

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelském
procesu u apalického syndromu**

Bakalářská práce

vedoucí práce:

Bc. Jana Somrová

2010

autor:

Renata Mášová, DiS.

Abstract

The topic of this diploma paper is “The Use of the Basal Stimulation Concept in Nursing Provided to Apalic Syndrome Patients”. I have chosen this topic because I took part in a basal stimulation course and in order to describe the use of this concept in nursing. Basal stimulation is a programme for nursing. Thanks to its scientific basis and empathetic approach, basal stimulation is acquiring more and more sympathizers among nurses as well as physicians. It is a complex of nursing methods based on the use of appropriate stimuli instigating neural complexes. It has been proven that such impulses contribute to the regeneration of engrammes and facilitate overall rehabilitation of the patient. The concept of basal stimulation helps after craniocerebral injuries, cerebrovascular accidents, in comatose conditions and in apalic syndrome.

The paper is divided into two sections. The first one is theoretical and it deals with the apalic syndrome and provides a detailed description of the basal stimulation concept. The other section, a practical one, provides the descriptions of individual case reports with a nursing plan based on the basal stimulation concept. The effects of this concept are assessed according to observations and questioning of nursing staff and family members. The observation of patients with the apalic syndrome has led us to conclude that the basal stimulation concept has very pleasing effects on the patients. This method has been incorporated into everyday nursing process and it should become a common standard in nursing. Frequently, the health state of such clients is stabilized for a long time and the prognosis is not favourable; the prevention of potential complications is mostly at play here. This scientific method has positive effects on such patients as seen by nursing staff as well as family members. It maintains the patient's comfort, individual approach and a holistic being. The care for these seriously ill people is very physically and mentally demanding at common wards. Therefore, we think that it is necessary to establish specialized apalic units where such patients would receive individual care based on the basal stimulation concept. This care is practicable as much as possible in cooperation with family members and nursing staff providing all possible aids and background.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelském procesu u apalického syndromu“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 30. 4. 2010.

Podpis studenta.....

Poděkování

Děkuji Bc. Janě Somrové za odborné vedení a rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji personálu a rodinným příslušníkům za ochotu a vstřícnost. V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost.

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav dané problematiky	8
1.1 Neurofyzilogie	9
1.1.1 Nervová buňka	9
1.1.2 Přenos informací	10
1.1.3 Centrální nervový systém	11
1.2 Apalický syndrom	12
1.2.1 Etiologie	13
1.2.2 Poranění mozku	13
1.2.3 Diagnostika	14
1.2.4 Poruchy vědomí	14
1.2.5 Ošetrovatelská péče u AS	16
1.2.6 Nejčastější komplikace provázející klienty s AS	16
1.2.7 Léčba	17
1.2.8 Rehabilitace u AS	17
1.2.9 Prognóza AS	18
1.3 Historie a vznik konceptu BS	19
1.3.1 Současná situace	20
1.4 Ošetrovatelská péče a její současné pojetí	21
1.4.1 Ošetrovatelský proces z pohledu sestry	21
1.4.2 Charakteristika konceptu BS	22
1.4.3 Cíle a poslání BS	22
1.4.4 Plánování ošetrovatelské péče dle konceptu BS	23

1.4.5	Dokumentace ošetrovatelské péče dle konceptu BS.....	23
1.5	Somatická stimulace.....	24
1.5.1	Iniciální dotek v ošetrovatelské péči.....	25
1.5.2	Význam doteků	26
1.5.3	Vnímání a komunikace	26
1.5.4	Podpora vnímání pomocí polohování	27
1.5.5	Kontaktní dýchání.....	28
1.5.6	Techniky somatické stimulace k podpoře dýchání a vnímání	28
1.6	Vestibulární stimulace	30
1.7	Vibrační stimulace	31
1.8	Nástavbové prvky stimulace v konceptu BS.....	32
1.8.1	Optická stimulace	32
1.8.2	Auditivní stimulace.....	33
1.8.3	Orální stimulace.....	34
1.8.4	Olfaktorická stimulace	35
1.8.5	Taktilně – haptická stimulace	35
2.	Cíl práce a výzkumné otázky	36
1.9	Cíl práce	36
1.10	Výzkumné otázky	36
3.	Metodika	37
1.11	Metodika práce:	37
1.12	Charakteristika výzkumného souboru:	37
4.	Výsledky.....	38
1.13	Kazuistika: č. 1	38

1.14	Kazuistika: č. 2	46
1.15	Kazuistika: č. 3	55
1.16	Kazuistika: č. 4	63
1.17	Kazuistika: č. 5	72
1.17.1	Nejčastější ošetrovatelské diagnózy	80
5.	Diskuze	85
6.	Závěr	99
7.	Klíčová slova	103
8.	Seznam použitých zdrojů	104
9.	Přílohy	107

Úvod

Téma bakalářské práce „Využití konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelském procesu u apalického syndromu“ bylo pro mě výzvou. Pracuji jako zdravotní sestra u lůžka 24 let a z toho 20 let v Léčebně dlouhodobě nemocných. Z neznalosti a současně i ze zvědavosti jsem si vyhledala na internetu kurz Bazální stimulace dále BS. Nebylo mi jasné, o co jde, znala jsem jen tento pojem. Základní kurz jsem absolvovala v září 2006 a o rok později i Nástavbové sympozium BS v ošetrovatelské péči. Byla jsem nadšená a mé poznatky ovlivnily můj dosavadní vztah k ošetrovatelské péči o nemocné.

V posledních letech dochází zejména v souvislosti s dopravní nehodovostí ke zvýšenému počtu kraniocerebrálních poranění. Moderní medicína sice nabízí již velké léčebné možnosti v oblasti neurologie, či neurochirurgie, stále však platí, že úrazy mozku patří k nejzávažnějším poraněním vůbec. Nemocní jsou pak často přímo ohroženi na životě. Mohou mít doživotní následky v podobě bolestí hlavy, poškození intelektu, spánkových poruch, a dokonce apalického syndromu dále AS. Těmto klientům s těžkým postižením umožňuje kontakt se svým okolím koncept BS. Díky vědeckému základu a velice lidskému přístupu si získává stále větší množství příznivců mezi sestrami i lékaři. Koncept BS je program pro ošetrovatelství. Jde o komplex ošetrovatelských metod a jejich základem je poskytování vhodných stimulů, díky nimž dochází k podněcování nervových komplexů. Je prokázáno, že takové impulsy přispívají k obnově paměťových stop a k celkové rehabilitaci klienta. Koncept BS pomáhá po kraniocerebrálních poraněních, cévních mozkových příhodách, v komatózních stavech a při AS. Tato metoda využívá klientovo zachovalé schopnosti, to znamená, že se snaží pracovat s tím, co má zachováno, nikoliv s tím, co je ztraceno a nelze již obnovit. Tato koncepce nutí zdravotníky změnit dosavadní postoj a pohled na poskytování ošetrovatelské péče a to je právě u klientů s AS velmi nutné. BS patří v evropských zemích k velmi populárním metodám. V zahraničí je integrována do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách. U nás v České republice je BS součástí vzdělání na zdravotních školách od roku 2004.

1. Současný stav dané problematiky

Narůstá rozvoj extrémních sportů a nehodovost nejen s nárůstem dopravních prostředků, ale i se stále se zvyšující rychlostí jízdy. Těžká traumata jsou na prvním místě mortality ve věku od 1 - 45 let. „Akutní trauma je časově limitováno přibližně dobou 3 měsíců od úrazu. Je-li léčba úspěšná, nastupuje komplexní rehabilitace, která má klienta vrátit do sociální struktury rodiny a společnosti a umožnit mu předchozí nebo novou seberealizaci“ ^(3,s.17). Klienti s úrazy mozku bývají hospitalizováni na resuscitačních odděleních či na traumatologii. V případě stabilizovaného zdravotního stavu jsou z akutních lůžek předáváni dál na lůžka následné péče ⁽³⁾. Příčiny, které vedou ke vzniku tohoto syndromu, jsou nejčastěji kraniocerebrální poranění, nebo dlouho trvající hypoxie mozku. V souvislosti se špatnou oxygenací mozkové tkáně dochází k narušení kognitivních funkcí. Pokud se tato akutní situace neřeší včas, rozvíjí se stav zvaný AS, coma vigile, či permanentní vegetativní stav. Jde o soubor příznaků, které mohou vzniknout jako následek těžkého poškození mozku. Těmto klientům s těžkým postižením umožňuje kontakt se svým okolím koncept BS ^(3,4). BS patří v zemích Evropské unie k velmi aktuálním ošetrovatelským konceptům. Velkou předností tohoto konceptu je úzký fyzický kontakt mezi nemocným a osobou poskytující péči. Základem konceptu je schopnost vnímat reakce postiženého klienta, nahlížet na něj jako na osobnost se svou vlastní minulostí, zvyklostmi i jeho životními návyky. V tomto konceptu se pracuje s klientovými zachovalými schopnostmi nikoliv s deficitem. Tato péče vychází z aktuálních potřeb klienta, a proto se stává vysoce profesionální. Techniky BS přispívají ke zvýšení kvality života klientů. Tímto konceptem mohou pracovat nejen zdravotníci, ale také příbuzní klientů. Tyto techniky mají velmi dobrý vliv na jejich sociální interakci ^(3,4).

1.1 Neurofyziologie

„Obecná neurofyziologie se zabývá otázkami vzniku a přenosu informací v nervovém systému“^(21,s.129). Informace ze zevního a vnitřního prostředí určují následné, vhodné a přiměřené chování - tedy odpovědi. To aby zrak, sluch, taktilní, čichové a chuťové informace byly vůbec vnímány, je výsledek dlouhého vývoje, na jehož konci je vznik a existence smyslových orgánů a receptorů a současně s tím rozvíjející se nervová soustava^(21,24).

1.1.1 Nervová buňka

V každé odborné literatuře, která se zabývá problematikou činnosti nervové soustavy, je v úvodu zpravidla vysvětlen pojem nervová buňka - neuron. Jedná se o základní morfologickou i funkční jednotku nervové soustavy, kterou objevil roku 1835 J. E. Purkyně^(1,4,21,24). „Jde o mikroskopický útvar, který je pouhým okem neviditelný, i když může být dlouhý až jeden metr. Neuron je specializovaná buňka, která je schopna přijímat a zpracovávat určité signály a patřičnými signály odpovědět, vést podráždění, vytvářet kontakty s ostatními neurony a s receptory (smyslové senzitivní buňky) nebo efekторы (svaly, žlázy)“^(24,s.17).

Nervová buňka není schopna se dělit a rozmnožovat, poškozenou buňku již nelze nahradit, porušená vlákna ale srůstají. „Neuron má tři základní funkce a) trofickou, která je vázána na vnitřek buňky a je nezbytná pro strukturní neporušenost a funkční výkonnost neuronu, b) specifickou, což je schopnost tvořit a přenášet vzruchy, a je funkcí buněčné membrány, c) sekreční, spočívající v uvolňování chemických látek, které se společně nazývají mediátory“^(1,s.40). Jako každá buňka obsahuje jádro, jadérko a další organely. Neuron je celý pokryt buněčnou membránou. Z těla neuronu vybíhají výběžky, z toho jeden axon, který vede odstředivé vzruchy, a několik dendritů, které vedou vzruchy dostředivé. Většina axonů, kromě vegetativních, má myelinovou pochvu

s Ranvierovými zářezy asi tak 1 mm od sebe. Svazky axonů označujeme jako nervy, které vstupují do mozku z míchy a mají význam pro vedení vzruchů. V periférii se některé axony sdružují spolu s obaly v periferní nervy. Dělí se na různě velké množství výběžků, což umožňuje spojení se značným množstvím nervových buněk. Jestliže je axon přerušen, jeho distální část odumírá. Neuron je zajímavý tím, že počet těchto speciálních buněk dostáváme již při narození jako životní výbavu ve velkém nadbytku. Na rozdíl od ostatních buněk tělesných tkání učí novým informacím a vytvářejí tak náš nervový psychosomatický, tělesný a duševní potenciál. Nestačíme je během života všechny využít, proto postupně zanikají a mozek přirozeně atrofuje. Aktivní jsou jen ty neurony, které jsou neustále zapojovány do nervové činnosti. Nervový systém obsahuje kromě neuronů také gliové buňky, které jsou zastoupeny v mnohonásobné převaze. Jejich funkce je podpůrná a servisní, tzn., vyživují a ochraňují neurony, respektive celý nervový systém. Gliové buňky se množí dělením a mohou se na rozdíl od neuronů zvrhnout v nádorové bujení ^(1,4,21,24).

1.1.2 Přenos informací

Přenos informací v nervovém systému se uskutečňuje zásadně dvěma způsoby. Je to přenos pomocí tzv. akčních potenciálů (změn polarizačního napětí nervových membrán) nebo přenos pomocí specifických molekul, tj. neurotransmiterů. V centrálním nervovém systému (CNS) jde o kombinaci obou těchto možností ⁽²¹⁾.

Akční potenciál

Vzniká náhlou prudkou depolarizací membrány, kdy dojde k otevření iontových kanálů pro Na^+ a do vnitřního prostoru náhle vnikají sodíkové ionty. Tím dojde k obrácení polarity. Současně s otevřením kanálů pro Na^+ se otevírají i pomalejší kanály pro K^+ , které se uplatní ve fázi repolarizace. Akční potenciál u nervové buňky trvá asi 5 – 20ms ⁽²¹⁾.

Synapse

Představuje morfologický i funkční kontakt mezi membránami dvou buněk. Prostřednictvím těchto kontaktů je zprostředkován přenos informací. Neurony se v synapsích přímo nedotýkají, je mezi nimi synaptická mezera – štěrbina. Spojení se uskutečňují mezi nervovými zakončeními jednoho neuronu a vstupní membránou dalšího neuronu. Do tohoto prostoru je při doběhnutí akčního nervového vzruchu na presynaptickou membránu uvolněna chemická látka nazývaná neurotransmiter. Jde tak o předávání informace, kdy depolarizační impuls uvolní v nesynaptické části příslušné neurotransmitery – mediátory. Jedná se například o acetylcholin, noradrenalin, dopamin atd. ^(21,24).

1.1.3 Centrální nervový systém

Nervovou soustavu členíme na dvě anatomické a funkční části. Centrální nervovou soustavu (mozek a míchu) a periferní nervový systém ^(1,4). „Centrální (CNS) je mozek a mícha, periferní (PNS) jsou hlavové a míšní nervy (včetně jejich jader a předních a zadních míšních rohů). Z hlediska fyziologického se dělí na systém somatický a autonomní (viscerální). K somatickému systému patří struktury zajišťující aferentní senzitivní a senzorické informace (hmat, bolest, polohocit, zrak aj.) a eferentní ovládání kosterních svalů. Autonomní systém zajišťuje senzitivní informace z viscerálních orgánů a ovládání hladkých svalů, srdce a exkretorických žláz“ ^(1,s.27).

1.2 Apalický syndrom

O AS (a-pallium – bez kůry mozkové) se první zmínil v roce 1899 Rosenblatt. Nebylo však použito označení AS, tento termín byl poprvé použit u klienta s těžkým poškozením mozku. Jako první kdo AS popsal, byl prof. Gerstenbrand. Termín apalický je z latinského a - opak, chybění a slova pallium - plášť, mozková kůra a je možno ho doslovně přeložit jako chybění mozkové kůry ^(1,10,23,24).

AS, neboli vegetativní stav, vigilní kóma (coma vigile) je zvláštním typem poruchy vědomí. Jedná se o stabilizovaný následek těžkého postižení mozku, pokud nedošlo k smrti z působení primární noxy. Tento stav prochází specifickými stadii, přičemž úprava funkcí mozku může trvat 2 – 5 let s nejistým výsledkem. Výsledný stav bývá nezvratná a neupravitelná fáze. Příčinou může být různorodá globální hypoxie pro výpadek mozkové perfuze při zástavě srdce či dechu, škrčení, oběšení, při těžkém úraze rozsáhlá ischemie. Nejsou známky, že by nemocný chápal nebo vyjadřoval řeč. Klient svěrače močové ani konečníku nekontroluje ^(1,11,12,23,24).

Klient leží na lůžku, spontánně otevírá oči, kterými bloudí po pokoji. Je sice bdělý, ale na vnější podněty nereaguje a jiný kontakt s ním nelze navázat, není ani oslovitelný. Pohled nefixuje a nemá emocionální výraz. Jeho spánkový rytmus bývá zachován. Tento stav bývá často trvalý. Jde o těžké postižení kortikosubkortikální úrovně při zachované funkci mozkového kmene. Nemocný má zachovány kmenové reflexy včetně spontánního dýchání. Tento stav po akutním úrazu trvá 4 - 6 týdnů. Pokud nemocný nezemře, zůstává většinou ve stabilizovaném stavu. Nemocný sám dýchá, polyká, akce srdeční je normální a krevní tlak bývá stabilizovaný. Při vysoce kvalitní ošetrovatelské péči o takového klienta a prevenci infekcí a dekubitů žije týdny, měsíce, ale i roky. Prognóza je však velmi nepříznivá ^(1,11,15,23,24).

1.2.1 Etiologie

Nejčastější příčiny AS bývají déletrvající hypoxie, kyslíkový deficit mozku po dobu 5-10 minut a více, tonutí, šok, intoxikace, dlouhodobá resuscitace, mozkový edém, nádorová onemocnění mozku, dále různá poškození mozku, kontuze mozku, autonehody, havárie na motocyklech a různé pády ^(23,24).

Následky traumatického poškození mozku patří k nejčastějším příčinám invalidity. Těžkým traumatem mozku je zapříčiněno přibližně 40% všech úmrtí při dopravních nehodách. Mortalita klientů s těžkým mozkovým traumatem je přes všechny pokroky jak v klinické, tak v předklinické terapii nadále vysoká ^(17,23,24).

1.2.2 Poranění mozku

Kraniocerebrální poranění mozku je problém jak diagnostický, terapeutický, tak sociální. Rozvojem dopravy a riskantním využíváním volného času dochází k nárůstu těchto poranění. Kraniocerebrální poranění je široký pojem, který zahrnuje vše od měkkých poranění, přes zlomeniny lebky až po těžká poranění mozku ^(23,28).

Primární poškození mozku

Pod tímto pojmem se rozumí mechanické poškození mozkové tkáně způsobené traumatem, které nelze terapeuticky ovlivnit. Jedná se o fraktury lebky, mozkové kontuze, hematomy či drobné krevní výrony vznikající rupturou stěny cév při úrazu ^(23,28).

Sekundární poškození

Během sekundárního poškození intrakraniálního nebo extrakraniálního původu dochází k pozdnímu zániku nervových buněk. Příčinou tohoto sekundárního poškození mozkové tkáně mohou být komplikace nastávající během onemocnění, nebo patofyziologické změny probíhající v mozkové tkáni ^(23,28).

1.2.3 Diagnostika

Klinické vyšetření je nedílnou součástí již přednemocniční péče. Nejprve jsou zhodnoceny vitální funkce, následně je provedena anamnéza a je zahájeno základní neurologické vyšetření, jako je stav vědomí, reakce zornic a hybnost končetin. Vše se samozřejmě zaznamená do dokumentace. Dle stavu se lékař rozhodne, zda není nutná intubace. U všech klientů s těžkým poraněním hlavy musí být provedeno CT mozku. Při vlastním vyšetření hodnotíme nejprve stav vědomí pomocí ^(1,24,28).

1.2.4 Poruchy vědomí

Jedná se o stav bdělosti a uvědomování si sám sebe. Kontrolujeme, zda je klient orientovaný v osobě, místě (prostorem) a čase. V současné době nejvíce provádíme hodnocení stavu vědomí dle Glasgow coma Scale. Hodnotí se otevírání očí, motorická a slovní odpověď na nociceptivní podněty stupnicí bodů od 3 do 15. Nejnižší počet tří bodů odpovídá hlubokému kómatu. Nejvyšší možný počet bodů je 15, ten odpovídá plnému vědomí. Poruchy vědomí dělíme na kvantitativní a kvalitativní ⁽²⁴⁾. Tato škála k hodnocení poruch vědomí je uvedena v (příloze č. 6).

Kvantitativní poruchy vědomí

Jedná se o stejnoměrné zastření všech psychických funkcí jako je pozornost, myšlenková a pohybová aktivita a schopnost reagovat. **Somnolence** – projevuje se sníženou bdělostí až spavostí. Klient je ale probuditelný a lze s ním slovem nebo dotykem navázat kontakt. Jeho odpovědi bývají přiléhavé. **Sopor** – jedná se o hluboký spánek, z něhož lze klienta probudit jen silným podnětem (například bolestivým). Klient bývá dezorientovaný, na otázky odpovídá s prodlevou někdy nepřiléhavě, nebo neodpovídá vůbec. **Koma** – jedná se o hluboké bezvědomí, ze kterého nelze klienta probudit ani bolestivým podnětem ⁽²³⁾.

Vigilní koma = AS - klient bývá bdělý, žvýká a polyká potravu, pohybuje očními bulbami, ale nic nevnímá, není možné s ním navázat kontakt. Neudrží moč ani stolici, může mít další neurologické symptomy ⁽²³⁾.

Kvalitativní poruchy vědomí

Jedná se o poruchy pouze některé složky vědomí (poznávání). Jde o stav dezorientace a zmatenosti. Je porušen obsah vědomí, nikoli vigilita. Klinicky se projevuje amentními a delirantními stavy ^(10,23).

Obnubilace – jedná se o mráкотný stav, bývá charakteristický pro hypoglykémii. Tento stav připomíná opilost. Dochází k určité poruše kontinuity osobnosti. Klient si neuvědomuje své jednání, ale orientace časoprostorová je celkem zachována. Po odeznění této poruchy si klient nic nepamatuje ⁽²³⁾.

Amence – jedná se o zmatenost, kdy je klient dezorientován a neví přesně, kde je, ani jak se tam dostal. Neví ani, jaké je roční období.

Delirium – jedná se o obluzené vědomí, toxický stav. Tato porucha provází velmi bouřlivé projevy. Klient bývá naprosto dezorientovaný, rozrušený, úzkostný a má poruchy vnímání. Projevuje se bludy a neklidem. Mohou nastat iluze, halucinace, může vidět myši nebo cítí na sobě lezoucí šváby. Bývají i vegetativní příznaky, jako je bušení srdce a zvýšený krevní tlak. Tento stav může nastat u těžkých otrav včetně alkoholu, u horečnatých onemocnění, infekcí, ale i u jiných těžkých onemocnění. Je nutné u takovýchto klientů dbát zvýšeného dozoru, protože jsou nebezpeční sobě, ale i svému okolí ⁽²⁶⁾.

1.2.5 Ošetovatelská péče u AS

Zajistit komplexní hygienickou péči dvakrát denně.

Zajistit péči o výživu (nemocní mají sklon ke kachexii – umělá výživa je aplikována NGS nebo PEG).

Zajistit péči o vyprazdňování (nemocní jsou inkontinentní – moč je odváděna permanentním močovým katétrem, nebo epicystostomií, při odchodu stolice jsou využívány jednorázové pomůcky).

Zajistit péči o dýchací cesty (nemocní často ventilují spontánně, ale nejsou schopni udržet hygienu dýchacích cest – je nutné ohřívání a zvlhčování dýchací směsí, zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou a pravidelné odsávání sekretu z dýchacích cest).

Zajistit péči o pokožku (pokožka je spíš suchá – je nutné pravidelné promazávání).

Zajistit prevenci dekubitů (masírování zad, kontrola predilekčních míst, polohování).

Zajistit pravidelnou rehabilitaci (u nemocných je často patrná spasticita – úkolem je udržení hybnosti všech kloubů, prevence atrofí a ankylóz).

Provádět specifické polohování končetin zabraňující jejich patologickému postavení (plantární flexe, decerebrační postavení končetin, otočení hlavy k jedné straně - využívají se různé polohovací pomůcky a dlahy).

Využívat pasivní komunikace.

Zajistit dostatek impulzů z okolí pomocí rádia nebo televize (možné využití prvků bazální stimulace)

Umožnit pravidelné návštěvy rodinných příslušníků ^(11,15).

1.2.6 Nejčastější komplikace provázející klienty s AS.

Jsou to komplikace v oblasti gastrointestinální a různé krvácivé projevy v oblasti dýchacích cest různé druhy pneumonií, atelaktáza plic, stenóza trachey v souvislosti s dlouhodobou kanylací. V oblasti urogenitální, může nastat krvácení v souvislosti s permanentní katetrizací nebo případná urosepse ⁽¹⁶⁾.

1.2.7 Léčba

Klienti s AS jsou z hlediska ošetrovatelské péče řazeni jako nejnáročnější klienti, protože jsou zcela závislí na ošetrovatelské péči. Klienti ztrácí základní sociální vlastnost - schopnost komunikace, jsou z tohoto hlediska ze společnosti vyřazeni (pojem sociální smrt). Z hlediska léčebného klienti vyžadují ošetrovatelskou péči - zajištění výživy a péči o vyprazdňování. Péče o tyto klienty je dlouhodobá, speciální a komplexní. Pro ošetrující personál je psychicky i fyzicky velmi náročná. Klienti s AS bývají dlouhodobě hospitalizováni na ARO, JIP, neurologii, neurochirurgii, RHB jednotkách nebo v LDN a představují závažný zdravotní i sociální problém ^(11,32).

1.2.8 Rehabilitace u AS

Rehabilitace je bezesporu jednou z nejdůležitějších součástí pozdní terapie. S rehabilitací se již začíná v době, kdy klient je ještě v bezvědomí, neboť se jedná o metodu, s jejíž pomocí je možno zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn. V akutní fázi je rehabilitace zaměřena na pasivní cviky pohyby provádí druhá osoba - fyzioterapeut, sestra, pečovatel nebo přístroj. Hlavním cílem této metody je udržení fyziologické délky svalů, hybnosti kloubů a podpora propriocepce. Jelikož imobilita vede ke snížení plicní ventilace, je nutné provádět u klientů v bezvědomí dechová cvičení. Důležité jsou i tzv. vibrační masáže, při kterých ulehčujeme klientům odkšlívání a pomáháme uvolnit sputum v dýchacích cestách. K vibrační masáži postačí i ruce ošetrujícího personálu. Rehabilitační péče se odvíjí vždy od aktuálního zdravotního stavu klienta. Nutné je, aby byla rehabilitace dlouhodobá, soustavná a odborná. Rehabilitaci provádí nejen rehabilitační pracovníci, ale i sestra u lůžka či člen rodiny. Zapojení rodiny v péči o klienta s AS má velký význam a to nejen pro něj samotného, ale i pro samotnou rodinu ^(4,11).

