

BAZÁLNÍ STIMULACE V ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Bakalářská práce

DENISA VELEHRADSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2010

podpis.....

ABSTRAKT

VELEHRADSKÁ, Denisa. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N. Praha. 2010. 54 s.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je koncept bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Práce je uspořádána tak, aby text podal přehledně informace o historii konceptu bazální stimulace, jeho podstatě a také poskytl jasnou představu o aplikaci jednotlivých prvků konceptu do ošetrovatelské péče. Součástí práce je kazuistika u pacientky hospitalizované na klinice anesteziologie a resuscitace.

Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře s ošetrovatelskou péčí dle konceptu bazální stimulace u pacientů, jejichž komunikační a pohybové schopnosti jsou velmi omezené.

Klíčová slova: Autobiografie pacienta. Bazální stimulace. Biografická anamnéza. Komunikace. Vědomí. Vnímání.

ABSTRACT

VELEHRADSKÁ, Denisa. *Basal Stimulation in Basic Nursing Care*. The College of Nursing o.p.s., Bachelor degree. Tutor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N. Prague. 2010. 54 s.

The main topic of my bachelor thesis is Concept of Basal Stimulation in the Basic Nursing Care. The text is layout to make it clear in points of history of the concept of basal stimulation, principles and to provide sensible picture about applying each element of the concept. The casuistry of one patient, hospitalized in anaesteziology and resuscitation clinic, is included.

The main point of the bachelor paper is to introduce the reader with the nursing care according to the concept of basal stimulation on patients with limited ability to either communicate and move.

Key words: Autobiography of a patient. Basal stimulation. Biographical anamnesis. Communication. Conscious. Reception.

PŘEDMLUVA

Tato bakalářská práce vznikla ve snaze seznámit čtenáře s ošetrovatelskou péčí dle konceptu bazální stimulace u pacientů, jejichž komunikační a pohybové schopnosti jsou velmi omezené, a orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn samotným studiem oboru všeobecná sestra a absolvováním certifikovaného základního kurzu bazální stimulace.

Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních zdrojů, odborných časopisů, internetových stránek, tak z ošetrovatelské dokumentace pacientky.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, ale může být také přínosem pro sestry v praxi.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi, PhD., MPH, R.N za pedagogické vedení, podnětné rady a celkovou podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	13
2 POJEM „BAZÁLNÍ STIMULACE“	15
2.1 Význam doteků v životě člověka	16
2.2 Komunikace.....	17
3 POJETÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	19
4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	20
4.1 Vývoj vnímání v prenatálním období.....	20
4.2 Stimulace vnímání a její význam	21
5 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	22
5.1 Somatická stimulace.....	23
5.1.1 Zklidňující somatická stimulace (koupel)	24
5.1.2 Povzbuzující somatická stimulace (koupel)	25
5.1.3 Neurofyziologická somatická stimulace (somatická stimulace dle Bobath konceptu) – neurofyziologická koupel	25
5.1.4 Polohování dle konceptu bazální stimulace	26
5.1.5 Masáž stimulující dýchání (MSD)	27
5.2 Vestibulární stimulace.....	28
5.3 Vibrační stimulace.....	29
5.4 Optická stimulace.....	30

5.5	Auditivní stimulace	31
5.6	Orální stimulace	32
5.7	Olfaktorická stimulace	33
5.8	Taktilně-haptická stimulace	34
6	BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	35
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	36
7	KAZUISTIKA	36
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
	ZÁVĚR	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI body mass index

GCS Glasgow Coma Scale

HRCT výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností

i. v. intravenózní

O₂ kyslík

OTI orotracheální intubace

RTG rentgen

SpO₂ saturace kyslíku

UPV umělá plicní ventilace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Arterie radialis – vřetenní tepna

Auditivní – sluchový

Autobiografie pacienta – životopis pacienta, jeho návyky, zvyky a zkušenosti

Bazální stimulace – vývoj podporující vědecký koncept

Bronchiektazie – chronické a trvalé rozšíření průdušek

Cystická fibróza – onemocnění žláz se zevní sekrecí

Deprivace – strádání z nedostatku podnětů

Endolymfa – tekutina vyplňující blanitý labyrint (ve vestibulárním aparátu)

Extenze – natažení, napřímení

Extenzor – sval, který provádí extenzi v určitém kloubu

Flexe – ohnutí, ohýbání

Flexor – sval, který ohýbá určitý kloub

Gravidita – těhotenství

Intubace – zavedení endotracheální rourky do průdušnice

Lokomoce – pohyb

Kanylace – zanechání a ponechání kanyly v žíle

Menarche – první menstruační krvácení v životě ženy

Olfaktorický – čichový

Optický – zrakový

Orální – ústní, týkající se úst

Orotracheální – týkající se úst a průdušnice

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem

Parenterální – mimostřední, s vynecháním trávicí trubice

Percepce – vnímání

Permanentní katétr – dlouhodobě zavedená močová cévka

Plasticita – schopnost přizpůsobovat se

Plicní lobektomie – chirurgické odstranění plicního laloku

Postnatální – po narození

Prenatální – před narozením

Progrese – postup onemocnění, jeho zhoršování

Propriorecepce – vnímání signálů ze svalů, šlach a kloubů

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Respirační insuficience – selhávání dechových funkcí

Senzorický – vztahující se ke smyslům

Senzomotorika – vztahující se k cití a pohybu

Somatický – tělesný

Spasticita – zvýšené napětí svalů

Staphylococcus aureus – zlatý stafylokok (bakterie)

Stimulus – podnět

Taktilně-haptický – týkající se hmatu

Tonus – napětí

Vena subclavia – žíla podklíčková

Vestibulární – týkající se vestibula, rovnováhy

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Cedula pro iniciální dotek.....	16
---	----

ÚVOD

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu pacienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Každý pacient má vzhledem k svému momentálnímu stavu vědomí jiný požadavek na komunikaci se svým okolím, což koncept zohledňuje, a tím poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči.

Prvky konceptu integrované do ošetrovatelské péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní ošetrovatelské péči u dětí předčasně narozených, tak také u dětí a dospělých s vrozeným intelektovým i somatickým postižením, u pacientů s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také u pacientů s demencí. U pacientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje jejich kvalitu života (Friedlová, 2007).

K napsání této práce mě vedla zkušenost s tímto konceptem, s nímž jsem se setkala během odborné praxe a po absolvování certifikovaného základního kurzu bazální stimulace.

Cílem této bakalářské práce je seznámit čtenáře s ošetrovatelskou péčí dle konceptu bazální stimulace u pacientů, jejichž komunikační a pohybové schopnosti jsou velmi omezené.

Text podává informace o historii vzniku konceptu, jeho podstatě, předkládá teoretickou základnu pro pochopení konceptu a současně je pojatý prakticky. Předkládá techniky stimulací aplikované v ošetrovatelské péči a kazuistiku u pacientky hospitalizované na klinice anesteziologie a resuscitace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Zakladatelem konceptu bazální stimulace byl v 70. letech minulého století prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. V té době pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Tyto děti nevykazovaly pro své okolí žádné reakce. A. Fröhlich s nimi chtěl navázat kontakt, chtěl je naučit vnímat, např. jak jsou veliké, objemné, těžké. Toho dosáhl speciálními dotyky a masážemi, tedy bazální stimulací. Děti brzy začaly vnímat své okolí a došlo u nich k výraznému pokroku a rozvoji osobnosti. Během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí. Vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal úspěšně komunikaci s těmito dětmi. Dosažené výsledky a rozvoj schopností u těchto dětí vyvolaly vědecký výzkum v oblasti medicíny a koncept se stal uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Profesor A. Fröhlich nyní působí na Katedře speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau (Friedlová, 2005; Obručnicková 2008).

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept bazální stimulace prof. Christel Beinstein, původním povoláním všeobecná sestra. Od poloviny 80. let minulého století spolupracuje úzce s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna. Od roku 1994 vede Institut výzkumu v ošetrovatelství na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu.

