

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE NA DĚTSKÉ
ONKOLOGII

Bakalářská práce

MICHAELA TREFILÍKOVÁ

Praha 2011

VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE NA DĚTSKÉ ONKOLOGII

Bakalářská práce

MICHAELA TREFILÍKOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Yveta Valentová, Phd.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Trefilíková Michaela
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 11. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Využití konceptu bazální stimulace na dětské onkologii

*Utilizing the Concept of Basal Stimulation on Children's Oncology
Ward*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Valentová Yveta, PhD.

V Praze dne: 16. 12. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem vypracovala bakalářskou práci samostatně s použitím veškeré uvedené literatury a znalostí získaných během studia.

V Praze dne2011

Podpis

Michaela Trefilíková, DiS

Poděkování:

Děkuji PhDr. Yvetě Valentové, PhD. za vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji staniční sestře Romaně Drápalové a vrchní sestře Bc. Martině Petlachové za přijetí, ochotu a pomoc v průběhu zpracování edukačního procesu na Klinice dětské onkologie ve FN v Brně.

V Praze2011

Podpis

Michaela Treflíková, DiS

Abstrakt

TREFILÍKOVÁ, Michaela. *Využití konceptu Bazální stimulace na dětské onkologii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Yveta Valentová, Ph.D. Praha. 2011. s. 57.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukace rodičů v péči o své dítě ve vigilním kómatu po operaci mozkového tumoru a o možnosti využití konceptu BS. Teoretická část zahrnuje častá nádorová onemocnění na klinice dětské onkologie, specifickou ošetrovatelskou péči a popisuje koncept BS a jeho prvky. Principem konceptu je umožnit člověku vnímat okolní svět a navázání komunikace. Absolvovala jsem již základní, nástavbový a prohlubující kurz BS. Získala jsem mnoho nových a zajímavých teoretických i praktických zkušeností, které se snažím aplikovat v praxi. Praktická část je zaměřena na edukační proces rodičů u dítěte ve vigilním kómatu. Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu a skládá se z posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení. Cílem této práce je nabídnout rodičům jiný způsob ošetřování jejich dítěte prostřednictvím edukačního procesu.

Klíčová slova: Edukace. Vigilní kóma. Dětská onkologie. Bazální stimulace.

Abstrakt v cizím jazyce

TREFILÍKOVÁ, Michaela. *Exploiting the concept of basal stimulation*. The College of Nursing, o.p.s., level of qualification bachelor. Supervisor: PhDr. Yveta Valentová, Ph.D. Prague. 2011.

The main theme of my thesis is the education of parents in care of their child in coma vigil after brain tumor surgery and the possibility of using the concept of basal stimulation. The theoretical part includes frequent tumorous diseases in the clinic of Pediatric oncology, a specific nursing care and describes the concept of basal stimulation and its parts. The principle of the concept is to enable people to perceive the surrounding world and to establish communication. I have already completed the basic, follow-on and advanced course on basal stimulation. I have gained much new and interesting theoretical and practical experience which I try to implement into practice. The practical part of my work focuses on the educational process for parents of children in coma vigil. The educational process is a part of the nursing process and consists of assessment, diagnostics, planning, implementation and evaluation. The aim of this work is to offer parents another means of treating their child through the educational process.

Keywords: Education. Coma vigil. Pediatric oncology. Basal stimulation.

Obsah

Úvod	8
1 Nádorová onemocnění u dětí	9
1.1 Neuroblastom	9
1.2 Osteosarkom	10
1.3 Nádory centrální nervové soustavy – mozku a míchy	11
2 Specifika ošetrovatelské péče na dětské onkologii	12
2.1 Ošetrovatelské přístupy u nemocných dětí se zhoubným onemocněním	12
2.2 Psychosociální aspekty péče o děti s nádorovým onemocněním	13
2.3 Komunikace v pediatrické onkologii	14
3 Koncept Bazální stimulace	16
3.1 Historie a současnost konceptu	16
3.2 Základní prvky Bazální stimulace	17
3.3 Nástavbové prvky Bazální stimulace	19
3.4 Biografická anamnéza	21
4 Edukační proces	22
4.1 Komunikace v edukačním procesu	24
4.2 Proces edukace ve zdravotnictví	25
4.2.1 Zhodnocení, posouzení exulanta	25
4.2.2 Projektování edukace	26
4.2.3 Realizace edukačního procesu	30
4.2.4 Hodnocení edukačního procesu	32
5 Edukační proces u rodičů o možnostech využití konceptu Bazální stimulace ...	33
5.1 Cíl práce	33
5.2 Kazuistika dítěte ve vigilním kómatu	33
5.3 Autobiografická anamnéza dle konceptu Bazální stimulace	35
5.4 Dlouhodobý edukační plán	36
Závěr	46
Návrhy a doporučení pro praxi	47
Seznam použité literatury	48

Seznam příloh

Příloha č.1: Celková povzbuzující stimulace	50
Příloha č.2: Celková zklidňující stimulace	51
Příloha č.3: Masáž stimulující dýchání	52
Příloha č.4: Poloha mumie	53
Příloha č.5: Poloha hnízdo	54
Příloha č.6: Optická stimulace	55
Příloha č.7: Orální stimulace	56
Příloha č.8: Souhlas s použitím fotodokumentace	57

Seznam zkratek

ARO	.....	Anesteziologicko resuscitační oddělení
BS	.....	Bazální stimulace
CT	.....	Počítačová tomografie
ČR	.....	Česká republika
EEG	.....	Elektroencefalografie
FN	.....	Fakultní nemocnice
JIP	.....	Jednotka intenzivní péče
KDO	.....	Klinika dětské onkologie
MR	.....	Magnetická rezonance
MSD	.....	Masáž stimulující dýchání
PC	.....	Počítač
PEG	.....	Perkutánní endoskopická gastrostomie
RTG	.....	Rentgen
TSK	.....	Tracheostomická kanyla
UPV	.....	Umělá plicní ventilace
VP	.....	Ventrikulo-peritoneální

Úvod

Zdravotničtí pracovníci jsou v dnešní době vystaveni velké psychické a fyzické zátěži. Práce sestry vyžaduje dostatečné vzdělání, odvahu, sílu, psychickou a fyzickou zralost.

Hospitalizace dítěte v nemocnici je tíživým obdobím jak pro dítě, tak pro jeho rodinu. Je rozdíl mezi tím, je-li dítě přijímáno na oddělení akutně, či zda jde o plánovanou hospitalizaci. Kvalita úspěchu terapie závisí v neposlední řadě také na kvalitě komunikace a spolupráce. Vhodné je rodinnému příslušníkovi přidělit roli v ošetřovatelském týmu.

Nádory dnes patří mezi největší zdravotnický problém. Nemocní netrpí pouze fyzicky, ale také psychicky a sociálně. Onkologická diagnóza a dlouhodobá léčba představuje zátěž a mnoho životních změn nejen pro dítě, ale pro celou jeho rodinu. Proto by měla být psychosociální péče zaměřena na všestrannou podporu rodiny. Cílem této péče je pomoc při adaptaci na nově vzniklou situaci, následné psychologické provázení léčbou a podpora při vyrovnávání se se všemi změnami, které léčba vnáší do života pacientů.

Mnoho lidí, bohužel i zdravotníci, má utkvělou představu o tom, že člověk v bezvědomí není schopen vnímat sám sebe, okolní prostředí, ve kterém se nachází, zvuky, světlo, hlasy atd. Koncept Bazální stimulace (dále jen BS) se orientuje na podporu v oblasti vnímání, komunikace a mobilizaci pacienta. Základem je respektovat individualitu každého pacienta.

S konceptem BS pracuji od roku 2008, kdy jsem své vědomosti a praktické zkušenosti načerpala v kurzech BS pod vedením certifikovaného lektora. Cílem této práce je objasnit teoretickou základnu konceptu BS a podělit se o své praktické dovednosti s konceptem na Klinice dětské onkologie ve FN v Brně.

1 Nádorová onemocnění u dětí

V rozvinutých zemích jsou nádory druhou nejčastější příčinou úmrtí u dětí. Dětská onkologie se od onkologie dospělých významně odlišuje. Především v zastoupení jednotlivých typů nádorů. Biologicky jde u dětí o rychle rostoucí nádory. Dětské nádory velice rychle metastazují a ohrožují tak pacienta na životě. Navzdory tomu jsou daleko více chemosenzitivní a radiosenzitivní.

V dnešní době je pokrok v léčbě nádorových onemocnění u dětí takřka dramatický. Jsou lepší možnosti prevence, diagnostiky i léčby.

Podle archeologických nálezů nádorovými onemocněními trpěli již děti ve starém Egyptě. Přesto je dětská onkologie relativně mladým oborem. Od pediatrie a onkologie dospělých se dětská onkologie vymežila až v 60. letech 20. století a to na základě rozdílů v incidenci, etiologii, biologii a léčbě nádorů u dětí.

1.1 Neuroblastom

Neuroblastom je nádor vycházející z tkáně sympatického nervového systému.

Výskyt – tvoří 8 – 10% všech dětských nádorových onemocnění a v průběhu prvního roku života je nejčastějším solidním nádorem. Většina neuroblastomů je diagnostikována do 4 let života, častěji u chlapců. Po 10. roce života je vzácný. Nádor je biologicky velmi variabilní, může obsahovat buňky na různém stupni dozrávání. Neuroblastom nejčastěji vychází z nadledvin, dále z nervových pletení podél páteře. Metastázy má téměř polovina nemocných, nejčastěji do kostí, jater, kostní dřene nebo lymfatických uzlin.

Příznaky - *Celkové* - únava, slabost, nechutenství, neprospívání, změny nálady a chování. *Lokální* příznaky v místě primárního nádoru - bolesti břicha a průjmy při postižení dutiny břišní, neurologické poruchy při prorůstání nádoru do páteřního kanálu. Příznaky, které jsou způsobeny *metastázami* - bolesti kostí, vyklenování oka, zvětšení jater, modravými uzlíky na kůži.

Diagnostika – určující je histologické vyšetření operačně odebraného vzorku tumoru. Současně se vyšetřuje krev i moč pacienta na přítomnost katecholaminů.

K určení rozsahu nemoci je nezbytné vyšetření kostní dřeně, CT či MR vyšetření hrudníku, břicha či páteře. Vstupní vyšetření je zásadní pro nastavení léčby.

Léčba – důležité je stanovení léčby vzhledem k biologii a rozsahu nemoci. Novorozenci s lokalizovaným onemocněním mohou být dokonce jen sledováni a tumor ve většině případu vymizí. Základem je chirurgický výkon. I při odstranění jen části nádorové masy má zbytek nádoru větší tendenci k vyvržení. U většiny pacientů následuje chemoterapie. Radioterapie je vyhrazena pro ošetření zbytku nádoru po operaci a po chemoterapii (Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno, 2008).

1.2 Osteosarkom

Osteosarkom je vysoce maligní nádor vycházející z buněk kostní tkáně .

