



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Význam bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu na intenzivní péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: Ošetřovatelství

Autor: Bc. Soňa Kučerová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou prací s názvem „*Význam bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu na intenzivní péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.5.2018

Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za podnětné a cenné rady. Za její trpělivost a podporu při psaní diplomové práce. Prostřednictvím této diplomové práce bych chtěla také poděkovat personálu oddělení NIP a rodinám pacientů.

Význam bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu na intenzivní péči

Abstrakt

Hlavní cíle této práce je, zjistit vliv bazální stimulace prováděné pouze školeným personálem, na průběh vigilního kómatu u pacienta. A také zjistit vliv bazální stimulace prováděné rodinou za asistence školených pracovníků, na průběh vigilního kómatu u pacienta.

K dosažení cíle bude použito kvalitativní výzkumné řešení formou kazuistik a rozhovorů. Výzkumným souborem budou pacienti ve vigilním kómatu, rodina, ošetroující personál realizující bazální stimulaci u pacienta.

Smyslem této práce je dokázat, že zapojení rodiny do procesu bazální stimulace pacienta, prokazatelně umocňuje její efektivitu. Ve své profesi se často setkáme s pacienty s poruchou vnímání, pohybu a dalšími postiženími. Lidské tělo v kómatu vnímá emoce a okolní vlivy působící na jeho tělo. Ke zkvalitnění péče o tyto klienty nám slouží koncept Bazální stimulace jako jednou z alternativ starosti o pacienta, kdy jeho realizace ve spolupráci s rodinou má pozitivní vliv na celkový stav klienta.

Výsledky práce mohou být použity jako podklad pro tvorbu seminářů a postupů edukujících zdravotnický personál a rodinu tak, aby bylo možno dosáhnout co nejlepších výsledků v dané problematice.

Klíčová slova

Bazální stimulace; vigilní kóma; intenzivní péče; koncept bazální stimulace; ošetrovatelství v intenzivní péči

The importance of basal stimulation in patients undergoing coma vigil while in intensive care

Abstract

The main aim of this work is, to explore how basal stimulation affects the process of coma vigil in patients, when carried out only by trained practitioners. And also, to explore how basal stimulation affects the process of coma vigil in patients, when carried out by family members with the assistance of practitioners.

To achieve the aim, a qualitative research will be used in the form of case studies and interviews. The research team involves patients in coma vigil, family members and practitioners performing basal stimulation to affected patients.

The purpose of this assignment is to prove that the involvement of family members in the process of basal stimulation significantly improves the effectiveness of the treatment. In our profession, we can often see patients with impairments of perception, movement or other disorders. While a human body is in a coma, it can still perceive emotions and other surrounding influences that affect the body. To improve the quality of care that these patients receive, the concept of basal stimulation serves as one of the alternatives of treatment. The implementation of this concept shows positive effects on the overall health of the client when in cooperation with family members. The results of this assignment may be used as a foundation when producing seminars and procedures that serve to educate the healthcare staff and families, in order to achieve the best results in a given issue.

Key words

Basal stimulation; coma vigil; intensive care; concept basal stimulation, nursing care

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická část.....	11
1.1 Intenzivní péče.....	11
1.1.1 Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb	11
1.1.2 Požadavky o minimálním technickém vybavení	12
1.1.3 Potřeby pacientů na intenzivní péči	13
1.1.4 Role sestry v péči o pacienta	13
1.1.5 Rodina a pacient.....	14
1.2 Vigilní kóma	15
1.2.1 Příčiny coma vigile	17
1.2.2 Fáze coma vigile.....	17
1.2.3 Symptomatologie	18
1.2.4 Diagnostika.....	18
1.2.5 Léčba	19
1.2.6 Ošetrovatelská péče.....	20
1.3 Koncept bazální stimulace	24
1.3.1 Deset Centrálních evropských cílů	25
1.3.2 Bazální stimulace v České republice	26
1.3.3 Využití bazální stimulace v intenzivní péči	27
1.3.4 Desatero bazální stimulace	27
1.3.5 Biografická anamnéza	28
1.3.6 Prvky bazální stimulace.....	28
1.3.7 Základní prvky bazální stimulace	29
1.3.8 Nástavbové prvky Bazální stimulace	34
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	38

2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38
3. Metodika práce	39
3.1. Technika sběru dat	39
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	39
4. Výsledky práce	40
4.1 Kazuistiky	40
4.1.1 Kazuistika č.1	40
4.1.2 Kazuistika č.2	48
4.1.3 Kazuistika č. 3	56
4.1.4 Kazuistika číslo 4.....	64
4.2 Myšlenkové mapy personál	71
4.2.1 Kazuistika č.1	71
4.2.2 Kazuistika č.2	72
4.2.3 Kazuistika č.3	73
4.2.4 Kazuistika č.4	74
4.3 Myšlenkové mapy- rodina	75
4.3.1 Kazuistika č.1	75
4.3.2 Kazuistika č.2	76
4.3.3 Kazuistika č.3	77
4.3.4 Kazuistika č.4	78
4.4 Sumarizace výsledků	79
5. Diskuse	80
6. Závěr	89
7. Seznam použitých zdrojů	91
8. Přílohy	97

<i>8.1 Seznam příloh</i>	97
9.Seznam zkratk.....	119

Úvod

Ve své profesi se často setkáme s pacienty s poruchou vnímání, pohybu a dalšími postižením. Lidské tělo v kómatu vnímá emoce a okolní vlivy působící na jeho tělo. Ke zkvalitnění péče o tyto klienty nám slouží koncept Bazální stimulace jako jednou z alternativ starosti o pacienta, kdy jeho realizace ve spolupráci s rodinou má pozitivní vliv na celkový stav klienta. Existuje předpoklad toho, že rodina předá při bazální stimulaci nemocnému daleko více lásky, citu než vyškolený personál.

Dnešní nedostatek zdravotnického personálu má vliv na efektivnost a dostatečný čas sestry provádět bazální stimulaci, přes kterou s daným pacientem komunikujeme. Bazální stimulace ve zdravotnictví důležitým prvkem ošetrovatelské péče. Bohužel, v České republice je problém tento koncept využívat v dostatečné míře, který by pacient potřeboval. A to z velmi prostých důvodů – jak je výše popsáno, nedostatek personálu, spěch a velké množství pacientů, kteří by bazální stimulaci potřebovali. Dále záleží také na tom, jaká je spolupráce s rodinnými příslušníky.

Bohužel klasický chod většiny oddělení spočívá v tom, že ráno se musí pacienti rychle vykoupat, aby byli čistí před snídaní a vizitou. Pakliže je na celkovou koupel 10 pacientů z 15 (těch 5 to zvládne samo) a musí se jim převlékat i lůžka a zdravotnický personál má malou časovou dotaci na všechny úkony, je aplikace bazální stimulace dosti složitá. Jestliže se najde jedinec, který se alespoň trochu snaží vést pacienta k soběstačnosti tím, že mu řekne, ať se zkusí sám utřít, učesat, vyčistit zuby a jiné, je napomínán, že na TO, není čas. Doporučovat něco rodině, je taky „o malér“, protože ta pak, ač ne se zlým úmyslem, řekne „ale tamta sestřička říkala...“. Pro příklad, kdy pacient má zavedenou NGS. Zdravotnický personál mu do ní podává stravu a tekutiny, ale také se snaží mu podávat stravu perorálně, aby se zachoval polykací reflex a byly stimulovány chuťové pohárky. Pokud však rodině řekneme, ať mu zkusí po malých lžičkách dát jogurt, přesnídátku nebo pacientovo oblíbené rozmixované jídlo, nastává problém. Samozřejmě ne vždy, záleží totiž na tom, s kým kdo ve službě, nebo kdo má službu v den, kdy se o tom rodina baví i s jiným personálem. Hlavním problémem je nedostatečná osvěta v oblasti Bazální stimulace. Navzdory její nepostradatelnosti je mnohdy vnímána jako ztráta času. Personálu je opravdu velmi málo, sestry musí vykonávat množství administrativní práce, a když už má nějakou volnou chvíli, chtějí ji využít pro sebe na odpočinek nebo na oběd.

V této práci je ukázáno, že Bazální stimulace má své opodstatnění. K maximalizaci její efektivity je však nutné se zamyslet nad personálními změnami. Není možné dosáhnout lepších výsledků při obsazení směn dvěma sestrami a dvěma sanitáři, jelikož průměrné obsazení lůžek je 15 pacientů. Bohužel, sanitáři toho o bazální stimulaci moc neví, pokud se o ni nezajímají a sester je teď globální nedostatek

1. Teoretická část

1.1 Intenzivní péče

Jde o specializovanou zdravotní péči s možností monitorování kriticky nemocných pacientů a pacientů okamžitě po operaci, poskytovaná specializovaným multidisciplinární týmem na zvláštní jednotce v nemocnici. (DiCara, V., Vidovičová, H., 2007, 218 s.) Jednotka intenzivní péče dále jako JIP, pečuje o pacienty, jejichž zdravotní stav je ohrožuje na životě. Slovo intenzivní znamená neustálá 24 hodinová monitorace pacienta. (Kelnarová, J., et al, 2011, 47 s.) Kapounová (2005) doplňuje, tyto jednotky léčí v kteroukoliv denní a noční dobu pacienty s multiorgánovým selhání. Dosažitelnost lékařů na těchto oddělení musí být okamžitá. Zdravotní stav pacienta nepřetržitě sleduje sestra, které veškeré fyziologické hodnoty zapisuje do dokumentace. *V rámci dokumentace pacienta nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací.* Jestliže pacientovo zdravotní stav neumožňuje tento podpis poskytnout ať už z důvodu poruchy vědomí či špatný zdravotní stav, vyplní se příslušný dokument, který je do 24 hodin zaslán obvodnímu soudu a je zahájeno takzvané detenční řízení.

1.1.1 Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška ze dne 22. března 2012 rozděluje akutní lůžkovou intenzivní péči pro dospělé do třech stupňů, dle TISS bodů. První stupeň se týká nižší intenzivní péče, druhý stupeň vyšší intenzivní péče a třetí stupeň resuscitační péče. Vyhláška dále samostatně popisuje i intenzivní péči o děti, těhotné a intenzivní hematologickou péči. (Vyhláška č.99/2012 Sb.)

Do intenzivní péče 1. stupně neboli nižší intenzivní péče dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. řadíme sestry pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, dále všeobecné sestry bez dohledu a všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti 1,4 úvazku na lůžko, z toho je 25 % úvazku pro specializaci intenzivní péče bez dohledu. Také sanitáři nebo ošetřovatelé 0,1 úvazku na lůžko patří do intenzivní péče prvního stupně. Do intenzivní péče 2. stupně neboli vyšší intenzivní péče patří zde sestry pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, také všeobecné sestry bez dohledu a všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti celkem 2,2 úvazku na lůžko, z toho 25 % úvazku pro sestry pro intenzivní péči bez dohledu. Dále sanitáři nebo ošetřovatelé 0,2 úvazku na lůžko. V intenzivní péči 3. stupně neboli resuscitační péči jsou sestry pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, všeobecné sestry bez dohledu a všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti celkem 4,0

úvazku, z toho 50% úvazku pro intenzivní péči bez dohledu a dále sanitáři nebo ošetřovatelé 0,3 úvazku na lůžko.

1.1.2 Požadavky o minimálním technickém vybavení

Vyhláška ze dne 15.3. 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Vyhláška popisuje akutní lůžkovou intenzivní péči, kde je popis vybavenosti oddělení a dále vybavenost dle rozdělení intenzivní péče do stupňů. Lůžka pacientů na JIP mohou být v boxech, které jsou v blízkosti stanoviště sester. Rozloha boxu musí být minimálně 12m², z čehož je plocha na jedno lůžko minimálně 9 m². Lůžka musejí být umístěna, tak aby byla zajištěna dostatečná vizuální kontrola stavu klienta sestrou. V boxech nemusí být umyvadlo, jestliže je přítomno na stanovišti sester. Pakliže se jedná o infekčního pacienta, umyvadlo dle vyhlášky na boxu je nutné. Stolek a komunikační zařízení není na boxu potřeba, pakliže není uvedeno jinak. Oddělení musí mít zařízení v podobě kyslíku, centrálního vakua a tlakového vzduchu pro pacienty na ventilátoru. Jestliže je oddělení vybaveno elektrickou odsávací, není rozvod vakua třeba. (Vyhláška č.99/2012 Sb.)

Intenzivní péče 1. stupně neboli nižší intenzivní péče je vybavena mobilními polohovacími lůžky, defibrilátorem a EKG přístrojem. Každé lůžko pacienta je vybaveno dávkovačem na injekční stříkačky, infuzní pumpou a monitorem na měření vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SPO2). Další druh intenzivní péče je 2. stupně neboli vyšší intenzivní péče, která je vybavena resuscitačními lůžky, defibrilátory, EKG přístroji, transportními ventilátory, mobilními RTG přístroji, pokud není dostupný na jiném pracovišti zdravotnického zařízení a monitorovacím centrálou nebo síťovým propojením lůžkových monitorů s přenosem alarmů. Lůžko je vybaveno dvěma stříkačkovými dávkovači, infuzní pumpou, monitorem vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SPO2) a dále je vybaveno zařízením pro zvlhčení dýchacích cest. Intenzivní péče 3. stupně jinak resuscitační péče je vybavena resuscitačními lůžky, defibrilátorem, transportním ventilátorem, mobilním RTG přístrojem, pokud není dostupný na jiném pracovišti zdravotnického zařízení, monitorovací centrálou, přístrojem pro extrakorporální eliminaci (C WH) a přístroj nebo modul pro měření herno dynamiky. Lůžko v resuscitační péči je vybaveno čtyřmi stříkačkovými dávkovači, dvěma infuzními pumpami, monitorem vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SPO2, IBP, Temp), zařízením pro zvlhčení dýchacích cest a ventilátorem pro umělou ventilaci

pacienta. Pakliže je na JIP poskytována péče převážně pacientům s kardiovaskulárním onemocněním, je vybavené shodně jako s vybavením 3. stupně a doplňuje se o kardiostimulátor, sonograf, další defibrilátor a přístroj na kontrapulzaci, pokud se provádějí výkony srdeční intervence (Vyhláška č.99/2012 Sb.).

1.1.3 Potřeby pacientů na intenzivní péči

Lidskou potřebu lze definovat jako stav, který vzniká při zdání nějakého nedostatku či přebytku, tužbou něčeho docílit ve sféře biologické, psychologické, sociální a duchovní. (Šamánková, M., et al., 2011, 12 s.) K nejdůležitějším potřebám pacientů na intenzivní péči se řadí dýchání, vyprazdňování, výživa, soběstačnost a psychická vyrovnanost. Rozsah a intenzita uspokojování potřeb je závislá na zdravotním stavu pacienta. (Šamánková, M., et al., 2011, 12 s.)

Potřeba dýchání představuje život, bez vzduchu vydržíme maximálně 3 minuty a poté přichází poškození mozkové tkáně (Mlýnková, J., 2016, 182 s.) Potřeba vyprazdňování je fyziologická potřeba, která často tíží imobilní pacienty a bez intervence sester nejsou ji schopni (Šamánková, M., et al., 2011, 115 s.) Potřeba výživy neznamená jen podávání stravy, ale i edukace a dostatečná osvěta ve správném stravování dle zdravotního stavu a diagnózy, u pacientů v bezvědomí se zajišťuje formou sondy, či přes CŽK nebo PEG (Klevetová, D., 2017, 85 s.) Potřeba soběstačnosti v nemoci míra soběstačnosti klesá a velkou část plnění potřeb přebírá zdravotnický personál, v případě bezvědomí přebírá tuto úlohu plně zdravotnický personál (Rozsypal, H., et al., 2013, 104 s.) Potřeba psychické vyrovnanosti, pacient v nemoci ztrácí prestiž, volnost pohybu, životní rytmus, možnost aktivit, aby byl pacient v určité pohodě je třeba udržet alespoň základní soběstačnost, minimalizovat bolest, komunikovat a zajistit spánek a odpočinek (Kapounová, G., 2007, 23 s.) Pacient je často plně závislý na péči sester, proto vztah mezi sestrou a pacientem je mnohdy daleko bližší než mezi lékařem a pacientem. (Kapounová, G., 2007, 21 s.)

1.1.4 Role sestry v péči o pacienta

Sestra na intenzivní péči a dle statistik je ohrožená syndromem vyhoření. Což je stav, kdy nastává totální vyčerpání. Sestra má spoustu rolí. Je součástí systému, je partnerem lékaři, je zde vztah sestra a pacient. Ovšem součástí role sestry je potřeba, znát svou léčebnou funkci. Měla by být schopná posoudit dopad svého chování vůči pacientovi. (Bártlová, S., 2005, 137 s.)

Sestry role je především být prostředník mezi lékařem a pacientem. Měla by dopomoc vytvořit pocit důvěry mezi lékařem a pacientem, což je její součástí role. Efektivnost léčby závisí na vzájemném vztahu mezi lékařem, sestrou a pacientem. Sestra je interpretem mezi lékařem a pacientem, je důležité, aby dopomohla k získání důvěry a tím pádem k harmonické spolupráci, kde očekávaný výsledek je efektivnost léčby. Jde o to, jestliže pacient dostatečně nerozumí postupům léčby, nedůvěřuje lékaři, je velmi výrazně ohrožena efektivnost léčby. Ze sociologického hlediska vyplývá, že sestra není pouze jedinec, který plní výhradně jen svou funkci, ale sestra hraje významnou roli v sociálním systému. (Bártlová, S., 2005, 144 s.) A je tomu hlavně i na intenzivní péči, kde jsou lidé v ohrožení života a vzájemná harmonie je tu občas otázkou života a smrti. Jestliže je narušené vědomí pacienta role sestry se přesouvá na sestra- rodina. (Tomová, Š., Křivková, J., 2016, 114-115 s.)

1.1.5 Rodina a pacient

Rodina je sociální skupinou, ve které se odehrává veškeré životní události i útrapy. Tato základní společenská jednotka se dostává do popředí. Úloha rodiny se od minulosti dost změnila. Dříve bylo zcela běžné, že o jedince, který nebyl schopen o sebe pečovat, se starala rodina, v současné době se starost v domácím prostředí o rodinné příslušníky, přesouvá spíše do nemocničního prostředí. Úlohu rodiny bohužel nemůže, ale nahradit žádná zdravotnické či jiné zařízení. (Bártlová, S., 2005, 96-102 s.) Pacient a jeho nemoc neovlivňují pouze jeho samého, ale celou rodinu. Jak moc je rodina ovlivněna se odvíjí od charakteru onemocnění a kdo z členů ochořel. Dochází zde k přerozdělování funkcí a zastupování úloh. V současné době se používá pojem „nemocná rodina“. Znamená to nemoc daného člena rodiny. (Bártlová, S., 2005, 96-102 s.) Rodina, i když má být hlavní psychickou podporou nemocného často není připravena na verdikt v podobě nevyhlášené nemoci či blížící se smrti u rodinného příslušníka. Je třeba jim dát čas, poskytnout odpovědi na různé otázky, sdělit jim možné varianty řešení a připravit je na potřebnou péči o rodinného příslušníka. Pakliže je to možné a pacientův stav dovoluje propuštění do domácího prostředí, tak to má většinou pozitivní vliv na psychický stav pacienta a může dopomoc přijmout svou diagnózu. Jsou i faktory, kdy je možné propuštění, ale neděje se tomu tak, pokud se zjistí neochota rodiny pečovat o nemocného, nebo nevyhovující sociální podmínky či finanční problémy. (Bártlová, S., 2005, 96-102 s.) Při hospitalizaci dochází k narušení styků s rodinou, kdy jsou limitovány návštěvními hodinami. Již několik studií dokázalo, že psychický stav je

výrazně horší, pakliže jsou návštěvy omezovány, zvláště jedná-li se o dlouhodobě ležící s upoutáním na lůžko. Pro efektivnost léčby, je důležitý psychický komfort nemocného. Pacient potřebuje od rodiny rozptýlení, citovou komunikaci, odreagování, povzbuzení, jelikož se dostal do role pasivního člena. (Bártlová, S., 2005, 96-102 s.) Rodina má významnou roli v úloze nemocného a jeho zdraví. Jak již je výše uvedeno je několika vědeckými poznatky potvrzeno, že rodina má velký vliv na celý léčebný proces. (Bártlová, S., 2005, 96-102 s.)

1.2 Vigilní kóma

Hartl a Hartlová (2009) ve svém psychologickém slovníku definují kóma jako dlouhodobé a hluboké bezvědomí, kdy je naprostá ztráta kontaktu se světem, absence reakcí na algický podnět. *Vigilní kóma vzniká následkem těžkého poškození mozkové tkáně.* (Streitová, D., et al., 2015, 45 s.) Pacient působí bdělým dojmem z důvodu možných otevření očí. Nicméně člověk v coma vigile očima nefixuje, nesleduje a cíleně nereaguje na podněty ať už algické či slovní. (Mumenthaler, M., et al., 2008, 78 s.) Profesor Navrátil a jeho kolektiv (2008) dále popisují, že v bezvědomí může dojít k úplné afunkci dechového centra a hrozí možné udušení. Tito pacienti jsou poté na kyslíku nebo na UPV. Termín vigilní kóma vychází z francouzské literatury. (Drábková, J., 2001, 6 s.) Synonymem vigilního kómatu je apalický syndrom a perzistentní vegetativní stav. Coma vigile je hluboká porucha vědomí, kdy pacient není schopen jakéhokoliv kontaktu s okolím. Není schopen verbálního projevu ani očního, ačkoliv může mít oči spontánně otevřené. Mrkání může působit na okolí, jako že se pacient probal, avšak otevřené oči nesledují okolí, nefixují a bezcílně bloumají. (Vokurka, M., et al., 2008, 1092 s.) Nelze navázat kontakt v podobě slovní řeči ani vnějším podnětem. Pacienti ve vigilním kómatu mají zachovaný spánek. Typická je duální inkontinence- incontinentia alvi et urinae, neudrží moč ani stolici. (Chrobák, L., et al., 2007, 26 s.)

Incidence komatózních případů přibývá, avšak díky moderní intenzivní medicíně a péči své stavy přežívají. V 50. letech pacienti s těžkým poškozením mozku umírali velice často. Minimum všech komatózních případů přežilo, ale s následným neurologickým deficitem. Dnešní diagnostika, léčba, monitoring vitálních funkcí a technická vybavenost oddělení intenzivní péče přispívá k prodloužení života v kómatu. Coma vigile v anglicky hovořících zemích je popisován jako perzistentní vegetativní stav (PVS), v Evropě, Asii a Japonsku jako apalický syndrom. (Laureys, S., et al., 2010, 2s.)

Perzistentní vegetativní stav, perzistence znamená stálost, přetrvávající zdravotní stav pacienta. (Hartl, P., Hartlová, H., 2009, 407 s.) *PVS je charakterizován bdělostí s problematickým uvědomováním si svého okolí i sama sebe bez schopnosti adekvátně reagovat na vnitřní i zevní podněty.* Stanovení prognózy je velmi obtížné, protože významnou roli hraje stáří, kvalita života před tím a ošetrovatelská péče. Charakteristické pro PVS a prognosticky nepříznivé je, traumatickém postižení mozku, který trvá déle než 1 rok a naděje na zlepšení stavu je nižší než 0,1% a netraumatické postižení mozku, které trvá beze změn déle než 3 měsíce. (Kalvach, Z., 2011, 246 s.) Netraumatickým postižením mozku se rozumí vrozené malformace nervového systému, degenerativní a metabolické neurologické onemocnění. (Richterová, L., 2010, 9 s.) Britské kritérium pro stanovení perzistentního vegetativního stavu je stav trvající déle čtyři týdny. Permanentně vegetativní stav je označován stav, který trvá déle než 12 měsíců po traumatickém poškození mozku a 6 měsíců po neúrazovém postižení mozku. (Koukolík, F., 2013, 190 s.)

Ošetrovatelská péče u těchto pacientů je pilířem pro dobrou celkovou péči. Nezbytnou součástí je Koncept bazální stimulace. Tón zdravotníků a pečovatелů by měl být příjemný, přátelský, uklidňující. Před vstupem do pokoje pacienta pozdravíme a tím ho informujeme, o tom zda je den či večer. Používáme iniciální dotek, kde je pacientovi příjemný. Tam, kam se upírá pacientův zrak, se snažíme zvolit, co nejvíce obrázků, fotografií, předmětů a různé barevné kombinace, které připevníme na stěnu, okno či strop. Nedílnou součástí v péči, je péče o ovzduší na pokoji, zklidňující hudba. Pečujeme o zavedené katétrů, sondy a kanyly dle standardů dané pro oddělení. (Kalvach, Z., 2011, 246 s.) Důležité je odlišit vegetativní stav od kómatu, stavu minimálního vědomí a syndromu uzamčení, neboli locked-in syndromu. (Koukolík, F., 2013, 190 s.) Stav minimálního vědomí se diagnostikuje u pacientů, kteří si kolísavě uvědomují sebe nebo okolí a poté přejdou do bdělosti. Mrkají, projevují se známky možného účelového chování, jeví známky možného uvědomění si sebe a okolí, avšak jakákoliv komunikace nefunguje. Tento stav může vést ke zlepšení, a po čase pacient začne komunikovat anebo tento stav může zůstat trvalý. (Koukolík, F., 2013, 190 s.)

Syndrom uzamčení neboli locked-in syndromu. Jde o velice vzácný stav, který se charakterizuje uvězněním ve svém těle. Ve francouzské literatuře je popisován jako choroba zadržování života. Pacient je bdělý, vnímá sebe a okolí, ale není schopen žádné verbální komunikace či zprávy, že vnímá. Je schopný myslet, pamatovat si, ale díky

obrně kosterních svalů není schopen se hýbat. Projev zvládne maximálně pohybem víček či pohybem očí. Příčinou toho stavu je poškození mozkového kmene a především v oblasti Varolova mostu. Diagnostika je velice obtížná. V minulosti bylo prakticky nemožné syndrom uzamčení od kómatu odlišit. Moderní funkční vyšetřovací metody, které nyní jsou, přispívají k lepšímu určení. (Koukolík, F., 2013, 190 s.; Orel, M., et al., 2016, 103 s.) Nejčastější funkční vyšetřovací metodou je EEG, kdy křivka může být minimálně přerušena. Tato křivka dopomůže lékaři kvalifikovat stupeň vigility. Vyhodnocení výsledků, ale závisí na všímavosti a schopnosti lékaře. (Mumenthaler, M., et al., 2008, s. 78)

Apalický syndrom je často zaměňován za vigilní kóma, avšak je pouze součástí coma vigile. Z latiny a- znamená chybění něčeho a pallium- plášť, tudíž doslovný překlad by byl plášť mozku. Jedná se o vegetativní stav, který je charakterizován vyhaslou funkcí mozkové kůry, i přestože je zachována určitá funkce mozkového kmene. Následuje dekortikace, což je přerušování aferentních a eferentních drah. Dost častá příčina vzniku je mnohočetná ischemická příhoda, srdeční či respirační zástavy, mozkové kontuze, a vzácně zánětlivá či metabolická nebo toxická příčina. (Bartoš, A., et al., 2004, 200 s.)

1.2.1 Příčiny coma vigile

Příčina vzniku může být buď úrazového původu či neúrazového. Mezi traumatické příčiny způsobující coma vigile řadíme například pády z výšek, těžké úrazy při autonehodě, pády z motocyklů aj. Netraumatické příčiny, které způsobují coma vigile je infekční onemocnění CNS, nádor mozku, edém mozku, trvající hypoxie, hypoglykémie, pozdní zahájení resuscitace, metabolické příčiny (uštknutí, hepato-renální selhání, intoxikace, vrozené vývojové vady (hydrocefalus, mikroencefalopatie), cévní poruchy a zánětlivé onemocnění (roztroušená skleróza). (Wild., K., et al., 2007, 271 s.)

1.2.2 Fáze coma vigile

Již v úvodu této kapitoly jsou nastíněná kritéria pro stanovení stupně vigilního kómatu. Pomocí funkčních zobrazovacích metod lze stanovit fázi a odhadnout prognózu. Nespočet studií uvedlo, že dochází až ke 40% mylných diagnóz v tomto směru, z důvodu špatné rozeznatelnosti. (Koukolík, F., 2013, 191 s.) Rozlišujeme perzistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav.

Perzistentní stav se určuje dle příčiny postižení mozku. Zda příčina byla traumatická či netraumatická. Pakliže došlo k traumatickému postižení mozku, které trvá déle než 1 rok a naděje na zlepšení stavu je nižší než 0,1% a netraumatické postižení mozku, které trvá beze změn déle než 3 měsíce, mluvíme o perzistentním nebo setrvalém vegetativním stavu. (Kalvach, Z., 2011, 246 s.) Permanentně vegetativní stav je označován stav, který trvá déle než 12 měsíců po traumatickém poškození mozku a 6 měsíců po neúrazovém postižení mozku. (Koukolík, F., 2013, 190 s.)

1.2.3 Symptomatologie

Pacient se nachází v hlubokém bezvědomí, ale díky svým otevřeným očím, budí dojem bdělosti. Svou polohu nemění, leží, ale je možné, že se mírně hne, ovšem toto není cílené jednání. Základní životní funkce jsou zachovány, oběhovou činnost a dýchání většinou zajišťují technologie na oddělení, avšak není to podmínkou. Verbální komunikace není schopný, ale může vydávat různé skřeky a spontánně zívá. Oči mohou být pootevřené, ale nefixují. Tito pacienti mají i duální inkontinenci, proto jsou obzvláště ohroženi možnými opruzeninami, infekcemi či proleženinami. Primitivní reflexy mnohdy zůstávají, kdy může spontánně žvýkat, chňapat jako novorozenci. (Mlčoch, Z., 2015) Mydriáza je bez reakce, dále je absence jakýchkoliv obranných pohybů. (Karel, L., et al., 2010, 307 s.)

