

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Radka Dofková

**Bazální stimulace u osob dlouhodobě upoutaných na
lůžko**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Lucia Pastieriková Mgr., Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Olomouci dne 24. 4. 2014.

.....

Poděkování

Děkuji Lucii Pastierikové Mgr., Ph.D za odborné vedení bakalářské práce. Mé poděkování patří také paní primářce oddělení dlouhodobé intenzivní péče v Brně.

Úvod

Dané téma bylo zvoleno na základě vlastních pracovních zkušeností na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Na tomto oddělení se nachází lidé různých věkových kategorií s různými onemocněními a po těžkých úrazech. Prvky bazální stimulace aplikujeme na tomto oddělení už po 2 roky s dobrými výsledky.

Člověk, který dlouhodobě pobývá v nemocnici, v domově pro seniory, v ústavu sociální péče nebo v jiném zařízení, je velmi závislý na svém okolí. Velmi zde záleží na tom, jaký vztah se mezi ním a ošetřujícím personálem vytvoří. Dále také platí, že se tyto vztahy v čase mění a vyvíjejí. Člověk se neustále přizpůsobuje svému okolí a podřizuje se určitým normám a pravidlům. Kvalita komunikace mezi personálem klienty závisí také na kvalitě péče.

Právě koncept bazální stimulace nám umožňuje ke klientovi přistupovat s tím, že respektujeme individuální potřeby a zvyklosti každého klienta. Proto je možné i klienta, který se nachází ve velmi těžkém stavu, podporovat v jeho zachovalých schopnostech.

Nejdůležitějším stavebním kamenem k sestavení individuálního konceptu bazální stimulace je získání kvalitní biografické anamnézy. Zde je nutná spolupráce nejbližší rodiny, která tento projekt většinou bez výjimky vítá. Později se na provádění jednotlivých stimulací blízcí velmi rádi podílejí a získávají tak novou možnost komunikace se svým nejbližším, který je aktuálně např. i ve velmi těžkém stavu. Rodina i klient tento projekt vnímají jako posílení jistoty a důvěry. Lidé, kteří mají změněné vnímání se pak za doprovodu svých blízkých a ošetřujícího personálu, se snadněji vracejí do reálného světa. Je přitom žádoucí, aby všichni zúčastnění spolupracovali jako rovnocenní partneři. Profesionálové by měli respektovat příbuzné a příbuzní naopak profesionály.

Koncept bazální stimulace také spolupracuje i nadále s jinými rehabilitačními přístupy – např. se využívají prvky Vojtovy metody, canisterapie, prvky reflexní masáže, prvky Bobath konceptu. V situacích, kdy klienti nekomunikují a nemáme možnost se běžným způsobem dorozumět, nám koncept bazální stimulace nabízí možnost, jak se jiným způsobem dorozumět a vytvářet vztahy i s lidmi s velkými deficity v tělesném, mentálním nebo duševním stavu.

Cílem práce je seznámení se systémem bazální stimulace a její následné využití v ošetrovatelské praxi. Koncept bazální stimulace nám nabízí možnost komunikace, která je lidská a příjemná a přijímána jak klientem, tak rodinou i ošetřujícím personálem.

I. Teoretická část

1. Pacient dlouhodobě upoutaný na lůžko

Pacient dlouhodobě upoutaný na lůžko se nachází ve stavu, kdy dochází k **imobilitě** a **inaktivitě**. Dočasná imobilita nastává po krátkodobém klidu na lůžku a nedochází k závažným změnám, např. po horečnatém onemocnění, po operaci. Pokud po závažném onemocnění nebo při těžkém vrozeném postižení či po úraze dojde k výpadku motorických schopností různého stupně, mluvíme o trvalé mobilitě. Stupeň závislosti je pak ovlivněn hloubkou a rozsahem postižení, věkem, tělesnou konstitucí pacienta, kvalitou ošetrovatelské a následné rehabilitační péče. Imobilita se pak projevuje ve všech vnitřních systémech a vzniká tzv. **imobilizační syndrom**, který popíšeme dále (Minaříková, 2008).

1.1 Imobilita

Imobilitou rozumíme stav, kdy mechanismem nemoci nebo úrazu dojde k přechodné nebo trvalé ztrátě nebo omezení pohybových schopností. Inaktivita se pak projevuje v oblasti pohybových schopností, ale také v psychických schopnostech. **Imobilita** představuje **neschopnost volného pohybu**. Primární imobilita vzniká jako přímý důsledek choroby nebo úrazu. Sekundární se vyvíjí až druhotně, např. jako stav po infarktu myokardu nebo operaci. Hlavními příčinami imobility bývají silná bolest, poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, celková slabost, psychosociální problémy (např. deprese) nebo infekce (Hartmann, 2012).

Dočasná imobilita krátkodobá je stav, kdy po vynuceném krátkodobém klidu na lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám (horečnaté onemocnění, pooperační stav). Dočasná dlouhodobá imobilita je příčinou závažných komplikací a sekundárních změn. Trvalá imobilita je stav, kdy po závažném onemocnění, úraze nebo při těžkém vrozeném postižení, dojde k výpadku motorických funkcí různého rozsahu. Imobilita nepříznivě ovlivňuje všechny systémy lidského těla a způsobuje komplikace,

kteřé ohrožují život nemocného. Odehrávají se ve všech vnitřních systémech a na kůži (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

1.2 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je soubor poškození, které jsou způsobeny dlouhodobým pobytem a klidem na lůžku. Nyní si popíšeme problémy v jednotlivých systémech a jejich prevenci (Minaříková, 2008).

Kardiovaskulární systém

Dochází k ochabování kontrakční síly myokardu, dále také dochází k závratím, mžitkům před očima. Pacienta je nutné co nejdříve polohovat, vysazovat do sedu a vertikalizovat. Pacienta musíme vždy na změnu připravit, upozornit na důležitost polohování (Klusoňová, Pitnerová 2005).

Pohybový aparát

Dochází ke změnám jak na kostech a kloubech, tak i na svaech. Jakmile kost není zatěžována, dochází poměrně brzy k odbourávání kostních lamel a ke ztrátám vápníku, který se vylučuje ledvinami, kost se stává křehčí a velice snadno vznikají zlomeniny např. stehenní kosti, zápěstí, obratlového těla. Svaly rychle ubývají – během týdne to může být až 1/3 svalové síly – návrat do původního stavu však trvá 2 x déle a to i za přiměřené RHB. Co se týká kloubů, dochází ke snížení pohyblivosti až k bolestivému ztuhnutí kloubů. Jako prevenci podáváme vitamin D a vhodné je také cvičení na lůžku vsedě i vleže (Minaříková, 2008).

Dýchací systém

U člověka upoutaného na lůžko nepracují pomocné síly dýchací, plicní ventilace je zhoršená, hromadí se hlen v plicích a snadno dojde k zápalu plic. Prevencí je opět co nejdříve aktivizace a pokud pacient spolupracuje, provádíme dechová relaxační cvičení (Mikšová, 2006).

Zaživací systém

Dochází k nedostatečnému přívodu tekutin, k nechutenství, k nepohyblivosti a následnému zpomalení střevní peristaltiky. Prevencí je podávání dostatku tekutin, dále strava bohatá na vlákniny, zvýšený pohyb břišní stěny – pacienta podněcujeme k abdominálnímu dýchání (Workman, Bennett, 2006).

Močový systém

Dochází k ochabování močového měchýře a sfinkteru a následné inkontinenci a k infekcím. Prevencí je podávání dostatku tekutin, správná hygienická péče, vyprazdňování moče vsedě (Minaříková, 2008).

Kožní systém

Dochází ke snížení napětí v důsledku ztráty pevnosti kůže. Může dojít až ke vzniku dekubitů a opruzenin. Prevencí je důsledné polohování a péče o pokožku vhodnými kosmetickými prostředky (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Metabolický a výživný systém

Při dlouhodobé omezené pohyblivosti dochází k nechutenství až k anorexii. Prevencí je co nejčastější aktivizace pacienta i na lůžku (Workman, Benett, 2006).

Nervový systém, psychické změny

Často se vyskytuje ospalost, nepokoj, zmatenost, nedostatečná orientace místem, časem, prostorem, dochází ke spánkové inverzi – tj. úplné převrácení denního a nočního rytmu. Dále se vyskytuje neschopnost koncentrace, rozhodování, někdy i retardace a projevy agrese (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Jak dále autorky (2005) uvádějí, dlouhodobý pobyt na lůžku působí negativně na psychickou stránku nemocného. Prostředí nemocničního pokoje je chudé na veškeré podněty, návštěvy chodí někde pouze v omezenou dobu, personál stále někam spěchá a nemocný má mnoho času na přemýšlení. To vede k úzkosti, napětí a podrážděnosti, zvyšuje se únava a pacient není schopen spolupracovat s personálem.

Z nedostatku smyslových podnětů mohou vznikat zrakové a sluchové halucinace. Protože staří lidé špatně vidí a slyší, nedostatek podnětů se ještě prohlubuje. Pro špatnou nebo nemožnou komunikaci s ostatními vzniká postupně úplná ztráta

sociálních kontaktů. Pacient je nakonec zcela izolován, může dojít k psychické alteraci a k rozpadu osobnosti (Minaříková, 2008).

Jak uvádí Minaříková (2008), prevencí je dostatečná aktivizace tělesná i duševní. Při dlouhodobé hospitalizaci se vypracovávají denní programy pro každého ležícího pacienta. Velmi důležité je zmínit taktní a ohleduplné jednání s pacientem s cílem zamezit tak degradaci nemocného.

2. Bazální stimulace

Bazální stimulace vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Základním principem je zprostředkování vjemů ze svého těla a stimulací vnímání člověku umožnit co nejlépe vnímat okolí a navázat s ním spojení. Základním prvkem je pohyb, komunikace a vnímání. Bazální stimulace se používá ve zdravotnictví především na specializovaných jednotkách např. na ARU¹ a JIP² a také v oborech speciální pedagogiky. Lidé, kteří se nachází v kritické situaci (onemocnění, úrazy, vrozené či získané postižení) jsou omezeni ve svých pohybových schopnostech a dochází velice rychle k senzomotorické deprivaci. Stále stejné nemocniční prostředí pak způsobuje podnětovou deprivaci. Dále se velice rychle rozvíjí tzv. imobilizační syndrom (během 7 – 10 dnů) – jde o soubor poškození, který je způsoben dlouhodobým pobytem a klidem na lůžku. Jednotlivé oblasti poškození jsou popsány v předcházejícím textu (Friedlová, 2011).

Současné ošetřování na jednotkách intenzivní péče je vedeno na vysoké úrovni, personál poskytuje léčbu na úrovni nejnovějších postupů. Ošetrovatelská péče je tak důležitou součástí léčebného, ale i terapeutického procesu. Na člověka se pohlížíme jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami. Důležitou sociální potřebou člověka je komunikace a vzájemná interakce. Ne všichni klienti se nacházejí ve stavu, kdy se jim daří komunikovat verbálně. Zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o tyto klienty, se musí naučit pochopit jejich potřeby, musejí se jim naučit rozumět a zároveň jim poskytovat péči na vysoké profesionální a humánní úrovni (Kapounová, 2007).