1.2.9 Prognóza AS

Jestliže tato porucha vědomí trvá déle než 4 týdny, hovoříme o perzistentním vegetativním stavu, po delší době než 1 rok o permanentním vegetativním stavu. Jestliže stav trvá 12 měsíců po úrazovém postižení mozku, je návrat vědomí nepravděpodobný, jedná-li se o důsledek neúrazového postižení mozku, pak je návrat vědomí nepravděpodobný již po 3 měsících ^(1,11,23).

U traumatického poškození mozku je prognóza lepší. Pokud nedojde ke zlepšení mozkových funkcí do jednoho roku od vzniku postižení, je naděje na uzdravení, nebo úpravu zdravotního stavu minimální. V dnešní době AS nemusí nutně znamenat konečný stav, neboť správnou léčbou, rehabilitací, ošetrovatelskou péčí a intenzivní stimulací kortikálních funkcí může dojít k úpravě poškození. Tento proces však může trvat roky a klienti mohou kdykoliv ustrnout v některém ze stádií AS. Příčinou ustrnutí může být poškození samo, nevhodný kontakt, deprivace, hospitalismus nebo nedostatek podnětů. Mozek u klientů s AS je proto třeba neustále stimulovat podněty, aby došlo k novým synaptickým spojením a tím ke zvětšení synaptické sítě ^(11,23).

1.3 Historie a vznik konceptu BS

Koncept Bazální stimulace (BS) vyvinul prof. dr. Andreas Fröhlich, pracující od roku 1970 v Rehabilitačním centru pro děti s těžkým psychosomatickým postižením v Landstuhl v Německu. Pracoval zde jako speciální pedagog a během pěti let v rámci projektu svého doktorandského studia vypracoval koncept BS. V tomto centru u dětí s velmi těžkými změnami v oblasti vnímání v souvislosti mentálních retardací nebylo možné navázat žádnou verbální komunikaci. Andreas Fröhlich se zabýval podporou senzomotorické komunikace. S těmito dětmi navázal kontakt na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. Tento koncept je jednou z ošetrovatelských a léčebných metod používaných v praxi. Otevřel cestu ke klientům a umožnil jim zkvalitnit vývoj a prožívání života. Hlavní myšlenkou konceptu BS je potřeba holistického vnímání klienta. Jelikož se jedná o koncept a nikoli metodu, začal se prolínat s dalšími podpůrnými terapiemi, případně jejich prvky jako jsou například aromaterapie, muzikoterapie apod. ^(4,5,7,8,13).

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept BS prof. Christel Bienstein o deset let později. Byla to původně zdravotní sestra, která pracovala v oblasti intenzivní medicíny. Od poloviny osmdesátých let úzce spolupracovala s prof. A. Fröhlichem v problematice integrace konceptu do ošetrovatelské péče. Prokázala aplikaci konceptu prospěšnost u klientů ve vigilním kómatu. Schopnost jako je vnímání, komunikace a pohyb je u těchto klientů silně omezena či změněna. V roce 2003 převzala Christel Bienstein profesuru v oblasti výzkumu v ošetrovatelství na univerzitě v Brémách. Spolupracovala s odborníky jiných oblastí a koncept etablovala do geriatrické péče, neonatologické péče, psychiatrické a také paliativní péče. Dosažené výsledky byly stimulem pro mnoho odborníků z oblasti medicíny, aby se začali konceptem zabývat a podpořili jej svými vědeckými studiemi. Tato metoda je velmi dobře integrována do každodenní ošetrovatelské péče a zohledňuje individualitu člověka. Prof. Christel Bienstein a prof. Fröhlich vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu BS, aby byl zajištěn přenos do klinické praxe. Lektori jsou sdružení v Mezinárodní asociaci BS a jsou nositeli licence pro výuku tohoto konceptu. Musí absolvovat na vybraných vzdělávacích institucích v zahraničí čtyřsemestrální studium

konceptu a složit závěrečné zkoušky. Aplikovat koncept do péče lze na základě absolvování certifikovaného kurzu BS pod vedením lektora, který zodpovídá za správné nacvičení technik tohoto konceptu ^(4,5,7,8,18).

1.3.1 Současná situace

V Evropě

„Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství“ ^(4,s.14). Neodmyslitelnou součástí života je koncept pro lidi, kteří jsou jakkoli tělesně, duševně či mentálně postiženi, nebo kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu. Dokazování a přesvědčování o úspěšnosti má koncept BS za sebou již v 70. a 80. letech. Nyní se nachází v období, kdy se zavádí tento koncept do praxe. Rozšiřuje se počet terapeutů, kteří s konceptem pracují a sdělují si nové poznatky a zkušenosti na konferencích a seminářích ⁽⁴⁾.

V České republice

V roce 2000 Mgr. Karolína Friedlová poprvé informovala o konceptu zdravotnickou veřejnost prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na multioborové konferenci v Olomouci. Jako první základní kurz BS v České republice lektorovala v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od té doby již proběhlo mnoho základních i nástavbových kurzů. Zájem o tyto kurzy je z různých oblastí ošetrovatelství a mimo jiné jsou to učitelky zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ale i lékaři.

„Od roku 2004 je koncept integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h.“ ^(4,s.17). O rok později byl založen ve Frýdku-Místku INSTITUT BS, který je garantem poskytovaných seminářů a supervizí na pracovištích, kde aplikují tento koncept. V současné době pracují v České republice s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, například intenzivní péče, standardní oddělení, zařízení pro seniory, ústavy sociální péče, hospicové péče. Používá se velmi dobře i v intenzivní medicíně. Koncept přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a profesionály chrání před tzv. syndromem vyhoření ^(4,7,8).

1.4 Ošetrovatelská péče a její současné pojetí

Klient s AS bývá zcela neschopen péče o sebe sama, proto je nutné, aby mu byla veškerá péče poskytnuta ošetrujícím personálem nebo rodinou. Je nutné vnímat klienta jako bytost se svými bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami ⁽⁴⁾.

Aby se vše dalo zakomponovat do ošetrovatelské péče, je zapotřebí třech pilířů. Jeden z nich jsou ošetrovatelské koncepty, to jsou metody, postupy, standardy a vzdělávání. Druhým pilířem neméně důležitým je autobiografická anamnéza klienta. Třetím pilířem je integrace příbuzných do péče o jejich blízkého ⁽⁵⁾.

1.4.1 Ošetrovatelský proces z pohledu sestry

Ošetrovatelský proces je série činností, které se provádějí ve prospěch nemocného pro realizaci cílů ošetrovatelství. Na této aktivní činnosti se podílí především sestra společně s klientem. Jde o logickou metodu poskytování ošetrovatelské péče, která se skládá z 5 fází ⁽²⁹⁾.

1. fáze - zhodnocení nemocného a zjištění potřebných informací
2. fáze - stanovení ošetrovatelské diagnózy
3. fáze - plánování ošetrovatelské péče
4. fáze - provedení navržených opatření – realizace
5. fáze - hodnocení efektu poskytnuté péče ⁽²⁹⁾.

Význam ošetrovatelského procesu

Tento cyklický proces je základem pro poskytování individualizované péče. Vede ke zvyšování kvality, efektivnosti různých metod a technik použitých při ošetrování nemocných. Sestra klienta tak lépe pozná a umožňuje jí chápat člověka jako individualitu a holistickou bytost a ne jen jako diagnózu ⁽²⁹⁾

1.4.2 Charakteristika konceptu BS

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, pomocí smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat, jsme se naučili pohybovat a komunikovat“^(4,s.19). Z nejnovějších vědeckých poznatků vyplývá, že člověk je schopen vnímat i ve stavu bezvědomí či agonie. Základním prvkem je pohyb, komunikace a vnímání. BS cíleně stimuluje smyslové orgány. Tím pádem lze znova aktivovat mozkovou činnost a používáním stimulace je umožněn vznik nových spojení dendritů v mozku. Tento koncept se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a je schopen přizpůsobit se věku a stavu klienta. Každý člověk je individualita, a proto má každý jiné požadavky, tento koncept to zohledňuje v celé své šíři. Lidé v kritických životních situacích potřebují komunikační kulturu, jejímž základem je kvalitní ošetrovatelská péče ^(4,7,13).

1.4.3 Cíle a poslání BS

Cílem BS je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených klientů docházelo k podpoře rozvoje vlastní identity, k umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a ke zlepšení funkcí organismu. Vychází z těchto základních principů:

- Smysly vnímání se utvářejí postupně
- Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení
- Člověka formulují jeho zkušenosti
- Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá
- Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat ⁽⁵⁾.

1.4.4 Plánování ošetrovatelské péče dle konceptu BS

BS lze integrovat v ošetrovatelské péči během služby tak, aby nebylo nutné spotřebovat více času než k „normální ošetrovatelské péči“. Například místo normální tělesné koupele lze klientovi poskytnout osvěžující celkovou koupel dle konceptu BS. Každá ošetrovatelská aktivita by měla být plánována tak, aby se klientovi stala příjemným zážitkem. U plánování ošetrovatelské péče je zohledněn denní rytmus klienta. Poskytované stimulační by měly trvat přiměřeně dlouho, jinak lze u klienta překročit hranici jeho schopnosti se koncentrovat a podněty přijímat. Lidé obecně dodržují, ať vědomě či nevědomě, v běžném denním životě určité rituály. Proto by se měly tyto rituály dodržovat a přihlídnout k těmto aspektům. Péče je založena na principu zohlednění autobiografické anamnézy, je prováděna za podpory celého ošetrovatelského týmu se spoluúčastí rodinných příslušníků klienta ^(4,7).

Největší část práce sestry je základní ošetrovatelská péče a tedy i celková koupel, či masáž podle konceptu BS je terapeutický zákrok, kterým u klienta docílíme potlačení stavu zmatenosti či neklidu a agresivity.⁽²⁰⁾

1.4.5 Dokumentace ošetrovatelské péče dle konceptu BS

Velký význam má kontinuální a systematické zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace. Umožňuje zaznamenat reakce klienta na příslušnou stimulaci, zda ho některé stimuly zatěžují či ne. Sledujeme a zaznamenáváme jeho vývoj a stav vědomí. Tato dokumentace usnadňuje vhodné plánování, koordinaci péče tak signalizuje vysokou profesionalitu ^(6,7). Návrhy dokumentace jsou k dispozici v (příloze č. 10,11,12).

1.5 Somatická stimulace

Stimulace dělíme na bazálně stimulující, zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogickou, symetrickou, rozvíjející a diametrální. „Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam“^(5,s.9).

„Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu“^(4,s.64). Výchozím bodem je pro každého jedince zkušenost se svým vlastním tělem. Vývoj oblastí jako je motorika, emoce, vnímání, komunikace, kognice a sociální zkušenost by měla být v rovnováze. Každý jedinec má schopnost si uvědomovat své já. Dále je nutné, aby si klient uvědomoval hranici svého těla a své tělo vnímal symetricky. Nutné je podpořit vnímání tělesného schématu vizuální kontrolou svého těla a to může zajistit zrcadlová terapie. Koncept rozvíjí podporu vnímání, a proto je tolik důležité, aby se klientovi dostávalo jasných a cílených doteků. Ruce mohou poskytovat různé informace, ale je možno použít například froté ručníky, zvířecí kožky, hmatové sáčky naplněné různými materiály (rýží, kaštany, pískem, korálky, luštěninami apod.), rehabilitační míčky s hroty atd. K tomu, abychom stimulovali a dosáhli intenzivnějšího kontaktu, je dobré použít například žínku nebo froté ručník^(4,5).

BS formuje vztah mezi klientem a ošetřujícím personálem. Pomáhá učit vzájemně se vnímat a současně nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme či ne. Především mu umožňuje cítit hranice svého těla a cítit přítomnost jiné osoby⁽⁵⁾.

„Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi. Vnímání somatické, tedy podráždění na povrchu těla, začíná již koncem 8. týdne prenatálního vývoje“^(4,s.63).

„Somatické podněty se dostávají plodu následkem tlaku stěny uteru a plodové vody na svém těle, plod si cucá palec. Dále se vyvíjí schopnost vnímat vibrace a chvění děložní stěny následkem pulzování matčina srdce a aorty, žaludeční a střevní peristaltiky matky. Hlas matky je přenášen v podobě vlnění plodovou vodou a embryo si je uvědomuje jako

vibrace a také zvuky. Od 16. týdne intrauterinního vývoje plod zpracovává vestibulární podněty, kdy plod vnímá polohy svého těla, ale i změny polohy matky. Během dalšího postnatálního vývoje získává člověk další schopnosti vnímání, a to auditivní, olfaktorické, taktilně-haptické a optické. Koncept se uplatňuje především v péči o postižené děti, klienty v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin, dále o dlouhodobě nemocné upoutané na lůžko, geriatrické klienty, ale i v intenzivní medicíně ^(4,s.63).

Otázky pro somatickou anamnézu jsou uvedeny v (příloze č. 3,4).

1.5.1 Iniciální dotek v ošetrovatelské péči

Nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit strachu a nejistoty. Proto bychom měli dát vždy jasně najevo, kde začíná a kde končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. INICIÁLNÍHO DOTEKU ^(4,13,31).

Na základě biografické anamnézy zvolíme nejvhodnější místo na klientově těle. Centrální místo může být například rameno a periferní ruka. Volíme vždy zdravou část. Pevným a zřetelným dotekem ho vždy informujeme o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Vhodná místa jsou rameno, paže a ruka. Tento iniciální dotek musíme také podpořit verbálně. Celý tým ošetrovatelů musí tento dotek respektovat a před zahájením a ukončením činnosti ho klientovi poskytnout. Nezbytným předpokladem bývá legalizace iniciálního doteku jeho zapsáním do ošetrovatelské dokumentace a vhodné je umístit ceduli se zvoleným místem k lůžku ^(4,13,31).

1.5.2 Význam doteků

Mezi základní lidské schopnosti patří doteky. Jedná se o nejjednodušší přirozenou formu komunikace beze slov. „Koncept Bazální stimulace není doteková terapie a nelze jí s tímto pojmem zaměňovat“^(4,s.72). Pomocí doteků lze také utvářet vztahy. Neméně důležitá je ale i kvalita nabízených doteků. Přes ně se k nám dostává spousta impulsů ze zevního prostředí, ale také my přes doteky s naším okolím komunikujeme. Již malé děti se učí poznat jednotlivé předměty tím, že si je musí osahat. V ošetrovatelské péči se o významu doteků nikdy příliš nehovořilo. Přitom ruce ošetřujících jsou pro klienta médiem. Proto musí být doteky zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby jejich nedostatečná kvalita nevyvolávala u klienta pocit nejistoty a strachu. Kvalitu doteků ovlivňuje i počet rukou na těle klienta. Není jednoduché se orientovat v situaci, kdy na jeho těle pracuje více rukou. Při dotýkání hraje velkou roli i lokalita a intenzita. Klientovi se proto musí dát vždy jasně najevo, kdy u něj začíná a kdy končí naše přítomnost. Při jakémkoliv kontaktu s klientem je nutno použít iniciální dotek a oslovení. Slovním vyjádřením seznámíme klienta s tím, co bude následovat^(5,7,13).

1.5.3 Vnímání a komunikace

Tělesný a duševní vývoj každého člověka je proces, který je závislý na výživě, péči a podnětech. Díky naší schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace je ve vzájemné interakci. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Ztráta schopnosti pohybu vede k senzorické deprivaci. Každá komunikace potřebuje vždy určité médium. Nejnáročnější je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout jistotu. Významný prvek v komunikaci jsou doteky. Způsob jakým se dotýkáme a jak dovolíme svému okolí, aby se nás dotýkalo, souvisí s našimi životními prožitky a zkušenostmi^(4,5).

1.5.4 Podpora vnímání pomocí polohování

„Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 30 minutách“^(4,s.91). Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Je zapotřebí eliminovat málo podnětné okolí s nedostatkem senzorických podnětů. Polohováním poskytneme jak stimulaci somatickou, tak vestibulární. Okolí má být podnětné, neboť klient sám sebe málo vnímá a ztrácí tělesnou a psychickou orientaci. Nastává tak degenerativní habituace – návyk^(4,5).

Následky habituace:

- poruchy vnímání těla
- poruchy tělesné identity
- poruchy koordinace
- chybná interpretace působení okolí
- nápadné chování, stavy neklidu až agresivity
- poškození intelektu
- emocionální změny (deprese)
- ztráta identity osobnosti^(4s.91).

Následkem ztráty orientace pak zpravidla bývá klient zmatený až agresivní. Zvláště měkké a vzduchové matrace podmiňují změny v oblasti vnímání. Začít můžeme „mikropolohováním“ pomocí srolovaného ručníku, povlečení a polohovacích polštářků. Další vjemy klientovi můžeme zprostředkovat tzv. polohou „mumie“. Užívá se především u klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Jde o klienty ve vigilních kómatech. Dále tuto polohu můžeme použít jako nefarmakologický postup s cílem eliminovat stavy neklidu a agresivity. Další polohou je poloha „hnízdo“. Tato poloha navozuje klientům příjemné pocity jistoty a bezpečí. Provádí se vleže na zádech, ale i na boku či vsedě. Srolujeme dvě deky do pevné role, klienta dáme do jeho oblíbené polohy a srolovanými dekami ohraničíme klientovo tělo. Třetí dekou klienta přikryjeme^(4,7).

1.5.5 Kontaktní dýchání

Základní lidskou potřebou je dýchání. Nedostatečná ventilace vede ke snížení tělesné síly a nedostatek energie neumožňuje člověku vnímat okolní svět. Tato masáž má vysokou komunikační hodnotu a navozuje mezi klientem a terapeutem pocit jistoty. Má zklidňující efekt. Využití je velmi široké, jak u klientů s povrchním dýcháním, tak i se zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí dechu. Dá se částečně tlumit i bolest a řešit případnou poruchu spánku. Masáž stimulující dýchání dále jen MSD i kontaktní dýchání mohou být využity jako prostředek k navázání komunikace s klientem. Je součástí dechové gymnastiky. Cílem je pomoci klientovi přejít na klidné a hluboké pravidelné dýchání. Při aplikaci používá terapeut své ruce jako medium a olejíček, či pleťové mléko. Rytmus dýchání se při správném provádění upraví a uvede se do frekvencí dechu ošetřujícího ^(4,5,7,13).

1.5.6 Techniky somatické stimulace k podpoře dýchání a vnímání

V konceptu BS se pracuje velmi často a intenzivně s dechem klienta, proto je naším cílem dýchání podporovat. K tomu nám slouží techniky jako je kontaktní dýchání, kontaktní vibrační dýchání a MSD. Cílem je dosáhnout pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. „Mnoho vědeckých studií dokázalo, že MSD redukuje stavy neklidu a zmatenosti“ ^(7,s.31). Tento intenzivní kontakt, klidné a stejné doteky klientovi přinášejí pocit jistoty a bezpečí. Pro masáž volíme záda, a pokud je to možné, tak v poloze vsedě. Uvolníme oděv na zádech tak, abychom mohli pracovat s masážním krémem. Neoptimálnější poloha je na židli rozkročmo. Na ruce nanese krém, olej či tělové mléko a nejprve zahřejeme na tělesnou teplotu. Ruce přiložíme na zátylí klienta, pak pomalu ruce spouštíme podél páteře dolů až k sakrální oblasti. To celé provedeme nejméně třikrát a kontakt s pokožkou nepřerušíme. Svými rukama vytváříme tři kruhy, které opakujeme nejméně tři minuty. Vyvíjíme přiměřenou fyzickou sílu, abychom manuálně zvedali hrudník a pomohli klientovi jím opět klesnout. Dá se říci, že svými rukama ošetřující za klienta dýchá ^(4,7).

Obecné zásady v konceptu BS

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Tyto lidské potřeby nejsou neměnné. V průběhu života se vyvíjejí a kultivují, a to zejména v době nemoci ⁽¹⁹⁾.

Při každém kontaktu s klientem se snažíme dotýkat klienta těla oběma rukama. Během stimulace bychom neměli odcházet, nebo být jinak jakkoli rušeni. Neměli bychom hovořit s třetí osobou. V místnosti by měla být příjemná teplota a měla by vládnout klidná atmosféra. Jakákoli činnost by neměla trvat déle než 15 minut. Vždy musíme průběžně sledovat stav klienta a mít na paměti, že to co platilo dnes, nemusí platit zítra. Když zdravotní stav klienta dovolí, necháme ho při zklidňující koupeli zkontrolovat buď teplotu vody, nebo mu nechat přivonět k jeho oblíbenému mýdlu a tím navodíme případnou spolupráci ^(4,5,7).

U stimulace zklidňující se tahy žínkou provádí ve směru růstu chlupů. Protože každý chlup, či vlas je u kořene obklopen nervovou pletí. Ta registruje pohyb a předává tuto informaci dále do mozku ^(4,5,7).

Rozdíl je u stimulace povzbuzující, tam se tahy provádí proti směru růstu chlupů. Nepoužíváme ji u klientů dezorientovaných, neklidných a s čerstvým krvácením do mozku ^(4,5,7).

1.6 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje a mění své polohy v závislostech na činnostech, které vykonává během dne. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy. Za koordinaci pohybů zodpovídá vestibulární aparát. Pokud dochází ke změně polohy, mohou se projevit problémy jako je kolaps, nauzea, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí, nebo také poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru. Tuto stimulaci aplikujeme u klientů upoutaných na lůžko, ale i u apalického syndromu. Hlavou klienta otáčíme mírně do stran a hlava je neustále v kontaktu s podložkou a svými rukama jí fixuje terapeut. Tento pohyb stačí provést 3 – 5x. Provádíme vždy na začátku jakékoliv činnosti se změnou polohy u klienta. Nejlepší metodou je uložení klienta do houpacího látkového vaku, kdy umožníme ještě výraznější působení gravitace na klientovo tělo. Vestibulární stimulace napomáhá zprostředkovat informace o postavení v prostoru. Redukuje závratě, z otáčivého pohybu, snižuje napětí flexorů a extenzorů a připraví organismus na případnou mobilizaci^(4,5,13).

Vestibulární stimulaci aplikujeme v péči

- u klientů upoutaných na lůžko déle než 3 dny
- u lidí s omezenou možností pohybu
- u klientů ve vigilním kómatu
- u klientů s hlubokou mentální retardací
- u klientů s rozvíjející se spastickou extenzorů a flexorů^(4s.106).

1.7 Vibrační stimulace

Vibrace působí na klienta velice stimulačně. Vnímání vibrací se děje ve směru od periferie dovnitř těla. Vibrace umožňuje pocítit a uvědomit si stabilitu a pospolitost těla se skeletem. Může také ovlivnit dýchání a to tím, že ho může prohloubit, nebo napomoci k jeho rytimizaci. Média k vibrační stimulaci jsou různá, například obyčejný hlas, ladička, dupání, klepání, ruce, které provádějí vibrační pohyby, nebo elektrické přístroje - malé vibrátory na baterky, holicí strojek, elektrický zubní kartáček a jiné. Můžeme tyto přístroje vkládat klientovi do ruky a stimulovat ho. Místa aplikací jsou různá, můžeme použít například patu, pánev, předloktí, paže, ale i jiná místa. Vždy se ale jedná o vibrace těla na tělo. Tyto tři druhy stimulací somatická, vibrační a vestibulární se nazývá **Trilogie** ^(4,5,7,13).

Cíle bazálně stimulující péče.

- Zachovat život a zajistit vývoj.
- Umožnit klientovi pocítit vlastní život.
- Poskytnout pocit jistoty a důvěry.
- Rozvíjet vlastní rytmus klienta.
- Umožnit klientovi poznat okolní svět.
- Pomoci mu navázat vztah.
- Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
- Pomoci klientovi uspořádat jeho život.
- Poskytnout mu autonomii a zodpovědnost za svůj život ^(6,s.3).

1.8 Nástavbové prvky stimulace v konceptu BS

1.8.1 Optická stimulace

„Zrakový vjem je spolu se sluchovým smyslovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem poznávání okolního světa a k navázání komunikace.“ (4,s.109)

Zrakový vjem umožňuje člověku poznávat okolní svět, orientovat se v něm, vnímat okolní prostředí, pocítit jistotu a schopnost se učit. Jestliže člověk nemůže svůj zrakový vjem používat, je odkázán na ostatní smysly. Klientovo okolí bývá většinou nudné a prosté od vizuálních podnětů. Okolí může být velmi stresující, klientovi se naskýtá pohled na holý strop nebo na přístroje, kterým nerozumí. To v něm může vyvolat úzkost a strach. Pro optickou stimulaci je velice důležitá jakákoli změna tělesné polohy. Kolikrát stačí malá změna polohy hlavy a klientovi se tím mění zorné pole. Tím, že klientovi měníme polohy, umožníme mu sledovat okolní dění, ale také se orientovat na svém těle. Tím posilujeme jeho pocit jistoty a bezpečí. Změna polohy znamená současně vestibulární a somatickou stimulaci. Je nutné klienta informovat a vysvětlit mu, co se s ním děje nebo co se v okolí nachází. Je nutné vždy sledovat jeho reakci na poskytované podněty a informace. Zvláštní pozor je nutné dát na negativní emoce a negativní stimulaci. Optická stimulace neznamená jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole klienta, ale také poskytnout možnost změnit prostředí, jako je např. opustit pokoj^(4,6).

Zrakový vjem umožňuje člověku:

- poznávat okolní svět
- orientovat se
- uspořádat své okolní prostředí
- poznávat lidi a předměty
- prožívat pozitivní vjemy
- posílit pocit jistoty
- schopnost učit se^(4s.109).