Výskyt – osteosarkom je diagnostikován mezi 10. a 20. rokem života. Nejčastěji postižené bývají dlouhé kosti dolní končetiny v blízkosti kolenního kloubu. Osteosarkom roste v kosti, kterou ničí a dostává se do měkkých tkání v okolní kosti. Často také metastazuje, především do plic.

Příznaky – osteosarkom se projevuje noční klidovou bolestí a zduřením postižené oblasti. V pokročilém stádiu nádoru se může objevit i patologická zlomenina příslušné kosti. Časté jsou i celkové příznaky, jako je noční pocení, teplota, úbytek na váze. Kašel a obtížné dýchání mohou být příznakem plicních metastáz.

Diagnostika – osteosarkom se projeví na prostém RTG snímku, podrobnějšímu vyšetření je MR příslušné končetiny. Operačně se odebere vzorek tkáně a stanoví se histologická diagnóza. Dále se provádí CT plic a scintigrafické vyšetření skeletu.

Léčba – Po stanovení diagnózy je většinou léčba zahajovaná chemoterapií ke zmenšení nádoru, poté následuje radikální operace a následně opět chemoterapie. Osteosarkomy jsou málo citlivé k radioterapii (Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno, 2008).

1.3 Nádory centrální nervové soustavy – mozku a míchy

Jedná se o nádory vycházející z mozku a míchy.

Výskyt – Nádory vycházející z mozku a míchy jsou nejčastější solidními nádory u dětí a tvoří 20 – 25% všech nádorů dětského věku.

Nádory v této lokalizaci se rozdělují podle typu buněk, ze kterých vycházejí. Mezi nejčastější nádory patří gliomy, meduloblastomy a ependymomy. Ne všechny mozkové tumory jsou maligní. Především mezi gliomy je velká část tumorů, které rostou velmi pomalu a nemetastazují. Avšak i benigní tumory mohou být životu nebezpečné, pokud rostou v místě mozku nepřístupné operaci, v blízkosti životně důležitých center. U mozkových tumorů tak velice záleží na jeho poloze v mozku.

Příznaky - záleží na místě, ze kterého nádor vychází a na rychlosti růstu. Zvláště u pomalu rostoucích nádorů, mohou někdy příznaky trvat a postupně se zhoršovat až několik týdnů či měsíců. Příznaky mozkového nádoru pramení ze zvýšeného nitrolebního tlaku – tlaková, ne přesně lokalizovaná bolest hlavy, zvracení bez nechutenství, poruchy zraku. Mohou se objevit neurologické potíže jako porucha rovnováhy a koordinace jemných pohybů. Dále se může projevit zvětšování obvodu hlavy, změny chování, křeče, nespecifické bolesti v zádech, poruchou hybnosti až ochrnutím končetin.

Diagnostika – základem je neurologické a oční vyšetření. Diagnózu ale stanoví zobrazovací metody – CT nebo MR. Pokud je nádor nalezen v mozku, vždy se provádí i vyšetření míchy. Ke správnému rozhodnutí o léčbě je nutná biopsie tumoru s následným histologickým vyšetřením.

Léčba – po stanovení diagnózy se ve většině případů přistupuje k neurochirurgické operaci, jejímž cílem je odstranění co největší části nádoru. Další léčba se bude odvíjet od pooperačního stavu dítěte. U většiny nádorů je druhým krokem po operaci ozařování v oblasti tumoru, a v některých případech i preventivní ozařování celého mozku a míchy. Po radioterapii následuje chemoterapie (Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno, 2008).

2 Specifika ošetrovatelské péče na dětské onkologii

Léčba onkologických pacientů je dlouhodobá záležitost. Dítě stráví v nemocnici i několik měsíců a i po ukončení léčby pravidelně navštěvuje ambulanci. Léčba se skládá jak z terapie zaměřené na nádorové onemocnění, tak z postupů, které vedou k odstranění nežádoucích vedlejších účinků léčby. Léčba zasahuje jak fyzický, tak psychický stav dítěte. Boj s nemocí je obtížný, ale každý v něm má naději.

2.1 Ošetrovatelské přístupy u nemocných dětí se zhoubným onemocněním

Výživa – péče o výživu v období nemoci je velmi důležitá. U onkologických pacientů často vlivem chemoterapie dochází k malnutricii. Malnutricie je stav zhoršené výživy. Cílem nutriční podpory je zajistit pozitivní dusíkovou bilanci, zachovat správnou funkci tkání a kosterního svalstva. Možnosti zajištění výživy u dítěte jsou enterální cestou (nasogastrická sonda, gastrostomie, jejunostomie) nebo cestou parenterální (do cévního řečiště).

Bolest - je úzce spojena s nádorovým onemocněním. Většinou je základním projevem onemocnění, je spojena s vyšetřeními, léčbou samotnou a projevuje se i v konečném stádiu. Při hodnocení bolesti je vhodné vypracovat plán bolesti (zajistit anamnézu bolesti, lokalizaci, frekvenci, trvání a intenzitu) a používat prostředky proti bolesti. U léčby bolesti se využívají nefarmakologické metody (psychická podpora, úlevové polohy, relaxace, obklady aj.) či farmakologické postupy (podávání analgetik, opiátů dle ordinace lékaře).

Centrální žilní katetry – zajištění cévního přístupu je základem péče o onkologicky nemocné dítě. Je nutný k zajištění tekutin, výživy i k aplikaci léků. Na dětské onkologii se používají různé typy centrálních žilních vstupů:

- Arrow katetr - otevřený systém, vyrobený z polyuretanu, doba zavedení může maximálně jeden měsíc.
- Katetr Hickman - tunelizovaný katetr, má speciální Dakronovu manžetu, která vytvoří bariéru proti infekci, doba zavedení je několik měsíců.

- Port-a-cath - je to uzavřený komůrkový systém, komůrka je z plastu či titanu, port je uložen podkožně a mnohočetné vstupy umožňuje Hubertova jehla, doba zavedení je i několik let (Štěrba a kol., 2008).

2.2 Psychosociální aspekty péče o děti s nádorovým onemocněním

Psychosociální problematika v dětské onkologii je velmi významným tématem. Onkologické onemocnění postihne dítě i jeho okolí nejen v oblasti zdraví, ale také v oblasti psychické a sociální, tedy komplexně.

Dítě se při hospitalizaci ocitá v neznám prostředí. Kolem něj se dějí věci, kterým zpočátku nerozumí a kterých se obává. Rodiče jsou diagnózou šokováni a i přes skrývání úzkosti a strachu, dítě vždy vycítí, že se děje něco závažného. Některé matky dětských pacientů přicházejí o práci, část rodiny nevydrží obrovskou zátěž, spojenou s dlouhodobou hospitalizací a léčbou a rozpadá se.

Léčba bývá obtížná, spojená s mnoha komplikacemi. Provázejí ji náročné a často velmi bolestivé zákroky (podávání chemoterapie, radioterapie, mnoho vyšetření, operace atd.). Je velmi důležité doplnit léčbu onkologických pacientů o péči o jejich psychických stav.

Možnosti psychosociální péče

Dlouhodobým pobytem v nemocnici je dítě vystaveno umělému prostředí a je zahrnuto mnoho stresujícími faktory.

Psychosociální péče nejčastěji využívá následující profese:

- *Psycholog* – práce klinického psychologa je nezastupitelná a je zaměřena na monitorování psychického stavu a individuálních potřeb hospitalizovaných dětí. Psycholog napomáhá zpracování informací o chorobě, odreagování emocí a soustředuje se na individuální zvládnání obtížné situace.
- *Pedagog* – řeší možnosti vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí. Posuzuje, jakou formou by mělo dítě pokračovat ve školní výuce, komunikuje se školami nemocných dětí a zajišťuje doučování. Je možností také individuálního výukového plánu. V případě lze požádat o odklad školní docházky.

- *Herní terapeut* – úkolem je informování a příprava na plánovaná vyšetření a zákroky formou hry. Zná jednotlivá vývojová období dítěte a tomu přizpůsobuje způsob vysvětlování a komunikace.
- *Zdravotní klaun* – pravidelně přináší smích a radost hospitalizovaným dětem. Všichni klauni jsou profesionální umělci s dramatickým vzděláním. Tito lidé mají profesionalitu v oboru, komediální talent, hudební nadání, schopnost improvizace, ale také empatii, trpělivost a vztah k dětem.

2.3 Komunikace v pediatrické onkologii

Problematika komunikace s pacientem o onkologickém onemocnění a sdělování informací, je náročným úkolem pro veškerý zdravotnický personál. Zdravotník ale v komunikaci nebývá nijak školen a proto je odkázán pouze na svou intuici, osobní zkušenosti i zkušenosti spolupracovníků.

V případě onemocnění dítěte je nutná spolupráce s rodinou. V rámci rodiny každý reaguje odlišným způsobem. Je zapotřebí nejprve informovat rodiče a poté skutečnost šetrně sdělit dítěti.

Ačkoliv sdělení diagnózy a plánu léčby provádí ošetřující lékař, zdravotní sestra může být také přítomna a sama v rozsahu svých vědomostí a zkušeností hovořit s pacienty a jejich rodiči. V praxi platí, že zdravotní sestry mají k pacientům nejbližší, protože s nimi tráví nejvíce času. Mají tak možnost sledovat jejich chování, obavy i potřeby.

Zásady komunikace u závažného onemocnění

Kvalitní komunikace je velmi potřebná ve všech fázích léčby. Týká se informování o diagnóze, sledování pozdních následků při ambulantních kontrolách, v horších případech provázet rodinu a dítě až do doby úmrtí.

Při podávání informací jak dětem, tak jejich rodičům by se měla dodržovat jistá pravidla:

- Sdělovat informace postupně a opakovat podle potřeby
- Informovat pravdivě
- Informace o zdravotním stavu podává lékař

- Nepoužívat slova, která jsou spojená se strachem a úzkostí
- Nezapomínat, že základní potřebou je fyzická přítomnost rodiny
- Každému nemocnému musí zůstat naděje
- Respektovat individualitu člověka
- Je důležitá empatie a naslouchání (Linhartová, 2007)

3 Koncept bazální stimulace

Základní ošetrovatelskou péčí tvoří především práce sester. Pacient nehodnotí čas sestry strávený u lůžka podle toho, jak podává léky, měří fyziologické funkce nebo provádí odběr krve. Hodnotí především přístup sestry podle svých pocitů a na základě své spokojenosti. Na pacienta by mělo být pohlíženo jako na rovnocenného partnera s bio-psycho-sociálními potřebami.

Koncept BS je jedním z nejpůvodnějších konceptů na světě. Dává ošetrovatelství zcela nový směr a umožňuje ošetrovávajícím vyjadřovat svoji práci jinak, než byli doposud zvyklí. Jedná se o práci vysoce profesionální, kvalitní a humánní.

Koncept BS je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Přizpůsobuje se věku a stavu pacienta. Umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Ti, kteří chtějí s konceptem pracovat, musí ovládat techniky jednotlivých základních i nástavbových prvků, které lze získat v odborných certifikovaných kurzech (Friedlová, 2007).

Principem BS je zprostředkovat vjemy pacienta a stimulací mu pomoci vnímat a navázat komunikaci s okolním světem. Hlavní myšlenkou konceptu je holisticky vnímat jednice. Velmi důležitá je také integrace člena rodiny do ošetrování nemocného (Friedlová, 2007).

