

Bazální stimulace na anesteziologicko- resuscitačním oddělení

Radka Macků

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Macků**
Osobní číslo: **H160000**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti bazální stimulace v intenzivní péči.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
BIENSTEIN, Christel und Andreas FRÖHLICH. Basale Stimulation in der Pflege. Bern: Hogrefe Verlag, 2016. ISBN 978-3-456-85648-3.
FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Rehabilitace pacientů v kómatu. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-761-5.
STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5215-0.
TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vladimír Koutecký**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.5.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. V teoretické části je popsána charakteristika, historie a jednotlivé techniky konceptu bazální stimulace. Také jsou zmíněny nejčastější diagnózy vyskytující se na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, podmínky pro vykonávání práce všeobecné sestry a její úkoly v rámci bazální stimulace. Praktická část je sestavena ze čtyř kazuistik, které byly vypracovány na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jedné nemocnice malého typu ve Zlínském kraji.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat techniky bazální stimulace využitelné na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Dílčí cíle jsou pak zaměřeny na vybrané oblasti technik bazální stimulace.

Klíčová slova: bazální stimulace, anesteziologicko-resuscitační oddělení, intenzivní péče, komunikace, vnímání, pohyb

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of basal stimulation at the anesthesiology-resuscitation department. The theoretical part describes the characteristics, history and individual techniques of the basal stimulation concept. It is also focused on the most common diagnoses, which occur at this anesthesiology-resuscitation department including the description of the typical nurses' working condition and their daily tasks related to the basal stimulation. The practical part consists of four case studies that have been elaborated at anesthesiology-resuscitation department belonging to the small-type hospital in the Zlín Region.

The main aim of this bachelor thesis is to describe the techniques of basal stimulation practiced at the anesthesiology-resuscitation department. A significant part of the thesis deals with the specific basal stimulation techniques practiced at the particular local hospital.

Keywords: basal stimulation, anesthesiology-resuscitation department, intensive care, communication, perception, movement

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Vladimírovi Kouteckému za vedení, cenné rady a poznámky, odborné připomínky, názory a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat celému zdravotnickému týmu anesteziologicko-resuscitačního oddělení, že mi umožnili zpracovávat praktickou část bakalářské práce během jejich pracovní činnosti.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE	11
1.1 HISTORIE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	11
1.2 CHARAKTERISTIKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	12
1.2.1 Vnímání.....	13
1.2.2 Pohyb.....	13
1.2.3 Komunikace	14
1.3 CÍLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	14
1.4 DESATERO KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	15
2 ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ	17
2.1 AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	18
3 TECHNIKY BAZÁLNÍ STIMULACE VYUŽITELNÉ NA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ	20
3.1 SOMATICKÁ STIMULACE.....	20
3.1.1 Iniciální dotek.....	22
3.1.2 Somatická stimulace zklidňující	23
3.1.3 Somatická stimulace povzbuzující.....	24
3.1.4 Neurofyzilogická stimulace	25
3.1.5 Diametrální stimulace	26
3.1.6 Polohování v rámci bazální stimulace.....	27
3.1.7 Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání	28
3.2 VIBRAČNÍ STIMULACE	29
3.3 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE	30
3.4 OPTICKÁ STIMULACE.....	31
3.5 ORÁLNÍ STIMULACE	32
3.6 AUDITIVNÍ STIMULACE.....	32
3.7 OLFAKTORICKÁ STIMULACE.....	33
3.8 TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODIKA VÝZKUMU	36
4.1 KAZUISTIKA	36
5 KAZUISTIKA 1	38
5.1 ANAMNÉZA	38
5.2 KATAMNÉZA	40
5.3 ANALÝZA A INTERPRETACE.....	42
5.4 DISKUSE KAZUISTIKY 1	46
5.5 ZÁVĚR KAZUISTIKY 1	47
6 KAZUISTIKA 2	48

6.1	ANAMNÉZA	48
6.2	KATAMNÉZA	50
6.3	ANALÝZA A INTERPRETACE.....	52
6.4	DISKUSE KAZUISTIKY 2	56
6.5	ZÁVĚR KAZUISTIKY 2	57
7	KAZUISTIKA 3	58
7.1	ANAMNÉZA	58
7.2	KATAMNÉZA	60
7.3	ANALÝZA A INTERPRETACE.....	62
7.4	DISKUSE KAZUISTIKY 3	65
7.5	ZÁVĚR KAZUISTIKY 3	66
8	KAZUISTIKA 4	67
8.1	ANAMNÉZA	67
8.2	KATAMNÉZA	69
8.3	ANALÝZA A INTERPRETACE.....	71
8.4	DISKUZE KAZUISTIKY 4	74
8.5	ZÁVĚR KAZUISTIKY 4	75
9	DISKUSE	76
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, protože již několik let brigádně pracuji na tomto oddělení a také proto, že mě koncept bazální stimulace zajímá. Poprvé jsem se s tímto konceptem seznámila během studia na vysoké škole. Měla jsem možnost absolvovat základní kurz bazální stimulace, tehdy mě začalo toto téma více zajímat. Jakmile byla možnost absolvovat i nadstavbový kurz bazální stimulace, neváhala jsem.

Proč jsem se zaměřila na anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále jen ARO)? Během své práce zde, jsem si začala všimnout, že málo která všeobecná sestra, či záchranář pracující s pacienty na ARO koncept bazální stimulace přenáší do praxe. Chtěla jsem zjistit proč ji nepraktikují. Nejprve mě napadlo, že nedostatek času to nedovolí, ale z vlastní zkušenosti z kurzu bazální stimulace vím, že to tím nemůže být. Proto jsem si dala za cíl práce, popsat využitelné techniky bazální stimulace na ARO, v dílčích cílech jsem se zaměřila na jednotlivé techniky bazální stimulace, kde popisují přímo vhodné prvky bazální stimulace.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. Do teoretické části jsem začlenila tři hlavní kapitoly, v první kapitole se zaměřuji na teorii konceptu bazální stimulace, její historii, zakladatele a cíle. Druhá kapitola je zaměřená na nejčastější diagnózy vyskytující se na tomto oddělení, na specifika péče o pacienty. Jsou zde popsány i požadavky, které musí všeobecná sestra splňovat, aby na takovém oddělení mohla pracovat. Zmínila jsem zde i autobiografickou anamnézu, což je dokument, který je nezbytný, aby mohla být bazální stimulace aplikována. Ve třetí kapitole se zabývám samotnými technikami a prvky konceptu.

Abych byla schopna uskutečnit svůj výzkum s cílem popsat využitelné techniky bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, musela jsem si jednotlivé techniky vyzkoušet v praxi. Zvolila jsem proto kvalitativní výzkum formou kazuistik. Tedy zpracovávám čtyři kazuistiky u pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v nemocnici malého typu ve Zlínském kraji. Mými respondenty jsou čtyři pacienti hospitalizovaní na ARO, se zavedenou umělou plicní ventilací a jsou bez analgosedace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace (dále jen BS) je jednoduše popisován jako způsob pečování, podporování

a také vedení velmi těžce nemocných jedinců. Účelem konceptu BS je dodávat pacientovi a jeho nejbližší rodině co nejvíce potřebného pochopení a podpory ve vnímání jejich momentálních potřeb. Na odděleních intenzivní péče je koncept BS nejčastěji využíván v rámci komunikace s pacienty v bezvědomí. Jelikož je člověk tvor společenský, jeho každodenní potřebou je komunikace s ostatními lidmi kolem něj. Bylo vědecky dokázáno, že osoby se změněným či poškozeným vědomím vnímají podněty z okolí skrze hmat, sluch, čich, chuť či zrak. Jelikož pacienti na ARO mají velmi často omezenou komunikaci kvůli tracheostomii, intubaci, poruše vědomí, vnímání nebo pohybu, využívá se zde právě koncept bazální stimulace. (Bartůněk et al., 2016 s. 310; Dvořáková, s.2; Friedlová, 2007 s. 13-17; Špičková, Slámová a Hocková, 2008).

1.1 Historie konceptu bazální stimulace

Za vznik konceptu bazální stimulace vděčíme prof. dr. Andreasi Fröhlichovi, což byl speciální pedagog pracující v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo od roku 1970. Profesor Fröhlich pracoval s dětmi narozenými s intelektovými a těžkými kombinovanými somatickými poruchami. Koncept bazální stimulace vytvořil během svého doktorandského studia v rámci vědeckého projektu, který trval přes pět let. Díky psychologii prenatálního vývoje se začal u klientů zajímat o senzomotorickou komunikaci, a při tom ji začal také podporovat. „*Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal velmi úspěšně komunikaci s těmito dětmi.*“ (Friedlová, 2007 s. 13)“ Fröhlich tvrdil, že i takto postižené děti se můžou vzdělávat v oblasti vnímání svého těla a pohybových úkonů v rámci sebeobsluhy. Díky tomuto konceptu se najednou pedagogům a zdravotníkům ukázala nová cesta v péči o takové děti/klienty, hlavně k podpoře v jejich vývoji i kvalitnějšímu životu (Friedlová, 2007 s. 13-17).

Zdravotní sestra prof. Christel Bienstein přenesla tento koncept do ošetrovatelské péče v 80. letech 20. století. Pracovala jak ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání s Essenu v Německu, tak i v oblasti intenzivní medicíny. Prof. Bienstein pracovala s klienty ve vigilním kómatu, u nich aplikovala koncept bazální stimulace v rámci ošetrovatelské péče a měla velký úspěch. U těchto klientů se potvrdila

praktičnost konceptu bazální stimulace v oblasti komunikace i vývoj podporujícího konceptu v intenzivní medicíně. S prof. Fröhlichem je v kontaktu od poloviny 80. let a neustále spolupracují na rozvoji konceptu bazální stimulace v rámci ošetrovatelské péče u klientů s poruchou vnímání, pohyblivosti a komunikace. Prof. Bienstein je také první zdravotní sestrou, která začala aplikovat koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče (Friedlová, 2007 s.13-17; Kapounová, 2007 s. 206).

1.2 Charakteristika konceptu bazální stimulace

Dodnes koncept bazální stimulace nemá přesnou a ustálenou definici, která by byla použitelná za všech podmínek, jelikož různé vědní disciplíny jej popisují z jiného úhlu pohledu a chápání. Obecně lze říci, že prostřednictvím konceptu bazální stimulace je možnost podporovat vnímání sebe sama i světa okolo jedince pomocí stimulů, které jsou vysoce individuální a blízké tomuto zmíněnému člověku. Tyto stimuly mohou být např. chuťové vjemy, zvuk, známé doteky i vůně, což nám ukazuje na fakt, že člověk vnímá různé podněty jak z venku, tak i zevnitř jeho organismu. Získávané vjemy putují do mysli, kde se zpracovávají, po tomto procesu putují dál do paměti, kde jsou ukládány. Každý jedinec je individuální, tedy individuum, a proto má každý z nás jiný způsob percepce a jemu daný typ komunikace. Je velmi nutné, aby u každého klienta, než se začne aplikovat koncept bazální stimulace, byla posbírána důkladná autobiografická anamnéza a vypracován plán bazální stimulace. Tento plán se musí vytvářet naprosto jedinečně pro každého klienta zvlášť, v průběhu času se mění v závislosti na stupni vývoje vnímání, vědomí, a hlavně se odvíjí od aktuálních potřeb ošetřovaného klienta. Bazální stimulace je multioborový koncept z důvodu, že se na něm mnohdy podílí několik složek zdravotnického personálu jako např. fyzioterapeuti, zdravotní sestry, ošetrovatelé a v hlavní roli také rodina, bez jejíž nezbytné pomoci, přízně a podpory by péče nebyla celistvá (Tomová a Křivková, 2016 s. 100-101).

Tomek et al. tvrdí: „*Zvýšení afERENCE do CNS pomáhá pacientovi uvědomit si vlastní identitu, orientaci v prostoru.*“ Dále udává, že aby byl koncept BS úspěšný, zásadou je využívání konceptu jak zdravotníky, tak i blízkou rodinou pacienta (Tomek et al., 2014, s. 188).

Na oddělení intenzivní péče, tedy i na ARO, jsou pacienti přijímáni v takových stavech, kdy jejich schopnosti vnímání okolních podnětů a soustředění se jsou velmi omezené. Často se sami nemohou vyjádřit a komunikovat s okolím kvůli zajištěné tracheostomii, intubaci, poškozenému vědomí nebo jinak poškozené schopnosti komunikace. Právě koncept bazální

stimulace je vhodný pro takové pacienty, protože díky aplikaci BS zdravotníci ve spolupráci s pacientovou rodinou podporují identitu klienta, navazují s ním kontakt, prostřednictvím BS s ním i komunikují, a tím pomáhají s orientací v čase a prostoru i jeho osobě. Dvořáková tvrdí, že: „*pečující je průvodcem nemocného na stejné cestě po stejnou dobu a svými nabídkami podporuje rozvoj pacientových schopností.*“ (Dvořáková, 2018).

1.2.1 Vnímání

Již v prenatálním vývoji člověka, přesněji v období embryogeneze, se začínají utvářet všechny smyslové orgány člověka. Tyto smysly jsou pak velmi důležitou součástí lidského bytí od narození až po konec života, protože díky sluchu, zraku, čichu, hmatu a chuti může člověk vnímat, a tedy poznávat nejen celý svět kolem sebe, ale i svou osobu. Již v dětství jedinci přirozeně využívají vnímání k tomu, aby se začali pohybovat, dorozumívat se se svým okolím. Můžeme tedy říct, že komunikace a vnímání společně s pohybem jdou ruku v ruce. Skrze vnímání je uskutečněn samotný pohyb člověka, díky kterému se lze také dorozumívat. Vnímání můžeme rozdělit pomyslně na tři druhy, a to na somatické, vnímání vibrací a vnímání vestibulární. Vnímání somatické jedinci umožňuje získat informace o jeho těle, jako je jeho velikost a tvar. Díky vestibulárnímu vnímání je jedinec schopen určit jakou polohu jeho tělo zaujímá, umístění postavy v prostoru a změně poloh. Pokud člověk nevnímá všechny tyto tři složky nedojde u něj k takzvanému pocitu jistoty. Pokud jsou podněty k vnímání slabé, kontinuální nebo se nemění, začne se pomalu snižovat vnímání tlaku, teploty, bolesti (Bienstein a Fröhlich, 2016 s. 22; Friedlová, 2007 s. 20-22).

1.2.2 Pohyb

Pohyb a vůbec schopnosti pohybovat se jsou součástí celého života člověka, jsou nezbytné k uspokojování základních biologických potřeb každého člověka. Díky pohybu si můžeme zajistit, připravit a sníst potravu, dýchat, rozmnožovat se, vyprazdňovat se, ale samozřejmě také chodit a komunikovat. Komunikací je myšleno pohyby svalů v obličeji neboli mimika, pohyby svalů horních končetin neboli gestikulace a také řeč. Díky pohybování svým tělem se každý člověk dozvídá mnoho informací a získává cenné podněty z vnitřního prostředí jeho vlastního organismu, ale i vnějšího světa kolem něj. Jak již bylo zmíněno, pohyb s vnímáním a komunikací je velmi úzce propojen, jelikož před každým pohybem svalů v těle nejprve nastane myšlenka na pohyb, která je součástí vnímání (Friedlová, 2007 s. 25).

1.2.3 Komunikace

Komunikace je velmi důležitá a nezbytná součást lidského života, pomáhá nám se seznamovat, sblížovat, saturovat potřeby lásky a sounáležitosti, ale také požádat o pomoc při saturaci potřeb. Člověk komunikuje plně vědomě, je to činnost a způsob našeho chování, který výrazně zasahuje do kvality lidského života. Nutností pro komunikaci jsou tzv. komunikační kanály, což jsou smysly, kterými přijímáme a zpracováváme údaje z okolí. V případě absence jednoho z mnoha těchto kanálů není možné vnímat tyto vjemy. Do komunikačních kanálů se řadí všechny smyslové orgány (jazyk, uši, oči, tělo jako celek, nos). V rámci bazální stimulace na ARO jedinci využívají především tyto komunikační kanály: somatický, optický, auditivní, vibrační, vestibulární, olfaktorický a taktilně-haptický, to všechno podle jejich zdravotního stavu a momentálních schopností vnímání (Tomová a Křivková, 2016 s. 100-101).

Omezenými, ale možnými prostředky pro komunikaci je řeč a písmo, to ve většině případů na ARO nejde aplikovat z důvodu změny vědomí klientů, či poruch pohyblivosti. Proto se mezi nejdůležitější prostředky komunikace řadí oči a doteky. Díky očím může jedinec vnímat podněty z okolí, ale i navázat sociální kontakt s jeho okolním prostředím a zdravotnickým personálem, a hlavně s jeho rodinou. Doteky jsou označovány jako jedny z mnoha základních lidských schopností, díky nimž dostáváme impulzy z okolního světa. U klientů na ARO jsou doteky všeobecných sester či fyzioterapeutů často jediným způsobem pro získávání informací o svém těle, sebe samém celkově a získávání sociálního kontaktu s okolním světem. Takové doteky musí být individuálně naplánovány v rámci již zmiňovaného plánu bazální stimulace. Nesmí být příliš silné a nahodilé, jinak mohou vyvolat opačný účinek než takový, jaký zamýšlíme, a to strach, nejistotu a neklid (Tomová a Křivková, 2016 s. 100-101). Na začátku jakékoliv činnosti u pacienta, je nutné, aby člověk pracující s daným pacientem provedl tzv. iniciální dotyk, o kterém je psáno dále.

1.3 Cíle konceptu bazální stimulace

Autor konceptu bazální stimulace prof. dr. Andreas Fröhlich ve spolupráci s prof. Christel Bienstein roku 2003 sestavil na podkladě Maslowovy pyramidy lidských potřeb deset centrálních cílů, oblastí využitelných v konceptu bazální stimulace pro individuální plánování BS. Jelikož klienti, kterým je poskytována péče v rámci bazální stimulace, jsou často neschopni se vyjadřovat pomocí slov či pohybů a gest (např. lidé mentálně postižení, v kómatu, s demencí atd.), jsou cíle sestaveny tak, aby v nich byly obsaženy všechny

základní potřeby, které dotyční klienti konceptu BS nemají možnost nebo schopnosti si sami saturovat. V Evropě mají terapeuti poskytující bazální stimulaci stejných deset centrálních cílů, ze kterých vychází jejich sestavování individuálních plánů u klientů v sociální péči, tak zdravotnické péči i v oblasti speciální pedagogiky (Institut Bazální stimulace, c2004-2018).

Deset cílů dle Fröhliche a Bienstein:

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus
5. Umožnit poznat okolní svět
6. Pomoci navázat vztah
7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci uspořádat život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
10. Objevovat svět a vyvíjet se (Institut bazální stimulace, c2004-2018; Bienstein, Fröhlich, 2003 s.256)

1.4 Desatero konceptu bazální stimulace

Aby byla bazální stimulace prováděna správně, musí terapeut, ošetřovatel, zdravotník nebo kdokoli jiný, kdo přichází pracovat s pacientem, dodržovat jistá pravidla. Těmi jsou:

- Vždy při příchodu do pokoje pacienta jej pozdravit, při odchodu z pokoje se s ním rozloučit. Je vhodné, aby se používala tatáž slova u všech zdravotníků, terapeutů a ošetřovatelů.
- Vždy při příchodu a pozdravení provádět iniciální dotek, taktéž při odchodu nebo při ukončení činnosti s pacientem. Rodina pacienta může mít zvolené jiné místo pro iniciální dotek než zdravotnický personál, na to pamatovat a dodržovat zvolené místo dotyku.
- Na pacienta se musí mluvit pomalu, jasně, věcně a snažit se artikulovat, aby rozuměl.
- Vždy mluvit na pacienta normálním tónem hlasu, nikdy nešeptat nebo nekřičet.
- Vždy si hlídat, aby hlas, pohyby těla a tváře korespondovaly se slovy, která jsou pacientovi sdělována. V opačném případě hrozí nedůvěra a pocity nejistoty ze strany pacienta.

- Při komunikaci s pacientem využívat takovou zásobu slov a formu sdělování informací, jakému pacient rozumí.
- Nikdy do komunikace nezapojovat zdrobnělé výrazy slov jako např. nožička, ručička, hlavička. Opět to může v pacientovi vyvolat nepříjemné pocity, že jej nebere zdravotník vážně, mluví s ním jako s malým dítětem.
- Před pacientem se snažit nebavit se s jinými lidmi. Tím se opět narušuje vztah mezi klientem a zdravotníkem, vzniká nedůvěra ze strany klienta.
- Během rozhovorů s klientem se vždy snažit zajistit maximální klid a ticho v okolí. Jinak se z hlasů a okolních zvuků stává v pacientově hlavě zmatek, vnímání pacienta se tím zhorší.
- Vždy je nutné nechat pacienta jistým způsobem odpovědět na slova, jež mu byla sdělena (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty pro základní kurz, s. 25; Bienstein a Fröhlich, 2016 s 27).

2 ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Pacienti na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) bývají z pravidla ve velmi vážném až kritickém zdravotním stavu, vyžadující takovou péči, při níž je nutná podpora či prozatímní náhrada základních životních funkcí. U takových pacientů se provádějí nejrůznější typy ošetrovatelských, vyšetřovacích a terapeutických postupů, péče zahrnuje i výkony k saturaci základních biologických potřeb pacientů až po velmi specializované ošetrovatelské a terapeutické postupy. Vážnými a kritickými stavy na ARO jsou myšleny, jak již bylo řečeno, všechny situace, kdy člověku selhávají či již selhaly orgány nezbytné k životu. Mezi těmito stavy může být např. respirační selhání, rozvrat vnitřního prostředí vedoucí ke změnám vědomí, intoxikace alkoholem a jinými omamnými látkami, akutní pankreatitida, jaterní cirhóza až jaterní kóma, masivní krvácení, pooperační komplikace a jiné stavy, kdy je pro pacienta nejlepší možnou terapií, uvést jej do umělého spánku. U klientů v tak těžkých stavech se diagnostika může rozdělovat na dvě skupiny, tou první jsou stavy, kdy diagnóza je již známá a předpokládá se při ní budoucí selhání orgánů, či již orgány selhaly. Druhou skupinou jsou takové stavy, kdy tělní orgány selhávají, či úplně selhaly, ale není jasná diagnóza, dle tohoto dělení diagnostiky je následně zvolena příslušná terapie a péče. Ošetrovatelská péče na ARO je poskytována v rámci ošetrovatelského procesu. „*Ošetrovatelský proces je systematická, racionální a individualizovaná metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí*“ (Kudlová, 2016 s. 8). Můžeme tedy říct, že je to logický, vysoce individuální, systematický, a hlavně flexibilní přístup nelékařského zdravotnického personálu, tedy hlavně zdravotní sestry k péči o klienta (Bartůněk et al., 2016 s. 293; Kudlová, 2016; Streitová a Zoubková, 2015 s. 20).

Charakteristikou intenzivní ošetrovatelské péče na ARO je vysoce specializovaná péče o kriticky nemocného klienta, při níž se využívají speciální zdravotnické přístroje k zajištění a udržení základních životních funkcí. Ošetrovatelskou péči o klienta v intenzivní péči má na starosti všeobecná zdravotní sestra. Provádění všech ošetrovatelských postupů, saturování základních biologických potřeb klientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je závislé na vzdělání, schopnostech, zkušenostech a znalostech všeobecných sester. V intenzivní péči jsou nenahraditelnými členy zdravotnického týmu. Všeobecná sestra je osoba, která je ve většině případů spojovatelem mezi klientem a lékařem, nebo

klientem a jeho nejbližšími členy rodiny (Bartůnek et al., 2016 s. 293; Tomová a Křivková, 2016 s. 58).

Aby všeobecná sestra mohla vykonávat své povolání právě na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, musí být vzdělána v oboru všeobecná sestra a následně získat specializaci v oboru intenzivní péče dle platné normy, dle zákona č. 96/2004 Sb. dle aktuálního znění všeobecná sestra pro intenzivní péči může bez odborného dohledu samostatně bez indikace lékaře provádět např. kardiopulmonální resuscitaci, defibrilaci srdce, zajišťovat dýchací cesty, odsávat sputum z dolních cest dýchacích, analyzovat křivky na elektrokardiogramu a hodnotit závažnost stavu klientů, a to dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. (Česká republika, 2017; Česká republika, 2004).

2.1 Autobiografická anamnéza

Součástí práce všeobecné sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je i administrativa. Do již zmíněné administrativy se na odděleních, kde pečují o pacienty v rámci konceptu bazální stimulace, řadí i autobiografická anamnéza pacientů, která je potřebná k naplánování péče o pacienty v rámci konceptu bazální stimulace. Autobiografickou anamnézu sestavuje všeobecná sestra ve spolupráci s příbuznými pacienta, protože zpravidla jen rodina zná dokonale chování jejich blízkého člověka, jeho oblíbené činnosti, zvyky apod.