Prof. Christel Beinstein a prof. A. Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace. Společně vypracovali také vzdělávací systém pro lektory konceptu bazální stimulace, kteří zajišťují relevantní transfer a proškolení nelékařského zdravotnického personálu a integraci konceptu do ošetrovatelské péče.

Bazální stimulace patří v současnosti v zemích Evropské unie k nejpobulárnějším ošetrovatelským konceptům v ošetrovatelství. Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na mnoha pracovištích.

V České republice lektorovala první kurz bazální stimulace PhDr. Karolína Friedlová v roce 2003. Od té doby probíhá ročně mnoho kurzů, kterými procházejí nelékařští zdravotničtí pracovníci z různých oblastí ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové a pracující v oblasti speciální pedagogiky. Absolventi kurzů získají certifikát vydaný Mezinárodní asociací bazální stimulace, který je platný v celé Evropské unii.

Od roku 2004 je koncept bazální stimulace zohledněn ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky o stanovení činnosti náplně všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č.424/2004, § 4, odstavec h.

V roce 2005 byl v České republice založen INSTITUT Bazální stimulace, jehož ředitelkou je PhDr. Karolína Friedlová, a na nějž přešla realizace certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činnosti pro odborníky i laiky.

V roce 2005 proběhla ve Frýdku-Místku historicky 1. národní konference Bazální stimulace za účasti prof. Ch. Bienstein (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

Historicky 2. národní konference Bazální stimulace s mezinárodní účastí proběhla v listopadu 2007 ve Frýdku-Místku.

Historicky 3. mezinárodní konference Bazální stimulace se uskutečnila ve spolupráci s Mezinárodní asociací a Slovenskou komorou sester a porodních asistentek. Proběhla v listopadu 2009 ve Frýdku-Místku, za účasti prof. dr. Andream Fröhlich, PhDr. Karolíny Friedlové a Margrit Hatz – Casparis, prezidentky Mezinárodní asociace bazální stimulace, Švýcarsko (Wolffová, 2010).

2 POJEM „BAZÁLNÍ STIMULACE“

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině vnímání, komunikaci a pohyb zachovalých schopností pacienta. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb. Ošetrovatelská péče je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé komunikační a pohybové schopnosti pacienta. Předpokladem pro práci s konceptem bazální stimulace je integrace příbuzných do ošetrovatelské péče a práce s autobiografií (individualitou) pacienta. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, optickou, auditivní, orální, olfaktorickou a taktilně-haptickou stimulaci. Koncept je integrovatelný a dá se integrovat do ošetrovatelské péče (Bienstein, Fröhlich 2003; Friedlová, 2005).

„Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání“ (Friedlová, 2009, s. 3).

V konceptu bazální stimulace podporujeme vnímání tak, aby u pacientů docházelo k:

- stimulaci vnímání vlastního těla,
- rozvoji vlastní identity,
- umožnění vnímání okolního světa,
- umožnění navázání komunikace se svým okolím,
- zvládnutí orientace v prostoru a čase,
- lokomoční schopnosti,
- zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2009).

2.1 Význam doteků v životě člověka

Dotýkat se je jedna ze základních lidských schopností. Přes doteky se k nám dostává mnoho impulsů ze zevního prostředí. Prostřednictvím doteků také komunikujeme s naším okolím. Doteky mají v životě člověka různé role a to jim dodává velký význam. Ať již přes doteky poznáváme svět (dítě se učí poznat jednotlivé předměty také tím, že si je musí osahat), anebo je využíváme v mezilidské komunikaci.

Dlouho nebyl význam doteků v ošetrovatelské péči tematizován. Nelékařský zdravotnický personál se učil, jak má používat své ruce k vykonávání jednotlivých ošetrovatelských výkonů, ale ne jak jimi poskytovat informace pacientům o jejich těle. Ruce nelékařského zdravotnického personálu jsou komunikačním médiem a umožňují získat pacientovi mnoho informací o sobě samém i okolním světě. Cílem kvalitního doteku je poskytnout pacientovi orientaci a budit pocit důvěry (Bienstein, Fröhlich, 2003; Friedlová, 2009).

Nečekané a necílené doteky u pacientů se změnami v oblasti vnímání vyvolávají pocit strachu a nejistoty. Také jiné námi a jejich okolím poskytované informace, které vnímají různými smyslovými orgány, je mohou, přicházejí-li nečekaně, lekat. Proto musíme pacientovi se změnami v oblasti vnímání dát vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. **iniciálního doteku**.

Obrázek 1 – Cedule pro iniciální dotek

<p>INICIÁLNÍ DOTEK</p> <p>Prosím, abyste mě před a po každé činnosti uchopili za</p> <p>Dotek provádějí všichni členové týmu (ošetřující, terapeuti, lékaři...)</p>
--

Zdroj: Friedlová, 2007, s. 16

Dotek musí být zřetelný, přiměřeného tlaku, bez násilného vtlačení pacienta do matrace. Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na těle pacienta a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Vhodná místa pro zvolení iniciálního doteku jsou rameno nebo paže a ruka. Iniciální dotek musí být podpořen také verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou do kontaktu s pacientem, respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti pacientovi poskytnout. (Friedlová, 2007; Friedlová 2009).

2.2 Komunikace

Komunikace s pacienty, jejichž vědomí či možnosti vyjadřovat se jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou dávku citu zaznamenávat reakce pacienta, neboť ty mohou být zcela nepatrné. Při poskytování bazálně stimuluující ošetrovatelské péče je velice důležitá schopnost zaznamenat reakce pacienta a adekvátně na ně reagovat. Někdy je první osobou, která zachytí první nepatrné reakce pacienta, právě jeho příbuzný. Koncept integruje příbuzné do ošetrovatelské péče a pohlíží na ně jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče (Venglářová, Mahrová 2006; Friedlová 2009).

Znaky příjemného pocitu, otevření se okolí:

- mžikání očima,
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení,
- otvírání očí a úst,
- pousmání, úsměv,
- uvolnění anebo naopak zvýšení svalového napětí, mimiky a pohybů,
- klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy.

Znaky nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe:

- zavírání očí a úst, blednutí,
- neklidné, nepravidelné dýchání,
- pláč, křik, sténání,
- zvýšení svalového napětí, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby,
- reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům,
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování,
- paradoxní reakce (novorozenec),
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování (Friedlová, 2005; Friedlová, 2009).

3 POJETÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

„Hlavní myšlenkou konceptu bazální stimulace je potřeba holisticky vnímat jedince. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě“ (Friedlová 2007, s. 19).

Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy pacienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace nejbližší osoby pacienta do ošetrovatelské péče. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci pacienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa. Koncept respektuje různé vývojové stupně člověka a základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje.

Cílem konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči je podpora rozvoje vlastní identity pacienta, dále umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů (Friedlová, 2005).

4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept vychází z poznatků fyziologie, anatomie, neurologie, pedagogiky, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Základním principem konceptu je poskytnout člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie (zejména konceptu Bobath), psychologie a pedagogiky (Wolffová, 2010).

Základními prvky konceptu jsou vnímání, pohyb a komunikace a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Využívá schopnosti lidského mozku uchovávat si své životní zvyky, návyky a zkušenosti v paměťových dráhách, což nám dává velkou šanci k tomu, abychom donutili mozek vybavit si něco, co již zná. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a pohyb pacientů (Obručnicková, 2008; Friedlová, 2005).

4.1 Vývoj vnímání v prenatálním období

Nejranější formy komunikace ještě v období prenatálním mezi matkou a dítětem jsou komunikace somatická, vestibulární a vibrační. Tyto tři druhy vnímání utvářejí primárně u člověka pocit jistoty. Somatické vnímání je zprostředkováno největším percepčním a zároveň hraničním orgánem, a to kůží. Vestibulární aparát má schopnost určit polohu v prostoru a uvědomit si pohyb. Vibrační vnímání pomáhá člověku vnímat celým tělem přicházející chvění, hlasy, zvuky, tóny aj., a toto vše zpracovat (Fröhlich, 1998; Friedlová, 2005).