¹ anesteziologicko-resuscitační oddělení

² jednotka intenzivní péče

Slovo terapie znamená léčba, pochází původně z řeckého slova therapeuo, což znamená uctívat, obsluhovat, pečovat o někoho, doprovázet. Cílem využití konceptu bazální stimulace je doprovod a podpora klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti či komunikace. Tento koncept jim umožňuje přiblížit svět v té nejjednodušší rovině. Bazální stimulace se soustředí na oblasti podpory vnímání, komunikace a mobilizace zachovaných schopností klienta (Friedlová, 2007).

2.1 Systém bazální stimulace

Základním principem bazální stimulace je skutečnost, že pomocí těla můžeme člověka dovést do reality (skutečnost), zprostředkováním zkušenosti (empirie) a vjemů. Zkušenosti a vjemy, které sledujeme, promyšleně plánujeme do programů, které pak využíváme a aplikujeme do celého konceptu. Vycházíme z toho, že každý člověk má naprogramovaný svůj vlastní vývoj, který je ale možné při jeho onemocnění vhodným způsobem podpořit (Friedlová, 2007).

„Zprostředkováním „přes tělo“ umožníme všem, kdo s postiženým nebo nemocným pracují, tzn. matka, terapeut, učitel, vychovatel, aby byl vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost zde nabízí ekvivalentní (rovnocenný) vztah obou partnerů. Je důležité upozornit na to, že v raném vývojovém stupni, tzn. v raném dětství, při těžkém postižení nebo také ve fázi těžké nemoci nejsou jednotlivé oblasti uspořádány hierarchicky. Zdravý dospělý člověk dokáže upřednostňovat určitou oblast vnímání, nemocný však nikoli. Všechny složky jsou na stejné úrovni, tzn., že tělesné a emocionální složky mají stejný stupeň reality. Všechny tyto složky působí naráz a chaoticky“ (Valenta, Müller, 2009, s. 198).

Jak autoři (2009) dále uvádějí, prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neoddělitelné od naší osoby a jsou neoddělitelně spojené s lidskou interakcí. Celistvost může tedy znamenat základní obrat v terapeuticko – výchovných vztazích. Další základní změnu v názorech týkajících se celkové podpory jedince s těžkým postižením nebo nemocí přinesl princip „zde a teď“. Zřetelně redukována životní očekávání takto postižených a nejistota vzhledem k dalším možnostem rozvoje nás staví před nutnost pochybovat o podpoře dovedností a schopností vztahujících se k daleké budoucnosti. Budoucnost sice nemůžeme vynechat, ale přítomnost nabývá zcela zvláštní význam. Oprávněnost podpory nespočívá primárně v její funkčnosti, tzn. v tom, že se někdy dosáhne

určitých cílů, ale spíše v tom, že lidé jsou schopni zde a teď navázat kontakty s druhými lidmi, že jsou schopni aktivně žít, vnímat své okolí atd.

Koncept bazální stimulace zaujal v posledních desetiletích významnou pozici v oblasti speciální pedagogiky při podpoře jedinců s těžkým postižením nebo se souběžnými postiženími více vadami. Pomocí konceptu bazální stimulace bylo možné předvést, že i jedinci s těžkým postižením jsou vzdělavatelni. Ukázalo se, že každý živý člověk je schopen interakce se svým okolím (Kapounová, 2007).

2.2 Historický vývoj konceptu bazální stimulace

První zmínky o vzniku konceptu bazální stimulace se objevily v Německu v roce 1970, kde prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými somatickým a intelektovým postižením. Během pětiletého vědeckého projektu vypracoval koncept bazální stimulace. Andreas Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Na tomto principu dále vypracoval postupy, které měly podpořit vnímat a přijímat signály přes tyto komunikační kanály – somatický, vestibulární a vibrační. Předpokladem bylo opět tvrzení, že i tyto děti jsou vzdělavatelni a schopné komunikace, i když uplatňované na jiné úrovni. Koncept bazální stimulace otevřel speciálním pedagogům jinou cestu ke klientům a umožnil jim podpořit tyto děti v jejich vývoji a pomohl jim zkvalitnit prožívání a komunikaci. Dnes A. Fröhlich vydává další publikace a neustále pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007).

Do ošetrovatelské praxe zavedla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století profesorka Christel Bienstein, zdravotní sestra. Pracovala dlouhou dobu ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Německu a také pracovala v oblasti intenzivní medicíny – oddělení ARO, JIP. Aplikací konceptu bazální stimulace u klientů ve vigilním kómatu poukázala na úspěšnost tohoto přístupu. V roce 2003 převzala Christel Bienstein profesuru v oblasti výzkumu v ošetrovatelství na univerzitě v Bémách. Ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí péče, jako je např. geriatrická péče, neontologická péče, psychiatrická a

paliativní péče se zasloužila o to, aby se koncept postupně rozšířil i do všech těchto oblastí (Friedlová, 2011).

2.3 Bazální stimulace v současnosti

V současnosti bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům a to v oblasti speciální pedagogiky a v ošetrovatelství. U nás se o tento postup jako první začala zajímat Karolina Friedlová. Poprvé informovala o konceptu zdravotnickou veřejnost v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise *Sestra*. Dále potom následovaly základní kurzy na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V říjnu 2005 byl založen ve Frýdku – Místku INSTITUT Bazální stimulace, tamtéž proběhla v roce 2005 historicky 1. národní konference bazální stimulace, které se účastnila i profesorka Christel Bienstein. V současnosti pracují v České republice s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, ale také agentury domácí péče. Koncept výrazně přispěl ke zvýšení kvality péče o klienty s omezeným vnímáním. Důvodem je také široké spektrum technik konceptu, které se orientují na podporu komunikace, vnímání a pohybové aktivity klienta. Dle vývoje stavu klienta a jeho reakcí se pak adekvátně mění nebo přidávají stimulující prvky a techniky (Friedlová, 2007).

V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře rozvoje vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- k zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2003)

Cílenou a strukturovanou stimulací smyslových orgánů a hybnosti klienta dle konceptu bazální stimulace vznikají nová spojení v mozku. Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní biografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta

na poskytovanou stimulaci. Nezastupitelnou funkci v stimulující ošetrovatelské péči má integrace příbuzných klienta do péče (Čápová, 2008).

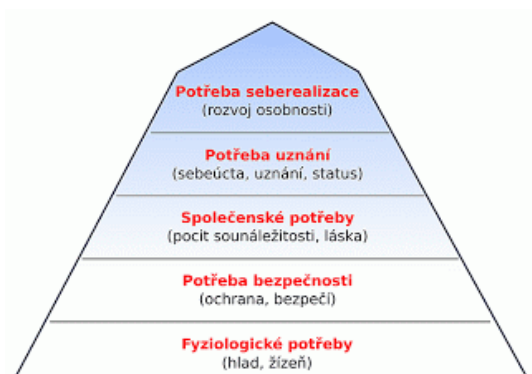
2.4 Cíle bazální stimulace

Mezi cíle bazální stimulace patří:

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit pocítit vlastní život.
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus.
5. Umožnit poznat okolní svět.
6. Pomoci navázat vztah.
7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci uspořádat jeho život.
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život (Friedlová, 2003).

Tyto centrální cíle pro strukturu individuálních plánů péče u poskytovatelů zdravotní péče nebo sociálních služeb či individuálního vzdělávacího plánu žáka se speciálními vzdělávacími potřebami byly sestaveny Prof. Dr. A. Fröhlichem a Prof. H. Bienstein v roce 2002 po téměř tříletém úsilí a kooperaci s kolegy z praxe z téměř všech zemí Evropské unie. Od roku 2002 jsou tyto cíle v praxi denně ověřovány a zatím nebyly přepracovány. Cíle respektují všechny potřeby člověka tak, jak znázorňuje Maslowova hierarchie lidských potřeb (Friedlová, 2003).

Maslowova pyramida lidských potřeb:



(Zdroj ilustračního obrázku: halek.info, 2008)

2.5 Desatero bazální stimulace

Při zavádění konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče dodržujeme desatero bazální stimulace.

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek-podrobněji v textu dále).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdvojnásobky.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2007).

2.5.1 Iniciální dotek

Nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Informace, které přicházejí nečekaně, mohou klienta lekat. Proto bychom měli klientovi vždy dát jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na klientově těle (nejlépe v centrální části těla) a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem (Kapounová, 2007).

Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku, bez násilného vtlačení klienta do matrace a musí být doprovázen verbálně. Vhodná místa pro iniciální dotek: rameno, paže, ruka. Lokalizaci doteku by měli dodržovat všichni, kteří s klientem pracují a musí ho pak všichni dodržovat (ošetřující, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logoped, speciální pedagogové, rodina,...). Nezbytným předpokladem je zapsání místa doteku do dokumentace a

je vhodné umístit ceduli se zvoleným místem pro iniciální dotek do bezprostřední blízkosti klientova lůžka (např. nad postel nad pacientovu hlavu) (Friedlová, 2007).

2.6 Biografická anamnéza

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského nebo pedagogického plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytovanou stimulaci. Nezastupitelnou funkci v stimulující péči má integrace příbuzných klienta do ošetrovatelské nebo pedagogické praxe (Friedlová, 2003).

Každé pracoviště by si mělo strukturovat biografickou anamnézu dle skladby klientů.

Zde uvádíme možnosti informačních oblastí pro biografický dotazník:

1. sociální situace, zaměstnání
2. kdo může a kdo nemůže navštěvovat
3. jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. jak slyší
5. jak vidí, potřebuje brýle
6. denní rytmus
7. pravák, levák
8. doteky, které má rád
9. jak spí, poloha, přikrývky
10. jak se holí, jak si čistí zuby
11. co jí rád, nerad
12. co pije rád, nerad
13. které zvuky má rád, poslouchá rádio, TV, hudba
14. upřednostňuje některé materiály
15. oblíbené vůně
16. co dělá, když má bolesti
17. oblíbené činnosti, hobby
18. ostatní sdělení
19. důležitý zážitek v poslední době (Friedlová, 2007)

Jednotlivé prvky konceptu se implementují do péče cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů sestavených dle autobiografické anamnézy klienta a jeho somatického a mentálního stavu. Nezastupitelný význam má kvalitní dokumentace, ale i ústní předávání zpráv a změn (Friedlová, 2007).

2.7 Základní a nastavbové prvky bazální stimulace

Současné výzkumy ukazují, že se nejprve vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění a vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru. Proto se koncept bazální stimulace také dělí na prvky základní stimulace a prvky nastavbové stimulace (Friedlová, 2003).

Prvky základní stimulace:

- somatická
- vestibulární
- vibrační (Friedlová, 2003).

