

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S

PRAHA

BAZÁLNÍ STIMULACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE KERCOVÁ

2008

BAZÁLNÍ STIMULACE

Bakalářská práce

MARIE KERCOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Jana Hocková

Studijní kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zabývám Konceptem bazální stimulace. Svou prací bych chtěla tento koncept přiblížit všem, kteří by měli o tuto speciální péči zájem.

Koncept vychází z technik, jejichž podstatou je cíleně stimulovat smyslové orgány, podporovat komunikaci, vnímání a pohyb klienta, a tím znovu vyvolat mozkovou aktivitu. Stimulace se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Klient je vnímán holisticky podle stanovené biografické anamnézy na základě jeho vlastní historie.

Ve své práci, po krátkém historickém úvodu, zmiňuji teoretický koncept a jednotlivé techniky bazální stimulace, které jsem čerpala z uvedeného seznamu použité literatury. V závěru pak uvádím příklad ze své praxe na resuscitačním oddělení Fakultní nemocnice Motol. Do seznamu příloh jsem zařadila tabulku s iniciálním dotekem a biografickou anamnézou, kterou jsem vytvořila na základě vlastních zkušeností, a použila modelové fotografie při využití jednotlivých technik.

Bakalářskou práci jsem zpracovala na základě znalostí a dovedností, které jsem získala na Klinice anesteziologie a resuscitace ve výše zmiňované nemocnici a účasti v základním a nástavbovém kurzu bazální stimulace.

Klíčová slova: bazální stimulace, koncept, klient, vnímání, komunikace, pohyb, stimulace, biografická anamnéza

ABSTRACT

Concept of basal stimulation is studied in this work. I would like to bring the concept to people who are interested in this special care.

The principle which the concept is formed from is targeted stimulation of sensory organs, communication support, perception and movement of client and induction of his brain activity. Stimulation is orientated into all fields of human needs. The client is perceived by specified biographical anamnesis formed from his own history.

After a short historical introduction I speak of theoretical concept and particular techniques of basal stimulation. There is an exemplification of my stay in Department of Resuscitation in Faculty hospital Motol at the end of my work.

My work is based on experience, knowledge and skills which I got at the Department of Resuscitation in Motol and by the participation in basic and advanced courses of basal stimulation.

Key words: basal stimulation, concept, client, perception, communication, movement, stimulation, biographic anamnesis.

PŘEDMLUVA

S Konceptem bazální stimulace jsem se poprvé setkala při studiu na Vyšší zdravotnické škole v Praze, tedy před více než čtyřmi lety. Hned z počátku jsem byla fascinována tím, že lidem lze pomoci i jinak než jen medikamenty. Mé nadšení pro Koncept bazální stimulace se ještě prohloubilo, když jsem se s ním setkala v praxi ve Fakultní nemocnici Motol, které je jedním z proškolených pracovišť v České republice, a s konceptem se setkávám při práci každý den.

Proto jsem na základě toho absolvovala základní a nástavbový kurz bazální stimulace a nyní je mou snahou využít bazální stimulaci v péči o nemocné.

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Janě Hockové za vstřícné jednání, ochotu, laskavost a cenné rady při vedení bakalářské práce. Další poděkování patří vedení Kliniky anesteziologie a resuscitace za možnost zvyšování kvalifikace v oblasti bazální stimulace, a také celému kolektivu resuscitačního oddělení za náměty, připomínky a pomoc při naší společné práci.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. března 2008

Marie Kerclová

.....

ÚVOD	8
1 Historie konceptu bazální stimulace	9
1.1 Vznik konceptu	9
1.2 Současná situace	9
2 Teorie Konceptu bazální stimulace.....	11
2.1 Vnímání	12
2.2 Pohyb	13
2.3 Komunikace	14
3 Dotek.....	17
4 Poznatky z fyzioterapie.....	19
5 Poznatky z psychologie	20
5.1 Desatero bazální stimulace	21
6 Biografická anamnéza.....	22
7 Prvky bazální stimulace	23
7.1 Somatická stimulace	23
7.1.1 Somatická stimulace zklidňující	24
7.1.2 Somatická stimulace povzbuzující.....	26
7.1.3 Neurofyziologická koupel dle konceptu Bobath	27
7.1.4 Symetrická stimulace.....	30
7.1.5 Rozvíjející stimulace.....	30

7.1.6	Diametrální stimulace	30
7.2	Poloha	32
7.2.1	Poloha „hnízdo“	32
7.2.2	Poloha „mumie“	33
7.2.3	Poloha pomocí canisterapeutických psů	33
7.3	Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání	34
7.4	Vestibulární stimulace	36
7.5	Vibrační stimulace	37
7.6	Optická stimulace	38
7.7	Auditivní stimulace	40
7.8	Orální stimulace	42
7.9	Olfaktorická stimulace	44
7.10	Taktilně-haptická stimulace	45
8	Využití Konceptu bazální stimulace v praxi	46
8.1	Kazuistika	46
	ZÁVĚR	49

ÚVOD

O životě jsem začala přemýšlet, když jsem ztratila blízkého člověka, viděla jsem, jak bojoval se svou nemocí do posledního dne. Vždyť život je nejcennější dar, který není samozřejmostí. Myslím si, že mnozí z nás si to neuvědomují a s životem mnohdy hazardují.

Tehdy jsem si uvědomila, že chci pomáhat tam, kde život visí na vlásku a kde člověk zůstává sám, jen se svojí nemocí, utrpením, obklopen přístroji a mezi cizími lidmi. Proto jsem vystudovala zdravotnickou školu, a začala pracovat na resuscitačním oddělení. Setkávám se se smrtí skoro každý den a to hlavně u mladých lidí, ale nikdy mě to neodradilo, ba naopak. Právě tady jsem našla své místo. Cítím, že zde mohu udělat nejvíce pro svého bližního pomocí kvalitní ošetrovatelské péče a Konceptu bazální stimulace. Ke své práci nepotřebuji nic víc než jen dvě ruce, milý úsměv a snahu zkvalitnit pacientovi život.

Bazální stimulace je metoda, která nejen že jako zázrakem pomáhá lidem vrátit se do normálního života, ale mně osobně naplňuje, za mou práci je vidět úspěch a výhra nad zatraceným životem, samotou a mnohdy i smrtí.

„Jen život, který žijeme pro ostatní, stojí za to.“

Albert Einstein

1 Historie konceptu bazální stimulace

1.1 Vznik konceptu

Speciální pedagog, prof. Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval na počátku sedmdesátých let minulého století v Rehabilitačním centru ve Westplatz/Landstuhl začal rozvíjet koncept podporující rozvoj různých schopností u dětí s těžkým tělesným i duševním postižením. U těchto dětí nebylo možno zatím navázat verbální komunikaci. Prof. Fröhlichovi se podařilo ji úspěšně navázat s takto postiženými dětmi na základě somatické, vestibulární a vibrační komunikace. Po dlouholetých studiích se stala bazální stimulace vědecky uznávaným konceptem.

Do ošetrovatelské péče přinesla tento koncept v 80. letech 20. století zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Pracovala jako zdravotní sestra ve Vzdělávacím centru německého profesionálního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu. Věnovala se intenzivní péči, kde prokázala úspěšnost bazální stimulace u klientů ve vigilním komatu.

1.2 Současná situace

Bazální stimulace se stala v zemích Evropské unie jedním z nejvýznamnějších konceptů v oblasti ošetrovatelství, speciální pedagogiky i psychologie. Je neodmyslitelnou součástí života pro většinu pacientů s poruchou v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Významné místo má v péči o nedonošené děti, u klientů v ústavech sociální péče, klientů v domovech důchodců a odděleních chronické resuscitační péče. V klinické praxi se s ním pracuje skoro na všech odděleních a ve většině zdravotnických zařízení je personál průběžně proškolen. V zahraničí je již koncept aplikován do osnov při studiu ošetrovatelství na zdravotnických školách.

V České republice je jedinou certifikovanou lektorkou PhDr. Karolína Friedlová, která integrovala tento koncept do českého ošetrovatelství. Je členkou mezinárodní asociace Bazální stimulace. Pod jejím vedením probíhají od roku 2003 základní a nástavbové semináře pro pracovníky mnoha různých oblastí ošetrovatelství, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, lékařů, logopedů a speciálních pedagogů.

V České republice je již několik certifikovaných pracovišť, kde proškolený personál úspěšně pracuje s bazální stimulací.

V říjnu 2005 byl založen na území České republiky INSTITUT Bazální stimulace, který je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí na pracovištích, která pracují s konceptem. (Friedlová, 2006, s.9).

Od roku 2004 je koncept integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č.424/2004, § 4, odstavec h. (Friedlová, 2007, s.17).

2 Teorie Konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání (Friedlová, 2007, s.19).

Základními prvky bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání, a jejich úzké propojení. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů (Friedlová, 2007, s.19).

Aby došlo ke kvalitní a účinné stimulaci vnímání je za potřebí v první řadě získání biografické anamnézy, stanovení cílů, sestavení ošetrovatelského plánu, realizace stimulací, kontinuální hodnocení reakcí klienta na poskytované stimuly. Důležitou součástí správně prováděné bazální stimulace jsou integrace příbuzných do péče, kdy ošetrovatelská péče umožňuje neustálý přísun podnětů z vlastního a okolního světa, a holistické vnímání klienta. Každý pacient je vnímán jako jedinec s vlastní historií a určitými schopnostmi.

Techniky bazální stimulace se dělí na prvky základní a nastavbové stimulace.