1.8.2 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci a rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč. Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a rozlišování schopnosti pro jednotlivé zvuky. V praxi to znamená poskytovat maximální počet slovních sdělení a naopak eliminovat zvuky pro klienta nejasné nebo nepříjemné. Možnosti auditivní stimulace je hudba, vyprávění, zpěv a zvuk různých nástrojů. Je vždy nutné zohlednit auditivní biografickou anamnézu.^(4,6)

Příklad této anamnézy je uveden v (příloze č. 5)

Prostředky pro auditivní stimulaci:

Řeč - a to jak vyprávění, předčítání, nebo reprodukce řeči ze záznamu. Lze nahrát hlasy příbuzných, kamarádů, spolužáků nebo spolupracovníků. Příbuzní se často ptají, co mají lidé v kómatu vyprávět. Tedy doporučujeme, ať vyprávějí, co dělali dnes, co je doma nového a co budou dělat zítra^(4,6).

Hudba - je vhodná a to jak reprodukováná z přehrávače, z rádia nebo z televize. Nebo produkovaná přímo u klienta například hrou na hudební nástroj. S hudebními nástroji pracují muzikoterapeuti, kteří využívají speciálně upravených nástrojů k současné aplikaci somatické, vestibulární a vibrační stimulace^(4,6).

Zpěv - a to mohou zpívat příbuzní klienta jeho oblíbené písničky. Aby byla sluchová stimulace efektivní, předpokládá se znalost klientových sluchových schopností a také deficitů. Platí i zásada, že by se klientovi neměla pouštět televize nebo rádio a během toho hovořit s třetí osobou^(4,6).

1.8.3 Orální stimulace

Nejcitlivější a nejvnímavější tělesnou zónu představují ústa, jsou vnímána jako zóna intimní. Slouží ke komunikaci, příjmu potravy, vnímání chutí, vůně a konzistence. Cílem orální stimulace je zprostředkovat klientovi vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání. Při jídle a orální stimulaci je důležitá poloha klienta. Pro stimulaci je vhodné použít různé cucací váčky vyrobené smotáním oblíbené potraviny do mulu a namočené do minerálky. Váček se vloží do dutiny ústní a klient může se sáčkem v ústech manipulovat a tím stimulovat chuťové buňky. Tento druh orální stimulace se uplatňuje především u osob s PEG sondou a také osob, které jsou dočasně odkázány na umělou výživu. Při výběru média je důležité zohlednit autobiografickou anamnézu. Invazivním vstupem do dutiny ústní lze vyvolat u klienta i nepříjemný zážitek, proto je důležité nespěchat a mít dostatek trpělivosti ^(4,6).

Ústa slouží ke splnění mnoho funkcí:

- k příjmu potravy
- ke komunikaci
- k vnímání chutí, vůní
- k vnímání konzistence
- k vyjádření emocí
- k dýchání
- někdy i pracovní nástroj
- k prožitkům - chuťovým, erotickým, ale také z cigarety ^(6s.10).

Předpoklady pro úspěšnou orální stimulaci

Klientovi umožníme takovou polohu, ve které se může na své požitky a vjemy lépe koncentrovat. Umozníme mu ochutnat to, co je mu příjemné, jeho oblíbené a známé chutě dle biografické anamnézy. Klienta pozorujeme a sledujeme jeho reakce ^(4,6).

1.8.4 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organizmus hlavními vyvolavateli vzpomínek. Vůně asociují různé libé i nelibé pocity. Každý člověk má své různé oblíbené vůně, proto je důležité zohlednit autobiografii klienta. Je vhodné integrovat do péče jeho oblíbené vůně např. osobních toaletních potřeb. Vůně vlastních toaletních prostředků pomůže pochopit klientovi správnou situaci, např. že se jedná o ranní toaletu. Vhodné jsou i různé druhy vůně, například jídla, a naopak nevhodné jsou vonné svíčky. Olfaktorickou stimulaci je vhodné aplikovat také z důvodu poskytnout klientovi schopnost orientovat se v dané situaci. Tím navodit pocit jistoty a bezpečí. Pokud je situace transparentní, člověk nemá důvod se bát. Je vhodné kombinovat optickou a taktilně-haptickou stimulaci současně ^(4,6).

1.8.5 Taktilně – haptická stimulace

Jedná se o schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty a tím rozvíjet oblast poznávání. Během života získáváme zkušenosti a ty pak uchováváme v paměti. Klient má potřebu identifikovat předmět, který nahmatá. K taktilně-haptickým stimulacím se používají u dětí například hračky nebo jiné předměty se zajímavým povrchem a tvarem u dospělých užíváme pomůcky například k výkonu povolání nebo různé předměty denního života - mobilní telefon, klíče, hřeben atd. Tyto předměty velmi stimulují paměťovou stopu u klientů ve vigilním kómatu a po úrazech mozku. Pokud není klient sám schopen pohybovat prsty, provádíme stimulaci u klienta asistovaně. Neklidní hyperaktivní klienti, jejichž ruce jsou velmi aktivní, většinou potřebují identifikovat předmět, který nahmatali. To je dáno tím, že ruka spolu s ústy je nejaktivnější místo na těle ^(4,6).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

V našem kvalitativním výzkumu jsme zjišťovali účinek konceptu BS v ošetrovatelské péči u klienta s AS. Zajímalo nás, zda integrace tohoto konceptu do ošetrovatelské péče těmto klientům přinese zlepšení zdravotního stavu. Zjišťovali jsme názory a postoje pečujícího ošetrovatelského personálu a rodinných příslušníků klientů. Součástí práce je vyhodnocení informací, které jsme získali prostřednictvím rozhovorů a pozorování.

1.9 Cíl práce

Zjistit účinek konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u klienta s apalickým syndromem.

1.10 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s apalickým syndromem při pravidelném provádění prvků z konceptu Bazální stimulace z pohledu ošetrovatelského personálu?

Výzkumná otázka 2:

Došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s apalickým syndromem při pravidelném provádění prvků z konceptu Bazální stimulace z pohledu rodinných příslušníků?

3. Metodika

1.11 Metodika práce:

V kvalitativním výzkumu byla technikou sběru dat použita metoda kazuistiky jednotlivých případů. Bylo použito přímé a nepřímé pozorování klientů po dobu jednoho měsíce při provádění prvků z konceptu BS. Dále byl použit nestandardizovaný rozhovor, který probíhal ve spolupráci s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klientů. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře, formou dotazování na okruhy z připraveného dotazníkového formuláře. Pozorování klientů a rozhovor s ošetřujícím personálem mělo potvrdit, nebo vyvrátit mé výzkumné otázky. Výzkum byl orientován v celé šíři holisticky. Okruhy otázek k rozhovoru uvádím v (příloze č. 7,8).

1.12 Charakteristika výzkumného souboru:

Výzkumný soubor tvořilo pět klientů s AS ze třech různých zdravotnických zařízení. Devět ošetrovatelských pracovníků pečujících o tyto klienty a šest rodinných příslušníků. Jedním bylo soukromé zařízení Medi Help, spol. s r.o. v Dobříši v okrese Příbram, kde probíhal rozhovor u čtyř všeobecných sester pečujících o klienta s AS a jeho manželkou. V nemocnici Písek, a.s. na apalické jednotce, kde probíhal rozhovor se dvěma všeobecnými sestrami a se staniční sestrou a rodiči a synem klientů. A v Prácheňském sanatoriu, o.p.s. Písek, probíhal rozhovor se dvěma odbornými ergoterapeutkami, otcem a manželkou klientů. Rozhovor s rodinnými příslušníky probíhal v přátelské atmosféře v klidném příjemném prostředí, které bylo předem dohodnuto. Někdy i přímo u lůžka klienta, to mělo kupodivu pozitivní účinek pro obě dvě strany. Byl u toho navázán vztah až intimní zóny, který je umožněn pouze rodinným příslušníkům.

4. Výsledky

1.13 Kazuistika: č. 1

Muž Luboš K. 47 let, ženatý, otec dvou synů, pracoval jako horník Uranových dolů v Příbrami. V roce 1985 byl při výkonu své práce zavalen. Mimo jiná poranění utrpěl zlomeninu klíční kosti a pravá ruka mu zůstala jako následek pracovního úrazu nehybná. Dostal invalidní důchod a pobíral rentu. 6. 12. 2005 byl doma sám, manželka Jitka byla v práci a synové na tréninku. Ten den se mu stal osudným. Nikdo neví, co se doma odehrálo. Synové při návratu domů našli otce na zemi. Neprodleně zavolali RZP a ti otce převezli do pražské nemocnice Motol (odd. ARO) k evakuaci rozsáhlého epidurálního hematomu. Následoval edém obou hemisfér, nastalo hluboké vigilní kóma. Byla mu zavedena tracheotomie a PEG. Prognóza byla nepříznivá, ale stabilizovaná. Klienta následně převezli spádově na oddělení ARO Příbram, kde lékaři odstranili tracheostomii a manželka Jitka proto hledala nějaké zařízení následné péče v okolí svého bydliště. Dne 8. 11. 2007 byl klient převezen do léčebny dlouhodobě nemocných, kde leží dosud. Pan Luboš má to štěstí, že manželka ho denně navštěvuje po celé dlouhé roky. Denně se tak může těšit na návštěvu svých nejbližších. Má zajištěnou komplexní ošetrovatelskou péči od ošetřujícího personálu. Pro stagnaci hlenu je pravidelně odsáván a je prováděna nebulizace. P. Luboš je inkontinentní, spastický a na polovinu těla ochrnutý. V přítomnosti manželky reaguje na její hlas (mluvené slovo). Existuje vysoké riziko imobilizačního syndromu, proto je věnována zvýšená péče o antidekubitární prevenci a rehabilitaci dle možností. Prvky z konceptu BS ošetřující personál u klienta vědomě neprovádí, některé prvky jako například dotyky provádějí bezděčně. Mým cílem je ve spolupráci s manželkou vhodné prvky z konceptu BS integrovat do ošetrovatelské péče a posoudit, zda přinesou zlepšení zdravotního stavu z pohledu manželky a ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelská anamnéza NANDA taxonomie II.

Diagnosticke domény a jejich třídy

Doména 1 **Podpora zdraví** - Před úrazem byl p. Luboš v invalidním důchodu, protože v šachtě prodělal pracovní úraz klíční kosti. Byl operován, žádné léky neužíval, na své zdraví byl v celku opatrný. Nyní je imobilní, spastický a spolupracuje minimálně. Nynější zdravotní stav si neuvědomuje.

Doména 2 **Výživa** - Byl vždy štíhlý, nyní váží 60 kg a měří 185 cm. Mezi jeho oblíbená jídla manželka uvedla svíčkovou na smetaně s kynutým houskovým knedlíkem a guláš. Z nápojů měl velmi rád pivo. Co vyloženě neměl rád, byla dušená mrkev a fazole. Nyní je vyživován do PEGU mixovanou stravou s různými doplňky stravy. Umělá výživa je podávána bolusově.

Doména 3 **Vylučování** – P. Luboš je nyní plně inkontinentní, má zaveden permanentní močový katétr, často se mu ale ucpává močovými krystaly, a proto je nutný pravidelný proplach sterilním fyziologickým roztokem a častá výměna podle potřeby. Trpí zácpou a proto je věnována vyprazdňování zvýšená péče. Kůže v intimních místech je při výměně plenkových kalhotek dostatečně ošetřována vhodnými hygienickými pomůckami, které si zajišťuje manželka, tedy u p. Luboše nejsou žádné známky začervení kůže.

Doména 4 **Aktivita odpočinek** – P. Luboš nyní rehabilituje pasivně, jak s fyzioterapeutkou, tak s manželkou a syny. Denně se p. Lubošovi intenzivně pečlivě věnují. Cvičení spočívá v pasivním uvolňování spazmů a častým mikropolohováním pacienta. Spánek mu nečiní potíže, spává velmi často i během dne, rád poslouchá televizi, tedy je mu pouštěna ve dne v noci. Denní světlo mu nečiní potíže. Je nutné mu proto neustále dělat program, aby se mu nepřevrátil spánkový rytmus, a to se daří. Lůžko má podél okna, aby viděl nebe, stromy a zdi. Okolí lůžka má vyzdobené známými předměty od jeho rodiny.

Doména 5 **Vnímání poznávání** - Vnímání je u p. Luboše obtížné, spolehlivě pozná manželku Jitku po hlase, která za ním denně dochází. Ostatní lidi i personál vnímá bez emocí. Na cizí lidi reaguje celkovým neklidem, pohled při tom nefixuje.

Doména 6 **Vnímání sebe sama** - Sebe p. Luboš moc nevnímá, nemůže nijak reagovat a ani necítí potřebu. Při pohledu do zrcadla jsme nabyly dojmu, že se do sebe zahleděl, nedokážeme ale posoudit, zda to nebyla jen náhoda.

Doména 7 **Vztahy** – P. Luboš bydlel dříve v rodinném domě s manželkou a dvěma syny. Rodinné vztahy jsou velmi dobré, má denně u sebe na návštěvě manželku a občas syny a svou maminku.

Doména 8 **Sexualita** - Jeho reprodukční schopnosti jsou v rámci zdravotního stavu nečinné.

Doména 9 **Zvládání zátěže odolnosti vůči stresu** – Manželka uvádí, že si důchodu uměl užívat. Pracoval na zahradě okolo domu a občas zašel s kamarády na pivo. Problémy si nijak nepřipouštěl. Doma se občas hádal, ale nebylo to nic vážného.

Doména 10 **Životní principy** – P. Luboš je ateista.

Doména 11 **Bezpečnost ochrana** - Je zde velké riziko neprůchodnosti dýchacích cest a riziko aspirace. Manželka ho dokáže sama mírnou poklepovou masáží vyprovokovat k produkci hlenu a následně odstát.

Doména 12 **Komfort** - Bolest snáší velmi dobře, je trpělivý a odevzdaný všemu. Dle slov manželky nikdy bolest nepodceňoval. Bolesti toho času nemá.

Doména 13 **Růst a vývoj** - Jeho fyzický růst a osobnost byla ukončena. Nyní neprospívá, svalstvo je atrofické a tělo vykazuje spasticitu.

Tabulka č. 1. Biografická anamnéza podle konceptu BS

	1) TĚLESNÁ PÉČE:	
1)	Jak často a kdy si myje celé tělo	Denně během dopoledne
2)	Teplota vody?	Teplá
3)	K mytí používá:	Vlastní sprchový gel
4)	Jaké přípravky používá po koupeli	Dětský olej
5)	Jak často si holí vousy?	Třikrát týdně v poledne
6)	Čím se holí?	Na mokro holicí gel
7)	Po holení používá:	Vlastní vodu po holení
8)	Jak často si čistí zuby?	Denně s manželkou
9)	Zda má zubní náhradu - jakou?	-
10)	Spí se zubní náhradou?	-
	2) SPÁNEK:	
1)	Jak usíná?	V poloze na P boku
2)	Jak spí?	Chodí spát pozdě
3)	Jak vstává?	Pozdě, dlouho spí
4)	V oblibě má:	Polštář
5)	Jak bývá přikrytý?	Lehce po ramena
6)	V čem spí	Bavlněné triko
7)	Má rád zatemnění při spánku?	Ne
	3) POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:	
1)	Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu	Ne nesportoval
2)	Specifika postižení:	Kontraktury, spasticita
3)	Kompenzační pomůcky	-
	4) ZPŮSOB ŽIVOTA	
1)	Víra	Ateista
2)	Jak snáší bolest	Dobře
3)	Jak zvládá zátěžové situace?	Dobře
4)	Používá relaxační techniky?	Nepoužívá
5)	Způsob komunikace, event.	Bez mimiky, ale manželku pozná podle
	reakce na známou osobu:	hlasu a fixuje pohled

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	
1) SLUCH	
Má potíže se sluchem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá naslouchadlo?	Ne
Oblíbené rozhlasové pořady	Rozhlas neposlouchá, pouze televizi
Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	Neposlouchá
Jakou poslouchá hudbu?	-
2) ZRAK	
Má potíže se zrakem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá:	-
3) CHUŤ	
Jaké chutě má rád / a:	Sladké
Obvyklá teplota jídla:	Vlažné
Oblíbený pokrm a nápoj:	Svíčková, guláš a kynuté knedlíky
Neoblíbený pokrm a nápoj:	Mrkev a fazolky
Předměty, které má rád/a při stolování	-
Jaké má zvyky při jídle?	-
Má potíže při polykání? Ano? Jaké?	Ano, nepolyká
4) ČICH	
Oblíbený typ vůně:	-
Oblíbená vůně partnera/ky:	Ano - Mexx
Jiné aroma (domov, práce, koníčky)	Jehličí, smůla šišky

Pondělí až pátek - ÚNOR 2010

Tabulka č. 2. Ošetrovatelský plán podle konceptu BS na měsíc únor

	Iniciální dotek	Ano	
	Biografická anamnéza	Ano	
		dopoledne	odpoledne
Základní prvky BS			
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace	Ano	Ano
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyzilogická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace	Ano	
	Polohování "hnízdo"	Ano	
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání		
	Flexe a extenze DK, HK	Ano	
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou		
	Vysazení do křesla		
	Odpočinkový režim	Ano	Ano
Vestibulární stimulace		Ano	Ano
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace	Ano	Ano
	Auditivní stimulace	Ano	Ano
	Orální stimulace		Ano
	Olfaktorická stimulace	Ano	Ano
	Taktilně - haptická	Ano	Ano

Plánování na realizace ošetrovatelské péče podle konceptu BS

Denní plán - Kazuistika č. 1.

Na základě vlastního pozorování a studie ošetrovatelské dokumentace jsem naplánovala ošetrovatelskou péči s cílem umožnit p. Lubošovi vnímat své vlastní tělo. Při sestavování ošetrovatelského plánu jsem musela vycházet z podmínek a možností daného oddělení. Iniciální dotek byl zvolen pro ošetrovatelský personál pravé rameno, které je blíž k přístupu p. Luboše a manželka má iniciální dotek na manželově čele, kde ho při oslovování hladí. Veškerý personál iniciální dotek respektuje a oslovením jeho jménem ho ještě umocní. Tabulka se jménem a iniciálním dotekem je na ceduli A4 u nemocničního lůžka. Nástavbové prvky jako optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně haptická stimulace jsou vykonávány denně a jsou zařazeny do běžné činnosti p. Luboše. Leží na oddělení již 3 roky, tedy pokoj je vybaven předměty přinesenými z domova. Má své osobní toaletní potřeby jako je sprchový gel, vodu po holení, kartáček a zubní pastu. Nad nemocničním lůžkem má pověšené plyšové srdce se jménem jeho manželky. Tím je podporována optická stimulace, která stimuluje asociační schopnost mozku a následně neuroplasticitu mozkové tkáně. Okolo sebe má různé barevné polštářky na mikropolohování a podkládání končetin. Denní režim je přizpůsobován zvyklostem p. Luboše. Ranní vstávání je individuální, času je dostatek, není nutné ho budít v nějakou určitou hodinu. Ranní hygiena se provádí v dopoledních hodinách, kdy je na oddělení volněji. Je prováděna dle zásad BS. Před každou změnou polohy je nutno provést vestibulární stimulaci. Po koupeli je použit k ošetření kůže jeho dětský olejíček, kterým je provedena zklidňující masáž pro stimulování vnímání tělesného schématu. Z výrazu obličeje je vidět, že masáž přináší p. Lubošovi příjemné účinky. Po celkové hygieně a stimulační masáži je ponechán v klidu na lůžku, aby si odpočinul a prohrál tělo. Po odpočinku je každodenně prováděna pasivní rehabilitace za pomoci fyzioterapeutky. Ta provádí elevaci a protahování končetin a případně diametrální masáž. Na ukončení rehabilitace je p. Luboš napolohován do polohy hnízdo jak na boku, tak střídavě i na zádech s dolními končetinami v extenzi, nebo flexi. Tělo p. Luboše je obloženo srolovanými dekami. Přikrytí volíme dle informace z biografické

anamnézy lehce po ramena a umožníme mu tak taktilně haptickou stimulaci. Cílem tohoto polohování je poskytnout klientovi orientaci na svém těle, uvolní se a relaxuje. Při polohování a manipulaci s klientem je důležité, abychom mysleli na kvalitu poskytovaných doteků. Polohování do hnízd je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. Zdravý člověk je neustále v pohybu, mění své polohy v závislosti na různých činnostech, které vykonává během dne. Tím se stimuluje rovnovážné ústrojí. U klientů s omezenými pohybovými aktivitami je těchto informací minimálně. Na odpoledne jsem naplánovala vestibulární stimulaci, kterou provádí sama manželka. Je dostatečně edukovaná a velmi ráda provádí manželovi veškeré činnosti, které jsou s manželem v kontaktu. Prostřednictvím konceptu lze těmto lidem poskytnout právě podporu jejich rovnovážnému ústrojí. Jedná se o nepatrný pohyb hlavou, otáčením do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a fixuje se rukama. Stačí provést 3–5x. Vhodné je to provádět před každou změnou polohy. Následně je na odpoledne zvolen odpočinkový režim. Manželka denně p. Lubošovi při návštěvě čistí zuby, to jsou pozitivní stimuly. Vedou k intenzivní stimulaci vnímání, proto manželka orální stimulaci provádí pravidelně a rty mu stimuluje natíráním jelením lojem. Cílem je zprostředkovat a stimulovat vjemy ze svých úst a jeho okolí. Odpoledne po návštěvě je naplánován odpočinek a relaxace s televizí. Až při večerní hygieně a ošetření predilekčních míst službu konající personál provádí lehkou zklidňující masáž. Masáž navodí zklidnění celého organismu a připraví p. Luboše ke spánku. Více prvků není možno naplánovat z provozních důvodů a celkového stavu klienta.

1.14 Kazuistika: č. 2

Muž Jiří P. 27 let, svobodný, ukončil základní školu v Protivíně. Po té navštěvoval Střední elektrotechnickou školu v Hluboké nad Vltavou. Řidičský průkaz na osobní vozidlo si udělal v Protivíně. O prázdninách před posledním školním maturitním rokem jel ke kamarádovi do Velice. Při zpáteční cestě v srpnu 2000 autem za nejasných okolností havaroval. Byla mu přivolána pomoc a Zdravotní záchranná služba p. Jiřího převezla na oddělení ARO do nemocnice v Českých Budějovicích. Při převozu byl Jiří 20 minut resuscitován a ze záznamu jsou popisovány i známky aspirace. Po následných vyšetřeních byl prokázán rozsáhlý edém mozku a následně provedena dekompresní kraniotomie. Po stabilizaci byl p. Jiří přeložen na oddělení ARO v Písku. Po pětítýdenním léčení byl převezen do Českých Budějovic na oddělení neurochirurgie, kde mu byla následně aplikována pumpa na odvod mozkomíšního moku a implantace kostní ploténky. Dále byl pak převezen do nemocnice Písek a na žádost rodiny na LDN – apalickou jednotku. P. Jiří je po celou dobu apalický se sklonem k hyperventilaci. Byla mu zavedena tracheostomie a PEG. Prognóza je nepříznivá, ale stabilizovaná. Na žádost rodiny podstoupil Jiří na Kladně 14 denní kúru v Hyperbarické komoře. Nyní p. Jiří leží na apalické jednotce v nemocnici Písek, kam spádově dle bydliště patří. Má to štěstí, že jeho matka a otec ho denně navštěvují a s maximální láskou o něj pečují společně se zdravotnickým personálem. Má zajištěnou komplexní ošetrovatelskou péči od veškerého ošetřujícího personálu. Pro stagnaci hlenu je pravidelně odsáván personálem, ale i edukovanou rodinou. P. Jiří je plně inkontinentní, kvadruspastický. Na přítomnost rodičů reaguje, vnímá jejich známý hlas (mluvené slovo, barvu a tón hlasu). Leží na pokoji, kde je s dalšími čtyřmi pacienty. U p. Jiřího existuje vysoké riziko imobilizačního syndromu, proto je věnována zvýšená péče o antidekubitární prevenci a rehabilitaci dle jeho možností. Rodina již třetí rok p. Jirku vozí v osobně zakoupeném pojízdném křesle s podporou hlavy dle možností a počasí ven do přilehlého nemocničního parku. Pro p. Jirku se to stává programem dne a rituálem, na který je zvyklý. Prvky z konceptu BS jsou u p. Jirkovi prováděny bezděky rodinou, ale i pečujícím personálem. Pokoj má vyzdoben pro něj příjemnými a

známými předměty, obrázky atd. Postel je situována směrem na výhled z okna a na nebe. Mým cílem je ve spolupráci s rodinou integrovat prvky BS do ošetrovatelské péče a posoudit, zda přinesou zlepšení zdravotního stavu a lepší komfort z pohledu rodičů a ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelská anamnéza NANDA taxonomie II.

Diagnosticke domény a jejich třídy:

Doména 1 **Podpora zdraví** - Před autonehodou p. Jiří nestonal, nebyl operován a ani žádné léky neužíval, na své zdraví byl opatrný, sportoval, jezdil rád na kole a byl aktivní jako jiní kluci v jeho věku. Jeho jízda autem se mu toho dne stala osudná. Nyní je imobilní, spastický a spolupracuje minimálně. Nynější zdravotní stav si neuvědomuje.

Doména 2 **Výživa** - Před úrazem byl hubený, nyní váží 48 kg a měří 176 cm. Mezi jeho oblíbená jídla matka uvedla řízek a grilované kuře. Z nápojů měl velmi rád kofolu. Co vyloženě nejedl, byly houby a nikdy nepil černou kávu. Nyní je vyživován do PEGU směsí bohatou na výživné látky a bílkoviny v potřebné míře dle ordinace ošetřujícího lékaře. Umělá výživa je podávána kontinuálně, či bolusově.

Doména 3 **Vylučování** – P. Jiří je nyní inkontinentní a má plenkové kalhotky. Permanentní močový katétr mu způsoboval časté infekce močových cest. Kůže v intimních místech je při výměně plenkových kalhotek dostatečně ošetřena vhodnými hygienickými pomůckami, které si zajišťuje sama rodina, a tedy u p. Jiřího nejsou žádné známky začervenání kůže.