4.2 Stimulace vnímání a její význam

K tomu, aby člověk prokazatelně reagoval na somatické, vestibulární, vibrační, chuťové, čichové, zrakové, sluchové a taktilně-haptické podněty, je nutný určitý stupeň vývoje stavby a funkce nervového systému. Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů plasticity nervového systému.

Je-li okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k senzické deprivaci. Prof. A. Fröhlich hovoří v této souvislosti o vzniku sekundárních poškození intelektu na základě masivní podnětové a pohybové deprivace. Lidé nacházející se v kritických situacích (úraz, onemocnění, vrozené mentální či somatické postižení) jsou omezeni ve svých pohybových schopnostech a aktivitách. Hospitalizace ještě navíc umocňuje jejich pohybový deficit (např. stálý monitoring, kontinuální aplikace infuzních roztoků, napojení na ventilátor aj.). Neustále stejné prostředí nemocničního pokoje a pohybová inaktivita má za následek podnětovou deprivaci (Fröhlich, 1998; Friedlová, 2007).

5 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluace reakcí pacienta na poskytované stimuly a integrace příbuzných do ošetrovatelské péče.

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace.

Základní prvky bazální stimulace:

- somatická stimulace,
- vestibulární stimulace,
- vibrační stimulace.

Nastavbové prvky bazální stimulace:

- optická stimulace,
- auditivní stimulace,
- orální stimulace,
- olfaktorická stimulace,
- taktilně-haptická stimulace (Wolffová, 2010).

5.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí se somatickým a motorickým vnímáním. Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat (Friedlová, 2005; Kerclová, 2008).

Pokud z různých příčin dojde k výpadku některé z těchto forem vnímání, dochází ke změně vnímání tělesného obrazu a ke zkreslenému vnímání těla. Lidé po úrazech mozku, děti s dětskou mozkovou obrnou, lidé s těžkými změnami v mentální oblasti, lidé po mozkových cévních příčinách a s jinými neurologickými onemocněními, ale také dlouhodobě imobilní lidé vykazují změny ve vnímání tělesného schématu. Neintegrovaná část těla do tělesného schématu má za následek také změny v oblasti hybnosti dané části těla, protože pohybu předchází myšlenka na pohyb. Imobilita a nečinnost například z důvodu úrazu, onemocnění či kombinovaného postižení má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu. Koncept bazální stimulace podporuje vnímání tělesného schématu a somatické vnímání. Jedná se o stimulaci těla, jeho hranic (Friedlová, 2007; Friedlová 2009).

Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam.

Předpokladem kvalitního doteku je:

- klid,
- způsob a význam kontaktu,
- vyvinutá síla, tlak,
- rytmus, opakování,
- sled.

Takový kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci. Důležitým prvkem je také budování důvěry formou doteku, který nebudí strach a obavy. Je nutno si uvědomit, že lekavé a chaotické doteky mohou vést ke zvýšení svalového tonu a vůbec k nežádoucí reakci organismu (Friedlová, 2009).

Možnosti somatické stimulace dle konceptu Bazální stimulace:

- Zklidňující somatická stimulace – celková zklidňující koupel.
- Povzbuzující somatická stimulace – celková povzbuzující koupel.
- Neurofyziologická somatická stimulace (somatická stimulace dle Bobath konceptu) – neurofyziologická koupel.
- Rozvíjející somatická stimulace – rozvíjející koupel.
- Diametrální somatická stimulace – diametrální koupel.
- Polohování
 - „mumie“,
 - „hnízdo“.
- Masáž stimulující dýchání a kontaktní dýchání,
kontaktní dýchání s vibrací (Friedlová, 2009).

5.1.1 Zklidňující somatická stimulace (koupel)

Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění.

Cíle pro aplikaci somatické zklidňující stimulace:

- stimulace vnímání tělesného schématu, zkušenosti pacienta se svým tělem,

- redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace,
- navození celkového tělesného uvolnění (Friedlová, 2005).

5.1.2 Povzbuzující somatická stimulace (koupel)

Cíle pro aplikaci somatické povzbuzující stimulace:

- stimulace vnímání tělesného schématu, zkušenost pacienta se svým tělem,
- zvýšení úrovně vědomí u pacienta, zvýšení jeho pozornosti,
- zvýšení svalového napětí,
- zvýšení srdeční frekvence a hodnoty krevního tlaku,
- podpora aktivity pacienta,
- příprava pacienta na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta aj.
(Friedlová, 2009).

5.1.3 Neurofyziologická somatická stimulace (somatická stimulace dle Bobath konceptu) – neurofyziologická koupel

Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit pacientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či v některých regionech jedné poloviny těla znovu vnímat tuto stranu. Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl pacient integrovat postiženou stranu těla opět do vnímání tělesného schématu. Velký důraz během neurofyziologické stimulace klademe na zrakovou kontrolu stimulované části těla (posadit v lůžku, možno i ve sprše, vaně nebo také s integrovanou zrcadlovou terapií).

Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u pacientů s plegiemi a parézami po mozkových cévních příhodách, po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu, po operacích mozku a onemocněních s postižením pohybového aparátu, děti a kojenci s dětskou mozkovou obrnou (Friedlová, 2009).

5.1.4 Polohování dle konceptu bazální stimulace

Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Prostřednictvím polohování můžeme pacientovi umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním neposkytujeme pouze stimulaci somatickou, ale také vestibulární.

Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem senzoričkových podnětů a pohybové aktivity redukuje přísun informací k člověku. Vnímání tělesného obrazu a okolí se mění a vede k poruchám orientace na vlastním těle a okolí a také k těžkým krizím vlastní identity. Pacient sám sebe velmi málo vnímá a také ztrácí tělesnou a psychickou orientaci.

V konceptu bazální stimulace se pro fixaci tělesného schématu užívá různých pomůcek, jako jsou srolované deky, ručníky a také perličkové polohovací pomůcky výrazně zvyšující komfort polohování.

V konceptu bazální stimulace aplikujeme dle stavu pacienta polohu hnízdo. U pacientů s neklidem či výraznými změnami v oblasti vnímání tělesného schématu polohu mumie (Friedlová, 2005; Friedlová, 2007).

Poloha mumie

Cílem tohoto polohování je umožnit pacientovi zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice svého těla. Polohování mumie lze kombinovat s polohováním hnízdo a mikropolohováním.

Poloha hnízdo

Tato poloha umožňuje pacientům odpočinout si a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim tato poloha nabízí pocit jistoty a bezpečí a zlepšení vnímání hranic svého těla (Friedlová, 2007).

5.1.5 Masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Je součástí dechové gymnastiky. Masáž má také vysokou komunikační hodnotu. Vede k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u pacienta i nelékařského zdravotnického pracovníka. Tím mezi nimi vzniká komunikační proces, který může poskytnout pacientovi uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi umožňuje vyjádřit svou empatii vůči pacientovi.

Masáž stimulující dýchání redukuje také stavy neklidu a zmatenosti. Intenzivní kontakt nelékařského zdravotnického pracovníka rukama na zádech pacienta, klidné a symetricky prováděné masážní pohyby umožňují navodit pacientovi pocit jistoty. Naladění na stejný rytmus dýchání mezi nelékařským zdravotnickým pracovníkem a pacientem nabízí pochopení beze slov a vytvoření vztahu.

Cílem nelékařského zdravotnického pracovníka je pomoci pacientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Kromě toho mu umožníme opět zřetelně si uvědomit své tělo a zvýšit schopnost koncentrace tak, aby mohl pacient reagovat na podněty z okolí. Dosáhneme také sníženého vyplavování stresových hormonů.

Tato technika vyžaduje kontinuální trénink (Friedlová, 2009).

5.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v důsledku různých činností vykonávaných během dne. Smyslově rovnovážné ústrojí (vestibulární aparát) tak získává stálý přísun podnětů. Lidé s omezenými pohybovými aktivitami dostávají minimálně vestibulárních podnětů. Prostřednictvím konceptu bazální stimulace lze těmto lidem poskytnout stimuly jejich rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Informuje nás o naší poloze a pohybu v prostoru (Friedlová, 2007).