Tyto tři oblasti podnětů – somatické, vibrační a vestibulární se vztahují k nejranějším formám vnímání. Prenatální psychologie ukázala, že plod nejspíše již od začátku, určitě však od 4. měsíce těhotenství má vyvinuty rozlišovací schopnosti a vnímá tyto formy podnětů. My tyto podněty nabízíme a pokoušíme se navázat na tyto časné zkušenosti z prenatálního období. Tuto schopnost má každý člověk a bez ní by pravděpodobně nepřežil. Ale i pro nepostíženého člověka představují tyto tři oblasti v extrémních situacích důležité formy vnímání. Vzpomeňme si na situaci utěšování. Vezmeme někoho do náruče, přitiskneme ho k sobě, nedíváme se při tom na něho, nýbrž položíme svoji hlavu na jeho, díváme se přitom stranou. Ruce jsou sevřeny na zádech, potichu říkáme utěšující slova, jejichž obsah nemusí nic znamenat, přitom se kolébáme s utěšovaným partnerem ze strany na stranu. Prostřednictvím tepla a dotyku dochází k tělesnému (somatickému) podnětu. Vibracemi přenášíme náš hlas a zprostředkováváme klidný vestibulární podnět. Tyto tři základní podněty

dodávají klid, jistotu i bezpečí a vedou k psycho–fyzickému vyrovnání (Valenta, Müller, 2009).

Prvky nastavbové stimulace:

- optická
- auditivní
- taktilně – haptická
- olfaktorická
- orální

Technik jednotlivých základních i nastavbových prvků konceptu je mnoho, jsou v kompetenci certifikovaných lektorů. Účinnost techniky závisí na správném provedení. Na následujících stránkách budou uvedeny techniky, které je možné zavádět denně do základní ošetrovatelské péče – a to jak v různých zařízeních tak i v domácí péči (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.1 Somatická stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Somatická stimulace <ul style="list-style-type: none"> - zklidňující - povzbuzující - neurofyziologická - stimulace pomocí polohování - masáž - stimulující dýchání-MSD 	žínky, ručníky, voda, tělová mléka, oleje, polohovací pomůcky	Dle zvolené stimulace stimulujeme použitím obou svých rukou tělo pacienta, buď ve směru růstu chlupů nebo proti směru růstu chlupů nebo obojí kombinujeme. Somatickou stimulaci provádíme také pomocí polohování-poloha hnízdo a mumie-budou popsány dále.

Zklidňující somatická stimulace

Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění. Zklidňující stimulace se používají při stimulaci vnímání tělesného schématu, při redukci neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace a při potřebě navození celkového tělesného uvolnění.

Materiál: žínky, ručníky, voda o teplotě 37 °C – 40 °C, tělová mléka, oleje, lze také aplikovat přes oděv klienta nasucho.

Provedení: klienta informujeme o zahájení stimulace adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. Dle stavu klienta zvolíme tělesný region k zahájení stimulace. Můžeme začít obličejem. Na hrudníku provádíme stimulaci ve směru od středu trupu k zevní straně hrudníku. Končetiny stimulujeme ve směru růstu chlupů od ramen ke konečkům prstů. Dolní končetiny stimulujeme od pánve ke konečkům prstů. Záda stimulujeme tak, že postupujeme směrem od páteře k zevní straně trupu (Friedlová, 2011).

Povzbuzující somatická stimulace

Povzbuzující somatickou stimulaci používáme, pokud potřebujeme podpořit stimulaci vnímání tělesného schématu, zvýšit úroveň vědomí u pacienta, zvýšit jeho pozornost, zvýšit svalový tonus, zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak, podpořit klientovu aktivitu nebo potřebujeme pacienta připravit na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta. Tuto stimulaci neužíváme u klientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku.

Materiál: žínky, ručníky, pokud se jedná o koupel – vodu o teplotě 28 °C – 33 °C., tělová mléka, oleje, lze také aplikovat přes oděv klienta nasucho.

Provedení: Stimulujeme proti růstu chlupů. Klienta před zahájením informujeme adekvátně jeho schopnosti vnímat. Dle stavu klienta zvolíme vhodný tělesný region k zahájení stimulace. Můžeme začít obličejem, ale nemusíme. Na končetinách postupujeme ve směru proti růstu chlupů, tj. od konečků prstů směrem k rameni. Na hrudníku začínáme na stranách trupu a končíme ve středu hrudníku. Dolní končetiny stimulujeme také proti růstu chlupů, tj. od konečků prstů směrem k pánvi.

Záda stimulujeme ve směru od stran k páteři. Obličej je vhodné stimulovat formou asistované péče nebo ho stimulovat oběma rukama terapeuta (Friedlová, 2011).

Neurofyziologická stimulace (stimulace dle konceptu Bobatha)

Cílem této stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla, znovu vnímat tuto stranu. Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu opět do tělesného schématu. Velký důraz během této stimulace klademe na zrakovou kontrolu klienta. Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u klientů s úplným nebo částečným ochrnutím, nejvhodnější je aplikace u klientů s ochrnutou jednou polovinou těla nebo u dětí s DMO. S klientem lze také pracovat formou asistované stimulace, kdy terapeut vede postiženou ruku klienta.

Materiál: žínky, ručníky, pokud se jedná o koupel – vodu o teplotě 28 °C – 33 °C, tělová mléka, oleje, lze také aplikovat přes oděv klienta nasucho.

Provedení: U této stimulace stojí terapeut na postižené straně těla. Pokud se jedná o koupel, navlékneme klientovi na postiženou ruku žínku a podpůrným mytím mu umožníme si umýt obličej a to ve směru od zdravé strany k postižené. Pak umyjeme zdravou ruku lehkým tlakem a pokračujeme ve směru na hrudník. Ve středu hrudníku zvýšíme tlak a myjeme ve směru postižené strany. Také dolní končetiny myjeme od zdravé strany k postižené. Záda v poloze na boku, klienta otočíme na postiženou stranu směrem k terapeutovi a následně stimulujeme záda ve směru od ramene k sakrální oblasti, opět od zdravé strany k postižené. Genitálie si umyje klient sám nebo mu je umyjeme podpůrným (asistovaným) mytím jeho zdravou rukou. Pokud je to možné, umožníme po celou dobu koupele klientovi optickou kontrolu umývaných částí těla, popř. integrujeme tzv. zrcadlovou terapii. Může být aplikována jako částečná koupel. V paměťových dráhách uložené tělesné schéma je opět stimulováno, nové regiony v mozku mají být aktivovány tak, aby si klient mohl uvědomovat i svou postiženou stranu těla.

Pracujeme v těchto principech:

- klienta verbálně vyzvat k vnímání a uvědomění si zdravé strany
- postiženou stranu stimulovat k vyvolání pocitů

- umožnit optickou kontrolu postižené strany
- důležité je střední část těla dostatečně stimulovat tlakem (Friedlová, 2007).

Polohování imobilních pacientů

Polohováním se rozumí správné uložení nemocného, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Změny poloh – střídání lehu na zádech, na boku, na břiše, na druhém boku a v mezipolohách. Od 6 hodin ráno se mění poloha co 2 hodiny, od půlnoci co 3 hodiny. Poloha na břiše se vynechává u pacientů s respiračními potížemi, na ventilátoru, nebo pokud mají jiné nepříjemné pocity. Plán polohování je vhodné upravit podle denního režimu tak, aby v době podávání stravy byl pacient v poloze podepřeného lehu až sedu. Polohování, používání antidekubitních pomůcek a péče o kůži, jsou účinným preventivním opatřením vzniku dekubitů. Do programu polohování patří i vysazování, dle individuálních možností a dle aktuálního zdravotního stavu (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Ukládání končetin má mnoho variant. V poloze na zádech a na břiše jsou voleny polohy extenční, s nepatrným podložením kolen i bérců tak, aby bylo koleno v mírné flexi. Noha je v nulové poloze devadesát stupňů, zajištěna je polštáři – tato pomůcka musí být měkká, poddajná (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Jak autorky (2005) uvádějí, v lehu na bocích jsou končetiny ukládány do flekčních poloh. Dolní končetina na volné straně musí být podložena polštářem, aby nedocházelo k přetahování svalů kyčlí a k přepadávání končetiny. Polohování nesmí vyvolávat bolest. Při problémech s jakýmkoliv nepříjemným pocitem je nutná konzultace s fyzioterapeutkou.

Druhy polohování

Preventivní polohování je prováděno sestrami a jde o změny poloh a správné ukládání končetin. Končetiny se polohují v případech těžkých hybných poruch nebo po ortopedických operacích do pásů. Pokud má pacient aktivní pohyb zachován, může být jen motivován ke změnám poloh a upozorňován na nesprávné návyky (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Korekční polohování je prováděno rehabilitační pracovníci tam, kde již nežádoucí změny vznikají. Je to polohování pomocí pískových vaků, dlah nebo fixačních. Je-li nutno polohování provádět častěji, mohou korekční polohování provádět sestry, ale po podrobné instruktáži a opakované reedukaci. Sestra musí vědět, jak často a jak dlouho má být polohování prováděno (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Protibolestivé polohování (úlevové polohy) zaujímá pacient ke zmírnění bolesti, např. u bolestivých onemocnění páteře. Tuto polohu si pacient většinou vyhledá sám, sestra může polohu zpříjemnit podložením určitého segmentu např. polštářem nebo válcem pod koleno (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Poloha mumie

Cílem tohoto polohování je umožnit klientovi pocítit hranice svého těla. Indikuje se u neklidných pacientů, agresivních, zmatených, u klientů, kteří se probouzejí z komatu a u klientů, kteří jsou dlouhodobě upoutaní na lůžko a ztratili tak vnímání hranic svého těla.

Pomůcky: prostěradlo, polohovací perličkové polštáře nebo srolované deky.

Provedení: Klienta informujeme o zamýšlené intervenci, poté podložíme hlavu polštářem, klientovo tělo v poloze na zádech obložíme srolovanými dekami, nebo polohovacími polštáři a zavineme ho do prostěradla nebo deky, horní končetiny situujeme na hrudník klienta. Klientovi ponecháme možnost, aby se z této pozice mohl sám vymanit, délka aplikace záleží na stavu klienta. Většinou klienti v této poloze po chvíli usínají (Friedlová, 2007).

Poloha hnízdo

Tato poloha umožňuje klientům si odpočinout a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim tato poloha nabízí pocit jistoty a bezpečí a také zlepšení vnímání hranic svého těla.

Indikuje se ve fázi odpočinku, během noci, po celkové zklidňující koupeli, po masáži stimulující dýchání.

Pomůcky: polštáře, povlečené deky, perličkové polohovací polštáře

Provedení: Tuto polohu můžeme aplikovat v pozici vleže na zádech i vleže na boku – dle biografické anamnézy. Použijme deky nebo perličkové polštáře, uvedeme klienta do polohy,

modifikace je nutné natrénovat prakticky s lektorem v kurzu. Klienta přikryjeme a dbáme dle informací biografické anamnézy na důležitost přikrytí ramen (Friedlová, 2007).

Masáž stimulující dýchání (MSD)

MSD bývá často zařazena na závěr somatické stimulace, zpravidla po koupeli. Dýchání je základní lidská potřeba, bez níž není možný život. Kromě toho nabízí dýchání člověku fascinující zdroje informací o vlastním bytí. Změněné dýchání signalizuje somatické a psychické aktivity nebo také jejich omezení. Lidé, kteří jsou neklidní a minimálně si uvědomují své tělo, vykazují povrchní dýchání. To způsobuje nedostatečnou ventilaci všech plicních částí, dochází k zhoršené výměně plynů mezi zevním a vnitřním prostředím. Nedostatečná ventilace tak ubírá těmto lidem také na síle. Nedostatečná ventilace vede ke snížení tělesné síly, která pak postačuje těmto lidem pouze na uvědomění si sebe sama. Ale i tato schopnost může být hodně omezena. Znamená to tedy, že takový člověk nemá více energie vnímat okolní svět a jeho dění. Stahuje se stále více do sebe a zcela strádá aktivní výměna informací mezi ním a jeho sociálním okolím (Friedlová, 2007).

Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Je součástí dechové gymnastiky. Masáž má také vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálení rytmu **dýchání na stejné frekvenci** u pacienta i ošetřujícího a tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjadřuje empatii. Tato technika vyžaduje kontinuální trénink a musí být především správně provedena, abychom dosáhli terapeutického cíle. V technice MSD mají nejvýznamnější postavení ruce ošetřujícího. Nejvhodnější provedení masáže je bez rukavic, šperků, hodinek a se zahřátýma rukama (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Jak autorky (2005) dále uvádějí, vědeckými studii bylo dokázáno, že dýchání stimulující masáží redukuje stavy zmatenosti a neklidu. Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky umožňují navodit klientovi pocit jistoty. Naladění na stejný rytmus dýchání mezi terapeutem a klientem nabízí pochopení beze slov a vytvoření vztahu. Neklidní pacienti se cítí akceptováni a masáž jim svými jedinečnými doteky umožňuje se zklidnit. Také následné prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje klientům se tělesně i duševně uvolnit.

Cílem je pomoci klientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Kromě toho mu umožníme si opět zřetelně uvědomit své tělo a zvýšit schopnost koncentrace tak, aby mohl reagovat na podněty z okolí. Dosáhneme také sníženého vyplavování stresových hormonů. Při aplikaci MSD používáme nejlépe dětský olej – olej udržuje teplo, tělové mléko (Kapounová, 2007).

Provedení: Primárně volíme pro MSD záda, je možné aplikovat také na ventrální straně trupu. Klienta, pokud je to možné, uvedeme do polohy vsedě, uvolníme mu záda, necháme ho, aby zaujal pro něj co nejpohodlnější pozici, nejlépe na židli, křesle nebo v lůžku a opíral se o horní končetiny. U ležících klientů volíme polohu vleže na boku či na břicho – pokud je to možné. Na ruce si nanese a nejprve zahřejeme olej nebo pleťové mléko a přiložíme své ruce na zátylí klienta. Pak pomalu a s tlakem spouštíme ruce podél páteře dolů až k sakrální oblasti. Nikdy během masáže neopustí obě naše ruce klientovo tělo. Způsobů provedení je více, různé techniky zvaží sám terapeut dle stavu klienta. Pozice u prováděné MSD by neměla být pro terapeuta zatěžující. Teprve tak může být masáž nejúčinnější, nejefektivnější a pro oba zážitkem. Během masáže musíme maximálně redukovat rušivé elementy jako je průvan, rušivé podněty zvenčí a komunikaci s třetí osobou. Kašle – li klient během masáže, přerušíme krátce masáž a poskytneme mu svými rukama oporu v kašlání. Můžeme aplikovat vibrační pohyby k podpoře vykašlání sekretu z dýchacích cest (Friedlová, 2007).

Kontaktní dýchání: Při kontaktním dýchání má terapeut položeny své ruce na hrudníku klienta a doprovází ho při nádechu a i při výdechu. Výdech může podpořit stlačením hrudníku a také lze přidat vibrace v době výdechu. Vibrace přidáváme pro podporu vykašlávání, je – li klient zahleněný. Kontaktní dýchání lze poskytnout klientovi také jeho vlastní rukou, kterou terapeut položí klientovi na jeho hrudník. Klient tak může vnímat vlastní dech. Tato rytmická činnost může dosti výrazně stimulovat vnímání sebe sama. Kontaktní dýchání může být i formou hrudník na hrudník – aplikace u malých dětí s rodičem. Rodič má na svém hrudníku hrudník dítěte a společně dýchají. Dochází k výrazné stimulaci vnímání a aktivizaci paměťové stopy a tím činnosti mozkové tkáně (zvláště u dětí po úrazech mozku). Paměťová stopa je také aktivována hlasem rodiče a vůní rodiče (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.2 Vestibulární stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Vestibulární stimulace	žádný	Indikujeme u klientů, kteří jsou imobilní déle než 3 dny. Polohujeme nejdříve hlavu do stran. Tělo polohujeme i pomocí změny polohy celého lůžka. Používáme polohu vsedě, houpací pohyby, a pohyb tzv. ovesného klasu.

„V posledních letech se rozšířilo podněcování prostřednictvím „senzorické integrační terapie“. Orientace daná gravitací začíná již v době těhotenství a při nenarušeném vývoji je důležitá právě v prvním roce života dítěte, kdy dítě spěje z polohy horizontální do vertikální. Vestibulární podnět zprostředkovává člověku s těžkým postižením nebo s více vadami informaci o poloze těla v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Je v těsném spojení se zpracováním informací vizuálních vjemů. Z toho lze usuzovat, že přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném okamžiku normalizuje tonus. Vnější znaky u klientů pak ukazují na to, že se cítí dobře“ (Valenta, Müller, 2009, s. 201).

Jak autoři (2009) dále uvádějí, nabídneme-li přiměřený vestibulární podnět, pozorujeme v mnoha případech uvolněný úsměv, který se předtím neobjevil ani v příjemných situacích. Vestibulární podněty pro jedince s těžkým postižením nebo s více vadami je třeba nabízet v podstatně mírnější podobě, než samostatně se pohybujícím klientům. V zásadě se jedná o pomalé kolébaté pohyby podél a napříč osou těla, zvláště ale pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči, které se mohou stát uvolněným tancováním podle hudby.

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy. Jeho vnitřní sluchový orgán s jeho smyslově rovnovážným ústrojím tak získává stálý přísun podnětů, které může zpracovávat. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostávají těchto informací minimum. Prostřednictvím konceptu bazální stimulace lze poskytnout stimuly jejich rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární vnímání umožňuje

zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Informuje nás o naší poloze v prostoru (Kapounová, 2007).

Pokud dochází ke změně polohy jen zřídka, ztrácí vestibulární aparát svou schopnost reagovat na změny polohy. Může následovat kolaps, nauzea, změny svalového napětí. Koncept bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulaci – díky pohybům endolymfy převádět informace na vestibulární jádra v mozku a redukovat závrať z otáčivého pohybu. Indikujeme u klientů, kteří jsou imobilní déle než 3 dny, u lidí s omezenou možností pohybu, u klientů na ÚPV³, u klientů ve vigilním kómatu⁴, u klientů s rozvíjející se spasticitou⁵ (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.3 Vibrační stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Vibrační stimulace	malé vibrátory např. elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, lidský hlas	Aplikujeme například na patní kost, předloktí, paže, ruce, dlaně. Rodinný příslušník může svým zpěvem vyvolávat vibrace- vhodné u pacientů v kómatu.

Somatické podněcování se vztahuje v podstatě na svalstvo a kůži a zasahuje tak pouze část lidského těla. Kostra je tímto způsobem (dotykem a tlakem) cíleně zasažena jen nepatrně. Zjistilo se, že použití vibrace po celé délce těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Např. malé vibrátory lze umístit tak, že umožní cítit celou nohu od kotníku přes koleno až ke kyčli. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk běžně získává při stání, chůzi apod. a uchovává si je v paměti (Valenta, Müller, 2009).

Jak autoři (2009) dále uvádějí, vibrace se ale může stát přechodem k vnímání chvění ve směru, odkud přichází, zvláště je-li vibrátor opatrně umístěn na hrudníku a na hlavě. Také neslyšící popř. nedoslýchaví jedinci mohou vnímat chvění a časem se naučit, že tato chvění jsou např. identická s lidským hlasem komunikujícího partnera. Slyšení chvění v přímém

³ úplná plicní ventilace

⁴ Hluboká porucha vědomí, při němž pacient působí, že se probal. Má otevřené oči, které však nesledují okolí, není možné s ním navázat kontakt, polyká, neudrží moč ani stolici a může mít obrny různých částí těla a další příznaky vyplývající z postižení nejvyšších částí mozku.

⁵ zvýšené napětí svalů, zejména kosterních, svaly postižené končetiny jsou zvýšeně napjaté a kladou odpor pasivnímu ohýbání, objevuje se např.: v důsledku těžkého mozkového krvácení

tělesném kontaktu, když jsou hlavy komunikujících partnerů těsně vedle sebe – vodivost kostí – působí velice konejšivě a je pravděpodobně vzpomínkou na prenatalní svět pocitů chvění.

Některé vibrační stimulační mohou být klientovi velmi příjemné, a zvláště zapojíme – li do péče rodinné příslušníky. Jedná se o vibrace těla na tělo, kdy se rodinný příslušník posadí za klienta do lůžka, položí si jeho trup na svůj a vibrace vyvolává svým zpěvem, pobroukáváním. Zvláště účinná je tato stimulace v intenzivní péči u klientů v komatózních stavech nebo v různých fázích probouzejícího období. Vibrační stimulační také výrazně podporují dýchání (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.4 Optická stimulační

Název stimulační	Materiál	Provedení
Optická stimulační	známé fotografie zvětšené na formát A4, barevné oblečení klienta nebo personálu, brýle (pokud klient používá), známé obrázky, dětské kresby	Na vhodné místo v blízkosti lůžka umístíme obrázky, fotky apod. Klienta oblékáme do jeho oblíbených triček, nočních košilí.

Kvalita zrakového vnímání je hodně závislá na informovanosti a uvědomění klienta, na jeho koncentračních schopnostech a také na funkci taktilně – kinetického vnímání. Je nutné vždy klienta sledovat, jak reaguje na poskytované podněty, zvláště pozor na negativní emoce. Faktorem, který ovlivňuje kvalitu vidění, může být i stav, kdy je člověk pod dlouhou expozicí zářivek (Friedlová, 2011).

Pro optickou stimulační je velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy. Třebaže jde někdy jen o malou změnu polohy hlavy, mění se klientovo zorné pole (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.5 Auditivní stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Auditivní stimulace	hudba, vyprávění, zpěv. nástroje,	Dle biografické anamnézy klienta stimulujeme např. hudbou puštěnou do sluchátek. Klient tak může pomocí auditivní stimulace mobilizovat své vzpomínky a budujeme tak u něj pocit jistoty.

Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky. Auditivní komunikační kanál je také jednou z možností navázání kontaktu s uživatelem, klientem, žákem. V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení a naopak minimalizovat zvuky okolního světa. Vhodná je například kombinace s iniciálním dotekem. Lidem se změnou kognitivních schopností by měly být poskytovány jen jasné informace a auditivní stimulace integrována do péče na základě znalosti jeho biografické anamnézy (důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti a užívání sluchadla) (Friedlová, 2011).

Tab. 2.7.6 Orální a olfaktorická stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Orální stimulace	oblíbená jídla, oblíbené nápoje, ošetřující balzámy na rty	Dle biografické anamnézy klienta stimulujeme ústa oblíbenou chutí, u klientů při vědomí podáváme jídla nejdříve v kašovitě formě a při úspěšném podávání přecházíme na tužší stravu. Nezapomínáme na hygienu dutiny ústní a ošetřujeme rty různými balzámy.

