

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Kristýna Valešová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE
NA ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ
Z POHLEDU ERGOTERAPIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

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

V Plzni dne 24. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům ARO DIP ve FN Bory za spolupráci a poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Valešová Kristýna

Katedra: Katedra fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Využití bazální stimulace na anesteziologicko resuscitačním oddělení z pohledu ergoterapie

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Šrytrová

Počet stran – číslované: 74

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: Bazální stimulace, anesteziologicko resuscitační oddělení, individualita, ergoterapie, vnímání

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá využitím bazální stimulace u klientů na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Skládá se z teoretické a praktické části. Teoretická část popisuje oddělení, nejčastější diagnózy, koncept bazální stimulace a především základní a nastavbové prvky.

Praktická část je zaměřena na kazuistická šetření čtyř klientů, u kterých bylo individuálně využíváno prvků bazální stimulace. Reakce klientů na prvky byly zaznamenávány do terapeutických jednotek. Cíl práce byl splněn, hypotézy byly potvrzeny tři ze čtyř stanovených.

Annotation

Surname and name: Valešová Kristýna

Department: Department physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Use of basal stimulation on anesthesiology and resuscitation department of occupational therapy perspective

Consultant: PhDr. Michaela Šrytrová

Number of pages – numbered: 74

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 25

Keywords: Basal stimulation, anesthesiology and resuscitation department, individuality, occupational therapy, perception

Summary:

This bachelor thesis deals with the use of basal stimulation for clients on anesthesiology and resuscitation department. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part describes the department, the most common diagnosis, the concept of basal stimulation and particularly basic and extension elements.

The practical part is focused on the casuistry-survey four clients, which were individually used elements of basal stimulation. Reactions clients elements were recorded in therapeutic units. The objective was achieved, hypotheses were confirmed in three of the four defined.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ	13
1.1 Charakteristika anesteziologicko resuscitačního oddělení.....	13
1.2 Nejčastější hospitalizace	13
1.3 Historie oboru	13
1.4 Definice.....	14
1.5 Sledování pacientů.....	14
1.6 Umělá plicní ventilace	15
2 BAZÁLNÍ STIMULACE	16
2.1 Legislativa, akreditace bazální stimulace	16
2.2 Charakteristika bazální stimulace	17
2.3 Historie konceptu bazální stimulace	18
2.4 Situace v současnosti	18
2.5 Institut Bazální stimulace.....	19
2.6 Doteky, jejich význam v životě	19
2.7 Desatero bazální stimulace	20
2.8 Biografická anamnéza.....	20
3 ZÁKLADNÍ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	22
3.1 Somatická stimulace	22
3.1.1 Celková tělesná koupel.....	22
3.1.2 Celková koupel zklidňující.....	23
3.1.3 Celková koupel povzbuzující	23
3.1.4 Neurofyziologická stimulace.....	24
3.1.5 Symetrická stimulace.....	25
3.1.6 Rozvíjející stimulace	25
3.1.7 Diametrální stimulace.....	25
3.1.8 Polohování	26
3.1.9 Poloha mumie	26
3.1.10 Poloha hnízdo	27
3.2 Masáž stimulující dýchání	27
3.2.1 Kontaktní dýchání	28
3.3 Vestibulární stimulace	28
3.4 Vibrační stimulace	29

4	NÁSTAVBOVÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	31
4.1	Optická stimulace	31
4.2	Auditivní stimulace	31
4.3	Orální stimulace	32
4.4	Olfaktorická stimulace	34
4.5	Taktilně - haptická stimulace	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
5	CÍLE	35
6	HYPOTÉZY	35
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
8	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
9	KAZUISTIKA 1	38
9.1	Diagnóza:	38
9.2	Anamnéza	38
9.3	Biografická anamnéza	39
9.4	Vstupní vyšetření	42
9.5	Cíl terapie	42
9.6	Krátkodobý ergoterapeutický plán	42
9.7	Terapeutické jednotky	43
9.8	Výstupní vyšetření	46
9.9	Doporučení	46
10	KAZUISTIKA 2	47
10.1	Diagnóza:	47
10.2	Anamnéza	47
10.3	Biografická anamnéza	48
10.4	Vstupní vyšetření	50
10.5	Cíl terapie	51
10.6	Krátkodobý ergoterapeutický plán	51
10.7	Terapeutické jednotky	51
10.8	Výstupní vyšetření	53
10.9	Doporučení	53
11	KAZUISTIKA 3	54
11.1	Diagnóza	54
11.2	Anamnéza	54
11.3	Biografická anamnéza	55
11.4	Vstupní vyšetření	57
11.5	Cíl terapie	57

11.6	Krátkodobý ergoterapeutický plán	58
11.7	Terapeutické jednotky	58
11.8	Výstupní vyšetření.....	59
11.9	Doporučení	60
12	KAZUISTIKA 4	61
12.1	Diagnóza.....	61
12.2	Anamnéza.....	61
12.3	Biografická anamnéza	62
12.4	Vstupní vyšetření.....	64
12.5	Cíl terapie	65
12.6	Krátkodobý ergoterapeutický plán	65
12.7	Terapeutické jednotky	65
12.8	Výstupní vyšetření.....	66
13	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	67
	DISKUZE	70
	ZÁVĚR.....	73
	LITERATURA A PRAMENY	75
	SEZNAM ZKRATEK	77
	SEZNAM TABULEK	78
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

Tato bakalářská práce nese název Využití bazální stimulace na anesteziologicko resuscitačním oddělení z pohledu ergoterapie. Koncept bazální stimulace se stále více rozšiřuje do všech oblastí zdravotnictví, od pediatrie až po péči o seniory. Koncept je výjimečný tím, že zohledňuje individualitu klientů. Díky biografické anamnéze, kterou vyplňuje rodina, se dokáže zdravotník dozvědět o klientovi velké množství informací a těchto informací využít v následujících stimulacích. Stimulace dává podněty přesně tam, kde klienti přisun podnětů postrádají a které jsou potřebné pro jejich vývoj.

Bazální stimulace ukazuje cestu, jak navázat kontakt s těžce postiženými jedinci a jednotlivými prvky napomáhá k osobnostnímu rozvoji a návratu do běžného života. Cílem je podpora individuálního vývoje postižených. Podporuje komunikaci, pohybovou aktivitu, vnímání, pozornost i paměť. Hlavním prostředkem, kterého se využívá, je dotek. Dává klientům pocit jistoty a bezpečí.

Využití konceptu je například u klientů v bezvědomí a po poranění mozku, kterých v současné době přibývá. Dále se může využívat u osob s Alzheimerovou chorobou, u osob v apalickém stavu, u seniorů a také v paliativní péči, kdy může jedince uvést do klidného a příjemného stavu.

V České republice se šířením informací o bazální stimulaci zabývá PhDr. Karolína Friedlová, která je lektorkou certifikovaných kurzů a jednatelkou akreditované společnosti Institut bazální stimulace. Vydává celou řadu publikací, díky kterým může společnost získávat velké množství informací o tomto tématu.

Práce popisuje anesteziologicko resuscitační oddělení, s jakými diagnózami se zde setkáváme, historii tohoto oddělení a také jakým způsobem jsou klienti sledováni. Dále je popsán koncept bazální stimulace. Charakteristika konceptu, vývoj a především základní i nastavbové prvky.

Výzkumné šetření bude prováděno u čtyř klientů formou kazuistického šetření. Cílem práce bude individuálně aplikovat prvky bazální stimulace na základě poznatků z biografické anamnézy. Vše bude zjišťováno metodou pozorování a účinky prvků zaznamenány v jednotlivých terapeutických jednotkách.

Práce by měla přiblížit koncept bazální stimulace a jeho prvky aplikované ergoterapeutem u klientů na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Konkrétně obeznámit s tím, jak se jedinci s různými diagnózami na tomto oddělení vyvíjejí. Téma bakalářské práce bylo zvoleno z osobního zájmu autora a také ze zvědavosti, zda by se

ergoterapeut uplatnil na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Autor se domnívá, že působení ergoterapeutů by mohlo být velkým přínosem, i když zatím nemají na tomto oddělení příliš velké zastoupení.

Cílem práce bude nastudování informací k danému tématu, tyto informace aplikovat do praxe a uceleně a přehledně zpracovat pro další účely.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Na anesteziologicko resuscitačním oddělení se setkáváme s klienty, kteří mají nějakým způsobem porušeno vnímání světa kolem sebe. Často se jedná o jedince, kteří prodělali těžký úraz, autonehodu, nebo po velmi těžkých onemocněních. Mají tedy porušené vědomí a to jak jeho kvalitu, tak i kvantitu. Ale i přesto každý člověk, ať už má jakékoliv postižení, dokáže vnímat alespoň některými ze svých smyslů. (Friedlová, 2003)

1.1 Charakteristika anesteziologicko resuscitačního oddělení

Anesteziologicko resuscitační oddělení poskytuje neodkladnou péči o nemocné ve stavu přímého ohrožení na životě. Poskytuje péči resuscitační a anesteziologickou. Resuscitační péče se využívá u pacientů se selháním základních, životně důležitých funkcí jako je krevní oběh, vědomí, dýchání. Anesteziologická péče se využívá na operačních sálech, vyšetřovnách a ambulancích. Pacienti na anesteziologicko resuscitačním oddělení jsou kompletně monitorováni a veškeré vitální funkce jsou zajištěny medikamentózními a technickými prostředky. Péči na tomto oddělení zajišťuje velmi kvalitní týmová spolupráce odborníků. (Firda, 2015)

1.2 Nejčastější hospitalizace

Mezi nejčastější hospitalizace patří hlavně polytraumata. Patří sem poranění pohybového aparátu (kosti, amputace, svaly), orgánů dutiny břišní, nervového aparátu (mícha, mozek, periferní nervy, přičemž alespoň jedno poranění ohrožuje pacienta na životě) a také kardiovaskulárního aparátu (plíce, tepny, žíly, srdce).

Další příčinou hospitalizace jsou transplantace jater, ledvin, nebo náhrady tepen. A v neposlední řadě také otravy a stavy po kardiocerebropulmonálních resuscitacích. (Firda, 2015)

1.3 Historie oboru

První zmínky o snaze léčit bolest pocházejí z doby 3000 let před naším letopočtem z Mezopotámie a z Egypta. Ve starém Řecku bylo známo opium od 4. století před naším letopočtem. Do roku 1842 byla kterákoliv operace pro nemocného i pro chirurga těžkou zkouškou. Od tohoto roku do roku 1846 probíhala řada experimentů ve snaze o zbavení nemocného bolesti během operace. (Kasal, 2003)

Za skutečného zakladatele moderní anestezie je pokládán dentista Wiliam Thomas Green Morton. Ten 16. října 1846 použil jako první éterovou anestezii k vynětí nádoru dolní čelisti. Tato informace se rozšířila v Evropě. V Čechách podal první éterovou anestezii mnich Celestýn Opitz v nemocnici v Praze na Františku a to ani ne o rok později, přesněji 6. února 1847. V roce 1847 byl také prvně použit chloroform a v témže roce také podán éter rektálně. Podání chloroformu proslavil John Snow, první anesteziolog z povolání, když ho v roce 1853 podal královně Viktorii k porodu prince Leopolda.

V roce 1948 vzniklo první anesteziologické oddělení ve Vojenské nemocnici v Praze pod vedením doktora Lva Spinadela. V roce 1955 byla založena Světová federace anesteziologických společností a v roce 1961 vznikla samostatná československá společnost anesteziologie a resuscitace. (Pachl, 2000)

V roce 1952 se v Dánsku v průběhu poliomyelitidy velmi rozvinula umělá plicní ventilace. Na konci 50. let 20. století proběhla řada výzkumů a experimentů, která umožnila velký rozmach neodkladné resuscitace. Anesteziologové se začali zabývat náhradou vitálních funkcí, které selhávaly a stali se nositeli intenzivní péče a neodkladné resuscitace. Došlo tedy ke spojení anesteziologie a resuscitace v jeden obor.

V Plzni bylo založeno anesteziologicko resuscitační oddělení v roce 1958 a to jedním ze zakladatelů moderní anesteziologické školy. V roce 1973 bylo založeno lůžkové resuscitační oddělení. Dále byla v Plzni zřízena Anesteziologicko resuscitační klinika (ARK) a to v roce 1988. V neposlední řadě byl v roce 1994 otevřen urgentní příjem, tzv. Emergency, jako součást ARK. (Kasal, 2003)

1.4 Definice

Anestezie je cíleně navozená ztráta vnímání. Tím je myšlena ztráta vnímání veškerého cití a to dotyku, bolesti, chladu, tepla. Základním požadavkem je bezpodmínečně reverzibilita, čili vratnost.

Resuscitace je soubor úkonů, které směřují k obnovení oběhu okysličené krve u nemocného, u kterého došlo k selhání jedné nebo více základních životních funkcí. Za ty považujeme oběh, dýchání a vědomí. (Kasal, 2003)

1.5 Sledování pacientů

Monitorování je opakované či trvalé sledování fyziologických funkcí klienta a sledování, zda fungují správně přístroje k podpoře životních funkcí. Monitorování

tedy umožňuje sledovat vitální funkce klienta a jejich změny v průběhu onemocnění. Dále umožňuje včasné odhalení komplikací a odhalení chybné činnosti přístrojů.

U respiračního systému je cílem monitorování sledování činnosti plic. Kontroluje se například dechová frekvence pomocí EKG elektrod, dále koncentrace kyslíku nebo dalších fyziologických parametrů.

Při monitorování kardiovaskulárního systému se sleduje hlavně EKG křivka. Umožňuje včasné zachycení poruch srdeční frekvence, srdečního rytmu a časnou diagnostiku zástavy oběhu. Dále se měří tlak krve, arteriální tlak, srdeční výdej a tak dále. (Handl, 2007)

1.6 Umělá plicní ventilace

Umělou plicní ventilací rozumíme způsob dýchání, kdy průtok plynů dýchacím systémem zajišťuje mechanický přístroj a to buď plně, nebo částečně. Používá se u krátkodobě nebo dlouhodobě nemocných, u kterých došlo k poruše respiračního systému.

K indikacím obecně patří především těžká respirační insuficience, srdeční selhání, polytrauma, šokové stavy, intoxikace, kraniocerebrální traumata, poúrazové a pooperační stavy.

Ventilační režimy se dělí na několik skupin. Dělí se dle stupně ventilační podpory, dle synchronie s dechovou aktivitou klienta nebo například dle způsobu řízení inspirační fáze. (Sestřička, 2013)

Umělá plicní ventilace se dělí na invazivní a neinvazivní. Mezi invazivní patří režim CPAP a SIMP, kterých je nejčastěji využíváno.

Režim CPAP neboli kontinuální pozitivní přetlak, může vést ke snížení dechového úsilí klienta. Tento režim není obvykle požadován za formu umělé plicní ventilace a není nutné ho vždy kombinovat s ventilační podporou.

Režim SIMV neboli synchronizovaná zástupná ventilace spolupracuje s dechovou aktivitou. Má nastavený časový interval, a pokud se v tomto intervalu klient sám nenadechne, uskuteční nádech za něho. (Vojtová, 2016)

2 BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je koncept, který podporuje vnímání, komunikaci a motorické dovednosti těžce zdravotně postižených lidí. Cílem bazální stimulace je vnímání svého vlastního těla. Nezbytným předpokladem je vytvořit si přístup ke klientům a rodinným příslušníkům. Původně byl koncept vyvinut pro speciální pedagogiku a až později ho přenesla Christel Bienstein do ošetrovatelské péče. (Basale Stimulation, 2015)

Bazální stimulace vychází ze vztahu mezi klientem a ošetřujícím. Hlavní myšlenkou je společné jednání. Je třeba o nich získávat informace, umět je pozorovat, odhadnout jejich potřeby nebo i jejich životní styl. Ošetřující by se měl takzvaně naučit číst klienta, tedy správně pochopit jeho signály. Pokud chce ošetřující správně odhadnout účinek techniky, je dobré si ji vyzkoušet mezi kolegy a poté je schopný cíleně vybrat techniku, která by mohla mít největší účinek.

Při provádění bazální stimulace se odebíráme na úroveň klienta a zprostředkováváme mu komunikaci, která se u těžce postižených vztahuje na 4 základní věci. Zažít sám sebe, poznat hranice svého těla, vnímat svět mimo svoje tělo a pociťovat přítomnost ostatních lidí. (Nydahl, Bartoszek, 2007)

Je třeba vycházet zde z teorií humanistické psychologie Carla Rogerse, který zdůrazňoval vztah terapeut – klient. V tomto vztahu je důležitá empatie, respekt, pochopení motivace klienta a aktivní naslouchání. Terapeut by měl klientovi či rodinným příslušníkům naslouchat, motivovat a respektovat přání. (Krivošíková, 2011)

Rodina by měla vědět o možnostech klienta hlavně proto, aby mu byla nápomocna. Aby mohla být rodina do péče zapojena, je potřeba, aby terapeut porozuměl, jak jsou ochotni rodinní příslušníci přijmout roli pečovatele. Může to být pro rodinu velmi náročné, a proto je důležité, aby terapeut vnímal známky stresu a zabránil tak případnému zanedbání péče. Edukace klienta a jeho rodiny je velmi důležitou součástí efektivní terapie. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2011)

2.1 Legislativa, akreditace bazální stimulace

V České republice se s konceptem bazální stimulace pracuje od roku 2003. Tehdy byli proškoleni první poskytovatelé zdravotnické péče a také speciální pedagogové. Od roku 2004 je koncept zařazen ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky o stanovení činnosti náplně všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004. Od roku 2005 jsou všechny vzdělávací aktivity v konceptu bazální stimulace akreditovány vzdělávacími programy Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva školství, mládeže

a tělovýchovy ČR, Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky a Ministerstva práce a sociálních věcí dle zákona č. 108/2006 Sb. Ministerstvem zdravotnictví ČR je akreditován kurz bazální stimulace od 1. 6. 2008 pro nelékařská zdravotnická povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. nelékařských zdravotnických povolání, ergoterapeut dle §7. Zde byla akreditace získána v roce 2008, v roce 2011 proběhla reakreditace. (Friedlová, 2007; Paventia z.s., 2015)

2.2 Charakteristika bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Orientuje se tedy na všechny oblasti lidských potřeb. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je strukturována tak, aby byly podporovány zachovalé komunikační a pohybové schopnosti klienta. Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Předpokladem je také práce s individualitou klienta a zařazení jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Bazální stimulace má vypracované rehabilitační techniky, jako je somatická stimulace, což je stimulace vnímání tělesného schématu, dále vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou. Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče, to znamená intenzivní péče, neonatologie a podobně. Dále je také integrovatelná do neklinické praxe, jakou jsou domovy pro seniory, speciální školy, hospice a domácí péče. U klientů, u kterých nastaly nezvratné změny jejich tělesného a duševního stavu, výrazně podporuje kvalitu jejich života. (Centrum Bazalka, 2015; Institut Bazální stimulace, 2005-2015)

Bazální stimulace umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe samého, cítil přítomnost jiného člověka a cítil svět kolem sebe. Dále umožňuje člověku poznat svoje vlastní hranice a akceptovat je.

