

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Bazální stimulace[®] v hospicové péči

bakalářská práce

Autor práce: Soňa Hrůzová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sloupová Bürgerová

Datum odevzdání práce: 2.5.2013

Abstrakt

Současný stav

Hlavním úkolem Bazální stimulace[®] v hospicové péči je dopřát pacientům v terminálním stádiu nemoci jistotu, že není sám a že tu do poslední chvíle budeme s ním. V paliativní péči se využívá nastavbových i základních prvků Bazální stimulace a díky tomu se zajišťuje uspokojování všech potřeb klienta. Také zvyšuje možnosti sestry, jak být pro pacienta prospěšná, a motivuje k lepším výsledkům při ošetřování (15).

Cíle výzkumu

1. Zjistit, zda koncept Bazální stimulace[®] zkvalitňuje život klienta v hospicové péči.
2. Zjistit, jak klienti reagují na techniky Bazální stimulace[®].

Výzkumné otázky

1. Zkvalitňuje Bazální stimulace[®] život klienta/pacienta v hospici?
2. Jak působí na klienta/pacienta v hospici techniky Bazální stimulace[®]?

Metodika

Pro vypracování výzkumné části práce byl použit kvalitativní výzkum, kdy metodou sběru dat bylo dotazování ošetrovatelského personálu a pozorování klientů v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Pozorování probíhalo při samostatném provádění prvků Bazální stimulace u klientů a při spolupráci se sestrou. Informace o klientech byly získávány také analýzou ošetrovatelských a lékařských dokumentů. Některé výsledky byly zpracovány pomocí kategorizace a myšlenkových map.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo pět klientů Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Z toho dva klienti byli z oddělení zvýšeného sledování, u kterých jsem pouze spolupracovala se sestrou a pozorovala reakce klientů na Bazální stimulaci. V rámci výzkumu u těchto dvou klientů jsem provedla rozhovor s ošetřující sestrou. U ostatních tří klientů na standardních lůžkách jsem prováděla tři dny prvky Bazální stimulace a pozorovala jejich reakce. Výzkum probíhal v měsíci lednu 2013. Pozorování se konalo při provádění prvků Bazální stimulace u klientů. Rozhovor se

sestrou byl nestandardizovaný a otázky byly otevřené. Přepis rozhovoru není součástí práce kvůli zajištění anonymity sestry.

Výsledky

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda prvky Bazální stimulace zkvalitňují klientům v hospici život a jak na ně jednotlivé prvky působí. U klientů jsem prováděla vždy jen prvky vhodné k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Z výzkumu je zřejmé, že provádění prvků Bazální stimulace u klientů v hospicové péči je přínosné a zkvalitňuje jim život. Díky aplikaci Bazální stimulace jsou klienti klidnější a snadněji navazují kontakt s ošetřujícím personálem, který je důležitý pro jejich dobrý psychický stav. Také pomáhá významně budovat důvěru s klientem a vytváří nový prostor pro komunikaci a případné svěření se s těžkostmi a bolestmi.

Na aplikaci kontaktního dýchání reagovali respondenti 2, 3 a 4, u kterých jsem prvek prováděla, zklidněním a prohloubením důvěry. Při uložení respondentů 1, 2, 3 a 5 do polohy hnízdo byli klienti jistější, zklidnili se a relaxovali. V této poloze také usínali. Celkovou zklidňující či povzbuzující koupel jsem prováděla u respondentky 1 a 2 a respondenta 5. Na zklidňující koupel reagovali respondenti 2 a 5 uvolněním těla, protažením končetin a zklidněním. Povzbuzující koupel jsem prováděla u respondentky 1 a ta reagovala protažením končetin, bdělostí, zesílením pozornosti a celkovou aktivizací. Aplikace masáže stimuluje dýchání se projevovala u respondentů 1, 3 a 4 zklidněním frekvence dechu, prohloubením dýchání, zlepšením komunikace a důvěry. U respondenta 3 tento prvek napomohl také k prolomení komunikační bariéry a celkovému zlepšení dýchání. Společným znakem při používání iniciálního doteku u respondentů se změněným vědomím 1 a 5 byl klid při výkonech a probuzení a větší jistota. U respondentky 2 prvek vedl ke klidu, jistotě a vytvoření důvěry. Pro běžné využívání Bazální stimulace v paliativní péči nejsou vhodné všechny prvky, ale ty, které byly použity do tohoto výzkumu, jsou velmi dobře včlenitelné do základní ošetrovatelské péče a všechny se u klientů setkaly s pozitivními reakcemi.

Závěr

Empirickou část práce jsem zpracovala pomocí pozorování klientů, u kterých jsem osobně prováděla Bazální stimulaci a mohla jsem tak zhodnotit, jak na ně techniky

působí. Vykonávání výzkumu bylo zajímavé a obohatilo mě o nové zkušenosti. Bazální stimulace je podle mého názoru stále v některých oborech nedoceněným konceptem. Na druhou stranu je poměrně časově náročná a je logické, že na některých pracovištích, kde není sester mnoho a sotva stačí na základní ošetrovatelskou péči, ji nelze ve větším měřítku provádět.

Výsledky šetření budou po domluvě s vrchní sestrou poskytnuty a v případě zájmu odprezentovány v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Celou práci jsem také nabídla PhDr. Karolíně Friedlové. Také jsem kontaktovala zařízení poskytující hospicovou péči, která mi přispěla informacemi do teoretické části práce a nabídla jsem jim odprezentování práce a dosažených výsledků.

Klíčová slova

Bazální stimulace, hospic, hospicová péče, paliativní péče

Abstract

Current state

The main purpose of Basale stimulation in hospice care is to offer terminally ill patients security that they aren't alone and that somebody will be with them until the very last moments of their lives. In lenitive care we use basic and additional elements of basale stimulation, which allows us to ensure all the needs of the clients are always taken care of. This also expands opportunities of the nurses to be helpful to patients and it motivates them to achieve better results in the hospice treatments and care.

Research objectives

1. Find out whether Basale stimulation improves the life quality of patients in hospice care
- 2 Find out how clients react to the techniques of Basale stimulation

Research questions

1. Does Basale stimulation improve the lives of patients in the hospice?
2. How do the techniques of Basale stimulation affect the client/patient in the hospice?

Methodology

To complete the reserach part of the project we used qualitative research, where the method of data collection was interviewing the nursing staff and observing the patients in House of pain relief with St Joseph's hospice in Rajhrad u Brna. Observation took place during the individual applications of Basale stimulation to clients and during the cooperation with the nurse. Information about the clients were also collected through the analysis of nursing and medical documents. Some of the results were processed through categorization and mindmaps.

Research group

The research group consisted of five patients from the House of pain relief with St Joseph's hospice in Rajhrad u Brna. Two of these clients came from the Department of increased monitoring, where I merely assisted the nurse and observed the reactions of patients undergoing Basale stimulation. While conducting reserach with those two patients I interviewed the assisting nurse. With three other clients with regular care I carried out Basale stimulation for three days and observed their reactions to it. The

research took place in January 2013. Observation took place while applying elements of Basale stimulation to the patients. The interview with the nurse was spontaneous with no set questions.

Results

The aim of the research was to determine whether stimulation of the basal clients improve the quality of life in hospice and how the various elements operate them. For clients I did the only elements suitable to their current state of health.

It is obvious from the research that Basale stimulation is beneficial and it improves the life quality of the patients in hospice care. Thanks to Basale stimulation, the clients are calmer and it is easier for them to communicate with the nursing staff, which is very important for improving their mental health. It also helps to establish trust with the patients and it opens up new opportunities for communication and possible confiding about their troubles, pain and relief. On the application, contact respiration responded respondents 2, 3 and 4, which I carried out element, soothing and deepening trust. When you save the respondents 1, 2, 3 and 5 to the position nest clients were more confident, calm down and relaxed. In this position also fall asleep. The overall soothing or invigorating bath I conducted with respondents 1 and 2 and the 5th respondent. At soothing bath respondents responded 2 and 5 of the release of the body, stretching the limbs and soothing. Invigorating bath I made the respondents 1 and the response stretching of limbs, alertness, attention and gain overall activation. Applications massage stimulates respiration was evident among respondents 1, 3 and 4 soothing respiratory rate, deepening breathing, improving communication and trust. The respondent 3, this element also helped to break down communication barriers and improve overall breathing. A common feature when using the initial touch of the respondents altered consciousness 1 and 5 was quiet during performances and awakening and greater certainty. The respondent 2 element led to peace, security and confidence building.

For the basic usage of Basale stimulation in lenitive care not all elements are necessarily beneficial; however, those used in this research are very easy to incorporate into basic nursing care and all of them were met with positive reactions from the clients.

Conclusion

The empirical part of my research was conducted through observation of patients to whom I personally applied Basale stimulation – therefore I could easily evaluate how the techniques affected them. This research was interesting and intriguing; and it definitely enriched me with new insights and experiences. I believe Basale stimulation is still a highly underrated concept in some medical fields. On the other hand, the practice is time consuming and it is understandable that some only just have enough nurses to cover the basic care of the patients, therefore it is not always possible to provide this technique to the patients.

After consulting the head nurse of the hospice the results of this study can be provided and in case of interest even presented in the House of pain relief with St Joseph's hospice in Rajhrad u Brna. I also offered all of this work to PhDr. Karolina Friedlova. I also contacted centres offering hospice care, who provided some additional information for the theoretical part of my project and I offered to them the presentation of my work and of the acquired results.

Key words

Basale stimulation, hospice, hospice care, lenitive care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Soňa Hružová

Poděkování

Děkuji za cenné rady, připomínky a odborné vedení při zpracování bakalářské práce PhDr. Haně Sloupové Bürgerové. Také chci poděkovat celému kolektivu z Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, který se mnou spolupracoval při provádění výzkumného šetření a vyšel mi vstříc a rodinným příslušníkům za trpělivost.

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Paliativní péče	13
1.2 Hospic jako útočiště	14
1.2.1 Možnosti hospicové péče	14
1.2.2 Potřeby umírajících	15
1.2.3 Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě	17
1.3 Koncept Bazální stimulace [®]	17
1.3.1 Prvky Bazální stimulace [®]	19
1.3.2 Možnosti vzdělání v Bazální stimulaci [®]	23
1.4 Bazální stimulace [®] v hospicové péči	24
1.4.1 Používání Bazální stimulace [®] v hospicích v České republice	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika	28
3.1 Metodika práce	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	28
4 Výsledky	29
4.1 Kazuistiky	29
4.2 Analýza výsledků	48
5 Diskuze	55
6 Závěr	58
7 Seznam použité literatury	59
8 Seznam příloh	62

Seznam použitých zkratek

BS – Bazální stimulace[®]

DLBsH – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

VO – výzkumná otázka

TBC – Tuberkulóza

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

PEG - Perkutánní endoskopická gastrostomie

ONP – Oddělení následné péče

ARO - Anesteziologicko resuscitační oddělení

Úvod

V dnešní době, kdy se rozvíjejí všechna odvětví medicíny, je naštěstí také věnována pozornost pacientům, které již vyléčit nelze. Dříve tomu tak nebylo. Dnes již, snad úspěšně, směřujeme k tomu, že smrt člověka nebude považována za neúspěch a selhání, ale za nedílnou součást života. Myšlenkami se vracíme k předkům, kteří velmi dobře věděli, že umírající člověk by měl být, pokud je to jen trochu možné, se svými blízkými a měl by mít možnost se s nimi naposledy rozloučit. Od roku 1996, kdy byl zbudován první, ale zdaleka ne poslední, hospic u nás, je trend umírání „za plentou“ tedy minulostí. Je snahou zkvalitnit a co nejvíce zpříjemnit poslední chvíle umírajícího člověka, doprovázet ho, poskytnout mu oporu, vyslechnout poslední přání, pomoci vyřešit nevyřešené a zajistit, aby mohli být přítomni blízcí (1).

Ke zkvalitnění života pacienta v hospici slouží, spolu s jinými, koncept Bazální stimulace. Jeho úkolem je zlepšit vnímání a prožívání sebe sama ale i okolí, obnovit paměťové stopy příjemných vjemů a prožitků, zklidnit nebo naopak povzbudit celé tělo a mnoho dalších. Tento koncept využívá většina hospiců v České republice. Cílem mé práce je zjistit, zda a v jaké míře zkvalitňuje BS život člověka v hospici.

„ Aby péče nebyla jen technikou, dovedností a zručností, musí být nutně spojena s láskou“. Marie Svatošová (1)

1 Současný stav

1.1 Paliativní péče

Když se ohlédneme do minulosti, byla paliativní péče na počátku medicíny. Posláním lékařů a ošetřovatelek bylo především mírnění utrpení nemocných a doprovázení umírajících na poslední pouti. Paliativní péči často prováděla rodina, ale byla poskytována i v tehdejších špitálech a chorobincích (2).

Paliativní péče se dělí na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. Obecnou paliativní péči by mělo poskytnout jakékoli zdravotnické zařízení. Jedná se především o zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení, zda je další kurativní léčba smysluplná a nutná. Důležité je pochopit stav pacienta a zvolit co nejlepší a nejvhodnější péči podle aktuálních potřeb pacienta. Specializovanou paliativní péči poskytují zařízení k tomu určená (3).

„V souvislosti s umíráním si obvykle klademe otázku po kvantitě, tj. délce života či počtu dní, které má pacient ještě před sebou, nežli otázku po kvalitě života. A přece se ukazuje, že otázka kvality života je na konci životní pouti otázkou důležitou“ (4, str. 35).

Paliativní medicína neusiluje o vyléčení již neléčitelného onemocnění a vystavování tak pacienta dalším zbytečným zátěžím, vyšetřením a testům, ale klade si za cíl zmírňování obtíží a komplikací vzniklých onemocněním. Základem péče je spolupráce multidisciplinárního týmu a zajištění co nejlepší možné kvality a využití zbývajících života. Smyslem péče o umírajícího člověka nesmí být zkrácení umírání a života, nýbrž snaha o co nejkvalitnější strávení posledních chvil. Tím, že paliativní medicína se již nesnaží vyléčit nemoc, poskytuje o to kvalitnější péči o celkový stav klienta a uspokojování jeho potřeb. Indikací k paliativní péči jsou většinou nádorová onemocnění, ale i jiná nevléčitelná onemocnění v pokročilém stádiu, jako třeba neurologická nebo interní onemocnění (AIDS, jaterní cirhóza).

Paliativní péče se skládá ze dvou přístupů. Poučené doprovázení umírajícího, ve kterém jde především o komunikaci, empatii, naslouchání, ošetrovatelskou a sociální péči a spirituální podporu. Druhým principem je expertní lékařská péče, která se zabývá léčbou komplikací a přidružených onemocnění (5).

1.2 Hospic jako útočiště

Název hospic vznikl ve středověku a původně znamenal útočiště pro unavené a schvácené poutníky, kteří se zde zotavovali a nabírali síly na další cestu. Zřizovatel a majitel byl proto člověk, který ovládal hostinství, ale i ranhojičství. Tento hospic tedy lidem poskytoval bio-psycho-sociální komfort. Hospice, jaké známe dnes, začaly vznikat až ve 20. století. V České republice bylo v roce 1993 založeno občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, lékařkou Marií Svatošovou, Ecce homo, neboli „Ejhle člověk!“, které mimo jiné vybudovalo spolu s Diecézní charitou v Hradci Králové Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, první hospic u nás (2).

Dnes poskytují hospice, jakožto zdravotnická zařízení, nejen zdravotnickou péči, ale i podporu pacientům a jejich příbuzným či pozůstalým. Díky svému zaměření se mohou plně věnovat péči o umírající, a tím jim zajistit důstojné poslední chvíle a odchod. Většinu klientů hospice tvoří pacienti s onkologickým onemocněním (3).

1.2.1 Možnosti hospicové péče

Domácí hospicová péče je až na výjimky pro pacientovu psychiku lepší. Pacient se ve svém prostředí cítí lépe a má okolo sebe své blízké. Domácí prostředí často vede ke zlepšení stavu a lepšímu přijetí reality. Na druhou stranu musí většinu péče o klienta zastat rodina a blízcí. Odborníci rodinu jen navštěvují. Ne každá rodina toto břemeno zvládne z jakýchkoli důvodů unést (6).

Lůžková hospicová péče je určena pro pacienty, kterým zdravotní stav neumožňuje pobyt doma. Také pro pacienty, o které by se v domácím prostředí neměl kdo dostatečně postarat a zajistit jim adekvátní péči. Při pobytu v hospici přebírá péči o klienta tým odborníků a rodina je vítaným pomocníkem a může se stát také členem týmu. Zvláštní péče je věnována také rodinám nevléčitelně nemocných a pozůstalým. K hospicové péči neodmyslitelně patří paliativní medicína, která má za úkol odstraňování a tlumení bolesti pacienta (6).