Doména 4 **Aktivita odpočinek** – P. Jiří nyní rehabilituje pasivně s fyzioterapeutkou, ale i rodina se mu velmi aktivně denně pečlivě věnuje. Cvičení spočívá v pasivním uvolňování spazmů a častým mikropolohováním. Spánek mu nečiní potíže, pospává velmi často i během dne, má rád poslech rádia stanice Faktor. Denní světlo mu nečiní potíže. Je nutné mu proto neustále dělat program, aby se mu nepřevrátil spánkový

rytmus, a to se za spolupráce rodiny daří. Lůžko má směrem k oknu, aby viděl nebe a zdi a okolí lůžka má vyzdobené známými předměty od jeho rodiny.

Doména 5 **Vnímání poznávání** - Vnímání je u p. Jiřího obtížné, spolehlivě pozná snad jen svou matku a otce. Ostatní i personál vnímá bez emocí. Na cizí lidi reaguje vystrašeně a vydává při tom hlasité zvuky a pohled při tom nefixuje.

Doména 6 **Vnímání sebe sama** - Sebe p. Jiří moc nevnímá, nemůže nijak reagovat a ani necítí potřebu. Při pohledu do zrcadla nejeví žádné známky zájmu. Lebka Jiřího je po kraniotomii zdeformována, ale nečiní mu to žádné potíže.

Doména 7 **Vztahy** - Jiří bydlel dříve v rodinném domě s rodiči, s žádnou dívkou nechodil. Rodinné vztahy jsou velmi dobré, po celou dobu hospitalizace má denně návštěvy svých blízkých.

Doména 8 **Sexualita** - Jeho reprodukční schopnosti jsou v rámci zdravotního stavu nečinné.

Doména 9 **Zvládání zátěže odolnosti vůči stresu** - Matka uvádí, že měl stejné problémy jako všichni kluci jeho věku, doma se občas hádal, ale nebylo to nic vážného.

Doména 10 **Životní principy** – P. Jiří je ateista.

Doména 11 **Bezpečnost ochrana** - Je zde velké riziko neprůchodnosti dýchacích cest a riziko aspirace.

Doména 12 **Komfort** - Bolest snáší velmi dobře, je trpělivý a odevzdaný všemu. Dle slov matky nikdy bolest nepodceňoval.

Doména 13 **Růst a vývoj** - Jeho růst byl ukončen, ale vývoj jeho osobnosti mohl pokračovat. Nyní neprospívá spíš tělesně, svalstvo je atrofické.

Tabulka č. 3. Biografická anamnéza podle konceptu BS

	1) TĚLESNÁ PÉČE:	
1)	Jak často a kdy si myje celé tělo	Denně
2)	Teplota vody?	Teplá
3)	K mytí používá:	Sprchový gel
4)	Jaké přípravky používá po koupeli	Krém
5)	Jak často si holí vousy?	5x týdně odpoledne
6)	Čím se holí?	Namokro, holicí pěnou
7)	Po holení používá:	Vodu po holení
8)	Jak často si čistí zuby?	Odpoledne
9)	Zda má zubní náhradu - jakou?	Ne
10)	Spí se zubní náhradou?	-
	2) SPÁNEK:	
1)	Jak usíná?	Při rádiu
2)	Jak spí?	V noci se budí
3)	Jak vstává?	Brzo
4)	V oblibě má:	Polštář
5)	Jak bývá přikrytý?	Ke krku
6)	V čem spí	V nočním prádle
7)	Má rád zatemnění při spánku?	Ne
	3) POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:	
1)	Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu	Ano, jízda na kole
2)	Specifika postižení:	Kontraktury spasticita
3)	Kompenzační pomůcky	-
	4) ZPŮSOB ŽIVOTA	
1)	Víra	Ateista
2)	Jak snáší bolest	Dobře
3)	Jak zvládá zátěžové situace?	Dobře
4)	Používá relaxační techniky?	Nepoužívá
5)	Způsob komunikace, event.	Hlasitý projev a neklid
	reakce na známou osobu:	

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	
1) SLUCH	
Má potíže se sluchem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá naslouchadlo?	Ne
Oblíbené rozhlasové pořady	Stanice Rádio Faktor
Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	Rádio
Jakou poslouchá hudbu?	Cokoliv
2) ZRAK	
Má potíže se zrakem?	Ano
Specifika potíží:	
Používá:	Brýle na dálku
3) CHUŤ	
Jaké chutě má rád / a:	Sladké
Obvyklá teplota jídla:	Vlažné
Oblíbený pokrm a nápoj:	Řízek, grilované kuře, kofola
Neoblíbený pokrm a nápoj:	Houby, černá káva
Předměty, které má rád/a při stolování	Nechce
Jaké má zvyky při jídle?	-
Má potíže při polykání? Ano? Jaké?	Ano, těžko polyká, riziko aspirace
4) ČICH	
Oblíbený typ vůně:	Old Spice
Oblíbená vůně partnera/ky:	-
Jiné aroma (domov, práce, koníčky)	Modely машиnek

Pondělí až pátek - BŘEZEN 2010

Tabulka č. 4. Ošetrovatelský plán podle konceptu BS

	Iniciální dotek	Ano	
	Biografická anamnéza	Ano	
		dopoledne	odpoledne
Základní prvky BS			
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace	Ano	Ano
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyzilogická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace	Ano	
	Polohování "hnízdo"	Ano	
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání	Ano	
	Flexe a extenze DK, HK		
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou		
	Vysazení do křesla		
	Odpočinkový režim	Ano	Ano
Vestibulární stimulace		Ano	Ano
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace	Ano	Ano
	Auditivní stimulace	Ano	Ano
	Orální stimulace		Ano
	Olfaktorická stimulace	Ano	Ano
	Taktilně - haptická	Ano	Ano

Plánování na realizace ošetrovatelské péče podle konceptu BS

Denní plán - Kazuistika č. 2.

Ze studia ošetrovatelské dokumentace a biografické anamnézy a jsem naplánovala individuální ošetrovatelskou péči s cílem umožnit klientovi vnímat vlastní tělo a tím stimulovat vnímání tělesného schématu. Zvolila jsem somatickou stimulaci zklidňující, diametrální a polohování do polohy hnízdo. Iniciální dotek byl zvolen pro ošetrovatelský personál pravé rameno a jeho vlastní rodina má iniciální dotek na čele a celém obličeji. Veškerý personál iniciální dotek respektuje a oslovením ještě umocní. Tabulka se jménem a iniciálním dotekem je na ceduli A4 u nemocničního lůžka pacienta. Před každou změnou polohy je nutno provést vestibulární stimulaci. Nástavbové prvky optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně haptická stimulace jsou vykonávány denně a jsou zařazeny do běžné činnosti klienta. Při sestavování ošetrovatelského plánu jsem musela vycházet z podmínek daného oddělení. Denní režim je přizpůsobován zvyklostem p. Jiřího. Ranní vstávání je individuální, času je dostatek, není nutné klienta budít v nějakou určitou hodinu. Na ranní hygienu, která je mu prováděna za přítomnosti pomocného personálu je zvyklý, bývá každodenní na koupacím lehátku v koupelně. Má rád teplou vodu a vůni svého sprchového gelu. Po koupeli je použit k ošetření kůže jeho krém, kterým je provedena zklidňující masáž pro stimulování vnímání tělesného schématu. Z výrazu obličeje je vidět, že při masáži a bezprostředně po ní přináší p. Jiřímu zklidňující a uvolňující účinky. Po celkové hygieně a stimulační masáži je ponechán v klidu na lůžku, aby si odpočinul a prohřál tělo. Po odpočinku následuje každodenně pasivní rehabilitace za pomoci fyzioterapeutky. Ta provádí elevaci a protahování končetin a popřípadě diametrální masáž. Na závěr cvičení je naplánovaná masáž stimulující dýchání. Na ukončení rehabilitace je p. Jiří napolohován do polohy hnízdo jak na boku, tak střídavě i na zádech s dolními končetinami v extenzi, nebo flexi. Jeho tělo je obloženo srolovanými dekami, fixačními perličkovými polštáři nebo vaky. Klienta dostatečně přikryjeme dle informace z biografické anamnézy a umožníme mu taktilně haptickou stimulaci. Cílem tohoto polohování je poskytnout klientovi orientaci na svém těle, uvolní se a relaxuje. Při polohování a manipulaci s klientem je důležité, abychom mysleli na kvalitu

poskytovaných doteků. Polohování do hnízd je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. P. Jiří na apalické jednotce leží již 10 rok, tedy pokoj je již vybaven předměty přinesených z domova. Maminka mu přinesla jeho bavlněná trička, která jsou pro snadné oblékání vzadu rozstřižená. Má své osobní toaletní potřeby jako je sprchový gel, vodu po holení, zubní pastu a kartáček. Nad nemocničním lůžkem má pověšený obrázek lokomotivy. P. Jiří si přál být strojvedoucí jako jeho otec. Tím je podporována optická stimulace, která stimuluje asociační schopnost mozku a následně neuroplasticitu mozkové tkáně. Okolo sebe má různé barevné polštářky na mikropolohování a podkládání končetin. Na okně má své rádio, které mu hraje po celý den pro relaxaci jeho oblíbenou stanici Faktor. Vousy mu holí rodina odpoledne při návštěvě pětkrát týdně. Rodiče mu čistí zuby a pasty mu střídají dle příchutí. Tento úkon je prováděn za jeho asistence, kdy jeho pravá horní končetina je minimálně schopna úchopu, toto je další prvek stimulace taktilně haptické. Takto je možno provádět asistovaně některé úkony jako je mytí si obličeje žínkou. Na odpoledne jsem naplánovala pro p. Jiřího vestibulární stimulaci, kterou provádí sami rodiče. Maminka Jiřího je dostatečně edukovaná a velmi ráda provádí synovi veškeré činnosti, které jsou s ním v kontaktu. Nastudovala spoustu dostupné literatury, tedy vše nové přijímá velmi pozitivně. Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v závislosti na různých činnostech, které vykonává během dne. Tím se permanentně rovnovážné ústrojí stimuluje. U klientů s omezenými pohybovými aktivitami je těchto informací minimálně. Prostřednictvím konceptu BS lze těmto lidem poskytnout právě podporu jejich rovnovážnému ústrojí. Jedná se o nepatrný pohyb hlavou, otáčením do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a fixuje se rukama. Stačí provést 3–5x. Vhodné je to provádět před každou změnou polohy klienta. Rodiče denně p. Jiřího vyvážejí na invalidním vozíku ven do areálu nemocnice, je tím tato vestibulární stimulace úzce propojena. Jiří musí být oblečen a je tedy správná příležitost propojit tyto dvě činnosti navzájem. Matka Jiřího většinou drží zezadu a se slovním projevem s ním houpe v tzv. pohybu ovesného klasu a dodává mu tak pocit bezpečí. Otec syna zatím obléká a následně pomáhá s přesunem na invalidní vozík. Tímto si p. Jiří vybavuje trojrozměrnost svého těla v prostoru a zpracovává tak vykonávaný pohyb. Jeho výraz

při této manipulaci je klidný, už tuší, co bude následovat, a nebojí se, je to jeho každodenní činnost. Na vycházce je prováděna za přímého dozoru matky orální stimulace. Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Cílem je zprostředkovat vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Vhodná je právě poloha vsedě na invalidním vozíku. Matka mu dává lízátko a po lžičkách zmrzlinu, rozmixované ovoce i jeho oblíbenou kofolu. Jsou to jeho známé chutě, které si tělo paměťovými stopami vybavuje. Je vidět, že mu přináší pocit známého a jeho výraz v obličeji je velmi příjemný. Matka i otec jsou poučeni v souvislosti s tracheostomií o případné aspiraci. O tracheostomii umí pečovat za ta léta velmi odborně, v případě zakuckání dokážou p. Jiřího odsát a vyměnit i sterilní podložený čtverec. Lehkou stimulaci rtů mu provádí matka jelením lojem, rty mu ošetřuje proti osychání. Odpoledne po návštěvě je naplánován odpočinek a relaxace s hudbou. Až při večerní hygieně a ošetření predilekčních míst službu konající personál provádí lehkou zklidňující masáž. Masáž navodí zklidnění celého organismu a připraví p. Jiřího ke spánku.

1.15 Kazuistika: č. 3

Muž Jiří. B., 84 let, ženatý, t. č. důchodce. Dříve pracoval jako konstruktér v ZVVZ Milevsko a vedl aktivní život. O vše se ve svém vysokém věku zajímal, byl soběstačný, miloval turistiku a country styl. V osudný den jel s manželkou od syna z chalupy z Klučenic domů do Milevska. Cestou domů v pravotočivé zatáčce do nich narazil osobní automobil s 22 letým řidičem. On i jeho manželka utrpěla mnohačetná poranění tzv. polytrauma. Fraktura sterny, žeber, pravé předloktí a četné fraktury dolních končetin, které byly ošetřeny osteosyntézou. Od 19. 8. do 2. 9. 2005 byl p. Jiří hospitalizován na oddělení ARO v nemocnici Písek a následně pak přeložen na ORT k rehabilitaci. Pro komplikace zdravotního stavu byl následně opakovaně přijat na oddělení ARO, kde došlo k bezvědomí a zástavě srdce. Následovala kardiopulmonální resuscitace. P. Jiří zůstal po stabilizaci apalický, inkontinentní, kvadruplegický, dýchá přes traceostomii a 19. 10. mu byl zaveden PEG. Syn s manželkou ho navštěvují dle svých možností skoro již 5 let, na zvuky p. Jiří nereaguje, ani své blízké nepoznává. Je tedy ošetřujícím personálem prováděna komplexní ošetrovatelská péče. Velká důležitost je věnována antidekubitární péči a prevenci imobilizačního syndromu. Ošetřujícím personálem je pan Jiří pravidelně odsáván a tracheostomie je pravidelně vyměňována 2 x týdně pověřenou staniční sestrou. Mým cílem bude ve spolupráci se zdravotníky integrovat vhodné prvky BS do ošetrovatelské péče a posoudit, zda přinesou pro klienta zlepšení zdravotního stavu a určitý komfort, pozitiva a vše následně vyhodnotit.

Ošetrovateľská anamnéza NANDA taxonomie II.

Diagnosticke domény a jejich třídy

Doména 1 **Podpora zdraví** – P. Jiří se před autonehodou těšil relativně dobrému zdraví. Vedl aktivní život v rámci možností svého věku. Vážněji nestonal, ani nebyl operován. Bral předepsané léky i na své zdraví byl opatrný. Věnoval se pěší turistice. Svůj zdravotní stav si uvědomoval a své síly šetřil. Bral si rady lékařů k srdci. Autonehoda, zaviněna ne vlastní vinou, se mu stala osudnou. Nyní je upoután na lůžko, je imobilní, inkontinentní, nespolupracuje a nevnímá. Svůj zdravotní stav si neuvědomuje.

Doména 2 **Výživa** – P. Jiří byl vždy štíhlý, nyní váží 52 kg a měří 165 cm. Mezi jeho oblíbená jídla syn uvedl ovocné knedlíky, brambory a škvarky. V jídle si nevybíral a snědl vše. Nyní je vyživován do PEGU plnohodnotnou stravou dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Doména 3 **Vylučování** – P. Jiří je nyní inkontinentní a má celodenně plenkové kalhotky. Má zaveden permanentní močový katétr, který je kontinuálně napojen na sběrný sáček. Kůže v intimních místech je při výměně plenkových kalhotek dostatečně ošetřena vhodnými hygienickými pomůckami, které má p. Jiří k dispozici, nejsou u něj žádné známky začervenání kůže.

Doména 4 **Aktivita odpočinek** – Rehabilitace je prováděna pasivně s fyzioterapeutkou. Syn s manželkou je zapojován do aktivizace a nečiní jim to žádný problém. Cvičení spočívá v pasivním uvolňování kontraktur a spazmů. Spánek mu potíže nečiní, spává velmi často i během dne. Preferuje klid, popřípadě country hudbu. P. Jiří má nastaven individuální program, který je adekvátní jeho fyzickým a psychickým možnostem. Okolí lůžka má zpestřeno známými předměty od jeho rodiny.

Doména 5 **Vnímání poznávání** - Vnímání p. Jiřího je obtížné, skoro žádné. Nepozná a nereaguje na svou rodinu ani ošetřující personál.

Doména 6 **Vnímání sebe sama** – P. Jiří sebe nevnímá, nijak reaguje.

Doména 7 **Vztahy** – P. Jiří bydlel dříve v rodinném domě s manželkou v Milevsku. Rodinné vztahy jsou velmi dobré, na apalické jednotce ho navštěvují synové i manželka.

Doména 8 **Sexualita** - Jeho reprodukční schopnosti jsou v rámci zdravotního stavu nečinné.

Doména 9 **Zvládání zátěže odolnosti vůči stresu** - Syn uvádí, že nějaké zásadní problémy neměl a nic ho netrápilo.

Doména 10 **Životní principy** – P. Jiří je křesťan.

Doména 11 **Bezpečnost ochrana** - Je zde zvýšené riziko proleženin v souvislosti s imobilitou, a proto je polohování a mikropolohování věnována taková důležitost.

Doména 12 **Komfort** - Bolest snáší docela dobře, je trpělivý a odevzdaný všemu. Dle slov jeho manželky nikdy bolest nepodceňoval.

Doména 13 **Růst a vývoj** - Jeho růst a vývoj osobnosti byl ukončen.

Tabulka č. 5. Biografická anamnéza podle konceptu BS

	1) TĚLESNÁ PÉČE:	
1)	Jak často a kdy si myje celé tělo	Denně
2)	Teplota vody?	Teplá
3)	K mytí používá:	Sprchový gel
4)	Jaké přípravky používá po koupeli	Krém
5)	Jak často si holí vousy?	2 x týdně
6)	Čím se holí?	Na mokro
7)	Po holení používá:	Balzám
8)	Jak často si čistí zuby?	Vůbec
9)	Zda má zubní náhradu - jakou?	Horní i dolní
10)	Spí se zubní náhradou?	Ne
	2) SPÁNEK:	
1)	Jak usíná?	Dle uložení
2)	Jak spí?	Spí po obědě
3)	Jak vstává?	Brzy
4)	V oblibě má:	-
5)	Jak bývá přikrytý?	Po ramena
6)	V čem spí	V nočním prádle
7)	Má rád zatemnění při spánku?	Ne
	3) POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:	
1)	Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu	Ano – turistika
2)	Specifika postižení:	Kontraktury
3)	Kompenzační pomůcky	-
	4) ZPŮSOB ŽIVOTA	
1)	Víra	Křesťan
2)	Jak snáší bolest	Dobře
3)	Jak zvládá zátěžové situace?	Dobře
4)	Používá relaxační techniky?	Odpočinek
5)	Způsob komunikace, event.	Nekomunikuje
	reakce na známou osobu:	Nereaguje

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	
1) SLUCH	
Má potíže se sluchem?	Ano
Specifika potíží:	Hůř slyší
Používá naslouchadlo?	Ne
Oblíbené rozhlasové pořady	Nemá
Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	Rádio
Jakou poslouchá hudbu?	Country
2) ZRAK	
Má potíže se zrakem?	Ano
Specifika potíží:	Špatná ostrost
Používá:	Brýle
3) CHUŤ	
Jaké chutě má rád / a:	Všechny
Obvyklá teplota jídla:	Vlažné
Oblíbený pokrm a nápoj:	Ovocné knedlíky, řízek a brambory
Neoblíbený pokrm a nápoj:	Špenát a rýži
Předměty, které má rád/a při stolování	Nemá
Jaké má zvyky při jídle?	Klid
Má potíže při polykání? Ano? Jaké?	Ano, nyní nepolyká (PEG)
4) ČICH	
Oblíbený typ vůně:	-
Oblíbená vůně partnera/ky:	-
Jiné aroma (domov, práce, koníčky)	les

Pondělí až pátek - BŘEZEN 2010

Tabulka č. 6. Ošetrovatelský plán podle konceptu bazální stimulace

	Iniciální dotek	Ano	
	Biografická anamnéza	Ano	
		dopoledne	odpoledne
Základní prvky BS			
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace	Ano	Ano
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyzilogická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace		
	Polohování "hnízdo"	Ano	
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání		
	Flexe a extenze DK, HK	Ano	
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou		
	Vysazení do křesla		
	Odpočinkový režim	Ano	Ano
Vestibulární stimulace		Ano	Ano
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace	Ano	Ano
	Auditivní stimulace	Ano	Ano
	Orální stimulace		
	Olfaktorická stimulace	Ano	Ano
	Taktilně - haptická	Ano	Ano

Plánování na realizace ošetrovatelské péče podle konceptu BS

Denní plán - Kazuistika č. 3.

Stanovit cíl, naplánovat a realizovat individuální ošetrovatelskou péči u p. Jiřího bylo obtížnější v souvislosti s jeho pokročilým věkem. Při sestavování ošetrovatelského plánu jsem musela vycházet z aktuálního zdravotního stavu. Iniciální dotek byl zvolen pro ošetrovatelský personál i syna p. Jiřího pravé rameno. Veškerý personál iniciální dotek respektuje a oslovením jeho jménem ještě umocní. Tabulka se jménem a iniciálním dotekem je na ceduli A4 u nemocničního lůžka. P. Jiří leží na oddělení již 5. rok, pokoj je vybaven standardně, p. Jiří své okolí nevnímá a má téměř po celý den oči zavřené. Ranní vstávání je individuální, času je dostatek, není nutné ráno spěchat za každou cenu. Ranní hygiena se provádí v dopoledních hodinách, kdy je na oddělení volněji. Osobní toaletní potřeby jako je sprchový gel, vodu po holení, kartáček a zubní pastu má své. Je prováděna dle zásad BS v klidu a relativním tichu. Před každou změnou polohy je nutno provést vestibulární stimulaci. Po koupeli je použit k ošetření kůže jeho osobní krém, kterým je provedena zklidňující masáž pro stimulování vnímání tělesného schématu. Z výrazu obličeje je vidět, že masáž je p. Jiřímu přinejmenším příjemná. Vousy mu holí syn, nebo je zajištěno 2 x týdně holení na oddělení. Zubní protézu má p. Jiří horní i dolní, ale toho času ji v ústech nemá. Po celkové hygieně a stimulační masáži je ponechán v klidu na lůžku, aby si odpočinul a prohřál tělo. Po odpočinku je každodenně prováděna pasivní rehabilitace za pomoci fyzioterapeutky, která provádí v rámci možností elevaci a protahování horních i dolních končetin. Na ukončení rehabilitace je p. Jiří napolohován do polohy hnízdo jak na boku, tak střídavě i na zádech s dolními končetinami v extenzi, nebo flexi. Tělo p. Jiřího je obloženo srolovanými dekami. Přikrytí volíme dle informace z biografické anamnézy po ramena a umožníme mu tak taktilně haptickou stimulaci. Cílem tohoto polohování je poskytnout klientovi orientaci na svém těle, tím se uvolní a relaxuje. Při polohování a manipulaci s klientem je důležité, abychom mysleli na kvalitu poskytovaných doteků. Polohování do hnízd je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. Denní režim je přizpůsobován zvyklostem oddělení a p. Jiřího.

Nástavbové prvky jako optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně haptická stimulace jsou vykonávány denně a jsou zařazeny do běžné činnosti p. Jiřího. Zdravý člověk je neustále v pohybu, mění své polohy v závislosti na různých činnostech, které vykonává během dne. Tím se stimuluje rovnovážné ústrojí. U klientů s omezenými pohybovými aktivitami je těchto informací minimálně. Na odpoledne je naplánována zklidňující a vestibulární stimulace. Prostřednictvím konceptu lze těmto lidem poskytnout právě podporu jejich rovnovážnému ústrojí. Jedná se o nepatrný pohyb hlavou, otáčením do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a fixuje se rukama. Stačí provést 3 – 5x. Vhodné je to provádět vždy před každou změnou polohy. Následně je na odpoledne zvolen odpočinkový režim. Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní a kolem ní vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Cílem je zprostředkovat vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Odpoledne je naplánován odpočinek a relaxace. Až při večerní hygieně a ošetření predilekčních míst službu konající personál provádí lehkou zklidňující masáž. Masáž navodí zklidnění celého organismu a připraví p. Jiřího ke spánku. Více prvků není možno naplánovat z důvodu celkového stavu klienta.