1.2.4 Diagnostika

Kritéria pro určení vigilního kómatu nejsou jednoznačná. U pacientů je prováděn nespočet neurologických konzilií. Velmi důležité je zjištění příčiny tohoto stavu. Při diagnostice je třeba brát v potaz možnost působení léků se sedativním účinkem, intoxikace a jiné komatózní stavy, pokud bychom tyto možné okolnosti nevzali v úvahu, mohlo by dojít lehce k mylné diagnostice. (Doležil, D., 2007; Vovsová, M., 2012, 23 s.) Vegetativní stav podle MSTF (1994) lze hodnotit podle několika kritérií. Vegetativní stav u pacienta znamená nepřítomnost známek uvědomování si sebe sama a svého okolí a neschopnost jakékoli interakce s okolím. U nemocného jsou absence zachovalé, reprodukovatelné, smysluplné nebo úmyslné odpovědi na zrakové, sluchové, taktilní a jiné podněty. Jsou nepřítomné známky známek porozumění řeči nebo řečového projevu. U pacienta vnímáme přerušovanou bdělost, projevující se přítomností cyklu spánku a bdění. Pacient ve vegetativním stavu má dostatečně zachovalé autonomní funkce hypotalamu a mozkového kmene, které umožňující přežití s

lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Pacienti mají inkontinenci moči a stolice. Variabilně jsou zachovalé reflexy spinální a hlavových nervů (MSTF, 1994). Pakliže zjistíme traumatickou příčinu poškození mozku, stupeň poškození posoudíme pomocí Glasgow coma scale. V roce 1974 bylo navrženo měřítko, které se mělo stát snadným ukazatelem stupně poškození mozku v klinické praxi. Nahradilo předchozí neefektivní a špatné metody. Po 40 letech se škála stala nedílnou součástí běžné praxe. (Teasdale, G., et al., 2014) GSC se provádí vždy po poranění i po následné stabilizaci stavu. (Pokorný, J., 2003, 352 s.) Posuzující škála hloubky vědomí je rozdělena do tří oblastí. Glasgow coma scale hodnotí nejlepší motorická odpověď, nejlepší verbální odpověď a otevření očí.

Tyto tři oblasti jsou bodově hodnocené, kdy optimální počet je 15. Tři body jsou pesimum hodnotící škály. Čím nižší počet bodů, tím se prognóza mortality zvyšuje. Závěrečný stav se zhodnotí ještě na stupnici Glasgow Outcome Scale, která je vyhrazená do pěti skóre. (Slezáková, Z., 2014, 23 s.) Bodové hodnocení po sečtení vyhodnotíme dle jednotlivých kategorií stupně poškození. 3-8 bodů dosažených na stupnici GSC značí pro těžké trauma mozku, 9-12 bodů dosažených na stupnici GSC značí pro středně těžké trauma mozku a 13-15 bodů dosažených na stupnici GSC značí pro lehké trauma mozku (Pokorný, J., 2003, 352 s.). Další diagnostickou metodou může být CT, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie a EEG.

1.2.5 Léčba

Pacienti jsou hospitalizováni na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo jednotce intenzivní péče. Je nezbytně nutné, aby terapie začala v co nejkratší době. Coma vigile vyžaduje dlouhodobou, intenzivní, náročnou léčbu a péči. Jelikož tito pacienti, potřebují neurologické vyšetření, rehabilitační péči je přístup k těmto pacientů na multidisciplinární úrovni. (Drábková, J., 2001; Větríková, P., 2007, 36 s.)

Důvod zahájení včasné léčby je nezbytně nutný ať už z hrozícího edému mozku, dysability acidobazické rovnováhy, profylaxe, vzniku poúrazového epilepsie či dechové nedostatečnosti. (Drábková, J., 2001; Větríková, P., 2007, 36 s.) Při dechové nedostatečnosti je zahájena oxygenoterapie. Pacienti hospitalizováni na ARO jsou zaintubováni na umělé plicní ventilaci, jestliže dechová nedostatečnost přetrvává a pacient přechází do následné intenzivní péče, je mu zavedena tracheostomická kanyla. Umělou plicní ventilaci zajišťují ventilátory, kde lékaři nastaví režim ventilace a další

potřebné parametry. (Vovsová, M., 2012, 28 s.) Mezi komplikace vigilního kómatu řadíme výkyvy tlaku, infekci z důvodu zavedení tracheostomie, CŽK, PŽK, PMK, PEG, aj. a vznik TEN. Tyto komplikace samozřejmě stěžují léčbu nemocného. Pacienti mají předepsaných spoustu rizikových léků, u kterých se leckdy podání odvíjí od aktuálního zdravotního stavu. Sem se řadí antihypertenziva indikována při vysokém krevním tlaku či ketacholaminy předepsané u nízkého tlaku. Antibiotika při zánětlivých markerech, antikoagulancia zabraňující možnému riziku tromboembolické nemoci. (Drábková, J., 2001)

1.2.6 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je vyhláškou o činnostech rozčleněna na základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Na ARO a JIP je typ ošetrovatelské péče vysoce specializovaná. Jde o péči u pacientů, jejichž zdravotní stav je bezprostředně ohrožuje na životě. (Bartůněk, P., et al., 2016, 25 s.) Ošetrovatelská péče dále vychází z konceptu bazální stimulace. Rozsah péče u pacientů ve vigilním kómatu je velká. Pacient je plně závislý na péči zdravotníků. Péči zajišťují v oblasti dýchání, výživy, vyprazdňování, hygieny, kůže a komunikace. (Kapounová, G., 2007, 21 s.)

1.2.6.1 Péče o dýchací cesty

Pokud je pacient spontánně dýchající bez jakéhokoliv invazivního zajištění, ale s poruchou polykání a neefektivním odkašláváním, je péče o dýchací cesty nezbytná. Průchodnost dýchacích cest zajistíme orofaryngeálním odsáváním. *Cílem odsávání je udržet průchodné dýchací cesty a udržet efektivní ventilaci, zabránit aspiraci a vzniku infekčních plicních komplikací a sekundárně také získat biologický materiál k diagnostickým účelům, pokud nemocný není schopen sám sputum vykašlat.* K péči o dýchací cesty se řadí i péče o dutinu ústní. Vzhledem k tomu, že pacient dýchá přes otevřená ústa, sliznice se mu vysušují už po 30 minutách. V dutině ústní se tvoří krusty a drobné fisury, díky nimž může u pacienta vzniknout infekce. (Bartůněk, P., et al., 2016, 294 s.) Pečovat o dýchací cesty musíme i u pacienta na umělé plicní ventilaci a provádět tracheobronchiální laváže. (Kudlová, P., 2015, 25 s.)

Odsávání

Máme otevřený a uzavřený systém odsávání. U otevřeného systému se otevře dýchací okruh ventilátoru, poté se pomocí sterilní pinzety zavede odsávací cévka do

tracheostomické kanyly. Cévka se zasouvá pomalu a opatrně, může způsobit tusigenní reflex. Krouživými pohyby přerušovaně odsáváme. Odsávací cévka je jednorázová. (Šamáková, M., et al., 2011, 77 s.) Uzavřený systém odsávání je na intenzivní péči obvyklý. Je komfortní a bezpečný ke zdraví pacienta i ošetřujícího personálu. Hlavní úloha je snížení intervalů rozpojování ventilačního okruhu a tím zamezit šíření nozokomiálních nákaz. Další výhodou je finanční úspora na pomůckách v péči o dýchací cesty. Výměna uzavřeného systému dle doporučení výrobce je za 24-72 hodin. (Bartůněk, P., et al., 2016, 297 s.)

1.2.6.2 Péče o výživu

Nezastupitelné místo má umělá výživa v intenzivní péči. Umělá výživa u pacientů ve vigilním kómatu je nezbytností, jelikož perorální příjem není možný. Enterální výživa je zavedena, jestliže je zachována funkce zažívacího traktu. Pokud funkce zažívacího traktu není zachována, indikuje se parenterální výživa. (Bartůněk, P., et al., 2016, 183 s.) *Enterální výživa využívající speciální enterální přípravky umožní resorpci živin i u nemocných se závažným postižením gastrointestinálního traktu, pokud neexistuje přímá kontraindikace podávání živin do GIT.* Pacienti jí velmi dobře snáší. Většinou je podávána pomocí enterálních pump, kde se rychlost nastaví dle ordinace lékaře. Pacientům je indikována kontinuálně a je velmi dobře snášena. (Zadák, Z., 2008, 217 s.) Podává se dlouhodobě, přes sondu nebo PEG. Při intoleranci se indikují buď přípravky peptidové, nebo oligomerní. (Grofová, Z., 2007, 127 s.) Parenterální výživa se podává do periferních žil. Nejčastěji do žil na HK v kubitě, předloktí a výjimečně na hřbetu ruky. Podává se krátkodobě, obvykle po dobu 7 dnů. Toto krátkodobé podání je ovlivněné tím, že je obtížné udržet déle funkční kanylu. (Zadák, Z., 2007, 221 s.)

1.2.6.3 Péče o hygienu

Každý pacient má individuální potřebu hygienické péče. Hygiena patří do základní ošetrovatelské péče. Zajištění osobní hygieny u pacientů ve vigilním kómatu je mnohdy fyzicky náročné pro ošetřující personál, proto je prováděna minimálně ve dvou. Většinou to bývá ve složení sestry a sanitář, v tomto složení je vhodné se domluvit, kdo bude mít a kdo bude rovnou sušit pacienta. (Burda, P., Šolcová, L., 2015, 118 s.) Pomocí biografické anamnézy zjistíme pacientovi rituály během hygieny, zda užívá parfémované či neparfémované mycí prostředky a různé zvláštnosti. Udržovat čistotu a zejména v intenzivní péči je důležitá vzhledem k fungování tělesných funkcí. Tělesnou

funkcí se především rozumí kůže. Špatná hygiena může způsobit možné infekce a porušení integrity kůže. Dobrá hygiena chrání především před infekcemi. (Frances, G., et al., 2006, 57 s.; Mlýnková, J., 2010, 103 s.) Dle aktuálního stavu pacienta zhodnotíme, zda provedeme celkovou hygienu na lůžku či provedeme celkovou koupel. Pokud zdravotní stav dovolí, provádíme celkovou koupel pacienta minimálně jednou denně. Před zahájením koupele zajistíme teplé prostředí, zavřeme okno, abychom předešli nachlazení. Než začneme pacienta odhalovat, zajistíme dostatečnou intimitu. V konceptu bazální stimulace je při koupeli použití pacientovo vlastních mycích prostředků. Pacient se cítí příjemně a vůně mu připomínají domov. Celková koupel znamená omytí celého těla, omytí genitálu, promazání pokožky, umytí vlasů a péče o nehty. (Kelnarová, 2015, J., 145 s.) Základní hygienická péče u pacientů ve vigilním kómatu se provádí minimálně dvakrát denně. Při hygienické péči pečujeme o dutinu ústní pomocí tampónků nebo glycerinových štětiček, o dutinu nosní pomocí štětiček a o oblast očí pomocí borové vody. Nutná je péče i o nehty a minimálně jedenkrát týdně umýt nemocnému vlasy. Denně pečujeme o pokožku těla nemocného a o pacientovo lůžko. Sestra se pravidelně stará o tracheostomické nebo endotracheální kanyly a další invazivní vstupy (Kapounová, G., 2007, 23 s.).

1.2.6.4 Péče o vyprazdňování

Péče o vyprazdňování je individualizovaná. Pacienti ve vigilním kómatu trpí duální inkontinencí. Nepohyblivost přispívá k snížené motilitě gastrointestinálního traktu a dochází k poruchám vyprazdňování stolice. Nejčastější porucha defekace na intenzivní péči je obstipace. Pacient má tuhou stolici, obtížně se vyprazdňuje a frekvence je snížena. Do ošetrovatelské dokumentace je třeba zaznamenávat četnost vyprázdnění a charakter. Intervence proti obstipaci je dostatečný příjem tekutin a konzultace s fyzioterapeuty. Fyzioterapeut mlže pacienta uvést do polohy, která by mu mohla být příjemná k vyprazdňování. Pokud tyto intervence nepomohou, je třeba zahájit terapii, například v podobě podávání klyzmat. Další poruchou defekace je průjem, který pro tyto pacienty může být život ohrožující. Průjem u těchto pacientů může vzniknout dehydratace, a proto je nezbytně důležité sledovat hladinu iontů a informovat lékaře o tomto problému. Jestliže je četnost průjmu narůstá je ohrožena i integrita kůže a proto vhodnou pomůckou pro kontinuální odvádění stolice je Flexi Seal®. Flexi Seal® je moderní uzavřený systém, který má spoustu výhod. Pacient není ohrožen vznikem dekubitů a vzniku možných infekcí. Jedná se o krátkodobé užívání, jakmile se začne

stolice upravovat a frekvence defekace se budou snižovat je to indikace k vyjmutí. (Mikšová, Z., 2006, 84 s.; Vytejčková, R., et al., 2013, 113-114 s.) Pacienti mají, jak jsem výše zmiňovala i močovou inkontinenci, ta je zajištěná permanentním močovým katétrem. Nejčastějším zaváděným katétrem je Folleyův katétr. Močovou cévku zavádí u žen sester, u mužů lékař. PMK se uzavírá každé 2-3 hodiny. Sledujeme bilanci tekutin za 24 hodin a vše zaznamenáváme do dokumentace, charakter moči, barvu, zápach, příměsí, dbáme na zvýšenou hygienu urogenitálu a funkčnost katétru. (Kelnárová, J., et al., 2009, 90-91 s.) V rámci hygieny, vyšetření a dalších úkonů je nutné, aby byl dodržen spád moče, nesmí dojít ke zpětnému návratu moči, jelikož to by mělo za následek vznik infekce (Doležil, D., et al., 2007, s. 30)

1.2.6.5 Péče o kůži

Péče o kůži u pacientů ve vigilním kómatu je velice důležitá, zvláště pokud se na oddělení nachází pacienti s MRSA. Je třeba dbát na zvýšený hygienický režim a bariérové ošetřování. (Rozsypal, H., et al., 2013, 69 s.) Při ošetřování bychom si měli všimnout možných alergií, otlaků, opruzenin, puchýřů, hematomů nebo znamínek.

Dekubity u pacientů ve vigilním kómatu nejčastěji vznikají v oblasti hlavy, ušních lalůček, lopatek, loktů, kolen, kyčelních kostí, křížové kosti a paty. Tyto oblasti nesou název predilekční místa, u kterých je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Proleženina může vzniknout také v dutině nosní kvůli zavedené sondě, v dutině ústní- z důvodu přítomnosti intubační kanyly a i v okolí tracheostomie. (Doležil, D., et al., 2007, s. 30) Při objevení dekubitu, bychom měli toto zjištění zapsat do dokumentace a informovat lékaře. Založit ošetřující plán péče a pro některá oddělení bývá obvyklé si dekubity měřit a fotit, alespoň 1x týdně. Rozlišujeme čtyři stupně dekubitů. První stupeň dekubitů je charakterizovaný erytémem se zblednutím, místo je červené, avšak po zatlačení prsty zbledne, je to známka neporušené mikrocirkulace. Ve druhém stupni dekubitů se objevuje neblednoucí překrvení, postižené místo je zarudlé a po zatlačení prsty už nezbledne, u tohoto stupně bývá přítomen i puchýř. Třetí stupeň rozeznáváme podle zvředovatělé kůže, pacient už má porušenou integritu kůže, proleženina připomíná hlubokou ránu. Ve čtvrtém stupni dekubitů dochází k poruše pokožky, podkoží i svalstvo a dochází k obnažení kosti (Mlýnková, J., 2016, 135 s.).

Opruzeniny vznikají na místech zvaných vlhké zapárky. Je to způsobeno kontaktem dvou kožních řas, kde je omezený vzduch. Na vzniku opruzenin se podílí lidský pot,

moč, stolice a lidské zvratky. Při nedůkladném osušení pokožky pacienta při hygieně také dochází ke vzniku opruzenin. Dbáme také, abychom nemocnému neoblékli vlhké oblečení, jelikož i to je jeden z faktorů vzniku opruzenin (Hůsková, J., et al., 2009, 31 s.). Terapie opruzenin spočívá v zamezení vyvolávajících faktorů a ve využívání krémů a mastí. (Hůsková, J., et al., 2009, 31 s.)

1.2.6.6 Péče o komunikaci

S pacienty ve vigilním kómatu se musí komunikovat, tak jako by byli při vědomí a reagovali. (Šamánková, M., et al., 2011, 70 s.) Komunikovat můžeme díky Konceptu bazální stimulace a tímto způsobem i rodinní příslušníci. Využívá se tzv. bazální komunikace. Nejedná se o komunikace mluvenou či psanou, ale o komunikaci pomocí stimulace somatické, vibrační a vestibulární. Jsme díky těmto stimulům ve spojení s pacientem. (Tomová, Š., Křivková, J., 2016, 101 s.) Jedním z nejvýznamnějším prvkem je iniciální dotek. Je třeba při ošetřování pacienta, všimnout si nových reakcí. Může se jednat o určitý druh komunikace pacienta s námi jako ošetřujícím personálem. Při zahájení verbální komunikace s pacientem ve vigilním kómatu je třeba si uvědomit, zda jazyk, který používám je jeho mateřština, předpokládáme, že pacient všemu, co říkáme, rozumí a mluvíme dostatečně nahlas. Nikdy nemluvíme o pacientovi v jeho přítomnosti. Pokud budeme provádět u nemocného nějaké vyšetření, popíšeme postup vyšetření a za jakým účelem je indikováno. Velice důležitá je při spolupráci s pacientem trpělivost a ochota (Plevová, I., 2011, 60 s.). Při komunikaci s pacientem si všímáme i nonverbální komunikace, která je charakterizovaná několika oblastmi. Všímáme si mimiky neboli výrazu obličeje, proxemiky neboli přiblížení a oddálení a haptiky neboli doteků. Také se zaměřujeme na sledování postoje těla, což nazýváme posturologií, pohybem neboli kinezikou a také pohybů rukou neboli gestikulace (Venglářová, M., Mahrová, G., 2006, 40 s.).

1.3 Koncept bazální stimulace

Historie konceptu bazální stimulace sahá až do roku 1975, kdy koncept Bazální stimulace pro mentálně a tělesně postižené děti vypracoval se svými kolegy z rehabilitačního centra v Landstuhlu profesor Andreas Fröhlich. (Nydahl, P., Bartoszek, G., 2012). Po úspěšných výsledcích, které byly dosaženy na dětech, se rozhodl profesor Fröhlich, rozšířit ho do odvětví medicíny. Koncept bazální stimulace se stal uznávaným pedagogicko- ošetřovatelským konceptem. (Kostrzewa, S., Kutzner, M., 2009)

V osmdesátých letech byla koncepce převedena na péči o dospělé jedince. (Nydahl, P., Bartoszek, G., 2012). Fröhlich (2015) poukázal, že vrozené (bazální) schopnosti každého jedince v oblasti vnímání poskytují vztyčný bod pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Celý koncept je založen na poznatcích z oblastí fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Hlavním principem toho konceptu je zprostředkovat pocit pomocí těla člověka a stimulovat jeho vnímání, které mu dopomůže lépe komunikovat s okolím. Základními prvky jsou pohyb, komunikace a vnímání. Respektuje individualitu každého pacienta.

Do ošetrovatelské péče v 80. letech 20. století tento koncept zavedla profesorka Christel Bienstein, která byla původně zdravotní sestrou. Po aplikaci konceptu Bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu, prokázala úspěch této nové „komunikace“. Ve své knize Bienstein a Fröhlich (2010) popisují, že koncept Bazální stimulace se opírá o poznatky, které máme z prenatální fáze života.

Profesor Fröhlich a profesorka Bienstein navázali úzkou spolupráci v polovině 80. let, kdy se zabývali otázkami ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vnímání, komunikace a pohybu. (Friedlová, K., 2005) *Koncept bazální stimulace má registrovanou ochrannou známku a autoři konceptu vytvořili strukturu vzdělávání lektorů, kteří zajišťují relevantní vyškolení ošetrujících a integraci konceptu do klinické praxe.* Vyškolených lektorů v celé Evropě je více než 800. Je dostupná odborná literatura orientovaná na neonatologii, speciální pedagogiku, intenzivní medicínu, geriatrickou péči a doprovodnou k umírání. (Sedlářová, P., et al., 2008, 131 s.)

Koncept bazální stimulace se nyní vyučuje v ošetrovatelství. (Bazální stimulace Německo, 2014). Od roku 2004 je koncept vyučován na středních zdravotnických školách. (Friedlová, K., 2005)

1.3.1 Deset Centrálních evropských cílů

Prof. Fröhlich a prof. Bienstein roku 2003 formulovali 10 centrálních evropských cílů, které vychází z Maslowovo pyramidy lidských potřeb. Formulace těchto cílů měla za úkol poskytnout jednotné cíle k provedení ošetrovatelských, terapeutických a vzdělávacích plánů.

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet vlastní rytmus

5. Umožnit poznat okolní svět
6. Pomoci navázat vztah
7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci uspořádat život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
10. Objevovat svět a vyvíjet se (www.bazalni-stimulace.cz)

1.3.2 Bazální stimulace v České republice

V České republice roku 2003 započal první kurz bazální stimulace na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od tohoto roku kurz probíhá každý rok, jehož se účastní zdravotničtí pracovníci, učitelé středních zdravotnických škol, logopedové a různí pracovníci z oboru speciální pedagogiky. Po absolvování kurzů účastníci získají certifikát, který je platný po celé Evropské unii. (Sedlářová, P., et al., 2008, 131 s.) První lektorkou pro bazální stimulaci v České republice je PhDr. Karolína Friedlová, kterou se stalo roku 2003. (Vytejková, R., et al., 2011, 98 s.)

V listopadu roku 2005 proběhla historicky první národní konference bazální stimulace, které se zúčastnila profesorka Bienstein. Konference proběhla ve Frýdku Místku, kde v říjnu téhož roku vznikl Institut bazální stimulace.

V České republice s konceptem nyní pracuje rozličná zdravotnická a sociální zařízení. (Friedlová, K., 2005) Na webových stránkách bazalni-stimulace.cz (2004-2015), lze dočíst, jak se bazální stimulace postupně vyvíjela v České a Slovenské republice. Roku 2000 PhDr. Friedlová publikovala první články o konceptu Bazální stimulace v odborných časopisech. V období mezi rokem 2000-2003 paní doktorka přednášela o konceptu na různých seminářích a zdravotnických zařízeních. V lednu roku 2003 je u nás lektorován první kurz Bazální stimulace a roku 2004 paní doktorka lektoruje historicky první nastavbový kurz v České republice. V říjnu roku 2005 jak jsem výše popisovala, byl založen INSTITUT Bazální stimulace. Téhož roku vychází první publikace o Bazální stimulaci v českém jazyce, a v listopadu je historicky první dvoudenní kongres o konceptu Bazální stimulace ve Frýdku-Místku, kde byla přítomna profesorka Bienstein. Během dalších let vycházeli další publikace, jejichž autorkou byla PhDr. Friedlová. V roce 2010 byla K. Friedlová zvolena prezidentkou Mezinárodní asociace Bazální stimulace.

1.3.3 Využití bazální stimulace v intenzivní péči

Bazální stimulace slouží jako nejčastější forma komunikace u pacientů na intenzivní péči. Převážně u pacientů v bezvědomí. Výměna informací je důležitá především ke sdělování potřeb a mimo jiné k navázání mezilidských vztahů. Komunikaci lze rozdělit tří typů, kdy největší podíl zaujímá neverbální komunikace. Do neverbální komunikace lze zařadit mimiku, haptiku, gestikulaci aj. Další typ je verbální komunikace, kterou chápeme jako slovo, hlas, psaná i mluvená forma a poslední je komunikace činem, což je např. iniciační dotek. (Dvořáková, M., 2016, 310 s.)

Pacienti, kteří leží na intenzivní péči, jsou mnohdy indisponováni tracheostomickou kanylou, intubační kanylou, kyslíkovou maskou a tím je jejich schopnost verbální komunikace velice omezená. Další skupina pacientů, kteří zaujímají podstatnou část tohoto oddělení, jsou pacienti s poruchou vědomí, hybnosti i vnímání. U těchto pacientů se využívá koncept bazální stimulace, díky kterému se snažíme stimulovat vnímání, které může vést ke zlepšení hybnosti i možné následné komunikace. (Dvořáková, M., 2016, 310 s.)

Primářka Následné intenzivní péče Jarošová (2017) ve své publikaci popisuje, že *medicína není všemocná. Vyřízneme, zašijeme, vyměníme, nasadíme hromady tablet, a přesto se mnohdy pacientovi neulevuje. Úsměv a lidský přístup dokáže někdy člověka, nad kterým by ostatní lámali hůl, přivést ke zlepšení.*

1.3.4 Desatero bazální stimulace

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě.
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
7. Nepoužívejte v řeči zdobněliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova. (Friedlová, K., 2003, 27 s.)

1.3.5 Biografická anamnéza

Friedlová, K., (2007), ve své knize cituje německou autorku J.Juchli, kdy *biografie je nejlepší základna pro co nejlepší možné uspořádání současného a budoucího*. Juchli popisuje, že díky biografické anamnéze, můžeme dostatečně porozumět pacientovi a důstojně ho doprovodit až na konec života. Kusová (2007) ve své literatuře dále uvádí, že informace potřebné k sestavení biografické anamnézy lze získat i od příbuzných. Díky vypracování pochopíme význam sociální role v rodině. Kvalitní shromáždění informací a následné vypracování dopomůže zdravotníkům zvolit adekvátní ošetrovatelskou péči, která bude individualizovaná věkem, zdravotním stavem, onemocněním, potřebami, dovednostmi a schopnostmi pacienta. Při odebrání anamnézy se dotazujeme jako první na sluch pacienta, abychom předešli případným komplikacím či komunikačnímu šumu. Poté nás zajímá zrak pacienta, zda vidí bez brýlí, v případě že brýle nosí, dotazujeme se na dioptrie a zda je potřebuje na blízko nebo dálku či na obojí. Dále nás zajímá sociální situace pacienta, profese, kterou vykonává. Pakliže se pacient nachází již ve starobním či invalidním důchodu, dotazujeme se na profesi před odchodem do důchodu. Důležitou otázkou je, kdo může či nemůže pacienta během pobytu v nemocnici navštěvovat. Naše otázka směřuje i k typu pacienta, zda se jedná o pacienta cholerického či melancholického a podobně. Aby se pacient cítil příjemně, a nebyl tolik stresován změnou prostředí, zajímají nás jeho denní rituály a celková struktura dne. Pacient většinou sdělí, kdy je zvyklí se umýt, jestli používá parfémované mycí prostředky a další, kdy je zvyklí snídat a v případě možnosti a nenarušení chodu oddělení se pokusíme rituály dodržet. Zajímají nás jeho oblíbená/ neoblíbená jídla, oblíbená/ neoblíbená hudba, oblíbená/ neoblíbené TV pořady a tak dále. (Kelnarová, J., 2016, 218 s.) Vypracování biografické anamnézy, může být i dlouhodobý proces. Dlouhodobé získávání informací může být zapříčiněno spousty faktory. Pacient může být v bezvědomí a pak nezbyvá než získávat postupně informace od příbuzných, také z důvodu velmi špatného zdravotního stavu. Možný problém může být i v důvěře, kdy pacient se nechce plně otevřít zdravotnickému personálu a získává důvěru v průběhu pobytu. (Friedlová, K., 2007, 132 s.)

1.3.6 Prvky bazální stimulace

Základními prvky jsou komunikace, pohyb a vnímání. Mezi těmito prvky dochází ke vzájemnému ovlivňování. Jestliže je pacient v bezvědomí, nemůže se hýbat, pokud se nehýbe, nemůže komunikovat. Proto je velice důležité podporovat a stimulovat

vnímání. (Dvořáková, M., 2016, 310s.) Koncept bazální stimulace se dělí na základní a nadstavbovou bazální stimulaci. Mezi základní prvky bazální stimulace se řadí somatické, vestibulární a vibrační. (Malíková, E., 2011, 194 s.) *V následujícím postnatálním vývoji nabývá člověk dalších schopností, tj. optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální, které nazýváme prvky nadstavbové.* (Tomová, Š., et al., 2016, 104 s.) (Příloha č.1)

1.3.7 Základní prvky bazální stimulace

Friedlová (2003) uvádí, že schopnost vnímání se rozvíjí ve 12. týdnu těhotenství. Jde o embryonální fázi. Embryo začíná vnímat zvuky, například hlas matky, které vnímá jako vibrace. Somatická stimulace, kdy embryo si cucá palec a vestibulární stimul, je vnímán změnou polohy.

1.3.7.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje pacientovi vnímání vlastního těla, uvědomění si sama sebe. Základem je iniciální dotek, což je pevný, zřetelný dotek s úměrným tlakem. Iniciální dotek by měl být použit vždy při začátku každé ošetrovatelské péče i při závěru. Dále je vhodné ho používat při komunikaci s pacientem. Pacient, který je bazálně stimulován by měl mít na boxu tabulku, kde je uvedeno, na kterých místech mu je dotek příjemný. Často zmiňovaná vhodná místa dotyku jsou ramena, paže a ruka. Iniciální dotek na nevhodném místě může u pacienta, který má poruchu vnímání, vyvolat pocit nebezpečí, nejistoty a strachu. Nevhodné jsou rychlé, zbrklé, uspěchané, krátkodobé doteky. Jsou vhodné doteky klidné, celou plochou ruky a s určitým tlakem. (Kapounová, G., 2007, 207 s.) Druhy somatické stimulace, které se provádí je zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, symetrická, rozvíjející, diametrální, polohování „hnízdo“, „mumie“, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání. (Malíková, E., 2011, 194 s.)

