

Univerzita Karlova v Praze
2. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Lucie Peluňková

Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství

Bakalářský studijní program Ošetřovatelství
obor Všeobecná sestra

Bazální stimulace u pacienta na JIP
Bakalářská práce

Autor: Lucie Peluňková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Voleníková

Rok zpracování: 2008

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně UK 2. LF.

V Praze dne

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivaně Voleníkové za vedení mé práce. Zvláštní poděkování pak patří Natálii Šídlové Kunstové za velice ochotnou, věcnou a odbornou pomoc. Její vědomosti a přístup mi pomohly se v mé práci zaměřit na podstatu problému a odhlédnout od méně důležitých aspektů. Samozřejmě děkuji celému kolektivu Jednotky intenzivní metabolické péče FN Motol za pomoc a podporu. Můj dík patří také všem klientům a jejich rodinám, bez jejichž pomoci by tato práce jistě nevznikla.

Abstrakt

Ke zpracování mé bakalářské práce jsem si vybrala téma Bazální stimulace u pacienta na Jedinotce intenzivní péče. Bazální stimulace je koncept, který se zaměřuje na klienta, jeho základní potřeby a smyslové vnímání.

Práci jsem rozdělila na část klinickou, ve které lze najít něco málo o historii konceptu a významných osobnostech, které se konceptem Bazální stimulace zabývaly, další kapitola pojednává o konceptu jako takovém, o lidském vnímání, o jednotlivých metodikách, které jsou členěny na základní a nastavbové prvky, z nichž je většina metod doprovázena obrázky a fotografiemi.

Druhá část mé práce je zaměřena na ošetrovatelskou problematiku. Zde jsou také popsány tři kasuistiky klientů se zcela odlišným zdravotním stavem. Jde o klienta s Coma vigille, o klienta se syndromem Guillan-Barré a agresivního klienta. U každého z těchto pacientů se věnuji vlastní kasuistice, popisu jednotlivých metod, které jsem za určité časové období aplikovala a závěru, kde hodnotím účinky Bazální stimulace na konkrétního klienta.

Nemalou pozornost jsem věnovala i přílohové části obsahující doplňující informace, na které odkazují v textu. Mimo jiné zde nalezneme komunikační zásady s klienty nevidomými, dementními, neslyšícími, fotografie z JIP z pohledu klienta trvale upoutaného na lůžku, nebo třeba biografický dotazník, který jsem speciálně upravila pro potřebu mého oddělení a mé práce.

Hlavním cílem mé Bakalářské práce je sepsání brožury, která bude sloužit nejen klientům samotným, ale především jejich příbuzným. Zde naleznou základní informace o konceptu Bazální stimulace, základní metody a možnost spolupráce se zdravotnickými pracovníky.

Abstract

As a theme of my bachelor's work, I chose "Basal stimulation" applied on a patient on unit of intensive care. It's a concept targeted a client's basic needs and his sensual perception.

Whole text is divided on several parts. Clinical part, which says something about history, concept, and important characters of basal stimulation, and the concept itself, about human's perception. Further more, it says something about different methods, which are separated on basic and advanced elements. Most of them are accompanied with pictures and photos.

Second part of my work is about caretaking problems. It also describes three types of clients with completely different health status. These are clients with Coma, Vegetative, unstable clients with Guillain-Barré, and an aggressive client. I pay attention to describe casuistry of each of these client groups, describing several methods which I applied during a certain portion of time. In the end, I summarize the effects of Basal stimulation on a specific client.

I paid a special attention to a third part, which contains an additional information. It contains basics of communication with blind, demented, or deaf clients, photos of "unit of intensive care", from a point of view of a client who is permanently laid up to the acute care bed, or a biographic answer sheet, which I edited to fulfill the needs of my ward and my work.

The ultimate goal of my work is to create a guide, which will serve not only to the clients themselves, but also their relatives. They will find basic information about a Basal stimulation, basic methods, and a possibility of cooperation among a caretaking personal.

OBSAH

PROLOG	11
--------------	----

ČÁST KLINICKÁ

1 Historie a vývoj konceptu Bazální stimulace	14
2 Co je Bazální stimulace	17
3 Vztah konceptu Bazální stimulace a vnímání	21
4 Kdo a u koho se Bazální stimulace provádí	24
5 Základní metodiky Bazální stimulace	26
5. 1 Dotek a komunikace	26
5. 2 Základní metodiky somatické stimulace	27
5. 2. 1 Zklidňující somatická stimulace	29
5. 2. 2 Povzbuzující somatická stimulace	32
5. 2. 3 Neurofyziologická somatická stimulace, somatická stimulace dle Bobath konceptu	36
5. 2. 4 Rozvíjející somatická stimulace	40
5. 2. 5 Diametrální somatická stimulace	40
5. 2. 6 Polohování v konceptu bazální stimulace.....	41
5. 2. 7 Masáž stimulující dýchání	46
5. 2. 8 Kontaktní dýchání	49
5. 2. 9 Vestibulární stimulace	49
5. 2. 10 Vibrační stimulace	51
5. 3 Nástavbové metodiky Bazální stimulace	53
5. 3. 1 Optická stimulace	53
5. 3. 2 Auditivní stimulace	55
5. 3. 3 Orální stimulace	56
5. 3. 4 Olfaktorická stimulace	59

5. 3. 5 <i>Taktilně-haptická stimulace</i>	59
ČÁST OŠETŘOVATELSKÁ	
6 Výběr klientů a oddělení	63
7 Kazuistika klientky s diagnózou Coma Vigilie	64
7. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u klientky s diagnózou Coma Vigille	67
7. 2 Závěrečné zhodnocení klientčina stavu po aplikaci konceptu Bazální stimulace	71
8 Kazuistika agresivního klienta	72
8. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u agresivního klienta	73
8. 2 Závěrečné zhodnocení stavu klienta po aplikaci konceptu Bazální stimulace	75
9 Kazuistika klienta se syndromem Guillan-Barré	76
9. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u klienta se syndromem Guillan-Barré	79
9. 2 Závěrečné zhodnocení stavu klienta po aplikaci konceptu Bazální stimulace	83
10 Shrnutí nejdůležitějších poznatků z integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče	84
EPILOG	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	88
ČÁST PŘÍLOHOVÁ	89

Prolog

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila téma konceptu Bazální stimulace. Poprvé jsem se s tímto konceptem setkala na střední škole, a to jen okrajově v rámci předmětu Komunikace. Později jsem o ni četla v různých odborných publikacích a teprve, když jsem začala pracovat na Jednotce intenzivní metabolické péče FN Motol, jsem zjistila, že chci dát klientům, ve velmi těžkém stavu, něco víc. Proto jsem se rozhodla absolvovat kurz Bazální stimulace, který mě naprosto nadchl. Po jeho absolvování jsem začala postupně aplikovat jednotlivé metody konceptu na klientech našeho oddělení. Výsledky byly skutečně překvapující. Setkala jsem se s kladnými ohlasy jak ze stran pacientů a jejich rodin, tak ze stran kolegů. Samozřejmě ne všichni sdíleli mé přesvědčení o funkčnosti konceptu Bazální stimulace, ale později se mi většinu těchto lidí podařilo přesvědčit. Výběr tématu k napsání bakalářské práce byl pak jednoduchý.

Začala jsem zjišťovat, kolik zdravotnických pracovníků tento koncept zná a kolik oddělení v různých nemocnicích s ním pracuje. Byla jsem překvapená, jak málo o Bazální stimulaci zdravotníci vědí a jak málo nemocnic s ní pracuje. Myslím, že je to dáno nejen nedostatečnou edukací, ale také nedostatečným množstvím personálu. Bazální stimulace je totiž nákladná na čas, který je nesmírně důležitý, protože stresuje-li se terapeut nedostatkem času, není terapie účinná a nepřináší klientovi ty správné prožitky.

Cílem mé práce je sepsání brožury pro klienty a jejich příbuzné, kde naleznou základní informace o konceptu Bazální stimulace. Naleznou zde informace o podstatě konceptu, výčet jednotlivých metodik a jejich využití, jak se lze přímo zapojit do konceptu, kde lze získat další informace atd. Velmi často jsem se totiž setkávala s tím, že o tomto konceptu laická veřejnost nikdy neslyšela, a proto ho již předem odmítala. Proto má brožura pouze informativní charakter, nemá sloužit jako učební či vzdělávací text pro veřejnost.

Touto prací bych též ráda dokázala, že koncept Bazální stimulace lze využít také u klientů ve velmi těžkém zdravotním stavu, jež se ocitli na Jednotce intenzivní péče. Ošetřovatelství, v intenzivní péči je velmi náročné, vyžaduje vysokou odbornost a profesionalitu. Bazální stimulace má i zde nezastupitelné avšak zatím nedoceněné místo.

ČÁST KLINICKÁ

1 Historie a vývoj konceptu Bazální stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007)

Autorem konceptu Bazální stimulace je speciální pedagog dr. Andreas Fröhlich. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl v Německu, kde se zaměřil na práci s dětmi, které se narodily s těžkými změnami v oblasti vnímání, s těžkou mentální retardací, s nimiž je velmi obtížné navázat komunikaci. Vycházel z vědeckých studií, které se zabývaly prenatální vývojovou psychologií. Jeho cílem se stalo podpořit senzomotorickou komunikaci. Využil schopnosti lidského těla vnímat signály, přijímat podněty a reagovat na ně.

Nešlo však jen o vnímání a signály verbálních projevů komunikace, ale i o signály somatické, vibrační a vestibulární. Základním krédem byla vzdělatelnost těchto dětí v běžných denních činnostech, jako je například nácvik sebeobsluhy, který je pro tyto děti velmi náročný a naučit se ho trvá někdy i celá léta. Byla tak otevřena komunikační brána mezi pedagogy a dětmi se speciálními potřebami. Výrazně tak ovlivnil jejich úroveň života. Dr. A. Fröhlich dnes působí jako profesor v Landau na Katedře speciální pedagogiky, je autorem řady odborných publikací a stále pracuje na rozvoji tohoto konceptu.

Významnou osobností, která tento koncept přenesla do ošetrovatelství je prof. Chriestel Bienstein. Mnoho let pracovala ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu. Aplikovala tento koncept na klienty ve vigilním komatu a dokázala tím, že i s těmito klienty je možno navázat komunikaci a podporovat jejich vnímání. S prof. Fröhlichem spolupracuje od poloviny 80. let a jejich činnost je zaměřena na pacienty, jejichž schopnost vnímat je omezena nebo silně změněna. Nyní vede Institut výzkumu ošetrovatelství na lékařské fakultě ve Witten/Herdecke v Německu, dále píše do odborných publikací a vede výzkumné práce v oblasti lidského vnímání.

Podílí se na vzdělávání nových lektorů konceptu, kteří jsou schopni erudovat další zdravotnické pracovníky, pedagogy, soukromé osoby a ti je pak dále uvádějí do praxe. Díky mezioborové komunikaci pronikl koncept Bazální stimulace do různých zdravotnických oborů, jako je intenzivní péče, geriatry, pediatrie, neonatologie apod.

Jedním z absolventů tohoto studia je Mgr. Karolina Friedlová, která Bazální stimulaci přenesla do českého ošetrovatelství. Jde o první certifikovanou lektorku konceptu, která po absolvování Střední zdravotnické školy pracovala jako zdravotní sestra na rakouské klinice v Mnichově. Zde se také s konceptem Bazální stimulace seznámila a poté absolvovala studium zaměřené na tuto činnost. Dále studovala na Karlově Univerzitě 1. lékařské fakulty Ošetrovatelství a Univerzitě Palackého v Olomouci Speciální pedagogiku. Od roku 2003 lektoruje odborné kurzy a v říjnu 2005 založila Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku, odkud také pochází většina jejích odborných publikací.

V současné době je Bazální stimulace velmi populární a v zemích Evropské unie patří mezi uznávané koncepty v oblasti pedagogiky, zdravotnictví i sociální péče. Od roku 2004 je koncept začleněn do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h.

V České Republice je možnost absolvování základních i nástavbových kurzů bazální stimulace, které se konají pod záštitou Institutu bazální stimulace. Zájem o tento koncept jeví i lidé mimo zdravotnické obory, jejichž blízká osoba se nachází ve stavu, kdy lze Bazální stimulaci využít. Z výzkumu, který provedla Mgr. Karolina Friedlová o procentuálním zastoupení profesí v kurzech bazální stimulace, vyplývá, že nejčastěji se těchto kurzů účastní všeobecné sestry, dále speciální pedagogové a odborní učitelé.

Mezi pracoviště, kde s tímto konceptem pracují, patří například Ústavní vojenská nemocnice v Praze, Česká asociace ergoterapeutů Praha, Fakultní nemocnice Ostrava a mnoho dalších organizací, jejichž kompletní výčet lze najít na oficiálních stránkách Institutu bazální stimulace ve Frýdku-Místku na stránkách www.bazalni-stimulace.cz.

2 Co je Bazální stimulace

Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech a to nám dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jejich činnost. Kontinuální stimulace smyslových orgánů umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech. Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace je koncept, který nám umožňuje podporovat člověka v nejzákladnější rovině lidského vnímání. Každý z nás se rodí se smyslovými orgány a se smysly, které se vyvíjejí již od nitroděložního života a mají v našem životě své nenahraditelné místo. Díky nim jsme totiž schopni vnímat nejen sami sebe, ale též náš okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat se a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (Friedlová, 2007).

Bazální stimulace je tedy koncept, jež je orientován na všechny oblasti lidského vnímání a jeho potřeb. Je nutné jej vždy přizpůsobit individuálním potřebám klienta, jeho věku, typu postižení atd. Je nesmírně důležité, abychom klienta brali jako individualitu a přistupovali k němu jako k rovnocennému partnerovi, jako člověka s vlastním životem, s vlastní minulostí, přítomností i budoucností. Každý zdravotní stav klientů si vyžaduje určitou kvantitu komunikace a na to je koncept také připraven, poskytneme tak klientovi vysoce individuální, profesionální, efektivní a velmi humánní ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2007).

Koncept vychází z myšlenky Piageta: „Život je možný pouze ve vztahu“ a z těchto principů:

1. Smysly vnímání se vytvářejí postupně
2. Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení
3. Člověka formují jeho zkušenosti
4. Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá
5. Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat = mrtvolný reflex (Friedlová, 2006)

Hlavní prvky konceptu:

- Bazální stimulace znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou
- Bazální stimulace se formuje ve vztahu mezi ošetřujícím a klientem
- Bazální stimulace pomáhá ošetřujícímu učit se vnímat tak, aby umožnil vnímat klientovi a to pomocí informací, které postrádá a naopak redukcí těch informací, které ho zatěžují
- Bazální stimulace nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme či nikoli
- Bazální stimulace umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe sama, cítil okolní svět, cítil přítomnost jiného člověka
- Bazální stimulace umožňuje člověku poznat a akceptovat vlastní hranice
- Bazální stimulace umožňuje ošetřujícímu rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti (Friedlová, 2006).

Cílem Bazální stimulace je:

- Zachovat život a zajistit vývoj
- Umožnit klientovi pocítit vlastní život
- Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry

- Rozvíjet vlastní rytmus klienta
- Umožnit klientovi poznat okolní svět
- Pomoci klientovi navázat vztah
- Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí a konaných činností
- Pomoci klientovi uspořádat jeho život
- Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život (Friedlová, K. Základní kurz Bazální stimulace, 2007)

Samozřejmou složkou veškeré dobré péče je dobrá komunikace a ovládání správných komunikačních zásad. Podíváme-li se na Desatero bazální stimulace, zjistíme, že mnohé body jsou téměř totožné s obecnými pravidly komunikace. Pro zajímavost jsou uvedeny i další komunikační zásady u jednotlivých typů klientů, jako jsou komunikace s nevidomými, mentálně postiženými, neslyšícími, klienty s pohybovým postižením, zásady komunikace se seniory, desatero komunikace při doprovázení klientů se zrakovým postižením (viz příloha č. 1). (Friedlová, K. Základní kurz Bazální stimulace, 2007)

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) .**
- 3) Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.**
- 4) Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem**
- 5) Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov**
- 6) Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza) .**
- 7) Nepoužívejte v řeči zdrobněliny.**
- 8) Nehovořte s více lidmi najednou.**
- 9) Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.**
- 10) Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2006).**

3 Vztah konceptu bazální stimulace a vnímání

Naše vnímání se rozvíjí již v embryonálním životě. Nejprve se utváří vnímání vlastního těla jakožto vnímání somatické. Dále se rozvíjí vnímání, které nás informuje o změně polohy těla a jeho postavení v prostoru. Jde o tři bazální druhy vnímání, které u člověka vyvolávají pocit jistoty. Pozorujte sebe sama při utěšování druhého člověka či chování matky, která vezme do náruče malé dítě. Automaticky dojde ke stimulaci všech těchto tří základních smyslů. Dítě se okamžitě dostane do tělesného kontaktu, pohybujeme s ním sem a tam, lehce poklepáváme na záda a mluvíme na něj. Tento způsob chování je většinou intuitivní, objevuje se ve všech kulturách a je možné takto uklidnit plačící dítě i trpícího dospělého člověka (Friedlová, 2007).

Somatické vnímání, jak již bylo řečeno, se vyvíjí již v nitroděložním životě a to ke konci druhého měsíce. V této době je embryo schopno vnímat i dotyk jemným vláskem na svém těle, v téže době lze zaznamenat bioelektrické aktivity mozku pomocí elektroencefalogramu. Ke konci 6. týdne se vyvíjí vnímání vibrační, to je samozřejmě spojeno s vývojem kostí, svalů a kůže. Posuňme se tedy dál v zázraku intrauterinního života do období, kdy se vytváří vestibulární aparát, který je zodpovědným za naši schopnost vnímat pohyb a polohu vlastního těla. Od 16. týdne je embryo schopno cíleně fixovat svoji polohu v děloze matky. Vnímání zvuků je plod schopen vnímat zhruba od 6. měsíce nitroděložního života. Zraková percepce se vyvíjí až po narození. Od třetího až čtvrtého měsíce před narozením je plod schopen vnímat zvuky. A to nejen z okolního světa, ale též zvuky, jež jsou vydávány tělem matky. Ty se šíří v podobě vlnění přes stěnu děložní a jsou tak plodem vnímány. Od 28. - 30. týdne gravidity jsme schopni reagovat na akustické, taktilní, vizuální i chuťové podněty. Výrazné citové prožitky vykazuje plod již od 6. měsíce. Je to rovněž období, kdy si plod začíná cucat palec a polyká plodovou vodu a po narození se přidá schopnost cítit vůně nejrůznějšího druhu. V posledním trimestru

gravidity se vyvíjí sluchové a taktilně-haptické vjemy. Zrak se vyvíjí ještě po narození (Friedlová, 2006) .

Všechny tyto smysly umožňují člověku, pokud jsou nepoškozeny, poznat sebe sama a okolní svět. Základní myšlenkou konceptu bazální stimulace je propojení mezi tělem a duševnem. Úzké propojení vnímání pohybu s prožitkem v základní rovině odráží zkušenosti z prenatální vývojové psychologie (Friedlová, 2007, s. 21).

Vnímání dle definice fyziologie praví, že lidské vědomí je bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování , orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací (Trojan, 2003, s. 708). Jsme schopni vnímat díky nervovým podnětům, které jsou přenášeny do Centrálního nervového systému (CNS), ten má ještě jednu fantastickou schopnost a to tzv. plasticitu, tu máme ve své genetické výbavě. To znamená , že tyto buňky jsou schopny přizpůsobit se vnějším vlivům. Jsou však velmi citlivé, dojde-li jednou k zániku neuronů, nikdy nedojde k jejich obnově. Projevem plasticity je schopnost ukládat a uchovávat informace. Ty ukládáme v paměťových drahách, to znamená, že cílenou stimulací uložených vzpomínek můžeme znovu aktivovat jejich činnost. Je-li prostředí člověka, ve kterém se nachází málo podnětné, ať už z jakýchkoli příčin, dojde k tzv. motorické deprivaci. Ta podmiňuje nedostatečnou organizaci mozkové tkáně a tím redukuje výkonnost mozku (Friedlová, 2007).