Díky sesbíraným informacím v autobiografické anamnéze pacienta, se může zdravotnický personál dobře připravit na péči. Tato anamnéza nabízí zdravotníkům dostatek prvků jak ošetrovatelských, pedagogických tak terapeutických, hlavně individuálních, které berou v potaz věk pacienta, jeho zvyky, potřeby, individualitu, osobnost atd. Díky tomu pak všichni podílející se na péči o pacienta pracují v pacientův prospěch. Jak již bylo uvedeno, člověk je individuum, má své potřeby, zájmy apod., při práci s jeho autonomií ho tudíž musíme chápat a respektovat. Jelikož v nemocničních zařízeních je stanoven určitý denní plán a režim, často se stává, že autonomie člověka se přehlíží. Díky konceptu bazální stimulace se zdravotnický personál snaží co nejvíce přizpůsobit pacientovi jeho pobyt v nemocnici k jeho normálnímu životu. Na základě vyhotovené autobiografické anamnézy pacienta se plánuje následná péče se zakomponovanými rituály a zvyky pacienta během jeho klasického dne (Friedlová, 2018, s. 55-57).

Všechny získané informace od rodiny a přátel pacienta či jeho samotného se pečlivě zapisují do autobiografických záznamových archů. Anamnézu je potřeba pravidelně kontrolovat, pokud v průběhu hospitalizace ošetřující personál zjistí nové poznatky o pacientovi, měl by je řádně zaznamenat do těchto připravených archů. V autobiografické anamnéze se hlavně zaměřujeme na vnímání pacienta v těchto oblastech, a to somatické vnímání, vestibulární a vibrační vnímání, dále optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické vnímání. Nesmí se zapomenout na otázky týkající se vztahů v rodině, sociální situace, zaměstnání a koníčků a oslovování pacienta (Friedlová, 2018, s. 59-60). Pro představu, jak může vypadat záznamový arch autobiografické anamnézy, viz PŘÍLOHA P XI.

3 TECHNIKY BAZÁLNÍ STIMULACE VYUŽITELNÉ NA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ

V rámci konceptu bazální stimulace existuje osm technických skupin, jsou to somatická stimulace, vibrační stimulace, vestibulární stimulace, optická stimulace, orální stimulace, auditivní stimulace, olfaktorická stimulace a taktilně-haptická stimulace. V každé skupině technik je nesmírné množství prvků bazální stimulace, které lze využívat. Jednotlivé prvky konceptu bazální stimulace jsou velmi rozmanité. Lze je využívat jednotlivě, ale v praxi se většinou využívá kombinace dvou či všech technik a několika prvků dohromady, dle aktuálního stavu jedince. Samozřejmě pro každého klienta není vhodné zavést hned vše, každý výběr jednotlivých technik musí být velmi individuální a promyšlený. Na odděleních intenzivní péče, přesněji na anesteziologicko-resuscitačních odděleních je výběr jednotlivých technik obzvláště důležitý. Primárně se využívají techniky na uspokojení základních biologických potřeb, protože ve většině případů jsou klienti v bezvědomí, mají zavedenou umělou plicní ventilaci a jsou celkově ve stavu ohrožení života.

Špičková se Slámovou a Hockovou o technikách konceptu bazální stimulace říkají: *„Důležitost těchto technik je v prožitku prožití pacientova těla, v cítění hranic těla, protože člověk může vnímat svůj život pouze prostřednictvím svého těla. Je-li stimulace pro něj příjemná, dojde u pacienta ke zklidnění, uvolnění spasticity, k pocitu bezpečí. Lépe přijímá své okolí, což může mít pozitivní vliv na uzdravení nemocného.“*

V rámci konceptu bazální stimulace se pracuje s vnímáním jedince, pracuje se s vývojovým stupněm schopností klienta vnímat, ve kterém se momentálně jedinec nachází. Nikdy se nepřeceňují klientovy schopnosti (Friedlová, 2007 s. 63).

3.1 Somatická stimulace

Lidské tělo má několik smyslových orgánů, největším a v rámci somatické stimulace nejdůležitějším je kůže. Vnímání pomocí kůže jako smyslového orgánu může být buď povrchové nebo hluboké. Vnější (povrchové) vnímání je zajištěno speciálními receptory v kůži, a tudíž vjem jako je změna teploty, tlaku nebo bolest je cítěn na povrchu těla. Vnitřní (hluboké) vnímání má receptory například ve svalech, vjem přichází z povrchu těla, ale jedinec jej pociťuje např. jako bolest svalů. Díky somatickému vnímání si je člověk vědom vlastního těla, jeho tvaru, velikosti, hranic. V případě kvalitních somatických vjemů a jejich vnímání zná člověk své tělo dokonale, poté je předpokládána schopnost uvědomovat si

i prostředí v okolí lidského těla a následně s ním jistým způsobem komunikovat. Jakmile je jedinec zbaven somatického vnímání při imobilizaci, po úrazech či nemocech bez možnosti pohybu, jeho tělo přestane vnímat své hranice a ztratí možnost komunikace s jeho okolním světem (Zwettler, 2012 s. 23, 27; Tomová a Křivková, 2016 s. 104-105).

Podle profesora Andream Fröhlicha a vývojové psycholožky Urschuly Hauptové se pracuje v rámci somatické bazální stimulace se sedmi oblastmi lidského vývoje osobnosti, jsou jimi zkušenosti s vlastním tělem, které jsou pomyslným středobodem všech sedmi oblastí, dále sociální zkušenost, emoce, vnímání, komunikace, kognice a motorika. Tyto oblasti se vyvíjí společně a není žádná, která by byla důležitější než jiná, všechny do jedné jsou velmi důležité pro správný vývoj identity člověka, poznání sebe sama (svého já). V bazální stimulaci se pojem vnímání těla vysvětluje třemi pojmy, a to samotné vnímání těla, vnímání tělesného schématu a tělesného obrazu. Pod slovním spojením tělesné schéma se rozumí povědomí a myšlenky o lidském těle v prostoru. Tělesný obraz se dá nazvat jako individuální, osobní pohled na své tělo, malé děti vnímají své tělo jako hlavu, ruce, nohy, tělo. Při poruchách somatického vnímání (například po cévních mozkových příhodách) si jedinec nemůže, nebo nedokáže vybavit ani představit, jak jeho tělo vypadá, uvědomuje si pouze jednu stranu těla, tím pádem nemá celkové vnímání schématu svého těla. „*Nemůže-li se člověk pohybovat a tráví-li většinu času na lůžku, dostává se mu velmi málo podnětů ze svého vlastního těla, ztrácí orientaci na svém vlastním těle a následně také v okolí. Taková situace vede ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama, k pocitům nejistoty a strachu.*“ (Friedlová, 2007 s. 68).

Dotek patří mezi jedny ze základních schopností každé osoby, proto je nepostradatelným prvkem somatické bazální stimulace. Na kvalitě doteku, čímž rozumíme tlak, lokalitu, intenzitu, prostředek, kterým je dotek uskutečněn, je závislý úspěch celé somatické stimulace. Při nekvalitním doteku mohou nastat situace, kdy klient pociťuje nejistotu a strach. Kvalitu doteku může zdravotník zajistit, pokud bude respektovat doporučení, která jsou nedotýkat se klienta krátce a bez zájmu, vyhýbat se situacím, kdy se klienta dotýká zbytečně mnoho rukou, jež jej ruší a znejistí, zajistit dostatečný čas na všechny činnosti, aby nedošlo k vyvolání strachu a obranným reakcím klienta, nepoužívat pouze konečky prstů nebo prsty samotné, ale celou dlaň ruky, dotýkat se rozvážně, klidně, celou dobu přizpůsobovat tlak doteku dle reakcí klienta, vždy každou činnost zahajovat iniciálním dotekem. Prostředkem, kterým se uskutečňuje dotyk, jsou zdravotníkovy ruce, mohou se používat různé nástroje, které pomáhají zintenzivnit či zmírnit, zpříjemnit dotyky, jako je

voda využívaná při koupelích, různé typy látek a z nich vyrobené žínky (froté, bavlna, vlna), masti, mléka, oleje (Friedlová, 2007 s. 71-72; Tomová a Křivková, 2016 s. 104-105).

Podle výzkumu v Iránu z roku 2016 se u 60 pacientů s traumatickou poruchou mozku, hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče, prokázaly pozitivní účinky somatické bazální stimulace na úroveň vědomí. Tyto účinky byly zaznamenány na změnách fyziologických funkcí, a to na krevním tlaku a dechové frekvence (YekeFallah, 2018).

Mezi nejčastěji využívané techniky somatické bazální stimulace na ARO patří:

3.1.1 Iniciální dotek

Dotek jako takový patří k nejprimitivnější komunikaci lidí. Je velmi důležitý jak k vnímání těla a jeho okolí, tak i k poznávání jiných lidí ve společenském smyslu (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty pro základní kurz, s. 7).

Každý člověk má jisté své dotekové zóny, můžou se dělit na veřejné, hraniční a intimní. Je zřejmé, že veřejných dotekových zón se může dotýkat každý, to je čelo, ramena, paže, předloktí a paže, záda a kolena. Hraničních zón se dotýkat každý nemůže, od cizího člověka jsou takové doteky nepříjemné, vyvolávají pocity rozrušení, ale pacient je při upozornění, že se zde bude někdo dotýkat, snáší klidně. Hraniční zóny mohou být na vlasaté části hlavy, v obličeji, na krku, vnitřních stranách předloktí a dlaní, dále na bocích, stehnech a dolních končetinách. Intimní zóny jsou velmi citlivé, při dotýkání se těchto zón musí být zdravotník opatrný, vše slovně popisovat, aby byl pacient přichystaný na jeho doteky na těchto místech. Do intimních zón se nejčastěji řadí uši, ústa, přední strana hrudníku, obzvláště u žen, oblast genitálu a hýždí, viz PPŘÍLOHA P II dotekové zóny. Samozřejmě každý jedinec zóny může mít jinak rozvržené (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty pro základní kurz, s. 8).

Iniciálním dotekem by se měla zahájit každá aktivita, manipulace s klientem, protože chaotické a nekvalitní doteky vyvolávají u klientů, kteří jsou dlouhodobě imobilní, v kómatu a mají porušený obraz těla, ztratili kontakt s prostorem kolem sebe, neklid a strach. Přicházející osoba pomocí doteku na určeném místě klientova těla dle osobní biografické anamnézy a zvukovým vyjádřením přítomnosti předá klientovi vjem, že s ním bude pracovat, samozřejmě se představí, pozdraví a osloví klienta, většinou jménem u dětí a příjmením u dospělých osob. Iniciální dotek je individuální a u každého klienta je popsán na tabulce na viditelném místě poblíž klientova lůžka. Iniciálním dotekem začíná a končí každá přítomnost a činnost zdravotnického pracovníka s klientem. Dotek by měl být nejlépe

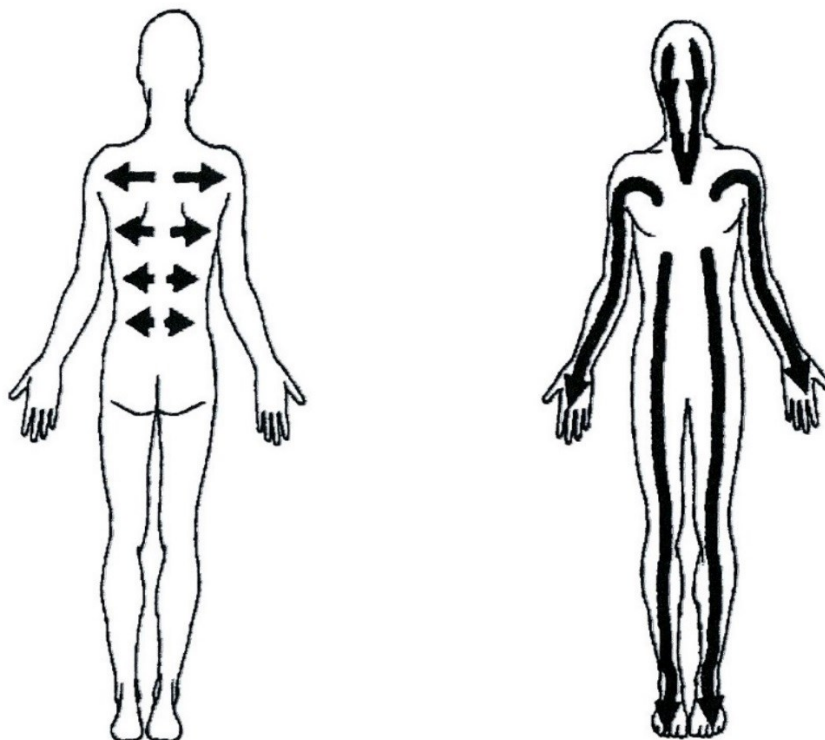
situován na rameno, předloktí, ruku, u dětí může být vhodné místo tvář, vždy musí být zřetelný s přiměřenou silou, ale nikdy agresivní. Iniciální dotyk musí bezpodmínečně používat všichni zdravotnický personál, který s klientem pracuje, vždy na stejném místě (Friedlová, 2007 s. 73-74; Zwettler, 2012 s.27-28).

Doteky se v ošetrovatelské péči využívají všude. V konceptu bazální stimulace je dotek brán velmi vážně, nejčastěji se využívá v polohování, při rehabilitaci, masážích a při poskytování pomoci v pohybu pacientů (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty pro základní kurz, s. 7).

3.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Technika zklidňující somatické stimulace se také někdy nazývá zklidňující koupel. Název napoví, že tuto techniku, jakožto i jiné další uvedené techniky, lze propojit spolu s hygienou klientů. Cílem této techniky je celkové zklidnění a uvolnění svalů, stimulace vnímání sebe sama (tělesného schématu), komunikace pomocí doteků. Na ARO se zklidňující koupel využívá u klientů ve vigilním kómatu, v kómatu, s tachykardií, se zvýšeným svalovým tonem, při probouzení z anestezie nebo při bolestech jako doplňující terapie. Principem zklidňující koupele jsou dotyky, tahy, pohyby zdravotnickových rukou po směru růstu ochlupení klienta, což navozuje příjemné pocity a zklidnění. Po celou dobu koupele myslí terapeut na stejný směr pohybů, jakákoliv změna směru proti růstu chlupů způsobí zneklidnění a negativní reakci klienta. Zpravidla koupel začíná v oblasti obličeje, je-li to nevhodné u konkrétního jedince, je možno stimulovat obličej až v závěru koupele. Obličej začínáme stimulovat oběma rukama současně po obvodu směrem ke středu a končíme kolem úst. Poté postupujeme na hrudník, současně stejně vykonáváme pohyby rukou směrem od středu ke stranám, kde mírně zvýšíme tlak k pomyslnému zakončení okraje těla. U žen se vynechává oblast poprsí, k mytí poprsí i obličeje se využívá asistované koupele, kdy vedeme ruku klienta a on si danou oblast myje sám s naší pomocí. Dále myjeme končetiny od velkých kloubů po ty nejmenší, na horní končetině postupujeme od ramene ke konečkům prstů, na dolní končetině od kyčle po prsty na nohách. Na končetinách je vhodné lehce přitlačit ruce v místě kloubu, poskytneme informaci o místě a velikosti daného kloubu. Nakonec stimulujeme záda stejným způsobem jako trup. Po celou dobu stimulace používáme obě ruce, vždy musí být jedna ruka položena na těle klienta, aby se nepřerušil kontakt mezi ním a terapeutem. Každý pohyb a přechod z části těla na jinou popisujeme a pojmenováváme. Pokud stimuluje terapeut nasucho, je možnost využití jak jeho vlastních rukou, tak i různých pomůcek (žíněk) vyrobených z vlny, froté ponožek, olejů, mastí a jiných

tělových krémů. Pokud terapeut stimuluje namokro, využívá se pro zklidnění teplota vody mezi 37 až 40°C (Friedlová, 2007 s. 76-80; Tomová a Křivková, 2016 s. 105-106).

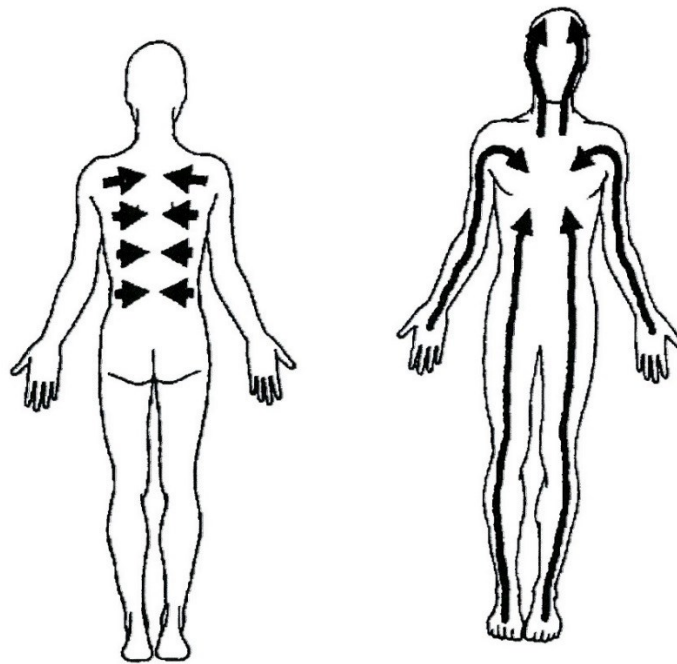


Obrázek 1 Zklidňující stimulace

(Zdroj: Dvořáková, *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz.*)

3.1.3 Somatická stimulace povzbuzující

Jako předchozí stimulace zklidňující se i stimulace povzbuzující může provádět nasucho a namokro, tu pak nazýváme koupeli povzbuzovací. Při povzbuzovací koupeli se využívá teplota vody nižší, než je teplota těla klienta, a to 23 až 28°C. Stejně jako u zklidňující, tak i zde se využívají nejrůznější typy žínek nebo jen ruce zdravotníka. Principem povzbuzující stimulace jsou pohyby, doteky a tahy terapeutových rukou proti směru růstu ochlupení na těle klienta. Tato stimulace se nejčastěji na ARO využívá u klientů v kómatu, v soporu, s ochablými svaly, s bradykardií. Nikdy se povzbuzující stimulace nesmí aplikovat klientům s aktuálním krvácením do centrální nervové soustavy a otokem mozku. Postup aplikace povzbuzující stimulace je stejný jako předešlá zklidňující, s rozdílem opačného směru pohybů, proti růstu chlupu. Po celou dobu stimulace sledujeme reakce klienta, jako je pulz a hodnoty krevního tlaku, které se mohou zvýšit až o 10-20 mmHg v systole (Friedlová, 2007 s. 81-82).



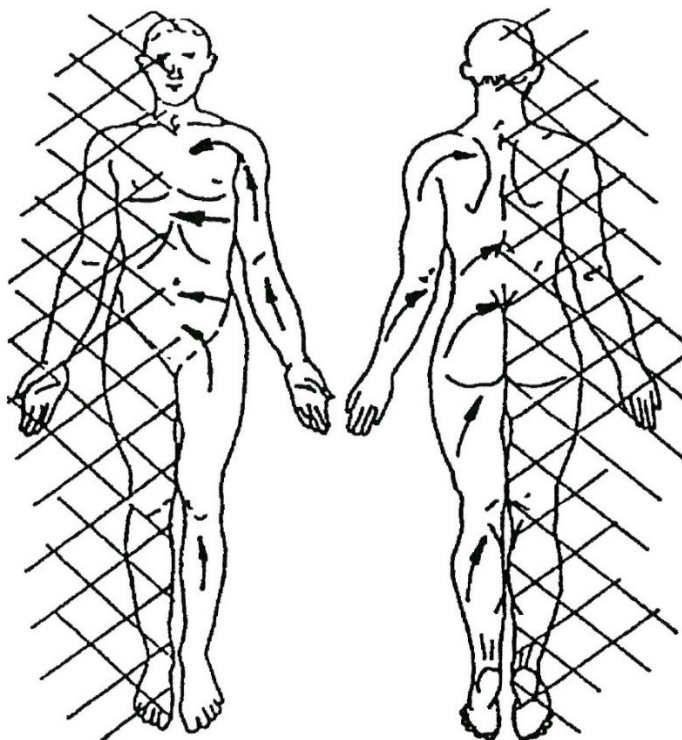
Obrázek 2 Povzbuzující stimulace

(Zdroj: Dvořáková, *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz.*)

3.1.4 Neurofyziologická stimulace

Tento typ stimulace je využíván nejčastěji u klientů po cévních mozkových příhodách a neurotraumatech s hemiparézou (částečná porucha pohybu na polovině těla), hemiplegií (úplná ztráta schopnosti pohybovat se). Aby se směla aplikovat neurofyziologická stimulace musí být bezpodmínečně zachováno vnímání na nepostižené polovině klientova těla, v opačném případě by přenos vjemů z nepostižené strany do postižené neprobíhal. Při postižení centrálního nervového systému může docházet ke změnám napětí ve svalech, což můžeme označit jako ochablost a spasmus. V případech ochablosti v končetině není žádné pnutí, pacient ji neudrží v daném postavení, padá. Ochablá polovina těla nemá povědomí o aktivitě zdravé poloviny. Je vhodné začít povzbudivě stimulovat ochablou část ihned po diagnostice. V opačném případě je jedna polovina nepoškozena a druhá spastická, má nadměrné pnutí ve svalech, v těchto situacích se aplikuje zklidňující stimulace na postiženou stranu. Aplikace neurofyziologické stimulace začíná vždy od horních končetin, poté pokračuje přes trup, dolní končetiny, záda a končí se obličejem. Terapeut se postaví na postiženou stranu klienta, využívají se opět jako v předchozích technikách žinky z různých materiálů nebo samotné ruce terapeuta vedené přes oblečení klienta nasucho. Princip stimulace spočívá v tom, že terapeut začíná stimulovat zdravou, nepostiženou polovinu těla

povzbuzující stimulací a přechází na stranu postiženou a tu stimuluje zklidňující technikou (při spazmu) s tím, že ve středu těla mírně zvýšíme tlak dotyku pro uvědomění si půlky těla. Pokud je aplikována během hygieny, teplota vody by měla být přibližně 30°C a tělo se osuší se ve stejném směru jako při stimulaci. Abychom podpořili vnímání postižené poloviny těla, polohujeme klienta na postiženou stranu tak, aby se postižená strana zatížila (Friedlová, 2007 s. 83-88; Bartůněk et al., 2016 s. 312).



Obrázek 3 Neurofyziologická masáž

(Zdroj: Dvořáková, *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz.*)

3.1.5 Diametrální stimulace

Diametrální stimulace je vhodná pro pacienty se spasmu končetin. Využívá se s cílem snížit tonus spastických svalů horních a dolních končetin, podporuje také pacientovi vnímat své tělo. Diametrální stimulaci můžeme aplikovat jako koupel, a to na celé tělo klienta, ale také pouze na postižené spastické končetiny i hrudník v případě trvalého překloneň klienta. Aby byla stimulace účelná, měli bychom dodržovat zásady aplikování BS, a to především vymezit si dostatek času, zajistit klidné prostředí a příjemnou teplotu v okolí pacienta. Ruce terapeuta by měly být teplé, aby byly na dotek pacientovi příjemné, totéž platí i pro používanou vodu při koupeli. Diametrální stimulaci provádí terapeut vždy oběma rukama jdoucími proti sobě (Dvořáková, *Bazální stimulace: Texty k nástavbovému kurzu*, s. 9).

- Stimulaci končetiny ve flexi provádíme tak, že postiženou končetinu stimulujeme pouze přes jeden nejvíce postižený kloub. Jednou rukou stimulujeme vnitřní stranu končetiny distálním směrem a druhou rukou vnější stranu končetiny směrem proximálním, zásada je, aby se obě ruce setkaly v místě kloubu. Vždy na stimulovanou končetinu vyvíjíme přiměřený tlak (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty k nastavbovému kurzu, s. 9).
- Stimulaci končetiny v extenzi provádíme obdobně jako u končetiny ve flexi. Při stimulaci končetiny v extenzi změním jen směr stimulace, vnitřní stranu stimulujeme směrem proximálním a vnější stranu stimulujeme distálním. Opět se ruce musí setkat na kloubu (Dvořáková, Bazální stimulace: Texty k nastavbovému kurzu, s. 9).

3.1.6 Polohování v rámci bazální stimulace

U člověka imobilizovaného na lůžku se začne měnit vnímání vlastního obrazu těla již po půl hodině, a to tak, že člověk přestává pociťovat vlastní hranice těla, nabývá pocitu, že jeho tělo je beztvaré. Po hodině a půl je vnímání zcela změněno, díky hlavně nafukovacím a antidekubitním matracím, při kterých člověk necítí nic pevného pod tělem. Při plánování změn poloh je nutné vycházet z aktuálního stavu klienta, jeho osobní biografie a respektovat jeho oblíbené polohy před tím, než byl hospitalizován na oddělení ARO, k tomu využijeme rodinné příslušníky. Pravidelným měněním poloh docílíme toho, že předáme vjemy o hranicích klientova těla. V rámci konceptu bazální stimulace se využívají dvě základní polohy, a to poloha mumie a poloha hnízda (Friedlová, 2007 s. 92; Bartůněk et al., 2016 s. 312; Válková, 2013).