3.1 Historie a současnost konceptu

Autorem konceptu je Profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který v 70. letech minulého století pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl s dětmi, kteří se narodili s kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Podařilo se mu s nimi komunikovat pomocí somatické, vestibulární a vibrační stimulace. Dosažené výsledky vedly k rozvoji konceptu BS. BS se postupně stal uznávaným pedagogicko – ošetrovatelským konceptem.

Od 80. let 20. století spolupracuje s Christel Bienstein, která je zdravotní sestra. Společně vyvinuli ošetrovatelský koncept na bázi konceptu BS a vypracovali systém vzdělávání lektorů tohoto konceptu.

V současné době je koncept zařazován do osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách v některých státech evropské unie. V praxi se s ním setkáváme na většině pracovišť.

Teoretické a praktické dovednosti lze získat v odborných certifikovaných kurzech pod vedením registrovaného lektora.

První certifikovaná lektorka konceptu BS v České republice je PhDr. Karolína Friedlová. Od roku 2003 lektoruje odborné kurzy BS. V roce 2005 založila INSTITUT Bazální stimulace. Působí také jako pedagog na univerzitě.

3.2 Základní prvky Bazální stimulace

Mezi základní prvky BS patří: stimulace somatická, vestibulární a vibrační.

Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje pacientovi zprostředkovat vjemy ze svého těla a vnímat tak tělesné schéma a následně potom okolní svět.

Základní formou somatické stimulace je především dotek. Je to přirozená forma komunikace beze slov. Aby bylo dosaženo cíle, je důležité dodržovat klid, způsob dotyku, vyvinutou sílu, tlak, rytmus, opakování, sled.

Nečekané a necílené doteky u klientů se změnami v oblasti vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Proto klientovi musíme dát najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci poskytneme pomocí iniciálního doteku. Dle biografické anamnézy zjistíme nejvhodnější místo (rameno, paže, ruka). Dotek musí respektovat veškerý ošetrující personál. (Friedlová, 2007)

Možnost somatické stimulace dle konceptu BS:

1. Zklidňující somatická stimulace
2. Povzbuzující somatická stimulace
3. Neurofyziologická somatická stimulace

4. Rozvíjející somatická stimulace
5. Diametrální somatická stimulace
6. Polohování (mumie, hnízdo, mikropolohování)
7. Kontaktní dýchání, kontaktní dýchání s vibrací
8. Masáž stimulující dýchání (dále jen MSD)

Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy, dostává stálý přísun podnětů. Lidé s minimálním pohybem nedostávají těchto informací dostatek. Prostřednictvím vestibulární stimulace je snaha poskytnout podporu jejich rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vhodné je provést vestibulární stimulaci před každou změnou polohy těla klienta. Změně polohy těla by měla předcházet mírná změna polohy hlavy (uvést hlavu do pozice ve směru příští polohy těla), jinak následuje kolaps, nauzea, poruchy orientace, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí

Indikace: klienti upoutaní na lůžko déle než 3dny, lidé s omezenou možností pohybu, klienti na UPV, ve vigilním komatu.

Možnost vestibulární stimulace:

- Změny polohy těla pomocí polohovacího lůžka
- Pozice v sedě v lůžku
- Pozice v sedě v křesle
- Houpací pohyby v lůžku a otáčivé pohyby hlavy
- Návčik tzv. pohybu ovesného klasu

Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrace v okolí kloubu působí velice stimulačně. Kostí vedou vibrace na skeletu dále a ty jsou vnímatelné hlouběji v těle i na vnitřních orgánech vnímání vibrací se děje ze směru od periferie dovnitř těla. (Friedlová, 2007)

Možností vibrací: hlas, ruce, elektrické přístroje (holící strojek, elektrický zubní kartáček, elektrický vibrátor aj.)

Místa aplikace: patní kost, vnitřní nebo zevní strana kolene, předloktí, paže, ruka – dlaň, pánev – hřeben kosti pánevní

Je důležité klienta při vibrační stimulaci neustále sledovat.

3.3 Nástavbové prvky Bazální stimulace

Mezi nastavbové prvky BS patří: optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně – haptická stimulace.

Optická stimulace

Pomocí zraku člověk poznává okolní svět, může se v něm orientovat, díky zraku rozeznává osoby, předměty a zajišťuje pocit bezpečí a jistoty. Prostředí v nemocnici je ovšem na vizuální podněty velmi chudé a obsahuje předměty pacientovi neznámé. Hospitalizace může tedy vyvolat v člověku pocit nejistoty a strachu. Proto je vhodné zahájit optickou stimulaci u každého pacienta – umístění hodin do zorného pole pacienta, různé obrázky, fotografie či barevné povlečení.

Auditivní stimulace

Sluch slouží ke komunikaci, k navazování vztahů i k rozvoji myšlení. Před zahájením auditivní stimulace je nutné zjistit, zda nemá pacient nějaké sluchové poruchy, zda používá kompenzační pomůcky a podle toho se řídit. K auditivní stimulaci se využívá řeč (vyprávění, předčítání), hudba, zpěv. Mohou být reprodukovány z přehrávače, rádia, televize nebo produkovány přímo u klienta. Při výběru prostředků se vychází z biografické anamnézy, tedy používají se zvuky pro pacienta příjemné.

Cílem auditivní stimulace je navázat kontakt s pacientem, zprostředkovat informace o prostředí, oživení vzpomínek, zajistit pacientovi pocit jistoty a bezpečí

Orální stimulace

Člověk ústy vnímá chutě, vůně, slouží mu k příjmu potravy, ke komunikaci, dýchání i vyjádření pocitů. Proto jsou vhodným místem pro stimulaci.

Orální stimulaci se provádí buď samostatně nebo jako příprava na příjem stravy dutinou ústní.

Před zahájením orální stimulace vždy podat pacientovi dostatek informací, co a jakým způsobem se bude provádět. Do dutiny ústní se nesmí vnikat násilím. Pacient by si tento nepříjemný zážitek mohl zapamatovat a orální stimulaci by již nadále odmítal. Ke stimulaci dutiny ústní jsou vhodné speciální molitanové štětičky, které do sebe nasají větší množství pacientovi oblíbené tekutiny a zároveň se jimi dá kvalitně vyčistit dutina ústní.

Další zajímavou metodou jsou tzv. cucací váčky – jedná se o kousíčky potravy, vybrané dle biografické anamnézy, zabalené v mulu a smočené ve vodě. Váček se musí pevně fixovat, aby nedošlo k aspiraci.

Olfaktorická stimulace

Týká se pacientovi známých vůní a pachů. Olfaktorická stimulace je propojená s orální. Vůně a pachy vyvolávají u člověka různé vzpomínky spojené s pozitivními či negativními prožitky.

K olfaktorické stimulaci se používají oblíbené vůně uvedené v biografické anamnéze. Používají se vůně pacientových toaletních potřeb, parfému, deodorantu, oblíbeného jídla nebo pachy připomínající jeho zaměstnání či koníčky. Stimulují paměťové stopy, pomáhají orientovat se v jednotlivých situacích a dodávají pocit jistoty a bezpečí.

Taktilně – haptická stimulace

Dle autobiografické anamnézy využívá informace o používání známých a oblíbených předmětů. Jedná se o stimulaci hmatových tělísek uložených v kůži chladem, teplem, hmatem, tlakem, natažením nebo vibrací. Nejvíce tělísek se nachází na rukou a rtech, nejméně na zádech. Díky hmatovým tělískům na rukou rozeznáváme předměty. Získané zkušenosti si ukládáme do paměťových center. (Friedlová, 2007)

Nedostatek taktilně – haptické stimulace se projevuje svlékáním se, stahováním deky z postele, odlepováním plenkových kalhotek, vytahováním cévek a drénů, trháním papírových kapesníků nebo plenek, hraním si se stolicí aj. Takové chování se zdá být často nevhodné, ale klienti se pouze snaží zjistit o jaká předmět se jedná. Pokud ho neznají, může v nich vyvolat úzkost a strach.

Proto je vhodné nabídnout klientů předměty jim dobře známé. Mohou to být oblíbené předměty, talismany, hračky, pracovní pomůcky, toaletní potřeby (zubní kartáček, pasta, hřeben, mýdlo, holící strojek), předměty spojené s klientovými koníčky (fotbalový míč, hokejová hůl aj.), věci denně používané – klíče, mobilní telefon, budík.

3.4 Biografická anamnéza

Práce s biografickou anamnézou je základem konceptu BS. Jedná se o znalost pacientových prožitků, zvyklostí, dosavadního života, sociálního zázemí apod.

Ke každému je přístupováno jako k individuální bytosti. Hospitalizace v nemocnici často vyvolává v pacientech strach ze ztráty vlastní identity. Musí být dodržován určitý řád a struktura dne. Při aplikaci konceptu BS je však umožněno zachování denních 13 zvyků klienta, které jsou integrovány do ošetrovatelských intervencí a vytváří se cesta, která vyhovuje pacientovi i terapeutovi. Najít tuto cestu umožňuje právě práce s biografickou anamnézou. (Friedlová, 2007)

Získání biografické anamnézy je někdy „běh na dlouho trať“. Pacient nebo příbuzní mnohdy neposkytnou všechny informace při prvním setkání. Často potřebují navázat s terapeutem určitý kontakt a pocítit k nim důvěru. Proto je velice důležité poskytnout dostatek informací a vysvětlit, proč nás informace, na které se ptáme, zajímají.

4 Edukační proces

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchova a vzdělávání jedince.

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem je vzdělanost, vzdělání a kvalifikace.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně-kulturní život společnosti atd.

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně nebo nezáměrně. Edukační proces probíhá od prenatálního života až do smrti.

Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty:

1. edukanti a jejich charakteristika
2. edukátor
3. edukační konstrukty
4. edukační prostředí

Edukantem je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Exulantem může být i zdravotník. Každý exulant je individuální osobnost, která je charakterizována svými fyzickými (věk, pohlaví atd.), afektivními (motivace, postoje aj.) a kognitivními vlastnostmi (např. schopnost učit se). Charakteristiku edukanta ovlivňuje také etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém jedinec žije.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut či nutriční terapeut atd.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standarty, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. Edukační prostředí ovlivňují ergonomické podmínky (světlo, barva, zvuk, prostor, nábytek, atmosféra).

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví, či ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v primární, sekundární či terciární prevenci.

Primární prevence – zde je edukace zaměřena na zdravého jedince, zde je prioritou udržení zdraví a zlepšení kvality života.

Sekundární prevence – edukace probíhá již u nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo ke komplikacím. Edukace je především zaměřena na léčebný režim, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění.

Terciární prevence – edukace je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé či nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Zaměřuje se na zlepšení kvality života.

Edukace se dělí na:

1. základní
2. reedukční (pokračující, rozvíjející, nápravnou)
3. komplexní

Základní edukace – jedinci jsou předávány nové vědomosti a dovednosti a klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku a postojů.

Reedukční edukace – při této edukaci je možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Tyto vědomosti, dovednosti a postoje se dále prohlubují.