Je vědecky dokázáno, že po narození vyžaduje dítě dostatečné množství podnětů pro jeho rozvoj, tyto podněty jsou předpokladem diferencovaného vývoje mozkových struktur. To se pochopitelně týká i lidí, kteří z jakýchkoli příčin přišli o schopnost vnímání nebo je jejich schopnost vnímání silně snížena. Tento fakt se nemusí týkat jen lidí s vrozeným či získaným handicapem v klasických rovinách vnímání, tak jak je vnímá široká veřejnost, tedy vady v oblasti zraku, sluchu a jiných smyslů, jež si každý vybaví jako první. Jde ale také o klienty s apalickým syndromem, o dlouhodobě upoutané na lůžko, o staré a zmatené

klienty a o všechny, jimž nejsou dány vhodné podněty. Je nutné tedy podporovat vnímání a zapojit tak schopnost plasticity, díky níž jiné oblasti mozku mohou převzít schopnost původních paměťových stop (Friedlová, 2006).

Shrneme-li si tedy naše schopnosti, jsme schopni vnímat v oblasti:

- Vibrační
- Vestibulární
- Auditivní
- Olfaktorické
- Taktilně-haptické
- Optické (Friedlová, 2006)

Dojde-li k postižení některé ze jmenovaných složek, dochází u klientů k:

- Chybné interpretaci reality
- Zmatenému chování a jednání
- Neschopnosti kvalitní komunikace s okolím a vyjádřit tak své potřeby, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb
- Strachu až smrtelnému reflexu
- Neklidu (Friedlová, 2006)

4 Kdo a u koho se Bazální stimulace provádí

Již v úvodu jsem se zmínila o tom, v jakých profesích je Bazální stimulace nejvíce rozšířena. Patří sem tedy fyzioterapeuté, ergoterapeuté, pedagogové, zdravotní sestry i soukromé osoby, jejichž blízcí se ocitli v situaci, kdy může Bazální stimulace pomoci. Obecně lze říci, že tento koncept využíváme u klientů s porušeným obrazem vlastního těla, při stavech neklidu a dezorientace, při syndromech, kdy je klient odkázán na kompletní ošetrovatelskou péči, jako je apalický syndrom, coma vigilie a celkově v komatózních stavech, dále v intenzivní péči, využíváme ji též v péči o postižené děti, rovněž o klienty dlouhodobě upoutané na lůžko a geriatrické pacienty. Podrobnější výčet bude vždy uveden u jednotlivých metod konceptu. Každá metoda je totiž svým způsobem specifická a proto ji lze využít u různých stavů. Zatímco jedny stavy vyžadují uklidňující metody, jinými chceme klienta aktivizovat (Friedlová, 2007).

Dospějeme-li do fáze, kdy budeme s klientem pracovat dle konceptu Bazální stimulace, je důležité vytvořit si, ještě kromě klasického ošetrovatelského plánu, též plán, kde si jasně stanovíme, co přesně budeme s klientem dělat, jaké metody zvolíme. Není vhodné hned při první části ošetřování, klienta zahltit všemi dostupnými metodami konceptu, navíc by klient byl zavalen množstvím informací, které neumí zpracovat. Stačí začít s některým typem koupelí, které jsou již tak pro klienta velmi náročné a vyčerpávající a postupně dle konkrétního klienta přidávat další prvky. To znamená k metodám, jež se zaměřují na somatickou stimulaci, přidáváme další metody jako je optická, auditivní stimulace atd. (Friedlová, 2007).

Další nesmírně důležitou součástí našeho plánu je seznámení pacientova okolí s tímto konceptem. Je nutné seznámit s konceptem veškerý personál oddělení, který s klientem přijde do kontaktu. Je-li to možné, seznámíme s konceptem i rodinné příslušníky, kteří se pod vedením proškoleného pracovníka mohou stát velmi významnou součástí týmu pro

Bazální stimulaci. Pochopitelně je i pro pacienta samotného příjemnější, stará-li se o něho někdo z jeho blízkých. Současně s blízkými našeho klienta vyplníme anamnestické údaje, tzv. biografickou anamnézu (viz příloha č. 2), která dále poslouží při volení vhodných stimulačních technik. Dále viditelně označíme, že u konkrétního pacienta pracujeme s tímto konceptem, stanovíme iniciální dotek a naše práce může začít (Friedlová, 2007).

Současně s tím, že známe teoreticky jednotlivé metody, je vhodné absolvovat některý z kurzů bazální stimulace, kde si lze skutečně vše vyzkoušet, naučit se dotýkat se správnou intenzitou i tlakem, správně komunikovat a skutečně proniknout do podstaty konceptu. Samozřejmě součástí jakéhokoli ošetřovatelství je empatie a trpělivost. Každý člověk je jiný a proto jednotlivé pokroky mohou být více či méně patrné (Friedlová, 2007).

5 Základní metodiky bazální stimulace

5.1 Dotek a komunikace

Dříve, než se budeme zabírat jednotlivými metodikami, je třeba se zmínit se o dvou důležitých komponentách ošetrovatelské péče a to o doteku a komunikaci. Doteky jsou velmi významnou součástí našich životů. Přináší nám mnoho důležitých podnětů, ale mějme na paměti, že není dotek jako dotek. Je velmi důležité rozlišovat kdo, jak, koho a v jaké situaci se dotýkáme. Zprvu je důležité si uvědomit vztah s dotyčnou osobou a mít na paměti, že i dotek je způsob komunikace. Jiný dotek můžeme užít u svého blízkého, jiný dotek budeme volit nacházíme-li se v rovině terapeut-pacient. Dále je důležité stanovit a vysvětlit, za jakých okolností, je možno se klienta dotýkat. Bude to vždy, když máme v úmyslu s klientem jakýmkoli způsobem pracovat, mluvit s ním nebo mu budeme chtít dát najevo, že se nacházíme v jeho blízkosti, abychom tak zabránili, pro klienta nečekaným dotekům, které působí antiterapeuticky, lekavě a rušivě. Další složkou je bezesporu naučit se dotýkat se správnou intenzitou. Nejsou vhodné ani příliš jemné ani hrubé doteky, dotýkáme se pokud možno teplou rukou. Dotek má být zkrátka zřetelný, přiměřeného tlaku a verbálně doprovázený (Friedlová, K. Základní kurz Bazální stimulace, 2007).

Ruce se stávají médii, díky nimž je schopen klient získat řadu informací o okolí i sobě samém. Určíme tedy s klientem či jeho rodinou tzv. iniciální dotek. Pokud bychom se pokusili na modelu zakreslit naše osobní či intimní zóny a k nim připsali, komu by bylo povoleno na ně sahat, byli bychom překvapeni, že má každý z nás tyto zóny jiné až na pár regionů na našem těle, které jistě bude udávat každý z nás. Proto volíme neutrální místa. Nejčastěji volíme rameno, paži, ruku. Toto místo je pro nás dále velmi důležité, budeme se ho totiž dotýkat vždy, když k pacientovi přicházíme i odcházíme, když budeme chtít s klientem pracovat. Zásadou však je, že nikdy klienta nepouštíme, stále musí cítit naši přítomnost. Vhodné je, dáme-li najevo, že u klienta pracujeme s Bazální stimulací a na

viditelné místo napíšeme, kdeže je klientova iniciální plocha. Tento fakt by dále měli respektovat všichni z terapeutického týmu (Friedlová, K. Základní kurz Bazální stimulace, 2007).

Komunikace je dalším významným prvkem jakéhokoli lidského počínání a jednání. Komunikace nás provází na každém kroku a proto má i v Bazální stimulaci své nezastupitelné místo. Díky naší schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se totiž navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožňována díky pohybu a vnímání. Nesmíme si pod pojmem komunikace představovat pouze psanou či mluvenou formu projevu, jde totiž i o komunikaci somatickou, vibrační, vestibulární, olfaktorickou, orální, optickou a taktilní (Základní kurz Bazální stimulace, Friedlová, 2007).

To, že s klientem nekomunikujeme na té správné úrovni, si lze ověřit též pacientovými nonverbálními projevy, jakými jsou zavírání očí a úst, blednutí, neklidné a nepravidelné dýchání, pláč, křik, zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, motorický neklid, manipulace na vlastním těle a sebepoškozování. Naopak to, že s klientem komunikujeme správně, si lze ověřit například tím, že klient otevírá oči a ústa, jeho svalový tonus je uvolněný, klidně se dívá na okolí, prohloubeně dýchá, usmívá se (Friedlová, 2006).

5. 2 Základní metodiky somatické stimulace

Somatická stimulace nám poskytuje vjemy z povrchu a z vnitřního prostředí našeho těla. Jde o to poskytnout klientovi co možná nejkvalitnější informace o jeho vlastním tělesném schématu. Předpokladem pro udržení vnímání vlastního tělesného konceptu je vizuální kontrola vnímaného, vestibulární vnímání a sensorické vnímání. Citlivost našich svalů a kloubů úzce souvisí s kinetickým vnímáním. Nejbazálnější formou somatické stimulace je

dotek, jak již bylo zmíněno, je důležitá jeho kvalita, klid, síla, tlak, rytmus, opakování a sled doteků. Dojde-li k nekvalitnímu doteku dochází pak k onomu antiterapeutickému účinku. To znamená ke zvýšení svalového tonu, k tomu může samozřejmě přispět celá řada faktorů, mezi něž řadíme nejistotu, strach, nedostatek času, bolest, hluk aj. (Friedlová, 2007).

Mezi možnosti somatické stimulace patří:

- 1) Zklidňující somatická stimulace (celková tělesná koupel zklidňující)
- 2) Povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel)
- 3) Neurofyziologická somatická stimulace (neurofyziologická koupel)
 - dle Bobath konceptu
- 4) Rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)
- 5) Diametrální somatická stimulace (diametrální koupel)
- 6) Polohování
 - mumie
 - hnízdo
 - mikropolohování
- 7) Masáž stimulující dýchání
- 8) Kontaktní dýchání a kontaktní dýchání s vibrací (Friedlová, 2006).

Všechny typy somatické stimulace lze provozovat i s nejrůznějšími médii. Lze je provádět jen s žínkami, nebo s použitím vody a pak hovoříme o koupeli, a i ta má své zásady, které je nutné znát:

- 1) Zajisti dostatek soukromí, klidnou a příjemnou atmosféru
- 2) Dotýkej se těla klienta oběma rukama, tak aby bylo modelováno jeho tělesné schéma
- 3) Během mytí pokud možno neodcházej.
- 4) Během koupele nehovoř s dalšími osobami.
- 5) Celkovou koupel prováděj maximálně 15-20 minut.

6) Oblast genitálu a obličeje můžeme úplně z koupele vynechat, tyto oblasti můžeme umýt při běžné hygienické koupeli (Friedlová, 2006).

5. 2. 1 Zklidňující somatická stimulace (Celková koupel zklidňující)

(cit. dle Friedlová, 2006, s.12)

Každý náš vlas i chlup je obklopen nervovou pletení, která je schopna registrovat jeho pohyb a dále jej předává do mozku. Pohyby ve směru růstu chlupů budou působit jako uklidňující.

Cílem této stimulace je:

- Tělesné uvolnění
- Redukce neklidných stavů
- Stimulace vnímání vlastního těla

Indikace:

- Neklidní a hyperaktivní lidé
- Klienti s pocity strachu a úzkosti
- Klienti se zvýšeným svalovým tonem
- Klienti s poruchami spánku
- Klienti se změněným obrazem vlastního těla
- Klienti s diagnózou m. Parkinson, m. Alzheimer
- Při bolestech

Materiál:

- Žínky
- Ručníky
- Voda o teplotě 37 - 40 Celsia

Provedení vlastní stimulace:

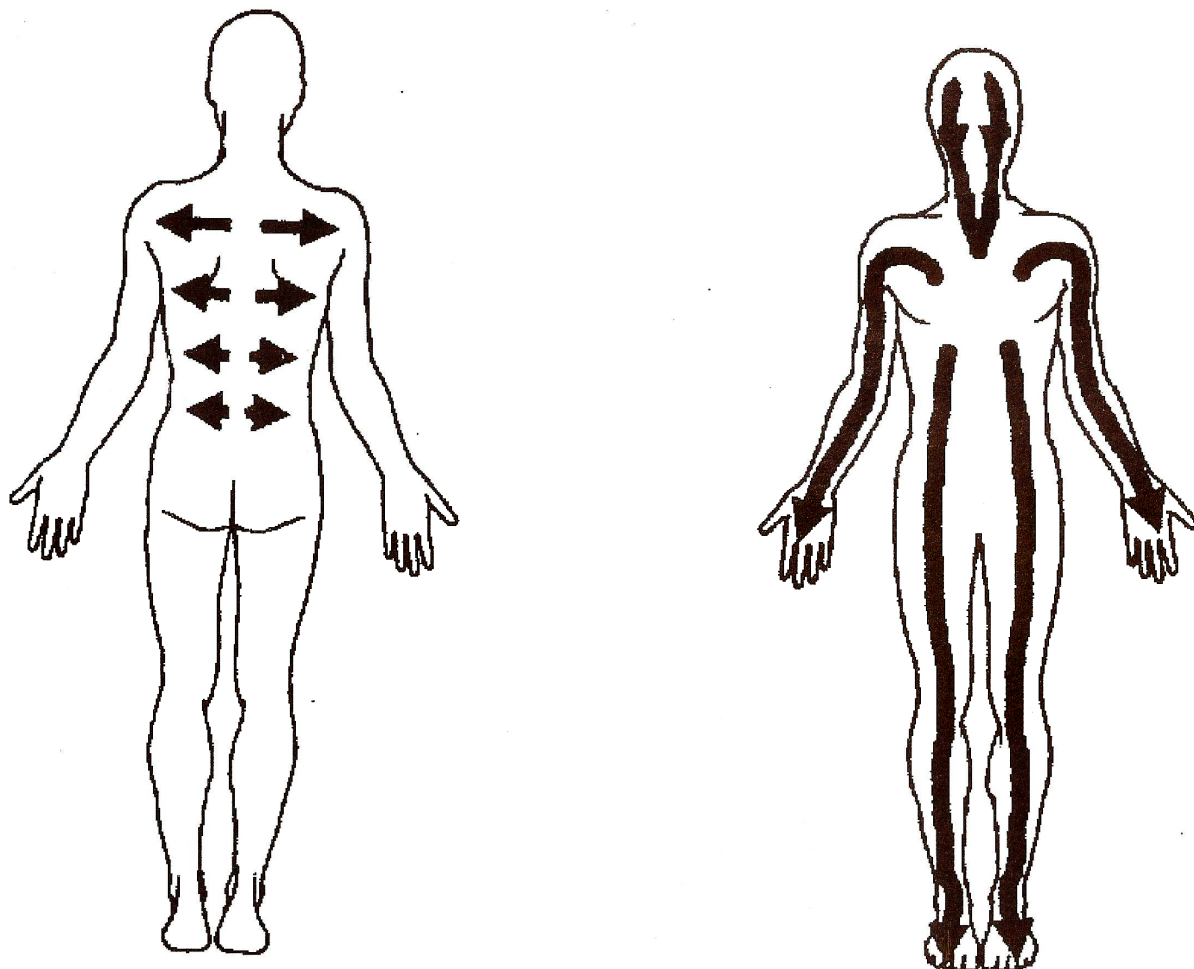
Informujeme klienta o tom, že bude provedena koupel. Volíme vhodné slovní výrazy dle stavu klienta, dle jeho schopností vnímat a zpracovávat informace. Začínáme od hrudníku, dále pokračujeme přes končetiny, přes jednotlivé klouby až ke konečkům prstů, stejný postup je i na dolních končetinách. Záda myjeme v poloze na boku, směrem od páteře k zevní straně trupu. Oplachujeme i osušujeme klienta stejným způsobem a stále dodržujeme postup ve směru růstu chlupů, vyvíjíme přiměřený tlak i intenzitu doteků, po dostatečně dlouhou dobu (viz obr. 1). Po koupeli klienta přikryjeme a necháme odpočívat. Tuto koupel lze aplikovat jak samostatně, tak i jako součást běžné hygienické péče několikrát během dne. Oblast genitálu a obličej je možno vynechat nebo je lze umýt pomocí tzv. asistované koupele, kdy vedeme klientovu ruku. Nezapomínáme verbálně komentovat veškeré naše konání.

Možné reakce klienta:

- Změna hemodynamiky - změna tepové frekvence a krevního tlaku
- Změny sekrece - zvýšená salivace, slyšitelná střevní peristaltika, kašel, zvýšené pocení

Tento typ koupele lze provádět též ve vaně či sprše, kdy vždy dodržujeme týž postup. Samozřejmostí je zapojení klientovy rodiny, bude-li o to stát.

obr. 1 Celková koupel zklidňující



(Friedlová, 2006, s. 14)

5. 2. 2 Povzbuzující somatická stimulace (Celková povzbuzující koupel)

(cit. dle Friedlová, 2006, s. 13)

Tento typ stimulace provádíme u klientů, které potřebujeme stimulovat a nějakým způsobem povzbuzovat. Využíváme zde směru růstu chlupů, budeme-li klienta stimulovat proti směru růstu chlupů, bude každý dotek cítit mnohem intenzivněji. Lze ji využít buď samostatně nebo v rámci klasické hygienické péče.

Cílem této stimulace je:

- Zvýšit klientovu úroveň vědomí a jeho pozornost
- Stimulace vlastního tělesného schématu
- Zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak
- Zvýšit svalový tonus
- Celkově zlepšit klientovu tělesnou aktivitu
- Připravit klienta k následné péči fyzioterapeuta

Indikace:

- Klienti se změnami v mentální oblasti, to znamená u klientů s mentální retardací a všude tam, kde chceme cíleně stimulovat tělesné schéma
- Klienti ve vigilním kómatu či klasickém kómatu
- Klienti v somnolentních a soporozních stavech
- Depresivní klienti
- Klienti se sníženým svalovým tonem
- Bradykardičtí a hypotenzní klienti
- Apatičtí klienti

!!! Neužíváme u klientů dezorientovaných, neklidných a u klientů, kteří trpí krvácením do mozku a zvýšeným intrakraniálním tlakem !!!

Vždy dáváme pozor na hodnoty krevního tlaku, protože tento typ stimulace může zvýšit hodnotu systolického tlaku až o 10- 20 mm Hg.