Olfaktorická stimulace	oblíbené vůně např. parfém nebo vůně oblíbeného jídla	Aplikujeme např. oblíbený parfém po večerní koupeli na tělo klienta nebo mu dávkujeme přivonět oblíbené jídlo.
------------------------	---	--

„Čichat a chutnat může již plod v době těhotenství matky. V prvních měsících života dítěte jsou chuť a čich pro dítě zvláště důležité, představují jak možnost komunikace, tak interakce s matkou. Vůně matky hraje pro zdravý vývoj dítěte velkou roli. V edukaci dětí ani v jejich cílené podpoře se této oblasti dlouho nevěnovalo příliš pozornosti. Můžeme však pozorovat u dětí s těžkým mentálním postižením, že právě čichové podněty přijímají s radostí a velkým zájmem. Permanentní podávání výživy sondou, popř. krmení kašovitou stravou přispívá k omezení citlivosti celého ústního otvoru. Tím zůstává nevyužita nejsenzibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a odpovídající část mozku. Je zde zřetelný vztah k orální komunikaci. Mezi včasnou stimulaci při vytváření pojmů patří i dětské zkoumání objektů a aktivity ruka – ústa“ (Valenta, Müller, 2009, s. 201).

Jak autoři (2009) dále uvádějí, u dětí s těžkým postižením je třeba používat, pokud možno, jednoznačných pachových a chuťových podnětů, které se ale výrazně liší od pachů všedního dne. Jedinci s těžkým postižením nejsou zpočátku schopni postihnout a rozlišit různé, rychle se objevující a zase mizící vůně svého okolí. Splývají patrně s ostatními vjemy do nedefinovatelné šedi. Pedagogicko-psychologickým úkolem tedy je postarat se o jasné vnímání kontur a kontrastů. Potom se jedinec může soustředit na přijímání a zpracování nabízených aktivit.

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu, a to již v prenatálním vývoji dítěte, postnatálně taktéž (dítě poznává svět skrze ústa). Ústa umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci: chuť, vůni, konzistenci, tvar. Děti, které jsou po narození vyživovány sondou, by měly být pravidelně orálně stimulovány, jinak může dojít k vymizení sacího reflexu (Friedlová, 2011).

Zavřená ústa chrání dutinu ústní před vysycháním. Změny vnímání se projevují změnou svalového napětí v oblasti dutiny ústní. Proto lze dle aktivity úst posuzovat stav vědomí člověka, čím více je vědomí zastřené, tím méně pohybuje jazykem, padá dolní čelist a sliny vytékají z úst. Vlastní příjem potravy má několik fází a koncept bazální stimulace jim přikládá stejnou důležitost a v orální stimulaci všechny zohledňuje. Vlastní příjem potravy má fázi perorální a orální. V perorální fázi se snoubí vjemy taktilně – haptické, vizuální,

čichové a gustační. Příjem potravy není jen potřeba vykonávána s cílem nutričním, ale také proto, že je spojena s velice libými pocity (Friedlová, 2007).

Tab. 2.7.7 Taktilně-haptická stimulace

Název stimulace	Materiál	Provedení
Taktilně-haptická stimulace	oblíbené předměty, hračky, nástroje, u sportovců např. vhodné sportovní náčiní, předměty denní potřeby	Dle biografické anamnézy vkládáme do rukou klienta předměty, které denně používal, stimulujeme tak paměťové stopy v mozku a podporujeme jemnou motoriku.

Během života lidská ruka získává schopnost rozpoznávat předměty. Vytvářejí se tak taktilně-haptické zkušenosti, které se pak uchovávají v paměti. Předměty uvedené v tabulce se snaží klienti někam zařadit, a protože je dříve znali, navozují u nich pocity jistoty. Ruka a ústa jsou nejaktivnějšími zónami na těle, Když aktivizujeme ruku k činnosti, zároveň podporujeme projekční korovou oblast v mozku. Ruku můžeme stimulovat i masáží. Celou taktilně-haptickou stimulaci může také provádět příbuzný klienta a zastoupit tak terapeuta (Friedlová, 2007).

Mnoho jedinců po těžkých úrazech má velké problémy vnímat dotek ruky jako významný kontakt. Musí dojít k intenzivnějšímu podnětu – toho docílíme použitím různých materiálů – froté ručníky, kožeštinové rukavice atd. Tím, že použijeme těchto materiálů, zesílíme pocit pro vlastní tělo. Dotyk kůže, dotyk celého těla ale přesto působí emocionálně, povzbudivě a stabilizačně. Je to forma systematické, pravidelně se opakující něžnosti, která signalizuje blízkost, pozornost a jistou výlučnost ve vztazích (Valenta, Müller, 2009).

II. Praktická část

V praktické části se budeme zabývat využitím prvků konceptu bazální stimulace přímo v praxi ve zdravotnickém zařízení.

3. Využití bazální stimulace u pacientky dlouhodobě upoutané na lůžko

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je aplikace prvků bazální stimulace u pacientky dlouhodobě upoutané na lůžko, která má zároveň narušený stupeň vědomí. V poslední době se koncept bazální stimulace dostává do povědomí širší veřejnosti i díky výsledkům tohoto velmi lidského přístupu k těžce nemocným klientům. Na následujícím případě dokládáme pozitivní výsledky jednotlivých prvků bazální stimulace.

3.2 Použitá metoda

Pro realizaci praktické části jsem si vybrala metodu případové studie, která splňuje požadavky pro výběr uvedeného tématu. Předpokladem případové studie je soustředění se na jedince či skupinu. Na jedince nahlížíme pomocí využití různých metod, jako jsou rozhovory, použití lékařské dokumentace a pozorování jednotlivce.

3.3 Výběr vzorku

Jedná se o klientku ve věku 24 let, u které došlo k těžkému craniocerebrálnímu poranění⁶ a k dalším četným zlomeninám. Při práci bylo možné nahlížet do lékařské dokumentace a spolupracovat s primářkou oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Uvedená případová studie zahrnuje využití základních i nastavbových prvků bazální stimulace u pacientky ve vigilním kómatu po těžkém úrazu na kole.

⁶ poranění hlavy a mozku

Klientka splňovala podmínky osoby dlouhodobě upoutané na lůžko a na prvky bazální stimulace velmi dobře reagovala.

3.4 Kazuistika

Charakteristika klientky a její výchozí situace

Jedná se o klientku, u které došlo následkem nehody na kole k těžkému poranění hlavy a dalším polytraumatům. K nehodě došlo ve večerních hodinách, paní A jela na neosvětleném kole a neměla ochrannou helmu, došlo ke střetu s automobilem kvůli snížené viditelnosti cyklistky. Na místo nehody byla okamžitě přivolána rychlá záchranná služba a pacientka byla převezena do místní nemocnice na oddělení anesteziologicko – resuscitační péče. U pacientky byla stanovena diagnóza contuzio cerebri⁷ a impresivní zlomenina⁸ lebky, dále zlomeniny na zápěstích obou horních končetin. V noci byla pacientka operována a byl odstraněn epidurální hematom⁹, další den následovala další operace, při které se operovaly zlomeniny na obou horních končetinách. Po 2 měsících hospitalizace na ARO jednotce byla pacientka převezena na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Při převzetí do naší péče se pacientka nacházela ve vigilním kómatu.

Anamnéza

1.osobní anamnéza

Věk: 24 let

Pohlaví: žena

Stav: rozvedená

⁷ zhmoždění mozku

⁸ vpáčená zlomenina vzniklá přímým nárazem

⁹ výron krve z poraněné arterie

2. rodinná anamnéza

Klientka pocházela se sociálně slabé rodiny a její vlastní rodina o ni nejevila zájem. Na oddělení za ní docházela pouze tchyně, která se postupně začala spolupodílet na péči o nemocnou. Byla jediná, na koho jsme se mohli obrátit při sestavování biografické anamnézy. Ve studii nebudou uvedeny všechny detailní údaje z biografické anamnézy ani jméno klientky. Klientka bude uváděna jako paní A a její tchyně jako paní B.

Stav klientky při převzetí na naše oddělení

Paní A se nachází ve stavu označovaném jako vigilní kóma. Po poranění mozku se u paní A objevila paréza levé poloviny těla. Hlava zůstává ve střední pozici, občas přepádává na levou stranu-je nutné důsledně polohovat i hlavu. Oči otevírá obě, občas pohledem uhýbá stranou. Dle vyšetření očního lékaře je zrak v pořádku, problémy s nesoustředěným pohledem souvisejí s poruchou vědomí. Stav vědomí je označován stupněm 8 dle hodnocení Glasgow skóre (viz. Příloha 4). Na přední straně krku je viditelná jizva, kde byla zavedena tracheostomie¹⁰. Obě zlomeniny na zápěstích jsou nyní dobře zhojeny, na oddělení dochází fyzioterapeutka, která obě ruce rehabilituje. Levá horní končetina a levá dolní končetina jsou více postižené vlivem úrazu, jsou ale pohyblivé a je na nich patrný rozvoj svalové síly. Končetiny jsou na teplé a na doteky reagují přiměřeným svalovým napětím. Kůže je bez problémů, bez defektů a proleženin.

Biografická anamnéza

Ve spolupráci s paní B jsme zjišťovaly návyky paní A, abychom jí mohly poskytnout co nejosobnější ošetrovatelskou péči. Paní B nejdříve dostala informační leták, který poskytujeme pro příbuzné pacientů. Paní B měla nejdříve čas doma zpracovat odpovědi na konkrétní otázky. Poté jsme si domluvily schůzku na oddělení a zpracovaly jsme podrobnou anamnézu. Detailní anamnéza zde nebude uvedena, pouze bude popsána v jednotlivých etapách ošetrovatelské péče.

¹⁰ chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání a zavedení kanyly na dýchací přístroj

Plánování ošetrovatelské péče

Okolí lůžka

Paní A je na dvoulůžkovém pokoji na polohovací posteli a nyní jsou nainstalovány postranice. Polohovací postel je plně využita při polohování a při rehabilitačním cvičení. Fyzioterapeutka dochází dvakrát denně na půl hodiny, o víkendech se necvičí. Postel je blízko okna a k pacientce je přístup ze tří stran. Paní A má nemocniční košili, povlečení i stěny pokoje jsou také bílé. Místnost je bez jakýchkoliv doplňků a výzdoby, pouze na nočním stolku je velká fotografie malého syna pacientky. Pacientka má malého syna, který na návštěvy nedochází a nyní se o něj stará babička – tchyně pacientky. V okolí lůžka se ještě nachází nezbytné potřeby pro hygienu o dutinu ústní. Na stejném pokoji je ještě hospitalizována další pacientka s diagnózou coma vigile (viz. Příloha 3).

Dle podrobné anamnézy jsme vycházely z momentální situace paní A. Po těžkém úraze se u paní velmi rychle rozvinul imobilizační syndrom a došlo ke ztrátě vnímání tělesných hranic. Pacientka měla silně narušené vnímání sebe sama a nerozlišovala přesné hranice mezi sebou a okolním prostředím.