Somatická stimulace zklidňující

Před zahájením somatické stimulace je třeba pacienta informovat o úkonu pomocí iniciálního dotyku. Dle zdravotního stavu pacienta zvolíme část těla, kde stimulaci započneme. *Obličej, hrudník (od středu trupu k zevní straně), končetiny (od ramen či pánve ke konečkům prstů) a záda (od páteře směrem k zevní straně trupu).* (Tomová, Š., et al., 2016, 105 s.) Tuto stimulace lze praktikovat pomocí koupele tak i na sucho.

Cílem je uvolnit svalové napětí. Somatická stimulace může pacienta zbavit vnímání bolesti či jiným nepříjemných pocitů. Bolest je jedna z nejčastějších příčin, která ovlivňuje vnímání pacienta. Snižujeme tím i neklidné stavy, stavy dezorientace a navodí se celkové uvolnění. (Válková, L., 2015; Tomová, Š., et al., 2016)

Povzbuzující somatická stimulace

Dle PhDr. Friedlové Karolíny, tato somatická stimulace není vhodná u pacientů, kteří jsou neklidní a s kognitivní poruchou. Povzbuzující stimulace pacienta dopomůže pacientovi procitnout. Procitne nejen jeho tělo, ale i mysl. Dává možnost pacientovi pocítit jeho vlastní tělo, podráždí smysly a nachystá pacienta vnímat nové stimuly. (Válková, L., 2015, 95 s.)

Neurofyziologická somatická stimulace

U této stimulace musí být schopen pacient vnímat svou zdravou půlku těla. Neurofyziologická somatická stimulace se provádí u pacientů, kteří mají poruchu hybnosti na jednu polovinu těla. Vhodná poloha je vsedě se zdviženým hrudníkem. Je velice důležité zraková kontrola pacienta, může se využít například zrcadlo. (Kelnarová, J., et al., 2016, 215 s.)

Symetrická somatická stimulace

Využívá se u pacientů s poruchou rovnováhy, kdy se pracuje naráz s oběma polovinami těla. (Kelnarová, J., et al., 2016, 215 s.)

Rozvíjející somatická stimulace

Praktikuje se u pacientů ve vigilním kómatu, kvadruplegiků a u dlouhodobě imobilních. Při koupeli zdůrazňujeme střed těla a souměrnost. (Kelnarová, J., et al., 2016, 215 s.)

Diametrální somatická stimulace

Diametrální stimulace se doporučuje u pacientů se zvýšeným svalovým napětím, kdy způsobuje omezenost pohybu v kloubu. Provádí se formou koupele. Teplota vody by měla být okolo 38-40°C. Koupel může být celková nebo prováděna pouze na určité části těla. Před koupelí je doporučené nahřát danou část těla teplými gelovými polštáři. (Kelnarová, J., et al., 2016, 215 s.)

Polohování

Polohování počíná uložením pacienta do lůžka. Během polohování pacienta je důležité uvědomit si kvalitu poskytovaných doteků. (Friedlová, K., 2007, 99 s.) Na intenzivních jednotkách jsou lůžka, která nám zajišťují kvalitní polohování. Tyto lůžka jsou výškově nastavitelná, součástí lůžka je antidekubitární matrace a vysoké postranice, které slouží jako prevence možného pádu pacienta. (Kelnarová, J., et al., 2015, 115 s.) Při polohování musíme brát na vědomí několik podstatných zásad. Podkládáme pomocí pomůcek části těla pacienta, aby nedošlo k dekubitům a otlakům. Při polohování dbáme na kvalitu doteků a jemného zacházení. Poloha by měla být pro nemocného pohodlná. Jednou ze zásad polohování je i tzv. mikropolohování, což znamená, že při manipulaci pracujeme s váhou těla a gravitací pacienta (Friedlová, K., 2007, 99 s.).

Canisterapie

Jedná se o terapii pomocí psů, kdy dochází k léčebnému kontaktu mezi psem a člověkem. K této terapii je využíváno mnoho druhů plemen. Přítomnost psa přináší pacientovi radost, štěstí a úsměv. (canisterapie.cz, 2009) Pacienta lze polohovat i pomocí canisterapeutických psů. K polohování lze používat i jiné pomůcky ve formě dek a polštářů, ale někteří pacienti jsou ve velkém svalovém napětí. Díky těmto psům dochází k výrazně nižšímu svalovému napětí. Polohování se psem lze i kombinovat s kontaktním dýcháním, kdy pacient vnímá dech psa a pes svým tělem formuje jeho tělo. (Friedlová, K., 2007, 101 s.)

Polohování „hnízdo“

Pacienta se snažíme obložit polohovacími pomůckami z kuliček. Pacientovo tělo, díky tomuto ohraničíme a tímto mu dopomůžeme, uvědomit si své tělesné schéma. Polohu „hnízdo“ lze využít po koupeli, vyšetření či na noc. Lze jí provádět na zádech, břiše i boku. (Bartůněk, P., 2016, 312 s.) Pacientovi navozuje komfort, příjemný pocit, pocit jistoty a bezpečí. (Kelnarová, J., et al., 2016, 216 s.) Poloha „hnízdo“ má za cíl navodit u pacienta pocit uvolnění, relaxu a uklidnění pacienta. Pomáhá mu vnímat svůj tělesný odraz. Polohou „hnízdo“ umožňujeme pacientovi lepší orientaci okolí a sebe sama (Friedlová, K., 2007, 99 s.).

Polohování „mumie“

Tato poloha je vhodná u pacientů, kteří jsou neklidní, agresivní, lítostivý, imobilní, v kómatu nebo po narkóze. Při realizaci této polohy vypadá pacient jako v zavinovačce. Při této poloze je velice důležité, dát pacientovi prostor v případě nepříjemných pocitů se z této polohy vymanit. (Bartůněk, P., 2016, 312 s.) Kontraindikací je klaustrofobie. (Kelnarová, J., et al., 2016, 216 s.)

Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání je druh dechové rehabilitace. V praxi lze využít několik technik. Nejčastější technikou je, zdravotník přiloží ruce na hrudník nemocného a nebo sám pacient přiloží své ruce. Vnímání dýchání pacientovi umožníme tak, kdy při nádechu povolíme a při výdechu zatlačíme na hrudník. (Bartůněk, P., 2016, 312 s.)

Masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání je součástí dechové gymnastiky. (Kelnarová, J., et al., 2016, 216 s.) *Pacient s poruchou vnímání dýchá rychle, povrchově. Má nedostatečně okysličené svaly a obtíže s pohybem pro sníženou svalovou sílu.* Díky masáži se s pacientem navozuje úzký vztah. Pacient dýchá jako zdravotník, jde o určitou formu komunikace mezi nimi. Je důležité, aby zdravotník dýchal klidně, hluboce a přirozeně. Jestliže je pacient na ventilátoru, masáž stimulující dýchání se řídí podle něj. Cílem je zklidnit dýchání a navodit pravidelnost a rytmičnost. Kontraindikací je pacient s pásovým oparem či pacientem po operaci páteře. Provádíme u pacientů s umělou plicní ventilací, s bolestí a s depresí. (Bartůněk, P., 2016, 312 s.)

1.3.7.2 Vestibulární stimulace

Podporuje rovnovážné ústrojí, zlepšuje pacientovo prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární stimulace se provádí před každou změnou polohy těla. (Kelnarová, J., et al., 2016, 216 s.)

U každého zdravého jedince, který změní svou polohu těla, tuto změnu zaregistruje vestibulární ústrojí. U pacientů ve vigilním kómatu a imobilních, kteří mají omezenou pohybovou schopnost, nedochází ke stimulu vestibulárního aparátu. Pakliže dochází dlouhodobě k nedostatku informací, vestibulární aparát habituuje. Proto je velmi důležitá vestibulární stimulace, je třeba vestibulární ústrojí informovat o změnách

polohy pomocí otáčivých pohybů hlavy a nácvičku tzv. pohybu ovesného klasu. (Friedlová, K., 2003)

Otáčivé pohyby hlavy

Zdravotník se postaví k čelu lůžka na stranu klientovy hlavy, uchopí pacientovu hlavu do obou rukou. Je nezbytně důležité, aby při úchopu hlavy pacientovi nepříjemně nestlačoval uši. Mírně otáčíme hlavou doprava, zpět do středu, poté doleva. Celý tento úkon opakuje třikrát až pětkrát. Po opakování hlavu položíme a hlava zůstává v kontaktu s podložkou. (Tomová, Š., 2016, 110 s.)

Pohyb ovesného klasu

Při tomto pohybu je vhodná přítomnost alespoň dvou zdravotníků. Jeden zdravotník s pacientem cvičí a druhý sleduje reakce pacienta během pohybů. Když pacient zaujme stabilní sed, může začít zdravotník s pacientem pohybovat ve směru ležaté osmičky. Tento pohyb je velice pomalý a je zde neustálý kontakt mezi zdravotníkem a pacientem. Pohyb ovesného klasu lze provádět i s rukama na hrudníku. Horní končetiny pacienta jsou umístěny na hrudník a tím může cítit rytmus svého dechu, tlukot srdce a vnímá své tělo. Pohyb je stále stejný ve směru ležaté osmičky. (Tomová, Š., 2016, 110 s.)

1.3.7.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace se používá k vibraci kosti, čehož docílíme pomocí hlasu, ladičky, klepání, rukou či elektrických přístrojů. Cílem této stimulace je podráždění kožních receptorů. (Kelarová, J., et al., 2016, 216 s.) Současně stimuluje propriorecepty, tzv. receptory hluboké citlivosti. Kontraindikace použití elektrických přístrojů je u seniorů, které mohou způsobit fragilitu vazů a možné riziko mikrotraumatizace. (Malíková, E., 2011, 194 s.) Další kontraindikací jsou varixy, krvácivé stavy a porucha integrity kůže. (Friedlová, K., 2006)

Vibrační stimulace je velmi významná u pacientů ve vigilním kómatu. Kdy vibrátory přikládáme v oblasti kloubů. Nejčastěji k patní kosti, vnitřní a zevní stranu kolene, předloktí a paže. Vibrující předměty můžeme pacientovi vkládat do dlaní nebo je nechat plošně působit například na matraci, kdy pacient leží. (Friedlová, K., 2006)

1.3.8 Nástavbové prvky Bazální stimulace

Nástavbové prvky jsou dalšími typy stimulace, kdy se sem řadí stimulace taktilně-haptická neboli hmatová, stimulace olfaktorická čili čichová, stimulace optická neboli zraková, stimulace auditivní neboli sluchová, stimulace orální, která se týká ústních a chuťových vjemů. Tyto prvky nejsou jen stimulující, ale i podporují hybnost, vnímání a komunikaci. Pomocí těchto prvků lze uspokojit nejen základní životní potřeby, ale i potřeby jistoty a bezpečí, možnost navázání vztahů, organizovat si vlastní život a vnímat vlastní autonomii. (Kalvach, Z., et al., 2011, 251 s.)

1.3.8.1 Taktilně-haptická stimulace

Stimulace pracuje s tělesným dotykem. (Vytejková, R., et al., 2011, 99 s.) Hmatové stimulanty nám pomáhají identifikovat prostředí, ve kterém se nacházíme. Stimulanty mohou být vnímány pozitivně či negativně. Pacient vnímá dotek, tlak, chlad, teplo, vibrace, lechtání i napětí. Umožní pacientovi pocítit smysluplné vjemy prostřednictvím jemu známých předmětů a často používaných a oblíbených věcí. Například věci, které používal při zaměstnání jako je klávesnice, myš, metr a tak dále. Při mytí těla můžeme pacientovi, vložit do ruky houbu na mytí, dochází ke kontaktu s vodou a díky tomu i zjistí teplotu vody. Je velmi důležité při hygieně pacienta zapojovat ať už při čištění zubů nebo česání vlasů. Pacienti často pohybují rukou v prostoru, kdy se tímto plní funkce poznávací. Neklidní pacienti obvykle mají výraznou aktivitu horních končetin, projevující se například trháním permanentního močového katétru, plenkových kalhotek, stahování saturačního čidla, svlékání se nebo hrátkami s vlastní stolicí. Toto jednání je způsobeno nedostatkem haptických podnětů. Pacient potřebuje identifikovat předmět, který nahmatal. Dává tímto najevo základní lidskou potřebu, což je potřeba aktivity. (Kelarová, J., et al, 2011, 217 s.,; Gerhard, Ch., 2014)

1.3.8.2 Olfaktorická stimulace

Olfaktorická neboli čichová stimulace je hojně využívána u pacientů ve vigilním kómatu. K této stimulaci se využívají vůně a pachy, které vyvolávají vzpomínky. Například vůně kávy, hygienických prostředků, krémů a voňavek. Je nesmírně důležité v průběhu zjišťovat, které stimuly jsou pro pacienta příjemné a které naopak nepříjemné. Olfaktorickou stimulaci neprovádíme pořád, aby nedošlo ke zvyku a nesnížil se její efekt. (Malíková, E., 2011, 195 s.)

1.3.8.3 Optická stimulace

Pro optickou stimulaci je velice důležitá častá změna tělesné polohy. Třebaže jde někdy jen o malou změnu polohy hlavy, mění se pacientovo zorné pole. Změna polohy dá pacientovi možnost sledovat dění, a informovat ho o jeho vlastním těle. Tím se posílí jeho pocit jistoty a bezpečí. Nezbytné je pacientovi nasadit brýle, pokud je nosí (Friedlová, K., 2007, s. 110). Při poskytování optické stimulace nabízíme klientovi zřetelně světlé a zřetelně tmavé předměty. Snažíme se, naučit klienta rozlišovat denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí. V zorném poli nemocného na pokoji umístíme hodiny, aby mohl sledovat čas. Pokud klientovo stav dovoluje pohyb obličeje vystavit sluneční expozici, tak posadíme například klienta k oknu, odvezeme na terasu či do zahrady. Optickou stimulaci dále podporujeme kontrastem k bílým zdem, volíme barevné oblečení klienta i personálu. Také lze poskytnout barevné ložní prádlo. V místnosti jasně odlišíme, kde končí zeď a začíná strop, buď celobarevnou zdí, nebo alespoň bordurou pod stropem. Pokud jsou klientovi nabízeny obrázky, musí být dostatečně velké (příliš malé obrázky jsou těžko definovatelné) a umístěn do jeho zorného pole. Privátní obrázky klienta mohou být prospěšné k stimulaci paměťové stopy a k aktivaci mozkové činnosti klienta na základě vybavení si vzpomínek. Obrázky by měly být pro klienta známé. Používá-li klient brýle, nezapomenout mu je nasadit. Fotografie, popř. obrázky, které mají v okolí klienta zůstat, je pro stimulaci pohybové aktivity klienta vhodné umístit na okraj jeho zorného pole, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu s cílem pohlédnout na tyto obrázky. U klientů s poruchami zraku volíme raději zcela jednoduché obrázky, nejlépe černo-bílé. Pokud klientovi nabídneme televizi, pak je voleno dle biografické anamnézy jeho oblíbené pořady. Vždy je nutné aplikovat stimulaci cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení klienta a jeho schopnosti koncentrovat se. Dále jsou poskytnuty klientovi dle biografické anamnézy jeho oblíbené fotky (Friedlová, K., 2007, s. 113)

1.3.8.4 Auditivní stimulace

Sluchovou stimulací se rozumí řeč, hudba a zpěv. Sluchový stimulant můžeme pacientovi dopřát pomocí rádia, televize, počítače a dalších možných technik. Ale především hlas rodiny, pacient se cítí v klidu a v bezpečí i přesto, že se nachází v cizím prostředí. (Kränzle, S., et al., 2014) Pacienta stimuluje už při prvním kontaktu, kdy ho jej pozdravíme. Díky pozdravu dochází ke stimulaci, ale i tímto dáme informaci o denní době. (Malíková, E., 2011, 195 s.)

Cílem auditivní stimulace je navázání kontraktu s klientem a zprostředkování informací o klientovi a jeho těle. Také stimuluje vnímání pomocí aktivace vzpomínek uložených v paměťových stopách. Pomocí auditivní stimulace mobilizujeme vzpomínky klienta a umožňujeme orientaci. Nemocný tímto získává pocit jistoty. Auditivní stimulace také pomáhá při zvyšování rozlišovací schopnosti sluchového aparátu a učí klienta novým slovům a řeči (Friedlová, 2007, s. 114).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je smyslová stimulace, která pomáhá stimulovat a léčit tělo, mysl, duši a mít pozitivní energii. (Cathala, H., 2007, 100 s.) Muzikoterapie se nejčastěji uplatňuje na neurologii, psychiatrii, v interním ošetřovatelství, geriatrii, pediatrii, na jednotkách intenzivní péče a dalších oborech. (Gerlichová, M., 2014, 33 s.) Měla by být prováděna kvalifikovaným muzikoterapeutem.

Muzikoterapii poskytujeme za účelem rozvoje sociální interakce, rozvoje komunikace a učení. Pomáhá nemocnému zvládat lépe bolest a stres. Zaměřuje se i na osobnostní a spirituální rozvoj nemocného. Muzikoterapie navozuje pacientovi pocit jistoty a bezpečí. Především se podílí na zlepšení kvality života a možnosti sebevyjadřování (Kantor, J., et al., 2009, 26 s.).

1.3.8.5 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu. Před zahájením stimulace by měla dopomoci biografická anamnéza, díky níž lze zjistit, jaké prostředky pacient používal při hygieně dutiny ústní a jaká jídla a nápoje měl rád, nutné je také pečlivé zhodnocení stavu dutiny ústní. (Friedlová, K., 2007, 117 s.)

Hygiena dutiny ústní

Péče o dutinu ústní u pacientů v bezvědomí je nutná alespoň každé 3 hodiny. Správnou hygienou zabraňujeme hromadění zubního plaku a stimuluje ústní imunitu. Špatně prováděná hygiena má za následek hromadění a šíření zubního plaku, který vede k možnému vzniku anaerobních patogenů, které postupují do dýchacích cest. (Fourrier, F., et al., 2005)

Orální stimulace dopomáhá pacientovi cítit chuť. Pomocí váčků, stříkaček pomáháme pacientovi „probudit“ chuťové pohárky. Musíme dávat pozor na možnou aspiraci.

Začínáme pozvolně, a pakliže není dostatečně vyplněná biografická anamnéza, snažíme se od rodiny zjistit, co má pacient rád. (Kränzle, S., et al., 2014)

Tzv. cucací váčky

Do váčku vložíme kousek potravin, kterou má pacient rád. Konzistence dané potravin se odvíjí dle aktuálního zdravotního stavu a rad ošetřujícího personálu. (Kapounová, G., 2007, 208 s.) Pro zhotovení je potřeba čtverec mulu a kousek dané potravin. Položíme např. bonbón do středu čtverce, poté nad bonbónem uděláme uzel tak, aby byl bonbon v uzavřeném váčku.

Než aplikuje cucací váček do dutiny ústní, měli bychom pacienta seznámit s podávanou stravou, tím že namočený váček dáme k nosu pacienta, aby mohl přivonět a identifikovat dané jídlo. Celý tento proces je doprovázen verbální komunikací ze strany zdravotníka. Pomalu potíráme rty pacienta váčkem, aby na nich utkvěla tekutina z cucacího váčku a pacient pocítil chuť. Poté váček vložíme od úst. Aby bylo úspěšně dosaženo orální stimulace, musíme mít na paměti několik zásad, které je nutné dodržovat. Orální stimulaci neposkytujeme, je-li pacient unavený. Dbáme na vhodnost polohy, aby prožitky během stimulace mohl pacient pozitivně koncentrovat. Pomocí biografické anamnézy, zjistíme jídlo, které má rád a dáme mu možnost ho chutnat. Po celou dobu orální stimulace pečlivě sledujeme pacientovo stav a výsledky zaznamenáváme (Friedlová, K., 121, 2007).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

Na oddělení následné intenzivní péče se setkáváme s pacienty v coma vigile a s rodinnými příslušníky. Cíle byly stanoveny na zjištění, jak tito pacienti vnímají a reagují na své okolí, které vydává různé stimuly. Jsou zvolené dva cíle a tři výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit vliv bazální stimulace prováděné pouze školeným personálem, na průběh vigilního kómatu u pacienta.

Cíl 2: Zjistit vliv bazální stimulace prováděné rodinou za asistence školených pracovníků, na průběh vigilního kómatu u pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Je pro zlepšení stavu potřeba bazální stimulace?

Výzkumná otázka č.2: Přináší změnu zdravotního stavu ve stejné míře bazální stimulace prováděna pouze personálem stejně jako ve spolupráci s rodinou?

Výzkumná otázka č.3: Má velký vliv na změnu zdravotního stavu rodina?

3. Metodika práce

3.1. Technika sběru dat

Průzkum byl uskutečněn kvalitativním výzkumným šetřením formou standardizovaných rozhovorů a případových studií. S ohledem na anonymitu pacientů je v příloze č.2 vložen prázdný náhled informovaného souhlasu, který rodinní příslušníci vyplňovali před zpracováním informací. Rozhovory byly vedené se sestrami ošetřující pacienty a sestrami realizující Bazální stimulaci u daného pacienta. V průběhu zpracování případových studií se vedl i rozhovor s rodinou. Rozhovory byly uskutečněné na daném oddělení v přítomnosti pacienta, kdy jsem si odpověděli zaznamenávala, příloha č.3. Rozhovory byly doplňkem k ucelení komplexního obrazu. Jejich výsledky se zpracovaly ve formě myšlenkových map, které vedly k přehledné strukturalizaci výsledků. (Buzan, B., Buzan, T., 15 s., 2012.) K vypracování případových studií byly čerpány informace, které rodinní příslušníci uvedli do plánu BS, který jim byl předán na oddělení NIP. (Příloha 4)

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Jak je již výše popsáno k realizaci výzkumu byla potřebná spolupráce s personálem, pacientem a rodinou. V průběhu výzkumu byly osloveny všechny kmenové zaměstnankyně oddělení následné intenzivní péče, které se o pacienty staraly a realizovaly plán Bazální stimulace. Většina z nich má více jak sedmiletou praxi na tomto oddělení a s těmito pacienty, všechny mají kurz Bazální stimulace a nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské. Nejmladší sestře na oddělení je 22 a nejstarší 55 let. Druhým výzkumným souborem, byli pacienti hospitalizovaní na oddělení s diagnózou coma vigile. Pacienti jsou různého věku, náboženského vyznání, povolání a pohlaví. Sledování pacientů je z období března 2017 do října 2018. Poslední výzkumný soubor byla rodina pacientů, která se v průběhu hospitalizace buď podílela na plánování a následné realizaci Bazální stimulace nebo docházela na návštěvy.

4. Výsledky práce

Během sledování pacientů a tvoření kazuistik probíhal i rozhovor s ošetřujícím personálem a rodinnými příslušníky pacientů. Výsledky jsou získané rozhovorem rodinných příslušníků a ošetřujícího personálu.

4.1 Kazuistiky

Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu, protože jde o výzkum jedné osoby a jedné situace- případu. Jde o shrnutí popisu jednotlivých případů, kde se popisuje vznik choroby, průběh a okolnosti. (Plevová, I., et al., 2009, 230 s.) V ošetrovatelský má velký význam. V praxi může být využita pro návrh k řešení určitého problému nebo je často nedílnou součástí výuky, kdy učitel může studentům simulovat výuku pomocí kazuistiky. (Kutnohorská, J., 2011, 78 s.)

4.1.1 Kazuistika č.1

Pacient: číslo jedna

Rok narození: 1971

Zaměstnání: nezaměstnaná

Hospitalizace: 17.10. 2017

RA: nevýznamná

OA: astma bronchiale, chron.recid.urtika, dysimunoglobulinémie, hypothyreosa

GA: nevýznamná

SA: bezdětná

PA: momentálně nezaměstnaná, dříve biochemik

AA: Ajatin, Cr, Ni, Co, Pd, rajčata, kari, roztoče, epoxid.pryskyřice

Abúzus: ?

Nynější onemocnění

17.9.2017 dopravní nehoda. Řidička osobního automobilu narazila do sloupu vysokého napětí. Náraz byl z pravé strany a řidička byla vyprošťována. Na místě v bezvědomí, GSC 3, bulby stočené vpravo, zornice izokorické, foreakce bilat.přítomna,

spont.ventilující, hypotenzní. Přítomny známky kraniotraumatu a poranění hrudníku. Zajištěny DC-OTI, volumterapie, noradrenalin LZS ad KARIM ÚVN Střešovice. Vstupně GSC 3, dg: SAH , sériová fraktura žeber, pneumotorax, kontuze plic, jater, lacerace sleziny. Provedena sutura sleziny. Zaveden HD vpravo, monitorace ICP, osmoterapie, hluboká sedace. 22.9.2017 tracheostomována. Po vysazení sedace nenabyla vědomí. Na UPV přeložena do MNUL. Dle MR obraz DAI. Pro infekční komplikace nasazen Gentamycin, Colomycin. Pacienta dle vyššího pracoviště nevyžaduje další chirurgické intervence. Po domluvě přijata 17.10.2017 na NIP.

Status preasens

Celková charakteristika: 45 letá astenická pacientka s těžkou poruchou vědomí, oči otvírá spont., pohled stáčí, nefixuje, bulby ve středním postavení. Na oslavení nereaguje, reaguje pohybem na algické podněty. Bez ikteru, cyanózy, dekubitus nemá, puchýře na LDK chodidle. Bez spont. hybnosti. Známky lateralizace není.

Hlava: Mesocefalická, uši, oči a nos bez výtoků, spojivky bledší, skléry bílé, zornice izokorické, fotoreakce bilat.++, jazyk vlhký, lehce povleklý, submandib. uzliny nezvětšené. Ameningeální. NGS.

Krk: Šíje volná, karotidy tepou symetricky, nad karotidami není šelest. Náplň krčních žil nezvýšená. Štítná žláza nehmatná, uzliny nezvětšené, axilární a inguinální taktéž. TSK okolí hyperemované bez macerace kůže.

Ventilace: Hrudník symetrický, dýchání přes TS- SPN-SIPAP, symetrické, Vt 550 při Pi 10 kPa a PEEP 5 kPa. Odsává se střední množství sputa s příměsí krve, SpO2 96% při FiO2 40%.

Oběhově: Bez podpory stabilní, na antihypertenzní terapii. Aktuální TK 118/81, akce středně pravidelná, 97/min., ozvy 2, ohraničené, šelest 0. Bez otoků, kapilární návrat dobrý. Vstupní EKG bez ak.ischemických změn. Zaveden PŽK.

Břicho: Na úrovni hrudníku. Měkké, prohmatné, bez známek periton. dráždění, peristaltika+ játra, slezina nezvětšeny. Jizva po horní laparotomii. NGS s odpady, EV dosud tolerovala. Per os příjem nelze. PMK odvádí čistou moč.

Končetiny: Bez otoků a deformit. Pasivní pohyblivost neomezena, prokrvení končetin dobré. Acra teplá. DK bez známek TEN. Afebrilní.

17.10. 2017

Pacientka přijata na oddělení, ventilovaná. S pacientkou se během překlada neustále komunikovalo. Každý úkon byl předem ústně komentován. Byla napojena ihned na monitoring. V rámci přijetí byly provedeny kompletní vstupní odběry včetně screeningu na MRSA. Pacientce bylo natočeno EKG, které bylo následně předáno lékaři k vyhodnocení. Objednán RTG S+P na lůžku. Poté se změřili a vyfotili puchýře, kdy pořízené fotografie byly uloženy do složky pacientky. Následně se provedla příjmová dekontaminační koupel a dbalo se na příjmový zvýšený epidemiologický režim. Rodina informována o přeložení pacientky. Pacientka hypotenzní, bez teploty. U pacientky byl ozkoušen perorální příjem, avšak bezúspěšně.

Pacientka v 16:00 přestala tolerovat EV stravu. Lékař informován. Výdej NGS-reziduum od 16:00 do 18:00 bylo 300ml. Vše per os a do NGS zastaveno a naordinován Periolumel na 24hodin. V 19:00 předána pacientka noční službě. Od předání do půlnoci měla pacientka nových 100ml rezidua.

18.10.2017

U pacientky stále přetrvává netolerance EV. V 6 ráno měla zvýšenou teplotu 37,4°C. Plán BS nevypracován. Rodina by měla dorazit dnes a plán bazální stimulace vypracujeme za spolupráce s nimi. Hygiena je prováděna na lůžku, pacientka nereaguje na výzvy a nefixuje očima. Ošetřena DÚ, NGS a TSK. Ošetřeny puchýře na LDK chodidle. Pacientce z důvodu netolerance, byla veškerá medikace převedena z tablet na intravenózní léky. V 9:20 příchod sestry pacientky, která po konzultaci s lékařem vchází do boxu, kde je uložena pacientka. Ke konci návštěvy byl sestře předán plán bazální stimulace, který je nabídnut vypracovat se sestrou, nebo sama v místnosti na oddělení, kde je zajištěn klid a soukromí nebo si to vzít domů a přinést vyplněné, co nejdříve. Sestra pacientky si vybrala, že by ráda vyplnila tento plán s všeobecnou sestrou. Přípravený spis pro plánování bazální stimulace na NIP, je přiložen v práci pod přílohou č.2.

V dotazníku pro Bazální stimulaci je o pacientce číslo jedna uvedeno, že iniciální dotek při pozdravu je vhodný na pravém rameni, je pravák. Velice špatně snáší bolest, a nesnáší dotek na koleni. Ráda poslouchá depechedome a D.Bártu. Její nejdůležitější

zážitek z poslední doby byl skok padákem, pobyt v Himalájích a výstup na Kilimanjaro. V případě propuštění by se pacientky ujala sestra.