Prvky základní stimulace:

- Somatická stimulace
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace

Prvky nastavbové stimulace:

- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Taktilně-haptická stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Orální stimulace

2.1 Vnímání

Bazální stimulace vychází z toho, že každé omezení kteréhokoliv smyslu a pohybu vede k poruše vnímání světa a vlastní osoby. Je však dokázáno, že každý člověk i s těžkou formou poruchy vnímání je schopen alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat. I stav „nečinnosti“ a „nereagování“ (koma, aj.) vykazuje formu chování! Doc. Dr. A. Zieger zdůrazňuje: „Setrvání v apalickém syndromu není defektní stav, ale také výsledek nedostatečné komunikace a stimulace.“ (Friedlová, 2006, s.18)

Vymezení pojmu vědomí se mění podle toho, v jaké oblasti se používá. Fyziologie definuje lidské vědomí jako stav bdělosti, v němž je člověk schopen uvědomit si sám sebe, být pozorný, přiměřeného jednání a myšlení na základě smyslových a paměťových informací.

Kvantitativní poruchy vědomí :

- somnolence – lehká porucha vědomí, člověk na oslovení otevře oči, odpoví, na výzvu je motorická odpověď, polykání zachováno, sfinktery ovládnány
- sopor – hlubší porucha vědomí, bolestivý podnět vyvolá obranný pohyb, grimasu, otevření očí, sfinktery nekontrolovány
- koma – hluboké bezvědomí, člověk nereaguje na zevní podněty, kontakt s ním je nemožný, bolestivý podnět vyvolá reflexní odpověď flekční nebo extenční
- apalický stav – nazývaný též perzistující vegetativní stav nebo vigilní koma, je zvláštním druhem poruchy vědomí, příčinou je poškození mozkové kůry, jde vlastně o dekortikaci. Člověk vypadá jako při vědomí, je bdělý, má otevřené oči, ale pohledem nesleduje, nemluví a reaguje pouze flexně (Ambler, 2004, s.68).

Na základě vědeckých poznatků bylo zjištěno, že jsou tři základní druhy vnímání – somatické, vibrační a vestibulární. Ty u člověka vytvářejí pocit jistoty a bezpečí. V časném období prenatalního vývoje se vytváří orální stimulace, plod cucá svůj palec a polyká plodovou vodu. Při auditivním vnímání plod vnímá zvuky nejen z matčina těla, ale také z venku. Taktilně – haptické a optické vnímání se realizuje také před narozením. Po narození se vytváří olfaktorické vnímání, novorozenec má schopnost vnímat vůně a pachy.

Cílem podpory vnímání je, aby u jedinců docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře rozvoje vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace se svým okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- ke zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007, s.23-24).

2.2 Pohyb

Schopnost pohybovat se je důležitá nejen k zajištění chůze a držení pozice těla, ale také k dýchání, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, rozmnožování a práci, kterou vykonáváme. Je úzce spojen s komunikací (gesta, mimika, aj.). Možnost pohybovat se je jakási komunikace s okolím. Aby došlo k nějakému pohybu, musí vyjít podnět - myšlenka na pohyb, proto od sebe nelze oddělit pohyb a vnímání.

Pohybové schopnosti se rozvíjejí již od intrauterinního života. První pohyby byly pod sonografickou kontrolou pozorovány od konce 6. týdne embryonálního vývoje. V polovině 8. týdne je embryo schopno zvyšovat svalové napětí, protože jsou již založeny všechny svaly. Od 9. týdne pohybuje embryo končetinami, dává si do úst palec a od 11. týdne vykonává plod dýchací pohyby dané rytmickou kontrakcí bránice a mezižeberních svalů s frekvencí 50/min. Od 12. týdne jsou zřetelné pohyby horních i dolních končetin, hlavičky a úst.

Postnatální vývoj motoriky probíhá ve čtyřech fázích:

- holokinetické – trvá od narození, jde o nekoordinované pohyby všech končetin a reflexy,
- monokinetické – od konce druhého měsíce po narození pohybuje kojeneček samostatně jednou končetinou, objevuje se pohyb ruka – ústa a začíná se uplatňovat cílená motorika,
- dromokinetické stádium – od konce 5 měsíce, pro které je charakteristické, že pohyby dítěte mají správný směr,
- kratikinetické stádium – přichází k prvnímu roku života, trvá pak po celý život.

Celý vývoj hybnosti je ukončen kolem 25 roku života.

2.3 Komunikace

Komunikovat, znamená „být ve spojení“. (Friedlová, 2007, s.29).

Jak uvádí Jaro Křivohlavý, : „ *Není možné nekomunikovat*“. I tím, že se na něho nepodíváme, něco mu tím sdělujeme. Když se někomu vyhneme, když mu nevěnujeme pozornost, něco mu tím sdělujeme. Když to udělá on, rozumíme obvykle lépe, že nám tím něco říká (Friedlová, 2007, s.33).

Komunikace slouží k udržování a vytváření mezilidských vztahů. Jde o proces, který tvoří pět složek. Pokud některá chybí, nemůže komunikace probíhat.

- komunikátor (mluvčí) – osoba, od níž sdělení vychází,
- komunikant (příjemce) – osoba, které je sdělení určeno, snaží se je dešifrovat a rozumět mu,
- komuniké – vysílána zpráva, signál,
- zpětná vazba – zpráva o tom, že informace byla přijata,
- kontext – prostředí a situace, ve které komunikace probíhá, může změnit význam sděleného (Friedlová, 2007, s.30).

Prvním typem komunikace je verbální komunikace, kdy se vyjadřujeme slovy, je ovlivněna úrovní vnímat, schopností vyslovovat, znalostí komunikačního jazyka, výškou hlasu a intonací. Druhým typem komunikace je neverbální komunikace, beze slov. Mezi její prostředky patří vzdálenost mezi komunikujícími, postoj, mimika, pantomimika, paralingvistika, gesta, tělesný a oční kontakt. Jaro Křivohlavý uvádí: „V obličejí je možno odlišit sedm druhů emocí: štěstí, překvapení, strach, zlobu, smutek, spokojenost a zájem.“

V konceptu bazální stimulace využíváme všech možných komunikačních kanálů na bázi komunikace:

- somatické
- vestibulární
- vibrační
- auditivní
- optické
- olfaktorické
- taktilně – haptické

Schopnost zaznamenat komunikační projevy u klientů s poruchami vědomí, nebo poruchou vyjadřování je velice těžké. Někdy je i pro terapeuta těžké reakce klienta zachytit. První komunikací je vždy oční kontakt - pohled. V konceptu bazální stimulace se setkáváme s klienty, kteří jsou ve vigilním komatu, s těžkou hlubokou nebo mentální retardací, senioři se zhoršeným sluchem a zrakem, a nebo lidé trpící senilní demencí. Terapeut by měl vhodně rozpoznat klientovy reakce, adekvátně reagovat a využít všech technik komunikace a zvolit vhodnou techniku stimulace.

Stává se, že první osobou, která zachytí první nepatrné reakce klienta je právě jeho příbuzný. Koncept integruje příbuzné do péče a bere je jako rovnocenné partnery v procesu ošetrovatelské péče. Příkladá jejich postřehům náležitý význam.

Mezi klientem a terapeutem dochází k neustálé výměně informací a komunikační proces. Znázorňuje schéma č.1 (Friedlová, 2007,s.34).

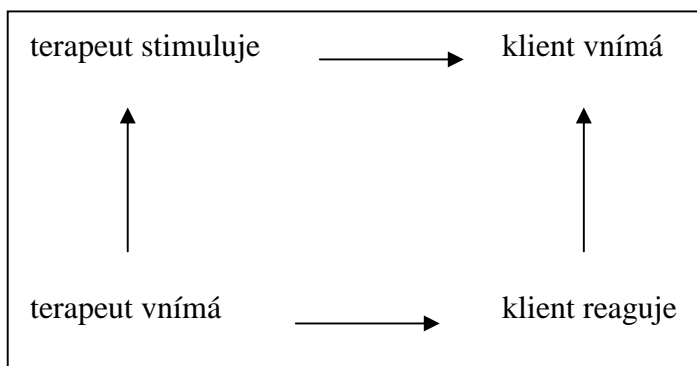


Schéma č.1 Komunikační proces mezi terapeutem

Znaky příjemného pocitu, otevření se okolí:

- mžikání očima,
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení,
- otvírání očí a úst,
- pousmání, úsměv,
- uvolnění svalového tonu, mimiky, pohybů,
- klidné pohyby do okolí a na poskytnuté stimulační elementy.

Znaky nepříjemného pocitu, uzavření do sebe:

- zavírání očí a úst, blednutí,
- neklidné, nepravidelné dýchání,
- pláč, křik, sténání,
- zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby,
- reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům,
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování,
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se (Friedlová, 2006, s.6).

3 Dotek

Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to významný komunikační port. Dotýkání se je základní lidská schopnost, pomocí něž dostáváme mnoho impulzů ze zevního prostředí. Pomocí doteku komunikujeme, a tím vytváříme určité vztahy.

Překvapivě dobré zkušenosti u klientů umírajících i u jejich blízkých jsou s komunikací taktilní, která často výtečně nahradí komunikaci slovní (Vorlíček et al., 2004, s.516).

Terapeuti se snaží identifikovat potřeby klienta a porozumět stylu komunikace, která je pro každého individuální, protože každý jsme individuální, jedinečný a neopakovatelný. Cílem doteku je poskytnout klientovi prostor pro orientaci na těle, další vývoj jeho osobnosti a znovu navrácení do kvalitního života.