Velmi silně byla i narušena schopnost komunikace s okolím, paní A se verbálně vůbec neprojevovala, pouze mimikou dávala najevo pocity libosti a nelibosti. U pacientky se však ukazovalo to, že reaguje na přítomnost různých osob různě. Zvláště při nástupu nových ošetrovatelek vždy pacientce trvalo, než si na nové tváře a hlasy zvykla. V tomto období byla velmi úzkostná, úzkost se projevovala i ve svalovém napětí.

Při návštěvách paní B se paní A vždy uvolnila, dechová frekvence byla vyšší – i na přístrojích se objevovaly změny. Paní A také s paní B lépe udržovala oční kontakt, který pacientka udržela delší dobu.

Ve spolupráci s primářkou oddělení a na základě biografických údajů jsme naplánovaly ošetrovatelskou péči tak, aby paní A mohla lépe vnímat své tělo a tělesné hranice. Využily jsme nabídky ze somatické stimulace a domluvily jsme s paní B, že přinese předměty z domova, abychom mohly aktivovat informace uložené v dlouhodobých paměťových dráhách. Zároveň jsme se dohodly, že péče se bude od začátku účastnit paní B, která byla konceptem bazální stimulace nadšená.

Společnými silami jsme s paní B upravily okolí lůžka paní A. Do okolí jsme umístily předměty důvěrně známé, které pacientka denně používala. Byly to například oblíbené noční košile, upravené pro péči na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Paní B je doma rozstříhla

na zádech tak, aby se snadno oblékaly. Dále to byly oblíbené toaletní potřeby, např. krém, oblíbený parfém, dále fotky zvětšené na formát A4., dále flétnu – pacientka na ni dříve hrála, dále míček, který házela svému psovi na vycházkách a klávesnici od počítače – paní A doma denně pobývala na počítači. Paní B také plánovala, že přivede občas na návštěvu syna pacientky. S tímto krokem zatím vyčkávala, pacientka byla dříve napojena na ventilátor a paní B se obávala reakce syna.

Integrace konceptu bazální stimulace do denní péče o klientku

Místo pro iniciační dotek jsme zvolily na pravém rameni. Nad postel jsme umístily ceduli, na které bylo místo doteku označeno, iniciační dotek dodržovali všichni ošetřující.

S paní B jsme se dohodly, že večerní hygieně bude po prvních pět dní vždy přítomná. Později chtěla paní B provádět hygienu sama. Pro stimulaci somatického vnímání jsme zvolily tyto prvky:

- polohování, které stimuluje vnímání tělesných hranic – poloha mumie, poloha hnízdo
- neurofyziologickou koupel na lůžku
- kontaktní dýchání a masáž stimuluje dýchání

Ošetřovatelská péče – první měsíc

S paní B jsme se domluvily na pravidelnou hodinu večer po předání denní služby noční směně. Paní B nejdříve jen asistovala u celkové koupele a po třech dnech již prováděla koupel sama pod naším vedením. Rozhodly jsme se pro neurofyziologickou koupel proto, abychom co nejvíce aktivovaly levou postiženou část těla.

Koupel jsme začínaly vždy na postižené straně. Komentovaly jsme dopodrobna vše, co jsme zrovna prováděly. Při koupeli jsme používaly pouze osobní toaletní potřeby donesené z domova včetně žíněk a osušek. Na závěr koupele jsme použily masáž stimuluje dýchání, která klienta vždy zklidní a uvolní. Po koupeli jsme pacientce na noční košili nastříkaly její oblíbený parfém a tím jsme do ošetřovatelské péče zařadily také olfaktorickou stimulaci.

Protože paní B byla před přijetím k nám na oddělení dlouhodobé intenzivní péče dlouhodobě na ventilátoru, bylo třeba se věnovat vnímání vlastní dechové aktivity a tak se naučit využívat dechovou gymnastiku – prozatím jen pasivně pomocí kontaktního dýchání.

Během masáže stimulující dýchání se paní a několikrát zakašlala (opět důsledek dlouhodobé imobilizace), proto jsme aplikovaly vibrace na hrudníku a pomohly jsme tak pacientce odkašlat.

Celková koupel působila na klientku velmi pozitivně, přesto byla první dny velmi unavená a hned usínala. V noci potom spala výrazně klidnějším spánkem, než bylo zvykem.

Po celkové koupeli jsme klientku polohovaly do hnízda nebo mumie. Poloha mumie se zdála být pro klientku příjemnější. Jako pomůcky jsme použily perličkový polštář a kojící polštář – tzv. hada. Pomůcky umožnily klientce lépe vnímat sama sebe a poznávat tak hranice svého těla. Veškeré úkony jsme slovně doprovázely a vysvětlovaly vše klidným, příjemným hlasem. Po 4 dnech aplikace stimulovaného vnímání tělesného obrazu začala paní A lépe vnímat své okolí i sebe samotnou. Pohled jejích očí už byl více soustředěný a zdálo se, že udrží pozornost delší dobu. Při odkašlávání jsme dopomáhaly vibracemi, které byly pacientce dle mimiky také příjemné.

Další dny jsme začaly do ošetrovatelské péče zařazovat další stimulační s ohledem na biografickou anamnézu. Jako první jsme vybraly orální stimulaci chutěmi, které paní B uvedla jako oblíbené. Poprvé jsme zkusily stimulaci mraženou jahodovou dřevinou, kterou jsme nechali mírně zahřát a pomocí větších vatových štětiček jsme stimulovali dutinu ústní. Nejdříve paní A nechtěla vůbec otevřít ústa, pravděpodobně měla pacientka špatné zkušenosti s ošetřováním dutiny ústní. Při stimulaci masáží celého obličeje se pacientka uklidnila a reagovala na orální stimulaci velmi pozitivně. Dokonce i u večerní hygieny začala spolupracovat a otvírala sama ústa při čištění zubů. Ještě před orální stimulací se u paní B používala při péči o dutinu ústní pouze pinzeta a tampón namočený ve Stopanginu.

Další dny jsme začaly se stimulací rukou a jemné motoriky. Po příchodu jsme se zdravily nejdříve iniciálním dotekem a potom jsme pasivně vložily její ruku do své jako při pozdravu. Na rukou jsme provedly jemnou masáž, poté jsme protahovaly každý prst zvlášť. Do rukou jsme také vkládaly flétnu, na kterou pacientka dříve denně hrála. Flétna byla dřevěná a v ruce příjemná. Reakce rukou nastoupily velice rychle, prsty se začaly po flétně pohybovat a pacientka si sama celou flétnu ohmatávala. Po opakované stimulaci začala pacientka více spolupracovat při oblékání a ruce měla již uvolněné.

S fyzioterapeutkou jsme se domluvily, že začneme s mobilizací pacientky a postupnou vertikalizací v závislosti na stavu a hodnotách na saturační křivce. S postupnou vertikalizací jsme tak přidaly další stimulaci a to vestibulární.

Bohužel stav pacientky se na týden zhoršil. Paní A již před převozem k nám na oddělení opakovaně trpěla na záněty dolních cest dýchacích s vysokými horečkami. Byla

nasazena antibiotika a stav se během týdne upravil. V tuto dobu jsme pokračovaly v nastavené péči, ale musely jsme počkat s postupnou vertikalizací. Prováděly jsme pouze pasivní cvičení na lůžku, protažení horních a dolních končetin, protažení šíjového svalstva.

Při první aktivizaci do sedu klientka nereagovala dobře. Vlivem dlouhodobé imobilizace měla pravděpodobně velké závratě a pacientce rychle klesal tlak. U některých pacientů se může při prvním vysazování objevit i ortostatický kolaps, nauzea nebo zvracení. Proto jsme vždy u pacientky před vertikalizací nejdříve stimulovaly vestibulární systém tak, že jsme její hlavu otáčely pomalu doprava, doleva. Na všechno jsme pacientku vždy připravily a každý úkon slovně doprovázely.

Pacientka postupně vertikalizaci snášela dobře, pouze na levé paretické straně neudržela rovnováhu. Vertikalizace proto zatím probíhala za asistence dvou lidí z řad personálu a s velkou dopomocí. Během týdne intenzivní mobilizace začala paní A lépe vnímat a na některé pokyny reagovala přivřením očí, jakoby chtěla dát souhlas. Proto jsme po dohodě s ošetřující lékařkou přistoupily k tréninku přijímání potravy. Lékařka souhlasila, protože pacientka už lépe vnímala a nehrozilo tak velké riziko aspirace. Paní A byla prozatím vyživována přes nazogastrickou sondu.

Paní B navrhla, že donese z domu klientčinu oblíbenou bramborovou kaši a svíčkovou omáčku. Tato kombinace chutí byla spíše nezvyklá, ale potřebovaly jsme docílit kombinace vhodné konzistence potravy s vhodnou chutí. Pacientka si nejdříve ohmatala lžičku, poté jsme lžičku daly do její dlaně a pak jsme vedly její ruku se lžičkou k ústům. Prováděly jsme tuto činnost asistovaně.

Při orální stimulaci a při podávání potravy ústy je také důležitá perorální fáze, kdy klient by měl vnímat jídlo i zrakem a čichem. Napoprvé paní A polkla celkem dvanáct lžiček kaše s omáčkou. Po opakované edukaci nácviku příjmu potravy paní B již krmila pacientku při návštěvách sama. Po třech týdnech aplikace konceptu bazální stimulace se stav pacientky výrazně zlepšil, což potvrdilo i další vyšetření pacientky tzv. Glasgow coma score (viz. Příloha 4).

Následujících pět týdnů

Paní A začala velmi dobře reagovat i na ostatní podněty v okolí, a proto jsme se rozhodly opět po dohodě s ošetřujícím lékařem začlenit do péče i nastavbové prvky konceptu. Pokračovaly jsme nadále ve stimulaci somatické, vestibulární, orální a obohatily jsme program o stimulaci vibrační.

Paní B nám přinesla z domova masážní elektrický vibrátor, který pro naše použití vyhovoval. Tento přístroj zahrnoval ještě funkci Soluxu, který jsme využívali na uvolnění mimického svalstva. Vibrátor si pacientka nejdříve ohmatala, poté jsme přístroj spustily a vedly jsme asistovaně ruku pacientky tak, aby mohla vnímat vibrace na celém těle. Po několika aplikacích pacientka používala vibrátor sama bez našeho vedení, pouze jsme ho vždy pacientce vložily do ruky a byly jsme během stimulace u lůžka.

Po dohodě s paní B jsme se rozhodly paní A více stimulovat optickými podněty. Optická stimulace přichází na řadu až tehdy, kdy klient lépe vnímá a úroveň vědomí je taková, že pacient udrží pozornost delší dobu a udrží oční kontakt.