20.10.2017

S pacientkou stále kontakt nenavázán. Přivítání s iniciálním dotekem na pravé rameno, oslovení pacientky a pacientce bylo vysvětleno, co se teď bude dít. Oběhově stabilní, ventilačně stabilní a je bez odpadů. Začíná se zkoušet bolusově podávání EV. Hygiena provedena na lůžku, snaha o haptilní stimulaci bezvýsledně. Po celkové hygieně na lůžku, pacientka uložena do postele, aby si odpočinula a zapnulo se rádio s hudbou, kterou přinesla rodina. Po puštění písniček, pacientka mírně tachyarytmická. V době oběda se rehabilitační pracovníci snaží pacientku dát na posteli do polosedu, a do ruky je jí vložena lžice. Pacientka nevykazuje žádné další fyziologické ani fyzické reakce. Po dobu celého dne je stav neměnný.

26.10. 2017

Přivítání s pacientkou pomocí iniciálního doteku, a vysvětlení následujícího programu. Pacientka oběhově a ventilačně stabilní. Proleželá není, polohuje se každé 2 hodiny, plus v průběhu dne se provádí i mikropolohování. Fyzioterapeuti s pacientkou pasivně cvičí, zkouší sed na lůžku a dechové cvičení. Zatím bezvýsledně a bez reakcí. Rodina se telefonicky informuje o zdravotním stavu pacientky, kdy je to pacientce sděleno. Per os příjem zatím nefunguje. Pacientce naordinován Nutrilon standart 80ml/hodinu a noční zpomalení na 30ml/hodinu mezi 2:00-6:00. Haptilní stimulace se stále zkouší.

7.11.2017

Přivítání s pacientkou pomocí iniciálního doteku, vysvětleny následující kroky. Provedena celková koupel v koupelně s nácvikem haptilní stimulace. Pacientce je vložena žiňka do ruky. Žiňka padá, pacientka jí ani prsty neuchopila. Po koupeli pacientka uložena na lůžko a do ruky je jí vložen hřeben. Pomáháme pacientce ho prsty obejmout. Dále je jí puštěna hudba. Zkouška per os příjmu dnes úspěšná. Pacientka pozřela v průběhu dne 20ml vody a 10ml coca coly, kterou donesla rodina. Mixovanou stravu, ale nepozře. Rodina se telefonicky informuje o zdravotním stavu pacientky, kdy je oznámeno, že zítra dorazí. O rozhovoru s rodinou jsme informovali i pacientku na sdělení, že zítra dorazí rodina reaguje zrychleným dechem

8.11. 2017

Privítání s pacientkou pomocí iniciálního doteku. U pacientky provedena celková koupel. Rodina přišla v době oběda a zkouší pacientku krmit. Pacientka instinktivně otevírá ústa a polyká. Snědla ¼ polévky. A vypila 20ml vody. Během vypije sestře dalších 30ml vody a k večeri sní další ¼ polévky. Návštěva sestry má viditelně příznivý vliv na spolupráci s pacientkou.

Další dny pacientka odmítala jakýkoliv per os příjem od pečujícího personálu. Rodina na návštěvu z časových důvodů nyní dorazit nemůže. Pacientka objednána na zavedení PEG.

15.11. 2017

Pacientce v 10:25 byl PEG zaveden. Pacientka během zákroku byla oběhově a ventilačně stabilní.

17.11. 2017

Pacientky zdravotní stav kolísá. Na návštěvu dorazila maminka a sestra. U pacientky v průběhu návštěvy viděn kontaktní úsměv, zdánlivý náznak kývání a vrtění hlavou. Přivoláno RHB konzilium, kde ve zprávě lékař popisuje, že jsou končetiny uvolněné, hlava uvolněná, již není stočená doprava, pacientka reaguje na různé podněty. U pacientky je prováděna pasivní rehabilitace, zklidňující bazální stimulace a orofaciální stimulace. Pacientka má nyní náznak pohybu v prstech na ruce, ale ne na pokyn. Poslední týden je pacientka ve vysoké pozitivní bilanci, nadměrně se potí a má spontánní pohyby rukou. Per os příjem opět není možný navázat, i přestože pacientku se snaží krmit rodina.

Další dny je pacientce naordinované antidepresivum z důvodu útrpného grimasování v přítomnosti další osoby. Pacientka si zjevně částečně uvědomuje svůj stav, který má za následek změnu psychické tenze. Její stav se snažíme zlepšit formou pouštění jejich oblíbených písniček. Pacientka stále není schopná udržet podpůrnou ventilaci, proto jsou nutné řízené režimy. Pacientka má sklony k významné hypotenzi a bradykardii.

S ošetřujícím personálem pacientka nespolupracuje. Per os příjem nelze stále navázat, proto je plně vyživována přes PEG pomocí Nutrisonu. Pacientka reaguje na zpěv synovců a neteří na CD, které rodina donesla, formou pláče a tachyarytmií. V průběhu

dní se s pacientkou provádí orofaciální stimulace, haptilní, dechová stimulace a chuťová.

Další návštěvu jsem iniciovala u pacientky **15.12. 2017**, kdy sestra , která ten den má pacientku číslo jedna na starost, mi sdělila že pokroky jsou pouze v dny, kdy je u pacientky přítomna rodina, po odchodu opět nelze navázat s paní jakýkoliv kontakt. Pacientka rehabilitaci snáší o něco lépe než v minulých týdnech, ale stále jsou viditelné obranné reakce, vyšší spasticita a bolestivé grimasy v obličeji. Uklidňující efekt má míčkování. Rehabilitace jako taková je stále na pasivní úrovni. Hlava se opět začala stáčet doprava. Vzhledem k výrazné algii při jakémkoliv pohybu s pacientkou jsou doordínovaná jiná analgetika. U pacientky se stále zkouší per os příjem, chuťová stimulace, haptická, pacientce je pouštěná během dne televize.

29.12. 2017

Učinila jsem další návštěvu u pacientky, kdy přišli rehabilitační pracovníci a zahájili procvičování s pacientkou. Na klientce. jsou stále viditelné přetrvávající algické reakce ve formě grimas. Dnes je viditelné zlepšení po protažení HKK, zůstávají HKK zapoložované a spasticita je nestahuje okamžitě zpět k hrudníku. Další průběh je bezzměny. Rodina se snaží za pacientkou přijít alespoň 1x týdně. U pacientky je též den uděláno neurologické konzilium, kde do závěru vyšetření pan doktor uvádí, že dochází k rozvoji permanentního vegetativního stavu.

V lednu pacientka již zvládá weaning na 1-2 hodiny denně. Pacientka, i přestože leží na oddělení NIP už velmi dlouho, stále s pečujícím personálem nespolupracuje v takové míře, jako když je přítomna rodina. Pacientka reaguje i přes trvající medikaci občasnými algickými grimasy při rehabilitaci. Bazální stimulace je stále spíše v pasivní fázi. Reakce po puštění písniček, kde jí zpívají synovci a neteře jsou stálí pláče. Pacientka je během dne několikrát polohována, masírována a i přestože je ležící je bez dekubitů.

5.1.2018

Pacientka je odpojena z umělé plicní ventilace. U pacientky je domluven překlád na DIOP, kdy se mezitím rodina připravuje na převzetí do domácí péče. Rodina pacientky nesouhlasí s překládem na DIOP a přejí si, aby byla přeložena na LDN blíže k jejich domovu, kde jsou domluveni, že pacientka bude před propuštěním do domácí péče. Termín překládu je dohodnut prozatím na 13.2.2018.

Další dny per os příjem se zpět navrátil. Pacientka spolkně přibližně 50ml vody za celý den. Haptická stimulace s pacientkou je neustále zkoušená, avšak účelně pacientka nic do ruky nevezme. Pacientka posazována do kardiálního křesla, díky němuž může být rodinou a s doprovodem ošetřujícího personálu odvezena například do bufetu. Rodina se již u nás připravuje na převzetí do domácí péče. Návštěvy jsou častější a stav pacientky je výrazně lepší než kdykoliv jindy. Pakliže pacientku krmí její sestra či maminka, je schopna sníst alespoň ¼ až ½ polévky. Strava je stále podávána ve formě Nutrisonu standart do PEGu. Rodina se podílí na polohování, pacientka nereaguje na jakýkoliv pohyb bolestivými grimasy. Vysvětlujeme metody bazální stimulace.

13.2.2018

Pacientka na přání rodiny je dnes překládána na LDN blíže k domovu. Na 8 hodinu ranní je domluven převoz sanitou. U pacientky se provádí poslední celková koupel na oddělení. V 7:15 volá na oddělení sestra pacientky, že změnila sestře obvodního lékaře, kterého ho zvolili, co nejbliže domovu. Pacientka se překládá se zprávou, kde jsou uvedeny tyto diagnózy.

Diagnózy:

J9600 Akutní respirační selhání

Z930 Tracheostomie 22.9.2017

V4754 Autonehoda- náraz do sloupu 17.9.2017

T068 Polytrauma 17.9.2017

S0660 Úrazové subarachnoidální krvácení, neotevřená rána

S0620 Difuzní poranění mozku, neotevřená rána

S0610 Traumatický edém mozku, neotevřená rána

S2240 Sériové zlomeniny žeber

S2720 Traumatický hemopneumotorax, neotevřená rána

S2730 Kontuze plic s lacerací hilu vpravo

S3610 Kontuze jater- pravý lalok

S3600 Lacerace sleziny

S4200 Zlomenina diafyzy levé klíční kosti, zavřená

S4210 Zlomenina těla pravé lopatky, zavřené

T794 Proběhlý traumatický šok

S688 Traumatická amputace jiných částí zápěstí a ruky

G934 Encephalopatie NS

D62 Proběhlá akutní posthemoragická anémie

E880 Dysimunoglobulinémie

Z991 Závislost na respirátoru

G824 Spastická kvadruplegie

V propouštěcí zprávě je doporučeno pyré a mléčné výrobky zkoušet dle tolerance. Polohovat pacientku každé 2 hodiny a dbát na prevenci dekubitů. Rehabilitace antispastická a přistupovat k pacientce pomocí plánu bazální stimulace, který je přiložen k propouštěcím dokumentům. Pacientka propouštěna s PEG, TSK a PMK.

Závěr této kazuistiky: Pacientka po autonehodě přijata na oddělení NIP, kde pár hodin po přijetí přestala tolerovat stravu. Pacientka měla žaludeční odpady několik dní, proto jí byl naordinován Periolumel. Sestra pacientky vyplnila s ošetřujícím personálem plán bazální stimulace, podle kterého se odvíjela jakákoliv komunikace a zacházení s pacientkou. I přestože personál vynakládal veškeré úsilí, příznivé výsledky se vždy dostavily jen za přítomnosti rodiny. Pacientka jakoukoliv snahu ošetřujícího personálu bojkotovala. Na tomto případě je více než viditelné, že vliv rodiny je až zázračný. S rodinou jsme tvořili tým. O pár měsíců později po propuštění jsem se zkontaktovala s rodinou, kdy jsem se ptala na stav pacientky. Bylo mi sděleno, že paní klienta se nyní nachází v domácí péči, která se osvědčila. Vliv domácího prostředí a neustálý kontakt s různými členy rodiny pacientku motivuje alespoň k minimálním pokrokům. Pacientka se snaží jíst a prsty se snaží uchopovat předměty. Je stále ležící a verbálně nekomunikuje.

4.1.2 Kazuistika č.2

Pacient: číslo dvě

Rok narození: 1994

Zaměstnání: knedlíkárna

Hospitalizace: 9.11. 2017

RA: nevýznamná

OA: DM 1.typu od roku 2015, opakovaně decomp., těžká metabolická acidóza, hepatoren, selhání nutnost dočasné kardiostimulace při junkční bradykardii při hypokalémii, KPCR pro srdeční zástavu se zavedením doč. KS 12/2015, poslední hospitalizace od 1.10.2017 do 6.10.2017 pro decomp. DM s lehkou ketoacidózou, obezita

GA: nevýznamná

SA: bezdětná

PA: potravinářský průmysl

AA: prach, pyl

Abúzus: nekouří, nepije alkohol ani kávu

Nynější onemocnění

Pacientka po KPCR při junkční bradykardii, dočasně KS. Příjem na ARO, analgosedace, UPV, analgosedace při odsávání z DC, kašle, zornice isokorické, miotické. Oběhově nestabilní, vazopresor.podpora. NGS nepřijímá, 23/10 zavedena NJS, kombinovaná nutrice. Neurologické konzilium se závěrem spastické kvadruparézy s decerebracím postavením končetin na úrovni diencefalon. Na kontrolním RTG nález kompletního PNO, drobné známky pneumomediastina. Chirurgické konsilium: provedena hrudní drenáž+ aktivní sání, zpět analgesie fentanylem, bolusově Apaurin 20mg i.v.+ jednorázová relaxace Arduanem. Pro hyposaturaci ventilační režim-PSIMV+PS 20+ PEEP 8. FiO2 0.85. 28.10. kontrolní RTG S+P (PNO na snímku vleže neprokazují) 29.10. hrudní drén EX. V dalším průběhu oběhově stabilní, bez AM terapie, lehce subfebrilní, CPAP/PSV. Weaning nelze pro tachypnoe, po domluvě s rodinou pacientka přeložena na oddělení NIP.

Status preasens

Celková charakteristika: 23-letá pacientka s těžkou poruchou vědomí, oči otevírá/pootevírá, pohled nestáčí, nefixuje, bulby- bloudivé pohyby. Na algický podnět grimasa. Extenze HKK. Bez ikteru, cyanózy, dekubitů. Bez spontánní hybnosti. Chabá kvadruparéza.

Hlava: Mesocefalická. Uši, oči a nos bez výtoku, spojivky jsou bledé, skléry bílé, zornice miotické. Jazyk vlhký, lehce povleklý, submandibulární uzliny nezvětšené. Ameningeální. Zavedena NJS.

Krk: Šíje volná, karotidy tepou symetricky, nad karotidami není šelest. Náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nehmatná, uzliny nezvětšené, axilární a inguinální taktéž. TSK a okolí edematózní, sákne hlenem, lehce macerované, stehy in situ.

Ventilace: Hrudník symetrický, dýchání přes TSK-SIMV/PSV ventilace. Zhrubělé bronchiální rachoty, odsávání hojně řídkého žlutavého sputa. SpO₂ 95% při FiO₂ 0,4.

Oběhově: aktuální TK 120/60, akce srdeční pravidelná 115/min., šelest 0. Bez otoků, kapilární návrat dobrý. Vstupní EKG bez ischemických změn. CVP je pozitivní.

Břicho: Nad úroveň hrudníku strie, měkké, prohmatné. Bez známek peritoneálního dráždění. Játra, slezina nezvětšeny. NJS bez odpadů. EN dosud tolerovala. PMK odvádí čistou moč. Genitál- mykóza na lokální terapii.

Končetiny: Bez otoků a deformit, pasivní pohyblivost neomezená, prokrvení končetin dobré. Akra teplá, DK bez známky TEN. Afebrilní.

9.11. 2017

Příjem pacientky na oddělení NIP., ventilovaná. S pacientkou se během překlada komunikuje. Před každým úkonem, který byl prováděn na pacientce, byl předem vysvětlen. Pacientka číslo dvě je námi ihned připojena na monitoring. V rámci přijetí se provádí kompletní vstupní odběry včetně screeningu na MRSA. Pacientce bylo natočeno EKG, které bylo následně předáno lékaři k vyhodnocení. Objednán RTG S+P na lůžku. Poté se pacientka překládala z boku na bok a pečující sestra kontroluje kožní integritu celého těla. Hledáme možné proleženiny, či různé defekty na kůži. Následně se provedla příjmová dekontaminační koupel a dbalo se na příjmový zvýšený epidemiologický režim. Rodina informována o přeložení pacientky z předešlé

nemocnice. Pacientka normotenzní, bez teploty. Pacientku jsme nechali odpočinout a odpoledne jsme zkusili per os příjem. Perorální příjem byl neúspěšný, všechny tekutiny, které jsme vpravili do úst, jsme vzápětí odsáli. S pacientkou přijeli i nějaké její věci. Osobní věci jsme na boxu pacientce rozložili, aby na ně viděla. Stav pacientky byl neměnný v průběhu celého dne.

13.11. 2017

Plán bazální stimulace není stále vyplněný. Rodina si jej vzala domů, kde si ho chtějí v klidu vyplnit a další návštěvou vyplněný plán donesou. Stav pacientky dovoluje provést dnes celkovou hygienu v koupelně. Během celkové koupele se neustále konverzuje s pacientkou. Teplotu vody ji zkusíme první na hřbet ruky, zda jí je voda příjemná. Sledovali jsme jakýkoliv pohyb či grimasu, kterým by se pacientka snažila s námi komunikovat, ale bohužel ničeho jsme si nevšimli. Zkusili jsme pacientce dát do ruky žíňku a její ruku jsme vedli k omývání těla. Po koupeli byla pacientka odvezena zpět na její pokoj a byla jí puštěna televize. Hodinu po koupeli dorazili rehabilitační pracovníci, kteří s pacientkou začali pasivně cvičit. Pacientka reaguje na cvičení algickými grimasy. Dopoledne volá rodina a telefonicky se informuje o zdravotním stavu pacientky. Vzhledem k velké dojíždějící vzdálenosti není možné, aby rodina byla u pacientky každý den. K obědu po konzultaci s lékařem je pacientce objednaný vývar a zkouší se, zda pacientka nezačne perorálně přijímat stravu. Pokus se několikrát opakoval bez úspěchu.

18.11.2017

Rodiče pacientky a její přítel dorazili na návštěvu. Rodiče nám odevzdávají vyplněný plán bazální stimulace, který jsme začali ihned zpracovávat. Rodina chce, abychom pacientce tykali a oslovovali jí přezdívkou Káča. Iniciální dotek při pozdravu uvedli na ruce. Rodiče uvedli, že dcera snáší bolest celkem dobře a místa, kde nemá ráda dotek na těle, jsou záda a krk. Je zvyklá se mýt obden k večeru. Teplotu vody má ráda teplou a k mytí využívá houbu. Vlasy si myje každé dva dny. Dle rodičů pacientce bývá často zima. Po koupeli je zvyklá se promazávat tělovým mlékem. Pacientka je zvyklá spát přibližně 10 hodin denně. Obvyklá poloha je na zádech s hodně vypodloženou hlavou. Má oblíbenou deku, kterou rodina nepřinesla. Je zvyklá se přikrývat dekou až po ramena a je zvyklá spát s ponožkami. U jídla a pití rodiče vypsali, že má dcera velmi ráda sladké a slané. Hlavní jídla měla ráda teplá a konzistence pevná. Během dne

obvykle pila perlivou vodu nebo džus, přibližně 3 l denně. Jeden s jejích neoblíbenějších nápojů je kofola. Mezi její neoblíbenější pokrmy se řadí halušky, krokety a špagety. Jídla, která opravdu nesnáší, jsou omáčky, špenát a těstoviny. Na mlsání má ráda čokoládu, konkrétně studentskou pečeť, kterou rodina nepřinesla sebou. Do dekompenzace stavu neměla žádné zažívací potíže. Pacientka dobře slyší a ráda poslouchá radiostanici Evropu 2, North Music, Pop a Disco. Rodiče donesli sebou přehrávač. Dále v plánu bazální stimulace je uvedeno, že byla zvyklá na pravidelnou pohybovou aktivitu ve formě pravidelných procházek se psem. Trpěla často na motání hlavy při zvedání z postele. Dříve si i stěžovala na bolesti zad a hlavy, tyto stížnosti udávala minimálně 3-4x za měsíc. Na zmírnění užívala brufen. Mezi její hobby patří hudba, čtení knih, péče o zvířata a procházky se psem. Pacientka byla zvyklá relaxovat formou zapnuté hudby z přehrávače a při tom ležet v posteli. Vlastní i zvířecí mazlíčky- psa, morče a rybičky. V televizi ráda sleduje romantiku, komedie a horory. Dále do plánu bazální stimulace rodiče uvedli, že v případě propuštění by byl schopen se o nemocnou postarat přítel za pomoci matky pacientky. Chtějí se oba aktivně podílet na péči.

26.11. 2017

S pacientkou se pracuje dle rozpisu plánu Bazální stimulace. I přes veškeré úsilí ošetřujícího personálu, nejsou zatím viditelné žádné pokroky. U Pacientky je dnes zkoušena chuťová stimulace. Pacientka je puštěn přehrávač s jejími oblíbenými písničkami, vypodložena vysoko hlava. Sledujeme jakýkoliv možný pohyb či grimasu pacientky při prožívání této situace. Bohužel pacientka nereaguje nijak ani například zrychlením srdečního tepu. Necháváme jí relaxovat za doprovodu puštěných písniček. Na oběd s dopomocí rehabilitačních pracovníků, pacientku dáváme do kardiálního křesla, kde je vpolosedě. Snažíme se jí pomoci prsty obejmout lžici a zkusit per os příjem v sedu. Pokus se nedaří, vše odsáváme z úst zpět. Necháváme pacientku ještě chvíli v křesle a zapínáme jí komedii v televizi. Během sledování televize je pacientka stále odsávaná. Nedokáže vykašlat sputum, které se v ní hromadí. Na odsávání reaguje algickými grimasy. Zkoušíme pacientku edukovat v dýchání. Nacvičujeme pasivně s pacientkou dýchání. Poté jí ukládáme zpět do postele a necháváme jí odpočívat. V průběhu dne je dále stav neměnný.

11.12. 2017

V tento den se uskutečnila další má návštěva pacientky. Po rozhovoru s pečující sestrou v ten den o pacientku číslo dvě, je stav neměnný a pacientka nespolupracuje ani s rodinou. Rodiče a přítel se snaží jezdit alespoň 1x týdně občas přijedou i 2x týdně. Přítel na pacientku mluví, hladí jí, líbá jí a i přesto nejsou žádné alespoň fyziologické reakce. Rodiče donesli fotografie, které se pacientce vystavili na pokoji. Jsou hned vedle postele v úrovni tak, aby na ně pacientka pohodlně z postele viděla. Přítel se snaží pomáhat při polohování, během toho mu je vysvětlováno důležitost tohoto úkonu. Pacientce dáváme ruce na stimulační polštářek, který je vyplněný hráchem, viz příloha č.5, obr.č.1. Jemně ruce vedeme po polštářku. Rodina poté celý proces provádí s pacientkou sama. Během dne si s ní povídají, pod dozorem ošetřující sestry zkouší per os příjem. Stále bez úspěchu. Rodina k večeru odchází zklamaně domů.

22.12. 2017

Zdravotní stav pacientky dnes nedovoluje celkovou koupel v koupelně. Je febrilní, rozdýchaná a tachyarytmická. Pacientka se omývá na lůžku a ihned poté se balí do deky. Rehabilitační pracovníci dnes s pacientkou necvičí na žádost lékaře, dokud se její stav opět nestabilizuje. Pouštíme přehrávač, kde jsme naladili její oblíbenou radiostanici Evropu 2. Rodina přichází i s pacientky přítelem „oslat“ Vánoce. Přinesli dárky a koledy. Neměnný stav pacientky maminku dle jejich slov psychicky ničí. Zkoušíme alespoň perorální příjem tekutin, který je opět bez úspěchu. Pacientce klesá teplota, dýchá pravidelně. Rodiče na pacientku mluví, dotýkají se jí, hladí jí, vkládají ji do rukou dárky a společně se je snaží rozbalovat. Příloha č.5, obr. č.2. U toho se fotografují. Na pacientku přítomnost rodiny má zřejmě blahodárný vliv, proto dochází ke stabilizaci stavu v průběhu dne.

8.1. 2018

Má další návštěva byla tento den, kdy se pacientka ráno přivítala iniciálním dotekem a pozdravem. Pacientce jsme řekli s ošetřujícím personálem, co je za den, kolikátého je a kolik je hodin. Pacientky stav umožňoval jí vzít do koupelny. Předem jsme jí řekli, co teď bude následovat. Pacientka nevykazuje žádné známky souhlasu či nesouhlasu. Teplotu vody opět zkoušíme na ruku pacientky, do ruky jí vkládáme žíňku a krouživými pohyby jí vedeme ruku k omývání těla. Během koupele s pacientkou neustále

komunikujeme. Po koupeli pacientku ukládáme zpět do postele na bok. Promazáváme jí záda a provádíme poklepovou masáž. Poté pacientku odsajeme, dáme jí do polosedu na posteli, vypočkládáme dvoumi polštáři hlavu a pouštíme v televizi romantický film. Pacientku necháváme odpočívat až do oběda. V době oběda pacientku přenášíme do kardiálního křesla, dáme před ní stolek, do ruky se jí snažíme dát lžici a zkoušíme haptiku. Pomáháme pacientce v ruce držet lžici a směřovat jí do úst s vývarem. Perorální příjem je opět neúspěšný, obsah zpět odsáváme z úst. Haptická stimulace se též nedaří. Pacientku ukládáme zpět na lůžko, kde jí vypočkládáme a do pod ruce jí dáváme polštárek s přírodní výplní pro uvolnění končetin. Rodina dnes na návštěvu nedorazila. Po 2 hodinách pacientku jdeme polohovat, dáváme jí na druhý bok a přisouváme jí stoleček, na kterém opřeme nástěnku s fotografiemi. Zkoušíme pomocí žanety pacientce dát napít. Opět bez úspěchu. Pacientce odpoledne zapínáme přehrávač, kde ladíme její oblíbené stanice. Za celý den jsme nezaregistrovali jakýkoliv posunek, grimasu nebo náznak nějakého kontaktu. V 18:00 odcházím a stav je stále neměnný.

22.1. 2018

Na oddělení přicházím v 7:00. Po předání vedu rozhovor s ošetřující sestrou pacientky ten den. Zjišťuji pacientky stav a pokroky během uplynulých dnů, kdy je mi řečeno, že pokroky stále žádné nejsou a rodina jezdí méně. Poté se domlouváme na dnešní možnosti plánování a realizace bazální stimulace u pacientky. Je mi řečeno, že pacientky stav dovoluje jí dnes vzít do koupelny, kde provedeme celkovou koupel. S ošetřujícím personálem vstupujeme do pokoje, pacientku pozdravíme a přivítáme se s ní formou iniciálního doteku. Sdělíme, zcela zřetelně a klidným hlasem, který je dnes den, datum a kolik je hodin. Pacientku přesouváme na lůžko, na kterém jí vezeme do koupelny. Volíme dnes celkovou koupel povzbuzující, kdy vlasy myjeme proti růstu vlasového kořínku, pacient toto vnímá daleko intenzivněji než pohyb ve směru růstu chloupků. Bedlivě si všímáme jakéhokoliv pohybu, mimiky či gestikulace. Pacientka nereaguje nijak. Po koupeli ukládáme pacientku do postele a necháváme jí relaxovat, kdy jí při tom hrají písničky oblíbeného žánru. Dopoledne zkoušíme, pacientce dát napít, který vede opět k neúspěchu a vše se odsává zpět. Později provádím somatickou stimulaci HKK, kdy začínám modelací prstů, celý tento proces opakuji 3x. Poté přecházím na somatickou stimulaci DKK, kdy tento proces opakuji stejně. V průběhu modelací prstů pacientka nijak nereagovala ani zvýšením tepové frekvence. Pod ruce jí vkládám polštář a nechávám pacientku odpočívat. Na oběd pacientku posazujeme do

kardiálního křesla, zkoušíme do ruky vložit lžici a vést jí k ústům. Opět se setkáváme s nezdarem. Pacientku ukládáme do postele a polohujeme do polohy „mumie“. Pacientka v této poloze své tělo a tělesné hranice vnímá díky přísunu vjemů. K večeru pacientku ukládáme na bok, abychom jí mohli provést poklepovou masáž. Poté pacientku pečující sestra odsaje, pacientka je klidná. V průběhu dne rodina nedorazila.

7.2. 2018

Pacientky stav dnes nedovoluje celkovou koupel v koupelně. Je febrilní, tachyarytmická a rozdýchaná. Rodiče se ohlásili, že přijdou dnes na návštěvu i s přítelem pacientky. S pacientkou se přivítáme iniciálním dotekem a řekneme jaký den je a kolik je hodin. Ptáme se jak se vyspala a zda jí něco nebolí. Hygienu provádíme na lůžku na pokoji, po hygieně provádím masáž stimulující dýchání. Masáž stimulující dýchání by měla vést k uklidnění rytmu dýchání. Během toho dochází k tělesnému kontaktu mezi námi a měl by v pacientce evokovat pocit bezpečí. Tuto stimulaci provádím v lehu na boku, kdy tělový krém před aplikací zahřeju v rukou. Ruce přiložím na horní část páteře a směřuji tah k oblasti beder. Celý tento úkon jsem prováděla 3x, přičemž jsem stále udržovala tělesný kontakt s pacientkou, vždy jsem jednu ruku při tahu nechala v oblasti kříže. Poté jsem ruce položila na oblast lopatek blíže k páteři, vytáčím prsty směrem od páteře ven a mírným tlakem směřuji ruce nahoru, pak zpět ve formě kroužků k páteři dolů. Pacientku ukládáme do polohy hnízda na zádech. Obložili jsme pacientky tělo ze všech stran perličkovými vaky a polštářky. Dbáme na to, aby se vaky a polštářky, co nejvíce dotýkaly těla pacientky a poté jsme pacientku přikryli až k ramenům, tak jak uvedli rodiče v plánu Bazální stimulace, že pacientka má ráda. Přikrýváme pacientku šetrně. Obouma rukama smotanou deku postupně rolujeme směrem k trupu a poté až k ramenům. Pacientka se pochvilí zklidní, vnímáme to velice pozitivně. Pacientka pravidelně dýchá a srdeční akce je též pravidelná. Horečka díky medikamentům klesá. Rodina přichází na oběd. Zkouší pacientku v kardiálním křesle krmit sami pod dozorem ošetřujícího personálu. Bohužel ani iniciativa rodiny nevede ke zdárnému požití polévky. Pacientku v průběhu dne polohujeme s pomocí rodiny, která se chce stále zapojovat do péče. Přítel přinesl knihu, kterou pacientce u postele čte. Rodiče i přítel pacientky zůstávají až do večera. Odchází smutní. Pacientka stále nevykazuje žádné známky kontaktu, o čemž vypovídá i závěr z neurologického a rehabilitačního konzilia.