Některá hospicová zařízení poskytují mimo jiné také respitní péči, což je především odlehčením pro rodinu, která se o klienta stará. Jedná se o pobyt klienta v lůžkovém hospici, kde je mu poskytována plná péče. V těchto případech jsou přijímáni do hospice klienti, kteří nejsou v terminálním stádiu, ale trpí jiným chronickým onemocněním, jako například Alzheimerova choroba, stařecká demence, stavy po CMP nebo stav po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti. Klient nesmí trpět akutním onemocněním a jeho zdravotní stav by neměl vyžadovat pobyt na akutním nemocničním lůžku. Tito klienti jsou často staršího věku (7).

1.2.2 Potřeby umírajících

Zdravotníci by měli na nemocného člověka pohlížet jako na celek a uvědomovat si, že porucha v jedné části může způsobit poškození v části jiné. Každý člověk by měl být brán jako individualita se svými specifickými potřebami (8).

Potřeby nemocných se mohou rozdělit do čtyř skupin, a to biologické, sociální, psychologické a spirituální. Potřeby klienta se během nemoci mění. Některé se stávají důležitějšími a jiné ustupují do pozadí.

Biologické potřeby jsou potřeby základní. Obsahují všechno, co tělo nemocného vyžaduje a potřebuje. Pacient potřebuje přijímat potravu, což je u klientů v terminálním stádiu mnohdy složité. Také se potřebuje adekvátně a co nejkvalitněji vyprazdňovat. Jednou z potřeb je potřeba dostatečného množství kyslíku a jeho správné využití v těle. Někdy je potřebou těla odnětí poškozeného orgánu. Důležitá je potřeba aktivity, aby se

předešlo proležením a postupnému chátrání ležícího těla, ale na druhou stranu má nemocný také potřebu spánku a odpočinku. Pro klienta v terminálním stádiu je jednou z nejdůležitějších potřeb adekvátní a úspěšné tlumení bolestí (1).

Každý člověk je jiný a jinak prožívá vědomí blízkého konce. U klientů s nevyléčitelnou diagnózou je zdůrazněna především potřeba informací. Nejde jen o to, zda pacient má dostatek informací, ale jak a kdy mu byly sděleny, zda měl možnost se na všechno potřebné zeptat a jestli byla situace vhodná. Zdravotnickí pracovníci, kteří o pacienta pečují, jsou zodpovědní nejen za jeho tělesný stav, ale i za psychosociální podporu při všech fázích, kterými prochází. Měli by mít také kontrolu nad uvědomováním si klienta, že se blíží konec, a pomoci mu se s tím vyrovnávat. S touto potřebou úzce souvisí další zvýrazněná potřeba, a to potřeba větší psychosociální podpory. Pacienti oceňují větší zájem o ně, o jejich konkrétní starosti a problémy. Chtějí, aby se věnovalo více pozornosti následkům jejich onemocnění. Mají starosti o to, jak nemoc ovlivní jejich dosavadní život a co se změní. Někdy postačí jen naslouchání a rozhovor s někým, kdo má pochopení (9).

Velmi důležité je také uspokojování sociální potřeby. Člověk, který je celý život zvyklý na přítomnost jiných lidí a na neustálou komunikaci, by neměl být ani v poslední fázi svého života sám. Návštěvy jsou pro pacienta důležité a většina nemocných je požaduje. Samozřejmě by měl mít ale možnost regulovat si sám, s kým chce a s kým nechce mluvit (10).

Ač se dnešní společnost mnohdy mylně domnívá, že jsou spirituální potřeby pouze záležitostí pro věřící, není tomu zdaleka tak. V těžké nemoci i nevěřící člověk potřebuje vědět, že nebyl na tomto světě zbytečně a že měl jeho život nějaký smysl. Také touží po odpuštění (1).

1.2.3 Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

DLBsH zajišťuje klientům odbornou, komplexní léčbu a péči, vlídné domácí prostředí a atmosféru klidu a vzájemného porozumění pro umírající a jejich rodiny. Snahou tohoto zařízení je také rozvíjet odbornou úroveň hospicové péče a aplikovat moderní poznatky a postupy. Hospic má k dispozici 50 lůžek v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Rodinní příslušníci mohou využít přistýlek přímo na pokojích blízkých nebo hostinských pokojů. Do areálu hospice patří nově zrekonstruovaný bezbariérový rozlehlý park a při nepříznivém počasí mohou klienti využívat tři zimních zahrad. Klientům a jejich blízkým je také k dispozici kaple Svaté rodiny, kde bývají pravidelné mše (11).

DLBsH poskytuje čtyři typy pobytů. Specializovaná paliativní péče je indikovaná pro klienty v závěru života, kdy je předpokládána životní prognóza v řádu týdnů až měsíců. Diagnostický pobyt je poskytován u klientů s pravděpodobností přechodu do specializované paliativní péče, ale u kterých existuje možnost zlepšení stavu. Respitní péče je určena pro klienty, u nichž zajišťuje paliativní péči rodina, ale je potřeba úprava terapie nebo odlehčení rodině. Předpokládá se ale návrat do původního prostředí. Čtvrtý typ pobytu je pobyt na oddělení zvýšeného sledování, kde je poskytována paliativní péče klientům s kvantitativně změněným vědomím za podmínek, že spontánně dýchají (11).

1.3 Koncept Bazální stimulace®

Koncept Bazální stimulace® vypracoval, na počátku 70. let minulého století prof. Dr. Andreas Fröhlich, který se jím snažil navázat komunikaci s těžce postiženými dětmi, které nedokázaly komunikovat verbálně. Děti s významnými změnami vnímání, pohybu a komunikace, reagovaly na tento koncept pozitivně a speciálním pedagogům se otevřela nová možnost komunikace s těmito dětmi. Po těchto úspěšných zkušenostech byl koncept rozšířen i do ostatních odvětví medicíny. Díky prof. Christel Bienstein,

kteřá je původně všeobecná sestra, byl koncept přenesen také do ošetrovatelské péče o dlouhodobě nemocné a do intenzivní péče (12).

V současné době patří Bazální stimulace k nejpůlárnějším ošetrovatelským konceptům používaným v zemích Evropské unie. V zahraničí je koncept zařazen do osnov výuky zdravotnických škol a mnoho pracovišť s konceptem pracuje. První základní kurz v České republice lektorovala PhDr. Karolína Friedlová v roce 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Absolventi kurzů obdrží certifikát platný v celé Evropské unii. V roce 2005 byl v České republice založen INSTITUT Bazální stimulace[®], který zastřešuje základní i nástavbové kurzy a organizuje odborné konference (12).

Koncept bazální stimulace se zaměřuje na všechny lidské potřeby, které jsou základem centrálních cílů konceptu. Tyto cíle Bazální stimulace vytvořili ve spolupráci s kolegy z většiny evropských zemí prof. Dr. A. Fröhlich a prof. Ch. Beinstein v roce 2002 (13).

„ 10 centrálních evropských cílů BS: Zachovat život a zajistit vývoj, umožnit ocítit vlastní život, poskytnout pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus, umožnit poznat okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci uspořádat jeho život, poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život a objevovat svět a vyvíjet se“ (13, str. 30).

Při aplikaci Bazální stimulace u klientů je důležité dodržovat Desatero Bazální stimulace: Přivítat pacienta a rozloučit se s ním vždy pokud možno stejnými slovy, dodržovat iniciální dotyk u klienta, mluvit srozumitelně a přiměřeně rychle, nezvyšovat příliš hlas, věnovat pozornost mimice a gestikulaci, aby odpovídala významu slov, používat takovou formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý, nepoužívat zdrobněliny, nehovořit s více osobami najednou, při komunikaci eliminovat rušivé zvuky, umožnit klientovi reagovat na slova ošetrojícího. Klient má nárok na to, aby mu bylo poskytnuto alespoň tolik podnětů jako před onemocněním nebo úrazem (13).

1.3.1 *Prvky Bazální stimulace*[®]

Základem somatické stimulace je dotek. Umožňuje komunikovat i beze slov. Je ale důležité zvolit správný dotek. Pomocí doteků se vytvářejí vztahy a buduje potřebná důvěra. Zmatené, rychlé a špatně zvolené doteky mohou naopak způsobit strach a nedůvěru (13).

Na začátku práce s klientem se proto volí iniciální dotek, díky kterému klient ví, že s ním jdeme pracovat a co ho čeká. Dotek se volí podle předešlé biografické anamnézy na nejvhodnějším místě, většinou je to rameno, paže nebo ruka (příloha č. 1). Cedulka se zvoleným místem iniciálního doteku je umístěna na viditelném místě a měli by se jí řídit všichni, kteří o pacienta pečují. Při každé stimulaci je důležité popisovat, co se bude s pacientem dít a co se právě stimuluje, aby neměl obavy z nedostatku informací (14).

Somatickou zklidňující stimulaci je vhodné provádět během hygieny při koupeli nebo i během dne pomocí froté ponožek nebo žinek. Je zaměřena na to, aby si klient uvědomil okraje těla, a protože se provádí po směru růstu chlupů, způsobuje také zklidnění (13).

Při koupeli se používá teplota o 1 až 4 stupně vyšší než teplota těla. Je možné také zapojit klienta a pomocí jeho vlastní ruky provádět asistovaně stimulaci obličeje (14).

Somatická povzbuzující stimulace se na rozdíl od zklidňující stimulace provádí proti růstu chlupů a má za cíl zvýšit pozornost a vnímání pacienta. Provádí se při nižší teplotě, než je teplota těla. Při této stimulaci je nutné sledovat hodnoty krevního tlaku, protože se mohou zvyšovat. Stimulace se také provádí před fyzioterapií nebo ergoterapií jako aktivizace (13).

Neurofyziologická stimulace je určena pro klienty s poruchami hybnosti jedné poloviny těla. Cílem je znovu uvědomování si této části těla a obnovení schopnosti ji znovu vnímat. Při této stimulaci je důležité, aby klient na stimulovanou stranu viděl a mohl ji vnímat opticky. Stimulace je prováděna symetricky vždy ze zdravé strany na postiženou, na které se mírně přitlačí. Obličej a genitálie si pacient omývá sám zdravou rukou nebo za asistence (13).

Je důležité, aby stolek a vybavení pokoje bylo situováno na postižené straně klienta. Také ošetřující personál a návštěvy by měli přistupovat vždy z postižené strany, aby se byl nemocný vždy nucen otočit na tuto stranu a sám si ji stimuloval tlakem o podložku (14).

Diametrální stimulace se provádí u klientů, kteří mají z různých příčin zvýšené napětí ve svalech a svalové kontraktury, které brání pohybu a způsobují bolest. Tato stimulace se nemusí provádět kompletně na celém těle, jen na jeho části. Pro dodržení symetrie je ale dobré na opačné části těla provést zklidňující stimulaci. Důležité je, aby stimulovaná část byla prohřátá (14).

Součástí konceptu je také polohování klientů. Správné polohování je důležité, protože při delším ležení v jedné poloze bez pohybu ztrácí klient přehled o ohraničení těla a končetin. Pomocí polohování může klient lépe vnímat okraje svého těla a uvědomovat si tak prostor kolem sebe. Poloha mumie je vhodná především ke zklidnění pacienta. Je vhodné ji kombinovat s polohou hnízdo, která má mnoho variací. Poloha hnízdo umožňuje klientovi vnímat své tělo a navozuje pocity bezpečí a jistoty (13).

K prohloubení důvěry mezi pacientem a terapeutem může sloužit také masáž stimulující dýchání. Principem této techniky je naladění stejné frekvence dýchání a může podporovat komunikaci a budování pozitivního vztahu. Cílem je pravidelné, klidné a hluboké dýchání pacienta, které mu umožní zaměřit pozornost na svoje tělo a dýchání. Techniku lze provádět vsedě, vleže na zádech nebo na boku. Je možné také provádět kontaktní dýchání, kdy má klient položenou ruku na hrudníku a kontaktně dýchá s terapeutem. Další možností je kontaktní dýchání formou hrudník na hrudník s blízkou osobou klienta (13).

U pacientů upoutaných na lůžko déle jak 3 dny je vhodné aplikovat vestibulární stimulaci, protože ztrácí prostorovou orientaci. Stimulovat je možno pomalými otáčivými pohyby hlavy, pomocí houpačky nebo technikou, která se nazývá pohyb ovesného klasu v poli, kdy klečí terapeut za pacientem, jeho hlavu má na svém hrudníku a opisuje s ním pomyslnou položenou osmičku (13).

Pro zlepšení vnímání klienta a uvědomování si vlastního těla je možné také použít vibrační stimulaci. Provádí se na kloubech horních a dolních končetin, ale je také možné ji začlenit do zklidňující somatické simulace. Jako pomůcky jsou vhodné vibrující hračky nebo například holicí strojek a elektrický zubní kartáček. Jednou z možností je také použít k vibrování vlastní ruce. Je důležité ale vibrovat jemně, aby nedošlo k poškození kloubu a stimulace nebyla klientovi nepříjemná. Ke stimulaci je také možné využít jemných vibrací hlasu a zvuků. Kombinace více souvisejících prvků se nazývá trilogie. Jde o kombinaci somatické stimulace, když sedí terapeut za klientem a rukama ho objímá, vestibulární stimulace, když se terapeut pohybuje do stran, vibrační, když hovoří, a může být i stimulace zraková, sluchová a čichová. Trilogie se využívá především u rodinných příslušníků (14).

Optická stimulace klientů je velmi důležitá a často je opomíjená. Zrakem přijímáme nejvíce vjemů z okolí. Spolu se sluchem je zrak nejvíce využívaný smysl. Ve zrakovém poli klienta se často nachází pouze bílý strop, přístroje nebo hrazdička u postele. Tyto předměty ale nejsou pro klienta stimulující. Při dlouhodobém pobytu na lůžku může být pohled na stejné předměty pro klienta až stresující. Když jsou v okolí klienta umístěny jemu známé předměty a fotografie, mohou stimulovat klientovi paměťové stopy, které se na ně váží. Vhodné je také umístit do zorného pole klienta hodiny, které mu mohou poskytovat jistotu v čase. Dobré je také umístit pro klienta zajímavé věci tak, aby ho pohled na ně donutil otočit alespoň mírně hlavu a vyvinul tak vlastní aktivitu. Pokud klient nosil brýle, je důležité mu je nasadit. Jednou z možností optické stimulace je také televize. Klientovi se pouští programy, které měl dle biografické anamnézy rád a které sledoval. Obrázky a fotografie by měly být dostatečně velké, aby byly snadno rozpoznatelné. Je potřeba sledovat klientovu reakci na obrázky a fotografie, aby mu nezpůsobovaly negativní emoce. I když je pokoj vhodně zařízen, je dobré klientovi umožnit ho alespoň na chvíli opustit. Pokud je to možné, je pro klienta vhodné, když je alespoň krátce vystaven slunečnímu svitu. Optická stimulace nemusí být pouze pasivní, ale můžeme také klientovi aktivně ukazovat obrázky, předměty a fotografie a aktivizovat ho ke vzpomínání a vyprávění (14).

Stimulaci dutiny ústní nazýváme orální stimulací. Pro člověka jsou ústa intimní zónou. Ústa jsou nejcitlivějším orgánem, ještě vnímavějším než bříška prstů (vlas v ústech vnímáme intenzivněji, než kdybychom ho položili na prst). Už od narození slouží ústa nejen ke komunikaci, vnímání chutí, vůní, konzistence stravy, dýchání, ale i k prožitkům a vyjádření emocí. Péče o dutinu ústní je důležitá a u člověka, který je jakkoli postižen nebo po úraze či v těžkém stádiu nemoci a nemůže se o ústní hygienu starat sám, musí toto obstarat ošetřující personál. Před ošetřováním dutiny ústní je vhodné vyšetřit celou dutinu nejlépe pomocí baterky, zda nemá pacient afty nebo trhlínky (14).

Před stimulací bychom měli zjistit, jak a jakými prostředky o svou dutinu ústní klient pečoval. Také jaké potraviny a tekutiny měl klient rád. Vhodně zvolené chutě mohou dopomoci ke spolupráci klienta a snížení napětí v ústech. Cílem stimulace je zvýšit klientovo vnímání a zprostředkovat mu vjemy z úst. Orální stimulace může být součástí přípravy přijímání stravy nebo jako samostatná stimulace. Při stimulaci je potřeba sledovat klientovy reakce a správně je vyhodnotit. Pokud klient při stimulaci neotvírá ústa, je vhodné provést čichovou stimulaci, vestibulární stimulaci nebo somatickou stimulaci obličeje. Vhodná je také lehká stimulace rtů a manuální stimulace slinných žláz. Důležitou zásadou je nevnikat klientovi do úst násilím. Může to vést k vytvoření odporu klienta k této aktivitě. Ústa jsou jedno z nejintimnějších míst a měla by být takto respektována. Při stimulaci není vhodné kombinovat tři a více chutí najednou. Nejčastěji využívanými pomůckami ke stimulaci jsou molitanové nebo vatové štětičky, protože dobře nasávají chuťové médium a zároveň čistí a stimulují sliznici dutiny ústní. U klientů, kteří jsou dlouhodobě ochuzeni o chutě (při zavedené nasogastrické sondě, podávání stravy přes PEG) se využívají tzv. cucací váčky, které obsahují kousek potraviny zabalené v mulu a namočené v minerální vodě a jsou vloženy do koutku úst klienta. Musí být také dobře fixovány. Ať už štětičky nebo váčky je dobré před použitím nechat vychladit, protože v kombinaci s chladem lépe stimulují motilitu jazyka (14).