Využívá se hlavně u postižených dětí, u klientů v kómatózních stavech, v geriatrici, v intenzivní péči, dlouhodobě upoutaných na lůžko nebo neklidných či dezorientovaných. (Friedlová, 2005)

Důležité je promyšleně naplánovat stimulaci tak, aby nebyla omezována rušivými elementy z okolí. Dále je nezbytné brát v potaz denní rytmus a vnímat připravenost či vyčerpanost. Prvky prováděné by neměly překročit více jak 20 minut. Potom je riziko toho, že překročíme hranice schopnosti. Bazální stimulace by měla být vždy naplánována tak, aby byla příjemným zážitkem. (Friedlová, 2005)

2.3 Historie konceptu bazální stimulace

Zakladatelem konceptu je speciální pedagog, prof. dr. Andreas Fröhlich, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo. Pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými změnami, a to se somatickými a intelektovými. Koncept bazální stimulace vypracoval během pětiletého projektu v rámci doktorandského studia. Andreas Fröhlich věděl, že není možné navázat u dětí s těžkými změnami verbální komunikaci a proto vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie. Komunikaci s těmito dětmi navázal velmi úspěšně díky schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál vibračního, somatického a vestibulárního vnímání. Koncept bazální stimulace otevřel cestu speciálním pedagogům ke klientům, umožnil podpořit je ve vývoji a zlepšit kvalitu prožívání jejich života. Dnes je Andreas Fröhlich profesorem na univerzitě v Landau a je autorem řady publikací. Na rozvoji konceptu bazální stimulace neustále pracuje.

V 80. letech 20. století přenesla koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče zdravotní sestra, prof. Christel Bienstein. Aplikací konceptu v ošetrovatelství u klientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost v oblasti intenzivní medicíny. S prof. Andreasem Fröhlichem spolupracuje od poloviny 80. let v ošetrovatelské péči o klienty, jejichž schopnost komunikace, vnímání a pohybu je silně narušena. Spolupracovala s odborníky z jiných oblastí péče, jako například neonatologické, geriatrické, psychiatrické a paliativní péče a tak se koncept rozšířil do všech těchto oblastí. (Friedlová, 2007)

Fröhlich a Bienstein společně vypracovali deset centrálních evropských cílů. Byly sestaveny v roce 2002 s kolegy z praxe z téměř všech zemí Evropské unie. Tyto cíle jsou: 1. Zachovat život a zajistit vývoj. 2. Umožnit pocítit vlastní život. 3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry. 4. Rozvíjet vlastní rytmus. 5. Umožnit poznat okolní svět. 6. Pomoci navázat vztah. 7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností. 8. Pomoci uspořádat jeho život. 9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život. 10. Objevovat svět a vyvíjet se. (Bienstien, Fröhlich, 2003)

2.4 Situace v současnosti

Bazální stimulace se v zemích Evropské unie řadí k uznávaným a aplikovaným konceptům v oblasti speciální pedagogiky, ale také v ošetrovatelství. Využívá se u osob ve vigilním kómatu, u mentálně postižených a u osob, u kterých je postiženo vnímání. To znamená, že se využívá u většiny klientů ústavu sociální péče, obyvatel domovů

seniorů a pacientů v nemocnicích. Dále má významnou roli v péči o nedonošené děti. Koncept se rozšířil do mnoha oblastí ošetrovatelství. Rozšiřuje se také počet terapeutů, kteří s konceptem pracují.

Česká republika byla poprvé informována o konceptu bazální stimulace v roce 2000 prostřednictvím článku v časopisu Sestra a také díky ošetrovatelské konferenci v Olomouci. První kurzy v ČR byly v roce 2003 na lékařské fakultě též v Olomouci. Základními i nástavbovými kurzy prošlo několik pracovníků z oblasti ošetrovatelství, ale také ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedové a lékaři. Procentuální zastoupení ergoterapeutů v kurzech bazální stimulace je pouze 0,9%. Největší zastoupení mají zdravotní sestry, a to 45,1%. (Friedlová, 2007)

2.5 Institut Bazální stimulace

Institut bazální stimulace je instituce sloužící ke vzdělávání, která je akreditována Ministerstvem zdravotnictví v ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky.

Uskutečňuje akreditované vzdělávací programy, ve kterých lze získat teoretické vědomosti a praktické dovednosti. Absolventi těchto kurzů obdrží certifikát platný ve všech zemích Evropské unie.

Jednatelkou Institutu je PhDr. Karolína Friedlová, která se jako první stala certifikovanou lektorkou konceptu bazální stimulace v České republice. Od roku 2000 prosazuje koncept v České i Slovenské republice v oblasti zdravotní péče, na oddělení intenzivní péče, u poskytovatelů sociálních služeb nebo do vzdělávacích programů speciálních škol. Úzce spolupracuje s autory konceptu bazální stimulace tedy s Prof. dr. Fröhlichem a Prof. dr. Bienstein. Organizuje Národní kongresy a je pořadatelkou odborných sborníků. Rovněž je autorkou řady publikací, článků a vzdělávacích programů.

První kurz zorganizovala na lékařské fakultě v Olomouci v roce 2003 a v roce 2005 založila Institut bazální stimulace. Friedlová je odborným garantem vzdělávacích programů. (Institut Bazální stimulace, 2005-2015)

2.6 Doteky, jejich význam v životě

Koncept bazální stimulace klade důraz na všechny doteky, které může poskytnout zdravotnický personál. Každý dotek se stává formou komunikace. Doteky mají různé role

a mají tedy obrovský význam v životě. Patří mezi základní lidskou schopnost. Poznáváme jimi svět, ale také mají význam v mezilidských vztazích. Doteky ošetřujícího musí být cílené a zřetelné, jelikož umožňují získat klientovi spoustu informací nejen o svém těle, ale také o světě kolem něj.

V bazální stimulaci se používá tzv. iniciální dotek. To znamená, že na zvoleném místě těla se dotýkáme vždy na začátku a na konci přítomnosti a prováděné činnosti s ním. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku. Nečekané doteky mohou vyvolávat nejistotu a strach. Tento iniciální dotek doplňujeme o verbální pokyny a měli by tento dotek respektovat všichni, kteří přijdou do kontaktu s klientem. (Friedlová, 2005)

2.7 Desatero bazální stimulace

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

(Friedlová, 2006, s. 27)

2.8 Biografická anamnéza

Biografická anamnéza je předpokladem pro kvalitní a účinnou stimulaci. Nezastupitelnou funkci má integrace příbuzných klienta do ošetrovatelské péče. Zohledňuje návyky klienta, aby mohla být poskytována co nejosobněji. Každé pracoviště si strukturuje biografickou anamnézu dle skladby klientů.

Biografická anamnéza se dělí na několik úseků, ve kterém se ptáme na iniciální dotek, tělesnou péči, tělesný kontakt, spánek, jídlo a pití, vyprazdňování, sluch, zrak, regulaci tělesné teploty, pohyb, tělesnou aktivitu a na způsob života.

V dotazníku se ptáme na sociální situaci, zaměstnání. Jaký je typ, tedy jestli je klidný, živý, nebo kolem sebe potřebuje dění. Dále jak vidí, jak slyší, jaký má denní rytmus, jestli je pravák, nebo levák, jaké má rád doteky, jak spí, jak si čistí zuby, co jí a pije rád, jaké má oblíbené vůně, co dělá, když má bolesti, co dělá, aby se cítil dobře a tak dále.

Pokud je to možné, je dobré přinést oblíbené věci, jako je například oblíbený hrnek, deka či přikrývka. Důležité je, pokud to zdravotnický personál povolí, přinést také fotografie, plakáty, či další oblíbené věci, které nějakým způsobem připomenou domov. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2006)

3 ZÁKLADNÍ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Základními prvky konceptu je pohyb, komunikace a vnímání. Bazální stimulace je koncept, který podporuje vnímání v nejzákladnější lidské rovině. Každý jedinec vnímá pomocí smyslů, které se vyvíjí již od embryonálního stádia. Díky těmto smyslům můžeme vnímat sami sebe a též okolní svět. Pokud dojde k poškození, či k úplné ztrátě některého ze smyslů, je důležité až nezbytné podporovat vnímání těmi smysly, které zůstaly zachovány. (Nydal, Bartozsek, 2000)

V každém věku je pro kvalitu našeho života nezbytný kontakt. To nám dává blízkost, radost, pocit bezpečí a pocit, že nejsme sami. Při práci je důležité si uvědomit duševní a fyzické schopnosti člověka a jeho jedinečnost, abychom s ním mohli vstoupit do terapeutického vztahu. (Barmherzige Schwestern, 2015)

3.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání poskytuje vjemy z těla díky kožnímu percepčnímu orgánu. Umožňuje zprostředkovávat klientovi vjemy ze svého těla a tak stimulovat vnímání svého těla, ale i okolního světa. Hlavním bodem je zkušenost se svým vlastním tělem. Od této zkušenosti se odvíjí další roviny, jako je motorika, kognice, komunikace, vnímání, sociální zkušenost a emoce. Vnímání tělesného schématu se rozvíjí už od embryonálního stádia.

Podle Fröhliche se dítě narodí a vnímá tělesné schéma tak, že vnímá - hlava, tělo, ruce, nohy. Pacienti po úrazech mozku, po cévní mozkové příhodě, nebo děti s dětskou mozkovou obrnou vykazují změny ve vnímání svého tělesného schématu. Chybí jim celkový vjem, pokud nevnímají část svého těla.

Mezi somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace patří somatická stimulace zklidňující (celková zklidňující koupel), somatická stimulace povzbuzující (celková povzbuzující koupel), neurofyzilogická stimulace, symetrická stimulace, rozvíjející somatická stimulace, diametrální stimulace, polohování „hnízdo“, polohování „mumie“, mikropolohování, kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.1.1 Celková tělesná koupel

U každé koupele se dotýkáme klienta oběma rukama. Modelujeme jeho tělesnou formu tak, abychom mu umožnili poskytnout informace o svém těle. Obličej a genitál můžeme vynechat, nebo můžeme umýt jindy během dne. Během koupele bychom neměli odcházet a neměli bychom být rušeni. V místnosti, kde je koupel prováděna,

by měla být příjemná teplota i atmosféra. Každá koupel by měla být prováděna jen jednou osobou, pokud je to možné. Měla by trvat nejdéle tak 15 – 20 minut. Během koupele bychom neměli mluvit se třetí osobou. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011)

3.1.2 Celková koupel zklidňující

Každý chlup je obklopen nervovou pletení, která registruje pohyb a předává tuto informaci do mozku. Pohyby po směru růstu ochlupení podávají informaci o těle a působí zklidnění. Cílem celkové zklidňující koupele je navození tělesného uvolnění, stimulace vnímání tělesného schématu a redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace.

Tuto zklidňující celkovou koupel aplikujeme u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací, s těžkým tělesným postižením, u předčasně narozených dětí, u klientů s hyperaktivitou, ve vigilních i klasických kómatech, u jedinců s tachykardií, s poruchami spánku, s Morbus Parkinson, s různými typy demencí, nebo v pooperační péči.

Použijeme žínky, ručníky, vodu o teplotě 37 – 40° C pokud se jedná o mokrou koupel, dále můžeme použít oleje, nebo různá tělová mléka. Pokud chceme provádět stimulaci na sucho, můžeme aplikovat i přes klientův oděv. (Friedlová, 2007)

Na začátku nejprve klienta informujeme, co se s ním bude dít. Sdělíme to adekvátně k jeho vnímání a zpracovávání informací. Začínáme na hrudníku a z hrudníku dále pokračujeme na končetiny. Je to koupel zklidňující, tím pádem myjeme po směru růstu ochlupení. Od hrudníku postupujeme k jednotlivým prstům přes paže, potom přes nohy opět k jednotlivým prstům. Můžeme mýt i záda a to tak, že je myjeme v poloze na boku a postupujeme od páteře směrem k zevním stranám trupu. Obličej a genitál můžeme vynechat, nebo omýt mimo celkovou koupel. Po koupeli osušujeme, stejně jako při mytí po směru růstu ochlupení. Po celkové koupeli ho přikryjeme a umožníme odpočinek. (Friedlová, 2006)

3.1.3 Celková koupel povzbuzující

Cílem povzbuzující koupele je zvýšení úrovně vědomí, zvýšení jeho pozornosti, zvýšení svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku. Dále je možno využívat tuto koupel jako přípravu na následné působení ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda, nebo speciálního pedagoga.

Povzbuzující stimulaci aplikujeme u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací, se sníženým svalovým napětím, ve vigilních i klasických kómatech, s poruchami vědomí, jako je somnolence, či sopor, s bradykardií, s apatií, nebo s depresemi.

Důležité je nepoužívat tuto koupel u dezorientovaných jedinců, s čerstvým krvácením do mozku, u neklidných, nebo se zvýšeným intrakraniálním tlakem. Dále se nesmí provádět u osob s Morbus Parkinson, s vysokým krevním tlakem a tachykardií. Dáváme pozor na hodnoty krevního tlaku, osvěžující koupel může zvýšit hodnotu systolického tlaku. (Friedlová, 2007)

Použijeme též žínky a ručníky, pokud jde o koupel, tak vodu o teplotě 28 – 33° C, dále různá tělová mléka, oleje. Pokud chceme dělat koupel na sucho, můžeme aplikovat přes klientův oděv.

Povzbuzující koupel provádíme proti směru růstu ochlupení. Na začátku opět klienta informujeme, co s ním budeme dělat. Můžeme začít obličejem, ale není to nutné. Na rozdíl od zklidňující koupele začínáme od končetin a pokračujeme směrem k hrudníku. Začínáme od prstů, jedeme přes paže na hrudník, na dolních končetinách začínáme od prstů přes nohy až k pánvi. Záda omýváme na boku od zevních stran směrem k páteři. Osušujeme také proti směru růstu ochlupení. (Friedlová, 2006)

3.1.4 Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologická stimulace by měla umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné straně těla znovu tuto stranu vnímat. Podmínkou pro tuto stimulaci je schopnost vnímat nepostiženou stranu těla. Musí cítit nejprve zdravou stranu, aby si mohl uvědomit, jak se cítí strana postižená. Pokud to tak je, můžeme pracovat formou asistované stimulace, kdy terapeut vede ruku klienta. Velký důraz je kladen na zrakovou kontrolu. Klient by měl po celou dobu stimulace sledovat a kontrolovat, co se děje na jeho těle. Pokud tedy používá brýle, je nezbytné mu je před stimulací nasadit. Lze to provádět i se zrcadlem, aby měl ještě větší zrakovou kontrolu.

Neurofyziologickou stimulaci provádíme u klientů s plegiemi či parézami po cévních mozkových příhodách. Nejlépe se provádí u osob s hemiplegií, protože jsou schopni vnímat zdravou stranu těla. Dále se provádí u klientů po kraniocerebrálních traumatech, po operacích mozku, u dětí s dětskou mozkovou obrnou, nebo se změnou hybnosti některé části těla.

Použijeme žínky, nebo ručníky. V případě, že se jedná o koupel, použijeme vodu o teplotě 28 – 33° C. Dále můžeme využít tělová mléka, oleje, či aplikovat koupel na sucho přes oděv klienta.

Stimulaci začínáme tak, že stojíme na postižené straně. Pokud se jedná o mokrou koupel, vezmeme žínku a navlékneme mu ji na postiženou ruku. Ruku mu

vedeme tak, abychom umožnili omýt si obličej, a to od zdravé strany k postižené. Pokračujeme tak, že použijeme lehký tlak a myjeme zdravou ruku a poté přejdeme směrem na hrudník. Na středu hrudníku se zastavíme, zvýšíme tlak a pokračujeme na postiženou stranu. Dolní končetiny též myjeme od zdravé strany k postižené. Pak ho otočíme na postiženou stranu směrem k terapeutovi a záda myjeme od ramen k sakrální oblasti, samozřejmě opět od zdravé strany k postižené. Genitálie nemusíme při neurofyziologické stimulaci mýt, ale můžeme mu ruku navést, stejně jako u obličeje. Osušování probíhá stejně jako koupel, provádíme ho pomalu a s přiměřeným tlakem. Pokud to jde, umožníme zrakovou kontrolu, nejlépe zrcadlo, aby mohl kontrolovat i oblasti, kam si za normálních okolností nevidí.