19.2. 2018

Přicházím na oddělení v 7:00 ráno, kdy po předání se dotazuji sestry na stav a možné pokroky pacientky. Sestra mi sděluje, že pacientka je stále nekontaktní, rodina dochází nepravidelně. Maminka špatně nese zdravotní stav dcery, díky této skutečnosti se domníváme, že iniciativa v péči klesá. Pacientky stav dnes dovoluje zvolit celkovou koupel v koupelně. Po přivítání a sdělení postupu pacientku odkrýváme. Dbáme na šetrné odkrývání, kdy pacientovi dáváme možnost uvědomit si, že dojde k odkrytí. Deku uchopíme oběma rukama a postupně jí rolujeme nohám. Dnes volíme celkovou koupel zklidňující. Vedeme pohyby při omývání ve směru růstu chloupků a díky tomuto postupu pacientka dostává přesnou informaci o tělesných hranicích a měla by působit klidně. Po koupeli pacientku necháváme odpočívat u hudby. Dnes s rehabilitačními pracovníky provádíme vestibulární stimulaci pomocí otáčivých pohybů hlavy. Postavíme se k čelu lůžku a uchopíme obouma rukama hlavu. Dbáme na to, abychom nevyvíjeli nepříjemný tlak na uši. Hlavou otáčíme doprava, na střed a doleva. Opakovali jsme tyto úkony 3x. Pacientku dáváme do polohy hnízdo na boku. Perorální příjem se stále nedaří, zkoušíme u pacientky orální stimulaci, kdy do cucacího váčku dáváme kousek ovoce. Díky váčku můžeme navodit pohyb jazyka i úst. Bohužel u této pacientky se navození pohybu nedaří.

6.3.2018

Přicházím na oddělení ráno, po předání služby se dotazuji sestry na stav a pokroky. Pacientka v průběhu týdne měla výkyvy bradykardie, její stav je kolísavý. Rodiče jezdí minimálně, přítel už nejezdí. Pacientka stále nic perorálně nepřijímá, žádný kontakt stále nebyl navozen. U pacientky vzhledem ke kolísajícímu stavu volíme hygienu na lůžku. Po hygieně provádíme masáž stimulující dýchání v lehu na boku. Poté ukládáme pacientku na záda, pouštíme hudbu a vkládáme do úst cucací váček. Během odpoledne s pacientkou prohlížíme fotografie a slovně ji popisujeme, kdo se na fotografiích nachází a co tam dělají. Zezadu fotografií nám maminka vypsala jména. Díky této aktivitě propojujeme stimulaci optickou, taktilně-haptickou a auditivní. Pacientka nijak nereaguje. K večeru odcházím.

10.3. 2018

Bohužel i přes veškerou snahu lékařů a ošetřujícího personálu pacientka umírá.

Závěr této kazuistiky:

U pacientky byla od počátku aplikovaná intenzivní bazální stimulace. Rodiče a přítel pacientky ze začátku chtěli být iniciativní v péči a v provádění bazální stimulace u pacientky. Minimální záchvěv byl pouze 1x, kdy se po návštěvě rodiny pacientky stav začínal stabilizovat. Bohužel neměnný stav vedl k tomu, že rodina docházela míň a míň, tudíž plán Bazální stimulace prováděl především pečující personál a rehabilitační pracovníci. Nelze zhodnotit, zda by došlo k nějakému pokroku, kdyby se rodina více zapojovala. Bazální stimulace dopomohla pacientce alespoň ke zmírnění tachyarytmií a tachypnoí .

4.1.3 Kazuistika č. 3

Pacient: číslo tři

Rok narození: 1945

Zaměstnání: důchodce

Hospitalizace: 1.11. 2017

RA: nevýznamná

OA: hypertenzní nemoc

SA: ženatý, má 3 syny

PA: momentálně důchodce, dříve chemik- mistr

AA: negativní

Abúzus: ?

Nynější onemocnění

Pacient vyšetřen 7.10. po pádu v ebrietě, dle dokumentace vstupně bez lateralizace. Dle CT mozku bez zjevné akutní patologie a bez známek traumatu. 8.10. postupná deteriorace neurologického stavu, porucha vědomí, pravostranná lateralizace. Na CT mozku diagnostikován rozsáhlé subdurální a subarachnoidální krvácení vpravo, prokrváčená kontuze frontálně vlevo s perifokálním edémem. 9.10. pro preludující poruchu vědomí pacient inkubován, přeložen do krajské nemocnice, kde mu jsou zavedena čidla multimodální monitorace. Za hospitalizace opakovaně elevace hodnoty

nitrolebního tlaku s nutností hluboké sedace, 15.10. pro nekorigovatelnost provedena evakuace hematomu a hygromu z kraniotomie. 16.10. pro opětovný vzestup nitrolebního tlaku replantace čidla a zavedena drenáž subdurální kolekce a následně lumbální drenáž, čidlo pro multimodální monitoraci a lumbální drén extrahovány. Pro přetrvávající poruchu vědomí tracheostomován, weaning obtížný. Za hospitalizace léčba bronchopneumonie, nejprve amonipenicilinem, následně ciprofloxacinem a od 23.10. do 30.10. propenem, ten současně i jako léčba meningitidy. Dále zaveden PEG. Neurologický stav podobá vigilnímu kómatu, pacient spontánně otevírá oči, nefixuje, spontánně hýbe levostrannými končetinami. Pacient má na zavedené léčbě stabilní orgánové funkce, přeložen na ARO okresní nemocnice a následně 1.11. 2017 přeložen na NIP.

Status preasens

72-letý pacient s těžkou poruchou vědomí, oči otevírá spontánně, pohled nestáčí a nefixuje. Bulby ve středním postavení, na oslovení nereaguje. Bez ikteru, cyanózy, dekubitus- na sacru, povrchový 5x5cm, jde o dekubit II. Stupně, stržené puchýře. Na zádech stehz lumbálních drenáží, stisk ruky žádný. Pravostranná hemiplegie.

Hlava: Mesocefalická, zhojená jizva po kraniektomii, vpravo cca 4cm, vlevo se hojí vstup po ICP, bez sekrece, uši, oči a nos bez výtoků. Spojivky bledé, skléry bílé, zornice anisokorické, levá širší, fotoreakce bilat.+, jazyk vlhký, lehce povleklý, submandibulární uzliny nezvětšené. Aminengeální.

Krk: Šíje volná, karotidy tepou symetricky, nad karotidami není šelest, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nehmatná, uzliny nezvětšené, axilární a ingvinální taktéž. TSK a okolí zarudlé, mírný prosak spůta.

Ventilace: Hrudník symetrický, dýchání přes TS- podpůrná ventilace, zhrubělé bronchiální rachoty, symetrické, PEEP 5, odsávání střední, odsává se žlutavé sputum. SpO2 95% při FiO2 0,4.

Oběhově: na antihypertenzivní terapii, aktuální TK 125/80, akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené, šelest 0. Bez otoků, kapilární návrat dobrý. Vstupní EKG bez ak.ischemických změn. CVK vstup. CVK klidný, CVP +13cmH2O.

Břicho: lehce nad úroveň hrudníku, měkké, prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika +. Játra, slezina nezvětšeny. PEG- okolí klidné, bez odpadu, EN dosud toleroval, p.o.příjem 0. PMK odvádí čistou moč. Genitál bezezměn.

Končetiny: Bez otoků a deformit, pasivní pohyblivost, neomezena, prokrvení končetin dobré, akra teplá. DK bez známek TEN. Afebrilní.

1.11. 2017

Příjem pacienta na oddělení NIP, ventilovaný. S pacientem se během překlada neustále komunikuje, informují ho o tom, kde se nachází v jakém městě, na jakém oddělení. Každý úkon je předem verbálně komentován. Pacient je ihned připojen na monitoring. V rámci přijetí se dělají standartní postupy oddělení, kdy se provádí kompletní vstupní odběry včetně screeningu na MRSA. Pacientovi bylo natočeno EKG, které bylo následně předáno lékaři k vyhodnocení. Objednán RTG S+P na lůžku. Pečující sestra kontroluje kožní integritu, dekubit na sakru měří, fotí a ošetřuje dle instrukcí lékaře. Fotografie se následně ukládají do složky pacienta. Následně se provedla příjmová dekontaminační koupel a dbalo se na příjmový zvýšený epidemiologický režim. Rodina informována o přeložení pacienta z okresní nemocnice. Pacient normotenzní na antihypertenzní terapii, bez teploty. Pacientovi je změřeno CVP, které je následně oznámeno lékaři. Zkouška per os příjmu je neúspěšná. Pacient se nechává na zádech odpočívat a pouští se mu televize. V průběhu dne se pokusy opakují a opět bez úspěchu. Rodina přichází k večeru, kdy je jim předán a vysvětlen k vyplnění plán Bazální stimulace a souhlas se zpracováním údajů do DP.

3.11.2017

Pacient je oběhově stabilní, afebrilní. Po předání služby, vedu rozhovor s ošetřující sestrou, která ten den má pacienta na starost. Je mi sděleno, že pacient spontánně otevírá oči, ale nefixuje a občas má spontánní pohyby končetin. Volíme celkovou koupel v koupelně povzbuzující. Jelikož rodina přislíbila, že dnes donese vyplněný plán BS, zacházíme s pacientem velmi šetrně a všímáme si, které doteky jsou mu nepříjemné. Teplotu vody zkusíme na zápěstí nepostižené končetiny, s pacientem komunikujeme a zkusíme mu vložit do ruky žiňku na omytí těla. Pacient začne zdravou končetinou házet a žiňku zahodí. Povzbuzující koupel je somatická stimulace, díky níž pacient vnímá veškeré pohyby, které vedeme proti růstu chloupků mnohem intenzivněji. Po

hygieně pacienta odvážíme na pokoj, kdy ho ukládáme na bok a poklepovou masáží stimulujeme dýchání. Poté pacienta polohujeme na záda a pouštíme mu televizi. Dopoledne přichází rodina a předávají nám vyplněný plán bazální stimulace, který vzápětí zpracováváme. Manželka, která jej vyplňovala, v něm uvádí, abychom pána oslavovali příjmením nebo křestním jménem, ale stále ponechali vykání. Pacient je katolík, pravák, velice dobře snáší bolest a nemá rád doteky na prsních bradavkách. U hygieny uvedla, že zvyklí se mýt každý den a to ráno a večer teplou vodou. Žádné rituály při mytí nemá, k omývání používá mýdlo, gel a pěnu do koupele. Netrpí na pocení, toaletní potřeby mu manželka donáší z domova včetně deodorantu, který využívá. Má horní protézu, kterou si na noc vyndává. Myje si denně vlasy, i přestože jsou krátké a řídké, péče o ně je pro ně důležitá. Je zvyklí spát přibližně 7 hodin denně, bez podložené hlavy a odpoledního spánku. Chodívá spát mezi 23- 24 hodinou večerní. Nepřikrývá se až po ramena, nemá to rád, spí bez ponožek a na spánek nechce zatemňovat. Probouzí se mezi 6-7 hodinou ranní. Dále manželka uvádí, že pacient upřednostňuje chutě slané a ostré. Teplotu jídla preferuje teplou a konzistenci měkkou. Během dne je zvyklí pít čaj, kávu a minerálky. Vypije přibližně 1,5-2l denně. Mezi jeho nejoblíbenější nápoje se řadí pivo. Čaj preferuje zelený, ovocný, kávu tureckou po obědě nebo odpoledne. Neoblíbenější jídlo je kuřecí řízek, ryby, bramborový salát, guláš a polévky. Mezi jídla, která nesnáší se řadí krupicová kaše. Mlsá rád medovník nebo závin. V plánu Bazální stimulace je i popsán sluch. Pacient slyší dobře, je zvyklí na zvuky z tramvaje, aut a televizních reklam. Mezi jeho oblíbenou hudbu patří hity 60.-90.léta. Přehrávač ani oblíbené CD s hudbou rodina nepřináší. Na čtení nosí brýle. Manželka dále uvádí, že není zvyklí na pravidelnou aktivitu, ale občas chodí na procházky. Mezi jeho zájmy patří sudoku, luštění křížovek a sledování sportovních přenosů. Je zvyklí relaxovat formou televize, divadla a procházek. Vlastní zvířecího mazlíčka, kočku a psa. V případě propuštění by se eventuelně o pacienta postarala manželka, která uvádí, že v rámci možností, neboť sama trpí artrózou. Uvádí, ale že bude pravidelně chodit na návštěvu.

13.11. 2017

Přicházím na oddělení, kde se ptám ošetřující sestry na stav pacienta a možné změny či pokroky. Pečující sestra mi sděluje, že stav se nemění, per os příjem nenavázán. Pacient má spontánní, nekontrolované pohyby zdravými končetinami. U pacienta provádíme celkovou zklidňující koupel, kdy je cílem uvolnit svalové napětí. Omýváme pacienta ve

směru růstu chloupků. Jelikož je každý chloupek, vlas u kořene obklopen nervovým pleštim, který registruje jakýkoliv pohyb, tak tyto informace přenáší do mozku. Po koupeli pacienta potíráme doneseným deodorantem, čistíme dutinu ústní a vkládáme do úst horní protézu. Polohujeme pacienta na bok a pouštíme mu ČT sport a necháváme ho odpočinout si. Po 2 hodinách přicházíme k pacientovi, napolohujeme ho na záda a vysvětlujeme mu, že zkusíme masáž obličeje. Provádíme stimulaci obličeje pomocí tahů a přehmatávání. Pokládáme ruce na čelo a mírným tlakem směřujeme přes spánky, tváře až k bradě. Celý tento pohyb ještě aplikujeme 3x. Poté ruce pokládáme na tváře pod spánky a tah vedeme směrem k nosu. Během těchto stimulů nepřerušujeme tělesný kontakt s pacientem a vždy jedna ruka zůstává na obličeji. Tímto způsobem se snažíme stimulovat obličej. Poté pacienta dáváme do polosedu na posteli a zkusíme pomocí žanety dát pacientovi napít. Bohužel vpravená tekutina do úst se vzápětí odsála. Pacient stále není schopen perorálního příjmu. Na oběd pacienta posazujeme do kardiálního křesla a zkusíme mu dát do ruky lžici, pacient lžici prsty neobjímá. Necháváme pacienta sedět a pouštíme mu televizi se sportem. Díky změně polohy přestává být pacientovo zorné pole pro něj nezajímavé a nudné. Dáváme mu možnost sledovat dění v televizi a i v okolí. Po hodině pokládáme pacienta zpět do postele a ladíme rádio, kde bychom mohli slyšet hity 60.-90.let. Pacient za celý den neprojevuje kromě spontánních pohybů zdravých končetin a mrkáním žádný jiný druh komunikace. Rodina ten den nepřichází na návštěvu.

28.11. 2017

Pacientovo stav dovoluje ho vzít do koupelny, kde provádíme celkovou koupel včetně péče o vlasy. Dbáme na teplotu vody, aby byla teplá jak pacient má rád a při mytí používáme donesené mycí prostředky, abychom navodili pacientovi pocit domova. Zkusíme pacientovi do ruky dát žiňku a vést mu ruku k omytí těla. Poté zkusíme vložit do ruky mycí gel. Pacient gel pouští. Poté pacienta na pokoji polohujeme do polohy mumie v lehu na boku. Vkládáme mezi kolena perličkový vak, jedním koncem vaku obložíme trup a druhým záda, druhý konec lemuje horní polovinu těla, hlava je položena na perličkovém vaku jako na polštáři. Do ruky pacientovi vkládáme plyšovou hračku ve tvaru psa. V průběhu dne se snažíme o perorální příjem. Bohužel stále se nedaří a vždy je obsah z úst odsát. Manželka přichází v době oběda, po přeložení pacienta z lůžka na křeslo, které jsme předem vystlali, aby pacientovi nebyl polosed nepříjemný z důvodu dekubitu na sacru. Manželka se informuje od lékaře o zdravotním

stavu manžela a přichází na pokoj. Pacientovi zkusíme dát do ruky lžici, bohužel úchop nelze. Poté manželka zkusí lžici podat manželovi ona, chvíli lžici s ním přidržuje a poté lžici pouští. Pacient uchopil zdravou končetinou lžici a drží jí i dále. Jde o velký pokrok. Zkusíme pacientovi vést ruku s lžicí směrem k ústům. Návěk trénujeme po celou dobu oběda společně s manželkou pacienta. Pacient drží lžici v ruce velmi stabilně. Manželka donáší pacientovi medovník. Vzhledem stále k neúspěšnému pokusu o perorální příjem, navrhneme manželce, že kousek medovníku vložíme do cucacího váčku. Cucací váček s kusem medovníku vkládáme do úst a konec váčku si fixuje pomocí peánu o noční košili pacienta. Necháváme manželku si povídat s pacientem a na chvíli odcházíme. Po 20 minutách cucací váček odstraňujeme. Ukládáme pacienta na lůžko, kde ho pomocí vaku vypoďložíme na pravý bok, pod ruce mu vkládáme polštářek s přírodní výplní. Manželka pacienta hladí, poté drží za ruku a poté nám říká, že manžel jí tiskl ruku. Tyto skutečnosti jsou sděleny lékaři a je objednané nové neurologické a rehabilitační konzilium.

5.12.2017

Dnes přicházím na oddělení v 7:00. Po předání služby se domlouvám se sestrou na dnešním rozvrhu. Pacient je prý neklidný, tahá zdravou končetinou PMK, čímž si způsobuje bolest. Personál se snaží pacientovi vkládat do rukou různé předměty, ovšem ty brzy zahodí z postele a dále tahá za PMK. Domluvíme se na celkové koupeli v koupelně. Pacientovi během mytí vkládáme žínku do ruky, kterou máchá a snaží se omývat tělo. Dáváme během mytí pozor, aby si opět nezatrhl PMK. S pacientem komunikuje, snažíme se ho edukovat, co by mohlo vést k vytržení katétru. Pacient nejví známky pochopení. Stále spontánně mrká, nefixuje, nereaguje na oslovení a spontánně hýbe končetinou. Na pokoji pacientovi pouštíme televizi se sportem a do ruky mu vkládáme plyšovou hračku ve tvaru psa, viz příloha č.5, obr.č.3. Všechny úkony slovně komentujeme, znovu upozorňujeme na důležitost zavedení PMK. Poté se snažíme pacientovi vpravit do úst pár mililitru tekutiny. Per os příjem se ani teď nedaří. U pacienta zkusíme míčkování. Poté masáž stimulující dýchání. Po obědě u pacienta provádíme vibrační stimulaci formou klepání. Vibrace u pacientů ve vigilním kómatu hraje významnou roli. Vibrace v okolí kloubů a kostí působí stimulačně. Kostí vedou vibrace na skeletu a dále a ty jsou pak vnímatelné hlouběji v těle i na vnitřních orgánech. Pacient díky této vibrační stimulaci má možnost si uvědomovat existenci některých orgánů.

19.12.2017

Pacient byl celou noc neklidný, opět tahal za PMK. Přicházíme s ošetřujícím personálem na pokoj, kde se přivítáme s pacientem, klidným hlasem a zřetelně řekneme, který den je, kolikátého je a kolik je hodin. Pacienta informujeme, že ho vykoupeme v koupelně. Dnes volíme zklidňující celkovou koupel. Pacient je po hygieně, posazen do kardiálního křesla a na něm je převezen k umyvadlu. Dáváme mu do ruky kartáček a pastu. Ruku vedeme směrem k obličeji, jde o tzv. asistovaný doprovod. Ruku, ve které drží kartáček s pastou, vedeme jako první k nosu, aby pacient cítil vůni pasty a viděl, co drží v ruce. Poté vložíme kartáček s pastou pacientovi do úst a krouživými pohyby se snažíme čistit dolní chrup. Během této činnosti pacienta informuje neustále, co se děje, co dělá a co bude následovat. Po vyčištění zubů, vkládáme do ruky pacientovi hřeben, kdy postup je obdobný. Prvně ruku, ve které pacient drží hřeben, vedeme k úrovni očí, aby pacient měl možnost vidět předmět, který v ruce drží. Poté směřujeme ruku k vlasům, které učešeme. Pacientovi manželka nechala ve stolku jeho oblíbená trika, u kterých nám dala povolení, je zezadu rozstříhnout, aby oblékání bylo snadnější. Podáváme pacientovi triko do ruky a dáváme mu možnost si ho ohmatat a i přičichnout. Tím, že přičichne, ucítí aviváž či prací prášek, který běžně doma používají a může to vést k pocitu bezpečí, pohodlí či domova. Zdá se nám, že se pacient uklidnil, ukládáme ho na lůžko a pouštíme mu písničky. Informujeme ho o tom, že teď může odpočívat a za chvíli přijdou rehabilitační pracovníci. Během oběda je pacient posazen na lůžku s nohama dolů. Lžiči v ruce drží pacient stabilně. K pacientovi přichází manželka, která přináší fotografie, nové trička a nové hygienické pomůcky. Pacient po celou dobu návštěvy nemá žádné trhané pohyby rukou, netahá si PMK. Manželka působí na pacienta velice pozitivně. Během návštěvy nás manželka pacienta informuje, že se jí zdálo, že se pacient pousmál.

2.1.2018

V lednu jsem iniciovala další návštěvu za pacientem. Na oddělení přicházím ráno. Pečující sestra mi sděluje informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta. Zdravotní stav dovoluje pacienta vzít do koupelny. S pacientem se přivítáme pomocí iniciálního doteku, pozdravíme ho, oslovíme ho a řekneme mu, který den je dnes. Pacientovi sdělím, že dnes ho vykoupeme v koupelně. Během celkové tělesné koupele stále dbám na dodržování základních zásad. Při mytí pacienta se ho dotýkám obouma rukama, do

postižené končetiny mu vkládám žiňku a snažím se ruku vést k omytí celého těla. Jakékoliv rušivé elementy jsem předem odstranila, v koupelně je příjemná teplota, nekomunikuji s třetí osobou, mluvil stále jen na pacienta a informuji ho o každém doteku a pohybu. Po 20minutách pacienta posazujeme na kardiální křeslo a vezeme k umyvadlu. Do ruky mu vkládám kartáček na zuby, na kterém už je pasta. Ruku vedu k nosu, aby pacient mohl cítit vůni pasty a poté na úroveň očí. Poté pacientovi kartáček vkládám do úst a krouživými pohyby s jeho rukou čistíme zuby. Pacienta ukládáme do postele, kde ho nepolohujeme do polohy hnízdo. Poloha hnízdo i umožňuje „chránit“ zavedené PMK. Manželka dnes přichází na návštěvu v době oběda. Při rozhovoru s manželkou pacienta mi bylo sděleno, zda by byla možnost s manželem na křesle do bufetu. Jelikož zdravotní stav pacienta je stabilizovaný, ošetřující lékař povoluje manželce pána vyvézt za doprovodu všeobecné sestry. Bufet se nachází cca 20m od oddělení. Manželka si dává kávu a objednává si dort. Kávu zkusím dávat přičuchnout pacientovi. Díky této „procházce“ se opět rozšířilo pacientovo zorné pole a působí na něj nové další vjemy. Stimulujeme pacienta vestibulárně somaticky a olfaktoricky. Po převozu zpět na oddělení, pacienta ukládáme na lůžko na záda. Manželka u pána sedí, hledá ho po rukou a šeptá mu. Perorální příjem se bohužel ani dnes nezdařil.

17.1.2018

Iniciuji dnes sedmou návštěvu u pacienta. Pacientův zdravotní stav je neměnný. Perorální příjem bezúspěšně, komunikace nenavázaná. Dnes provádíme celkovou tělesnou zklidňující koupel. Poté pacienta natřeme jeho vlastním deodorantem, převlékneme ho do jeho trička a necháváme na křesle. Sedám si k pacientovi na židli a vykládám mu na stolek fotografie od manželky. Každou fotografii zvlášť zvednu do úrovně očí pacienta a komentuji dle popisků na fotografiích, kdo tam je a při jaké příležitosti byla fotografie pořízena. Zkusím pacientovi i fotografii vložit do postižené končetiny a zvedat mu jí do úrovně očí. Zdravou končetinou fotografie v ruce udrží. V době oběda zkusíme perorální příjem, který není úspěšný. Pacienta ukládáme na lůžko, polohujeme ho na mírný levý bok a necháváme ho odpočinout si. Po 2 hodinách pacienta převracíme na mírný pravý bok a pacientovi vkládám do úst cucací váček, ve kterém je kousek závinu, který donesla včera manželka. Pacient je dnes klidný, PMK si netrhá. Odpoledne pacientovi zapínám ČT Sport a nechávám ho relaxovat.

31.1.2018

Pacient se překládá na DIOP, kde leží doted'. Manželka za pacientem stále pravidelně dochází.

Závěr této kazuistiky:

První pokrok byl v haptilní stimulaci a to díky manželce. Přítomnost a zapojení manželky v pacientovi evokovalo zapojení se do spolupráce s námi. I přestože manželka nemohla jezdit častěji, minimálně jedenkrát týdně se snažila dostavit. V průběhu návštěv pacient netrhal za PMK a byl klidný. Druhý pokrok, který jsme bohužel poté už nikdy nezachytili, bylo údajné pousmání pacienta na manželku. Manželka se zapojovala tím, že donášela fotografie, trička, mycí potřeby a donesla pánovi i medovník. Spolupráci manželky vnímám jako velmi přínosnou, protože bylo zcela evidentní, že pacient ze začátku spolupracovat s námi nechtěl. Haptika jedné končetiny je u pacienta zachována, ovšem perorální příjem není stále navozen. Pacient je na enterální výživě. Manželka dochází na DIOP pravidelně, manžela hladí, čte mu a vypráví. Na oddělení DIOP se stále pokračuje dle plánu Bazální stimulace.

4.1.4 Kazuistika číslo 4

Pacient: číslo čtyři

Rok narození: 1945

Zaměstnání: důchodce

Hospitalizace: 27.11. 2017

RA: nevýznamná

OA: Stav po CMP v levém karotickém povodí s pravostrannou symptomatickou, faktickou poruchou v 11/2011. Stav po subdurálním krvácení parafalcině vlevo, předávkování Warfarinem, stav po evakuaci dne 29.9.2014. Astma bronchiale perzistentní, CHOPN, intersticiální plicní proces bilt., kortikoterapie. Hypertenze stav po kardiálním selhání, ICHS, dilatace levé síně, EF LK 50%. Paraxosymální fibrilace síní. Kompletní blok pravého Tawarova raménka. DM 2.typu na dietě, hyperlipidémie, hyperurikémie

GA: nevýznamná

SA: vdaná, žije s manželem

AA: pyly

Abúzus: kouření 0, alkohol 0

Nynější onemocnění

13.11. 2017 72-letá pacientka přivezena RZP na interní oddělení dle sdělení manžela normálně hýbala s PHK a mluvila. Kolem 15hodiny přestala mluvit a začala se třást- na HK i DK, nekomunikovala- takto snad i při příjezdu RZP, dle lékaře v sanitě údajně bez záškubů. Při příjezdu na JIP, ihned patrné záškuby v obličejí, jazyka, PHK, po chvíli i LHK a na trupu, méně na DK. Aplikováno ½ amp.Rivotrilu, pacientka má stále záškuby, při vědomí, na oslovení otočí hlavu, ale nekomunikuje, nerozumí, po chvíli aplikována druhá ½ ampule Rivotrilu, záškuby ustaly, saturace 84%. Přijata pro epi záchvat generalizovaných křečí, oběhově dekompenzovaná, na RTG dilatace srdečního stínu a městnání, v lab.elevace proBNP. Febrilní, ráno 38,3°C, dle anamnézy respirační potíže poslední týden- kašel a expektorace sputa dle manžela. Fokální motorický epi status se nedaří ukončit- podán opak Rivotril, Apaurin, Midazolam, Kepra i.v. vše s krátkým efektem. Respiračně hraničně kompenzovaná, na podpoře O2 saturace 90-93%. Oběhově oboustranně subkompenzovaná až dekompenzovaná. Odebrány hemokultury, moč na K+C, sputum na K+C. 14.11. překlad na ARO kultivace pozitivní, nasazeny ATB dle citlivosti, na UPV, sedace, přechodně podpora oběhu noradrenalinem. Parenterální výživa, dále postupně plná enterální výživa. CT mozku 16.11. a neurologické konsilium závěr- hluboká porucha vědomí. 24.11. bylo provedeno opakované neurologické konzilium se závěrem coma vigile. Provedeno gynekologické vyšetření pro krvácení , bez nutné gynekologické intervence, kontrolní gynekologické dovyšetření v dohledné době, dovolí- li to stav pacientky. 27.11.2017 překlad na NIP. Dosud na ATB.

Status preasens

72-letá morbidně obézní pacientka s fragilní těstovitě prosáklou pokožkou, s těžkou poruchou vědomí, oči neotevívá, při pasivním otevření pohled nestáčí, nefixuje, bulby ve středním postavení, bloudivé pohyby, na oslovení nereaguje, nevyhoví výzvě, na taktilní podnět veget.nabuzení. Bez ikteru, cyanózy, povrchové defekty pokožky a

hematomy na obou předloktích. Spontánně zvedá LHK v lokti, ruce nestiskne, jinak bez spontánní hybnosti. Chabá kvadruparéza.

Hlava: Mesocefalická, uši, oči a nos bez výtoku, spojivky růžové, skléry bílé, zornice isokorické, fotoreakce bilat.++, jazyk vlhký, lehce povleklý, submandibulární uzliny nezvětšené. Ameningeální. NGS.