Stimulace čichových smyslů se nazývá olfaktorická stimulace. Vůně a různé pachy nás doprovázejí po celý život a mnohdy nám známá vůně vyprovokuje vzpomínky. Ať

už vůně perníčků, kávy nebo parfému. Každý člověk má jiné oblíbené a naopak neoblíbené vůně a různé pachy mohou vyvolat pozitivní i negativní emoce a vzpomínky. Důležitá je proto biografická anamnéza. Olfaktorické stimuly nesmí působit kontinuálně, protože by si na ně klient zvykl a ztratily by svůj smysl. Vhodné jsou vůně parfémů, osobních hygienických potřeb klienta, jídla nebo různé pachy spojené se zaměstnáním a koníčky klienta. Klient může inhalovat například vůni motorového oleje. Olfaktorická stimulace je také prospěšná pro orientaci klienta v situacích kolem něj. Například vůně mýdla může klientovi pomoci pochopit, že bude následovat hygiena (14).

Taktilně-haptická stimulace se zabývá schopností lidské kůže rozpoznat předměty pomocí hmatu, tlaku, chladu, tepla nebo vibrací. Neklidní a hyperaktivní klienti často mají nedostatek taktilně-haptické stimulace. Rozepínají si a svlékají oblečení, pohrávají si s plenkami nebo močovou cévkou, hrají si se svou stolicí, žmoulají kapesník nebo neustále rolují deku. Snaží se předměty rozpoznat a zařadit si je do paměti. Mnohé z předmětů ale dříve neznali a to může u klientů vyvolávat nejistotu a pocity strachu. Vhodné předměty pro taktilně-haptickou stimulaci jsou věci běžně klientem užívané. Jde například o volant z auta, vařečku, hračky u dětí, kosmetika, klíče nebo mobilní telefon (14).

1.3.2 Možnosti vzdělání v Bazální stimulaci®

Zakladatelé BS prof. Fröhlich a prof. Bienstein zpracovali curriculum pro vzdělávání certifikovaných lektorů a proškolení pracovníků v pomáhajících profesích. Lektoři se sdružují v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace. V České republice jsou zájemci proškolení INSTITUTem Bazální stimulace. „Absolventi certifikovaných kurzů obdrží od Mezinárodní asociace Bazální stimulace® certifikát platný ve všech zemích Evropské unie“ (12).

Absolventi získají také certifikát od ministerstva, pod které jejich obor spadá. První certifikovanou lektorkou u nás byla PhDr. Karolína Friedlová, které se od roku 2000

snaží prosazovat BS v České i Slovenské republice. PhDr. Karolína Friedlová je nyní jednatelkou INSTITUTu Bazální stimulace[®] a je členkou Mezinárodní asociace Bazální stimulace[®]. Základní kurz, který je podmínkou pro absolvování dalších navazujících kurzů, je určen pro lékaře, všeobecné sestry, porodní asistentky, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, logopedy, psychology, zdravotně sociální pracovníky, zdravotnické záchranáře, zdravotnické asistenty, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, speciální pedagogy a vychovatele. Po absolvování základního kurzu je možné absolvovat nástavbový a prohlubující kurz. INSTITUT Bazální stimulace[®] také provádí proškolení celých zdravotnických zařízení a následné supervize (12).

Nově také v České republice vznikla Asociace Palma, což je Profesní asociace mezinárodně akreditovaných lektorů a její hlavní náplní je sdružovat odborníky, kteří jsou oprávněni k předávání nadnárodních konceptů (15).

1.4 Bazální stimulace[®] v hospicové péči

Hlavním úkolem Bazální stimulace v hospicové péči je dopřát klientům v terminálním stádiu nemoci jistotu, že není sám a že tu do poslední chvíle budeme s ním. V paliativní péči se využívá nástavbových i základních prvků Bazální stimulace a díky tomu se zajišťuje uspokojování všech potřeb klienta. Někdy všechny pacientovy potřeby neznáme, protože nám je nemůže kvůli svému stavu sdělit. Ale žádný člověk, ať už zdravý nebo nemocný, nechce pociťovat bolest, strach a obavy ze samoty. Bazální stimulace se zaměřuje na všechny lidské potřeby (Příloha č. 2). Také zvyšuje možnosti sestry, jak být pro pacienta prospěšná, a motivuje k lepším výsledkům při ošetřování (16).

Klient se většinou dozvídá nepříznivou diagnózu v nemocnici a poté, když je propuštěn buď domů, nebo přijat do hospicového zařízení, je důležitá spolupráce všech zdravotníků a členů ošetrovatelského týmu. Ošetřování podle konceptu Bazální stimulace poskytuje pacientům s nevléčitelnou chorobou podporu, zachování autonomie a především doprovod v posledních chvílích. Velmi důležitou roli hraje

v konceptu rodina. Je brána jako partner a spolupráce s ní je pro pacienta prospěšná (17).

Na počátku ošetrovatelské péče je důležité získat od blízkých klienta biografickou anamnézu, která by měla obsahovat co nejvíce informací. Především o jeho zvycích a životním stylu. Obsahuje běžné denní činnosti, ale i oblíbené potraviny a koníčky. Díky anamnéze může personál naplánovat Bazální stimulaci a ošetrovatelské činnosti pro klienta (13, příloha 1).

U klientů v těžkém stavu, kteří jsou neklidní, nervózní nebo mající bolesti se nejvíce využívají zklidňující koupele a stimulace. Zklidňující koupel je vhodná také pro zmatené klienty (18).

1.4.1 Používání Bazální stimulace[®] v hospicích v České republice

Masáž stimulující dýchání, kterou provádí sestry v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí u onkologicky a nevléčitelně nemocných, je vhodná ke zklidnění pacienta a navázání komunikace a důvěrnějšího vztahu. Tato technika má pozitivní účinky nejen pro pacienty. Pro sestry je motivací sledovat, jak mohou pacientovi ulevit od bolesti a zpříjemnit těžké chvíle (19).

V zařízení Hospic v Mostě využívají zdravotničtí pracovníci polohování mumie a také orální stimulaci. Také používají prvky somatické stimulace při celkové koupeli na lůžku (20, příloha č. 4).

Ošetrovatelský personál v Hospici sv. Jana N. Neumanna aplikuje u klientů v terminálním stádiu nemoci celkovou zklidňující koupel, masáž stimulující dýchání, ale i orální, optickou a olfaktorickou stimulaci. Využívají také iniciální dotek. U klientů, kde je zřejmý blízky odchod, aplikují kontaktní dýchání. Klienty polohují do polohy hnízdo a používají také mikropolohování (21, příloha č. 5).

V Hospici Anežky České v Červeném Kostelci uplatňují u nemocných klientů s diagnózou nádorového onemocnění plic masáž stimulující dýchání. U všech klientů se zhoršeným vnímáním využívají orální stimulaci. U klientů se stavem po cévní mozkové

příhodě aplikují stimulující masáže. Také klienty ukládají do polohy hnízdo, ohraničují kontury těla a řídí se určeným iniciálním dotekem. Pokoje zařizují klientovi známými předměty ve spolupráci s rodinou (22, příloha č. 6).

V DLBsH jsou všichni zdravotničtí pracovníci proškoleni v Bazální stimulaci a jedna sestra má základní i nástavbový kurz Bazální stimulace. Prvky Bazální stimulace se zde využívají pouze u klientů s kvantitativně změněným vnímáním na oddělení zvýšeného sledování. Využívají se zde celkové aktivizující koupele, poklepové masáže, orální, auditivní i optická stimulace a polohování do polohy hnízda (vlastní zkušenost).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda koncept Bazální stimulace[®] zkvalitňuje život klienta v hospicové péči.
2. Zjistit, jak klienti reagují na techniky Bazální stimulace[®].

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Zkvalitňuje Bazální stimulace[®] život klienta/pacienta v hospici?

VO2: Jak působí na klienta/pacienta v hospici techniky Bazální stimulace[®]?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro vypracování výzkumné části práce byl použit kvalitativní výzkum, kdy metodou sběru dat bylo dotazování ošetrovatelského personálu a pozorování klientů v DLBsH. Pozorování probíhalo při samostatném provádění prvků BS u klientů a při spolupráci se sestrou. Informace o klientech byly získávány také analýzou ošetrovatelských a lékařských dokumentů. Některé výsledky byly zpracovány pomocí kategorizace a myšlenkových map.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět klientů Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Z toho dva klienti byli z Oddělení zvýšeného sledování, u kterých jsem pouze spolupracovala se sestrou a pozorovala reakce klienta na Bazální stimulaci. V rámci výzkumu u těchto dvou klientů jsem provedla rozhovor s ošetřující sestrou. U ostatních tří klientů na standardních lůžkách jsem prováděla tři dny prvky Bazální stimulace a pozorovala jejich reakce (příloha č. 10). Výzkum probíhal v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě v měsíci lednu 2013. Pozorování probíhalo při provádění prvků Bazální stimulace u klientů. Rozhovor se sestrou byl nestandardizovaný a otázky byly otevřené (příloha č. 8).

4 Výsledky

4.1 Kazuistiky

Respondentka 1

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA taxonomie II

Informace byly získávány z analýzy ošetrovatelských a lékařských dokumentů a z rozhovoru se sestrou.

1. Podpora zdraví

Respondentka 1, narozena r. 1963, je klientkou Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa od 18. 7. 2012. Klientce byl v roce 2007 diagnostikován zhoubný novotvar čelního laloku mozku. Byla provedena subtotální exstirpace a v dubnu roku 2012 byla klientce provedena exstirpace recidivy. Od 21. května 2012 byla klientka hospitalizována na neurologické klinice v Brně. Zde byla klientka vyšetřovaná vleže, byla při vědomí, orientována místem částečně, časem ne, vysoce bradypsychická, odpovídala s latencí, snažila se spolupracovat, bez poruchy řeči, hlava na poklep byla nebolestivá. Paliativní chemoterapie byla naplánována až po propuštění z lůžkového oddělení (stabilizaci stavu). Při propuštění byla vertikalizovaná do stoje s oporou dvou osob. Poté byla hospitalizována v LDN Nemocnice Milosrdných bratří v Brně. Při vyšetřování byla klientka při vědomí, odpovídala s latencí, sledovala okolí, měla třes celého těla a nespolupracovala. 10. 7. 2012 byla klientka přeložena na chirurgii Nemocnice Milosrdných bratří k zavedení PEGu a poté opět zpět na odd. LDN. 17. 7. 2012 bylo provedeno konziliární vyšetření Masarykovým onkologickým ústavem a byl indikován překlád do hospice a symptomatický paliativní postup bez další protinádorové léčby. Od 18. 7. 2012 je klientka hospitalizována v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Klientka je zcela závislá na péči ošetřujícího personálu.

Současná medikace: Morphin 1ml = 10mg 6-14-22, Diazepam 5 1-0-0, Diazepam 10 0-0-0-1, Protifar 1 lžice 2-2-2, MgSO₄ 10ml 0-0-0-1.

Nynější lékařské diagnózy: Zhoubný novotvar čelního laloku mozku, diagnostikován 2007, subtotální exstirpace, oligodendrogliom, (exstirpace recidivy 16.

4. 2012), Zaveden PEG od 6/2012, Org. psychosy, klidový třes, sekundární anemie, symptomatická sekundární epilepsie, depresivní syndrom, stav po amputaci metatarsu vpravo pro dekubit.

2. Výživa

Klientka je nyní krmena do PEGu. Je jí podáváno 1000ml Nutrisonu denně. Dávka byla často upravována, protože klientce nevyhovovala. Při větších dávkách tekutin a stravy zvracela. Podává se 200ml čtyřikrát denně. Také je aplikován Protifar smíchaný s vodou. Denně se navíc dá do PEGu 500ml tekutin. Zuby má své.

3. Vylučování

Klientce je jako prevence zácpy podáváno laxativum. Klientka je upoutána na lůžko a plně závislá na okolí. Vyprazdňuje se na lůžku do plenkových kalhot. S močením problémy nemá. Pocení je v normě. S dýcháním potíže objektivně nejsou.

4. Aktivita – odpočinek

Klientka je většinu dne v bdělém stavu. Sleduje televizi umístěnou na zdi v zorném poli klientky. Nejraději má pořad Televarieté a podobné pořady. Sama také pozoruje dění v místnosti. Klientka je na pokoji zvýšeného sledování, spojeném s pracovní sestrou. V noci spí klidně.

5. Vnímání – poznávání

Klientka nekomunikuje, nespolupracuje. Je probuditelná. Na oslovení se otočí, fixuje očima. Brýle nemá. Se sluchem potíže nemá.

6. Vnímání sama sebe

Klientce jsou do rukou vkládány plyšové hračky z domova a je polohována částečně do polohy hnízdo.

7. Vztahy

Klientka je svobodná, bezdětná. Navštěvuje ji maminka.

8. Sexualita

Klientka nemá děti.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klientka je klidná. Nervozitu vykazuje při nečekaném otáčení a převazování rány na pravé noze. Klientce se občas v očích objeví úlek, strach z neznámého.

10. Životní principy

Klientka není věřící.

11. Bezpečnost – ochrana

Klientka je ohrožena vznikem dekubitů a opruzenin. Je ohrožena infekcí z rány na pravé dolní končetině. Bezpečnost na lůžku je zajištěna pomocí postranic lůžka.

12. Komfort

Komfort klientky narušuje onemocnění.

Aplikované prvky Bazální stimulace®

Při aplikaci prvků Bazální stimulace jsem u klientky pouze spolupracovala se sestrou. Klientka neměla prvky nikde zaznamenávány, ani nebylo zavedeno sledování jejích reakcí. Personál u klientky prováděl celkovou aktivizující koupel, taktilně – haptickou stimulaci pomocí plyšových hraček, vizuální stimulaci, orální stimulaci, polohování do polohy hnízda a iniciální dotek. Klientka byla v době provádění šetření ležící, plně závislá na okolí. Očima fixovala, reagovala na oslovení otočením hlavy a pohledem. Horní končetiny měla mírně spastické, tvořící mezi pažemi a předloktím úhel přibližně 90°. Celková aktivizující koupel byla prováděna vždy jednou denně ráno jako součást ranní hygieny. Klientka reagovala na probuzení klidně. Objektivně neprojevovala nelibost či nervozitu při hygieně a stimulaci jakékoli části těla. Při stimulaci byla bdělá a sledovala okolí. Po koupeli byla klidná a neprojevovala známky únavy. V návaznosti jsem vždy provedla orální stimulaci pomocí zubního kartáčku klientky a ústní vody. Klientka spolupracovala a otevírala ústa při doteku kartáčku na ret. Jako další prvek byla u klientky prováděna vizuálně auditivní stimulace pomocí televize umístěné v zorném poli klientky. Z pořadů měla klientka nejraději Televarieté. Klientka během dne se zájmem sledovala televizi nebo činnost sestry na pokoji. Iniciální dotek byl u klientky určen na pravém rameni, ale využíván byl pouze někým z ošetřujícího personálu a jen někdy. Klientka měla také v zorném poli umístěné plyšové hračky, které jsem klientce vkládala do ruky, abych docílila fyziologického postavení prstů. Klientka plyšovou hračku vždy v ruce jemně mačkala a aktivovala tak prsty. Nedělala rozdíl mezi hračkami, které jsem jí do rukou vkládala. Klientka občas

během dne projevovala neodůvodnitelnou nervozitu, která se projevovala třesem jedné nebo obou končetin a těkavými pohledy. V těchto situacích jsem vždy využila plyšovou hračku, kterou klientka stiskla do dlaně a uklidnila se. V péči o klientku jsme využívali také polohu hnízdo, ve které byla uložena po ranní koupeli. V této poloze byla klidná a sledovala okolí. Na jednoduché otázky typu: „Bolí vás to?, Je vám zima?, Takhle je to dobré?“ se klientka někdy snažila odpovědět zřetelným kývnutím hlavy. Dvakrát v průběhu mé přítomnosti na pokoji jsem slyšela klientčin hlas, když mi odpověděla na dotaz, zda chce do ruky plyšového medvěda, slůvkem „ano“, a když jsem se ptala, jestli chce zvlhčit rty. Když jsem byla s klientkou v pokoji sama, vždy si mě pohledem našla a upřeně se na mě zadívala. Když jsem přišla k ní, promluvila k ní, upravila lůžko, zvlhčila rty a upravila viditelné nedostatky v pohodlí, subjektivně mi přišla klientka spokojená a dál například sledovala televizi. Při jakémkoli jiném nedostatku nebo nepohodlí si mě klientka „přivolala“ pohledem opět k sobě.

Respondentka 2

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA taxonomie II

Informace byly získávány z analýzy ošetřovatelských a lékařských dokumentů a z rozhovoru se sestrou.