- Polohu hnízda využíváme u nemocných při spánku, po zklidňující stimulaci nebo po masáži stimulující dýchání, v kómatu, s hypertenzí, se spazmy. Hnízdo „vyrobíme“ tak, že klienta uvedeme do zvolené polohy (bok, záda) a s využitím kuličkových hadů, smotaných dek nebo přikrývek a polštářů obskládáme klientovo tělo od ramene po rameno. Hlavu a končetiny můžeme polohovat pomocí smotaných ručníků, plyšáků. Můžeme využít osobní věci klienta dle biografie. Pomocí této polohy docílíme zklidnění a uvolnění klienta, určení hranic klientova těla (Friedlová, 2007 s. 93-99; Bartůněk et al., 2016 s. 312).
- Polohu mumie provádíme u velmi těžké poruchy vnímání vlastního těla, ve vigilních kómatech, kómatech a velmi neklidných klientů. Nesmí se aplikovat u klientů

s klaustrofobií (strachu z uzavřených, těsných prostor). Poloha mumie se aplikuje na zádech, klientovo tělo se zabalí do prostěradla směrem od prstů na nohách až po ramena a konce prostěradla se založí pod ramena klienta. Ruce se položí na hrudník, aby klient měl možnost vnímat své pohyby hrudníku při dýchání. Hlava, ramena, lokty, kolena a kotníky jsou mírně vypodloženy. Po obvodu těla naskládáme polohovací pomůcky jako při poloze hnízda (kuličkové hady, smotané deky, příkrývky) (Friedlová, 2007 s. 99-100; Bartůněk et al., 2016 s. 312; Válková, 2013).

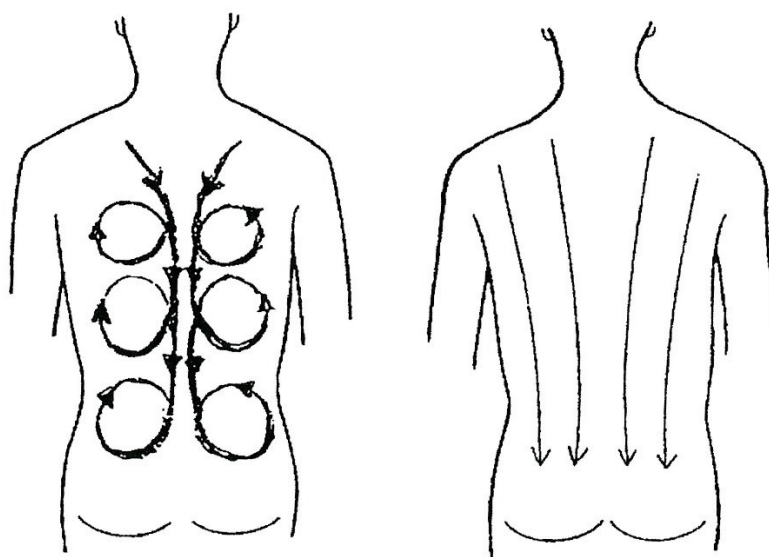
- Do obou případů polohování se může zapojit mikropolohování, což znamená, že se nemusí celá poloha těla každých 30 minut měnit, ale stačí nepatrně změnit polohu jedné končetiny, hlavy nebo jen mírně upravit úhel těla. K prvku BS mikropolohování se v praxi na ARO mohou využívat nejrůznější polohovací pomůcky jako válečky z molitanu, polštářky z paměťové pěny, kuličkové polštáře nebo i klasické ložní prádlo jako např. smotané prostěradlo, ručníky atd. Tímto prvkem BS se kvalitně podporuje vnímání pacientova těla a není to ani náročné na čas a sílu zdravotnického personálu na ARO (Friedlová, 2007 s. 99-100; Bartůněk et al., 2016 s. 312; Válková, 2013).

3.1.7 Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání

Lidé ztrácející povědomí o svém těle často začínají dýchat rychleji a povrchněji. Masírováním a stimulací dýchání se jejich dech pomalu zklidní a časem prohloubí. Masáž stimulující dýchání (dále jen MSD) se využívá na ARO u pacientů připojených na umělou plicní ventilaci (dále jen UPV) a s bolestmi, pomáhá klientům vnímat sebe sama, zklidňuje dýchání, podporuje odkašlávání. MSD je v podstatě masáž zad klienta prováděná stálým tlakem rukou terapeuta. Můžeme říct, že tato technika je velmi přínosná v komunikaci mezi zdravotníkem a klientem, jelikož jejich dýchání se během masáže synchronizuje. Masáž se provádí buď v rytmu dechu terapeuta, nebo podle frekvence UPV. Klienta položíme na bok, odhalíme záda. Při masáži by terapeut neměl mít chladné ruce, teplé ruce navozují pocit pohodlí. Je vhodné použít zahřátý olej nebo krém či pleťové mléko, aby ruce lépe klouzaly po pokožce zad. Masáž začínáme na zátylku, položíme zde obě ruce a pomalu jimi pohybujeme směrem dolů podél páteře k bedrům. Jednu dlaň přesuneme zpět na horní část zad a teprve poté i druhou, nikdy neopouštíme oběma rukama klientovo tělo. Tento pohyb zopakujeme ještě dvakrát, aby byla celá záda stimulována. Poté začínáme opět v horní střední části zad, postupujeme dlaněmi dolů s nádechem a s výdechem provedeme krouživý

pohyb směrem k okraji těla, pokračujeme zase s nádechem dolů a s výdechem opět provedeme dlaněmi kruh. Celkem tak uděláme tři kruhy pod sebou. Masáž by měla trvat alespoň tři až pět minut (Friedlová, 2007 s. 99-100; Bartůněk et al., 2016 s. 312; Tomová a Křivková, 2016 s. 109-110; Zwettler, 2012 s. 30).

Pokud se klient během masáže rozkašle, je vhodné zastavit masáž a provést kontaktní dýchání, kdy pomocí mírného tlaku na hrudník při výdechu a uvolnění při nádechu pomáháme zklidnit dech klienta. Při zahlenění můžeme s výdechem rukama vibrovat ze spodní části hrudníku směrem nahoru (Friedlová, 2007 s. 102-104; Bartůněk et al., 2016 s. 312).



Obrázek 4 Masáž stimulující dýchání

(Zdroj: Dvořáková, *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz.*)

3.2 Vibrační stimulace

Vnímání vibrací a chvění se vyvíjí již velmi brzy v prenatálním období života člověka. Embryo pociťuje vibrace přes stěnu děložní. Vibrační stimulace je využívána hlavně pro aktivaci a dráždění speciálních receptorů umístěných v kůži k vnímání vibrací a proprioreceptorů, které jsou umístěny ve svalech, vazivu a šlachách kostí a kloubů, nazývané receptory hlubokého cití. Vnímání probíhá od periferních částí těla do středu organismu. Každý člověk vibrace a chvění pociťuje zcela individuálně. Během těchto vibrací člověk může pociťovat samotnou hloubku svého těla. Vnímání vibrací a chvění podporuje držení těla při chůzi a pozornost člověka. Vibrace se využívají nejčastěji u klientů

připravujících se na nácvik mobilizace, nebo u klientů ve vigilním kómatu. Dle možností lze k aplikaci vibrační stimulace využívat předměty vyvíjející vibrace jako například elektrické zubní kartáčky, holicí strojky, vibrátory, ale také již speciální vibrační lehátka či podložky. Pokud není nic vhodné nebo dostupné, využívá se manuální vibrační techniky, která je prováděna vlastníma rukama zdravotníka. Aby zdravotník techniku manuální vibrační stimulace prováděl správně, musí mít teplé ruce, dále ruce položí na klientův kloub, aby jej po celém obvodu držel, a pomocí velmi malých až nepatrných pohybů spolu s mírným tlakem rukou na kloub aplikuje vibrace. Nejčastěji se využívá na horních a dolních končetinách, a to na velkých kloubech, dále pak se může zakomponovat do somatické stimulace, kdy se využívá vibrační stimulace hrudníku pro stimulaci dýchání. Stav klienta s rizikem nebo akutním krvácením je kontraindikací k aplikaci vibrací, taktéž varixy na dolních končetinách a jakákoliv porucha celistvosti kůže na těle (Friedlová, 2007 s. 107; Zwettler, 2012 s. 24, 31).

3.3 Vestibulární stimulace

U zdravého jedince dochází k neustálé stimulaci vestibulárního aparátu díky jeho schopnosti se pohybovat. Každý zdravý člověk díky chůzi, změnám polohy během dne, různým činnostem, které vyžadují další změny poloh těla, získává velké množství stimulů pro jeho vestibulární čili rovnovážné ústrojí. Pomocí vestibulárního aparátu a vnímání pomocí něj je člověk schopen určovat pohyby vlastní hlavy, a to rotaci, statiku a linii, zároveň udržuje rovnováhu těla, řídí koordinaci všech tělních pohybů. Vestibulární aparát je také odpovědný za stabilizaci oběhového systému při každé změně polohy či pohybu lidského těla. U jedinců, kteří nemají nebo ztratili schopnosti pohybu, dochází k výraznému omezení těchto potřebných vjemů, následkem může být až ztráta znalosti svého těla a neschopnost orientace v prostoru, nadměrné svalové napětí. Díky stimulaci vestibulárního aparátu pomáháme ve fyziologii přesunu endolymfy, tím následně dostávají vestibulární jádra v mozku dostatečně dost podnětů a následně tělo získá povědomí o poloze a prostoru, zároveň se sníží riziko nevolnosti a točení hlavy při změnách polohy a také dochází k uvolňování extenzorů a flexorů, čímž se klient do budoucna kvalitně připravuje na následnou rehabilitaci a mobilizaci. Vestibulární stimulaci je více než vhodné aplikovat u klientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci, v kómatu i vigilním kómatu a klientů imobilizovaných, nebo s omezením pohybu déle jak tři dny. Techniky vestibulární stimulace jsou na ARO dosti omezené z důvodu vážného stavu klientů, napojení na umělou plicní ventilaci, nestabilního

krevního oběhu atd. Techniky možné provádět na ARO jsou tedy otáčení hlavou klienta ze strany na stranu, tyto pohyby mohou být od zcela mírných až po výrazná otáčení hlavou, zásada této techniky je permanentní styk hlavy klienta s podložkou na lůžku, zdravotník vlastníma rukama drží klientovu hlavu, aby obličej nebyl zakryt. Pohybování hlavou stačí zrealizovat 3-5x dle stavu a reakcí klienta. U každého klienta před plánovanou změnou polohy by bylo vhodné provést tuto zmíněnou stimulaci jako prevenci kolapsu oběhového systému. Následně při změnách poloh se postupuje takto: nejprve se otočí hlava klienta ve směru budoucí polohy, následně se provede změna polohy. Měnění polohy těla klienta pomocí celého lůžka je vhodné u klientů oběhově nestabilních (Friedlová, 2007 s. 105-106; Tomová a Křivková, 2016 s. 110-111).

3.4 Optická stimulace

Na oddělení intenzivní péče, přesněji na oddělení ARO, je zrakových vjemů velmi málo. Z důvodu imobilizace, závažného zdravotního stavu, má klient, pokud dokonce není v kómatu, určitý malý prostor k zrakovým podnětům. Tento prostor je ve většině případů napohled chladný, s chudým množstvím zajímavých podnětů pro oko. Proto je důležité stimulovat i na takových odděleních zrakový smysl. Protože na ARO z hygienických důvodů není možné nainstalovat například televizi, lze opticky stimulovat i pomocí nástěnných hodin umístěných v zorném poli klienta, výrazně dávat klientovi najevo, zda je noc, či den, proto všechny možné ošetrovatelské činnosti provádět spíše ve dne a v noci se snažit o co největší zatemnění prostoru okolo klienta, pokud lze vypnout obrazovku na monitoru fyziologických funkcí, využijeme této možnosti. Barvy jsou velmi podněcujícím prvkem, pokud je možnost, ložní prádlo, pyžamo poskytneme osobní z domu klienta, nebo nemocniční barevné, například alespoň prostěradlo. Nejlepším stimulem pro klienta imobilizovaného v destimulujícím prostředí ARO oddělení jsou barevné obrázky, kresby dětí, fotky rodiny, kamarádů, ty nejen že stimulují zrak, ale i aktivují paměť. Ty se mohou připevnit na zeď okolo lůžka klienta tak, aby na ně přímo viděl při polohování na boky. Je-li možnost a klient má oblíbenou hračku z mládí, plyšáka, knihu či oblečení, umístí se tato osobní věc do momentálního zorného pole klienta, osobní věci vyvolávají u lidí pocit bezpečí a jistoty. Zrakovou stimulaci může zdravotník provádět aktivně tím, že nabízí, ukazuje pacientovi obrázky, palety barev, fotografie, nebo pasivně, a to změnami poloh klienta v lůžku, pro změnu jeho zorného pole, nejvhodnější polohou s nejširším zrakovým polem je poloha v sedě, tu volíme dle celkového zdravotního stavu. Dle osobní biografie se

nesmí zapomínat na to, že pokud klient nosil před hospitalizací na ARO dioptrické brýle, při aktivní zrakové stimulaci je vždy musí terapeut nasadit (Tomová a Křivková, 2016 s. 111-112; Zwettler, 2012 s. 33).

3.5 Orální stimulace

Mezi smysly nejcitlivější na vjemy patří chuť. Lidská ústa slouží k mnoha základním biologickým činnostem, které člověk ovládá od malička. Jsou to dýchání, komunikace, příjem potravy s tím spojené vnímání tvarů a hustoty potravin, chutí i vůní atd. Pokud je člověk v kómatu, či imobilizován a z důvodu jeho zdravotního stavu mu není umožněno přijímat vjemy pomocí úst, přichází deprivace. U takto postižených jedinců je právě tato chuťová stimulace vhodná. Techniky jsou prosté, použitím čtverečku gázy nebo štětičky můžeme chuťové vjemy lidem dopřát. Vycházíme opět z osobní biografie, zaměřujeme se hlavně na pozitivní chuť, ty vyvolávají pocity štěstí, jistoty. Pomocí gázy můžeme do úst vložit například čtvereček čokolády, oblíbené ovoce nebo v létě zmrzlinu, čímž dáme člověku vjem ročního období, protože zmrzlina je spojena s létem. Pomocí štětičky můžeme stimulovat chuťové pohárky oblíbenými tekutinami, ve kterých je štětička namočená, např. v pivu, kávě, čaji. Při orální stimulaci vždy uvádíme klienta do polohy v polosedě, či sedě dle celkového stavu, k napodobení přirozeného příjmu potravy (Zagermann, ©2019; Zwettler, 2012 s. 31).

3.6 Auditivní stimulace

Lidé hospitalizovaní na ARO či jiných oddělení intenzivní péče se dostali do úplně cizího prostředí. Zvuky, které se na těchto odděleních běžně vyskytují jako pípání přístrojů, zvláštní hučení klimatizace, UPV, zvonění telefonů, jsou pro těžce nemocné velmi depresivní, často vyvolávají pocity strachu, nejistoty, které se promítají do jejich fyziologických funkcí (hypertenze, tachykardie, tachypnoe). Účelem auditivní, sluchové stimulace je zprostředkovat lidem sluchové vjemy jim příjemné a známé. Nejjednodušší technikou stimulace je hlas jejich příbuzných, smích jejich dětí, vnuků, což souvisí s pravidelnými návštěvami. Dále dle biografie můžeme využít rádio a naladit oblíbenou stanici, kterou například pacient rád poslouchal v zaměstnání, při práci v domácnosti atd., pouštět koledy v období Vánoc, podle možností oddělení je také vhodné předčítání oblíbené knihy, časopisu. Tyto všechny zprostředkované vjemy pomáhají ve vybavování vzpomínek. Do auditivní stimulace patří samozřejmě oslovení pacienta, to vychází z biografie klienta. Díky

oslovení má pacient povědomí o přítomnosti další osoby v místnosti. Dalšími prvky mohou být zvuky z pacientova přirozeného prostředí, zvuky ze zaměstnání, domova jako např. štěkání psa, pláč a smích dětí, zvuky aut, vrtačky atd. Při poskytování auditivní stimulace musí být zdravotník opatrný, jelikož pacient nemůže utéci před nevhodnou hudbou či zvuky (Hatz-Casparis a Roth Sigrist, 2012, s. 127-128; Tomová a Křivková, 2016 s. 112, Zwettler, 2012 s. 31-32).

V Íránu byl v roce 2012 až 2013 proveden výzkum, zda aplikování auditivní stimulace pacientů v kómatu změní jejich úroveň vědomí. Auditivní stimulace byla prováděna u čtyřiceti pacientů po dobu 10 dnů, třikrát denně po 10 minutách. Měřením vědomí pomocí Glasgow Coma Scale (dále jen GCS) se přišlo na to, že bazální stimulace auditivní má velmi dobrý vliv na vědomí pacientů i těch v kómatu (Hoseinzadeh, 2017).

3.7 Olfaktorická stimulace

Olfaktorická stimulace znamená poskytování vjemů pomocí vůní. Vychází se opět z biografie klienta. Nabízí se příjemné a známé vůně spojené s různými událostmi, lidmi, ročním obdobím atd. Čichová stimulace se dá velmi lehce skloubit se stimulací auditivní i orální, kdy při návštěvě rodiny člověk cítí parfém své milované blízké osoby, nebo při poskytování chuťového vjemu kávy se mu nabídne její vůně. Vůně skořice a hřebíčku připomíná období Vánoc atd. Techniky olfaktorické stimulace jsou velmi jednoduché k praktickému využití, stačí například parfém klienta (klientky), či jeho manželky (manžela) použít na pyžamo, šátek a obléci klienta do takto neparfémovaného oblečení. Možné je využít také vonných olejů, sprejů po osobní hygieně nebo vjemy poskytovat ze speciálních skleněných lahviček naplněných různými vůněmi (Lippertová-Grünerová, 2013 s. 53).

3.8 Taktilně-haptická stimulace

Taktilně-haptická stimulace souvisí se smyslem hmatu nacházející se na rukách lidí. Od malička člověk poznává svět a věci kolem sebe pomocí hmatu a díky tomu si věci, jejich tvary a konzistenci i teplotu a povrch ukládá do paměti. Při hmatové stimulaci se využívají osobní, známé či běžné předměty. Hmatová stimulace je vhodná u pacientů hlavně neklidných. Do dlaní se vkládá například mobilní telefon, propiska, klíče. Poskytnuté hmatové vjemy zaměstnají klientovu paměť a tím se i uklidní, protože bude přemýšlet, co to je za předmět. Neznámé nebo neurčité předměty nejsou vhodné ke stimulaci, při nemožnosti identifikace vyvolávají neklid, nervozitu a stres. Taktilně-haptická stimulace úzce souvisí se

somatickou stimulací, při níž se používají různé materiály k dotykům. Například se mohou vyžívat různé tkaniny při provádění somatické stimulace. Klasická žínka je k povzbuzující somatické stimulaci vhodná, protože je drsnější povahy a více dráždí pokožku. Jemná bavlněná žínka nebo huňaté ponožky jsou zase vhodné pro somatickou stimulaci zklidňující (Tomová a Křivková, 2016 s. 113).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro tuto bakalářskou práci byla vybrána metodika kvalitativního výzkumu. Rozhodli jsme se zpracovávat čtyři kazuistiky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v nemocnici krajského typu ve Zlínském kraji.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat využitelné techniky bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Díličí cíle zkoumají jednotlivé oblasti technik bazální stimulace, a to somatickou stimulaci zklidňující, povzbuzující, masáž stimulující dýchání a stimulaci orální.

Kvalitativní výzkum je velmi pečlivý rozbor a studium informací a dat o zkoumaném jevu. Všechny informace o respondentech jsou zkoumány podrobně, do hloubky. Cílem kvalitativního výzkumu je vytvoření nových hypotéz, porozumění zkoumaného jevu (Olecká a Ivanová, 2010 s. 33).

4.1 Kazuistika

Kazuistika neboli případová studie je jednou z mnoha metod kvalitativního výzkumu. Případová studie je tak nazývána, jelikož předmětem výzkumu je případ jednoho jedince, nebo malá skupina jedinců. Každá kazuistika by měla být důkladná a kompaktní, tudíž by měla obsahovat informace od začátku sledovaného jevu, přes jeho vývoj až po ukončení a zhodnocení výsledků. Jde totiž o co nejvíce detailní popsání daného sledovaného jevu. Neměly by chybět informace o různých činitelích, co mohli ovlivňovat průběh a stav případu. Případovou studii lze využívat během ošetrovatelského procesu jako zdroj návrhů pro vyřešení různých problémů. Díky kazuistice se studenti zdravotnictví učí řešit ošetrovatelské problémy, kdy právě případová studie předstírá reálné situace ze života pacienta (Žiaková, 2009 s. 264-266; Kutnohorská, 2009 s. 76-84; Vévodová a Ivanová, 2015 s. 100).

Správná kazuistika, která splňuje vědecké a výzkumné požadavky, musí mít jistou formální strukturu, to znamená, že se musí skládat z anamnézy, katamnézy, analýzy, interpretace a závěru či diskuze (Žiaková, 2009 s. 264-266).

Anamnéza neboli informace o respondentovi před vznikem problému a daným sledovaným případem, by měla obsahovat všechny potřebné informace o životě, zdraví, chování a dalších sděleních souvisejících se sledovaným případem, ať už nemoci, stresové situace

aj., které jakkoliv ovlivnily průběh případu. Při sběru dat pro tvorbu anamnézy je dobré používat různé zdroje, pokud je to možné, v první řadě využít informace získané od samotného zkoumaného jedince, dále pak od jeho blízké rodiny, nedílnou součástí sběru dat je rozhovor s ošetřujícím personálem a využití informací ze zdravotnické dokumentace, nakonec k doplnění dalších informací můžeme využít vlastní pozorování klienta. Tyto osobní informace vyžadují jistý, většinou písemný souhlas osoby nebo jejího zákonného zástupce. Důležité je nezapomínat na ochranu osobních dat, tudíž vše musí být přísně anonymní (Žiaková, 2009 s. 264-266; Kutnohorská, 2009 s. 76-84).

Katamnéza znamená popis případu, jeho minulost a vznik. Zde můžeme zaznamenávat přesné popisy děje a emoční prožívání daných zkoumaných osob. Katamnéza musí dodržovat časovou osu. Jejím smyslem je co nejvíce přesný popis toho, co se reálně událo (Žiaková, 2009 s. 264-266).

Analýza a interpretace jsou samotné etapy výzkumu, které pozorují a následně nám říkají, co se v případě odehrávalo. V rámci analýzy rozebíráme samotný případ, vysvětlujeme, proč se respondent choval tak, jak se choval, co na něj působilo za činitele a jak se jeho chování měnilo za různých okolností (Žiaková, 2009 s. 264-266).

Diskuze a závěr zahrnuje výsledky z kazuistiky, nalezení problémů a doporučení k jejich následnému řešení. Je možné navrhnout kazuistiku k dalšímu budoucímu použití, například při studiu zdravotníků. V případě diskuze je jejím obsahem srovnávání našich výsledků výzkumu s již proběhlými výzkumy na stejné téma a jejich výsledky, a to jejich potvrzení, nebo naopak vyvrácení, také je možné porovnávat naše výsledky výzkumu s teorií daného tématu (Žiaková, 2009 s. 264-266).

5 KAZUISTIKA 1

5.1 Anamnéza

Jméno pacienta: pacient 1

Pohlaví: muž

Věk: 65 let

Základní diagnóza: Jaterní cirhóza

Z důvodu poruchy vědomí (sopor) nelze anamnézu odebrat od pacienta, proto byla k sepsání anamnézy použita dokumentace a rozhovor s ošetřujícím personálem.

Anamnéza při příjmu na anesteziologicko-resuscitační oddělení	
Rodinná anamnéza	Matka zemřela na úraz. Otec zemřel na rakovinu kostní dřeně před dvěma lety. Tři sourozenci jsou stále zdraví.
Osobní anamnéza	Stav po dekompenzacích jaterní cirhózy při jaterní encefalopatii. Drobná píštěl v sacru po zhojeném dekubitu IV. stupně. Esenciální hypertenze. Demence mírného až středně těžkého stupně. Stav po CMP s levostrannou hemipaprézou.
Alergická anamnéza	Dle dokumentace pacient není na nic alergický.
Farmakologická anamnéza	Furon 40mg ½-0-0 Trombex 75mg 0-1-0 Controloc 20mg 1-0-1 Verospiron 25mg 1-1-0 Normix 200mg 2-2-2 Kanavit gtt. 5-0-0 Lactulosa 20ml 1-1-1 Tiapridal 100mg 1-1-1
Psychosociální anamnéza	Dle dokumentace pacient nekouří a nepije alkohol, neužívá jiné návykové látky.