Dodržujeme tyto zásady:

- Klientovo tělo modulujeme oběma rukama
- Pokud možno, během stimulace neodcházíme, snažíme se eliminovat rušivé elementy
- Zajistíme dostatek času pro stimulaci
- V místnosti, ve které stimulaci provádíme, zajistíme příjemnou teplotu a atmosféru
- Pokud je to možné, stimulaci provádí pouze jedna osoba, druhou osobu lze přizvat pouze v případě manipulace s klientem
- Nikdy nehovoříme s třetí osobou. Komunikujeme pouze s naším klientem a verbálně doprovázíme veškerou naši činnost
- Pokud během stimulace pozorujeme u klienta negativní reakce, nabídneme mu jiný typ stimulace

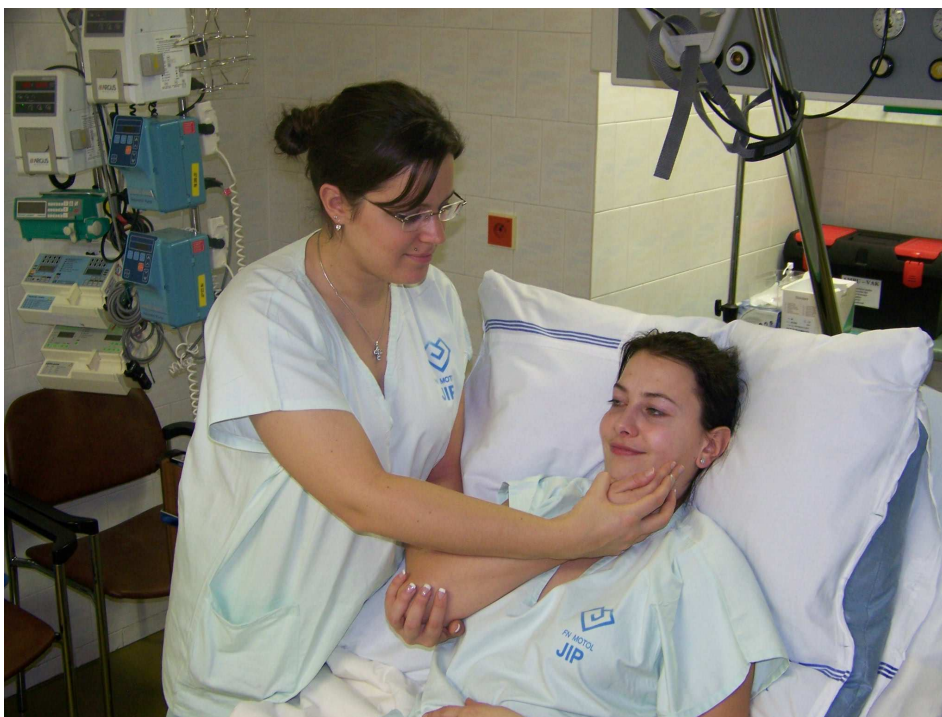
Materiál:

- Voda o teplotě 23 - 28 C,
- Žínky
- Ručníky
- Pokud stimulaci neprovádíme poprvé můžeme použít též médium- mýdlo apod.

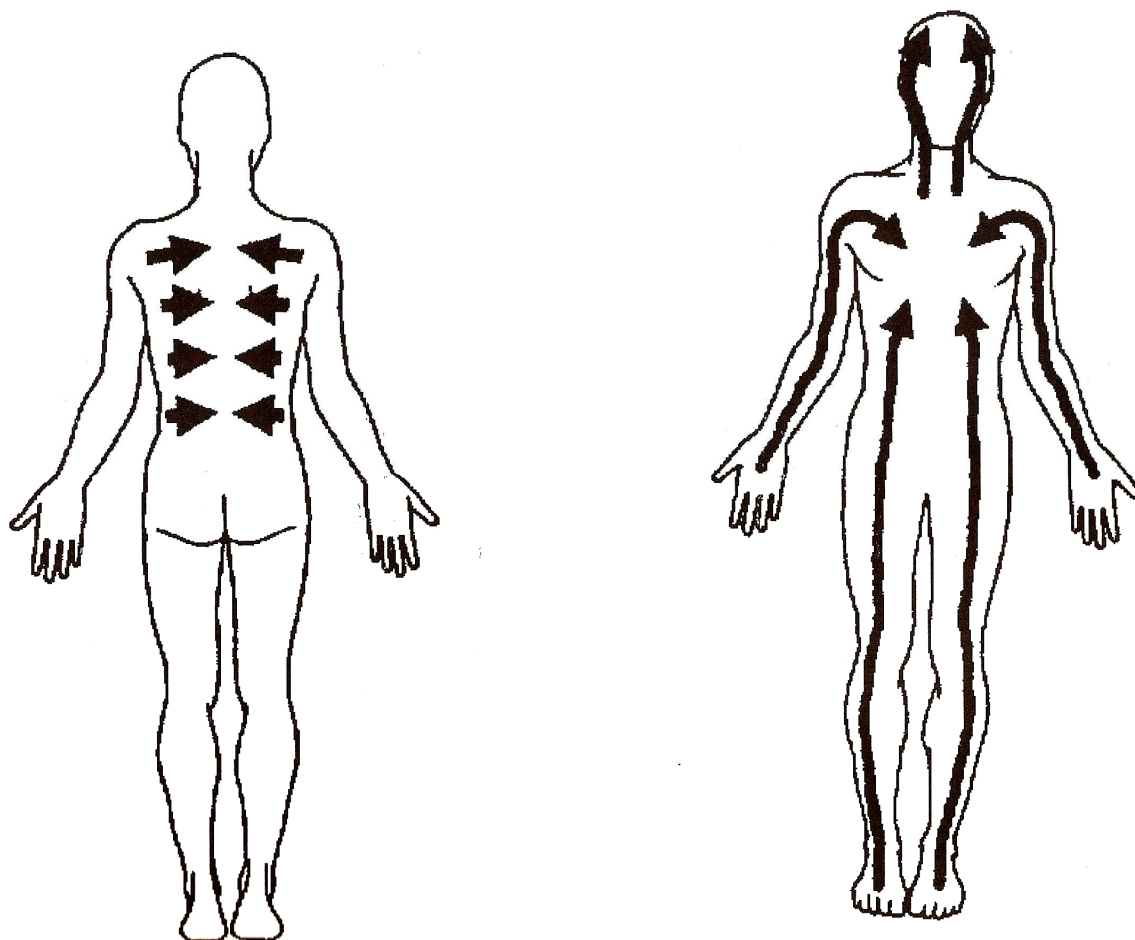
Provedení vlastní stimulace:

Jako po každé informujeme klienta o tom, že s ním budeme pracovat, a co může v následujících minutách očekávat. Tělo klienta stimulujeme proti směru růstu chlupů. Dle stavu klienta začínáme na obličeji, ale je možno tuto partii těla vynechat, stejně tak jako genitál, které lze umýt pochopitelně v rámci klasické hygieny. Pokud se však rozhodneme mýt i tyto partie, pak volíme takzvanou asistovanou koupel (viz obr. 2). Obvykle tedy začínáme na končetinách od prstů přes paže a pokračujeme směrem k hrudníku, taktéž na dolních končetinách začínáme u prstů nohou a pokračujeme dále přes celé nohy k pánvi. Záda stimulujeme (umýváme) ve směru od stran zad k páteři. Stimulace jednotlivých částí těla doprovázíme verbálně. Osušování těla probíhá opět ve stejném směru (viz obr. 3) . Neměli bychom samozřejmě přehlédnout klientovy reakce, jako je změna hemodynamiky či změna sekrece.

Obr. 2 Asistovaný úchop horní končetiny



Obr. 3 Celková koupel osvěžující



(Friedlová, 2006, s. 15)

5. 2. 3 Neurofyziologická somatická stimulace - Celková bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha

Fyziologicky má každý člověk naučené automatické pohybové programy, které jsou důležité k tomu, aby bylo tělo udržováno ve stabilní poloze oproti gravitaci a abychom se dokázali pohybovat v prostoru. Tyto typy pohybových vzorců, pro změnu polohy a pohybu těla, jsou změněny při výpadku vyšších mozkových funkcí. Dojde tedy k jejich ztrátě a je nutné se je znovu naučit. Toho můžeme dosáhnout soustavným opakováním pohybů, které s klientem provádíme (Friedlová, 2006).

Neurofyziologická stimulace vychází též z konceptu Bobathových, jejímž cílem je vyvolat vzpomínky na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, začlenění klienta do běžných denních aktivit a nácvik soběstačnosti. Při provádění stimulace je terapeut opět u postižené strany. Klademe důraz na to, aby se klient cítil bezpečně, napětí a strach, které klient může pociťovat, mohou být zdrojem zvyšování tělesného tonu. Díky tomu se klient bude soustředit na udržení vlastní pozice, nikoli na kvalitu poskytované stimulace. Další zásady jsou totožné s klasickou Neurofyziologickou stimulací (Friedlová, 2007).

Tento typ stimulace využívá toho, že se ve středu našeho těla nervová vlákna nepatrně překrývají, a proto je tato oblast velmi senzitivní. Je určena především pro plegiky. Tím, že budeme klientovi poskytovat cílené doteky, budeme postupně integrovat klientovu plegickou část těla do celkového vnímání jeho tělesného schématu. Je pochopitelně nutné, aby si klient uvědomil nejprve svou zdravou stranu těla. Velký důraz je kladen na zrakovou kontrolu klienta, to znamená, že by klient měl mít možno vše sledovat a kontrolovat. Pokud klient nosí brýle nesmíme zapomenout je nasadit. Nejvýhodnější pro tento typ stimulace je poloha v sedě, můžeme použít též zrcadlo, díky němuž má klient možnost sledovat oblasti těla, které normálně vidět nemůže (Friedlová, 2007).

Cílem této stimulace je:

- podporujeme vzpomínky uložené v paměťových drahách, jde o vzpomínky na vlastní tělo (Friedlová, 2006)

Indikace:

- klienti s hemiplegiemi po CMP
- klienti s kraniocerebrálním poraněním a následnými poruchami hybnosti
- po operacích mozku
- v dětském věku lze tuto stimulaci využít při dětské mozkové obrně, psychomotorické retardaci, vrozených vadách pohybového aparátu (Friedlová, 2006)

Během stimulace dodržujeme tyto zásady:

- klienta informujeme, co se bude v následujících minutách dít
- všechny věci běžné denní potřeby situujeme na postiženou stranu, tím klienta nejen aktivizujeme, ale také stimulujeme k uvědomění si vlastního těla popřípadě jeho postižené poloviny. Tím, že se klient bude muset natáhnout přes postiženou stranu vyvine tlak na tuto stranu a tudíž je mu umožněno ji pocítit
- v ideálním případě neužíváme příliš měkká lůžka, docházelo by ke zkreslení stimulace
- podporujeme klienta v optické kontrole
- vždy dbáme na rovnoměrné rozložení váhy klienta
- podporujeme bilaterální funkce rukou a trupu, toho docílíme polohováním a asistovanou koupelí
- vedeme klienta k opětovnému naučení pohybových vzorců
- vždy máme na klienta dostatek času, zajistíme vhodné prostředí
- snažíme se nevyvíjet příliš hektické a rychlé pohyby, které mohou zvýšit elasticitu

- vždy eliminujeme klientův strach, zejména z pádu
- u ochrnutých klientů je důležité zajistit dostatek informací z kožních smyslových orgánů a proprioreceptorů, které nás informují o poloze a postavení kloubů. Těmto klientům činí velké problémy přenést váhu vlastního těla na postiženou stranu, proto je důležité věnovat se nácviku rovnováhy a správného držení těla, které se uskutečňuje pomocí velké podpůrné podložky. Velmi nám zde pomáhá polohování a celkové vykonávání všech ošetrovatelských činností směrem od postižené strany.
- nesmírně důležité je správné postavení hrudníku. Hlava je mírně předsunuta před hrudník a hrudník před pánev, dolní končetiny s pánví svírají pravý úhel a kolena jsou v mírné zevní rotaci, záda jsou opřena například o polštář a chodidla se opírají například o zem. V této fázi je celá váha klienta přenesena na sedací kosti, sníží se celkové tělesné napětí a zároveň je umožněn volný pohyb končetin.
- dostaneme-li se k nácviku stoje, je důležitý kontakt nohou se zemí a redukce extenzorové aktivity. Při chůzi je pak nutností zcela vědomé přenášení váhy na postiženou stranu těla. Terapeut klienta podpírá na postižené straně, což je zároveň prostředek eliminace strachu z pádu
- vždy je nutné analyzovat situaci mezi něž patří zajištění možnosti rozsahu pohybu kloubů, zajištění nynější svalové síly, odhadnutí pohybových vzorců, odhadnutí motorických funkcí a svalového tonu, stanovit senzorické deficity, testovat svalový tonus a reakce při pohybech (Friedlová, 2007).

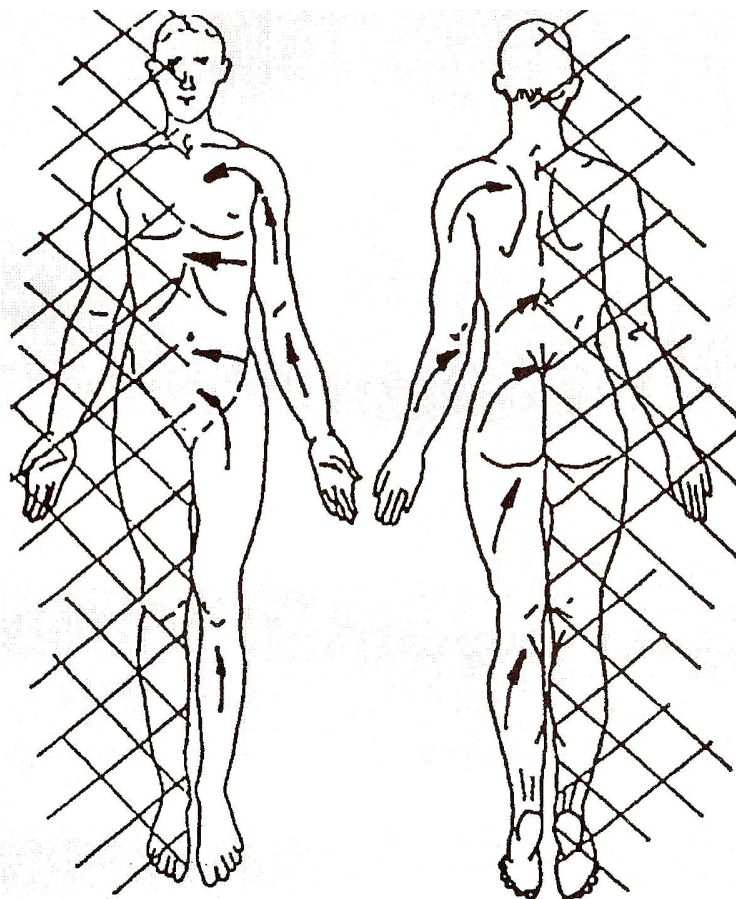
Materiál:

- žínky
- ručníky
- voda o teplotě 30 C (Friedlová, 2007)

samotné provedení stimulace:

Terapeut stojí na postižené straně těla, na postiženou ruku navlékneme žínku a formou podpůrného mytí umožníme klientovi, aby si umyl obličej směrem od zdravé strany k postižené. Dále pokračujeme zdravou rukou a s lehkým tlakem ve směru k hrudníku. Ve středové oblasti hrudníku zvýšíme tlak a myjeme ve směru postižené strany. Nohy myjeme rovněž od zdravé k postižené straně. Záda myjeme v poloze na boku, od ramen k sakrální oblasti, opět od zdravé strany k postižené. Osušování probíhá opět v téže posloupnosti (viz. obr. 4) (Friedlová, 2006).

Obr. 4 Celková bazálně stimulující koupel dle konceptu Bobatha



(Friedlová, 2006, s. 17)

5. 2. 4 Rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)

Tento typ stimulace poskytujeme klientům, jejichž schopnost vnímání vlastního tělesného schématu je destabilizovaná nebo je nutno jej rozvíjet. Při koupeli tohoto typu klademe důraz na symetrii a středovou osu těla, protože vnímání u malých dětí a dlouhodobě imobilních klientů se soustřeďuje právě sem. Nejčastěji ji aplikujeme u předčasně narozených dětí a u všech dětí, které nemají doposud vyvinuto vnímání tělesného schématu, dále u klientů ve vigilním kómatu, kvadruplegiků, u klientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko (Friedlová, 2007).

5. 2. 5 Diametrální somatická stimulace (Diametrální koupel)

Každý člověk má určité svalové napětí, tzv. tonus, ten musí být dostatečně vysoký, aby mohl působit proti gravitaci a udržel tak naše tělo ve vzpřímené poloze a zároveň tak nízký, abychom se mohli pohybovat. Mezi faktory, jež ovlivňují svalový tonus, patří cizí prostředí, hluk, cizí osoby, matoucí informace, bolest, porucha senzibility, chlad, stres, strach emocionální vypětí aj. (Friedlová, 2006).

Diametrální somatická stimulace se užívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím, to omezuje pohyb klienta v kloubech. Pokud se kloub nachází po určitou dobu ve stejné poloze a nehýbe se s ním, objeví se svalové kontraktury. Při kraniocerebrálním poranění je většina kontraktur na horních končetinách flekčního a na dolních končetinách extenčního typu. Problémem, který řešíme, je spasticita, tedy vysoké svalové napětí, které se týká téměř všech svalů. Z toho vyplývá, že je klientovi znemožněn plynulý pohyb. Elasticita jako taková se vytváří od prvního dne postižení, bohužel může být následkem špatného polohování. Proto musíme s klientem hned pracovat tak, abychom tomuto stavu předešli. Čím déle totiž klient kontrakturu má, tím je těžší ji uvolnit (Friedlová, 2007).

Indikace:

- Klienti po kraniocerebrálním poranění
- Dlouhodobě imobilní klienti
- Depresivní klienti se ztrátou chuti k pohybu
- Bolestivé stavy (Friedlová, 2006)

Materiál:

- Voda o teplotě 38- 40 C
- Žínky
- Ručník (Friedlová, 2006)

Provedení vlastní koupele:

Tato koupel může být aplikována pouze na část těla. Je nutné dodržet tělesnou symetrii, je-li tedy stimulace aplikována na jedné polovině těla či na jedné části, aplikujeme na opačné straně těla zklidňující stimulaci. Klienta uložíme do pohodlné polohy, končetina, kterou budeme pohybovat, musí být volná. Ruce nebo žínky terapeuta musí být příjemně teplé, dál přejíždíme po končetině. Po stimulaci napoložujeme klienta ve směru jeho svalového tonu, nikoli proti němu. Ideální je poté využít měkkých matrací, které svalový tonus stimulují (Friedlová, 2007).

5. 2. 6 Polohování v konceptu bazální stimulace

Vnímání vlastního těla je změněno již po 30 minutách klidného ležení. Dojde ke ztrátě vnímání vlastních hranic, stav je ještě vážnější a výraznější u klientů, kteří jsou dezorientovaní a dlouhodobě upoutaní na lůžko. Tento stav ještě prohlubuje ležení na velmi měkkých matracích. Proto je tak nesmírně důležité polohování, které nám slouží nejenom jako prevence dekubitů, ale zároveň informuje klienta o jeho těle. Poskytujeme mu tak

somatickou a díky změnám polohy také vestibulární stimulaci. Zároveň polohováním klienta měníme jeho zorné pole a stimulujeme jej tak opticky (Friedlová, 2006).

Nedostatek senzomotorických podnětů a pohybové aktivity redukuje přísun informací k pacientovi. Tím se mění vnímání vlastního tělesného obrazu, vlastní identity a vnímání okolí. Psychika a vnímání se přednastaví a jsou jednotvárné. Tento proces je prof. A. Frohlichem nazýván degenerativní habitací. Klient vnímá sám sebe jen velmi málo, ztrácí svou tělesnou i duševní orientaci. Může se stát, že klient bude reagovat buď zcela apaticky a pasivně nebo naopak agresivně a zmateně. Následkem habituace může být porucha vnímání těla, porucha tělesné identity, porucha koordinace, nápadné chování, poruchy intelektu, emocionální změny apod. Schopnost vnímání může být také poškozena dalšími faktory, mezi něž patří poruchy spánku, účinky některých léků, traumatické poškození mozku, bolest aj. (Friedlová, 2007).

Vždy je nutné zohlednit komfort, tedy pohodlnost klientovy polohy a autobiografický faktor. Vnímání klienta můžeme stimulovat i zdánlivě nepatrnými pohyby, jakými jsou propletení prstů na ruku, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin, polohování na různých typech matrací, mikropolohováním, polohováním pomocí perličkových polštářů. Mezi další polohovací metody v konceptu Bazální stimulace patří poloha „mumie“ a poloha „hnízdo“, tyto polohy lze kombinovat (Friedlová, 2007).