Dříve se ošetřující personál učil, jak používat ruce k vykonání jednotlivých ošetřovatelských výkonů, ale ne jak jimi poskytovat informace pacientovi o jeho těle.

Proto je v konceptu bazální stimulace důležitá kvalita doteku. Ruce ošetřujících jsou komunikačním médiem a umožňují získat klientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě. Doteky ošetřujícího by měly být zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby nevyvolávaly u klienta pocity nejistoty a ohrožení (Friedlová, 2006, s.15).

Každý dotek může zprostředkovat určitou informaci a stát se tak formou komunikace mezi lidmi. Při dotýkání hraje velkou roli i lokalita doteku a jejich intenzita (Friedlová, 2006, s.16).

Koncept bazální stimulace klade velký důraz na kvalitu a intenzitu doteků, proto na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo, tedy iniciální dotek (Příloha č. 1), na klientově těle a zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti a činnosti u jeho lůžka. Vhodná místa pro iniciální dotek jsou rameno, paže a ruka.

Dotekem lze umocnit pohyb různých materiálů. Například během celkové koupele pomocí žínky a ručníku získá pacient informace o velikosti, hranicích a formě svého těla. Důležité je během této komunikace nepřerušovat kontakt, jinak se u pacienta vyvolají pocity nejistoty a strachu (Friedlová, 2006, s.17).

Iniciální dotek by měl být doprovázen verbální komunikací. Je důležité aby všichni zdravotnický personál pracoval s touto formou komunikace.

Předpokladem kvalitního doteku jsou vyvinutá síla, tlak, klid, rytmus, způsob a význam kontaktu.

Možné způsoby reakce klienta na dotek:

Změny hemodynamiky:

- změna tepové frekvence,
- změna krevního tlaku,
- změny na periférii.

Změny sekrece:

- zvýšená salivace během uvolnění,
- kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece,
- slyšitelná střevní peristaltika,
- změna sekrece potu.

Následná obranná reakce organismu je vždy nežádoucí a lze ji zabránit dodržováním těchto pravidel:

1. omezujeme doteky letmé, velice krátkodobě,
2. omezujeme všechny rušivé elementy a nekvalitní doteky,
3. uspěchané činnosti omezovat, ve spěchu poskytujeme nejasné informace, které vyvolávají pocit nejistoty,
4. dotek musí být klidný, proveden celou plochou ruky, ne jen prsty,
5. po celou dobu pracovat s určitým tlakem, který musí být konstantní,
6. ritualizovat po dohodě s klientem iniciální dotek (Friedlová, 2006, s.19).

4 Poznatky z fyzioterapie

Berta Bobath, fyzioterapeutka, ve 40. letech 20. století přišla na myšlenku integrovat koncept do péče při práci se svými pacienty po mozkových cévních příhodách a dětmi s cerebrální pohybovou poruchou. Její manžel Karel Bobath, neurolog, její informace zpracoval z pohledu neurofyziologie.

Dnes se stal celosvětově uznávaným konceptem a to nejen pro zacházení s dětmi se změnami v pohybové oblasti, ale i s dospělými, kteří jsou následkem mozkových cévních poruch nebo jiného těžkého onemocnění mozku postiženi ochrnutím nebo spasticitou. U dítěte se jedná o přípravu pro zvládnutí motorického vývoje a u dospělých o znovu navrácení vývojových stádií po poškození mozku.

Základem jsou inhibice spasticity, patologických pohybových vzorů, reflexů a fascilitace fyziologických pohybových vzorů a reflexů. Do Bobath konceptu je důležité tvořit správně pohybové vzory a ty také trénovat. Důležitá je také konzultace a dohoda všech zainteresovaných na postupu a cíli a analýza pacientových schopností. V Bobath konceptu je důležité to, že nejsou analyzovány pacientovi deficiency, nýbrž schopnosti. (Friedlová, 2006, s. 40).

Cílem fyzioterapeuta je, aby provedl přesnou analýzu pacientových pohybových schopností a poskytl dostatečné množství informací ošetřujícím a rodině pacienta o tom, které pohybové vzory mají být procvičovány.

5 Poznatky z psychologie

Základní hodnota pro každého člověka je jeho vlastní kvalita života. Ta má vliv na způsob prožívání života, vytváření vztahů a stavění životních hodnot. Skrz vlastní tělo cítíme, že žijeme. Pokud nastane fyzická bolest, začne se psychická pohoda jedince snižovat. Proto dobré psychické ladění může uvolňovat vnímání nemoci a tělesné napětí a jedinec je pak lépe snáší.

Představme si, jak si uvědomují pacienti své tělo po polytraumatu, transplantaci, ochrnutí, či amputaci některé z končetin? Po probuzení z bezvědomí se ocitne v jemu neznámém prostředí, obklopují ho alarmující přístroje, v ústech má trubičku která za něj dýchá, z těla mu vede mnoho invazí, nesmí, nebo nemůže se hýbat a v jeho těle nastává obrovský stav strachu, neklidu, zmatenosti a úzkosti ze smrti.

V takové situaci pacient silně prožívá svou aktuální životní situaci. Potřebuje mít vedle sebe někoho, koho dobře zná, kdo mu rozumí, chápe ho, má ho rád a cítí v něm oporu a důvěru. Koncept bazální stimulace proto zahrnuje do péče klientovu rodinu a přátele.

Naším úkolem je, pro zlepšení podpory vnímání kvality života, díky stimulačním technikám poskytnout vibrační, somatické a vestibulární informace pacientovi o hranicích jeho těla, jeho okolí a stimulovat smyslové orgány. Tím se u klienta opět objeví pocit jistoty, bezpečí a klidu.

5.1 Desatero bazální stimulace

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

(FRIEDLOVÁ, K.: *Desatero bazální stimulace* [online] dostupné na URL: <http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php> [citováno dne 21. ledna 2008])

6 Biografická anamnéza

K vytvoření účinné a co nejefektivnější stimulace je nejdůležitější, aby terapeut porozuměl klientovi, znal co nejlépe jeho zvyklosti, návyky, prožitky a dokázal ho s úctou doprovodit až na konec života. Každý člověk má vlastní individualitu a je jedinečný.

Součástí ošetrovatelského procesu je sepsání biografické a ošetrovatelské anamnézy. Zohlednit individualitu klienta v ošetrovatelských intervencích je pak samozřejmostí každé zdravotní sestry. Veškeré biografické informace by měly být výchozím bodem pro individuální péči. Biografickou anamnézu získáváme od klienta, rodiny, přátel, kolegů z práce během hospitalizace a pracujeme se všemi oblastmi lidských potřeb. (Příloha č.2)

7 Prvky bazální stimulace

7.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání umožňuje vnímat vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a tím okolní svět.

Prof. A. Fröhlich dal dohromady s psychologkou Urschulou Haupt sedm nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka. Základem vnímání okolního světa je zkušenost vlastního těla. Znázorňuje schéma č.2

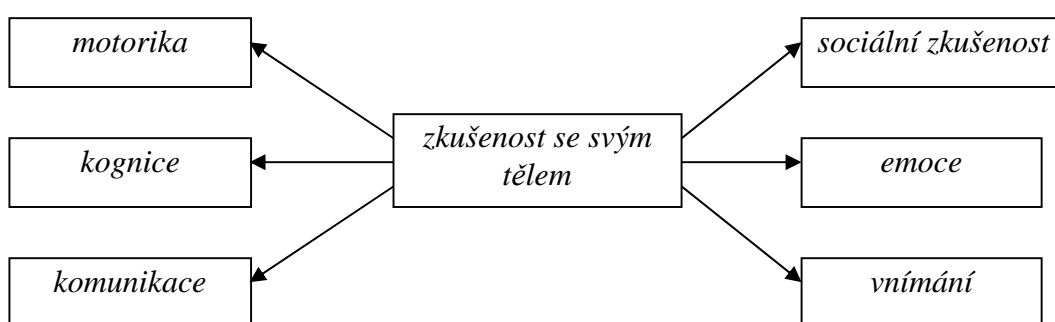


Schéma č.2 Vývoj člověka

V Konceptu bazální stimulace rozlišujeme tři pojmy vnímání vlastního těla:

- vnímání těla
- tělesné schéma
- tělesný obraz

Kvalita somatické stimulace závisí na kvalitě, lokalitě a intenzitě doteku. Intenzivního doteku a kontaktu lze docílit žínkou nebo ručníkem při celkové tělesné koupeli klienta.

Terapeut volí nejvhodnější techniku koupele podle aktuálního stavu.

Vybrané techniky můžeme aplikovat během toalety nebo kdykoliv během dne.

7.1.1 Somatická stimulace zklidňující

Před zahájením terapeut stimuluje u klienta vnímání tělesného schématu s cílem aktivizovat vnímání klientova těla a následně tím animovat jeho pohyb. Tím již navazujeme komunikaci s klientem a dochází ke stimulaci vnímání. (Příloha č.3).

Cíl:

- stimulace vnímání tělesného schématu
- snížení neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace
- navození celkového uvolnění
- navázání komunikace
- stimulace vnímání

Zklidňující stimulaci aplikujeme u klientů :

- se změnou v oblasti mentální retardace - s cílem stimulovat tělesné schéma, učit se vnímat a poznávat vlastní tělo,
- se změnou v oblasti mentální retardace - s cílem navázat s ním komunikaci,
- s těžkým somatickým postižením - s cílem stimulovat hybnost a vlastní aktivitu,
- ve vigilním komatu,
- v komatech - s cílem stabilizovat vnímání tělesného schématu,
- neklidných, hyperaktivních klientů,
- úzkostných, ustrašených klientů,
- se zvýšeným svalovým tonem,
- s tachykardií,
- s poruchami spánku,
- s nefarmakologickou léčbou bolesti,
- umírajících - s cílem poskytnout empatickou a lidskou doprovázející péči,
- v perioperační a pooperační péči,
- trpících morbus Parkinson, morbus Alzheimer a jinými formami demence.