1.16 Kazuistika: č. 4

Muž p. Martin Š., 31 let, svobodný, diabetik 1. typu, závislý na inzulinu. Pracoval jako počítačový technik a byl aktivní sportovec, jezdil freesatle a rampy. Dne 12. 1. 2008 měl údajně jezdit na kole a pak si dát s kamarády nějaké pivo. Doma byl tedy sám a příčinou bezvědomí bylo zřejmě neodhadnutí fyzické aktivity. Byl nalezen s hypoglykemií 1,2 mmol/l. Z domova ho převezla RZS na ARO FN. Byla mu provedena veškerá potřebná vyšetření. CT mozku pro vyloučení krvácení, kdy mozkový edém se vyloučit nepotvrdilo. Následně jeho hladina cukru v krvi byla upravena do stavu normoglykémie. S p. Martinem nebylo možno navázat žádný kontakt, vykazoval výrazný motorický neklid a očima fixoval pohled jen velmi krátkodobě. 16. 1. 2008 mu bylo diagnostikováno coma vigile. Následně byl po stabilizaci zdravotního stavu převezen na rehabilitační kliniku na Malvazinkách v Praze. Odtud rodina hledala nějaké vhodné zařízení, kde by se prováděla BS. V Praze již byla u p. Martina aplikována do ošetrovatelské péče a byly vidět velmi pozitivní výsledky! Zařízení rodina našla v Písku v Prácheňském sanatoriu. Zde pobývá od 25. 9. 2008. P. Martin má sestru a otce, maminka toho času je dlouhodobě hospitalizována na lůžku následné péče! Přejí si Martina oslovovat křestním jménem. V Prácheňském sanatoriu pracuje odborně proškolený veškerý personál konceptem BS. Apalickým klientům se věnují individuálně odborní ergoterapeuti, kteří denně provádějí u p. Martina prvky BS. Leží na dvoulůžkovém pokoji s klientem se stejnou diagnózou. V létě je vyvážen ven na zahradu pod dohledem ošetřujícího personálu, protože u p. Martina se sekundárně objevil epileptický záchvat grand mål. Neurologicky je léčba upravena medikamentózně. P. Martin je plně inkontinentní, imobilní a vyžaduje celodenní ošetrovatelskou péči. Velká důležitost je věnována antidekubitární prevenci a rehabilitaci dle možností. P. Martin má to štěstí, že má zachován polykací reflex, tedy jídlo přijímá dobře. Polykání tekutin mu činí ale problém, tedy jejich objem je doplňován do PEGU. Otec i sestra ho pravidelně navštěvují a přináší mu zprávy z domova od kamarádů a z reálného života. Má rád společnost a hudbu hip hop, čím divočejší, tím lepší, nesnáší dechovku a country, jak uvedl otec. Miloval fotografování,

proto je i jeho pokoj vybaven fotografiemi, které personál a rodina pravidelně obměňuje. Otec mu při návštěvě pouští na DVD jeho oblíbené pořady, které má rád. Na přítomnost členů rodiny reaguje grimasou v obličeji a mírným neklidem. Má zaveden individuální plán dle jeho konkrétního zdravotního stavu podle konceptu BS, který je prováděn v jisté posloupnosti, a je tak zachován každodenní rituál. P. Martin si tak uvědomuje, kdy začíná aktivita, která supluje pracovní činnost, a kdy je období odpočinku a noc. Mým cílem je pozorování a vyhodnocení již zavedené péče dle plánu a posouzení, zda p. Martinovi přináší tento typ ošetrovatelské péče zlepšení zdravotního stavu a jistý komfort z pohledu rodičů a ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelská anamnéza NANDA taxonomie II.

Diagnostické domény a jejich třídy

Doména1 **Podpora zdraví** – P. Martin před hypoglykemickým komatem se léčil pro DM 1. typu závislý na inzulinu, vážněji nestonal, nebyl operován a jiné léky neužíval, na své zdraví nebyl opatrný, byl lajdák. Rád sportoval, jezdil divokou volnou jízdou na freesatle na rampách. Jeho zdravotní stav si nebral k srdci a občas si i zapomínal píchnout svou dávku inzulinu. To se mu stalo osudným. Nyní je upoután na lůžku, je imobilní, inkontinentní a nespolupracuje. Svůj zdravotní stav si neuvědomuje.

Doména 2 **Výživa** – P. Martin byl vždy štíhlý a nyní váží 56 kg a měří 187 cm. Mezi jeho oblíbená jídla rodina uvedla, že preferuje českou kuchyni, libové maso a řízek. Nemá rád koprovku. Z nápojů preferoval pivo a light colu a light dia šťávu. Nemá rád neslazený čaj. Nyní vcelku sní vše, ale nemá rád polévky. Dostatečný přísun tekutin je doplňován do PEGU.

Doména 3 **Vylučování** – P. Martin je nyní inkontinentní a má plenkové kalhotky celodenně. Permanentní močový katétr již nemá. Kůže v intimních místech je při výměně plenkových kalhotek dostatečně ošetřena vhodnými hygienickými pomůckami, které má k dispozici, u p. Martina nejsou žádné známky začervenání kůže.

Doména 4 **Aktivita odpočinek** – P. Martin rehabilituje pasivně jak s fyzioterapeutkou, tak s odbornou ergoterapeutkou. Rodina je zapojována a nečiní jí to žádné potíže. Cvičení spočívá v pasivním uvolňování spazmů a častým mikropolohováním pacienta. Spánek mu nečiní potíže, pospává velmi často i během dne, má rád poslech hudby v žánru hip hop, údajně čím divočejší, tím lepší. Denní světlo mu potíže nedělá. P. Martin má individuální program, který je upraven na běžné denní aktivity, aby se mu nepřevrátil spánkový rytmus. To se za spolupráce celého ošetřujícího týmu daří. Lůžko má směrem ke dveřím, aby zaregistroval případnou návštěvu. Zdi a okolí lůžka má vyzdobené známými předměty od jeho rodiny.

Doména 5 **Vnímání poznávání** - Vnímání je u p. Martina obtížné, bývá náladový. Spolehlivě pozná svou sestru, otce a ošetřující personál po hlase. Na cizí lidi reaguje vystrašeně a vydává zvuky, jako skřípá zuby a pohled nefixuje.

Doména 6 **Vnímání sebe sama** - Sebe P. Martin moc nevnímá, nemůže nijak reagovat a ani necítí potřebu. Při pohledu do zrcadla nejeví žádné známky zájmu.

Doména 7 **Vztahy** – P. Martin bydlel dříve v rodinném domě s rodiči a sestrou v Praze a měl svou dívku. Rodinné vztahy jsou velmi dobré, pravidelně ho navštěvují a střídají se u něj občas i kamarádi.

Doména 8 **Sexualita** - Jeho reprodukční schopnosti jsou v rámci zdravotního stavu nečinné.

Doména 9 **Zvládání zátěže odolnosti vůči stresu** - Otec uvádí, že měl stejné problémy jako všichni kluci jeho věku, doma se občas hádal, ale nebylo to nic zásadního. Byl na sebe lehkovážný, nic neřešil.

Doména 10 **Životní principy** – P. Martin je ateista.

Doména 11 **Bezpečnost ochrana** - Je zde riziko proleženin v souvislosti s imobilitou, a proto je polohování a mikropolohování věnována velká důležitost.

Doména 12 **Komfort** - Bolest snáší docela dobře, je trpělivý a odevzdaný všemu. Dle slov jeho otce nikdy bolest nepodceňoval, ale taky příliš ani neřešil.

Doména 13 **Růst a vývoj** - Jeho růst a vývoj osobnosti byl ukončen. Nyní je tělesné prospívání zastaveno. Svalstvo pozvolna atrofuje, denní činností a rehabilitací je v rámci možností zachováno to, co zbylo.

Tabulka č. 7. Biografická anamnéza podle konceptu BS

	1) TĚLESNÁ PÉČE:	
1)	Jak často a kdy si myje celé tělo	Denně ráno
2)	Teplota vody?	Teplá
3)	K mytí používá:	Sprchový gel
4)	Jaké přípravky používá po koupeli	Olejíček
5)	Jak často si holí vousy?	4 x týdně
6)	Čím se holí?	Na mokro holící gel
7)	Po holení používá:	Vodu po holení
8)	Jak často si čistí zuby?	Ráno
9)	Zda má zubní náhradu - jakou?	-
10)	Spí se zubní náhradou?	-
	2) SPÁNEK:	
1)	Jak usíná?	Na boku
2)	Jak spí?	Chodí spát pozdě
3)	Jak vstává?	Pozdě
4)	V oblibě má:	Polštář
5)	Jak bývá přikrytý?	Do půl těla
6)	V čem spí	V triku
7)	Má rád zatemnění při spánku?	Nemusí
	3) POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:	
1)	Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu	Ano, kolo
2)	Specifika postižení:	Spasticita - kontraktury
3)	Kompenzační pomůcky	-
	4) ZPŮSOB ŽIVOTA	
1)	Víra	Ateista
2)	Jak snáší bolest	Dobře
3)	Jak zvládá zátěžové situace?	Relativně dobře
4)	Používá relaxační techniky?	Jízda na kole
5)	Způsob komunikace, event.	Někdy, dle nálady reaguje
	reakce na známou osobu:	Grimasa v obličeji

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	
1) SLUCH	
Má potíže se sluchem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá naslouchadlo?	-
Oblíbené rozhlasové pořady	Nepreferuje
Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	Nahlas, nyní sluchátka
Jakou poslouchá hudbu?	Hip – hop
2) ZRAK	
Má potíže se zrakem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá:	-
3) CHUŤ	
Jaké chutě má rád / a:	Všechny
Obvyklá teplota jídla:	Teplá, vlažná
Oblíbený pokrm a nápoj:	Libové maso a řízek, pivo, Cola light
Neoblíbený pokrm a nápoj:	Koprovka, polévky, neslazený čaj
Předměty, které má rád/a při stolování	Neřeší
Jaké má zvyky při jídle?	Nepreferuje nic
Má potíže při polykání? Ano? Jaké?	Nyní ano, spíš tekutiny
4) ČICH	
Oblíbený typ vůně:	-
Oblíbená vůně partnera/ky:	-
Jiné aroma (domov, práce, koníčky)	Pánský dezodorant

Kazuistika č. 4. P. Martin Š. Prácheňské sanatorium, o.p.s. Písek

Pondělí až pátek - BŘEZEN 2010

Tabulka č. 8. Ošetrovatelský plán podle konceptu BS.

	Iniciální dotek	Ano	
	Biografická anamnéza	Ano	
		dopoledne	odpoledne
Základní prvky BS			
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace	Ano	Ano
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyzilogická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace	Ano	
	Polohování "hnízdo"	Ano	
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání		
	Flexe a extenze DK, HK		
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou	Ano	
	Vysazení do křesla		
	Odpočinkový režim	Ano	Ano
Vestibulární stimulace		Ano	Ano
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace	Ano	Ano
	Auditivní stimulace	Ano	Ano
	Orální stimulace		
	Olfaktorická stimulace	Ano	Ano
	Taktilně - haptická	Ano	Ano

Plánování na realizace ošetrovatelské péče podle konceptu BS

Denní plán - Kazuistika č. 4.

V tomto zařízení se ošetrovatelská péče podle konceptu BS již plánuje a provádí. Pro náš výzkum tedy zvolíme určité vhodné prvky, aby bylo možno tuto péči zhodnotit. Byly zvoleny převážně techniky ošetrovatelské péče s cílem umožnit p. Martinovi vnímat své vlastní tělo. Iniciální dotek byl zvolen pro ošetrovatelský personál levé rameno, které je blíž k přístupu p. Martina, a otec má iniciální dotek na synově levé ruce, kde ho při oslovování hladí. Veškerý personál iniciální dotek respektuje a oslovením jeho jménem ještě umocní. Tabulka se jménem a iniciálním dotekem je na ceduli A4 u nemocničního lůžka. Nástavbové prvky jako optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně haptická stimulační prvky jsou vykonávány denně a jsou zařazeny do běžné činnosti p. Martina. Leží zde již 2 roky, tedy pokoj je vybaven předměty přinesenými z domova. Má své osobní toaletní potřeby jako jsou sprchový gel, voda po holení, kartáček a zubní pasta. U nemocničního lůžka má nástěnku s fotografiemi jeho blízkých. Tím je podporována optická stimulace, která stimuluje asociační schopnost mozku a následně neuroplasticitu mozkové tkáně. Okolo sebe má různé předměty z domova a barevné polštářky na mikropolohování a podkládání končetin. Denní režim je přizpůsobován zvyklostem p. Martina. Ranní vstávání je zde okolo půl 8. Času je ale dostatek, tak není nutné na jakékoliv úkony spěchat. Ranní hygiena se provádí v ranních hodinách, dle zvyklostí tohoto zařízení. Je prováděna dle zásad BS. Před každou změnou polohy je nutno provést vestibulární stimulaci. Po koupeli je použit k ošetření kůže jeho olejíček, kterým je provedena zklidňující masáž pro stimulování vnímání tělesného schématu. Z výrazu obličeje je vidět, že masáž přináší p. Martinovi příjemné účinky. Holen je 4 x týdně na mokro, jak je uvedeno v biografické anamnéze. Čištění zubů je prováděno po každém jídle, většinou pasivně, málokdy se povede vést ruku a čištění zubů provádět asistovaně. Po celkové hygieně a stimulační masáži je ponechán v klidu na lůžku, aby si odpočinul a prohrál tělo. Po odpočinku je každodenně následuje pasivní rehabilitace za pomoci fyzioterapeutky. Ta provádí elevaci a protahování končetin a diametrální masáž horních i dolních končetin. Pak přichází úlevová masáž plosek nohou. To se p. Martinovi obzvlášť líbí a najevo dává přímo slast. Na ukončení

rehabilitace je p. Martin napoložován do polohy hnízdo jak na boku, tak střídavě i na zádech s dolními končetinami v extenzi, nebo flexi. Tělo p. Martina je obloženo srolovanými dekami. Přikrytí volíme dle informace z biografické anamnézy do půl těla a umožníme mu tak taktilně haptickou stimulaci. Cílem tohoto polohování je poskytnout klientovi orientaci na svém těle, uvolní se a relaxuje. Při polohování a manipulaci s klientem je důležité, abychom mysleli na kvalitu poskytovaných doteků. Polohování do hnízd je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. Zdravý člověk je neustále v hýbe, mění své polohy v závislosti na různých činnostech, které vykonává v průběhu během dne. Tím se stimuluje rovnovážné ústrojí. U klientů s omezenými pohybovými aktivitami je těchto informací minimálně. Na odpoledne jsem naplánovala vestibulární stimulaci. Nezabere mnoho času a je velmi prospěšná pro vnímání kinetiky. Prostřednictvím konceptu lze těmto lidem poskytnout právě podporu jejich rovnovážnému ústrojí. Jedná se o nepatrný pohyb hlavou, otáčením do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a fixuje se rukama. Stačí provést 3–5x. Vhodné je to provádět před každou změnou polohy. Následně je na odpoledne zvolen odpočinkový režim. Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní a kolem ní vedou k intenzivní stimulaci vnímání, proto orální stimulace je podporována při každém jídle. P. Martin stravu přijímá bez obtíží, je krmen, sám dlouho vše žvýká a tím si stimuluje orální oblast sám. Cílem je zprostředkovat vjemy ze svých úst a stimulovat tak vnímání. Odpoledne po návštěvě je naplánován odpočinek a relaxace hudbou nebo televizí. Až při večerní hygieně a ošetření predilekčních míst službu konající personál provádí lehkou zklidňující masáž. Masáž navodí zklidnění celého organismu a připraví p. Martina ke spánku. Takto naplánované prvky se stávají pro p. Martina příjemným rituálem, doplňují každodenní činnost, jako je například chození do práce.

1.17 Kazuistika: č. 5

Muž Pavel M., 60 let, z Hradešína okres Český Brod, byl letitý kardiak, který se léčil s hypertenzí. V lednu 2009 náhle upadl do bezvědomí. Byl převezen RZS do nemocnice v Českém Brodě. Po KPR nastalo hypoxické poškození mozku a kvadruplegie. U p. Pavla bylo diagnostikováno coma vigile. Po stabilizaci zdravotního stavu si p. Pavla vzala manželka domů s tím, že se o svého manžela postará. Když ošetrovatelská péče byla neúnosná, hledala manželka s dcerou zařízení, kam by bylo možno p. Pavla umístit. Pobýval v Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech. Pak na žádost rodiny byl p. Pavel v dubnu 2009 převezen do Prácheňského sanatoria v Písku. Jeho zdravotní stav je nyní stabilizovaný. Rodinu odmítá, jeho novou rodinou se stal ošetrující personál. Návštěvy manželky, ale i dcery ho rozrušují až k agresivitě. Je možné, že nesouhlasí s umístěním v zařízení, a nemůže jim odpustit, že není doma. Byl to člověk, který byl rád v kolektivu mladých lidí a rád si s nimi tykal, pokud to šlo. Pracoval jako daňový poradce, účetní a programátor. Rodina si ho přeje oslovovat Pavle a tykat mu. Nemá rád zdobnělino, šíšlání a zacházení s ním jako s malým dítětem. Při neklidu pomáhá hladit mu ruku a případná křeč se uvolní. Miluje vtipy a rád se jim směje. Rád si pouštěl na monitoru hezké obrázky přírody, zvířat a jídla. Byl aktivní sportovec, jezdil na vodních lyžích, miloval přírodu, stromy a zvířata. Co se týká příjmu stravy, všechno jídlo rozkouše a žádnou dietu nemá. Krmit je možno p. Pavla lžící. Pravá ruka je šikovnější, a tedy dle toho je nutné k němu přistupovat. V případě, že sedí v křesle, je zapotřebí použít schanzův límec, aby mu nepadala hlava dolů. Pod levou ruku se mu dává polštářek, aby se mu nekroutilo tělo k levé straně. Na levé ruce je kontraktura větší. Pavel je inkontinentní, na spaní je nutno mu dávat přes plenkové kalhotky trenýrky. Při neklidu plenkové kalhotky trhá. Pavel leží na pokoji s klientem se stejnou diagnózou a preferuje klid. Soužití na jednom pokoji probíhá nyní již bez problémů. Prvky z konceptu BS jsou u Pavla prováděny individuálně, dle jeho zdravotního a psychického stavu. Neprovádějí se prvky povzbuzující, ale spíš zklidňující. Mým úkolem je pozorovat a zhodnotit efektivitu tohoto druhu ošetrovatelské péče a účinku na Pavla z pohledu rodinných příslušníků a ošetrovatelského personálu.

Ošetrovateľská anamnéza NANDA taxonomie II.

Diagnosticke domény a jejich třídy

Doména 1 **Podpora zdraví** – P. Pavel před bezvědomím byl letitý kardiak a léčil se pro hypertenzi. Vážně nestonal, operován nebyl a užíval předepsané léky. Na své zdraví byl opatrný. Rád sportoval, jezdil na vodních lyžích a miloval vycházky přírodou. Jeho zdravotní stav si nijak k srdci nebral. Nyní je upoután na lůžko, je imobilní, inkontinentní a nespolupracuje. Svůj zdravotní stav si neuvědomuje!

Doména 2 **Výživa** – P. Pavel byl vždy štíhlý a nyní váží 65 kg a měří 192 cm. Mezi jeho oblíbená jídla patří pečený králík na česneku. Nemá rád špenát. Z nápojů preferoval pivo a minerálky. Nyní vcelku vše sní.

Doména 3 **Vylučování** – P. Pavel je nyní inkontinentní a má celodenně plenkové kalhotky. Kůže v intimních místech je při výměně plenkových kalhotek dostatečně ošetrována vhodnými hygienickými pomůckami, které má k dispozici. P. Pavel nemá žádné známky proleženin. Tomu napomáhá kvalitní polohování a kvalitní ošetrovateľská péče.

Doména 4 **Aktivita odpočinek** - Rehabilitace je prováděna pasivně jak s fyzioterapeutkou, tak s odbornou ergoterapeutkou. Cvičení spočívá v pasivním uvolňování spazmů a zklidňujícími technikami. Spánek p. Pavlovi potíže nečiní, pospává velmi často i během dne. Má rád klid a z hluku je nervózní až agresivní. P. Pavel má individuální program, který je upraven na běžné denní aktivity. Dle jeho potřeb je aktuálně upravován. Lůžko má směrem k oknu, aby viděl ven na nebe. Zdi a okolí lůžka má vyzdobené známými předměty od jeho rodiny.

Doména 5 **Vnímání poznávání** - Vnímání je u p. Pavla obtížné, bývá náladový. Z návštěvy rodiny bývá rozrušený. Za svou rodinu považuje nyní personál. Na cizí lidi reaguje vyděšeně a je vidět výrazný neklid.

Doména 6 **Vnímání sebe sama** - Sebe p. Pavel moc nevnímá, nemůže nijak reagovat a ani necítí potřebu. Při pohledu do zrcadla nejeví žádné známky zájmu.

Doména 7 **Vztahy** - P. Pavel bydlel v rodinném domě s manželkou a dcerou v Hraděšíně. Rodinné vztahy jsou narušené, ale přesto manželka za p. Pavlem jezdí a vozí mu alespoň něco dobrého k jídlu. On se ale vůbec na manželku ani nepodívá.

Doména 8 **Sexualita** - Jeho reprodukční schopnosti jsou v rámci zdravotního stavu nečinné.

Doména 9 **Zvládání zátěže odolnosti vůči stresu** - Manželka uvádí, že si žádné problémy nijak zvlášť nepřipouštěl. Doma býval nekonfliktní.

Doména 10 **Životní principy** - P. Pavel je ateista.

Doména 11 **Bezpečnost ochrana** - Je zde riziko proleženin v souvislosti s imobilitou, a proto je polohování a mikropolohování věnována taková důležitost.

Doména 12 **Komfort** - Bolest snáší docela dobře, je trpělivý a odevzdaný všemu. Dle slov jeho manželky nikdy bolest nepodceňoval, ale taky příliš ani neřešil.

Doména 13 **Růst a vývoj** - Jeho růst a vývoj osobnosti byl ukončen. Nyní je tělesné prospívání zastaveno. Svalstvo pozvolna atrofuje, denní činností a rehabilitací je v rámci možností zachováno to, co zbylo.

Tabulka č. 9. Biografická anamnéza podle konceptu BS

	1) TĚLESNÁ PÉČE:	
1)	Jak často a kdy si myje celé tělo	Denně
2)	Teplota vody?	Vlažná
3)	K mytí používá:	Mýdlo
4)	Jaké přípravky používá po koupeli	Krém
5)	Jak často si holí vousy?	2x týdně
6)	Čím se holí?	Namokro
7)	Po holení používá:	Vodu po holení
8)	Jak často si čistí zuby?	Ráno
9)	Zda má zubní náhradu - jakou?	Ne
10)	Spí se zubní náhradou?	-
	2) SPÁNEK:	
1)	Jak usíná?	Na zádech
2)	Jak spí?	Chodí spát brzo
3)	Jak vstává?	Brzo
4)	V oblibě má:	Nic nepreferuje
5)	Jak bývá přikrytý?	Po ramena
6)	V čem spí	V nočním prádle
7)	Má rád zatemnění při spánku?	Nemusí
	3) POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:	
1)	Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu	Ano, lyže, voda, příroda, stromy, zvířata
2)	Specifika postižení:	Ochrnutí končetin, kontraktury
3)	Kompenzační pomůcky	-
	4) ZPŮSOB ŽIVOTA	
1)	Víra	Ateista
2)	Jak snáší bolest	Dobře
3)	Jak zvládá zátěžové situace?	Dobře
4)	Používá relaxační techniky?	Odpočinek v křesle
5)	Způsob komunikace, event.	Nekomunikuje s nikým, uzavřený
	reakce na známou osobu:	Rodinu neguje

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ	
1) SLUCH	
Má potíže se sluchem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá naslouchadlo?	-
Oblíbené rozhlasové pořady	Nepreferuje
Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	Ne. Má rád klid
Jakou poslouchá hudbu?	Nemusí žádnou
2) ZRAK	
Má potíže se zrakem?	Ne
Specifika potíží:	-
Používá:	-
3) CHUŤ	
Jaké chutě má rád / a:	Sladké
Obvyklá teplota jídla:	Vlažná
Oblíbený pokrm a nápoj:	Pečený králík na česneku, pivo
Neoblíbený pokrm a nápoj:	Špenát, sladké limonády
Předměty, které má rád/a při stolování	Nepreferuje
Jaké má zvyky při jídle?	-
Má potíže při polykání? Ano? Jaké?	Nemá
4) ČICH	
Oblíbený typ vůně:	Nemá
Oblíbená vůně partnera/ky:	-
Jiné aroma (domov, práce, koníčky)	Les

Pondělí až pátek - BŘEZEN 2010

Tabulka č. 10. Ošetrovatelský plán podle konceptu BS

	Iniciální dotek	Ano	
	Biografická anamnéza	Ano	
		dopoledne	odpoledne
Základní prvky BS			
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace	Ano	Ano
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyzilogická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace	Ano	
	Polohování "hnízdo"	Ano	
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání	Ano	
	Flexe a extenze DK, HK		
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou		
	Vysazení do křesla	Ano	
	Odpočinkový režim	Ano	Ano
Vestibulární stimulace		Ano	Ano
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace	Ano	Ano
	Auditivní stimulace	Ano	Ano
	Orální stimulace		
	Olfaktorická stimulace	Ano	Ano
	Taktilně - haptická	Ano	Ano

Plánování na realizace ošetrovatelské péče podle konceptu BS

Denní plán - Kazuistika č. 5.