Poloha mumie

Její cílem je umožnit zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice vlastního těla (Friedlová, 2007).

Indikace:

- Neklidní pacienti
- Agresivní a zmatení pacienti

- Při dospávací fázi po narkóze
- Pacienti probouzející se z komatu
- Klienti, jež jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko (Friedlová, 2007)

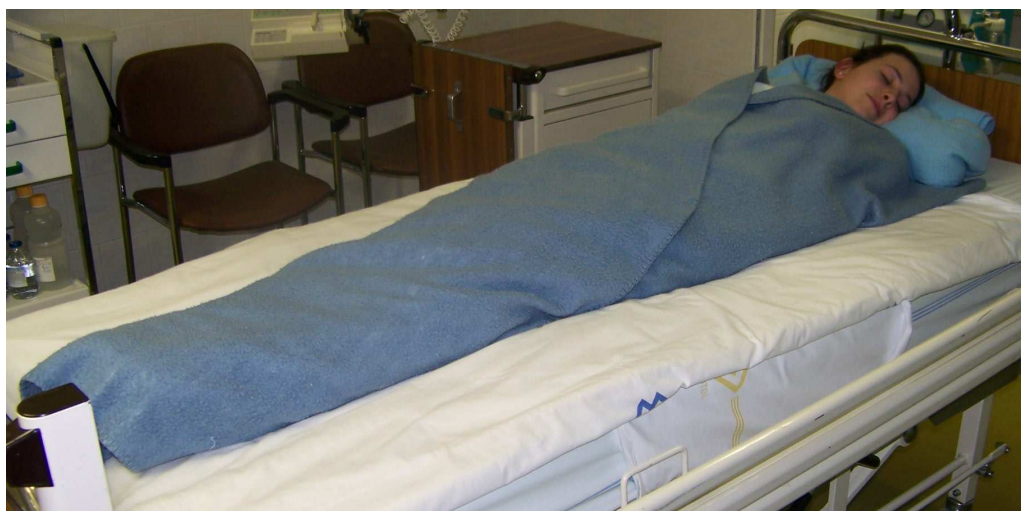
Pomůcky:

- Prostěradlo
- Perličkové polštáře
- Ručníky apod. (Friedlová, 2006)

Samotné provedení polohování mumie (viz obr. 5):

Tradiční součástí je edukace nemocného, je-li to možné, poskytneme klientovi nejprve zklidňující koupel. Klientovu hlavu podložíme polštářem, tělo obložíme srolovanými ručníky, dekami nebo kuličkovými polštáři, dále klienta zavineme do prostěradla. Horní končetiny položíme na hrudník, nikdy nesmíme prostěradlo příliš utahovat, klient vždy musí mít možnost se z této polohy vymanit. Délka aplikace této pozice závisí na reakcích a stavu klienta, který musíme sledovat (Friedlová, 2006).

Obr. 5 Poloha mumie



Poloha hnízdo

Díky této poloze stimulujeme vnímání vlastního tělesného schématu a tím snižovat následky degenerativní habituace. Tato pozice poskytuje klientům pocity jistoty, bezpečí a komfortu (Friedlová, 2007).

Indikace:

- Fáze odpočinku
- Po celkové zklidňující koupeli
- Po stresujících vyšetřeních
- Po masáži stimulující dýchání
- Pro vnímání tělesného obrazu
- U neklidných klientů
- Dezorientovaní a agresivní klienti
- Klienti v komatech
- U neklidných novorozenců
- Klienti s hypertenzí
- Spastičtí klienti (Friedlová, 2006)

Pomůcky:

- Deky, ručníky
- Perličkové polštáře (Friedlová, 2006)

Vlastní provedení polohy hnízdo (viz obr. 6):

Klienta uložíme do polohy, která je pro něj nejpohodlnější, dále ho obložíme srolovanými dekami nebo ručníky. Snažíme se přesně modulovat tělesné schéma, to znamená, že co možná nejpřesněji kopírujeme tělo klienta. Závěrem klienta přikryjeme, tím mu dopřejeme

taktilně-haptickou stimulaci. Můžeme zohlednit biografickou anamnézu a vložit například klientovi do rukou jeho oblíbený předmět, tím ho budeme stimulovat hmatově (Friedlová, 2007).

Obr. 6 Poloha hnízdo



Vždy myslíme na kvalitu poskytovaných doteků, které je vhodné kombinovat s konceptem kinestetiky, jejímž základem je nauka o pohybu. Jde o to, aby si klient uvědomoval význam vlastní pohybové aktivity. Respektujeme klasické zásady polohování jako prevence dekubitů (Friedlová, 2007).

Klienty lze polohovat také pomocí canisterapeutických psů, u dětí často využíváme polohování s jejich blízkou osobou (Friedlová, 2007).

Mikropolohování (viz obr. 7).

Je to metoda založená na skutečně nepatrném podkládání končetin, bederní páteře atd. Klienta uložíme nejlépe na bok, vypodložíme končetiny dle všech výše uvedených zásad a do oblasti bederní páteře vložíme stočený ručník, klienta necháme takto napolohovaného a v momentě, kdy budeme chtít změnit polohu stačí tento stočený ručník vyjmout a dát jej například do oblasti hrudní páteře (Základní kurz Bazální stimulace, 2007).

Obr. 7 Mikropolohování



5. 2. 7 Masáž stimulující dýchání (MSD)

Dýchání patří mezi základní životní potřeby, navíc nám poskytuje informace o vlastním bytí. Změny v oblasti somatiky a psychiky vedou ke změnám v oblasti dýchání. Trpí-li člověk nedostatečnou ventilací dochází ke změně tělesné síly. Pokud tedy klient trpí nedostatkem energie, nemá sílu ještě dostatečně vnímat svět okolo sebe. Stahuje se do sebe a výměna informací mezi ním a okolím je stále menší a menší (Friedlová, 2007).

Tuto masáž provádíme v oblasti zad s přiměřeným kontinuálním tlakem našich rukou. Kromě toho, že má tato masáž velkou komunikační hodnotu, vede také k ustálenému rytmu dýchání. Synchronizace dýchání terapeuta a klienta vede k navázání vztahu a lepšímu pochopení klienta i beze slov. Naučit se tuto techniku masáže není jednoduché, a proto je s výhodou zúčastnit se některého z kurzů Bazální stimulace (Friedlová, 2007).

Cílem terapeuta je pomoci klientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Díky tomu umožníme klientovi uvědomit si své tělo a reagovat na své okolí (Friedlová, 2006).

Indikace:

- Bolest
- Deprese
- Poruchy spánku
- Ztráta schopnosti vnímání vlastního těla
- Klienti po těžkých operacích
- Klienti na UPV a po odvykání z UPV
- Povrchní a mělké dýchání
- Hyperventilace
- Bradypnoe
- Péče o umírající klienty (Friedlová, 2006)

Materiál:

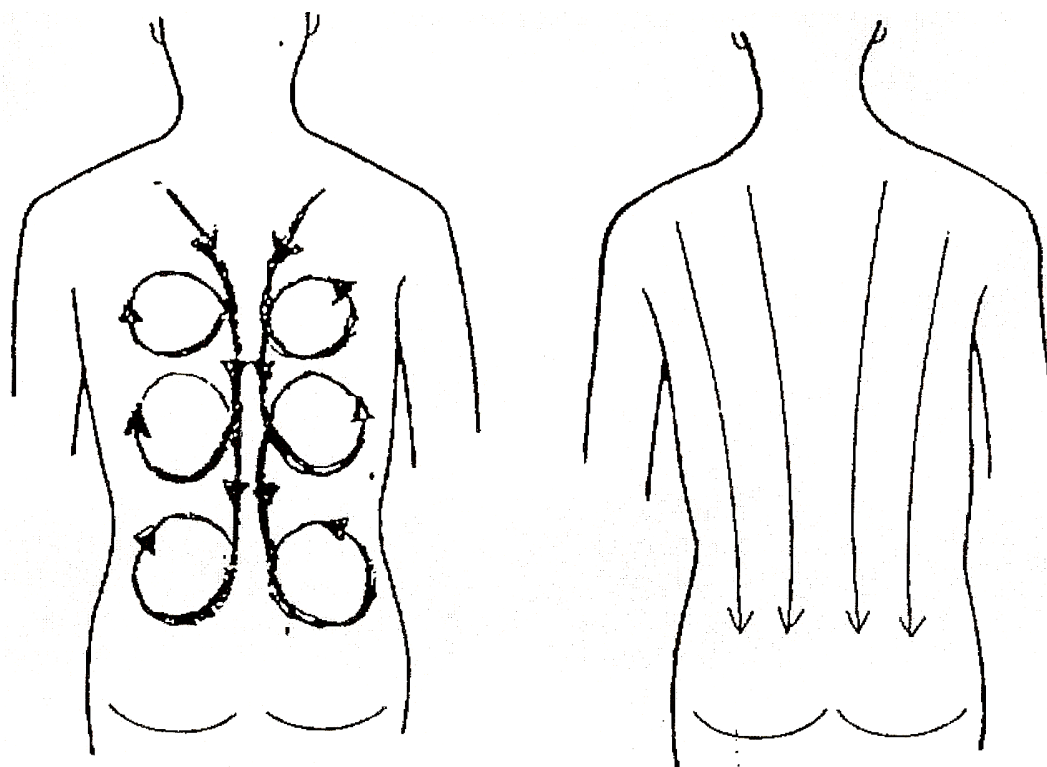
- Olej nebo pleťové mléko

Samotné provedení stimulace:

Je-li to možné, uložíme klienta do polohy v sedě v křesle nebo na lůžku, tak abychom měli volný přístup k záďům, pokud klient musí ležet, zvolíme polohu 135 na boku nebo na břiše.

Na ruce si nanese olej nebo pleťové mléko, aby se zahřálo na teplotu těla. Dále ruce přiložíme do oblasti zátylí klienta. Pak pomalu, ale s mírným tlakem sjíždíme dolů podél páteře až do bederní oblasti, následují dva další tahy vedle sebe vždy stejným směrem. Poté provádíme kruhové pohyby, vždy při výdechu jdou naše ruce směrem do stran (viz obr. 8). Masáž provádíme cca 5 minut několikrát denně (Friedlová, 2006).

Obr. 8 Masáž stimulující dýchání



(Friedlová, 2006, s. 23)

Masáž zakončujeme stejně tak, jak jsme ji začali, když máme ruce v oblasti bederní páteře, mírně na toto místo zatlačíme, abychom naznačili klientovi konec masáže (Friedlová, 2007).

5. 2. 8 Kontaktní dýchání

I v tomto případě nám masáž slouží k usnadnění dýchání a navázání komunikace. Tuto masáž provádíme zejména na ventrální části hrudníku. Doprovázíme pacienta při výdechu i nádechu. Ruce máme položeny na spodní ventrální části hrudníku, vždy při výdechu mírně kónicky stlačíme hrudník a při nádechu povolíme. Je možno použít vibrace. Kontaktní dýchání můžeme provádět i s klientovou rukou, ten si tak může začít uvědomovat vlastní dýchání. Další metodikou je dýchání tzv. hrudník na hrudník, která se užívá především u malých dětí a to tak, že hrudník dítěte je přitisknut k hrudníku rodiče, nebo jiné blízké osoby a tím dochází k synchronizaci dýchání. Opět dochází k lepšímu uvědomování si sebe sama, ke stimulaci vnímání a aktivizaci paměťové stopy. Paměťová stopa je zároveň aktivizována vůní a hlasem rodiče (Friedlová, 2007).

5. 2. 9 Vestibulární stimulace

Za normálních okolností se pohybujeme a poloha našeho těla se mění v závislosti na našich činnostech. To je nám umožněno díky rovnovážnému ústrojí, které je uloženo ve vnitřním uchu. Kromě toho je tento aparát zodpovědný za schopnost vnímat lineární, rotační a statické pohyby hlavy, dále zodpovídá za koordinaci pohybů v prostoru, jeho průběh, orientaci v prostoru a také za rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Stejně tak jako naše smyslové vnímání, může i naše rovnovážné ústrojí podlehnout habituaci. Pokud dochází ke změně polohy jen velmi málo, může se vyskytnout nauzea, kolaps, poruchy vnímání na vlastním těle i v prostoru. Díky vestibulární stimulaci zprostředkováváme informace o postavení v prostoru, redukuje závrať z točivého

pohybu, snižujeme napětí flexorů a extenzorů, připravujeme organismus na mobilizaci, udržujeme pohyb endolymfy ve vestibulárním ústrojí (Friedlová, 2007).

Indikace:

- Klienti upoutaní na lůžko déle než 3 dny
- Klienti s omezenou možností pohybu
- Klienti ve vigilním kómatu
- Klienti s hlubokou mentální retardací
- Klienti s rozvíjející se elasticitou extenzorů a flexorů (Friedlová, 2007)

Možnosti provedení vestibulární stimulace:

- Před každou změnou polohy těla otočíme hlavu do pozice ve směru příští polohy
- Pracujeme se zásadami kinestetiky, aby si klient uvědomil svou trojrozměrnost
- Polohu těla lze změnit též změnou polohy lůžka
- Pozice v sedě, v lůžku či křesle
- Otáčivé pohyby hlavy, kdy klientova hlava musí zůstat v kontaktu s podložkou, pohyby jsou pomalé, ruce terapeuta nikdy nesmí zakrývat klientův obličej, pohyby stačí provádět 3-5 x několikrát denně
- Houpací pohyby v lůžku
- Návčik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli (viz. Obr. 9), kdy klient sedí na posteli, terapeut za jeho zády klečí, klientovy záda se opírají o terapeutův hrudník, zároveň si fixuje klientův hrudník a hlavu a následně dělá kývavé pohyby ve tvaru ležaté osmičky. Tuto stimulaci se opět naučíme nejlépe pod vedením zkušeného lektora (Friedlová, 2006)

Obr. 9 Pohyb ovesného klasu v ovesném poli



5. 2. 10 Vibrační stimulace

Jejím cílem je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací (tzv. Vater-Paciniho tělíska) a receptory hluboké citlivosti tedy proprioreceptory ve svalech, šlachách, vazivu, kostech a kloubech. Vibrace vnímáme ve směru od periferie do středu těla. Vibrace v okolí kloubů působí velmi stimulačně, to je dáno též tím, že kosti vedou vibrace velmi dobře. Proto vibrační stimulace umožňuje klientovi vnímat své tělo velmi intenzivně (Friedlová, 2007).

Vibrace umožňuje klientovi pocítit a uvědomit si stabilitu vlastního těla se skeletem, navíc umí rytmizovat a prohloubit dýchání. Dále jsou vibrace důležité pro sluchový orgán a tvorbu hlasu. Slouží také jako příprava k mobilizaci (Friedlová, 2006).

Cílem této stimulace je pocítit tělesnou hloubku, celé tělo, vnitřní stabilitu našeho těla a tělesné hranice. Ve své podstatě působí vibrace lokálně, protože většinu vibrací zachycují měkké svaly a díky následnému šíření po kostech umožníme klientovi lépe vnímat vlastní končetiny (Friedlová, 2006).

Indikace:

- Hemiplegičtí pacienti
- Klienti s poruchou vnímání vlastního těla (Friedlová, 2006)

Média k vibrační stimulaci

- Ladička
- Hlas - položíme klientovy ruce na jeho hrudník a necháme ho mluvit, tím že dochází k šíření hlasu po hrudním koši, dojde ke vnímání vlastních končetin
- Dupání a klepání
- Ruce - terapeut vibruje oběma rukama na hrudníku pacienta
- Elektrické vibrační přístroje- začínáme položením přístroje do postele, přenesené vibrace klient pocítí na svém těle a zároveň ho připravíme na stimulaci, zároveň můžeme vibrační přístroje vložit klientovi do rukou. Použit můžeme buď přístroje přímo ke stimulaci určené, nebo je možné improvizovat a použít elektrický zubní kartáček, holicí strojek apod. (Friedlová, 2007).

!!! Vibrační stimulace je kontraindikována u klientů s krvácením a varixy !!!

Nejvhodnější místa k vibrační stimulaci jsou pata, vnitřní nebo zevní strana kolene, nikoli však česka, nejvystouplejší kosti pánve, předloktí, paže, zápěstí, dlaně, hrudník stimulujeme vždy pouze dlaněmi nikoli elektrickými přístroji. Při všech vibračních stimulacích je velmi důležité, abychom poskytli klientovi dostatečně velkou plochu pro vnímání vibrací, vždy pracujeme podél skeletu, postupujeme od proximálních částí

k distálním, nabízíme krátké stimuly, ale v dostatečném množství, intenzivně klienta sledujeme (Friedlová, 2006).

5. 3 Nástavbové metodiky Bazální stimulace

Pokud se řeknou smysly, většina z nás si vybaví základní lidské smysly, tedy zrak, sluch, chuť, čich a hmat. Koncept Bazální stimulace se totiž zaměřuje také na tyto smysly a jejich stimulaci. Tvoří tak podstatnou součást terapie, která je pro klienty a terapeuty jednou z nejpříjemnějších fází. Patří sem stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická (Friedlová, 2007).

5. 3.1 Optická stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007, s. 109 – 114)

Zrak a sluch patří mezi nejčastěji využívané smysly. Díky nim poznáváme okolní svět a navazujeme komunikaci. Díky zrakovému vjemu se orientujeme, uspořádáváme okolní prostředí, poznáváme lidi a předměty, prožíváme pozitivní vjemy, posilujeme pocit jistoty a také se učíme.

V nemocničním prostředí je všeobecným problémem jeho sterilita a to, že neposkytuje dostatek podnětů pro klientův rozvoj. To je dáno nejen díky povětšinou bílé barvě nemocničního prostředí, ale také tím, že je klient ve zcela novém prostředí. Toto prostředí je zároveň plné nových předmětů, které většina klientů nikdy neviděla a působí tak velmi stresujícím dojmem. To je díky tomu, že je klient nemá uloženy v paměťových stopách, tudíž nemůže informace správně asociovat a zpracovávat je. Několik takových pohledů je zobrazeno v příloze č. 3 (obr. 10 – 13). Klient tak může reagovat úzkostí, strachem nebo agresivitou. Zklidnění lze navodit tím, že klientovi zprostředkujeme zrakové vjemy, jež má klient zaznamenány v paměťových stopách.

Dalším významným faktorem je klientova informovanost o čase, vzpomeňme si na to, kolikrát denně se každý z nás podívá na hodinky, proto je důležité, aby měl klient možnost podívat se na hodiny několikrát za den. Pro každého klienta je nesmírně důležitá i nepatrná změna polohy hlavy, měníme totiž zorné pole, díky tomu může klient sledovat okolí a orientovat se na svém těle. Tím, že změním polohu hlavy klienta, stimulujeme ho zároveň vestibulárně i somaticky. Všechny aktivity, kterými stimulujeme klienta vestibulárně či vibračně, mohou přispět také ke zlepšení zrakového vnímání.

Ti klienti, kteří se probouzejí z kómatu, trpí poškozením zrakového vjemu, ať už důvodu degenerativních či organických mozkových procesů, nejsou schopni hned vnímat všechny odstíny barev. Jejich zraková orientace je podobná jako u dítěte, to znamená, že se orientuje pouze na světlo a tmou, vnímá obrysy pouze na krátké vzdálenosti, vnímá části vlastního těla, vnímá okolní svět do vzdálenosti do 1-2 m, vnímá pouze kontury, nikoli však detaily, zpočátku vnímá pouze základní spektrum barev. To jsou vývojové stupně, jež musíme respektovat. Zpočátku tedy stimulujeme pouze pomocí obrázků, jež malovaly děti, to znamená obrázků, které nejsou složité a které povětšinou nejsou schopné budit negativní emoce. Proto nepoužíváme složité obrázky.