Před zahájením stimulace klienta informujeme, dotýkáme se iniciálního bodu a hovoříme jasně a zřetelně. Po celou dobu stimulace musí terapeut hodnotit stav klienta a adekvátně na reakce reagovat. Lze provádět jak na lůžku, tak ve vaně nebo ve sprše. Můžeme zde integrovat pro stimulaci blízkou osobu.

Připravíme si vodu o teplotě 37- 40°C. Stimulaci provádíme buď froté žínkami nebo jen rukama. Postupujeme podle růstu chlupů, které jsou u kořene hustě obklopeny nervovou pletením, ta registruje pohyby a vysílá je do mozku. Začínáme na obličeji, pokud to jeho stav nedovoluje, obličejem stimulaci ukončíme. Můžeme ji vést i formou asistované koupele, kdy klientovi vedeme vlastní ruku s žínkou po obličeji a provádíme stimulaci. Jednou rukou mu modelujeme prsty a druhou mu podpíráme loket (Příloha č. 4).

Oblast obličeje stimulujeme po obvodu současně po obou stranách, dále pokračujeme na hrudníku, oběma rukama symetricky stimulujeme od středu ke stranám trupu a zde mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Horní a dolní končetiny stimulujeme ve stejném postupu, po směru chlupů a jednotlivé prsty modelujeme zvlášť. Záda stimulujeme jako hrudník od páteře k zevní straně trupu a opět zvýrazníme mírným tlakem hranice trupu. Stimulaci verbálně komentujeme a sdělujeme klientovi přesný postup aktuální modelace jednotlivé části těla.

Pro kvalitní somatickou stimulaci umožníme klientovi vnímat všemi smyslovými kanály, a tím se v situaci zorientovat.

Podle situace a možností uvedeme klienta do polohy, aby byl schopen:

- opticky vnímat naši činnost a stimulaci jednotlivých částí svého těla, pokud klient používá brýle je nutné mu je nasadit,
- auditivně vnímat zvuk tekoucí vody a ždímání žínky,
- olfaktoricky vnímat za použití vlastních toaletních potřeb vůni mýdla, krému, oleje
- taktilně - hapticky vnímat vodu, proto mu ponoříme ruku před stimulací do nádoby s vodou.

Sušíme ve shodném postupu jako jsme umývali. Po umytí a osušení klienta přikryjeme a umožníme mu odpočinout si.

Zásady somatické zklidňující koupele:

- vždy modelujeme klientovo tělo oběma rukama současně,

- během stimulace nepřerušujeme kontakt s klientem
- obličej a genitál nemusíme během celkové koupele mýt, aby nedošlo při mytí na intimních místech k neklidu a strachu,
- eliminovat rušivé faktory, stimulace nesmí být v průběhu přerušena
- nehovoříme s třetí osobou
- pokud klient jeví negativní reakci, stimulaci přerušíme a zavedeme jinou stimulaci, která povede k celkovému zklidnění.

7.1.2 Somatická stimulace povzbuzující

I tuto stimulaci můžeme aplikovat během celkové koupele či během dne. Pokud se provádí během koupele, je nutné použít vodu s nižší teplotou než je teplota těla. Jednotlivé části těla tvoří jiné teplotní zóny. Nejteplejším místem je břicho a podpaží, dále pak obličej a nejchladnější jsou končetiny.

Cíl:

- stimulace vnímání tělesného schématu,
- zvýšení kvality a kvantity vědomí, zvýšení pozornosti,
- zvýšení svalového tonu,
- zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence,
- podpora klientovy aktivity,
- příprava na následné působení fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta.

Povzbuzující stimulaci aplikujeme u klientů:

- se změnou v oblasti mentální retardace s cílem stimulovat tělesné schéma, učit se vnímat a poznávat vlastní tělo,
- ve vigilním komatu,
- v komatu,
- v soporu, somnolenci,
- v depresivních stavech,
- se sníženým svalovým tonem,
- s bradykardií.
- apatických.

Před zahájením stimulace opět informujeme klienta spolu s iniciálním dotekem. Postupujeme pohyby proti růstu směru chlupů, ty jsou velmi intenzivně vnímány. Dle stavu klienta zahájíme stimulaci v oblasti obličeje nebo ji necháme až na konec. Opět ji můžeme provádět formou asistované koupele. Postupujeme však proti růstu chlupů a na obou stranách současně. Poté přejdeme na hrudník, ale postupujeme opačně, než u předchozí zklidňující stimulace. Od strany trupu ke středu hrudníku. Končetiny modelujeme od konečků prstů k tělu. Záda stejně jako hrudník od stran trupu k páteři.

Po celou dobu stimulace sledujeme a hodnotíme stav klienta. Povzbuzující masáž může mít za následek zvýšení systolického tlaku od 10-20 mmHg, změnou tepové frekvence a změny sekrece.

Stimulaci opět po celou dobu slovně komentujeme a umožníme mu vnímat opticky, olfaktoricky, auditivně, taktilně-hapticky. Osušujeme stejně jako jsem umývali, tedy proti růstu chlupů.

Zásady povzbuzující somatické stimulace:

- vždy modelujeme klientovo tělo oběma rukama současně,
- během stimulace nepřerušujeme kontakt s klientem
- obličej a genitál nemusíme během celkové koupele mýt, aby nedošlo při mytí na intimních místech k neklidu či strachu,
- eliminovat rušivé faktory, stimulace nesmí být v průběhu přerušena,
- nehovoříme s třetí osobou,
- pokud klient jeví negativní reakci, stimulaci přerušíme a zavedeme jinou stimulaci, která povede k celkovému zlidnění.

7.1.3 Neurofyziologická koupel dle konceptu Bobath

Tato stimulace má základy v konceptu Bobath, dříve nazývanou Bobath orientovaná stimulace. Cílem je uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, vyvolání vzpomínek na pohyb, který následkem úrazu, či poškození nelze provádět a dosáhnout maximální soběstačnosti v denních aktivitách. Přesněji řečeno, dosáhnout vnímání postižené strany těla. Aby bylo dosaženo tohoto cíle, je třeba, aby

byl klient dostatečně schopen vnímat nepostiženou stranu těla, tím pak může začít vnímat a zařadit postiženou stranu těla do svého celkového tělesného schématu.

Zde je velmi důležité, aby klient po celou dobu stimulace opticky vnímal a sledoval stimulaci na svém těle.

Klienta stimulujeme v bezpečné pozici, dobré je v sedě s elevací trupu. Pokud nosí brýle je důležité mu je nasadit. Můžeme použít také zrcadlo a stimulovat klienta před zrcadlem. Tím může kontrolovat stimulaci obličeje a trupu, kterou by bez zrcadla nemohl opticky sledovat.

Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u klientů:

- po cévních mozkových příhodách,
- po traumatech mozku a lebky a následným postižením pohybového aparátu,
- po operacích mozku,
- v dětském a kojeneckém věku při onemocnění pohybového aparátu, psychomotorickou retardací a při dětské mozkové obrně.

Klienta opět o veškeré činnosti řádně informujeme s použitím iniciálního doteku. Terapeut nejprve stimuluje zdravou část těla a poté přenáší stimuly na druhou, postiženou část. Pracuje symetricky a zvýrazňuje střed těla. Je možné provádět asistovanou stimulaci, při které si klient zdravou rukou stimuluje postiženou část těla a terapeut mu ruku vede. Pokud je aplikovaná stimulace během koupele, používáme vodu o teplotě 30°C a klientovy osobní toaletní potřeby. Osušujeme ve směru od zdravé k postižené straně pomalým pohybem a přiměřeným tlakem.

Při péči o klienta s plegií bychom měli dodržovat tyto zásady:

- Na postiženou stranu těla lokalizujeme veškeré pomůcky (stůl, noční stolek, televizi, a jiné předměty). Dále by také všechny zájmové činnosti měly být na postižené straně těla (návštěva a ošetrovatelské činnosti aj.). Pokud si chce klient něco vzít ze stolku, musí se obrátit přes postiženou stranu, a tím ji sám stimuluje, musí si ji uvědomit, tlakem těla ji cítí.

- Při polohování a jiných tělesných aktivitách podporujeme optickou kontrolu těla. Vždy dbáme na to, aby byl tlak rozložen na obě dvě poloviny těla stejně, aby nedocházelo ke zkreslování vnímání těla, a tím špatnému vnímání tělesných hranic.
- Trénujeme s klientem dráhy oboustranných funkcí, používáme různé polohovací techniky horních končetin. Používáme asistovanou péči, při koupeli a při běžných denních činnostech např. jídle a pití. terapeut vždy klientovi dopomáhá a ruku mu vede.
- Provádíme klidné a pomalé pohyby, je nutná trpělivost, aby nedošlo k další spasticitě. Důležité je, aby všichni terapeuti a ostatní pečující tým prováděli stejné pohybové vzory.
- Během činností a stimulací dbáme na prevenci pádu. Klient musí mít vždy pocit, že postižená strana těla je podporována a nemusí mít strach z pádu. Snažíme se zabránit poranění klienta, při přesunu z lůžka do křesla a naopak dbáme na současný stav klienta, zda-li je ve stavu ochablosti či napětí, a dáváme pozor na správné postavení kloubů při pohybech.
- Rovnováha zaručuje stabilní polohu. K tomu, aby mozek vyhodnotil správnou a bezpečnou polohu těla, je zapotřebí informace ze zrakového a vestibulárního aparátu, z kloubů a kůže. Pokud jeden článek informace chybí, klient přenáší váhu na postiženou stranu těla. Proto nácvik rovnováhy musí být prováděn pomocí velké podložky a plochy a provádět je přes postiženou stranu.
- Pro stabilizaci je nutné správné držení těla:
 - § hlava mírně předsunutá před hrudník
 - § hrudník předsunutý před pánev
 - § dolní končetiny svírají s pánví 90°
 - § kolena jsou v mírné zevní rotaci
 - § za záda vsuneme podél páteře polštář

Tím tělo přenáší váhu na kost sedací a je umožněn volný pohyb končetin.