	<p>Pracoval jako dělník, nyní je důchodce.</p> <p>Žije v domově pro seniory.</p> <p>Je ženatý, má tři děti a jedno vnouče.</p> <p>Děti jej chodí střídavě každý den navštěvovat na ARO.</p> <p>Mezi jeho koníčky patří houbaření a fotbal, podle autobiografické anamnézy, kterou vyplnily jeho syn a dcera.</p>
Ošetrovatelská anamnéza při zahájení bazální stimulace	
Fyziologické funkce	<p>Krevní tlak (a. radialis): 180/60 mmHg</p> <p>Puls (a. radialis): 57/min</p> <p>Tělesná teplota: 36,9°C</p> <p>Saturace O₂: 98 %</p>
Vědomí a kontakt	<p>Porucha vědomí</p> <p>GCS 5</p> <p>Kontakt ztížený</p>
Orientace a spolupráce	Nespolupracuje
Dýchání	<p>UPV</p> <p>TSK č. 9, den 3</p>
Spánek	Nelze zjistit
Soběstačnost	<p>Nesoběstačný</p> <p>Pomoc nutná při hygieně, polohování, podávání výživy</p> <p>Test dle Barthelové 0</p>
Bolest	Nelze zjistit
Významný handicap	<p>Levostranná hemiparéza</p> <p>Porucha sluchu</p> <p>Porucha zraku</p>
Pomůcky	Brýle na čtení
Výživa a hydratace	<p>Problémy nelze zjistit</p> <p>Výživa parenterální</p> <p>Nasogastrická sonda č. 16, den 9.</p>
Vyprazdňování	Inkontinence stolice

	PMK č. 18, den 17. Poslední stolice v den odběru anamnézy
Kůže	Opruzeniny v tříslech Suchá kůže na DKK Mírné otoky rukou Na sacru zhojený dekubit Okolí TSK klidné, bez známek infekce
Invazivní vstupy	CŽK - vena subclavia dextra, den 9. Arteriální katetr – arteria radialis dextra, den 9. TSK – č. 9, den 3. PMK – č. 18, den 17. NGS – č. 16, den 9.

Tabulka Anamnéza 1

5.2 Katamnéza

Pacient přijatý na interní oddělení s jaterní encefalopatií při dekompenzované jaterní cirhóze. Zde se po tři dny zhoršovala mobilita, v noci nespával, byl neklidný, zmatený, komunikace byla velmi omezená. Po pěti dnech byl pacient nalezen ošetřujícím personálem na zemi vedle postele s poruchou vědomí, chrčel, nekomunikoval, zaznamenány spastické končetiny, nereagoval na pokyny personálu.

Z důvodu poruchy vědomí bylo rozhodnuto o překladi pacienta na neurologickou JIP k došetření. Zde podány léky Kepra 4 g i.v., Epanutin 750mg i.v., Vimpat 200mg i.v., ale bez objektivních změn stavu. Dále byla zavedena NGS. Z důvodu porušení nosní sliznice při zavádění NGS se objevilo krvácení z nosní dutiny i úst, proto nasazena hemostyptika Remestyp aplikována na tampon, a ten vložen do nosní dírky. Byla provedena lumbální punkce pro zjištění neuroinfekce, která nebyla potvrzena. Podán Ebrantil pro dekompenzovanou hypertenzi. I přes terapii porucha vědomí stále trvá. Postupem času se rozvíjelo respirační selhání, pacient nebyl schopný odkašlávat, proto byl domluvený překlad na ARO. Téhož dne, kdy byl pacient přijat na neurologickou JIP, byl přeložen na ARO. Při příjmu byl pacient soporózní se spastickou levostrannou hemiparézou. GCS 1+2+4.

Důležité diagnózy stran bazální stimulace jsou levostranná hemiparéza, demence a hypertenze.

K pacientovi jsem docházela každý den dopoledne, zůstávala jsem dle volného času. První den bazální stimulace jsem byla přítomna celou denní službu na oddělení, tudíž dvanáct hodin. Druhý den jsem přišla jen v dopoledních hodinách provést hygienu a ranní polohování, byla jsem u pacienta tři hodiny. Třetí den bazální stimulace jsem byla přítomna celé dopoledne, od 6 do 12 hodin, a čtvrtý den jsem byla přítomna do přeložení pacienta na NIP. Během mé přítomnosti na ARO jsem spolupracovala se všeobecnými sestrami, záchranáři a fyzioterapeuty.

U pacienta byla z důvodu hluboké analgosedace zahájena aplikace bazální stimulace až devátý den hospitalizace na ARO, kdy byla analgosedace zcela zrušena. Před zahájením bazální stimulace byl osloven syn a poté i dcery pacienta, byla jim vysvětlena podstata BS a následně byli všichni požádáni o vyplnění autobiografické anamnézy.

Po vyplnění autobiografické anamnézy bylo zjištěno, že pacienta budou chodit navštěvovat jen jeho děti, a to syn a dvě dcery. Podle jeho dětí chce být oslovován příjmením. Je ženatý, ale kvůli nemoci jej manželka s vnukem, který je ještě příliš malý, nemůže navštěvovat. Nyní je ve starobním důchodě, dříve pracoval jako dělník.

Mezi jeho záliby patří houbaření a sledování fotbalu jak v televizi, tak ve vsi, když hraje domácí tým.

Pacient je pravák, je nedoslýchavý na obě uši a nosí brýle na čtení. Rád poslouchá dechovku, kterou si pouští v rádiu potichu celý den. Oblíbenými barvami jsou modrá a červená. Má rád vůni petrklíčů a hřibů při procházkách v lese, při návštěvách a procházkách do společnosti se rád navoní parfémem.

Pánovo oblíbené jídlo je vepřo, knedlo, zelo. Naopak nenávidí špenát. Rád pije čistou jemně perlivou minerálku nebo kofolu.

Pán se koupe denně ve vlažné vodě, pokojovou teplotu preferuje spíše nižší. Na pokožku žádné masti nepoužívá, suchá kůže ho netrápí. Na nic alergický není. Oblíbenou ani neoblíbenou polohu nemá.

Pomocí pozorování pacienta byl ve třech oblastech, které jsou pro bazální stimulaci nejdůležitější (vnímání, komunikace a pohyb), sestaven plán bazální stimulace.

Pozorování vnímání:

- Pacient otevře oči na oslovení příjmením, ale bez fixace
- Na algický podnět nereaguje

- Při manipulaci s pacientem žádné reakce naznačující vnímání okolí
- Při odsávání pacient jeví známky dávení
- GCS 5

Pozorování komunikace:

- Pacient nevyjadřuje jakékoliv známky komunikace

Pozorování pohybu:

- Pacient je zcela bez spontánního pohybu končetin
- Na algický podnět nereaguje

Zjištění bylo takové, že pacient nemá reakce na podněty z okolí, tudíž primárně potřebuje informace o schématu svého těla a jeho blízkém okolí.

5.3 Analýza a interpretace

První den bazálně stimuluji péče, bylo nejprve určeno místo iniciálního doteku. Nápis s místem iniciálního doteku pak byl vyvěšen na posteli pacienta a nad psacím stolem všeobecné sestry, který byl v boxu pacienta, z důvodu toho, aby všichni zdravotnický personál k pacientovi přistupoval stejným způsobem. Z důvodu zavedení CŽK na levé straně, byl zvolen iniciální dotyk na pravém rameni. Již z autobiografické anamnézy je jasné, že oslovení bude formou příjmení a vykání. Vždy, když jsem přistupovala k pacientovi, jsem použila iniciální dotek, oslovila jsem jej, seznámila s datem, časem a tím, co budu dělat. Vždy se začínalo u pacienta ráno somatickou stimulací pomocí doteků, které jsou skvělým prostředkem k získávání informací o tělesném schématu. Doteky jsou také nástrojem komunikace, kdy díky nim ti, kdo přistupují k pacientovi, dávají informaci, že se bude s pacientem pracovat. Somatická stimulace byla prováděna jako zklidňující koupel v rámci ranní hygieny, pomůcky k hygieně byly první den použity jednorázové z důvodu toho, že pacient neměl u sebe své osobní. Začínalo se v 7 hodin ráno, nejprve jsem umyla obličej, následně trup, horní končetiny a dolní končetiny. Žínkou jsem myla pacienta ve směru růstu chloupků, což má uklidňující účinky. Pomocí asistovaného mytí, kdy byla do žínky vložena ruka pacienta a ta vedena mnou, byla provedena hygiena genitálu. Pomocí ručníku při sušení pokožky byla zklidňující stimulace ještě podpořena. Následně ve spolupráci se zdravotní sestrou byl pacient otočen, pokračovalo se v somatické stimulaci zklidňující na zádech, opět pomocí ručníku se stimulace ještě podpořila. Využila jsem možnost, že pacient leží na boku a pomocí tělového mléka jsem provedla masáž stimuluji dýchání, díky krouživým

pohybům a zapojení vibrací při výdechu pacienta. Následně jsem pomocí orofaciální stimulace provedla hygienu dutiny ústní, k tomu byla využita štětička namočená v ústní vodě Parodontax. Po ukončení hygienické péče jsem pacienta polohovala do polohy hnízda na zádech s mírně zvednutou horní polovinou těla, ve které byl pacient od 8 do 10 hodin dopoledne. Pod hlavou měl vložený malý polštář, pod rukama a rameny vloženou smotanou deku, která vedla pod dolními končetinami, těsně kolem hýždí a tím udávala hranice trupu, pod dolními končetinami měl vložený velký polštář a molitanový kvádr zapřený do chodidel k nastavení hranic těla. V této poloze pacient dvě hodiny odpočíval. V 10 hodin dopoledne jsem pacienta pomocí vestibulární stimulace připravila na polohování na pravý bok, tedy otočila jsem pacientovu hlavu na pravou stranu na několik vteřin, následně za pomoci všeobecné sestry pacienta uvedla do polohy na pravý bok, na ruce si nanasla trochu tělového mléka a provedla jsem masáž stimulační dýchání s využitím vibrací. Poté jsem pacienta napolohovala do polohy hnízda, kdy byly k polohování využity stejné pomůcky jako v předchozí poloze hnízda. Jen navíc byl použit polštář, který byl vložen mezi kolena pacienta. V poloze na pravém boku byl pacient od 10 do 12 hodin dopoledne. Ve 12 hodin jsme spolu se všeobecnou sestrou pacienta polohovaly, nyní opět na záda, a to z důvodu plánované rehabilitace. Ještě před změnou polohy stejně jako před poslední polohou byla provedena stejným způsobem MSD. Poté jsme pacienta položily na záda a pomocí polohovacích pomůcek jsme je uvedly do polohy hnízda obdobně jako ráno. Po několika minutách přišla fyzioterapeutka, která u pacienta prováděla pasivní cvičení a kontaktní dýchání, právě u kontaktního dýchání bylo zpozorováno celkové uklidnění pacienta, jeho tep a tlak se snížily. Ve 14 hodin odpoledne byl pacient opět polohován, použila se vestibulární stimulace pomocí otočení pacientovy hlavy ve směru následného točení, tentokrát na levou stranu, po několika vteřinách jsme pacienta otočily na levý bok, provedla se MSD s vibracemi za použití ošetřující pěny na pokožku a uvedly jsme pacienta do polohy hnízda stejně jako v předchozích situacích. Asi za hodinu, v 15 hodin, přišel na návštěvu syn pacienta. Nejprve jsem syna informovala o iniciálním doteku a poprosila jej, aby někdo z rodiny přinesl osobní hygienické pomůcky pacienta. Následně jsem šla informovat pacienta, při přístupu k pacientovi jsem využila iniciální dotyk a oslovila jsem jej, obeznámila jsem ho, že za ním přišel na návštěvu syn. Na začátku návštěvy syn použil iniciální dotek a na pacienta celou dobu mluvil, hladil jej po rukách a držel ho za ně. Při odchodu opět využil iniciální dotyk a rozloučil se. V 16 hodin byla u pacienta provedena MSD pomocí ošetřující pěny na pokožku s využitím vibrací a s pomocí sestry byl pacient

polohován na záda. Snažila jsem se pacienta uvést do polohy mumie, kvůli rychlému pulzu a vysokému tlaku ale nakonec z důvodu malého manipulačního prostoru a mnoha invazivních vstupů byla zvolena opět poloha hnízda, k ní byly využity opět stejné pomůcky jako v předešlých situacích. Z důvodu rozrušení pacienta jsem provedla kontaktní dýchání, přiložila své ruce na hrudník pacienta a s výdechem jsem mírně přitlačila, s nádechem zase uvolnila stisk rukou na hrudníku. Při odchodu jsem využila iniciální dotyk a rozloučila se.

Druhý den bazálně stimulující péče jsem přišla k pacientovi, využila iniciální dotyk a přivítala jsem se s ním, informovala pacienta o datu a času. Popsala, co bude následovat, že budeme provádět hygienu. Po připravení všech pomůcek byla aplikována neurofyziologická koupel pro podporu levé paretické strany těla, stoupla jsem si na levou stranu lůžka pro lepší koordinaci pohybů. K hygieně bylo použito osobní mýdlo, žínka a ručník, který zajistil syn pacienta na mou žádost, takže během hygieny byla využita jak somatická, tak olfaktorická a taktilně-haptická stimulace. Začala jsem mytí obličeje, následovaly ruce, způsobem, že jsem nejprve umyla nepostiženou ruku směrem proti růstu chlupů a následně druhou ruku paretickou, kterou jsem myla opačným způsobem, po směru růstu chlupů. Trup se myl směrem od zdravé strany k postižené a dolní končetiny stejně jako horní končetiny. Při mytí postižené strany se vždycky mírně zvýšil tlak na končetinu. Za asistovaného mytí byl pacientovi umyt genitál. Stejný postup neurofyziologické stimulace byl využit při osušování pacienta, pro větší intenzitu stimulace. Po mytí zad byla provedena MSD s využitím vibrací, dnes byla použita kafrová tekutina. Dále byla vyčištěná dutina ústní pomocí orofaciální stimulace za pomoci štětičky namočené v ústní vodě Parodontax. Nakonec hygieny byl nastříkán pacient parfémem, který přinesl jeho syn, tudíž měl pacient další olfaktorickou stimulaci. Po lékařské vizitě jsme pacienta polohovali na levý bok do polohy hnízda. Před změnou polohy se provedla vestibulární stimulace pomocí otočení hlavy pacienta na levou stranu a po několika vteřinách jsme pacienta otočili na bok. Ruce až po ramena měl vyopodloženy smotanou dekou, která vedla přes břicho pacienta, mezi kolena měl vložený velký polštář, tak aby byly celé nohy jakoby obalené polštářem a chodidla zapřená do molitanového kvádrů pro ukončení tělních hranic. Za záda měl vložený velký nadýchaný polštář. V této poloze pacient ležel hodinu a půl, tedy od 8:30 do 10. hodiny dopoledne. Během této doby jsem pacientovi pouštěla v rádiu dechovkové písničky, rádio bylo postavené na stoleček vedle postele pacienta. Po 10 hodině byla ukončena auditivní stimulace a pomocí iniciálního dotyku jsem se s pacientem rozloučila.

Třetí den bazálně stimulující péče, za použití iniciálního dotyku, jsem se přivítala s pacientem, informovala o nadcházejícím. Jako v druhém dnu byla prováděna hygiena pomocí neurofyziologické koupele, využity byly osobní hygienické pomůcky pacienta. Při koupeli jsem vždy vycházela z autobiografie a používala vlažnou vodu ke koupeli. Začínalo se mytí obličeje, tentokrát pomocí asistovaného mytí, kdy jsem vložila pacientovu pravou ruku do žínky a vedením své ruky si myl obličej. Následně jsem již myla tělo pacienta sama, nejprve zdravou, pravou horní končetinu proti růstu chlupů a pak levou paretickou horní končetinu, po směru růstu chlupů, při mytí postižené strany pacienta jsem mírně zvýšila tlak na končetiny. Poté jsem myla břicho stejným způsobem, ze strany pravé na levou, následovaly dolní končetiny, obdobně jako horní končetiny. Zase jsem využila asistované mytí genitálu. Záda byla umyta opět od pravé strany na levou. Sušení pacienta jeho ručníkem bylo provedeno stejnou neurofyziologickou stimulační technikou. Provedla jsem MSD s vibracemi a při tom jsem natřela záda pacienta kafrovou tekutinou. Po koupeli byla orofaciálně stimulována dutina ústní, pomocí štětičky namočené v ústní vodě Parodontax a jednorázového kartáčku. Po ukončení hygieny byl pacient olfaktoricky stimulován pomocí jeho parfému. Vestibulární stimulací, otočením hlavy na levou stranu byl připraven na otočení na levý bok. Uložili jsme pacienta na levý bok do polohy hnízda, za záda mu vložili velký polštář, mezi dolní končetiny poskládanou kapnu a podél celých končetin ji smotali tak, aby obepínala nohy. Plosky nohou byly opřeny do kuličkového vaku, pod ruce a ramena byla vložena smotaná deka a hlavu podložena malým polštářkem. V této poloze pacient odpočíval od 8 do 10 hodin dopoledne. Během toho jsme pustila pacientovi dechovkové písničky z rádia, jež jsem položila na stoleček vedle lůžka pacienta. V 10 hodin byla ukončena auditivní stimulace a pacienta jsme otočili na záda, provedla jsem vestibulární stimulaci otočením hlavy na pravou stranu a následně jsme pacienta otočili na pravý bok. Provedla jsem MSD s vibracemi s použitím tělového krému a následně jsme pacienta uvedli do polohy hnízda úplně stejně, jako když byl na levém boku. Totéž bylo provedeno ve 12 hodin, kdy byl pacient otočen na záda, uveden do polohy hnízda se zvýšenou částí lůžka pod hlavou, tak aby skoro seděl. Vysvětlila jsem mu, že mu dám ochutnat kofolu. Provedla jsem orofaciální stimulaci obličeje a štětičku namočenou v kofole jsem vložila do úst asi pětkrát, poté jsem ukončila stimulaci. Zaznamenala jsem si, že první dvě štětičky pacient cucal, další již ne. Po uklizení pomůcek jsem se s pacientem pomocí iniciálního dotyku rozloučila.

Čtvrtý den bazálně stimulující péče, obdobně jako předchozí dny, byla provedena hygiena pomocí neurofyziologické stimulace a MSD. Následně umyta dutina ústní a pacient navoněn

jeho parfémem. Z důvodu překladu na jiné oddělení jsem pacienta informovala o ukončení bazální stimulace v mé přítomnosti a naposledy jsem ho osobně uvedla do polohy hnízda na zádech. Tentokrát byl využit kuličkový had na podložení horních končetin, který podkládal i dolní končetiny pod stehny a tvořil tím velké U. Nohy byly podloženy dvěma velkými polštáři, každá noha jedním, nakonec byly nohy zapřeny do kuličkového vaku, pro ukončení hranic těla. Rozloučila jsem se s pacientem iniciálním dotykem, při tom se na mě pacient podíval a kývl mírně hlavou.

5.4 Diskuse kazuistiky 1

Vždy když jsem přistoupila k pacientovi, oslovila jsem jej, pozdravila a použila iniciální dotyk. První den se pacient pokaždé lekl, postupem času a četnosti této komunikace i ze strany ošetřujícího personálu si pacient zvykal a při překladu na NIP se již nelekal.

U pacienta byla každý den prováděna somatická stimulace. První den somatická zklidňující stimulace z důvodu doznívající analgosedace a pacientova rozrušení. Po aplikaci zklidňující stimulace se krevní tlak snížil ze 170/55 torrů na 150/40 torrů, pulz se snížil z 90' na 80', během zklidňující stimulace jsem zpozorovala zavírání očí pacienta.

Druhý den při neurofyziologické stimulaci byla u pacienta pozorována nejistota a neklid. Proto mu vše bylo komentováno, co dělám a co dělat budu. Třetí den při neurofyziologické stimulaci byl pacient výrazně klidnější. Čtvrtý den po zmíněné stimulaci dokonce mírně stiskl pravou rukou polštář.

Při provádění masáže stimulující dýchání byl pacient většinou rozrušený, měl vysoký krevní tlak a puls, saturace mu poklesla o 5 %, po ukončení byl pacient vždy odsát z dýchacích cest a fyziologické funkce se ustálily v normálních hodnotách. Protože byla MSD prováděna pravidelně a pacient byl pobízen k odkašlávání při vibracích, po třech dnech se pacient poprvé snažil bez pobízení odkašlávat, nejspíše z důvodu uvolnění většího množství hlenů, které byly následně odsány z dýchacích cest.

Při neklidu první den jsem prováděla kontaktní dýchání, z důvodu neklidu pacienta, projevující se zvýšením krevního tlaku o 20 torrů, pulzu o 30' a vyděšeným otevřením očí dokořán. Při kontaktním dýchání se pacient po 10 minutách zklidnil, fyziologické funkce se snížily a pacient začal zavírat oči.

Při polohování do hnízda byl pacient vždy zatnutý a fyziologické funkce mu stouply. Po uložení do polohy hnízda se začal pacient zklidňovat, fyziologické funkce začaly klesat do původních hodnot před otáčením.

Vestibulární stimulaci pacient vnímal pozitivně, žádné negativní reakce jsem nepozorovala. Žádné výkyvy fyziologických funkcí ani zatínání svalů se neprojevovalo, jen vždy otevřel oči a sledoval okolí.

Během návštěvy syna pacienta hned první den bylo možné pozorovat, jak se pacient zklidnil, krevní tlak měl 130/50 a pulz 65', sledoval okolí, ale nezafixoval. Byl zcela uvolněný, usínal.

Při auditivní stimulaci pomocí hudby z rádia, kdy jsem pouštěla dechovku, jsem pozorovala, že pacient vždycky usnul.

Reakce pacienta na orální stimulaci pomocí kofoly byly zajímavé. Nejdříve byl rozrušený, že mu něco dávám do úst. Po chvíli se uvolnil, otevřel ústa a začal cucat štětičku. Po páté štětičce přestal cucat a otevíral ústa. Pochopila jsem, že již nechce, a tak jsem ukončila stimulaci.

Cíle bylo dosaženo, všechny zkoumané oblasti bazální stimulace byly aplikovány a popsány.

5.5 Závěr kazuistiky 1

Bazální stimulace u pacienta trvala od vysazení analgosedace do přeložení na následnou intenzivní péči (dále jen NIP), celkově tedy necelé čtyři dny. Po dvou dnech byl pacient schopen na oslovení jeho příjmením otevřít oči a fixovat pohledem člověka, jenž jej oslovil. Na algický podnět mírně zatnul pravou ruku nebo stiskl peřinu. Při nečekaném ruchu v jeho boxu se snažil očima hledat zdroj zvuků. Při rozrušení bylo aplikováno kontaktní dýchání, po několika minutách se pacient zklidnil, jeho tep i krevní tlak se postupně dostal do fyziologických hodnot. Nyní GCS 10.

Po přeložení pacienta na NIP jsem se zkontaktovala se všeobecnou sestrou, která si pacienta převzala do péče. Byla jsem příjemně překvapena, protože na NIP všechny všeobecné sestry i ošetřovatelky byly proškoleny v Konceptu bazální stimulace a u všech pacientů jej využívaly, proto jim byla nabídnuta možnost převzít si dosavadní informace o aplikaci bazální stimulace u tohoto pacienta. Tuto možnost využily a v bazální stimulaci pokračovaly.

6 KAZUISTIKA 2

6.1 Anamnéza

Jméno pacienta: pacient 2

Pohlaví: žena

Věk: 77 let

Základní diagnóza: Akutní respirační hyperkapnické selhání, chronické srdeční selhávání s dekompenzací, těžká obezita, chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) s akutní exacerbací

Z důvodu poruchy vědomí nelze anamnézu odebrat od pacientky, proto byla použita k sepsání anamnézy dokumentace pacienta a rozhovor s ošetřujícím personálem.