Důležité je, aby si uvědomoval svou zdravou stranu. Měli bychom tedy klienta verbálně vyzvat a zvýrazňovat střed těla, to znamená udělat krátkou pauzu a použít lehký tlak při přenášení vjemů ze zdravé strany na nemocnou. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.1.5 Symetrická stimulace

Cílem symetrické stimulace je podpora vnímání svého těla u klientů s poruchami rovnováhy. Terapeut provádí stimulaci symetricky na obou stranách těla. Důležité u této stimulace je pozice terapeuta, kterou zaujme. Musí zaujmout takovou pozici, aby mohl pracovat synchronně na obou stranách těla. Než začneme se symetrickou stimulací, doporučuje se začít zklidňující stimulací. (Friedlová, 2007)

3.1.6 Rozvíjející stimulace

Rozvíjející stimulaci provádíme u klientů, u nichž není tělesné schéma stabilizováno nebo je nutné tělesné schéma ještě dále rozvíjet. Zdůrazňujeme tedy symetrii a střed těla. Tuto stimulaci aplikujeme nejčastěji u novorozenců, kteří se narodili předčasně a u dětí do 4 let, protože takto malé děti ještě nemají rozvinuto vnímání tělesného schématu. Dále ji aplikujeme u klientů ve vigilních kómatech, kvadruplegiků, u dlouhodoběji imobilních, u kterých je tělesné schéma narušeno. Stimulaci provádíme s důrazem na střed těla, protože vnímání je zde soustředěno hlavně tam. (Friedlová, 2007)

3.1.7 Diametrální stimulace

Tuto stimulaci provádíme u klientů se zvýšeným svalovým napětím. Zvýšené napětí omezuje pohyb v kloubu, a pokud je kloub dlouhou dobu ve stejné pozici nebo v něm dochází jen k minimálním pohybům, může docházet ke svalovým

kontrakturám. Ve většině případů jsou kontraktury na horních končetinách flekčního a na dolních končetinách extenčního charakteru. Mezi hlavní příčiny svalových kontraktur patří reflexní reakce, cerebrální příčiny, dlouhodobá imobilizace nebo například depresivní stavy, při kterých klient ztrácí chuť k pohybu.

Diametrální stimulace může být prováděna jako koupel, ale nemusí být použita na celé tělo, stačí na nějakou část. Použijeme vodu o teplotě 38 – 40°. Touto stimulací dochází k redukování stavu napětí svalových vláken. Avšak když kontraktura trvá dlouhou dobu, je těžké ji uvolnit. Je možné kontrakturu uvolnit po nějaké době jen o 5 – 7°. Nutné je dodržet symetrii, tedy pokud je diametrální stimulace aplikována na jedné straně, musíme na opačné straně těla použít například zklidňující stimulaci.

Během této stimulace je třeba dodržet několik zásad. Klient by měl být v poloze, která je mu příjemná. Končetinu, kterou budeme stimulovat, volně polohujeme. Ruce terapeuta by měly být teplé. Dále by neměla být stimulace nijak stresová. Poslední zásadou je, že během stimulace se opakují pohyby alespoň 3 – 5x. (Friedlová, 2007)

3.1.8 Polohování

Polohování a změny poloh jsou prováděny pečující osobou v určitých časových intervalech. Rozumíme tím změnu polohy těla a ukládání nehybných částí do různých poloh. Během polohování je třeba, aby každý byl o změně polohy instruován. Dostupné by měly být polohovací pomůcky, jako jsou polštáře, pískové vaky, hadi s polystyrenovou náplní, dlahy a tak dále. Polohování nesmí provokovat bolest. (Klusoňová, 2011)

Ke ztrátě pocitu vnímání svých tělesných hranic dochází po 30 minutách klidného ležení. Tento stav se ještě více umocňuje u dezorientovaných. Díky polohování může klient získávat informace o svém těle. Podpořit vnímání hranic svého těla lze zajistit minimálními změnami polohy pomocí srolovaného ručníku, či polohovacích polštářů.

Při polohování je nutné zohlednit to, jak se klient cítí. Polohováním můžeme umocnit stabilizaci vnímání tělesného schématu. V konceptu bazální stimulace je nejvíce využívána poloha mumie a hnízdo. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011)

3.1.9 Poloha mumie

Cílem této polohy je umožnit klientovi cítit hranice vlastního těla. Toto polohování využíváme u klientů neklidných, agresivních, zmatených, depresivních, po narkóze, probouzejících se z kómatu, u předčasně narozených dětí nebo u klientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a tudíž ztratili vnímání hranic svého těla.

Využijeme prostěradlo nebo deku, popřípadě polštáře s perličkovou náplní nebo srolované deky. Nejprve klienta informujeme o tom, co s ním budeme dělat. Je-li to možné, nejprve provedeme klientovi zklidňující koupel. Podložíme mu hlavu polštářem, horní končetiny dáme na hrudník. V této poloze ho zabalíme do prostěradla nebo deky a můžeme ho ještě obložit srolovanými ručníky. Tím uděláme kombinaci polohy mumie a polohy hnízda. Je důležité, abychom umožnili možnost se z této polohy kdykoliv vymanit. Neustále sledujeme a podle reakcí zvolíme délku aplikace. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.1.10 Poloha hnízdo

Tato poloha navozuje u klientů příjemné pocity a umožňuje jim si odpočinout. Zároveň poloha dodává pocit bezpečí a jistoty a pomáhá ke zlepšení vnímání hranic svého těla. Provádíme ji u osob, u nichž chceme stimulovat vnímání tělesného schématu. Dále využíváme ve fázi odpočinku, během noci, po zklidňující koupeli, po vyšetřeních, nebo se využívá k navození libého pocitu. Můžeme tuto polohu také využít u předčasně narozených dětí. Stejně jako poloha mumie imituje tlak z děložní stěny.

Polohu hnízdo můžeme provádět v pozici vleže na zádech, na boku nebo na břiše. Je možné provést i v sedu na lůžku, či v křesle. Uvedeme klienta do polohy, v níž ho chceme polohovat a srolovanými dekami ohraničíme jeho tělo. Přikryjeme ho a opět sledujeme reakce. Bereme na vědomí informace z biografické anamnézy, například jak je zvyklý být přikrytý. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.2 Masáž stimulující dýchání

Dýchání patří mezi základní lidské potřeby, dává nám informace o svém vlastním bytí. Masáž stimulující dýchání je součástí dechové gymnastiky a je prováděna v oblasti zad nebo ve ventrální části hrudníku kontinuálním tlakem. V této technice mají nejdůležitější postavení ruce terapeuta provádějícího masáž. Nejlépe je provádět masáž bez šperků, hodinek a se zahřátýma rukama. Tato masáž redukuje stavy zmatenosti a neklidu. Doteky terapeuta a intenzivní tělesný kontakt umožňují klientovi navodit pocit jistoty. Neklidným osobám umožňuje zklidnit se a duševně se uvolnit.

Cílem této masáže je umožnit klientovi přejít na pravidelné, klidné dýchání. Kromě toho je mu umožněno uvědomovat si své tělo a zvýšit schopnost koncentrace. Lze dosáhnout také snížení vyplavování stresových hormonů. Provádíme ji u klientů s bolestí, s depresivními stavy, s poruchami spánku, před těžkými operacemi, s umělou

plicní ventilací, v odvykací fázi po umělé plicní ventilaci, s hyperventilacemi, bradypnoemi, u umírajících, nebo u předčasně narozených dětí.

Použijeme dětský olej nebo pleťové mléko. Pro masáž stimulující dýchání je nejvhodnější zvolit záda, ale je možné provádět i na ventrální straně trupu. Klienta uvedeme do polohy vsedě, necháme ho, aby zaujal co nepohodlnější pozici a opíral se o horní končetiny. U ležících zvolíme polohu 135°, vleže na boku či na břicho, nebo lze aplikovat i ve stoje tak, že se opře dlaněmi o stůl. Na ruce si nanese tělové mléko, zahřejeme na svou teplotu a přiložíme na zátylek klienta. Poté pomalu spouštíme ruce podél páteře až k sakrální oblasti. Opakujeme minimálně třikrát a poté začneme provádět na zádech tři kruhy, které se prolínají. Těmito pohyby roztahujeme hrudník do stran. Je důležité, aby naše ruce nikdy během masáže neopustili klientovo tělo. Během masáže je nutné eliminovat všechny rušivé elementy a komunikaci s další osobou. Masáž končí stejně, jako začala. Je vhodné po masáži umožnit odpočinek. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.2.1 Kontaktní dýchání

U kontaktního dýchání můžeme využít několik možností jak ho provádět. Lze pracovat jednou rukou terapeuta na hrudníku, vlastní rukou klienta, nebo současně rukou klienta a terapeuta. Díky tomu může klient vnímat svůj vlastní dech. Terapeut má při kontaktním dýchání položeny obě ruce na hrudníku klienta a doprovází jeho nádech a výdech. Výdech může podpořit tím, že lehce stlačí hrudník nebo přidá vibrace. Vibrace přidáváme proto, že jimi lze podpořit vykašlávání, pokud je zahleněný. U malých dětí se kontaktní dýchání aplikuje formou hrudník na hrudník. Rodič má svoje dítě na svém hrudníku a společně dýchají. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

3.3 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk je neustále v pohybu, své polohy mění v závislosti na činnostech, které během dne vykonává. Rovnovážné ústrojí se díky tomu permanentně stimuluje. Lidem, kteří mají omezené pohybové aktivity, lze poskytnout díky konceptu bazální stimulace podporu rovnovážného ústrojí, zlepšit vnímání pohybu a prostorovou orientaci.

Pokud dochází ke změně polohy jen velmi omezeně, mohou se u klientů vyskytnout problémy, jako je nauzea, kolaps, poruchy orientace, bolesti hlavy, či zvýšené svalové napětí.

Vestibulární stimulaci provádíme u klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko déle než 3 dny, s omezenou možností pohybu, s hlubokou mentální retardací, ve vigilním kómatu, nebo u jedinců, u nichž se rozvíjí spasticita extenzorů a flexorů.

U klienta ležícího na lůžku můžeme vestibulární stimulaci provádět zcela nepatrnými pohyby hlavou. Otáčíme hlavou mírně do stran, hlava je však ve stálém kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje svými rukama, ale nesmí zakrývat obličej. Tento pohyb může terapeut provést jen 3 – 5x. Je vhodné provádět tuto stimulaci před každou změnou polohy. Změně polohy těla by měla předcházet mírná změna polohy hlavy, tedy uvést hlavu do pozice, do které budeme polohovat. Další možností, jak docílit změny polohy těla, je pomocí změny pozice celého lůžka. Pokud klienta chceme posadit, můžeme tuto stimulaci provádět vsedě na lůžku nebo vsedě v křesle. Sám nebo s terapeutovou dopomocí provádí houpací pohyby na lůžku. Dlaně a plosky nohou má opřené o podložku a pohybuje se pomalu do stran. Je také možné, aby s ním terapeut nacvičoval pohyb klasu v ovesném poli. V tomto případě sedí nebo klečí terapeut za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle, má opřenou jeho hlavu o svůj hrudník a provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky. V tomto případě se jedná o spojení několika stimulací, a to vestibulární, optickou, propioceptivní a somatickou. Další možností, jak stimulovat, je uložení do závěsného houpacího vaku. Tím je umožněno větší působení gravitace na tělo a může se tak stimulovat i vlastní aktivita tím, že se jedinec bude sám odrážet a tím pohupovat vak. (Friedlová, 2006; Friedlová, 2007; Friedlová, 2011)

3.4 Vibrační stimulace

Cílem této stimulace je stimulace kožních receptorů, které slouží k vnímání vibrací a stimulace receptorů hluboké citlivosti, jako jsou proprioceptory ve svalech, vazivovém aparátu kostí a kloubů a ve šlachách. Provádíme ji především u klientů ve vigilním kómatu, s hlubokou mentální retardací, ale také ji využíváme jako přípravu k vertikalizaci a mobilizaci. Můžeme zde využívat různé předměty, jako jsou bateriové vibrátory, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, holicí strojek, vibrující lehátka nebo sedátka.

Mezi nejčastější místa vibračních stimulací patří patní kost, vnitřní nebo zevní strana kolene, hřeben kosti pánevní, zevní nebo vnitřní strana lokte, rameno a dlaň. Elektrické vibrátory nepoužíváme nikdy v péči o gerontologické klienty kvůli fragilitě (lomivosti, křehkosti) vazů. Vibrační stimulace se nesmí dělat u krvácivých stavů, varixů a u poranění či poruchy integrity kůže.

Vibrátory přikládáme na horních a dolních končetinách do okolí kloubů nebo je můžeme přikládat i do dlaně. Je také možnost vibrátory využít k celkové vibrační stimulaci tak, že vibrátor necháme působit na matraci, na které klient leží. Tyto vibrace umožňují vibrační křesla a lehátka. Pokud nepoužíváme žádné přístroje, ale pouze manuální vibrační stimulaci, pokládáme teplé ruce na klientův kloub tak, že kloub držíme po celém obvodu a vibrujeme přiměřeným tlakem velmi jemnými pohyby. Tuto stimulaci provádíme na horních i dolních končetinách, na hrudníku provádíme kontaktní vibrační dýchání.

K vibrační stimulaci lze také využít hudební nástroje, které vydávají vibrace a hlas. Při mluvení nebo zpívání se hrudník chvěje, čehož můžeme využít a ruku klienta položit na jeho vlastní hrudník. Další možností je kontakt hrudníku na hrudník. Během toho by měl být terapeut i klient v pohodlné pozici. Terapeut nebo příbuzný většinou sedí na zemi, na lůžku za klientem nebo v křesle a ten je opřen o tělo terapeuta. V tomto případě může vnímat tlak hrudníku terapeuta a i jeho vibrace. Propojí se zde opět několik stimulací, tedy vibrační, vestibulární a somatická. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2011; Friedlová, 2006)

4 NÁSTAVBOVÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

4.1 Optická stimulace

Zrakový vjem umožňuje člověku poznávat svět, orientovat se, prožívat pozitivní vjemy, schopnost učit se, uspořádat prostředí kolem něj, posílit pocit jistoty. Pro optickou stimulaci a prostorovou orientaci je důležitá změna polohy hlavy. Může dojít jen k malé změně, ale i přesto se mění klientovo zorné pole. Změnami polohy hlavy mu umožníme sledovat své okolí a posílíme tím jeho jistotu. Změnou polohy propojíme optickou stimulaci s vestibulární a somatickou.

Klienti, kteří byli delší dobu v kómatu, po probuzení většinou trpí ztrátou optického vjemu. Po probuzení tedy nejsou schopni rozeznat všechny detaily a vnímat odstíny barev. Zrakové vnímání je u nich podobné jako u dětí po narození, což znamená vnímání světla a tmy, vnímání obrysů na vzdálenost 10 – 15 cm, vnímání okolí ve vzdálenosti 1 - 2 m, vnímání částí těla, vnímání ostrých kontur, ale ne detailů.

Při optické stimulaci je třeba dodržovat několik zásad. Například umožnit klientovi uvědomit si denní dobu, sledovat hodiny, odlišit přechod mezi zdí a stropem, ukazovat dostatečně velké obrázky, nezapomenout na brýle, fotografie. Všechny obrázky je dobré umístit do zorného pole a samozřejmě vždy vycházet z biografické anamnézy.

Mezi optickou stimulaci patří jak pasivní aplikace stimulů do klientova zorného pole, tak i možnost změnit prostředí, například opustit pokoj, či celou budovu. Můžeme s ním pracovat i aktivně, ukazovat mu různé fotografie, obrázky a tím v něm vyvolat touhu po vyprávění. Tato možnost se využívá hlavně u geriatrických klientů. Je nutno však sledovat a kontrolovat reakce, abychom obrázky či fotografiemi nevyvolávali negativní emoce. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2008)

4.2 Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je stimulovat sluchové vnímání a rozvíjet schopnost rozlišit jednotlivé zvuky. Je to jedna z možností, jak s klientem navázat komunikaci. Nutné je zvýšit slovní sdělení a snížit zvuky z okolního světa. Vhodné je tuto stimulaci provádět společně s iniciálním dotekem. Důležité je, abychom hovořili jasně a zřetelně a aby jedinec vždy poznal, kdy se hovoří s ním a kdy s okolím. Není vhodné, abychom pouštěli televizi či rádio a do toho hovořili s další osobou.

U této stimulace je několik cílů a to například stimulovat vnímání, zvýšit schopnosti rozlišovat zvuky, navázání komunikace, zajistit klientovi, aby znal informace o svém těle, umožnit orientovat se a vybudovat tím pocit jistoty. (Friedlová, 2008)

Klienti, kteří trpí částečnou ztrátou sluchu, mají sklony k agresivitě, pokud hovoříme před nimi s třetí osobou. Nemají totiž schopnost zaznamenat slova a v situaci se tedy neorientují. Bývají vztahovační a mají paranoické představy, že se hovoří o nich. Lidé se sluchovým postižením jsou díky tomu velmi nedůvěřiví. (Nydal, Bartozsek, 2007)

Máme zde širokou škálu možností, jak auditivní stimulaci provádět. Provádíme ji pomocí hudby, vyprávění, zpěvu či pomocí nástrojů. Vycházíme jako vždy z biografické anamnézy. Mohou to být otázky jako: Které hlasy jsou vám příjemné? Jaké hudbě dáváte přednost? Jaká hudba je vám nepříjemná? A tak podobně.

Pokud chceme využít auditivní stimulaci pomocí hudby, musíme dbát několika zásad. Když nabízíme hudbu ze sluchátek, musí být nabízena ze vzdálenosti přibližně 20 cm. Hudbu bychom měli pouštět až po skončení komunikace. Pokud klientovi pustíme oblíbenou hudbu, musíme být připraveni, že je spojena s emocemi a pečlivě sledovat. Pro uvolnění pustíme klidnou hudbu. Je důležité chvíli zůstat a sledovat, jaké reakce hudba vyvolává.