Krk: Šíje volná, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil nezvýšená, štítná žláza nehmatná, uzliny nezvětšené, axilární a inguinální taktéž, TSK a okolí prokrvácené.

Ventilace: Hrudník symetrický, dýchání přes TS- aktivní řízená režimem PCV, zkusíme i podpůrnou ventilaci. Poslechově mírně zhrubělé bronchiální rachoty, symetrické, odsáváme střední množství žlutého sputa.

Oběhově: Bez podpory stabilní, aktuální TK 130/75, akce srdeční lehce nepravidelná, FS 98/min. Mírná anasarka, kapilární návrat dobrý. Vstupní EKG s rozšířeními komplexy při ramínkovém bloku. CVK. Vstup CVK klidný. CVP +10cmH₂O.

Břícho: Nad úrovní hrudníku, obézní, rozlité se striemi, měkké, prohmatné, bez známek peritoneální dráždění, peristaltika+. Játra, slezina nehmatné. Jizvy? NGS s odpady žlutých šťáv. EN tolerance nejistá, zajistíme parent., p.o.příjem 0. PMK, odvádí čirou moč. Genitál- krvavý výtok, jinak bez nálezu. Inkontinence. Stolice 25.11. 3x

Končetiny: Bez deformit, výrazné otoky, s maximem perimaleolárně, pasivní pohyblivost neomezena, akra teplá, na levém koleni stará pooperační jizva. DK bez známek TEN. Afebrilní. Podpora diurézy diuretiky.

27.11. 2017

Pacientka přijata na oddělení NIP, je na UPV. S pacientkou se během překlada intenzivně komunikuje. Je informována o tom, kde se nachází, v jakém městě, na jakém oddělení. Než začneme pacientce nabírat odběry, připojovat na monitor, a další potřebné úkony k příjmu, informujeme jí o každém našem následném kroku. Paní M.J. je poté připojena na monitoring. Dle standardu na oddělení, se dále provádí kompletní vstupní odběry včetně screeningu na MRSA. Pacientce bylo natočeno EKG, které bylo následně předáno lékařce k vyhodnocení. Pečující sestra objednává RTG S+P na lůžku. Dále kontroluje kožní integritu, pacienta má hematomy a defekty na předloktí, které následně fotí a ošetřuje dle instrukcí lékařky. Fotografie se poté ukládají do složky

pacientky. Pacientka má odpady. U pacientky se provádí příjmová dekontaminační koupel, kde se dbá na příjmový zvýšený epidemiologický režim. Rodina informována o přeložení pacientky. Pacientky diastolický tlak je hraniční, je afebrilní. V rámci přijetí se jí měří CVP, které je následně oznámeno lékaři s hodnotou + 10cmH20. Zkouška per os příjmu je neúspěšná. Pacientka je uložena na záda s vypodložením rukou. V průběhu dne se pokusy o per os příjem opakují a opět bez úspěchu.

29.11.2017

Od rodiny pacientky mám podepsaný souhlas. Rodina dnes by měla přinést vyplněný plán Bazální stimulace. Pacientky zdravotní stav dovoluje jí vít do koupelny. Volím celkovou tělesnou koupel zklidňující. Cílem této koupele je stimulace a stabilizace stavu vnímání tělesných hranic. Zkoušíme pacientce vložit do ruky žižku a vést ruku po těle. Po koupeli pacientku ukládáme na záda na lůžko. Volíme polohu mumie, kde jí touto polohou dáváme možnost cítit své tělesné hranice a necháváme jí odpočívat. Po 30minutách pracuji s takzvaným mikropolohováním, kdy srolovanou slabou deku vkládám pod polohovací kapnu v místech pod pánví. V době oběda přichází rodina, která nám předává vyplněný plán Bazální stimulace. Dcera, která jej vyplňovala, zde uvádí, abychom pacientce tykali a oslovovali jí křestním jménem ve zdrobněném stavu. Před důchodem pracovala jako točička v porcelánce. Je věřící. V oblasti hygieny je udáno, že je zvyklá se mýt denně a to ráno a večer. Teplotu vody preferuje vlažnou, při mytí má rituály, kdy si první opláchne obličej, poté si omývá tělo. Je zvyklá si 1x týdně mýt hlavu, častěji ne. Po hygieně pacientka nemá ráda mazání jakékoliv mastí či krémem. Po umytí jí bývá velmi často zima. Je zvyklá spát 8 hodin a během dne mít odpolední spánek. Má svou oblíbenou deku a polštář, který rodina nepřináší. Večer na spaní je zvyklá být přikrytá až po ramena a mít zatemněno. U jídla a pití dcera uvádí, že maminka preferuje chutě sladké, slané, kyselé a hořké. Hlavní jídla má ráda teplá. Během dne je zvyklá pít čaj ovocný a šípkový anebo neperlivou vodu. Pacientka slyší dobře, je zvyklá na zvuky z televize a rádia. Její oblíbené písničky jsou české, miluje dechovky. Oblíbené CD s písničkami nepřináší. Pacientka nosí brýle. Vlastní kompenzační pomůcku na chůzi a to chodítka, doma byl problém schůzí, neboť tam má 2 schody. Často mívala problém s chůzí a to tak, že zakopávala, rychle se unavila a ztrácela rovnováhu. Dříve si stěžovala často na bolest krční páteře, bolesti ruky. Bolest snáší velice špatně, rodina uvádí, že „skuhrá“. Trpí jí otoky na nohou, nedávno byla na odvodnění v nemocnici. Koničky žádné nemá, ale ráda si čte noviny. V televizi ráda

sleduje program Šlágr. V případě propuštění by se eventuelně o pacientku postaral manžel, se kterým žije ve společné domácnosti, ale potřeboval by případně zajistit domácí péči, která by mu ve starání se o manželku pomohla.

Stěžejní body z plánu Bazální stimulace jsem vybrala a zpracovala na 1 A4. Toto zpracování se připevňuje nad postel pacientky, aby každý zdravotnický pracovník měl možnost nahlédnout a tak individualizovat péči. Toto se provádí při každém přijetí pacienta po zpracování a vyplnění plánu od rodiny.

2.12. 2017

Iniciuji u pacientky druhou návštěvu. Ráno po příchodu na oddělení se dotazuji pečující sestry na zdravotní stav pacientky. Pacientky zdravotní stav dnes nedovoluje, abychom jí převáželi na lůžku do koupelny. K pacientce na pokoj přicházím a přivítám se s ní pomocí iniciačního doteku. Sdělím, který den dnes je, kolik je hodin a co teď bude následovat. Mluvím pomalu, zřetelně, klidným hlasem a sleduji jakékoliv možné reakce vykazující pacientka. Pacientku začínám odkrývat. Systematicky provádím odkrývání správně, tak aby si pacientka stačila včas uvědomit, že s ní manipuluji a dojde k odkrytí. Eliminuji možnou negativní reakci ve formě stresu, kdy bych bezohledně a nečekaně pacientku odkryla a ona na to mohla reagovat možným následným napětím, zvýšeným svalovým tonusem či tachykardií. Po odkrytí provádíme hygienu na pokoji na lůžku. Po hygieně pacientku necháváme na boku, a provádím masáž stimulující dýchání. Poté se pacientka nechává na boku a polohuje se do polohy hnízdo. Vkládám pacientce mezi kolena kuličkový vak, jeden konec strany obložím kolem trupu a druhý konec obklopuje horní polovinu těla a hlava je položena na vaku a vypočtena jako by ležela na polštáři. Pacientku nechávám odpočívat. Po 30minutách, aby nedošlo ke ztrátě vnímání hranic svého těla a okolí, aplikuji mikropolohování. I minimální změna polohy vede ke změně zorného úhlu pohledu a přísun sensorických podnětů. Zkousím perorální příjem u pacientky, který je neúspěšný. Během dne se pacientky zdravotní stav stabilizuje, zkoušíme mírný polosed na lůžku a dáváme pacientce do ruky krabičku s šípkovým čajem, který přinesla rodina. Krabičku otevírám a vedu její ruku směrem k nosu, aby si mohla přičichnout, a poté vedu ruku do úrovně očí, aby pacientka měla možnost zaznamenat, co v ruce drží. Ruku pokládám, pacientka poté začne s rukou spontánně mávat. Opakujeme tuto činnost ještě 2x. Ruka už není v takovém svalovém napětí. Sanitářka udělala pacientce její šípkový čaj a po vychladnutí zkouším pomocí

stříkačky vpravit pár mililitru čaje do úst. Bohužel je tento pokus opět neúspěšný. Během dne s pacientkou cvičí rehabilitační pracovníci. A odpoledne přichází rodina, která si s pacientkou povídá.

6.12.2017

Přicházím na třetí návštěvu pacientky. Pacientky zdravotní stav je stabilizovaný a je možné pacientku umýt v koupelně. Dnes volím neurofyziologickou koupel dle Bobatha. Tato koupel pomocí cílených doteků a stimulací dává možnost pacientce integrovat postiženou stranu končetin. Prvně dávám pacientce prostor vnímat svou zdravou stranu a poté vnímat svou postiženou stranu. Během koupele stojím na postižené straně a stimuluji pacientku. Pacientka spontánně hýbe zdravou končetinou. Po hygieně jí ukládáme na lůžko na záda, pod hlavu dám polštáře a pouštím hudbu. Následně provádím somatickou stimulaci na dolních končetinách. Začínám s modelováním prstů, uchopím palec a všemi prsty přejíždím mírným tlakem přes kloub, sem a tam. Provádím tento úkon 5x, poté přecházím k druhému prstu, který uchopím na špičce a projíždím všechny prsty přes kloub, sem a tam. Tuto somatickou stimulaci dolní končetiny provádím u každého prstu stejně a se stejným počtem opakování. Během modelování s pacientkou konverzuji, ptám se na pocity, zda jí něco bolí. Pacientka kromě zahýbání zdravou končetinou nijak nereaguje. Poté jí přikrývám nohy a nechávám jí odpočívat. Zhotovuji cucací váček, který namáčím do šípkového čaje. Přistupuji k pacientce a informuji jí, že jí vložím do úst cucací váček, který byl předem namočen do šípkového čaje, který donesla rodina, viz příloha č.5, obr. č.4. S pacientkou v průběhu dne pasivně cvičí rehabilitační pracovníci. Odpoledne k pacientce přicházím, a jelikož uvedla dcera v plánu Bazální stimulace, že si pacientka ráda čte noviny. Vypínám televizi, abych eliminovala rušivé podněty, a začínám jí číst. Pacientka pravidelně dýchá, oči má otevřené, nefixuje. Během dne kromě spontánní reakce pohybů zdravých končetin a otevřením očí k žádnému novému pokroku nedošlo. Rodina dnes nepřichází.

12.12.2017

Dnes přicházím na čtvrtou návštěvu pacientky. Po předání vybavuji sestru, která dnes pečuje o pacientku. Při rozhovoru se dozvídám, že zdravotní stav pacientky nedovoluje, abychom jí dnes vzali na lůžko do koupelny a cvičili s ní. Rodina za pacientkou chodí na návštěvy, ale nezapojují se do péče o ní. Při rozhovoru s nimi se sestra dozvěděla, že je děsí všechny ty přístroje kolem pacientky a mají strach, aby jí nějakým dotekem

nepřítížili. Dnes plánuji mírnější zatížení pacientky. Po příchodu na pokoj se s pacientkou přivítám, sdělím jí, že je dnes úterý a kolik je hodin. Informuji jí o dnešním plánu. Hygienu provádíme na lůžku, žítkou mírným tlakem krouživými pohyby masíruji záda. Pacientka spontánně hýbe HK, po koupeli jí ukládáme na lůžko na záda. Zdravou končetinou stimulujeme její obličej. Volím metodu asistovaného doprovodu, kdy vedu její ruku po jejím obličejí a bříske prstů si hladí tváře, čelo, bradu, nos, rty a oči. Poté vedu prsty směrem k vlasům a snažím se jí stimulovat skrze vlasové kořínky. Každý pohyb slovně komentuji a popisuji, kde se dotýká. Díky tomuto cvičení propojuji stimulaci orofaciální, auditivní, optickou i taktilně-haptickou. Pacientku poté polohujeme do polohy mumie, kdy je zabalená do prostěradla od šičky po ramena, HK včetně loktů vypodkládám polštářky, kolena a paty též vypodkládám složenou dekou. V průběhu dne se zkouší perorální příjem bez úspěchu. Udělám pacientce čaj a dávám jí jí přičuchnout. Pouštím jí televizi a ladím jí program Šlágr. Pacientka má zavřené oči. Nevykazuje žádné známky kontaktu.

14.12. 2017

Pacientka přes veškerou snahu ošetřujícího personálu a lékařů ve 13:45 umírá.

Závěr z této kazuistiky:

Pacientky rodina vyplnila plán Bazální stimulace, ale díky svému strachu z možnosti poškození zdravotního stavu pacientky se báli jakéhokoliv doteku. Ošetřující personál rodinu ujišťoval, že doteky neublíží. Byla jim nabídnuta spolupráce v péči o pacientku. Bohužel jejich strach byl silnější. Bazální stimulaci zde prováděl pouze personál. Kromě spontánních pohybů zdravých končetin a otevřených očí se bohužel jakýkoliv kontakt nepodařil. Pacientka byla během pobytu intenzivně stimulována.

4.2 Myšlenkové mapy personál

4.2.1 Kazuistika č.1

Má personál k dispozici vyplněný plán BS od rodiny?

ANO NE



Máte k realizaci BS dostupné i osobní věci pacienta?

ANO NE



Je pacient stimulován denně ošetřujícím personálem?

ANO NE



Dochází k dlouhodobé stimulaci pacienta?

ANO NE

4.2.2 Kazuistika č.2

Má personál k dispozici vyplněný plán BS od rodiny?
ANO NE



Máte k realizaci BS dostupné i osobní věci pacienta?
ANO NE



Je pacient stimulován denně ošetřujícím personálem?
ANO NE



Dochází k dlouhodobé stimulaci pacienta?
ANO NE

4.2.3 Kazuistika č.3

Má personál k dispozici vyplněný plán BS od rodiny?
ANO NE



Máte k realizaci BS dostupné i osobní věci pacienta?
ANO NE



Je pacient stimulován denně ošetřujícím personálem?
ANO NE



Dochází k dlouhodobé stimulaci pacienta?
ANO NE

4.2.4 Kazuistika č.4

Má personál k dispozici vyplněný plán
BS od rodiny?
ANO **NE**



Máte k realizaci BS dostupné i
osobní věci pacienta?
ANO **NE**



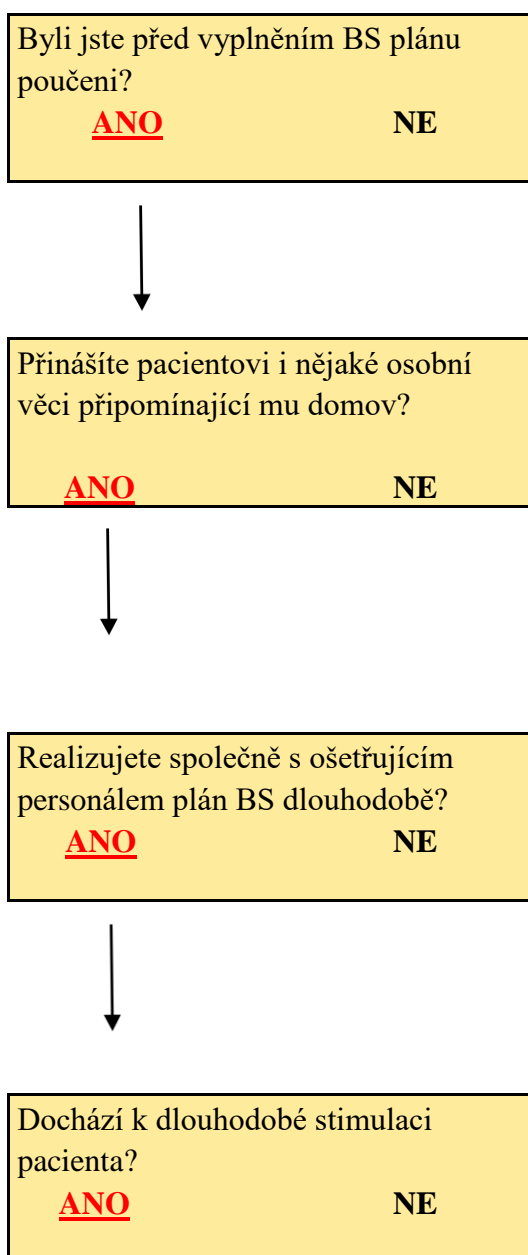
Je pacient stimulován denně
ošetřujícím personálem?
ANO **NE**



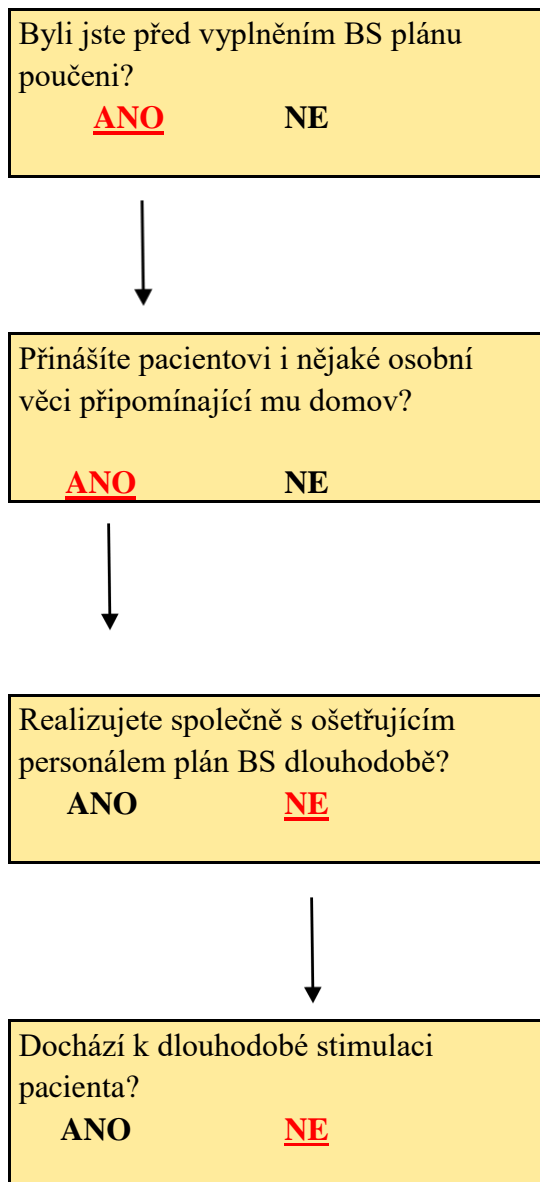
Dochází k dlouhodobé stimulaci
pacienta?
ANO **NE**

4.3 Myšlenkové mapy- rodina

4.3.1 Kazuistika č.1



4.3.2 Kazuistika č.2



Pacientka minimálně reagovala, když rodina docházela. Bohužel neměnný stav pacientky rodinu odradil od další spolupráce. Domnívám se, že při dlouhodobější spolupráci s rodinou by progrese stavu nastala.

4.3.3 Kazuistika č.3

Byli jste před vyplněním BS plánu poučeni?

ANO NE



Přinášíte pacientovi i nějaké osobní věci připomínající mu domov?

ANO NE



Realizujete společně s ošetřujícím personálem plán BS dlouhodobě?

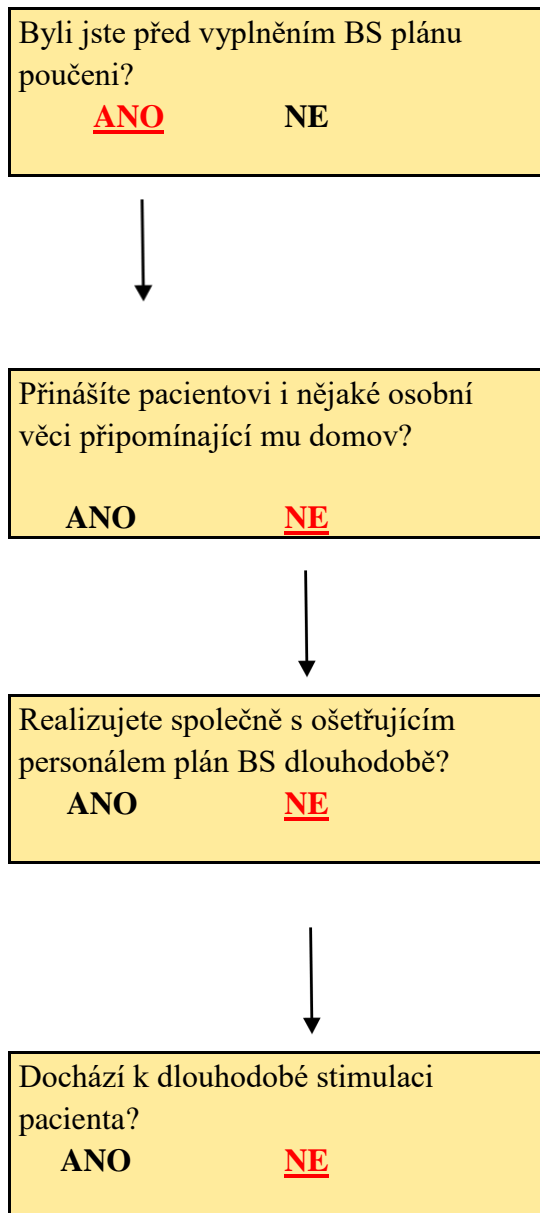
ANO NE



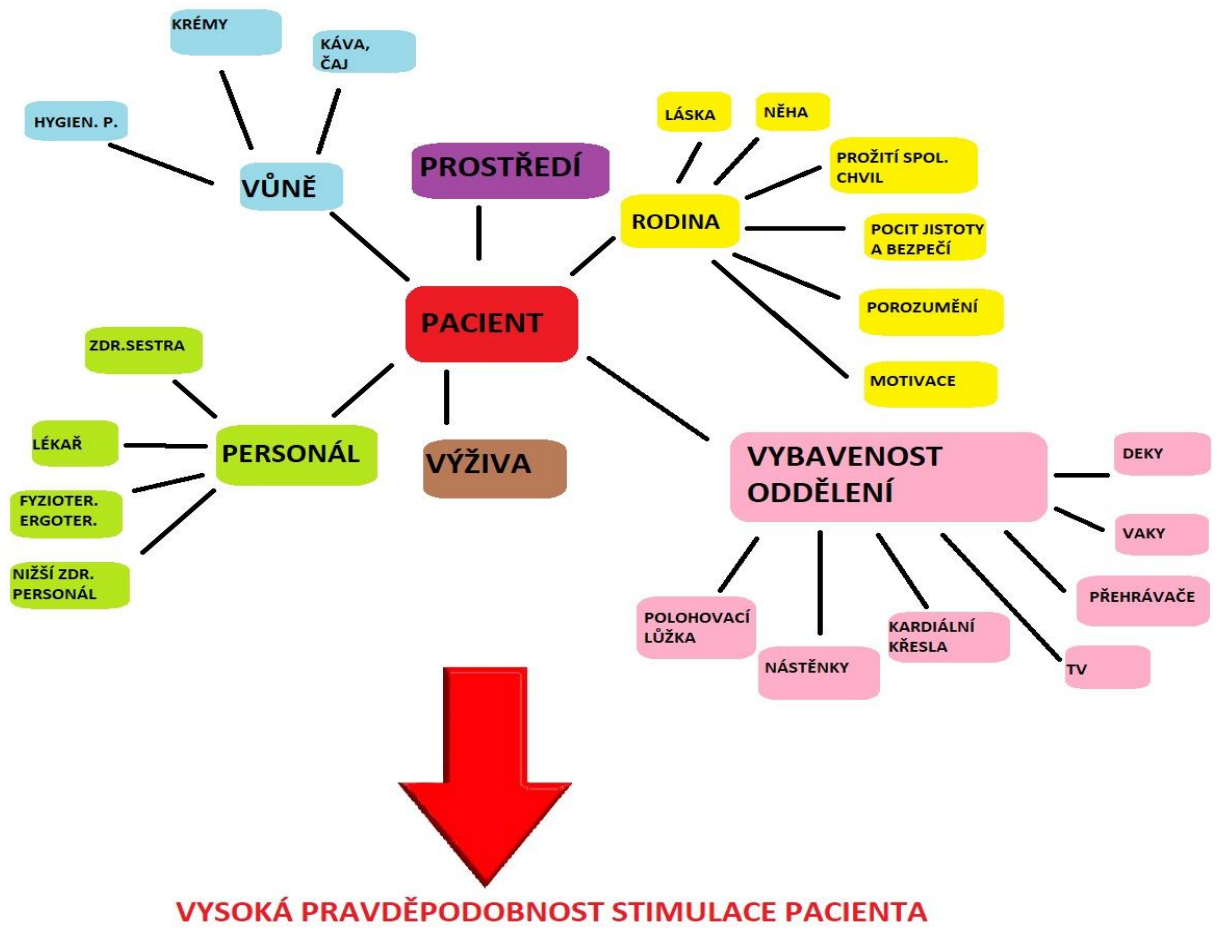
Dochází k dlouhodobé stimulaci pacienta?

ANO NE

4.3.4 Kazuistika č.4



4.4 Sumarizace výsledků



5. Diskuse

V zdravotnické profesi se často setkáme s pacienty s poruchou vnímání, pohybu a dalšími postiženími. Lidské tělo v kómatu vnímá emoce a okolní vlivy působící na jeho tělo. Friedlová (2007) ve své knižní publikaci i uvádí, že na toto téma bylo provedeno velké množství výzkumů, pacienti v kómatu mohou vnímat, a proto bychom k nim měli přistupovat s úctou a respektem. Ke zkvalitnění péče o tyto klienty nám slouží koncept Bazální stimulace jako jednou z alternativ starosti o pacienta, kdy jeho realizace ve spolupráci s rodinou má pozitivní vliv na celkový stav klienta. Existuje předpoklad toho, že rodina předá při bazální stimulaci nemocnému daleko více lásky, citu než vyškolený personál. *„Rodina má nezastupitelnou funkci v životě a její význam vzrůstá právě v době hospitalizace člena rodiny“*. Fungující rodina, která má zájem dopomoci při procesu uzdravování má významný efekt. (Tomová, Š., Krivková, J., 115 s., 2016)

Vigilní kóma pacienta je frustrující pro rodinu, rodina propadá do depresí, protože si myslí, že pacientovi nemají jak pomoc. Na oddělení se setkáváme i s tím, že se ho bojí dotknout. Obávají se, že je jeho stav natolik vážný, že by mu nějakým dotekem mohli ublížit. *„Pociťují tíhu, která na nich při péči o nemocného leží, a potřebují praktickou výpomoc.“* (Kristjanson, L., et al., 224 s., 2005) Ošetřující personál by měl v těchto situacích a případech seznámit rodinu s pojmem bazální stimulace. Vytěžit rodinu o co nejvíce informací o pacientovi a vysvětlit, jak tyto poskytnuté informace mohou dopomoci k tomu, aby se pacient cítil v neosobním a cizím prostředí lépe. Rodina má nezastupitelné místo při provádění bazální stimulace a celkově při pečování o jejich nejbližší. Je nezbytné, aby uměla se postarat o svého příbuzného, jak s ním zacházet a komunikovat. (O'connor, M., Sanchia, A., 227 s., 2005) Proto, pokud je to pro personál možné, tak by se s příslušníky mohl dohodnout a s pacientem strávit nějaký čas s názornou ukázkou toho, jak bazální stimulace probíhá a jaké jsou její různé alternace. Není totiž lepšího vysvětlení, než s názornou ukázkou jak svého blízkého mohou umývat, snažit se mu dát najíst nebo napít, předčítat mu atp. Rodina se díky tomu zbaví strachu na svého blízkého sahat s pocitem, že by mu mohla nějak ublížit a začne si ho i více všimnout jako celku. Díky tomu si začnou všimnout i různých ač nepatrných změn pacientova vnímání svého okolí.