Anamnéza při přijetí na anesteziologicko-resuscitační oddělení	
Rodinná anamnéza	Podle ošetřujícího lékaře je bezvýznamná.
Osobní anamnéza	Od ledna 2019 městnavé srdeční selhání s otoky DKK. Při infekci exacerbace CHOPN. Stav po pravostranné bronchopneumonii. Stav po erysipel cruris na pravé dolní končetině. Chronická dušnost související s obezitou, CHOPN. Esenciální hypertenze III. stupně. Fibrilace síní. Alimentární obezita. Cysty pravého vaječníku.
Gynekologická anamnéza	Pacientka 2x porodila, potrat neměla ani jeden. Menopauza nastoupila v 55 letech. Pacientka trpí cystami pravého vaječníku.
Alergická anamnéza	Pacientka alergická na léčiva Zyrtec, Doxybene, Dimexol
Farmakologická anamnéza	Prestarium Neo 5mg ½-0-0 Verospiron 25mg 0-1-0 Coryol 6,25mg 1-0-1 Euphyllin 200mg 1-0-1

	Sortis 10mg 0-0-1 Furorese 125mg ½-½-0 Epilan D Gerot 1-0-1 Phenaemal 100mg 1-0-1 Detralex 500mg 1-0-1 Kalium chloratum 500mg 1-0-0 Warfarin 5mg 0-½-0 Atroven N inhalace 1-1-1
Psychosociální anamnéza	Pacientka dříve pracovala jako dělnice, nyní je ve starobním důchodu. Žije se synem v rodinné domě. Dříve kouřila, po diagnostice CHOPN již nekouří, nepije alkohol, neužívá jiné návykové látky.
Ošetrovatelská anamnéza v den zahájení bazální stimulace	
Fyziologické funkce	Krevní tlak (a. radialis): 270/90 mmHg Puls (a. radialis): 91/min Tělesná teplota: 37,1°C Saturace O ₂ : 98 %
Vědomí a kontakt	Porucha vědomí GCS 6 Kontakt ztížený
Orientace a spolupráce	Nespolupracuje
Dýchání	UPV TSK č. 9, den 2
Spánek	Nelze zjistit
Soběstačnost	Nesoběstačná Pomoc nutná při hygieně, polohování, podávání výživy Test dle Barthelové 0
Bolest	Nelze zjistit
Významný handicap	Porucha sluchu Porucha zraku
Pomůcky	Brýle na čtení

Výživa a hydratace	Problémy nelze zjistit Výživa parenterální Nasogastrická sonda č. 18, den 10.
Vyprazdňování	Inkontinence stolice PMK č. 16, den 0. Poslední stolice v den odběru anamnézy
Kůže	Suchá kůže na DKK DKK od kolen dolů stav po erysipel cruris Okolí TSK klidné, bez známek infekce
Invazivní vstupy	CŽK - vena jugularis interna dextra, den 10. Arteriální katetr – arteria radialis dextra, den 10. TSK – č. 9, den 2. PMK – č. 16, den 0. NGS – č. 18, den 10.

Tabulka Anamnéza 2

6.2 Katamnéza

Pacientka hospitalizovaná v lednu roku 2019 na interním oddělení pro bronchopneumonii vpravo a mikrobiální ekzém na PDK. Po úspěšném přeléčení antibiotiky byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování ve stabilizovaném stavu.

24. března byla pacientka přivezena rychlou zdravotnickou pomocí (dále jen RZP) na interní ambulanci pro silnou dušnost trvající již 14 dnů, která se stále zhoršuje. Již v RZP byl pacientce aplikován Hydrocortison 200mg i.v. a Syntophyllin 240mg i.v. Po přijetí pacientky na interní oddělení bylo v terapii ponecháno aplikování Syntophyllinu i.v. Pacientka byla oběhově stabilní, kvůli zhoršující se dušnosti byl domluven téhož dne překlad pacientky na interní JIP.

Na interní JIP byla pacientce zajištěna neinvazivní ventilace pomocí obličejové masky, kvůli stále se zhoršující dušnosti. I přes zavedenou terapii se pacientce respirační insuficience s nárůstem hyperkapnie stále zhoršuje, proto je domluven překlad ještě toho dne na ARO k další terapii.

Na ARO indikována celková analgosedace do stabilizace stavu.

Důležité diagnózy stran bazální stimulace jsou hypertenze III. stupně a obezita.

K pacientce jsem docházela každý den, zůstávala jsem dle volného času. První den bazální stimulace jsem byla přítomna celou denní službu na oddělení, tudíž dvanáct hodin. Druhý a třetí den jsem přišla jen v dopoledních hodinách od 6 do 12 hodin. Čtvrtý den jsem byla přišla ve 13 hodin a zůstala jsem dvě hodiny. Poslední pátý den jsem přišla na 6 hodin a zůstala jsem do přeložení pacientky na NIP. Během mé přítomnosti na ARO jsem spolupracovala se všeobecnými sestrami, záchranáři a rehabilitační pracovníci.

Jelikož byla pacientka od přijetí hluboce analgosedována, bazální stimulaci jsem mohla aplikovat až po 10 dnech hospitalizace, kdy byla analgosedace úplně zrušena. Nejprve jsem oslovila syna pacientky a vysvětlila jsem mu podstatu bazální stimulace, následně jsem ho požádala, aby vyplnil autobiografickou anamnézu pacientky.

Po vyplnění autobiografické anamnézy synem pacientky jsem zjistila, že jedinými návštěvami paní je její syn a jeden vnuk. Paní je zvyklá na oslovení příjmením. Je již ve starobním důchodě, ale dříve pracovala jako dělnice. Paní je několik let vdova, měla šťastné manželství, ze kterého má dva syny a jednoho vnuka. Bydlí v rodinném domě se synem a vnukem.

Paní je pravačka, nedoslýchá na obě uši a nosí brýle na čtení. Ráda během dne poslouchá české písničky, ale jen krátkodobě a hodně nahlas, nejčastěji poslouchá rádio Impuls. Její oblíbenou barvou je modrá.

Jelikož paní ráda vaří, jejími oblíbenými vůněmi jsou čerstvě smažené řízky a káva. S tím souvisí její oblíbené jídlo, a to řízky a bramborový salát, má ráda černou kávu a občas víno, přes den pije obvykle čistou vodu, má ráda mlsání hořké čokolády. Často si vyjde s kávou na zahrádku, velmi se jí líbí vůně jarních květin a kávy. Podle syna nesnáší, když se připálí nějaké jídlo, a velmi slazené nápoje.

Paní se koupe každé ráno spíše vlažnou vodou, jinak preferuje na obličej velmi studenou vodu, teplotu prostředí upřednostňuje pokojovou. Často si maže stehna kafrovou mastí, jelikož ji často pobolívají a mají i suchou pokožku. Je alergická na určitá antibiotika. Na dolních končetinách má pod kolena známky po vyhojené růži.

Paní má ráda polohu na boku, na které také usíná, nemá ráda polohu na břiše, protože se jí špatně dýchá.

Pomocí pozorování tří oblastí (komunikace, vnímání a pohybu) sestaven plán bazální stimulace. Níže uvedeno pozorování a následně průběh bazální stimulace.

Pozorování vnímání:

- Pacientka se oslovení příjmením snaží otevřít oči, spíše je pootevře
- Na algický podnět reaguje grimasou v obličeji
- Náznak pootočení hlavy za zvuky v okolí
- GCS 6

Pozorování komunikace:

- Snaha o komunikaci minimální, spíše jen grimasy na algické podněty
- Jinak bez reakce a známek komunikace

Pozorování pohybu:

- Náznaky točení hlavy za zvuky v okolí
- Na výzvu pootevře oči a ústa

Celkově pozorování ukazuje, že pacientka reaguje jen minimálně na podněty přicházející z jejího okolí, proto je její primární potřebou získávat informace o schématu svého těla a o svém okolí.

6.3 Analýza a interpretace

První den bazálně stimulující péče byl zahájen zvolením místa iniciálního doteku. Cedule s nápisem místa iniciálního doteku byla vyvěšena na postel pacientky a nad pracovní stůl ošetřující všeobecné sestry na boxu pacientky, tak aby všichni, kdo přichází pracovat s pacientkou, k ní přistupovali jednotně. Dle autobiografické anamnézy a dohody s rodinou pacientky se paní oslovovala formou vykání a jejím současným příjmením. Při příchodu k pacientce jsem ji oslovila a použila iniciální dotek. Řekla jsem jí své jméno, datum a čas a co se bude následně dít. Informovala jsem ji o nadcházející hygienické péči a nachystala jsem všechny potřebné osobní hygienické pomůcky paní, začala jsem hygienu technikou somatické zklidňující stimulace, z důvodu doznívající analgosedace a velkého rozrušení pacientky. Nejdříve byl umyt obličej, při tom paní vše okolo pozorovala. Následně bylo umyto břicho od středu ke kraji, při mytí poprsí se využilo asistovaného mytí. Postupovala jsem v mytí horních končetin po směru růstu chloupků, poté stejně i dolních končetin. Genitál jsem myla taktéž pomocí asistovaného mytí. Při sušení byla aplikována opět

zklidňující stimulace, pro větší intenzitu účinku. Po otočení pacientky na bok jsem umyla záda bazálně zklidňující koupelí opět od středu zad ke kraji, osušila záda stejným způsobem a aplikovala MSD s vibracemi za použití kafrové tekutiny. Po položení pacientky na záda pomocí orofaciální stimulace byla vyčištěna dutina ústní, nejprve jazyk štětičkou od středu ke kraji jazyka, následně zuby a dásně. Po hygieně jsem paní navoněla její voňavkou, kterou měla mezi svými osobními hygienickými pomůckami. Následně byla pacientka vestibulárně stimulována a nachystána k otočení na pravý bok, kdy se její hlava točila na pravou stranu, následně byla paní otočena na pravý bok. Za záda jí byl vložen kuličkový vak, mezi nohy poskládaná příkrývka, tak že podél končetin byla smotaná, aby vymezila okraje těla, nohy byly zapřeny o molitanový kvádr a ruce s rameny podloženy smotanou dekou, která byla v podobě U, pod hlavu měla paní malý polštářek. V poloze na pravém boku paní odpočívala dvě hodiny, od 8 do 10 hodin. Po 10. hodině jsme paní položili na záda, opět ji napoložovali do hnízda, stejnými pomůckami jako dříve. Informovala jsem ji o tom, že jí dám do úst štětičku s čajem. Nejdříve jsem paní zvýšila lůžko pod hlavou, aby byla v sedu, poté jsem provedla orofaciální stimulaci obličeje, na podporu polykání a do úst vložila štětičku napuštěnou čajem. Během 10 minut jsem štětičku několikrát napustila novým čajem. Po 10 minutách byla odstraněna z úst poslední štětička a ústa pacientky utřena ubrouskem, pacientka byla dále informována o nadcházející rehabilitaci. Každý den k pacientce docházela fyzioterapeutka, prováděla pasivní cvičení i kontaktní dýchání, u kterého se pacientka vždy uklidnila, někdy i usnula. Po ukončení rehabilitace jsem pacientku stimulovala vestibulárně, otočila jí hlavu nalevo a následně jsme ji otočili na levý bok. Před upravením polohy byla provedena MSD s vibracemi za použití tělového krému. Následně upravena poloha pacientky do hnízda, stejně jako když ležela pacientka na pravém boku. V této poloze paní odpočívala dvě hodiny, od 12 do 14 hodin. Následně jsme paní stejným způsobem i s MSD polohovali ve 14 hodin na pravý bok a následně v 16 hodin na záda. V 18 hodin jsem se s paní iniciálním dotykem rozloučila a sdělila jsem jí, že přijdu zase zítra.

Druhý den bazálně stimulující péče, již byla pacientka zcela bez účinků analgosedace. Při příchodu jsem provedla iniciální dotyk, přivítala se s pacientkou, sdělila jí mé jméno, datum a čas. Seznámila jsem ji s následujícími kroky, s hygienickou péčí. Nachystala jsem si dle autobiografie vlažnou vodu a osobní mýdlo pacientky, žínku jsem používala jednorázovou a osobní ručník pacientky. Tento den byla prováděna hygiena pomocí povzbuzující somatické stimulace. Začínala asistovaným mytím obličeje, kdy byla vedena ruka pacientky, aby si sama umyla obličej, pokračovalo se dál v asistovaném mytí tak, že si pacientka umyla

ňadra. Dále jsem umývala břicho od krajů do středu břicha, horní končetiny, ty jsem myla od konečků prstů vzhůru, proti směru růstu chloupků. Pokračovala jsem na dolní končetiny tím stejným postupem. Asistované mytí bylo využito ještě k hygieně genitálu. Při sušení byla využita také povzbuzující stimulace, aby byl účinek silnější. Po otočení pacientky na bok jsem umyla povzbuzujícím způsobem záda od krajů ke středu, tím stejným způsobem jsem je i osušila. Aplikovala se masáž stimulující dýchání s vibracemi s použitím kafrové tekutiny. Poté byla umyta dutina ústní pomocí orofaciální stimulace, jazyk byl štětičkou očištěn od středu ke kraji, zuby klasicky. Po hygieně jsem paní učesala a navoněla jejím parfémem. Následně byla pacientka připravena na změnu polohy, vestibulárně byla paní stimulována otočením hlavy nalevo, poté otočena na levý bok a zajištěna v poloze hnízda. Od 8 do 10 hodin paní odpočívala v této poloze, během toho jsem jí v rádiu pustila české písničky. Rádio jsem umístila na stoleček poblíž postele, aby na ně pacientka viděla. V 10 hodin jsem pacientce sdělila, že ji položíme na záda a dám jí ochutnat čaj jako včera. Polohovali jsme pacientku do hnízda na zádech, zvedla jsem ji pod hlavou, aby seděla. Provedla jsem orofaciální stimulaci a vložila do úst štětičku napuštěnou čajem. Několikrát jsem ji namočila do čaje, po 15 minutách jsem ji odstranila a utřela ústa ubrouskem. V tom čase přišla fyzioterapeutka a s paní cvičila. V 11 hodin jsem pacientku otočením hlavy vestibulárně stimulovala napravo, následně jsme ji otočili na pravý bok a provedli MSD s vibracemi s použitím kafrové tekutiny. Za pomoci polohovacích pomůcek jsem paní uvedla do polohy hnízda, tak jak jsem již zmiňovala dříve. Znovu jsem paní zapnula rádio s českými písničkami. Ve 12 hodin jsem se iniciálním dotykem s paní rozloučila a sdělila jí, že zítra přijdu zase.

Třetí den bazálně stimulující péče probíhal obdobě jako den druhý. Po příchodu jsem se pomocí iniciálního dotyku přivítala s pacientkou, sdělila jí své jméno, datum a čas a co budeme dělat. Hygiena byla provedena ve stejném duchu jako předchozí den. Pomocí povzbuzující somatické stimulace jsem provedla hygienu za použití asistovaného mytí obličeje, ňader a genitálu. Následně jsem aplikovala masáž stimulující dýchání s vibracemi a použitím kafru. Následovala hygiena dutiny ústní orofaciální stimulací a učesání. Navoněla jsem pacientku jejím parfémem. V 8 hodin jsem vestibulárně pacientku stimulovala otočením hlavy na levou stranu, následně jsme ji otočili na levý bok a uvedli do polohy hnízda. Pustila jsem pacientce její oblíbené rádio Impuls s českými písničkami. Do 10 hodin pacientka odpočívala, poté jsem jí sdělila jako den před tím, že jí dnes dám ochutnat kávu. Uvařila jsem černou kávu a do ní namočila štětičky. Paní jsme uvedli do polohy hnízda na

zádech, aby seděla. Orofaciálně jsem ji stimulovala a pak vložila do úst štětičku napuštěnou kávou. Toto bylo opakováno asi 10krát. Poté jsem odstranila štětičku z úst, utřela ústa ubrouskem a položila paní, aby mohla odpočívat, než přijde fyzioterapeutka. Asi v 11 hodin byla paní opět vestibulárně stimulována, tentokrát se hlava otáčela doprava, následně jsme paní otočili na pravý bok. Provedla jsem MSD s vibracemi, ale tentokrát nasucho. Zajistila jsem paní polohu hnízda a pustila jí zase rádio Impuls. Ve 12 hodin jsem se přišla iniciálním dotykem rozloučit a sdělit, že přijdu zase další den.

Čtvrtý den bazálně stimulující péče jsem přišla až ve 13 hodin odpoledne. Iniciálním dotykem jsem se přivítala s pacientkou, sdělila jsem jí své jméno, datum a čas. Pacientka již byla v poloze hnízda na levém boku. Sdělila jsem pacientce, že bych jí dala ochutnat hořkou čokoládu, kterou ráda doma jedla. Lehkým kývnutím hlavy dala najevo souhlas. Šla jsem si připravit pomůcky, uvařila jsem jí černou kávu. Do gázy jsem zabalila čtvereček čokolády. Pacientku jsme polohovali do polohy hnízda na zádech. Provedla jsem orofaciální stimulaci obličeje. Na štětičce jsem jí dala ochutnat kávu tak jako den před tím, za 10 minut jsem jí do úst vložila kapsičku z gázy s čokoládou. Po 15 minutách jsem chtěla gázu z úst pacientky odstranit, ale pacientka zatnula zuby a nechtěla ji pustit. Štětička byla tedy ponechána dalších 15 minut. Při orální stimulaci čokoládou jsem zpozorovala nadšení pacientky z tohoto zážitku, začaly jí stékat slzy po tvářích a dychtivě cucala čokoládu. Po odstranění čokolády z úst jí byla nabídnuta ještě štětička s kávou a následně jí byly vyčištěny zuby a jazyk ústní vodou, utřena ústa ubrouskem. Po uklizení všech pomůcek jsem paní pustila rádio Impuls s českými písničkami. Při písničce Lucie Bílé muselo být rádio vypnuto, paní se začala významně zatínat, měla najednou zvýšený tlak o 30 torrů a tep o 20'. Po vypnutí rádia jsem pozorovala uklidnění, poskytnuto bylo kontaktní dýchání, po 10 minutách se paní zcela uklidnila. V 15 hodin jsem se pacientkou iniciálním dotykem rozloučila a sdělila jí, že přijdu další den.

Pátý den bazálně stimulující péče jsem byla od rána na ARO až do překladau pacientky na NIP. Ráno jsem se s paní klasicky iniciálním dotykem přivítala, sdělila jí datum a čas a co budeme dělat. Znovu byla pacientka umyta povzbuzující somatickou koupelí, využito bylo opět asistované mytí, tentokrát jsem byla překvapena, že už nemusím tak výrazně vést ruku pacientky. Tak jako dříve byla provedena povzbuzující koupel, následně povzbuzující stimulací byla paní osušena a provedena masáž stimulující dýchání s vibrací a použitím kafru. Vyčistila jsem paní dutinu ústní orofaciální stimulací, učesala ji a navoněla jejím parfémem. Rozhodla jsem se pacientku nechat v poloze na zádech, proto jsem ji uvedla do

polohy hnízda. Všimla jsem si obrázku, který jí přinesl její vnuk, tak jsem zvedla paní pod hlavou, aby seděla, obrázek jí dala na stoleček umístěný před pacientkou tak, aby na něj dobře viděla. Popsala jsem jí, od koho obrázek je, co na něm může vidět a jaké jsou tam barvy. Poté jsem ji nechala, aby si obrázek v klidu prohlédla. V 10 hodin byla paní přeložena na NIP, než ji odvezli, iniciálním dotykem jsem se s ní rozloučila, ona se na mě usmála.

6.4 Diskuse kazuistiky 2

Somatická zklidňující stimulace byla použita jen jednou, první den bazální stimulace. Využila jsem ji při ranní hygieně. Pacientka byla ze začátku rozrušená, všechno jsem jí přesně popisovala, co dělám a ke konci hygieny jsem viděla, že je pacientka výrazně klidnější než za začátku. Měla přivřené oči, fyziologické funkce stabilní.

Somatická povzbuzující stimulace byla aplikována v rámci ranní hygieny. Během stimulace byla pacientka více rozrušená, což šlo poznat na jejích grimasách a fyziologických funkcích, koulela očima a snažila se mě pozorovat, proto jsem se snažila vše popisovat co dělám. Pátý den stimulace dokázala pacientka mírně zvednout ruku a stisknout dlaň.

Masáž stimulující dýchání s vibracemi ze začátku nejevila žádné účinky. Po třech dnech si pacientka v čase odpojení od ventilátoru sama odkašlala. To byla pro mě zpětná vazba, že to funguje.

Kontaktní dýchání jsem využívala při rozrušení pacientky. Po 10 minutách kontaktního dýchání se začala pacientka uklidňovat.

Poloha hnízda byla pro pacientku pohodlná, alespoň podle jejích reakcí. Vždy po uvedení pacientky do polohy hnízda se zklidnila nebo usnula.

Auditivní stimulace byla ze začátku bez účinků. Po čase při písničce Lucie Bílé se pacientka zneklidnila, očima začala koulet a kývat hlavou jako nesouhlas, její pulz byl 110 a krevní tlak 210/98. Ihned po vypnutí písničky a aplikování kontaktního dýchání se pacientka začala uklidňovat, zavřela oči a fyziologické funkce začaly klesat do původních hodnot.

Orální stimulace byla v prvních dvou dnech prováděla pomocí štětiček namočených v čaji. V těchto situacích pacientka nejevila výrazné změny vnímání ani její fyziologické funkce se nezměnily. Další den při podávání kávy na štětičkách se již projevovala, nejdříve jí tlak i pulz vzrostly, ale paní začala cucat. Usoudila jsem tedy, že je to pozitivní reakce. Také se jí začaly tvořit výrazně sliny. Další den jsem vyzkoušela orální stimulaci čokoládou a kávou. Všichni přítomní byli velmi překvapeni reakcí pacientky, protože po vložení gázy

se čtverečkem čokolády do úst nejprve pacientka nevěděla, co má s tím cizím tělesem v ústech dělat, ale po krátké chvíli bylo zřejmé, že poznává chuť čokolády, a v tu chvíli začala cucat a z očí jí začaly téct slzy. Dokonce zatínala zuby, když jsem jí chtěla gázu s čokoládou z úst odstranit. Po ukončení stimulace čokoládou se na mě paní dokonce i usmála.

Optická stimulace byla pro pacientku dost stresující. Při prohlížení si obrázku jejího vnuka jí tekly slzy po tvářích a tlak i puls vzrostly. Po chvíli se začala uklidňovat, dokonce se i zasmála.

6.5 Závěr kazuistiky 2

Celkově aplikace bazální stimulace trvalo necelých pět dnů, od doby úplného vysazení analgosedace do překlada pacientky na NIP, kde byly sestřám poskytnuty veškeré dosavadní materiály ohledně bazální stimulace u pacientky, bylo mi sděleno, že se v bazální stimulaci bude u pacientky pokračovat. Za tuto dobu pacientka udělala velké pokroky. V prvních dvou dnech byl pokrok již v očním kontaktu, pacientka spontánně otevře oči, zafixuje pohledem. Na algické podněty reaguje po pěti dnech výraznou grimasou a flektováním horní končetiny. Hlavou aktivně otáčí za zvukem nebo přítomnou osobou. V komunikaci dokáže vyjádřit souhlas i nesouhlas kývnutím hlavy. Dokáže se zasmát vtipům, které jí vypráví ošetřující personál. Po těchto pěti dnech byla dokonce pacientka na několik minut odpojena od UPV, před tím byla aplikována masáž stimulující dýchání a odsátí z dýchacích cest. Pacientka vydržela 35 minut spontánně dýchat jen s podporou kyslíku.

7 KAZUISTIKA 3

7.1 Anamnéza

Jméno pacienta: pacient 3

Pohlaví: žena

Věk: 80

Základní diagnóza: Status epilepticus, respirační selhání

Z důvodu poruchy vědomí nelze anamnézu odebrat od pacientky, proto byla použita k sepsání anamnézy dokumentace pacienta a rozhovor s ošetřujícím personálem.

Anamnéza při příjmu na anesteziologicko-resuscitační oddělení	
Rodinná anamnéza	Otec prodělal mrtvici, matka se léčila s dýcháním. Bratr zemřel, byl kuřák. Další dva bratři jsou zdraví. Dcera podstoupila operaci žil, dva synové jsou zdraví.
Osobní anamnéza	Esenciální hypertenze CHOPN Obstipace Permanentní fibrilace síní, zavedená antiagregační terapie Chronická ischemická choroba srdeční Obezita Gonartróza levého kolene III. Stupně
Gynekologická anamnéza	Tři porody. Pravidelné prohlídky nepodstupuje, je bez potíží. Poslední kontrola při hospitalizaci na interním oddělení před rokem.
Alergická anamnéza	Alergie nemá.
Farmakologická anamnéza	Furon 40mg ob den 1-1-0, 1-0-0 Vasopirin 100mg 0-1-0 Euphyllin 200mg 1-0-1 Calcichew D3 0-1-0

	<p>Milurit 100mg 0-1-0</p> <p>Monotab SR 100mg ½-0-1</p> <p>Tiapridal 100mg 0-0-0-1</p> <p>Buronil 25mg 0-0-0-1</p> <p>Nitroglycerin při bolesti na hrudi</p> <p>Berodual inhalace dle potřeby</p> <p>Formoterol inhalace 1-0-1</p>
Psychosociální anamnéza	<p>Dříve pracovala jako dělnice, nyní je ve starobním důchodu. Paní je vdova, žije v rodinném domě sama. Syn za ní dochází každý den.</p> <p>Alkohol nepije, nekouří.</p>
Ošetřovatelská anamnéza v den zahájení bazální stimulace	
Fyziologické funkce	<p>Krevní tlak (a. radialis): 130/60 mmHg</p> <p>Puls (a. radialis): 75/min</p> <p>Tělesná teplota: 36,4°C</p> <p>Saturace O₂: 97 %</p>
Vědomí a kontakt	<p>Porucha vědomí</p> <p>GCS 3</p> <p>Kontakt nelze navázat</p>
Orientace a spolupráce	Nespolupracuje
Dýchání	<p>UPV</p> <p>ETK č. 7,5, den 5, na 20 cm, koutek levý</p>
Spánek	Nelze zjistit
Soběstačnost	<p>Nesoběstačná</p> <p>Pomoc nutná při hygieně, polohování, podávání výživy</p> <p>Test dle Barthelové 0</p>
Bolest	Nelze zjistit
Významný handicap	Porucha zraku
Pomůcky	Brýle na čtení
Výživa a hydratace	<p>Problémy nelze zjistit</p> <p>Výživa parenterální</p>

	Nasogastrická sonda č. 16, den 5.
Vyprazdňování	Inkontinence stolice PMK č. 18, den 2. Poslední stolice den před odběrem anamnézy
Kůže	Suchá kůže na DKK Drobné hematomy na DKK a HKK
Invazivní vstupy	CŽK - vena subclavia sinistra, den 5. Arteriální katetr – arteria radialis sinistra, den 0. ETK – č. 7,5, den 5. na 20 cm, levý koutek PMK – č. 18, den 2. NGS – č. 16, den 5.