Další možností stimulace je vyprávění, ale to je velmi individuální. Vhodné je pro stimulaci paměti použít hlas příbuzných. Velmi častá je tato stimulace v dětské péči, nejlépe pokud příbuzní vypráví známé pohádky a příběhy.

Dále můžeme využít zpěv či nástroje. Co se týče zpěvu, je to opět individuální a nejvíce využívané v dětské péči. Matka či jiní příbuzní mohou dítěti zpívat známé písničky. Nástroje využijeme takové, které vyvolávají vibrace a jsou tedy cítit i tělem. Mohou to být flétny, či například bubínky.

Aby byla auditivní stimulace co nejefektivnější, musíme znát a dodržovat několik věcí. Musíme znát klientovy sluchové deficity a schopnosti. Dále redukovat rušivé elementy, nerušit průběh například hovorem s další osobou, sledovat reakce, přivítat a loučit se vždy stejnými slovy, nepoužívat zdobněliny a hlavně hovořit jasně, zřetelně, v obvyklé tónině a hlasitosti. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2008)

4.3 Orální stimulace

Ústa patří mezi nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu na vnímání. Člověk díky tomu vnímá ústa jako intimní zónu. Spolu s rukama jsou to nejaktivnější místa na těle.

Ústa slouží nejen k příjmu potravy a ke komunikaci, ale také ke vnímání chuti, ke vnímání konzistence, k vyjádření emocí, k dýchání a k prožitkům. U klientů s hlubokou mentální retardací a ve vigilních kómatech můžou ústa sloužit ke stimulaci vnímání a následně k navázání komunikace.

Cílem orální stimulace je stimulovat vnímání a zprostředkovávat vjemy z vlastních úst. Pokud se zvýší svalový tonus v oblasti dutiny ústní, je to známkou stimulace klientova vnímání. Orální stimulaci provádíme buď izolovaně, nebo jako přípravu na přívod stravy.

Než se rozhodneme pro způsob stimulace, musíme si dutinu ústní nejprve pořádně vyšetřit a tím zjistit, zda má klient afty, trhlínky, rány nebo další defekty. Dále bychom měli z biografické anamnézy zjistit, jak o svou dutinu ústní pečoval, jak často a které prostředky využíval. Usnadnit otevření dutiny ústní můžou například oblíbené nápoje či jídla.

Abychom dosáhli úspěšné orální stimulace, je třeba klientovi umožnit polohu, ve které se bude na své prožitky nejlépe soustředit. Umožníme mu, aby mohl ochutnat to, co je mu příjemné. Nesmíme zapomínat na pečlivou kontrolu jedince. Orální stimulace se neprovádí, pokud je unavený.

K péči o dutinu ústní použijeme vatové či molitanové štětičky. Molitanové štětičky umožňují kvalitně vyčistit ústa, ale dokáží nasát i velké množství chuťového média. To volíme dle biografické anamnézy, abychom klientovi mohli umožnit ochutnat svá oblíbená jídla či nápoje. Během stimulace se nesmí kombinovat více jak tři chutě. Důležité je hlavně nevnikat do úst násilím, protože by se u něho mohl zvýšit svalový tonus kolem úst a už by nám nedovolil do úst vniknout vůbec.

Měli bychom dbát na to, aby klientova hlava nebyla v hyperextenzi a tím se nezhoršilo polykání. Dále by měla být ramena nahnutá dopředu a hlava, zátylek a záda ve středovém postavení. Pokud sedí, měl by si položit ruce na stůl, nohy dát od sebe, plosky nohou opřít o podložku a kyčelní a kolenní klouby mít v pravém úhlu. Lžící bychom měli dávat trochu ze strany, nikoliv frontálně. Po ukončení příjmu potravy se doporučuje osobu zanechat alespoň 30 minut ve zvýšené poloze, aby nedošlo k refluxu.

U jedinců, kteří neotvírají ústa, se začíná iniciálním dotekem, dále čichovou stimulací, somatickou stimulací obličejové části hlavy, manuální stimulací slinných žláz, stimulací rtů a stimulací dutiny ústní. Somatickou stimulaci obličejové části hlavy lze obohatit a zefektivnit bodovou orofaciální stimulací podle prof. Dr. C. Moralese.

Důležité je, aby orální stimulace poskytla klientovi příjemné zážitky a kontakt s klientem nebyl nikým rušen. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2008, Friedlová, 2011)

4.4 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro většinu lidí hlavními vyvolavateli vzpomínek. Některé vůně asociují okamžiky, osoby nebo roční období. Mnoho vůní a pachů mají lidé spojené s pozitivními či negativními vzpomínkami. Olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální.

Před tím, než začneme provádět olfaktorickou stimulaci, je třeba zjistit, které vůně klient upřednostňuje, abychom předešli tomu, že vyvoláme negativní reakce. Pro stimulaci jsou vhodné vůně osobních věcí, jako je deodorant, parfém, vůně jídla či toaletních potřeb. Je dobré zapojit do olfaktorické stimulace také vůně, které by připomínali pracovní prostředí nebo jeho koníčky. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2008)

4.5 Taktilně - haptická stimulace

Rozpoznávání předmětů prostřednictvím lidské ruky umožňuje během života získávat zkušenosti a uchovat je v paměti. Hyperaktivní a neklidní klienti mají aktivní ruce a tak potřebují identifikovat předmět, který právě nahmatali. V praxi se to projevuje tím, že tahají močové katétry, stahují deku, odepínají si plenkové kalhotky, hrají si se svojí stolicí a tak podobně.

Předměty, které k taktilně – haptické stimulaci využíváme, mohou být předměty z osobního života, pracovního prostředí, nebo z oblasti zájmů. Mohou to být oblíbené talismany, hračky, předměty k osobní hygieně, kelímky, hrníčky, ručníky nebo předměty denního života jako je mobilní telefon, klíče. Tyto předměty jsou také dobré ke stimulaci paměťové stopy (u klientů ve vigilním kómatu či s demencí), ale také pomáhají k aktivizaci ruky k činnosti. Taktilně – haptickou stimulaci můžeme provádět i u klienta, který není schopen sám pohybovat rukou a prsty a to tak, že mu budeme asistovat. Kombinovat ji můžeme s několika dalšími stimulacemi, optickou, olfaktorickou a auditivní. (Friedlová, 2007; Friedlová, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE

Cílem této bakalářské práce je individuální aplikace prvků bazální stimulace u osob s různými diagnózami na anesteziologicko resuscitačním oddělení a sledování jejich účinnosti.

6 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že repetitivní aplikací orofaciální stimulace selepší příjem potravy.
2. Předpokládám, že informace získané z biografické anamnézy a jejich převedení do prvků bazální stimulace ovlivní vědomí klientů.
3. Předpokládám, že správný výběr polohování dle konceptu bazální stimulace může hyperaktivního klienta uvést do klidového stavu.
4. Předpokládám, že repetitivním prováděním neurofyziologické stimulace se podpoří vnímání plegické končetiny.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Praktická část byla prováděna ve Fakultní nemocnici Plzeň Bory na anesteziologicko resuscitačním oddělení, konkrétněji na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Autor bakalářské práce byl pod vedením fyzioterapeuta a staniční sestry, která má kurz bazální stimulace. Oddělení dlouhodobé intenzivní péče bylo zvoleno právě staniční sestrou, jelikož byla přesvědčena o vhodnosti klientů k provádění výzkumného šetření na tomto oddělení. Šetření bylo prováděno se souhlasem zdravotnického personálu a rodinných příslušníků klientů.

Pro výzkumné šetření byla zvolena forma kvalitativní, tedy kazuistického šetření. Vybráni byli 4 klienti, dvě ženy a dva muži.

Prvním klientem pro kazuistické šetření byl zvolen 77letý muž s diagnózou mozkový infarkt způsobený embolií tepen, respirační selhání a s tím související pravostranná hemiplegie. Dalším se stal 32letý muž po autonehodě, který utrpěl polytrauma, s poraněním mozku, dále má těžký neurologický deficit a je dlouhodobě v perzistentním vegetativním stavu.

Klientky byly vybrány ve věku 83 let a 76 let. První utrpěla selhání srdce a akutní selhání ledvin. Druhá podstoupila operaci s akutním dvanáctníkovým vředem s perforací a následnou poruchou dýchací soustavy po výkonu.

Výzkumné šetření bylo prováděno intenzivně 4 týdny a to v období od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016.

8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metody testování byly u všech shodné. Pro výzkumné šetření byl využit především rozhovor se zdravotnickým personálem, díky kterému byly získány dotazníky biografické anamnézy a tím klíčové informace k základní komunikaci a přístupu. Rozhovory byly dále využívány ke konzultacím o aktuálním stavu a tím přispívaly ke vhodné volbě jednotlivých prvků.

Nejdůležitější metodou, které autor využil, bylo pozorování. Pozorováním byly zjišťovány a zaznamenávány veškeré reakce, které se u klientů objevily. Práce s nimi probíhala individuálně. Výběr vhodných prvků vycházel z konzultací se zdravotnickým personálem a volby terapeuta. Reakce na prvky jsou obsaženy v kazuistikách.

Úvodní část, tedy základní informace, byla zpracována na základě náhledu do zdravotnické dokumentace. I tato forma sběru dat byla velmi využita ve výzkumném šetření.

Výzkumné šetření bylo prováděno formou kvalitativní a sběr dat zaznamenán do kazuistik. Jednotlivé reakce jsou zaznamenány v terapeutických jednotkách. Výsledky šetření jsou uvedeny v tabulkách a pro lepší přehlednost jsou znázorněny i graficky.

9 KAZUISTIKA 1

Muž, 77 let

9.1 Diagnóza:

Hlavní diagnózy

Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen z 15. 9. 2015

Respirační selhání s nutností UPV

Srdeční zástava s úspěšnou resuscitací z 15. 9. 2015

Plicní embolie s akutním cor pulmonale – zavedení kaválního filtru 17. 9. 2015

Hemiplegie PHK, hemiparéza PDK

Dysfázie a afázie (globální)

Vedlejší diagnózy

Nosokomiální bronchopneumonie

Defekt síňového septa

Arteriální hypertenze

Chronická obstruktivní plicní nemoc

Insuficience mitrální chlopně

9.2 Anamnéza

Anamnéza byla čerpána z dokumentace, informace přímo od klienta nelze získat.

Nynější onemocnění

Přivezen do FN Plzeň dne 15. 9. 2015. Doma při chůzi náhlý pád, přestal komunikovat, patrná pravostranná hemiplegie. Při přijetí do nemocnice byl při vědomí, ale nekomunikoval. Na CT vyšetření byla prokázána rozsáhlá ischemie levé hemisféry. Stav vědomí byl postupně zhoršován, přetrvávala pravostranná hemiplegie a globální afázie. Nejdříve byl přijat na KARIM, 23. 9. 2015 přeložen na DIP.

Osobní anamnéza

Dyslipidemie

Chronická obstruktivní plicní nemoc

Vředová choroba gastroduodenální

DNA

Stav po operaci apendixu

Rodinná anamnéza

Mozkový infarkt se v rodině nevyskytoval. Matka měla arteriální hypertenzi, otec byl zdrav. Syn je zdrav.

Sociální anamnéza

Žije s manželkou, synem a vnoučaty v rodinném domě. Společně s manželkou obývají přízemí, do domu je 5 schodů. V interiéru se nachází bariéry, jako jsou prahy a koberečky.

Pracovní anamnéza

Dříve pracoval jako řidič kamionu, nyní je ve starobním důchodu.

Alergie

Neguje.

9.3 Biografická anamnéza

Dotazy zodpověděla manželka dne **1. 12. 2015**

Věk: 77 let

Blízká osoba: Manželka

Iniciální dotek: Pravé rameno + oslovení příjmením

Tělesná péče

Pravák

Je pro ni/něho péče o své tělo důležitá? Ne

Jak často a kdy? Večer

Teplota vody: Teplá

K mytí používá: Sprchový gel, mýdlo značky Nivea

Potřebuje pomoc při mytí? Ano

Rituály při mytí: Žádné

Stav pokožky: Normální

Toaletní potřeby: K dispozici

Holení: Mokrý – pěna na holení Gillette, balzám po holení

Péče o zuby, na co brát ohled: „Na nic“

Vlastní kartáček a pasta? Ne

Zubní protéza (pokud ano, specifikujte): Ne

Spí s protézou? Ne

Jak často si myje vlasy, používá speciální prostředky? 1x týdně, má přinesen svůj šampon
Nehty: Žádné zvláštnosti

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? Ne
Na kterém místě nemá rád dotek? Bez odpovědi

Spánek

Obvykle spí na: Pravý bok, levý bok
Jak spí? Chodí časně spát, spí ráno dlouho, odpolední spánek
Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? Ne
Přikrývá se tak, že si dá deku až na ramena? Ano
Kolik hodin denně spí? 13 hodin

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: Slané
Teplota jídla: Teplé
Konzistence: Pevná strava
Oblíbený nápoj, pokrm: Pivo, guláš s knedlíkem
Nesnáší: Krupicová kaše
Přinesené vlastní předměty: Ne
Vlastní přinesené poživatiny: Ne
Potíže při polykání? Ne

Vyprazdňování

Močení: Spontánní
Při inkontinenci užívá: Permanentní katétr
Stolice: Bez problémů

Sluch

Sluch postižen, pokud ano specifikujte: Ne
Sluchadlo: Ne
Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady: Dechovka, sport, příroda
Zvuky, na které je zvyklý/á: TV
Přinesené předměty: Žádné

Zrak

Porucha zraku, pokud ano specifikujte: Ne

Brýle, kontaktní čočky: Ne

Medikace: Žádná

Přinesené předměty: Fotografie vnuček a psa

Regulace tělesné teploty

Trpí na časté pocity zimy

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu (pokud ano jakou): Ne

Specifikujte postižení: Hemiplegie, spasticita

Lokalizace: Pravostranná hemiplegie, spasticita biceps brachii

Kompenzační pomůcky: Žádné

Způsob života

Povolání: Řidič, nyní důchodce

Koníčky, zájmy: Pes, TV, rybaření – před lety

Děti, vnoučata: Synové Miloš a Karel, vnoučata Anička, Adélka, Monika a Veronika

Zvířata: Pes Čip

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům: Ne

Víra: Bez vyznání

Jak snáší bolest? Běžně

Jak zvládá zátěžové situace? Běžně

Má relaxační techniky? Nemá

Důležitý zážitek v poslední době? Narození vnoučat (dvojčat) – Anička a Adélka

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí: Fotografie vnuček, psa

9.4 Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření bylo provedeno 30. 11. 2015 metodou pozorování. Klient se nacházel na anesteziologicko resuscitačním oddělení, konkrétněji na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Byl plně odkázán na pomoc druhé osoby ve smyslu všech PADL aktivit. Na oslovení ani na příchod jiné osoby nereagoval. Měl pravostrannou hemiplegii, horní končetinu nevnímal vůbec. Končetina byla bolestivá v kořenovém kloubu, nacházela se ve flekčním postavení v loketním kloubu, ruka v pěst, biceps brachii byl velmi spastický. S dolní končetinou hýbal minimálně. Levá HK oteklá, cyanotická, často velmi bolestivé akrom, pasivně se dostal maximálně do 90° flexe, dále velmi bolestivé soudě dle mimických projevů. Aktivně s ní hýbal minimálně, na pokyny nereagoval. Na začátku vykonávání bazální stimulace byla levá ruka v křečovitém držení, nepovolil na pokyny ani při provádění stimulací. Svalová síla na LHK bez problému, na ostatních končetinách nelze zhodnotit. Levou DK pohyboval minimálně, pasivně jen do malé flexe v kyčelním a kolenním kloubu. Měl zavedenou tracheostomii, sám aktivně dýchal minimálně, nejvíce 5 dechů za minutu. Dále měl zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), kterou přijímal tekutou stravu. Většinu dne zavřené oči, při otevřených fixoval pohled do stropu. Kognitivní funkce nelze zhodnotit z důvodu globální afázie. Nebyl schopen verbálního ani neverbálního projevu, pozornost a orientaci nelze zhodnotit.

9.5 Cíl terapie

- Ovlivnění klientova vědomí a hybnosti

9.6 Krátkodobý ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán byl stanoven na 4 týdny. Přesněji od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2015.

- Vnímání plegické končetiny
- Zlepšení vědomí
- Reagování na příchod personálu
- Reagování na blízké
- Využití neurovývojového RV, přístup systémově - orientovaný

9.7 Terapeutické jednotky

Terapeutické jednotky byly prováděny od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016. Každá terapeutická jednotka byla prováděna dle aktuálního stavu a po konzultacích s lékařem, všeobecnými sestrami či fyzioterapeutem. Každá terapeutická jednotka byla vždy zahájena pozdravem či iniciálním dotekem. Byly použity tyto prvky bazální stimulace:

- Neurofyziologická stimulace
- Optická stimulace
- Masáž stimulující dýchání
- Orofaciální stimulace
- Polohování
- Zklidňující stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně haptická stimulace

Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologická stimulace byla prováděna v deseti terapeutických jednotkách a to ve dnech 30. 11., 1. 12., 2. 12., 3. 12., 8. 12., 9. 12., 10. 12., 11. 12., 14. 12. a 15. 12. 2015. Cílem bylo celkové uvolnění a vnímání plegické končetiny. Stimulace byla prováděna pokaždé cca 20 minut. Po příchodu byl klient pozdraven s využitím iniciálního doteku. Po iniciálním doteku následovala informace o prováděné terapii. Na samotné provádění stimulace byl využit olejček z oddělení. Byl vždy obeznámen s tím, kde bude přesně začínat dotek. Stimulace probíhala od nepostižené HK a každý prováděný dotyk byl slovně doprovázen, aby věděl, kde má hranice svého těla. Tyto informace dostával po celou dobu stimulace a na kloubech byl pro maximální uvědomování si hranic vyvinut mírný tlak.