Má-li klient poškozené vnímání, měli bychom dodržovat tyto zásady:

- Všechny věci, které klient během dne potřebuje musíme situovat do míst, které klient vnímá
- Klient vnímá jen určité předměty, proto se jej snažíme stimulovat předměty, které klient zná
- Klient má poruchu koordinace mezi zrakovým vjemem a motorikou, a proto počítáme se škodami, které může klient nevědomě napáchat
- Nabízíme podněty zřetelně světlé či tmavé
- Informujeme o denní době

- Je-li to možné, alespoň jedenkrát denně vystavíme klienta slunečnímu záření, které může působit velmi pozitivně
- Pokud nám to situace umožňuje, je vhodné volit barevné oblečení personálu, aby došlo k barevnému odlišení
- Ideální je situace, kdy je místnost vymalována jinou, než bílou barvou a na stěnách jsou jednoduché obrázky
- Pokud klient užívá brýle, musíme mu je nasadit
- Pokud klienta stimulujeme obrázky či fotografiemi, volíme jejich umístění tak, aby klient musel vyvinout mírné úsilí, aby na ně mohl pohlédnout
- Nabídneme-li klientovi televizi, volíme ty programy, jež má klient zapsány ve své biografické anamnéze
- Stimulaci vždy aplikujeme cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení klienta
- Při stimulaci pomocí obrázků můžeme klienta vybízet k vyprávění a tím navážeme nenucenou konverzaci
- Vždy klienta sledujeme, ať již jde o kladné či záporné reakce

5. 3. 2 Auditivní stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007, s. 114 – 117)

Sluch patří mezi další smysly, jež jsou pro člověka velmi důležité. Má velký význam pro komunikaci, pro navazování a udržování vztahů a pro rozvoj myšlení. Díky sluchu se vytváří řeč. Ze všech zvuků okolního světa jsme schopni vnímat jen určitý rozsah zvuků, se zvyšujícím se věkem se rozsah slyšitelných zvuků snižuje. Pokud má člověk poruchu sluchu nebo neslyší-li vůbec, může reagovat i agresivně.

Díky této stimulaci jsme schopni navázat kontakt, zprostředkovat informace o klientovi, mobilizovat vzpomínky uložené v paměťových stopách, budujeme pocit jistoty a orientace, naučit klienta novým slovům atd. Vždy je nutné zjistit, jak klient slyší!

Mezi prostředky auditivní stimulace patří:

- Řeč - můžeme klientovi vyprávět, předčítat nebo reprodukovat řeč ze záznamu, to má veliký význam, protože se ukázalo, že klient velmi pozitivně reaguje na hlas svých blízkých osob. Blízcí našeho klienta mohou hovořit o čemkoli, třeba o tom, co v daný den prožili, nebo co je čeká apod. Snaha je udržet tón a barvu hlasu tak, jak je znal klient před svým chorobným stavem
- Hudba - reprodukováná z rádia či televize, nebo hudba hraná přímou lůžka. Lze využít muzikoterapeutů nebo blízkých našeho klienta, vždy je však nutné zohlednit biografickou anamnézu
- Zpěv - s ním většinou pracují muzikoterapeuti, samozřejmě že mohou zpívat také příbuzní klienta jeho oblíbení písně, byl-li na ně klient zvyklý.

Celkově musíme vždy znát klientovu biografickou anamnézu, musíme znát sluchové deficity, snažíme se eliminovat veškeré rušivé zvuky, užíváme jasné a stručné věty, eliminujeme rozhovor s dalšími osobami, vždy se snažíme mít na klienta dostatek času, rozhodně nepouštíme klientovi televizi a rádio celý den, staly by se pak pouhou zvukovou kulisou.

5. 3. 3 Orální stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007, s.117 – 124)

Ústa představují jednu z nejcitlivějších částí našeho těla, zároveň je vnímáme jako intimní zónu. Od prenatálního života jsou naše ústa velmi aktivní, stejně tak po narození. Dítě totiž

poznává svět pomocí úst. Ústa plní další funkce jako jsou příjem potravy, komunikace, vnímáme díky nim chuť, vůně, konzistence, slouží k vyjadřování emocí, dýchání atd. Proto jsme schopni díky orální stimulaci výrazně stimulovat lidské vnímání.

Cílem orální stimulace je poskytnout klientovi informace z jeho úst a stimulovat jeho vnímání. Pamatujeme si, že zvýšený svalový tonus v oblasti úst je známkou stimulace klienta. Tuto stimulaci lze provádět buď izolovaně nebo jako přípravu na orální přívod potravy. Každý kdo tuto terapii provádí, musí mít na paměti, že orální stimulace rozhodně nenahrazuje hygienickou péči o dutinu ústní, výhodou však je tyto metody kombinovat. Kombinováním docílíme nejen očisty dutiny ústí, ale také podporujeme přirozenou salivaci, zprostředkováváme příjemné vjemy, snižujeme svalový tonus v oblasti úst a tím můžeme lépe provádět hygienickou péči, dále stimuluje vnímání, aktivizujeme paměťovou stopu a navazujeme s klientem kontakt.

Vždy když chceme klienta orálně stimulovat, musíme dodržovat tyto zásady:

- Nejprve vyšetříme dutinu ústní, abychom zjistili, zda-li nemá klient v ústech ragády, eroze a podobné defekty, které by mohly být bolestivé a stimulace by nebyla účinná. Samozřejmě zjišťujeme schopnost vnímat chuťové a čichové podněty, schopnost otevírat a zavírat ústa apod.
- Měli bychom zjistit, jak se klient dříve staral o svá ústa
- Zjistíme, kterým potravinám a nápojům dával klient přednost, to nám může pomoci v následném povolení úst, většina klientů se totiž brání hygieně dutiny ústní, proto má-li klient dobré zkušenosti, snadno otevře ústa

Aby byla stimulace úspěšná, musí klient zaujímat pohodlnou polohu, musíme mu nabízet příjemné chuťové vjemy, dále pečlivě sledujeme klienta a jeho reakce, nikdy klienta takto nestimulujeme, je-li zřetelně unavený. Dále se zaměřujeme na strach a svalové napětí, tyto dvě věci totiž jdou ruku v ruce, proto nesmíme působit na klienta invazivně.

Nejdříve informujeme klienta o následující stimulaci, dále provedeme somatickou stimulaci míst, ke kterým se vztahuje naše následující péče. Pokud klient vůbec ústa neotvírá, postupujeme od iniciálního doteku, přes čichovou stimulaci, dotek na hlavě klienta, vestibulární stimulaci, somatickou stimulaci obličeje, manuální stimulaci slinných žláz, lehkou stimulaci rtů a orofaciální stimulaci.

Zásady správné stimulace:

- Nikdy nevnikáme do úst násilím, posílíme tak negativní zkušenosti s jakoukoli péčí probíhající v oblasti dutiny ústní
- Nikdy nekombinujeme více než tři různé chutě
- Chuťová média v kombinaci s chladem stimulují motilitu pacientova jazyka
- Lze užít i tzv. cucací váčky, jde o mulové čtverce naplněné klientovou oblíbenou pochutinou. Pak vložíme dobře zafixovaný váček do úst. Tento způsob je výhodný zejména u klientů, jež jsou vyživováni sondou nebo parenterální výživou a jsou proto, že jsou dlouhodobě ochuzeni o prožitky z dutiny ústní.
- Nesnažíme se klienta stimulovat jen za účelem příjmu potravy s nutričním cílem, zpočátku se soustředujeme pouze na to, aby měl klient ze stimulace příjemné pocity
- Na klienta nikdy nespěcháme

Samotný příjem potravy má fázi preorální a orální. Při perorální fázi se prolínají vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační. Při příjmu potravy je nesmírně důležitá poloha klienta, hlava totiž nesmí být v hyperextenzi, protože by došlo ke ztíženému polykání, ramena jsou mírně předsunuta vpřed, zátylek, záda a hlava jsou v jedné rovině, pánev je fixovaná a ruce jsou položeny na stole. I zde máme možnost poskytnout asistované krmení, které má rovněž veliký význam pro klientovu psychiku.

5. 3. 4 Olfaktorická stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007, s. 125 – 127)

Různé druhy vůní a pachů jsou velmi významné pro vyvolávání vzpomínek. Vůně jsou spojeny s asociací doby, osob a spousty jiných věcí jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Čich a chuť spolu velmi úzce souvisí. Před tím, než začneme se stimulací, opět si zjistíme potřebné informace, jako jsou klientovi libé a nelibé vůně, upřednostňované vůně apod. , tyto informace zjistíme z biografické anamnézy. Nikdy nenabízíme čichové vjemy celý den, protože by se staly pouhou kulisou. Zároveň nenabízíme vůně neznámé. Vhodné jsou klientovy osobní věci typu parfém, deodorant, je možné užít jídlo, naopak nevhodné jsou vonné svíčky a oleje. Do stimulace je možné integrovat vůně z pracovního prostředí klienta, byl-li například náš pacient automechanik, nebo byly-li jeho koníčkem automobily, je možné nabízet klientovi vůně typu motorového oleje apod. Díky tomu se aktivizuje paměťová stopa a aktivizují se asociační funkce mozku, to je významné především pro klienty po úrazech mozku, pacienty ve vigilním komatu apod.

5. 3. 5 Taktilně-haptická stimulace

(cit. dle Friedlová, 2007, s. 127 – 130)

Naše tělo je schopno vnímat dotek, tlak díky mechanoreceptorům, napětí, natažení, chlad, teplo, lechtání a vibrace díky Paciniho tělískům a Meissnerovým tělískům. Hmatová tělíska mají různou hustotu, nejméně jich je na zádech, nejvíce naopak na prstech a rtech. Díky zkušenostem, které získáme pomocí hmatu, jsme schopni rozpoznávat předměty, předávat zkušenosti a dále je uchovávat v paměti.

Ruce mají funkci poznání, proto hyperaktivní a neklidní klienti mají tendence za všechno tahat a prozkoumávat, to je častá příčina toho, že si klient vytahuje centrální žilní katétr

nebo permanentní močový katétr. Často si tito klienti svlékají košili, stahují deku, odepínají plenkové kalhotky, hrají si s vlastními exkrementy apod. Mnoho z těchto situací se stává nepříjemnými jak pro personál, tak pro klienty.

Koncept Bazální stimulace chápe tyto projevy jako nedostatek taktilně-haptické stimulace. Klient se totiž snaží neznámé předměty někam zařadit, a protože je spousta předmětů, které nikdy neviděl a nemůže je nikam zařadit, projevuje se zmateností, strachem, nejistotou nebo úzkostí. Tato stimulace umožňuje klientovi poskytnout smysluplné informace a stimuluje ho jemu známými předměty. Opět se zde pracuje s biografií klienta, kde můžeme použít věci z osobního či pracovního života nebo z oblasti klientových koníčků. Lze tedy využít hračky, předměty užívané k výkonu povolání, osobní hrneček, oblečení, teplo a chlad nebo předměty denního života. Všechny tyto předměty mohou velmi významně stimulovat paměťovou stopu a díky aktivizaci projekční korové oblasti stimuluje sensoriku a motoriku ruky. Opět můžeme začlenit do terapie někoho z rodiny.

Velmi často stimuluje masáží ústa a ruce zároveň, hovoříme pak o takzvané homonculus terapii. Vhodná je opět pro klienty ve vigilním komatu, klienty po úrazech hlavy, dementní klienty apod.

ČÁST OŠETŘOVATELSKÁ

Dum spiro, spero. Dokud dýchám doufám.
(Latinský citát)

6 Výběr oddělení a klientů

Pro praktickou část své Bakalářské práce jsem si vybrala Jednotku intenzivní metabolické péče FN Motol (dále jen JIMP), kde zároveň pracuji. To, že jsem se rozhodla právě pro spolupráci s tímto oddělením, mi pomohlo jak při výběru pacientů, tak také v bezproblémové komunikaci s personálem. Všechny jsem se svou prací a záměry seznámila a k mému potěšení jsem se v podstatě setkala ze strany kolegů, ale i vedení, s kladnými ohlasy a přístupem ke konceptu Bazální stimulace.

Záměrně jsem si vybrala tři zcela odlišné klienty, abych mohla dostatečně aplikovat jednotlivé metodiky konceptu Bazální stimulace. Měla jsem možnost pracovat s klientkou s diagnózou Coma vigille, agresivním pacientem a klientem se syndromem Guillan-Barré. U dvou klientů jsem měla od rodiny vyplněnou biografickou anamnézu, která je téměř nutností k efektivní péči za pomoci konceptu Bazální stimulace, u jednoho klienta nikoli. U klienta bez biografické anamnézy jsem tak měla možnost prokázat mou schopnost, zjišťovat informace a poskytovat Bazální stimulaci, alespoň v základním rozsahu, i těm klientům, u nichž nemáme možnost získat údaje do biografické anamnézy.

Při sestavování jednotlivých položek biografické anamnézy (viz příloha č. 2) jsem vycházela ze zkušeností a znalostí Mgr. Karolíny Friedlové. Její biografickou anamnézu jsem si upravila dle svých potřeb a požadavků tak, aby mi takto zjištěné údaje zabezpečily dostatečný přísun informací, které jsem pro svoji individuální práci s klienty potřebovala.

7 Kazuistika klientky s diagnózou Coma vigilie

Paní A. P. je 49-letá pacientka, která byla na našem oddělení JIMP od 15. 11.- 28. 12. 2007. Mé ošetřování se týkalo období od 10. 12. do 28. 12. 2007, tedy období, kdy se podařilo klientku zcela odtlumit.

Pacientka byla přivezena RZP, pokusila se o sebevraždu, požila blíže neurčené množství léků ze skupiny barbiturátů, benzodiazepínů a vazoaktivních léků. Klientku našla její dcera, která zjistila nepřítomnost vitálních funkcí a zavolala RZP. Na místě byla klientka zaintubována a resuscitována. Fyziologické funkce se podařilo obnovit, ale z hlediska prognózy se stav jevil jako velice nepříznivý, vzhledem k tomu, že byla klientka více než 20 minut bez vitálních funkcí. Zhruba po 14 dnech hospitalizace se podařilo klientku odtlumit a posoudit tak její stav po stránce neurologické. Diagnóza zněla Coma vigilie.

Zajištění klientky:

Na našem oddělení byla klientka na umělé plicní ventilaci (dále jen UPV), tlumená, měla zavedenou endotracheální rouru, později pak tracheotomickou kanylu. Dále měla nasogastrickou sondu, do níž kapala kontinuálně výživa, centrální žilní katétr ve v. subclavii l. dx, arteriální kanylu v a. radialis l.dx a permanentní močový katétr.

Popis okolí klientky:

Klientka po celou dobu pobytu na našem oddělení ležela na antidekubitární matraci. Do doby, než byla přemístěna na JIMP, byla polohována jen pro prevenci vzniku dekubitů. Box, na kterém klientka byla umístěna, je vymalován bílou barvou a do poloviny stěny jsou dlaždice stejné barvy. V boxe ležela klientka sama a téměř nepřetržitě zde hrál televizor nebo rádio. Každý takový box je vybaven linkou s lékárnou, základním ošetřovatelským materiálem a infuzemi. V tomto pokoji se nachází jedno velké okno se žaluziemi. Nade dveřmi jsou umístěny hodiny. Na stěně visí kalendář s fotografiemi květin. V nohách

postele stál stolek, na kterém je standardní vybavení, kam patří roztok Borglycerinu a Stopanginu k vytírání úst, pean, tampóny, Lacrysin gtt. s Ophthalmoazulenem ung k péči o oči, dále štětičky a masti k péči o kůži.

Rodina klientky:

Každý týden za klientkou chodila její dcera, která mi také poskytla potřebné informace do biografické anamnézy. Velmi mě potěšila její ochota spolupracovat.

Biografická anamnéza paní A.P. - vyplněný dcerou, použit přesný opis biografické anamnézy

1) Jaké bylo povolání pacienta předtím, než onemocněl?

Pracovala jako zdravotní sestra, celých 30 let.

2) Má pacient nějaká smyslová omezení – zrak, sluch.....atd.

Nosila brýle na čtení, jinak žádná smyslová omezení nemá.

3) Která strana pacientova těla je dominantní – levá či pravá strana?

Je pravačka.

4) Jaký byl, před onemocněním pacienta, jeho typický denní režim?

Ráno vstávala kolem páté ráno, pak šla do práce, vracela se kolem 4. hodiny odpolední, kolem šesté večer se koupala a pak se dívala na televizi. Víkendy měla většinou volné, nejraději je trávila se svým pejskem.

5) Co dělá pacient, pociťuje-li bolest?

Brala si ibalgin a šla spát.

6) Co pacient dělá, aby se cítil dobře nebo si zlepšil náladu?

Šla ven se psem, uvařila si něco dobrého k jídlu.

7) Co patří mezi oblíbená jídla a nápoje pacienta?

Ráda pije kávu, mezi oblíbená jídla patří vepřová se zelím a knedlíkem, miluje sladké, jako jsou dorty apod.

8) Jaké jsou záliby, koníčky pacienta, popř. oblíbené televizní či rozhlasové pořady?

Ráda chodí na houby, venčí psa, hraje si s vnučkou Karolínkou. V televizi má nejraději zprávy a detektivní seriály, ráda poslouchá Karla Gotta.

7) Další informace, které jsou o Vašem blízkém důležité, uveďte, prosím, zde:

Je velmi stydlivá. Dlouho žije bez partnera. Zdá se mi, že maminka reaguje na moji přítomnost.

7. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u klientky s Coma vigilie

U této klientky bylo mým cílem zjistit a zároveň prokázat, zda je klientka schopna reagovat na podněty i při jiných situacích, než jakými jsou otáčení nebo manipulace na lůžku. Vzhledem k prognóze tohoto onemocnění jsem příliš velké úspěchy nečekala, ale zároveň jsem nepřestávala doufat v to, že klientka bude alespoň reagovat např. na přítomnost své dcery, byť by to měl být „pouhý“ oční kontakt.

1. den

Bazální stimulace u této klientky začala vyplněním biografického dotazníku její dcerou. Dveře jsem opatřila štítkem s nápisem: Pracujeme s Bazální stimulací. Místem iniciálního doteku jsem po společné domluvě s dcerou označila pravé rameno klientky. Se svou prací jsem seznámila celý zdravotnický tým.

Přistoupila jsem tedy ke klientce a poprvé vyzkoušela místo iniciálního doteku a dotkla se jejího pravého ramene. Vše jsem verbálně doprovázela, začala jsem klientce popisovat, že právě toto je místo, kterého se budou všichni dotýkat, budou-li s ní chtít pracovat či komunikovat. Zatím se nezdálo, že by klientka reagovala. Pouze při otáčení otevírala oči.

Plně jsem otevřela žaluzie, aby měla klientka možnost pocítit intenzitu světla a lépe tak mohla rozeznávat den a noc. Dále jsem vypnula rádio a instruovala personál o nevhodnosti celodenního pouštění rádia a televize.

2. – 5. den

Druhý den, kdy jsem měla možnost být s klientkou, jsem zvolila, možná trochu nečekaně, celkovou koupel zklidňující. Připadalo mi totiž, že klientka na jakýkoli pasivní pohyb reaguje negativně, to se projevovalo zvýšenou salivací, tachykardií a hypertenzí. Mým prvním cílem bylo uklidnit klientku. Nabídnout jí příjemné pocity a stimuly. Nebylo by

totiž vhodné, při jednom z prvních kontaktů, klientku povzbuzovat či stimulovat k aktivitě. Je důležité, aby si nejprve zvykla na nový přístup a nový typ ošetřování. Zajistila jsem si klidné prostředí, to znamená bez rušivých elementů, kterým může být i puštěný televizor. Celou koupel jsem prováděla sama, hovořila jsem na klientku, informovala jsem ji o tom, co právě dělám. Chránila jsem stud klientky, to znamená, že intimní zóny byly odhaleny jen nezbytně nutnou dobu. Tuto koupel jsem zakončila polohou „hnízdo“, dále jsem přes den prováděla klasické polohování a mikropolohování. K tomu jsem užívala perličkových polštářů a srolovaných dek. Tím jsem modulovala tělesné schéma uvědomování si sebe sama. Iniciální dotek se stal samozřejmou součástí jakékoli komunikace a manipulace s klientkou. Další den jsem již začlenila vestibulární stimulaci před každou manipulací s klientkou. Jedním z velkých problémů je péče o dutinu ústní, klientka má pevně semknutá ústa, a proto je hygienická péče v této oblasti prováděna pomocí špátlí, kovového peanu a tampónů.