- Konečnou fází je vertikalizace, zde je důležitý kontakt chodidel se zemí. Váha musí být přenášena na postiženou stranu těla, což umožní pocit jistoty a prevenci spasticitě.

7.1.4 Symetrická stimulace

Cílem je obnovit vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy na základě fixace tělesné symetrie. Terapeut pracuje stejnoměrně na obou stranách těla. Důležitá u této stimulace je pozice terapeuta, aby mohl symetricky pracovat na obou stranách těla. Před touto stimulací je vhodné provést zklidňující stimulaci.

7.1.5 Rozvíjející stimulace

Tuto stimulaci provádíme u klientů, jejichž tělesné schéma ještě není stabilizováno a je třeba ho rozvinout. Tuto stimulující koupel provádíme u dětí předčasně narozených, malých dětí do 4 let věku, klientů ve vigilních komatech a kvadruplegiků. Stimulace se lokalizuje na střed těla, protože právě u těchto malých dětí a dlouhodobě imobilních klientů se vnímání těla soustřeďuje právě tam.

7.1.6 Diametrální stimulace

Tento typ stimulace se užívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím, které omezuje jeho pohyby v kloubu. Následkem dlouhodobé nemožnosti pohybu dochází ke svalovým kontrakturám. Vznikají při dlouhodobém ležení, depresivních stavech, reflexní reakci, bolesti, kdy klient hledá správnou úlevovou polohu, a cerebrálních poraněních. Při cerebrálním poranění jsou kontraktury na horních končetinách flekční, na dolních extenční.

Spasticita je vysoké svalové napětí, postihuje mnoho svalů současně, vytváří se od prvního dne postižení díky špatnému polohování a špatným neurofyziologickým vzorům. Je doprovázena bolestí a znemožňuje klientovi plynulý pohyb končetin. Každý jedinec má různý základní tonus, je ovlivněn řadou faktorů:

- bolest
- matoucí informace
- hluk, cizí osoba
- chlad
- strach

- vztek
- stres
- únava
- porucha senzibility
- špatné polohování
- leknutí způsobené rychlou změnou polohy, nejasným dotekem nebo hlasitým oslovením
- emocionální vypětí (např. strach z inkontinence)

Diametrální stimulaci provádíme u klientů se zvýšeným svalovým napětím, nebo profylakticky, u kterých se zvýšené svalové napětí předpokládá. Provádíme koupel s použitím vody o teplotě 38-40°C na celé tělo a nebo jen na jeho část. Na druhou pak můžeme aplikovat zklidňující koupel. Čím déle klient kontraktury má, tím je těžší je uvolnit. Při nově vznikajících kontrakturách můžeme stav zpomalit.

Zásady diametrální stimulace:

- klienta uvést do polohy, která je mu příjemná,
- ruce terapeuta, či stimulující pomůcky (např. žínky) předem nahřát na doporučenou teplotu,
- stimulace by neměla být pro terapeuta i klienta stresová,
- svalový tonus stimulovat měkkou matrací, protože neklade tělu žádný odpor,
- stimulované končetiny volně polohujeme,
- pohyby během stimulace opakovat 3x-5x,
- po ukončení stimulace napolohovat klienta proti jeho svalovému napětí v tonu, aby došlo k uvolnění.

7.2 Poloha

V konceptu bazální stimulace slouží polohování jak k prevenci dekubitů, profylaxi pneumonie, tromboembolických komplikací, ale hlavně má určitý neurologický cíl. Pomocí polohy stimuluje vnímání tělesného schématu, poskytujeme informace a orientaci na klientově těle, podporujeme motoriku, fyziologicky pohybové vzory, stimulaci pohybu a pohybové aktivity. Polohováním poskytujeme nejen somatickou stimulaci, ale i vestibulární a optickou.

Při polohování je nejdůležitější, aby se klient cítil pohodlně a aby mu poloha vyhovovala, protože ne vždy tak tomu musí být. Každý máme svou oblíbenou polohu při usínání. Někdo neusne bez svého polštáře, deky, jiný je přikrytý do půlky těla nebo až po ramena. Vždy je třeba zohlednit a zajistit zabezpečení klienta proti pádu. Obě níže uvedené polohy lze kombinovat s mikropolohováním, váhou těla a gravitací.

7.2.1 Poloha „hnízdo“

Cílem je stimulace vnímání tělesného schématu, hranic svého těla, navozuje u klientů příjemné pocity - pocit jistoty, zklidnit, navodit uvolnění a relaxaci (Příloha č. 5).

Polohu „hnízdo“ aplikujeme u klientů:

- umírajících,
- dezorientovaných, agresivních, neklidných klientů,
- ve fázi neklidu,
- ve fázi odpočinku,
- během noci,
- po celkové zklidňující koupeli,
- po vyšetřeních,
- po masáži stimulující dýchání,
- v komatech,
- předčasně narozených v inkubátorech,
- a neklidných dětí.

Klienta uložíme do polohy (záda, bok, břicho, sed v křesle), jeho tělo obložíme srovnanými dekami, fixačními perličkovými polštáři a vaky. Jednotlivé část těla modulujeme pomocí ručníků, plen, prostěradel svinutých do válečků. U dětí můžeme použít ke stabilizaci polohy měkké hračky. Pacienta přikryjeme. Můžeme zapojit taktilně – haptickou stimulaci. Vždy se nezapomínáme správně dotýkat, využít iniciálního doteku. Pokud polohujeme klienta s plegií, dodržujeme zásady polohování klientů s plegií.

7.2.2 Poloha „mumie“

Cílem této polohy je intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Využívá se u dětí s hlubokou mentální retardací, klientů ve vigiliích komatech, u klientů s cílem zmírňovat stavy neklidu a agresivity. Velmi účinná je u nedonošených dětí, které se narodily drogově a na alkoholu závislým matkám. Naopak nežádoucí je u klientů trpících klaustrofobií. Tuto polohu je možné kombinovat se zklidňující koupelí, kterou můžeme provést před polohováním.

Klienta zabalíme do prostěradla nebo deky tak, že začneme od nohou a končíme v horní části těla, kde prostěradlo nebo deku zafixujeme. Tuto polohu můžeme kombinovat s polohou „hnízdo“. Buď zabalíme klienta s polohovacími polštáři a nebo zabalíme klienta a vypodložíme klienta kolem jeho těla. Ruce pokládáme na hrudník, což mu umožňuje vnímat vlastní dech. Hlavu, lokty, kolena a paty podložíme polštářem. Dle reakce klienta můžeme „mumii“ trochu uvolnit (Příloha č.6).

7.2.3 Poloha pomocí canisterapeutických psů

Cílem tohoto polohování je výraznější snížení svalového napětí. U mnoha klientů je účinnější než při polohování pomocí dek a polštářů. Polohování se kombinuje s kontaktním dýcháním. Klient vnímá dech psa a svým tělem moduluje tělo psa, dochází tak k synchronizaci dechu. Zapojujeme taktilně haptickou stimulaci, kde při hlazení srsti dochází k uvolnění spasticity rukou (Příloha č.7).

7.3 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání

Dýchání je základní lidská potřeba a při nedostatku ventilace dochází k psychickým a somatickým změnám. Dochází ke snížení výkonnosti, úbytku celkové energie, k porušení vnímání, zmatenosti, až strachu ze smrti.

Masáž stimulující dýchání je jednou ze základních technik konceptu. Má velký význam. Cílem je dosáhnout pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. Při masáži stimulující dýchání dochází k redukci zmatenosti a neklidu. Intenzivní doteky a tělesný kontakt, zprostředkovávají klientovi pocit jistoty a bezpečí. Dochází tak k významné nonverbální komunikaci, k synchronizaci frekvence a rytmu dýchání klienta s terapeutem.

Masáž stimulující dýchání aplikujeme u klientů:

- umírajících
- s maligní diagnózou
- s depresivními stavy
- ve vigilním komatu
- s hlubokou mentální retardací
- s demencí
- s poruchami spánku
- u neklidných a agresivních
- se strachem před těžkými operacemi
- s bolestí
- s nepravidelným, povrchním dechem
- se zpomalenou nebo zrychlenou frekvencí dechu
- v odvykací fázi po umělé plicní ventilaci

Masáž stimulující dýchání i kontaktní dýchání provádíme bez přerušování s dostatečným tlakem rukou při masáži zad nebo ventrální části hrudníku. (Příloha č. 8)

Kontaktní dýchání provádíme tak, že přiložíme ruce na hrudník klienta a stimulujeme ho. Při nádechu mírně stlačíme hrudník a během výdechu s mírnými vibracemi podporujeme vykašlávání, je-li klient zahleněný. Lze jej také provádět tak, že

přiložíme klientovu ruku na jeho hrudník a umožníme mu vnímat vlastní dech, což velmi podporuje vnímání sebe sama. U malých dětí se provádí formou „hrudník na hrudník“ kdy rodič leží s dítětem na boku, nebo si dítě posadí na klín a přitiskne na svůj hrudník hrudník dítěte. Pak dochází k ještě intenzivnější synchronizaci dýchání dítěte a rodiče, k vytvoření paměťové stopy a aktivaci mozkové tkáně. Ještě více je stimulováno hlasem a vůní rodiče.