Na počátku vykonávání stimulace byl apatický, nezaujatý, nefixoval pohledem. Nereagoval na iniciální dotek, LHK měl v křečovitém postavení. První reakce byly zaznamenány po čtyřech dnech, tedy **3. 12. 2015.**, kdy v několika okamžicích fixoval pohled na terapeutův obličej a při stimulaci PHK, konkrétně akra, projevoval v obličejí bolestivé grimasy. Další reakce byla zaznamenána **11. 12. 2015.** Fixoval pohledem terapeutův obličej, celkově se uvolnil, LHK už nebyla v křečovitém postavení. Akra byla uvolněná na obou HKK. Při přejíždění po LDK vycházel vstříc pohybu. Klíčovým datem provádění tohoto prvku bylo **15. 12. 2015**, tedy 12. den od zahájení BS. Začal vnímat

plegickou končetinu. Po dokončení stimulace si plegickou končetinu chytil a nepostiženou HK se jí dotýkal.

Neurofyziologická stimulace zapůsobila, celkově se uvolnil a začal vnímat plegickou končetinu.

Optická stimulace

Optická stimulace byla prováděna v sedmi terapeutických jednotkách a to ve dnech 30. 11., 1. 12., 7. 12., 8. 12., 9. 12., 11. 12. 2015 a 4. 1. 2016. Cílem optické stimulace bylo, aby určitým způsobem reagoval, alespoň na své blízké. Byla prováděna cca 10 minut a pomůckami se staly přinesené fotografie psa a vnuček. Stimulace začínala vždy sdělením, že mu bude ukázána fotografie a koho na ní uvidí.

Při prvních pokusech o reagování na fotografie byly reakce naprosto nulové. Poprvé zareagoval po čtyřech dnech, tedy **7. 12. 2015**, kdy se při pozorování fotografie psa a vyslovení jména usmál. Následující tři stimulace byly obdobné, vždy se usmál jen u fotografií psa, na vnučky nereagoval vůbec. Velmi zásadním datem se zde stal **4. leden 2016**, kdy reagoval na příchod terapeuta úsměvem po 14 – denní odmlce.

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání byla prováděna v šesti terapeutických jednotkách a to ve dnech 1. 12., 2. 12., 8. 12., 10. 12., 14. 12., 15. 12. 2015 a 4. 1. 2016. Byl odkázán na tracheostomii a spontánně dýchal minimálně, maximální počet dechů za minutu bylo 5. Cílem této stimulace byla podpora přirozeného dýchání. Stimulace probíhala na lůžku v poloze na boku v časovém rozmezí 10 – 15 minut. Na provedení stimulace byl využit olejíček z oddělení.

Začátek byl vždy na záhlaví a pomalými tahy byly dlaně terapeuta spouštěny až k sakrální oblasti. Poté byly prováděny roztahující kroužky ve třech úrovních. Reakce byly vždy pozitivní, pokaždé byl při vědomí a bezprostředně po stimulaci se jeho dech zlepšil na 7 – 8 dechů za minutu. Celkově masáž stimulující dýchání rozhodně stav vylepšila, začal dýchat na neřízené plicní ventilaci.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace byla prováděna ve čtyřech terapeutických jednotkách a to ve dnech 2. 12., 7. 12., 9. 12. 2015 a 7. 1. 2016. Byl vyživován přes PEG, samostatně potravu odmítal přijímat. Samotná stimulace obličeje byla prováděna 5 minut a vždy po počátečním informování. Stimulace obsahuje 5 prvků, které byly opakovány třikrát.

Orofaciální stimulaci negoval, již při prvních dotecích odvracel hlavu. Po dokončení stimulace a pokusu o chuťový stimul odvracel hlavu. Dne **9. 12. 2015** byl na základě biografické anamnézy využit molitanový váček, který byl posílený o chuť piva. Odvracel hlavu i při tomto pokusu, chuťovou podporu negoval.

Polohování

Polohování bylo prováděno po každé stimulaci pro posílení vnímání hranic svého těla a pro odpočinek. Využity byly pomůcky z oddělení. Byla prováděna poloha hnízdo na zádech nebo na bocích, v poloze na zádech i v kombinaci s polohou mumie. Působil klidně a hodnoty na monitoru vykazovaly výborné hodnoty.

Zklidňující stimulace

Zklidňující stimulace byla prováděna v šesti terapeutických jednotkách a to ve dnech 4. 12., 16. 12., 18. 12. 2015, 4. 1., 7. 1. a 8. 1. 2016. Cílem stimulace bylo celkové uvolnění. Využívala se za účelem zklidnění a uvolnění.

Pro stimulaci byl využit olejíček z oddělení. Začínala iniciálním dotekem a poté tím, že terapeut informoval o tom, jak bude stimulace probíhat. Dlaně terapeuta se jako první dotknuly hrudníku a poté pokračovaly na končetiny. Probíhala po směru růstu ochlupení, aby zklidňovala. Ruce terapeuta objímaly vždy celé končetiny, aby si uvědomoval hranice svého těla.

Stimulací se povedlo uvolnit zdravou HK, plegická HK ale byla často bolestivá, kdy nelibost dával najevo výrazy v obličeji.

Olfaktorická stimulace

Olfaktorická stimulace byla provedena pouze ve třech terapeutických jednotkách a to ve dnech 11. 12., 18. 12. 2015 a 7. 1. 2016. Tato stimulace byla prováděna za účelem vnímání známých pachů. Využity byly toaletní potřeby.

Reakce byly vždy negativní, při jakémkoliv pokusu o přiblížení potřeb k obličeji odvracel hlavu a tudíž ani známé vůně nemohl zaregistrovat.

Taktilně haptická stimulace

Taktilně haptická stimulace byla provedena ve čtyřech terapeutických jednotkách a to ve dnech 11. 12., 15. 12. 2015, 5. 1. a 6. 1. 2016. Využity byly toaletní potřeby, především pěna na holení a přinesené fotografie rodinou ke stimulaci paměti.

Reakce byly pozitivní, při pojmenovávání potřeb je fixoval pohledem. Stimulace pomocí pěny na holení byla **5. 1. 2016** byla bimanuálním úchopem přikládána k obličeji. V této chvíli se „usmál“ a působil velmi spokojeně.

9.8 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno 8. 1. 2016, opět metodou pozorování. Klientův stav se díky bazální stimulaci vylepšil. Začal vnímat plegickou končetinu díky neurofyziologické stimulaci. Dále nastalo celkové uvolnění na základě zklidňující stimulace. Optickou stimulací se u něho podařilo vyvolat reakce na blízké, začal reagovat i na pozdrav. Dalším úspěchem byly pozitivní reakce na masáž stimulující dýchání. Díky této masáži začal dýchat na neřízené plicní ventilaci. Bez reakcí zůstala pouze olfaktorická a orofaciální stimulace. Dne 8. 1. 2016 byl převezen na oddělení LDN.

9.9 Doporučení

Bylo by vhodné nadále pokračovat v bazální stimulaci, především komunikovat na základě biografické anamnézy. Zdravotnický personál byl požádán o edukaci rodiny, jak s klientem dále pracovat.

10 KAZUISTIKA 2

Žena, 76 let

10.1 Diagnóza:

Hlavní diagnózy:

Dvanáctníkový vřed akutní s perforací – 27. 10. 2015

Porucha dýchací soustavy po výkonu

Sepse

Vedlejší diagnózy:

Arteriální hypertenze

Herpes zoster bez komplikací

Akutní plicní nedostatečnost

Oběhová nedostatečnost

Bronchopneumonie

Fibrilace síní

10.2 Anamnéza

Anamnéza byla čerpána z dokumentace, informace od klientky nelze získat.

Nynější onemocnění

Přijata akutně pro bolesti břicha na chirurgické oddělení do FN Plzeň 27. 10. 2015. Tento den byla provedena laparotomie, sutura perforovaného vředu, drenáž. Po výkonu ponechána na UPV, pooperační průběh komplikován oběhovou nestabilitou. Od 3. 11. 2015 se zhoršil celkový stav kvůli bronchopneumonii, 4. 11. 2015 provedena tracheostomie a 24. 11. 2015 přeřazena na ARO – DIP.

Osobní anamnéza

Arteriální hypertenze

Fibrilace síní

Dyslipidemie

Stav po ischemické CMP (datum nezjištěn)

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je bezvýznamná.

Sociální anamnéza

Žije se synem a jeho rodinou v rodinném domě, podmínky nezjištěny.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako mzdová účetní, nyní je ve starobním důchodu.

Alergie

Nebyly zjištěny alergie.

10.3 Biografická anamnéza

Dotazy zodpověděl syn a dcera pacientky **2. 12. 2015**

Věk: 76 let

Blízká osoba: Dcera, syn

Iniciální dotek: Pravé rameno + oslovení příjmením

Tělesná péče

Pravačka

Je pro ni/něho péče o své tělo důležitá? Ano

Jak často a kdy? Denně

Teplota vody: Teplá

K mytí používá: Mýdlo

Potřebuje pomoc při mytí? Ano

Rituály při mytí: Žádné

Stav pokožky: Normální

Toaletní potřeby: Krém

Zubní protéza (pokud ano, specifikujte): Ano, plná protéza

Spí s protézou? Ne

Jak často si myje vlasy, používá speciální prostředky? Týdně, speciální prostředky žádné

Nehty: Žádné zvláštnosti

Tělesný kontakt

Je zvyklá na tělesný kontakt? Ano

Na kterém místě nemá ráda dotek? (bez odpovědi)

Spánek

Obvykle spí na: Záda, pravý bok

Jak spí? V noci se budí, spí ráno dlouho, odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? Ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až na ramena? Ano

Kolik hodin denně spí? 12 hodin

Má hodně zatemněno při spánku? Není nutné

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: Sladké, slané

Teplota jídla: Teplá, studená

Konzistence: Měkká

Oblíbený nápoj, pokrm: Nápoj – čaj, pivo, Pokrm – má ráda všechno

Nesnází: Nic

Přinesené vlastní předměty: Žádné

Vlastní přinesené potraviny: Pivo

Potíže při polykání? Ne

Vyprazdňování

Močení: Spontánní

Při inkontinenci užívá: Permanentní katétr

Stolice: Bez problémů

Sluch

Sluch postižen, pokud ano specifikujte: Ne

Sluchadlo: Ne

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady: „Šlágr“

Zvuky, na které je zvyklý/á: Zvuk projíždějícího vlaku, štěkot psa

Přinesené předměty: Žádné

Zrak

Porucha zraku, pokud ano specifikujte: Ano, poškozené sítnice – následek CMP

Brýle: Ano

Přinesené předměty: Žádné

Regulace tělesné teploty

Trpí na: Nic zvláštního

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklá na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu (pokud ano jakou): Ne

Způsob života

Povolání: Mzdová účetní, nyní ve starobním důchodu

Koníčky, zájmy: Hudba, televize

Děti, vnoučata: Dvě děti, dvě vnoučata, dvě pravnoučata

Zvířata: Pes

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům: Žádné

Víra: Není věřící

Jak snáší bolest? Dobře

Jak zvládá zátěžové situace? Dobře

Užívá relaxační techniky? Teplá koupel

Důležitý zážitek v poslední době? Úmrtí manžela (16. 7. 2015)

Jiné: Společnost vnoučat, pravnoučat

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí: Žádné

10.4 Vstupní vyšetření

Bylo provedeno 30. 11. 2015 metodou pozorování. Klientka se nacházela na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Byla plně odkázána na pomoc druhé osoby ve smyslu soběstačnosti v PADL aktivitách. Na oslovení i na příchod jiné osoby reagovala otevřením očí a úsměvem. Byla velmi neklidná, hyperaktivní, tachykardická. Vytrhávala si sondy, infuze, tudíž většinu času přivázána k lůžku. V HKK provedla na pokyn aktivní pohyby, ale svalová síla velmi malá. DKK byly v equinozním postavení a prsty kladívkovité. Pohyby v DKK byly aktivní, ale v malém rozsahu. Měla zavedenou tracheostomii, sama aktivně dýchala minimálně. Dále měla zavedenou nasogastrickou sondu, kterou přijímala tekutou stravu. Většinu dne měla klientka zavřené oči, na povel ale oči otevřela a dokázala fixovat pohledem obličej příchozího. Kognitivní funkce nelze zhodnotit kvůli aktuálnímu stavu. Nebyla schopna verbálního projevu, pozornost a orientaci nelze zhodnotit. Při velkém úsilí schopna odpovědět pohybem úst, ale odezírání velmi obtížné.

10.5 Cíl terapie

- Ovlivnění hyperaktivního stavu
- Ovlivnění dechu
- Ovlivnění příjmu potravy

10.6 Krátkodobý ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán byl stanoven na 4 týdny. Přesněji od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016.

- Zklidnění hyperaktivity
- Zlepšení dechu, expektorace sputa
- Podpora samostatného příjmu potravy
- Neurovývojový RV, přístup systémově orientovaný

10.7 Terapeutické jednotky

Terapeutické jednotky byly prováděny od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016. Každá terapeutická jednotka byla prováděna dle aktuálního stavu a po konzultacích s lékařem, všeobecnými sestrami či fyzioterapeutem. Každá terapeutická jednotka začínala pozdravem spojeným s iniciálním dotekem. Byly použity tyto prvky bazální stimulace:

- Polohování
- Masáž stimulující dýchání
- Zklidňující stimulace
- Povzbuzující stimulace
- Orofaciální stimulace

Polohování

Polohování bylo prováděno denně, kvůli neklidným stavům. Využity byly pomůcky z oddělení. Nejlépe reagovala na polohu hnízdo na boku ve spojení s polohou mumie. Stav se po krátkém intervalu velice zlepšil, přestala být hyperaktivní, tep se snížil. Po dobu, kdy byla v této poloze, nebylo nutností připoutání k lůžku, byla velmi klidná. Na otázky terapeuta, zda je v této poloze spokojená, vždy přikývla.

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání byla provedena v první polovině provádění terapeutických jednotek, přesněji v 6 terapeutických jednotkách a to ve dnech 1. 12., 2. 12., 3. 12., 4. 12., 8. 12., 10. 12. 2015. Probíhala vždy na boku a použit byl olejíček z oddělení. Reakce byly vždy pozitivní. Při stimulaci měla vždy otevřené oči nebo alespoň reagovala mžikáním víček, tep se snížil a dech se zlepšil. Při páté TJ, **8. 12. 2015** reagovala expektorací sputa.

Povzbuzující stimulace

Povzbuzující stimulace byla prováděna, když byla naopak unavená. Jednalo se o povzbuzení, tak byla stimulace prováděna proti směru růstu ochlupení. Využity byly „chlupaté“ ponožky klientky. Prováděna byla v pěti terapeutických jednotkách a to ve dnech 9. 12., 11. 12., 13. 12., 17. 12. 2015 a 5. 1. 2016. Většinou byla prováděna v dopoledních hodinách. Po celou dobu byla při vědomí, vnímala doteky. Po povzbuzující stimulaci byla schopna spolupracovat na následující fyzioterapii.

Zklidňující stimulace

Zklidňující stimulace byla prováděna před polohováním pro zklidnění hyperaktivity, snížení pulsu a tlaku. Při stimulaci se uvolnila, přestala být neklidná a při spojení s polohováním nebylo nutností přivázání k lůžku. Spojení těchto dvou prvků se zde velmi osvědčilo.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace byla prováděna ve druhé polovině terapeutických jednotek, tedy ve dnech 14. 12., 15. 12., 16. 12., 18. 12. 2015 a 4. 1., 6. 1., 7. 1., 8. 1. 2016. Byla vyživována přes nasogastrickou sondu, potravu per os odmítala přijímat. Po provedení orofaciální stimulace byla schopna přijmout alespoň část jogurtu. Dne **15. 12.** přijala poprvé za celou dobu hospitalizace celý jogurt. Příjem potravy byl spojen s vedením ruky terapeutem k ústům. Orofaciální stimulací se příjem potravy zlepšil.

Od 6. 1. 2016 se její stav rapidně zhoršil, všechno odmítala, nereagovala na pokyny, byla velmi nepříjemná. Zdravotnický personál reagoval překvapivě, ve věci zhoršení stavu.

10.8 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno metodou pozorování stejně, jako vstupní vyšetření a to dne 8. 1. 2016. Stav se až do 6. 1. se zlepšil v několika oblastech. Začala sama s vedením ruky jíst, její hyperaktivita a neklidnost se zlepšila díky zklidňující stimulaci spojené s polohováním, dokázala samovolně vykašlávat na základě masáže stimulační dýchání. Od 6. 1. se stav zhoršil, přestala spolupracovat, veškerý kontakt s terapeutem negovala.

10.9 Doporučení

Zde by byla nejvhodnější spolupráce s rodinou, jelikož veškerý kontakt se zdravotnickým personálem negovala. Doporučena byla hlavně komunikace s klientkou, pro její motivaci.

11 KAZUISTIKA 3

Muž, 32 let

11.1 Diagnóza

Hlavní diagnózy

Akutní respirační selhání

Sepse – oboustranná pneumonie

Status epilepticus

Fascikulace

Bezvědomí – kóma

Tracheostomie

Vedlejší diagnózy

MRSA pozitivita

Stav po polytraumatu při autonehodě s difuzním poraněním mozku 11/2013

Těžký neurologický deficit, minimální stav vědomí, atrofie mozku a mozečku

Zavedení PEG

Povlakový subdurální hematom vlevo frontálně, úrazové SAK

Stav po kontuzi hrudníku mnohočetné kontuzi plic

Stav po fraktuře pravé klavikuly

11.2 Anamnéza

Anamnéza byla čerpána z dokumentace, informace od klienta nelze získat.

