimulaci, ale i olfaktorickou a orální. Štětku jsem každodenně používala. Po pravidelné dotekové stimulaci, bylo evidentní, že míra křečovitých úchopů okolních podnětů se výrazně snižovala. Klient svou haptickou potřebu využíval při výkonech, u kterých jsem se snažila zaktualizovat a posilovat jeho soběstačnost – čištění zubů, pití z lahve, přijímání potravy. Nejenom, že se pomocí těchto pomůcek snížila doteková deprivace, klient více verbálně komunikoval, ale i se výrazně změnila soběstačnost klienta. U klienta jsme pozorovali pozitivní emocionální projev, neboli pozitivní reakci – úsměv.

Pro optickou stimulaci jsem využívala fotografie rodiny, televizor nebo barevné polohovací pomůcky. S rodinou jsme vytvořili nástěnku, kterou měl klient umístěnou ve svém zorném poli. Na nástěnce byly fotografie, obrázky a vzkazy od dětí. Při sledování televizoru jsem volila ty programy, které vycházely z biografické anamnézy – hokej, fotbal, cestování, detektivky nebo zábavné české pořady. Klient byl při sledování televizoru klidný, uvolněný. Soustředěnost udržel okolo pěti až deseti minut, poté začal zívat a usnul. Největší reakce jsem pozorovala při ukazování fotografií dětí. Klient měl nejdříve smutný pohled, tekly mu slzy z očí a poté se snažil dívat jinam, než na fotografie.

Pro orální stimulaci jsem zvolila ústní vodu a zubní pastu, na které byl klient zvyklý z domova. Dále jsem používala černou kávu nebo cigaretu, na které byly výrazné reakce. Černou kávu jsem klientovi připravovala každé ráno v osm hodin, tak na to byl dříve naučený. Štětíčku jsem namočila do kávy a podala jsem ji klientovi, ten uchopil štětíčku a sám si ji dával do úst nebo jen ke štětíčce s kávou voněl. Klient ze štětíčky vysával chuť kávy. Klient po kávě více spolupracoval a více komunikoval. Možná i proto, že po kávě byl klient vždy zvyklý pracovat, tak to vyplývá z biografické anamnézy. Cigaretu jsem vyzkoušela i díky radám, které jsem četla z různých kazuistik o aplikaci bazální stimulace. Klient byl silný kuřák a při spatření cigarety, samozřejmě nezapálené, “vytřeštil“ oči a snažil se mi sám cigaretu z ruky vzít. Poté si cigaretu dal před nos a ovoněl si. Zhluboka se nadechl a vložil si cigaretu do úst. Cigaretu měl správně uchopenou, v pravé ruce mezi ukazovákem a prsteníkem. Když měl klient nezapálenou cigaretu v ústech, tak jí více natáhl dovnitř, až se mu na tvářích udělaly d’olíčky, pak cigaretu vyndal z úst a provedl hluboký výdech. Tím to způsobem s cigaretou zacházel několik minut. Občas položil ruku na postranici a jakoby prstem klepal popel z cigarety ven z lůžka. Zde jsem využila taktilně-haptické, orální, olfaktorické i optické stimulace, kdy za pomoci smyslů jsem vyvolala vzpomínky z paměťových stop, a došlo k úkonu, na který byl klient zvyklý a každý den ho prováděl.

Při polohování na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče se polohuje podle konceptu bazální stimulace. Polohování je zde individuální, záleží na zdravotním stavu klienta, na vzniklých dekubitech, ale především na vyzozorovaném pohodlí klienta. U klienta, o kterém píš odbornou práci, jsem zjistila, že má nejraději polohu hnízda na levém boku. Klient je klidný, nepotí se, nemá zčervenálý obličej a ani tolik není zahleněný jako třeba na pravém boku. Když je na pravém boku, sleduje mladého klienta na protějším

lůžku, jde o klienta, který je o pár let starší, než je jeho syn. Myslím si, že to je panu M. velice nepříjemné a občas, když se u mladého klienta provádí nějaký ošetrovatelský úkon, pan M. je neklidný, obvykle začne kašlat a je zahleněný. Na levém boku je možná raději, protože schová svou půlku těla, kterou má hemiparetickou.

Další pozitivní reakce jsem pozorovala při poskytování kontaktního dýchání nebo vestibulární stimulace. To jsou metody, které se mi uplatnily před nebo po nepříjemných úkonech. Při kontaktním dýchání jsme si klientem sjednotili frekvenci dechu, navázali jsme spolu jednotu a získali jsme si vzájemnou důvěru. Kontaktní dýchání jsem používala před celkovou zklidňující nebo povzbuzující masáží, protože přesun z lůžka na koupelnu bylo pro klienta velkou zátěží a pokaždé se hodně klepal a zrychleně dýchal. Po kontaktním dýchání se zklidnil, začal se pravidelně nadechovat a vydechovat. Dokonce si občas zavřel oči a zas je otevřel až po ukončení kontaktního dýchání. Vestibulární stimulace se mi osvědčila při větší změně polohy, klient byl naučený, že nejenom po slovním sdělení, ale i po takto provedené stimulaci bude následovat přesun. Vestibulární stimulace klienta lépe zorientuje s prostředím, před samotným přesunem. Když se vestibulární stimulace neprovedla, klient se chytal postranic, uniforem personálu a tudíž byl přesun pro klienta i personál obtížnější.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem se zdravotnický personál na certifikovaném pracovišti INSTITUTU Bazální stimulace podílí na aplikaci konceptu.

Na základě provedených polostrukturovaných rozhovorů, jsem zjišťovala, jakým způsobem se podílí zdravotnický personál na aplikaci bazální stimulace. Rozhovor jsem vedla s lékařem z Anesteticko-resuscitačního oddělení, se staniční sestrou a ošetrovatelkou z oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, fyzioterapeutkou, která pravidelně rehabilituje s klientem, u kterého analyzuji aplikaci bazální stimulace a dále jsem oslovila i člena rodiny.