1. Podpora zdraví

Respondentka 2, narozená r. 1929, je od 21. 12. 2012 hospitalizována v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Klientka trpěla od července roku 2012 bolestmi na levé straně hrudníku, které se zhoršovaly při pohybu. 2. 10. 2012 měla klientka febrilii 38 °C a subjektivně se cítila velmi špatně. Dušnost neměla, nemohla si odkašlat. Dcera zavolala RZP. Klientka byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici Brno na plicním oddělení. Zde byla klientka informována o tom, že má pokročilý tumor hrudní stěny, u něhož byla indikována symptomatická léčba. O diagnóze i prognóze byla informována dcera v plném rozsahu. Od 21. 12. 2012 je klientka hospitalizována v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Je ležící a závislá na péči ošetřujícího personálu. Je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Komunikuje normálně.

Současná medikace: Biseptol 480mg 2amp za 12 hodin, Novalgin 1amp i. m. při febrilních, Degan 1amp s. c. při nauzei, Torecan 1amp. s. c. při zvracení, Dormicum 1amp. s. c. při nespavosti, Haloperidol 1amp. s. c. při neklidu, Euphilin CRN 200 1-1-1, Lactulosa 1-1-0, Neurol 0,5mg ½ - ½ - ½ , Trittico 150mg 2/3 N, Fenolox 0-0-10.

Nynější lékařské diagnózy: Tumor levého hrudníku nejspíše fibrózně, vycházející z hrudní stěny, chronická ICHS, srdeční arytmie, onkologická paliativní péče, dehydratace, nauzea při základním onemocnění, pneumonie levé plíce.

2. Výživa

Klientka přijímá stravu ústy, při jídle potřebuje pomoc. Sní přibližně 1/3 porce. Chuť k jídlu má menší. Denně vypije asi litr tekutin. U klientky se hlídá bilance tekutin. Dietu má klientka 3 mletou s výživnými přísadami.

3. Vylučování

Klientka se vyprazdňuje na lůžko do plenkových kalhotek. Nemá opruzeniny. V sacru má malý dekubit 2 stupně. Zácpou netrpí. S močením problémy nemá. Pocení je v normě. Klientka má zhoršené dýchání. Dýchá s nasazenými kyslíkovými brýlemi a O₂ na 8l.

4. Aktivita – odpočinek

Klientka je plně upoutána na lůžko. Značnou část dne prospí. Především po jídle a hygieně je velmi unavená. Leží na jednolůžkovém pokoji. Během dne je pouštěna televize, kterou občas sleduje. V noci spí klientka dobře.

5. Vnímání – poznávání

Klientka je orientovaná a klidná. O svém stavu nehovoří. Komunikuje normálně. Brýle nepoužívá. Se sluchem potíže nemá.

6. Vnímání sama sebe

Klientka plně závislá na personálu. Nároky na vzhled nemá, ale projevuje libost v oblíbené barvě noční košile nebo učešání vlasů stylem, na jaký byla zvyklá.

7. Vztahy

Klientka má dvě dcery, se kterými má velmi dobrý vztah. Obě klientku navštěvují i s rodinami.

8. Sexualita

Klientka má dvě dcery. Menopauzu má od 50 let.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klientka je seznámena se skutečností, že má zhoubný nádor. Podrobně je o stavu informována dcera. Klientka je klidná, vyrovnaná. Je vděčná za jakýkoliv kontakt. Všechny odměňuje úsměvem.

10. Životní principy

Klientka je věřící. Pokřtěná. Patří k římskokatolické církvi.

11. Bezpečnost – ochrana

Klientka je ohrožena infekcí z dekubitu v sacru a opruzeninami. Bezpečnost na lůžku je zajištěna postranicemi lůžka.

12. Komfort

Komfort klientky narušuje zhoršené dýchání a bolesti hrudníku.

Aplikované prvky Bazální stimulace®

U klientky jsem aplikovala celkovou zklidňující koupel, masáž zklidňující dýchání, kontaktní dýchání, polohování do tvaru hnízda a iniciální dotek. Stimulace byla prováděna po dobu tří dnů. První den stimulace byla klientka orientovaná, klidná a plně reagující. Byla upoutaná na lůžko. Zvládla se sama napít a otočit se na bok. Byla velmi tichá a věčná za každé milé slovo či pomoc. Druhý den stimulace se stav klientky příliš nezměnil, ale třetí den měla klientka od rána horečku nad 38°C a byla velmi spavá.

Jako první prvek jsem zvolila celkovou zklidňující koupel, kterou jsem prováděla jako součást ranní hygieny. Klientku jsem první den seznámila s průběhem stimulace. Klientka byla na jednolůžkovém pokoji, kam jsem si připravila všechny potřebné pomůcky. K celkové zklidňující koupeli a hygieně jsem používala lavorek s teplou vodou, dvě jednorázové žínky, mycí emulzi, dva ručníky, ústní štětičky s citronovou příchutí, hydratační krém klientky, mentolový krém, čistící pěnu, buničitou vatu, hřebínek a čisté prádlo. Při koupeli byla klientka vleže na lůžku. Stimulaci jsem začínala od obličejové části hlavy, kterou si myla klientka asistovaně s mojí dopomocí. Poté jsem postupně umývala a následně vysoušela hrudník, břicho a horní končetiny. Stimulovala jsem ve směru „ po chlupu“ pomocí mokrých žínek a ručníku. Každou část

těla jsem podkládala ručníkem, abych mohla řádně umýt pokožku. Pokračovala jsem na zádech klientky, která jsem po omytí v rámci masáže namazala mentolovou masťou pro lepší prokrvení. Klientka se první dva dny dobře udržela vleže na boku. Poté jsem provedla zklidňující koupel dolních končetin a nakonec hygienu okolí konečníku a pohlavních orgánů. Během celé stimulace jsem klientce popisovala, co právě stimuluji. Klientka reagovala na doteky pozitivně. Po celou dobu byla klidná. Při dotazech, zda je klientce stimulace příjemná, odpovídala, že moc a usmívala se. Při stimulaci dlaní, prstů na rukou a nohou zavírala vždy oči a objektivně byla klidná. Druhý den klientka sama nastavovala horní i dolní končetiny bez vyzvání. Po celkové koupeli jsem vždy provedla zklidňující masáž celého těla krémem klientky. Doteky snášela klientka po celém těle dobře. Klientka se mi mezi vyprávěním svěřila, že má ráda modrou barvu, takže jsem jí každý den vybírala modrou noční košili, ze které měla vždy radost. Po koupeli a masáži byla vždy velmi unavená, zvolila jsem tedy v návaznosti polohu hnízdo, zformovanou jen pomocí deky a polštářků a klientka v zápětí usnula.

Masáž stimulující dýchání jsem u klientky prováděla v časných odpoledních hodinách, až když byla klientka odpočnutá po obědě. Klientka byla při masáži vleže na pravém boku. Nejdříve jsem ji poučila, jak bude masáž probíhat. Žáda jsem podložila ručníkem a rozetřela jsem po celých zádech klientky krém. Masáž stimulující dýchání jsem prováděla každý den tři minuty. Klientka dýchala spontánně mírně zrychleně a velmi mělce. Pomocí stimulace jsem klientky dech prohlubovala a zpomalovala. Klientka byla při stimulaci klidná a spolupracovala. Během stimulace jsem klientce vyprávěla. Po stimulaci jsem ji vždy napolohovala na bok opět s obložením celého těla. Klientka po stimulaci odpočívala a usnula. Byla vždy vděčná za jakýkoli kontakt.

Před spaním jsem u klientky aplikovala kontaktní dýchání. Mým cílem bylo vybudovat si s klientkou důvěru a umožnit jí, aby se mohla s čímkoli svěřit a ulevit si. Nejdříve jsem klientce vysvětlila, jak bude stimulace probíhat. Klientka mi vždy řekla, že je moc ráda, že jsem přišla a že moc děkuje. Sedla jsem si k lůžku a svoji dlaň jsem měla položenou na horní části hrudníku klientky. Vhodnými otázkami jsem jí otevřela možnost vyprávění, o čemkoli chtěla a měla potřebu. Klientka mluvila převážně

o dcerách. Druhý den se rozhovořila o tom, že by chtěla domů, ale ví, že to už nejde. Mrzelo ji, že už se tam nikdy nepodívá. Během rozhovoru jsme se ale postupně dostaly k většině radostných zážitků ze života klientky a u některých jsme se i zasmály. Stimulaci jsem vždy prováděla deset minut. Při mém odchodu byla klientka oba dva první dny klidná a loučila se se mnou s úsměvem. Třetí den výzkumu se klientky stav výrazně zhoršil. Vnímání narušila vysoká teplota, proto jsem tento prvek Bazální stimulace upravila dle stavu klientky. Klientce jsem pár větami oznámila svoji přítomnost a její účel. Seděla jsem u lůžka klientky deset minut a dlaň jsem měla položenou na hrudníku jako předchozí dny. Po pár slovech a prvním doteku klientka ke mně otočila hlavu a mírně pootevřela oči. Po dvou minutách mé přítomnosti mě klientka chytila za volnou ruku a držela, dokud po dalších pěti minutách neusnula. Při mém odchodu klientka spala.

Respondent3

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA taxonomie II

Informace byly získávány z analýzy ošetřovatelských a lékařských dokumentů a z rozhovoru se sestrou.

1. Podpora zdraví

Respondent 3 byl přijat dne 27. 11. 2012 do Fakultní nemocnice Brno na Klinikou nemocí plicních a TBC pro progresi celkové slabosti, recidivující kolapsové stavy, nechutenství, náhlý úbytek na váze (8Kg za 3 týdny). Zde mu byl zjištěn tumor hrudního laloku levé plíce, pro celkový stav nebyl tumor dále došetřován, nebyla provedena ani plánovaná radioterapie. Klient byl s diagnózou plně seznámen. Při vyšetření byla bolestivost v bederní krajině, nic nevykašlával, dušnost nebyla, velká slabost, omdléval, otoky dolních končetin, chodící, soběstačný. Váha byla 56 Kg, výška 176 cm. Klient byl kuřák asi 25 let, vykouřil až 40 cigaret denně. Od července nekouří pro dýchací potíže. V červenci 2012 diagnostikován CHOPN. Klientovi byla doporučena symptomatologická péče v hospici. 30. 11. 2012 byl klient přijat do Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Při přijetí byl klient klidný, vyrovnaný. Otevřeně hovořil o svém onemocnění. „Rád by se vyléčil, ale ví, že to nejde.“ Krátce po

přijetí nastalo zlepšení klinického stavu, klient je mobilní, soběstačný, výrazně se mu zlepšila chuť k jídlu. Podle svých slov byl rád, že se může opět najíst a trochu chodit. Při zlepšení stavu byla klientovi nabídnuta paliativní radioterapie, ale odmítl, protože „chce dožít v klidu.“

Současná medikace: Morphin 1% 1ml=10mg 6-10-14-18-22, Dormicum 1 amp d. p., Haloperidol 1 amp s. c. 0-0-1-1N, MgSO₄ 10ml d. p., Diazepam 10mg d. p.

Nynější lékařské diagnózy: onkologická paliativní péče, zhoubný novotvar horního laloku pravé plíce, stenóza aortální chlopně, chronická obstrukční plicní nemoc, sekundární anemie.

2. Výživa

Klient přijímá stravu ústy. Nyní sní přibližně ¼ porce. Má výběrovou dietu. Převážně popíjí jen výživné doplňky nebo oblíbenou Coca colu. Je výrazně kachektický. Nemá téměř chuť k jídlu. Vypije asi litr tekutin za den. Klient má horní i spodní zubní náhradu, kterou již nepoužívá.

3. Vylučování

Klient se vyprazdňuje na lůžku do plenkových kalhot. Netrpí zácpou ani průjmem. S močením problémy nemá. Pocení je v normě. Má zhoršené dýchání. Používá kyslíkové brýle. Kyslík je nastaven na 5l.

4. Aktivita – odpočinek

Klient většinu dne tráví v polospánku. Rád se dívá na televizi, především na kriminální seriály. Je na jednolůžkovém pokoji. Často ho navštěvuje kamarád, který s ním jezdí na vozíčku po areálu. V noci je klient někdy neklidný a musí být podáno hypnotikum.

5. Vnímání – poznávání

Klient je při vědomí. Je plně orientovaný, klidný. Je hodně spavý, protože každá činnost ho hodně vyčerpá. Snaží se spolupracovat. Používá brýle na čtení i na televizi. Se sluchem problémy nemá.

6. Vnímání sama sebe

Klient se snaží spolupracovat, ale je plně nesoběstačný. Je si vědom svého onemocnění a je s ním smířen. Chce už dožít v klidu.

7. Vztahy

Klient je svobodný. Dříve pracoval jako řidič. Velmi dobré vztahy má s neteří a její rodinou.

8. Sexualita

Klient je bezdětný.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klient je vyrovnaný. S diagnózou je dle možností smířen. Nevykazuje známky stresu.

10. Životní principy

Klient není věřící.

11. Bezpečnost – ochrana

Klient je bez pomoci upoután na lůžko. Je ohrožen rizikem vzniku dekubitů a opruzenin. Bezpečnost pohybu je zajištěna postranicemi lůžka.

12. Komfort

Komfort klienta narušuje zhoršené dýchání. Je neustále velmi unavený a nemá příliš chuť k jídlu.

Aplikované prvky Bazální stimulace®

U klienta jsem aplikovala masáž stimulující dýchání s cílem pomoci mu alespoň částečně s dýcháním a vykašláváním a navázat s klientem kontakt. Klienta jsem také polohovala do polohy hnízda a prováděla jsem kontaktní dýchání. Klient byl ležící, polohu měnil sám. Snažil se spolupracovat. Druhý den výzkumu byl klient na své přání posazen do pojízdného křesla a s návštěvou se projel po budově. Po návratu na pokoj jsem využila klientovy polohy vsedě a provedla jsem masáž stimulující dýchání. Klient seděl s rukama opřenýma o stehna. Stimulaci jsem prováděla dvě minuty a po menší pauze jsem pokračovala opět dvě minuty. Při masáži klient spolupracoval. Během simulace se klient uvolňoval a povoloval zádové svaly, které byly před masáží ztuhlé. Po stimulaci projevil klient přání, abych byla ještě přítomna. Na dotaz, zda mu byla masáž příjemná odpověděl, že ano, že se mu lépe dýchá a nebolí ho přeležená záda. Nerad ležel a byl vděčný za společnost a možnost posedět si v křesle. Po chvíli byl

klient unavený a uložila jsem ho do polohy na boku s obložení těla k odpočinku. Ještě za mé přítomnosti usnul. Klient měl před aplikací Bazální stimulace první den kyslíkové brýle s pěti litry kyslíku za minutu. Třetí den stimulace byl klient bez kyslíkových brýlí a dýchal klidně. Ve spánku dýchal nosem, bez potíží a nezadýchával se. Stále přetrvával občasné kašel, ale v delších intervalech. Kontaktní dýchání jsem aplikovala po atakách kašle na zklidnění. Po kontaktním dýchání vždy klient usnul. Dýchal klidně a hluboce. Rytmus dechu se pohyboval mezi 15 – 18 za minutu. Při dotazech, zda mu techniky pomáhají, většinou odpovídal pouze ano. Při kontaktním dýchání i masáži stimulující dýchání zavírá oči a je klidný.

Respondentka 4

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA taxonomie II

Informace byly získávány z analýzy ošetřovatelských a lékařských dokumentů a z rozhovoru se sestrou.

1. Podpora zdraví

Respondentka 4 byla přivezena dne 13. 12. 2012 do Vojenské nemocnice Brno na Neurologické oddělení sanitkou, kterou zavolala dcera, protože klientka po probuzení hůře mluvila a obtížně seděla v posteli. Klientka byla při vědomí, částečně orientovaná, snažila se při vyšetření spolupracovat, komunikovala, odpovídala s latencí a námahou, měla výrazně omezenou hybnost C páteře. 20. 12. 2012 podstoupila klientka onkologické vyšetření, kde byl zjištěn dle CT generalizovaný metastatický proces neznámého původu. Klientka byla při vyšetření ležící, nesoběstačná. Během hospitalizace zlepšena stabilita vsedě a chůze byla možná o vysokém chodítku. Z anamnézy jistěna pozvolná progresse nestability při chůzi přibližně poslední rok. Klientce byly nalezeny metastázy jater, hydrothorax, volná tekutina v dutině břišní a malé pánvi. Byla doporučena symptomatická léčba v zařízení hospicového typu. 2. 1. 2013 byla přijata do Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Při přijetí byla klientka orientovaná a nesvá z nového prostředí. Nyní je částečně soběstačná, stabilní plně v sedu. Sama zvládá přesun z lůžka na klozet umístěný vedle postele. S oporou zvládá chůzi po pokoji. S chodítkem chůze po chodbě. Trpí zrakovými

i sluchovými halucinacemi, především v noci. Klientka nezná svoji diagnózu na přání rodiny a pobyt v hospici vnímá jako rekonvalescenci v zařízení podobném léčebně dlouhodobě nemocných. Věří, že se po zlepšení stavu vrátí zpátky domů. Klientka prozatím neprojevila zájem o informace týkající se vlastního zdravotního stavu. Kolektiv zdravotnického personálu rozhodl prozatím respektovat přání rodiny, ale pouze do chvíle, než klientka požádá o informace. Klientka je nyní pyšná za jakýkoli náznak zlepšování stavu, sama i rehabilituje během dne.