Druhý a třetí den jsem využívala celkové uklidňující koupele. Další dny jsem již přistoupila k neurofyziologické koupeli a masáži stimulující dýchání. K tomu mě vedl celkový stav klientky, která velice dobře reagovala, zdála se být klidná. Stále reagovala otevíráním očí. Dále jsem začala provádět masáž orofaciální oblasti a pokoušela se tak dostat klientce do úst, zatím bohužel bezvýsledně.

Pátým dnem jsem pokračovala již v osvědčených metodách, tak jako dny předešlé. Navíc jsem aplikovala vibrační masáž, při které jsem používala pouze ruce, protože zatím nebyl k dispozici žádný elektrický přístroj. Zapojila jsem rovněž auditivní stimulaci. Využila jsem CD nosičů s klientčinou oblíbenou hudbou a zároveň jsem požádala dceru, aby vždy když přijde, hovořila se svou matkou a vyprávěla běžné věci, které se za dané období udály. Je pochopitelně důležité, aby měl klient možnost si od těchto auditivních stimulů odpočinout, proto ani hudba nehrála po celý den.

6. – 10. den

Šestým dnem jsem již integrovala do ošetrovatelské péče pouštění televizoru, přesněji řečeno večerních zpráv, o kterých jsem z biografické anamnézy věděla, že je klientka ráda sledovala. Opět jsem pokračovala ve všech výše zmíněných prvcích konceptu Bazální stimulace, včetně iniciálního doteku, vestibulární stimulace, polohování do hnízda atd.

Sedmý den mě překvapila klientčina reakce. Otevřela oči, když jsem se dotkla jejího iniciálního místa. Bylo tedy zřejmé, že nyní je klientka schopna reagovat i při jiných, než nepříjemných situacích, jakou pro ni bylo například otáčení z boku na bok. Nyní jsem mohla zapojit také optickou stimulaci, za pomoci obrázků, které malovala její 6-letá vnučka Karolínka. Obrázky byly jednoduché, a proto by neměly vyvolávat negativní emoce. Ty jí poprvé ukázala její dcera, klientka si je se zájmem prohlížela. Samozřejmě jsem klientce nasadila brýle, které nosila na čtení.

Osmý až desátý den jsem setrvala v dosavadních činnostech, které se doposud velice dobře osvědčily.

11. – 15. den

V tomto období se dařilo klientku přes den odpojovat z UPV na tzv. Kendall. Stále jsem se věnovala stimulaci orofaciální oblasti, zapojila jsem speciální molitanovou štětičku, kterou jsem namočila do kávy. Zároveň jsem klientku stimulovala olfaktoricky, protože mohla cítit vůni svého oblíbeného nápoje. Nejdříve jsem štětičkou přejížděla po klientčiných rtech, mírně je pootevřela a bylo patrné mírné chvění jazyku. Další dny klientka reagovala na slovní výzvu otevřením očí a pohyby rtů a jazyka se staly zřetelnějšími. Proto se mi podařilo vložit štětičku s kávou přímo do úst. Díky tomu se dařilo další dny čistit ústa bez jakýchkoli problémů, klientka měla totiž díky orální stimulaci příjemné zkušenosti, a proto spolupracovala. Nebylo už tedy zapotřebí vytírat ústa pomocí peánu, nýbrž štětičkou. Také

jsem při koupelích užívala asistovaného mytí obličeje a horní poloviny těla. Snažila jsem se zejména integrovat pravou ruku, protože jsem z anamnézy věděla, že je klientka pravačka.

Čtrnáctého dne jsem zkusila namočit štětičku do Nutridrinku s čokoládovou příchutí, vzhledem k tomu, že klientka má dle anamnézy ráda sladké. Velmi mě překvapila reakce klientky, která slastně přivřela oči.

Patnáctý den jsme integrovali fotografie psa a rodiny klientky, bylo patrné, že se na ně ráda dívá. Tyto obrázky jsem nalepila na zdi, tak, aby při polohování a mikropolohování měla pacientka možnost se na ně dívat.

16. – 17. den

Tyto dny byly velmi povzbuzující nejen pro mě samotnou, ale také pro klientčinu rodinu. Stalo se totiž něco, v co už ani nikdo nedoufal, a sice to, že klientka lehce zahýbala prsty, když ji její dcera držela za ruku. To byl moment, který všechny utvrdil v tom, že klientka vnímá a že tato péče má doopravdy smysl. Proto jsem začlenila ještě více taktilně-haptických stimulů. A to jak ve formě asistovaného mytí, tak vkládání štětičky namočené v Nutridrinku. Prozatím nebylo možné zkoušet pevnější stravu. Zkoušely jsme s dcerou namočit štětičku do polévky, to klientka přijala velmi pozitivně. Koupele i masáže byly prováděny asistovanou formou.

Osmnáctý den byla klientka plánovaně přeložena na Oddělení chronické intenzivní péče do jiné nemocnice.

7. 2 Závěrečné zhodnocení klientčina stavu po aplikaci konceptu Bazální stimulace

Na tomto případě je zcela jasně prokazatelné, jak obrovský přínos měl koncept Bazální stimulace. Díky němu byla klientka schopna otevřít oči také na jiný, než nepříjemný, podnět, dokonce byla schopna cíleně svůj pohled fixovat. Navíc se podařila věc, ve kterou již nikdo ani nedoufal, a to samovolné pohnutí klientčinych prstů. Jsem toho názoru, že tento stav byl dán poskytováním dostatečného množství stimulů, které byly navíc pro klientku velmi příjemné. Tím, že jsme klientce nabízeli obrázky její vnučky, ukazovali známé fotografie, pouštěli oblíbené pořady a hudbu, jsme aktivizovali paměťovou stopu. Vzhledem k dobré znalosti biografické anamnézy a výborné spolupráci rodiny se podařilo sehnat také vhodné pomůcky ke stimulaci, jakým bylo např. klientčino oblíbené CD apod. Každá ze zvolených metodik měla své opodstatnění a výsledky, vzpomeňme např. na to, jakým problémem byla hygiena dutiny ústní. Díky orální stimulaci byl tento problém zcela odstraněn.

Během pouhých 18 dní udělala klientka neuvěřitelné pokroky. Celkově se ukázalo, že je schopna vnímat, dokonce je schopna pohybu, třebaže jen nepatrného, a navíc je zde veliká šance, že bude klientka schopna přijímat jídlo per os. Jsem přesvědčená, že pokud se bude klientce dodávat i nadále dostatečné množství stimulů, bude její stav ještě mnohem lepší. Dcera klientky byla informována o všech postupech konceptu Bazální stimulace, avšak pro náročnost jejího povolání by pravděpodobně nemohla poskytovat tuto péči sama. Proto jsem jí také předala kontakty, kde se může dozvědět další informace, např. o organizacích, které s konceptem Bazální stimulace pracují a mohly by jí pomoci. Samozřejmě jsem se s klientkou a její dcerou domluvila, že v případě nějakých dotazů či konzultace jsem plně k dispozici.

8 Kazuistika agresivního klienta

Pan P. T. je 55-letý pacient, který byl hospitalizován na JIMP a to od 1.1. do 16.1. 2008. Mé ošetřování se týká období 6.1. - 16.1.2008.

Jedná se o klienta s diagnózou hepatorenální syndrom. Pro celkové zhoršení stavu, stále zhoršující se jaterní hodnoty, zmatenost a zvýšenou krvácivost, jež je dána změnami jaterních funkcí, byl umístěn na naše oddělení. Klient byl velmi nekomunikativní, nespolupracující a agresivní, zmatený, zvláště pak v nočních hodinách. Neustále tahal za, pro něj neznámé, hadičky, volal neexistující postavy, zdravotnický personál tituloval expresivními výrazy, neustále se dožadoval alkoholických nápojů pod pohrůzkou násilí. Pacient byl schopen otáčet se v posteli a zvládal základní sebeobslužné prvky. Měl však tendence k pasivitě a nechávání veškerých činností na zdravotnickém a ošetrovatelském personálu.

Zajištění klienta:

Klient měl zavedený permanentní močový katétr, centrální žilní katétr ve v. jugularis l. sin, hemodialyzační katétr ve v. femoralis l.dx, dále nasogastrickou sondu, do které kapala výživa.

Popis okolí klienta:

Klient ležel z počátku na antidekubitární matraci. Umístěn byl na boxe s dalším klientem, který byl připojen na UPV. Místnost je uspořádána a vybavena obdobným způsobem, jako box u předešlé klientky (bíle vymalovaná místnost, bílé obklady, linka s lékárnou a základním ošetrovatelským materiálem apod.). Na rozdíl od předchozího boxu zde jsou dvě velká okna s žaluziemi, které byly převážně zatažené, neboť téměř celý den si klient pouštěl televizor. Na stěně visí kalendář s motivy zvířat.

Rodina klienta:

O rodině se nikdy nezmiňoval, pouze o kamarádech. Dokonce ani v předešlé zdravotnické dokumentaci jsem nenalezla žádnou zmínku o rodině.

8. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u agresivního klienta

Vzhledem k tomu, že za celou dobu hospitalizace za klientem nepřišla ani jedna návštěva a ani on sám neudal žádnou kontaktní osobu, bylo díky jeho nekomunikativnosti těžké zjišťovat jakékoli informace potřebné do biografické anamnézy. Již od počátku jsem tušila, že tento klient bude vyžadovat speciální přístup. Cílem bylo zklidnit klienta, aktivizovat ho v těch správných směrech a získat o něm informace.

1. – 5. den

Tři dny jsem klienta pouze pozorovala. Sledovala jsem, co dělá, jak se chová, na co se rád dívá v televizi. Snažila jsem se zjistit, které situace v něm vyvolají agresivitu, dále jsem se snažila vypořádat, která jídla sní a kterých se ani nedotkne.

Čtvrtý den jsem šla za klientem, tentokrát jako sestra denní služby, která ho má ten den na starost. Představila jsem se a navázala s klientem konverzaci o pořadu, který zrovna běžel v televizi. Vzhledem k tomu, jak byl klient nekomunikativní, byly jeho dvě věty úspěchem. Přišel čas na hygienu, což byla dle mého pozorování situace, která byla klientovi velmi nepříjemná. Mimo jiné také proto, že klient musel být pouze na lůžku. Proto jsem se s ním dohodla, aby se pokusil umýt sám, včetně intimních partií. Nejdříve se klient nezdál být příliš nadšený, ale po pochvalách a povzbuzujících větách si klient sám umyl obličej, hrudník a intimní partie. Toto byl okamžik, kdy se mnou začal klient spolupracovat a tak jsem mu nabídla „speciální“ koupel. Onou speciální koupelí byla pro tuto chvíli méněna koupel uklidňující. Dohodla jsem se s klientem, že tuto speciální koupel později vyzkoušíme. Zároveň jsem mu vysvětlila něco málo o konceptu Bazální stimulace a určila

s ním samotným místo iniciálního doteku, kterým se stala jeho pravá ruka. Toto místo bylo také označeno a na jeho stolečku byla cedulka s nápisem: „Pracujeme s Bazální stimulací“.

Čekala jsem na okamžik, který bude vhodnější, tedy ten, kdy bude klient například mírně neklidný. K večeru začal být klient neklidný a zmatený, začal zkoumavě tahat za veškeré katétry. V této chvíli jsem klientovi udělala koupel uklidňující a následně jsem ho napolohovala do polohy „mumie“. Vše jsem verbálně doprovázela a zároveň vysvětlovala, jak důležité jsou všechny katétry, které má zavedeny do těla. Výsledkem bylo zklidnění klienta. Klienta jsem polohovala rovněž do polohy „hnízda“, kdy jsem modulovala jeho tělesné schéma, které mělo vést k uvědomění sebe sama. Ještě týž den jsem prosadila výměnu matrace. Jak již bylo zmíněno, klient měl antidekubitární matraci, která není příliš vhodná, chceme-li modulovat tělesné schéma. Vzhledem k tomu, že je pacient schopen sám se otáčet v lůžku a není příliš ohrožen rizikem vzniku dekubitů, je použití klasické matrace výhodnější.

6. – 9. den

Klient velmi dobře reagoval na zklidňující koupel i na polohování do poloh „mumie a hnízdo“. Postupně jsem se klienta ptala například na jeho koníčky, oblíbené věci apod. Klient se celkově rozhovořil o sobě a svém životě. V noci, dle informací sester, byl klient neklidný jen párkrát, takže ho zkusili uložit do polohy mumie a skutečně klient reagoval zklidněním. Od sedmého dne jsme nacvičovali sed a postupně jsem klienta vertikalizovala, což nebyl problém vzhledem k tomu, že klient měl klidový režim pouze na našem oddělení.

Desátý den byl klient přeložen na standardní oddělení, kam byl schopen odejít sám.

8. 2 Závěrečné hodnocení klientova stavu po aplikaci konceptu Bazální stimulace

Všechny cíle, které jsem si stanovila se mi podařilo splnit. U klientů, kteří trpí jaterní encefalopatií, je celkový problém zmatenost. Myslím si, že díky dobře nastavené léčbě a ustoupení mírné jaterní encefalopatie, se dařilo rychle zvládat u klienta agresivitu a zmatenost. Díky zklidňující koupeli se podařilo nejen zklidnit klienta, ale také navázat kontakt, který byl v tomto případě pro další péči velmi důležitý. Díky tomu se mi podařilo zjistit o klientovi další potřebné informace. Jsem přesvědčena, že agresivita vyplývala především z neznámého prostředí a celkového naladění klienta. U tohoto klienta bych dále doporučovala pokračování ve zklidňujících koupelích a hlavně v komunikaci s klientem, protože se nakonec ukázalo, že tím nejlepším lékem na klientovu agresivitu je rozhovor a naslouchání.

Z mých zkušeností dále vyplývá, že použitím slova „speciální“, např. ve spojení s koupelí, má toto pro klienta účinek jakéhosi kouzla. Slovo „speciální“ je totiž dost často lidmi míněno jako nadstandardní, něco co je děláno jen pro ně samotné. Často jde prostě jen o to, zvolit vhodnou formu komunikace a dát klientovi pocit, že je pro nás důležitý, že nás zajímá, co si myslí, cítí a že ho vnímáme jako osobnost. Obzvláště se to týká klientů, kteří nikoho nemají nebo těch, kteří se cítí být opuštěni. Na tomto případě jsem si ověřila, že koncept Bazální stimulaci lze aplikovat také u klientů, o nichž neznáme žádné biografické údaje. Přesto i zde má tento koncept své místo a stává se užitečnou součástí péče o nemocné.

9 Kazuistika klienta se syndromem Guillan-Barré

Pan P. M. je 21-letý pacient, který byl přeložen na naše oddělení JIMP z jedné mimopražské nemocnice, a to v období od 29. 12. 2007 do 20. 1. 2008. Celková doba jeho hospitalizace je zároveň doba, kdy jsem ho ošetřovala.

Jeho hlavní diagnóza zněla syndrom Gillan-Barré. Ten se u něj projevil po 14-denním infektu, jehož původcem byl Cytomegalovirus. Postupná ztráta svalové síly jej dovedla k lékaři, kde se již nemohl pohybovat vůbec. Byl hospitalizován, následně zaintubován, neboť došlo k naprostému ochrnutí všech svalů včetně hlavního dýchacího svalu. V tomto stavu byl klient necelé 2 měsíce, než byl přeložen na naši JIMP. Klient trpěl kvadruplegií, z důvodu zavedené tracheostomické kanyly nemohl komunikovat. Hlavním důvodem přijetí na naše oddělení byla sepse, která pocházela pravděpodobně z katétru. Všeobecně lze říci, že klienti s touto diagnózou, mají velmi příznivou prognózu.

Zajištění klienta:

Tento mladý muž měl zaveden centrální žilní katétr ve v. subclavii l. sin, arteriální kanylu v a. radialis l.dx, dále tracheotomickou kanylu a permanentní močový katétr. Prozatím byl vyživován pouze pomocí nasogastrické sondy, do níž kapala kontinuálně výživa.

Popis okolí klienta:

Pan P. M. ležel na antidekubitární matraci, místnost je vybavena podobně jako obě dvě místnosti předchozí, na boxe ležel klient sám. V této místnosti je opět jedno velké okno, které mělo téměř celý den napolo zatažené žaluzie. V místnosti jsou hodiny, avšak mimo zorné pole klienta, stejně tak jako kalendář s motivem hor. Po levé straně postele stál stolek, na kterém jsou základní hygienické potřeby jako je roztok Borglycerinu a Stopanginu k vytírání úst, štětičky, prostředky k péči o oblast perianální atd. Za čelní stranou postele se nacházela odsávačka k odsávání hlenu z dýchacích cest a dutiny ústní.

Rodina klienta:

Klient je ženatý a má ročního syna. Manželka chodila za klientem 2x - 3x týdně, matka s otcem jej navštěvovali 1x týdně.

Biografická anamnéza - vyplněno manželkou, použit přesný opis biografické anamnézy

1) Jaké bylo povolání pacienta předtím, než onemocněl?

Kuchař

2) Má pacient nějaká smyslová omezení – zrak, sluch.....atd.

Žádné nemá

3) Která strana pacientova těla je dominantní – levá či pravá strana?

Píše levou rukou

4) Jaký byl, před onemocněním pacienta, jeho typický denní režim?

Ráno vstával podle toho jakou měl směnu, vždy si vařil kávu s mlékem a snídal sladké, pak šel do práce, když přišel domů hned se sprchoval a pak si hrál se synem.

5) Co dělá pacient, pociťuje-li bolest?

Většinou bral ibuprofen, ale moc často ho nic nebolelo.

6) Co pacient dělá, aby se cítil dobře nebo si zlepšil náladu?

Kouká na fotbal, jde s kamarády na pivo, hraje si se synem

7) Co patří mezi oblíbená jídla a nápoje pacienta?

Nejraději má řízky s bramborem. Z nápojů má nejradši colu, kávu, pivo. Miluje gumové medvídky.

8) Jaké jsou záliby, koníčky pacienta, popř. oblíbené televizní či rozhlasové pořady?

Nejraději kouká na fotbal a každý den kouká na zprávy a seriál Simpsonovi. Nejraději poslouchá Evropu 2.

9) Další informace, které jsou o Vašem blízkém důležité, uveďte, prosím, zde:

9. 1 Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u klienta se syndromem Guillan-Barré

Již od počátku se klient jevil jako spolupracující, udržoval oční kontakt a dokázal hýbat hlavou a dát najevo svůj souhlas či nesouhlas. Rodina, především klientova manželka, spolupracovala a snažila se všestranně pomoci. Nejprve jsem informovala klienta i jeho rodinu o konceptu Bazální stimulaci. Něco o něm již slyšeli, ale mnoho toho nebylo. Dle jejich reakcí a přístupu jsem usoudila, že spolupráce s nimi rozhodně problematická nebude. U tohoto klienta bylo mým cílem zlepšení vnímání vlastního tělesného schématu a alespoň částečné obnovení hybnosti, dále aktivizovat paměťovou stopu a v případě velké úspěšnosti konceptu Bazální stimulace přejít na příjem stravy per os.