Nynější onemocnění

Muž po polytraumatu v roce 2013, byl již v minulosti opakovaně hospitalizován na DIP. 1. 12. 2014 opět přeložen na DIP z KARIM, kde byl léčen pro akutní respirační selhání.

Osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza

Vzhledem k diagnóze je bezvýznamná.

Pracovní anamnéza

Před autonehodou studoval vysokou školu, blíže nespecifikováno.

Sociální anamnéza

Žije s rodiči v rodinném domě, o podmínkách v domě nejsou informace.

Alergie

Neguje.

11.3 Biografická anamnéza

Dotazy zodpověděla matka dne **30. 11. 2015**.

Věk: 32 let

Blízká osoba: Matka, otec

Iniciální dotek: Levé rameno + oslovení jménem

Tělesná péče

Pravák

Je pro ni/něho péče o své tělo důležitá? Ano

Jak často a kdy? Denně

Teplota vody: Teplá

K mytí používá: Sprehový gel

Pomoc při mytí? Ano

Rituály při mytí: Ne

Stav pokožky: Suchá

Toaletní potřeby: K dispozici – krém, pěna na holení, deodorant

Holení: Mokrě

Péče o zuby, na co brát ohled: Na nic

Vlastní kartáček a pasta? Ne

Zubní protéza (pokud ano, specifikujte): Ne

Spí s protézou? Ne

Jak často si myje vlasy, používá speciální prostředky? 3x týdně, nemá speciální prostředky

Nehty: Žádné zvláštnosti

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? Ano

Na kterém místě nemá rád dotek? Oči, ústa

Spánek

Obvykle spí na: Záda, pravý bok, levý bok

Jak spí? Chodí časně spát, vstává velmi časně, odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? Ano, plyšové polštáře (přineseno)

Přikrývá se tak, že si dá deku až na ramena? Ano

Kolik hodin denně spí? 12 hodin

Má hodně zatemněno při spánku? Ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: Sladké

Teplota jídla: Teplé

Konzistence: Tekutá strava

Oblíbený nápoj, pokrm: Brusinkový džus, čokoláda, lízátko

Nesnází: Banánové jogurty

Přinesené vlastní předměty: Ne

Vlastní přinesené potraviny: Džus

Potíže při polykání? Ano

Vyprazdňování

Močení: Spontánní

Při inkontinenci užívá: Permanentní katétr

Stolice: Bez problémů

Sluch

Sluch postižen, pokud ano specifikujte: Ne

Sluchadlo: Ne

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady: TV – pořad „Óčko“

Zvuky, na které je zvyklý/á: Poslech rádia a TV

Přinesené předměty: Žádné

Zrak

Porucha zraku, pokud ano specifikujte: Ne

Brýle, kontaktní čočky: Ne

Přinesené předměty: Žádné

Regulace tělesné teploty

Trpí na: Pocení

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu: Ano, dříve fotbal a jóga

Způsob života

Povolání: Student

Koníčky, zájmy: TV, fotbal, přátelé

Děti, vnoučata: Ne

Zvířata: Ne

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům: Žádné

Víra: Ne

Jak snáší bolest? Dobře, je statečný

Jak zvládá zátěžové situace? Dobře

Užívá relaxační techniky? Neužívá

Důležitý zážitek v poslední době? Žádný, dlouho je v nemocnici

11.4 Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření bylo provedeno 30. 11. 2015 metodou pozorování. Klient se nacházel na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Nacházel se dlouhodobě v perzistentním vegetativním stavu. Byl plně odkázán na pomoc druhé osoby ve smyslu všech PADL aktivit. Oči otevíral spontánně, na výzvy prakticky nereagoval. Pohyby na HKK i DKK aktivně neprovedl, pouze na pravé HK slabý náznak stisku. Na algický podnět reagoval flexí HK. Na obou HKK flekční držení prstů, v loktech také převážně flekční držení. Na DKK měl atrofii zejména lýtkového svalstva. Měl zavedenou tracheostomii, spontánní dechová aktivita zde nebyla přítomna. Byl vyživován přes perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), kterou přijímal tekutou stravu. Nebyl schopen žádného verbálního ani neverbálního projevu, kognitivní funkce nelze zhodnotit.

11.5 Cíl terapie

- Ovlivnění vědomí a povzbuzení jeho reakcí

11.6 Krátkodobý ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán byl stanoven na 4 týdny. Přesněji od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016.

- Zlepšení spontánního dýchání
- Podpora samostatného příjmu potravy
- Vnímání pomocí doteku
- Povzbuzení ve smyslu zvýšené aktivity
- Neurovývojový RV, přístup systémově orientovaný

11.7 Terapeutické jednotky

Terapeutické jednotky byly prováděny od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016. Každá terapeutická jednotka byla prováděna dle aktuálního stavu a po konzultacích s lékařem, všeobecnými sestrami či fyzioterapeutem. Byla využita i spolupráce s rodinou. Každá terapeutická jednotka začínala pozdravem spojeným s iniciálním dotekem. Byly použity tyto prvky bazální stimulace:

- Masáž stimulující dýchání
- Orofaciální stimulace
- Taktálně haptická stimulace
- Povzbuzující stimulace

Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání probíhala každý den s cílem podpoření spontánního dýchání. Spontánně dýchat nedokázal, umělou plicní ventilaci měl v režimu SIMV, neboli s plnou dechovou podporou. Začínala vždy iniciálním dotekem a informací, co bude terapeut provádět. Probíhala ve spolupráci s fyzioterapeutem, který ho udržoval v poloze na boku. Doba stimulace byla 10 – 15 minut, dle aktuálního stavu. Využit byl olejíček z oddělení. Reagoval velmi rozmanitě. Při prvních prováděních masáže byl zcela bez reakcí, první velká reakce byla zaznamenána **17. 12. 2015**, tedy čtrnáctý den. Bylo u něho zaznamenáno několik samostatných dechů.

Dechová aktivita se zvýšila, umělá plicní ventilace v režimu SIMV byla sporadicky střídána s režimem CPAP. Tento režim byl použit pouze omezeně, neboť měl při únavě či po hlubokém spánku několikaminutové apnoické pauzy.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace probíhala na přání rodiny též každý den. Byl vyživován přes PEG, cílem se tedy stala podpora spontánního příjmu potravy. Orofaciální stimulace začínala informací, co bude provedeno, aby nebyly vyvolány neklidné stavy. Pokud nebyl unavený, reagoval na stimulaci (konkrétně na bodovou stimulaci) záškuby v mimických svalech. Dle biografické anamnézy a rodiny bylo zjištěno, čemu se v potravě vyhýbat, avšak i přesto přijal potravu pouze velmi sporadicky. Významným se stalo pátý den, tedy **4. 12.**, kdy byla projevována zpětná vazba, a v malé míře potravu přijal. Dále pak **9. 12.**, **10. 12.**, **14. 12.**, a **18. 12. 2015**. Ve zbytku dnů byl unavený nebo měl pevně semknuté rty a příjem potravy negoval.

Taktilně haptická stimulace

Taktilně haptická stimulace byla prováděna ve dnech, kdy byl v lepším stavu a nebyl příliš unavený. Probíhala v šesti terapeutických jednotkách, přesněji 2. 12., 8. 12., 10. 12., 14. 12., 2015, 4. 1. a 6. 1. 2016. Cílem zde byla stimulace paměťové stopy a aktivizace ruky k činnosti. Byl využit oblíbený plyšák a toaletní potřeby, především hřeben. **10. 12. 2015** dokázal svou dominantní končetinou hřeben na povel použít. Po dobu všech šesti terapeutických jednotek měl po celou dobu otevřené oči a působil velmi klidným dojmem.

Povzbuzující stimulace

Povzbuzující stimulace byla prováděna za účelem zvýšení vědomí, když byl unavený. Začínala samozřejmě iniciálním dotekem a podáním informací, co bude prováděno. Jelikož stimulace měla povzbuzovat, byla prováděna proti směru růstu ochlupení s využitím olejíčku z oddělení. Dostával od terapeuta informace o veškerých dotecích, aby si uvědomoval tělesné schéma. Stimulace probíhala cca 20 minut. Podařilo se u něho ve většině případů vědomí udržet, dokonce v kombinaci s masáží stimulující dýchání byla zvýšena spontánní dechová aktivita.

11.8 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno 8. 1. 2016 metodou pozorování. Stav v podstatě zůstal stejný. Jediná známka zlepšení se projevila v dechové aktivitě, umělá plicní ventilace se změnila na polo řízenou a dokázal zůstat při vědomí při taktilně haptické a povzbuzující stimulaci. Orofaciální stimulací se stav nijak nezlepšil.

Celkově je stav považován za neměnný a návrat domů je nereálný. Bylo zvažováno přerazení do zadržené léčby.

11.9 Doporučení

Bylo by vhodné nadále pokračovat ve stimulacích, které ovlivní paměť a vědomí, například taktilně haptická nebo povzbuzující stimulace. Rodina byla na přání edukována o provádění orofaciální stimulace na podporu příjmu potravy.

12 KAZUISTIKA 4

Žena, 83 let

12.1 Diagnóza

Hlavní diagnózy

Selhání srdce

Kombinovaná aortální vada s převahou stenózy

Akutní selhání ledvin

Vedlejší diagnózy

Chronická plicní nedostatečnost po operaci

Insuficience mitrální chlopně

Paroxysmální fibrilace síní

Polyneuromyopatie

Tracheostomie

Arteriální hypertenze

Chronická ischemická choroba srdeční

12.2 Anamnéza

Anamnéza čerpána z dokumentace, informace od klientky nelze zjistit.

Nynější onemocnění

Byla hospitalizována v nemocnici Privamed od 17. 9. do 25. 9. 2015 s levostranným srdečním selháním a plicním edémem. Odmítla operační řešení chlopní vady i přes dlouhodobě známou kombinovanou aortální vadu. 9. 11. 2015 byla provedena tracheostomie. 29. 11. 2015 byla přeložena na DIP.

Osobní anamnéza

Léčená hypertenze

ICHS

Řadu let bolesti páteře – LS syndrom

Karcinom – horní zevní kvadrant prsu (stav po ablaci mammy vlevo 2009)

Stav po TEP pravého kolene 2003, reoperace 2009

Rodinná anamnéza

V rodině se aortální vada nevyskytovala, děti zdravý.

Sociální anamnéza

Žije s manželem v rodinném domě, podmínky nezjištěny.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako obchodní manažerka v textilním průmyslu, nyní je ve starobním důchodu.

Alergie

Neguje.

12.3 Biografická anamnéza

Dotazy zodpověděl manžel dne **2. 12. 2015**.

Věk: 83 let

Blízká osoba: Manžel

Iniciální dotek: Pravé rameno + oslovení příjmením

Tělesná péče

Pravák

Je pro ni/něho péče o své tělo důležitá? Ano

Jak často a kdy? Denně, večer

Teplota vody: Teplá

K mytí používá: Mycí gel, šampon, žínka

Potřebuje pomoc při mytí? Ano

Rituály při mytí: Žádné

Stav pokožky: Normální až suchá

Toaletní potřeby: K dispozici – krém na obličej, sprchový gel, šampon

Péče o zuby, na co brát ohled: 2x denně, má pevný můstek

Vlastní kartáček a pasta? Ano

Zubní protéza (pokud ano, specifikujte): Ne

Jak často si myje vlasy, používá speciální prostředky? 3x týdně, ano – má svůj oblíbený šampon

Nehty: Žádné zvláštnosti

Tělesný kontakt

Je zvyklá na tělesný kontakt? Ano

Na kterém místě nemá rád dotek? Nemá ráda dotek na tváři

Spánek

Obvykle spí na: Pravý bok, levý bok

Jak spí? Chodí pozdě spát, odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? Polštářek, není donesen

Přikrývá se tak, že si dá deku až na ramena? Ne

Kolik hodin denně spí? 8 - 10 hodin

Má hodně zatemněno při spánku? Nemusí

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: Slané, sladké

Teplota jídla: Teplá, vlažná

Konzistence: Pevná strava

Oblíbený nápoj, pokrm: Čaje, kapr

Nesnází: Sní všechno

Přinesené vlastní předměty: Ne

Vlastní přinesené potraviny: Ne

Potíže při polykání? Ano

Vyprazdňování

Močení: Spontánní

Při inkontinenci užívá: Permanentní katétr

Stolice: Bez problémů

Sluch

Sluch postižen, pokud ano specifikujte: Ne

Sluchadlo: Ne

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady: Vážná hudba, hudba 70. – 80. let, „Šlágr“

Zvuky, na které je zvyklý/á: Hudba

Přinesené předměty: Discman

Zrak

Porucha zraku, pokud ano specifikujte: Ano

Brýle, kontaktní čočky: Ano, brýle

Přinesené předměty: Fotografie rodiny, domu

Regulace tělesné teploty

Trpí na: Nic zvláštního

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu (pokud ano jakou): Ano, procházky

Kompenzační pomůcky: Nemá

Způsob života

Povolání: Důchodce, dříve obchodní manažer v oboru textil

Koníčky, zájmy: Zahrádka, květiny

Děti, vnoučata: 2 syny, 5 vnoučat

Zvířata: Ne

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům: Žádné

Víra: Ne

Jak snáší bolest? Velmi dobře

Jak zvládá zátěžové situace? Hodně se stresuje, drží všechno v sobě a těžce to nese

Užívá relaxační techniky? Procházky, zahrádka

Důležitý zážitek v poslední době? Operace, vnoučata

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí: Žádné

12.4 Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření bylo provedeno dne 30. 11. 2015 metodou pozorování. Klientka se nacházela na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Byla plně odkázána na pomoc druhé osoby ve smyslu PADL aktivit. Klientka byla při vědomí, klidná a orientovaná. Na HKK měla plně zachovanou hybnost, svalová síla byla slabá. Na pokyn provedla aktivní pohyb, ale ve velmi malém rozsahu. Na obou HKK se u klientky vyskytoval tremor. Na DKK aktivní pohyby zvládala, ale také v malém rozsahu. Měla jizvu po sternotomii a po ablaci levého prsu. Měla zavedenou tracheostomii, ale pouze na podporu jejího spontánního dechu. Příjem potravy nezvládala, měla zavedenou nasogastrickou sondu. Klientka nebyla schopna verbálního projevu, ale na dotazy a pokyny reagovala přikývnutím nebo posunky. Kognitivní funkce nelze zhodnotit.

12.5 Cíl terapie

- Ovlivnění hypertenze, celkové zklidnění
- Ovlivnění samostatného příjmu potravy

12.6 Krátkodobý ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán byl stanoven na 4 týdny. Přesněji od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016.

- Celkové zklidnění
- Snížení hypertenze
- Navození libých pocitů auditivní a optickou stimulací
- Podpora samostatného příjmu potravy

12.7 Terapeutické jednotky

Terapeutické jednotky byly prováděny od 30. 11. 2015 do 18. 12. 2015 a dále od 4. 1. 2016 do 8. 1. 2016. Každá terapeutická jednotka byla prováděna dle aktuálního stavu a po konzultacích s lékařem, všeobecnými sestrami či fyzioterapeutem. U klientky byla využita i spolupráce s rodinou. Každá terapeutická jednotka začínala pozdravem spojeným s iniciálním dotekem. Byly použity tyto prvky bazální stimulace:

- Zklidňující stimulace
- Polohování
- Orofaciální stimulace
- Auditivní stimulace
- Optická stimulace

Bazální stimulace byla často vynechávána z důvodu podstupování dialýzy, teploty a nadměrného pocení nebo byla využita pouze auditivní stimulace.

Zklidňující stimulace

Zklidňující stimulace byla prováděna 30. 11., 1. 12., 3. 12., 7. 12., 11. 12., 14. 12., 15. 12., 17. 12. 2015 a 4. 1. 2016. Trpěla velkou hypertenzí, proto byla zvolena stimulace na celkové zklidnění a snížení krevního tlaku. Využit byl olejček z oddělení. Jelikož stimulace měla zklidnit, byla prováděna po směru růstu ochlupení. Na stimulaci reagovala, po celou dobu byla při vědomí, fixovala pohledem na obličej terapeuta. Krevní tlak se po stimulaci snížil.

Polohování

Polohování bylo prováděno v návaznosti na zklidňující stimulaci. Díky tomu se hypertenze snížila, snížil se tep. S polohováním byl však problém, muselo se přizpůsobit jejímu stavu. Nemohla být příliš zahalená, jelikož se nadměrně potila a často trpěla na teploty. Využita byla poloha hnízdo na zádech i na boku, avšak jen na malý časový interval.

Orofaciální stimulace

Orofaciální stimulace byla prováděna po 14denní odmlce, kdy se její stav vylepšil, a přestala být bez teplot. Byla provedena ve třech terapeutických jednotkách a to ve dnech 4. 1., 5. 1. a 6. 1. 2016. Stimulace se ukázala velmi účinnou, dokázala přijímat tekutou stravu. **5. 1. 2016** byla terapeutem dopomáhána k samostatnému příjmu potravy. Pro třes byl nácvik velmi obtížný, přesto se dokázala nasytit pouze s dohledem terapeuta.

Auditivní stimulace

Auditivní stimulace byla prováděna ve dnech, kdy podstupovala dialýzu s následujícím klidovým režimem nebo měla teplotní stavy. Využit byl discman přinesen rodinou s poslechem CD vážné hudby nebo televizní pořad „Šlágr“. Libé pocity byly vyjádřeny úsměvem a na otázky, zda se cítí klidně, odpovídala vždy kladně.

Optická stimulace

Optická stimulace byla využívána ve stejných situacích, jako auditivní. Využívány byly fotografie rodiny a domu. U této stimulace byla využita komunikace o jednotlivých členech rodiny, kdy odpovídala přikývnutím nebo otevíráním úst, kdy terapeut odezíral. Vždy se usmívala a k terapeutovi si vytvořila velmi přívětivý vztah.