Současná medikace: Dormicum 1amp s. c. p. p., Tramal 100mg i. m. při bolestech, Concor 5mg tbl. 1/2 -0-0, Furon 40mg 1-0-0 ob týden, Buronil 1tbl 0-1-1, MgSO₄ 10ml p. p., Heparoidung. na hematomy HKK.

Nynější lékařské diagnózy: Onkologická paliativní péče, tumor nejasného origa diagnostikován 12/12, metastázy jater, metastázy plic, pancytopenie, venózní insuficience, chronické srdeční selhání, hypertenze na terapii, masivní otoky dolních končetin, stav po operaci varixů, stav po TEP obou kolenních kloubů.

2. Výživa

Klientka má chuť k jídlu zachovanou. Dietu má 3 mletou. Převážně sní ¾ porce. Má horní i spodní zubní náhradu. O zubní protézy si pečuje sama. Denně vypije přibližně 1,5 litru čaje a vody. Potravu přijímá sama vsedě s nohama z lůžka. Udává, že nejraději má maso.

3. Vylučování

Klientka netrpí zácpou ani průjmem. Sama udává, že při zácpě si vezme čtvereček hořké čokolády a vše se upraví. Vyprazdňuje se na pokoji do klozetu. Pokoj je jednolůžkový. Sama si ke klozetu dojde, i provede hygienu po vyprázdnění. S močením problémy neudává. Pocení je v normě. S dýcháním i přes diagnózu problémy neuvádí.

4. Aktivita – odpočinek

Klientka tráví většinu dne vsedě, na lůžku. Chce být co nejvíce soběstačná a obstarává si všechno kolem sebe. Všechny užívané a potřebné věci má v dosahu od lůžka. Několikrát přes den spí a odpočívá, především po jídle. V noci jí spánek narušují bludy. Má pocity přítomnosti členů rodiny na pokoji a rozhovoru s nimi.

5. Vnímání – poznávání

Klientka komunikuje normálně. Je klidná, vyrovnaná. Diagnózu neví a domnívá se, že je v zařízení pouze dočasně, než se její stav zlepší. Je orientovaná místem, časem i osobou. Jen v noci při probuzení mívá někdy bludy. Klientka používá brýle na čtení.

6. Vnímání sama sebe

Klientka se sama snaží rehabilitovat. Dbá na to, aby byla umytá a čistá. Chce být plně soběstačná.

7. Vztahy

Klientka žije s dcerou. Má také syna. Oba klientku navštěvují. Je ovdovělá. Na návštěvy chodí za klientkou také kamarádka.

8. Sexualita

Má dvě děti.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klientka je vyrovnaná. Poněvadž nezná pravou diagnózu, žádný stres si nepřipouští. Je odhodlaná se vrátit co nejdříve domů.

10. Životní principy

Klientka je věřící. Patří do římskokatolické církve. Je pokřtěná.

11. Bezpečnost – ochrana

Klientka je poučena, o riziku pádu. V noci má kvůli bezpečnosti zvednuté obě postranice u lůžka. Po pokoji chodí s pomocí dvou holí. S fyzioterapeutkou chodí s pomocí vysokého chodítka po chodbě. Je poučena, že když se na něco necítí, má přivolat sestru.

12. Komfort

Komfort klientky narušují oteklé končetiny a omezená možnost pohybu s nimi spojená.

Aplikované prvky Bazální stimulace®

U klientky byla aplikována masáž stimulující dýchání, aktivizující masáž se zaměřením na dolní a horní končetiny a kontaktní dýchání. Nejprve jsem klientce podrobně vysvětlila, co Bazální stimulace je a k čemu může být prospěšná. Klientka se

sama doptávala na různé informace a koncept ji velmi zaujal. Souhlasila tedy s prováděním Bazální stimulace a výzkumem. Bazální stimulace byla prováděna po dobu tří dnů.

Během dopoledne byla vždy provedena aktivizující masáž horních a dolních končetin pro zlepšení pohyblivosti a aktivity svalů před rehabilitací. Masáž probíhala vleže, na lůžku. Jako pomůcky byly využívány dvě froté žínky klientky, vlažná voda, froté ručník a osobní hydratační krém klientky. Nejprve jsem se zaměřila na horní končetiny. Namočenými žínkami jsem stimulovala končetinu od konečků prstů až po rameno. Stimulaci žínkami jsem prováděla na každé končetině třikrát. Poté jsem stejnými pohyby končetinu usušila a opět třikrát ve stejném směru nanasla krém a promazala končetinu. Takto jsem postupovala i u dolních končetin. Klientka byla během této masáže velmi klidná. Během celé stimulace si masáž chválila. Během první masáže se klientka ptala, jaký bude mít masáž účinek a jak bude pro ni prospěšná. Po masáži jsem chtěla nechat klientku chvíli odpočívat před rehabilitací, ale ona začala již na lůžku procvičovat dolní končetiny sama. Když jsem odcházela, připravovala se klientka na rehabilitaci s fyzioterapeutkou. Druhý den mi během stimulace klientka vyprávěla, že po masáži měla nohy jakoby lehčí a v chodítku se jí chodilo lépe. Klientka byla veselá a šťastná, že podle svých slov „více rehabilituje a cvičí a že se rychleji uzdraví“. Po třetí stejně prováděné stimulaci jsem klientku poprosila o zhodnocení tohoto prvku Bazální stimulace a jeho účinnosti a prospěšnosti. Klientka hodnotila prvek velmi kladně. Udávala, že vždy po masáži nohou se cítila lehčí a tato masáž ji každý den „probrala a nakopla“. Klientka na otázku, zda by tuto stimulaci doporučila využívat více a častěji ve zdravotnictví, odpověděla, že by dle jejího názoru byla stimulace vhodná pro všechny a měli by si ji lidé dělat také sami. Nejvíce kladně hodnotila masáž dýchání a stimulaci končetin.

V odpoledních hodinách jsem u klientky prováděla masáž stimulující dýchání. Stimulace byla vždy prováděna vsedě na lůžku. Klientka dle pokynů zvolila pohodlný sed s nohama z lůžka a lokty opřené o kolena. Lůžko jsem snížila tak, aby končetiny klientky utvářely ve všech kloubech pravý úhel a tvořily tak dobrou opěru. Jako pomůcky jsem využívala olej ve spreji a ručník klientky. Nejprve jsem klientce

vysvětlila, jak bude masáž probíhat. Důkladně jsem rozetřela masážní olej po celých zádech a poté jsem krouživými pohyby rukou masírovala záda od lopatek k bedrům. Nejdříve jsem jen navázala na dech klientky, který byl mírně zrychlený a mělký. Postupně po pěti opakováních jsem cítila, jak klientka přechází na mé pomalejší a hlubší nádechy a výdechy. Masáž jsem prováděla tři minuty. Během stimulace jsem klientce dávala pokyny ke správnému provádění masáže a popisovala jsem její účinky a smysl. Také jsem mluvila a vhodnosti dechové gymnastiky. Předem jsem se s klientkou domluvila, že při masáži nebude mluvit a jen mě bude poslouchat. Chtěla jsem zajistit kontinuitu stimulace. Klientka byla disciplinovaná a relaxovala. Masáž jsem vždy ukončila lehkým rozetřením zbylého oleje po celých zádech. Po třech minutách stimulace měla klientka spontánně dech klidnější. Po masáži jsem vždy klientce doporučila alespoň krátký odpočinek v lůžku, aby dopřála klidu masírovaným svalům. Po masáži jsem se klientky ptala, jaký má po stimulaci pocit a zda jí byla příjemná. Klientka mi odpovídala, že si je sama vědoma toho, že nedýchá tak hluboko, jak by měla, aby vydechla všechn vzduch, a že je ráda, že ho spolu jednou za den vydýcháme. Klientka byla objektivně po masáži unavená a pospávala.

Ve večerních hodinách, před tím, než se klientka chystala ke spánku, jsem prováděla kontaktní dýchání. Tento prvek jsem zařadila proto, že jsem chtěla upevnit důvěru mezi mnou a klientkou a tak mi přišel jako nejvhodnější. Klientka mi při každé mojí přítomnosti na jejím pokoji vyprávěla o rodině a vždy byla objektivně rozrušenější. Stimulace vždy probíhala u lůžka klientky, kdy ona ležela s mírně zvednutou hlavovou částí lůžka. Žádné pomůcky jsem nepoužívala. Kontaktní dýchání jsem prováděla pět minut. Nejprve jsem klientce popsala, jaký bude průběh. Klientce jsem položila pravou dlaň na horní polovinu hrudníku a její dlaň jsem asistovaně položila klientce na dolní polovinu hrudníku. Při stimulaci jsme opět hovořily o rodině klientky a zážitcích. Opět byla klientka nejprve roztěkaná a dech měla velmi rychlý a mělký. Poprosila jsem ji proto, aby se snažila hovořit pomalu a vnímala svůj dech. Dlaní jsem klientce jemným tlakem při výdechu pomáhala v klidnějším rytmu dechu. Klientka vyprávěla o pečení moučnicků a o tom, že naučí snachu vařit. Byla klidnější, vyprávěla pomaleji a smysluplněji.

Po třech dnech provádění Bazální stimulace jsem u klientky pozorovala patrné změny v chování. Byla v chování ke mně otevřenější a upřímnější. V závěrečném rozhovoru projevila lítost nad tím, že můj výzkum končí. Podařilo se mi ji však motivovat ke správně prováděné rehabilitaci a především dechové gymnastice. Nejvíce ji zaujala stimulující masáž dolních končetin, kterou v jednodušší formě zvládla provést i sama. V závěru mého výzkumu jsem klientku opouštěla motivovanou a odhodlanou pomocí své silné vůle a píše dožít svůj život, jakkoli dlouhý, co nejlépe.

Respondent 5

DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA taxonomie II

Informace byly získávány z analýzy ošetřovatelských a lékařských dokumentů a z rozhovoru se sestrou.

1. Podpora zdraví

Respondent 5, narozen 1971, je nyní klientem v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Do zařízení byl přijat dne 4. 9. 2006 v komavigli po těžkém kraniocerebrálním kraniotraumatu při autonehodě dne 23. 12. 2004. Po traumatu byl klient hospitalizován na ARO oddělení Fakultní nemocnice Bohunice v Brně, ve Vojenské nemocnici v Brně, v Bakešově nemocnici Žlutý kopec, v Léčebně dlouhodobě nemocných Polní v Brně a v odborné léčebně Luže – Košumberk. Před přijetím do hospice sv. Josefa byl klient bez kontaktu s otevřenými očima. Nesledoval ani nehovořil. Konstitučně kachektický. Horní končetiny byly ve flekčním postavení, dolní končetiny protažené. Klient byl bez dekubitů, po přeléčené bronchopneumonii. U klienta byl před přijetím aplikován koncept Bazální simulace, Vojtova metoda, poklepové masáže a rehabilitace v sedu. Prvky Bazální simulace blíže nespecifikovány. Efekt na tyto stimulace a rehabilitační techniky popisován jako výrazný. Klient začal sledovat okolí, reagoval na některé podněty, zvládl postavení těla v sedu s oporami a toleroval protažení končetin. Rodina umístění do hospice sv. Josefa na doporučení lékařů nesla špatně. U blízkých přetrvávalo domnění, že tím končí veškeré snažení o zlepšení klientova stavu. Dne 6.9 2006 byla zahájena Bazální stimulace a rehabilitace. 17. 10. 2006 byla reakce na okolí spíše minimální, reakce byla spíše na rodinu

pootočením hlavy a zvýšením tepu. Péči provázely časté stížnosti rodiny na péči o klienta. 27. 7. 2007 byla aplikována také muzikoterapie a rehabilitace dvakrát denně. Pokračování v Bazální stimulaci. 15. 10. 2007 byla u klienta pozorována výraznější reakce na slova a zvukové podněty a zřetelný úsměv. Klient sledoval televizi a byl zřetelně klidnější. Po oslovení zacílí pohled, ale nastává nystagmus. Zlepšovala se také funkce břišního lisu. 14. 3. 2008 klient posazován do hlubokého křesla a plánován přechod do domácí péče. 21. 4. 2008 sledováno zhoršování stavu klienta. Nyní je stav již stabilní. Klient je plně ležící se spastickou obou horních končetin a spastickým náklonem hlavy k pravému rameni. Na oslovení a zvukový podnět reaguje pohledem, ale nefixuje. Predilekční místa byla ošetřována a klient je bez dekubitů. Má zaveden PEG a je vhodně a dostatečně vyživován. Tělesný stav dobrý. Rodina je se stavem klienta smířena. Prvky Bazální simulace již výrazně omezeny na pokyny nynější ošetřující lékařky, která Bazální stimulaci neuznává.

Současná medikace: Protifar lžice 2-2-2, Supp. Glycerinip. p, MgSO₄ 10ml p. p.
Lékařské diagnózy: Komavigile - permanentní vegetativní stav, anoxické poškození mozku, stav po těžkém kranio cerebrálním traumatu, stav po cerebrálním krvácení, spastická kvadruparéza, stav po zavedení PEGu, chronická polyresistentní infekce močového měchýře.

2. Výživa

Klient je vyživován pomocí PEGu, do kterého je mu čtyřikrát denně aplikován Nutrison 250 ml v každé dávce. Klient dávky toleruje. Třikrát denně jsou také klientovi podávány dvě lžice Protifaru k zajištění dostatku bílkovin ve 250 ml čaje. Po každé dávce živin je PEG proplachován čistou vlažnou vodou. BMI má klient 21,4.

3. Vylučování

Klient dostává pravidelně laxativa. Díky nim je úspěšně kompenzována zácpa. Klient se vyprazdňuje na lůžku do plenkových kalhot. Opruzeniny ani dekubity nemá. Vyprazdňování moči je nyní bez komplikací. Nemá zaveden permanentní močový katétr. Během pobytu v zařízení trpěl klient na časté záněty močového ústrojí. Nyní již rok bez infekce.

4. Aktivita – odpočinek

Klient je plně upoután na lůžko. Většinu dne prospí. V bdělém stavu pozoruje úzké okolí. Je mu pouštěna televize umístěná na zdi přímo v zorném poli. Také je klientovi pouštěno rádio. Dle anamnézy Bazální stimulace má klient oblíbené pořady s Michalem Davidem. Při spánku má vždy spasmus pravé horní končetiny, která tlačí a odírá pravou tvář a bradu .

5. Vnímání – poznávání

Klient vnímá přítomnost jiné osoby pohledem. Reaguje na oslovení mírným otočením hlavy. Při puštění televize ji sleduje. Doteky při hygieně vnímá intenzivně, při nešetrném zacházení se zvyšuje spasmus. Při jemných dotecích a masáži klient uvolní částečně spasmy a spolupracuje. Jako nepříjemné se jeví doteky a hygiena intimních partií.

6. Vnímání sama sebe

Klient objektivně vnímá pouze doteky své pravé ruky a tváře. Zdá se to jako jakási kompenzace. Při jakékoli nelibosti zvýší klient tlak pěstí na bradu či pravou tvář. Odírá si pěst převážně proti směru růstu vousů, což svým způsobem stimuluje a může i způsobovat bolest. Když je klient v klidu, spasmus horní končetiny sice přetrvává, ale převážně je jen hlava opřena o pěst. Spasmus obou pěstí přetrvává neustále. Při jemném zacházení, trpělivosti a získání důvěry je možná i hygiena dlaní. Vnímání zbytku těla je zajišťováno větším či menším polohováním do hnízda.

7. Vztahy

Klient se před úrazem živil jako podnikatel s výrobky ze dřeva. Měl spoustu přátel. Má dvě dcery ve věku 14 a 4 roky s bývalou ženou. Před nehodou měl přítelkyni. Velmi dobrý vztah měl ke svému psovi, vlčákovi. V hospici ho navštěvovali a navštěvují pouze rodiče a přátelé.

8. Sexualita

Má dvě děti.

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Na změny polohy, nešetrné zacházení a na začátek hygieny reaguje podrážděně a nevrle. Prohlubují se spasmy.

10. Životní principy

Klient patří k římskokatolické církvi.

11. Bezpečnost – ochrana

Klient je ohrožen infekcí dýchacích i močových cest a také vznikem opruzenin a dekubitů. K zabránění pádu klienta z lůžka je využíváno stále zvednutých postranic.

12. Komfort

V péči o klienta jsou využívány polohovací pomůcky. V každé poloze se klientovi obkládá celé tělo polohovacími polštáři a hady. Nejvíce se polohuje do tvaru hnízda.