Masáž stimulující dýchání provádíme u klientů na zádech. Klienta uvedeme do polohy v sedě v křesle nebo na židli aby se opíral o opěrku horními končetinami. U ležících klientů provádíme polohu 135° vleže na boku nebo na břiše. Pro příjemnou masáž je vhodné použít na tělesnou teplotu zahřáté pleťové mléko nebo dětský olej. Nejdůležitější je komfort a přání klienta. Přiložíme ruce na zátylí klienta a pomalu, s mírným tlakem vedeme ruce podél páteře dolů k sakrální oblasti a zpět k zátylí klienta. To celé zopakujeme nejméně třikrát. Během masáže by nemělo pro správný efekt a účinnost dojít k přerušení kontaktu těla s rukama terapeuta. Pokud ale klient v průběhu kašle, přerušíme masáž a poskytneme mu svými rukama oporu v odkašlávání formou kontaktního vibračního dýchání k podpoře vykašlání sekretu. Na zádech vytváříme tři kruhy, které opakujeme po dobu tří minut. Dochází tak k proventilování plic od hrotu až po bázi. Terapeut tak dýchá za klienta, přiměřeným tlakem terapeut pomáhá zvednout a klesnout klientův hrudník. Masáž ukončíme stejnými podélnými pohyby od zátylí k sakrální oblasti jak jsem ji začali.

7.4 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace umožňuje vnímat pohyby a polohu hlavy a těla, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Pokud dojde k poruše vnímání vestibulárního aparátu dochází u klientů ke kolapsovým stavům, k poruchám orientace na vlastním těle v prostoru, k nauze, k bolestem hlavy a zvýšenému napětí svalů.

Koncept bazální stimulace umožňuje převádět informace na vestibulární jádra v mozku, zprostředkovat informace o postavení těla v prostoru, snižovat závratě, napětí flexorů a extenzorů a informovat klienta k přípravě na mobilizaci.

Vestibulární stimulaci aplikujeme u klientů:

- ležících déle jak tři dny,
- s omezenou možností pohybu,
- ve vigilním komatu,
- s mentální retardací,
- při rozvíjející se spasticitě extenzorů a flexorů.

Vestibulární stimulaci provádíme u klienta ležícího na lůžku s nepatrnými pohyby hlavou do stran. Hlava je pevně fixovaná rukama terapeuta a je těsně přiložena na podložku. Tento pohyb provedeme třikrát až pětkrát. Vhodné je provádět ji před každou změnou polohy a to otočením hlavy ve směru příští změny polohy těla, a nebo můžeme změnit pozici celého lůžka do sedu. Klient sám, nebo s naší pomocí provádí houpací pohyby na lůžku. Dlaně a plosky nohou má opřené o podložku, a kýve se ze strany na stranu. Terapeut s klientem provádí nácvik „pohybu ovesného klasu v ovesném poli“, při kterém terapeut sedí za klientem na lůžku, fixuje svým tělem klientovo tělo a provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Kombinují se zde stimulace vestibulární, optická a somatická.

7.5 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace zprostředkovává klientovi vnímat vjemy z jeho těla pomocí Vaterova-Paciniho tělíška a receptorů hluboké citlivosti ve svalech, šlachách, vazivovém aparátu v kloubech a kostech. Každý vnímá individuálně, proto aplikujeme tuto stimulaci především u klientů ve vigilních komatech a s mentální retardací.

K vibrační stimulaci používáme vibrační pomůcky jako je holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující podložky, baterkové vibrátory, vibrující hračky a další vibrující předměty, které přikládáme na kloubní spojení horních a dolních končetin nebo vložením do dlaní. Ponecháním vibrujícího předmětu na lůžku umožníme klientovi vnímat celé tělo. Zapojit můžeme také kontaktní vibrační dýchání na hrudníku.

K vibrační stimulaci můžeme použít hudební nástroje nebo hlas - zvuky klienta samotného, příbuzného či terapeuta. Při mluvení nebo zpívání se hrudník jemně chvěje a dochází tak ke stimulaci vnímání hlasu a citlivosti zároveň. Terapeut či příbuzný zaujme pohodlnou pozici v křesle nebo na lůžku, nejlépe v sedě, na svůj hrudník přitiskne hrudník klienta, a tak může klient vnímat tlak a mírné vibrace, které terapeutův hrudník vydává. Současné využití vibrační, somatické a vestibulární stimulace nazýváme trilogie. Terapeut může pohybovat s klientem ze strany na stranu a tak stimuluje vestibulární aparát, tlakem hrudníku na hrudník dochází k somatické stimulaci. Dále můžeme připojit i optickou, olfaktorickou a auditivní stimulaci.

Tento druh stimulace je vhodný hlavně mezi matkou a postiženým dítětem, kdy dítě vnímá najednou několik vjemů (pohyb, vůni a hlas matky).

7.6 Optická stimulace

Klient, který je upoután na lůžko, po několika hodinách již ztrácí vnímání vizuálních podnětů. Zvláště pak pro klienta, který se probere z komatu je pohled do okolí lůžka velmi stresující. Klient nemá tuto optickou stopu uloženou ve svých paměťových buňkách, a proto reaguje zmateností, neklidem až agresivitou. Při každé změně polohy se mění i zorné pole klienta. Proto je důležité při jakékoli nepatrné změně polohy umožnit zorientovat se na svém těle, a tím se posílí jeho pocit jistoty. Tak jako u ostatních stimulací vždy upřednostňujeme biografickou anamnézu (Příloha č. 9).

Při aplikaci této stimulace v péči, užíváme prostředky klientovi známé, ty mu umožní vybavení si dávno uložené stopy a navodí tak celkové zklidnění. Především důležitá je u klientů, kteří utrpěli kraniocerebrální poranění a došlo k:

- poškození oka jako aparátu,
- poškození schopnosti představivosti,
- výpadkům paměti a asociačních drah.

Využitím vestibulární, a somatické stimulace dosáhneme nejúčinnějšího výsledku zrakového vnímání:

- světla a tmy,
- vnímání vlastních tělesných hranic,
- vnímání na kratší vzdálenosti,
- vnímání okolí na delší vzdálenosti,
- vnímání základních barev a odstínů barev.

Při optické stimulaci dodržujeme tyto zásady:

- stimulaci je důležité aplikovat cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení klienta a schopnosti soustředit se,
- stimulovat podněty, které jsou výrazně tmavé nebo světlé,
- klient by měl vidět na hodiny, aby si mohl uvědomit zda je den či noc,
- pokud je to možné nechat po vhodnou dobu svítit na klienta slunce,

- pokud klientovi vystavíme obrázky či fotky, musí být dostatečně velké, doporučujeme obrázky svých dětí, vnoučat, především by měli být klientovi známe, aby došlo k aktivizaci mozkové činnosti a vybavení si vzpomínek,
- umístíme je na okraj klientova zorného pole, aby byl motivován pohybovou aktivitu sám se otočit,
- používá-li klient brýle, nesmíme zapomenout mu je nasadit.

Pro vybavení vzpomínek můžeme dosáhnout i vyprávěním zážitků a prožitků z období před úrazem nebo před postižením. U geriatrických klientů, kteří vzpomínají na své mládí, je tato stimulace velmi účinná. Vždy je nutné klienta sledovat, jak na stimuly reaguje. Aby došlo k co nejúčinnějšímu efektu, použijeme osobní věci klienta (ložní prádlo). K vytvoření vlastního prostoru oddělíme místnost pomocí paravanů.

7.7 Auditivní stimulace

Sluch má v komunikaci velký význam. Udržuje vztahy ve společnosti a je důležitý při vývoji řeči.

Auditivní stimulaci aplikujeme:

- k navázání kontaktu s klientem,
- při dezorientaci,
- s cílem poskytnout klientovi informace o jeho osobě, místě, času,
- k vybavení vzpomínek,
- s cílem naučit klienta novým slovům nebo jej znovu naučit řeči,
- pro navození pocitu jistoty a bezpečí.

Vždy je důležité postupovat dle biografické anamnézy. Ke stimulaci využíváme mnoho prostředků:

- hlas terapeuta a rodiny
- hudbu a zpěv

Hlasem, tedy řečí můžeme stimulovat vnímání a aktivizovat vzpomínky. Příbuzní vyprávějí běžné denní události, jako např.: jaký byl dnes den, co měl kdo k obědu, jakou jel tramvaj, či co má dnes na sobě. Předčítají oblíbené knihy, noviny, či časopisy. To vyvolává u klienta různé reakce. Pro dosažení co nejlepšího efektu je ideální, aby hovořila ke klientovi jemu blízká osoba. Vhodné je také pořizovat různé hlasové nahrávky rodiny, příbuzných, kolegů v práci, kamarádů a pouštět zvuk klientovi ze záznamu. Dochází tak k aktivizaci paměťových stop a vybavení vzpomínek.