Nejprve jsem zjistila, kdo z oslovených má kurz bazální stimulace nebo jakým způsobem byl edukován o konceptu. Na to jsem se ptala otázkami typu:

„Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem bazální stimulace?“

„Co vedlo k tomu, abyste prošli kurzem bazální stimulace?“

„Co jste všechno museli splnit, aby Vaše oddělení se stalo certifikovaným pracovištěm bazální stimulace?“

„Apelovali jste na celý multidisciplinární tým, aby poskytoval prvky bazální stimulace?“

„Jakým způsobem Vás personál edukoval o možnostech poskytování bazální stimulace?“

„Byl personál ochoten přistoupit na aplikaci bazální stimulace?“

„Když je nově hospitalizován klient na vašem oddělení, hned informujete rodinu o tom, že jste certifikované pracoviště bazální stimulace a že je možnost se do aplikace konceptu zapojit?“

Z rozhovorů vyplynulo, že kurzem prošla staniční sestra oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a fyzioterapeutka, které dochází na zmíněné oddělení. Ošetrovatelka, lékař a člen rodiny kurz bazální stimulace nemají. Staniční sestra dále uvádí kritéria, které museli splnit, aby se stali certifikovaným pracovištěm – třicet procent proškolených zaměstnanců, podstoupit supervizi na téma bazální stimulace a publikovat článek do odborného časopisu. Z výpovědí jsem se však dozvěděla, že kvalifikovaným kurzem prošlo pouze šest zaměstnanců ze třiceti pěti zaměstnanců. To znamená, že byly proškoleny tři sestry, jeden zdravotnický asistent, jedna fyzioterapeutka a vrchní sestra oddělení, nikdo z nižšího nelékařského zdravotnického personálu nemá kurz koncept bazální stimulace. Tudíž jsem se ptala na edukaci zaměstnanců o bazální stimulaci, když pracují na certifikovaném pracovišti bazální stimulace. Ošetrovatelka uvádí, že poprvé slyšela o bazální stimulaci na sanitářském kurzu, kde se sama na koncept ptala, samotnou edukací na certifikovaném pracovišti neprošla a jelikož ona sama měla zájem o bazální stimulaci, informace si nalézala sama. Lékař, který pravidelně provádí vizity na DIOPu, vypovídá o skutečnosti poskytování bazální stimulace na oddělení, ale nebyl seznámen s tím, že oddělení podstoupilo kritéria pro splnění certifikovaného pracoviště bazální stimulace. On sám nebyl personálem oddělení proškolen o základních principech bazální stimulace. Manželka, tedy člen rodiny hospitalizovaného, nevěděla o tom, že na pracovišti se provádí bazální stimulace. Nebyla ani informována staniční sestrou o možnosti aplikace konceptu. Manželka tvrdí, že až já, studentka na praxi, jsem jí sdělila principy bazální stimulace, se kterou po mé edukaci začala také pracovat. Staniční sestra v rozhovoru přiznává, že cílený rozhovor o bazální stimulaci neproběhl, vysvětluje bazální stimulaci jen, když samotné rodiny projeví zájem.

Dále staniční sestra popisuje období, kdy personál po zavedení aplikace bazální stimulace se k situaci staví spíše odmítavě. Personál nejprve bojkotoval nebo přistupoval k bazální stimulaci s výsměchem. Nyní je to ve fázi, že se celá situace mění k lepšímu a to kvůli občasným objektivním výsledkům bazální stimulace.

Z výpovědí vyplývá, že personál na oddělení má malé podvědomí o bazální stimulaci, i když se jedná o certifikované pracoviště INSTITUTU Bazální stimulace. S tím to tvrzením budu dále pracovat v závěru mé odborné práce, kdy navrhuji zlepšení v praxi.

Další otázky, které vedly k mému cíli, a tedy zjištění, do jaké míry se personál včetně rodiny zapojuje do aplikace konceptu bazální stimulace, byly:

„Popište mi Vaše jednání, když vstoupíte na oddělení, kde jsou hospitalizováni klienti ve vigilním kómatu?“

„Co vidíte na bazální stimulaci pozitivního?“

„Jak jste se podílela na tvoření prostředí pro klienty, kterým se poskytuje bazální stimulace?“

„Podle čeho plánujete a aplikujete určité prvky bazální stimulace?“

„Používáte iniciální dotek?“

Všichni oslovení, i Ti kteří neprošli kurzem bazální stimulace, popisují svůj příchod na oddělení tak, jak ho doporučuje koncept. Přicházejí na oddělení klidně, jasně a zřetelně pozdraví klienta a před výkonem informují klienta o tom, co bude následovat. Iniciální dotek využívá staniční sestra, ošetřovatelka a fyzioterapeutka. Lékař iniciální dotek neprovádí, ale dotek na některou část těla obvykle uskuteční. Rodina iniciální dotek začala provádět až po mé edukaci, ale přiznává se, že na něj občas zapomene. Ošetřovatelka si stěžuje na některé své kolegy, kteří iniciální dotek nerespektují a ani s klienty nekomunikují. Tvrdí, že po několikanásobném snažení rezignovala s připomínáním konceptu, i když uvádí, že nejenom iniciální dotek, ale i jiné prvky bazální stimulace se jí osvědčily. Fyzioterapeutka vidí pozitivum v lepším přístupu ke klientům, klienti jsou uvolněnější a spolupracují. Lékař si myslí, že každý čas, kdy je klient z DIOPu v kontaktu s ošetřujícím personálem je pozitivní, a když je to čas věnovaný klientům v podobě bazální stimulace, tím je hodnotnější. Bližší kontakt s klientem a rodinou je pozitivum, které vidí staniční sestra i ošetřovatelka na bazální stimulaci. Manželka mi vysvětluje, že v bazální stimulaci, tak jak ji popisují, vnímá budoucí zlepšení stavu svého manžela.

Oddělení, které má být označeno jako certifikované pracoviště bazální stimulace, musí projít určitými kritérii, určitou změnou. Preferuje se, aby klienti byli hospitalizováni ve více "domáctějším" prostředí. Zajímala jsem se tedy o tom, co a jakým způsobem změnil personál na oddělení, aby docházelo ke zvýšené stimulaci klientů. Staniční sestra vypráví o svých představách, ale vysvětluje, že realita je bohužel jiná, přesto si myslí, že stav pokoje, kde jsou hospitalizováni klienti ve vigilním kómatu, je částečně odpovídající. Staniční sestra s fyzioterapeutkou navrhly vymalování pokoje do zelené uklidňující barvy, požádaly o zakoupení polohovacích barevných pomůcek a barevného povlečení. Dále staniční sestra nosí dle doporučení z kurzu barevné uniformy. A pro optickou stimulaci navrhla nástěnky pro každého klienta, kde rodina může připevnit obrázky a fotografie. Fyzioterapeutka vidí smysl v příjemné a nevtíravé vůni v pokoji, v přijatelném osvětlení a tlumené hudbě. Nad každým lůžkem pověsil personál štítek se záznamem o iniciálním doteku. Ošetřovatelka využívá barevných polohovacích pomůcek a pracuje s nimi ráda, popisuje, jak polohy klientů pozoruje a na základě reakcí volí časnost polohy. Manželka klienta se podílela na prostředí pokoje tak, že přinesla na nástěnku obrázky od dětí a fotografie rodiny. Rodina však velice kritizuje minimální soukromí, které je na pokoji DIOPu.