Bazální stimulace je velice časově náročná, bohužel v dnešní době, kdy situace ve zdravotnických zařízeních není na obsazenost sester příznivá, nedopomáhá

k možnosti vedení intenzivní bazální stimulace u každého jedince v nemocnici. Tento nepříznivý faktor, kterým je nedostatek zdravotnického personálu a konkrétně sester Špirudová (2014) zmiňuje ve své knize jako faktor, který vede k pracovní nespokojenosti. Je evidentní, že je stále málo proškoleného personálu v oblasti Bazální stimulace. Celkový koncept Bazální Stimulace je jednoduchý, jde tam nejen o vnímání, ale i o aktivity, které zdravý člověk vykonává během dne. Ovšem pacienti ve vigilním kómatu těchto běžných činností schopní nejsou. Je třeba brát v potaz individualitu každého jedince, proto je tak nesmírně důležité mít vypracovaný plán Bazální Stimulace, co nejprecizněji a co nejrychleji. Efektivnější stimulace je za spolupráce rodiny, rodina je něžnější, má s pacientem prožité společné chvíle, které mohou pacientovi připomínat a i tím ho stimulovat. (Friedlová, K., 19 s., 2007)

Jak už je napsáno výše, pokud má personál čas a může se věnovat Bazální stimulaci pacienta zároveň s rodinou, tím lépe. Rodina se tak zároveň naučí, jak o rodinného příslušníka pečovat v domácím prostředí pokud se jeho zdravotní stav natolik zlepší, že nebude potřeba další (delší) hospitalizace. Jsou pacienti, jejichž zdravotní stav se zlepší natolik, že je propuštěn do domácího ošetřování a se sestrami z Domácí péče se domluví intenzita jejich podílení se na jeho další doplňkové léčbě. V současnosti home care neboli domácí péče nenaplňuje svůj význam jako prevence pobytů v nemocnicích, ale poskytují služby, které má předepsané od obvodního lékaře. Ovšem rodina si bude muset doma z velké části pomáhat sama navzájem. (Holmerová, I., et al., 13 s., 2014) I k tomu je zapojení rodiny do Bazální stimulace velmi důležité. (Friedlová, K., 137 s., 2007) Personál by proto měl mít při vysvětlování a ukazování prvků bazální stimulace trpělivost, i pokud se rodina bude ptát na jednu a tutéž věc vícekrát, měl by si uvědomit, že rodina není profesionál a pokud na sobě personál dá znát svou netrpělivost, rodina pro něj nebude dobrým partnerem a bude si připadat neschopná nebo méněcenná a to my v tomto případě nepotřebujeme. Pokud personál s rodinou vytrvá, bude mu časem rodina cenným partnerem a dovolím si říci, že personálu ušetří i dost času, který bude moci věnovat jiným pacientům. Pacient po čase může začít prosperovat, protože si bude čím dál více uvědomovat jak své tělo, tak přítomnost rodiny po stránce psychické i fyzické. A to je to oč nám v Bazální stimulaci jde především. (Kalvach, Z., et al., 248 s., 2011, Friedlová, K., 137 s., 2007)

V diplomové práci jsou zvoleny dva cíle a 3 výzkumné otázky. Prvním cílem bylo zjistit vliv bazální stimulace prováděné pouze školeným personálem, na průběh vigilního

kómatu u pacienta, kde výsledky byly zpracované metodou myšlenkových map a druhým cílem bylo zjistit vliv bazální stimulace prováděné rodinou za asistence školených pracovníků, na průběh vigilního kómatu u pacienta. V empirické části práce jsou popsány čtyři případové studie pacientů v coma vigile, dále rozhovory s rodinou a ošetřujícím personálem, které jsou vloženy v příloze. U každého pacienta bylo iniciováno několik návštěv v průběhu pobytu na oddělení NIP, kde se prováděla Bazální stimulace. Pacienti byli navštěvováni od října roku 2017 do března roku 2018. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou u pacientů uvedeny pouze iniciály.

Diplomová práce bude srovnávaná s diplomovou prací Bc. Simony Michalčíkové (2014), kterou zpracovala na téma „Ošetřovatelská péče u pacienta v coma vigile s využitím konceptu bazální stimulace“. Ve své práci použila pro získání dat polostandardizovaný rozhovor a popis jedné případové studie pacienta v coma vigile. Dále bude práce porovnávána s bakalářskou prací Michaely Zwyrtkové z Masarykovy univerzity v Brně s názvem „Bazální stimulace v dlouhodobé intenzivní péči“. Zwyrtková (2015) zvolila kvantitativní nestandardizované dotazníkové šetření a doplnila ho jednou případovou studií.

Kazuistika byla vypracována u 3 žen a 1 muže. Všichni čtyři byli hospitalizováni především z důvodu neúspěšného weaningu. U každého pacienta byly prováděné celodenní návštěvy a zpracovaná případová studia. Během pobytu na oddělení NIP, došlo k rozhovoru s rodinnými příslušníky a ošetřujícím personálem. Personálu bylo položeno 6 otázek a rodině 8 otázek. V jedné z otázek jsem se ptala, zda personál dostatečně vysvětlil význam bazální stimulace pro pacienta a všechny čtyři rodiny odpověděli kladně. Zwyrtková (2015) ve svém dotazníkovém šetření se dotazovala, kdo poskytl potřebné informace o Bazální stimulaci. Z 87 dotazovaných 8 uvedlo, že jim informace neposkytl nikdo. Michalčíková (2014) uvádí, že informace o konceptu Bazální stimulace mělo všech pět dotazovaných. Třem dotazovaných byly informace poskytnuté sestrou a dva čerpali informace z internetu.

Při rozhovoru byl položen dotaz na rodinné příslušníky, zda mají povědomí o konceptu Bazální stimulace. Pouze jedna rodina o konceptu Bazální stimulace slyšela, zbylé 3 rodiny se s Bazální stimulací jako takovou setkává poprvé. Čtyři dotazovaní v diplomové práci Michalčíkové (2014) uvedli, že se s Bazální stimulací už setkali a jeden z nich ne. Povědomí rodiny v oblasti Bazální stimulace je důležité, jelikož se na

tom můžou stavět další informace, které předáme my jako ošetřující personál nebo lékař. Anershed a Ternstedt (2001, 556 s.) ve své knize popisují, že nezbytně nutné znát vědomost rodin, abychom mohli podat doplňující informace. Ať už v oblasti informovanosti možného zajištění materiálních prostředků, dávek či případné zajištění domácí péče a předání kontaktů na možné další služby, které v případě propuštění budou potřebovat. Dále nás zajímá, zda rodina má znalosti v oblasti aktivizace. Jak pacienta stimulovat formou polohování, dechového cvičení atd. (Kurucová, R., 2016, 72 s.)

Následovala další otázka, která směřovala k tomu, zda si rodina aktivně vyhledávala informace o konceptu Bazální stimulace. Dvě rodiny si aktivně vyhledávaly bližší informace, dvě z nich ne, přičemž jeden rodinný příslušník pacienta uvedl, že si nevyhledával bližší informace, jelikož doma nemá internet. Zwyrtková (2015) se dotazovala celkem 51 respondentů, zda měli potřebu si zjišťovat nad rámec poskytnutých informací další informace o konceptu Bazální stimulace. 39 dotazovaných si bližší informace ještě shánělo, 3 potřebu neměli a 9 respondentů to ani nenapadlo. V práci Michalčíkové (2014) je uvedeno, že z 5 dotazovaných si 2 aktivně vyhledávali informace na internetu. Dnešní doba přesunula vyhledávání informací z knih na internet, které jsou online. Meskó, B. (2013) ve své knize popisuje, že díky fenoménu sociálních sítí přibývají informace, které jsou na internetu dostupné. Pacienti či rodinní příslušníci často dovyhledávají informace o zdravotním stavu, vyšetřeních, diagnózách, různých úkonech či výsledcích. Nicméně se občas nevyhnou i ke zkresleným údajům nebo k nepochopení kontextu. Proto je velice důležité, aby ošetřující personál a i lékař rodinu dostatečně informoval a případně je odkázal na další ověřené zdroje.

Rodinní příslušníci byli dále vytěžováni, zda si myslí, že Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta. Dvě rodiny si myslí, že to vliv má, přičemž jedna z nich uvádí, že si na začátku nebyla jistá. Třetí rodina ne a poslední rodina nedokáže říct. Při položení stejné otázky v diplomové práci Michalčíkové (2014) uvádějí čtyři zúčastnění, že si myslí, že význam Bazální stimulace v péči o pacienta má a jeden respondent není schopen odpovědět. Obdobnou otázku položila svým respondentům v bakalářské práci i Zwyrtková (2015), kdy z 51 dotazovaných, odpovědělo 31 pozitivně, 5 neutrálně a 15 s tím, že nedokáže posoudit. Válková (2015, 99 s.) ve své knize popisuje, že jde často o deficit znalostí v této oblasti.

Další dotaz, který byl směřován rodině, i ošetřujícímu personálu bylo, zda se rodina podílí na plánování a realizaci Bazální stimulace u pacienta. Kdy dvě rodiny se zapojovaly, 1 ze začátku, ale vzhledem k neměnnému stavu a minimálním pokrokům to rodina vzdala a 1 rodina se aktivně podílet chtěla, ale strach z možného poškození maminky byl silnější. V práci Zwyrtkové (2015) se z 51 dotazovaných, aktivně podílelo 38, 9 respondentů ne a 4 si takovou péči nedokázali představit. Válková (2015, 99 s.) zmiňuje, že neznalost a nepřítomnost terapeuta vždy, když je rodina u pacienta může vést k pasivitě rodiny ať už z mnoha příčin. Tento fakt lze ovlivnit domluvením si přítomnosti ošetřujícího personálu či terapeuta, efektivně komunikovat a řádně edukovat. Velmi složitá rehabilitace je většinou v případě, kdy má realizovat stimulaci dítě vůči rodiči. Během stimulace pacienta je nezbytně nutné sledovat i reakce rodinného příslušníka provádějícího stimul.

Čtvrtá otázka, která byla pokládána rodině, byla, jestli přináší nějaké osobní věci či předměty pacientovi, které by mu připomínaly domov. 3 rodiny z dotazovaných přinesli různé věci, od přehrávačů, triček, CD, deodorantů, hygieny a fotek po oblíbená jídla. Jedna rodina nepřinesla pacientce nic, v průběhu jedné návštěvy donesli pouze šípkový čaj, který maminka měla ráda. Zwyrtková (2015) se ptala svých respondentů, jestli se nějak podíleli na materiálním či finančním zajištění pokoje nemocného. V diskusi rozvedla, že se dotazovala na osobní věci, vůně připomínající domov, oblíbené deky a další možné věci. Z 51 dotazovaných, 31 reagovalo kladně 9 negativně a 6 si nemohlo vzpomenout. Rodiny v plánu BS vyplňovali, kdo je schopen v případě propuštění se o pacienta postarat. U kazuistiky č. 1 je uvedeno, že se pacientky ujme popřípadě sestra, o pacientku s kazuistiky č.2 by se ujal přítel pacientky za pomoci její matky. O pacienta v kazuistice č.3 kdyby byl propuštěn do domácího ošetřování by se postarala manželka, ale jen v určitých mezích, neboť sama trpí chorobou a to artrózou. Díky tomuto faktu by nebyla schopna plnohodnotné péče o manžela a myslí si, že pobyt v nemocnici je pro manžela lepší. V případě propuštění čtvrté pacientky, by se postaral manžel, ale vzhledem ke svému stáří by potřeboval zajistit případně i docházení domácí péče, která by mu pomáhala. Tudíž 1 rodina by se zvládla o pacienta postarat zcela sama, 2 rodiny za asistence druhé osoby a 1 rodina se nemůže dostatečně o pacienta doma postarat z důvodu nemoci. Ve výsledcích Michalčíkové (2014) uvádějí tři respondenti, že by péči o pacienta v coma vigile zvládli za pomoci nějaké osoby, jeden dotazovaný uvádí,

že by domácí péči nezvládl a to hlavně z důvodu vysokého věku a poslední účastník by rád poskytl péči v domácím prostředí pacientovi, ale rodina mu to rozmluvila.

První výzkumná otázka této práce byla, zda Bazální stimulace je potřebná ke zlepšení stavu pacienta. Pulik (2012) ve své práci pomocí dotazníků zjistil, že si ze 44 oslovených sester myslí 11, že používání prvků Bazální stimulace nemá pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta a 11, že ano. Ve výsledcích této práce je zřejmé, že ano. U první kazuistiky pacientky stav nebyl příznivý již od přijetí. Přestala tolerovat enterální výživu, reagovala algickou mimikou na jakýkoliv pohyb. V průběhu pobytu se s pacientkou intenzivně pracovalo jak ze strany ošetřujícího personálu, tak i ze strany rodiny. Díky plánování, následné realizaci Bazální stimulace a také medikaci pacientka byla po několikaměsících pobytu v nemocnici propuštěná do domácího ošetřování, kde i nadále se zotavuje. Pacientka číslo jedna začala tolerovat stravu, začala perorálně přijímat několik ml tekutin a v přítomnosti rodiny i snědla pár lžic polévky. V případě kazuistiky číslo jedna, se výzkumná otázka potvrdila. U kazuistiky číslo dvě, kdy šlo o hospitalizovanou pacientku s dekompenzací DM a rozvratem vnitřního prostředí, se výzkumná otázka potvrdila jen krátce. I přes velmi vážný stav pacientky se ošetřujícím personálem a chvílemi rodinou stimulovala. Trpěla tachypnoí a tachykardií, která se povedla díky masáži stimulující dýchání, uklidnit. Bohužel pacientka svému velmi vážnému stavu podlehla. Ovšem stimulace ke zlepšení zdravotního stavu pacienta v kazuistice číslo tři výrazně dopomohla. Jeho neklidné stavy mohly zapříčinit nejednu zdravotní komplikaci minimálně ve vytrhnutí močového katétru. Díky stimulaci ve formě zklidňující koupele, polohování, haptilní stimulace se zabránilo těmto zdravotně ohrožujícím úmyslům pacienta. Po nějaké době od hospitalizace se povedlo navázat haptilní stimulaci. V současné době se pacient nachází na oddělení DIOP, kde jeho zlepšený zdravotní stav přetrvává. Pacientka číslo čtyři byla na oddělení následné intenzivní péče krátkodobě. Její stav byl natolik vážný, že po necelém měsíci hospitalizace zemřela. Bohužel vliv stimulace se u ní nijak objektivně neprojevil. Tomová, Š., Křivková, J. (2016) popisují též vliv Bazální stimulace na zdravotní stav pacienta za velmi přínosný.

Výzkumná otázka číslo dvě byla zaměřená na zjištění, zda přináší změnu zdravotního stavu ve stejné míře Bazální stimulace prováděna pouze personálem stejně jako ve spolupráci s rodinou? V kazuistice číslo jedna je popisováno, že stav pacientky již od přijetí nebyl příznivý. Pacientka netolerovala, reagovala pouze bolestivou mimikou.

Během pobytu se jednou povedlo personálu pacientce vpravit do úst pár mililitru tekutin, které následně spolkla. Tento pokrok nebyl dlouhodobý, ovšem po příchodu rodiny se pacientka začala snažit a spolupracovat. Začala pít i jíst, na donesené písničky, které jí přezpívaly děti z rodiny, reagovala pláčem a tachykardií. Pacientka ošetřující personál spíše bojkotovala. Míra prováděné Bazální stimulace ze strany personálu byla pacientkou bojkotována. Výsledky se dostavily týmu, který tvořil personál a rodina. Pacientka v případové studii číslo dvě byla dle svého stavu stimulována. Rodina projevila od počátku zájem na plánování a následné realizaci, bohužel minimální pokroky rodinu nakonec ovlivnily v tom, že se dlouhodobé realizace neúčastnili. Záchvěv reakce na stimulaci prováděné ze strany personálu byl pouze jednou a to ve zmírnění tachypnoí a tachyarytmií. Stabilizace stavu se stala taky pouze jednou po návštěvě rodiny. Pacientka v průběhu hospitalizace už vícekrát neprojevila žádnou reakci. Na tomto případě prvky Bazální stimulace vliv na zdravotní stav pacientky měly pouze minimální. Případová studie číslo tři byla o muži. S pacientem se zkusil stimulovat již od počátku přes celkové koupele až po procházku. Zlepšení zdravotního stavu u toho případu je zcela evidentní. Ve spolupráci s manželkou se pacient podařil stabilizovat a značně stimulovat. Prvky Bazální stimulace prováděné pouze personálem vedlo sice ke zklidnění pacienta, ale další pokroky nebyly zaznamenány. Až když manželka začala spolupracovat s personálem, jako tým pacienta zdravotní stav se začal mnohonásobně zlepšit. Stimulace prováděné pouze personálem by zřejmě nevedla k tak rychlé progresi stavu, ovšem za spolupráci manželky se i nyní pacient na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče lepší. V tomto případě rozhodně prvky stimulace prováděné pouze personálem nepřináší stejnou míru zlepšení stavu jako, když je prováděná ve spolupráci personálu a rodiny. Poslední pacientka, která na oddělení ležela jen velmi krátkou dobu, byla ve velmi vážném zdravotním stavu. Bazální stimulace byla zde prováděná pouze školeným personálem, jelikož zřejmě na rodinu působilo i prostředí oddělení velmi depresivně a báli se jakéhokoliv dotyku. Kromě spontánních pohybů zdravých končetin a otevřených očí se bohužel jakýkoliv kontakt ani reakce nezdařila.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, zda má rodina velký vliv na změnu zdravotního stavu pacienta. Rodina už tím, že poskytuje informace o biografických údajích pacientů je velmi nápomocná a dopomáhá k možné harmonizaci stavu pacienta. (Heřmanová J., et al., 122 s., 2012) U pacientky číslo jedno jak je i popisováno výše a v závěru pod kazuistikou vliv této rodiny byl až zázračný. Pacientka vnímala jejich přítomnost a

zřejmě i jejich chtíč dopomoc jí ke zlepšení stavu. Toto odhodlání přineslo příznivé výsledky a pacientka především díky své rodině je momentálně doma v prostředí, které zná a vnímá jako ochranu a bezpečí. U případové studie číslo dvě se rodina s přítelem pacientky chtěla zapojovat do procesu Bazální stimulace. Docházeli na návštěvy minimálně jednou týdně, kdy společně s ošetřujícím personálem zkoušeli stimulovat pacientku. Pacientky velmi vážný zdravotní stav, nedovoloval intenzivnější stimulaci každý den. Maminku pacientky její neměnný stav a nulové reakce natolik ovlivnily, že nakonec s personálem přerušila realizaci prvků Bazální stimulace. Vliv rodiny na zdravotní stav pacientky v tomto případě nelze moc hodnotit, protože rodina v průběhu hospitalizace veškerou iniciativu už nechala na personálu. Pacientky zdravotní stav se možná díky přítomnosti rodiny stabilizoval jednou. Bohužel tento ač minimální pokrok rodinu nepřesvědčil k tomu, aby nadále spolupracovali s personálem jako tým. Progrese zdravotního stavu by možná nastala při dlouhodobější spolupráci s rodinou. Ovšem tohle už jsou pouze domněnky, protože pacientka po několikaměsíční hospitalizace na oddělení následné péče podlehl svému vážnému zdravotnímu stavu. Pacient číslo tři měl velkou oporu v manželce. Ta i přes svůj zdravotní stav docházela víceméně pravidelně a snažila se spolupracovat s personálem. Progrese stavu v tomto složení nenechala na sobě dlouho čekat. Přítomnost manželky podnítila pacienta ke spolupráci. Během nepřítomnosti na pokoji se pacient údajně na manželku i pouсмál. Vztah manželky s pacientem byl velmi silný a to byl evidentně motiv spolupracovat s námi se všemi. Díky porozumění, lásce a citu, který manželka vkládala do všech dotyků, vedlo ke stabilizaci pacienta a následnému překladi na jiné oddělení, kde v Bazální stimulaci pokračují. U případové studie číslo čtyři rodina vyplnila plán Bazální stimulace, kde i poznamenala, že se aktivně chtějí podílet na realizaci. Bohužel strach, že pacientce nějak ublíží, rodinu v následné realizaci odradil. I přes veškeré úsilí a dopomoc personálu rodina se na realizaci později odmítla podílet. Vliv rodiny zde nelze hodnotit, jelikož pacientky pobyt na oddělení byl krátký a rodina nedocházela na častější návštěvy, aby byla možnost registrace nějaké reakce.

Z výsledků vyplývá, že pacienti vnímají stimuly, které mu přináší okolí. Lotze, M., et al. (2011) dělali analýzu u 7 pacientů, které léčili a pozorovali 6 měsíců. Ve svém výzkumu použili senzorickou stimulaci a dotykovou jako léčebný režim. Veškeré změny, které se udály u pacientů, byly dokumentovány a posuzovány na základě monitorace a pořizování videozáznamů. Ve výzkumu se ukázalo, že se zlepšilo celkové

klinické skóre pacientů. Na videozáznamu byly zachyceny významné změny v chování pacientů, dotyková interakce zlepšila aktivitu pacientů. Lotze, M, et al. udávají ve svém výzkumu, že stimulace dopomáhá ke zlepšení celkového stavu pacientů v kómatu. Keller, I., et al., (2007) dělali výzkum na vliv auditivní a dotykové stimulace na vegetativních parametrech a EEG u perzistentních vegetativních stavů. Tato studie byla zaměřená, zda tyto druhy stimulace u pacientů v perzistentním stavu mají různý na vliv na jejich reakce. Vedl se i záznam o možných účincích s farmakologickou stimulací a i bez ní. K tomuto výzkumu bylo využito 18 pacientů v perzistentním vegetativním stavu, kde se u nich prováděla dotyková stimulace nebo sluchová. Později pomocí digitálního hlasového záznamníku byly přehrávány hlasy rodiny a bílé šumy. Polovina pacientů byla navíc i farmakologicky stimulována. Vliv stimulace byl snímán pomocí EEG, EMG, SCR a HR. Dotyková stimulace byla statisticky velmi významnou, jelikož zde došlo ke zvýšení všech čtyř parametrů. Stimulace pomocí bílého šumu vedlo k významnému zvýšení parametrů EMG a SCR. Hlasy příbuzných aktivitu parametrů nevyšly. V této studii poukazují i a fakt, že vliv stimulů lze sledovat právě díky elektromyogramu (EMG), srdeční frekvence (HR) a odezvou na kůži (SCR). Cheng, L., et al., (2013) dělali studii na sluchovou stimulaci, kdy v názvu práce je jasné, že především používám vlastního jména pacienta. Studovali sluchovou lokalizaci dle oslovení pacienta ve srovnání s nevýznamným zvukem jako je například vyzvánění. Pro tento výzkum zvolili osmdesát šest pacientů v kómatu. Hodnotilo se zda se pacient otočí hlavou za zvukem nebo alespoň pohybem očí, když se osloví jménem. Z osmdesátišesti pacientů jich třicet čtyři reagovalo na oslovení svým jménem otočením hlavy nebo očí. V závěru práce je popisováno, že použití vlastního jména pacienta vyvolá reakci.

Vliv rodiny při plánování a následné realizaci Bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu je významný, avšak je stále spousta rodin, kteří netvoří tým s ošetřujícím personálem. Je to tím, že personál je dostatečně neinformoval? Nestojí personál o dopomoc? Pulikovi (2012) z dotazníkového šetření vyšlo, že personál spolupracuje ze 44 dotázaných pouze se 6 rodinami pacientů. Nechce rodina nikterak zasahovat do procesu léčení pacienta? Bojí se? Nemají čas docházet na pravidelné návštěvy? Považují léčbu a ošetřování pacienta rukou personálu za efektivnější než, kdyby se zapojili oni sami? Je tu spousta otázek na zamyšlení, které by šly rozvinout v další odborné práci. Provádění Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta. Jak je na začátku zmíněno, je třeba, aby se tým ve složení rodina a ošetřující personál budoval.

6. Závěr

Diplomová práce byla zaměřená na „Význam bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu.“ Byly zde objasněny pojmy intenzivní péče, jaké jsou potřeby pacientů na intenzivní péči a role sestry v péči o pacienta. Druhou kapitolou je coma vigile, kde jsou uvedeny příčiny až po fáze a léčbu včetně ošetrovatelské péče, která je jednotlivě popsána dle základních potřeb pacienta. Poslední velkou kapitolou v teoretické části práce je bazální stimulace, kde jsou jednotlivě rozebrány základní prvky a nastavbové prvky bazální stimulace a jejich využití v intenzivní péči.

V empirické části práci jsou definované cíle a výzkumné otázky. Průzkum byl uskutečněn kvalitativním výzkumným šetřením formou standardizovaných rozhovorů a kazuistik. Rozhovory byly vedeny s ošetrujícím personálem realizující bazální stimulaci u daného pacienta a s rodinou.

Výzkumným souborem této práce byli 4 náhodně zvolení pacienti oddělení NIP a nacházeli se ve vigilním kómatu. Po zkontaktování se s opatrovateli pacientů, kteří vzhledem ke stavu pacientů byli určeni soudem, došlo k zahájení vedení kazuistik a rozhovorů. Opatrovatel těchto pacientů byl vždy člen rodiny. S ohledem na anonymitu pacientů je v příloze č.1 vložen prázdný náhled informovaného souhlasu, který opatrovatelé vyplňovali.

Výsledky práce jsou znázorněny formou myšlenkových map u každé kazuistiky, kde je zřejmé, že spolupráce rodiny s ošetrujícím personálem má významný vliv na stimulaci pacienta. Tři rodiny ze čtyř uvedli, že s pojmem bazální stimulace se setkává na oddělení NIP poprvé. V plánu bazální stimulace všechny čtyři rodiny uvedli, že se chtějí aktivně zapojovat do plánování a péče pacienta. U dvou kazuistik, je zřejmé, že pacienti začali spolupracovat až potom, co se zapojila rodina. Rodina s pacientem má prožité společné chvíle, zná jeho osobnost, ví, co má rád, předává lásku, něhu a dokáže ho motivovat. Pacientka v kazuistice č. I je již v domácím ošetrování a dle slov rodiny ve stimulaci pokračují. Pacientce domácí prostředí a každodenní kontakt s rodinou prospívá. Na kazuistice č. II je zřejmé, že stimulace pacientky by musela být dlouhodobá. Bohužel pouze minimální náznak stimulace, vedl k odrazení rodiny od jakékoliv spolupráce s námi. Návštěvy byly nepravidelné a pacientka se dlouhodobě nezdařila stimulovat. U pacienta v kazuistice č. III došlo jako první k haptilní stimulaci, díky manželce. Manželka i přes své onemocnění, pravidelně navštěvovala a dále navštěvuje manžela. Na oddělení DIOP dále pokračují v plánování bazální stimulace.

Pacientka v kazuistice č. IV, ležela na oddělení NIP krátkodobě. Rodina plán bazální stimulace vyplnila, ale ve spolupráci s personálem nerealizovala. Jako důvod uvedli strach z možného poškození pacientky. I přes veškerou snahu personálu, kdy rodinu ujišťovali, že budou na pokoji vždy s nimi a budou vést jejich kroky, ke vzájemné spolupráci nedošlo. Rodina nedonesla pacientce žádné osobní věci či pomůcky, které by jí připomínali domov. Dcera v rozhovoru odpověděla na otázku, zda si myslí, že plánování a realizace bazální stimulace vliv na zdravotní stav pacienta, že asi ano. Ke stimulaci pacientky nedošlo.

Výsledky práce mohou být použity jako podklad pro tvorbu seminářů a postupů edukujících zdravotnický personál tak, aby bylo možno dosáhnout co nejlepších výsledků v dané problematice.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠ, A., et al., 2004. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. Praha: Grada. 200 s., ISBN 978-80-246-2922-3.
2. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. Bazální stimulace a komunikace s pacientem v intenzivní péči. In: DVOŘÁKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 310-312 s. ISBN: 978-80-247-4343-1.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Přepřacované vydání. Praha: Grada. 14-16, 96-102, 137, 144 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. Bazální stimulace Německo, 2014. [online]. Basal Stimulation. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <http://www.basale-stimulation.de/ehenmitglieder/prof-dr-andreas-froehlich/>
5. BIENSTEIN, Ch., FRÖHLICH, A., 2010. *Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundluden*. 6. Auflage. Bern: Huber. ISBN 978-3456848860.
6. BURDA, P., ŠULCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče I. Díl*. Praha: Grada. 118 s., ISBN 978-80-247-9803-5.
7. BUZAN, B., BUZAN, T., 2012. *Myšlenkové mapy*. Brno: Albatros Media. 2. Vydání. 15 s., ISBN 978-80-265-0030-8.
8. Canisterapie, 2009. [online]. Canisterapie aneb terapie za pomoci psů. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/>
9. CATHALA, H., 2007. *Wellness od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. Praha: Grada. 100 s., ISBN 978-80-247-2323-5.
10. DICARA, V., VIDOVIČOVÁ, H., 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada. 218 s., ISBN 978-80-247-2240-5.
11. Docplayer, 2012. [online]. MZ ČR 92/2012 Sb. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1712063-Vyhlasaka-ze-dne-15-brezna-2012-o-pozadavcich-na-minimalni-technicke-a-vecne-vybaveni-zdravotnickych-zarizeni-a-kontaktnich-pracovist-domaci-pece.html>
12. DOLEŽIL, D., 2007. *Vegetativní stav (apalický syndrom)*. [online] In. Neurologie pro praxi. [cit. 2018-02-02], Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

13. DRÁBKOVÁ, J., 2001. *Mozek- alfa a omega života* [online]. Zdravotnické noviny. [cit. 2018-1-07]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/mozek-alfa-a-omega-zivota136491>
14. FOURRIER, F., et al., 2005. *Effect of gingival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: a double-blind placebo-controlled multicenter study*. Crit Care Med. 33 (8), 1728-35, doi: 10.1097/01
15. FRIEDLOVÁ, K., 2003. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek – Místek, INSTITUT Bazální stimulace s.r.o
16. FRIEDLOVÁ, K., 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a 2. díl*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
17. FRIEDLOVÁ, K., 2006. Implementace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče v ČR. In: *Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. s. 23 – 26., ISBN 80-7248-388-9.
18. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 19, 113, 114, 121, 131, 137 s., ISBN 978-80-247-1314-4.
19. FRÖHLICH, A., 2015. *Basale stimulation- ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben. ISBN 978-3910059984.
20. GERHARD, Ch., 2014. *Praxiswissen palliativmedizin*. 1.Auflage. Verlag: Thieme. ISBN 978-3131760913.
21. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 33 s., ISBN 978-80-247-4581-7.
22. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora- praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 127 s., ISBN 978-80-247-1868-2.
23. HARTL, P., HARLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. 2. Vydání. Praha: Portál. 262, 407 s., ISBN 978-80-7367-569-1.
24. HEŘMANOVÁ, J., et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 122 s., ISBN 978-80-247-3469-9.
25. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 13 s., ISBN 978-80-247-5924-1.
26. HŮSKOVÁ, J., et al., 2009. *Ošetrovatelství- ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 31 s., ISBN 978-80-247-2855-1.