Koncept bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulaci – díky pohybům endolymfy – převádět informace na vestibulární jádra v mozku a následně:

- zprostředkovat informace o postavení v prostoru,
- redukovat závrat' z otáčivého pohybu,
- snížit napětí flexorů a extenzorů,
- připravit organismus na mobilizaci,
- zachovat pohyb endolymfy ve vestibulárním aparátu.

Možnosti vestibulární stimulace dle konceptu bazální stimulace:

- před každou změnou polohy těla uvést hlavu pacienta do pozice ve směru příští polohy těla,
- velmi pomalé a lehké otáčivé pohyby hlavy,
- houpací pohyby v lůžku např. v poloze mumie,
- nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli,
- houpačky, houpací křesla,
- trampolíny (Friedlová, 2009).

5.3 Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulace receptorů pro vnímání vibrací uložených v kůži, a sice Vater Paciniho tělísek a receptorů hluboké citlivosti, tedy proprioreceptorů ve šlachách, svalech a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla. Cílem vibrační stimulace je zprostředkovat pacientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Vnímání vibrací je zcela individuální. Vibrační stimulaci integrujeme především u pacientů ve vigilních kómatech, u pacientů s hlubokou mentální retardací, ale také u těch, kterým slouží vibrační stimulace jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (bateriový vibrátor, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka a křesla) anebo také pouze vlastní ruce (Friedlová, 2009).

Kontraindikací pro použití vibrační stimulace jsou krvácivé stavy, varixy, poranění a porucha integrity kůže.

K vibrační stimulaci můžeme použít také hudební nástroje vydávající vibrace, a hlas. Pokud člověk hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se velmi jemně chvěje. Toho lze využít a položit ruku pacienta na jeho vlastní hrudník (pokud pacient vydává zvuky), nebo na hrudník nelékařského zdravotnického pracovníka. Také lze přiložit celý hrudník pacienta na hrudník nelékařského zdravotnického pracovníka nebo příbuzného.

Některé vibrační stimulace mohou být pacientovi velmi příjemné, zvláště zapojíme-li do péče rodinné příslušníky. Jedná se o vibrace „tělo na tělo“, kdy se nelékařský zdravotnický pracovník anebo rodinný příslušník či přítel posadí za pacienta ať už do lůžka, na zem či do křesla, položí si jeho trup na svůj a vibrace vyvolává svým zpěvem, pobroukáváním. Velice účinná je tato stimulace v intenzivní péči u pacientů v kómatózních stavech (Friedlová 2007; Friedlová, 2009).

5.4 Optická stimulace

Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace.

Cílem optické stimulace je umožnit pacientovi orientaci, podporovat jeho schopnost vnímat okolní prostředí a schopnost uspořádat okolní prostředí. Také pomáhá budovat pocit jistoty a stimulovat schopnost se učit.

Okolí pacientů v nemocničních zařízeních bývá většinou prosté vizuálních podnětů. Často lze říci, že je nestimulující. Takovéto nepodnětné okolí může být navíc pro pacienta, který se po delší době probudí z bezvědomí, velmi stresující (Friedlová, 2007).

Předměty nemocničního prostředí nemá pacient uložené ve svých paměťových stopách, proto nemůže adekvátním způsobem situaci asociovat a zpracovat. Neschopnost orientovat se v dané situaci a v okolním světě může vyvolávat úzkost, strach a také agresivní chování pacienta. Integrací do tohoto neznámého prostředí něčeho známého, co má pacient uložené v paměťové stopě, může navodit zklidnění (Bienstein, Fröhlich, 2003).

Pro optickou stimulaci je velice významná jakákoli změna tělesné polohy. Přestože jde někdy jen o malou změnu polohy hlavy, mění se pacientovo zorné pole. Změnami polohy lze pacientovi umožnit sledovat dění v jeho okolí, ale také se orientovat na svém těle. Tím se posílí jeho pocit jistoty. Změna polohy znamená současně stimulaci vestibulární a somatickou.

Možnosti optické stimulace, tak jako u jiných stimulací, musí bezpodmínečně zohlednit autobiografickou anamnézu pacienta a jejich variabilita záleží na kreativité nelékařského zdravotnického pracovníka.

Je nutno vždy pacienta sledovat, jak reaguje na poskytované podněty a zda u něj nevyvolávají negativní asociace a emoce. Také pozorování stále stejných objektů vyvolává halucinace a dezorientaci (Bienstein, Fröhlich, 2003; Friedlová 2005).

5.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka je velice významný pro komunikaci, navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč; dítě, které od narození neslyší, se nenaučí mluvit. (Friedlová, 2007).

Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky a také samozřejmě navázání kontaktu s pacientem. V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení pacientům, a naopak zároveň minimalizovat nejasné zvuky okolního prostředí.

Možnosti využití auditivní stimulace v ošetrovatelské péči jsou široké, využít lze hlas, reprodukované zvuky, hudbu a hudební nástroje.

Je nutné zohlednit autobiografickou anamnézu pacienta. Důležité jsou také informace o sluchové nedostatečnosti pacienta a užívání kompenzačních prostředků (sluchadla). Je nutné upozornit příbuzné pacienta na to, aby s ním hovořili v jemu známé a jemu vlastní formě (Friedlová, 2005).

Prostředky pro auditivní stimulaci

- Řeč – vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu (lze nahrát hlasy příbuzných, kamarádů, spolužáků, spolupracovníků).
- Hudba – reprodukovaná (z přehrávače, z rádia, z televize), produkovaná u pacienta hrou na hudební nástroj.
- Zpěv – se zpěvem pracují muzikoterapeuti. Zpívat může také ale příbuzný pacienta jeho oblíbené písničky (např. maminka integrovaná do ošetrovatelské péče u dětí) nebo sám pacient (Friedlová, 2007).

5.6 Orální stimulace

„Ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónu (vlas v ústech vnímáme rychleji než vlas položený na bříšku prstu). Člověk vnímá svá ústa jako intimní osobní zónu. Ústa a ruka jsou nejaktivnější místa na těle. Již v 9. týdnu embryonálního vývoje dumlá embryo zárodek svého palce a získává tak raně zkušenost se svými ústy. V celém prenatálním období jsou ústa aktivní, stejně tak po narození“ (Friedlová, 2007, s. 117).

Příjem potravy není jen potřeba vykonávaná s cílem nutričním, ale také proto, že je spojena s velice libými pocity. Vlastní příjem potravy má několik fází a koncept bazální stimulace jim přikládá stejnou důležitost a v orální stimulaci všechny zohledňuje. Vlastní příjem potravy má fázi preorální a orální. V preorální fázi se snoubí vjemy taktilně haptické, vizuální, čichové a gustační.

Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u pacienta. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně, anebo jako přípravu na orální přívod stravy. V žádném případě není orální stimulace synonymem péče o dutinu ústní nebo návniku polykacího reflexu. Ale je velice výhodné je vzájemně kombinovat (Friedlová, 2005).

5.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými vyvolavateli vzpomínek. Určité vůně asociují roční období (např. vůně perníku – Vánoce), situace (káva – příjemné situace) nebo lidi (parfém...). Mnoho vůní a pachů je obsaženo v autobiografii, a to ve spojení s pozitivními či negativními vzpomínkami. Každý člověk má své oblíbené vůně. Orální a olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí.

Před tím, než začneme pacienta konfrontovat s určitými vůněmi či pachy, je nutné zjistit, které vůně pacient upřednostňuje. Jinak lze vyvolat negativní stimulaci. To znamená, že nepřijme-li pacient žádné stimuly a podávané informace, nedojde k navázání žádoucího kontaktu a to proto, že mu vůně nebyly nepříjemné nebo známé. Olfaktorické stimuly nenabízíme kontinuálně, neboť by si pacient na ně zvykl stejně jako na zvukovou kulisu okolí či stále stejně vypadající okolí. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné vůně osobních toaletních potřeb pacienta, deodorantů, parfémů, vůně jídla, a naopak nevhodné jsou vonné svíčky. Integrovat do péče můžeme také vůně z pracovního prostředí pacienta nebo ze vztahu k jeho koníčkům a zájmům.