Komplexní edukace – jedinci jsou etapově předávány ucelené vědomosti, budovány vědomosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Tento typ edukace probíhá nejčastěji v kurzech.

4.1 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je nedílnou součástí edukace. Komunikace v edukačním procesu patří do sociální komunikace. Kdo se chce podílet na edukaci, musí mít nejenom komunikační znalosti, ale i dovednosti. Na komunikačním procesu se podílí mluvčí (edukátor), který posílá zprávu posluchačovi. Posluchač (edukant) zprávu určitým způsobem dekóduje. Celý komunikační proces se odehrává v určitém kontextu. V průběhu komunikace se mohou objevit tzv. komunikační šumy, které vznikají nedostatkem pozornosti a koncentrace na edukaci.

Komunikace se dělí na verbální a neverbální.

Verbální komunikace je vývojově mladší než nonverbální komunikace. Patří zde vyjadřování pomocí slov a symbolů. Při komunikaci bychom se měli snažit, aby byla jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a přizpůsobená schopnostem a znalostem člověka, se kterým hovoříme. Při rozhovoru bereme ohled na hlasitost, rychlost řeči, pomlky a délku projevu.

Nonverbální komunikace je vývojově starší a probíhá pomocí mimoslovních prostředků na neuvědomělé úrovni. Touto komunikací vyjadřujeme svoje postoje, prožívání, emoce a doplňujeme jím verbální projev. K nonverbální komunikaci se řadí proxemika, mimika, testika, haptika, kinetika, pohled z očí do očí, posturologie a úprava zevnějšku.

Komunikace v edukačním procesu plní několik funkcí:

- Umožňuje kontakt a působení mezi účastníky edukace
- Ovlivňuje účastníky edukace
- Zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, postojů a emocí
- Je prostředkem k uskutečnění edukace

4.2 Proces edukace ve zdravotnictví

Edukační proces ve zdravotnictví má svá specifika. Jedná se především o péči o zdraví klientů. Edukace je součástí této péče, přizpůsobuje se jí a měla by s ní být v souladu.

Edukace se dělí na pět fází:

- ***fáze počáteční pedagogické diagnostiky*** – v této fázi je cílem edukátora zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Využívá pozorování či rozhovor. Tato fáze je základem pro stanovení cílů edukace.
- ***Fáze projektování*** – zde edukátor plánuje cíle, zvolí metodu, formu, obsah, pomůcky a časový rámec edukace.
- ***Fáze realizace*** – prvním krokem je motivace, dále expozice, na ni navazuje fixace, průběžná diagnostika a následuje aplikace.
- ***Fáze upevňování a prohlubování učiva*** – tato fáze je nezbytná k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je vhodné informace systematicky opakovat a procvičovat, aby došlo k fixaci.
- ***Fáze zpětné vazby*** – hodnotí se nejen výsledky edukanta, ale také edukátora. Hodnocení výsledků zajišťuje zpětnou vazbu mezi účastníky edukace (Juřeniková, 2010, s. 21-22).

4.2.1 Zhodnocení, posouzení exulanta

Posouzení klienta je první fáze edukačního procesu. Informace, které získáme od klienta by měli být přesné, komplexní a systematické. Hlavní podíl na sběru informací ve zdravotnictví by měl mít lékař a zdravotní sestra. V rámci multidisciplinárního týmu by poté mělo dojít k předávání získaných informací.

Informace mají *subjektivní* nebo *objektivní* charakter. Subjektivní jsou takové, které nám poskytne sám klient a objektivní jsou takové, které se dají ověřit měřením, pozorováním, testováním.

Zdrojem informací může být edukant, rodinný příslušník, doprovod, zdravotnický personál či zdravotnická dokumentace. Zdroje informací mohou být *primární* nebo *sekundární*. Primárním zdrojem je edukant. Za sekundární zdroje považujeme rodinné příslušníky, doprovod, lékařskou či ošetrovatelskou dokumentaci.

Pro sběr informací využíváme rozhovor, pozorování, testování (písemné a ústní), a záznamy ze zdravotnické dokumentace. Je důležité ověřit si správnost, úplnost a pravdivost získaných informací (Juřeníková, 2010).

Při sběru informací zohledňujeme především:

- Úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a návyků
- Motivaci klienta
- Postoje a hodnotový žebříček
- Předpoklady pro učení
- Psychický a volní stav
- Styly učení
- Sociální, kulturní a ekonomické zázemí exulanta

4.2.2 Projektování edukace

Tato fáze v sobě zahrnuje proces plánování a přípravy. Na základě nasbíraných informací o klientovi se rozhodneme, jakým směrem se edukace bude odvíjet. Při projektování je vhodné položit si několik otázek:

- **Proč?** Zamýšlíme se nad edukačními potřebami klienta, k jaké změně by mělo dojít, aby to pozitivně ovlivnilo jedince. Přesně si vymezujeme cíle edukace.

- **Koho?** Zamýšlíme se koho do edukace zapojujeme. Všímáme si individuality každého jedince, tedy věk, pohlaví, zdravotní a psychický stav, motivace, postoje, vzdělání, zvyky, prostředí, ve kterém jedinec žije.
- **Co?** Klademe si, co bude obsahem edukace.
- **Jak?** Je důležité zvolit metody a formy edukace, které jsou pro daného jedince vhodné a vyhovují jeho potřebám.
- **Kdo a kdy?** Je nutné zvážit, který člen z multidisciplinárního týmu poskytne kvalitní edukaci a promyslet si posloupnost a časový rozsah edukace.
- **Kde a za jakých podmínek?** Je nutné uvážit, kde se edukace bude odehrávat a jaké prostředky se při edukaci využijí.
- **S jakým výsledkem?** – je nutno promyslet způsob hodnocení jednotlivých změn a jaké nástroje se pro hodnocení zvolí (Juřeníková, 2010, s.26).

Edukační cíle

Každý, kdo provádí edukaci musí jednoznačně vědět, jakou změnu má edukace vytvořit. Edukační cíle lze charakterizovat jako očekávaný výsledek, který chceme dosáhnout. Tento výsledek je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna v edukantových vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci.

Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé, nižší nebo vyšší. Správně stanovený cíl splňuje podmínku přiměřenosti, jednoznačnosti a kontrolovatelnosti. Stanovené cíle musí mít určitou vnitřní konzistentnost, další vlastností by měla být komplexnost.

Cíle se formulují ze strany edukanta. Musí být formulovány jasně, přesně, jednoznačně a s možností kontroly.

Pro správné stanovení cílů se dělí cíle pro jednotlivé oblasti :

1. *kognitivní* (vzdělávací) – rozdělují se do šesti kategorií (znalost, porozumění, aplikace, analýza, syntéza, hodnotící posouzení) a několika dalších subkategorií.
2. *afektivní* – zaměřují se na postoje, přesvědčení, hodnoty a názory

3. *psychomotorické* (výcvikové) – jejichž výsledkem je, že si jedinec osvojí určitý druh motorických zručností a návyků (Juřeníková, 2010, s.27-30).

Edukační metody

Edukační metody jsou cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Nejčastěji používané metody ve zdravotnictví:

- *Přednáška* - Efektivní způsob představení nových informací. Je to systém poznatků z několika oblastí a zdrojů. Pomáhá získat nejnovější informace. Materiál by se neměl číst. Je vhodné postupovat podle potřeb účastníků přednášky a při její přípravě se soustředit na podstatné informace. Využívat příklady a jiné názorné pomůcky. Prvních deset minut je nejdůležitějších. Informace z nich se pamatují nejlépe. Udržet zájem pomáhá i změna tónu hlasu a tempa přednášky. Pauzy poslouží k tomu, aby účastníci měli čas na přemýšlení a psaní poznámek. Je dobré dopředu poskytnout písemnou osnovu přednášky. Vhodné je zařadit do přednášky i čas na otázky klientů.
- *Vysvětlování* - Metoda, která doplňuje množství informací a instrukcí, aby klient, případně rodina věděli: proč, jak, co má a nemá klient dělat. Vysvětlování by mělo navazovat na předcházející vědomosti. Je vhodné používat terminologii, které klient a rodina rozumí. Při vysvětlování je důležité získávání zpětné vazby. Metoda vysvětlování se obvykle užívá v kombinaci s jinými metodami (např. demonstrace, cvičení).
- *Instruktaž a praktické procvičování* – instruktaže je teoretický úvod před praktickou činností, kdy se exulanti seznamují s určitým pracovním postupem. Instruktaž se provádí pomocí mluveného slova, méně často prostřednictvím psaného slova. Na začátku se vždy musí vysvětlit co bude výsledkem činnosti. Na instruktaž navazuje praktické cvičení edukanta, kdy exulant zahajuje vlastní nácvik pracovní činnosti. Příprava edukátora na instruktaž a praktické cvičení je náročná. Edukátor musí mít dopředu promyšlený postup i využití pomůcek.
- *Rozhovor* – každý zdravotník by měl mít určité schopnosti umět komunikovat. Tato metoda se používá tehdy, když u klienta předpokládáme předběžné, částečné vědomosti o dané oblasti. Využívá se v úvodní části edukace. Otázky mají být formulovány jasně, stručně a srozumitelně. Je nutné dodržovat

systematičnost. Neměly by se používat sugestivní otázky. Je nutné vzít v úvahu neochotu odpovídat a spolupracovat.

- *Diskuze* – metodika diskuze se řadí do teoreticko-praktických a dialogických metod. Prostřednictvím diskuze mají účastníci možnost argumentovat, prezentovat své myšlenky, znalosti a nápady. Důležité u diskuze je promyslet si téma a prostředí, ve kterém se diskuze bude odehrávat. Po celou dobu musí edukátor sledovat průběh diskuze, nemělo by se příliš odbíhat od tématu. Na závěr je vhodné provést shrnutí.
- *Konzultace* – patří mezi nejčastější metodu ve zdravotnictví. Jedná se o setkání s odborníkem, poradcem, se kterým se může prodiskutovat určitý problém, vyjasnit si nejasnosti apod.
- *Brainstorming* – je metoda, která se využívá při práci ve skupině, kdy je snaha v určitém časovém limitu získat co nejvíce nápadů a představ o způsobu řešení určitého problému. Ideální velikost skupiny je 12 osob a výuka by neměla trvat déle jak 45 minut.
- *Brainwriting* – je určitou obdobou brainstormingu. U této metody si každý účastník zapisuje nápady sám na papír. Skupina by měla být o počtu 6 osob.
- *Práce s textem* – jednou z nejčastějších používaných metod ve zdravotnictví je práce s textem nebo písemným materiálem. Nejvhodnějším je leták, brožura, plakát, článek časopise nebo kniha. Při používání této metody by se měli dodržovat určité zásady – edukátor by se měl v materiálech velmi dobře orientovat, edukátor musí mít jasný cíl, text by měl být jednoduchý, věty krátké a k věci, materiál by měl obsahovat i obrázky, po předání písemného materiálu by měla následovat další edukační metoda, např. konzultace (Juřeníková, 2010, s. 37-47).