Staniční sestra aplikuje prvky bazální stimulace na základě stavu vědomí, celkového stavu klienta, polohy a spascitivity. Aplikaci každodenně zaznamenává do dokumentace, kde jsou vypsány prvky konceptu. Podle vlastního pozorování staniční sestra provádí správně bazální stimulaci. Pouští klientům jejich oblíbenou hudbu nebo aplikuje masáž stimulující dýchání, když jsou klienti zahleněni. Každý den si staniční sestra převezme klienta na koupelnu, kde mu aplikuje stimulující koupel. Bohužel to je jediná sestra, která provádí bazální stimulaci a kvůli dalším výkonům a stoprocentní ošetřovatelské péči u klientů ve vigilním kómatu, se najde málo času pro provedení kvalitní bazální stimulace nebo dalších jejích prvků. Pro tento problém vidím řešení, které chci zařadit do návrhů pro zlepšení v praxi v diskusi odborné práce. Fyzioterapeutka se nejprve seznámí s biografickou anamnézou a poté si plánuje prvky bazální stimulace, které zařadí do rehabilitace.

Myslím si, že na certifikovaném pracovišti INSTITUTU Bazální stimulace by měla fungovat edukace a proškolení nejenom personálu, ale i samotné rodiny. Z výpovědi vyplývá, že na aplikaci bazální stimulace se podílejí jen ti, co podstoupili kurzy konceptu.

Na kurzech se účastníci učí být v podobných situacích, jako jsou například klienti ve vigilním kómatu, tyto prožitkové situace jsou na tolik emocionální, že lidé, kteří projdou profesionálním školením, si odnáší velkou dávku empatie a nového pohledu na klienty, u kterých nikdy nevíme, co přesně vnímají nebo nevnímají. Proto si myslím, že každý kdo pracuje na takto specializovaném pracovišti, by měl podstoupit kurzem bazální stimulace.

Bazální stimulace není jen o metodách stimulující smysly, ale je i o naučení správného lidského přístupu a zamyšlením se nad těžkými životními situacemi. Bazální stimulace zlepšuje kvalitu života a proto by každý, kdo chce kvalitně pracovat na Apalické jednotce, by měl respektovat základní principy konceptu.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit pocity člena rodiny při provádění bazální stimulace na svém příbuzném ve vigilním kómatu.

Pocity rodiny, při poskytování bazální stimulace, jsem zjistila pomocí polostrukturovaného rozhovoru s manželkou klienta ve vigilním kómatu. Tento rozhovor jsem vedla až ve třetím období mé bakalářské práce. Člen rodiny mi odpovídal na otázky typu:

„Aplikujete Vy sama bazální stimulaci?“

„Jaké pocity vnímáte, když aplikuje bazální stimulaci na svém manželovi?“

„Jaké reakce vidíte u pana M., když provádíte bazální stimulaci Vy, než personál?“

Manželka klienta vypovídá o změnách, které nastaly na základě přeložení z oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče na Oddělení následné péče. Manželka vidí hlavní rozdíl v jiném poskytování péče. Na Oddělení následné péče personál neaplikuje bazální stimulaci. Klient je na prvky bazální stimulace zvyklý, a když byl přemístěn do rozdílného, neznámého prostředí, kdy personál nerespektoval to, že klient je naučený na specifický přístup dle bazální stimulace, jeho stav chvíli stagnoval. Klient nechtěl spolupracovat a personál ignoroval. Tato situace motivovala manželku klienta, aby se více zajímala o bazální stimulaci, kterou každý den aplikuje na svém manželovi.

Manželka při rozhovoru nastiňuje pocity, které má při samotné aplikaci bazální stimulace. Popisuje určitou souhru a vzájemné propojení – *„Bazální stimulace vyjadřuje beze slov to, jak se máme moc rádi.“* Při prováděných stimulacích cítí, že manželovi

opravdu pomáhají. Manželka dále tvrdí, že bazální stimulací dělá příjemné chvíle svému manželovi a on za to bojuje a nevzdává se. Dále si myslí, že bazální stimulace přispěla k tomu, že začal její manžel komunikovat verbálně a ona je velice ráda, za každé slovo. Je ráda, když slyší slovní odpověď při aplikaci bazální stimulace. Vidí i rozdíly v tom, kdo aplikaci konceptu vede. Srovná aplikaci konceptu sester, a když ona sama bazální stimulaci provádí. Manželka tvrdí, že nejefektivnější bazální stimulace je, když se provádí s láskou. Ona ví, co je manželovi příjemné a hlavně si ráda na masáže a prvky z bazální stimulace vyhraní čas. Upozorňuje na situace, kdy přijde na pokoj, kde je její manžel hospitalizován a je zamračený, to pozná, že prožil nějakou nepříjemnou situaci, bere si to také osobně a trápí jí to. Potom se snaží zpříjemnit hospitalizaci masáží, kterou má její manžel rád.

Z rozhovoru vyplývá, že manželka vnímá aplikaci bazální stimulace velice emocionálně a i pomocí konceptu vyjadřuje lásku k manželovi.

Třetím dílčím cílem bylo zpracovat edukační leták pro laickou veřejnost.