Člověk se změněným stupněm vnímání nevnímá jednotlivé prostory v jeho okolí, mívá poruchy vidění celistvosti předmětů, osob, problémy s viděním detailů. Dále nastupují změny ve vizuomotorice, dochází k deficitní koordinaci mezi zrakovým vjemem a motorikou, vznikají poruchy vnímání lokalizace v prostoru. Zrakové vnímání lze v počátečních stádiích výše zmíněných poruch dobře ovlivnit cíleným tréninkem. Současně je nutné vždy klienta informovat a vysvětlit mu probíhající změny a jejich následky. Kvalita zrakového vnímání je v této fázi hodně závislá na informovanosti a uvědomění klienta, na jeho koncentračních schopnostech a také na funkci taktilně – kinetického vnímání. Je nutné vždy klienta sledovat, jak reaguje na poskytované podněty, zvláště pozor na negativní emoce. Faktorem, který ovlivňuje kvalitu vidění, může být i stav, kdy je člověk pod dlouhou expozicí zářivek (Friedlová, 2007).

Paní B donesla několik fotografií, zvětšených na formát A4. Fotografie byly důvěrně známé, známé obrázky vyvolávají pozitivní asociace a aktivně stimulují mozek a podporují plasticitu mozkové tkáně.

Fotografie, mezi kterými bylo i několik fotek syna paní A, psa a několik fotek z dovolené, jsme umístily na zeď tak, aby na ně paní A v poloze vsedě dobře viděla.

Při vysazování pacientky jsme postupovaly tak, že jsme si klekly za ni do postele a pevně fixovaly hrudník oběma rukama a začaly jsme se pohybovat ve směru ležatých osmiček. Tato technika konceptu bazální stimulace se nazývá pohyb ovesného klasu a umožní intenzivní stimulaci vestibulárního systému lépe než v poloze, kdy pacient leží. V poloze vsedě se paní B opírala oběma nohama o podložku na zemi, rukama se opírala o kraj postele. U této techniky musí mít pacient pevnou oporu v horních i dolních končetinách, aby se mohla pacientka uvolnit a lépe se narovnat a napřímít se v zádech. Paní A na tento typ stimulace reagovala pozitivně a vsedě si ráda prohlížela známé fotografie. Spasticita na postižené straně ustupovala. Díky masážím rukou se uvolnily i prsty na postižené straně těla.

Proto jsme se začaly také více věnovat stimulaci taktilně – haptické. Nejdříve jsme provedly na postižené ruce masáž žínkami a poté jsme vložily do jejích rukou klávesnici. Pacientka začala sama pohybovat prsty po klávesnici a dokonce si i pobrukovala. Dosud se paní A verbálně neprojevovala. Poté jsme zkoušely pacientku stimulovat mobilním telefonem. Reakce byla opět okamžitá – paní a si přiložila telefon k uchu. U pacientky se začala projevovat schopnost vybavovat si uložené informace.

Během vánoc jsme také vyzdobily pokoj vánočním osvětlením, které bylo tlumené a velmi příjemné. Osvětlení jsme konzultovaly s lékařkou – žárovky nesměly blikat, musely jsme předcházet možným epileptickým záchvatům. Záchvaty se po těžkých úrazech mozku často objevují, u paní A se epileptické záchvaty nikdy neobjevily, přesto jsme musely předejít různým spouštěcím efektům. Paní A na výzdobu reagovala klidně a uvolněně a proto jsme osvětlení zapínaly každý večer a nechaly na pokoji až do jejího propuštění. Osvětlení a klidná hudba, kterou jsme navečer pouštěly pacientce do sluchátek, tak splňovala některé prvky metody Snoezelen (viz. Příloha 1).

S paní B jsme se dohodly na možné návštěvě syna pacientky. Syna pacientky ještě před samotnou návštěvou u lůžka připravila primářka oddělení. Vzhledem k tomu, že šlo ještě o velmi malé dítě (5 let), nedaly se přesně předpokládat jeho reakce na změněný stav jeho maminky. Jeho první návštěva byla velmi emotivní, chlapec se ale choval klidně, na maminku promlouval. První návštěvu jsme omezily pouze na hodinu. U pacientky se objevila po půl hodině zvýšená srdeční činnost, která byla pro pacientku až nebezpečná. Nicméně i paní a reagovala velmi pozitivně, se synem se držela za ruku a také se verbálně projevovala – pobrukovali si spolu. Syn potom ještě během návštěvy nakreslil mamince u lůžka obrázek, který jsme potom umístily v blízkosti lůžka do zorného pole pacientky. Na obrázku byla namalována dvě ženské postavy – maminka a babička, dítě a pes-obrázek působil velmi povzbudivě – postavy se na obrázku držely za ruce a usmívaly se. S paní jsme se dohodly, že bude nadále syna brát na návštěvy alespoň 2 x týdně. Postupně se chlapec spřátelil i s personálem a jeho návštěvy pacientce velmi prospívaly. Paní A se snažila více komunikovat. Protože na klinice nebyl interní klinický logoped ani nikdo, kdo by se této problematice věnoval, primářka oddělení kontaktovala soukromou LOGO kliniku.

Klinický logoped přislíbil návštěvu, po první návštěvě navrhl stimulovat pacientku komunikační tabulkou s písmeny abecedy. Pacientka si nejdříve vybavovala písmena A, O, B a M. U pacientky se také dost často objevovala únava a odkláněla pozornost, proto bylo nutné postupovat velmi pomalu, abychom pacientku nepřesytily příliš velkým množstvím podnětů.

Při návštěvách syna rodina využívala pro komunikaci obrázkovou knížku se zvířaty – společně si s maminkou ukazovali jmenované zvíře. Na oddělení nadále dvakrát týdně docházela logopedka, která pracovala pod vedením klinického logopeda. Paní A si začala postupně vybavovat další písmena abecedy a na komunikační tabulce byla schopná ukázat celá slova.

Paní A u nás na oddělení pobývala ještě další měsíc. Během této doby pacientka byla už schopná vertikalizace s mírnou dopomocí, a proto fyzioterapeutka začala s nácvikem krokového stereotypu. Nácvik chůze se zatím nedařil, protože pacientka měla panický strach. Později si zvykla na vysoké chodítko a chůze byla jistější, zatím zvládla pouze 4 – 5 kroků. Paní B donesla pacientce její oblíbené CD a tak jsme do denního režimu zařadily i auditivní stimulaci. Při poslechu oblíbené hudby se pacientka uvolnila a odpočinula si.

Shrnutí případu

Paní A byla po dvouměsíčním pobytu u nás na oddělení přeložena do rehabilitačního ústavu v Brně, kde pobývala ještě dva měsíce. Poté byla propuštěna do domácí péče, kde o se o ni starala paní B.

Úraz paní A byl velmi komplikovaný, přesto se nám v tomto případě podařilo ve spolupráci s rodinou odvést velký kus práce a tento případ skončil propuštěním pacientky do domácího ošetřování. Paní B zůstala ještě dlouho v kontaktu s primářkou oddělení a informovala nás o dalším vývoji. Zprávy byly velmi pozitivní, pacientka se v domácím ošetřování nadále zotavovala a rodina nám také zasílala fotky. Ne u každého pacienta je vidět takové zlepšení za tak krátkou dobu. I přesto má koncept bazální stimulace vždy význam, je to nesmírně lidský a propojený přístup k pacientovi a jeho rodině. Komunikace pomocí bazální stimulace je možná vždy, i když se pacient nachází v těžkém stavu a jeho vnímání je velmi omezeno.

Závěr

Lidé s těžkým onemocněním či postižením jsou výrazně omezeni v komunikaci a většinou mají sníženou schopnost vnímání. Koncept bazální stimulace nám nabízí možnosti, jak se dorozumět i s člověkem, který je například po těžkém úrazu nebo je těžce nemocný nebo postižený. Koncept bazální stimulace nabízí i možnosti, které můžeme uplatnit při doprovodu umírajícímu.

Bazální stimulace je u každého klienta velmi individuální a je zaměřena na péči, která předpokládá aktivní spolupráci klienta a jeho rodiny.

Koncept této péče je velmi dobře přijímán rodinnými příslušníky, kteří se rádi podílejí jak na tvorbě samotného ošetrovatelského plánu, tak potom i na péči o jejich blízkého člověka. Návštěva rodiny je potom velmi aktivně stráveným časem, kdy často dochází ještě k dalšímu prohlubování vztahů a vazeb v celé rodině. Díky konceptu bazální stimulace dochází mezi klientem a rodinou nebo ošetřujícím personálem k výměně informací a především ke komunikaci prostřednictvím jednotlivých prvků bazální stimulace. Ošetrovatelská péče se díky tomuto přístupu stala velmi lidskou a příjemnou součástí celého léčebného procesu.

Pochopit chování každého jednotlivého klienta nám umožňuje spolupráce s rodinou a právě znalost biografie. Zachovalé schopnosti klienta tak můžeme s jejich pomocí dále rozvíjet a posouvat klienta dále v jeho možnostech.

Práce pomáhajících profesí je velmi náročná, vyčerpávající a stresující. Právě situace, kdy s klientem nemůžeme komunikovat verbálně, jsou pro ošetřující personál i klienta velmi náročné. V těchto případech nám koncept bazální stimulace nabízí jiné cesty, jak se s klientem dorozumět a přitom mu nabízet podporu a pochopení v nelehké situaci. Klienti, kteří cítí vlídný a chápavý přístup okolí, také ve většině případů lépe spolupracují a rychleji se uzdravují. Koncept bazální stimulace také velmi pomáhá rodině při doprovodu jejich blízkého v nelehké situaci.

V bakalářské práci jsme se věnovali využití teoretických znalostí o konceptu bazální stimulace, které jsme zařadili do ošetrovatelské praxe ve zdravotnickém zařízení. V průběhu integrace konceptu bazální stimulace do každodenního ošetřování jsme se věnovali také příbuzným klienta, kteří mohli dále pokračovat v nastaveném plánu v domácí péči.

Literatura a použité zdroje

JANKŮ, K. 2010. Využívání metody Snozelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-915-5.

FRIEDLOVÁ, K. 2011. Bazální stimulace Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní modul I. 10 vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace.

FRIEDLOVÁ, K. 2011. Bazální stimulace Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Nádstavbový kurz Bazální stimulace Nádstavbový modul II. 10 vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K. 2003. Bazální stimulace v práci sestry. SESTRA 2003, vol XIII. č. 1., s. 15-17. ISSN 1210-0404.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. 2005. Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-423-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2009. Psychopedie, 4. doplněné a upravené vydání. Praha: PARTA, s.r.o.. ISBN 978- 80 - 7320 -137-1.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči, 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

MIKŠOVÁ, Z. 2006. Kapitoly z ošetrovatelské péče I., 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. 2006. Klíčové dovednosti sester, 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

ČÁPOVÁ, J. 2008. Terapeutický koncept „Bazální programy a podprogramy“, 1. vydání. Ostrava: Repronis. ISBN 978-80-7329-180-8.

HÁJKOVÁ, V. 2009. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením, 1. vydání. Praha: Epoque. ISBN 978-80-904464-0-3.