Ošetrovatelská péče podle konceptu BS v tomto zařízení se již plánuje a provádí. Proto pro náš výzkum zvolíme vhodné prvky pro p. Pavla, aby bylo možno tuto péči zhodnotit. Byly zvoleny převážně techniky ošetrovatelské péče s cílem umožnit p. Pavlovi vnímat své vlastní tělo. Iniciální dotek byl zvolen pro ošetrovatelský personál pravé rameno, které je blíž k přístupu p. Pavla a manželka má iniciální dotek na manželově pravé ruce. Veškerý personál iniciální dotek respektuje a oslovením jeho jménem ještě umocní. Tabulka se jménem a iniciálním dotekem je na ceduli A4 u nemocničního lůžka. Nástavbové prvky jako optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně haptická stimulace jsou vykonávány denně a jsou zařazeny do běžné činnosti p. Pavla. Zde leží 1 rok, tedy pokoj je již vybaven předměty přinesenými z domova. Má své osobní toaletní potřeby jako je mýdlo, vodu po holení, kartáček a zubní pastu. Pokoj je plný obrázků, nad dveřmi visí hodiny a to vše podporuje optickou stimulaci, která stimuluje asociační schopnost mozku a následně neuroplasticitu mozkové tkáně. V lůžku a okolo něj má p. Pavel polštářky na mikropolohování a podkládání končetin. Denní režim je přizpůsobován zvyklostem p. Pavla. Ranní vstávání bývá okolo půl 8. Času je ale dostatek, tak není nutné na jakékoliv úkony spěchat. Ranní hygiena se provádí v dopoledních hodinách dle zvyklostí tohoto zařízení. Je prováděna dle zásad BS. Po koupeli je použit k ošetření kůže jeho krém, kterým je provedena zklidňující masáž pro stimulování vnímání tělesného schématu. Z výrazu obličeje je vidět, že masáž je p. Pavlovi příjemná. Před každou změnou polohy je nutno provést stimulaci vestibulární. Holen je 2 x týdně na mokro, jak je uvedeno v biografické anamnéze. Čištění zubů je prováděno po každém jídle, většinou pasivně. Po celkové hygieně a stimulační masáži je zvyklý být posazen do křesla, kde rád odpočívá. Po odpočinku je prováděna každodenně pasivní rehabilitace za pomoci fyzioterapeutky. Zkušené odborné ergoterapeutky provádějí pak u p. Pavla diametrální masáž horních i dolních končetin. Následně pak nastupuje masáž stimulující dýchání. Na ukončení rehabilitace je p. Pavel napolohován do polohy hnízdo jak na boku, tak střídavě i na zádech s dolními končetinami v extenzi, nebo flexi. Tělo p. Pavla je obloženo srolovanými

dekami. Přikrytí volíme dle informace z biografické anamnézy po ramena a umožníme mu tak taktilně haptickou stimulaci. Cílem tohoto polohování je poskytnout klientovi orientaci na svém těle, uvolní se a relaxuje. Při polohování a manipulaci s klientem je důležité, abychom mysleli na kvalitu poskytovaných doteků. Polohování do hnízd je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu. Zdravý člověk je neustále v pohybu, mění své polohy v závislosti na různých činnostech, které vykonává během dne. Tím se stimuluje rovnovážné ústrojí. U klientů s omezenými pohybovými aktivitami je těchto informací minimálně. Na odpoledne jsem naplánovala vestibulární stimulaci. Nezabere mnoho času a je velmi prospěšná pro vnímání kinetiky. Prostřednictvím konceptu lze těmto lidem poskytnout právě podporu jejich rovnovážnému ústrojí. Jedná se o nepatrný pohyb hlavou otáčením do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a fixuje se rukama. Stačí provést 3–5x. Vhodné je to provádět před každou změnou polohy. Následně je na odpoledne zvolen odpočinkový režim. Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní a kolem ní vedou k intenzivní stimulaci vnímání, proto orální stimulace je podporována při každém jídle. P. Pavel stravu přijímá bez obtíží, je krmen a sám dlouho vše žvýká a tím si stimuluje orální oblast sám. Cílem je zprostředkovat vjemy ze svých úst a stimulovat tak vnímání. Odpoledne je naplánován odpočinek, má rád klid a ticho. Až při večerní hygieně a ošetření predilekčních míst službu konající personál provádí lehkou zklidňující masáž. Masáž navodí zklidnění celého organismu a připraví p. Pavla ke spánku. Takto naplánované prvky se stávají pro p. Pavla příjemným rituálem, supluje každodenní činnost.

1.17.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy

podle NANDA klasifikace

Doména 1, **Podpora zdraví**, Třída 2, Management zdraví, Dg. 00078

Neefektivní léčebný režim v souvislosti s neschopností spolupracovat při léčebných úkonech projevující se apatií, nespoluprací, neschopností a imobilitou.

Doména 2, **Výživa**, Třída 1, Přijímání potravy, Dg. 00103

Porušené polykání v souvislosti s neefektivním polykacím reflexem projevující se kašláním, kuckáním a nepolykáním stravy.

Doména 2, **Výživa**, Třída 1, Přijímání potravy, Dg. 00001

Nedostatečná výživa v souvislosti s neefektivním polykacím reflexem projevující se úbytkem na váze, projevy diskomfortu v oblasti výživy.

Doména 2, **Výživa**, Třída 5, Hydratace, Dg. 00028

Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s neschopností přijímat tekutiny aktivně.

Doména 3, **Vylučování**, Třída 1, Močový systém, Dg. 00021

Úplná inkontinence moči v souvislosti se ztrátou ovládnutí močového sfinkteru projevující se neschopností rozpoznat potřebu močení a následným pomočením.

Doména 3, **Vylučování**, Třída 2, Gastrointestinální systém, Dg. 00011

Zácpa v souvislosti se zpomalenou peristaltikou střevní projevující se vzedmutým břichem a neverbálními projevy nepohodlí.

Doména 4, **Aktivita – odpočinek**, T1, Spánek a odpočinek, Dg. 00095

Porušený spánek v souvislosti s převráceným denním rytmem projevující se zíváním, pospáváním během dne a oteklýma očima.

Doména 4, **Aktivita – odpočinek**, Třída 2, Aktivita a pohyb, Dg. 00040

Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s imobilizací a upoutáním na lůžku.

Doména 4, **Aktivita – odpočinek**, Třída 2, Aktivita a pohyb, Dg. 00109, 00108, 00102, 00110.

Deficit sebepečce v souvislosti s onemocněním v oblasti (oblékání a úpravě zevnějšku, koupání a hygieně, jídle, vyprazdňování) projevující se neschopností cokoliv samostatně vykonat.

Doména 5, **Vnímání – poznávání**, Třída 3, Čítí a vnímání, Dg. 00122

Porucha smyslového vnímání (zrakové, sluchové, kinetické, chuťové, hmatové, čichové) v souvislosti s neschopností rozpoznávat vjemy projevující se apatií a nespoluprací.

Doména 5, **Vnímání – poznávání**, Třída 5, Komunikace, Dg. 00051

Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s postižením nervového centra projevující se nepřiléhavým vydáváním různých zvuků, mlčením a nespoluprací.

Doména 6, **Vnímání sebe sama**, Třída 1, Sebepojetí, Dg. 00125

Bezmocnost v souvislosti s onemocněním nervového systému projevující se nemožností reálně pochopit svůj zdravotní stav, zvýšeným napětím ve tváři a pocitem strachu.

Doména 7, **Vztahy**, Třída 2, Rodinné vztahy, Dg. 00060

Přerušný chod rodiny v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací projevující se nefungujícími rolemi v rodině.

Doména 8, **Sexualita**, Třída 1, Sexuální identita, Dg 00059

Sexuální dysfunkce v souvislosti s vyhasnutím sexuálních tužeb projevující se nečinností pohlavních orgánů.

Doména 11, **Bezpečnost ochrana**, Třída 1, Infekce, Dg. 00004

Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy (tracheostomií, PMK, PEG)

Doména 11, **Bezpečnost ochrana**, Třída 2, Tělesné poranění, Dg. 00046

Poškozená kožní integrita v souvislosti s invazivními vstupy (Tracheostomie, PMK, PEG) projevující se zarudnutím a zvýšenou citlivostí v okolí invazivního vstupu, hypertermií a zvýšenými zánětlivými markery.

Doména 12, **Komfort**, Třída 3, Sociální komfort, Dg. 00053

Sociální izolace v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací projevující se smutkem, apatií, nemožnost vidět své blízké.

Doména 13, **Růst a vývoj**, Třída 1, Růst, Dg. 00101

Neprospívání dospělé osoby v souvislosti s poškozením nervového centra projevující se neprospíváním a regresí.

Doména 11, Třída 1, (Infekce) Dg. Riziko infekce – 00004

Riziko infekce v souvislosti s invazivním vstupem (tracheostomií)

Cíl: Rána nejeví známky infekce.

Výsledná kritéria:

Klient je bez infekce

Rána je převazována přísně asepticky podle potřeby minimálně však 1x /24 hod.

Zánětlivé markery jsou průběžně v normě.

U klienta je pravidelně vyměňována tracheostomie pověřenou sestrou dle pokynů a zvyklostí na oddělení 2x týdně dle rozpisu.

Klient denně přijímá stravu bohatou na proteiny dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Intervence:

Monitoruj, sleduj a denně zaznamenávej stav okolí tracheostomie.

Zajisti vždy úplnou asepsi při výměně tracheostomie.

Monitoruj zánětlivé markery dle ordinace lékaře.

Podávej příjem stravy bohatou na proteiny dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Realizace:

.....

Vyhodnocení:

Rána je klidná, klient je afebrilní, bez známek infekce.

Doména 11, Třída 2, (Tělesné poranění) Dg. Poškozená kožní integrita - 00046

Kožní integrita porušená v souvislosti s invazivním vstupem do žaludku (PEG) projevující se zarudnutím a zvýšenou citlivostí v okolí rány.

Cíl: Klient má kůži v okolí PEGU klidnou bez známek infekce.

Výsledná kritéria:

Klient má invazivní vstup po celou dobu hospitalizace klidný bez známek infekce a sekrece.

Klient má ránu denně personálem ošetřenou přísně asepticky podle standardů.

Klient přijímá denně stravu s vyšším obsahem bílkovin a dodržuje hygienická pravidla bránící vniknutí infekce do rány

Intervence:

Vyhodnoť a denně zaznamenej stav rány a případné změny.

Zjisti ihned vyvolávající příčiny patologických kožních projevů.

Popiš a zaznamenej velikost, tvar, sekreci, zápach případné kožní léze.

Prováděj denně asepticky převaz rány dle platných standardů

Edukuj průběžně rodinu pacienta o významu a funkci kůži

Realizace:

.....

Vyhodnocení:

Cíle dosaženo nebylo, klientovi se hojí rána velmi pomalu. Pokračuje se v pravidelných převazech a monitoruje se proces hojení.

5. Diskuze

V rámci získaných informací, které se týkají problematiky využití konceptu BS v ošetrovatelské péči u klientů s AS, jsme dospěli k velmi zajímavým výsledkům. Výzkumné šetření probíhalo ve třech zdravotnických zařízeních. Klientů s diagnózou AS bylo pět a rodinných příslušníků šest. Ošetrovatelského personálu pečujících o tyto klienty bylo devět. Byly popsány kazuistiky jednotlivých případů a s rodinnými příslušníky a byly odebrány podrobné anamnézy. Pro splnění cíle a ověření výzkumných otázek bylo použito přímé a nepřímé pozorování klientů, dotazování rodinných příslušníků a ošetrovatelského personálu. K těmto účelům byl použit nestandardizovaný rozhovor na připravené okruhy otázek. Vše probíhalo v klidné přátelské atmosféře. Okruhy otázek jsou k nahlédnutí v (příloze č. 7,8).

Tabulka č. 11. Schéma osob, s kterými probíhalo výzkumné šetření

Medi Help, spol. s r.o.	Klienti s AS	Příbuzní klienta
Sestra A		
Sestra B	p. Luboš	Manželka
Sestra C		
Sestra D		
Nemocnice Písek, a.s.		
Sestra A	p. Jiří	Maminka, tatínek
Sestra B	p. Jiří	Syn
Staniční sestra		
Prácheňské sanatorium, o. p. s. Písek		
Ergoterapeutka A	p. Martin	Otec
Ergoterapeutka B	p. Pavel	Manželka

zdroj: vlastní návrh

Vyhodnocení kazuistiky č. 1. integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 7) **pro ošetrovatelský personál pečující o klienta s AS** v soukromém zařízení Medi Help, spol. s r.o. za měsíc únor 2010. Otázky byly směřovány ke čtyřem všeobecným sestrám pečující o p. Luboše. Na otázku zda si myslí, že je péče o apalické klienty z jejich pohledu dostatečná, sestry A, C, D odpověděly, že péče na jejich ošetrovací jednotce se jim zdá dostatečná. Shodně uvádějí, že jak z pohledu personálního vybavení, tak materiálního vybavení je péče vyhovující. Slíbený zvedák na klienty mají nyní již k dispozici. Sestra B si myslí, že tito klienti s touto diagnózou na toto oddělení nepatří a zatěžují chod oddělení. Na otázku jak vnímají kontinuální návštěvy, sestra A odpověděla, že kontinuální návštěvy jí mnohdy obtěžují. Souvisí s neustálou kontrolou její práce, neustálými dotazy a otázkami. Sestra B a C uvádí, že jim kontinuální návštěvy nevadí, naopak jsou rády, že si o svého manželka pečuje sama. Kdo jiný poskytne lepší a láskyplnou péči než jeho blízký. Sestra D názor nevyjádřila, je jí jedno, zda manželka na návštěvě je, nebo není. Na dotaz, co se domnívají, že je pro apalického klienta důležité a málo se vykonává? Sestra A se domnívá, že je důležité pro tyto klienty umístění na apalické jednotky, kde je lepší vybavenost a odborně proškolený personál. Sestra B si myslí, že je pro klienta důležitá rodina a její péče společně s ošetrujícím personálem. Sestra C se domnívá, že je vhodné používat více polohovacích pomůcek a zvýšit pasivní rehabilitaci v rámci prevence kontraktur. Sestra D je toho názoru, že tento klient má málo podnětů, je sám na pokoji a pohled ke stropu mu nepřináší nic nového, podnětného. Tedy by uvítala barevnou malbu, hodiny na pokoji, barevné lůžkoviny, aby vše nepůsobilo tak nemocničně, neosobně. Spolupráci s rodinou sestry A, B, C, D shodně hodnotí kladně, spolupráce s manželkou p. Luboše je velmi dobrá a přátelská. Spočívá vždy na domluvě, co manželka na druhý den přinese, nebo nachystá. Na otázku zda mají sestry dostatek pomůcek, sestry A, B, C, D shodně odpověděly, že nyní mají pomůcek dostatek. Zda využívají sestry prvky z konceptu BS shodně sestry A, B, C, D odpověděly, že prvky z konceptu BS běžně v péči nevyužívají, nejsou proškoleny, a tak jen některé používají snad jen z neznalosti. Zda sestry používají ošetrovatelskou dokumentaci podle BS a zda je jim prospěšná? Shodně sestry A, B, C, D odpověděly, že ošetrovatelskou

dokumentaci dle konceptu BS nemají k dispozici a ani ji neznají. Standardy ošetrovatelské péče v tomto zařízení, teprve procházejí stádiem příprav. Jak hodnotí po měsíci integraci prvků konceptu BS do ošetrovatelské péče pana Luboše? Sestry A, B, C, D hodnotí shodně použití prvků z konceptu BS uspokojivě. Zdravotní stav se zlepšil, spasticita je mnohem menší. P. Luboš tolik nevydává hlasité zvuky a je celkově klidnější. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu ošetrovatelského personálu? Výzkumná otázka č 1. byla potvrzena na 100%

Vyhodnocení kazuistiky č. 1 - integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 8) **pro rodinné příslušníky klienta s AS.** Dotazy byly směřovány na manželku pana Luboše. Denně svého manžela navštěvovala, a tak mohla nejlépe zhodnotit ošetrovatelskou péči o jejího manžela před používáním konceptu BS a po něm. Ze svého pohledu posoudila, zda tato péče pro manžela přinesla něco kladného a přínosného. Na otázku zda má její manžel adekvátní ošetrovatelskou péči, odpověděla, že je přesvědčena o tom, že její manžel má v tomto zařízení péči dobrou. Co se týká přístupu personálu, je spokojena, za ta léta si se sestrami vytvořila přátelský vztah. A proč se rozhodla manžela umístit právě do tohoto zařízení? Sama si toto zařízení vybrala a byla jsem u toho, kdy se s pláčem přišla podívat na vybavenost oddělení a s dotazem, zda bych zde umístila někoho ze své rodiny. Zařízení probíhá celkovou rekonstrukcí, proto jsem p. Jitku odvedla na již zrekonstruované oddělení, aby mohla vybavenost a prostředí posoudit sama. Je pravdou, že jsme se při odebrání anamnézy a dalším kontaktu blíž poznaly a vládla mezi námi přátelská atmosféra. Co by ráda ona sama změnila? V oblasti materiální nemá výhrad, co je zapotřebí si přinese, nebo sežene ona sama. Hygienickou péči a promazávání těla manžela provádí odpoledne sama. Možná by uvítala intenzivnější rehabilitaci, ale ona sama kvalitu a intenzitu prý nedokáže posoudit. Počet personálu se jí zdá přiměřený. Co si její manžel přeje a čeho má nedostatek? Jistě by si přál být doma, ale to není možné. Co se týká výživy to je složité, protože ústy p. Luboš nepřijímá, a ani nepolkne tekutiny. Hned ho vše dráždí ke kašli a je nutné ho odsávat. Manželka mu nosí z domova jeho oblíbená jídla mixovaná do PEGU. Co se týká vnějších podnětů, manželka mu nosí a obměňuje

různé předměty a polštářky v lůžku. Nejvíce byla p. Jitka nadšená, když jsme s manželem jely ven i s nemocničním lůžkem před Sanatorium. Pozoroval nebe, viděl stromy, slyšel ptáky a pak vyčerpáním usnul. Pro p. Jitku samotnou to byl ohromný zážitek a děkovala mi ještě mnohokrát. Nejde o to celou tuto akci naplánovat, ale jde o to, že jsem ve svém volnu mohla tyto aktivity v rámci výzkumu s nimi společně realizovat. Co hodnotí manželka ze svého pohledu kladně? Je ráda a spokojená, že se sestry dostatečně snaží manžela polohovat, nemá žádné známky tvorby dekubitů. Péče o vyprazdňování je neméně důležité, vše je evidováno, a tedy pod kontrolou. Sama ví, že jinak manžel trpí nepohodlím v oblasti břicha a vydává hlasité zvuky. U lůžka je i záznam příjmu a výdeje tekutin. Co hodnotí manželka ze svého pohledu záporně? Někdy se jí zdá, že sestry pravidelně manžela neodsávají, že je dost zahleněn. Tedy při denních návštěvách sama na pokoji zvlhčuje vzduch a následně pak po poklepové masáži si manžela odsává. Co si manželka myslí, že personálu chybí? Možná finanční ohodnocení, ale sama to nedokáže posoudit, protože nezná výši jejich příjmu. Jinak zázemí a prostory jsou nové, tak neví, co by personálu přineslo ulehčení jejich práce, možná nějaké pomůcky k manipulaci klientů. Co se vybaví manželce pod pojmem BS? Myslí si, že jsou to techniky různých masáží. Jak manželka hodnotí ze svého pohledu ošetrovatelskou péči podle prvků z konceptu BS? Jednoznačně s nadšením uvítala tuto metodu, která měla svůj řád a posloupnost. Se spoustou technik manželka p. Luboše pomáhala a sama je i vykonávala. Sestry v tomto zařízení nejsou proškoleny a neznají poskytování takovéto péče, proto jsem docházela a tyto prvky prováděla sama, ale i společně s manželkou Jitkou. Byla velmi spokojená a nadále se spousty prvků pokračuje sama. Hodnotí poskytování takovéto individuální péče velmi kladně. Friedlová ve své knize uvádí, že hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Při zrcadlové terapii bylo vidět zahledění se do sebe. Sice nedokážeme posoudit, zda si svou identitu p. Luboš zcela uvědomuje, ale přineslo nám to motivaci k provádění dalších prvků z tohoto konceptu. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu rodinného příslušníka? Výzkumná otázka č 2. byla potvrzena.

Vyhodnocení kazuistiky č. 2. integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 7) **pro ošetrovatelský personál pečující o klienta s AS** v Nemocnici, a.s. Písek na apalické jednotce za měsíc březen 2010. Otázky byly směřovány ke dvěma všeobecným sestrám a staniční sestře pečující o p. Jiřího. Na otázku zda si myslí, že je péče o apalické klienty z jejich pohledu dostatečná, sestry A, B, C se shodují se, že je péče o klienty na jejich apalické jednotce dostatečná jak z pohledu personálního vybavení, tak po materiální stránce. Mají dostatek různých kompenzačních a polohovacích pomůcek. Jak jsou vnímány kontinuální návštěvy? Sestry A, B, C kontinuální návštěvy vnímají různě. Sestře A nevadí, je ráda, že si rodina p. Jiřího obstará. Sestře B vadí, že jsou u p. Jiřího rodiče denně, protože vyžadují neustále informace a zdá se jí to obtěžující. Sestra C vnímá kontinuální návštěvy jako důležitou součást rodinných vazeb rodičů na syna. Co je důležité pro apalického klienta a přesto se málo vykonává? Sestry A, B, C zastávají shodně názor důležitosti rehabilitace a prevence dekubitů a případných spazmů. Antidekubitární péče je zajištěna v plném rozsahu, klient má antidekubitární madraci. Rehabilitační péče bývá pouze dopoledne ve všední den. Jaká je spolupráce s rodinou? Sestry A, B, C shodně vyjadřují, že spolupráce s rodinou p. Jiřího je dostatečná, někdy ale i velmi náročná. Maminka je svérázná žena a má takto postižené její jediné dítě, proto taky došlo již i několikrát na stížnosti k personálu, ale vždy se vše bez emocí vyřešilo. Není se čemu divit, jde jim především o jejich syna a mají pocit, že mají právo vyjádřit svůj názor. Zda mají dostatek pomůcek sestry A, B, C odpověděly, že pomůcek mají dostatek a v přiměřeném množství. Za tu dobu, co je zde apalická jednotka, bylo oddělení dovybaveno veškerými možnými pomůckami usnadňujícími manipulaci s klienty. Na dotaz, zda prvky z konceptu BS využívají sestra A odpověděla, že některé prvky v běžné péči provádí i mimoděk, ale není proškolená. Sestra B prvky neprovádí, nezná tuto techniku. Sestra C je provádí dle plánu pravidelně, aby byl znám účinek a mohlo dojít k posouzení a vyhodnocení prospěšnosti tohoto konceptu. Je jako jediná proškolená kurzem BS. O prospěšnosti a používání dokumentace podle konceptu BS sestry A, B, C nepochybuji, používají běžnou ošetrovatelskou dokumentaci, ale na BS ještě nemají žádnou zavedenou. Vše je ve fázi příprav. O prospěšnosti se nedá

polemizovat, je nutné hodnotit kvalitu poskytované péče. Jak hodnotí ošetřující personál zdravotní stav klienta po integraci prvků podle konceptu BS? Sestra A, B pozorují rozdíl v používání této individualizované péče, mají za to, že je přínosnější než běžná ošetřovatelská péče. Sestra C hodnotí integraci prvků z konceptu BS velmi kladně. Možná právě proto, že je sama prováděla a viděla bezprostředně reakce při používání těchto prvků. Zdravotní stav se zlepšil, spasticita je mnohem menší a p. Jiří je celkově uvolněnější a klidnější. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu ošetřovatelského personálu? Výzkumná otázka č. 1. byla potvrzena na 100%

Vyhodnocení kazuistiky č. 2 - integrace konceptu BS ošetřovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 8) pro rodinné příslušníky klienta s AS. Dotazy byly směřovány na maminku a otce pana Jiřího. Denně svého syna navštěvují, tedy dokážou nejlépe zhodnotit ošetřovatelskou péči o jejich syna před a po používání konceptu BS. Dotazy byly směřovány na oba rodiče v přátelské atmosféře při procházce venku se svým synem na invalidním vozíku a vyjadřují se shodně. Na dotaz zda má jejich syn adekvátní péči, odpověděli shodně, že ošetřovatelská péče o jejich syna Jiřího v oblasti materiální a vybavenosti je adekvátní. Mají pouze malé výhrady k personální dostatečnosti, zažili individuální ošetřovatelku s kurzem BS a byli velmi spokojeni. Nyní bohužel na apalické jednotce již nepracuje. Na dotaz, proč klient leží právě na této apalické jednotce, odpověď zněla jednoznačně. Toto zařízení je pro nás spádové a blízko našeho bydliště. Co by rádi změnili v péči o jejich blízkého, je právě toto individuální personální vybavení odborným proškoleným personálem. Přivítali by i televizi na pokoji a pokoj rozdělit na menší boxy nějakými příčkami pro zachování soukromí a individuality. Hygienická péče se jim zdá dostatečná a sami suplují denně případné nedostatky. Co se domnívají, čeho má jejich syn nedostatek? Mají pocit, že je rehabilitační péče o jejich syna nedostatečná. Případný nedostatek v RHB péči dokážou po odpoledních návštěvách zajistit sami. Je to jejich kontakt s milovaným synem a náplní jejich každodenní návštěvy. Kladně hodnotí vlivný personál, na který jsou již zvyklí a možnost přinést cokoliv svému synovi na pokoj. Výživa je dostatečná. Vnějších podnětů by mohlo být víc, ale rodina supluje tyto nedostatky sama a ráda. Co

hodnotí rodina záporně? Vidí problém s vyprazdňováním, sami chtějí vědět častost stolice a snaží se pomoci. V oblasti výživy jsou spokojeni – strava je odborně ordinována ošetřujícím lékařem za pomoci nutričních terapeutů. Je jejich synovi podávána bolusově do PEGU a sami rádi synovi přilepší tím, co měl rád. Co personálu z jejich pohledu chybí? Možná motivace a lepší finanční ohodnocení jejich práce. Je to práce těžká a zde na apalické jednotce náročná jak fyzicky, tak psychicky. Personál je zde slušný, usměvavý a přátelský. Co se jim vybaví pod pojmem BS? „Je to o dotycích s klientem a určité jiné technice péče o klienta na lůžku“. Jak hodnotí zdravotní stav svého syna po integraci konceptu BS? Tato ošetrovatelská péče podle konceptu BS má svůj význam a smysl, některé prvky provádějí sami rodiče po celou dobu hospitalizace. Sestry v tomto zařízení nejsou proškoleny pouze staniční sestra a ta zde tuto péči apalickým klientům poskytuje. Tyto prvky prováděla denně dle společně sestaveného harmonogramu a já jsem docházela na supervize a pozorování, jak jsme se předem domluvily. Rodina byla velmi spokojená a nadále se spousty prvků pokračuje sama. Hodnotí poskytování takovéto individuální péče velmi kladně a přáli by si do budoucna pro svého syna odbornou ergoterapeutku, která by se jejich synovi denně věnovala. Friedlová uvádí ve své knize, že kvalita komunikace mezi poskytovateli péče a klienty predisponuje kvalitu péče. Snaha nutit klientovi určitou péči, která vůbec nezohledňuje jeho individualitu a s ní spojené potřeby, může vyústit v psychosomatický útlum nebo naopak v agresivní obrannou reakci klienta. Tato péče je právě natolik individuální, že p. Jiřímu poskytla konfrontovat, vyvíjet vztahy s osobami v jeho blízkosti a svým jedinečným způsobem komunikovat a tím získat jedinečnost. Rodiče se shodli, že integrace prvků BS jejich synovi přinesla celkové zklidnění a zlepšení zdravotního stavu. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu rodinných příslušníků? Výzkumná otázka č 2. byla potvrzena.