27. CHENG, L., et al., 2013. *Assessment of localisation to auditory stimulation in post-comatose states: use the patient's ownname*. [online].BMC Neurology. [cit. 2018-05-03].
28. CHROBÁK, L., et al., 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2.vydání. Praha: Grada. 26 s., ISBN 978-80-247-1309-0.
29. INSTITUT Bazální stimulace, 2004-2015. [online]. 15 let konceptu Bazální stimulace v České a Slovenské republice. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/historie/>
30. JAROŠOVÁ, I., 2017. *Nebojte se přežít*. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-521-7.
31. JENNET, B., et al., 1977. *Aspects of coma after severehead injury*. Lancet. 1 (8017), 878-881.
32. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 246, 251 s., ISBN 978-80-247-7629-3.
33. KANTOR, J., ET AL., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 26 s., ISBN 978-80-247-2846-9.
34. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 21 s., 23, 208 s., ISBN 978-80-247-1830-9.
35. KAREL, L., et al., 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada. 307 s., ISBN 978-80-247-2764-6.
36. KELLER,I., et al., 2007. *The influence of acoustic and tactile stimulation on vegetative parameters and EEG in persistent vegetative state*. [online]. Bad Aibling Neurological Clinic, Bad Aibling, Germany. [cit. 2018-01-07].
37. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy- 1.ročník, 2.přepřacované a doplněné vydání*. Havlíčkův Brod: Grada.114 s., ISBN 978-80-247-9857-8.
38. KELNAROVÁ, J., et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2.ročník-2.díl*. Praha: Grada. 215-218 s., ISBN 978-80-271-9422-3.
39. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 2.vydání. 85 s., ISBN 978-80-271-9568-8.
40. KOUKOLÍK, F., 2013. *Já. O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. 2.vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum .190 s., ISBN 978-80-246-2249-1.
41. KOSTRZEWA, S., KUTZNER, M., 2009. *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. 4., überab. Und erg. Aufl. Bern: Huber. ISBN 978-345-6846- 934.

42. KRÄNZLE, S., a kolektiv, 2014. Palliative Care: handbuch für Pflege und Begleitung. 5.Auflage. Springer. ISBN 978-3-642-41607-1.
43. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 25 s., ISBN 978-80-247-9859-2.
44. KUTNOHORSKÁ, J., 2011. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 78 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
45. LAUREYS, S., et al., 2010. *Unresponsive weakfulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome*. [online]. BioMed Central. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z <http://search.proquest.com/docview/902279246/192E2ABEB7C8461CPQ/1?accountid=16531>
46. LOTZE, M., et al., 2011. *A long-term intensive behavioural treatment study in patients with persistent vegetative state or minimally conscious state*. [online]. [cit. 2018-01-07]. 43: 230–236
47. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 194 s., ISBN 978-80-247-3148-3.
48. MICHALČÍKOVÁ, S., 2014. *Ošetrovatelská péče u pacienta v coma vigile s využitím konceptu Bazální stimulace*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
49. MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 84 s., ISBN 978-80-247-1442-6.
50. MLČOCH, Z., 2015. *Vigilní kóma, coma vigile*. [online].Neurologie-neurochirurgie. [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/vigilni-koma-coma-vigile-priznaky-projevy-symptomy>
51. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelství 1.díl*. Praha: Grada. 2.vydání. 103, 182 s., ISBN 978-80-271-9458-2.
52. MUMENTHALER, M., et al., 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 5. vydání. Praha: Grada. 78 s. ISBN 978-80-247-2298-6.
53. NAVRÁTIL, L., et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 187 s., ISBN 978-80-247-2319-8.
54. NYDAHL, P.,BARTOSZEK, G., 2012. *Basale Stimulation: Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Auflage. München: Elsevier. ISBN: 978-3-437-26503-7.

55. O'CONNOR, M., ARANDA S., 2005. Paliativní péče- pro sestry všech oborů. In: KRISTJANSON, L., et al. *Práce s příbuznými*. Havlíčkův Brod: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-1295-4.
56. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 60, 230 s., ISBN: 80-247-7103-9.
57. POKORNÝ, J., 2003. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. 352 s., ISBN 80-7262-241-5.
58. PULIK, P., 2012. *Koncept bazální stimulace a jeho využití v ústavech sociální péče*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati.
59. RICHTEROVÁ, L., 2010. *Co je to vlastně vegetativní stav?*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav fyzioterapie.
60. ROZSYPAL, H., et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 104 s., ISBN 978-80-246-2197-5.
61. SEDLÁŘOVÁ, P., et al. , 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 131 s., ISBN 978-80-247-1613-8.
62. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 23 s., ISBN 978-80-247-4868-9.
63. STREITOVÁ, D., et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 45 s., ISBN 978-80-247-9933-9.
64. ŠAMÁKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 12, 77, 115 s., ISBN 978-80-247-3223-7.
65. ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 57 s., ISBN 978-80-247-9965-0.
66. TEASDALE, G., et al., 2014. *The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time*. Lancet Neurol. 13 (8), 8944-54, doi: 10.1016/S1474-4422(14)70120-6.
67. THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS, 1994. *Medical aspects of the Persistent Vegetative State-First of Two Parts*. N Engl J Med. [online]. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/330/22/1572>

68. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. In: KUSOVÁ, D. *Biografická anamnéze*. Praha: Grada. 55, 103-104, 115 s., ISBN 978-80-271-9450-4.
69. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 95 s., ISBN 978-80-247-5983-8.
70. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 60 s., ISBN 978-80-247-1262-8.
71. VĚTRÍČKOVÁ, P., 2007. *Komplexní péče o pacienta ve vigilním kómatu*. Florence. roč. 3, č. 1, s. 36-37. ISSN 1801-464X
72. VOKURKA, M., et al., 2008. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha: Maxdorf. 1143 s., ISBN 978-80-7345-166-0
73. VOVSOVÁ, M., 2012. *Apalický syndrom jako následek neposkytnutí laické první pomoci, či dlouhotrvající resuscitace*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
74. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 98-99 s., ISBN 978-80-247-3419-4.
75. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada, 113-114 s., ISBN 978-80-247-3420-0.
76. WILD, K., et al., 2007. *Guidelines for Quality Management of Apallic Syndrome/Vegetative State*. [online]. European Journal of Trauma and Emergency Surgery [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/health/docview/196600414/140117193B479F32D36/1?accountid=16531>
77. WORKMAN, B., et al., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. In: FRANCES, G., *Osobní hygiena. Sestra*. ISBN 978-80-247-1714-X.
78. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. Rozšířené vydání. Praha: Grada. 217 s., ISBN 978-80-247-2844-5.
79. Zákony.centrum, 2015. [online]. Zákon o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb. [cit. 2018-4-01]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/zakon-o-ochrane-osobnich-udaju/>
80. Zákony pro lidi, 2012. [online]. MZ ČR 92/2012 Sb. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
81. ZWYRTKOVÁ, M., 2015. *Bazální stimulace v dlouhodobé intenzivní péči*. Brno. Bakalářská práce. LF MU.

8. Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Vývoj vnímání dle Fröhlicha

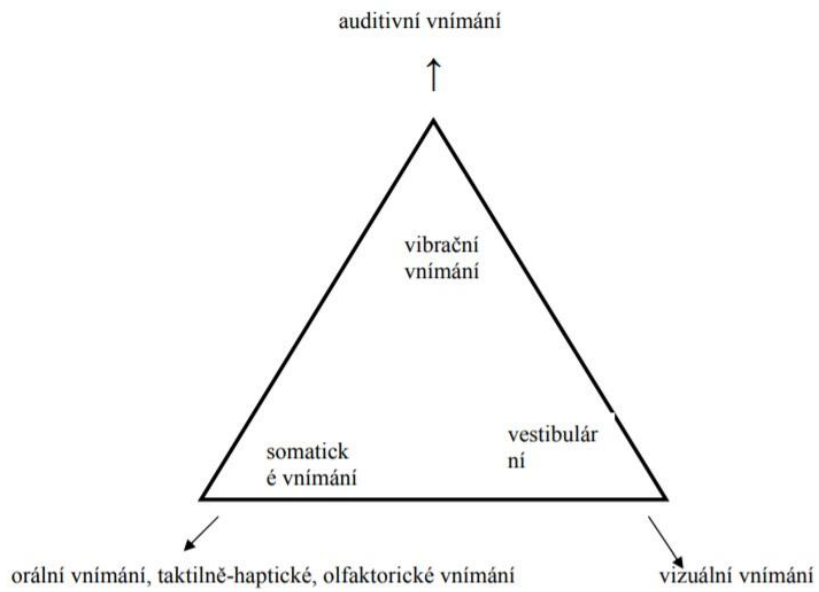
Příloha 2 informovaný souhlas

Příloha 3 Rozhovory

Příloha 4 Plán BS

Příloha 5 fotografie pacientů

Příloha 1 Vývoj vnímání dle Fröhliche



FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 63s., ISBN 978-80-247-1314-4.

Příloha 2 Informovaný souhlas

Udělení souhlasu se zpracováním osobních a citlivých údajů

Tyto údaje jsou chráněny proti zneužití podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších změn a dodatků.

Osobní a citlivé údaje budou sloužit ke studijním a vědeckým účelům, které budou zpracovány v Diplomové práci na téma „Bazální stimulace u pacientů ve vigilním kómatu na intenzivní péči.“

1. Souhlasím, že jsem byla obeznámena se zachováním důvěrnosti a anonymity v diplomové práci formou iniciálu. ANO NE
2. Souhlasím, se zveřejněním fotografií vzniklých během pobytu léčby do DP- obličej bude rozmazán. ANO NE
3. Svou dobrovolnou účast v kazuistice můžu kdykoliv přerušit či odstoupit.
4. S účastí v kazuistice DP není spojeno poskytnutí žádné odměny.
5. Porozuměl/a jsem všemu výše vypsané. ANO NE

Vlastnoruční podpis: _____ Datum: _____

Děkuji za spolupráci.
Bc. Soňa Kučerová
Všeobecná sestra NIP

Zákony.centrum, 2015. [online]. Zákon o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb. [cit. 2018-4-01]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/zakon-o-ochrane-osobnich-udaju/>

Příloha 3 Rozhovory

Kazuistika č.1

Rozhovor s pečujícím personálem během pobytu pacientky M.L.

„Vyplnila rodina plán BS bez komplikací?“

Ano. Rodina už měla povědomí o BS. Sestra pacientky nás poprosila o vyplnění společně s námi, aby došlo k efektivnímu vytěžení informací. Obsahová rozsáhlost plánu rodině nevadil.

„Podílí se rodina na plánování BS s ošetřujícím personálem?“

Rodina se aktivně zapojovala, především sestra pacientky. V době polohování nám asistovala, v době zkoušky per os příjmu asistovali.

„Byly patrné pokroky, když jste BS prováděli vy, jako ošetřující personál?“

Ano, 7.11. 2017 pacientka pozřela prvně perorálně tekutiny. Perorální příjem stravy se stále nedařil, ale tento fakt jsme vnímali jako velký pokrok a možné zlepšování stavu.

„Byly pokroky dlouhodobé?“

Bohužel nikoliv. Pacientky spolupráce se odvíjela od návštěv rodiny. I přes naši veškerou snahu a trpělivost pacientka spolupracovala spíše s rodinou.

„Byly patrné pokroky, když prováděli BS rodinní příslušníci za spolupráci s Vámi?“

Ano, pokroky to byly výborné. Perorální příjem stravy se povedl navázat až za spolupráci s rodinou. V den, kdy byla přítomna pacientky sestra s maminkou, pacientka pozřela ½ misky polévky a dohromady 50ml vody. Během dalších dní za přítomnosti rodiny byl u pacientky spatřen kontaktní úsměv, zdánlivý náznak kývání a vrtění hlavou. Pacientka začala reagovat na různé podněty a přestala stáčet hlavu doprava.

„Byly pokroky dlouhodobé?“

Pokroky jsou patrné dlouhodobě. Odvíjí se samozřejmě od zdravotního stavu pacientky v dané dny, ale pokroků si všímáme všichni. Pacientka je schopna perorálně přijímat, pakliže jí krmí rodina, obranné reakce nejsou v takové míře, jako když BS provádíme pouze my, školený personál. Vliv rodiny je tu zásadní.

Rozhovor s rodinnými příslušníky- sestrou pacientky:

„Máte povědomí o konceptu BS?“

Ano, povědomí o konceptu BS mám. Ale plán jako takový jsem vyplňovala tady na oddělení poprvé. Z toho důvodu jsem poprosila personál o pomoc při vyplňování.

„Vysvětlil Vám personál význam BS pro pacienta?“

Ano, při předávání plánu BS mi sestra vysvětlovala, jak je důležitá pro ně jakákoliv informace o sestře. NIP I. Má ve svém plánu BS než začnete vyplňovat hned v úvodu napsáno, co to BS je a proč prosí o vyplnění. Mají to moc hezky zpracované. Víceméně tam bylo napsáno vše, co mi sdělila sestra ústně.

„Vyhledával/a jste si aktivně informace o konceptu BS?“

Přiznám se, že ano. Doma jsem nad tím přemýšlela. Koncept Bazální stimulace jsem už slyšela a zběžně jsem věděla, o co se jedná, ale chtěla jsem si o tom najít další informace. Byla jsem až překvapená, co pod pojem Bazální stimulace lze řadit.

„Přinášíte pacientovi nějaké předměty připomínající domov?“

Přinášíme s maminkou sestře přehrávač a CD. Na CD nahrály mé děti tetě, jak zpívají. Sestra je velice ráda poslouchala. Bohužel sem není doporučeno vodit děti, tak alespoň touto formou s ní mohou být.

„Chcete se aktivně podílet v péči o pacienta konceptem BS?“

Určitě chceme. Snažíme se tu být, co možná nejčastěji.

„Myslíte si, že plánování a realizace Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta?“

Zprvu jsem si tím nebyla jistá, ale jakmile jsem viděla, že sestra začala s námi při provádění Bazální stimulace spolupracovat tak jsi, jsem tím už naprosto jistá. Dle mého má zásadní vliv.

„Máte zájem pokračovat v BS i v případě propuštění pacientky?“

Určitě ano, načerpali jsme zde na oddělení spoustu cenných rad a v Bazální stimulaci v případě propuštění sestry budeme pokračovat doma určitě.

„Máte doma dostatek pomůcek k možné aplikaci BS?“

Polštáře, deky ano. Vaky, polštáře s přírodní výplní a další pomůcky dokoupíme.

Kazuistika č.2

Rozhovor s pečujícím personálem během pobytu pacientky Z.K.

„Vyplnila rodina plán BS bez problémů?“

Ano. Plán Bazální stimulace jim byl předán k vyplnění s možností pomoci při vyplňování. Rodina usoudila, že ho vyplní sami doma v klidu.

„Podílí se rodina na plánování BS?“

Rodina uvedla, že se chce aktivně podílet a i za pacientkou pravidelně jezdila, jak jim čas umožnil. Nechali se vést námi při provádění BS. Přinesli fotografie, dárky, fotoaparát. Snažili se s ní oslavit Vánoce. Bohužel neměnný stav pacientky a ne moc velké pokroky měly za následek, že rodiče dojížděli poslední měsíce nepravidelně a přítel přestal jezdit na návštěvy úplně, proto vzájemná spolupráce v plánování BS už nebyla.

„Přinesla rodina pacientovi nějaké předměty, které mu připomínají domov?“

Ano přinesla. Rodina přinesla Káče přehrávač, poté fotografie, kde maminka popsala, kdo na fotografiích je a u jaké příležitosti to bylo foceno.

„Zapojila se rodina aktivně během pobytu pacienta na oddělení v péči o něj?“

Ze začátku se zapojovali, jak rodiče, tak i přítel. Přítel nám dopomáhal při polohování, maminka se snažila dceru krmit, dát jí napít. Četli jí, povídali si s ní, hladili jí, přinesli dárky, dělali si společné fotografie na oddělení, ale bohužel ne moc viditelné pokroky vedli k tomu, že se aktivně zapojovat přestali.

„Byly patrné pokroky, když jste BS prováděli vy, jako ošetřující personál?“

Minimálně. Pokrok byl pouze u masáže stimulující dýchání, kdy se upravila pravidelnost dýchání.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Bohužel ne.

„Byly patrné pokroky, když prováděli BS rodinní příslušníci za spolupráci s Vámi?“

Jednou v den, kdy pacientky stav byl kolísavý se po návštěvě rodičů a přítele začal stav stabilizovat. Pacientka přestala být rozdýchaná a tachyarytmická.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Ne. Rodina přestala pravidelně dojíždět na návštěvu.

Rozhovor s rodinnými příslušníky- maminkou a přítelem pacientky:

„Máte povědomí o konceptu BS?“

Nikdy jsme o Bazální stimulaci neslyšeli.

„Vysvětlil Vám personál význam BS pro pacienta?“

Ano, vysvětlil, Nabídl nám, i že plán BS s námi projdou, ale my si to chtěli vyplnit v klidu doma a věnovat veškerý čas při návštěvě jen Káče.

„Vyhledával/a jste si aktivně informace o konceptu BS?“

Nevyhledávali jsme si nic. Před vyplněním jsme si přečetli o Bazální stimulaci na přední straně plánu BS, který nám personál dal.

„Přinášíte pacientovi nějaké předměty připomínající domov?“

Ano, přivezli jsme jí přehrávač, později fotografie, kde jsem napsala zezadu, kdo na fotografiích je a kdy a za jakých okolností byli pořízené.

„Chcete se aktivně podílet v péči o pacienta konceptem BS?“

Ano, chceme.

„Myslíte si, že plánování a realizace Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta?“

Myslíme si, že ne, ale chceme to zkusit.

„Máte zájem pokračovat v BS i v případě propuštění pacientky?“

Pokud uvidíme výsledky tak určitě ano.

„Máte doma dostatek pomůcek k možné aplikaci BS?“

Určitě ne, ale není problém nějaké pomůcky obstarat.

Kazuistika č.3

Rozhovor s pečujícím personálem během pobytu pacientky H.M.

„Vyplnila rodina plán BS bez problémů?“

Ano, vyplnila. Manželka uvedla v plánu BS maximum informací o pacientovi.

„Podílí se rodina na plánování BS?“

I přestože manželka trpí artrózou, tak se opravdu snaží s námi spolupracovat. Nechává se námi vést, a aktivně se zapojuje i do plánování. Sama přišla s tím, že pána vezme do bufetu.

„Přinesla rodina pacientovi nějaké předměty, které mu připomínají domov?“

Ano, manželka přinesla manželovi toaletní potřeby, deodoranty, přinesla mu v průběhu pobytu medovník, závin, fotografie i jeho osobní trička.

„Zapojila se rodina aktivně během pobytu pacienta na oddělení v péči o něj?“

V rámci možností a zdravotního stavu manželky pacienta ano.

„Byly patrné pokroky, když jste BS prováděli vy, jako ošetřující personál?“

Pacienta jsme intenzivně stimulovali, ale pokroky byly patrné až s asistencí manželky pacienta.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Pakliže nebyla přítomna manželka, tak ne.

„Byly patrné pokroky, když prováděli BS rodinní příslušníci za spolupráci s Vámi?“

Ano, haptilní stimulace se zdařila jen díky manželce. Byl spatřen kontaktní úsměv.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Ano.

Rozhovor s rodinnými příslušníky- manželkou:

„Máte povědomí o konceptu BS?“

Přiznám se, že ne. Nikdy jsem o tom neslyšela.

„Vysvětlil Vám personál význam BS pro pacienta?“

Vysvětlil a jsem ohromená, co vše jde s manželem dělat.

„Vyhledával/a jste si aktivně informace o konceptu BS?“

Nevyhledávala, nemám ani jak, počítač nevlastním. Nicméně nemám potřebu nic vyhledávat, personál mi opravdu vše vysvětlil.

„Přinášíte pacientovi nějaké předměty připomínající domov?“

Přinesla jsem mu hygienu, deodoranty, prostě vůně, na které byl doma zvyklí. Potom jsem mu i přinesla fotografie, trička a na mlsání medovník a závin.

„Chcete se aktivně podílet v péči o pacienta konceptem BS?“

Určitě ano.

„Myslíte si, že plánování a realizace Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta?“

Ano. Myslím si, že určitě. Vždyť manžel už udrží v ruce lžici.

„Máte zájem pokračovat v BS i v případě propuštění pacientky?“

Pokud manžela propustí budu se snažit.

Máte doma dostatek pomůcek k možné aplikaci BS?

Myslím si, že ne, ale jakmile se budou chystat manžela propouštět tak pomůcky obstarám.

Kazuistika č.4

Rozhovor s pečujícím personálem během pobytu pacientky M.J.

„Vyplnila rodina plán BS bez problémů?“

Plán BS vyplnila samostatně dcera pacientky.

„Podílí se rodina na plánování BS?“

Ne.

„Přinesla rodina pacientovi nějaké předměty, které mu připomínají domov?“

Pomůcky nepřináší žádné, v průběhu jedné návštěvy dcera přinesla pacientce šípkový čaj.

„Zapojila se rodina aktivně během pobytu pacienta na oddělení v péči o něj?“

Uvedli v plánu BS, že se aktivně zapojit chtějí, ale nestalo se tak.

„Byly patrné pokroky, když jste BS prováděli vy, jako ošetřující personál?“

Ne.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Ne.

„Byly patrné pokroky, když prováděli BS rodinní příslušníci za spolupráci s Vámi?“

Nebyly, jelikož rodina se aktivně nezapojovala. Měli obavy z možného poškození pacientky.

„Byly ty pokroky dlouhodobé?“

Ne.

Rozhovor s rodinnými příslušníky- dcera:

„Máte povědomí o konceptu BS?“

Nemám, nikdy jsem o Bazální stimulaci neslyšela.

„Vysvětlil Vám personál význam BS pro pacienta?“

Ano, vysvětlil, je i popsán v úvodu plánu BS.

„Vyhledával/a jste si aktivně informace o konceptu BS?“

Doma jsem si to na internetu vyhledala. Vypadalo to opravdu zajímavě.

„Přinášíte pacientovi nějaké předměty připomínající domov?“

Ano, přinášíme šípkový čaj.

„Chcete se aktivně podílet v péči o pacienta konceptem BS?“

Chceme, ale bojíme se, abychom mamince nijak neublížili. Raději bychom provádění BS ponechali na personálu. Takže, aktivně se podílet nebudeme.

„Myslíte si, že plánování a realizace Bazální stimulace má vliv na zdravotní stav pacienta?“

Nedokážu říct, na internetu říkají, že ano. Asi ano.

„Máte zájem pokračovat v BS i v případě propuštění pacientky?“

Pokud by maminky propustili, převezme si jí do domácí péče tatínek, ale určitě bychom mu aktivně pomáhali a podíleli se na Bazální stimulaci.

„Máte doma dostatek pomůcek k možné aplikaci BS?“

Myslím si, že ano.

Příloha 4 Plán Bazální stimulace nemocnice

Vážení příbuzní,

do naší péče jste nyní svěřili svého partnera, rodinného příbuzného nebo svého přítele. V jeho/její nemoci, po kterou se stává závislým na naší péči, bychom mu/jí chtěli umožnit jeho/její potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejosobnější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od vás potřebujeme některé údaje, abychom vašeho příbuzného mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se naše péče jmenuje **Bazální stimulace**.

Zcela konkrétně to pro vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky svého příbuzného. Díky těmto zvykům se vynasnažíme zmírnit pacientovu extrémní situaci a spřátelit ho s jeho novým okolím, neboť zde na intenzivní péči je pro něj vše nové a ne vždy příjemné. Například směsice různých zvuků, rytmus spánku a bdění, postel, na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou ale momentálně důležité pro jeho léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy a neznámé prostředí.

Koncept bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta. Proto jsme nyní závislí na vašich údajích a pokládáme vám nyní následující otázky. Ty nám můžete v klidu zodpovědět a potom nás zavolat. My a náš pacient – váš příbuzný – vám budeme za tuto spolupráci vděční.

Která jídla a nápoje váš příbuzný upřednostňuje, popřípadě která nesnáší.

Které spánkové zvyky má váš příbuzný (poloha na boku, na břicho, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, zda mívá problémy s usínáním a co mu pomáhá v usínání).

Kterou hudbu, hudební směr nebo rádiovou stanici váš příbuzný upřednostňuje.

Abychom vašemu příbuznému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o jeho tělo, prosíme vás o přinesení jeho oblíbených osobních toaletních potřeb – voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta atd.

Aby si mohl váš příbuzný lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přineste mu prosím jeho osobní pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo třeba bavlněné tričko od jeho nejbližší osoby.

Abychom mohli podpořit vašeho příbuzného ve znovuprobuzení jeho vizuálních vzpomínek a napomohli tak k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme vás, abyste přinesli

fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho vlastních dětí nebo fotografie

z dovolených, jeho známý oblíbený obraz atd.

Předem vám děkujeme za vaši spolupráci a jsem vám kdykoli k dispozici, abychom vám zodpověděli vaše dotazy.

Za ošetřující personál: prim. MUDr.

Ošetřovatelská anamnéza v konceptu Bazální stimulace

Paní

/pán.....Věk.....

Blízká

osoba.....

Iniciální dotek, pokud ANO –

místo:.....

Tělesná péče

levák - pravák

Je pro něj péče o vlastní tělo velmi důležitá ? ano - ne

Jak často a kdy? denně - ráno - večer - občas -specifikujte
.....

Teplota vody : chladná - vlažná - teplá - horká

K mytí používá:

.....

Potřebuje pomoc při mytí? ano - ne

Rituály při mytí:

.....

Stav pokožky: normální - mastná - suchá

Toaletní potřeby: k dispozici - budou přineseny - nemá

Krém: **Pěna na holení:**.....

Deodorant:.....

Holení : mokré - elektrický strojek **má vlastní:** ano - ne

Péče o zuby, na co se má brát ohled?

.....

Vlastní kartáček a pasta: ano - ne

Zubní protéza: ano - ne

Specifikujte: plná protéza - částečná protéza - horní protéza - dolní
protéza

Spí s protézou: ano - ne

Jak často si myje vlasy?

Používá speciální prostředky?

Nehty: žádné zvláštnosti

specifika:

Tělesný kontakt: je zvyklý na tělesný kontakt? ano - ne

Na kterém místě nemá rád dotek?
.....

Spánek

Obvykle spí na: záda - břicho - pravý bok - levý bok

Jak spí? chodí časně spát - chodí pozdě spát - v noci se budí - vstává velmi časně -
spí ráno dlouho - odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné? ano - ne

Přineseno: ano - ne

Přikrývá se tak, že má deku až na ramena? ano - ne

Kolik hodin denně spí?.....

Má zatemněno při spánku? ano - ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké - kyselé - ostré - slané

Teplota jídla: teplé - vlažné - studené

Konzistence: měkké - pevná strava - tekutá strava

Oblíbený nápoj:
.....

Oblíbený pokrm:
.....

Nesnáší:
.....

Přinesené vlastní předměty:
.....

Vlastní přinesené potraviny:

.....

Potíže při polykání? ano - ne /

specifikujte.....

Vyprazdňování

Močení: spontánní - poruchy mikce - léčba medikamenty

Jaké poruchy?

.....

Při inkontinenci používá: ink. vložky - plenk. kalhotky - perm. katetr

Stolice: bez problémů - obstipace - průjem /

specifikujte.....

Sluch

Sluch postižen: ano - ne / pokud ano tak upřesněte: vpravo - vlevo

Specifikujte postižení:

.....

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady:

.....

.....

.....

Zvuky, na které je zvyklý:

.....

Přinesené předměty:

.....

Zrak

Porucha zraku: ano - ne /pokud ano tak upřesněte : vpravo - vlevo

Specifikujte:

.....

.....

Brýle: ano - ne

čočky: ano - ne

Medikace: oční kapky - oční masti

Přinesené

předměty:

.....

.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení - je mu často zima - nic zvláštního

Jiné,

specifikujte:

.....

.....

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? ano - ne

Jakou?

.....

.....

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy - hemipareza - poruchy citlivosti - hypotonus - spasticita -

- kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace:

.....

Kompenzační pomůcky:

.....

Způsob života

Povolání:

.....

...

Koníčky, zájmy:

.....

Děti, vnoučata:

.....

Zvířata:

.....

.....

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:

.....

Víra:

.....

.....

Jak snáší bolest:

.....

Má relaxační techniky?

.....

Důležitý zážitek v poslední době:

.....

Jiné:

.....

***Přinesené předměty k uspořádání jeho
okolí:***.....

.....

Vestibulární anamnéza:

.....

***Olfaktorická
anamnéza:***.....

.....

***Taktilně-haptická
anamnéza:***.....

.....

Anamnézu sepsal/a:

dne:.....

Dotazy zodpověděl/la:.....

je v poměru k pacientovi:.....

Příloha 5 fotografie pacientů

Obr. č.1



Zdroj: vlastní (foceno se souhlasem rodiny)

Obr.č.2



Zdroj: vlastní (foceno se souhlasem rodiny)

Obr.č.3



Zdroj: vlastní (foceno se souhlasem rodiny)

Obr.č.4



Zdroj: vlastní (foceno se souhlasem rodiny)

9. Seznam zkratk

ATB- antibiotika

ARO- anesteziologicko-resuscitační oddělení

BS- Bazální stimulace

CNS- centrální nervová soustava

DIOP- dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

EEG- elektroencefalografie

EV- enterální výživa

FiO₂- frakce kyslíku

GIT- gastrointestinální trakt

GSC- glasgow coma scale

LDN- léčebna dlouhodobě nemocných

MR- magnetická rezonance

MRSA- Meticilin-rezistentní Staphylococcus aureus

MSD- masáž stimulující dýchání

NGS- nazogastrická sonda

NIPB- krevní tlak

NIP- následná intenzivní péče

PEEP-pozitivní tlak v respiračních cestách na konci výdechu

PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK- permanentní močový katétr

p.o.- per os

PVS- perzistentní vegetativní stav

PŽK- periferní žilní katétr

RTG S+P- rentgen srdce+ plíce

SpO₂- saturace kyslíku

TEN- tromboembolická nemoc

TK- krevní tlak

TSK- tracheostomická kanyla

UPV- umělá plicní ventilace