12.8 Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření nemohlo být provedeno 8. 1. 2016 jako u všech. Dne 6. 1. 2016 prodělala krvácení do mozku a o dva dny později, tedy 8. 1. 2016 nastal exitus.

Do 6. 1. 2016 se stav vylepšil. Polohováním a zklidňující stimulací se podařilo její celkové zklidnění a snížení krevního tlaku. Auditivní a optickou stimulací se podařilo navodit libé pocity a cítila se velmi klidně. Orofaciální stimulace podpořila samostatný příjem potravy a sebesycení zvládala s dohledem.

13 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 1 Účinnost prvků u klienta 1

Využité prvky	Účinnost
Neurofyziologická stimulace	+
Optická stimulace	+
Masáž stimulující dýchání	+
Polohování	+
Zklidňující stimulace	+
Taktilně haptická stimulace	+
Orofaciální stimulace	-
Olfaktorická stimulace	-

Zdroj: Vlastní

U klienta 1 bylo využito 8 prvků, z nichž 6 bylo účinných (+) a 2 neúčinné (-). Bazální stimulace zde měla velmi pozitivní dopad a velké ovlivnění několika oblastí. Pouze orofaciální a olfaktorická stimulace byla zcela bez kladné odezvy.

Tabulka 2 Účinnost prvků u klientky 2

Využité prvky	Účinnost
Polohování	+
Masáž stimulující dýchání	+
Zklidňující stimulace	+
Povzbuzující stimulace	+
Orofaciální stimulace spojená s orální	+

Zdroj: Vlastní

U klientky 2 bylo využito 5 prvků, z nichž všechny byly účinné (+). Bazální stimulace přinesla největší prospěch ve smyslu snížení hyperaktivity.

Tabulka 3 Účinnost prvků u klienta 3

Využité prvky	Účinnost
Masáž stimulující dýchání	+
Povzbuzující stimulace	+
Taktilně haptická stimulace	+
Orofaciální stimulace	-

Zdroj: Vlastní

U klienta 3 byly využity 4 prvky, z nichž 3 působily (+) a pouze 1 ne (-). Nepůsobila orofaciální stimulace, ale zde je nezbytné brát v potaz jeho dlouhodobě neměnný stav.

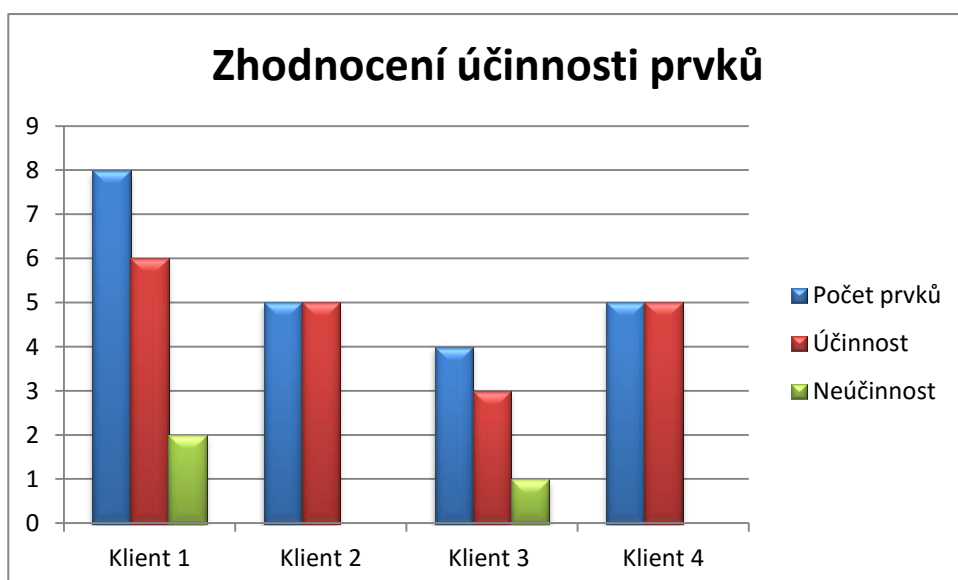
Tabulka 4 Účinnost prvků u klientky 4

Využité prvky	Účinnost
Zklidňující stimulace	+
Polohování	+
Orofaciální stimulace	+
Auditivní stimulace	+
Optická stimulace	+

Zdroj: Vlastní

U klientky 4 bylo využito 5 prvků a zde se všechny osvědčily (+). Nejlépe zde fungovala orofaciální stimulace, kdy podpořila samostatný příjem potravy.

Graf 1 Zhodnocení účinnosti prvků



Zdroj: Vlastní

V grafu je názorně zobrazen celkový počet prvků a zhodnocení účinnosti nebo neúčinnosti. Z grafu je patrné, že převažuje pozitivní působení prvků, což dokazuje vliv bazální stimulace na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

DISKUZE

Praktická část se zabývala individuální účinností prvků bazální stimulace u klientů s různými diagnózami. Informace byly zjišťovány formou kvalitativního výzkumného šetření a sběr dat byl zaznamenán do kazuistik. Všichni byli hospitalizováni na anesteziologicko resuscitačním oddělení – dlouhodobá intenzivní péče. Probíhala spolupráce s lékaři, fyzioterapeutem a všeobecnými sestrami, které mají kurzy bazální stimulace. U všech bylo vstupní i výstupní vyšetření provedeno metodou pozorování.

K bakalářské práci byly autorem stanoveny 4 hypotézy, které jsou zaměřeny na jednotlivé prvky a to na účinek orofaciální stimulace, polohování, neurofyziologické stimulace a na účinek biografické anamnézy v komunikaci s klientem. Prvky bazální stimulace působily víceméně pozitivně, nastalo zlepšení vědomí a celkové zklidnění klientů.

Hypotéza 1: Předpokládám, že repetitivní aplikací orofaciální stimulace selepší příjem potravy.

Orofaciální stimulace byla prováděna u všech klientů. Měla za úkol podpořit samostatný příjem potravy. Friedlová (2003, 2011) ve svých knihách uvádí, že orofaciální stimulace by měla začínat iniciálním dotekem, čichovou stimulací a somatickou stimulací obličejové části hlavy. Tato stimulace se dá podpořit bodovou orofaciální stimulací dle prof. Moralese. Dále uvádí, že cílem je zprostředkovávat vjemy ze svých úst a je důležité znát oblíbené nápoje a pokrmy. Tyto informace byly zjištěny u všech díky biografické anamnéze.

Na základě vstupního a výstupního vyšetření byla potvrzena hypotéza u dvou ze čtyř klientů. U klienta č. 1 se hypotéza nepotvrdila, orofaciální stimulaci zcela nepochopil. Jakýkoliv pokus o příjem potravy per os byl odmítnut, ač byly využity oblíbené chutě klienta. U klientky č. 2 se hypotéza potvrdila, díky orofaciální stimulaci byla schopna přijímat potravu alespoň v malé míře. Klient č. 3 byl stimulován na přání rodiny, ale reakce u něho byly minimální. Hypotéza se zde nepotvrdila. Klientka č. 4 reagovala na orofaciální stimulaci nejlépe.

Obecně se hypotéza potvrdila u klientek, které měly zavedenou nasogastrickou sondu a u klientů s perkutánní endoskopickou gastrostomií se nepotvrdila. Dá se ovšem předpokládat, že orofaciální stimulace rozhodně může zlepšit příjem potravy a u klientů s PEG vyvolat intenzivní dlouhodobější stimulací spolupráci při příjmu potravy.

Hypotéza 2: Předpokládám, že informace získané z biografické anamnézy a jejich převedení do prvků bazální stimulace ovlivní vědomí klientů.

Biografická anamnéza se stala podmínkou k využívání prvků bazální stimulace. Byla vyplněna rodinnými příslušníky na počátku výzkumného šetření a využívána po celou dobu. Friedlová (2008) uvádí, že je to důležitá část ošetrovatelského procesu. Díky této anamnéze se stává bazální stimulace výjimečná tím, že zohledňuje individualitu a pomáhá správně zvolit vhodné stimuly. Autorka také ve svých knihách uvádí, že péče poskytována na základě biografické anamnézy znamená porozumět klientům a pochopit jejich chování a emoce. Velmi důležité je znát iniciální dotek a tohoto doteku využívat po příchodu terapeuta.

K dispozici byl upravený dotazník z oddělení, který byl zpracován dle skript Friedlové a byl povolen využit do zpracování praktické části bakalářské práce. Dotazníky byly zdravotnickým personálem rozdány mezi rodinné příslušníky, ale některé dotazy byly vyplněny velice stroze. Spolupráce s rodinou v tomto ohledu poněkud vázla, bylo nutné spokojit se s poněkud neobsáhlými informacemi.

Biografické anamnézy bylo využito především v polohování, kdy bylo dbáno na oblíbenou míru přikrytí klientů. Dále byly informace využity v optické stimulaci, kdy z biografické anamnézy bylo patrné, zda má přineseny oblíbené předměty, které by se mohly dále využívat ke stimulaci. Další oblast, ve které se stal dotazník velkým přínosem, byla část o jídle a pití, kdy z něho vyplývalo, kterých chutí se dá využít k orofaciální stimulaci a tím k navození příjemných pocitů. V neposlední řadě byly využity i oblíbené zvuky ke stimulaci auditivní, díky které byly stimulovány paměťové vjemy.

Informace z biografické anamnézy se staly velmi podstatnou částí výzkumného šetření a díky ní mohla být práce s každým klientem individuální. U všech byly na základě informací z dotazníku zpozorovány pozitivní reakce při stimulacích. Prokázalo se, že komunikace a využívání informací skutečně na klienta působí a ovlivňují reakce.

Hypotéza č. 2 se v tomto případě potvrdila u všech klientů. Informace získané pomocí biografické anamnézy skutečně ovlivnily jejich vědomí. Vědomí bylo ovlivněno ve smyslu pozitivních reakcí na stimuly. Všichni začali především reagovat na iniciální dotek, jen klient č. 3 nedokázal reagovat fixováním terapeuta obličejem, ale na příchod reagoval podáním ruky. Dále reagovali na optickou stimulaci, auditivní, orofaciální i taktilně haptickou.

Hypotéza 3: Předpokládám, že správný výběr polohování dle konceptu bazální stimulace může hyperaktivního klienta uvést do klidového stavu.

Tato hypotéza byla prokazována pouze u klientky č. 2, u které se vyskytovala velká hyperaktivita. Nedokázala vydržet v klidu, snažila se vyjmout z těla nasogastrickou sondu, infuze i všechny ostatní „hadičky“. Bylo zde nutností připoutání k lůžku.

Friedlová (2006) uvádí, že poloha mumie je indikována u neklidných klientů a po tomto polohování se zklidní. Dále uvádí, že je třeba dbát na informace z biografické anamnézy, jaká důležitost je přikládána přikrytí ramen.

Hypotéza se potvrdila naprosto jednoznačně. U klientky byla prováděna poloha hnízdo v kombinaci s polohou mumie. Její hyperaktivita se snížila, libost dávala najevo úsměvem a přikývnutím na otázku, zda se cítí dobře. Tyto kladné reakce se staly přínosem i pro zdravotnický personál, jelikož nebylo nutností poutat ji k lůžku.

Hypotéza 4: Předpokládám, že repetitivním prováděním neurofyziologické stimulace se podpoří vnímání plegické končetiny.

Neurofyziologická stimulace byla prováděna u klienta č. 1. Klient měl pravostrannou hemiplegii a tato stimulace měla ovlivnit vnímání plegické končetiny.

Friedlová (2006, 2011) uvádí, že neurofyziologická stimulace vychází z toho, že se nervová vlákna ve středu těla nepatrně překrývají a proto se v této oblasti nachází zvýšená citlivost. Skýtá možnost umožnit klientovi s plegií znovu postiženou stranu integrovat do tělesného schématu. Zdůrazňuje, že musí nejprve vnímat zdravou stranu těla, aby mohl začít vnímat stranu postiženou.

Dále uvádí, že by si měl uvědomovat svou zdravou stranu. Je dobré verbální vyzvání a zvýrazňovat střed těla, to znamená udělat krátkou pauzu. Při přenášení vjemů ze zdravé strany na nemocnou je dobré využít lehký tlak.

Hypotéza se potvrdila. Stimulace byla prováděna s verbálním doprovodem, aby si mohl uvědomovat ještě více hranice svého těla. Plegickou končetinu začal vnímat po 12 dnech, kdy u něho byla stimulace prováděna. Nejen, že napomohla vnímání plegické končetiny, ale nastalo i celkové uvolnění zdravé strany. Klient o plegické končetině „věděl“, při polohování si ji zdravou končetinou držel pevným stiskem.

Z diskuze vyplývá, že se potvrdily 3 hypotézy ze čtyř stanovených. Hypotéza 1 byla potvrzena jen u dvou klientů ze čtyř. Je nezbytné brát v úvahu, že u těchto dvou klientů by byla potřeba dlouhodobější stimulace.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo Využití bazální stimulace na anesteziologicko resuscitačním oddělení z pohledu ergoterapie.

Hlavním cílem se stala individuální aplikace prvků u klientů s různými diagnózami a sledování jejich účinnosti. Práce se tedy především zabývala prováděním jednotlivých prvků a zaznamenáváním reakcí, které byly zpozorovány. Výzkumné šetření bylo prováděno zejména metodou pozorování.

V návaznosti na cíl práce byly zvoleny čtyři hypotézy, z nichž tři byly potvrzeny a jedna vyvrácena. Všechny prvky byly prováděny ve spolupráci zdravotnického personálu a rodinných příslušníků, kteří napomohli především pravdivým vyplněním biografické anamnézy. Informace z biografické anamnézy sloužily po celou dobu vykonávání výzkumného šetření ke správné komunikaci. V tomto je bazální stimulace jedinečná, jelikož se terapeut seznamuje i s důvěrnou stránkou klienta, které pak využívá v rámci stimulace.

Smyslem práce bylo nastudování informací o provádění prvků bazální stimulace, tyto načerpané informace aplikovat na klienty na anesteziologicko resuscitačním oddělení a sledovat jejich reakce. Tento smysl práce byl splněn, prvky byly aplikovány, reakce pečlivě pozorovány a zaznamenány do terapeutických jednotek.

Práce by měla být shrnutím problematiky hospitalizace na anesteziologicko resuscitačním oddělení a přiblížit koncept bazální stimulace. Dále by měla poukázat na to, že může ergoterapeut pracovat na tomto oddělení v rámci multidisciplinárního týmu a intenzivně se věnovat klientům.

Vliv bazální stimulace na klienty na anesteziologicko resuscitačním oddělení je zjevný. Dokáže ovlivnit spoustu oblastí lidského organismu. Také působení ergoterapeuta na anesteziologicko resuscitačním oddělení by s sebou přineslo velké množství výhod, jelikož by se mohl individuálně věnovat klientům po delší dobu a pozitivně tak ovlivňovat jejich stav.

Po zkušenostech autora při provádění výzkumného šetření je patrné, že ergoterapeut by se na tomto oddělení velice uplatnil ať už v provádění bazální stimulace, nebo v jiných ergoterapeutických intervencích.

Bakalářská práce by mohla sloužit pro terapeuty či rodinné příslušníky, kteří se potýkají s touto problematikou a využít ji jako inspiraci, které prvky provádět.

Dále by mohla sloužit jako studijní materiál pro studenty ergoterapie, kteří se o bazální stimulaci zajímají.

LITERATURA A PRAMENY

- Anon. Basale Stimulation. *Barmherzige Schwestern*. [online]. 2015? [cit. 2015-09-22]. Dostupné z www: <<http://www.bhs.or.at/pflegehaeuser/basale-stimulation/>>.
- Anon. Kommunikation braucht keine Worte. *Basale Stimulation*. [online]. 2015? [cit. 2015-09-17]. Dostupné z www: <<http://www.basale-stimulation.de/konzept/>>
- BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhaltung GmbH, 2003, 256 s. ISBN 3-7800-4001-8.
- Centrum Bazalka. Bazální stimulace. *Centrum Bazalka*. [online] [2015] [cit. 2015-09-22] Dostupné z www: <<http://www.centrumbazalka.cz/cz/page/2577/bazalni-stimulace.html>>.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005, 50, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program; Nástavbový kurz Bazální stimulace®; Nástavbový modul II. 8. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2011, 25 s.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program, Základní kurz bazální stimulace, Základní modul I. 10. přepracované vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, s.r.o., 2011.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP. Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén, 2003. s. 313 – 316. ISBN 80-7262-227-7.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace. 6. vyd. Frýdek – Místek. Tiskárna Kleinwächter, 2008, 24 s.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. 5. vyd. Frýdek - Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2006. 32 s.
- HANDL, Zdeněk. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Vyd. 4., dopl. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 149 s. ISBN 9788070134597.
- Institut Bazální stimulace. O bazální stimulaci. *Institut Bazální stimulace*. [online]. © 2005-2015 [cit. 2015-08-20]. Dostupné z www: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>>.

Institut Bazální stimulace. O nás. *Institut Bazální stimulace*. [online]. © 2005-2015 [cit. 2015-09-22]. Dostupné z www: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/o-nas/>>.

Jan Pachtl. Základy anesteziologie a resuscitační péče [online]. 2000. [cit. 2015-09-21]. Dostupné z www: <http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/anesteziologie/Skripta_AR_cas_t_1.pdf>.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

Lubomír Firda. Léčebná rehabilitace na anesteziologicko resuscitačním oddělení [online]. 2015?. [cit. 2015-08-22].

Dostupné z www: <http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_12.pdf>.

Markéta Vojtová. *Oxygenoterapie, Umělá plicní ventilace* [online] 2016? [cit. 2016-02-22]. Dostupné z www: <http://www.zshk.cz/sites/default/files/oxygenoterapie_UPV.pdf>.