Při nastavení tohoto cíle jsem si kladla otázku, zda pomůže edukační leták rodině, která má svého příbuzného ve vigilním kómatu, do aplikování konceptu? Pomocí rozhovoru se členem rodiny, jsem si na otázku odpověděla. Edukační leták jsem vytvořila ve třetím období bakalářské práce, kdy je klient přeložen na oddělení, kde se primárně bazální stimulace neaplikuje. V polostrukturovaném rozhovoru jsem kladla otázky typu:

„Myslíte si, že zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o svého příbuzného je důležité?“

„Pomohl Vám v aplikaci bazální stimulace edukační letáček, který jsem Vám věnovala?“

„Provádějí i Vaše děti bazální stimulaci?“

„Co se Vám na letáku nejvíce líbí?“

„Doporučila byste letáček i jiným rodinám?“

Edukační leták je věnován rodinám a laické veřejnosti, které by chtěla znát základní principy bazální stimulace a chtěla tak pomoci svým blízkým, kteří jsou hospitalizováni nejenom s diagnózou coma vigile. Myslím si, že rodina by se měla zapojit do ošetrovatelského procesu nebo se pokusit naučit základy bazální stimulace, pokud vidí, že tato metoda zlepšuje stav klienta nebo mu navazuje určitý pocit klidu a jistoty. Manželka klienta, u kterého poskytuje bazální stimulaci také myslí, že rodina v péči o svého

příbuzného hraje velkou nenahraditelnou roli. Některé činnosti ze všedních aktivit, především ty osobnější, by raději postižený chtěl, aby vykonával s rodinou, s lidmi, které zná a důvěřuje jim.

Manželce klienta jsem poskytla edukační leták o bazální stimulaci, za leták je vděčná. Tvrdí, že je dobré mít základy napsané a občas si je připomenout. Leták se pro ni stal inspirací, kdy sama vymýšlí metody, jak stimulovat smysly svého manžela a tak vytvářet bránu do paměťových stop. Dále manželka uvádí, že leták si čtou i děti, které sami přiřazují pomůcky konceptu k určitým stimulacím nebo sami přicházejí s novými nápady. Dozvěděla jsem se o zájmu o mé edukační video na internetových stránkách, odkaz je uveden na edukačním letáku.

Člen rodiny, který vykonává bazální stimulaci, chválí jednoduchost a praktičnost letáku. Myslí si, že však základ by měly vždy vysvětlit proškolené sestry a poté mají dát rodinám do ruky takový letáček, který přináší inspiraci a dokreslí slovní edukaci od zdravotnického personálu. Manželka by edukační leták doporučila i ostatním rodinám a laické veřejnosti, kteří chtějí pomoci svým těžce nemocným příbuzným.

DISKUSE

Cílem mé odborné práce bylo analyzovat a správně pochopit reakce klienta ve vigilním kómatu, tedy jeho verbální i neverbální komunikaci, při aplikování prvků z bazální stimulace. Myslím si, že koncept bazální stimulace ukazuje správný lidský přístup ke všem klientům, kteří potřebují podat pomocnou ruku v podobě dlouhodobé ošetrovatelské péče. Bazální stimulace lze implementovat do veškerých ošetrovatelských výkonů, bez výrazného časového zdržení. Myslím si, že reakce klientů na bazální stimulaci jsou tak pozitivní, že je důležité přimět zdravotnický personál k tomu, aby koncept respektoval, a aby dál předával informace i neméně důležitým činitelům v ošetrovatelské péči a to rodině hospitalizovaných klientů. Efektivnost celého konceptu nespočívá pouze ve zlepšení motoriky, ale i v oblasti soběstačnosti, příjmu potravy, posílení spolupráce nebo v uvolnění celého těla a tím navození klidu klienta.

V praktické části bakalářské práce popisují, jak sama aplikuji bazální stimulaci a jak na poskytovanou péči v rámci konceptu reaguje klient ve vigilním kómatu. Prvky bazální stimulace jsem volila na základě autobiografie klienta a na vyzorovaných reakcích na personál. Reakce byly téměř vždy pozitivní. S klientem jsme si vzájemně vypěstovali důvěru. Klient spolupracoval a já jsem se mu snažila dopřávat co nejvíce příjemných vjemů z jeho okolí a také naplňovala potřebu jistoty a bezpečí.

Souhlasím s názorem autorky odborného článku, která popisuje jistý pohled na koncept bazální stimulace, uvádí, že aplikované prvky bazální stimulace u klientů s apalickým syndromem vedou ke změnám vnímání současného života, i přesto, že se mohou někomu zdát změny jen nepatrné, pro personál a hlavně rodinu hrají velkou úlohu, která je motivuje pro zvládnutí těžké životní situace. (Humpálová et al, 2006, str. 35) Proto příkládám důraz na pozorování reakcí klientů a jejich drobných změn ve zdravotním stavu, protože díky včasnému zachytu pozitivních reakcí můžeme dále posilovat zlepšení komfortu klienta a budovat s ním vzájemnou spolupráci při poskytování bazální stimulace. Pokud je bazální stimulace aplikována individuálně na základě biografické anamnézy a poté po lepším poznání klienta pomocí jeho specifické komunikace, může poskytovatel péče nebo člen rodiny umožnit klientovi zkvalitnění života.

O emoční inteligenci v souvislosti s poskytováním konceptu má zajímavý názor primářka MUDr. Helena Kajtmanová, která vede oddělení Dlouhodobé intenzivní

ošetřovatelské péče – Apalickou jednotku. Primářka hovoří o tom, že hlavním přínosem ošetřovatelské metody, tedy bazální stimulace je uspokojování potřeb bezpečí a jistoty a to prostřednictvím emoční inteligence, která je především zvýšená u zdravotnického personálu. Nejenom, že emoční inteligencí poznáváme sami sebe, ale lépe chápeme ostatní, lépe porozumíme problémům, komplikacím a potřebám. (Kajtmanová, 2015) Myslím si, že každý zdravotník by měl mít zvýšenou emoční inteligenci, ale bohužel ne však vždy takové pracovníky ve zdravotnictví potkáme. Toto tvrzení jsem si ověřila při výzkumném šetření bakalářské práce. Tento druh inteligence lze dobře procvičit při prožitkových cvičení v kurzu bazální stimulace. Při aplikaci konceptu by bylo přínosné, aby docházelo k emoční souhře a empatii k celé situaci, jinak si dovolím tvrdit, že není metoda bazální stimulace kvalitně klientům poskytována.