Tabulka Anamnéza 3

7.2 Katamnéza

Na začátku roku byla pacientka hospitalizována na neurologii a poté na následné péči pro trvající hypokalémie. Za hospitalizace proběhl epileptický záchvat. Pacientce bylo provedeno CT vyšetření mozku, kde se neobjevila patologie, tudíž nebyla nasazena antiepileptická terapie.

Měsíc nato paní dostala doma další epileptický záchvat s rozvojem silných křečí, její syn zavolal RZP, která jí aplikovala Epanutin, Apaurin. Následně se dostavil dechový útlum. Pacientka převezena na neurologickou JIP pro další došetření a terapii.

Na neurologické JIP podán další Epanutil, Apaurin a Valprorát. I přes podané antitetanické medikace křeče stále trvají, zejména na levé polovině těla. Dostavuje se porucha vědomí, a proto je dohodnut akutní příjem na ARO ještě ten den.

Po přijetí na ARO byly zajištěny invazivní vstupy, dále byla pacientka uvedena do analgosedace a následně intubovaná. Dále se podal bolus Midazolamu. Pro fibrilace síní podán bolus Amiodaronu.

Důležité diagnózy stran bazální stimulace jsou esenciální hypertenze, obezita, gonartróza levého kolene.

Z důvodu hluboké analgosedace mohla začít aplikace BS až šestý den hospitalizace pacientky na ARO, když byla analgosedace ten den zcela vysazena. Ještě před zahájením BS

jsem požádala o vyplnění autobiografické anamnézy děti pacientky a při tom jsem jim vysvětlila podstatu bazální stimulace.

Podle autobiografické anamnézy vím, že paní navštěvují její dva synové a dcera i s jejich rodinami. Paní má celkem sedm vnoučat a sedm pravnoučat, manžel jí zemřel před časem. Paní je nyní ve starobním důchodě, dříve pracovala jako dělnice. Jejími koníčky je její zahrádka a po večerech pletení.

Paní je pravačka, slyší bez problémů, jen nosí brýle na čtení. Doma celý den poslouchá dechovky, u kterých ráda vaří a uklízí, občas si ráda poslechne nahlas i nějakou cimbálovou muziku. Má velmi ráda teplé barvy, nejvíce žlutou a růžovou. Nemá ráda studené, šedivé barvy.

Paní ráda peče, nejraději buchty pro vnuky, které ona sama ráda mlsá. Její oblíbené jídlo jsou jakékoliv omáčky s knedlíkem, ráda si vypije kakao. Nemá ráda čerstvou zeleninu. Mezi oblíbené vůně patří různé vůně květin a čerstvě napečené buchty.

Paní se koupe denně v teplé vodě, nemá ráda studenou vodu na tělo. V pokoji má rádo teplo, nemá rádo průvan. Po koupeli si vždy natírá klouby hřejivými mastičkami s analgetickým účinkem, na ruce používá indulon. Často se jí vytváří hematomy, natírá si je proto Heparoidem.

Rádo leží na bocích, nikdy nelehává na břicho, kvůli špatnému dýchání. Polohu na zádech nemá rádo, bolí ji záda.

Pomocí vlastního pozorování tří hlavních oblastí podpory v bazální stimulaci byl zhodnocen stav pacientky, následně dle toho sestaven plán bazální stimulace.

Pozorování vnímání:

- Na oslovení pacientky příjmením a jménem není žádná odezva
- Taktéž na algický podnět nejeví známky vnímání
- Celkově je pacientka bez známek vnímání
- GCS 3

Pozorování komunikace:

- Pacientka nejeví žádné známky komunikace

Pozorování pohybu:

- Cílený pohyb žádný

- Slabý třes na levé polovině těla, chvílemi silnější záškuby

Podle pozorování je zřejmé, že pacientka i přes vysazení analgosedace vůbec nereaguje na podněty z vnějšího okolí. Dle těchto skutečností je jisté, že pacientka potřebuje dostatek informací o svém tělesném schématu a o svém okolí.

U pacientky jsem prováděla bazální stimulaci po dobu necelých tří dnů. První den jsem byla na ARO přítomná celých 12 hodin, druhý den šest hodin a třetí den čtyři hodiny, do překlady pacientky na NIP. Při aplikaci bazální stimulace jsem spolupracovala s ošetřujícím personálem a rehabilitační pracovníci.

7.3 Analýza a interpretace

První den bazální stimulace bylo zvoleno místo iniciálního doteku na pravém rameni, z důvodu zavedení CŽK na levé straně. Cedule s místem iniciálního doteku byla vyvěšena na posteli pacientky i nad pracovním stolem ošetřovatelského pracovníka v boxu pacientky. Dle autobiografie a dohody s rodinou pacientky bylo zvoleno oslovení formou vykání s používáním jejího stávajícího příjmení. Při příchodu k pacientce jsem provedla iniciální dotyk, představila jsem se, informovala pacientku o datu a času. Řekla jsem jí, že ji budu umývat. Nachystala jsem si hygienické pomůcky, které jí zajistila rodina. Ranní hygiena byla provedena pomocí zklidňující somatické stimulace. Nejprve byl umyt obličej teplou vodou, poté hrudník, který byl umytý od středu ke kraji, poté ruce po směru růstu chloupků, na konci prstů a na velkých kloubech byl vždycky mírně vyvinut tlak. Pokračovalo se s mytím na dolních končetinách, kdy se také mylo po směru růstu chloupků a na konci prstů a na velkých kloubech byl vyvinut tlak. Asistovaným mytím byl umyt genitál. Při sušení jejím ručníkem jsem prováděla stejnou zklidňující stimulaci jako při mytí. Po otočení pacientky na bok jsem umyla záda od středu ke kraji, usušila stejným způsobem a provedla masáž stimulující dýchání s využitím vibrací, použila jsem pro to kafrovou tekutinu. Následně pomocí orofaciální stimulace byla pacientce vyčištěna dutina ústní, jazyk byl štětíčkou namočenou v ústní vodě Parodontax stírán od středu ke krajům, zuby byly vyčištěny klasickým zubním kartáčkem. Po ukončení hygieny jsem pacientku učešala a navoněla jejím parfémem. S pomocí ošetřovatelského personálu jsem pacientku stimulovala vestibulárně otočením hlavy na levou stranu, a pak jsme ji otočili na levý bok. Stabilizovali jsme pacientku do polohy hnízda na levém boku. Použit byl velký polštář, který měla pacientka vložený za záda, smotaná deka byla položena na břicho a vložená pod ramena a ruce pacientky, poté složenou příkrývkou vloženou mezi dolní končetiny pacientky jí byly

vymezeny hranice těla, nakonec měla zapřeny plosky nohou do kuličkového vaku. V této poloze pacientka odpočívala od 8 do 10 hodin. V 10 hodin jsme pacientku položili na záda, pomocí otočení hlavy na pravou stranu byla pacientka vestibulárně nastimulována k dalšímu otočení, tentokrát na bok pravý. Po otočení na bok jsem provedla MSD s vibracemi nasucho a opět jsem pacientku stabilizovala v poloze hnízda stejnými pomůckami. Od 10 do 12 hodin byla pacientka v této poloze, k tomu jsem jí pustila v rádiu dechovkové písničky. Rádio bylo položeno na stůl vedle postele. Ve 12 hodin byla pacientka položena na záda. Pro trvajících třes levé poloviny těla byla aplikována zklidňující stimulace pomocí pleťového mléka na obličej a končetinách. Pacientka byla uložena do polohy hnízda na zádech, smotanou deku měla provléknutou pod dolními končetinami a podložené s ní ruce až po ramena. Dolní končetina každá zvlášť byla podložena velkými polštáři a plosky nohou opět zapřeny do kuličkového vaku. Mírně jsem pacientce zvedla pod hlavou do mírného polosedu, pacientka tak zůstala do 14 hodin, mezitím přišla fyzioterapeutka a s pacientkou pasivně cvičila, aplikovala kontaktní dýchání v mé přítomnosti. Kontaktní dýchání aplikovala stylem položených rukou na hrudník pacientky a při každém výdechu mírným tlakem přitlačila, při nádechu uvolnila. Kontaktní dýchání probíhalo přibližně pět minut. Ve 14 hodin jsme pacientku uvedli do vodorovné polohy, provedla se vestibulární stimulace otočením hlavy doleva a následně pomocí polohovacího lůžka byla pacientka polohována mírně na levý bok pomocí laterálního náklonu lůžka. Polohovací pomůcky, které měla pacientka v poloze hnízda, jsem jen mírně posunula, abych provedla mikropolohování. Poté jsem pacientce z rádia pustila české folklorní cimbálové písničky. Asi za hodinu byla aplikována somatická zklidňující masáž obličeje a končetin z důvodu třesu, při stimulaci po směru růstu chloupků bylo docíleno zmírnění třesu. V 16 hodin jsem srovnala lůžko do vodorovné polohy a provedla vestibulární stimulaci otočením hlavy doprava a nastavením lůžka pacientky na laterální náklon napravo jsem upravila polohu, posunutím polohovacích pomůcek jsem znovu provedla mikropolohování. Opět byla během této polohy prováděna zklidňující masáž. V 18 hodin jsem se s pacientkou rozloučila pomocí iniciálního dotyku a sdělila jí, že přijdu další den. Vše, co jsem u pacientky prováděla, jsem pečlivě popisovala, před každou manipulací s pacientkou a po ní jsem provedla iniciální dotyk.

Druhý den bazální stimulace po příchodu k pacientce jsem použila iniciální dotyk, pozdravila jsem ji, připomněla své jméno, datum a čas, poté jsem pacientce sdělila, že ji budu umývat. Ranní hygiena byla prováděna pomocí neurofyziologické stimulace z důvodu povzbuzení pravé poloviny těla a zklidnění levé poloviny těla. K hygieně byly používány

osobní pomůcky pacientky. První se umyl obličej z pravé strany na levou, dále se pokračovalo v mytí horních končetin, taktéž z pravé strany na levou, kdy pravá ruka byla myta proti směru růstu ochlupení a levá po směru růstu ochlupení. Na kloubech se mírně přitlačilo a při stimulaci levé poloviny těla se zvýšil tlak na končetiny. Poté se myl trup a dolní končetiny stejným způsobem jako horní končetiny. Při mytí genitálu jsem využila asistované mytí, pravou ruku pacientky jsem vložila do žínky a pak jsem pomocí mého vedení umyla genitál. Sušilo se pacientčíným ručníkem stejným způsobem, jako se mylo. Po otočení pacientky na bok jsem myla záda od pravé strany k levé, taktéž jsem záda osušila. Aplikovala jsem MSD s vibracemi, použila jsem kafrovou tekutinu k prokrvení pokožky. Poté jsem pacientku učesala, vyčistila dutinu ústní a navoněla jejím parfémem. V 8 hodin se provedla vestibulární stimulace otočením hlavy pacientky nalevo, následně jsme pacientku otočili na levý bok, uložili jsme ji do polohy hnízda s využitím kuličkového vaku vloženého za záda, smotanou dekou, která podkládala horní končetiny, příkrývkou složenou a vloženou mezi dolní končetiny a na ukončení těla se využil velký polštář, do kterého byly zapřeny nohy pacientky. V průběhu byly pacientce puštěny dechovkové písničky z mobilního telefonu, z důvodu nefunkčního rádia. V 10 hodin jsem pacientku položila na záda a uložila do polohy hnízda. Chvilí nato přišla fyzioterapeutka, která prováděla s pacientkou pasivní cvičení a kontaktní dýchání. V 11 hodin jsem zpozorovala třes a neklid projevující se pulzem 105[‘] a krevním tlakem 190/100 torrů. Proto byla aplikována zklidňující stimulační masáž i kontaktní dýchání bez výrazného poklesu tlaku a pulzu. Proto jsme zkusili pacientku polohovat na pravý bok, kterému předcházela vestibulární stimulace otočením hlavy. Uvedli jsme pacientku do polohy hnízda, kdy jsem použila stejné pomůcky jako v předešlé poloze na boku. Průběžně byla pacientce masírována levá strana těla zklidňující somatickou stimulací, kvůli trvajícimu třesu levé strany těla. Od 11 hodin byla pacientka na pravém boku v poloze hnízdo. Ve 12 hodin jsem se s paní rozloučila iniciálním dotykem a sdělila jsem, že přijdu opět zítra.

Třetí den bazální stimulace jsem byla přítomna pouze do překlada pacientky na NIP. Ráno jsem se přivítala iniciálním dotykem, představila jsem se, sdělila datum a čas, informovala jsem pacientku, že ji budu umývat. Postupovala jsem stejně jako druhý den BS. Umyla jsem obličej, horní končetiny od pravé strany k levé, trup a dolní končetiny jsem taktéž myla zprava doleva. Genitál jsem myla asistovaným mytím. Sušení pokožky probíhalo stejnou technikou jako mytí, a to neurofyziologickou BS. Po umytí zad a osušení jsem provedla MSD s vibracemi s použitím kafru. Umyla jsem dutinu ústní orofaciální technikou stimulace,

učesala jsem ji a navoněla jejím parfémem. Pro zklidnění kvůli trvajícím, ale již mírnému třesu jsem pacientku ještě stimulovala zklidňující masáží, tentokrát jsem použila na ruce indulonu a na nohy hřejivou mast s analgetickými účinky. Uvedla jsem pacientku do polohy hnízda na zádech se zvednutou horní polovinou těla o 30°. Pod hlavu měla pacientka malý polštářek, ruce podložené smotanou přikrývkou, kterou jsem protáhla pod stehny pacientky, nohy měla podložené každou zvlášť velkými polštáři a zapřené kuličkovým vakem. Pustila jsem v rádiu, které již bylo opraveno, dechovkové písničky, které hrály až do přeložení pacientky na NIP. Vše, co jsem u pacientky prováděla, jsem jí popisovala.

7.4 Diskuse kazuistiky 3

Před jakýmkoliv manipulováním s pacientkou jsem já i ostatní ošetřovatelský personál používala iniciální dotyk a vysvětlování všeho, co jsme u pacientky, potažmo s pacientkou prováděli.

Somatická stimulace zklidňující byla využívána první den BS jako prostředek k provedení ranní hygieny a následně dle potřeby při známkách třesu, neklidu a rozrušení. Pacientka ze začátku vůbec nereagovala, druhý den již na zklidňující stimulaci reaguje zklidněním třesu a stabilizací fyziologických funkcí (dále jen FF) do fyziologických hodnot.

Somatická stimulace neurofyziologická byla využívána jako prostředek k provádění ranní hygieny druhý a třetí den bazální stimulace. Měla účel povzbudit pravou polovinu těla a zklidnit levou polovinu těla. Levá polovina těla reagovala pozitivně třes se zmírnil. Pravá polovina těla bohužel bez reakce.

Masáž stimuluje dýchání s vibracemi byla používána během točení pacientky na boky. Po každé MSD byly pacientce odsány hleny z dýchacích cest. První a druhý den jen minimálně, třetí den se již uvolnily hleny a začalo se odsávat z dýchacích cest objemnější množství sputa. Kontaktní dýchání prováděla fyzioterapeutka a já při neklidu pacientky. U pacientky k navození klidu kontaktní dýchání velký vliv nemělo. Nepozorovala jsem žádné reakce ukazující zklidňování.

Polohování hnízda bylo využíváno téměř pořád, v této poloze bylo několikrát dosaženo alespoň chvilkového ustálení třesu a klidu pacientky. Pacientka byla polohována jak na boky, tak na záda, druhý den jsem zjistila, že poloha na zádech pacientku dráždí, tudíž jsem volila polohy v polosedě, na bocích, anebo laterální náklony s mikropolohováním.

Auditivní stimulaci jsem prováděla puštěním rádia, kdy jsem naladila dechovkové písničky nebo cimbálovku. Rádio nehrálo celé dny, ale jen zhruba dvě hodiny v kuse, několikrát denně. Nepozorovala jsem žádné negativní reakce pacientky na hudbu.

7.5 Závěr kazuistiky 3

Bazální stimulace u pacientky byla aplikována po dobu necelých tří dnů, od doby úplného vysazení analgosedace do doby, než byla pacientka přeložena na oddělení následné intenzivní péče. Za dobu pobytu na ARO byly u pacientky pozorovány pokroky ve vnímání jako otevření očí při algickém podnětu, ustálení FF do normy po rozrušení a aplikaci zklidňující stimulace. Celkově zklidnění levé poloviny těla, nyní jen s minimálním třesem. Pacientka byla přeložena s GCS 4. Při překladi pacientky na NIP byly předány veškeré informace o průběhu bazální stimulace i o reakcích pacientky a jejích pokrocích.

Myslím si, že kdyby byla pacientka na ARO hospitalizovaná déle, mohli bychom její pokroky vidět i nadále, ale věřím, že na NIP se zdravotnický personál snaží pacientku podporovat i nadále. Zdravotnický personál, který si pacientku totiž přebíral, si rád informace o BS přebíral a po čase mi bylo ze strany personálu NIP oznámeno, jaké další pokroky u pacientky nastaly.

8 KAZUISTIKA 4

8.1 Anamnéza

Jméno pacienta: pacient 4

Pohlaví: žena

Věk: 84

Základní diagnóza: Periprotetická fraktura femuru vpravo, stav po osteosyntéze a perioperační hemorhagii

Z důvodu poruchy vědomí nelze anamnézu odebrat od pacientky, proto byla použita k sepsání anamnézy dokumentace pacienta a rozhovor s ošetřujícím personálem.

Anamnéza při příjmu na anesteziologicko-resuscitační oddělení	
Rodinná anamnéza	Dle ošetřujícího lékaře je bezvýznamná.
Osobní anamnéza	Sideropenická anémie Stav po ischemické levostranné CMP se smíšenou fatickou poruchou v roce 2017 Stav po předávkování tlumícími léky Depresivní syndrom, pacientka v péči psychiatra Hypertenze Chronická ischemická choroba srdeční Osteoporóza Stav po operaci katarakty Stav po TEP obou kyčlí Stav po TEP pravého kolene
Gynekologická anamnéza	Čtyři porody bez komplikací, jeden potrat. Menopauzu má od 54 let. Na pravidelné prohlídky nechodí, potíže nemá.
Alergická anamnéza	Alergie nemá.
Farmakologická anamnéza	Godasal 100mg 0-1-0 Trittico 75mg 0-0-1 Vigantol gtt 10 kapek v pondělí

	Buronil 25mg 0-0-1-2 Elicea 10mg 1-0-0 Madopar 250mg 0-0-0-½ Tiapridal 100mg 0-1-0
Psychosociální anamnéza	Pracovala jako švadlena, nyní je ve starobním důchodě. Je vdova, žije s dcerou v rodinném domě, kam dochází pečovatelka. Nekouří a alkohol pije jen příležitostně.
Ošetřovatelská anamnéza v den zahájení bazální stimulace	
Fyziologické funkce	Krevní tlak (a. radialis): 170/85 mmHg Puls (a. radialis): 81/min Tělesná teplota: 36,1°C Saturace O2: 94 %
Vědomí a kontakt	Porucha vědomí GCS 9 Kontakt částečný, ztížený
Orientace a spolupráce	Částečně spolupracuje
Dýchání	NIV
Spánek	Porušený
Soběstačnost	Nesoběstačná Pomoc nutná při hygieně, polohování, podávání výživy Test dle Barthelové 5
Bolest	Ano Akutní - pravá kyčel VAS 4
Významný handicap	Porucha zraku Porucha řeči
Pomůcky	Brýle na čtení
Výživa a hydratace	Výživa enterální Dieta G

Vyprazdňování	Občasná inkontinence stolice PMK č. 16, den 5. Poslední stolice v den odběru anamnézy
Kůže	Suchá kůže na DKK Operační rána, pravá kyčel Hematomy pravá dolní končetina
Invazivní vstupy	CŽK - vena jugularis interna dextra, den 4. Arteriální katetr – arteria radialis dextra, den 3. PMK – č. 16, den 5. Redonův drén z operační rány – pravá kyčel

Tabulka Anamnéza 4

8.2 Katamnéza

Na začátku února paní doma upadla na zem, byla převezena do nemocnice, kde byl proveden rentgen. RTG potvrdil periprotetickou zlomeninu pravé stehenní kosti. Proto byla paní přijata na ortopedické oddělení k revizi.

Po nezbytné předoperační přípravě byla za dva dny provedena otevřená repozice a osteosyntéza zlomeniny. Při zavádění kortikálního šroubu došlo k tepennému krvácení z femorální tepny. Krvácení bylo operátorem zastaveno, celkových odhadnutých krevních ztrát bylo 2000ml. Krevní ztráta nahrazena krystaloidy a transfuzními přípravky, dále nasazen Noradrenalin k udržení perfuzního tlaku. Vzhledem k velkým ztrátám krve a vysokému věku, byla pacientka přijata po ukončení zákroku na ARO ke stabilizaci stavu a odložené extubaci.

Důležitá diagnóza stran bazální stimulace je smíšená fatická porucha, depresivní syndrom a hypertenze.

Za pacientkou jsem docházela čtyři dny, vždy jen dopoledne od 6 do 12 hodin. Poslední čtvrtý den jsem byla u pacientky do 11 hodin, než ji přeložili na ortopedické oddělení.

Z důvodu analgosedace byla zahájena bazální stimulace až čtvrtý den hospitalizace na ARO, když byla paní analgosedace vysazena, paní byla extubovaná a převedena na neinvazivní plicní ventilaci. Ještě před tím byly požádány dcery pacientky, aby vyplnily autobiografickou anamnézu, při tom jim byla vysvětlena podstata bazální stimulace.

Dle autobiografie bude paní oslovena příjmením. Mezi návštěvníky patří její tři dcery a vnučky. Celkově má paní tři dcery, deset vnuků a pět pravnuků, již nějaký čas je paní vdova. Nyní je ve starobním důchodě, dříve pracovala jako švadlena. Její největší zálibou je zahradničení a čtení různých časopisů.

Paní je pravačka, slyší dobře, nosí brýle na čtení. Doma poslouchá celý den dechovku, cimbálovou muziku nebo jakékoliv české písničky. Její oblíbenou barvou je modrá, neoblíbenou pak červená.

Pacientka si ráda vaří dopoledne a odpoledne kávu s mlékem, ráda jí ovoce, především čerstvé jahody, ke kávě si ráda dá čtvereček čokolády nebo kakaovou buchtu. Jídlo, které nesnáší, je žemlovka. Po celý den pije obyčejnou kohoutkovou vodu. Ráda se voní svým parfémem, který jí dcera přinesla, celkově preferuje květinové vůně, které připomínají domov a její zahradu. Nemá ráda vůně připomínající rozmarýn.

Vodu na koupání používá vlažnou, v pokoji preferuje vyšší teploty. Po koupeli je zvyklá si namazat suchá chodidla a ruce krémem Nivea. Když si vzpomene, tak si namaže i jizvy po operacích na loktu, kyčli a koleni. Alergie paní nemá.

Nesnesitelná poloha pro pacientku je na zádech v rovině. Její nejvíce oblíbenou polohou je v sedu na vysoko s polštářem za zády, na bocích se jí leží také dobře.

Pomocí pozorování třech oblastí BS u pacientky v den, kdy byla zcela vysazena analgesie a pacientka byla extubována, byly zjištěny tyto informace.