Aplikované prvky Bazální stimulace®

Klient byl v hospici na oddělení zvýšeného sledování. Na péči o klienta jsem pouze spolupracovala se sestrou, která absolvovala základní i nastavbový kurz Bazální stimulace. Klient má stanovený iniciální dotek na pravém rameni, který využívají pouze sestry a rodina. Ošetřující lékařka Bazální stimulaci neuznává, a proto nerespektuje. Dle rozsáhlé dokumentace zjišťuji, že byla Bazální stimulace u klienta v hospici zavedena již třetí den po příjmu a byla prováděna mnohem aktivněji a více než nyní. Jak jsem již zmínila, nynější ošetřující lékařka si provádění Bazální stimulace nepřeje, proto jsou dle mého pohledu prováděny pouze prvky, které jsou zakomponované do základní ošetrovatelské péče a nejsou tolik „viditelné“. Nyní je u klienta prováděna orální stimulace dvakrát denně pomocí vlastní zubní pasty a čištění zubů. Na tuto stimulaci klient nereaguje pozitivně, čištění chrupu se brání stažením rtů. Jednou denně se u klienta provádí celková povzbuzující koupel, vždy ráno. K hygieně se využívají pomůcky donesené rodinou. Klient má vlastní mýdlo, pomůcky na holení, krém i deodorant. Matka pere doma i oblečení klienta. Na probuzení reaguje klient nevrle. Při omývání obličeje, instinktivně zavírá oči před vodou. Stimulace horních končetin je problematická, protože má klient obě končetiny ve spasmu a nejvíce dlaně. Obě končetiny navíc tiskne silou k hrudi. Při pomalých a jemných dotecích a mírném tlaku ale po chvíli horní končetiny uvolňuje a je možné umýt podpaží a hrudník. Ruce a dlaně snadno rozevřít nelze. Je zapotřebí větší síly. Ale je objektivně vidět, že postupně i když málo, klient ruce povoluje. Při stimulaci hrudníku, zad i dolních končetin je klient

relativně v klidu a sleduje okolí. Hygiena pohlavních orgánů je pro klienta evidentně nepříjemná. Objektivně se zrychluje dech, pulz a výrazně se zvyšuje spasmus horních končetin a zároveň tlak pravé ruky do tváře. Celé tělo je poté ošetřeno hydratačním krémem. Po koupeli je klient napolohován mírně na bok. Po stimulaci je bdělý.

U klienta se provádí polohování přes den po dvou hodinách a v noci po čtyřech hodinách. Sestry využívají polštáře a polohovací hady. Klient je polohován do polohy hnízda. V této poloze je klidný.

Vizuální a auditivní stimulace byla prováděna pomocí fotografií rodiny klienta, oblíbenými časopisy, pouštěním televize a rádia na pokoji. Televizi klient fixuje a sleduje obrazovku i déle než pět minut v kuse.

4.2 Analýza výsledků

VO1: Zkvalitňuje Bazální stimulace[®] život klienta/pacienta v hospici?

Bazální stimulaci jsem prováděla u pěti klientů po dobu tří dnů. U všech klientů jsem prvky prováděla nebo na nich spolupracovala a pozorovala, jak na ně klienti reagují. U respondentky 1 jsem spolupracovala na provádění Bazální stimulace se sestrou. Klientka byla klidnější při jakémkoli kontaktu či zájmu o ni, ať už šlo o prvek Bazální stimulace nebo jen přítomnost u lůžka. V tomto případě byla Bazální stimulace prospěšná především tím, že přiměla sestry pobýt u klientky nějaký čas navíc. Prvky Bazální stimulace klientce dávaly především pocit jistoty, že není sama a někdo za ní vždy po určité době přijde a postará se o ni.

Respondentka 2 byla velmi vděčná za jakýkoli kontakt a vlídné slovo a vždy děkovala jen za moji přítomnost. Bazální stimulace mi pomohla vybudovat si s klientkou vztah, díky kterému jsem jí mohla být oporou. Tento vztah byl znát především poslední den mého výzkumu, kdy se klientce velmi přitížilo a nebyla téměř schopna komunikovat a vnímat okolí. Byla při krátkých procitnutích rozrušená a neverbálně vykazovala bolest a nepohodlí. Když jsem ke klientce přišla, sedla si k ní jako obvykle a chvíli jsem povídala, klientka se lehce usmívala a byla klidná.

Nevěděla jsem, jestli vnímala, co jsem říkala, ale z tváře jí zmizel bolestivý výraz. Před horšením stavu se klientka při ranní celkové koupeli usmívala a při stimulaci rukou a nohou zavírala oči. Když jsem se zeptala, říkala vždy, že se jí masáž moc líbí. U koupele i stimulaci dýchání jsem používala osobní krém klientky, který krásně voněl a vytvořil tak příjemnou atmosféru. Klientka mi dvakrát řekla, že si připadá lépe než v lázních. Při a po stimulaci bývala unavená, ale veselá.

U respondenta 3 jsem zaměřila prvky především na vhodný kontakt, prokrvení zad a zlepšení dýchání. Klient byl z počátku trochu nepřístupný a kvůli velké únavnosti neměl zájem ani náladu cokoli dělat. I přes počáteční nevoli byl vždy nakonec rád, že jsem techniky prováděla. Po dobu provádění výzkumu klient přestal využívat kyslíkové brýle. V poloze na boku s obložením celého těla se klientovi dle vlastních slov dobře spalo a především dýchalo.

Respondentka 4 byla Bazální stimulací nadšená. Nejdříve nevěřila, že za provádění stimulační nebudu nic chtít, a ptala se i sester, zda jí nevěnují takovou péči proto, abych z ní dostala peníze. Když jsem klientce vše znovu vysvětlila a mé tvrzení potvrdil i personál, přijala mě s nadšením. Třetí den pro mě i nechala poslat, když jsem se zpozdila o několik minut než dny předtím. Se zájmem si nechala klientka vše vysvětlit a spolupracovala. U každého prvku chtěla vysvětlit, na co je dobrý a k čemu se využívá. Po každé stimulaci mi řekla, že se cítí mnohem lépe. Při kontaktním dýchání se klientka vypovídala z věcí, které ji trápily, a uklidnila se. Bazální stimulace ji zaujala a sama navrhovala další využití pro ni. Například že klienti s ochrnutím celého těla by si měli zdravou rukou ochrnutou půlku stimulovat sami.

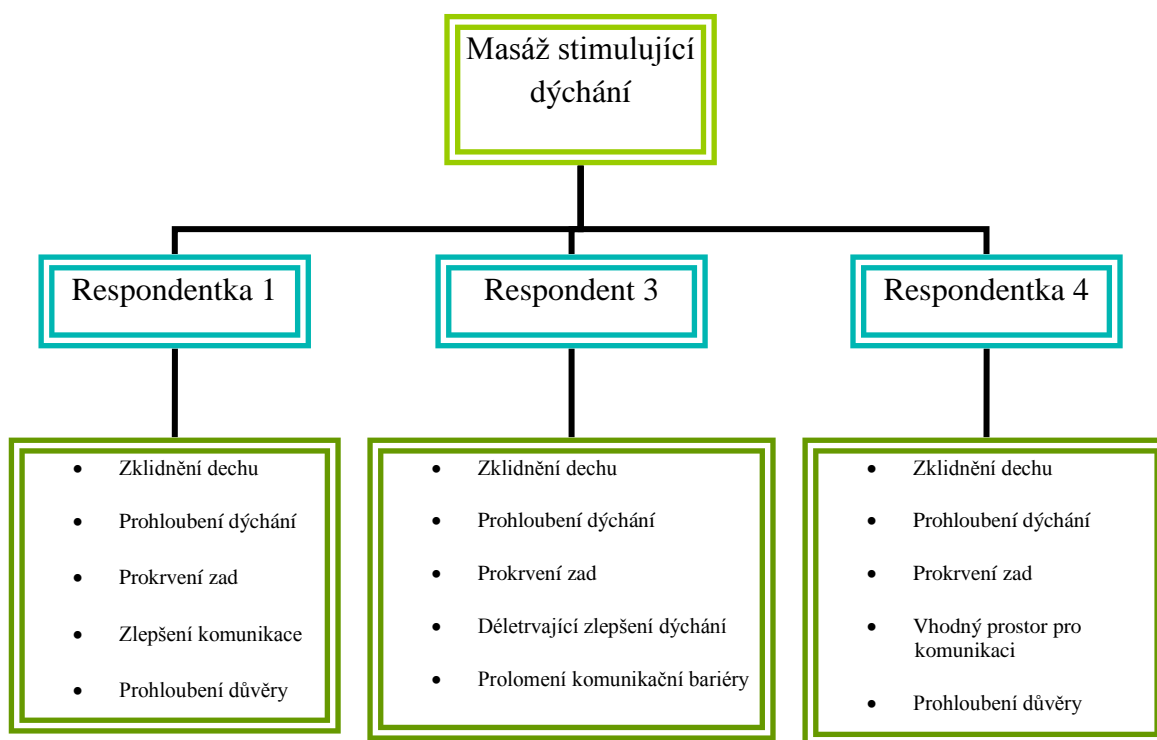
U respondenta 5 jsem na Bazální stimulaci spolupracovala se sestrou. Z dokumentace bylo zřejmé, že z počátku hospitalizace klienta se Bazální simulace a rehabilitace prováděla velmi aktivně a také byly popsány výrazné pokroky ve vnímání klienta a jeho celkovém stavu. Po změně ošetřující lékařky se ale přestala Bazální stimulace téměř provádět. U klienta se nyní provádí prvky začleněné do ošetřovatelské péče. Prvky Bazální stimulační, i když jen ty základní, klientovi zpříjemňují dny strávené v hospici a přinášejí mu pravidelný rytmus dne.

VO2: Jak působí na klienta/pacienta v hospici techniky Bazální stimulace®?

Masáž stimulující dýchání

Tento prvek Bazální stimulace jsem aplikovala u tří klientů po dobu tří dnů. Masáž jsem prováděla podle instrukcí ze základního kurzu Bazální stimulace. U respondentky 2 jsem masáž zařadila do celkové koupele. Klientka reagovala pozitivně a spolupracovala. Mým cílem bylo především prokrvení zad a prodýchání plic. Respondentovi 3 jsem prováděla stimulaci vsedě i vleže na lůžku po rehabilitaci na zklidnění a prohloubení dechu a prokrvení zad. Také pro navázání kontaktu s klientem. Respondentka 4 si zvolila pro masáž sama polohu vsedě. Stimulace ji zaujala a byla podle svých slov ráda, že jsme ji prováděly. Masáž stimulující dýchání jsme prováděly v odpoledních hodinách, aby měla klientka potom možnost si odpočnout. Po stimulaci pospávala.

Mapa 1 Masáž stimulující dýchání

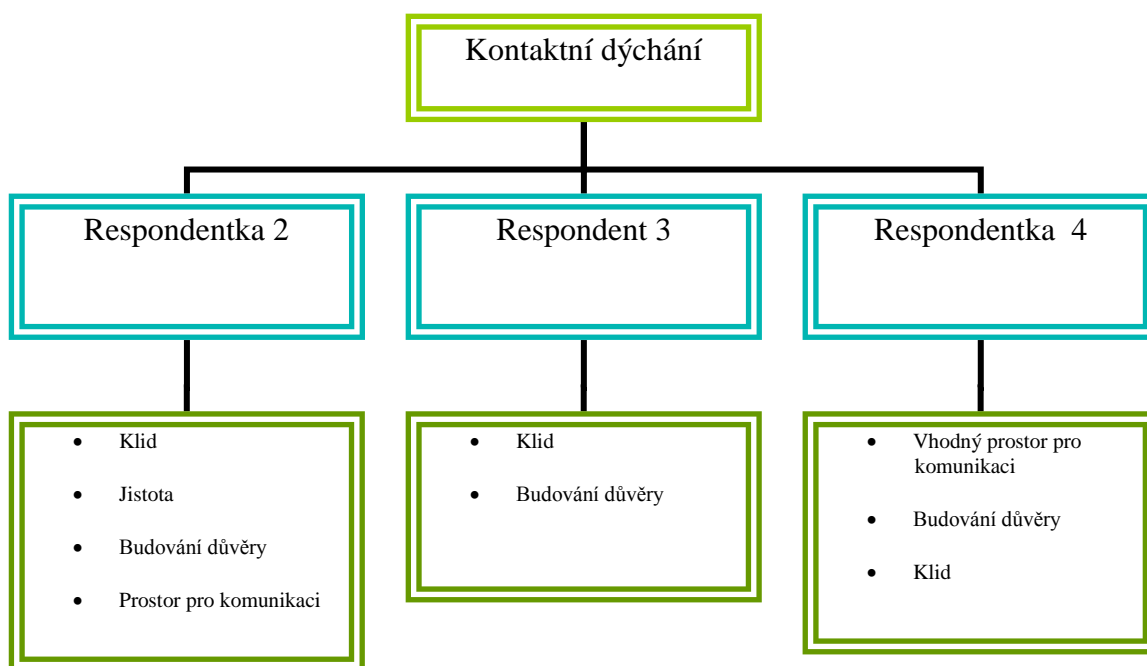


Zdroj: vlastní výzkum

Kontaktní dýchání

Tento prvek jsem aplikovala u dvou klientů, kdy jsem volila kontaktní dýchání pro lepší navázání vztahu mezi mnou a klientem a k vybudování důvěry. Kontaktní dýchání jsem prováděla dle konceptu Bazální stimulace. U respondentky 2 byla stimulace využita spíše k vyjádření účasti a podpory. Klientka byla díky kontaktnímu dýchání klidnější. Respondentka 4 se při tomto prvku uvolnila, získala ve mně důvěru a vyprávěla o věcech, které ji tížily. U respondenta 3 jsem volila kontaktní dýchání ke zklidnění dýchání po atakách kašle. Klient se díky tomuto prvku zklidnil a vydýchal. Primární efekt měla při tomto prvku moje přítomnost, klid, dostatek času a vhodný dotek vzbuzující důvěru a účast s klienty.

Mapa 2 Kontaktní dýchání

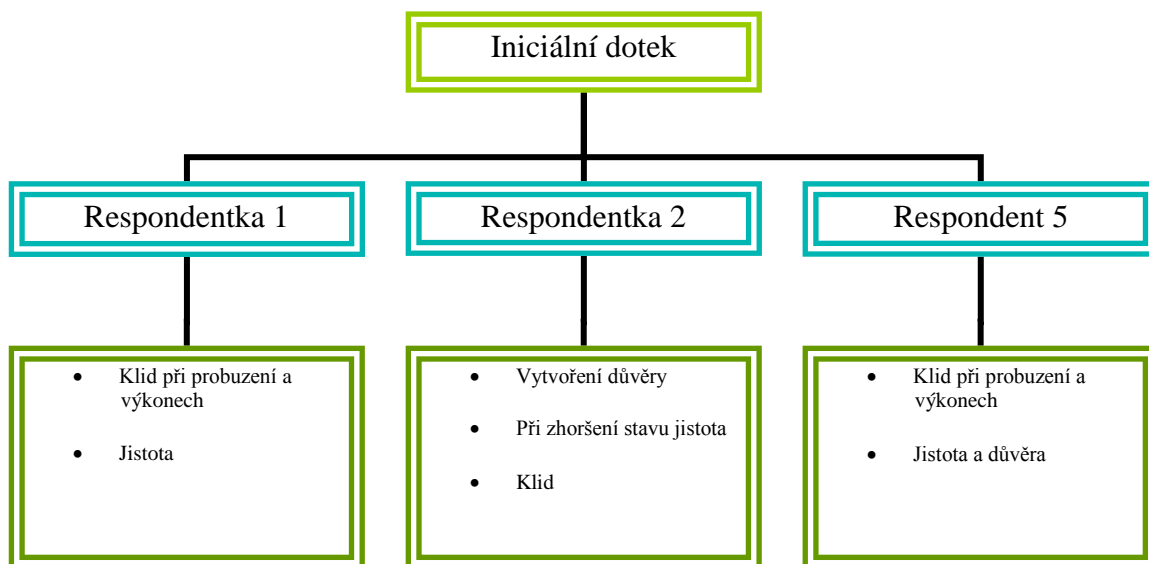


Zdroj: vlastní výzkum

Iniciální dotek

Tento prvek byl využíván u dvou respondentů s kvantitativně změněným vědomím. Oba klienti měli určený iniciální dotek na pravém rameni. Iniciální dotek dodržovalo jen málo členů ošetřujícího personálu, a proto jeho efekt dle mého zkoumání byl malý. Respondentka 1 vždy sledovala veškeré činnosti v místnosti a okolo lůžka a o naší přítomnosti vždy věděla. Klientce jsme ústně oznamovali, co budeme právě dělat. Při probuzení dotekem na pravé rameno se nepolekala. Respondent 5 reagoval stejně na jakýkoli první dotek. Klient spíše reagoval pozitivně na oslovení, při kterém zaregistroval naši přítomnost, ale při probuzení dotekem na pravé rameno, byl klidný. U respondentky 2 jsem neplánovaně zařadila iniciální dotek na pravé paži. Klientku jsem vždy tlumeným hlasem pozdravila velmi blízko pravého ucha, abych ji nepolekala, a přitom jsem vždy položila dlaň na její paži. Třetí den mého výzkumu, kdy se stav klientky rapidně zhoršil, jsem už při položení dlaně na paži poznala, že klientka ví o mé přítomnosti a že jsem přišla zrovna já. Oslovila mě vždy jménem a děkovala za moji přítomnost.