Olfaktorickou stimulaci je vhodné také aplikovat z důvodu poskytnout pacientovi schopnost orientovat se v dané situaci, a tím mu umožnit pocít jistoty a bezpečí. Vůně vlastních toaletních prostředků může pacientovi umožnit pochopit správně danou situaci, např. že se jedná o toaletu. Vhodná je také současná kombinace olfaktorické a taktilně-haptické stimulace (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

5.8 Taktilně-haptická stimulace

Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje získávat člověku během života zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Neklidní, hyperaktivní pacienti, jejichž ruce jsou velice aktivní (tahají a ohmatávají zavedené močové katétry, drény a jiné invazivní vstupy, hrají si s plenkovými kalhotkami, aj.), tak činí většinou z těchto důvodů:

- potřebují identifikovat předmět, který nahmatali,
- potřebují taktilně – haptickou stimulaci.

Koncept bazální stimulace posuzuje tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace. Ve své paměti se pacienti snaží tyto předměty někam zařadit, ale protože některé z nich dříve neznali (močové katétry), vyvolávají v nich pocity nejistoty, úzkosti a strachu. Taktilně-haptická stimulace umožňuje poskytnout smysluplné stimulace těmto pacientům, a to ve formě jim známých materiálů a věcí. Proto pracuje opět s biografií pacienta.

Taktilně-haptickou stimulaci můžeme provádět u pacienta asistovaně, pokud není schopen sám pohybovat prsty. Kombinovat ji můžeme s optickou, auditivní a olfaktorickou stimulací (Friedlová, 2009; Řádová, 2009).

6 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče je znalost životních návyků, zvyků a prožitků pacienta. Každý člověk je jiný, jinak se chová v určitých situacích, jinak reaguje. Každý člověk je jedinečná bytost, kterou utváří jeho sociální okolí a ovlivňují ho prožité situace. Má také vlastní autonomii. Pracovat s autonomií pacienta znamená respektovat ho a pochopit.

Kvalitní a účinné stimulace vnímání lze docílit jen získáním kvalitní autobiografické anamnézy, formulací reálných cílů, sestavením adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluací reakcí pacienta na poskytované nabídky. Nezastupitelnou funkci má integrace příbuzných pacienta do ošetrovatelské péče.

Jednotlivé prvky konceptu se implementují do ošetrovatelské péče cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů sestavených dle autobiografické anamnézy pacienta a jeho somatického stavu. Nezastupitelný význam má kvalitní ošetrovatelská dokumentace (Friedlová, 2007; Friedlová, 2009).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 KAZUISTIKA

Na následujícím případu názorně dokládám uplatnění stimulací, které popisují v předcházejících kapitolách. Respektuji etický aspekt z hlediska pacientky i její rodiny. Neuvádím proto jméno pacientky, rodné číslo, bydliště apod. Součástí kazuistiky proto nejsou ani žádné fotografie.

Abych mohla koncept bazální stimulace u pacientky uplatnit v ošetrovatelské péči, musela jsem mít jistotu, že v mé nepřítomnosti bude nelékařský zdravotnický personál a matka mé pacientky důsledně a kontinuálně pokračovat v jednotlivých technikách konceptu. Nelékařský zdravotnický personál je proškolený a integruje koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče o pacienty. Matce pacientky jsem doporučila literaturu, aby se mohla aktivně zapojit do ošetrovatelské péče dle konceptu bazální stimulace.

Informace o pacientce jsem získala od její matky. Další informace jsem čerpala z ošetrovatelské dokumentace a od nelékařských zdravotnických pracovníků.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: žena

Datum narození: 1995

Věk: 15 let

Vzdělání: žákyně 9. třídy základní školy

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 4.2.2010, 0:40 hodin

Oddělení: Klinika anesteziologie a resuscitace, resuscitační oddělení pro děti

Medicínské diagnózy:

Cystická fibróza

Chronická infekce Staphylococcus aureus (latinsky zlatý stafylokok)

St.p. kanylaci a.radialis l.dx.

St.p. plicní lobektomii

Pacientka ve věku 15 let s cystickou fibrózou, chronicky kolonizovaná Staphylococcus aureus.

Dne 11.1.2010 přijata na pediatrickou kliniku k 14ti denní intravenózní (dále jen i.v.) antibiotické terapii. Prodělala protistafylokokovou léčbu dvoukombinací antibiotik Dalacin, Ciprinol. Následně byla přeložena na kliniku dětské chirurgie k provedení plicní lobektomie doporučené na základě chirurgického konzilia pro lokalizovaný nález rozsáhlých bronchiektazií plicní tkáně na HRCT.

Dne 25.1.2010 byla provedena resekce horního a středního plicního laloku. Pacientka byla přeložena na kliniku anesteziologie a resuscitace k bezprostřední pooperační péči. Po příjmu pacientka intubována a byla jí zavedena umělá plicní ventilace (dále jen UPV), doporučená antibiotická terapie. Pacientka ponechána po 24 hodin na UPV.

Dne 26.1.2010 pacientka extubována, při oxygenoterapii maskou krevní plyny v mezích, SpO₂ nad 90%. Na kontrolním RTG po extubaci zhoršení nálezu. Pro zhoršující se respirační insuficienci nutná 28.1.2010 reintubace a UPV. Upravena antibiotická terapie, zaveden CŽK cestou v. subclavia l.dx. Dne 2.2.2010 extubace bez komplikací.

Dne 4.2.2010 pacientka přeložena na pediatrickou kliniku. Do 23:30 hodin dechově stabilní., SpO₂ 95%. Při pokusu o defekaci na míse tonická křeč, ztráta vědomí, cyanóza, denaturace SpO₂ 79%, dyspnoe, pacientka močila a kálela do postele. Podán O₂ maskou, Solu-medrol. Poté následovala další tonická křeč, pacientce podán Apaurin a voláno anesteziologické konzilium. Pacientka zaintubována a přeložena zpět na kliniku anesteziologie a resuscitace.

Stav pacientky při přijetí na kliniku anesteziologie a resuscitace

Vitální funkce

TK: 70/50 mmHg

Výška: 150 cm

P: 140/minutu

Hmotnost: 47 kg

TT: 36,8°C

BMI: 20,88

Stav vědomí: kvantitativní porucha vědomí – kóma

Poloha: pasivní

Dýchání: dýchací cesty zajištěny OTI 7,0 s manžetou, SpO₂ 97%

Celkový vzhled

15letá pacientka s poruchou vědomí a farmakologickým útlumem (Diazepam, Midazolam). Oční bulvy ve středním postavení, mydriatické, na osvit reagující, skléry bílé, spojivky růžové, uši a nos bez sekrece. Kůže čistá, bledá, bez ikteru, kožní turgor v normě. Dýchací cesty zajištěny orotracheální intubací s manžetou. Močové cesty zajištěny permanentním močovým katétre. Výživa zajištěna parenterálně. Ležící, polohována á 2 hodiny dle polohovacího záznamu. Kompletní hygiena na lůžku 2x denně, péče o dutinu ústní, vyprazdňování.

Glasgow Coma Scale (GCS): 4 (extenze na bolestivý podnět).

Anamnestické údaje

Rodinná anamnéza: matka, otec zdraví, sourozenci zdraví.

Osobní anamnéza: dítě z rizikové 4. gravidity, těhotenství bez komplikací, porod v termínu, záhlavím, poporodní adaptace v normě.

Od ledna 1996 pacientka špatně pije, kašle, nastává úbytek na váze. Hospitalizována na dětském oddělení. Zde byla pacientce diagnostikována cystická fibróza a pacientka byla přeložena na pediatrickou kliniku. Opakovaně respirační infekty, opakovaně pozorován staphylococcus aureus. Postupně progrese bronchiektazií. Chirurgické konzilium doporučilo resekční výkon.