Vyhodnocení kazuistiky č. 3. integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 7) **pro ošetrovatelský personál pečující o klienta s AS** v Nemocnici Písek, a.s. na apalické jednotce za měsíc březen 2010. Otázky byly směřovány ke dvěma všeobecným sestrám a staniční sestře pečující o p. Jiřího. Na dotaz zda je péče o apalické klienty z pohledu ošetrovatelského personálu dostatečná se sestry A, B, C shodují, že péče na jejich apalické jednotce je dostatečná jak z pohledu personálního vybavení, tak po materiální stránce, mají dostatek různých kompenzačních a polohovacích pomůcek. Jak vnímají sestry kontinuální návštěvy? Sestrám A, B, C kontinuální návštěvy obecně nevadí a u p. Jiřího nejsou časté ani pravidelné. Sestry A, B, C se domnívají, že důležitá pro apalického klienta je rehabilitace a prevence dekubitů a případných spazmů. Antidekubitární péče je zajištěna v plném rozsahu, klient má antidekubitární madraci. Rehabilitace bývá zajištěna ve všední den v dopoledních hodinách. Spolupráce s rodinou p. Jiřího sestry A, B, C hodnotí shodně jako dostatečnou. Syn je rozumný člověk a péči o svého otce dokáže náležitě ocenit. Tvrdí, že vše je v lidech. Pomůcek mají sestry A, B, C dostatek a v přiměřeném množství. Za tu dobu, co zde apalíční klienti leží, bylo oddělení dovybaveno veškerými možnými pomůckami. Využívání prvků konceptu BS u apalického klienta, sestra A hodnotí, že některé prvky v běžné péči provádí, ale sama o tom ani neví. Sestra B prvky neprovádí, neví jak, nezná tuto techniku. Sestra C je provádí dle plánu pravidelně, aby byl znám účinek a mohlo dojít k posouzení a vyhodnocení prospěšnosti tohoto konceptu. Používání ošetrovatelské dokumentace podle BS hodnotí shodně sestry A, B, C, že ošetrovatelskou dokumentaci používají, ale na BS ji nemají ještě zavedenou. Vše je ve fázi příprav a realizace. Jak sestry hodnotí zdravotní stav klienta s AS po integraci prvků BS do ošetrovatelské péče? Sestry A i B vidí v používání této individualizované péče jistá pozitiva. P. Jiří je již v pokročilém věku, ale i přesto má tato péče na něj příznivé účinky i na jeho celkový zdravotní stav. Sestra C hodnotí integraci prvků z konceptu BS velmi kladně. Možná právě proto, že je sama prováděla a viděla bezprostřední reakce při používání těchto prvků. Zdravotní stav se zlepšil, spasticita je mnohem menší a p. Jiří je celkově uvolněnější a klidnější. Vyhodnocení, zda došlo ke

zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu ošetrovatelského personálu? Výzkumná otázka č. 1. byla potvrzena na 100%

Vyhodnocení kazuistiky č. 3 - integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 8) **pro rodinné příslušníky klienta s AS.** Dotazy jsem směřovala na syna p. Jiřího. Domluvila jsem si s ním schůzku za účelem pohovořit s ním na toto téma o jeho otci. Syn svého otce navštěvuje dost nepravidelně. P. Jiří nevnímá a nereaguje, nikoho ze svých blízkých nepozná. Syn jezdí z Příbrami za matkou do Milevska, pak oba společně otce navštíví. Ošetrovatelskou péčí nedokážou nijak zhodnotit ani posoudit. Program pro individuální péči pro jeho otce syn uvítal s nadšením. Na dotaz, zda má otec adekvátní ošetrovatelskou péči v tomto zařízení, syn odpověděl, že péče o jeho otce jak v oblasti materiální, tak po stránce vybavenosti je v pořádku. Na dotaz, proč otec leží právě na této apalické jednotce, syn odpověděl, že toto zařízení je blízko bydliště i otcovy manželky. Co by rád změnil v péči o svého otce? Nedokáže jako laik posoudit. Hygienická péče se mu zdá dostačující. Případný nedostatek v péči o svého otce nevidí. Návštěvy nejsou tak časté, a tedy nedokáže nedostatky posoudit. Kladně hodnotí vlídný personál. V oblasti výživy je syn také v rámci možností spokojen. Záporně syn p. Jiřího nehodnotí nic, je s péčí o svého otce spokojen. Co personálu chybí? Možná motivace a lepší finanční ohodnocení jejich práce. Je to práce těžká a zde na apalické jednotce náročná jak fyzicky, tak psychicky. Syn p. Jiřího neví, co si má pod pojmem BS představit, nikdy tento pojem neslyšel. Jak Ošetrovatelská péče podle konceptu BS má jistě svůj smysl, sám syn provádění ale nikdy neviděl, ani se toho nezúčastnil. Otec je dle jeho slov starý, ale nabyl pocitu, že mu tato péče jistě neublížila. Zpříjemnila a přinesla něco nového do tak prázdných dní. Syn se vyjádřil, že integrace prvků BS jeho otci přinesla celkové zklidnění a zlepšení zdravotního stavu v rámci jeho možností. Friedlová uvádí, že klient sám sebe velmi málo vnímá a také ztrácí tělesnou a psychickou orientaci. Ano potvrdilo se nám, p. Jiří opravdu vnímal jen velmi málo. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu rodinného příslušníka? Výzkumná otázka č. 2. byla potvrzena.

Pan Jiří krátce po ukončení výzkumu zemřel – telefonicky mi to oznámil jeho syn.

Vyhodnocení kazuistiky č. 4. integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 7) **pro ošetrovatelský personál pečující o klienta s AS** v Prácheňském sanatoriu, o.p.s. v Písku za měsíc březen 2010. Otázky byly směřovány ke dvěma odborným ergoterapeutkám pečující o p. Martina. Na dotaz, zda je péče o apalické klienty z jejich pohledu dostatečná sestry A, B se shodují, že péče o klienty v jejich zařízení dostatečná, jak z pohledu personálního vybavení, tak po stránce materiální. Mají dostatek různých kompenzačních i polohovacích pomůcek. Sestrám A, B kontinuální návštěvy nevadí a u p. Martina nejsou pravidelné. Co si sestry myslí, že je důležité pro klienta s AS a přesto se málo vykonává? Sestry A, B shodně odpověděly, že pro apalického klienta je důležitý kontakt s jeho blízkými, rehabilitace a prevence dekubitů a zabránění případných spazmů. Antidekubitární péče je zajištěna v plném rozsahu, klient má antidekubitární madraci. Rehabilitační péče bývá pouze dopoledne ve všední den. Spolupráce s rodinou p. Martina je dostatečná, sestry A, B vyjadřují, že otec je velmi milý, příjemný a vstřícný člověk a péči o svého syna dokáže náležitě ocenit pochvalou. Zda mají dostatek pomůcek? Sestry A, B se shodují, že je mají v přiměřeném množství. Ze strany vedení tohoto zařízení je maximální snaha jakékoliv pomůcky bez problémů zajistit. Sestry A, B prvky v běžné péči provádí pravidelně dle nastaveného rozpisu a aktuálního stavu klienta. Na základě toho je pak péče vyhodnocena, aby byl znám účinek a mohlo dojít k posouzení prospěšnosti tohoto konceptu. Ošetrovatelskou dokumentaci sestry A, B používají, mají sestavenou svou na BS (anamnézu, plán péče a denní slovní vyhodnocování poskytované péče.) Jak hodnotí pečující personál zdravotní stav klienta s AS po integraci BS? Sestry A i B vidí v používání této individualizované péče zjevná pozitiva. P. Martinovi se tato péče každodenně provádí dle naplánovaného měsíčního rozpisu. Frýdlová uvádí ve své knize, že spasticita se vytváří od prvního dne postižení, a to také díky špatnému polohování či špatným a nefyziologickým pohybovým vzorům. U Martina po diametrálních masážích je vidět zjevné zlepšení spasticity horních končetin. Zdravotní stav je stabilizován. Tato individuální péče má na p. Martina velmi kladné účinky. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném

provádění prvků z konceptu BS z pohledu ošetrovatelského personálu? Výzkumná otázka č. 1. byla potvrzena na 100%.

Vyhodnocení kazuistiky č. 4 - integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 8) **pro rodinné příslušníky klienta s AS.** Dotazy byly směřovány na otce p. Martina. Ten svého syna navštěvuje 1 x týdně, a to o víkendu, z důvodu zaměstnanosti a vzdálenosti, kde bydlí a pracuje. Na dotaz, zda má p. Martin adekvátní péči, otec odpověděl, že je přesvědčen o tom, že jeho syn má v tomto zařízení péči výbornou. Co se týká přístupu personálu je spokojen, syn má k dispozici dvě odborné terapeutky, které se v péči o něj střídají dle domluvy. Toto zařízení si vybral sám, na doporučení. Jeho zájmem bylo sehnat pro svého syna zařízení, kde se bude BS provádět. Náš výzkum bude tedy v oblasti, která jeho synovi je již poskytována. Co by otec rád změnil? V oblasti materiální nemá výhrad, co je zapotřebí, je v tomto zařízení k dispozici. Hygienickou péči zajišťuje denně ošetřující personál a počet personálu se mu zdá dostačující. Co si přeje jeho syn, jistě by si přál být doma, ale to není možné. Co se týká výživy, je spokojen, polykání tuhé stravy p. Martin zvládá, a sám mu nosí mu jeho oblíbené pokrmy. Polykání tekutin je pro p. Martina obtížné. Proto je ponechán PEG, aby případný nedostatek toho co neupije, mohl být pasivně doplněn. Co se týká vnějších podnětů, tak mu otec nosí DVD a společně se na ně při návštěvě dívají. Předměty, které ho obklopují, se snaží jeho otec obměňovat, nosí mu fotografie jeho kamarádů a sestry. Je rád, že se mu ošetřující personál věnuje, občas s ním jezdí na vozíku i ven, pokud to synovi jeho zdravotní stav a počasí dovolí. Co hodnotí otec kladně? Je rád a spokojen, že se sestry snaží syna polohovat a dělat mu program v jeho nepřítomnosti. Syn nemá žádné známky proleženin. Péče o vyprazdňování je neméně důležitá, vše je evidováno, a tedy pod kontrolu. Sám otec ví, že jinak trpí nepohodlím v oblasti břicha a kroutí se. Co otec hodnotí záporně? Nemá žádné výhrady k péči o svého syna, je spokojen. Co si myslí, že personálu chybí, sám nedokáže posoudit, nestěžují si mu. Jinak zázemí a prostory jsou po rekonstrukci, tak sám neví, co by personálu přineslo ulehčení jejich práce. Na otázku co se mu vybaví pod pojmem BS? Myslí si, že je to technika různých koupelí a masáží, bližší kontakt s osobou. Jak hodnotí po dobu výzkumu péči o jeho syna? Ošetrovatelská péče podle konceptu BS má

svůj neodmyslitelný význam. Veškerý personál i odborné ergoterapeutky, které pečují o p. Martina, jsou v tomto zařízení proškoleny. Pracují dle předem naplánovaného schématu. Otec potvrdil, že integrace prvků BS jeho synovi přinesla celkové stabilizování, zklidnění a zlepšení zdravotního stavu. Hodnotí poskytování takovéto individuální péče dle naplánovaného rozpisu za tento měsíc velmi kladně a přínosně. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu rodinného příslušníka? Výzkumná otázka č 2. byla potvrzena.

Vyhodnocení kazuistiky č. 5. integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 7) pro ošetrovatelský personál pečující o klienta s AS v Prácheňském sanatoriu, o.p.s. v Písku za měsíc březen 2010. Dotazy byly směřovány ke dvěma odborným ergoterapeutkám starajícím se o p. Pavla. Na otázku, zda je péče o apalické klienty v tomto zařízení adekvátní se sestry A, B se shodují, že je péče o klienty v jejich zařízení dostatečná jak z pohledu personálního vybavení, tak po materiální stránce. Mají dostatek různých kompenzačních a polohovacích pomůcek. Kontinuální návštěvy sestrám A, B nevadí, u pana Pavla nejsou časté. Co si sestry myslí, že je pro apalického klienta důležité a přesto se málo vykonává? Sestra A považuje za důležité pro apalického klienta kontakt s jeho blízkými, rehabilitaci, prevenci dekubitů a zabránění případných spazmů. Sestra B považuje za důležité včasnou a důslednou rehabilitaci, aby nedocházelo k případným zbytečným spazmům. Antidekubitární péče je zajištěna v plném rozsahu, klient má antidekubitární madraci. Rehabilitační péče bývá pouze dopoledne ve všední den. Spolupráce s rodinou p. Pavla je dostatečná shodně vyjadřují sestry A, i B. Manželka je chápavá žena, jen jí mrzí manželova reakce na její osobu. O svého nemocného manžela pečovala doma, tedy dokáže ocenit náročnost péče. Co se týká dostatku pomůcek, sestry A, B mají pomůcek dostatek. Ze strany vedení tohoto zařízení je maximální snaha jakékoliv pomůcky zajistit. Sestry si sepíší a nahlásí požadavky a je jim vždy vyhověno. Prvky sestry A, B v běžné péči provádí pravidelně dle nastaveného rozpisu a aktuálnímu stavu klienta. Na základě toho je pak péče vyhodnocena, aby byl znám účinek a mohlo dojít k posouzení a prospěšnosti tohoto konceptu. Zda sestry mají ošetrovatelskou

dokumentaci shodně sestry A, B, uvádějí, že mají sestavenou svou na BS (anamnézu, plán péče a denní slovní vyhodnocování poskytované péče.) Jak hodnotí zdravotní stav klienta s AS po integraci prvků z BS? O integraci konceptu nemají obě dvě odborné ergoterapeutky žádných pochyb. Obě dvě prošly odbornými kurzy BS, a tedy nejlépe dokážou realizovat individuální péči. P. Pavel na tuto péči reaguje velmi kladně. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu ošetrovatelského personálu? Výzkumná otázka č. 1. byla potvrzena na 100%.

Vyhodnocení kazuistiky č. 5 - integrace konceptu BS ošetrovatelské péče dle okruhů otázek (příloha č. 8) **pro rodinné příslušníky klienta s AS.** Dotazy byly směřovány na manželku p. Pavla. Svého manžela navštěvuje nepravidelně 3 – 4 do měsíce. Brání jí v tom vzdálenost. Toto soukromé zařízení v Písku si vybrala sama. Měla sama zájem právě o zařízení, kde se bude BS provádět. Můj výzkum bude tedy v oblasti, která jejímu manželovi byla již prováděna. Tedy společně s odbornými terapeutkami navrhne plán na měsíc březen, abychom mohly pak tuto péči vyhodnotit. Na dotaz, zda je péče o p. Pavla v tomto zařízení adekvátní, manželka odpověděla, že je přesvědčena o tom, že její manžel má v tomto zařízení kvalitní péči. Co se týká přístupu personálu, je spokojena, manžel má k dispozici dvě odborné terapeutky, které se u něj střídají. Co by ráda manželka změnila? V oblasti materiální nemá výhrad, co je zapotřebí, je v tomto zařízení k dispozici. Hygienickou péči zajišťuje denně ošetřující personál. Počet personálu se manželce zdá optimální. Co si její manžel přeje? Jistě by si přál být doma, ale to není možné. Nemůže rodině odpustit, že ho umístili do zdravotnického zařízení. Vyjadřuje to tím, že s manželkou nenavazuje žádný ani oční kontakt a je po její návštěvě rozrušen. Nyní je jeho rodinou ošetřující personál. Co se týká výživy, je manželka spokojena, polykání tuhé stravy zvládá, tedy mu nosí jeho oblíbené pokrmy. Co se týká vnějších podnětů, tak mu nic radost nepřináší. Manželka se snaží obměňovat předměty, které ho obklopují. Je ráda, že se mu ošetřující personál věnuje. P. Pavel často sedává v křesle a sleduje dění v pokoji, kde je spolu s klientem se stejnou diagnózou. Co hodnotí manželka kladně? Je ráda a spokojena, že se ošetrovatelský personál snaží manžela polohovat a dělat mu program

v její nepřítomnosti. Manžel nemá žádné známky proleženin. Péče o vyprazdňování je neméně důležitá, vše je evidováno a tedy pod kontrolou. Co hodnotí manželka záporně? Nemá žádné výhrady k péči o svého manžela, je nadmíru spokojena. Co si myslí, že personálu chybí? Nedokáže posoudit. Zázemí a prostory jsou po rekonstrukci, tak neví, co by personálu přineslo ulehčení jejich práce. Co se jí vybaví pod pojmem BS? Myslí si, že jsou to různé masáže, hudba a vůně. Jak hodnotí po dobu výzkumu péči o svého manžela? Ošetrovatelská péče podle konceptu BS má svůj přesný postup a řád. Jde o techniku, kterou musí provádět pouze proškolení odborníci. Sestry v tomto zařízení jsou všechny proškoleny. Dvě odborné ergoterapeutky, které pečují o jejího manžela, tyto činnosti vykonávají dle připraveného schématu. Hodnotí poskytování takového individuální péče velmi kladně. Friedlová uvádí, že cílem somatické zklidňující stimulace je navození tělesného celkového uvolnění a redukují se jeho stavy neklidu. P. Pavel po vykonávání těchto technik z prvků z konceptu BS bývá klidnější a neprojevují se u něj tak často stavy podráždění a agresivity. Vyhodnocení, zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta s AS při pravidelném provádění prvků z konceptu BS z pohledu rodinného příslušníka? Výzkumná otázka č 2. byla potvrzena.

6. Závěr

Závěrem bychom chtěli shrnout námi zjištěné poznatky týkající se problematiky integrace konceptu BS do ošetrovatelské péče u klientů s AS. BS je nový moderní ošetrovatelský přístup, jehož podstatou je dosažení maximálního uspokojení potřeb klienta s využitím předchozích zážitků. BS zapojená do ošetrovatelské péče dává novou naději klientům a rodině. Je nutné říci, že takto postižených klientů stále přibývá a proto je větší pravděpodobnost se častěji s tímto onemocněním v ošetrovatelské péči setkat. V souvislosti s tím námi zjištěné poznatky mohou být užitečné pro následující péči a zkvalitnění života těchto klientů. Zjištěné výsledky z pozorování a rozhovorů jsou přinejmenším zajímavé a přínosné. Je zajímavé hodnocení jak ze strany rodinných příslušníků, tak ošetrovatelského personálu. Je nutné poukázat i na nedostatky, které začlenění konceptu BS přináší a pokusit se je následně odstranit, nebo je alespoň minimalizovat. V teoretické části byly shrnuty základní informace o neurofyzilogii, apalickém syndromu a konceptu BS, jeho historii, poslání a jeho integraci do ošetrovatelské péče apalických pacientů.

Naší cílem bylo zjistit účinek používání konceptu BS v ošetrovatelské péči u klienta s AS. Abychom splnili tento cíl, bylo prováděno zúčastněné, skryté a cílené pozorování klientů při provádění prvků BS. Dále byl veden nestandardizovaný rozhovor jak s pečujícím ošetrovatelským personálem, tak s rodinnými příslušníky klientů. Zdravotnická zařízení byla tři. Vybráno bylo pět klientů s touto diagnózou a byla u nich naplánovaná měsíční individuální ošetrovatelská péče podle konceptu BS. Celý měsíc únor nebo březen od pondělí do pátku byl tento koncept integrován a prováděn dle harmonogramu sestavenému každému klientovi na míru dle jeho potřeb a možností. Po celkovém měsíčním vyhodnocení používání určitých prvků z tohoto konceptu byla individuální péče vyhodnocena z pohledu rodinných příslušníků velmi kladně. Příbuzní těchto klientů jsou vděční nejen za odbornou ošetrovatelskou péči, ale jsou nadšeni z každého sebemenšího pokroku a zpříjemnění života jejich blízkého. Berou tuto péči o své blízké jako aktivitu denního režimu a příjemné povzbuzení. V současné době je kladen velký důraz na kvalitní ošetrovatelskou péči a ta není možná bez dobré znalosti

potřeb, jež tvoří základ pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v praxi. Výpovědi všech rodinných příslušníků i ošetrovatelského personálu byly kladné a cíl práce byl potvrzen. Vše ale, jak je známo, je i v lidech. Každý máme jinak nastavenou morální hranici a z etického hlediska víme, co je správné a co není. Mnohdy jsme unavení, vyhořelí, nebo se nám jen nechce. V bazálně stimulující ošetrovatelské péči je výchozím předpokladem vcítit se do vnímání druhého a věnovat pozornost potřebám a požadavkům klienta. Zavedení BS do ošetrovatelské péče vyžaduje čas, chuť a vzájemnou souhru veškerého personálu včetně blízké rodiny. Je nutné klienta nepovažovat za postiženého s jeho deficity, nýbrž jeho zachované schopnosti a jeho kompetence respektovat a podporovat. Proto i tento přístup k postiženým klientům je velmi náročný. Je to onemocnění se špatnou prognózou a málokdy končí optimisticky. Je to letitá dlouhodobá a náročná péče o tyto klienty a není tedy divu, že i ošetrovatelský personál někdy pochybí. Rodina nikdy nepřestává věřit a doufat v zázrak. Už jen ta představa hrozná oběti pro jeho rodinu, kdy leží apalický klient na lůžku třeba i 10 let. Proto je nutné se navzájem s rodinou podporovat jak vlídným slovem, tak podnětným prostředím, radovat se ze sebemenších úspěchů a přistupovat k rodinným příslušníkům velmi empaticky. Myslíme si, že je vhodné pro ošetrovatelský personál se vzdělávat i v jiných metodách a technikách, tím získávat odborný nadhled a umět podat pomocnou ruku rodinám takto postižených klientů. Problém vidíme v motivaci ze strany ošetrovatelského personálu, ale i ve finančním zázemí zdravotnických zařízení. Odborné kurzy jsou pro jednotlivce finančně nákladné. Polemizovat o návratnosti je hloupé, i když jsou tito klienti pro společnost nadále „neperspektivní“.

Jaká z toho plynou navrhovaná opatření?

Aktivně zapojit do integrace BS všechny úrovně managementu. Zajistit proškolení co možná největšího počtu personálu v certifikovaném kurzu BS. Ideální by bylo proškolení všechny členy ošetrovatelského týmu, ale minimum jsou dva pracovníci z oddělení například staniční sestra a všeobecná sestra. Připravit metodický materiál jako jsou příručky, pracovní postupy - standardy, kontrolní listy - audity,

autobiografické anamnézy, záznamy denních plánů a intervencí, překladové zprávy, které slouží ke kontinuálnímu předávání informací. Pro rodinné příslušníky vyhotovit edukační materiály a různé informační letáky. Některé z nich navrhuji v (příloze č. 9,10,11,12).

Tato práce nám dala nahlédnout do lidských osudů a vážit si zdraví. Je to nesnadná dlouhá cesta, kterou sami klienti, ale i jejich rodinní příslušníci procházejí. Integrace tohoto konceptu není jen prospěšná, ale i nutná k navázání kontaktu s takto postiženými. V současné době vede základní i nástavbové kurzy Mgr. Karolína Friedlová. Její kurzy jsou na vysoké úrovni, ale domníváme se, že pro mnohé zdravotníky jsou z finančních důvodů nedostupné. Jak bylo uváděno v úvodu, na kurz jsem se přihlásila sama z nevědomosti toho, co to obnáší. Koncept BS na mne při absolvování zapůsobil kladně, ale i v realitě a praxi nezklamal. Opravdu to funguje a je škoda, že tak málo lidí to kolem nás ví. Je zapotřebí mnohem větší osvěty a publikace v této oblasti i pro laickou veřejnost. Ve zdravotnické veřejnosti je povědomost větší, ale laik opravdu neví, co si má pod tím pojmem představit a mnohdy pojem „Bazální stimulace“ nikdy neslyšel. Do odborných časopisů jsem již dvakrát publikovala a myslím si, že i tento náš kvalitativní výzkum by měl čtenářům co nabídnout, nebo se přinejmenším se nad tím zamyslet. Hodnocení zařízení, kde výzkum probíhal, je vcelku jednoduchý, vše se odvíjelo dle proškolení personálu. Nejlépe na tom bylo Prácheňské sanatorium, o.p.s. v Písku, kde je proškolen veškerý ošetřující personál a péče podle konceptu BS je u apalických klientů prováděna pravidelně. Dokumentaci podle BS zde mají, je zde používána a péči denně zapisují a vyhodnocují. Vyjimečné události a postřehy zaznamenávají do této dokumentace červeně. Nemocnice, a.s. Písek apalická jednotka má proškolenou pouze staniční sestru a je tedy zapotřebí proškolit ostatní ošetrovatelský personál. Dokumentace podle konceptu BS se zde již připravuje a mé návrhy jsem poskytla k inspiraci. Medi Help, spol. s r. o. nemá proškolený žádný personál, tedy péče byla poskytována standardně, proto tato individualizovaná péče přinesla velký úspěch a spokojenost manželky p. Luboše.