Mapa 3 Iniciální dotek

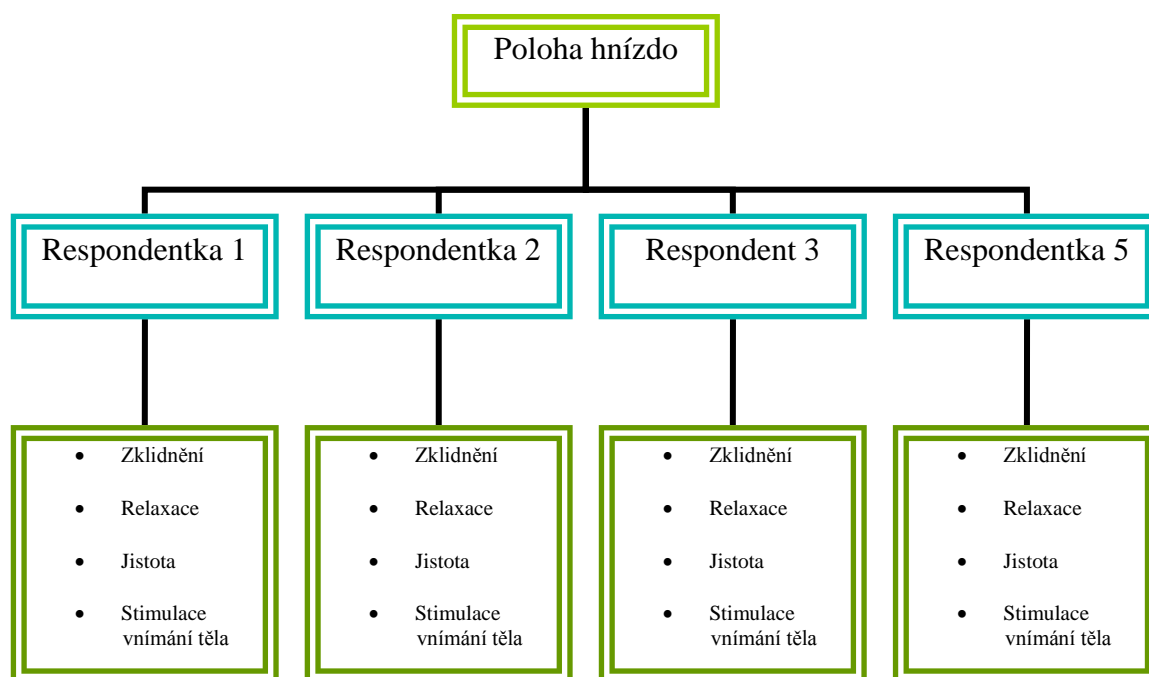


Zdroj: vlastní výzkum

Poloha hnízdo

Polohu do tvaru hnízda jsem aplikovala u čtyř respondentů. Tuto polohu jsem vždy volila k relaxaci klientů a pocitu bezpečí. Respondenti 1 a 5 byli takto polohováni vždy po ranní koupeli a při další změně polohy jim byly obkládány kontury těla. Oba klienti byli v této poloze bdělí a sledovali televizi a dění okolo lůžka. U respondentů 2 a 3 jsem polohu hnízdo volila po ranní koupeli, stimulaci dýchání a kontaktním dýchání. Respondentce 2 jsem při změně polohy obkládala obrysy těla. Oba dva respondenti v této poloze pokaždé usnuli.

Mapa 4 Poloha hnízdo



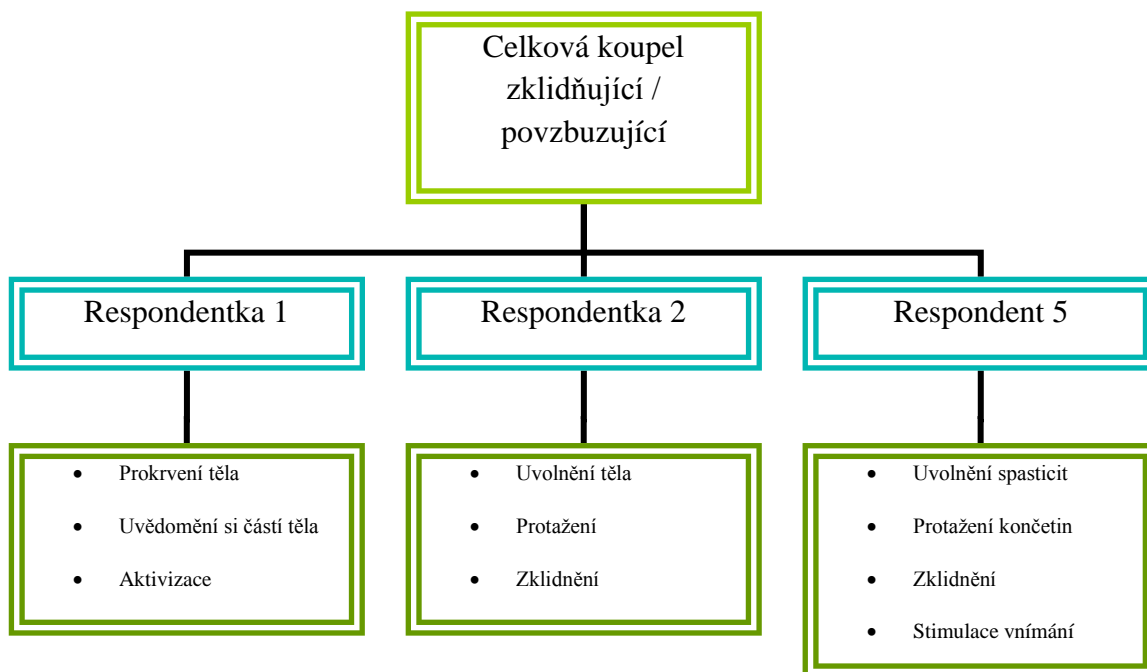
Zdroj: vlastní výzkum

Celková povzbuzující a zklidňující koupel

Stimulující koupel v rámci ranní hygieny jsem aplikovala u čtyř respondentů. U respondentky 2 jsem použila celkovou zklidňující koupel, která měla za cíl relaxaci a uklidnění klientky. Především jsem chtěla zpříjemnit klientce ranní hygienu. Klientka byla během koupele klidná a podle jejích vlastních slov se jí líbila a byla jí příjemná. Hned po koupeli v poloze hnízdo usnula. U respondenta 5 jsem volila zklidňující koupel k uvolnění spasmů horních končetin. Po chvíli provádění stimulace klient spasmy postupně povoloval a uvolňoval. Klient byl po stimulaci bdělý a sledoval televizi.

Celkovou povzbuzující koupel jsem použila u dvou respondentů. Respondentka 1 byla při stimulaci klidná. Končetiny měla uvolněné a sledovala okolí. Po stimulaci byla bdělá. U respondentky 4 jsem zvolila povzbuzující masáž zaměřenou na končetiny. Klientka byla velmi spojena a dle svých slov pociťovala úlevu od těžkých nohou a masáž jí byla příjemná. Po stimulaci klientka rehabilitovala s fyzioterapeutkou.

Mapa 5 Celková koupel povzbuzující / zklidňující



Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

Během zpracovávání práce jsem se setkala často s názorem, že je BS určená pouze pro pacienty na jednotkách intenzivní péče a v hospicové péči už je zbytečná. Ve většině případů tato domněnka plynula z toho, že takto hovořící neměli o Bazální stimulaci dostatek informací. Bohužel se díky nízkým vědomostem velká část odborníků domnívá, že BS je pouze vyvěšení obrázků nad lůžko, barevné stěny a například puštění rádia. Když se ale podíváme blíže, zjistíme, že prvky BS jsou velmi dobře zakomponovatelné do péče o hospicové pacienty a není těžké je začlenit do ošetrovatelské péče. To, že je BS vhodná i pro hospicovou péči, potvrzuje také PhDr. Karolína Friedlová, která říká, že „Bazální stimulace je vhodná pro klienty všech věkových kategorií, a to na různých úrovních péče. Koncept se využívá v intenzivní péči, péči na standardních odděleních, v zařízeních pro seniory, ústavech sociální péče pro děti i dospělé a také v domácí a hospicové péči“ (23, str. 57).

To, že Bazální stimulace není pro hospicovou péči využitelná, si myslí Bc. Michaela Kaňová z hospice sv. Alžběty, která napsala: „Koncept bazální stimulace má za cíl spíše podpořit jak pohybové, tak ostatní funkce a k jeho úspěšnosti je třeba rezerv organismu a delšího času, který v hospici většinou nemáme. Pokud mám správnou představu, tak i ti, kteří tento koncept praktikují, jej používají hlavně u novorozenců, u pacientů ve vigilním komatu či u demenčních nemocných“ (24, příloha č. 7).

Já se naopak domnívám, že prvky BS nejsou zaměřené jen na zlepšování pohybových funkcí klientů, ale především mohou pomoci mírnit bolesti, uvolňovat tělo, zklidňovat nebo naopak povzbuzovat a pomáhat v budování důvěry mezi ošetřujícím personálem a klientem. Velký význam má také podpora dýchání pomocí masáže stimulujícího dýchání, kdy můžeme lépe sledovat kvalitu dýchání klienta a snadněji potom rozeznat jeho momentální stav a komfort. Jak píše PhDr. Karolína Friedlová: „Masáž stimulující dýchání je technika konceptu Bazální stimulace, jejímž cílem je dosažení pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. Mnoho vědeckých studií dokázalo, že masáž stimulující dýchání redukuje stavy neklidu a zmatenosti. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky zprostředkovávají pacientovi pocit jistoty.

Během masáže stimulující dýchání dochází k srovnání frekvencí a rytmu dýchání u ošetřujícího a pacienta, dochází tím k významné nonverbální komunikaci a pacient se tak cítí akceptován. Jeho prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí“ (25, str. 31).

Při provádění této techniky u klientů jsem se setkala s těmito pozitivními účinky u všech respondentů.

Sestry a veškerý personál v DLBsH Rajhrad, kde jsem výzkum prováděla, byli velmi profesionální a k pacientům se chovali pěkně a mile. Díky většímu počtu zaměstnanců než na lůžkových odděleních v nemocnicích a na ONP měli na klienty výrazně více času. I přesto bylo na klientech znát, že každý další kontakt a další minuta pozornosti navíc byla velmi žádaná a měla velký vliv na psychický stav. Vyjádření účasti v trápení a upřímný zájem vždy u pozorovaných klientů s nezměněným vědomím při každé návštěvě přinesl viditelné zklidnění a úsměv jako odměnu.

Z literatury i praxe víme, že ne všechny prvky BS jsou vhodné pro použití u klientů s paliativní diagnózou. Dle mého zkoumání jsou prvky jako celková zklidňující koupel, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání a polohování do tvaru hnízda pro klienty s nádorovým onemocněním jakéhokoliv stádia velmi vhodné. Primární efekt při mém zkoumání měla pouhá přítomnost u lůžka klienta, vlídnost a upřímný zájem. Všechny tyto prvky provází přímý kontakt s klientem a příjemné uklidňující doteky. Při zklidňující koupeli u respondentky 2 jsem viděla, jak jsou jí mé doteky příjemné. Každým pohlazením jako bych sejmula kousek břemene. I PhDr. Karolína Friedlová popisuje, že hlavní cíl prvků BS u klientů s paliativní diagnózou, je dát klientům najevo, že s nimi budeme i v nejhorším a neopustíme ho (16).

Díky masáži stimulující dýchání se mi podařilo s mírně uzavřeným klientem navázat kontakt a díky tomu mu být blíže a lépe porozumět a pomoci. Podobnou zkušenost popisuje také Alžběta Urbanová, z hospice Citadela Valašské Meziříčí, kde masáž stimulující dýchání využívají také u zmatených, trpících bolestmi nebo u klientů s demencí (19).

Podle mého názoru pomáhá také začlenění prvků Bazální stimulace do ošetrovatelské péče zlepšit vztah sestry ke klientovi a navrátit tak sesterské profesi cit,

vlídnost a empatii. Tento vztah krásně vyjádřila neznámá žena na sklonku života v básni, ve které popisuje, že i když je nyní stará, nemohoucí a sestřám spíše na obtíž, bývala také mladá jako ony a zaslouží si takový přístup (přílohač. 9). „Sestry mají obzvláště důležitou roli při podpoře pacienta. Mnohé jejich každodenní činnosti mohou posilovat naději, zachovat důstojnost a umožnit dosažení osobních cílů. To je podstatou dobrého paliativního ošetřovatelství a integrální součástí multidisciplinárního přístupu“ (26, str. 190).

Sestra může při Bazální stimulaci vytvářet vlastní iniciativu ve tvoření plánu péče o klienta. Při stimulování je s klientem v přímém kontaktu a může lépe sledovat jeho reakce a celkový stav.

Bazální stimulaci jako doprovázení umírajícího popisují také Stephan Kostrzewa a Marion Kutzner. Zdůrazňují také, že umírající je klidnější, když je obklopen lidmi a není sám. Ve svém šetření jsem dospěla ke stejnému závěru, že nejdůležitější je vlastní přítomnost u lůžka. Bazální stimulaci také označují jako neverbální komunikaci, což je dle mého názoru při kontaktu s umírajícím člověkem důležitější než komunikace slovní (18).

Člověk je ve své podstatě společenská bytost a je zvyklý všechny své životní úspěchy či nezmarny sdílet s ostatními lidmi. Jinak tomu není ani v nemoci. Ne nadarmo se traduje přísloví, že sdělená starost je poloviční starost. Stejně tomu tak je i s bolestí a utrpením. Dle mé vlastní zkušenosti to nejvzácnější a nejcennější co můžeme trpícímu a umírajícímu člověku dát, je náš čas, naše přítomnost a účast. Bazální stimulace mi pomohla pochopit, jak je jednoduché vyjádřit trpícímu účast v jeho trápení beze slov a zároveň mu pomocí vhodně zvolených dotyků ulevit od bolesti a zajistit klid a odpočinek.

6 Závěr

Práce s názvem Bazální stimulace v hospicové péči měla za cíle zjistit, zda koncept Bazální stimulace zkvalitňuje život klienta v hospicové péči a jak klienti reagují na techniky Bazální stimulace, k němž se vztahovaly výzkumné otázky. Odpovědi na ně jsou obsaženy ve výsledcích a diskuzi práce.

Toto téma jsem si vybrala proto, že mě již dříve zaujala Bazální stimulace a chtěla jsem se o ní dozvědět více. Téma je to krásné a dle mého názoru i aktuální, ale bohužel literatura vztahující se k BS v hospicové nebo paliativní péči téměř není. Tento fakt mi ale nijak nebránil práci dokončit a díky ochotě a vstřícnosti sester z většiny hospiců u nás se mi podařilo získat přesné a především aktuální informace (příloha č. 3). Naopak si myslím, že může být moje práce prospěšná, protože literatury na toto téma je nedostatek.

Empirickou část práce jsem zpracovala pomocí pozorování klientů, u kterých jsem osobně prováděla BS a mohla jsem tak objektivně zhodnotit, jak na ně techniky působí. Vykonávání výzkumu bylo zajímavé a obohatilo mě o nové zkušenosti. BS je podle mého názoru stále v některých oborech nedoceněným konceptem. Na druhou stranu je poměrně časově náročná a je logické, že na některých pracovištích, kde není sester mnoho a sotva stačí na základní ošetrovatelskou péči, ji nelze ve větším měřítku provádět.

Výsledky šetření budou po domluvě s vrchní sestrou poskytnuty a v případě zájmu odprezentovány v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Celou práci jsem nabídla PhDr. Karolíně Friedlové. Také jsem kontaktovala zařízení poskytující hospicovou péči, která mi přispěla informacemi do teoretické části práce a nabídla jsem jim odprezentování práce a dosažených výsledků.