Učební pomůcky a didaktická technika

Učební pomůcky a didaktická technika pomáhají zvýšit efektivitu edukace tím, že přispívají k zprostředkování obsahu učiva v názorné podobě a podporují tak edukační cíle. Učební pomůcky plní několik funkcí: motivační, informačně – logickou, názornou, propojení teorie a praxe, aktivační, rozšiřující a doplňující.

Nejčastěji používané učební pomůcky:

1. *Textové učební pomůcky*

- Učebnice, letáky, brožury
- Pracovní materiál (pracovní listy a sešity)
- Časopisy, noviny

2. *Vizuální učební pomůcky*

- Fotografie, nástěnné obrazy
- Obrazy promítané na dataprojektoru a PC
- Fólie pro zpětný projektor
- Modely a тренаžéry
- Zdravotnický materiál (např. stomický sáček, inzulinové stříkačky)

3. *Auditivní učební pomůcky*

- Hudební a zvukové záznamy

4. *Audiovizuální pomůcky*

- Televizní pořady
- Výukové filmy

5. *počítačové edukační programy a internet*

- interaktivní učební programy

4.2.3 Realizace edukačního procesu

Edukace se provádí na základě zjištěných potřeb edukanta, které byly zjištěny. Realizace vychází z plánů, které si edukátor stanovil. Na realizaci edukace by se měl podílet celý multidisciplinární tým.

Úspěch edukace může ovlivnit řada faktorů:

1. *fyziologicko – biologické potřeby*

- pohlaví
- věk

- poruchy smyslového vnímání
- zdravotní, psychický stav
- motivace, schopnosti a dovednosti
- návyky a zkušenosti aj.

2. *sociálně – kulturní potřeby*

- zaměstnání
- vzdělání
- kultura a etnická příslušnost
- rodinné vztahy
- ekonomická situace

3. *faktory prostředí*

- edukační prostředí a jeho vybavení

Úspěch realizace dále závisí na fáze přípravy:

- Příprava zdravotníků
- Příprava edukanta
- Příprava prostředí

Při realizaci může také dojít ke komplikacím, které zabrání k dosažení edukačního cíle.

Bariéry ze strany edukanta

- Charakter onemocnění
- Poruchy smyslového vnímání
- Změny psychiky
- Jazyková bariéra
- Mentální handicap
- Odlišné kulturní zvyky

Bariéry ze strany zdravotníka

- Nedostatečná příprava na edukaci
- Edukace probíhá neplánovaně
- Nedostatečné edukační vědomosti

- Nedostatek času
- Únava
- Nedostatečná motivace zdravotníka k edukaci (Juřeníková, 2010)

4.2.4 Hodnocení edukačního procesu

Hodnocení je poslední fází edukačního procesu. Hodnotit se mohou různé oblasti edukačního procesu. Někdy se nepodaří stanovené cíle splnit. Důvodem může být: nedostatečný nebo nevhodný odhad potřeb, nesprávné stanovení edukační diagnózy, vytyčení nereálných cílů, volba nesprávné strategie učení, nedostatečná motivace, nepřiměřený časový plán, chyby v komunikaci. Pokud dojde k splnění vytyčených cílů, je vhodné edukaci přehodnotit, odhalit příčiny a provést další edukaci.

Hodnocení se může provádět během edukace nebo po jejím ukončení.

- *Formativní hodnocení* – toto hodnocení se zaměřuje na odhalení chyb v průběhu edukace. Každý exulant se hodnotí individuálně. Cílem je zjištění momentálních vědomostí, dovedností a návyků edukanta. Tento způsob hodnocení je ve zdravotnictví často využíván.
- *Sumativní hodnocení* (konečné, shrnující) – provádí se na konci určitého období. Cílem je shrnout pokroky exulanta (Juřeníková, 2010, s. 67).

5 Edukační proces u rodičů o možnostech využití konceptu Bazální stimulace

Edukační proces ve zdravotnictví má svá specifika. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých pacientů a edukace je její součástí. Edukace by měla být v souladu s poskytovanou péčí, musí se přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení (Juřeniková, 2010).

5.1 Cíl práce

- Vypracovat edukační plán o možnostech BS rodičům dítěte ve vigilním kómatu po operaci mozkového tumoru
- Vhodným přístupem získat rodiče ke spolupráci
- Rodiče projevují zájem o zařazení konceptu BS do péče o syna
- Teoreticky i prakticky přiblížit rodičům základní a nástavbové prvky konceptu BS
- Ověřit si, zda rodiče všechny informace pochopili
- Rodiče umí používat metody BS v péči o své dítě

5.2 Kazuistika dítěte ve vigilním kómatu

Rodinná anamnéza – Matka narozena 1975, zdráva. Otec narozen 1970, zdráv. Bratr A.V., narozen 1992, v dětství časté záněty středního ucha. Bratr J.V., narozen 1994, časté laryngitidy. Bratr Š.V., narozen 2004, zdráv.

Osobní anamnéza - z fyziologického těhotenství, porod byl v termínu, spontánní, záhlavím, poporodní adaptace bez komplikací, porodní hmotnost 3000g, míra 50cm. Psychomotorický vývoj v normě. Očkování řádné dle očkovacího kalendáře. Zdravotní stav dítěte – ve 2 letech hospitalizace ve FN Olomouc pro bronchopneumonii. Byl krátce na UPV. Poté zjištění astma bronchiale. Dispenzarizace v místě bydliště. Dlouhodobě je bez záchvatů.

Alergická anamnéza - zvířecí chlupy

Farmakologická anamnéza – Zodac

Předchorobí - od podzimu 2009 pacient opakovaně zvracel a stěžoval si na bolesti hlavy. Byl vyšetřován v místě bydliště, vedeno jako gastroeneritida. V posledních 14 dnech se stav výrazně zhoršil. Měl značné bolesti hlavy v oblasti čela. V dubnu 2010 opět opakovaně zvrací. Následně proběhl stav, kdy byl zmatený, neschopný se vyjádřit ústně či písemně. Rodiče ho ihned odvezli do nemocnice. Byl přijatý na dětské oddělení v místě bydliště. Zde při přijetí byla zjištěna metabolická acidóza. Stav zmatenosti náhle odezněl. Bylo provedeno CT vyšetření – expanze zadní jámy lební ve střední čáře s perifokálním edémem a dilatací komor. Proto byl překládán na KDO FN Brno. Ihned byla provedena zevní drenáž mozkové komory vpravo pro hydrocefalus. O týden později proběhla operace tumoru – lokalizace ve IV.komoře, Sylviově kanálu, dle histologie – Pilocystický astrocytom. Následně rozvoj apalického syndromu, bez reakce na bolestivý podnět, při manipulaci maximálně vegetativní odpověď. Pacient byl přeložen na ARO, kde byla provedena tracheotomie, kde byl pacient postupně odpojován od UPV, až byla spontánní ventilace přes TSK. V květnu tohoto roku byla provedena extrakce zevní drenáže a zavedení VP shuntu zleva. Pacient i nadále pobýval na ARO FN Brno. Pacientovi byl zaveden PEG. Na EEG vyšetření bylo zjištěno koma stupně 2-3, chlapec měl tedy nejistou prognózu. V červnu 2020 byl chlapec s matkou hospitalizovaný v dětském oddělení v Ostravě, kde současně probíhala hyperbarická oxygenoterapie. V červenci bylo dítě přeloženo na KDO JIP 31 FN Brno.

Nynější onemocnění - pacient s apalickým syndromem po operaci Pilocystického astrocytomy zadní jámy. Spontánně ventiluje přes TSK. Výživa cestou enterální přes PEG, stravu toleruje, váhově prospívá. Stolice pravidelná. Otevře spontánně oči, drobné spontánní pohyby rukou a nohou.

5.3 Autobiografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace

Biografická anamnéza dle konceptu BS byla odebrána postupně od obou rodičů.

Somatická stimulace - chlapec V.V. bydlí s rodiči, třemi bratry a babičkou v rodinném domě na vesnici. Kamarádů měl hodně, ve škole i mimo ni. Když byl menší, měl velmi rád dotyky, s postupem času se ale začal stydět a dotyky odmítal. Nedělalo mu dobře hlazení po vlasové části hlavy. V poslední době ho ale často bolela hlava, proto se mu líbilo dotýkání na čele a na spáncích. Usínal vždy schoulený do klubíčka na pravém boku, k břichu si tiskl plyšové hračky. Před spaním měl rád, když mu jeden s rodičů četl pohádky. Má raději teplo než chlad.

Vestibulární stimulace – V.V. navštěvoval 3. třídu základní školy ve stejné vesnici jako bydlí s rodinou. Žádný sport neprovozuje závodně, ale má mnoho koníčků. Se svým otcem a starším bratrem chodil chytat ryby na místní rybník. Dále měl velmi rád letadla, matka mu koupila obrázkovou knihu s rekordy v létání, často si ji prohlížel a snažil se podle předloh modely vyrábět.

Vibrační stimulace - chlapec používal měkký kartáček a zubní pro děti -Perličku. Zuby si čistil 2krát denně.

Optická stimulace - pacient nosil brýle 1,5 dioptrie. Má rád vojenské barvy, zelenou, hnědou, modrou, nemá rád růžovou a červenou. Doma neměl vlastní pokoj, býval často nemocný již od útlého dětství, proto stejně jako jeho mladší bratr spal s rodiči v ložnici.

Sluchová stimulace - rodina je velmi hudebně založena, otec hraje na kytaru, 16ti letý bratr na bicí nástroj, 14ti letý bratr na harmoniku, V.V. hrával na flétnu. Vždy si ve volných chvílích společně zpívali a hráli na nástroje. Má rád lidové písně, ale i písničky z rádií a hudebních kanálů v televizi. Oblíbená skupina je Ramstein. Také měl své oblíbené pohádky a různé kreslené seriály.

Chuťová stimulace - chlapec má rád všechna jídla, není vybíravý, z cukrovinek má nejraději med a čokoládu. Z pití nejčastěji čaj, perlivé vody a vodu se sirupem.

Čichová stimulace svoji oblíbenou značku kosmetiky neměl. Rád se koupal a hrál si ve vaně, plné vody s pěnou. Miloval čerstvý vzduch, rád běhal po vesnici s kamarády, bratry a hráli si na vojáky. Příroda byla důležitá část jeho života.

Taktilně-haptická stimulace – V.V. je levák. Miluje plyšová zvířátka. Počítač ani mobilní telefon nevlastní. Je šikovný na ruční práce, rád si tvořil modely letadel.

5.4 Dlouhodobý edukační plán

Edukační lekce 1 – 4.

Edukační jednotka 1

Název problematiky: Co je to koncept BS a u koho se tento způsob ošetřování klientů používá?

Čas edukační jednotky: 1 hodina

Edukační cíl: Rodina má dostatek informací o konceptu BS, projevuje zájem o informace.