NYDAL, P., BARTOZSEK, G., *Basale Stimulation, Neue Wege in der Intensivpflege* 3. Auf. Munchen: Urban u. Fischer Verlag 2000. 253 s. ISBN 3-437-26500-8.

Paventia z. s. Základní kurz Bazální stimulace®. *Paventia z.s* [online]. [2015]

[cit. 2015-08-18] Dostupné z www: <<http://www.paventia.cz/news/zakladni-kurz-bazalni-stimulace-R/>>.

PETER NYDAHL; GABRIELE BARTOSZEK (HRSG.). *Basale Stimulation: Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl., 2 [. Druck]. München: Urban und Fischer, 2007. ISBN 9783437265013.

Sestřička. Umělá plicní ventilace v intenzivní péči. *Sestřička*. [online]. 12.12.2013

[cit. 2016-02-22]. Dostupné z www: <<http://sestricka.com/umela-plicni-ventilace-v-intenzivni-peci>>.

SEZNAM ZKRATEK

CPAP	Continous Positive Airway Pressure = kontinuální pozitivní přetlak
DIP	Dlouhodobá intenzivní péče
DK, DKK	Dolní končetina/končetiny
HK, HKK.....	Horní končetina/končetiny
KARIM.....	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
MRSA.....	Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok
PADL.....	Personální všední denní činnosti
PEG.....	Perkutánní endoskopická gastrostomie
SAK	Subarachnoidální krvácení
SIMV	Synchronized Intermittent Ventilation = synchronizovaná zástupná ventilace
UPV	Umělá plicní ventilace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Účinnost prvků u klienta 1	67
Tabulka 2 Účinnost prvků u klientky 2	67
Tabulka 3 Účinnost prvků u klienta 3	68
Tabulka 4 Účinnost prvků u klientky 4	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zhodnocení účinnosti prvků.....	69
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Poloha hnízdo na zádech.....	81
Příloha 2 Poloha hnízdo na boku.....	82
Příloha 3 Poloha mumie	83
Příloha 4 Iniciální dotek jako informace pro celý personál.....	84
Příloha 5 Biografická anamnéza, část 1	85
Příloha 6 Biografická anamnéza, část 2.....	86
Příloha 7 Biografická anamnéza, část 3.....	87
Příloha 8 Neurofyziologická stimulace	88
Příloha 9 Celková koupel povzbuzující.....	89
Příloha 10 Celková koupel zklidňující	90
Příloha 11 Masáž stimulující dýchání	91

Příloha 1 Poloha hnízdo na zádech



Zdroj: Vlastní

Příloha 2 Poloha hnízdo na boku



Zdroj: Vlastní

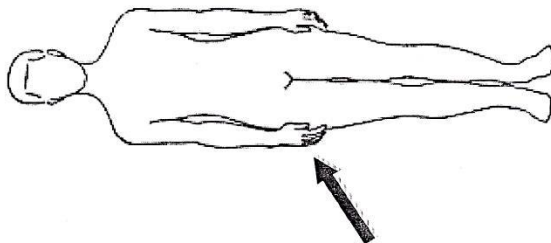
Příloha 3 Poloha mumie



Zdroj: Vlastní

Iniciální dotek:

Pravá ruka



Příloha 5 Biografická anamnéza, část 1

Biografická anamnéza

Jméno, příjmení, titul.....Věk.....

Blízká osoba:.....

INICIÁLNÍ DOTEK: ANO NE pokud ANO, uveďte místo.....

Tělesná péče:

levák pravák

Je pro ni/něho péče o své tělo důležitá? ano ne

Jak často a kdy? denně ráno večer

občas – prosíme specifikujte:.....

Teplota vody: chladná vlažná teplá horká

K mytí používá:.....

Potřebuje pomoc při mytí? ano ne

Rituály při mytí:.....

Stav pokožky: normální mastná suchá

Toaletní potřeby: k dispozici budou přineseny nemá

krém..... pěna na holení..... deodorant

Holení: mokré elektrický strojek – má vlastní? ano ne

Péče o zuby, na co brát ohled?.....

Vlastní kartáček a pasta? ano ne

Zubní protéza: ano ne

Specifikujte: plná protéza částečná protéza horní čelist dolní čelist

Spí s protézou? ano ne

Jak často si myje vlasy?..... Používá speciální prostředky?.....

Nehty: žádné zvláštnosti specifikuje:.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne

Na kterém místě nemá rád/a dotek?.....

Zdroj: Upravený dotazník z oddělení ARO DIP

Příloha 6 Biografická anamnéza, část 2

Spánek

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí
 vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?.....

Přineseno: ano ne

Přikrývá se tak, že si dá deku až na ramena? ano ne

Kolik hodin denně spí?..... Má hodně zatemněno při spánku?.....

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké slané ostré kyselé

Teplota jídla: teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Oblíbený nápoj:.....Oblíbený pokrm:.....

Nesnáší:.....

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek):.....

Vlastní přinesené poživatiny:.....

Potíže při polykání: ano ne

Specifikujte:.....

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy mikce léčba medikamenty

Jaké poruchy?.....

Při inkontinenci užívá: inkont. vložky plen. kalhotky perm. katétr

Stolice: bez problémů obstipace průjem

Specifikujte problémy:.....

Sluch

Sluch postižen: ano: vpravo vlevo ne

Specifikujte postižení:.....

Sluchadlo: ano ne

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady:.....

Zvuky, na které je zvyklý/á:.....

Přinesené předměty:.....

Zdroj: Upravený dotazník z oddělení ARO DIP

Příloha 7 Biografická anamnéza, část 3

Zrak

Porucha zraku: ano: vpravo vlevo ne

Specifikujte:.....

Brýle: ano ne Kontaktní čočky: ano ne

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty:.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte:.....

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou?.....

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy hemiplegie poruchy citlivosti
 hypotonus spasticita kontraktury

Lokalizace, popřípadě jiná specifikace:.....

Kompenzační pomůcky:.....

Způsob života

Povolání:.....

Koníčky, zájmy:.....

Děti, vnoučata:.....

Zvířata:.....

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:.....

Víra:.....

Jak snáší bolesti?.....

Jak zvládá zátěžové situace?.....

Má relaxační techniky?.....

Důležitý zážitek v poslední době:.....

Jiné:.....

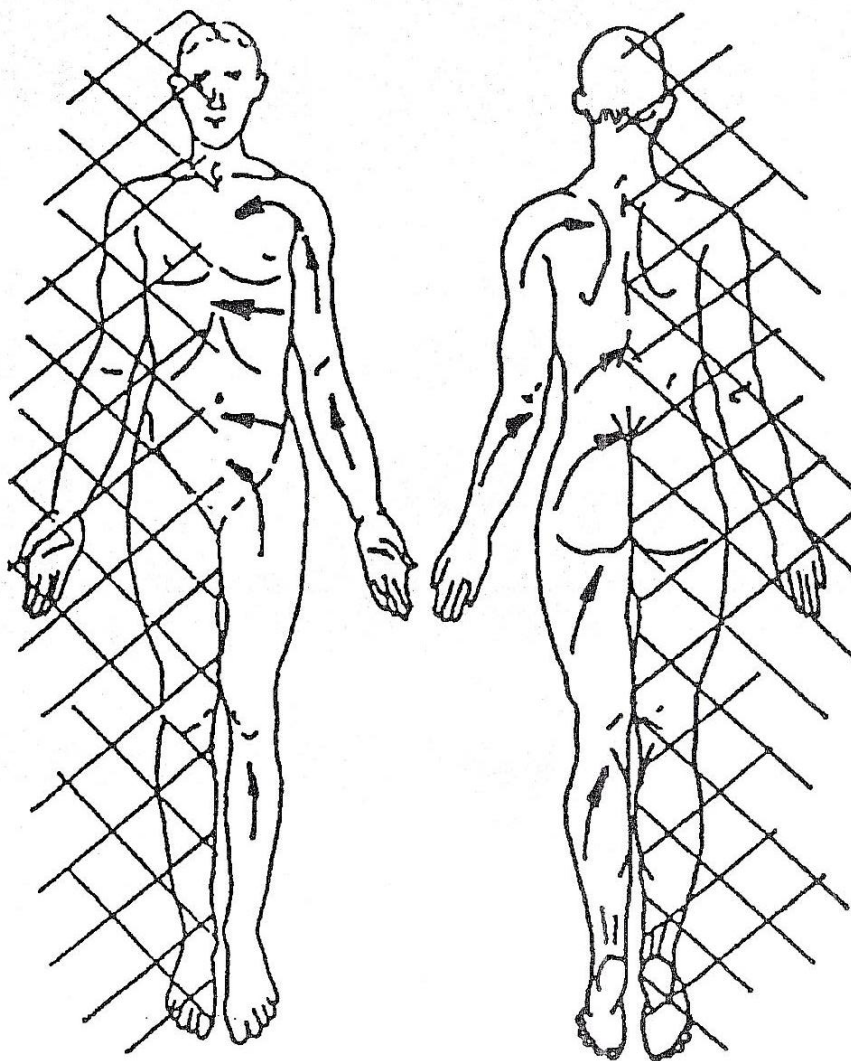
Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:.....

Anamnézu sepsala:..... Dne:.....

Dotazy zodpověděl/a, je ve vztahu k pacientovi.....

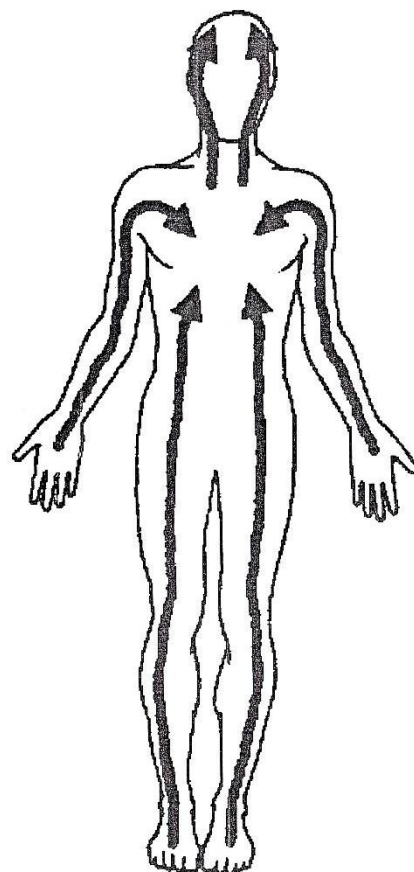
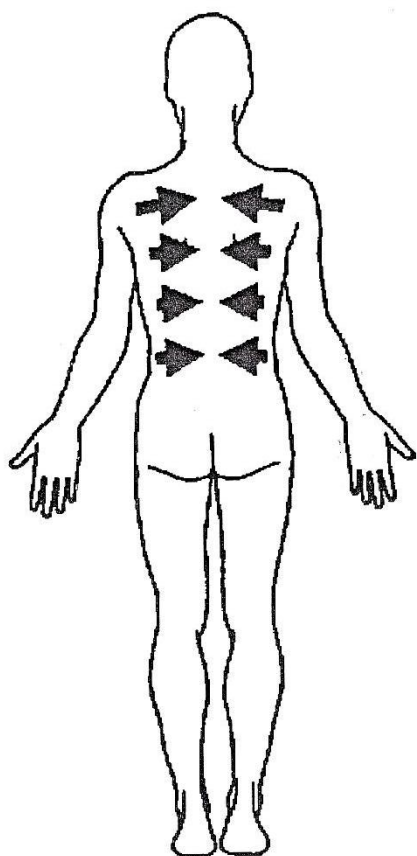
Zdroj: Upravený dotazník z oddělení ARO DIP

Příloha 8 Neurofyzilogická stimulace



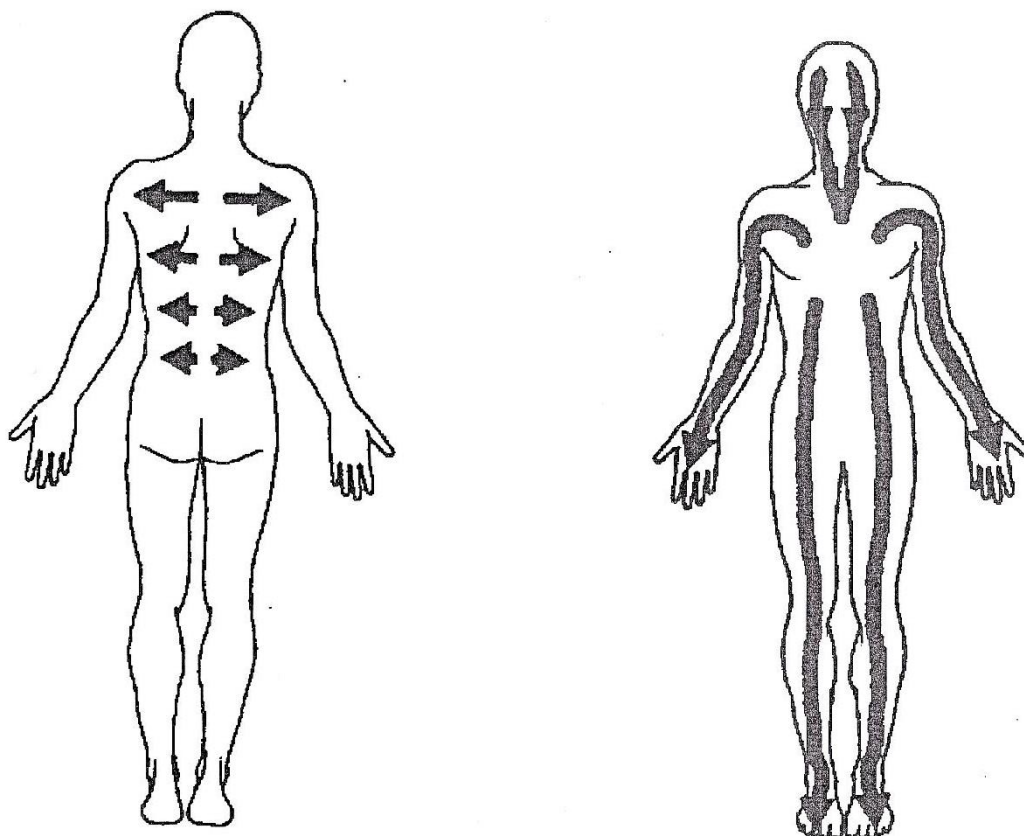
Zdroj: Friedlová, 2006, s. 17

Příloha 9 Celková koupel povzbuzující



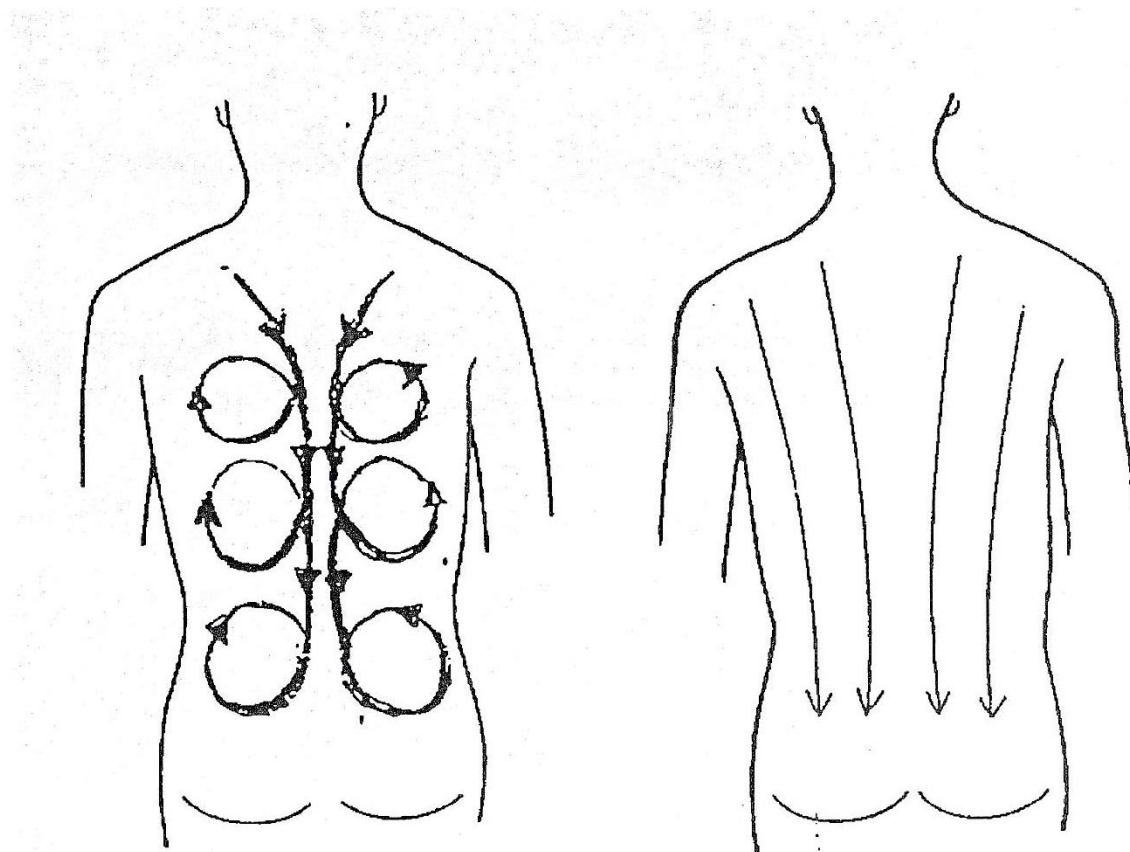
Zdroj: Friedlová, 2006, s. 15

Příloha 10 Celková koupel zklidňující



Zdroj: Friedlová, 2006, s. 14

Příloha 11 Masáž stimuluji dýchání



Zdroj: Friedlová, 2006, s. 23