Léková anamnéza: Seretide (bronchodilatans, antiastmatikum), Dalacin (antibiotikum), Ciprinol (chemoterapeutikum), Lacidofil (digestivum), Pyridoxin (vitamin), Avamys (otorinolaryngologikum, kortikosteroid), Apaurin (antiepileptikum, anxiolytikum), Diazepam (anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans), Midazolam (hypnotikum, sedativum).

Alergologická anamnéza: Amoksiklav (antibiotikum).

Abusus: alkohol nepije, nekouří.

Gynekologická anamnéza: menarche ve 14 letech, menstruační cyklus cca 27 dnů, krvácení cca 4 dny, poslední menstruace před 10 dny. Antikoncepci neužívá. Samovyšetření prsů nevykonává. Poslední gynekologická prohlídka cca před 3 měsíci.

Sociální anamnéza: pacientka je z úplné rodiny, bydlí společně s rodiči a sestrou v rodinném domě. Vztahy v rodině jsou dobré, mimo rodinu také.

Pracovní anamnéza: žákyně 9. třídy základní školy.

Biografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace

Biografická anamnéza v konceptu bazální stimulace zohledňuje návyky a zvyky pacienta, aby mohla být poskytována co nejosobnější ošetrovatelská péče. Informace o pacientce jsem získala od její matky.

Somatická anamnéza

Pacientka vyrůstala v harmonické rodině. Jako malá měla ráda fyzický kontakt s rodiči, prarodiči, sourozenci i kamarády. S postupem času a přibývajícím roky fyzické dotyky začala omezovat. Nyní v 15 letech již hlazení odmítala. Nejpozitivněji vnímala doteky na ruku. Spala v pokoji společně s jedním ze sourozenců, sestrou. Postel měla plnou plyšových hraček. Nejčastěji spávala na boku. Ráda spala pod teplou přikrývkou, spíše přikrytá, dávala si deku za ramena. Měla ráda teplo, vyhovovala jí vyšší teplota vzduchu. Před spaním poslouchala hudbu nebo si četla knihy a časopisy.

Vestibulární anamnéza

Pacientka rekreačně provozovala několik sportů. Nejraději měla cykloturistiku, plavání a navštěvovala taneční kroužek.

Vibrační anamnéza

Pacientka používala na holení nohou dámský elektrický holicí strojek.

Optická anamnéza

Pacientka nikdy neměla problémy se zrakem, vždy viděla dobře. Měla ráda barvy. Dětský pokoj měla polepený plakáty oblíbených hudebních skupin. Na oděvu preferovala modrou barvu, nikdy by si neoblékla oděv barvy růžové.

Auditivní (sluchová) anamnéza

Pacientka neměla postižený sluch. Jejím oblíbeným zpěvákem je 50cent, rozhlasové vysílání příliš neposlouchala, na televizi se dívala především na hudební kanály a měla oblíbený televizní seriál „Ulici“. Na hudební nástroj nehrála.

Chuťová anamnéza

Pacientka dodržovala většinou zásady zdravé výživy, ale občas si dala i hamburger a hranolky. Měla ráda ovoce i zeleninu. Z cukrovinek měla nejraději mléčnou a bílou čokoládu. Jejím nejoblíbenějším jídlem byla svíčková omáčka s knedlíky a brusinkami. Kávu nepila, čaj velmi ojediněle, a to jen ovocný. K snídani pila džus a během dne šťávu, nejraději pomerančovou, měla ráda i sprite a coca-colu. Nejedla houby a ryby.

Čichová anamnéza

Pacientka nejčastěji používala kosmetiku značky Dove, ať už jde o tělové mléko, sprchový gel, šampon, deodorant nebo obličejový krém, měla také svou oblíbenou toaletní vodu. Ráda se koupala ve vaně plné pěny do koupele nebo si do koupele přidávala mořskou sůl.

Taktilně-haptická anamnéza

Pacientka zaměstnávala ruce především používáním mobilního telefonu – často psala SMS, ale hrála i hry. Také často psala domácí úkoly a hrála hry na počítači. Rušná práce měla docela ráda, navlékala si korálky na krk nebo pletla z bavlnek náramky, nerada malovala. Při spánku většinou objímala svého oblíbeného plyšového medvěda. Byla pravák.

Stanovení ošetrovatelského plánu dle konceptu bazální stimulace

Při plánování ošetrovatelské péče v konceptu bazální stimulace jsem vycházela ze stávající situace pacientky.

Na základě vlastního pozorování, studia ošetrovatelské dokumentace, rozhovorů s ošetrujícím lékařem a získaných biografických údajů od matky pacientky jsem se rozhodla plánovat ošetrovatelskou péči v konceptu bazální stimulace s těmito cíli bazálně stimulující péče:

- zachovat život a zajistit vývoj,
- poskytnout klientce pocit důvěry a bezpečí,
- umožnit klientce vnímat vlastní život,
- umožnit klientce vnímat vlastní tělo, a tím stimulovat vnímání tělesného schématu.

Pro splnění těchto cílů jsem integrovala do ošetrovatelské péče tyto prvky konceptu bazální stimulace:

- celkovou tělesnou koupel,
- polohování – hnízdo, mikropolohování,
- masáž stimulující dýchání (MSD),
- kontaktní dýchání s vibrací,
- optickou stimulaci,
- olfaktorickou stimulaci.

Postupně jsem ošetrovatelskou nabídku s prvky bazální stimulace rozšířila a zařadila jsem prvky vibrační stimulace, vestibulární, auditivní, olfaktorické, orální a taktilně-haptické stimulace.

Integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče

Rozhodla jsem se, že za pacientkou budu docházet a uplatním své vědomosti a zkušenosti v ošetrovatelské praxi, které jsem získala absolvováním certifikovaného kurzu bazální stimulace.

Od prvního dne přijetí pacientky na kliniku anesteziologie a resuscitace jsme aplikovali bazální stimulaci se všemi jejími prvky. Matce pacientky jsem vysvětlila, v čem spočívá ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace. Přiblížila jsem jí hlavní prvky konceptu a informovala o těch, které nyní integrujeme do ošetrovatelské péče. Vysvětlila jsem jí, že ona tráví s dcerou nejvíce času, ona ji zná nejlépe a že právě od ní budou pacientce doteky nejpříjemnější. Velký důraz jsem kladla na vzájemnou spolupráci.

Nejprve jsem si sepsala již zmíněnou biografickou anamnézu pacientky. Požádala jsem matku pacientky, aby dovezla několik předmětů z domova, tedy předmětů známých, které dříve pacientka užívala denně, abychom pomocí těchto předmětů upravili okolní prostředí. Požádala jsem ji, aby přinesla tyto osobní věci: oblíbený polštář, košili a kraťasy, toaletní potřeby (sprchový gel, šampon, deodorant, zubní pastu a kartáček), ručníky a žínky, oblíbeného plyšového medvěda, MP4 přehrávač s oblíbenou hudbou, oblíbenou knihu, čokoládu, pomerančovou šťávu, fotografie zvětšené do formátu A4 jejích rodičů, sourozenců a přátel.

Dále jsem u pacientky zavedla tzv. iniciální dotek. Na základě biografické anamnézy jsem zvolila pro iniciální dotek pravou horní končetinu, a to pravé rameno. Vyrobita jsem ceduli formátu A4, na kterou jsem napsala místo iniciálního doteku. Ceduli jsem umístila na dveře pokoje a k lůžku pacientky. O nutnosti dodržování a významu iniciálního doteku jsem informovala veškerý nelékařský zdravotnický personál oddělení.

První den hospitalizace

Při prvním vstupu na pokoj jsem se nejprve pozdravila s pacientkou za použití iniciálního doteku. Pacientce jsem pevně přiložila svoji ruku na její pravé rameno a představila jsem se. Vysvětlila jsem jí, co bude následovat.

Při první celkové tělesné koupeli jsem zvolila celkovou tělesnou koupel zklidňující vzhledem ke stavu pacientky. Pacientka měla zvýšené svalové napětí a zrychlenou srdeční činnost. Připravila jsem si dvě žínky, ručníky, vodu o teplotě přibližně 37°C a tělové mléko.