Minaříková Petra, Imobilizační syndrom, [online], [cit. 10. 9. 2008], dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/imobilizacni-syn-drom-383386>

Špatenková Věra, Glasgow coma score, [online], [cit. 7. 10. 2011], dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/kongres-csim/2011/csim-2011-10-07-im08-3-spatenkova-v.pdf>

Beneš Jiří, Kvantitativní poruchy vědomí, [online], [cit. 24. 2. 2010], dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/V%C4%9Bdom%C3%AD_a_jeho_poruchy

Hartmann Rico, Imobilizační syndrom, [online], [cit. 17. 09. 2012], dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/imobilizacni-syndrom-a-jeho-rizika>

Maslowova pyramida, [online], [cit. 06. 2008], dostupné z: <http://zrcadlo.blogspot.cz/2008/06/maslowova-pyramida.html>

Seznam příloh

1. Metoda Snoezelen
2. Informační leták
3. Kvantitativní poruchy vědomí
4. Glasgow coma score

1. Metoda Snoezelen

Metoda multismyslové stimulace (Snoezelen koncept je alternativní, speciálně pedagogickou metodou, eventuálně terapií, která si již našla své místo v rozvojových činnostech a edukaci osob se speciálními potřebami. Je formou práce, podle níž se začíná pracovat i v podmínkách české speciální pedagogiky. Jejím hlavním stavebním kamenem je vybudování speciálního prostředí, které se dokonale odlišuje od prostředí běžného, ve kterém žijeme svůj každodenní život. Speciálním prostředím pak máme na mysli prostředí podnětné, které uspokojí naše individuální potřeby, zejména skrze stimulaci nejen našich pěti základních smyslů.

První mikro – teorie metody Snoezelen byla vytvořena v sedmdesátých letech minulého století. Dva američtí psychologové Cleland a Clark referovali právě roku 1966 o svém výzkumu zaměřeném na možnosti podpory a rozvoje komunikačních schopností a dovedností a změny chování díky vybraným podnětům smyslových vjemů u osob s vývojovými vadami, hyperaktivitou, mentální retardací a autismem. Takto postiženým jedincům byly poskytovány ve vhodně přizpůsobených místnostech zrakové, sluchové, kinetické, hmatové a další podněty, které podle výše uvedených autorů měly být prvním logickým krokem k rozvoji osobnosti. Tento první počín byl nazván „Sensory cafeteria“ (srov. Cleland, Clark, 1966). Z něj následně vychází nizozemští odborníci Ad Verheul a Jan Hulsegge, kteří ve vlastních podmínkách ústavní péče rozvíjejí tuto činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro osoby s těžším mentálním postižením a kombinovaným postižením. Problematika práce se složitým a většinou kombinovaným postižením byla inspirací k výstavbě speciálních pokojů, které se globálně lišily od běžného prostředí, ve kterém tyto jedinci žili. Hlavní myšlenkou této změny pohledu zůstalo nalezení komunikačního kanálu, který by umožnil lepší spolupráci mezi skupinou lidí s určitým postižením a naší intaktní populací. Cestou, a později zároveň cílem řešení, se stala smyslová percepce a smyslové podněty jako takové.

Výraz „Snoezelen“ je původním novotvarem dvou vychovatelů, kteří se v rámci své civilní služby účastnili aktivit s mentálně retardovanými obyvateli centra u města Ede ve střední části Nizozemí. Výraz vznikl z kombinace dvou holandských slov: „snuffelen“ a „doezelen“, která můžeme do českého jazyka přeložit jako: cítit (ve

smyslu čichových vjemů) a dřímat nebo také pospávat, pobývat a relaxovat. V českém jazyce pro tento výraz nemáme odpovídající ekvivalent, proto se používá původní označení „Snoezelen“. Bazálním počínem, který způsobil počátek rozvoje této metody bylo postavení tzv. „senzorického stanu“, ve kterém byly nainstalovány pomůcky pro rozvoj smyslových (zrakových, sluchových a čichových) podnětů. Vzhledem k velmi minimální nabídce tehdejších aktivit byl proto tento první skutek bez pochyb a vděčně přijat především rodiči dotyčných osob, byl ale také akceptován a finančně podporován vedením zařízení. Po prvotním úspěchu tedy Verheul a Hulsegge začali vytvářet další speciální místnosti a pojali vzrůstající zájem o tuto metodu jako výzvu zaměřit praktické činnosti zejména na rozvoj primárních sensorů. Po vícenásobných přestavbách tak vzniklo v Nizozemí pod vedením Ad Verheula „Centrum Snoezelen“, které má dnes rozlohu cca 350 m a je také významným místem pro setkávání odborníků, místem pro konání konferencí, výzkumných záměrů a alternativních programů.

Za výchozí pokládá Snoezelen osobní předpoklady, schopnosti a dovednosti klienta, jeho životní priority, preference, potřeby, touhy a možnosti socializace a kulturního začlenění. U metody Snoezelen se tedy vyžaduje přizpůsobení individuálním potřebám člověka s cílem uspokojování jeho fyzických, psychických a duševních potřeb.

Původní koncept Snoezelenu byl: vytvořit prostředí, které nabízí a poskytuje dostatek stimulace podnětů, relaxaci a pozitivní zážitky, ovšem bez dalších návazných požadavků na klienta. V hlubším prozkoumání dojdeme k myšlence, která je založena na právech začlenění jedince s jakýmkoliv (i těžkým postižením) do běžné společnosti tím, že se účastní aktivit, které mu přinášejí radost, a kterých se účastnit sám chce a reálně je vyhledává. Běžně se zde vylučují požadavky, které souvisí s výukovými nebo terapeutickými programy a cíli.

Dostupné výzkumné studie, zvláště ze zahraničí, poukazují nejčastěji na pozitivní efekt této metody na: emocionální stav klienta, náladu, psychické procesy, zlepšení komunikativních a schopností a redukci poruch chování a emocí (Janků, 2010).

2. Informační leták

Tento text informačního letáku je strukturován pro oblast intenzivní péče poskytovatelů zdravotní péče. Lze jej upravit a orientovat na oblast poskytovatelů sociálních služeb, hospicovou péči, praxi speciálních pedagogů, aj.

Vážení příbuzní,

Do naší péče jste nyní svěřili partnera, rodinného příbuzného nebo svého přítele. V jeho – její nemoci, pro kterou se stává závislý na naší péči, bychom mu- jí chtěli umožnit jeho – její potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejosobnější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od vás potřebujeme některé údaje, abychom vašeho příbuzného mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se tato péče jmenuje Bazální stimulace.

Zcela konkrétně to pro vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky vašeho příbuzného. Díky těmto informacím se vynasnažíme zmírnit pacientovu extrémní situaci a přizpůsobit mu jeho okolí, neboť vše zde na intenzivní péči je pro něj nové a ne vždy příjemné. Například směsice různých zvuků, rytmus spánku a bdění, postel, na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou ale momentálně důležité pro léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy a neznámé prostředí, atd.

Koncept bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta. Proto jsme nyní závislý na vašich údajích a pokládáme vám nyní následující otázky. Budeme vám za ně vděční. Děkujeme za spolupráci.

- která jídla váš příbuzný upřednostňuje, popřípadě která nesnáší

- jaké má spánkové zvyky – poloha na boku, na břiše, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, poloha peřiny – pod ramena, za ramena, zda mívá problémy s usínáním a co mu pomáhá v usínání

- kterou hudbu, hudební směr nebo rádiovou stanicí váš příbuzný upřednostňuje
- abychom vašemu příbuznému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o jeho tělo, prosíme vás o jeho oblíbené toaletní potřeby – voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta, oblíbený parfém atd.
- aby si váš příbuzný mohl lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přineste mu prosím jeho pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo jiné oblíbené věci (např. oblíbený polštářek)
- abychom podpořili orientaci v okolním prostředí a podpořili vybavování jeho vizuálních vzpomínek, prosíme vás o větší fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho vlastních dětí nebo fotografie z dovolených, známý oblíbený obraz atd.

Ještě jednou vám děkujeme za spolupráci. Budeme vám kdykoliv k dispozici, abychom vám zodpověděli vaše dotazy.

ošetřující personál JIP (Friedlová, 2007)

3.Kvantitativní poruchy vědomí:

Somnolence – lehká porucha vědomí, člověk na oslovení otevře oči, odpoví, na výzvu je motorická odpověď, polykání je zachováno, sfinktery jsou ovládnuty

Sopor – hlubší porucha vědomí, bolestivý podnět vyvolá obranný pohyb, grimasu, otevření očí, sfinktery nekontrolovány

Kóma – hluboké bezvědomí, člověk nereaguje na zevní podněty, běžný kontakt s ním je nemožný, bolestivý podnět vyvolá reflexní odpověď flekční nebo extenční

Apalický stav nebo-li vigilní kóma – nazývaný též perzistující vegetativní stav nebo vigilní kóma – je zvláštním druhem poruchy vědomí, příčinou je poškození mozkové kůry. Člověk vypadá jako při vědomí, je bdělý, má otevřené oči, ale pohledem nesleduje, nemluví, reaguje pouze reflexně.

Lidský mozek má velkou schopnost plasticity. Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí, popř. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkce. Tuto skutečnost je možné aplikovat v péči o postižené jedince, ale také o pacienty po traumatických nebo jiných postiženích mozku (Beneš, 2010).

4.Glasgow coma score

V lékařské praxi se nejčastěji využívá Glasgow coma score, které se bodově vyhodnocuje a poté sčítá.

Otevření očí

- spontánní 4 body
- na oslovení 3 body
- na bolest 2 body
- bez reakce 1 bod

Slovní odpověď

- orientovaná 5 bodů
- zmatená 4 body
- nekomunikuje 3 body
- nesrozumitelné zvuky 2 body
- žádná odpověď 1 bod

Reakce na bolest

- provede na příkaz pohyb 6 bodů
- lokalizuje podnět (pohyb k podnětu) 5 bodů
- úniková reakce (pohyb od podnětu) 4 body
- necílená flexe končetiny 3 body
- necílená extenze končetiny – 2 body
- nereaguje – 1 bod

Hodnocení

Lehká porucha vědomí – 13 – 15 bodů
Střední porucha vědomí - 9 – 12 bodů
Závažná porucha vědomí – 3 – 8 bodů
(Špatenková, 2011).

Obsah

Úvod	4
I. Teoretická část	5
1. Pacient dlouhodobě upoutaný na lůžko	5
1.1 Imobilita	5
1.2 Imobilizační syndrom	6
2. Bazální stimulace	8
2.1 Systém bazální stimulace	9
2.2 Historický vývoj konceptu bazální stimulace	10
2.3 Bazální stimulace v současnosti	11
2.4 Cíle bazální stimulace	12
2.5 Desatero bazální stimulace	13
2.5.1 Iniciální dotek	13
2.6 Biografická anamnéza	14
2.7 Základní a nastavbové prvky bazální stimulace	15
Tab. 2.7.1 Somatická stimulace	16
Tab. 2.7.2 Vestibulární stimulace	23
Tab. 2.7.3 Vibrační stimulace	24
Tab. 2.7.4 Optická stimulace	25
Tab. 2.7.5 Auditivní stimulace	26
Tab. 2.7.6 Orální a olfaktorická stimulace	26
Tab. 2.7.7 Taktilně-haptická stimulace	28
II. Praktická část	29
3. Využití bazální stimulace u pacientky dlouhodobě upoutané na lůžko	29
3.1 Cíl praktické části	29
3.2 Použitá metoda	29
3.3 Výběr vzorku	29
3.4 Kazuistika	30
Závěr	39
Literatura a použité zdroje	40
Seznam příloh	42