Pozorování vnímání:

- Pacientka na oslovení příjmením otevře oči, nezafixuje
- Na algický podnět otevře oči a promáchně horními končetinami vzduchem
- Celkově dobře vnímá okolní podněty
- GCS 9

Pozorování komunikace:

- Pacientka vydává nesrozumitelné zvuky
- Na souhlas dokáže kývnout hlavou, na nesouhlas hlavou zavrtí do stran

Pozorování pohybu:

- Aktivní pohyby končetin
- Pacientka je v lůžku neklidná

- Snaha o opuštění lůžka
- Na výzvu k pohybu končetinami vyhoví
- Sama se nenapíše z hrnečku, nechápe, co má dělat

Podle informací z pozorování vyplývá, že pacientka vnímá velmi dobře podněty z okolí, nedokáže pohnout pravou dolní končetinou z důvodu bolesti a operačního výkonu. Reakce na vnější podněty jsou až přehnané, potřeba zklidnění, pocitu jistoty a bezpečí. Potřebuje více okolních stimulů, aby se cítila pohodlně a jistě, bezpečně. Dále potřebuje podněty k vnímání celkového schématu těla, kvůli nemožnosti pohybu dolní pravou končetinou.

8.3 Analýza a interpretace

První den bazálně stimulační péče byl zvolen iniciální dotyk na levém rameni, z důvodu zavedené CŽK na pravé straně. Cedule s místem iniciálního doteku byly vyvěšeny na viditelná místa, a to na lůžko pacientky a nad pracovní stůl zdravotnického personálu v boxu pacientky. Po domluvě jak s rodinou pacientky, tak s pacientkou bylo zvoleno oslovení pacientky stylem vykání a příjmením. Vždy po vstupu do boxu pacientky byla oslovena a byl proveden iniciální dotyk, vždy jsem se představila, informovala pacientku o datu a čase, o tom, co se u paní bude dělat. Pacientka měla u sebe osobní hygienické pomůcky a ručník. Jelikož byla pacientka téměř při vědomí a rozrušená, bazální stimulace začínala hygienou pomocí zklidňující koupele. Použila jsem její mýdlo a ručník, žínku jsem použila jednorázovou. Hygiena začínala na obličeji, pokračovala na trup, požádala jsem pacientku, aby si řadra umyla sama, s úspěchem. Dále jsem postupovala v mytí horních a dolních končetin. Všechny tahy žínkou byly vedeny směrem po růstu ochlupení, trup i záda od středu těla k jeho okrajům. K sušení těla byl používán osobní ručník pacientky, postupovalo se stejným způsobem jako u mytí. Genitál jsem pacientce umyla formou asistovaného mytí, kdy jsem vložila pacientce pravou ruku do žínky a pomocí mého vedení jsem jí dopomohla k pohybu. Po osušení zad jsem aplikovala masáž stimulační dýchání, kdy s výdechem jsem využila vibrační k uvolnění hlenů. Následně jsem pacientku učesala a vyčistila jí dutinu ústní jednorázovým kartáčkem na zuby. Nakonec hygieny byl aplikovaný antiperspirant do podpaždí, jelikož u sebe paní neměla vlastní parfém. Po domluvě s pacientkou jsem ji uvedla do polohy na levém boku v poloze hnízdo, pomocí polštářů a smotané přikrývky jsem jí zapřela záda, podložila kolena a vymezila okraje těla. Od 8 do 10 hodin takto pacientka dokázala ležet, poté se sama začala v lůžku pohybovat a snažila se vstát z lůžka. Proto byla aplikována zklidňující masáž pomocí jejího pleťového mléka. Následně jsme pacientku

v lůžku posadili a uvedli do polohy hnízdo pomocí smotané přikrývky, která podkládala horní končetiny a byla položena na břicho pacientky, dolní končetiny jsme podložili polštáři a ukončili hranice těla v nohách pacientky kuličkovým vakem. Aby se pacientka nějakým způsobem zabavila, pustilo se jí rádio s českými písničkami. Od 10 do 12 hodin pacientka vydržela sedět v lůžku a poslouchat písničky. Poté jsem jí přinesla oběd, nejdříve jí stimulovala obličej technikou orofaciální stimulace, kdy je cílem stimulovat ústa k pohybu a polykání. Pomohla jsem jí s nakrmením a poté jsme se rozloučily, informovala jsem ji, že přijdu zase zítra.

Druhý den bazálně stimulující péče jsem začala iniciálním dotykem, kdy se již pacientka nelekala a nebyla tak rozrušená jako den první. Opět jsem se představila, řekla jí dnešní datum a čas, informovala ji o tom, že ji budu umývat. Po přichystání všech pomůcek byla pacientka požádána, aby se zkusila umýt sama. Překvapivě si pacientka sama umyla obličej a horní končetiny s trupem. Dolní končetiny jsem pak já sama umyla pomocí zklidňující stimulace po směru růstu ochlupení, na velkých kloubech a koncích prstů jsem mírně přitlačila. Genitál si pacientka umyla pomocí asistovaného mytí. Záda jsem myla zklidňujícím způsobem od středu zad ke krajům. Po osušení zad byla použita MSD a při výdechu zapojeny vibrace k uvolnění hlenů a podpoře odkašlání. K MSD byl využíván kafr, který zároveň prokrví pokožku. K osušení pokožky jsem použila pacientčin ručník, sušila jsem ve směru růstu ochlupení. Poté jsem ji učesala, vyčistila dutinu ústní a nastříkala do podpaždí parfém, který přinesla včera rodina. Uložili jsme pacientku do polohy v sedě v lůžku s vysoce zvýšenou horní polovinou těla, podložila jsem jí nohy složenou dekou a zabalila je do ní, nohy jsem ještě zapřela o kuličkový vak. Za pomoci ošetřujícího personálu jsme pacientku odpojili od NIV a podali jí jen kyslíkové brýle, aby se mohla pacientka nasnídat. S dopomocí se pacientka nasnídala, kdy měla jogurt a bílou kávu. Po snídani pacientka poslouchala rádio s dechovkou, jak sama chtěla. Nechala jsem ji v poloze, v jaké byla, zdálo se, že jí vyhovuje. V 10 hodin byla provedena změna polohy, kdy se pacientka položila a s pomocí otočila na levý bok. Uvedla jsem ji do polohy hnízdo, za záda jí vložila kuličkový vak, ruce podložila polštářky a mezi dolní končetiny vložila přikrývku, kterou jsem smotala podél nich, ukončila okraje těla v nohách polštářem, do kterého jsem zapřela nohy pacientky. Ve směru, kterým se pacientka dívala, byl postavený obrázek její rodiny, který nakreslil jeden z vnuků. Popsala jsem, co na obrázku může vidět, jaké jsou tam barvy a kdo ho namaloval. Ve 12 hodin jsem pacientku položila zpět na záda, zvedla ji pod hlavou asi 40° tak, aby pohodlně seděla, ukončily se hranice jejího těla pomocí smotané přikrývky,

kteřá obkreslovala její dolní končetiny, a popřála jsem jí dobrou chuť k obědu. Poté jsem se s ní rozloučila a slíbila, že přijdu zase zítra.

Třetí den bazálně stimulační péče byla pacientka zase připojena na NIV. Dnes byla pacientka neklidná. Po iniciačním dotyku a pozdravu se zdálo, že se zdravotní stav pacientky zhoršil. Postupovala jsem ale normálně jako dřívější dny. Provedla jsem ranní hygienu pomocí zklidňující bazální stimulace sama, z důvodu zmatenosti pacientky. Začínala jsem obličejem, pokračovala na trup, kdy tahy žínkou byly vedeny od středu těla k jeho vnějším okrajům. Poté jsem myla horní končetiny po směru růstu ochlupení a na každém kloubu mírně zatlačila, stejně tak i dolní končetiny. Genitál jsem musela mýt sama, jelikož pacientka mávala s rukama. Mytí zad probíhalo stejně jako u mytí trupu, po osušení jsem provedla MSD s vibracemi při výdechu. K MSD bylo použito tělové mléko, aby kafr, který je chladivý, nepodráždil pacientku ještě více. Po učešání a hygieně dutiny ústní jsem pacientku uvedla do polohy mumie, kdy jsem ji zabalila do prostěradla způsobem, že ruce měla na hrudníku, nohy byly u sebe, ručníkem smotaným obložila hlavu a do nohou pacientky jsem vložila polštář, do kterého jsem jí nohy zapřela. Poté bylo použito kontaktní dýchání, u kterého pacientka usnula. V poloze mumie vydržela být pacientka klidná dvě hodiny, poté jsem pacientku vyprostila a uvedla do sedu v lůžku a ukončila jí hranice těla smotanou dekou a polštářem v nohách. Pustila jí rádio a dala na stoleček, který jsem jí přivezla až k lůžku, časopis o zahradničení, vaření a domácnostech. V něm si pacientka listovala snad hodinu. O půl 12. jsem pomohla paní s obědem, kdy si už sama dokázala vzít do ruky lžící a najíst se. Po obědě jsem se s ní rozloučila a slíbila, že přijdu zase zítra.

Čtvrtý den bazálně stimulační péče jsem začínala opět iniciačním dotykem a přivítáním s pacientkou, připomněla jsem jí své jméno, datum a čas. Nachystala jsem pomůcky na hygienu, informovala pacientku, že se bude umývat. Dnes je pacientka v dobré náladě, je celkem klidná a orientovaná. Hygienu si s malou pomocí provedla sama, jen s genitálem, dolními končetinami a zády jsem jí pomohla. Dolní končetiny a záda byly umyty pomocí zklidňující somatické stimulace, poté byla provedena masáž stimulační dýchání s vibracemi, protože pacientka je dnes hodně zahleněná. Učešala jsem pacientku a ona si poté s mou pomocí vyčistila dutinu ústní. Navoněla jsem ji jejím parfémem a uvedla do sedu v lůžku s ohraničenými dolními končetinami pomocí smotané deky a ukončeného těla pomocí polštáře, do kterého si paní opřela nohy. Dopomohla jsem jí se snídaní, dnes si již dokázala vzít hrneček s kávou a napít se s menší podporou. Po snídání jsem jí pustila zase rádio s dechovkou. Paní byla klidná až do překlada na ortopedické oddělení. Při odjezdu pacientky

z ARO jsem se s ní rozloučila iniciálním dotykem. Všechny postupy a úkony, které jsem kolem pacientky dělala, jsem pečlivě, pomalu a srozumitelně popisovala, tak aby pacientka byla schopna porozumět.

8.4 Diskuze kazuistiky 4

Při každém příchodu k pacientce a odchodu od ní jsem prováděla iniciální dotyk, kdy jsem paní řekla své jméno, datum, čas a co budu dělat. Zprvu pacientka reagovala ustrašeně a nedůvěřivě, časem si na tento rituál zvykla a byla již klidnější.

Bazální stimulace zklidňující byla využívána při ranní hygieně, kdy se pacientka uvolnila, zklidnila, kontrolou byl záznam FF na monitoru. Pacientka již nebyla tak neklidná jako dopsud.

Polohování hnízdo jsem používala u pacientky první dny, pacientka byla neklidná, nevrhá, dlouho v poloze nevydržela. Odhazovala polštáře a snažila se opouštět lůžko. Další dny jsem využívala spíše polohu vsedě jen s obdobou polohy hnízda, kdy jsem ohraničila dolní končetiny pacientky a horní končetiny nechala volné.

Polohování mumie jsem zvolila z důvodu neklidu pacientky, využila jsem ji jen jednou, ale s velkým úspěchem. Pacientka se chvíli po uvedení do této polohy zklidnila, utišila se, a dokonce usnula. V této poloze vydržela být klidná téměř dvě hodiny.

Masáž stimulující dýchání s vibracemi byla prováděna vždy při otáčení pacientky na levý bok. Z důvodu většího zahlenění jsem prováděla MSD s vibracemi na podporu uvolnění hlenů a lepšího odkašlávání. Pacientka si po třech dnech začala sama krásně odkašlávat.

Kontaktní dýchání využívala především fyzioterapeutka, ale já jsem jej využila při neklidu pacientky, kdy jsem pacientku uložila do polohy mumie a potom jsem aplikovala kontaktní dýchání. Po 10 minutách pacientka usnula.

Optická stimulace byla poskytnuta i náhodou, totiž z autobiografické anamnézy vyplývá, že má pacientka ráda modrou barvu, což je příhodné, jelikož box, kde pacientka ležela, byl v modré barvě. Po zklidnění pacientky a uvedení do polohy polohnízda vsedě v posteli se zvýšenou horní polovinou těla o 30° jí byl nabídnut časopis o zahradničení a o vaření, umístěný na jídelním nemocničním stolku. Nejprve jí byla poskytnuta dopomoc, po chvíli si pacientka začala sama spontánně listovat v časopise, samozřejmě jí byly podány brýle na čtení. Dále jsem pacientce dala obrázek od vnuka, popsala jsem, co na něm vidí atd. Vydržela jej pozorovat hodiny, dokonce si jej sama vzala do rukou.

Orální stimulace byla poskytována v rámci hygieny dutiny ústní pomocí ústní vody, dále při snídani a obědě. Většinou pacientce všechno chutnalo.

Olfaktorickou stimulaci jsem pacientce dopřávala při hygieně, kdy jsem ji umývala jejím mýdlem, které krásně vonělo po květinách, a po hygieně jsem ji vždy navoněla, ze začátku erárním antiperspirantem, ale v dalších dnech jejím parfémem. U jejího parfému vždycky paní čichala ve vzduchu tu vůni.

Auditivní stimulací jsem zvolila rádio. Podle autobiografie má ráda paní dechovku a české písničky, občas cimbálovku. Pouštěla jsem jí převážně dechovku a české písničky na krátkou dobu, maximálně dvě hodiny. U dechovky byla paní klidná a většinou spala. U českých písniček, převážně těch moderních, poslouchala pozorně.

Taktilně-haptická stimulace byla využívána při hygieně a při všech jiných stimulacích, kdy měla pacientka možnost zažít různé povrchy a předměty, například časopis, nádobí, lůžkoviny a ručník. S časopisem si věděla rady ihned, listovala si téměř hodinu. Při jídle měla problémy, které se postupem dnů vytrácely.

8.5 Závěr kazuistiky 4

Bazální stimulace u pacientky probíhala ve čtyřech dnech, od úplného vysazení analgosedace po překlad pacientky na standardní ortopedické oddělení s GCS 15.

Při překladu pacientky jsem se snažila předat své poznámky o BS, ale nebyl o ně zájem. Z časového důvodu jsem nebyla schopná za paní docházet a pokračovat v BS. Doufám, že i tak jsem jí dopřála kvalitní podporu jak ve vnímání svého těla a okolí, tak i sebe sama.

Za tuto dobu pacientka udělala hodně pokroků, dokázala být delší dobu klidná, v manuálních činnostech byla zručnější, dokázala se jen s malou pomocí sama napít. Komunikace verbální se postupně zdokonalovala, při překladu již komunikovala jen s občasnými nesrozumitelnými slovy. Z lůžka se již nesnažila utíkat.

9 DISKUSE

Praktická část bakalářské práce je sestavena ze čtyř kazuistik pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Každá kazuistika je sestavena z obecné anamnézy pacienta a anamnézy, kterou jsem sepsala v den zahájení aplikace bazální stimulace. Dále je sepsána krátká katamnéza, ve které popisují, co vše předcházelo samotnému výzkumu, následuje analýza a interpretace, kde popisují přesně, jaké techniky a prvky bazální stimulace jsem u každého pacienta aplikovala, jeho reakce na ně jsem popsala v diskuzi u každé kazuistiky zvlášť. Každá kazuistika má své shrnutí.

Bylo prostudováno několik výzkumů a kazuistik od jiných autorů, kteří aplikovali bazální stimulaci v prostředí intenzivní péče, ke komparaci využívám zejména Yekefallah, 2013; Špičková, Slámová, Hocková, 2008; Dvořáková, 2018; Válková, 2013; Dvořáková, 2010, Friedlová, 2018, Friedlová, 2007. Chtěla bych zde porovnat, jaké techniky se využívaly, jaké techniky se nejčastěji využívají a jaké měly úspěchy.

Cílem bakalářské práce bylo popsat techniky bazální stimulace využitelné na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. V rámci uvedených kazuistik jsem uvedla několik technik bazální stimulace, které jdou zcela využívat na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jen je nutné správně zhodnotit stav pacienta.

Tedy nejlepší technikou bazální stimulace, která není omezena ani časem ani pomůckami, je somatická stimulace. Její další prvky jako iniciální dotyk by měli využívat všichni ošetřující pracovníci. Zklidňující masáž, povzbuzující masáž, nebo masáž neurofyziologická je již na výběru ošetřujícího personálu. Lze zakomponovat jak do hygieny, tak do péče o pokožku. Může se využít i na části těla, například jen na dolní končetiny. Masáž stimulující dýchání se může taktéž využívat bez pomůcek, může se aplikovat při každém otáčení pacienta na bok. Je výhodné ji propojit s vibrační masáží, kterou já osobně nepopisuji zvlášť, ale dohromady s masáží stimulující dýchání. Polohování hnízdo nebo mumie nebo mikropolohování jde využívat taktéž, jen je potřeba zavolit správně. Na odděleních intenzivní péče je dostatek polohovacích pomůcek, aby byly tyto polohy uskutečnitelné. Kontaktní dýchání lze zase provádět kdykoliv, především jej provádí fyzioterapeuti, ale při neklidu je to výborná pomůcka.

Další technikou BS je vestibulární stimulace, je zase nenáročná na pomůcky. Využitelná u většiny pacientů.

U vibrační stimulace je možné využít některé vibrující přístroje nebo hudební nástroje, ale v intenzivní péči je využitelná i s prostýma rukama zdravotníka. Já ji zapojuji do masáže stimulující dýchání.

Další techniky bazální stimulace jsou již speciální a rozšiřující, u nich je nutné mít sepsanou autobiografii, u těch předešlých to není zcela nutné. Například auditivní stimulace. Zde je důležité mít prostředky k pouštění hudby, dobrou spolupráci s rodinami pacientů, kteří by mohli přinést například MP3 přehrávače s jejich oblíbenými písněmi. Já jsem používala jen rádia a ladila jsem stanice s písničkami, které pacienti poslouchali. Do auditivní stimulace lze ale také zapojit hlas, takže i tak lze provádět auditivní stimulaci bez pomůcek.

Orální stimulace je vhodná u pacientů, kteří alespoň trochu vnímají. Její provedení závisí na autobiografii, ale samotné provedení je jednoduché.

Optická stimulace je na pomůcky už trochu složitější, ale i tak se na intenzivní péči dá aplikovat, důležité je mít dobrou spolupráci s rodinou pacienta.

Olfaktorická stimulace jde provádět, pokud máme k dispozici příjemnou vůni. Zase se výběr vůně odvíjí podle autobiografie, záleží opět jen na spolupráci rodiny pacienta.

Poslední je taktilně-haptická stimulace, ta je především založena na vybavování vzpomínek. Je potřeba mít dostatek pomůcek ze života pacienta, zase záleží na spolupráci s rodinou. Využít ale jde i obyčejných věcí, jako ručník, žínky atd.

Díličí cíle zkoumají jednotlivé oblasti bazální stimulace.

Prvním dílčím cílem bylo zkoumání zklidňující bazální stimulace. Tento prvek somatické bazální stimulace jsem ve většině případů aplikovala v rámci hygienické péče, má za cíl zklidnit pacienty. Všichni pacienti, na kterých jsem ji aplikovala, byli během ní klidní, nebo alespoň se trochu upokojili. Na fyziologických funkcích to šlo vidět hlavně na krevním tlaku a pulzu, kdy výrazněji poklesly i o 30 torrů nebo tepů/minutu. Dále jsem pozorovala zklidnění na pohybech končetin a zlidnění třesu. Pacienti ve velké většině na zklidňující stimulaci reagovali velmi pozitivně. Mám pocit, že tato stimulace je nejvíce účinná.

Druhým dílčím cílem bylo zkoumání povzbuzující bazální stimulace. Tu jsem prováděla, během ranní hygieny k nastartování organismu. Ve fyziologických funkcích jsem mohla pozorovat zvýšení krevního tlaku, ale jen o pár torrů. V pohyblivosti jsem výrazné změny nepozorovala, pacienti na ni reagovali méně jako na zklidňující stimulaci.

Třetím dílčím cílem bylo zkoumání masáže stimulující dýchání. Já jsem ji vždycky propojila i s vibrační masáží. Aplikovala jsem ji několikrát denně u pacientů na umělé plicní ventilaci, nebo když byli zahlenění. V některých případech jsem pozorovala okamžité uvolnění hlenů, které byly posléze ve velkých množstvích odsávány. U některých již neventilovaných pacientů, jako je pacientka č. 4, jsem reakci viděla až po pár dnech, kdy si pacientka začala po třech dnech sama odkašlávat. Myslím si, že MSD s vibracemi je výborná věc, měla by se aplikovat pokaždé při otáčení pacienta na boky nebo před odsávání z dýchacích cest. Reakce ve fyziologických funkcích jsem nepozorovala. Jedině v saturaci kyslíkem, kdy se saturace zvýšila po odsání z dýchacích cest.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zkoumání orální stimulace. Já jsem prováděla orální stimulace pomocí čaje, kávy a čokolády. U kazuistiky č. 4, kdy již pacientka přijímala potravu fyziologicky, nebyla potřeba. Zjistila jsem, že čaj jako takový žádné výrazné reakce u žádného pacienta nezpůsobuje. Černá káva už se na fyziologických funkcích projevovala zvýšením krevního tlaku a zrychlením pulzu. Další reakce byly cucání a žmoulání štetičky s kávou v ústech, stékající slzy, výrazné slinění i nejrůznější grimasy v obličeji. Reakce na čokoládu byly nejvýraznější. Pacientka dokonce zatnula zuby, abych jí váček s čokoládou nemohla vytáhnout z úst. Ze stimulace pomocí čokolády jsem já i ostatní přítomní byli naprosto unešení, jaké má silné účinky. Po ukončení stimulace se na nás pacientka dokonce zešíroka zasmála.

Všichni autoři využívali jako první z technik somatickou bazální stimulaci, nejčastějším prvkem je iniciální dotek, většinou situovaný na rameno. Ze všech prostudovaných autorů jediná Válková (2013) neuvádí, že by využívala iniciální dotek na úvod jakékoli manipulace s pacientem. Myslím si, že je to zásadní forma komunikace mezi pacientem a zdravotníkem.

Výhoda intenzivních péčí je neustálé monitorování FF. Yekefallah (2018) ve svém výzkumu z Iránu potvrzuje, že na intenzivní péči je možné dlouhodobě provádět somatickou stimulaci, která pozitivně ovlivňuje fyziologické funkce pacientů. Zlepšení se projevuje hlavně na systolickém a diastolickém tlaku a dechové frekvenci. S jeho tvrzením si dovolím souhlasit, a to už z důvodu reakcí, které byly zaznamenány ve zmíněných kazuistikách, například u pacienta č. 1 byla hodnota krevního tlaku po aplikaci polohování do hnízda snížena o 20 torrů v systolickém tlaku a o 15 torrů v diastolickém tlaku. U pacientky č. 2 při aplikaci celkové zklidňující koupele byl její krevní tlak snížen o 40 torrů v systolickém tlaku a o 10 v diastolickém tlaku.

Většina autorů uvádí, že pacienti se po aplikování zklidňující somatické stimulace opravdu zklidnili a byli někdy až unavení, jak tvrdí např. Friedlová (2007). Je pravdou, že mi při aplikování zklidňující somatické stimulace jeden pacient usnul. Mé výsledky po aplikování bazální zklidňující stimulace jsou velmi podobné v porovnání s Friedlovou (2007).

Friedlová (2018) v kazuistice č. 16 uvádí aplikaci zklidňující koupele a následující zklidňující masáže u pacienta, kterého pro celkový pocit uvolnění ještě polohuje do polohy mumie. Polohu mumie v uvedených kazuistikách 1-3 nebylo možné využít z důvodu mnoha invazivních vstupů pacientů. S aplikací orofaciální stimulace a polohování pacientů v sedě do hnízda před orální stimulací, jak v kazuistice č. 16 uvádí Friedlová (2018), si dovoluji souhlasit.

Friedlová (2018) uvádí v kazuistice č. 27 zlepšení vnímání pacientčina těla a jejího okolí po provedené povzbuzující koupeli. Po delší době se pacientce podařilo zakývat hlavou, pozdravit a podat ruku na pozdrav. Mé výsledky jsou viditelné již po pár dnech, kdy pacientka č. 2 dokázala stisknout ruku a zakývat hlavou na souhlas nebo nesouhlas.

Když porovnáme článek Špičkové, Slámové, Hockové (2008) s článkem Dvořákové (2018), kdy oba články popisují kazuistiku pacienta s poraněním mozku, zjistíme, že Špičková, Slámová, Hocková (2008) se zaměřují pouze na tělesné schéma pacienta, dále na olfaktorickou, auditivní, orální a taktilně-haptickou stimulaci, můžeme tedy říci, že pacient byl stimulován s ohledem na tělesné tvary a další smysly. Naopak Dvořáková (2018) se mimo jiné zaměřuje také na masáž stimulující dýchání s využitím vibrací na podporu dechové rehabilitace, dále na vestibulární stimulaci, kterou Špičková a kol. (2008) vůbec neuvádí. V porovnání se Špičkovou, Slámovou, Hockovou (2008) jsou prvky aplikované v rámci uvedených kazuistik lepší, bohužel byly aplikovány pouze krátkodobě, ony mají výhodu dlouhodobé aplikace BS.