Před koupelí jsem nejprve pacientce namočila ruku do nádoby s vodou. Poté jsem začala omytím obličeje pacientky asistovaně – navlékla jsem žínku na ruku pacientky a svojí rukou jsem vedla její a umyla pacientce obličej. Dále jsem pokračovala s mytím hrudníku. Na hrudníku jsem prováděla stimulaci od středu trupu k zevní straně hrudníku. Horní končetiny jsem stimulovala ve směru růstu chlupů (od ramen ke konečkům prstů). Dolní končetiny jsem stimulovala od pánve ke konečkům prstů. Záda jsem stimulovala tak, že jsem postupovala směrem od páteře k zevní straně trupu.

Při mytí jsem se snažila dotýkat těla pacientky oběma rukama. Tam, kde to bylo možné, jsem se snažila modelovat její tělesnou formu tak, abych jí umožnila poskytnout informace o jejím těle. V místnosti jsem se snažila zajistit příjemnou teplotu a klidnou atmosféru, před koupelí jsem se snažila maximálně eliminovat možné rušivé elementy. Snažila jsem se vnímat veškeré reakce pacientky.

Poté jsem s pomocí všeobecné sestry, která přidržovala pacientce orotracheální kanylu, otočila pacientku na bok a aplikovala jsem masáž stimulující dýchání (dále jen MSD) pomocí dětského oleje. Na ruce jsem si nanesla dětský olej a nejprve jsem ho zahřála na svou tělesnou teplotu. Poté jsem přiložila své ruce na zátylí pacientky. Pomalu a s tlakem jsem spouštěla své ruce podél páteře pacientky dolů až k sakrální oblasti. Toto jsem minimálně třikrát opakovala a poté jsem začala na zádech pacientky provádět tři kruhy, které se mírně prolínaly, a těmito pohyby jsem zvedala a roztahovala hrudník do stran. Poté jsem masáž ukončila stejně, jako jsem začala, tedy pomalu a s tlakem spouštěnými rukama podél páteře dolů až k sakrální oblasti, a opět jsem toto

minimálně třikrát opakovala. Snažila jsem se, aby masáž byla co nejúčinnější, nejeftektivnější a pro nás obě zážitkem.

Nikdy během masáže jsem neopustila oběma rukama tělo pacientky. Během masáže jsem se snažila eliminovat veškeré rušivé elementy jako průvan, rušivé podněty zvenci a komunikaci s třetí osobou. Během MSD pacientce poklesl pulz a zmizelo svalové napětí, pacientka vypadala uvolněně.

Poté jsem pacientku oblékla, upravila jí lůžko a napoložovala ji do polohy „hnízdo“. Pacientka ležela no boku (dle biografické anamnézy), pomocí perličkového polohovacího vaku jsem ohraničila tělo pacientky a zapřela dolní končetiny, polštář jsem pacientce dala za hlavu (aby cítila „konec a začátek“ svého těla). Dále jsem ji přikryla dekou, kterou jsem jí založila až za ramena (dle biografické anamnézy). Popřála jsem jí pěkný odpočinek a iniciálním dotekem jsem se rozloučila. Poté jsem pacientce věnovala fázi odpočinku.

Tento den jsem navštívila pacientku ještě jednou, a to po příchodu její matky, která přivezla předem dohodnuté věci z domova. Pacientce jsme v pokoji do zorného pole umístili hodiny, nalepili plakáty a fotky přátel a rodiny. Matka pacientky dále přivezla oblíbeného plyšového medvěda, se kterým pacientka spávala, její osobní toaletní potřeby, košili a kraťasy, MP4 přehrávač s oblíbenou hudbou a časopisy. Matka s pacientkou komunikovala doteky, hladila ji po tváři, čele, vlasech, držela ji za ruce.

Druhý den hospitalizace

Druhý den jsem pacientku navštívila opět v ranních hodinách. Nejprve jsem se s pacientkou pozdravila za použití iniciálního doteku. Poté jsem pacientce vysvětlila, co bude následovat. Dále jsem u pacientky aplikovala celkovou tělesnou koupel na lůžku. Pro stimulaci dlouhodobých paměťových drah jsem používala pouze osobní toaletní potřeby pacientky včetně žinek a ručníků, které jí matka předchozí den přivezla. Pacientku jsem navoněla její oblíbenou toaletní vodou. Poté jsem aplikovala masáž stimulující dýchání a pacientce oblékla košili a kraťasy. Nakonec jsem pacientku uložila do polohy „hnízdo“. Zvolila jsem polohu na boku. Tělo pacientky jsem ohraničila pomocí perličkového polohovacího vaku, jednu deku prostrčila mezi nohama, zapřela dolní končetiny, podložila ruce a polštář dala za hlavu. Dále jsem ji přikryla dekou,

kteřou jsem jí založila až za ramena, a na hrudník jsem jí přiložila plyšového medvěda. Popřála jsem jí pěkný odpočinek a iniciálním dotekem jsem se rozloučila. Poté jsem pacientce věnovala fázi odpočinku.

V odpoledních hodinách pacientku navštívila její matka, která se do ošetrovatelské péče dle konceptu bazální stimulace aktivně zapojila. Komunikovala s pacientkou doteky, vyřizovala jí pozdravy od otce, sourozenců a přátel.

Dále u ní prováděla somatickou stimulaci – lehla si k pacientce do postele, objala ji a nějakou dobu s ní jen tak ležela v posteli.

Matka u pacientky zůstala až do večerních hodin. Četla jí z jejího oblíbeného časopisu. Před odchodem pacientce pustila MP4 přehrávačem její oblíbenou hudbu, kterou poslouchala před spaním, na hrudník jí přiložila plyšového medvěda, políbila ji na čelo a rozloučila se s ní pomocí iniciálního doteku.

Třetí až šestý den hospitalizace

Za pacientkou jsem docházela každé ráno na oddělení, pozdravila jsem se s ní za použití iniciálního doteku a sama prováděla celkovou tělesnou koupel na lůžku. Pro stimulaci dlouhodobých paměťových drah jsem používala pouze osobní toaletní potřeby pacientky včetně žinek a ručníků. Poté jsem aplikovala masáž stimulující dýchání. Pacientku jsem navoněla její oblíbenou toaletní vodou, oblékla ji, následně napoložovala a přiložila plyšového medvěda na hrudník.

Postupně jsem ošetrovatelskou nabídku s prvky bazální stimulace rozšířila a zařadila jsem vibrační stimulaci, vestibulární, auditivní, orální a taktilně-haptickou stimulaci.

Z vibrační stimulace jsem používala kontaktní dýchání s vibrací, a to při každé potřebě odsátí sekretu z dýchacích cest. Přiložila jsem obě své ruce na hrudník pacientky a doprovázela ji v nádechu i při výdechu. Výdech jsem podpořila velmi lehkým stlačením hrudníku a pro podporu odkašlání jsem také přidala vibrace v době výdechu. Po této stimulaci všeobecná sestra odsála pacientce sekret z dolních cest dýchacích. Matka používala u pacientky také vibrační stimulaci – komunikovala s ní

prostřednictvím zpěvu – dávala si ruku pacientky na svou hrud', aby pacientka mohla cítit vibraci hlasu matky.

Vestibulární stimulace – u pacientky jsem nejprve prováděla velmi pomalé a lehké otáčivé pohyby hlavy a dále s postupným zlepšováním stavu pacientky nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli. Klekla jsem si do postele za pacientku, pevně fixovala její tělo na svém, její hlavu jsem opřela o svůj hrudník, jednou rukou jsem fixovala hlavu pacientky, druhou rukou jsem jí fixovala trup a prováděla s ní pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Tato stimulace je nejen vestibulární, ale i optická, proprioreceptivní a somatická.

Auditivní stimulací byla pro pacientku její oblíbená hudba. Při neklidu byla pacientce pouštěna MP4 přehrávačem oblíbená hudba, pacientka reagovala na hudbu zklidněním – zklidnění tepové a dechové frekvence. Matka s pacientkou komunikovala slovy, pláčem a zpěvem.