Každý člověk má jiný dominantní smysl a má jiný způsob komunikace. To platí i u klientů ve vigilním kómatu, proto by zdravotnický personál měl dbát na individuální přístup a na individuální poskytování bazální stimulace na základě vyzorovaných reakcí. Podobnou myšlenku zaujímá i Bc. Michaela Dvořáková, která ještě připomíná důležitost poznání autobiografie klienta a vcítění se do situace. Jen tak může být poskytnuta kvalitní ošetřovatelská péče. (Dvořáková, 2013, str. 17) Samotná autorka INSTITUTU Bazální stimulace v České republice upozorňuje na neúčinnou péči v podobně nucení klienta některým prvků bazální stimulace, pokud vůbec není zohledněna individualita a s ní spojené potřeby. Jestliže taková ošetřovatelská péče bude podporována na pracovišti, může naopak tento přístup způsobit útlum klienta ba i dokonce vyvolat agresivní a obranou reakci klienta, která zhoršuje celkový zdravotní stav. (Friedlová, 2007, str. 151) Při poskytování ošetřovatelské péče v rámci bazální stimulace pokaždé myslím na slova paní doktorky. V prvních dnech hospitalizace klienta ve vigilním kómatu vytvořím za spolupráce s rodinou biografickou anamnézu a poté několik dní zkoumám reakce klienta na různé prvky bazální stimulace. Po kladných reakcích jako je například uvolnění svalů, klid, pravidelný dech nebo necvakání zubů, začnu danou metodu plně integrovat do ošetřovatelského procesu. Tento postup se mi vyplatil i při provádění výzkumu do bakalářské práce.

Když jsem si odpovídala ve výzkumu, zda rodina má zájem o aplikování bazální stimulace a zároveň o naučení základních prvků konceptu, doufala jsem pouze v pozitivní odpovědi. Protože si myslím, že i když se celá rodina dostala do nepředstavitelně složité

životní situace, měla by sebrat zbytky energie a pokusit se o tu nejlepší péči o svého příbuzného. V takto těžké situaci, kdy se příbuzný od rodiny probudí do apalického syndromu, by měl zdravotnický personál myslet i na péči o členy rodiny. Myslím si, že bazální stimulace tvoří bránu, kterou proudí energie, motivace a souhra nejenom mezi klientem a zdravotníkem, ale především rodinou. Rodina přesně ví, co je příbuznému příjemné a co nepříjemné, co má rád a co nemá rád nebo kdy se cítí pohodlně. Zdravotnický personál musí dlouhodobě pozorovat reakce a studovat biografickou anamnézu, aby mohl individuálně navrhnout vhodné prvky bazální stimulace. Pokud se rodina zapojí do aplikování konceptu, výsledky změn v životě klienta jsou o to výraznější. Ve výzkumu mi manželka postiženého vypráví své pocity při poskytování bazální stimulace, kdy si beze slov předávají energii k boji proti těžké životní situaci, dále vysvětluje, že efektivní bazální stimulace je, když se člověk plně vcítí do nemocného, sjednotí si rytmus dechu a nevnímá čas.

Paní Wolffová popsala situaci bazální stimulace ze zákulisí, mé zkušenosti z výzkumu jsou velice podobné. Tento fakt je smutný, ale bohužel pravdivý. Sestra z Oddělení pediatrie resuscitační intenzivní péče přibližuje bazální stimulaci jako něco nekonkrétního, nehmatatelného a nejistého, jedná se o alternativní přístup k nemocnému. Ale i přes kladné výsledky v praxi řada zdravotníků, a to nejen lékařů, ale i sester, přistupuje ke konceptu s výsměchem, pohrdáním a ignorací. (Wolffová, 2006) Někteří vidí synonymum pro alternativní medicínu a techniky s ní spojené jako něco nesmyslného a zbytečného. Tyto názory jsou pouze výrazem nepochopení a nepřijetí významu holistického pohledu na nemocného ve vývoji.

Z mého výzkumu vyplývá, že bazální stimulace a její implementace do ošetrovatelského procesu nese i mnoho překážek proto, aby koncept mohl být kvalitně použit. Myslím si, že mezi základní úskalí patří nedostatek personálu, který projde kurzem bazální stimulace, nedostatečně stimulující prostředí pro klienty, u kterých se bazální stimulace poskytuje a minimální edukace rodiny o konceptu. Na tyto body by měl pohlížet personál certifikovaného pracoviště bazální stimulace, který pečuje nejenom o klienty ve vigilním kómatu. Myslím si, že to jsou právě body, které by vedly ke zlepšení ošetrovatelské péče. Během výzkumu se snažím výše uvedené nedostatky potlačit a navrhuji změny do praxe.

1) Nedostatek proškoleného personálu o možnostech aplikace bazální stimulace:

Výsledky mého šetření potvrzují fakt, že na certifikovaném oddělení bazální stimulace poskytují koncept pouze účastníci kurzu, ostatní nebyli ani vedením proškoleni, tudíž bazální stimulaci neprovádějí. Personál, který měl zájem o koncept, si hledat informace sám. Klienti, kteří jsou naučení na prvky konceptu, jsou pak neklidní a mají negativní reakce na přístup personálu, který bazální stimulaci neposkytuje. Při zjištění malého počtu proškolených zdravotníků, jsem se rozhodla, že personálu ukážu základní metody bazální stimulace. Vedení s nápadem souhlasilo. Personál jsem teoreticky edukovala o principech bazální stimulace, prakticky ukazovala metody konceptu a na závěr jsem pustila své edukační video o bazální stimulaci. Myslím si, že zdravotníci změnili názor na koncept poté, když viděli změny u klientů, u kterých se bazální stimulace pravidelně prováděla. Dále pro zlepšení ohlasu o bazální stimulaci navrhuji konferenci, kterou může navštívit každý zaměstnanec nemocnice. Myslím si, že by bylo velice prospěšné, aby vedení nemocnice vyčlenilo finance na kurzy, které jsou zprostředkovány INSTITUTEM Bazální stimulace, kde by si personál vyzkoušel prožitkové situace. Kurzy provádějí profesionální lektori, kteří zajistí komplexní informovanost personálu. Edukace od jiných proškolených zaměstnanců je prospěšná, ale není dostačující.

2) Nedostatečně stimulující prostředí:

Další problém jsem zjistila, při provádění rozhovoru s manželkou klienta ve vigilním kómatu. Zdravotnický personál chodí denně na oddělení a možná časem zapomene na to, že by na pokoji, kde by klienti měli být hojně stimulováni, mohlo dojít k nemalým změnám. Personál se snažil, po prodělání kurzu bazální stimulace, o zlepšení prostředí pro klienty, bohužel ale stále prostředí není ideální. Tento problém už není na samotném personálu oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, ale je na vedení akciové společnosti, zda poskytne finance pro zlepšení prostředí klientům, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko.