Pomocí hudebních nástrojů stimuluje častěji děti. Muzikoterapeuti vkládají dětem do ruky hudební nástroje a dítě pak vnímá zvuk, vibraci, pohyb a tlak rozezněného nástroje. Pokud nabízíme klientovi hudbu pomocí přehrávače ze sluchátek, je důležité zohlednit biografickou anamnézu, zda klient chce obě sluchátka, zvolíme hlasitost zvuku, skladbu, či písničku, kterou má klient nebo dítě nejraději (Příloha č. 10). Nejvhodnější je, aby klient stále dokázal vnímat okolní prostředí a

vnímal stále přirozenou zvukovou kulisu, například oddělení, na kterém je hospitalizován.

Pokud klient mluvenému slovu nerozumí, terapeut má připravené kartičky s nezákladnějšími denními činnostmi, předměty a situacemi, díky nimž se snaží s klientem dorozumět.

7.8 Orální stimulace

Vnímání pomocí úst člověk považuje za nejcitlivější a velice intimní tělesnou zónu. Ústa slouží k příjmu potravy, vnímání chutí a vůní, ke komunikaci, k vyjádření emocí, k dýchání, jako pracovní nástroj, k chuťovým a erotickým prožitkům.

Člověk při vědomí má ústa zavřená a polyká. Pokud došlo k nějaké poruše vědomí, klient má ústa otevřená, dolní čelist je pokleslá, nepohybuje jazykem a z úst vytékají sliny. Pokud klient sliny nepolyká, organismus ztrácí tekutiny a ptyalin, který je součástí slin, poškozují kůži, na kterou sliny vytékají. Častým odsáváním dutiny ústní můžeme způsobit bolestivé poranění nebo dokonce zánět sliznice. Proto nikdy nezapomínáme na pečlivou péči o dutinu ústní, díky které klientovi usnadníme vnímat svět ústy.

Pro orální stimulaci používáme vatové nebo molitanové štětičky upevněné na tyčince. Dle biografické anamnézy zvolíme chuťové médium, které má klient rád, které mu chutná (Příloha č.11). Nikdy nevnikáme do zavřených úst, pokud klient neuvolní čelist a zvyšuje svalový tonus přerušíme orální stimulaci, abychom mu nevyvolali nepříjemný zážitek. U klientů je vhodné používat cucací váčky. Kousíček oblíbené potraviny zabalíme do mulu, smočíme v minerální vodě a vložíme klientovi do úst. Důležité je ho pevně zafixovat. Pro klienta, který nemůže přijímat potravu a má zavedenou sondu do gastrointestinálního traktu, má tato stimulace velký význam a úspěch.

Zásady orální stimulace a přijímání potravy:

- pomocí iniciálního doteku ho informujeme o stimulaci,
- zahájíme somatickou stimulaci obličeje,
- péče o dutinu ústní je vhodným začátkem pro orální stimulaci,
- umožníme mu chutnat to, co mu je příjemné, co mu chutná a co zná,
- klient zaujme takovou polohu, která mu je příjemná, avšak nejlépe v sedě,
- ruce klientovi položíme na stoleček do pravého úhlu,
- hlava nesmí být v hyperextenzi, aby nedošlo ke ztížení polykání,
- dodržovat středové postavení hlavy, trupu, pánve a končetin,

- před vložení poživatiny do dutiny ústní umožníme optickou a olfaktorickou stimulaci, a tím k navodíme lepší prožitek,
- lžící pokládáme klientovi ze strany,
- na klienta nechvátáme, ale po každém polknutí mu necháme čas,
- můžeme využít prvků asistované péče a vést klientovi ruku tak, aby si sám vkládal jídlo do úst,
- po ukončení příjmu potravy či stimulace necháme klienta odpočinout.

7.9 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy mají v bazální stimulaci velký význam při vybavování vzpomínek. Vyvolá je hlubokou stimulací paměťových stop.

Vždy pracujeme podle biografické anamnézy klienta. Využíváme v péči pachy a vůně klientovi spojené s jeho osobou jako je ranní toaleta, mycí prostředky, prášek na praní, vůně domácího a pracovního prostředí, vůně spojené s jeho koníčky a zájmy. Olfaktorickou stimulaci lze spojit s orální stimulací, kdy před požitím jídla dáme klientovi k jídlu přivonět. Zapojujeme i optickou a taktilně-haptickou stimulaci (Příloha č.12).

7.10 Taktilně-haptická stimulace

Vnímání doteku, tlaku, napětí, chladu, tepla a vibrací umožňuje somestetický systém. Hmatová tělíska na těle mají různý stupeň vnímavosti, nejcitlivější jsou na rtech a bříškách prsů a nejmenší na zádech. Postupem věku se hmatové vnímání mění. Funkce ruky umožňuje vnímat předměty trojrozměrně a během života je ukládá do paměťových stop. Význam má opět asistované vedení ruky v kombinaci s optickou, auditivní a olfaktorickou stimulací.

Koncept bazální stimulace chápe projevy neklidu a agresivity u klienta jako nedostatek taktilně-haptické stimulace. Jelikož se klient nikdy dříve nesetkal s nastalou situací, vyvolává to v něm pocity strachu, nejistoty a beznaděje. Klient se snaží vše ohmatat, proto si tahá za zavedené katetry, drény, cévky a jiné invazivní vstupy. Celý den klepe nohama a prsty ruky do matrace nebo postranice u lůžka, cupuje prostěradlo, podložky, plenkové kalhotky, svléká se z košile, modeluje vlastní stolici.

Dle biografické anamnézy volíme jemu známé předměty a věci z osobního a pracovního života:

- ručníky, žínky,
- příbor, hrneček, skleničku,
- zubní kartáček, hřeben, mýdlo, krém, parfém,
- povlečení, polštář, deku,
- mobilní telefon, notebook, MP3 přehrávač,
- u dětí oblíbené hračky, talismany a jiné předměty,
- u dospělých předměty, které jsou spojeny s jejich zájmy a koníčky (fotoaparát, hokejová hůl, kopací míč, tenisová raketa).

8 Využití Konceptu bazální stimulace v praxi

Na Kliniku anestezie a resuscitace, jsem nastoupila minulý rok v září. Resuscitační oddělení na základě supervize se stalo v roce 2006 certifikovaným pracovištěm INSTITUTu Bazální stimulace. Během mé praxe na resuscitačním oddělení se setkávám s bazální stimulací prakticky denně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kasuistiku pana XY, abych prokázala vysokou efektivitu této metody.

8.1 Kazuistika

Pan XY ve věku 27 let havaroval 7.10. 2007 na motocyklu. I přesto, že měl helmu, došlo přes čelní sklo helmy k proražení o budíky tachometru a k těžkému poranění obličejového skeletu. Pacient byl přivezen na naše resuscitační oddělení leteckou záchranou službou.

Při příjmu lékař stanovil tyto diagnózy :

- polytrauma
- kontuze mozku s impresivní frakturou kalvy frontálně vpravo
- fraktura baze lební
- fraktura obličejových kostí
- traumatický edém mozku
- kontuze plic vlevo

Pan XY byl zaintubován, připojen na umělou plicní ventilaci. Po kardiální stránce byl stabilizován, vzhledem k těžkému poranění byla nutná kontinuální analgosedace.

Od třetího dne hospitalizace jsme začali provádět u klienta bazální stimulaci. S maminkou, snoubenkou a jeho nejlepším kamarádem byla sepsána biografická anamnéza. Všichni se do péče aktivně zapojili, přinesli klientovi potřebné pomůcky jako vlastní hygienické potřeby, ložní prádlo, oblíbený polštář, ponožky, CD přehrávač a spousty dalších předmětů, které pan XY důvěrně znal ze svého vlastního prostředí.

Maminka se snoubenkou se ochotně učily provádět techniky bazální stimulace.

Dvakrát denně byla prováděna somatická zklidňující koupel a stabilizace tělesného schématu polohováním do hnízda a mumie.

Společně s fyzioterapeutkou jsme prováděli masáž stimulační dýchání a kontaktní dýchání.

Vestibulární stimulaci jsme aplikovali před každou následnou změnou polohy. Nejdříve jsme prováděli nepatrné pohyby hlavou do strany ve směru příští změny polohy.

Při snížení dávky analgosedace přinesla rodina spousty obrázky a fotky jeho syna, rodiny přátel, které jsme umístili do okolí klientova lůžka a při změně polohy jsme obrázky a fotky přesouvali přesně do zorného pole. Jeho snoubenka mu ukazovala obrázky z novin, časopisů a fotek syna, z jejich společné dovolené, čímž docházelo k optické stimulaci.

V rámci auditivní stimulace četl každý den kamarád novinky ze sportu, nahrával mu na CD záznamy z různých zápasů a pouštěl mu je do přehrávače. Po ranní hygieně jsme pouštěli do sluchátek rádio, jelikož pacient byl zvyklý během celého dne při práci poslouchat svou oblíbenou stanici. Snoubenka mu vyprávěla společné zážitky, maminka mu připomínala příběhy z dětství a dospívání.

Z důvodu dlouhodobého připojení na umělou plicní ventilaci byla pátý den provedena tracheostomie. Od té doby denně probíhala orální stimulace. Rodina přinesla jeho nejoblíbenější jídlo, a to svíčkovou od maminky. Proto jsme na základě biografické anamnézy a po dohodě s lékařem a dietní sestrou vkládali do úst pomocí speciálních štětiček oblíbené nápoje a svíčkovou.

Olfaktorickou stimulaci jsme propojili s taktilně-haptickou stimulací. Pacient asistovaně ohmatal pomůcky a poté si přivoněl ke sprchovému šampónu, pění na holení, vodě po holení a krému na tělo. Pro podporu taktilně haptické stimulace jsme mu vkládali do rukou jemu známé předměty (např. mobil), které v minulosti často používal. Protože se pacient do úrazu živil jako kuchař, vkládali jsem mu do jedné ruky

pánvičku a do druhé měchačku. Pacient začal reagovat tím, že do pánvičky vložil měchačku.