Metoda edukace: přednáška, rozhovor, vysvětlování, pozorování

Forma edukace: individuální

Edukátor: všeobecná sestra

Místo edukace: pokoj lůžkového oddělení

Pomůcky: vypracovaný standart konceptu BS

Osnova edukační lekce:

- Co je to koncept BS
- Cíl konceptu BS
- U koho se koncept BS používá
- Prvky konceptu BS

Podrobné zpracování edukační jednotky 1

- *Co je koncept BS*

Koncept BS dává ošetrovatelské péči zcela jiný rozměr, umožňuje tak ošetřujícím pracovat jiným způsobem. Patří k nejpoblárnějším konceptům v ošetrovatelství. Jedná se o péči, která je přizpůsobená životní situaci pacienta. Základem je odebrání biografické anamnézy a poté zohledňovat všechny získané informace v péči o nemocného. Práce s konceptem BS je vysoce profesionální, kvalitní a humánní. Koncept využívá mnoho vlastních technik, není potřeba žádných

nadstandardních pomůcek či přístrojů, nevyžaduje tedy finanční zatížení. Důležitá je především práce rukou. Nejnáročnějším úkolem zdravotníků je pochopit potřeby pacienta, nahlížet na něj jako na osobnost s ohledem na jeho aktuální tělesný, mentální a duševní stav, porozumět jeho stylu komunikace. Je nutné důkladně odebrat biografickou anamnézu pacienta, do péče zapojovat rodinu a poskytnout dostatek informací o výhodách konceptu. V ČR se s konceptem pracuje od roku 2003.

- *Cíl konceptu BS*

Cílem BS je zachovat život a zajistit vývoj, umožnit klientovi vnímat vlastní život, poskytnout pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus klienta, umožnit poznat okolní svět, pomoci navázat vztah, umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci uspořádat svůj život, poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život, zlepšení funkcí organismu. Jednotlivé prvky konceptu se implementují do péče cíleně na základě strukturovaných individuálních plánů sestavených dle autobiografické anamnézy klienta a jeho somatického a mentálního stavu. Nezastupitelný význam má kvalitní dokumentace.

- *U koho se koncept BS používá*

Koncept se uplatňuje především v péči o děti a dospělé s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání, v oblasti hybnosti a komunikace, klienty v komatózních stavech, neklidné, dezorientované klienty, v intenzivní péči, geriatrické pacienty nebo umírající.

- *Rozdělení prvků konceptu BS*

Mezi základní prvky BS patří somatická stimulace, vestibulární a vibrační. Prvky nastavbové obsahují optickou, auditivní, taktilně - haptickou, olfaktorickou a orální stimulaci.

Vyhodnocení: Cíle edukační jednotky 1. byly splněny. Formou přednášky, rozhovoru a pozorování jsem zjistila:

- Rodiče projevují zájem o využití konceptu BS
- Pochopili základní pojmy a vliv BS na péči o jejich dítě

Edukační jednotka 2

Název problematiky: Odebrání autobiografické anamnézy pacienta ve vigilním kómatu od rodičů.

Čas edukační jednotky: 45 minut

Edukační cíl: Rodina chápe pojem autobiografická anamnéza a spolupracuje při odběru informací potřebných k využití konceptu BS.

Metoda edukace: rozhovor, pozorování

Forma edukace: individuální

Edukátor: všeobecná sestra

Místo edukace: pokoj lůžkového oddělení

Pomůcky: ošetřovatelská anamnéza v konceptu BS

Osnova edukační lekce:

- Vysvětlení pojmu autobiografická anamnéza
- Otázky potřebné k zahájení somatické stimulace
- Otázky potřebné k zahájení vestibulární stimulace
- Otázky potřebné k zahájení vibrační stimulace
- Otázky potřebné k zahájení optické stimulace
- Otázky potřebné k zahájení sluchové stimulace
- Otázky potřebné k zahájení orální stimulace
- Otázky potřebné k zahájení olfaktorické stimulace
- Otázky potřebné k zahájení taktilně - haptické stimulace

Podrobné zpracování edukační jednotky 2

Na co se v biografické anamnéze ptám:

Somatická anamnéza

- Je pravák nebo levák?
- Je pro něho důležitá péče o tělo?
- Jak často se umývá (denně, ráno, večer, občas-specifikujte) a jakou formou (sprcha, vana...)?
- Jakou používá k péči o své tělo teplotu vody? (chladná, vlažná, teplá, horká)
- Jaké toaletní potřeby používá? (i k holení, k líčení...)

- Potřebuje pomoc při mytí?
- Má rituály při mytí?
- Jaký je stav pokožky?
- Jak často si myje chrup, jak o něj pečuje?
- Jak často si myje vlasy?
- Jak pečuje o své nehty?
- Je zvyklý na tělesný kontakt?
- Na kterém místě na těle mu nevádí dotek cizí osoby?
- Na kterém místě nesnese dotek cizí osoby?
- Jak spí (délka, kvalita spánku)?
- Kolik hodin denně spí?
- V jaké poloze usíná?
- Jak se přikrývá, dává si deku až na ramena?
- V jakém prádle spí?
- Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?
- Má nějaké rituály před spaním?
- Má hodně zatemněno při spánku?
- Má problémy s vyprazdňováním? (moče, stolice)
- Jaké pomůcky používá při vyprazdňování? (pleny, močová láhev, nočník, WC)
- Je zvyklý spíše na chlad nebo teplo?
- Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? Jakou?
- Má parézu nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte
- Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte
- Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte

Vestibulární anamnéza

- Způsob života (chodí do školky, školy...)
- Jaké má koníčky, zájmy?
- Denní rytmus, struktura dne?
- Co dělá, když má bolesti?
- Co dělá, aby se cítil dobře? (hudba, společnost, klid, relaxační techniky...)
- Důležitý zážitek v poslední době?

Vibrační anamnéza

- Jak často si čistí zuby?
- Používá např. elektrický zubní kartáček nebo elektrický holicí strojek?
- Je zvyklý na hlas matky?

Optická anamnéza

- Má nějakou poruchu zraku? Pokud ano, specifikujte a lokalizujte (vpravo, vlevo)
- Nosí kompenzační pomůcky? (brýle, okluze, čočky)
- Užívá medikaci?
- Jeho oblíbená barva?
- Výzdoba v dětském pokoji?

Auditivní anamnéza

- Jak klient slyší?
- Má poruchu sluchu? Pokud ano, specifikujte a lokalizujte (vpravo, vlevo)
- Používá kompenzační sluchové pomůcky?
- Jaké zvuky jsou klientovi příjemné?
- Oblíbená hudba, rozhlasové či televizní pořady?
- Jaké zvuky jsou klientovi nepříjemné?
- Jsou situace, ve kterých si klient cíleně pouští muziku, popř. určitý druh hudby?

Orální anamnéza

- Jaké upřednostňuje chutě? (sladké, kyselé, ostré, slané)
- Jakou má rád teplotu jídla? (teplé, vlažné, studené)
- Jakou upřednostňuje konzistenci jídla?
- Jeho nejoblíbenější nápoj?
- Nejoblíbenější pokrm?
- Co nesnáší? (nápoj, pokrm)
- Má doma svůj oblíbený předmět? (hrníček, talíř, příbor...)
- Má potíže při polykání?

Olfaktorická anamnéza

- Oblíbené vůně?
- Jaké vůně nesnáší?
- Používá vlastní kosmetiku?

- Má rád čerstvý vzduch?

Taktilně-haptická anamnéza

- Má oblíbené předměty, talismany?
- Nejoblíbenější hračky?
- Předměty spojené s hobby? (míč, hokejka, dres, tenisová raketa...)
- Předměty denního života? (mobilní telefon, PC, klíče...)

Vyhodnocení: Cíle edukační jednotky 2. byly splněny. Formou rozhovoru a pozorování jsem zjistila:

- Rodiče chápou důležitost získání všech potřebných informací o svém dítěti
- Rodiče aktivně spolupracují při rozhovoru a sběru informací, které vedou k vytvoření plánu péče BS

Edukační jednotka 3

Název problematiky: Seznámení s jednotlivými prvky BS.

Čas edukační jednotky: 1 hodina

Edukační cíl: Rodina chápe důležitost prvků BS, má zájem o jejich využití v péči o dítě.

Metoda edukace: přednáška, rozhovor, vysvětlování

Forma edukace: individuální

Edukátor: všeobecná sestra

Místo edukace: pokoj lůžkového oddělení

Pomůcky: vypracovaný standart konceptu BS, obrázky a fotografie

Osnova edukační lekce:

- Rozdělení a popis základních prvků BS
- Rozdělení a popis nastavbových prvků BS

Podrobné zpracování edukační jednotky 3

Rozdělení a popis základních prvků BS

Somatická stimulace- vnímání vlastního těla je předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnost s ním komunikovat. Vnímání tělesného schématu se vyvíjí

již v embryonálním životě. Základním předpokladem je kvalitní dotek. Především klid, vyvinutá síla, tlak, rytmus a opakování. Omezují se letmé, rušivé, uspěchané a nekvalitní doteky. Iniciálním dotekem dáváme u pacienta najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost u něho. Dle autobiografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo pro iniciální dotek. Vhodná místa jsou rameno, paže, hřbet ruky. Dotek musí být zřetelný a bez násilného vtlačení klienta do matrace. Dotek musí respektovat všichni přítomní u pacienta.

- *Zklidňující somatická stimulace* – cílem je uvolnění, redukce neklidných stavů a stimulace vlastních vjemů. Chlup nebo vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje každý pohyb a posílá tuto informaci do mozku. Proto se zklidňující masáž provádí ve směru chlupů a tím působí zklidnění
- *Povzbuzující somatická stimulace* – cílem je zvýšit úroveň vědomí, zvýšit jeho pozornost, příprava před rehabilitací. Každý chlup v těle se nachází v jiné poloze. Pohyb proti vlasovému kořínku je vnímán daleko intenzivněji než pohyb ve směru růstu chlupů.
- *Masáž stimulující dýchání* – se využívá u pacientů, kteří mají povrchní, nepravidelné a zrychlené dýchání. Tato technika vyžaduje kontinuální opakování. Má vysokou komunikační hodnotu. Cílem je pomoci pacientovi ke klidnému, hlubokému a pravidelnému dýchání. MSD je součástí dechové gymnastiky. Velmi důležité v této technice jsou ruce ošetřujícího. Nejvhodnější je masáž bez rukavic, šperků, hodinek a se zahřátýma rukama.
- *Polohování* – vnímání těla se mění již po 10 minutách klidného ležení. Dochází tím ke ztrátě pocitu vlastních hranic. Polohováním podporujeme vnímání vlastního těla. Možnosti: propletení prstů rukou, překřížení dolních končetin, mikropolohování, poloha mumie, poloha hnízdo.

Vestibulární stimulace – pomocí této stimulace poskytujeme podporu rovnovážnému ústrojí, lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární stimulaci se může provádět u ležícího pacienta prostřednictvím nepatrných pohybů hlavou do stran. Terapeut pevně fixuje hlavu pacienta a provádí 3-5x. Další možnosti vestibulární stimulace jsou: změny polohy pomocí polohovacího lůžka, pozice vsedě v lůžku nebo v křesle, houpací pohyby v lůžku či nácvik ovesného klasu.

Vibrační stimulace – vibrace umožňuje vnímat vlastní tělo, cítit stabilitu a pospolitost těla, může ovlivnit dýchání. Média k vibrační stimulaci jsou např. hlas, hudební nástroje, ladička, dupání, elektrické přístroje, ruce.

Rozdělení a popis nastavbových prvků BS

Optická stimulace – při aplikaci optické stimulace zohledňujeme informace z autobiografické anamnézy. Je vhodné vystavit pacientovi privátní předměty a obrázky.

Auditivní stimulace – před zahájením stimulace je vhodné zjistit vše o pacientových sluchových poruchách a zda používá kompenzační pomůcky. Tyto fakta poté zohlednit. Při výběru prostředků dáváme přednost tomu, co je pacientovi příjemné. Vnímání stimulujeme pomocí řeči, hudby či zpěvu.

Orální stimulace – během orální stimulace využíváme pacientovi známé a oblíbené chutě. V péči musíme zohlednit zda nejsou v ústech ragády, afty, poškozené sliznice či jazyk. Pacientovi umožníme vhodnou polohu, bedlivě sledujeme jeho reakce. Metodou k orální stimulaci je používání molitanových štětiček či tzv. cucací váčky.

Olfaktorická stimulace – využívá se pacientových známých vůní a pachů. Vhodné jsou vůně toaletních potřeb, parfémy, deodoranty, oblíbené jídlo či vůně připomínající zaměstnání a koníčky. Tyto stimuly dodávají pocit jistoty a bezpečí.

Taktilně-haptická- se zaměřuje na známé a oblíbené předměty (talismany, hračky, pracovní pomůcky atd.). Jedná se o stimulaci hmatových tělísek.

Vyhodnocení: Cíle edukační jednotky 3. byly splněny. Formou přednášky, rozhovoru, pozorování jsem zjistila:

- Rodiče chápou a dokáží popsat jednotlivé prvky BS
- Rodiče mají zájem o nácvik prvků a jejich zařazení do péče

Edukační jednotka 4

Název problematiky: Praktické procvičení jednotlivých prvků BS.

Čas edukační jednotky: 1,5 hodiny

Edukační cíl: Rodiče projevují zájem o nácvik jednotlivých metod používaných v konceptu BS, sami dokáží prvky implementovat do péče.

Metoda edukace: rozhovor, vysvětlování, praktické cvičení

Forma edukace: individuální

Edukátor: všeobecná sestra

Místo edukace: pokoj lůžkového oddělení

Pomůcky: vypracovaný standart konceptu BS, obrázky a fotografie

Osnova edukační lekce:

- Návčík zklidňující somatické stimulace
- Návčík povzbuzující somatické stimulace
- Návčík MSD
- Návčík polohy mumie
- Návčík polohy hnízdo

Podrobné zpracování edukační jednotky 4

Návčík zklidňující somatické stimulace – tato masáž se provádí u klientů se změnou v oblasti mentální, s těžkým somatickým postižením, ve vigilních kómatech, u neklidných klientů, u klientů s tachykardií, s poruchami spánku, s různými typy demencí atd. K masáži potřebujeme žiňky, ručníky, vodu o teplotě 37 – 40 stupňů, tělová mléka nebo se dá aplikovat i na sucho přes oděv pacienta. Pacienta informujeme o zahájení stimulace. Může se začínat obličejem, ale nemusí. Na hrudníku se provádí stimulace od středu trupu k zevní straně hrudníku. Záda také od páteře k zevní straně trupu. Končetiny se stimulují ve směru růstu chlupů. U horních končetin se začíná od ramen až po konečky prstů. Stejně tak dolní končetiny, od pánve ke konečkům prstů.

Návčík povzbuzující somatické stimulace – povzbuzující stimulace se aplikuje u klientů se změnou v oblasti mentální, ve vigilním kómatu, v soporu, u depresivních klientů, s bradykardií atd. Ke stimulaci jsou třeba žiňky, ručníky, voda o teplotě 28 – 33 stupňů, tělová mléka nebo se provádí masáž opět na sucho přes oděv klienta. Pacienta před zahájením stimulace adekvátně informujeme. Masáž se provádí ve směru proti růstu chlupů. Na končetinách stimulujeme od konečků prstů nahoru. Hrudník a záda se masírují směrem od stran hrudníku ke středu.

Návčík MSD – tato masáž je vhodná u klientů s bolestí, s poruchou spánku, u depresivních stavů, s UPV, s hyperventilací atd. K masáži se používá tělové mléko

či dětský olej. Nejprve si na ruce nanese olej a zahřejeme na tělesnou teplotu. Přiložíme ruce na zátylí pacienta. Poté pomalu masírujeme podél páteře dolů až k sakrální oblasti. Tento tah provedeme 3x. Po dokončení provádíme tři velké oblouky, od zátylí až k sakrální oblasti. Terapeutovi ruce nesmí opouštět tělo pacienta. Masáž zakončíme opět třemi tahy od zátylí směrem dolů. Techniky provedení jsou různé. Po masáži je vhodné, aby si pacient odpočinul.

Nácvik polohy mumie – provádí se u klientů neklidných, depresivních, dlouhodobě upoutaných na lůžko atd. Z pomůcek je třeba prostěradlo, polohovací perličkové polštáře nebo srolované deky. Pacienta vždy před zahájením informujeme. Podložíme hlavu polštářem, pacientovo tělo obložíme srolovanými dekami nebo polohovacími polštáři a na závěr ho zavineme do deky nebo prostěradla. Pacient by měl mít možnost se z této polohy vymanit.

Nácvik polohy hnízda – je vhodné tuto polohu aplikovat ve fázi odpočinku, během noci, po celkové zklidňující masáži, k navození libého pocitu atd. Pomůcky jsou stejné jako u polohy mumie. Poloha hnízdo se provádí na zádech nebo na boku. Ze dvou dek se vytvoří pevná rolna a tím ohraničíme pacientovo tělo, na závěr ho přikryjeme.

Vyhodnocení: Cíle edukační jednotky 4. byly splněny. Formou rozhovoru, vysvětlování a pomocí praktického cvičení jsem zjistila:

- Rodiče projevují zájem o zařazení prvků do péče o své dítě
- Rodiče umí sami prakticky využívat základní i návštvbové metody konceptu

Závěr

Záměrem ošetrovatelské péče je především pochopení potřeb pacienta a porozumět vzájemné komunikaci.

BS nabízí pacientovi podporu v jeho denních aktivitách. Důležitý je holistický přístup k pacientovi. Principem konceptu je, aby člověk dokázal využít vjemy ze svého těla a z okolního světa k navázání komunikace s ním.

S konceptem může pracovat každý, kdo absolvuje kurzy BS pod záštitou INSTITUTU Bazální stimulace ve Frýdku Místku. Při práci s konceptem není potřeba využívat žádných nadstandardních přístrojů či technik. Důležitá je pouze práce rukou.

Základem je autobiografická anamnéza. Informace o pacientovi nelze často odebrat ihned při prvním setkání, je nutná intenzivní spolupráce s rodinnými příslušníky. Práci s konceptem přizpůsobujeme stavu a věku pacienta.

Autorem je Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Poté spojil své síly s Christel Bienstein. Společně vyvinuli ošetrovatelský koncept na bázi konceptu BS a vypracovali systém vzdělávání lektorů a průvodců praxí konceptem. Ředitelkou INSTITUTU Bazální stimulace v ČR je PhDr. Karolína Friedlová. U nás se s konceptem pracuje od roku 2003.

Mezi základní prvky BS patří somatická stimulace, vestibulární a vibrační. Prvky nastavbové obsahují optickou, auditivní, taktilně - haptickou, olfaktorickou a orální stimulaci.

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit teoretickou základnu konceptu BS a následně vypracování edukačního plánu pro rodiče dítěte ve vigilním kómatu o možnostech poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče s použitím prvků BS. Vhodným přístupem jsem se snažila získat rodiče ke spolupráci. Rodiče ihned projevili zájem o zařazení konceptu BS do péče o jejich syna a následně využívali základní i nastavbové prvky BS.

Návrhy a doporučení pro praxi

V souvislosti s prostudovanou literaturou a s uskutečněným průzkumem bych chtěla poukázat na určité momenty, které by bylo vhodné řešit, aby se docílilo efektivní péče o pacienta a spolupráce v multidisciplinárním týmu.

Doporučení pro klinickou praxi:

- vytvořit vhodné prostředí pro úvodní rozhovor zdravotnického personálu s rodiči
- mít dostatek času na předání informací
- zjistit zpětnou reakci rodičů a odpovědět na případné otázky
- zajistit psychosociální péči jak o dítě, tak o rodiče
- spolupráce všech členů zdravotnického týmu

Doporučení pro management ošetrovatelské péče:

- vytvořit vhodný prostor a čas na rozhovor s rodiči
- vhodným přístupem získat rodiče pro spolupráci
- edukaci pro rodiče si předem připravit
- odpovídat na otázky rodičům a ochotně jim pomáhat
- realizovat individuální formu edukace, mít dostatek pomůcek a materiálů k přiblížení daného tématu
- spolupracovat se všemi členy multidisciplinárního týmu
- udržovat zájem rodičů
- soustavné vzdělávání zdravotnických pracovníků
- prezentovat výsledky péče o dítě na seminářích, v časopisových publikacích

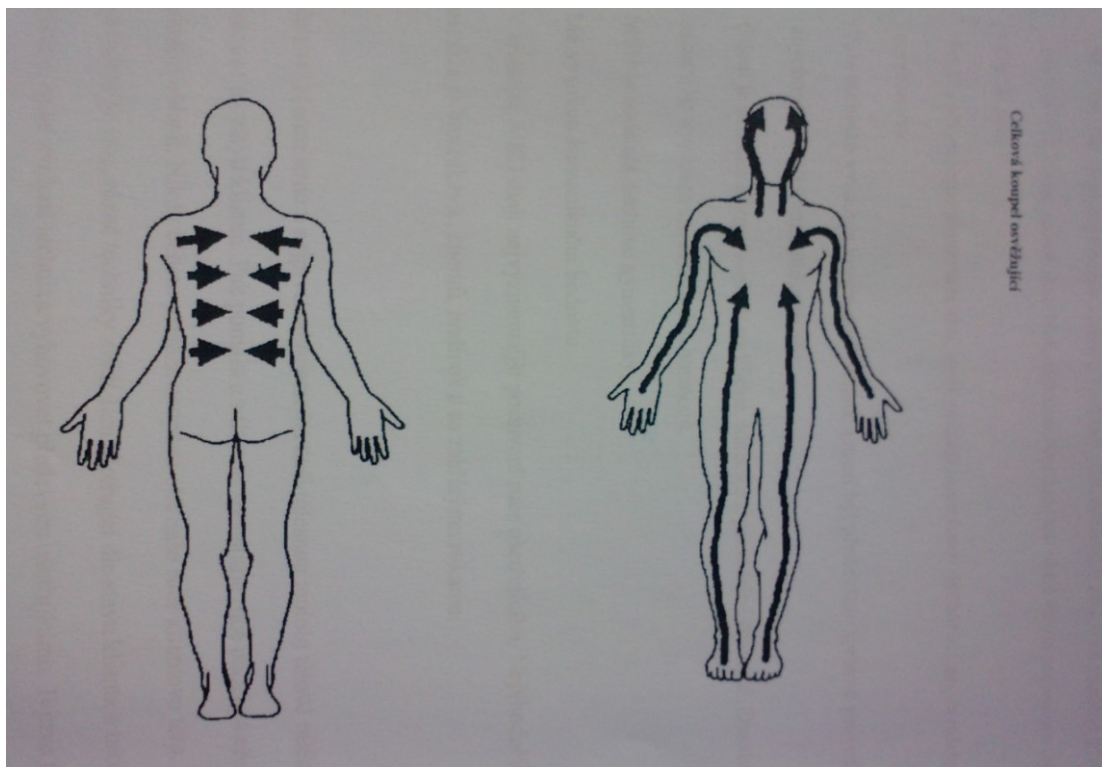
Seznam použité literatury

1. DRAGÚŇOVÁ, Miroslava. *Příjem a péče o pacienta s nádorovým onemocněním mozku*. 2009. Sestra, roč. 19, č. 9, s. 68-69. ISSN 1210-0404.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, 2007. s. 100. ISBN 80-239-6132-2
3. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 168. ISBN 978-80-247-1314-4
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2008. *Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 2008, s. 24.
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2008. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 2008, s. 31.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. s. 80. ISBN 978-80-247-2171-2
7. KOLEKTIV AUTORŮ. 2007. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, 2007. s. 88. ISBN 978-80-254-0757-8
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 164. ISBN 978-80-247-2069-2
9. LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 152. ISBN 978-80-247-1784-5
10. MECHOVÁ, Irena. *Bazální stimulace na JIP*. 2006. Sestra, roč. 16, č. 12, s. 30-31. ISSN 1210-0404