Orální stimulaci s pacientkou prováděla matka, která za ní docházela každé odpoledne a zůstávala až do večerních hodin. Prováděla s pacientkou orální stimulaci známými chuťovými podněty – ústa jí vytírala molitanovou štětičkou namočenou ve svíčkové omáčce s brusinkami a pomerančové šťávě. Pacientka reagovala zvýšením svalového napětí úst a zvýšenou salivací. Zaznamenali jsme také náznak cíleného otevření úst pro další kapku na jazyk. Pozitivně reagovala také na ranní a večerní vytírání úst zubní pastou.

Taktilně-haptickou stimulaci jsem u pacientky aplikovala tak, že jsem jí vkládala do rukou předměty, které dříve používala téměř denně, nejčastěji šlo o mobilní telefon, klávesnici a myš od počítače.

Pro zlepšující se neurologický stav byl postupně snižován farmakologický útlum pacientky až úplné zastavení útlumu.

Sedmý den hospitalizace

V ranních hodinách pacientka začala spontánně ventilovat, a proto byla v dopoledních hodinách odpojena od ventilátoru. Pacientka začala komunikovat neverbálně i verbálně – začala vyslovovat první slova, která byla zpočátku nesrozumitelná, později vyslovovala jednoduchá slova již srozumitelně. V odpoledních hodinách byl pacientce odstraněn permanentní močový katétr.

U pacientky jsem nadále prováděla ošetrovatelskou péči dle konceptu bazální stimulace. Prováděla jsem somatickou stimulaci, vestibulární – pohyb tzv. ovesného klasu v ovesném poli, optickou, auditivní, orální, olfaktorickou a taktilně haptickou stimulaci.

Osmý den hospitalizace

Dnešní den pacientka komunikovala slovně bez problémů. Skládala celé věty a dokázala popsat svůj nynější stav. Byla plně kontinentní a byl jí odstraněn centrální žilní katétr. Pacientka s pomocí matky již přijímala tekutiny i výživu ústy. Pacientku jsem se snažila aktivizovat.

Devátý až čtrnáctý den hospitalizace

V těchto dnech došlo k výrazné změně stavu pacientky. Spolupráce s pacientkou i její stav se den ode dne zlepšoval. Pacientka mě s úsměvem na tváři vítala každý den, bez nejmenších problémů jsme spolu komunikovaly a vytvořily si přátelský vztah.

Čtrnáctý den vedení oddělení rozhodlo o přeložení pacientky na pediatrickou kliniku, a tak jsem ošetrovatelskou péči dle konceptu bazální stimulace u pacientky ukončila a poté péči přenechala rodině a nelékařskému zdravotnickému personálu oddělení.

Shrnutí

Ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace zahrnuje pestrou škálu možností, jak se s pacientem dostávat do kontaktu. Zkušenost s touto pacientkou mne utvrdila v tom, že cesty, jak se dostávat do kontaktu, vedou nejen skrze klasických pět smyslů, ale i mimo ně. Utvrdila jsem se také v tom, že není třeba stimulovat vždy a za každou cenu. Stejně důležité jako mluvit, zpívat, polohovat, masírovat či navozovat režim všedního dne může být občas i jen prosté držení za ruku a mlčení.

Když jsem se pacientky ptala zhruba třetí den po jejím probuzení z kómatu, zdali si pamatuje, co se kolem ní dělo v době, kdy byla v kómatu, nejprve se na mne podívala, chvíli mlčela, pak se usmála a řekla: „Něco si pamatuju, ale že bych byla v kómatu, nevím.“

Pacientka mi také potvrdila, že minimálně o textu, který jsem jí opakovala každý den, dobře ví. Že si pamatuje můj hlas, že mě poznává.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě vykonání ošetrovatelské péče dle konceptu bazální stimulace u pacientky hospitalizované na klinice anesteziologie a resuscitace navrhuji tato doporučení pro praxi:

- Rozpoznat potřeby pacienta, umět se vcítit do vnímání druhého a nepovažovat ho za postiženého s jeho deficity. Schopnost nelékařských zdravotnických pracovníků pochopit chování pacienta.
- Respektovat zachované schopnosti pacienta a v ošetrovatelské péči je podporovat.
- Podněty, které v péči poskytujeme, musí být vhodně a individuálně strukturované.
- Proškolit více nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří by se spolupodíleli na ošetrovatelské péči u pacienta.
- Zaškolení lékařů v oblasti kurzů konceptu bazální stimulace.
- Motivace.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s ošetrovatelskou péčí dle konceptu bazální stimulace u pacientů, jejichž komunikační a pohybové schopnosti jsou velmi omezené. V empirické části jsem uvedla kazuistiku pacientky hospitalizované na klinice anesteziologie a resuscitace, resuscitačním oddělení pro děti. Propojila jsem tím teoretickou část s empirickou.

Práce nelékařských zdravotnických pracovníků je velmi náročná a vyčerpávající, ale je krásná a hlavně, má smysl. Nejnáročnější mohou být situace, kdy pacient nekomunikuje a nelékařský zdravotnický personál nemá možnost prostřednictvím verbální komunikace zjistit jeho potřeby, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti.

„Porozumět znamená chápat, co nám někdo sděluje. Abychom pochopili, musíme se naučit naslouchat, vnímat a vidět to, co třeba druhý nevidí“ (Friedlová, 2007, s. 153).

Ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace dává ošetrovatelství zcela nové kompetence, umožňuje rozvoj vlastní kreativity, vybočení ze stereotypu, prohlubování interpersonálních vztahů, individuální a efektivní ošetrovatelskou péči. Tato ošetrovatelská péče má velmi pozitivní dopad pro pacienta a jeho rodinu, což přispívá ke zvýšení společenské prestiže ošetrovatelství jako profese.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, Táňa; SIKOROVÁ, Renáta. 2008. Bazální stimulace a hyperbaroxie – základ úspěchu. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 34. ISSN 1210-0404.
2. BIENSTEIN, Christel; FRÖHLICH, Andreas. 2003. *Basale stimulation id der Pflege. Die Grundlagen*. Leipzig : Kallmeyersche Verlagsbuchhadlung GmbH, 2003. ISBN 3-78004001-8.
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1. vydání. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80- 247-1314-4.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace*. Opava : Slezská Univerzita, 2007.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2003. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 1, s. 14-16. ISSN 1210-0404.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2005. Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2009. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 7. vydání. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2009.
9. FRÖHLICH, Andreas. 1998. *Basale stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf : Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3.
10. KERCLOVÁ, Marie. 2008. *Bazální stimulace*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha, 2008.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. 2009. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*. Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace®, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-254-5815-0.

12. MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. 2009. *MEDICAL TRIBUNE BREVÍŘ 2009*. 18. vydání. Praha : Těšínská tiskárna, a.s., 2009. ISBN 978-80-87135-14-3.
13. MECHOVÁ, Irena; MAJKUSOVÁ, Kamila. 2006. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 12, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
14. MEŠKO, D.; KATUŠČÁK, D.; FINDRA, J. a kolektiv. 2006. *Akademická příručka*. 1. české vydání. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-219-7.
15. ŘÁDOVÁ, Kateřina. 2009. *Bazální stimulace očima zdravotníků*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha, 2009.
16. SYSEL, D.; KUKUROVÁ, E.; WEIS, M. 2008. *Ošetrovatel'ská starostlivosť v schémata minútovej bázy znalostí*. Brno : MATRATON, 2008. ISBN 978-80-969923-0-0.
17. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.
18. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan a kolektiv. 2004. *Praktický slovník MEDICÍNY*. 7. rozšířené vydání. Praha : MAXDORF s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-009-7.
19. WOLFFOVÁ, Věra. 2006. Bazální stimulace – pohled ze zákulisí. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

20. OBRUČNÍKOVÁ, Jana. 2008. *Význam komunikace z pohledu bazální stimulace* [online]. [cit. 2009-11-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/vyznam-komunikace-z-pohledu-bazalni-stimulace-346523>>.
21. WOLLFOVÁ, Věra. 2010. *Co je bazální stimulace* [online]. [cit. 2009-11-09]. Dostupné na WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.