Pro zlepšující se neurologický stav bylo možno pátý den zastavit sedaci. Osmý den jsem se začali dorozumívat pomocí abecední tabulky a desátý den začal pan XY vyslovovat první jednoduchá slova. Přes den seděl v křesle, psal rodině vzkazy na papír a namaloval pro svého syna obrázek.

Dvanáctý den pacient spontánně ventiloval, a proto byl odpojen od ventilátoru a dekanylován. Komunikoval slovně bez problémů. Skládal celé věty a dokázal popsat svůj nynější stav.

Spolupráce s pacientem se nadále zlepšovala, byl plně kontinentní a patnáctý den byl přeložen na neurologickou jednotku intenzivní péče, kde se s Konceptem bazální stimulace nadále pracovalo.

Po několika měsících od propuštění z našeho oddělení nás přišel pan XY s nastávající manželkou navštívit a přinesl celému kolektivu svatební koláčky.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce je seznámit čtenáře s Konceptem bazální stimulace.

V ošetrovatelské péči můžeme využít konceptu, prvků kinestetiky, rehabilitace apod. V bazální stimulaci nepotřebujeme žádné finanční zatížení zdravotnického zařízení, nevyžaduje drahé pomůcky, pouze vyškolený personál, vlastní ruce, snahu a pochopení od dalších členů ošetrovatelského týmu.

Na Klinice anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Motol, kde pracuji, mám tedy příležitost setkávat se s klienty, u kterých lze provádět tento koncept prakticky denně. Každý, i sebemenší úspěch, v mnou poskytované péči mě nutí ve svém snažení vytrvat. Své znalosti a dovednosti bazální stimulace chci dále prohlubovat a rozšiřovat.

Jsem přesvědčena, že bazální stimulace má smysl. V tomto tvrzení se opírám o závěry mé kasuistiky. Pan XY, kdy jeho zdravotní stav nevypadal příznivě, a to i přes kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Díky bazální stimulaci, kterou jsme u klienta prováděli s maximální nasazením, přesvědčením a zaujetím, může dnes pan XY užívat kvalitního života se svou manželkou a synem.

Seznam použité literatury

1. AMBLER, Z.: *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha.: Karolinum, Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0894-4
2. BIENSTEIN, CH., FROHLICH, A.: *Basale stimulation in der Pflege. Die Grundlagen*. Leiptzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung, 2003. ISBN 3-7800-4001-8
3. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. In: Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002, s. 80 - 83. ISBN 80-247-0536-2
4. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 2 vydání. Frýdek Místek : INSTITUT Bazální stimulace, 2006, ISBN 80-239-6132-2
5. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. In: Ročenka intenzivní medicíny. Galén. Praha: 2003, s. 313 - 316. ISBN 80-7262-227-7
6. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace v práci sestry*. SESTRA, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15 – 17. ISSN 1210-0404
7. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. FRIEDLOVÁ, K.: *Desatero bazální stimulace* [online] dostupné na URL: <http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php> [citováno dne 21. ledna 2008]
9. FRIEDLOVÁ, K.: *Skriptum pro základní kurz bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 5. vyd. Frýdek Místek: Tiskára Kleinwachter, 2006. ISBN neuvedeno
10. FRÖHLICH, A.: *Basale Stimulation. Das Konzept*. Dusseldorf : Verlag selbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-11-9.

11. KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
12. KOUKOLÍK, F.: *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén. 2005. ISBN 80-7262-314-1
13. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0
14. MASTILIÁKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství I.díl - Systémový přístup*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0429-9
15. MASTILIÁKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství II.díl - Systémový přístup*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0428-0
16. MAREČKOVÁ, J.: *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2006. ISBN 80-247-1399-3
17. MYSLIVEČEK, J., TROJAN, S.: *Fyziologie do kapsy*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-497-7
18. TRACHTOVÁ, E., et al.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4
19. VENGLÁŘOVÁ, M.: MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8
20. VORLÍČEK, J., ADAM. Z., POSPÍŠILOVÁ. Y.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7
21. ZACHAROVÁ, E, et al.: *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická svičení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2068-5

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Iniciální dotek

Příloha č. 2 - Biografická anamnéza

Příloha č. 3 - Somatická stimulace zklidňující

Příloha č. 4 - Somatická stimulace zklidňující, asistovaná

Příloha č. 5 - Poloha „hnízdo“

Příloha č. 6 - Poloha „mumie“

Příloha č. 7 - Využití canisterapie při spasticitě ruky

Příloha č. 8 - Masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2006, s.33)

Příloha č. 9 - Optická stimulace

Příloha č. 10 - Auditivní stimulace

Příloha č. 11 - Orální stimulace, asistovaná

Příloha č. 12 - Taktilně-haptická stimulace

Příloha č. 13 - Osvědčení o účasti na základním sympóziu Bazální stimulace®

Příloha č. 1 - Iniciální dotek

Iniciální dotek

Při každé činnosti prosím uchopte pacienta za

Příloha č. 2 - BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

<p>1. Zahájení stimulace</p> <p>* datum: * iniciální dotek: * oslovení klienta: * blízká osoba:</p>	<p>2. Informace o klientovi</p> <p>* příjmová diagnóza: * při vědomí * v bezvědomí * věk: * muž * žena * návštěvy:</p>	<p>3. Tělesná aktivita</p> <p>tělesný kontakt: * ano * ne tělesná aktivita: * ano * ne jaká: porucha hybnosti: * ano * ne jiné specifikace:</p>
<p>4. Výživa</p> <p>BMI: upřednostňované chutě: * sladké * slané * kyselé * ostré teplota jídla: * studené * vlažné * teplé příjem potravy * per os * sonda * PEG * oblíbené jídlo: * oblíbený nápoj: příjem tekutin za 24.hodin: nemá rád: * zubní protéza * rovnátka jiné:</p>	<p>5. Vyprazdňování</p> <p>* sám * s pomocí * na lůžku vylučování moče: * spontánní * PMK * urostomie * plenkové kalhotky * inkontinence * pálení/řezání * bolest vylučování stolice: * pravidelná * zácpa * průjem * jiné:</p>	<p>6. Spánek</p> <p>porucha spánku: * ano * ne denně spí * hodin oblíbená poloha: usíná v * hodin v noci se budí * ano * ne vstává v * hodin odpolední spánek: * ano * ne oblíbený polštář a deka: * ano * ne * bude přinesen * již má u sebe způsob přikrytí: teplota v místnosti:</p>
<p>7. Smysly – omezení</p> <p>zrak * ano * ne * nevidomý * brýle * kont. čočky sluch * ano * ne * neslyšící * naslouchátko řeč * ano * ne cizí jazyky: znaková řeč: * pravák * levák</p>	<p>8. Bolest</p> <p>* ano * ne * kontinuální analgezie * analgezie dle ordinace lékaře * úlevová poloha * jiné úlevy od bolesti:</p> <p>9. Oblíbené</p> <p>* vůně: * materiály: * předměty: * hudba:</p>	<p>10. Ostatní sdělení</p>

Příloha č. 3 - Somatická stimulace zklidňující



Obrázek znázorňuje ponoření ruky klienta do vody před zahájením stimulace.



Modulace horní končetiny dvěma žínkami při zklidňující stimulaci.

Příloha č. 4 - Somatická stimulace zklidňující, asistovaná



Příloha č. 5 - Poloha „hnízdo“



Příloha č. 6 - Poloha „mumie“



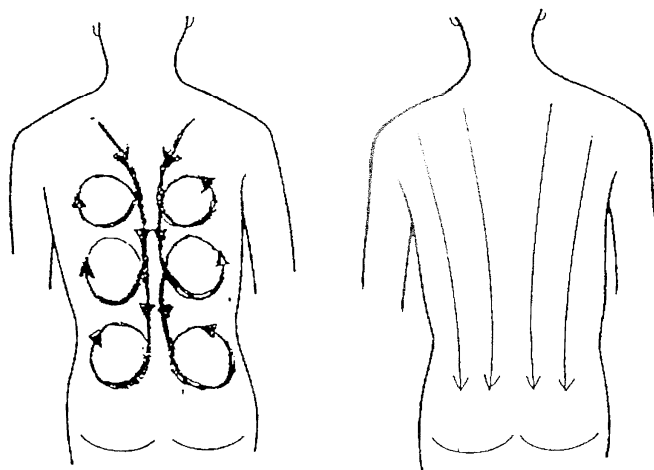
Poloha „mumie“ kombinovaná s „hnízdem“.

Příloha č. 7 - Využití canisterapie při spasticitě ruky



Uvolnění spasticity ruky

Příloha č. 8 - Masáž stimuluující dýchání



Šipky znázorňují směr masáže.

Příloha č. 9 - Optická stimulace



Příloha č. 10 - Auditivní stimulace



Příloha č. 11 - Orální stimulace, asistovaná



Příloha č. 12 - Taktilně-haptická stimulace



Taktilně-haptická stimulace v kombinaci s olfaktorickou.

Příloha č. 13 - Osvědčení o účasti na základním sympóziu Bazální stimulace®

BESTÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Základní symposium Bazální stimulace®
v ošetrovatelské péči

Maria KERCLOVA' DiS.; 14.8.1984

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od **20.2.2008** BIS / do **22.2.2008**

20 UNTERRICHTSTUNDEN / **20** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **22.2.2008**



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

Registrační číslo akce: **ČAS/KK/6751/2007** Účast: **pasivní** Počet kreditů: **9**
100550/07