Po prostudování literatury (např. Válková, 2013; Dvořáková, 2018; Špičková, Slámová, Hocková, 2008; Dvořáková, Bazální stimulace, texty pro základní kurz; Dvořáková, Bazální stimulace, texty k nástavbovému kurzu; Friedlová, 2018; Friedlová, 2007 atd.) a z vlastních zkušeností můžeme říci, že k taktilně-haptické stimulaci přistupují zdravotníci nevědomky, a to u hygienické péče, při snídani apod. Bohužel však si tuto stimulaci nedokáží zorganizovat, naplánovat a využít.

Jako jediná z autorů Friedlová (2018) uvádí, že pacienta i na intenzivní péči převlékala do osobního domácího oblečení. Z mého pohledu není tato činnost až tak proveditelná na všech

intenzivních péčích. Na ARO jsou pacienti často vyšetřováni a neustále se s nimi manipuluje, proto po konzultaci se staniční sestrou zmíněného oddělení bylo upuštěno od myšlenky využívat osobní prádlo pacientů, a to z hlavního důvodu rizika infekce. Myslím si, že osobní oblečení je spíše vhodné na dlouhodobé intenzivní péče, kde již je pacient stabilizován a neprovádí se u něj několik vyšetření denně. V této situaci je má péče ne tak celistvá jako u Friedlové (2018).

Další častou stimulací je orální stimulace, které předchází orofaciální stimulace. Válková (2013) uvádí prvky, které využívá k této stimulaci. Nejvíce využívá tedy sladký čaj, kávu a Nutridrink. Ve výše uvedených kazuistikách taktéž využívám čaj a kávu, u některých i čokoládu, která se mi velmi osvědčila. Tyto pochutiny se využívají nejčastěji, protože jsou řekněme neutrální, využívají se především u pacientů, u kterých není možné sestavit autobiografickou anamnézu, tak jako uvádí Válková (2013). Myslím si, že stimulace čokoládou v mém případě je lepší než stimulace Nutridrinkem, který sám o sobě nemá žádnou příjemnou chuť.

Všechny další techniky bazální stimulace jsou vysoce individuální a řídí se dle autobiografie. Proto se většinou a nejčastěji všichni zaměřují na somatickou, vestibulární a taktilně-haptickou stimulaci, tyto stimulační techniky totiž lze aplikovat také v případě, že není k dispozici kompletní autobiografická anamnéza.

Dvořáková (2010) ve své práci uvádí několik fází péče v rámci bazální stimulace. V tomto případě Dvořáková má lepší podmínky. Na oddělení, kde probíhal výzkum, to nebylo možné z důvodu krátkodobému pobytu pacientů na zmíněném oddělení. V první fázi bazální stimulace dle Dvořákové (2010) souhlasím, při zahájení bazální stimulace je důležité se s pacientem seznámit, zajistit mu dostatek informací o jeho těle a okolí.

Myšlenkou konceptu bazální stimulace je podporovat vnímání, komunikaci a pohyb pacientů. Válková (2013) říká, že aplikace Bazální stimulace byla aplikována na JIP během tří dnů. Na první pohled se může zdát, že za tuto dobu se nemůže nic změnit. Válková (2013) uvádí, že po zklidňující masáži se pacient zklidnil a stabilizovaly se jeho fyziologické funkce, jako tomu bylo i u případu pacientky z výše uvedené kazuistiky č. 3. Takže i když se zdá být doba tří dnů velmi krátká, má smysl bazální stimulaci zahájit co nejdříve.

Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh dokumentu ke zpracovávání autobiografické anamnézy k bazální stimulaci na ARO viz PŘÍLOHA P XI.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat techniky bazální stimulace využitelné na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Protože nějaký čas pracuji na pozici sanitářky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v Uherskohradištské nemocnici a. s., vím, že se koncept bazální stimulace na tomto oddělení téměř nevyužívá. Jelikož jsem absolvovala jak základní, tak nadstavbový kurz bazální stimulace během studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, chtěla jsem v tomto tématu zpracovávat svou bakalářskou práci. Myslela jsem si, že na tomto oddělení bude výběr technik a prvků bazální stimulace hodně omezený z časového důvodu k provádění, zdravotním stavům pacientů apod. Naopak jsem zjistila a byla jsem mile překvapena, jaké velké množství prvků bazální stimulace lze na ARO využívat. Zároveň mě velmi zklamal nezáměr všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o problematiku BS.

Stanovený cíl i dílčí cíle byly splněny, v rámci jednotlivých kazuistik byly popsány vhodné prvky k aplikaci bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení: mezi prvky využitelné na ARO patří somatická masáž nebo koupel zklidňující, povzbuzující, masáž stimuluje dýchání, kontaktní dýchání, polohování hnízdo a vibrační masáže. Vestibulární stimulace je vhodná provádět pomocí otáčení hlavy do stran a laterálními náklony lůžka. K dalším speciálním technikám se přistupuje individuálně dle zdravotního stavu pacienta, autobiografické anamnézy apod. K auditivní stimulaci lze použít rádio, MP3 přehrávač, internetový zdroj písní apod. K olfaktorické stimulaci podle autobiografické anamnézy je nejjednodušší využívat osobní hygienické pomůcky, parfémy nebo vonné tyčinky. K optické stimulaci lze využívat podle autobiografie a stavu pacienta knížky, časopis, filmy, obrázky a fotky příbuzných a přátel. K orální zase štětičky napuštěné v oblíbených nápojích, váčky z gázy s oblíbeným ovocem, čokoládou atd. K taktilně-haptické se využívají nejčastěji různé druhy tkanin – froté povlečení, ručníky, teplé ponožky, drsnější žínky, prostě to, na co je pacient zvyklý. Jedinou problematickou oblastí BS si dovoluji říci bylo aplikování polohy mumie, a to z důvodu zavedených CŽK a UPV. Mumii provádíme u těžké poruchy vnímání těla, kómat a velmi neklidných klientů. Aplikuje se na zádech, tělo se zabalí do prostěradla od prstů na nohách až po ramena, ruce se položí na hrudník, hlava, ramena, lokty, kolena a kotníky jsou mírně vypodloženy. Po obvodu těla jsou naskládány polohovací pomůcky k vymezení hranic těla.

Myslím si, že bazální stimulace je na určitých odděleních intenzivní péče brána spíše jako zbytečná věc, která jen zabírá čas. Nemá totiž až tak jasné a rychlé výsledky, jako když se například podají anestetické medikamenty. Ano, výsledky nejsou vidět ihned, ale věřím, že i při aplikaci krátkodobé bazální stimulace zaměřené třeba jen na schéma lidského těla a na navázání kontaktu mezi ošetřujícím personálem a pacientem je ze strany pacientů aplikace BS velkým zážitkem a jistě jim pomůže v dalším zotavování.

Proto bych v aplikování bazální stimulace u pacientů ráda pokračovala i ve své praxi. Na vlastní oči jsem zažila, že i jeden malý kousek čokolády může mít tak velkou sílu. I když pacient není schopen slovně vyjádřit své pocity a vděk za vaši péči, jeho úsměv a slzy radosti jsou často upřímnější poděkování než klasická slova „děkuji vám“.

Všem zdravotnickým pracovníkům pracujících v intenzivní péči s Konceptem bazální stimulace v duši děkuji a ty, kteří si myslí, že bazální stimulace je zbytečná věc, prosím, aby před tím, než koncept zavrhnou, jej vyzkoušeli, jakmile budou mít chvíli času. Tak jako se dítě nenaučí ze dne na den chodit a běhat, potřebuje také pacient trpělivost a dostatek času z naší strany.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTŮNĚK, Petr et al., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BEINSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH, A., 2003. *Basale stimulation in der Pflege. Die Grundlagen*. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, ISBN 378004001-8.
- BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH, 2016. *Basale stimulation in der Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag. ISBN 978-3-456-85648-3.
- Česká republika, c2010-2019. Vyhláška č. 391/2017 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Česká republika: AION CS [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
- Česká republika, c2010-2019. Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. Česká republika: AION CS [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Deset cílů* [online]. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace®, c2004-2018 [cit. 2019-02-18]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>
- DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Bazální stimulace: Texty pro základní kurz*. INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o.. Studijní texty z kurzů.
- DVOŘÁKOVÁ, Helena. *Bazální stimulace: Texty k nástavbovému kurzu*. INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o.. Studijní texty z kurzů.
- DVOŘÁKOVÁ, Helena, 2018. Jde to i jinak... *Florence*. 10.(2), 2.
- DVOŘÁKOVÁ, Helena, 2010. *Ošetrovatelská péče o pacienta s kraniocerebrálním poraněním s využitím konceptu bazální stimulace*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuti, logopedi a speciální pedagogi: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.

- HATZ-CASPARIS, M., ROTH SIGRIST, M., 2012. *Basale Stimulation in der Akutpflege: Handbuch für die Pflegepraxis*. 1. vyd. Hogrefe AG: Hans Gruber. ISBN 978-456-85130-3
- HOSEINZADEH, Esmaeel et al., 2017. Effect of auditory stimulation on consciousness in coma patients with head injury. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* [online]. 4.(3), 7 [cit. 2018-12-14]. ISSN 2345-5764. Dostupné z: <http://www.jnmsjournal.org/article.asp?issn=2345-5756;year=2017;volume=4;issue=3;spage=82;epage=88;aulast=Hoseinzadeh>
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 133 s. [cit. 2019-01-01]. ISBN 978-80-7454-600-6. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/36770>
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela, c2013. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-761-5.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5215-0.
- ŠPIČKOVÁ, Ludmila, Hana SLÁMOVÁ a Jana HOCKOVÁ, 2008. *Šest let bazální stimulace*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 4.(5), 2.
- TOMEK, Aleš et al., 2014. *Neurointenzivní péče*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3359-6.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VALENTOVÁ, Kateřina, 2015. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2013. Bazální stimulace pacienta v bezvědomí. *Sestra: odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo*. 12.(3-4), 2.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

YEKEFALLAH, Leili et al., 2018. Tactile stimulation improves consciousness and vital signs in patients with traumatic brain injury. *Nursing Critical Care*. 13.(6), 4.

ZAGERMANN, Ute, ©2019. Basale Stimulation in der Pflege alter und behinderter Menschen: Vortragsmanuskript Integra. In: *Integra* [online]. [cit. 2019-01-21].

Dostupné z:

https://www.integra.at/fileadmin/user_upload/integra/Bildung_Aktion/Referentenmanuskripte/2000/integra2000%20-%20Ute_Zagermann_Basale_Stimulation.pdf

ZWETTLER, Johanna, 2012. *Zum Krankheitsbild Wachkoma – unter besonderer Berücksichtigung der Basalen Stimulation*. Graz. Bakalářská práce. Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

ŽIAKOVÁ, Katarina et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo: teoria a vedecký výskum*. Druhé, přepracované vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-304-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIM	Akutní infarkt myokardu
AJ	A jiné
APOD	A podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATD	A tak dále
BS	Bazální stimulace
CD	Přenosný datový disk
CMP	Cévní mozková příhoda
CŽK	Centrální žilní katetr
DKK	Dolní končetiny
ETK	Endotracheální kanyla
FF	Fyziologické funkce
HKK	Horní končetiny
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
I.V.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
KD	Kontaktní dýchání
MP3	Přenosný přehrávač hudby se sluchátky
MSD	Masáž stimulující dýchání
NAPŘ	Například
NIP	Následná intenzivní péče
NIV	Neinvazivní ventilace
NGS	Nasogastrická sonda
PDK	Pravá dolní končetina

PMK	Permanentní močový katetr
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
UPV	Umělá plicní ventilace
TSK	Tracheostomická kanyla
TZN	To znamená
TZV	Takzvaně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zklidňující stimulace.....	24
Obrázek 2 Povzbuzující stimulace.....	25
Obrázek 3 Neurofyziologická masáž.....	26
Obrázek 4 Masáž stimulující dýchání.....	29

SEZNAM TABULEK

Tabulka Anamnéza 1	40
Tabulka Anamnéza 2	50
Tabulka Anamnéza 3	60
Tabulka Anamnéza 4	69

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB

PŘÍLOHA P II: DOTYKOVÉ ZÓNY

PŘÍLOHA P III: NÁPIS S MÍSTEM INICIÁLNÍHO DOTYKU NAD STOLEM SESTRY

PŘÍLOHA P IV: NÁPIS S MÍSTEM INICIÁLNÍHO DOTYKU NA LŮŽKU PACIENTA

PŘÍLOHA P V: POLOHA HNÍZDO NA ZÁDECH

PŘÍLOHA P VI: POLOHA HNÍZDO NA BOKU

PŘÍLOHA P VII: MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ

PŘÍLOHA P VIII: KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ

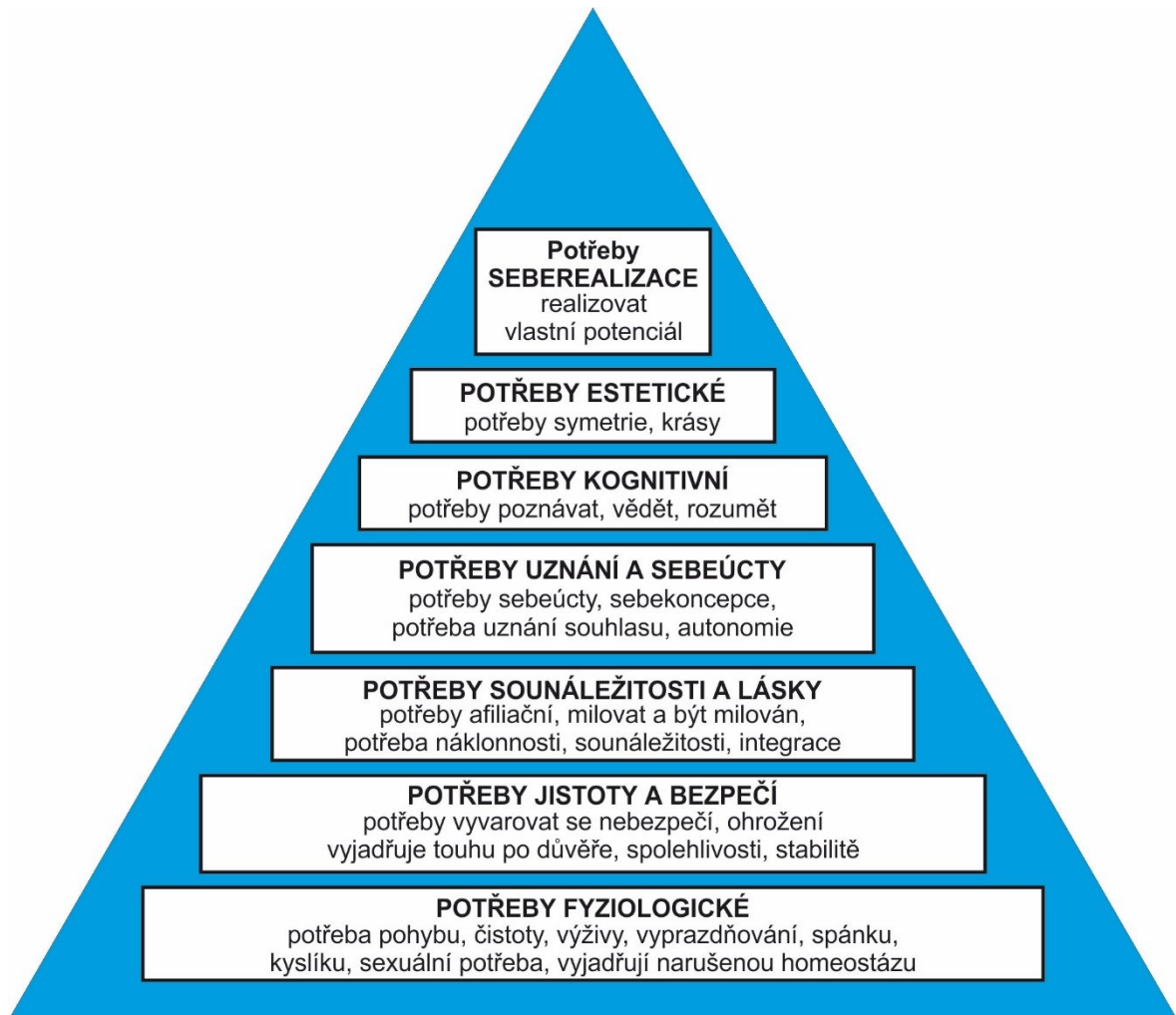
PŘÍLOHA P IX: ORÁLNÍ STIMULACE ČOKOLÁDOU

PŘÍLOHA P X: OPTICKÁ STIMULACE S VYUŽITÍM ČASOPISU

PŘÍLOHA P XI: AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA PRÁZDNÁ

PŘÍLOHA P XII: ZÁZNAMOVÝ ARCH BAZÁLNÍ STIMULACE PRÁZDNÝ

PŘÍLOHA P I: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



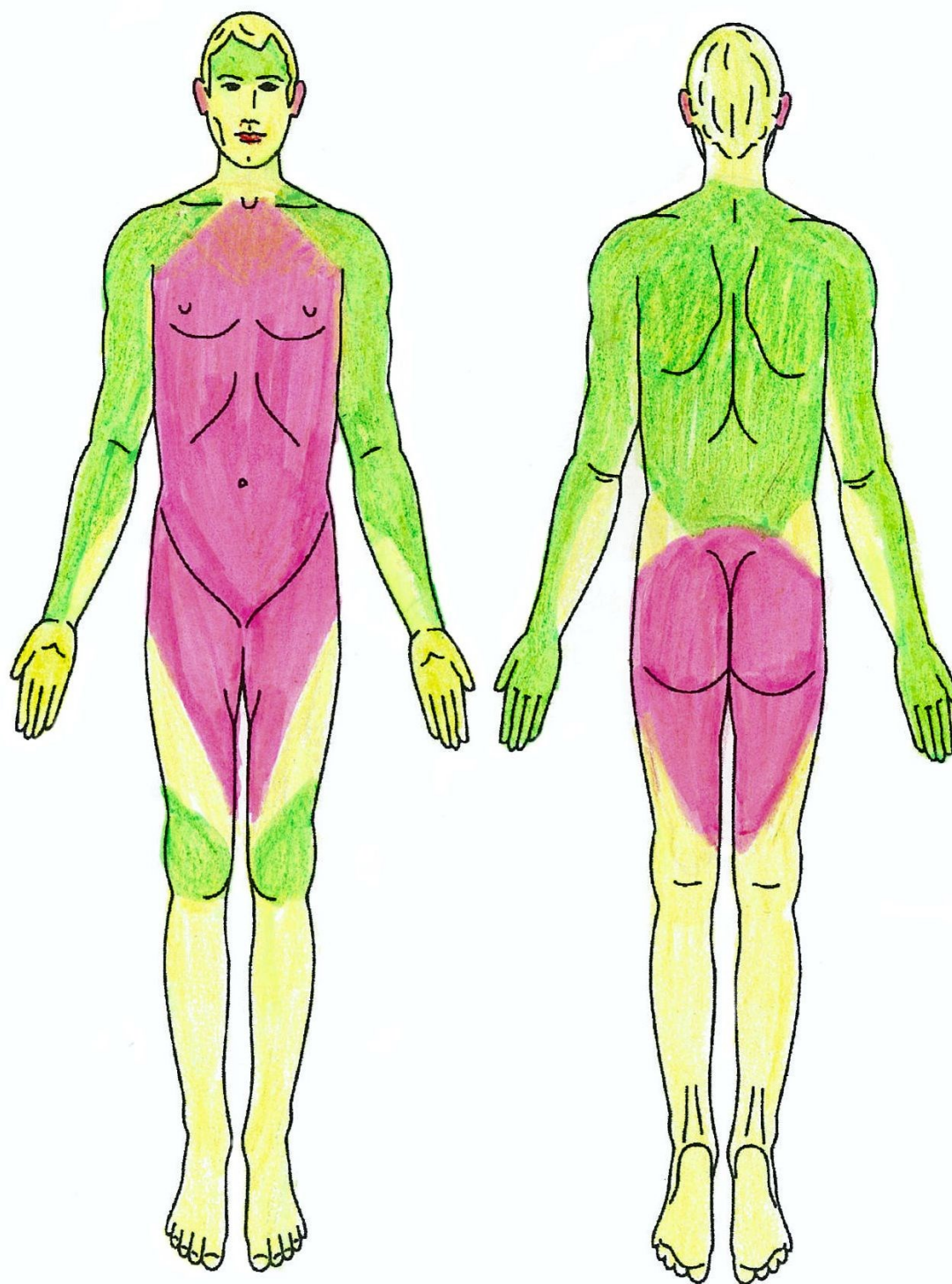
(Zdroj: Kudlová, 2016 s. 26)

PŘÍLOHA P II: DOTYKOVÉ ZÓNY

Zelená – veřejné zóny

Žlutá – hraniční zóny

Růžová – intimní zóny



(Zdroj: Dvořáková, Bazální stimulace, Texty pro základní kurz)

**PŘÍLOHA P III: NÁPIS S MÍSTEM INICIÁLNÍHO DOTYKU NAD
STOLEM SESTRY**



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

**PŘÍLOHA P IV: NÁPIS S MÍSTEM INICIÁLNÍHO DOTYKU NA
LŮŽKU PACIENTA**



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P V: POLOHA HNÍZDO NA ZÁDECH



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P VI: POLOHA HNÍZDO NA BOKU



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P VII: MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P VIII: KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P IX: ORÁLNÍ STIMULACE ČOKOLÁDOU



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P X: OPTICKÁ STIMULACE S VYUŽITÍM ČASOPISU



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA P XI: AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA PRÁZDNÁ

AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA K BAZÁLNÍ STIMULACI NA ARO

PACIENT I		NAVŠTĚVNÍCI (kdo pacienta navštěvuje):	
OSLOVENÍ:		SOCIÁLNÍ SITUACE:	
Zaměstnání:		Zaměstnání:	
Kontakty:		Kontakty:	
RODINNÝ STATUS (ženatý/vdaná, děti, vnoučata...):			
CHARAKTERISTIKA PACIENTA: Levák Pravák			
VNÍMÁNÍ:			
Sluch: Kvalita (nedoslýchavost, hluchota, naslouchátko, odezírání...):	Zrak: Kvalita (brýle, čočky, barvy...):	Čich: Oblíbené vůně (parfém, květiny...):	
Strana (levá, pravá, obě):	Oblíbená barva:	Nepříjemné vůně:	
Oblíbená hudba (kapela, styl, rádio...):	Neoblíbená barva:	Vůně, pachy přirozeného prostředí (zaměstnání, domov...):	
Neoblíbená hudba (kapela, styl, rádio...):			
Hlasitost a poslech hudby (potichu celý den, nahlas krátkodobě, vůbec...):			
Teplota: Prostředí (teplejší, pokojová, chladnější):	Chut: Oblíbené jídlo + nápoje:	Hmat, pokožka: (pomůcky spojené se zaměstnáním)	
Voda (chladná, vlažná, teplá, horká):	Neoblíbené jídlo + nápoje:	Používané masti, krémy, kosmetika:	
		Alergie:	
		Typ pokožky:	
		Rány:	
POLOHA:	JINÁ SĎĚLENÍ:		
Oblíbená:			
Nepříjemná:			

(Zdroj: vlastní)

PŘÍLOHA P XII: ZÁZNAMOVÝ ARCH BAZÁLNÍ STIMULACE PRÁZDNÝ

ZÁZNAMOVÝ ARCH BAZÁLNÍ STIMULACE NA ARO

PACIENT 1 Iniciální dotyk:		Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas	Datum/čas
		Technika a prvky BS	Technika a prvky BS	Technika a prvky BS	Technika a prvky BS	Technika a prvky BS	Technika a prvky BS
Krevní tlak (paže L/P)	Před						
	Během						
	Po						
Tepová frekvence (a. radialis)	Před						
	Během						
	Po						
Saturace SpO2	Před						
	Během						
	Po						
Uvolnění hlenů, odkašlávání, odsávání	Před						
	Během						
	Po						
Mimika (grimasy, stažení/uvolnění mimického svalstva, zatnutí zubů)	Před						
	Během						
	Po						
Zívání (uvolnění)	Před						
	Během						
	Po						
Slzy, mrkání, otevírání očí, zavírání očí	Před						
	Během						
	Po						
Slinění	Před						
	Během						
	Po						
Polykání/ Pohyb jazyka	Před						
	Během						
	Po						
Pohyb končetin a těla	Před						
	Během						
	Po						
Oční kontakt	Před						
	Během						
	Po						
	Před						
	Během						
	Po						

(Zdroj: vlastní)