1.den

Tento den jsme společně s klientem určili místo iniciálního doteku, jímž se stalo levé rameno a to vzhledem ke klientově dominantní polovině těla. Navíc je rameno dostatečně vysoko a klient si tak může všimnout, že se jej někdo dotýká. Snažila jsem vymyslet způsob, kterým spolu budeme komunikovat. Proto jsem vyhotovila kartičky s nápisy, kde byla jednotlivá možná přání a potřeby klienta. Vždy jsem mu ukazovala kartičky a kývnutím hlavy mi klient naznačil, že to či ono je to, co zrovna potřebuje. Již od začátku se snažil artikulovat rty své potřeby, mezi nejčastější patřilo odsátí hlenu z dýchacích cest nebo otření rtů. Ještě téhož dne jsem požádala klientovu manželku, aby přinesla oblíbené oblečení a kalendář s fotbalovým motivem, dále fotku jejich syna a jakékoli vibrační zařízení k masáži.

2. – 5. den

Zapojila jsem vestibulární stimulaci, abych ho připravila na to, že se s ním bude hýbat. Dále neurofyziologickou koupel, aby si klient uvědomoval vlastní tělesné schéma, po

koupeli jsem jej uložila do polohy „hnízda“. Zapojila jsem rovněž masáž stimulační dýchání. To se mu velice líbilo, reagoval vždy úsměvem. Další dny jsem zapojila asistované mytí, které si vyzkoušela také sama klientova manželka. Čtvrtý den po koupeli jsem klienta oblékla do jeho oblíbeného trička a kraťasů. Stále byl velmi unavený, proto jsem jednotlivé prvky konceptu přidávala postupně a dopřávala jsem klientovi dostatečný odpočinek. Tento den jsem již nabídla klientovi auditivní stimulaci, pouštěla jsem mu rádio, ale opět jen v určitých časových úsecích, které si zvolil sám pacient.

Dále jsem provedla v místnosti drobné úpravy. Hodiny jsem nastavila do vhodného zorného úhlu tak, aby klient musel vyvinout pouze mírné úsilí, aby se na ně mohl podívat. Tímto způsobem jsem vlastně klienta vedla k aktivizaci a kalendář jsem umístila po pravé straně klienta. Pacientova manželka přinesla mnou požadované věci, takže jsem vyměnila kalendář a zdi polepila fotografiemi syna, rodiny a přátel. Vždy jsem se ptala klienta jestli je mu péče příjemná a dle jeho reakcí tomu tak skutečně bylo.

6. – 10. den

Stále jsme pokračovali v neurofyziologické koupeli, přidala jsem povzbuzující koupel a masáže. Do masáží jsem zařadila vibrační masáž, kterou jsem na hrudi dělala pouze za použití rukou jak svých, tak také klientových ve formě asistované masáže. Díky masáži se uvolnilo velké množství hlenu z dýchacích cest. Masáž za pomoci vibračního přístroje jsem prováděla několikrát denně. Vždy jsem klienta nejprve informovala o tom, co bude následovat, položila jsem vibrační zařízení do postele, abych umožnila klientovi pocítit vibrace, které se přenášejí po celé posteli. Někdy jsem dala toto zařízení klientovi přímo do ruky nebo na břicho. Šestý den jsem zařadila orální stimulaci, z biografické anamnézy jsem věděla, že má klient rád kávu, colu a pivo. Zvolila jsem colu na štětičce. Vložila jsem ji klientovi do úst a čekala na reakci. Klientovi se tento typ stimulace očividně líbil. Věděla jsem také, že má rád gumové medvídky. Nemohl je, ale zatím jíst, proto jsem je dala do mulového čtverce, řádně zavázala a vložila je klientovi do úst, sladká chuť se mu

uvolňovala v ústech a navozovala mu tak příjemné pocity. Samozřejmě vše muselo být zajištěno tak, aby nedošlo k aspiraci. Další dny přinesla klientova matka klobásy, které měl klient také velmi rád, stejným postupem jsem mu dopřála i tuto oblíbenou pochutinu. Do desátého dne jsem pokračovala ve všech výše uvedených krocích.

11. – 15. den

Jedenáctý den začal klient hýbat prsty a v následujících dnech měl rozvoj hybnosti až neuvěřitelně rychlý průběh. Začal pohybovat oběma rukama, takže jsem se zaměřila na taktilně-haptickou stimulaci. Hygiena i veškeré typy koupelí a masáží probíhaly převážně asistovanou formou, v orální stimulaci jsem dále pokračovala a používala různé druhy Nutridrinků, nápojů a různých druhů jídel, které se daly vložit do mulových čtverců.

Čtrnáctý den jsme se rozhodli vyzkoušet bramborovou kaši. Tu jsem nejprve klientovi ukázala a zkusila dávat malé lžičky kaše do klientových úst. Napoprvé snědl 5 lžiček, ale tvářil se velmi spokojeně, nadále jsme prováděli asistované krmení, protože doposud neměl klient příliš dobrou koordinaci pohybů. Stále jsem pokračovala v oblékání do oblíbeného oblečení klienta. Pokud to bylo možné integrovala jsem do péče manželku pacienta.

16. – 20. den

Péče pokračovala ve výše uvedených krocích, klient dělal veliké pokroky, sám si již umyl obličej, sám si dokázal vzít lžičku s kaší a kartáček na zuby. Dokonce se pokoušel pít. Přistoupila jsem tedy k postupné vertikalizaci. Pro začátek posazováním v lůžku a dále se spuštěnými dolními končetinami z postele, ty měl klient opřeny o schůdky, aby měl kontakt s podložkou a měl tak ohraničené tělesné schéma. Vždy jsem klienta zajistila proti pádu, vypodložila mu záda a byla s ním po celou dobu, po kterou klient seděl.

Stále pokračovala auditivní stimulace, orální stimulace díky nabízení různých potravin, samozřejmě v přiměřené konzistenci, dále optická stimulace pomocí fotografií a pouštění oblíbených televizních pořadů. Vestibulární stimulace se stala samozřejmostí před

jakoukoli manipulací s klientem. Dále jsem klienta polohovala a využívala rovněž mikropolohování.

Zkoušela jsem též vestibulární stimulaci pomocí metody pohybu ovesného klasu v ovesném poli. Vzhledem k tomu, že ležel klient na antidekubitární matraci byla tato stimulace velmi špatně proveditelná, ale i přes to se dařilo ji provést. To se klientovi velmi líbilo. Čítí v horní polovině těla se podstatě obnovilo, i když neměl klient úplnou svalovou sílu, jako před onemocněním. Dolní polovina těla byla zatím plegická, ale i zde se dal očekávat úspěch. Pokračovala jsem v povzbuzujících stimulacích, vibračních stimulacích a v masáži stimulující dýchání.

Klient již spontánně ventiloval, proto se jej podařilo 20. den exkanilovat. Stále jsem s výhodou uplatnila vibrační stimulaci zejména v oblasti hrudníku a masáž stimulující dýchání, tak aby docházelo k odhlenění. Tento den také klient poprvé po dlouhé době promluvil.

21. – 23. den

Tyto dny jsme se soustředovali na klientův nácvik přesun z lůžka na vozíček, věnovali se povzbuzujícím koupelím a masážím celého těla, zejména pak v oblasti dolních končetin. Teď si již klient sám řekl, co potřebuje, co chce zrovna dělat nebo jakou hudbu chce pustit. Po ukončení pobytu na našem oddělení byl klient převezen zpět do původní nemocnice, kam odjel na invalidním vozíku.

9. 2 Závěrečné zhodnocení klientova stavu po aplikaci konceptu Bazální stimulace

Na tomto klientovi je zcela zřejmé, jak obrovský přínos pro něj koncept Bazální stimulace měl. Toto onemocnění má podstatě velmi dobrou prognózu, jde jen o to, jak rychle se klient vrátí do původního fyzického stavu. Klienta se podařilo aktivizovat během krátkého pobytu na našem oddělení na maximální míru, v rámci možností se stal opět soběstačným. Mé cíle byly tedy splněny, dokonce v mnohém předčeny. Díky neurofyziologické koupeli si klient začal uvědomovat vlastní tělesné schéma a díky povzbuzujícím koupelím bylo rychleji obnoveno čítí v horních končetinách. Nástavbové metodiky byly pro klienta také velmi příjemné a dle mého názoru motivovaly klienta k většímu úsilí a snaze dostat se, co možná nejrychleji, do lepšího zdravotního stavu. Díky orální stimulaci jsem dosáhla dalšího ze svých cílů a tím bylo to, aby klient přijímal per os. Nástavbové metodiky byly a jsou jakousi odměnou pro klienta, dle mého názoru poskytují mnoho příjemných stimulů. Velikým úspěchem byla vertikalizace klienta. Díky masážním technikám, které zlepšily čítí, jsme dosáhli toho, že se klient mohl posadit a to nejprve v lůžku a později byl schopen přesunu na vozíček. V tomto případě byly pokroky velmi rychlé a to nejen díky příznivému vývoji, ale také díky vůli klienta a spolupráci jeho rodiny. Všechny techniky, které jsem využila měly velký přínos. Pacientova rodina byla naprosto nadšená, co koncept Bazální stimulace s jejich blízkým dokázal. Samozřejmě jsem dala klientovi i jeho rodině další informace a kontakt nejen na mě, ale také na organizace, jež se konceptem Bazální stimulace zabývají. S rodinou jsem dále v kontaktu a podle poslední informace z 24.2. začal klient pohybovat i dolními končetinami.

10. Shrnutí nejdůležitějších poznatků z integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče

Shrneme-li si závěry všech tří kasuistik jednotlivých klientů, zjistíme, že koncept Bazální stimulace lze využít u širokého spektra klientů. Terapeut by měl ovládat koncept jako takový, to znamená základní i nástavbové metodiky, neměl by je mít pouze nastudované z literatury, měl by je mít skutečně zažitě.

Samozřejmostí jsou komunikační schopnosti terapeuta, měl by být schopen naslouchat a adekvátně reagovat. Připomeňme si agresivního klienta, u kterého se mi podařilo prokázat, že empatie, dobré slovo a rozmluva, mohou být někdy tím nejúčinnějším lékem. Tím, že se mi podařilo klienta takto zklidnit a on začal spolupracovat, jsem se k němu mohla přiblížit a navázat s ním kontakt, což mi umožnilo získat dostatečné množství potřebných informací, které jsem dále využila ve své péči o jeho osobu.

Nyní se dostáváme k další velmi podstatné součásti konceptu Bazální stimulace a tou jsou informace a jejich získávání. Díky tomu, že máme vyplněný biografický dotazník od blízkého klienta, máme jedinečnou šanci ho poznat a to nejen jako našeho pacienta, ale také jako člověka, jako osobnost. Je nesmírně důležité detailně si tento dotazník prostudovat, je totiž základním stavebním kamenem naší péče, na kterém začneme stavět. Tím, že známe klientovy zvyky a omezení, jsme schopni předcházet nepříjemným situacím a naopak vyzdvihovat situace, tedy stimuly, které jsou pro klienta více než příjemné.

Spolupráce rodiny hraje, v celém konceptu Bazální stimulace, také velmi významnou roli. Díky ní můžeme získat informace, pomůcky pro jednotlivé typy stimulačních technik, ale také můžeme rodinu integrovat do péče samotné. Vždy je samozřejmě lepší, je-li do péče integrován blízký našeho klienta, pokud to z jakýchkoli důvodů nelze, je na terapeutovi,

aby zachoval profesionalitu na té nejvyšší úrovni a začal poskytovat péči sám, ale stejně kvalitně jako by byla stimulace poskytována někým z klientova okolí.

Koncept Bazální stimulace klade požadavky také na terapeutovu kreativitu. Zná-li terapeut např. oblíbené předměty klienta, může je začlenit do optické stimulace. Jde o to nekopírovat pouze pomůcky z učebnic, ale začlenit to, co klient zná a co je jemu blízké. Musíme si zkrátka stanovit plán, který bude našemu klientovi šitý na míru.

Poslední věc, kterou bych ráda zmínila na závěr, je komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a informovanost laické veřejnosti. Ze strany zdravotnického týmu je nezbytné, aby s tímto konceptem byl seznámen každý a aby tento koncept respektoval. Nemusí se všichni aktivně podílet, vždy je pochopitelně lepší, má-li klient pouze jednoho terapeuta. Co se týká laické veřejnosti, je velikým problémem nedostatečná informovanost. Proto je výsledkem mé práce sepsání brožury, která má právě a pouze informativní charakter. Jsem přesvědčená, že kdyby o tomto báječné konceptu bylo více slyšet, udělali bychom veliký krok kupředu v péči o nemocné.

Epilog

Bazální stimulace znamená pečovat o nemocné tak trochu jinak, znamená dozvědět se věci, které pro nás v běžném ošetřovatelství „nejsou příliš podstatné“. Jak již bylo řečeno, koncept Bazální stimulace bere člověka jako bytost s vlastní minulostí, přítomností i budoucností, jako bytost, která má své zvyky, své oblíbené i neoblíbené věci, stará se tak o člověka jako o bytost bio-psycho-spirituálně-sociální.

Dnešní pojetí ošetřovatelství je vysoce odborné, prosazuje se vysoké vzdělání všech zdravotnických pracovníků, především všeobecných sester. Ale nezapomíná se tak trochu na podstatu ošetřování jako takového? Vždyť již z historie víme, že ošetřovatelky byly ženy, které nejen pomáhaly léčit, ale také často seděly u postele nemocného celé dny i noci, třeba jej jen tak držely za ruku a povídaly si s nemocným. Je samozřejmé, že v dnešní uspěchané době a s nárůstem kompetencí všeobecné sestry je tato idea téměř neproveditelná. A to je jeden z důvodů, proč mě koncept Bazální stimulace tolik oslovil. Dal mi pocit, že lze pro klienty dělat něco víc. Zejména pak v prostředí, jakým je Jednotka intenzivní péče, kam se dostávají lidé skutečně ve velmi špatném zdravotním stavu. Chtěla jsem sama sobě i ostatním dokázat, že i na takto náročném oddělení lze s tímto konceptem pracovat, ba dokonce mít výsledky, ne-li přímo úspěchy. Vzhledem ke kratšímu časovému úseku, po který jsou u nás klienti hospitalizováni, bylo nutné upravit si Biografický dotazník a stanovit priority.

Na Jednotce intenzivní metabolické péče je pochopitelně důležité mít zajištěného klienta, jeho vitální funkce, zajistit si veškeré ordinace lékaře a až poté je možné začít pracovat s konceptem, který terapeuta stojí zejména mnoho času. Všechny tři popisované případy mě utvrdily v efektivnosti konceptu Bazální stimulace, který rozšiřuje kompetence terapeuta a hlavně pomáhá zkvalitnit péči o nemocné. Navíc jsem si skutečně ověřila, že i bez jakýchkoliv informací od blízkých klienta, lze koncept Bazální stimulaci aplikovat. Je

velmi povzbuzující vidět pokroky klienta, byť jsou nepatrné nebo třeba radost blízkých, radujících se z „pouhého“ pohnutí prstů.

Bazální stimulace je velmi přínosná a je jasné, že i do intenzivní péče tento koncept bezesporu patří. Je však nutné, aby si každý uvědomil, že tak jako je každý den jiný, tak se mění i klientova nálada a celkový stav. Co jeden den působí léčivě může mít druhý den zcela opačný efekt. Proto je v kompetenci terapeuta vždy racionálně zvážit situaci a zvolit to, co je daný den pro našeho klienta nejlepší.

Veliký problém je nedostatečná edukace veřejnosti, která má svým způsobem strach z něčeho nového a neznámého, zvláště pak jedná-li se o jejich blízké. Mohu, ale říci, že po vysvětlení celé problematiky a pozorování výsledků, většina lidí názor změnila.

Doufám, že se do budoucnosti koncept Bazální stimulace rozšíří a stane se tak běžnou součástí péče o nemocné.

Seznam použitých zdrojů:

- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. 2006. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 2006, 32 s.
- HONZÁK, R. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha : Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- KOBĚRSKÁ, P., a kol. 2003. *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha : Portál, 2003, 38 s. ISBN 80-7178-851-1.
- TROJAN, S. 1994. *Lékařská fyziologie*. Praha : Grada, 1994, 460 s. ISBN 80-7262-375-3.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů i v ošetrovatelské praxi* Praha: Galén, 2006, s. 38 – 43. ISBN 80-7262-455-5.
- FRIEDLOVÁ, K. *Základní kurz Bazální stimulace*, Praha : Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, 2007).

Část přílohová

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Zásady komunikace s klienty

Příloha č. 2: Biografický dotazník pro rodinu

Příloha č. 3: Fotografie z JIMP

Příloha č. 4: Certifikát o absolvování základního kurzu Bazální stimulace

Příloha č. 5: Brožura pro pacienty a jejich blízké

Příloha č. 1: Zásady komunikace s klienty

Pravidla komunikace při jednání s nevidomými:

- Varujte se projevů soucitu - nevidomí jsou zcela normální lidé.
- Jednejte vždy přímo s nevidomým, i když má sebou průvodce.
- Představte se a uveďte své funkční zařazení.
- Popisujte co a jak děláte.
- Informujte vždy předem o nepříjemném nebo bolestivém zákroku a současně vysvětlíte, proč je nezbytný.
- Vytvořte přijatelné akustické prostředí, odstraňte zdroje rušení a šumu.
- Nepohybujte se tiše po místnosti- dávejte o sobě zřetelně vědět.
- Upravte prostředí, odstraňte překážky a bariery (Honzák, 1999, s. 91).

Pravidla komunikace při jednání s neslyšícími:

- Zřetelně artikulujte.
- Váš obličej musí být dobře osvětlen, plnovous a zakrývání rukou úst a další překážky v odezírání vytvářejí komunikační bariéry.
- Mluvte pomalu.
- Používejte jednoduché věty (zvláště u prelingvální hluchoty je nedostatečně vyvinutý a velmi konkrétní pojmový aparát) .
- Ptejte se.
- Kontrolujte svou i klientovu neverbální komunikaci.
- Buďte trpěliví a neodsuzujte to, co může vzhledem k absenci zpětné vazby působit dojmem disociality.
- Dávejte klientovi čas a možnost oddechu.
- Pochvalte klienta (nestyďte se vyjádřit pochvalu neverbálně a nezalekněte se velmi expresivního stylu odpovědi) (Honzák, 1999, s. 90).

Zásady komunikace s člověkem s demencí:

- Pro komunikaci vždy nejprve vytvořte podmínky.
- Než-li navážete kontakt, dobře se podívejte, co klient zrovna dělá, nejprve se k němu připojte, až si budete jisti, že vás vnímá, nabídněte mu své téma.
- Pokuste se spíše přijímat iniciativy člověka s demencí, než-li přicházet s řadou vlastních iniciativ.
- Využijte vždy několika komunikačních kanálů zároveň.
- Když vám klient nerozumí, pokuste se říct totéž jiným způsobem, sdělení zjednodušte, vyjádřete gesty.
- Při všem, co spolu děláte, klienta s demencí povzbuzujte, dávejte mu najevo, co dělá správně.
- Používejte slova, která dotyčný nejčastěji používá.
- Vyjadřujte se co nejjednodušeji, používejte krátké, jednoduché věty.
- Pojmenovávejte vy, co děláte a co má dělat klient s demencí.
- V průběhu rozhovoru se držte jednoho tématu.
- Neklad'te zbytečné otázky.
- Komunikujte jako s dospělým, ne s dítětem (Koběřská, 2003, s. 32).