Rodiny si stěžují na minimální soukromí, které je důležité nejenom pro aplikování bazální stimulace. S vedením jsem jednala o možnosti instalace paravánů.

Při seznamování rodiny s bazální stimulací jsem se zmínila o tom, že i oni mohou zlepšit stimulující prostředí klienta tím, že přinesou oblíbené předměty klienta z jeho povolání nebo, ty které klient využíval při vykonávání zájmů. Rodina spolupracovala a poskytla mnoho předmětů, které jsme společně mohli využívat při nastavbových metodách bazální stimulace.

Navrhuji do praxe, aby se přihlídko na úroveň soukromí klientů a zajistila se účinná varianta, která by mohla pocit soukromí umožnit. Personál by měl informovat rodinné příslušníky o možnosti zlepšení stimulujícího prostředí pro klienty ve vigilním kómatu. Edukovanost rodin by mohl splňovat informační leták v příloze odborné práce.

3) Minimální edukace rodiny:

Při získávání informací do výzkumu, jsem zjistila, že rodina klienta ve vigilním kómatu je minimálně seznámena s bazální stimulací. Rodině postiženého jsem při svém šetření poskytla teoretické vysvětlení, edukační video a leták o bazální stimulaci. Proto i apeluji na ostatní zdravotníky, že péče nekončí u lůžka klienta. Rodina by měla být informována o možnostech specifické péče, které certifikované pracoviště bazální stimulace poskytuje. Do praxe navrhuji řešení, aby si staniční sestra nebo sestra kompetentní edukace o bazální stimulaci vyhranila dostatek času pro příbuzné, kdy koncept vysvětlí a dodá edukační letáky nebo jiné zdroje, ze kterých dál může rodina čerpat informace. Personál by měl umožnit příbuzným zapojení do konceptu nebo jim navrhnout možnost o podstoupení kurzů bazální stimulace.

Byla bych ráda, když by se výsledky a myslím si, že i úspěchy bakalářské práce šířily dál a zarývaly se do podvědomí zdravotnických pracovníků nebo rodinám, kteří mají svého příbuzného ve vigilním kómatu. Je zapotřebí zdravotníkům připomínat, že ošetrovatelství se rozvíjí a ten, kdo chce kvalitně poskytovat péči klientům, měl by otevřít oči a jít s dobou, která mu umožňuje mnoho nových ošetrovatelských směrů, jako je například koncept bazální stimulace.

ZÁVĚR

Bazální stimulace je ošetřovatelský multisenzorický směr, který aktuálně reaguje na stav klienta. Při poskytování konceptu respektujeme autonomii klienta a jeho veškeré potřeby, tím zkvalitňujeme jeho životní komfort. Základními principy bazální stimulace je umožnit klientovi komunikovat, pohybovat se a rozvíjet jeho vnímání, když tyto tři prvky pochopíme a individuálně na ně pohlížíme, dojde k souhře mezi klientem a poskytovatelem péče v podobě vzájemně získané důvěry.

Klienti, kteří mají porušené vědomí, jsou uzavřeni ve svém světě, potřebují pochopení od zdravotníků a rodiny, to je jejich pomocná ruka do navrácení k realitě, pomocná ruka jménem bazální stimulace. Klienti se změněným vnímáním vysílají signály do okolí, je jen na nás, abychom jejich reakce zachytili a vypořádáním správně analyzovali. Koncept umožňuje navázat s klienty kontakt a dopřává jim příjemné a stimulující podněty k rozvoji jejich schopností. Stačí otevřít oči, naslouchat a naučit se vnímat to, co druzí nevnímají nebo nechtějí vnímat.

"Záleží mi na tom, aby u nás každý člověk mohl žít v ovzduší důvěry, vzájemné solidarity a tvořivé činnosti. K tomu je třeba měnit poměry ekonomické i politické. Tvořiví lidé u nás vřdycky žili, jenom to neměli a nemají lehké. Je to naše společná práce a nikdo ji za nás neudělá. Možná právě teď přišel čas pokusit se věci měnit. Změna je možná, je v každém z nás. Držme si palce." (Fischerová, 1994, str. 28) Když si přečtu úryvek z knihy paní Fischerové, zamyslím se nad změnami, které může každý zdravotnický pracovník udělat proto, aby zkvalitnil péči o klienty. Já jsem si svou cestu vybrala, teď přišel čas, abych změnila věci, změnila přístup ostatních zdravotníků k bazální stimulaci. Kdo si vyzkouší aplikovat koncept a uvidí jedinečné a neopakovatelné reakce klienta, přestane se stavět zády k novým směrům ošetřovatelství a vydá se se mnou po společné cestě.

Myslím si, že výzkum, kterému jsem se věnovala, měl smysl. Pomocí interakce s klienty ve vigilním kómatu, jsem získala mnoho poznatků o jejich individuálních potřebách, které bychom měli poskytnout každému klientovi bez ohledu na jeho stavu vědomí. Bazální stimulace mi pomohla navázat komunikační bránu s klienty a tím jsem mohla splnit i veškeré cíle, které jsem si v odborné práci stanovila.

Bazální stimulace není jen o pomoci navrátit klienta do plnohodnotného života, i když je to velice zásadní význam. Bazální stimulace plní funkci realizační, neboli dovoluje

zdravotnickému personálu rozvíjet nové možnosti v ošetrovatelském procesu a tím i posiluje osobní realizaci. Proto doporučuji všem, aby se bránou k novému lidskému přístupu nebáli projít - „Buďte empatičtí, vstřícní a nebojte se vyzkoušet nové věci.“

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

- 1) AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5. Vydání. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0894-4.
- 2) AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2011. 355 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
- 3) DRUGA, Rastislav, et al. *Základy anatomie – 4a. Centrální nervový systém*. Praha: Galén, 2014. 221 str. ISBN – 978-80-246-2802-8.
- 4) DYLEVSKÝ, Ivan. *Obecná kineziologie*. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1649-7.
- 5) DVOŘÁKOVÁ, Michaela. *Reakce pacientů na Bazální stimulaci, Ošetrovatelstvo a Bazálna stimulacia*. Sestra. 2013, 7/2013. ISSN 1335-9444.
- 6) FISCHEROVÁ, Táňa. *Lydiiny dveře*. Praha: Občanské sdružení porozumění, 1994, 84 s. ISBN 80-238-1948-8.
- 7) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace: Dotek s terapeutickým účinkem*. VADEMECUM zdraví. 2005, 7/2005. ISSN 1802-3959.
- 8) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace hit v ošetrovatelství*. Dobrý kontakt, měsíčník pro lékárny. 2008, 5/2008.
- 9) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2011, 2/2011. ISSN 1803-7348.
- 10) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 118 s. ISBN 80-239-6132-2.
- 11) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- 12) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2013, 9/2013. ISSN 1801-1349.
- 13) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Koncept Bazální stimulace*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2010, 3/2010. ISSN 1803-7348.
- 14) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2012, 8/2012. ISSN 1801-1349.