7 Seznam použité literatury

1. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
4. KŘIVOHLAVÝ, J.KACZMARCZYK,S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
5. KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
6. LENOCHOVÁ, E. BLINKOVÁ, M. *Hospicová a paliativní péče*. Sestra. 2008, č. 12, s. 47. ISSN 1210-0404.
7. Respitní péče Jindra. CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA. Farní charita Litomyšl [online]. © 2012 [cit. 2012-11-27]. Dostupné z: <http://litomysl.charita.cz/sluzby-ktere-poskytujeme/respitni-pece-kratkodobe-odlehcovaci-pobyty/>
8. MLÝNKOVÁ, J. *Saturace potřeb klientů v ústavní a sociální péči*. Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče. 2009, č. 3, s. 22-23. ISSN 1213-2330
9. THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 241 s. ISBN 978-808-7029-244.
10. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2
11. DIECÉZNÍ CHARITA BRNO OBLASTNÍ CHARITA RAJHRAD. *Výroční zpráva 2011*. v.e. TERCIE s.r.o. Rajhrad, 2012, 35 s.
12. INSTITUT Bazální stimulace® [online]. 2004-2012 [cit. 2012-10-17]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>

13. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. přepracované 11. vydání. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2012.
14. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
15. ASOCIACE PALMA. *Palmasoc: Profesioní asociace lektorů mezinárodně akreditovaných* [online]. 2012 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.asociace-palma.cz/>
16. FRIEDLOVÁ, K. *Koncept Bazální stimulace v paliativní ošetrovatelské péči*. Sestra. 2012, č. 10, s. 42. ISSN 1210-0404.
17. FRIEDLOVÁ, K. *Paliativní ošetrovatelská péče a možnosti uplatnění ošetrovatelských konceptů*. In Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III, Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. s. 31 - 35. ISBN 978-80-7248-470-6
18. KOSTRZEWA, S, M KUTZNER. *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. 4., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber, 2009. ISBN 978-345-6846-934.
19. URBANOVÁ, A. *Masáž stimuluující dýchání u hospicových pacientů*. Sestra. 2008, č. 12, s. 48. ISSN 1210-0404.
20. MALÍKOVÁ, Z. HOSPIC MOST. *Email 1*. 2012, elektronická pošta. vrchni.hospic@mostmail.cz. Příloha č. 4
21. PŘEDOTOVÁ, E. VZDĚLÁVACÍ CENTRUM HOSPICE SV. JANA N. NEUMANNA. *Email 2*. 2012, elektronická pošta. vzdelavani@hospicpt.cz. Příloha č. 5
22. NOVÁKOVÁ, P. HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. *Email 3*. 2012, elektronická pošta. novakova@hospic.cz. Příloha č. 6
23. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace: Dotek s terapeutickým účinkem*. VADEMECUM zdraví, 2005, roč. IV., s. 56.-57, ISSN 1802-3959

24. KAŇOVÁ, M. HOSPIC SV. ALŽBĚTY. *Email 4*. 2012, elektronická pošta. vrchni@hospicbrno.cz. Příloha č. 7
25. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a II.* Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009, 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
26. Ó-CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
27. KELNAROVÁ, J. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 33-34. ISBN 978-80-247-2830-8.
28. HOSPICOVÁ PÉČE SVATÉ ZDISLAVY. *Na zamýšlení*. Hospicová péče svaté Zdislavy [online]. © 2010 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://www.hospiczdislavy.cz/na-zamysleni/>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 Ošetrovatelská anamnéza v konceptu Bazální stimulace®

Příloha č. 2 Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 3 E-mail poslaný zařízením poskytujícím hospicovou péči

Příloha č. 4 E-mail 1

Příloha č. 5 E-mail 2

Příloha č. 6 E-mail 3

Příloha č. 7 E-mail 4

Příloha č. 8 Otázky k otevřenému rozhovoru

Příloha č. 9 Báseň neznámé pacientky

Příloha č. 10 Certifikát Bazální stimulace®

Příloha č. 1

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Paní/pan.....

Blízká osoba.....

INICIÁLNÍ DOTEK, POKUD ANO MÍSTO:.....

Tělesná péče

() levák () pravák

Je pro něj/ni péče o své tělo důležitá? () ano () ne

Jak často a kdy? () denně () ráno () večer

() občas – specifikujte.....

Teplota vody () chladná () vlažná () teplá () horká

K mytí používá.....

Potřebuje pomoc při mytí? () ano () ne

Rituály při mytí?.....

Stav pokožky () normální () masná () 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 má 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 () specifika.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? () ano () ne

Na kterém místě nemá rád dotek?.....

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 za ramena? () ano () ne

Kolik hodin denně spí?.....Má hodně zatemněno při spánku? () ano () ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: () sladké () kyselé () ostré () slané

Teplota jídla? () teplé () vlažné () studené

Konzistence: () měkké () pevná strava () tekutá strava

Oblíbený nápoj.....oblíbený pokrm.....

Nesnází.....

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

Vlastní přinesené potraviny.....

Potíže při polykání? () ano () ne specifikujte.....

Vyprazdňování

Močení: () spontánní () poruchy mikce () léčba medikamenty

Jaké poruchy?.....

Při inkontinenci užívá: () ink. vložky () plenk. kalhotky () perm. katetr

Stolice: () bez problémů () obstipace () průjem

Specifikujte poruchy.....

Sluch

Sluch postižen: () ano () ne

() vpravo () vlevo

Specifikujte postižení.....

Sluchadlo: () ano () ne

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

Zvuky, na které je zvyklý.....

Přinesené předměty.....

Zrak

Porucha zraku: () ano () ne

() vpravo () vlevo

Specifikujte.....

.

Brýle: () ano () ne 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, popř.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 věci k uspořádání jeho okolí.....

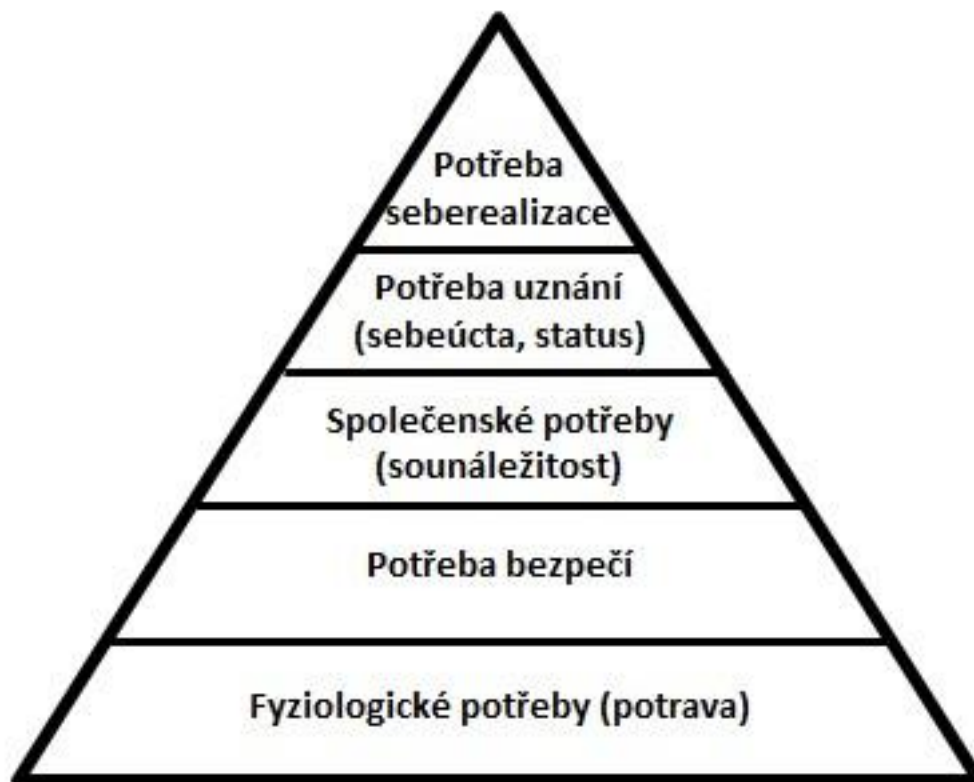
.....

Anamnézu sepsal/la..... dne.....

Dotazy zodpověděl/la.....je v poměru k pacientovi.....

Zdroj: dotazník využívaný pro získání anamnézy pro koncept Bazální stimulace v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

Příloha č. 2 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty (27)

Příloha č. 3 Elektronický dopis zasláný zařízením poskytujícím hospicovou péči

Dobrý večer,

jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty a nyní se zabývám svojí bakalářskou prací na téma Bazální stimulace v hospicové péči. Potýkám se s nedostatkem literatury na toto téma, a proto bych Vás chtěla poprosit o informace, zda u vás pracujete s konceptem bazální stimulace, popřípadě jaké prvky využíváte. Také by mi velmi pomohla informace, s jakými diagnózami u pacientů se ve vašem hospici setkáváte. Chtěla bych, aby moje práce byla alespoň trochu prospěšná a obsahovala co nejvíce informací, které budou ostatním k užítku. Jak jsem již zmínila, literatura na toto téma v České republice téměř není, a proto věřím, že mi pomůžete vytvořit práci, která tu podle mého názoru chybí. Informace, které žádám, nejsou součástí výzkumu práce, jedná se o zdroj informací do teoretické části. Samozřejmě Vás nechci v žádném případě zdržovat a okrádat o čas, ale budu moc ráda za jakékoli informace, které mi poskytnete.

Předem velmi děkuji za ochotu a spolupráci.

S přáním pěkného zbytku večera

Soňa Hrůzová

Zdroj: vlastní e-mail

Příloha č. 4 Elektronická korespondence

Dobrý den,

budu se Vám snažit stručně odpovědět na Vaše otázky.

V našem hospici máme většinou pacienty s onkologickou diagnosou. Jsou to pacienti, u kterých byla ukončena veškerá léčba. Přijímáme ale i pacienty s neonkologickými nemocemi, musí ale už být v terminálním stadiu.

Bazální stimulaci občas používáme u terminálních pacientů, většinou je to při polohování pacientů / pacienta celého obložíme" aby se vnímal" / , při celkové hygieně na lůžku , občas orální stimulace- vytírání dutiny ústní štětičkou namočeného do něčeho, co měl pacient rád.

Jestli budete chtít ještě něco vědět, ráda odpovím.

Z.Malíková

Zdroj: vlastní e-mail

Příloha č. 5 Elektronická korespondence

Dobrý den, Vážená slečno/paní Hružová,

velice si Vážíme vašeho zájmu o náš hospic a o péči o těžce nemocné a umírající. Váš dotaz jsem konzultovala s vrchní sestrou.

Při práci s našimi klienty (chcete-li pacienty) využíváme Iniciačních doteků, celkovou zklidňující koupel, polohování do pozice hnízdo, mikropolohování, orální stimulaci, auditivní stimulaci a optickou stimulaci, rovněž využíváme masáže stimulující dýchání. U lidí ve velmi vážném zdravotním stavu, kde je již zřejmý blížící se konec života využíváme kontaktní dýchání.

Pokud jde o diagnostikovaná onemocnění u našich klientů jedná se nejčastěji o karcinom (především pak dýchacích cest, trávicího traktu, prsu, nebo karcinomy v oblasti centrální nervové soustavy) Vzhledem k vážnosti a pokročilosti chorob našich pacientů je velice často objevují i metastázy. V menší míře se setkáváme s klienty, kteří trpí Parkinsonovou chorobou, disfunkcí svalové soustavy v důsledku závažných cévních mozkových příhod, či v důsledku jiných vlivů. Mezi našimi pacienty se objevují i lidé s některým typem demence (to je však v současnosti eliminováno pro tento typ klientů zde vznikl domov se zvláštním režimem).

Doufám, že Vám tyto informace pomohou a dovedou Vás ke zdárné a úspěšné obhajobě Vaší bakalářské práce. Pokud budete mít další dotazy budeme se Vám snažit pomoci.

S pozdravem

Mgr. Eva Předotová

Zdroj: vlastní e-mail

Příloha č. 6 Elektronická korespondence

Vážená paní Hrůzová,

ráda se Vám pokusím odpovědět na Vaše otázky. S konceptem bazální stimulace pracujeme, postupem času všichni naši pracovníci v přímé péči prošli kurzem Karolíny Friedlové, jak základy BS, tak i navazující druhý kurz. Přijímáme pacienty s jakoukoliv onkologickou diagnózou v terminálním stádiu nemoci. Pacienti jsou jakéhokoliv věku, ne jen senioři. A v druhé řadě, pokud je volná kapacita, pacienty na odlehčení rodině. Ti přichází většinou s dg. stav po CMP, zlomenině kyč.kloubu, Alzheimerova choroba, stařecká demence apod. Nejvíce využívané prvky BS jsou:

masáž stimulující dýchání-především u nemocných s nádor.onemoc. plic

orální stimulace-u všech pacientů se zhoršeným vnímáním

Ze somatické stimulace využíváme především polohování-do hnízda, ohraničování kontur těla, iniciační dotek. Dále hodně využíváme taktilně-haptické stimulace, pokoj zařizujeme předměty, které přinese rodina, pouštíme jeho oblíbené písničky apod.

Pro pacienty po CMP je výborná stimulující masáž.

Pokud budete mít ještě nějaké dotazy, napište mi.

Přeji Vám hodně síly při studiu.

S pozdravem

Petra Nováková

Zdroj: vlastní e-mail

Příloha č. 7 Elektronická korespondence

Dobrý den paní Hrůzová,

S literaturou tohoto typu je to opravdu svízelné. V paliativní péči jsou jistě použitelné některé prvky bazální stimulace, ale jako celek se, myslím, v hospicích nevyužívá. O literatuře na téma „bazální stimulace v paliativní péči“ nevím.

Domnívám se, že pokud byste chtěla, aby to mělo praktický význam, bude třeba nějaká kazuistika.

Většina nemocných v hospici má nějakou onkologickou diagnózu a postupující nádor obvykle vede k velké slabosti, únavě a nevyhnutelně ke zhoršování fyzického stavu až ke smrti.

Koncept bazální stimulace má za cíl spíše podpořit jak pohybové, tak ostatní funkce a k jeho úspěšnosti je třeba rezerv organismu a delšího času, který v hospici většinou nemáme. Pokud mám správnou představu, tak i ti, kteří tento koncept praktikují, jej používají hlavně u novorozenců, u pacientů ve vigilním komatu či u dementních nemocných.

Neříkám, že bychom nemohli některé prvky použít, ale rozhodně to není běžné.

Pokud byste o tom chtěla více pohovořit, ozvěte se.

S pozdravem

Bc. Michaela Kaňová

vrchní sestra

Hospic sv. Alžběty

Zdroj: vlastní e-mail

Příloha č. 8 Otázky k rozhovoru

Okruhy otázek k otevřenému rozhovoru se sestrou.

1. Základní informace
2. Vzdělání a informace o BS.
3. Jaké prvky se u klientů využívají a jak často.
4. Zda jsou sledovány a zaznamenávány reakce klientů na stimulaci. Jak reagují.
5. Prospěšnost BS u klientů v hospici.
6. Návrhy na změny.

Zdroj: vlastní

Příloha č. 9 Báseň

„Poslyšte, sestro, když na mě hledíte,
řekněte, koho to před sebou vidíte.
Ach ano, je to jen ubohá stařena
s divnýma očima a napůl šílená.
Odpověď nedá vám, jídlo jí padá,
nevnímá, když po ní něco se žádá,
o světě neví, jen přidělává práci,
boty a punčochy napořád ztrácí.
Někdy je svéhlavá, jindy se umí chovat,
už potřebuje však krmit a přebalovat.
Tohleto vidíte? Tohle si myslíte?

Sestřičko, vždyť o mně vůbec nic nevíte.

Budu vám vyprávět, kým všim jsem bývala,
než jsem se bezmocná až sem k vám dostala.
Miláčkem rodičů, děvčátkem, tak sotva deset let,
s bratry a sestrami slád' život jako med.
Šestnáctiletou kráskou, plující v oblacích,
dychtivou prvních lásek a pořád samý smích.
V dvaceti nevěstou se srdcem bušícím,
co skládala svůj slib za bílou kyticí.
A když mi bylo pár let po dvaceti,
já chtěla šťastný domov pro své děti,
pak přešla třicítka a pouta lásky dětí,
jak rostly, už mohli se uzlovat popaměti.

A je mi čtyřicet, synové odchází,
jenom můj věrný muž pořád mě provází.
Padesátka přišla, ale s ní další malí,
co u mě na klíně si jak ti první hráli.
Však začala doba zlá, můj manžel zesnul v Pánu,
mám z budoucnosti strach, někdo mi zavřel bránu.

Život jde dál, mé děti mají vrásky
a já jen vzpomínám na ně a na dny lásky.


Příroda krutá je, i když byl život krásný,
na stará kolena nadělá z nás všech blázny.
Tělo mi neslouží, s grácií už je ámen,
kde srdce tlouklo dřív, dnes cítím jenom kámen.
Však vprostřed zkázy té mladičká dívka žije
a srdce jí, byť hořce, tam uvnitř pořád bije.
Vzpomíná na radost, na žal, co rozechvívá,
vždyť pořád miluje a nepřestala být živá.
Málo bylo těch let a netáhla se líně,
já smířila se s tím, že všechno jednou mine.

Otevřete oči, sestřičko, teď když to všechno víte,
neuvíдите seschlou stařenu:
Teď už – MĚ uvidíte!“ (na zamyšlení)

Zdroj: Tuto báseň napsala žena, která zemřela v oddělení pro dlouhodobě nemocné v Ashludieově nemocnici poblíž Dundee ve Skotsku (28).

Příloha č. 10 Certifikát

BESTÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Základní kurz Bazální stimulace®
v ošetrovatelské péči


Soňa HRŮZOVÁ, 7.5.1991

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení, GEB. AM / dat. nar.

IN DER ZEIT VON / V době od **20. 8. 2012** BIS / do **21. 8. 2012**

24 UNTERRICHTSTUNDEN / **24** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **13. 9. 2012**



STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-DES KURSLEITERS / Razítko a podpis
PhDr. Karolína Friedlová
Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege