

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANDREA RICHTROVÁ

Praha 2016

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

BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Bakalářská práce

ANDREA RICHTROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr.: Ivana Jahodová

Praha 2016



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

Richtrová Andrea
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 12. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Basal Stimulazion in Nursing

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 11. 12. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 03. 2016

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za ochotu, čas a vedení mé bakalářské práce. Za poskytnuté cenné rady, doporučení a hlavně za trpělivost. Mé rodině a příteli za podporu při psaní této práce a kolegyním, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Také bych chtěla poděkovat „mé“ pacientce a její rodině za spolupráci, trpělivost a cenné zkušenosti.

ABSTRAKT

RICHTROVÁ, Andrea. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2016. 55 s.

Tématem bakalářské práce je Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se snažili přiblížit pojem bazální stimulace, její historii a současné postavení v České republice. Další část charakterizovala využití bazální stimulace v práci sestry na oddělení JIP a ARO. V další kapitole jsou popsány základní a nadstavbové prvky, které jsou v ošetrovatelské péči využívány. V poslední kapitole je uvedeno desatero bazální stimulace, kterého by se každý měl držet. V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces. Využita je ošetrovatelská anamnéza, společně s biografickou anamnézou pacientky a nadále jsou sestaveny ošetrovatelské diagnózy. Pro stanovení ošetrovatelského plánu a realizaci je vybrána jedna diagnóza, na které jsme se snažili poukázat, jak bazální stimulace prospívá k znovu obnovení zdraví. V závěru je zhodnoceno dosažení stanovených cílů a účinnost celého procesu.

Klíčová slova

ARO. Bazální stimulace. JIP. Ošetrovatelská péče. Pacient.

ABSTRACT

Richtrová, Andrea. Basal stimulation in Nursing. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2016. 55 pages.

The subject of this Bachelor Thesis is Basal Stimulation in Nursing. The Bachelor Thesis is divided into theoretical and practical sections. At the beginning of theoretical part, the term basal stimulation is more explained as well as its history and current emplacement in the Czech Republic. In the next chapter there is characterized the use of basal stimulation in a nurse's job in ICU (Intensive Care Unit) and ARD (Anaesthetist Resuscitation Department). Fundamental and superstructure elements used in nursing are described in the following chapter. In the last chapter there are stated ten commandments of basal stimulation that should be followed by everyone. In the practical section the nursing process is suggested. There is applied nursing anamnesis together with patient's biographic history and subsequently nursing diagnosis are set. For the compilation of nursing plan and its realization one diagnosis is chosen. There we tried to reveal that basal stimulation leads to recovery of health condition. In the conclusion of thesis there is defined the evaluation whether the goals stated have been achieved and what is actually the efficiency of whole process.

Keywords

ARD. Basal Stimulation. ICU. Nursing. Patient.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

PŘEDMLUVA

ÚVOD.....	13
1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	16
1.1 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	16
1.2 CÍLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	17
1.3 HISTORIE A VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE..	18
1.4 SOUČASNÉ POSTAVENÍ KONCEPTU V ČR.....	18
2 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA.....	20
3 BAZÁLNÍ STIMULACE V PRÁCI SESTRY NA JIP A	
ARO.....	22
4 PRVKY ZÁKLADNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE	24
4.1 SOMATICKÁ STIMULACE.....	24
4.1.1 VNÍMÁNÍ TĚLESNÉHO SCHÉMATU	25
4.1.2 INICIÁLNÍ DOTEK.....	26
4.1.3 ZKLIDŇUJÍCÍ STIMULACE.....	26
4.1.4 POVZBUZUJÍCÍ STIMULACE	28
4.1.5 NEUROFYZIOLOGICKÁ STIMULACE.....	28
4.1.6 POLOHOVÁNÍ.....	28
4.1.7 MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ	30
4.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE.....	31

4.3 VIBRAČNÍ STIMULACE	31
5 PRVKY NADSTAVBOVÉ BAZÁLNÍ STIMULACE	33
5.1 OPTICKÁ STIMULACE	33
5.2 AUDITIVNÍ STIMULACE.....	33
5.3 ORÁLNÍ STIMULACE	34
5.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE	34
5.5 TAKTILNĚ - HAPTICKÁ STIMULACE	35
6 DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE.....	36
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZA VYUŽITÍ PRVKŮ BAZÁLNÍ STIMULACE.....	37
7.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	37
7.2 HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU	38
7.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	39
7.4 ANAMNÉZA.....	39
7.5 ZHODNOCENÍ POTŘEB PACIENTKY.....	41
7.6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	48
7.7 SITUAČNÍ ANALÝZA	49
7.8 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	50
7.9 ZHODNOCENÍ ÚČINNOSTI APLIKOVANÝCH PRVKŮ BS V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	59
8 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
9 ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BS	-	bazální stimulace
n.	-	nervus, nerv
NGS	-	nasogastrická sonda
TSK	-	tracheostomická kanyla
BMI	-	Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)
CD	-	compact disc, kompaktní disk
TEN	-	tromboembolická nemoc
RHB	-	rehabilitace
DC	-	dýchací cesty
PHK	-	pravá horní končetina
PDK	-	pravá dolní končetina
LDK	-	levá dolní končetina
PDK	-	pravá dolní končetina
ORL	-	otorinolaryngologické oddělení
iCMP	-	ischemická cévní mozková příhoda
ICHS	-	ischemická choroba srdeční
IM	-	infarkt myokardu
Tbl.	-	tablety
EV	-	enterální výživa
JIP	-	jednotka intenzivní péče
INT	-	interní oddělení
ARO	-	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	-	Česká republika
TK	-	tlak krve
P	-	puls
D	-	dech
TT	-	tělesná teplota
RASS	-	The Richmond Agitation and sedation Scale (hodnocení vědomí)
GCS	-	Glasgow Coma Scale (stupnice hloubky vědomí)
SpO2	-	saturace krve kyslíkem
MSD	-	masáž stimulující dýchání

- DKK** - dolní končetiny
HKK - horní končetiny
RLP - rychlá lékařská pomoc
FiS - fibrilace síní
UPV - umělá plicní ventilace
ATB - antibiotická léčba
LMWH - nízkomolekulární heparin
Stp. - stav po
NSPZL - nesteroidní protizánětlivé léky
UZ - ultrazvuk
EKG - elektrokardiograf
TV - televizor
Max. - maximum

(VOKURKA, 2009)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zkušenost se svým tělem.....	24
Obrázek 2 Desatero bazální stimulace.....	35

PŘEDMLUVA

O konceptu bazální stimulace jsem se dozvěděla poprvé na střední zdravotnické škole, kde byla „ bazálka“ povinně zahrnuta do učebních osnov. Jako každý student jsem si říkala, tak si to poslechneme a půjdeme domů. Jenže do hodiny přišli dvě sestřičky, které již při první větě dokázali zaujmout svým vyprávěním. V té chvíli, když nám ukázali fotografie, mi přišlo jako něco neskutečného, že pouhou změnou polohy, obrázky v pokoji nebo podáváním oblíbených jídel můžeme docílit takových úžasných výsledků. Koncept se po této hodině usadil již navždy v mém podvědomí.

Po nástupu do zaměstnání přišla ta chvíle, kdy jsem mohla znovu obnovit vzpomínky na koncept bazální stimulace a začít se mu intenzivněji věnovat. Na pracovištích JIP a ARO se často setkávám s pacienty, kteří jsou ze začátku zcela odkázáni na naši komplexní ošetrovatelskou péči. Nejčastěji po kardiopulmonálních resuscitacích, cévních mozkových příhodách nebo autonehodách. Když jsem nastoupila na JIP, pracovala tam sestřička, která se bazální stimulaci věnuje a pár věcí mě za ten krátký čas naučila a stále učí. Vím, že mám spoustu nedostatků, málo znalostí a zkušeností, ale to mě nutí jít dopředu a více se této problematice věnovat. V tomto roce bych chtěla absolvovat základní kurz.

Vím, že když u práce přemýšlíme, tak i maličkosti, které děláme a ani si je neuvědomujeme, můžou napomoci zlepšit kvalitu života pacientů.

„Dokonce i nemoc se stane přijatelnější, víš-li, že jsou nablízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost.“

Anton Pavlovič Čechov.

ÚVOD

Bazální stimulace vnesla do mnoha lidských životů kousek slunečních paprsků a naději, která se už v mnoha případech vznášela daleko na dosah rukou.

MUDr. Novotný, ředitel dětského centra řekl že: „Princip Bazální stimulace je jednou z možných cest k maximální autonomii lidské bytosti při těsném kontaktu s pomáhající osobou. Bazální stimulace dává možnost alespoň trochu poodhalit některá z tajemství lidského života, případně pomáhá některé z nedokonalostí napravit.“

V teoretické části bakalářské práce jsme se snažili objasnit pojem bazální stimulace, poukázat na její historii a vývoj. Nadále jsme se snažili poukázat na to, jak lze v ošetrovatelské praxi a při práci sester bazální stimulaci uplatnit. V poslední části jsme se zabývaly popisem a objasněním prvků základních i nadstavbových, které lze využít v ošetrovatelském procesu kdykoliv a kdekoliv. Stačilo by pouze chtít, mít trochu trpělivosti, pozornosti a ochoty pomáhat.

V praktické části bakalářské práce jsme se zabývali kazuistikou pacientky hospitalizované na oddělení INT JIP a uplatnění některých prvků bazální stimulace v ošetrovatelském procesu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce jsme stanovili následující cíl:

Cíl 1: Přiblížit koncept bazální stimulace a jeho vývoj v současné době.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce jsme stanovili následující cíl:

Cíl1: Snaha o přiblížení a zapojení prvků bazální stimulace v ošetrovatelském procesu.

Vstupní literatura

Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: *sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*, 2009. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 978-80-254-5815-0.

FRIEDLOVÁ, K., 2003. *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. Ročenka intenzivní medicíny. Praha: Galén s. 313 – 316. ISBN 80-7262-227-7

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

Popis rešeršní strategie

Pro bakalářskou práci s názvem „Bazální stimulace v ošetrovatelské péči“ byly vyhledávány odborné publikace, články a periodika se zaměřením na využití základních a nastavbových prvků v ošetrovatelské péči. Vyhledávání proběhlo v časovém rozmezí říjen 2015 až březen 2016. Pro vyhledávání byly využity elektronické databáze Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, vyhledávač Google a online verze periodika Sestra a Diagnóza.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém ARO, bazální stimulace, JIP, ošetrovatelská péče, pacient. V jazyce anglickém byly těmito slovy ARD, Basal Stimulation, ICU, Nursing, Patient.

Hlavním kritériem pro zařazení odborných publikací a článků byla komptabilita se zadáním práce a stanovenými cíli.

Vyřazovacími kritérii bylo duplicitní nalezení publikací, obsahová nekomptabilita se stanovenými cíli, využití v neonatologii, u mentálně postižených nebo v paliativní péči, se kterými se nejméně setkáváme na oddělení ARO, JIP.

Pro zpracování bakalářské práce byla využita jedna monografie, jedna vysokoškolská práce a sedm článků uvedených v odborných periodikách.

1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Pro poskytování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče je jednou z možností využití bazální stimulace, která usnadňuje navázání komunikace s pacientem a pochopení jeho strastí a potřeb.

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání“ (FRIEDLOVÁ, 2007, str. 19).

Základním pilířem bazální stimulace bylo zachování holistického přístupu k pacientům a respektování jejich nezávislosti. Každý pacient je osobnost s určitými vlastnostmi, zkušenostmi, historií a individualitou, kterou se tělesně i duševně projevuje.

Vnímání, pohyb a komunikace jsou základními elementy bazální stimulace, bez kterých by náš organismus nemohl správně fungovat, vzájemně se doplňovat a ovlivňovat. Tyto tři elementy se vyvíjely již v prenatálním období. Pokud nastala nenadálá životní situace a pacient zapomněl nebo nemohl vykonávat určitou činnost, bylo možné cílenou stimulací opět aktivovat mozek tak, aby došlo znovu k vybavení si vzpomínek a činností, které se vyvinuly ještě před jeho narozením. Prof. Fröhlich uvedl, že každý pacient je osobnost, která potřebuje někoho, ať už zdravotníky, rehabilitační ošetrovatele nebo rodinu k tomu, aby mu pomohli znovu objevit svět. Také potřebuje někoho, kdo by byl schopen mu porozumět beze slov a zajistil by naplnění jeho tužeb, potřeb a přání (FRIEDLOVÁ, 2007).

Při poskytování bazální stimulace bylo potřeba přizpůsobit se každému jedinci jako individuální bytosti v závislosti na věku, zdravotním stavu a aktuálním potřebám. Ze stran zdravotníků a pečovatелů by bylo tak poskytováno kvalitní, individuální, profesionální, účinné a lidské péče (FRIEDLOVÁ, 2007).

1.1 VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace byl aplikován již u široké škály pacientů:

- pacienti hospitalizovaní na intenzivním lůžku po KPR, po úrazech mozku, v bezvědomí, u pacientů s diagnózou vigilního kómatu,
- pacienti imobilní, dlouhodobě upoutání na lůžko,

- pacienti s progresí neurodegenerativního onemocnění,
- pacienti trpící mentální retardací, pokročilým stádiem demence nebo u získaného kognitivního deficitu,
- pacienti v paliativní péči,
- pacienti s tělesným a smyslovým postižením,
- v neonatologii u předčasně narozených dětí, kdy se snaží podpořit jejich úspěšný psychomotorický vývoj (KALVACH et al., 2011).

1.2 CÍLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace byl navržen tak, aby se na ošetřovatelské péči mohlo podílet více odborníků z mnoha oblastí péče najednou. Do konceptu byli zahrnuti zdravotníci, pečovatelé, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, lékaři, speciální pedagogové a hlavně také rodina pacienta.

Bazální stimulace plnila od začátku svůj úkol na základě dodržování deseti základních cílů, které popsali prof. Fröhlich společně s prof. Bienstein ve své publikaci z roku 2003, a které díky postupu času, výzkumu a zkušenostem z praxe jen potvrzují účinnost, správnost a nezastupitelnou roli ve využívání konceptu.

Článek z časopisu „Diagnóza“ popisuje deset centrálních evropských cílů, které mají napomoci pochopit, o co se koncept bazální stimulace snaží, a jaké jsou jeho záměry:

- Podporuje vývoj a zachování důstojného života.
- Být schopen vnímat vlastní život.
- Snaha o navození pocitů důvěry a jistoty.
- Rozvíjení vlastního rytmu.
- Být schopen sám si uspořádat svůj život.
- Poznávat okolí a okolní svět.
- Navazovat nové vztahy.
- Umožnit to, aby život, věci a činnosti dávaly smysl.
- Umožnit samostatnost a zodpovědnost za svůj život.
- Objevovat svět a mít možnost se vyvíjet (FRIEDLOVÁ, 2012).

1.3 HISTORIE A VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

O vznik a rozvoj konceptu Bazální stimulace se zasloužil prof. Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval jako speciální pedagog v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl již od roku 1970. Středem jeho zájmu byla práce s dětmi, které trpěly vážným intelektovým a somatickým postižením. Během pěti let, při dokončování doktorandského studia, vypracoval koncept bazální stimulace. Podkladem pro vznik koncepce byly vědecké poznatky z anatomie, fyziologie, perinatální vývojové psychologie a neonatologie. Na základě toho se snažil o podporu a rozvoj komunikace v senzomotorické oblasti. Prvním impulsem pro vznik konceptu byla domněnka, že lze vzdělávat a vychovávat postižené děti tak, být schopné naučit se částečné sebeobsluže. Na podkladě pohybových nácviků prožít alespoň částečně kvalitní život s tím, že se naučily vnímat sebe a svého tělo (FRIEDLOVÁ, 2007), (DABROWSKÁ, 2014).

Do ošetrovatelské péče zahrnuje bazální stimulaci zdravotní sestra prof. Christel Bienstein již v 80. letech 20. století. Zabývala se od roku 1994 výzkumem v ošetrovatelství a působila na lékařské fakultě privátní univerzity ve Witten/Herdecke v Německu. Roku 2003 získala profesuru v oblasti výzkumu na univerzitě v Brémách. Jako první aplikovala koncept u pacienta ve vigilním kómatu a tím dokázala, že i v intenzivní medicíně by bylo možné dosáhnout vynikajících výsledků. Spolupracovala společně s Prof. Fröhlichem na vzdělání a výchově většího počtu nových lektorů, aby se zajistilo postupné začleňování konceptu do ošetrovatelské péče na více místech (FRIEDLOVÁ, 2007), (KALVACH et al., 2011).

1.4 SOUČASNÉ POSTAVENÍ KONCEPTU V ČR

V dnešní době se koncept bazální stimulace používal v široké oblasti zdravotnických zařízení. Popularitu si získal jak u nás, tak i v evropských státech. Snaha o zařazení vybraných prvků do ošetrovatelské péče neustále narůstá. V 70. a 80. letech se muselo o konceptu přesvědčovat a dokazovat, že fungoval. Nyní, v 21. století se již koncept bazální stimulace zařazoval a aplikoval do ošetrovatelské péče v mnoha zdravotnických, sociálních zařízeních i v domácnostech. Koncept byl využíván u lidí, kteří trpěli mentálním či tělesným postižením společně s poruchou vnímání, nebo se ocitli ve stavu vigilního kómatu¹.

¹ Specifický stav hlubokého bezvědomí, kdy pacient působí dojmem bdělosti (otevřené oči)

Do České republiky byl koncept zaveden PhDr. Karolínou Friedlovou. Pracovala jako zdravotní sestra v Rakousku a Německu, kde se poprvé setkala s konceptem bazální stimulace a postupem času ho začala sama využívat. Její snaha o poskytnutí dostatku informací a šíření informací do povědomí veřejnosti i odborníků ji dovedla k sepsání několika monografií, publikací a odborných článků. První publikovaný článek se objevil v časopise „Sestra“ z roku 2000 a první zmínka se objevila na multioborové konferenci v Olomouci (FRIEDLOVÁ, 2007).

V roce 2005 byl ve Frýdku-Místku založen Institut bazální stimulace, který zajišťoval výchovu nových lektorů v akreditovaných základních, nástavbových a prohlubujících se kurzech. Každý účastník má možnost vyzkoušet si prvky bazální stimulace sám na sobě. Poté lze aplikovat prvky do ošetrovatelské péče a řešit individuální problémy svých pacientů. V roce 2004 byl koncept bazální stimulace zahrnut do osnov učiva na středních zdravotnických školách v oboru Zdravotnický asistent (FRIEDLOVÁ, 2007), (KALVACH et al., 2011).

2 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Pro zahájení ošetrovatelského procesu je nezbytným prvním krokem zhodnocení stavu pacienta. „Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a umět ho doprovodit až na konec života“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 131).

Pokud se rozhodneme zařadit bazální stimulaci do ošetrovatelského procesu, je nezbytné pochopit, že každý pacient, kterého máme před sebou, je neobyčejnou bytostí se svou vlastní autonomií. Pokud tak budeme na pacienta pohlížet a pochopíme ho, tím jednodušší bude pro nás navázat s ním kontakt a společnou komunikaci.

Pokud byl pacient přijat do nemocnice k hospitalizaci, nachází se najednou v neznámém prostředí, ve kterém se musel přizpůsobit jinému dennímu rytmu a ztratil tak svou „pevnou půdu pod nohama“. Na základě toho mohlo docházet k neklidu, zmatenosti, někdy až agresi, nebo naopak nad svým zdravotním stavem rezignoval a nechal vše napospas osudu. V našich silách není možné přizpůsobit vše tak, abychom zachovaly celý harmonogram pacientova dne, ale můžeme vyvinout snahu mu alespoň trochu jít naproti a napomoci v přizpůsobení se. Veškeré zjištěné informace byly zaznamenány do dokumentace, která příslušela určitému zdravotnickému pracovišti.

„Porozumět biografii znamená nabídnout klientovi správná a srozumitelná opatření“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 132). Aby byl náš cíl dosažený s co možná nejlepšími výsledky, bylo nutné odebrat biografickou anamnézu, ať už od pacienta (pokud to jeho zdravotní stav dovolí), příbuzných nebo přátel. Musí se počítat s tím, že veškeré informace nelze získat ihned, ale až postupem času, kdy už došlo k získání plné důvěry jak pacienta tak příbuzných. Důležitou součástí byla edukace pacienta a opakování již naučených činností.

Informace z oblasti tělesných, sociálních a psychologických jsou důležitou součástí bazální stimulace, jako např.:

- jak pacient žil, s kým a kde, jaká je jeho sociální situace a kde pracuje,
- zda se věnuje nějakému druhu sportu, jaké má koníčky,
- jaká je jeho povaha (extrovert x introvert),
- zda měl problémy se sluchem, zrakem, mluvou,

- jaký byl jeho normální všední den,
- jaká je jeho lateralita (pravák x levák),
- jaké jsou jeho hygienické návyky, které používá pomůcky, parfémy, vůně,
- návyky, rituály při usínání, spaní, probouzení se,
- co má a nemá rád,
- oblíbené jídlo, pití,
- oblíbená hudba, pořad, seriál, kniha,
- oblíbené předměty, suvenýry,
- co dělá, když má bolesti,
- co dělá, aby se cítil dobře,
- veškerá ostatní sdělení, která považuje rodina (pacient) za důležité,
- dále otázky, které dle kreativity každé sestry jsou pro ni důležité (FRIEDLOVÁ, 2007), (TÓTHOVÁ, 2014).

Pokud budeme mít nasbírané veškeré potřebné informace, můžeme zahájit ošetrovatelský proces se zaměřením na individualitu pacienta a využití prvků bazální stimulace.

3 BAZÁLNÍ STIMULACE V PRÁCI SESTRY NA JIP A ARO

Dnešní doba s sebou nese mnoho nenadálých situací, se kterými se musí každý zdravotnický pracovník potýkat. Důležitou součástí práce sester na odděleních ARO a JIP je celoživotní systém vzdělávání v podobě kurzů, přednášek, konferencí a předávání si vlastních zkušeností. Intenzivní medicína poskytuje pacientům vždy komplexní a zároveň individuální péči, která je přizpůsobena vždy konkrétní chvíli, situaci a zdravotnímu stavu, ve kterém se pacient momentálně nachází. Přihlíženo musí být vždy k diagnóze pacienta (KAPOUNOVÁ, 2007).

Při přijetí pacienta na oddělení musí personál zajistit základní životní funkce, do kterých se řadí dýchání, krevní oběh, výživa, sebekůže, vyprazdňování. Zároveň by mělo být na pacienta pohlíženo jako na celek s jeho vlastními potřebami a vlastním stylem komunikace. Dalším bodem zájmu by měl být zajištěn pocit bezpečí pacienta. „Taková to ošetrovatelská péče, jež umožňuje pacientovi integraci do současného života s maximálním přihlédnutím a využitím jeho dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jeho budoucí životní potřeby, je péče vysoce profesionální, kvalitní a humánní“ (FRIEDLOVÁ, 2003, s. 313). Každý pacient má nárok na takovou péči, která bude vycházet z nejnovějších vědeckých poznatků a každá intervence by měla být spojena se stimulací pacientových smyslů. Každému pacientovi by mělo být poskytováno alespoň tolik stimulů, kolik jich čerpal ještě před hospitalizací.

Na JIP a ARO byli nejčastěji hospitalizovaní pacienti, u kterých byla komunikace ztížena, došlo k poruše vědomí, nebo se jinak porušilo vnímání společně se změnou zdravotního stavu. Pacienti v kómatu, se zavedenou tracheostomickou kanylou, s poruchou tělesné hybnosti a dnes i geriatričtí pacienti, jsou vždy velice nároční na ošetrovatelskou péči. Pro zdravotníky mohou být jejich osudy mnohdy psychicky velmi náročné. Nesmí se zapomínat na to, že i stav bez reakce a vývoje jakékoliv činnosti, může znamenat určitou formu chování pacienta. Vždy byly vyžadovány dobré pozorovací schopnosti zdravotního personálu, protože zaznamenávání i minimálních změn chování pacienta, ať už to byla změna frekvence dýchání, sekrece potu, pokyvování hlavou, mrknutí oka, pohnutí prstů, nebo každá jiná netypická činnost pro konkrétního pacienta (KAPOUNOVÁ, 2007), (UCHYTILOVÁ, 2014).

Výhodou konceptu bylo uvedeno, že není potřeba žádných nákladných ani speciálních pomůcek nebo přístrojů. Proto si našel svoji nezastupitelnou roli a oblibu v ošetřovatelství. Zdravotnická péče u pacientů na JIP a ARO byla a bude vždy nákladná a každý další výkon s sebou nese finanční zátěž. Proto každé pracoviště uvítalo minimální finanční zátěž při zahrnutí konceptu do péče. Stačilo využít dostupné prostředky z oddělení, např.: polohovací pomůcky, kuličkové hady, deky, polštáře, křesla pro kardiaky, rádia a hlavně pomůcky pacienta, které po domluvě s rodinou sami dopraví do nemocnice. Stačí pouze personál, který bude ochotný absolvovat certifikované kurzy, najde pochopení, chuť k práci a spolupracující ochotné kolegy, kteří se na ošetřovatelské péči též podílejí a jsou nedílnou součástí celistvosti (FRIEDLOVÁ, 2007).

„Ošetřovatelská péče dle konceptu Bazální stimulace® je péče vysoce profesionální, vycházející z individuálních potřeb pacienta, zohledňuje maximálně jeho životní návyky a jeho jedinečnost a poskytuje mu pedagogickou podporu v běžných denních činnostech“ (BAZÁLNÍ STIMULACE, 2015).

Nejnáročnější částí při integraci konceptu bylo pochopit individualitu pacienta, potřeby, styl dorozumívání a komunikace. S tím napomohla vždy kvalitně odebraná anamnéza před začátkem aplikace prvků bazální stimulace do péče. Anamnéza napomohla integrovat část pacientových návyků, zkušeností, koníčků do péče a tím ošetřovatelskou péči zkvalitnit. Pokud bylo pochopeno a přizpůsobeno se pacientovi v jeho dosavadním životním rytmu společně se zapojením rodiny, bylo také umožněno pacientovi, aby prožil primární životní požitky a i nadále se vyvíjel. Což v našich silách, z pohledu zdravotnického personálu je a stačí pouze chtít (BAZÁLNÍ STIMULACE, 2015)!

4 PRVKY ZÁKLADNÍ BAZÁLNÍ STIMULACE

Mezi prvky základní bazální stimulace byla zařazena stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Pro správný výběr a aplikaci prvků do ošetrovatelské péče bylo potřeba mít na paměti různé vývojové stupně vnímání. Somatickému vnímání jsme se naučily již koncem 8. týdne prenatálního vývoje. Na podkladě somatického vnímání se vyvíjelo vnímání taktilně-haptické a orální. Plod se naučil vnímat za pomoci tlaku stěny dělohy, plodové vody, kterou cítil na svém tělíčku a následkem pohyblivosti uvnitř matčina těla. Jako další byly významné vibrace vydávané v podobě vlnění matčina hlasu a chvění, které s sebou přineslo pulzování srdce a aorty na děložní stěnu, společně s peristaltikou žaludku a střev. Od 16. týdne plod zpracovával vestibulární podněty (FRIEDLOVÁ, 2007).

Všechny tyto stimulační intervence se odvíjí od dokonalé znalosti pacientovi biografie a spolupráce rodiny. Nelze říci, že se bazální stimulace zabývá péčí o nemocné, ale spíše o vysoce způsobilý pokus o to, poskytnou nemocnému vhodné stimuly na základě navázání na jeho životní rytmus a nenadálou životní situaci (FRIEDLOVÁ, 2011).

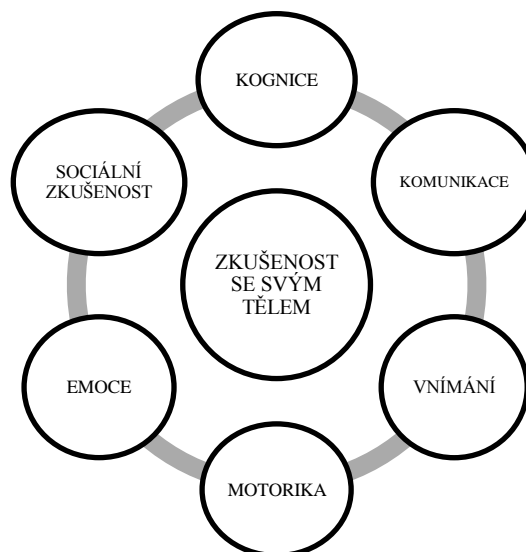
4.1 SOMATICKÁ STIMULACE

Somatická stimulace se zabývala snahou poskytnout pacientovi možnost vnímat signály a vjemy, které mu přineslo jeho vlastní tělo. Podporováno je vnímání povrchu těla prostřednictvím citlivosti kůže, pohybů svalů, kloubů a těla jako celku. Na tomto základě bylo možné vnímat své okolí a nalézt znovu komunikaci s vlastním tělem. Největší komunikační složkou je dotek. Efekt doteku závisí na intenzitě a kvalitě provedení. Při provádění technik somatické stimulace (uvedeny níže) jsou zapojovány a využívány mechanoreceptory, které zajistí, aby docházelo k vnímání dotyku a tlaku, vibrací a lechtání po těle. Termoreceptory zajistí vnímání teplotních změn a reakce na ně (FRIEDLOVÁ, 2007), (MALÍKOVÁ, 2011), (FRIEDLOVÁ, 2010c).

4.1.1 VNÍMÁNÍ TĚLESNÉHO SCHÉMATU

Každý člověk, ať už zdravý či nemocný, měl svoje určité vývojové vlastnosti, na kterých budoval svoji osobnost a nacházel si postavení ke svému tělu a naučil se s ním komunikovat. Tyto vlastnosti se vyvíjely u každého jedince již v prenatálním období. Správný vývoj vede k základům sebeuvědomění, od početí po porod, a k přijímání stimulů po narození (FRIEDLOVÁ, 2007).

Prof. Fröhlich společně s psychologkou U. Haupt popsal sedm oblastí vývoje, které se zaměřují na osobnost jedince. Těchto sedm oblastí stojí vedle sebe v jedné rovině a společně se vyvíjejí. Jedna druhé jsou si rovny a žádná z nich není nadřazena té druhé. Hlavním bodem, ze kterého vycházíme po celý život, je zkušenost se svým vlastním tělem.



Zdroj: FRIEDLOVÁ, 2007

Obrázek 1 Zkušenost se svým tělem

Aby naše vnímání mohlo správně pracovat, je důležité, aby došlo k uvědomění si vlastního obrazu těla, a to na základě zrakové kontroly a vestibulárního vnímání, které upozorní na změnu polohy a pohybu. Důležitou součástí byl vždy doprovod sensorického vnímání. Pro správný vývoj bylo potřeba **vnímat – pohybovat se - komunikovat**.

Prof. Fröhlich popsal tělesný obraz jako: „Tělesný obraz je osobní forma tělesného schématu – mé nohy jsou tak a tak dlouhé, jdu vzpřímeně. Tělesný obraz se mění velmi pomalu, např. hemiplegičtí pacienti potřebují týdny, než si představí svůj tělesný obraz

do reality“ (FRIEDLOVÁ, 2007, str. 66). Pokud dojde následkem neurologického postižení k výpadku vnímání tělesného schématu, bylo narušeno i vnímání tělesného obrazu (FRIEDLOVÁ, 2007), (KALVACH et.al., 2011).

4.1.2 INICIÁLNÍ DOTEK

Doteky jsou základní lidskou schopností, a umožňují vnímat impulsy přicházející z vnějšího prostředí. Zároveň pomocí doteků bývá umožněno komunikovat a poznávat okolní svět (FRIEDLOVÁ, 2011).

Iniciální dotek, neboli také dotek cílený, je metoda, která sloužila k předcházení pocitům nelibosti, strachu a nejistoty u pacientů. Vždy bylo zvoleno místo na pacientově těle (nejčastěji ruka, paže nebo rameno), které poskytlo pacientovi informaci a zbystřilo jeho smysly, kdykoli se ocitl někdo v jeho blízkosti. Zároveň došlo k udání informace, že bude vyvíjena aktivita. Dotek musel být proveden jak před zahájením činnosti, tak zároveň ihned po jejím ukončení. Měl by být zřetelný, za využití přiměřeného tlaku a současně doplněn i verbálně. Velmi často bylo využito označení pacientova lůžka cedulí, na které bylo popsáno místo iniciálního doteku, a osoba která se na péči podílela (FRIEDLOVÁ, 2007).

Pravidla správného doteku zajistí, abychom předešli nepříjemným pocitům a obranným reakcím pacientova organismu.

- Snaha o omezení doteků letmých, krátkodobých, chaotických a rušivých.
- Pokud spěcháme, neměli bychom se pacienta dotýkat vůbec, poté mu jsou poskytovány nejasné informace.
- Snaha o zachování klidu a o provádění doteků celou plochou ruky a s vyvíjením dostatečného tlaku.
- Pozor dávat na to, kolik páru rukou se nachází na pacientově těle (nemělo by být více jak jeden pár).
- Důležitost se klade na iniciální dotek (FRIEDLOVÁ, 2007).

4.1.3 ZKLIDŇUJÍCÍ STIMULACE

Somatická zklidňující stimulace byla integrována do každodenní ošetrovatelské péče kdykoliv během dne a aplikovat ji může každý, kdo se podílí na péči o pacienta.

Ze stran fyzioterapeutů je péče zaměřena na vnímání vlastního těla a pohybu. Ze strany lékaře byla využita k dorozumění se s pacientem, aby je sestra mohla využít pro pozorování změn na pacientovi.

Ošetřující sestrou byla nejčastěji aplikovaná **zklidňující koupel**, díky které se s pacientem sblížila a komunikovala. Koupel byla nejčastěji aplikována u pacientů na intenzivním lůžku, kteří byli v bezvědomí, byli neklidní, úzkostní nebo hyperaktivní až agresivní. Koupel lze také aplikovat u pacientů, kteří trpěli poruchami spánku, demencí, Alzheimerem nebo Parkinsonem. Pro co možná největší účinnost je nutné mít nasbíráno dostatek informací o pacientovi, včetně aktuálního zdravotního stavu, protože každý den není stejný a není možné vycházet z toho, co bylo včera.

Před zahájením koupele byl pacient informován o tom, co se právě bude dít. U pacientů, kteří nejsou schopni vstřebat informace, které jim poskytujeme, bylo doporučeno zapojit do péče iniciální dotek (viz výše kap. 4.1.2). Pro správnou reakci těla bylo nutno vyslat správné signály. Ruce by se měly pohybovat ve směru chlupů, protože správné dráždění nervových pletení na koženi chlupu vyvolalo správnou reakci v mozku. Reakci mohla sestra vypožorovat při změně tepové frekvence, tlaku pacienta, změně charakteru dýchání, při zvýšeném pocení, kašli nebo zvýšené střevní peristaltice. U pacientů na jednotce intenzivní péče usnadňovalo pozorování napojení pacienta na monitory, které snímají jeho základní životní funkce (FRIEDLOVÁ, 2011).

Využití a rozmanitost koupelí byla široká. Koupel mohla být prováděna jako celková nebo pouze částečná, vždy bylo k pacientovi přistupováno individuálně. Koupel se začínala od obličeje, kdy na obou stranách jsme obkreslily žínkou rysy tváře a postupováno bylo směrem dolů k hrudníku. Vždy jsme pacientovi vyčlenily přiměřeným tlakem hranice na těle, aby on se mohl orientovat a poznávat. Horní a dolní končetiny byly obkreslovány po celé délce obvodu a také každý prst zvlášť. Aby byla koupel účinná, bylo důležité vyčlenit si dostatek času, společně s vhodným prostředím a přiměřenou okolní teplotou. Koupel by neměla být uspěchaná. Důležitost byla kladena na neustálý kontakt a komunikaci s pacientem. Nejvhodnější pro pacienta by bylo, provádět koupel pouze jednou osobou! Na intenzivním lůžku bylo ke koupeli potřeba více osob z důvodu většího množství přístrojů a kabelů. Je potřeba věnovat pozornost pouze pacientovi nikoli debatování mezi sebou (FRIEDLOVÁ, 2007), (FRIEDLOVÁ, 2011)!

4.1.4 POVZBUZUJÍCÍ STIMULACE

Povzbuzující stimulace má vesměs stejnou podstatu jako stimulace zklidňující. Taktéž se využívají koupele, které mají za následek zvýšení úrovně pozornosti nebo vědomí pacienta. Zvyšuje se svalový tonus, podporuje se aktivita pacienta a vnímání vlastního tělesného schématu. Využívají se koupele s nižší teplotou vody, aby tělo lépe reagovalo. Stimulaci provádíme po obvodu těla a proti růstu chlupů (FRIEDLOVÁ, 2007).

4.1.5 NEUROFYZIOLOGICKÁ STIMULACE

Neurofyziologická stimulace byla využívána u pacientů, kteří trpěli poruchou hybnosti jedné poloviny těla. „Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu“ (FRIEDLOVÁ, 2007, str. 83). Stimulace spočívala v upozornění pacienta na uvědomění si zdravé končetiny (strany) a současně byla aplikována somatická stimulace (viz kapitola 4.1). U neurofyziologické stimulace bylo důležité, aby pacient veškeré dění na svém těle mohl sledovat. Vyzkoušený a v praxi využívaný způsob u této stimulace bylo za využití zrcadel, u kterých mohl pacient pozorovat jak sebe, tak i personál při práci.

Neurofyziologická stimulace byla využívána u pacientů po traumatech, cévních mozkových příhodách - nejvhodnější byla aplikace u pacientů s hemiplegií a u dětí s mozkovou obrnou nebo vrozenými vadami pohybového aparátu. Vycházet bylo možné také z poznatků manželů Bobathových, kteří se zabývaly uvědomováním si postižené končetiny (strany těla), vyvoláváním vzpomínek na již naučené pohyby a celkovým osamostatněním pacienta. Somatická stimulace byla zahájena vždy na zdravé končetině (straně) a poté bylo plynule přecházeno na stranu postiženou. Vždy bylo potřeba zaměřit se na zvýraznění středu těla. Na závěr byla prováděna stimulace obličeje (FRIEDLOVÁ, 2007).

4.1.6 POLOHOVÁNÍ

Součástí péče o částečně soběstačné nebo nesoběstačné pacienty bylo i zajištění jejich pohodlí při upoutání na lůžku. Pokud se nemohl pacient hýbat sám a nalézt si polohu v lůžku, která by mu vyhovovala, bylo nutné mu napomoci, aby nedocházelo ke ztrátám pocitu bezpečí a nedostatečného vnímání hranic svého těla. Při správném

polohování bylo předcházeno stavům dezorientace, následným pádům z lůžka a zároveň byl podporován psychomotorický vývoj. Zapojením somatického a vestibulárního vnímání, bylo pacientovi umožněno sledování okolí z jiného úhlu (FRIEDLOVÁ, 2011).

Při dlouhodobém upoutání na lůžko s nedostatečným přísunem podnětů z okolí a málo vyvíjenou pohybovou aktivitou, docházelo k nedostatečnému přísunu informací k pacientovi a nastaly problémy s orientací na vlastním těle a uvědomováním si sebe sama. Tento proces nazval prof. Fröhlich jako degenerativní habitaci². Pokud pacient upadl do takového stavu, může docházet k úplné pasivitě bez reakcí, nebo naopak ke stavům zmatenosti až agrese, což vedlo k prodloužení hospitalizace a následným komplikacím (FRIEDLOVÁ, 2007).

Při každé změně polohy bylo důležité brát ohled na komfort a pohodlí pacienta. Každý pacient měl jiné návyky při usínání a zaujímání polohy. Abychom dopřáli pacientovi pohodlí, bylo důležité nasbírat informace od rodiny nebo pacienta a vždy vyžadovat zpětnou vazbu. Správným polohováním bylo zabráněno vzniku deformit, svalových kontraktur a také nejčastějšímu problému u dlouhodobě ležících, dekubitům. Vhodnou stimulací mohla být i minimální změna při pokrčení nohou, zkřížení rukou na hrudi, propletení prstů. Využíváno bylo nejčastěji polohovacích pomůcek nebo polštářů a tím bylo zabráněno vzniku patologických pohybových vzorců (HÁNÁK et al., 2011).

Nejčastěji využívanou polohou byla poloha „**hnízdo**“, kdy docházelo k vnímání vlastního tělesného schématu, navození pocitu libosti a jistoty. Principem této polohy bylo uvést pacienta do polohy, kterou právě vyžaduje (záda, bok, břicho, sed) a vypodložit ho potřebnými pomůckami, které jsme měli při práci dostupné. Při získání anamnézy od rodiny jsme zjistili, zda je pacient zvyklý na přikrývku až ke krku nebo pouze na přikrytí dolních končetin či vůbec. Využití této polohy bylo široké. Využití našla u neklidných a zmatených pacientů, při odpočinku, po náročných vyšetřeních, po koupeli, v noci ke zklidnění a u pacientů v kómatech, kteří mohou trpět spasticitou. Tato poloha byla označována jako komfortní (FRIEDLOVÁ, 2011).

Polohování do pozice „ **mumie** “ bylo druhou nejvíce využívanou metodou. Vhodné bylo aplikování polohy u neklidných až agresivních pacientů nebo u pacientů ve

² Habitace = naučení jednoduchého podnětu, který napomůže soustředit se a selektovat pozornost

vigilním kómatu. Princip spočíval v zabalení celého pacienta prostěradlem nebo dekou. Začínalo se balení od dolních končetin vzhůru, kdy horní končetiny se nechaly spočívat volně na hrudníku, pacient tak mohl vnímat svůj dech a v případě nelibosti se z pozice uvolnit (FRIEDLOVÁ, 2007), (PLACHÁ, 2014).

Polohu hnízdo i mumii lze vzájemně kombinovat a doplňovat. Společně byly nejčastěji využívány u dětí, které trpěli těžkou mentální retardací v kombinaci společně s canisterapií.

4.1.7 MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ

Dýchání je proces, při kterém dochází k výměně kyslíku a oxidu uhličitého mezi organismem a vnějším prostředím. Tento proces je pro život nezbytný a umožňuje přijímat informace o somatické a psychické aktivitě. Pokud pacient nemohl správně dýchat, nemohl mít dostatek energie a síly pro uzdravení. Masáží bylo dosaženo pravidelného dýchání, dostatečné hloubky dechů a celkovému zklidnění pacienta (FRIEDLOVÁ, 2011).

Masáž stimulující dýchání se často prováděla v oblasti zad, která byla významnou nonverbální komunikační složkou mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Ošetřující sestra měla položené ruce na pacientovi hrudníku a tím mu napomáhala při nádechu i výdechu. Klidné a symetrické pohyby rukou ošetřujícího personálu navodily u pacienta pocity jistoty a bezpečí. Pokud došlo ke stejnému naladění dechové frekvence a rytmu dýchání mezi provádějí sestrou a pacientem, byla masáž úspěšná a došlo ke zklidnění a uvolnění pacienta (FRIEDLOVÁ, 2007), (FRIEDLOVÁ, 2011).

Masáž byla nejčastěji prováděna u pacientů, kteří měli potíže s nepravidelným dýcháním, nebo se objevily potíže s usínáním. Zároveň také u těch, kteří trpěli bolestí, stavy neklidu, agrese nebo se u nich projevil depresivní syndrom. Masáž byla také aplikována u pacientů s degenerativními změnami v mozkové činnosti nebo došlo-li u nich ke změnám vnímání sebe samé, nejčastěji po sdělení maligní diagnózy. Velice výhodné využití se našlo u pacientů, kteří byli odpojeni od UPV a potřebovali od nás další podporu, aby se naučili znovu správně sami dýchat (FRIEDLOVÁ, 2007), (FRIEDLOVÁ, 2011).

4.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE

Význam vestibulární stimulace byl nalezen v jedinečné příležitosti povzbuzovat lidský mozek společně s mozkovou činností. Díky vestibulární stimulaci bylo možné objevovat a nalézat pohybové a komunikační aktivity pacienta, které zapomněl následkem nemoci nebo úrazu. Využíváno bylo paměťových drah v mozku, ve kterých se nacházely aktivity zažité a uchované z období ještě před narozením. Společně s činnostmi, které byly naučeny v dosavadním životě.

Vestibulární stimulace našla své využití u pacientů s omezenou pohyblivostí. Zdravý člověk dostal stimuly z různých oblastí pohybů každodenních činností, nemocný člověk měl tyto možnosti omezené, a proto byla důležitá naše pomoc. Každodenní kontakt sester s pacientem nalezlo široké spektrum možností, jak lze pacienta stimulovat. Využito bylo kontaktu pacienta a sestry. Další možnost lze nalézt ve využití různých polohovacích pomůcek, vaků a sítí. Vždy by záleželo na kreativitě pracoviště a chuti personálu. Díky vestibulární stimulaci na podkladě minimálních pohybů a změn polohy hlavy, bylo pacientovi umožněno vnímat lineární, rotační i statické pohyby. Pokud byly pohyby provedeny správně, mohla vestibulární stimulace pacientovi poskytnout cenné informace. Informace byly poskytnuty o změně polohy díky pohybům endolymfy, a tím byl pacient připraven na mobilizaci a postavení se v prostoru. Nejeфекtivnější výsledek se našel v oblasti zvýšeného svalového napětí. Pokud nebyl pacient dostatečně stimulován, mohlo dojít při změně polohy ke kolapsu, nauze nebo snížené orientaci v prostoru (FRIEDLOVÁ, 2010b), (DABROWSKÁ, 2014).

Výhodu lze vidět i v provedení stimulace, kde u ležících pacientů stačilo provést nepatrné rotační pohyby hlavou ze strany na stranu. Při zapojení rodiny do stimulace mohlo být využito jejich síly a pohybu, kdy jeden z pečujících seděl za pacientem, objímal ho a prováděl s ním houpavé pohyby. V některých zdravotnických nebo sociálních zařízeních se využívaly také závěsné houpačky, vaky nebo křesla. U dětí bylo vyzkoušeno a osvědčeno využití trampolín (FRIEDLOVÁ, 2007).

4.3 VIBRAČNÍ STIMULACE

Vibrační stimulace sahala již do období prenatálního, kdy plod vnímal vibrace přes děložní stěnu matky, která se díky nárazovým zvukovým vlnám chvěla. Plod vnímal zvuk hlasu matky, tlukot jejího srdce, její střevní a zažívací peristaltiku. Všechny tyto

stimuly si uchovával hluboko ve své mysli i po narození a zdravotníci s nimi mohli díky bazální stimulaci znovu pracovat (FRIEDLOVÁ, 2010a).

Vibrační stimulace byla aplikovaná na základě stimulování kožních receptorů společně s proprioreceptory, které stimulovaly hluboké receptory citlivosti a napomáhaly k uvědomování si sebe sama. Stimulace zprostředkovávala intenzivní vjemy ve směru od periferie dovnitř těla. Hluboké receptory se nacházely ve svalech, šlachách, vazivech kostí a kloubů. Vibrace způsobily, že pacient vnímal intenzivněji vjemy, které přišly z jeho těla. Vibrační stimulace byla nejvíce využívána u pacientů, kteří trpí mentální retardací, nacházeli se ve stavu vigilního kómatu, ale také našla své využití jako příprava před vertikalizací nebo započítím pohybu. Aby byla stimulace co nejvíce účinná, bylo možno využít vibrační pomůcky nebo provádět stimulaci manuální, kterou integrujeme do péče jako celkovou koupel. Možné je také využití hudebních nástrojů nebo tónů vlastního hlasu (FRIEDLOVÁ, 2007), (DABROWSKÁ, 2014).

Vibrační stimulace sloužila také jako preventivní opatření, aby nedošlo k imobilitě u pacientů, kteří byli delší dobu upoutáni na lůžko následkem úrazu nebo zhoršení zdravotního stavu (FRIEDLOVÁ, 2010a).

5 PRVKY NADSTAVBOVÉ BAZÁLNÍ STIMULACE

Mezi prvky nadstavbové byla zařazena stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická, taktilně-haptická.

5.1 OPTICKÁ STIMULACE

Pro poznávání okolního světa a prostředí, orientování se v prostoru a čase bylo důležitou součástí používání zrakových a sluchových vjemů. Ty umožnily pacientům poznávat nové lidi, předměty, dodávaly nám schopnost učit se a cítit jistotu. Každý pacient, a zvláště upoutaný delší dobu na nemocničním lůžku, mohl pociťovat strach a úzkost z neznámého prostředí. V našich silách bylo integrovat něco známého do prostředí, ve kterém se v danou chvíli nacházel (fotografie, barvy, předměty). Aby mohlo dojít k účinné stimulaci, bylo důležité znát pacientovu anamnézu. Co rád dělal, na co se rád díval, zda měl ve své blízkosti něco, co uviděl ihned po probuzení a dle toho se snažit uzpůsobit mu vše tak, aby se veškeré stimuly nacházely v jeho zorném poli. S každou změnou polohy se měnilo i zorné pole pacienta (MALÍKOVÁ, 2011).

Aby měl pacient správné informace, bylo důležité dodávat pacientům stimuly, aby rozlišovaly den a noc. Pozor se muselo dávat na jednotkách intenzivní péče, kde musel být provoz neomezený. V každém případě záleží na kreativité personálu, jak zabezpečil dodržování nočního klidu (zatažení žaluzií, zhasnutá světla, zástěny u lůžka). Pokud se personál rozhodl využít fotografie nebo obrázky, bylo nutno dbát na to, aby pacient měl vše v dostatečné velikosti, barevnosti a pokud využíval zrakové pomůcky či pomůcky k poslechu, měl by je mít vždy u sebe. Pozor na dávkování stimulů, aby nebyl pacient příliš nevyčerpán. Díky stimulaci byla aktivovaná mozková činnost a pacientovy vzpomínky. Pokud si personál našel čas a chuť, mohl i on s pacientem pracovat a pobízet ho k popisům a vyprávění z obrázků. Mnohdy se i zdravotník mohl z životních příběhů pacientů velmi poučit (FRIEDLOVÁ, 2007).

5.2 AUDITIVNÍ STIMULACE

Princip auditivní stimulace byl nalezen v tom, že umožňoval komunikovat s pacientem pomocí aktivovaných paměťových stop a vzpomínek, které byly uloženy v mozku na podkladě sluchu. Pomocí sluchové stimulace bylo umožněno orientovat se v prostoru a čase, navázat kontakt s okolím, rozvíjet své myšlenkové pochody nebo

získávat informace o své osobě a svém těle, popřípadě zabezpečit pocity jistoty a schopnost učit se (DABROWSKÁ, 2014).

Využití auditivní stimulace bylo široké, záleželo vždy na kreativitě personálu a kvalitně odebrané anamnéze. Využívala se hudba, kterou měl pacient rád, čtené knihy nebo pouze vlastní řeč. Vhodné bylo integrovat do péče rodinu, která svým vyprávěním příběhů a příhod mohla být velkým přínosem (MALÍKOVÁ, 2011).

5.3 ORÁLNÍ STIMULACE

Ústa byla charakterizovaná jako velmi intimní a zároveň nejcitlivější zóna každého jedince. Díky chuťovým buňkám a pohárkům bylo možné vnímat různé vjemy a druhy chutí, které přišly z okolí. Díky chuťové stimulaci byl navozen s pacientem kontakt a bylo nám umožněno společně komunikovat a podporovat své paměťové stopy. Každá sestra v rámci denních činností pečovala o hygienu dutiny ústní a tím pádem měla možnost sledovat každý den stav a čistotu úst. Sledováno bylo vysychání dutiny ústní s následkem nedostatečné produkce slin (př. afty, ragády, záněty). Vše bylo podřízeno zjištěné anamnéze. Nutné bylo zjistit, jaké tekutiny měl pacient rád a na jaké prostředky k péči o dutinu ústní byl zvyklý. Orální stimulaci bylo vhodné zapojit do péče u všech pacientů, kteří trpěli zvýšeným svalovým tonem, mentální retardací nebo se nacházely ve stavu vigiliálního kómatu (FRIEDLOVÁ, 2007), (MALÍKOVÁ, 2011).

5.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE

Olfaktorická stimulace byla integrovaná do péče na podkladě známých vůní a pachů, které vyvolaly u pacientů dané vzpomínky. „Propojení čichových drah s limbickým systémem má velmi úzký vztah k citovému zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopě“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 126).

Důležitou součástí stimulace byla jako vždy kvalitně odebraná anamnéza, abychom předešli stavům nelibosti a následně nedocházelo ke stavům, kdy se při další stimulaci zvýšil svalový tonus v oblasti úst natolik, že již nebylo možno do úst proniknout. Využit lze u pacientů po úrazech mozku, ve stádiu vegetace.

Při olfaktorické stimulaci byly využity vůně pacientovi známé. Každá sestra mohla využít při toaletě pacientovy osobní toaletní potřeby, na které je z domova zvyklý, deodoranty, které používal nebo parfémy. Aby docházelo k zvýšené stimulaci čichu a

pacient se mohl adaptovat na jemu známé podněty, bylo možné využít i vůně či pachy ze zaměstnání, koníčků nebo vůně oblíbených jídel. Olfaktorické podněty by neměli být nabízeny pacientovi pořád dokola, mohlo by dojít k návyku a jejich efekt by nebyl již tolik účinný. Vhodnou kombinací bylo také využití olfaktorické stimulace společně s optickou nebo taktilně-haptickou (MALÍKOVÁ, 2011), (FRIEDLOVÁ, 2007).

5.5 TAKTILNĚ - HAPTICKÁ STIMULACE

Naše ruce byly vždy nástroj, který nám napomáhal rozpoznávat předměty a tím získávat zkušenosti, které byly ukládány do paměti na podkladě hmatu. Každá sestra se již ve své profesi určitě setkala s neklidnými nebo dementními pacienty, kteří měli své ruce v neustálém pohybu, noční košile se nacházela pořád mimo jejich tělo, byli neustále odkrytí a neustále se v lůžku zabývali močovými cévkami, invazivními vstupy, které jim nebyly vlastní a omotávali si je kolem sebe. Pro každou sestru byly tyto situace nepříjemné a pro pacienta velmi nedůstojné. Pro předcházení takovým stavům bylo vhodné si uvědomit, že každý z nás znervózněl, pokud něco neznal. I takto se k tomu stavěl pacient a na podkladě hmatu se snažil nové předměty rozpoznat. Pokud se tak nestalo, mohl být nervózní, nejistý, neklidný a touto cestou se snažil neznámého předmětu zbavit (DABROWSKÁ, 2014).

Ke stimulaci bylo možno využít mnoho osobních předmětů. V dnešní době, nejvíce všemi využívaný, mobilní telefon, pak klíče, talismany, předměty spojené s oblíbenou volnočasovou aktivitou, k osobní hygieně apod. Pokud byl pacientovi vložen známý předmět do rukou, aktivoval se pohyb končetiny a zároveň byla podpořena jemná motorika (FRIEDLOVÁ, 2007), (MALÍKOVÁ, 2011).

6 DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE

Kvalitní poskytování ošetrovatelské péče znamenalo a znamená, že každý zdravotnický pracovník vždy dodržoval určité standardy, postupy, doporučení a pravidla daného pracoviště. O navrácení alespoň částečné soběstačnosti pacienta se staral každý, ať už všeobecná sestra, zdravotnický asistent, fyzioterapeut nebo ošetrovatel. Zdravotní péče byla vždy poskytována dle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. Zabezpečeno bylo zajištění určité důstojnosti, pocitu jistoty, bezpečí a kvality dosavadního života.

Na stejném principu byl vytvořen koncept bazální stimulace, který poskytoval pomocí deseti základních doporučení rady, jak navázat s pacientem kontakt a jak s ním správně komunikovat při poskytování ošetrovatelské péče (FRIEDLOVÁ, 2006).



Zdroj: BAZÁLNÍ STIMULACE, 2015

Obrázek 2 Desatero bazální stimulace

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZA VYUŽITÍ PRVKŮ BAZÁLNÍ STIMULACE

Trendem dnešního moderního ošetřovatelství se stalo systematické hodnocení a zároveň plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. „Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň nemocného tak, aby se podporovala jeho nezávislost!“ (TRACHTOVÁ, 2013, str. 21)

Ošetřovatelský proces byl charakterizován jako metoda, návod, nebo série plánovaných činností a myšlenkových postupů, jak vést ošetřovatelskou péči. Moderní ošetřovatelství bylo zabýváno podporou a udržením zdraví, kdy byl pacient hlavním elementem ošetřovatelského procesu a podílel se aktivně při rozhodování v péči o své zdraví. Bylo uvedeno pět fází, které na sebe vzájemně navazovaly a současně by jedna bez druhé nemohly fungovat (TRACHTOVÁ, 2013).

7.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: žena

Rok narození: 1945

Věk: 71

Adresa trvalého bydliště: ČR

RČ: 450000/000

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111

Datum přijetí: 14. 1. 2016

Vzdělání: Středoškolské ukončené maturitou

Zaměstnání: nyní důchodkyně, dříve povoláním Všeobecná sestra

Stav: vdova, 3 děti (syn a dcera)

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: dcera, syn

Typ přijetí: překlad z ARO

Oddělení: interní JIP

Důvod přijetí udávaný pacientem: nelze zjistit

Medicínská diagnóza hlavní:

- Akutní iCMP v povodí a. cerebri media vlevo.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- ICHS,
- stp. iCMP 1993, 1995, 2001, 2006 vždy s úplnou úpravou stavu,
- arteriální hypertenze II. st.,
- obezita,
- hypercholesterolemie.

7.2 HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU

TK: 130/60

P: 80/min (pravidelný)

D: 25/min

TT: 36,4 (afebrilní)

Pohyblivost: ležící, přivezena na lehátku, plegie PHK, paréza PDK

Stav vědomí: při vědomí, RASS: 0, nonverbální komunikace se známkami smíšené fatické poruchy, GCS 11

Ventilace: SPO₂ 96% přes TSK

Srdeční rytmus: fibrilace síní

Výživa: EV přes NGS

Celkové posouzení stavu:

Hlava: bulby ve středním postavení, zornice symetrické, fotoreakce +/+, spojivky bledé, jazyk vlhký bez povlaku, plazí se středem

Krk: náplň krčních žil nebyla zvýšena, štítná žláza nezvětšena

Hrudník: souměrný, dýchání poslechově sklípkové, ozvy ohraničené

Břicho: v niveau, měkké, prohmatné, peristaltika poslechově slyšena

Končetiny: DKK bez otoků, onychomykoza, HKK bez otoků, na pravém ramen dekolující hematom

7.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka byla přijata na ARO 2. 1. 2016 cestou RLP. Nalezena byla dcerou, doma ležící na lůžku v bezvědomí (v plném vědomí viděna dcerou den předem v poledních hodinách). Při příjezdu lékaře GCS 5, bulvy stočené doleva, chrčivé dýchání, pomočená, tachyFiS 160/min. Přijata na ARO zaintubovaná, v analgosedaci, relaxaci. Na ARO pokračování v UPV, podpora oběhu vasopresory, pro známky respiračního infektu nasazena empiricky ATB. Po CT vyšetření stanoven závěr jako akutní ischemická CMP. Zahájena byla parenterální a enterální výživa, pasivní RHB na lůžku ošetřujícím personálem a zahájeno podávání profylaktické dávky LWMH. Při vysokém riziku prokrvácení ischemie byla dne 6. 1. 2016 provedena operační tracheostomie. Dne 13. 1. 2016 po stabilizaci stavu byla pacientka trvale odpojena od umělé plicní ventilace. Dne 14. 1. 2016 byla pacientka přeložena na INT JIP k doléčení, RHB, EV a dle stavu a možností zahájení per os příjmu.

Informační zdroje: rodina pacientky, zdravotnická dokumentace, fyzikální vyšetření sestrou, nonverbální komunikace s pacientkou.

7.4 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 64 letech na IM zadní stěny

Otec: zemřel v 70 letech na emfyzém plic

Sourozenci: bratr - zdrav

Děti: 2 děti (syn a dcera) - zdravé

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: v dětství běžné nemoci, stp. iCMP v roce 1993, 1995, 2001, 2006

Chronické onemocnění: ICHS chronická, arteriální hypertenze, hypercholesterolemie

Hospitalizace a operace: hospitalizace vždy při projevech iCMP, operace žádné neprodělala

Úrazy: žádné vážné neprodělala

Transfúze: neguje

Očkování: běžná dětská povinná očkování, očkování proti tetanu poslední dávka nezjištěna

Léková anamnéza:

Název léku	Forma a síla	Dávkování	Skupina
Betaloc	tbl. SR 200	1-0-0	beta-blokátor
Accuzide	tbl. 20 mg	1-0-0	ACE inhibitor
Sortis	tbl. 40 mg	0-0-1	statiny
Anopyrin	tbl. 100 mg	0-1-0	antitrombotika
Furon	tbl. 40 mg	1-1-1	diuretika
Zaldiar	tbl. 37,5 mg	dle potřeby	analgetikum
Aulin	tbl. 100 mg	dle potřeby	NPZL

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzus:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřačka

Káva: 2x denně - s mlékem

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarche: ve 13 - 14 letech, přesně neví dcera

Poslední menstruace: v 52 letech

Porody: 2

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: dcera nevěděla (od pacientky informaci nelze získat)

Samovyšetření prsou: nelze zjistit

Sociální anamnéza:

Stav: před hospitalizací bydlela sama

Bytové podmínky: byly dobré, nyní byla pacientce nadále zajišťovaná následná péče ze stran rodiny

Vztahy, role a interakce:

V rodině: vztahy výborné, se všemi se schází, žádné problémy v rodině nejsou

Mimo rodinu: žádné problémy nejsou uvedeny

Záliby: procházky po vesnici, luštění křížovek, sledování TV

Volnočasové aktivity: procházky po vesnici, luštění křížovek, hlídání vnoučat, práce na zahrádce

Pracovní anamnéza: dříve pracovala jako všeobecná sestra v domově pro seniory, nyní v důchodu

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: důchodkyně

Ekonomické podmínky: pobírá důchod dle platných podmínek

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: nevyžaduje, není věřící

7. 5 ZHODNOCENÍ POTŘEB PACIENTKY

Zhodnocení zdravotního stavu při přijetí 14. 1. 2016 v 14:00 dle třinácti domén NANDA I taxonomie II.

<p>1. Podpora zdraví Uvědomování si zdraví Management zdraví</p>	<p>Subjektivně: Přikyvuje, že se má dobře.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka po přijetí na lůžko se na všechny usmívala, rozhlížela se okolo sebe. Důsledky svého onemocnění si zřejmě plně neuvědomovala. Nebyla schopna se o sebe postarat. Usmívala se, ale zájmovou aktivitu zatím nejevila. Dříve ráda chodila na procházky s vnoučaty, nyní nebyla schopna se bez cizí pomoci pohybovat v rámci lůžka. Chodila spát okolo deváté večer a vstávala okolo osmé hodiny ráno. Na nový režim na oddělení si musela postupně přivyknout.</p> <p>Biografické anamnéza: Doma se snažila být soběstačná, jíst zdravě, dodržovat určitý režim, léky</p>
---	---

	<p>brala dle ordinace lékaře, na prohlídky docházela pravidelně za mého doprovodu. Chodila každé dopoledne na procházky. Večer sledovala TV.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka nebyla schopna zajistit si nyní základní životní potřeby k udržení svého zdraví.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>2. Výživa</p> <p>Příjem potravy</p> <p>Trávení</p> <p>Vstřebávání</p> <p>Metabolismus</p> <p>Hydratace</p>	<p>Subjektivně: odmítá jídlo, kroutí hlavou, že nemá chuť k jídlu, špatně se jí polyká (ukazuje, že jí vadí TSK)</p> <p>Biografická anamnéza: doma žádné potíže neměla. Snědla všechno, ale neměla v oblíbenosti jogurty. Z tekutin nejčastěji popíjela ovocné čaje, kávu (2-3x denně), minerálky. Neměla ráda teplé mléko.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: pacientka projevovala potíže při polykání, po každém druhém soustu se zakašlala a jídlo odmítala. Pila velmi malé množství tekutin, které jí byly podávány stříkačkou. Zbytek potravy jí byl dodáván každé tři hodiny nasogastrickou sondou.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacientka nebyla schopna přijmout dostatečné množství potravy, které vyžadoval její zdravotní stav. Návlek polykacího reflexu za pomoci orální stimulace.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka močí pomocí močového katétru, který odváděl fyziologickou moč. Hodinová diuréza byla v normě. Z minulého oddělení bylo předáno, že pacientka se vyprazdňovala pravidelně 1x za den.</p> <p>Dýchání bylo pravidelné, dechová frekvence 20/minutu. Dýchala spontánně přes TSK. Zahleněná, sama si upozornila, pokud bylo potřeba odsát sputum</p>

	<p>z dýchacích cest. Odsáváno 1x za 3 hodiny. Sputum žlutobílé barvy. Výsledky mikrobiologického vyšetření negativní. Osvědčila se u pacientky masáž stimulující dýchání.</p> <p>Dle biografické anamnézy: v oblibě „drbání“ ve vlasech a na zádech. Citlivé plosky nohou, pozor na „lechtání“ při toaletě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nutno odsávat sputum z DC.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>4. Aktivita - odpočinek</p> <p>Spánek, odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Kardiovaskulární</p> <p>Pulmonální reakce</p> <p>Sebepéče</p>	<p>Subjektivně: nelze, ona sama neví</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka po přijetí přes den pospávala, byla unavená, každá aktivita ji vyčerpávala. Večer usínala brzy, budila se kolem půl 5 ráno a již nemohla spát. Ráno po celkové koupeli, ihned usínala a pospávala celé dopoledne. Budila se pouze při polohování. Nejlépe se jí odpočívalo na boku. Denně docházela fyzioterapeutka, zaměřila se na cvičení na lůžku, dechovou RHB a celkovou aktivizaci pacientky. Prevence TEN.</p> <p>Pacientka byla závislá na komplexní ošetrovatelské péči, na které se snažila spolupracovat a zapojovat. Se snídaní, celkovou koupelí a s obědem chodila dopomáhat na oddělení dcera, odpoledne docházel pravidelně syn s manželkou. Odpoledne poslouchali oblíbené album Karla Gotta, povídali si a četli novinky ze světa.</p> <p>Dle biografické anamnézy: Nejráději spala na zádech, měla oblíbené krepové povlečení a pérovou deku.</p> <p>Ráda poslouchala rádio Pardubice, alba Karla Gotta, sledovala romantické filmy a TV Barrandov každý podvečer.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušený denní rytmus spánku. Nedostatečná sebepéče ve všech denních</p>

	<p>činnostech.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>5. Vnímání - poznávání</p> <p>Pozornost</p> <p>Orientace</p> <p>Kognice</p> <p>Komunikace</p>	<p>Subjektivně: subjektivně nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: vždy klidná a vyrovnaná, četla knížky a luštila křížovky, slyší dobře, na čtení používala brýle.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka se neustále usmívala, na dotaz, jestli ví, kde se nachází, kroutí hlavou na všechny směry. Orientaci místem, časem nelze přesně odhadnout. Komunikace probíhala nonverbálně. Objevovaly se známky smíšené fatické poruchy. Při pozorování a seznamování se s pacientkou bylo vyzorováno, že má obrácenou reakci na to, na co se jí bylo dotazováno.</p> <p>Když souhlasí, pokyvuje hlavou ve znamení NE, pokud nesouhlasí, přikyvuje ANO. Je nutné zajistit komplexní ošetrovatelskou péči. V rámci zapojení bazální stimulace byl pokoj vybaven fotkami rodiny, obrázky, které pacientce nakreslila vnoučata a talismany, které má doma na polici (porcelánový slon, kominíček z keramiky). Rodina donesla CD přehrávač a oblíbená CD, takže bylo možno započít auditivní stimulaci. Od rodiny bylo zjištěno, že pacientka sledovala romantické filmy každé odpoledne na programu prima, a proto každý den zapínáme romantický film. Večer TV Barrandov</p> <p>Ošetrovatelský problém: Problém s komunikací</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>6. Vnímání sebe sama</p> <p>Sebepojetí</p> <p>Sebeúcta</p> <p>Obraz těla</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: Maminka byla velice společenská, ráda se shledávala s kamarádkami na kávě, užívala si hlídání vnoučat, vždy vymýšlela výlety a různé hry. Veselá, optimistická, vždy říkala, že vše je</p>

	<p>tak jak má být.</p> <p>I s dřívějšími „mrtvičkami“ se dobře poprala a vždy vše překonala. Největší ránou pro nás byla smrt našeho tatínka (před 10 lety). To byla maminka dlouho uzavřená do sebe, smutná a nic nechtěla dělat, ale za čas se to zase vrátilo „do normálu“. Pomohlo narození dalšího vnoučka.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka se neustále na všechny usmívala, na dceru a syna reagovala velice dobře, vítala je, usmívala se a vždy se jí „rozsvítily“ oči. Snažila se s nimi dorozumět, a pokud to šlo, na vše si i ukazovala. Snaží se sama hýbat si s paretickou rukou, i když síly má ještě málo. Vadila jí TSK.</p> <p>Ošetrovatelský problém: narušený obraz svého těla, paréza PDK, plegie PHK</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy</p> <p>Role pečovateli</p> <p>Rodinné vztahy</p> <p>Plnění rolí</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: nejbližší jí byla dcera a syn s rodinami, pravidelně se navštěvovali.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka byla hodně fixovaná na dceru, která bydlela kousek od ní a pravidelně na ni doma dohlížela a pomáhala jí s domácností. Má velice ráda svá vnoučata.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <p>Sexuální funkce</p> <p>Reprodukce</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka porodila dvě děti. Menopauza začala v 45 letech.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: optimistická za všech</p>

<p>Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres</p>	<p>okolností, vše překonávala s nadhledem. Ráda chodila na procházky ve vesnici, popovídat co je kde nového. Říkala, že tu chce být ještě aspoň chvíli pro vnoučata.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka byla zvyklá, že po snídani za ní chodila dcera, odpoledne syn. Usměvavá po celou dobu hospitalizace, trpělivá, snažila být se optimistická. Vždy po ranní toaletě a dopolední rehabilitaci byla unavená, ale obličej vypovídal o spokojenosti. Ví, že pokud se bude snažit a rehabilitace půjde dobře, byla by přeložena na standardní pokoj a potom by si ji vzala dcera domů.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Snaha o stabilizaci stavu a minimalizování stresových faktorů.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: nebyla věřící</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka nebyla věřící, nevyhledávala víru, do kostela nikdy nechodila.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost - ochrana Infekce Fyzikální poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: Doma byla pacientka soběstačná, chodící, žádné problémy neměla. „Kontrolovaly jsme jí osobně třikrát denně a po telefonu několikrát za den“.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka nyní ležící, odkázaná na komplexní ošetrovatelskou péči, s nutností odsávat sputum z DC. S fyzioterapeutkou probíhalo cvičení na lůžku, snaha obnovit hybnost PHK a PDK s postupnou vertikalizací do sedu i za pomoci rodiny a vysazování k jídlu do křesla. První čtyři dny hospitalizace subfebrilní, poté po zbytek hospitalizace afebrilní. Riziko pádu u pacientky vykazuje 7b.</p>

	<p>Hodnocení rizika vzniku dekubitů vykazuje 17b. Hodnocení soběstačnosti dle Marečkové vykazuje 4b - nesoběstačnost.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko pádu, riziko infekce, narušená integrita kůže, neefektivní průchodnost DC s rizikem aspirace.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <p>Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort</p>	<p>Subjektivně: Na otázky zda jí něco bolí, trápí nebo chybí, kýve, že ne.</p> <p>Dle biografické anamnézy: když má bolesti (nejčastěji zad) měla ráda klid v posteli, vzala si léky a snažila se co nejvíce spát.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Pacientka nejevila žádné známky bolesti, nepohodlí. Zvykala si pomaleji na nové prostředí i přesto, že se neustále usmívá, pozorován byl pocit nejistoty a strachu. Pokoj byl vybaven jejími osobními věcmi. Po dvou dnech bazální stimulace společně s využitím iniciálního doteku a pravidelnými návštěvami rodiny, odezněl u pacientky pocit nejistoty. Pacientka se jevila uvolněná a spokojená. Snažila se komunikovat nonverbálně a spolupracovat. Sama zvládla použít signalizaci v případě potřeby.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>13. Růst, vývoj</p> <p>Růst Vývoj</p>	<p>Subjektivně: nelze</p> <p>Dle biografické anamnézy: dcera se domnívala, že žádné problémy neměla, občas zapomínala, co se jí řeklo v ten den. Slyšela dobře.</p> <p>Objektivně při hospitalizaci: Před hospitalizací žádné potíže s příjmem stravy neměla. Potíže nastaly po odpojení od UPV, kdy po zavedení TSK bylo zjištěno poškození n. recurrens. Pro možné riziko aspirace byla ponechána dočasně balónková TSK a doporučené</p>

	<p>kontroly na ORL každých 14 dní. Vyživovaná byla pomocí NGS. Postupně se zahajovalo obnovení perorálního příjmu. Využita byla v péči orální stimulace. Prvním pokusem o požití stravy byla bramborová kaše a koprová omáčka. Při propuštění pacientka zvládla polykat veškerou mletou stravu. Diagnostikovaná byla sarkopenická obezita. BMI: nelze.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Zhoršené polykání, riziko aspirace a nevyvážená výživa.</p> <p>Priorita: střední</p>
--	--

7. 6 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Neurologické konzilium, UZ srdce, EKG

Odběry krve ze dne 14. 01. 2016

Biochemie: UREA: 6,7, KREA: 86, BIL: 15,5, ALB: 40,2, AMS: 0,37, CRP: 92,10, CKMB: 9,70, Na: 139, K: 3,53, Cl: 105, P:1,01, Mg:0,93, CHOL: 3,5

Krevní obraz: HGB: 141, LEU: 12,8, ERY: 4,65

Mikrobiologické vyšetření: bronchoalveolární laváž, moč na kultivaci a citlivost negativní, výtěr z krku negativní

Konzervativní léčba:

Výživa: dle možností a stavu, tekutiny per os + Nutridrink compact protein 125 ml 2x denně dle tolerance + D č. 3 mletá

Do NGS: Nutrison protein plus 200ml + 50ml čaj 7x denně s noční pauzou 24 - 6 hodin.

Pohybový režim:

RHB: první dny LTV na lůžku, s mírnou dopomocí LHK a LDK, pasivní cvičení s PHK a PDK, celková aktivizace pacientky, dechová gymnastika, prevence TEN, jemné mobilizační techniky na DKK, postupem času pokus o vertikalizaci.

Intravenózní léky:

Vancomycin Kabi inj 0,5 g do F 1/1 250 ml a 6 hod i. v. infuzní pumpou

Furosemid inj. 20 mg i. v. po 8 hodinách

Novalgin 1g/2ml i. v. do F1/1 100 ml infuzní pumpou při teplotě nad 38°C, nebo při bolesti max. po 8 hodinách

Infuzní terapie:

H 1/1 1000 ml + KCl 7,45% 40 ml + MgSO₄ 20% 10 ml na 24 hod infuzní pumpou na 24 hodin

Jiné:

Oxygenoterapie: O₂ 3-5 l/min přes TSK k SPO₂ nad 92 %

Chirurgická léčba: 0

7.7 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka 71 let přeložena dne 14. 1. 2016 na INT JIP z ARO pro doléčení, pokračování v intenzivní terapii, RHB, výhledově i ergoterapii, pokračování v EV a zahájení iniciálního per os příjmu, prevence tromboembolické nemoci. Pacientka přijata na ARO 2. 1. 2016 cestou RLP. Nalezena byla doma dcerou ležící na lůžku v bezvědomí (v plném vědomí viděna den předem v poledne). Po příjezdu RLP vyhodnoceno GCS 5, bulby byly stočené doleva, chrčivé dýchání, pomočená, tachyFiS 160/min. Při přijetí na ARO byla pacientka zaintubovaná, uvedena v analgosedaci a relaxaci. Na ARO probíhalo pokračování v UPV, podpoře oběhu vasopresory a pro známky respiračního infektu byla nasazena empiricky ATB. Zahájena byla parenterální a enterální výživa, pasivní RHB na lůžku ošetřujícím personálem a profylaktická dávka LWMH. Při vysokém riziku prokrvácení ischemie byla provedena dne 6. 1. 2016 operační tracheostomie. Zahájeno bylo postupné začleňování prvků BS do ošetrovatelské péče. Zaveden byl do péče iniciální dotek na levý hřbet ruky a integrace neurofyziologických koupelí a polohování v lůžku. Dne 13. 1. 2016 byla pacientka trvale odpojena od umělé plicní ventilace pro úpravu celkového stavu a fyziologických funkcí a dne 14. 1. 2016 přeložena na INT JIP k doléčení infektu, RHB, EV a dle stavu a možností zahájení per os příjmu. Pacientka byla při vědomí, sledovala dění okolo sebe, usmívala se. Dýchala přes TSK. V lůžku se sama pohybovala minimálně.

7. 8 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Pro zaměření bakalářské práce jsme si vybrali ošetřovatelský proces u pacientky po iCMP a zaměřili jsme se na nejdůležitější ošetřovatelské problémy. Bylo využito hodnocení dle třinácti domén NANDA I taxonomie II 2012-2014. Diagnózy jsou řazeny dle priorit. V naší práci rozpracováváme pouze nejdůležitější ošetřovatelskou diagnózu se zaměřením na integraci prvků bazální stimulace základních i nadstavbových do ošetřovatelského procesu.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

- **Snaha zlepšit sebepéči (00182)**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

- **Porucha polykání (00103)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

- **Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)**
- **Riziko aspirace (00039)**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

- **Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

- **Únava (00093)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

- **Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

- **Deficit sebepéče při koupání (00108)**
- **Deficit sebepéče při oblékání (00109)**
- **Deficit sebepéče při stravování (00102)**
- **Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 1: Pozornost

- **Opomíjení jedné strany (00123)**

Třída 5: Komunikace

- **Zhoršená verbální komunikace (00051)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

- **Riziko infekce (00004)**

Třída 2: Fyzické poškození

- **Riziko pádu (00155)**
- **Narušená integrita kůže (00046)**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

- **Snaha zlepšit komunikaci (00157)**

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

- **Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

- **Snaha zlepšit výživu (00163)**

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

- **Narušený obraz těla (00118)**

Doména 10: Životní principy

Třída 2: Přesvědčení

- **Snaha zlepšit duchovní well-being (00068)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

- **Riziko syndromu nepoužívání (00040)**

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

- **Neefektivní management vlastního zdraví (00078)**

Ošetřovatelská diagnóza: Snaha zlepšit sebepěči (00182)

Vzorec provádění aktivit, které pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím, a který lze posílit.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Určující znaky:

- Vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost při udržování zdraví (projevuje snahu a zájem o spolupráci s fyzioterapeutem, projevuje snahu a snaží se sama měnit polohu v lůžku, při toaletě projevuje snahu o umývání si obličeje).

- Vyjadřuje touhu zlepšit sebezpečí (snaha o zapojení se do každodenních činností, snaha o samostatné napití se, byly pozorovány pozitivní reakce při každé malé změně stavu k lepší samostatnosti).

Cíl dlouhodobý: U pacientky budou pozorovány pokroky při nácviku soběstačnosti a poskytování sebezpečí do konce měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka se adaptuje na nové prostředí bez obtíží, bude soběstačná v příjmu per os a polykání potravy, bez další potřeby ponechání NGS a ukončení enterální výživy do jednoho týdne.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka reaguje pozitivně na prvky bazální stimulace do jednoho týdne.
- Pacientka bude nonverbálně komunikovat s ošetřujícím personálem a rodinou do týdne.
- Pacientka reaguje na iniciační dotek do tří dnů.
- Pacientka reaguje na neurofyziologickou koupel do tří dnů.
- Pacientka reaguje na orální stimulaci do týdne.
- Pacientka bude přijímat stravu bez potíží s polykáním do čtrnácti dnů.
- Pacientka reaguje na auditivní stimulaci do 48 hodin.
- Pacientka reaguje na masáž stimulující dýchání a bude lépe odkašlávat do jednoho týdne.

Plán intervencí od 14. 01. 2016 do 28. 01. 2016 :

- Zhodnot' stupeň soběstačnosti pacientky dle Marečkové do 24 hodin od přijetí - všeobecná sestra.
- Zhodnot' riziko vzniku dekubitů dle Nortonové do 24 hodin od přijetí - všeobecná sestra.
- Zhodnot' riziko pádu dle Conleyové do 24 hodin od přijetí - všeobecná sestra.
- Posud' stav dle Barthel testu do 24 hodin od přijetí - všeobecná sestra.
- Sleduj celkový stav pacientky - všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut.

- Monitoruj základní životní funkce jednou za hodinu, před, během a po každé fyzické aktivitě - všeobecná sestra, fyzioterapeut.
- Sleduj příjem stravy a tekutin á 6 hodin a zaznamenej do zdravotnické dokumentace - všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Spolupracuj s celým ošetřovatelským týmem - všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut.
- Zpracuj biografickou anamnézu do 24 hodin - všeobecná sestra, rodina.
- Zaznamenávej využívané prvky bazální stimulace - všeobecná sestra a sleduj jejich účinky - všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Posud' schopnost komunikace s pacientkou - všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut.
- Zapoj rodinu do ošetřovatelské péče do tří dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Komunikuj s rodinou - všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut, lékař.
- Zaznamenávej polohování, aktivizaci pacientky, jednou za šest hodin proved' kontrolu predilekčních míst a zaznamenej do dokumentace - všeobecná sestra.
- Sleduj množství a charakter sputa jednou za 3 hodiny a zaznamenávej do dokumentace potřebu odsátí z DC - všeobecná sestra.
- Zajisti pocit bezpečí, důvěry a jistoty - všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut.

Každá ošetřovatelská aktivita by měla být naplánovaná tak, aby se pacientovi stala příjemným zážitkem.

Realizace dne 14. 01. 2016: první den

Pacientka po přijetí na naše oddělení ležela na lůžku, usmívala se, rozhlížela se okolo sebe a sledovala pohyb okolo jejího lůžka. Z předchozího oddělení jsme věděli, že byly do péče integrovány prvky bazální stimulace a byl u pacientky zaveden iniciální dotek na levý hřbet ruky. Na dveře pokoje byla umístěna cedule o zavedeném iniciálním doteku. Po dobu hospitalizace byla ošetřovatelská péče vedena pod dohledem kolegyně, která absolvovala kurzy bazální stimulace. Při prvním kontaktu a seznamování bylo postupováno tak, aby byl dodržen již zaveden iniciální dotek. Pacientka na znamení pozdravu se mi snažila ruku stisknout. Svalová síla byla ještě oslabena. Při seznamování se s pacientkou byly pozorovány její reakce a schopnost pohybu. Pacientka se s námi

snažila komunikovat, ale její nonverbální komunikace zůstávala pouze u přikyvování hlavou ve smyslu, ano nebo ne. Bylo vypořádáno, že její reakce jsou obrácené.

Na oddělení docházela dcera, která je také zdravotní sestra. Pozdravili jsme se, a jelikož víme, že již byla seznámena a i sama projevila zájem o integraci prvků bazální stimulace do péče, byl jí předložen dotazník k vyplnění ohledně biografické anamnézy. Z předchozího oddělení bylo předáno, že byla prováděna tzv. neurofyziologická koupel na lůžku vzhledem k ochrnutí pravé poloviny těla. Dcera byla již proškolená z předchozího oddělení a sama tak prováděla toaletu každé ráno okolo půl osmé. Pokud byla ve službě, zastoupila jsem jí já, společně s kolegyní, která dohlížela, aby vše bylo prováděno správně tak, jak by to mělo být. Zaměření se týkalo hlavně na znovuoživení vnímání vlastního obrazu těla.

Vyhodnoceno bylo riziko vzniku dekubitů, které bylo vypočítáno na 18b. (vysoké riziko). Do plánu bylo stanoveno polohování po dvou hodinách. Z anamnézy bylo zjištěno, že pacientka ráda doma odpočívala na boku, a proto byla zvolena metoda polohování „hnízdo“. Využito bylo perličkových polštářů, polohovacích hadů a dek, které dovoľovaly stimulovat tělesné hranice a možnost vnímat tak celé své tělo. Soběstačnost dle Marečkové byla vyhodnocena na 4b (nesoběstačnost). Barthelův test základních denních činností byl zhodnocen na 20b (vysoce závislí).

Pacientka dýchala před TSK a byla velmi zahleněná a neměla sílu veškeré sputum odkašlat. Bylo nutné odsávat sputum z DC. Na základě zahlenění byla do péče zapojena masáž stimulační dýchání a v případě potřeby, také kontaktní dýchání.

Výživa byla podávána pomocí NGS. Pacientka odmítala cokoli polykat. Souvislost byla přičtena pacientčině podvědomí v souvislosti s nutností UPV a zavedení endotracheální kanyly. ORL lékaři byla diagnostikovaná porucha polykání z důvodu poranění v oblasti n. recurrens po zavedení TSK.

Použité prvky bazální stimulace: polohování, iniciační dotek, MSD

Realizace od 15. 1. 2016 do 20. 1. 2016: druhý až šestý den

V této době byla prováděna každé ráno neurofyziologická koupel na lůžku, za využití pacientčiných osobních toaletních potřeb, žinek a ručníků, na které byla z domova zvyklá. Vždy po koupeli byla provedena MSD s potřebou odsávat sputum z TSK a celý proces byl zakončen „podrbáním“ ve vlasech a na zádech, které má

pacientka tolik ráda. Po ranní „rozcvičce“ jak bylo procesu nazýváno, pacientka prospala minimálně dvě hodiny.

Okolo půl jedenácté docházela na oddělení pravidelně fyzioterapeutka, která prováděla s pacientkou aktivní cvičení na lůžku. Na LHK a LDK byla nutná velká aktivní dopomoc a na PHK a PDK bylo zapojeno pasivní cvičení. Celé cvičení bylo zaměřeno na celkovou aktivizaci pacientky, prevenci TEN při dlouhodobém upoutání na lůžku. Důležitou součástí byla dechová gymnastika. Díky rehabilitaci, koupeli a polohování byly u pacientky pozorovány změny ve vnímání vlastních hranic těla. Čtvrtý den ráno, po příchodu na pokoj, se pacientka usmívala. Levou rukou nás pozdravila a ukazovala na svoji žínku. Když byla ranní koupel prováděna, pacientka sama vzala žínku do ruky a snažila se umýt si obličej. Bylo nutné ruku trochu navést a pomoci, ale snaha byla velická a spokojený výraz ve tváři vypovídal za vše.

Od čtvrtého dne bylo rozhodnuto zapojit do péče orální stimulaci. Do této doby bylo o dutinu ústní pečováno pomocí ústní vody a vatových tampónků. Pacientka vždy kroutila hlavou a snažila se odmítat, nebylo jí to velice příjemné. Jako první pokus o orální stimulaci byla zvolena ranní káva, na kterou byla pacientka zvyklá z domova. Postupně bylo mnohem jednodušší se o dutinu ústní postarat a více již nedocházelo k vyvolávání nelibých pocitů. Vždy ráda ústa otevřela. Pátý den bylo při toaletě dutiny ústní využito kartáčku a zubní pasty a nasazena byla dokonce i horní zubní protéza. Pacientka jevila zájem sama si dutinu ústní vyčistit a protézu nasadit.

Poprvé pátý den bylo pokoušeno zahájit perorální příjem. Pacientka byla uvedena do polohy v polosedě. Do rukou byla vložena polévková lžice pro možné ohmatání a seznámení. Poté bylo zahájeno krmení pacientky bramborovou kaší, ale po každé druhé lžici se zakašlala a po třetí lžici jídlo odstrkovala. Dechová frekvence byla zrychlena. Aplikováno bylo kontaktní dýchání. Náš boj s příjmem stravy se nevzdával. Pomocí somatické stimulace v oblasti obličeje byla vyvíjena snaha o stimulaci a navyšování per os příjmu. Každý pokus dcery nebo personálu skončil maximálně u pěti lžic. V nácviku polykání pokračoval i syn, který docházel pravidelně každé odpoledne a kolegyně, které sloužily noční směnu. Přesto nadále byla pacientka vyživovaná pomocí sondy.

Komunikace probíhala nadále nonverbálně, ale mnohem častěji bylo pozorováno, že pacientka přikyvuje na naše dotazy, přikývnutím ve správném směru. Do péče byla

přidána auditivní stimulace, kdy dcera donesla CD přehrávač a pacientce byla pouštěna oblíbená alba s hudbou.

Použité prvky bazální stimulace: neurofyziologická koupel, MSD, polohování, orální stimulace, kontaktní dýchání, auditivní stimulace.

Realizace od 21. 01. 2016 do 25. 01. 2016: sedmý až jedenáctý den

Postupem času docházelo ke změnám, které byly pozorovány společně s dcerou a synem. Pacientka se snažila s námi mnohem více komunikovat. Poprvé bylo ke komunikaci použito komunikačních karet. Při polohování se pacientka snažila sama točit na pravý bok nebo se stočit zpět na záda. Při rehabilitaci byla aktivní více levá polovina těla. Pacientka projevovala uvědomování pravé horní končetiny, a také sama se snažila s ní pohybovat, anebo upravovat do jiné polohy. Využito bylo zrcadlo, ve kterém ona sama viděla pohyby, které byly s rukou prováděny.

Do péče byla zapojena taktilně-haptická stimulace, kdy do pravé ruky byla vkládána propisovací tužka a křížovky do levé končetiny. Reakce byla velmi nečekaná. Pacientka levou rukou přikládala křížovky k pravé a propisovací tužka v pravé ruce vypovídala o tom, že by „chtěla psát“. Bylo vidět, že pacientka byla schopna vybavit si informace z dřívější doby, které byly uloženy v paměťových drahách.

Osmý den po dohodě s pacientkou, fyzioterapeutkou a dcerou byla zahájena vertikalizace do sedu. Zapojena byla vestibulární stimulaci. Sed probíhal pouze s mírnou dopomocí. Po chvíli na pacientce bylo vyzorováno zrychlené dýchání, opocení a přivírání očí. Na dotaz, zda se jí točí hlava, bylo přikyvováno, že ano. Položena zpět na lůžko, vypodloženy končetiny a zahájen odpočinek v poloze hnízdo. Devátý den byl sed opakován. Nyní, již byla v sedě, stabilnější. Podloženy byly dolní končetiny, přiložen polohovací had, aby byla vytvořena poloha hnízdo vsedě a sed mohl být prodloužen. Dechová frekvence zůstala v normě. Žádné obtíže nebyly pozorovány. Nastala radikální změna při příjmu potravy. Jídlo bylo pacientce servírováno v sedě (dcera uvařila koprovou omáčku) a pacientka sama uchopila lžici a sama začala jíst. Zatím ruka nebyla tak přesná, bylo nutné dopomoct a ruku vést, ale snědno bylo čtvrt porce. Ve tváři byl pozorován velice šibalský úsměv a radost, kterou měla sama ze sebe. Na dotaz, zda chutnalo a bylo vše v pořádku, přikyvovala a stiskla mi pevně ruku. Fyziologické funkce zůstaly v normě. A to byl moment, kdy bylo vidět, že práce

s pacienty má smysl a že opravdu bazální stimulace funguje. Na tento moment není možné zapomenout! Jedenáctý den byla NGS vyndána a bylo ukončeno podávání enterální výživy.

Využité prvky bazální stimulace: neurofyziologická koupel, MSD, vestibulární, somatická stimulace, polohování, orální, taktilně-haptická stimulace.

Realizace 26. 01. 2016 - 28. 01. 2016: dvanáctá až čtrnáctý den

Při pokračování somatické, vestibulární, orální, auditivní i taktilně-haptické stimulace pacientka projevovала velké pokroky v oblasti vnímání sebe samé a vnímání tělesného obrazu. Dokázala si žínkou částečně umýt PHK nebo nám pomoci pohybovat s PDK. Bylo vidět, že si začínala uvědomovat svou pravou polovinu těla. Dokázala se sama v lůžku otočit na pravou stranu na záda a s dopomocí na stranu levou. Při vyprazdňování, dokázala, nadzvednou hýždě a posadit se na podložní mísu.

Nadále bylo pokračováno ve vestibulární stimulaci a společně s fyzioterapeuty se pokoušel nácvik stoje u lůžka v bobat chodítku - zvládala s dopomocí dvou fyzioterapeutů pouze krátkou chvíli. Pokračovalo se v nácviku sedu, a pro umožnění změn zorného pole byla pacientka vysazovaná do křesla a natáčena vždy směrem k oknu. Ve večerních hodinách probíhalo vysazování znovu do křesla společně se sledováním televize. Pacientka vydržela sedět více než hodinu a sledovat přitom oblíbený romantický film.

Čtrnáctý den probíhala opět rehabilitace ve stoji u lůžka v bobat chodítku. Pacientka zvládala přešlapovat na místě, pohybovat PHK v rameni a lokti, úchop byl již také pevnější a na PDK zvládla propínat koleno.

Použité prvky bazální stimulace: neurofyziologická koupel, polohování, somatická, vestibulární, orální, auditivní a taktilně-haptická stimulace.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka se velmi rychle adaptovala na nové prostředí, nejevila potíže s polykáním, v příjmu per os byla soběstačná a příjem per os byl dostatečný. Ukončeno bylo podávání enterální výživy, polohování v lůžku zvládala pacientka samostatně pouze pod dohledem sester.

Cíl dlouhodobý byl splněn, u pacientky docházelo k výraznému zlepšení celkové soběstačnosti.

Důležitou součástí celého procesu bylo zapojení rodiny do péče, která nácvik všech prvků bazální stimulace zvládala naprosto úžasně. Můžeme si být jisti, že práce celého týmu a rodiny, bez které by to jinak nešlo zrealizovat, nepřišla na zmar a bude v ní pokračováno i mimo naše oddělení.

7. 9 ZHODNOCENÍ ÚČINNOSTI APLIKOVANÝCH PRVKŮ BS V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Po čtrnáctidenní hospitalizaci na našem oddělení byla pacientka přeložena na standardní neurologické oddělení kde rodina a kolegyně pokračovaly v zavedených prvcích bazální stimulace a nácviku soběstačnosti pacientky.

Za dobu hospitalizace došlo k výrazné změně zdravotního stavu. Při zhodnocení dle Barthelova testu dne 28. 01. došlo k navýšení soběstačnosti na 50 bodů (závislost středního stupně), skóre dle Marečkové se snížilo na 2b. Riziko vzniku dekubitů bylo sníženo na 25b. a riziko pádu zůstalo 7b.

V rámci soběstačnosti došlo ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Levá polovina těla nabrala svalovou a tělesnou sílu. Na pravé dolní končetině došlo k obnově pohybu v kolenu, kdy pacientka zvládala s mírnou dopomocí extendovat pravé koleno a za mírné podpory i stoj u lůžka společně s přešlapy na místě. Pravá horní končetina vyvíjela více aktivity, úchop se zesílil a obnovil se pohyb v rameni a lokti. Vertikalizaci do sedu zvládala pacientka pouze s lehkou dopomocí a stoj v bobat chodítku se každý den prodlužoval. Chůze zatím nebyla možná. V lůžku se zvládala pacientka polohovat samostatně, pouze dohled sestry, občas s lehkou dopomocí. V lůžku byly antidekubitní pomůcky využívány jen při odpočinku v poloze hnízdo na boku, kterou si pacientka velmi oblíbila. Kůže byla čistá, bez vzniku defektů za dobu hospitalizace.

Pacientka zůstávala nadále velmi usměvavá, oproti přijetí byla více orientovaná jak místem, tak časem. Spolupracující, klidná, vyrovnaná. Usínala večer kolem deváté hodiny, spala klidně celou noc, žádné problémy neudávala. Vždy byla probouzena až ranní směnou o půl sedmé. Každé ráno se budila s úsměvem na tváři.

V rámci příjmu per os byla pacientka schopná sama se najíst, nutná pouze příprava stravy k lůžku, polykala dobře. Bez zažívacích obtíží, zvládala polykat mletou stravu a chuť k jídlu jí nechyběla. Tekutiny si zvládla sama podat a napít se. Tekutiny byly vždy ponechávány na pravé straně.

S pacientkou bylo možné komunikovat pomocí nonverbální komunikace, byla schopna si ukázat na tabulce, co potřebuje. Dle konzultací ORL lékařů došlo u pacientky ke zlepšení stavu. Nebylo nutné odsávat sputum z DC, pacientka zvládla sama si odkašlat před kanylu. Bylo připuštěno v rámci horizontu dvou týdnů k výměně balónkové TSK za mluvící bezbalónkovou TSK. Donesla se k nám na oddělení zpětná vazba, že pacientce byla kanyla vyměněna, a že se snaží alespoň jednoslovně komunikovat, ale nácvik probíhal i nadále.

8 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na uvedené kazuistice pacientky hospitalizované na JIP bylo poukázáno na to, jak i maličkosti spojené s ošetrovatelskou péčí mohou napomoci ke znovuoobnovení zdraví a jak důležitou roli hraje při péči o pacienta rodina, která bývá mnohdy opomíjena.

Každý zdravotník pracující jak v domovech pro seniory, sociálních zařízeních, v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo zařízeních pro mentálně i fyzicky postižené hraje důležitou roli v každodenním životě pacienta dvacet čtyři hodin denně. Proto by měl každý vědět, že kus odvedené práce, kterou alespoň částečně bude provádět srdcem, mohlo dodat mnoho stimulů k tomu, aby se pacient cítil být částečně soběstačný, v bezpečí a pro nás nápomocný v péči o sebe. Mnoho zdravotníků zná ty momenty, kdy pacienti nechtějí být pro ně přítěží a nechtějí obtěžovat, a proto si někdy také nechtěně ublíží, nejčastěji při pádech.

Bazální stimulace se stala na středních zdravotnických školách součástí učebních osnov. Přesto je neustále nedostatek zdravotníků, kteří by projevíli zájem o vzdělávání se v této oblasti. Je uváděno mnoho případů, kdy se stala bazální stimulace lékem tam, kde již veškeré naděje vyhasly.

Problém s nízkým počtem zdravotníků, kteří absolvovali kurzy, udávala ve své práci „Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení“ z roku 2007 kolegyně Kličková. Hlavním problémem byla mapována cena kurzů, časová náročnost a mnohdy i nedostupnost z důvodu omezeného množství uchazečů. Dalším problémem bylo zapojení veškerého personálu do ošetrovatelské péče. Musíme souhlasit, protože i v dnešní době je mnohdy problém přesvědčit personál o pozitivěch, které může koncept přinést (KLIČKOVÁ, 2007).

Poznatky kolegyně Ingrové v bakalářské práci „Bazální stimulace“ z roku 2011 vypovídaly o tom, že převážnou část zdravotníků, kteří pracovali s konceptem, tvořily až z 96 % ženy a koncept byl využíván nejčastěji na odděleních ARO, JIP. Proto se domníváme, že bylo potřeba šířit tento pojem a hlavně zdůrazňovat jeho pozitivní účinky. Nadále kolegyně Ingrová udávala, že pouhá třetina dotazovaných zdravotníků absolvovala kurzy nebo byla proškolená v bazální stimulaci. Přes 90 % respondentů udávalo přínos v péči o pacienty (INGROVÁ, 2011). Což je velmi pozitivní zjištění

oproti kolegyni Kličkové, pro současné ošetřovatelství a motivaci ostatních zdravotníků. Na druhou stranu musíme také podotknout, že jako největší problém byly i nadále označovány směnné podmínky provozu na odděleních.

Pro další porovnání jsme si vybrali práci kolegyně Uchytlové z roku 2014, která se také ve své práci „Využití bazální stimulace v intenzivní ošetrovatelské péči“ zabývala znalostmi a využitím konceptu na oddělení intenzivní medicíny. Její výsledné hodnoty poukázaly na to, že převážná většina zdravotníků již v dnešní době koncept znala, dokázala jej definovat a používat. Stejně jako předchozí kolegyně Kličková a Ingrová uvedla, že bylo důležité zapojit do konceptu veškerý personál a poskytnout dostatek informací, možností se nadále vzdělávat a šířit dostatek pozitivních ohlasů ze stran rodiny a také pacientů.

Využití a zapojení prvků nebylo složité, ani mnohdy časově náročné jak si mnozí myslí. Svůj čas u pacienta strávit jsme musely. Hygiena, stravování, vyprazdňování, polohování a psychická podpora byla zajišťovaná pokaždé, když jsme si oblékly naši uniformu. Proto bylo potřeba znát využití konceptu a uvědomovat si, co a jak děláme, proč to děláme. Teprve potom měla naše práce smysl.

Byli bychom rádi, kdyby naše práce přinesla alespoň nějaký pohled na to, že opravdu bazální stimulace funguje v praxi. Chtěly bychom motivovat další kolegy k tomu, alespoň si do vyhledávače na internetu zadat pojem bazální stimulace a podívat se na kazuistiky, kde všude pomohla. Ať už jsou to miminka na neonatologii, mladí lidé po haváriích, staří lidé, kteří mají problémy s orientací a znovuoživením svého „já“. Své využití našla také u zmatených pacientů na odděleních anebo těžce postižených lidí, dětí, kteří na začátku potřebují dvacet čtyřhodinovou péči a motor, který je povede a ukáže jim svět, o který by jinak přišli.

Doporučení pro praxi:

- Doporučovali bychom začít u vzdělávání na středních školách (navýšit počet hodin, zaměřených jak na teoretickou tak hlavně praktickou výuku bazální stimulace).
- V zaměstnání pořádat semináře a motivovat k absolvování kurzů bazální stimulace.
- Šířit informace o bazální stimulaci mezi zdravotníky a širokou veřejnost.

- Motivovat a zapojovat veškeré zaměstnance v oblasti využívání bazální stimulace na všech odděleních.
- Mnohem častěji ventilovat případy, u kterých byla bazální stimulace prospěšná.
- Motivovat, komunikovat a spolupracovat s rodinou, která nám mnohdy může v péči o nemocné velmi pomoci.

9 ZÁVĚR

„Jednou z podmínek uzdravení je chuť uzdravit se.“

Lucius Annaeus Seneca

Dnešní doba s sebou přinesla sociální rozvoj, pokroky medicíny, zlepšovaly se pracovní podmínky a práva, která vedla k tomu, že populace začala více stárnout a mnohem méně lidí umírat během pracovního života či předčasně v dětství. Starší občané prožívají stárnutí na mnohem vyšší úrovni než v minulosti. Stárnutí obyvatelstva je nejdiskutovanější otázkou všech států v posledních letech. Vždy je potřeba zaměřit se na výskyt řady geriatrických symptomů, zhoršení kognitivních funkcí a neschopnost sebe péče. To je dáno jak stárnutím populace, tak polymorbiditou. Důležité bylo zaměřit se právě na to a napomoci k znovu navrácení zdraví a udržení kvalitního života. Dle ministerstva práce a sociálních věcí ČR, bude v roce 2060 přibývat osob starších 85 let o čtyřikrát více než v roce 2013 a to na 0,8 milionů. (SENIORŮ A POLITIKA STÁRNUTÍ, 2015)

Jelikož přibývalo nehod na silnicích, a to zejména u lidí v mladém věku, docházelo mnohdy k fatálním následkům nebo ochrnutí. Domníváme se, že šířením povědomí o bazální stimulaci jak mezi zdravotníky, tak i mezi širokou veřejností, napomůže mnoha rodinám, které se starají o seniora nebo postiženého člena domácnosti ještě k lepší pomoci. Mnoho pacientů bylo navráceno zpět do společnosti a mezi své blízké (KOZONĚ, et al., 2015).

Domníváme se, že koncept bazální stimulace může výrazně přispět k celkovému zvýšení kvality života a celkové spokojenosti pacientů, i rodin. Také napomáhala ke zvyšování profesionální péče na území české i slovenské republiky a také přispěla ke snižování nákladů ošetrovatelské péče.

Cílem naší bakalářské práce byla snaha o poskytnutí informací o tématu bazální stimulace, jejím vývoji a uplatnění. Také jsme se snažili poukázat na příkladu z praxe, že koncept opravdu funguje a jeho začlenění do ošetrovatelské péče může přinést jen samé klady. Popsány byly také prvky, které lze v praxi využít a přesvědčit čtenáře této práce, že i kvalitní a dobrá ošetrovatelská péče se může obejít bez drahých pomůcek. Využito mohlo být vše, co bylo na dosah našich rukou, stačilo pouze zapojit fantazii.

Aplikováním prvků do ošetrovatelské péče, jejich neustálým opakováním a postupným navyšováním intenzity byly potvrzeny stanovené cíle a nezbyvá nám, než doporučit aplikování konceptu do ošetrovatelské praxe a doufat v probuzení zájmu alespoň u několika kolegů/kolegyň.

Vytvořit pro pacienta vlídné a co nejpříjemnější prostředí, to je jedna z uznávaných ošetrovatelských metod, jak dosáhnout toho, aby se nemocný cítil lépe a zároveň to působilo příznivě i na jeho zdravotní stav.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAZÁLNÍ STIMULACE, 2015. *Institut bazální stimulace* [online]. Frýdek - Místek: Institut bazální stimulace [cit. 15. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/>

DABROWSKÁ, M., 2014. *Ergoterapie v klinických oborech - techniky v ergoterapii: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 76 s. ISBN 978-80-7464-513-6.

ELIÁŠOVÁ, P., 2013. *Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí*. In: *Florence*, roč. IX, č. 11, s. 25-29. ISSN 1801-464X.

FRIEDLOVÁ, K., 2006. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům*. In: *Komfort*. č. 3, s. 4-7. ISSN: není uvedeno

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K., 2010a. *Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace*. In: *Sociální služby*, roč. VII, č.11, s 28-30. ISSN: 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K., 2010b. *Vestibulární stimulace v konceptu bazální stimulace*. In: *Sociální služby*, roč. XII, č. 8-9, s. 36-37. ISSN: 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K., 2010c. *Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace*. In: *Sociální služby*, roč. XII, č. 6-7, s. 30-31. ISSN: 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, K., 2011. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Základní kurz bazální stimulace. Základní modul I. 10. přepr. vyd. Frýdek - Místek*. ISBN: není uvedeno

FRIEDLOVÁ, K., 2012. *Koncept bazální stimulace a jeho uplatnění*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. VII, č. 2, s. 30-31. ISSN: 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, K., 2013. *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. IX, č. 3, s. 25-27. ISSN: 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, K., 2014. *Institut bazální stimulace*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. X, č. 1 (Diagnóza na konferenci), s. 40-41. ISSN: 1801-1349.

HANÁK, P., 2011. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Vyd. 1. [Česko: s. n.] s. 131. ISBN 978-80-260-0022-8.

HERDMAN, T (ed.), 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

INGROVÁ, Z., 2011. *Bazální stimulace*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Katedra didaktických technologií. Bakalářská práce.

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KLIČKOVÁ, H., 2007. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení*. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Bakalářská práce.

KOZOŇ V., M. BAŠKOVÁ (ED.), 2015. *Alžběta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatel'stva*. Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lékarska fakulta v Martine. ISBN: 978 - 80 - 89544 - 79 - 9.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

PLACHÁ, M., 2014. *Znalosti zdravotnických pracovníků v oblasti bazální stimulace*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce.

SENIORI A POLITIKA STÁRNUTÍ, 2015. *Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]*. [cit. 14. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

PLATNÁ VYHLÁŠKA: *Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]*. MZČR, 2015 [cit. 24. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasec>

c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

ŠČUČKOVÁ, E., 2012. *Kazuistika u klienta po mozkovébečném traumatu s využitím Bazální stimulace*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. VIII., č. 6 (Interní ošetrovatelství), s. 32-33. ISSN: 1801-1349.

UCHYTILOVÁ, J., 2014. *Využití bazální stimulace v intenzivní ošetrovatelské péči*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Bakalářská práce.

VÁCLAVÍČKOVÁ, L., 2014. *Komunikace jako součást bazální stimulace*. In: *Sestra*, roč. 24, č. 3, s. 25-26. ISSN: 1210-0404.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 1159 s. ISBN: 978 - 80 - 7345 -202 - 5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností při přijetí

Příloha B - Barthelův test základních všedních činností při propuštění

Příloha C - Integrovatelné prvky do ošetrovatelské anamnézy

Příloha D – Čestné prohlášení

Příloha E - Rešerše

Příloha A Barthelové test základních všedních činností při přijetí

PŘI PŘIJETÍ

Příloha č. 2

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: XX

Datum narození pacienta (věk): 41 let

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			20

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

14. 1. 2016

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Příloha B Barthelové test základních všedních činností při propuštění

V PŘÍLOZE
PŘI PROPUŠTĚNÍ

Příloha č. 2

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: XX

Datum narození pacienta (věk): 71 let

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
3.	Koupání	samostatně nebo <u>s pomocí</u> neprovede	<u>5</u> 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo <u>s pomocí</u> neprovede	<u>5</u> 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	<u>10</u> 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	<u>10</u> 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 <u>5</u> 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 <u>5</u> 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 <u>0</u>
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 <u>0</u>
Celkem			<u>50,6</u>

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

28. 1. 2016

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Integrovatelné prvky do ošetřovatelské anamnézy

1. Sociální situace, zaměstnání

DĚLOVCE, DĚLE VORAVŮTKY, RESTAURACE
V JIHOVĚ PŘÍMOŘÍ

2. Kdo může a nemůže navštěvovat

NAVŠTĚVY - NEUBUČÍVÍ RODINA
- JYU, PČELA, KUCHÁČKA, BRATR

3. Jaký je typ (klidný, živý)

KLIDNÝ

4. Jak slyší

DOBŘE

5. Jak vidí (brýle)

POUŽÍVÁ, BRÝLE NA ČTENÍ

6. Denní rytmus/režim (čas vstávání, hygiena)

VSTÁVÁ OKOLÍ 7-8 hod. denně (počasí)
pročistka, po jídle hygienické
praxe 10, koupel se ne

7. Doteky (rád/nerad)

RÁDA "PRBAŇI" VE VANECH,
NA ZA'DECH
NERADA - JE VECHTIVA' NA PLOVŇAČ
HOBY

9. Jak spí (poloha, přikrývky)

SPÍ NA BOKY I PĚŤOU' DEKA,
KREPOVE' POUČENÍ

8. Právák/levák

PRAVÁK

10. Jak si čistí zuby, jak se holí

ZUBY SI ČISTI' KACIÁČEK + PASTA

11. Co pije rád / nerad

OVOCNÝ ČAJ, KÁVA - TURK
MINERÁLKY
NERADA 'TEPE' DLEKO

12. Co jí rád / nerad

JÍ RÁDA VŠECHNO / MOC
NERADÍ VOŠARTY

13. Které zvuky rád / nerad poslouchá (TV, hudba)

RÁDA POSLUCHÁ RÁDIO PRAEDYBICE,
DÍVA SE NA TV BARANDOL

14. Oblíbené vůně

2,

15. Co dělá, když má bolesti (léky, hudba...)

LEKY, KUD, SPÁNEK

16. Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva...)

TV, KÁVA, KAVŮTEKA, ZAHRAĐKA,
VYHÁŠČENÍ, ČUŠŤ, KŘÍČOVAN

17. Důležitý zážitek v poslední době

Příloha D Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Bazální stimulace v ošetrovatelské péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 3. 2016

Andrea Richtrová

Jméno a příjmení studenta

Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Andrea Richtrová

Jazykové vymezení: čeština, němčina, angličtina

Klíčová slova: ARO. Bazální stimulace. JIP. Ošetrovatelská péče. Pacient.

Časové vymezení: 2006 - 2015

Druhy dokumentů: knihy, články, příspěvky ve sborníku, vysokoškolské práce, elektronické zdroje

Počet záznamů: 89 (monografie 3, články a abstrakta 84, vysokoškolské práce 2)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 7144:1986 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - Multiknihovní systém Medvik
- Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ)
- Báze EMBASE v tištěné či elektronické podobě (na CD-ROM)
- Specializované databáze (Science a Scopus)
- Specializované databáze NLK (CINAHL Complete, MEDLINE Complete) dostupné z databáze EBSCOhost