- 15) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 10. vyd. Frýdek – Místek: Kleinwachter, 2011, 31 s.
- 16) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 8. vyd. Frýdek – Místek: Kleinwachter, 25 s.
- 17) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2010, 6/2010. ISSN 1803-7348.
- 18) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Textový materiál pro Prohlubující kurz Bazální stimulace*. Frýdek – Místek: Kleinwachter, 2011.
- 19) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2010, 9/2010. ISSN 1803-7348.
- 20) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Vibrační stimulace a nástavbové prvky v konceptu Bazální stimulace*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2010, 11/2010. ISSN 1803-7348.
- 21) FRIEDLOVÁ, Karolína. *Využití konceptu Bazální stimulace v sociálních službách*. Sociální služby, odborný časopis APSS ČR. 2010, 2/2010. ISSN 1803-7348.
- 22) HUMPÁLOVÁ, Martina et al. *Využití konceptu bazální stimulace u pacienta s apalickým syndromem*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2013, 9/2013. ISSN 1801-1349.
- 23) JANEČKOVÁ, Marcela. *Poruchy vědomí po poranění mozku: Jak můžeme pomoci*. Praha: CEREBRUM, 2009. 45 s. ISBN 978-80-904357-1-1.
- 24) JEDLIČKA, Pavel et al. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005. 431 s. ISBN 80-7262-312-5.
- 25) KAJTMANOVÁ, Helena. *Bazální stimulace uspokojuje potřebu jistoty a bezpečí u seniorů*. Florence [online]. Praha: Ambientmedia a.s., 2015, 12. 2. 2015 [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/bazalni-stimulace-uspokojuje-potrebu-bezpeci-a-jistoty-senioru/>.
- 26) KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 27) LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Praha: Galén, 2013. 121 s. ISBN 978-80-7262-761-5.
- 28) MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- 29) PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

- 30) PICKENHAIN, Lothar. *Basale Stimulation*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2000. 149 s. ISBN 3-910095-32-1.
- 31) SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
- 32) SMRČKA, Martin. *Poranění mozku*. Praha: Grada, 2001. 278 s. ISBN 80-7169-820-2.
- 33) TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press, 2003. 485 s. ISBN 80-7226-429-X.
- 34) VACEK, Zdeněk. *Embryologie*. Praha: Grada, 2006. 256 s. ISBN -80-247-1267-9.
- 35) VOKURKA, Martin et al. *Praktický slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, 2010. 523 s. ISBN 978-80-7345-159-2.
- 36) WOLFFOVÁ, Věra. *Bazální stimulace - pohled do zákulisí*. Sestra, 2006. ISSN 1210-0404.

SEZNAM ZKRATEK

- BS – Bazální stimulace
- CNS – Centrální nervový systém
- DIOP – Oddělení dlouhodobé intenzivní péče
- Dis. – Diplomovaný specialista (titul)
- Dr. – Doktor (titul)
- GABA – gama-aminomáselná kyselina
- GCS – Glasgow Coma Scale
- GOS – Glasgow Outcome Scale
- Gtt. – Guttae (kapky)
- i.m. – Intramuskulární aplikace
- ING – Inženýr (titul)
- IT – Informační technologie
- KPR – Kardiopulmonální resuscitace
- Mgr. – Magistr (titul)
- MSD – Masáž stimulující dýchání
- NNLZP – Nižší nelékařský zdravotnický personál
- PEG – Perkutánní endoskopická gastrotomie
- PNS – Periferní nervový systém
- Pozn. - Poznámka
- Prof. – Profesor (titul)
- PŽK – Periferní žilní katétr
- RHB - Rehabilitace
- Supp. – Suppositoria (čípky)
- Tbl. – Tabulettae (tablety)
- (Vokurka, 2010)

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumu ve zdravotnickém zařízení
- Příloha č. 2 Informovaný souhlas o provedení rozhovoru
- Příloha č. 3 Glasgow Coma Scale
- Příloha č. 4 Glasgow Outcome Scale
- Příloha č. 5 Iniciální dotek
- Příloha č. 6 Štětíčka využívaná v konceptu bazální stimulace
- Příloha č. 7 Pomůcky k polohování v souladu s konceptem bazální stimulace
- Příloha č. 8 Odkaz na video týkající se aplikace prvků bazální stimulace
- Příloha č. 9 Tabulka pro analýzu reakcí klientů ve vigilním kómatu na aplikaci bazální stimulace
- Příloha č. 10 Edukační leták

Příloha č. 1 Informovaný souhlas k provedení výzkumu ve zdravotnickém zařízení

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu

STUDENT

Jméno: Zámečnicková Anna

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: zamecnikova.anna@seznam.cz; tel: 602 121 022

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Petra Neumannová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: neumpe@seznam.cz, tel: 728 466 136

CÍL STUDIE

Cílem studie je napsat hloubkovou kvalitativní odbornou práci. Cílem studie je zmapovat, jaké prvky z bazální stimulace se používají a jaké reakce můžeme pozorovat u klientů ve vigilním kómatu. Dále chci zjistit, zda se podílí na aplikaci bazální stimulace celý zdravotnický tým.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

KONÁNÍ VÝZKUMU:

Kde:

Kdy: 23. 6. – 25. 7. 2014 (po dobu vykonávání individuální praxe), jinak v době vykonávání pracovních směn

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Souhlasím, že uvedená studentka může provádět výzkum do své bakalářské práce. Studentka může vykonávat rozhovory se zaměstnanci po jejich vyjádřeném souhlasu.