Zásady pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením, podle Národní rady zdravotně postižených ČR

(cit. dle Kalvach, Onderková, 2006, s. 38 – 46)

I. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

- 1) **Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná.** Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznámá úlevu.
- 2) **S neslyšícími třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“.** Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- 3) **Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou.** Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité, jako jejich předávání.
- 4) **Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu.** Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30–40 %.
- 5) **Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.**
- 6) **Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.**
- 7) **Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.**
- 8) **Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.**
- 9) **Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.**
- 10) **Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“.**

II. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

- 1) **S nevidomým je vhodné jednat přirozeně.** Je chybné nedomnívat, že nevidomí vidí jen tmu, že mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek nebo že mají výborný sluch a hmat.
- 2) **Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první.** Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu „Dobrý den, pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost. Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
- 3) **Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému oční kontakt.** Při setkání stačí nevidomému oznámit „podám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
- 4) **Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít,** při instrumentálním vyšetření je třeba popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Je-li pro vidoucího pacienta informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď Vás to bude trochu pálit“ užitečná, pro nevidomého je tato informace naprosto nezbytná.
- 5) **Je chybou nevidomého podceňovat.** Chodí-li někdo s bílou holí nebo nosí černé brýle, nemusí být slepý, ale slabozraký.
- 6) **Věci nevidomého by měli zůstat ne svém místě.** S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
- 7) **Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si.** Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- 8) **Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce.** Ten nevidomého pouze zastupuje. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“ jsou naprosto zbytečné.

- 9) **Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení.** Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- 10) **Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu.** Tu je dobré co nejpřesněji dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí.

III. Desatero komunikace při doprovázení pacientů se zrakovým postižením

- 1) **Zdravotnický pracovník jde před nevidomým o krok vpředu.** Nabídne nevidomému doprovod, ale netlačí ho před sebou, jde vždy o krok vpředu.
- 2) **Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá.** Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
- 3) **Před vstupem na schodiště upozorní průvodce nevidomého na směr schodiště: „Pozor, schody nahoru“.** Dále mu řekne o prvním a posledním schodu.
- 4) **Do sanitky nastupuje nevidomý za svým průvodcem.** Průvodce položí nevidomému jeho ruku na horní hranu dveří. Je dobré se jasně dohodnout, kdo zavře.
- 5) **Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první.** Při chůzi zúženým prostorem natáhne průvodce svou paži za záda a nevidomý jde za průvodcem v zákrytu.
- 6) **Při procházení dveřmi jde průvodce první a nevidomý jde na straně pantů dveří.**
- 7) **Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo.** Nevidomému stačí sdělit: „Zde je židle, toto je opěradlo“ a on sám okamžitě zjistí její polohu a posadí se.
- 8) **Průvodce by měl nevidomému pomáhat i na toaletě.** Průvodce ukáže nevidomému toaletu, sdělí mu, o jaký druh toalety se jedná, zkontroluje čistotu WC a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.

- 9) **Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku.** Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované nákladní auto na chodníku.
- 10) **Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.**

IV. Desatero komunikace s pacientem s pohybovým postižením

- 1) **Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením** a nikoliv s jeho případným průvodcem.
- 2) **Při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým pacientem** (uložení na vyšetřovací lůžko, rentgen aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
- 3) **Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky.** Tím zvyšujeme jeho jistotu.
- 4) **Pokud potřebujeme vykonat zdravotní úkon** (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta s pohybovým postižením, aby sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvykle ví, které místo je nejvhodnější.
- 5) **Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky.** Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
- 6) **Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta s pohybovým postižením** a snažíme se je odstranit.
- 7) **Maximálně se snažíme, aby pacient s pohybovým postižením nebyl trvale upoután na lůžko,** pokud to není nutné.
- 8) **Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr.** Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.

- 9) **Při podávání stravy se vždy informuje**, zda pacient s pohybovým postižením je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
- 10) **Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC** – standardem zdravotnických zařízení by mělo být bezbariérové WC.

V. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty se zdravotním postižením)

- 1) **Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem.** Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
- 2) **Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka.** Ani s nemocným se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou ani obsahem).
- 3) **Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost**, snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti)
- 4) **Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem**, počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí a stabilitou.
- 5) **Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na list papíru.**
- 6) **Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (poruchy zraku, sluchu apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.**
- 7) **K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a dodržujeme oční kontakt.** Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.

- 8) **Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas**, porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
- 9) **Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme**, umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). **Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným označením.**
- 10) **Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k mobilizaci.**

VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

- 1) **Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí** (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- 2) **Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz**, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- 3) **Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
- 4) **V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům**, používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně pochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.

- 5) **Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru.** Pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění, používáme dotek.
- 6) **Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta,** jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- 7) **Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli** (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
- 8) **Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.** Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit, během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- 9) **Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence,** bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
- 10) **Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.**

Příloha č. 2 : Biografický dotazník pro rodinu

Vážený příbuzní,

jsem studentkou 3.ročníku 2.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a své studium zakončuji bakalářskou prací. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma **Bazální stimulace u pacientů na Jednotce intenzivní péče**. Cílem bazální stimulace je zachovat zvyklosti a především schopnosti pacienta v co možná nejvyšší míře.

K tomu je nutné dobře znát pacientovy potřeby, zvyky, omezení apod.

Žádám Vás proto o vyplnění tohoto dotazníku, který je sestaven tak, aby co nejvíce vypovídal o pacientech hospitalizovaných na JIP pro potřeby mé bakalářské práce, s přihlédnutím k celkové náročnosti ošetrovatelské péče a dále vzhledem ke kratšímu časovému úseku, po který je pacient hospitalizován.

Pomůžete tak hlavně svému blízkému, u kterého bude koncept Bazální stimulace aplikován.

V případě dalších dotazů se na mne s důvěrou obraťte.

Děkuji nejen za vaše blízké

Lucie Peluňková
Sestra JIMP FN Motol
Lunacek.p@seznam.cz

- 1) Jaké bylo povolání pacienta předtím, než onemocněl?
- 2) Má pacient nějaká smyslová omezení – zrak, sluch.....atd.
- 3) Která strana pacientova těla je dominantní – levá či pravá strana?
- 4) Jaký byl, před onemocněním pacienta, jeho typický denní režim?
- 5) Co dělá pacient, pociťuje-li bolest?
- 6) Co pacient dělá, aby se cítil dobře nebo si zlepšil náladu?
- 7) Co patří mezi oblíbená jídla a nápoje pacienta?
- 8) Jaké jsou záliby, koníčky pacienta, popř. oblíbené televizní či rozhlasové pořady?
- 9) Další informace, které jsou o Vašem blízkém důležité, uveďte, prosím, zde:

Příloha č. 3 Fotografie z JIMP

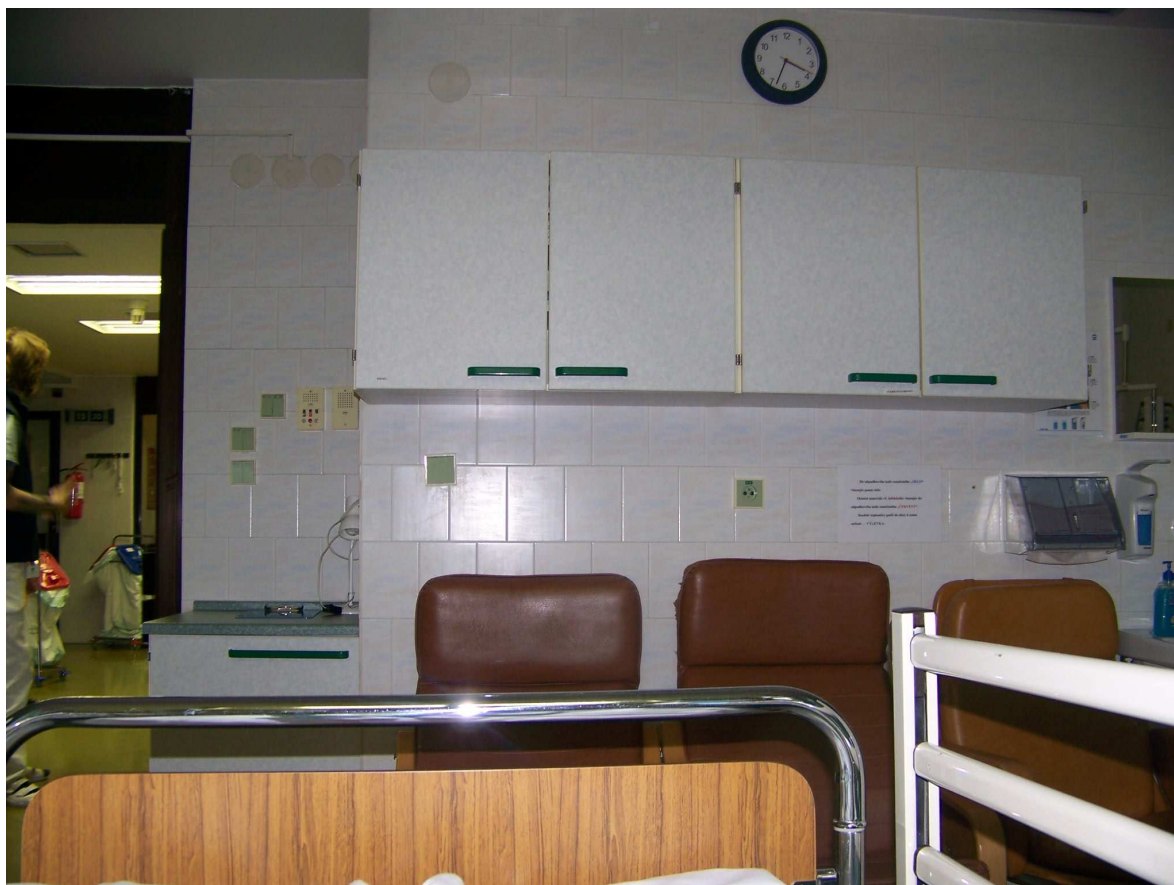
Obr. 10: Pohled ležícího klienta na strop



Obr. 11: Pohled klienta upoutaného na lůžko na strop



Obr. 12: Pohled ležícího klienta před sebe

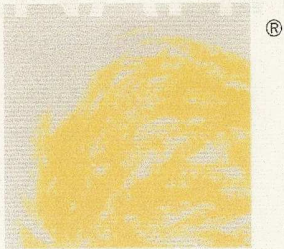


Obr. 13: Pohled ležícího klienta do strany



Příloha č. 4: Certifikát o absolvování základního kurzu Bazální stimulace

RESTAURIERUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Základní symposium Bazální stimulace®
v ošetrovateľskej péči

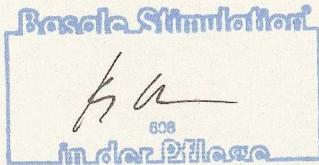
Lucie PELUŇKOVÁ; 4.8.1984

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od **15.10.2007** BIS / do **17.10.2007**

20 UNTERRICHTSTUNDEN / **20** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **17.10.2007**



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

Registrační číslo akce: **ČAS/KK/4672/2007**
300503/07

Účast: **pasivní**

Počet kreditů: **9**

Příloha č. 5: Brožura pro pacienty a jejich blízké

Bazální stimulace,
aneb péče tak trochu jinak

Brožura pro klienty a jejich blízké

Vážení pacienti, vážení příbuzní,

dostala se Vám do rukou brožura o Bazální stimulaci, s podtitulem péče tak trochu jinak. Vedle nepřehledného množství lékařských i ošetrovatelských metod je totiž možno poskytnout ještě péči, která bude zaměřena na smysly a základní lidské potřeby v té nejzákladnější rovině. Autorem Bazální stimulace je Dr. Andreas Fröhlich, který tento koncept vytvořil v 80. letech 20. století. Původně jej vytvořil pro děti s těžkými změnami v oblasti vnímání a pro děti nesoběstačné.

V této brožuře naleznete základní informace o tomto konceptu, o jeho účincích, základních metodách, o vaši možnosti integrace do této speciální péče a spoustu dalších informací. Doufám, že Vám zodpovězení nejčastějších otázek tuto metodu osvětlí.

Co je Bazální stimulace?

- Bazální stimulace je koncept, který nám umožňuje pečovat o člověka v nezákladnějších rovinách jeho vnímání. Její hlavní náplní je zprostředkovávat člověku podněty pomocí stimulace smyslových orgánů.
- Bazální stimulace preferuje rovnocennost mezi klientem a terapeutem. Bere klienta jako individualitu, jako člověka s vlastní historií, přítomností i budoucností, jako živou bytost která má nejenom tělo, ale také duši. Proto je péče poskytovaná dle těchto zásad zcela profesionální, individuální, efektivní a humánní.
- Bazální stimulace respektuje jednotlivé vývojové stupně, ve kterých se člověk nachází.
- Bazální stimulace nabízí člověku vjemy, o kterých se sám může rozhodnout, zda je přijme či nikoli.
- Bazální stimulace umožňuje klientovy, aby cítil hranice vlastního těla, aby měl zážitek ze sebe sama, dále cítil svět kolem sebe, nebo přítomnost další osoby.
- Snaží se zachovat klientovi potřeby a zvyklosti v co možná nejvyšší míře.

Co je cílem Bazální stimulace?

- Podporuje rozvoj vlastní identity
- Umožňuje navázání komunikace s okolním světem
- Díky ní se klient může orientovat v čase a prostoru
- Zlepšuje funkce organismu

Kde se Bazální stimulaci můžeme naučit?

- Absolvováním základního či nástavbového kurzu Bazální stimulace pod vedením proškoleného lektora.

Kdo Bazální stimulaci provádí?

- Provozují ji speciální pedagogové, fyzioterapeuté a zdravotničtí pracovníci
- Naučit se ji mohou také soukromé osoby, jejichž blízká osoba se ocitla v situaci, kdy lze tímto konceptem pomoci

Komu je Bazální stimulace určena?

- Je určena zejména pro klienty s poruchami vnímání a hybnosti.
- Konkrétními příklady mohou být např. klienti na dýchacích přístrojích, dlouhodobě upoutaní na lůžko, klienti v tzv. bdělém komatu a jiných komatózních stavech, před a po těžkých operačních výkonech pro ochrnuté, zmatené klienty atd.

Jak se mohu do konceptu Bazální stimulace zapojit?

- Vyplněním tzv. biografického dotazníku, jež je důležitý pro práci s klientem. Obsahuje otázky typu, co klient dělal před tím než se dostal do nemocnice, co měl rád, co naopak nikoli atd. Díky němu jsme schopni poskytnout tu nejkvalitnější péči, která bude přímo „šitá na míru“ konkrétního klienta. Dotazník je přiložen k brožuře.
- Aktivně se lze zapojit do péče pod vedením zkušeného a proškoleného zdravotnického pracovníka. Můžete se například účastnit hygienické péče, masáží, muzikoterapie atd.

Jaké metodiky Bazální stimulace využívá?

- Využívá komunikaci a její hodnoty
- Využívá dotek, jeho kvality a intenzity. Proto u klientů u nichž se s konceptem pracuje naleznete na viditelném místě štítek s nápisem Iniciální dotek. To je místo, kterého se dotýkají všichni, kdo budou s dotyčným jakýmkoli způsobem pracovat nebo třeba jen hovořit. Většinou je toto místo na horní končetině, to znamená rameno, ruka atd.

- Využívá základní a nastavbové metodiky Bazální stimulace..

Jaké jsou základní metody?

- Celková koupel (masáž) uklidňující- jejímž cílem je tělesné uvolnění, redukce neklidných stavů, stimulace vnímání vlastního těla. Je vhodná především pro neklidné, úzkostné, vystrašené klienty, dále při bolestivých stavech, v komatózních stavech, pro klienty s Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí a při změnách vnímání sebe sama atd.
- Celková koupel (masáž) osvěžující - jejím cílem je zlepšit úroveň vědomí, zvýšit svalové napětí, zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak, zvýšit klientovu aktivitu. Používáme ji např. u klientů v bezvědomí, se sníženou frekvencí srdeční činnosti, se sníženým krevním tlakem atd.
- Celková bazálně stimulační koupel - snaží se začlenit postiženou stranu těla do vlastního tělesného schématu, tedy do vnímání sebe sama. Vhodné zejména pro klienty po cévních mozkových příhodách, kteří trpí jednostranným postižením těla tzv. hemiparézou nebo hemiplegií.
- Polohování tzv. „mumie“ - jejím cílem je zprostředkovat vjemy z vlastního těla a pocítit vlastní tělesné hranice. Užíváme ji například u klientů neklidných, zmatených, agresivních, dlouhodobě upoutaných na lůžko nebo při probouzení z kómatu.

Tzv. „ hnízdo“-navozuje odpočinek a příjemné pocity, klient se díky ní cítí v bezpečí. Vhodné např. ve fázi odpočinku, během noci, po vyšetřeních atd.

- Masáž stimulující dýchání - jak je patrné z názvu, díky této stimulaci podporujeme dýchání, nabídneme ji všem klientům, jež trpí povrchním, zrychleným a nepatrným dýcháním. Zejména pak klientům s bolestí, s depresemi, poruchami spánku, u umírajících, u klientů na dýchacích přístrojích a ve fázi odvykání od těchto přístrojů.
- klienty, jimž Vestibulární stimulace - díky této stimulaci poskytujeme klientovi informace o poloze a pohybech těla a hlavy. Vhodné například pro klienty dlouhodobě upoutané na lůžko, v tzv. bdělém kómatu, klienty s apalickým syndromem apod.
- Vibrační stimulace-jejím cílem je pocítit tělesnou hloubku, celkově vlastní tělesnou stabilitu a vlastní tělesné hranice. Užíváme u klientů s jednostranným postižením těla, poruchou vnímání sebe sama apod.

Jaké jsou nastavbové metody Bazální stimulace?

- Optická stimulace - stimuluje zrakový aparát. Vhodné zejména pro klienty probouzející se z kómatu, pro zmatené, dezorientované klienty atd.
- Auditivní stimulace - stimuluje sluchový aparát. Užíváme u probouzejících se z kómatu, depresivních, starých klientů apod.
- Orální stimulace - stimuluje ústa a chuťové buňky. Opět využíváme u klientů, jež se probouzejí z kómatu, apaliky atd.
- Olfaktorická stimulace - stimuluje čichový aparát. Aplikujeme u probouzejících se z kómatu, apaliků, zmatených klientů aj.

- Taktilně-haptická stimulace - stimuluje hmatovou a dotykovou složku. Užíváme všude tak, kde chceme nacvičovat pohyblivost ruky. Lze ji využít u dlouhodobě ležících, po probuzení z kómatu a nácviku běžných aktivit.

Jaké má Bazální stimulace výsledky?

- Všeobecně lze říci, že má veliké úspěchy, zejména v následné péči, péči o seniory i děti. Je téměř neuvěřitelné, že se díky ní podařilo aktivizovat i takové nebyly dávány šance na jakýkoli samostatný pohyb, díky ní se daří nacvičovat sebeobslužné prvky, uklidňovat neklidné pacienty, naopak povzbuzovat apatické klienty.

Kolik tato péče stojí?

- Ve skutečnosti nestojí nic, žádá si jen terapeutův, popřípadě Váš čas.

Kde lze naléznout další informace?

- Odborné publikace např. Friedlová, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada, 2007.
- Internetové stránky Institutu bazální stimulace ve Frýdku-Místku, www.bazalni-stimulace.cz, zde naleznete také přesný seznam míst, kde s Bazální stimulací pracují.
- Další informace lze získat od zdravotnických pracovníků, speciálních pedagogů a fyzioterapeutů, kteří jsou v této oblasti proškoleni.

Pár slov závěrem....

Každý z nás je jedinečný a každý potřebuje lidský přístup. Pokud chcete zkusit něco nového, co podporuje lidskou individualitu, máte možnost právě díky konceptu Bazální stimulace.

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).**
- 3) Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.**
- 4) Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem**
- 5) Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace, odpovídaly významu vašich slov**
- 6) Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).**
- 7) Nepoužívejte v řeči zdrobněliny.**
- 8) Nehovořte s více lidmi najednou.**
- 9) Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.**
- 10) Umožněte klientovi reagovat na vaše slova**
(Friedlová, 2006).