Výsledky výzkumu bychom měli využít na našem oddělení k vypracování metodiky a ošetrovatelského standardu s názvem: Ošetrovatelská péče podle konceptu BS. Celkově jsme dospěli k názoru, že je velmi prospěšné integrovat tento koncept do ošetrovatelské péče u klientů s AS. Zlepšuje jejich zdravotní stav a sociální komfort. Bylo by jistě velmi vhodné soustřeďovat tyto klienty na speciální oddělení, kde je personál odborně proškolen a nepochybuje o takto poskytované péči. Na standardních jednotkách, nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných jsou tito klienti odkázáni na běžnou ošetrovatelskou péči. Je několik apalických jednotek, které bývají součástí zdravotnického zařízení, ale zda je jich dostatek a na jaké jsou úrovni, nevíme, to nebylo cílem naší bakalářské práce. Existují u nás různá zařízení, kde je veškerý ošetřující personál v této problematice odborně vzdělán. Aktuální seznam je uveden na internetových stránkách www.bazalni-stimulace.cz

7. Klíčová slova

Apalický syndrom

Bazální stimulace

Klient

Komunikace

Ošetrovatelský proces

Vnímání

Výzkum

8. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E. A kol. *Klinická neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 976 s. ISBN 80-7254-556-6
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X
3. DRÁBKOVÁ, J. *Polytraumata v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 307 s. ISBN 80-247-0419-6
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 5. vyd. Frýdek-Místek: 2006. 32 s.
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 5. vyd. Frýdek-Místek: 2006. 24 s.
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. 1. a 2. díl* 1.vyd. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace, 2005, ISBN 80-239-6132-8
8. FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace*. Sestra, 2005, roč. 15, č. 11, 30 s. ISSN 1210-0404
9. KAŇOVSKÝ, P., BAREŠ, M., DUFEK, J. a kol. *Spasticita mechanismy, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 423 s. ISBN 80-7345-042-9
10. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9

11. KASAL, E. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 197 s. ISBN 80-246-0556-2
12. KOLÁŘ. P. *Apalický syndrom jako ošetrovatelský problém*. Sestra, 2005, roč. 15, č 10, s. 50 - 51. ISSN 1210-0404
13. KOPASOVÁ, E. *Bazální stimulace aneb Život je možný jen ve vztahu*. Florence Porozumění – příloha časopisu, 2008, roč. 1, č. 3. s. 4 – 5. ISSN 1801-464X
14. KRISTKOVÁ, A. *Pacient s apalickým syndromem v domácím prostředí*. Sestra mimořádná příloha, 2008, roč. 18. č. 6, s. 13. ISSN 1210-0404
15. KUZNÍKOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem*. Sestra, 2007, roč. 18, č. 5, s 30 - 31. ISSN 1210-0404
16. LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén. 2009. 148 s. ISBN 978-80-7262-569-7
17. LIŠKOVÁ, M. *Pacient s coma vigile v domácí péči*. Florence – Porozumění příloha časopisu, 2008, roč. 1, č. 3. s. 10 – 11. ISSN 1801-464X
18. LIŠKOVÁ, M. *Bazální stimulace u pacientky s dg.stav po intracerebrálním krvácení*. Sestra, 2004, roč. 14, č. 12, s. 8 -10. ISSN 1210-0404
19. LIŠKOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče v domácím prostředí*. Sestra, 2005, roč. 15, č. 9, s. 17 ISSN 1210-0404
20. MECHOVÁ, I., MAJKUSOVÁ, K. *Bazální stimulace na JIP*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 12, s. 30 -31. ISSN 1210-0404
21. MOUREK, J. *Fyziologie – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
22. MUMENTHALER, M., MATTLE, H. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 652 s. ISBN 80-7169-545-9

23. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2
24. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 351 s. ISBN 978- 80-247-1135-5
25. PREISS, M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 408 s. ISBN 80-7169-443-6
26. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
27. RŮŽIČKA, E. A kol. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368 s ISBN 80-7262-160-2
28. SMRČKA, M. a kol. *Poranění mozku*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2
29. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3. Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: NCO a NZO v Brně, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
30. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: NCO a NZO v Brně, 2004, 55 s. ISBN 80-7013-323-6
31. ŠÁNDOROVÁ. I. *Bazální stimulace u klientů s dg .perzistentního vegetativního stavu*. Sestra – mimořádná příloha, 2008. roč. 18, č. 9, s. 8 - 9. ISSN 1210-0404
32. VĚTRÍČKOVÁ, P. *Komplexní péče o pacienta ve vigilním kómatu*. Florence, 2007, roč. 3, č. 1, s. 36 - 37. ISSN 1801-464X
33. WOLFOVÁ, V. *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 6, s. 26 – 27. ISSN 1210-0404

9. Přílohy

Příloha č. 1: Seznam zkratk

Příloha č. 2: Desatero Bazální stimulace

Příloha č. 3: Otázky pro somatickou anamnézu

Příloha č. 4: Biografická anamnéza

Příloha č. 5: Otázky z biografické anamnézy pro auditivní stimulaci

Příloha č. 6: Glasgow Coma Scale

Příloha č. 7: Okruhy otázek pro ošetřující personál pečující o apalické klienty

Příloha č. 8: Okruhy otázek pro rodinné příslušníky klientů s apalickým syndromem

Příloha č. 9: Informační leták pro příbuzné

Příloha č. 10: Návrh dokumentace - Ošetřovatelská anamnéza 1.

Příloha č. 11: Návrh dokumentace - Ošetřovatelská anamnéza 2.

Příloha č. 12: Návrh dokumentace - Harmonogram - denní plán - realizace

Příloha č. 13: Certifikát o absolvování Základního kurzu BS v ošetřovatelské péči

Příloha č. 14: Certifikát o absolvování Nástavbového kurzu BS v ošetřovatelské péči

Příloha č. 15: Žádost o umožnění sběru dat - Medi help, spol. s r.o.

Příloha č. 16: Žádost o umožnění sběru dat - Nemocnice Písek, a.s.

Příloha č. 17: Žádost o umožnění sběru dat - Prácheňské sanatorium, o.p.s. Písek

Příloha č. 1.

Seznam zkratk

ARO Anesteziologicko - resuscitační oddělení

AS Apalický syndrom

BS Bazální stimulace

CNS Cévní nervová soustava

DG Diagnóza

FN Fakultní nemocnice

GCS Glasgow Coma Scale

JIP Jednotka intenzivní péče

KRP Kardiopulmonální resuscitace

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

MSD Masáž stimulující dýchání

NGS Nazogastrická sonda

PEG Perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK Permanentní močový katétr

PNS Periferní nervová soustava

RHB Rehabilitace

RZS Rychlá záchranná služba

Desatero Bazální stimulace

- Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
- Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
- Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
- Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
- Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
- Při rozhovoru s klientem užívejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
- Nepoužívejte v řeči zdvořilosti.
- Nehovořte s více osobami najednou.
- Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
- Umožněte klientovi reagovat na vaše slova

zdroj: ^(4,s.39)

Otázky pro somatickou anamnézu:

- Je klient pravák, nebo levák?
- Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?
- Jak často se umývá a jakou formou (sprcha, vana...)?
- Jakou používá k péči o své tělo teplotu vody?
- Jaké toaletní potřeby používá k toaletě svého těla k holení ...)?
- Potřebuje pomoc při mytí?
- Jaké má při mytí rituály?
- Jaký je stav pokožky?
- Jak pečuje o svůj chrup?
- Jak často si čistí zuby?
- Má zubní protézu?
- Spí s protézou?
- Jak často si myje vlasy?
- Jak pečuje o své nehty?
- Je zvyklý na tělesný kontakt?
- Na kterém místě na těle mu nevadí dotek cizí osoby?
- Jak spí (délka a kvalita spánku)?
- V jaké poloze usíná?
- Jak se přikrývá? (dává si při usínání deku za ramena)?
- V jakém prádle spí?
- Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?
- Je zvyklý na zatemnění při spánku?
- Má problémy s vyprazdňováním?
- Jaké pomůcky používá k vyprazdňování (plenkové kalhotky...)?
- Používá nějaké specifické techniky k vyprazdňování (masáže břicha, projímadla)?
- Jak reguluje svou tělesnou teplotu? Je zvyklý spíše na teplo, nebo chlad?
- Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu?
- Jaký má svalový tonus?
- Má parézu, nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte.
- Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte.
- Má kontraktury? Pokud ano, lokalizujte.
- Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte.
- Má poruchy rovnováhy?
- A jiné...

Příloha č. 4.

Biografická anamnéza

- Sociální situace, zaměstnání
- Kdo může a nemůže navštěvovat
- Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
- Jak slyší
- Jak vidí, potřebuje brýle?
- Denní rytmus.
- Pravák, levák
- Doteky, které má rád
- Jak spí, poloha, přikrývky
- Jak si čistí zuby, jak se holí
- Co jí rád / nerad
- Co pije rád / nerad
- Které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudba)
- Upřednostňuje některé materiály?
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek v poslední době.

zdroj: (4,s133)

Příloha č. 5.

Otázky z biografické anamnézy pro auditivní stimulaci

- Které hlasy jsou vám příjemné?
- Které hlasy jsou vám nepříjemné?
- Jaké hudbě dáváte přednost?
- Jaká hudba je vám nepříjemná?
- Máte během dne určité období, ve kterém musíte denně poslouchat hudbu?
- Jsou situace, ve kterých cíleně pouštíte muziku, popř. určitý druh hudby?
- Jsou situace, ve kterých nevydržíte mít puštěnou hudbu?
- Trpíte poruchami sluchu, pokud ano jak slyšíte?
- Které pomocné prostředky používáte?

zdroj: (6,s.9)

Glasgow Coma Scale

GLASGOWSKÁ STUPNICE HLOUBKY BEZVĚDOMÍ		
GCS (Glasgow Coma Scale)		
1.	otevření očí	
	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	bez reakce	1
2.	slovní odpověď	
	orientovaná	5
	zmatená	4
	nekomunikuje	3
	nesrozumitelné zvuky	2
	žádná odpověď	1
3.	reakce na bolest	
	provede na příkaz pohyb	6
	lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
	úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
	necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
	necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
	nereaguje	1
celkem		
hodnocení:	15 - 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 - 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 - 3 body	závažná porucha vědomí
STAŇKOVÁ M. <i>České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi.</i> Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-323-6. ⁽³⁰⁾		

Příloha č. 7.

Okruhy otázek pro ošetřující personál pečující o apalické klienty.

1. **Myslíte si, že je péče na vašem oddělení o apalické klienty z Vašeho pohledu dostatečná?**
2. **Jak vnímáte kontinuální návštěvy u apalického klienta?**
3. **Co si myslíte, že je důležité pro apalického klienta a přesto se málo vykonává?**
4. **Spolupracujete s rodinou? A v čem spočívá spolupráce?**
5. **Máte dostatek pomůcek?**
6. **Využíváte prvky z konceptu Bazální stimulace u apalického klienta?**
7. **Používáte ošetrovatelskou dokumentaci podle konceptu BS?**
A je vám prospěšná?
8. **Jak hodnotíte zdravotní stav klienta s AS po integraci konceptu BS?**

Příloha č. 8.

Okruhy otázek pro rodinné příslušníky klientů s apalickým syndromem

1. **Má Váš příbuzný adekvátní ošetrovatelskou péči a proč jste se rozhodli ho umístit právě do tohoto zařízení?**
(v oblasti materiální, personální, hygienické péče, vybavenosti, přístupu)
2. **Co byste rádi změnili v péči o Vašeho blízkého?**
(v oblasti materiální, personální, hygienické péče, ve vybavenosti přístupu ošetřujícího personálu)
3. **Co si myslíte, že si Váš blízký přeje, čeho má nedostatek?**
(v oblasti vnějších podnětů, výživy, hygieny, RHB).
4. **Co byste ohodnotili kladně v ošetrovatelské péči z Vašeho pohledu?**
(v oblasti polohování, výživy, vyprazdňování, hygieny, RHB a celkového uspokojování potřeb a vnějších podnětů).
5. **Co byste ohodnotili záporně z Vašeho pohledu?**
(v oblasti polohování, výživy, vyprazdňování, hygieny, RHB a celkového uspokojování potřeb a vnějších podnětů).
6. **Co si myslíte, že personálu chybí k zajištění lepší péči o Vašeho blízkého?**
(pokud ano, specifikujte).
7. **Co se Vám vybaví pod pojmem „Bazální stimulace“?**
8. **Jak hodnotíte zdravotní stav vašeho blízkého po integraci konceptu BS?**

Informační leták pro příbuzné

Informace pro nejbližší příbuzné a známé o využití „Konceptu Bazální stimulace“ u pacientů

Vážení příbuzní,

Do naší péče byl svěřen Váš blízký příbuzný nebo známý, který je důsledkem své nemoci zcela závislý na naší péči. Rádi bychom léčbu Vašeho blízkého, podpořili individuální ošetrovatelskou péčí zaměřenou na jeho potřeby a návyky. Tento způsob ošetřování se nazývá „Bazální stimulace“. Umožňuje nemocným uvědomovat si své potřeby, cítit vlastní tělo a vnímat své okolí.

K tomu je důležitá Vaše spolupráce. Budeme od Vás potřebovat informace ze života Vašeho příbuzného či známého. Díky těmto údajům můžeme zvolit vhodnou techniku ošetrovatelské péče a zpříjemnit tak pobyt Vašeho příbuzného na našem oddělení.

V neznámém a ne vždy příjemném prostředí na pacienta působí mnoho různých podnětů. Bazální stimulace může do tohoto prostředí vnést kousek domova Vašeho blízkého, a využít jeho zvyklosti. Tímto Vás žádáme o sdělení odpovědí na následující otázky.

- 1) Víte, jaké má váš příbuzný nebo známý spánkové rituály? Jak spí? Jak usíná?
V jaké poloze spí? Má oblíbený polštář, deku, plyšovou hračku? Jak bývá přikrytý?
Mívá potíže s usínáním?
- 2) Která jídla a nápoje má váš blízký rád a která nesnáší?
- 3) Který druh hudby váš blízký preferuje? Jakou rádiovou stanici rád poslouchá?
V kterou dobu? Jaké pořady má rád?
- 4) Aby se váš příbuzný při koupeli cítil co nejlépe, prosíme o přinesení jeho osobních oblíbených toaletních potřeb - mýdlo, ručník, tělový krém, voda po holení, parfém apod.
- 5) Aby si mohl váš blízký uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, doneste mu prosím jeho osobní pyžamo nebo noční košili, ponožky nebo oblečení nasáklé vůní z někoho z nejbližších.
- 6) Abychom mohli podpořit vašeho příbuzného či známého v jeho zrakových vzpomínkách a přispěli k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme vás o fotografii známé tváře, jeho nejbližšího člověka (partnera, dítěte apod..) Nejlépe barevný formát A4.

Předem vám děkujeme za vaši spolupráci a jsme vám kdykoli k dispozici pro vaše dotazy.

Kontaktní osoba: Mášová Renata, DiS. Mob: 604 106 498

zdroj: (65.23)

Příloha č. 10.

Návrh dokumentace – Ošetřovatelská anamnéza č. 1.

Ošetřovatelská anamnéza		
1)TĚLESNÁ PÉČE:	2)SPÁNEK:	3)POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA:
1)Jak často a kdy si myje celé tělo? ☐ denně ☐ občas ☐ ráno ☐ v poledne ☐ večer	1/ Jak usíná? ☐ na zádech ☐ na břiše ☐ pravý bok ☐ levý bok ☐ při rádiu ☐ při zapnuté televizi ☐ u knížky	1) Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? ☐ ne ☐ ano - jakou?
2) Teplota vody? ☐ studená ☐ vlažná ☐ teplá ☐ horká	2) Jak spí? ☐ chodí spát brzo ☐ chodí spát pozdě ☐ spí po obědě ☐ v noci se budí	2) Specifika postižení: ☐ poruchy rovnováhy ☐ poruchy citlivosti ☐ ochrnutí končetin ☐ spasticita ☐ kontraktury
3) K mytí používá: ☐ sprchový gel ☐ mýdlo	3) Jak vstává? ☐ brzo ☐ pozdě	3) Kompenzační pomůcky ☐ ☐ ☐ ☐
4) Jaké přípravky používá po koupeli? ☐ krém ☐ mast ☐ mléko ☐ olej	4) V oblíbené má: ☐ polštář ☐ deku ☐ plyšovou hračku	
5) Jak často si holí vousy? ☐ týdně.....x ☐ denně.....x ☐ ráno ☐ v poledne ☐ večer	5) Jak bývá přikrytý? ☐ do půl těla ☐ po ramena ☐ ke krku ☐	4)ZPŮSOB ŽIVOTA 1) Věra 2) Jak snáší bolest 3) Jak zvládá zátěžové situace? 4) Používá relaxační techniky? 5) Způsob komunikace, event. reakce na známou osobu:
6) Čím se holí? ☐ el.strojkem ☐ namokro ☐ holicí krém ☐ holicí pěna ☐ holicí gel	6) V čem spí ☐ v nočním prádle ☐ nahý ☐	
7/ Po holení používá: ☐ vodu po holení ☐ balzám	7) Má rád zatemnění při spánku? ☐ ano ☐ ne	
8/ Jak často si čistí zuby? ☐ ráno ☐ večer ☐ po každém jídle ☐ ráno a večer ☐ vůbec		
9/ Zda má zubní náhradu - jakou? ☐ horní ☐ dolní ☐ horní i dolní		
10/ spí se zubní náhradou? ☐ ano ☐ ne		

zdroj: vlastní návrh

Ošetřovatelská anamnéza		
SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ		
SLUCH	ZRAK	
1) Má potíže se sluchem?	1) Má potíže se zrakem?	5) Předměty, které má rád/a při stolování
☐ ne ☐ ano ☐ pravé ucho ☐ levé ucho	☐ ne ☐ ano ☐ pravé oko ☐ levé oko	☐ ☐ ☐ ☐
2) Specifika potíží:	2) Specifika potíží:	6) Jaké má zvyky při jídle?
3) Používá naslouchadlo?	3) Používá:	7) Má potíže při polykání? Pokud ano - jaké
☐ ano ☐ ne	☐ brýle ☐ čočky ☐ lupu ☐ na dálku ☐ na blízku	
4) Oblíbené rozhlasové pořady		
☐ stanice ☐ frekvence ☐ název pořadu a doba vysílání		
	CHUŤ	ČICH
5) Jak je zvyklý/á poslouchat hudbu?	1) Jaké chutě má rád / a:	1) Oblíbený typ vůně:
☐ rádio ☐ walkman ☐ mp3 přehrávač	☐ slané ☐ sladké ☐ hořké ☐ kyselé	☐ ☐ ☐
6) Jakou poslouchá hudbu?	2) Obvyklá teplota jídla:	2) Oblíbená vůně partnera/ky:
	☐ horké ☐ vlažné ☐ studené	☐ ☐ ☐
	3) Oblíbený pokrm a nápoj:	3) Jiné aroma (domov, práce, koníčky) :
		☐ ☐ ☐ ☐
	4) Neoblíbený pokrm a nápoj:	

Anamnézu odebrala:	
Dne:	

zdroj: vlastní návrh

Návrh dokumentace – Ošetřovatelská dokumentace č. 2.

Ošetřovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace:

Paní / pán.....Věk.....

Blízká osoba.....

Iniciální dotek, pokud ANO – místo.....

Tělesná péče:

levák () pravák ()

Je pro něj / ni péče o své 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 ()

Stav pokožky normální () mastná () suchá ()

Toaletní potřeby k dispozici () nemá () budou přineseny ()

Krém..... pěna na holení.....deodorant.....

Holení mokré () elektrický strojek () má vlastní ano () ne ()

Péče o zuby, na co brát ohled?.....

Vlastní kartáček a pasta? ano () ne ()

Zubní protéza? ano () ne ()

Vyprazdňování:

Močení: spontánní () poruchy mikce () léčba medikamenty ()

Jiné poruchy?

Při inkontinenci užívá: ink. vložky () plenk. kalhotky () perm. katetr ()

Stolice: bez problémů () obstipace () průjem ()

Specifikujte problémy:.....

Sluch:

Sluch postižen: ano () ne ()

Specifikujte postižení vpravo () vlevo ()

Sluchadlo: ano () ne ()

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady.....

Zvuky, na které je zvyklý.....

Přinesené předměty.....

Zrak:

Porucha zraku: ano () ne ()

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 aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ano () ne ()

zdroj: ^(6s.21)

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy () hemiplegie () 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 bolesti?.....

Jak zvládá zátěžové situace?.....

Má relaxační techniky?.....

Důležitý zážitek v poslední době?.....

Jiné.....

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí.....

.....

Anamnézu sepsal / la: dne:.....

Dotazy zodpověděl / la: je v poměru s pacientovi:

zdroj: (6s.22)

Příloha č. 12.

Návrh dokumentace – harmonogram – denní plán - realizace

Harmonogram - denní plán - realizace			
Jméno a příjmení			
Iniciální dotek			
Doteky, které nemá rád			
Pravák - levák			
Základní prvky BS		Negativní postřehy	Pozitivní postřehy
Somatická stimulace	Zklidňující stimulace		
	Povzbuzující stimulace		
	Neurofyziologická stimulace		
	Symetrická stimulace		
	Rozvíjející stimulace		
	Diametrální stimulace		
	Polohování "hnízdo"		
	Polohování "mumie"		
	Kontaktní dýchání		
	Masáž stimulující dýchání		
	Flexe a extenze DK, HK		
	Masáž šíje		
	Masáž plosek nohou		
	Vysazení do křesla		
	Odpočinkový režim		
Vestibulární stimulace			
Vibrační stimulace			
Nástavbové prvky BS			
	Optická stimulace		
	Auditivní stimulace		
	Orální stimulace		
	Olfaktorická stimulace		
	Taktilně - haptická		

zdroj: vlastní návrh

Příloha č. 13.

Certifikát o absolvování Základního kurzu BS v ošetrovatelské péči

BEZÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION[®]
IN DER PFLEGE

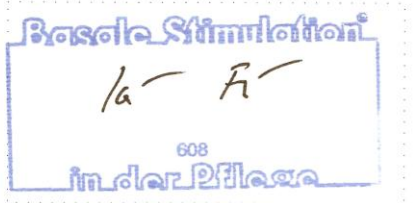
**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION[®]
IN DER PFLEGE**

Základní seminář Bazální stimulace[®]
v ošetrovatelské péči

Renata MAŠOVÁ; 28.3.1964
VOR- UND ZUNAME / (männlich/female)

IN DER ZEIT VON / v době od, 16.9. BIS / do, 18.9.2006
20 UNTERRICHTSTUNDEN / 20 vyučovacích hodin

DATUM / Datum 18.9.2006



STEMPEL UND UNTERSCHIFT DER-DES KURSLEITERS / Razpis a podpis kurzu

MGR. KAROLINA FRIEDLOVA, PRAXISBEGLEITERIN BASALE STIMULATION[®] IN DER PFLEGE

ČAS 144/3809/2006
JO 0508/06

9 krea bi

Příloha č. 14.

Certifikát o absolvování Nástavbového kurzu BS v ošetrovatelské péči

BESTÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE
**AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Nástavbové symposium Bazální stimulace®
v ošetrovatelské péči

Renata Mašková, 28.3.1987

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od **19.9.2007** BIS / do **20.9.2007**

16 UNTERRICHTSTUNDEN / **16** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **20.9.2007**



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

Registrační číslo akce: **ČAS/KK/4677/2007**
JO0501/07

Účast: **pasivní**

Počet kreditů: **6**

Příloha č. 15.

Žádost o umožnění sběru dat – Medi help, spol. s r. o.

Žádost o umožnění sběru dat **v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací**

Jméno: Mášová Renata, DiS.

Datum narození: 28.3.1967

Telefon: 604 106 498

Email: masovarenata@volny.cz

Adresa: Za Poštou 1036/9, Dobříš 263 01

Škola/Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Obor studia: Ošetrovatelství - Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Využití bazální stimulace v ošetrovatelské péči u apalického syndromu.

Vedoucí práce: Bc. Somrová Jana

Požadavek: Náhled do ošetrovatelské dokumentace, pozorování a rozhovor.

Způsob provedení sběru dat: Pozorování a nestandardizovaný rozhovor.

Náhled do ošetrovatelské dokumentace

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Medi Help, spol. s r.o.

Náklady pro zdravotní zařízení: Čas

Termín sběru dat: Leden - duben 2010

Zavazuji se k mlčenlivosti o skutečnostech o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.

Mášová Renata, DiS.

Všeobecná sestra REGISTROVANÁ – Medi Help, spol. s r.o. Dobříš

Datum:

10. 1. 2010

Podpis:


Medi Help spol. s r.o.
Dobříš, Na Činadle 1036/9, PSČ 263 01
IČO: 483 594 43
MASARYKOVO SANATORIUM
tel.: 318 541 211 ①

Příloha č. 16.

Žádost o umožnění sběru dat – Nemocnice Písek, a.s.

Žádost o umožnění sběru dat **v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací**

Jméno: Mášová Renata, DiS.

Datum narození: 28.3.1967

Telefon: 604 106 498

Email: masovarenata@volny.cz

Adresa: Za Poštou 1036/9, Dobříš 263 01

Škola/Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Obor studia: Ošetrovatelství - Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Využití bazální stimulace v ošetrovatelské péči u apalického syndromu.

Vedoucí práce: Bc. Somrová Jana

Požadavek: Náhled do ošetrovatelské dokumentace, pozorování a rozhovor.

Způsob provedení sběru dat: Pozorování a nestandardizovaný rozhovor.

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Nemocnice Písek, a.s.

Náklady pro zdravotní zařízení: Čas

Termín sběru dat: Leden - duben 2010

Zavazuji se k mlčenlivosti o skutečnostech o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.

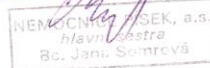
Mášová Renata, DiS.

Všeobecná sestra REGISTROVANÁ - **MEDI HELP spol. s r.o. Dobříš**

Datum:

16. 3. 2010

Podpis:



Příloha č. 17.

Žádost o umožnění sběru dat – Prácheňské sanatorium, o.p.s. Písek

Žádost o umožnění sběru dat

v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací

Jméno: Mášová Renata, DiS.

Datum narození: 28.3.1967 Telefon: 604 106 498

Email: masovarenata@volny.cz

Adresa: Za Poštou 1036/9, Dobříš 263 01

Škola/Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Obor studia: Ošetřovatelství - Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Využití konceptu bazální stimulace v ošetřovatelské péči
u apalického syndromu.

Vedoucí práce: Bc. Somrová Jana

Požadavek: Rozhovor s ošetřujícím personálem

Způsob provedení sběru dat: Rozhovor, sběr dat.

Náklady pro zdravotní zařízení: Čas

Termín sběru dat: Leden – duben 2010

Zavazuji se k mlčenlivosti o skutečnostech o nichž se dozvím v souvislosti s
prováděným výzkumem a sběrem dat.

Mášová Renata, DiS.

Všeobecná sestra - Registrovaná

MEDI HELP spol. s r.o. Dobříš

Datum: 16.3.2010

Podpis: EVA KRČKOVÁ R.N.
všeobecná sestra