Podpis osoby schvalující výzkum:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

ZDROJ: Čerpáno od vzoru paní PhDr. Kristiny Janouškové

Příloha č. 2 Informovaný souhlas k provedení rozhovoru

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu

STUDENT

Jméno: Zámečnicková Anna

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: zamecnikova.anna@seznam.cz, tel: 602 121 022

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Neumannová Petra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: neumpe@seznam.cz, tel: 728 466 136

CÍL STUDIE

Cílem studie je napsat hloubkovou kvalitativní odbornou práci. Cílem studie je zmapovat, jaké prvky z bazální stimulace se používají a jaké reakce můžeme pozorovat u klientů ve vigilním kómatu. Dále chci zjistit, zda se podílí na aplikaci bazální stimulace celý zdravotnický tým.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

ZDROJ: Čerpáno ze vzoru od paní PhDr. Kristiny Janouškové

Příloha č. 3 Glasgow Coma Scale

GLASGOW COMA SCALE (3 – 15)	
Otevírání očí	
4	Spontánní
3	Na výzvu
2	Na algický podnět
1	Neotvírá
Motorické projevy	
6	Uposlechnutí příkazu
5	Lokalizace bolesti
4	Uhýbání od algického podnětu
3	Dekortikační (flekční) rigidita
2	Decerebrační (extenční) rigidita
1	Žádná reakce
Verbální reakce	
5	Pacient orientovaný a konverzuje
4	Pacient dezorientovaný, ale komunikuje
3	Náhodně volená slova
2	Nesrozumitelné zvuky
1	Žádné verbální projevy

ZDROJ: <http://cmp-manual.wbs.cz/916-Glasgow-Coma-Scale.html>

Příloha č. 4 Glasgow Outcome Scale

GLASGOW OUTCOME SCALE	
5	Dobrá úprava: schopen návratu do zaměstnání
4	Mírné postižení: schopen žít bez dopomoci, neschopen návratu do zaměstnání
3	Těžké postižení: Poslouchá pokyny, neschopen žít bez dopomoci
2	Vegetativní stav: neschopen interakce s okolím, neodpovídá
1	Mrtev

ZDROJ:

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Akutn%C3%AD_stavy_v_neurologii_a_poruchy_v%C4%9Bdom%C3%AD/PGS

Příloha č. 5 Iniciální dotek



ZDROJ: <http://www.demmy.cz/index.php?id=567>

Příloha č. 6 Štětička využívaná v konceptu bazální stimulace



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 7 Pomůcky k polohování v souladu s konceptem bazální stimulace



ZDROJ: Vlastní

Příloha č. 8 Odkaz na video týkající se prvků bazální stimulace

<http://www.youtube.com/watch?v=Bf5SBLTOUv8>

ZDROJ: Video natočil Tomáš Lyga Dis., videa se zúčastnili: Anna Zámečnicková, Jan Zámečník, Mgr. Petra Neumannová

Příloha č. 9 Tabulka pro analýzu reakcí klientů ve vigilním kómatu při aplikaci bazální stimulace

Aplikace bazální stimulace

List číslo.....

Iniciální dotek:.....

Prvek stimulace		TK	Dech	TT	Objektivní reakce klienta	Pomůcky	Doba trvání	Poznámky
-----------------	--	----	------	----	---------------------------	---------	-------------	----------

Zklidňující somatická stimulace								
Celková zklidňující koupel								
Povzbuzující somatická stimulace								
Celková povzbuzující koupel								
Polohování - MUMIE								
Polohování - HNÍZDO								
Masáž stimulující dýchání								
Kontaktní dýchání								
Vestibulární stimulace								
Vibrační stimulace								
Optická								

stimulace								
Auditivní stimulace								
Taktilně – haptická stimulace								
Olfaktorická stimulace								
Orální stimulace								

ZDROJ: Vlastní

Příloha č. 10 Edukační leták

BRÁNA DO PAMĚŤOVÝCH STOP

ANEB NEBOJTE SE VYZKOUŠET

BAZÁLNÍ STIMULACI



BAZÁLNÍ STIMULACE

- pracuje s komunikací, vnímáním a pohybem
- vyvolává pocit bezpečí a jistoty
- doteky, masáže, oslovení, polohování - to vše je bazální stimulace
- stimulace oblíbenými a známými předměty
- vyvolání reakcí na základě uložených vzpomínek v paměťových stopách
- orientuje se na všechny potřeby klienta
- respektuje intimitu
- umožňuje klientovi vlastní projev

JE URČENA PRO

- Klienty ve vigilním kómatu
- Klienty mentálně retardované
- Klienty tělesně postižené
- Geriatrické klienty

JAK MŮŽEME STIMULOVAT SMYSLY PACIENTA?



DOTYKOVÁ STIMULACE

- dotyky na známé předměty
- předměty ze zaměstnání, zájmů a koníčků



CHUŤOVÁ STIMULACE

- podáváme klientům jejich oblíbené pokrmy
- namáčíme štětičku do tekutin intenzivních chutí - káva



ČICHOVÁ STIMULACE

- stimuluje oblíbenými známými vůněmi
- pereme oblečení a povlečení ve známé avůň, používáme oblíbené deodoranty, mýdla



SLUCHOVÁ STIMULACE

- pouštíme klientům oblíbenou hudbu
- pouštíme namluvené nahrávky rodiny



ZRAKOVÁ STIMULACE

- do zorného pole klienta umístíme nástěnnou s fotkami a obrázky
- stimuluje barevnými pomůckami

POLOHOVÁNÍ V BAZÁLNÍ STIMULACE



Poloha Hnízdo

- ohraničení těla pomůckami
- umožníme klientům vnímat celé jejich tělo
- používá se po vyšetření, u dezorientovaných, neklidných klientů



Poloha Mumie

- navodíme u klientů klid a jistotu
- klienty "balíme do zavinovačky"
- často se používá u novorozenců

JAK MŮŽEME STIMULOVAT PACIENTA DOTEKEM?

Oslovíme klienta a vždy provedeme dotek na určené místo - nejčastěji rameno, hřbet ruky.



Pomůcky v bazální stimulaci

- klíny (perličkový materiál)
- válce (perličkový materiál)
- polštáře (perličkový materiál)
- deky
- žínka



www.youtube.com/watch?v=Bf5SBLTOUv8

Autor: Anna Zámečnicková, zamecnikova.anna@seznam.cz

ZDROJ: Vlastní