11. NEŠPOR, Karel. *Hudba jako lék i riziko*. 2009. *Sestra*, roč. 19, č. 12, s. 38-39. ISSN 1210-0404
12. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, s.r.o., 2009. s. 76. ISBN 978-80-902876-0-0
13. PAVLÍČEK, Petr. *Léčba bolesti*. 2009. *Sestra*, roč. 19, č. 2, s. 41-43. ISSN 1210-0404.
14. *Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno*. 2008. Nadační fond dětské onkologie Krtek. 142 s.
15. SUBEROVÁ, Štěpánka. *Problematika onkologického pacienta s chemoterapií*. 2008. *Sestra*, roč. 18, č. 2, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
16. ŠTĚRBA, Jaroslav., a kol. 2008. *Podpůrná péče v dětské onkologii*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 240. ISBN 978-80-7013-483-2
17. VORLÍČEK, Jiří., a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. s. 328. ISBN 80-247-1716-6
18. ZDRAVOTNÍ KLAUN [online]. Poslední aktualizace 20.1.2011 [cit. 2011-01-20]. Dostupné také na WWW: <<http://www.zdravotni-klaun.cz/index.php?str=3>>
19. SPECIÁLNÍ ONKOLOGIE [online]. Poslední aktualizace 20.1.2011 [cit. 2011-01-20]. Dostupné také na WWW: <<http://www.detskaonkologie.cz/pages/osteosarkom.html>>
20. KLINIKA DĚTSKÉ HEMATOLOGIE A ONKOLOGIE [online]. Poslední aktualizace 20.1.2011 [cit. 2011-01-20]. Dostupné také na WWW: <<http://kdho.fnmotol.cz/rodiceapacienti/?page=5>>

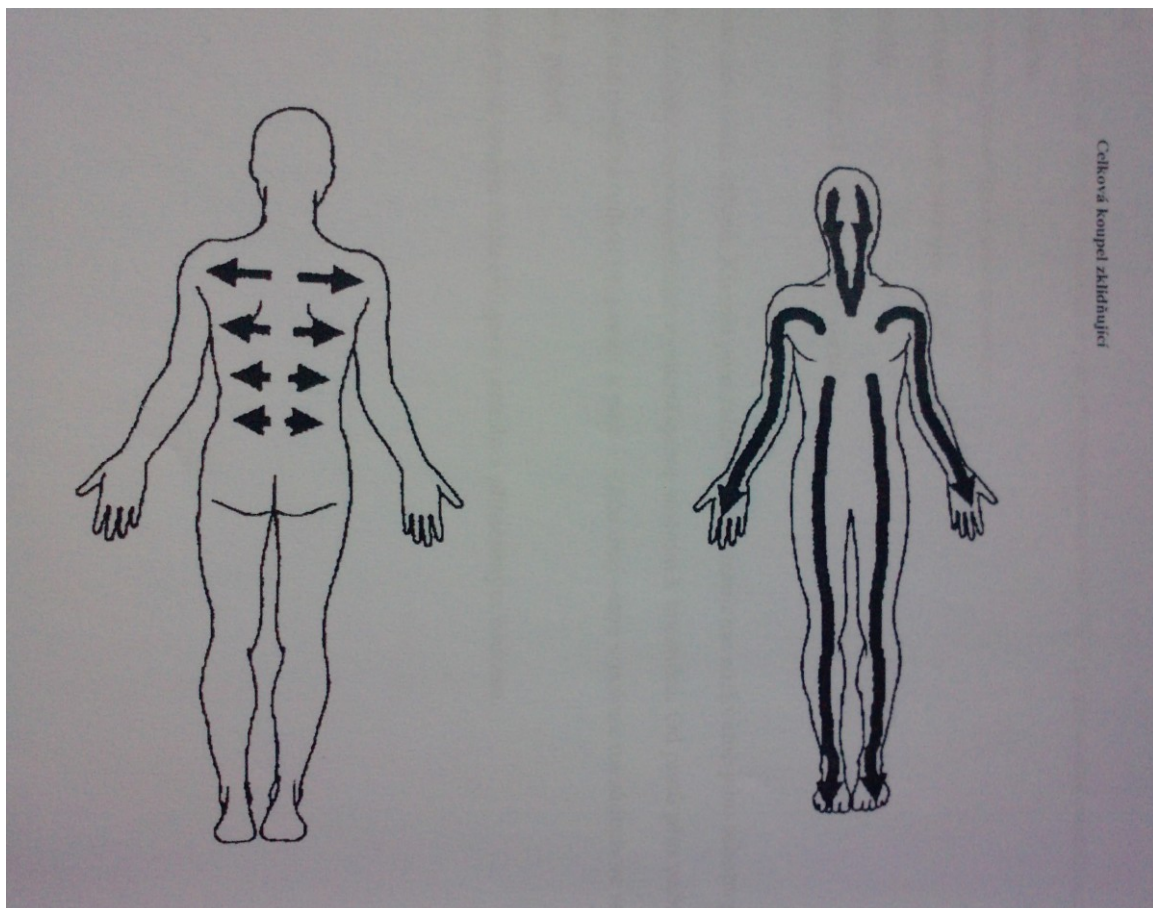
Příloha č. 1

Celková povzbuzující stimulace (Friedlová, 2008)



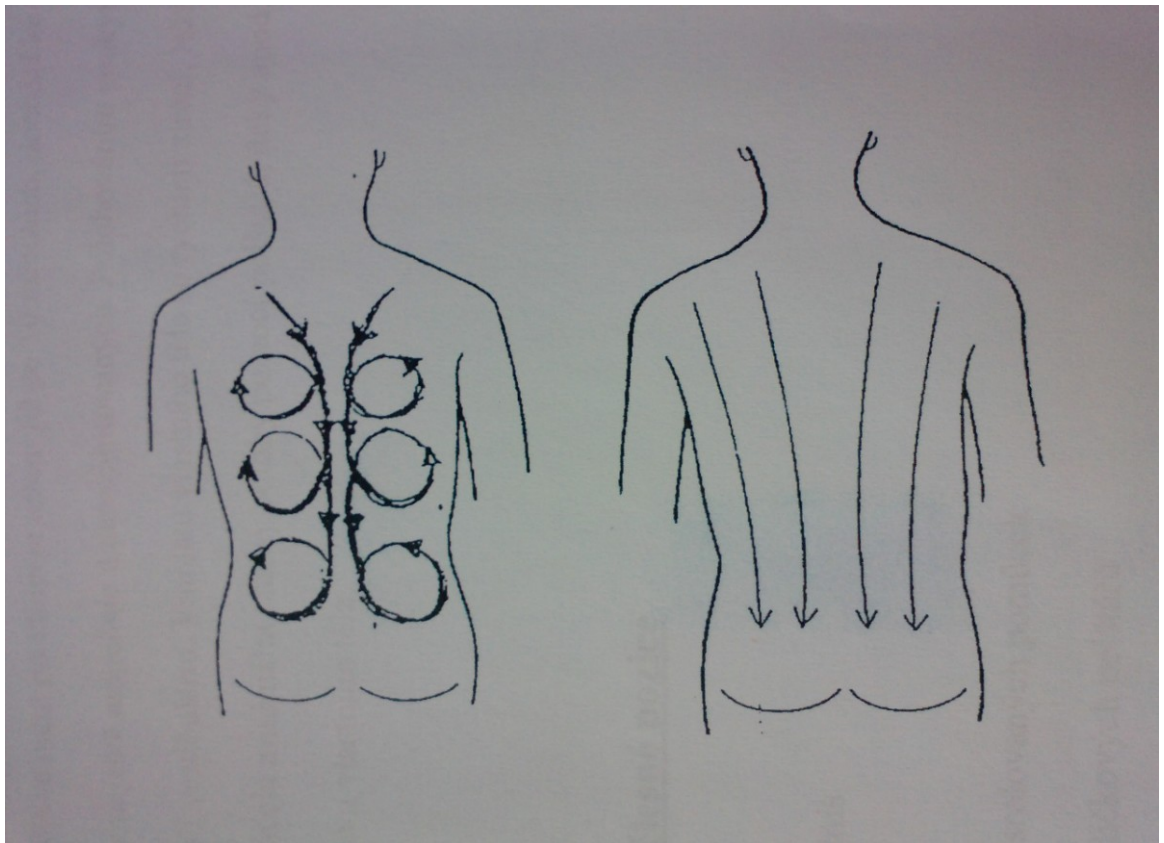
Příloha č. 2

Celková zklidňující stimulace (Friedlová, 2008)



Příloha č. 3

Masáž stimuluující dýchání (Friedlová, 2008)



Příloha č. 4

Poloha mumie



Poloha mumie u dítěte na jednotce intenzivní péče

(Poskytla Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Klinika dětské onkologie JIP)

Příloha č. 5

Poloha hnízdo



Poloha hnízda u dítěte na jednotce intenzivní péče

(Poskytla Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Klinika dětské onkologie JIP)

Příloha č. 6

Optická stimulace



Ukázka optické stimulace u dítěte na jednotce intenzivní péče

(Poskytla Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Klinika dětské onkologie JIP)

Příloha č. 7

Orální stimulace



Ukázka orální stimulace u dítěte na jednotce intenzivní péče

(Poskytla Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Klinika dětské onkologie JIP)

Souhlas s použitím fotodokumentace pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno

Tímto vyjadřujeme souhlas s použitím fotodokumentace pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno pro účely bakalářské práce Michaely Treflíkové.

V Brně dne 26. 4. 2011

S pozdravem
Romana Drápalová