

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Využití bazální stimulace v praxi

Aneta Václavková

**Bakalářská práce
2011**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta VÁCLAVKOVÁ**
Osobní číslo: **Z08038**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Využití bazální stimulace v praxi**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných otázek.
3. Ošetrovatelský proces u pacienta, u kterého se provádí bazální stimulace.
4. Ošetrovatelská dokumentace a dokumentace k bazální stimulaci.
5. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství. 1. a 2. díl. 1. vyd. Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2.
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. 1. vyd. Praha : Graha Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. HÁJKOVÁ, V. a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie. 1. vyd. Praha : Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.
4. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. A Nurse's Survival Guide to the Ward. 2nd ed. Oxford : Elsevier Health, 2008. ISBN 0443-06897-6.
5. TROJAN, S. a kol. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1296-2.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2011**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. 4. 2011

Aneta Václavková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Marii Holubové za vedení a věcné připomínky k tématu. Dále děkuji za spolupráci sestrám na oddělení neurologie, zejména Radce Vejvodové, které mi byly nápomocné při provádění bazální stimulace. Poděkování patří též rodinám, které byly ochotné se mnou spolupracovat.

SOUHRN

Bakalářská práce teoreticko - praktického charakteru se zabývá stále častěji používaným ošetrovatelským konceptem Bazální stimulace. V teoretické části se věnuji historii konceptu, využití konceptu ve světě i v České republice a z největší části metodám a způsobu jejich použití v praxi v konceptu bazální stimulace. Připomněla jsem též fyziologii mozku, vývoj vnímání a okolnosti týkající se cévní mozkové příhody.

Praktická část se věnuje praktickému použití bazální stimulace u pacientů v nemocnici na oddělení neurologie a hodnocení jejího použití. Pozorovala jsem reakce pacientů a členů rodiny na jednotlivé druhy stimulace. Snažila jsem se zapojit rodinné příslušníky do péče o své příbuzné, a umožnit tak pacientům lepší a rychlejší návrat do běžného života. Posoudila jsem současný stav potřeb dle NANDA domén a na základě ošetrovatelských diagnóz byl stanoven ošetrovatelský plán. Ke zhodnocení jsem použila Barthel test soběstačnosti a rozšířenou stupnici pro riziko vzniku dekubitů dle Nortonové.

KLÍČOVÁ SLOVA

bazální stimulace, cévní mozková příhoda, ošetrovatelská péče, vnímání

ABSTRACT

Bachelor's theoretical work - the practical nature of the deals are increasingly used concept in nursing Basal stimulation. The theoretical part deals with the history of the concept, using the concept in the world in the Czech Republic, and most of the methods and their application in practice the concept of basal stimulation. I also reminded the brain physiology, development and perception of the circumstances relating to the stroke. The practical part deals with the practical application of basal stimulation in patients in hospital departments of neurology and to assess its use. I watched the reactions of patients and family members to different types of stimulation. I tried to involve family members to care for their relatives to allow patients better and faster return to normal life. I assess the current state of need by NANDA domains and based on the nursing diagnoses were established nursing program. The evaluation I used the Barthel test of self-sufficiency and the enlarged scale of the risk of developing pressure ulcers according to Norton.

KEYWORDS

basal stimulation, stroke, nursing care, the perception

Obsah:

Úvod.....	9
Cíl.....	10
I. Teoretická část.....	11
1. Koncept bazální stimulace	11
1.1 Vznik konceptu.....	11
1.2. Nynější situace.....	11
1.3. Cíle bazálně stimulující péče.....	12
2. Teoretická východiska konceptu.....	12
2.1. Základní prvky konceptu	12
2.2. Vývoj vnímání	12
3. Techniky bazální stimulace.....	13
3.1. Somatická stimulace	13
3.1.1. Iniciální dotek	13
3.1.2 Somatická stimulace zklidňující	13
3.1.3. Somatická stimulace povzbuzující.....	14
3.1.4. Neurofyziologická stimulace (stimulace dle Bobatha).....	14
3.1.5. Polohování hnízdo	15
3.1.6. Polohování mumie	15
3.1.7 Masáž stimulující dýchání	15
3.2. Vestibulární stimulace	16
3.3. Vibrační stimulace.....	16
3.4. Optická stimulace	17
3.5. Auditivní stimulace.....	17
3.6. Olfaktorická stimulace.....	17
3.7. Orální stimulace.....	17
3.8. Taktile - haptická stimulace.....	18
4. Mozek.....	18
5. Cévní mozková příhoda	19
5.1. Příčiny.....	19
5.2. Rizikové faktory	19
5.3. Příznaky	19
5.4. Diagnostika.....	19
5.5. Léčba	20

6. Cévní onemocnění mozku v České republice	20
II. Praktická část	22
7. Popis oddělení a metodika	22
8. Využití bazální stimulace na oddělení	22
9. Kazuistika č. 1	24
9.1. Průběh hospitalizace	25
9.2. Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách.....	31
9.3. Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy	33
10. Kazuistika č. 2	40
10.1. Průběh onemocnění	41
10.2. Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách.....	45
10.3. Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy	47
11. Porovnání soběstačnosti a rizika vzniku dekubitů.....	49
III. Diskuze	50
IV. Závěr.....	54
Soupis bibliografických citací	55
Seznam příloh	57
Příloha 1 - Informace pro rodinu.....	58
Příloha 2 - Dotazník pro autobiografickou anamnézu	59
Příloha 3 - Rozšířená stupnice Nortonové	63
Příloha 4 - Barthelův test základních všedních činností	64
Příloha 5 - Realizace výkonů Bazální stimulace.....	65
Použité zkratky a symboly	69

Úvod

Ošetrovatelství je oborem, který se zejména v poslední době velmi rychle rozvíjí. Opírá se o nejnovější vědecké poznatky a vychází z vlastního ošetrovatelského výzkumu. Neplní již pouze funkci podpory léčby, ale i samo o sobě se stává terapeutické. Člověk je považován za bio-psycho-sociální jednotku, kdy jsou jeho jednotlivé části spolu úzce spojené a vytváří neoddělitelnou součást člověka (Friedlová, 2007).

Koncept bazální stimulace má za sebou léta zkoumání, dokazování a přesvědčování o jeho významu a účinnosti. Nyní prochází fází zavádění do praxe, realizací a dalším svým rozvojem. Koncept má pomoci pochopit potřeby pacientů, porozumět jim a poskytnout adekvátní péči. Při jeho používání máme respektovat různé vývojové stupně vnímání, ve kterých se člověk právě nachází. Autor konceptu prof. dc. Andreas Fröhlich hovoří o pacientech se změnami v oblasti vnímání, komunikace a hybnosti jako o osobnostech, které potřebují jiné lidi kolem sebe pro přiblížení světa ve své nejjednodušší rovině (Friedlová, 2005).

Pro toto téma jsem se rozhodla z toho důvodu, že mě problematika bazální stimulace zajímá a v budoucnu bych chtěla kurzy bazální stimulace absolvovat. Dalším mým motivem bylo zjistit, jaký je zájem zdravotnických pracovníků a rodiny o bazální stimulaci.

„Pozoruj jednotlivce a uvažuj o nich. Jejich život směřuje k zítřku. Ptáš se, co je na tom špatného? Nekonečně mnoho. Nežijí, ale hodlají žít.“

Seneca (Plachetka, 1996, s. 385).

C1

Jako hlavní cíl mé bakalářské práce jsem si stanovila:

- Aplikovat některé prvky bazální stimulace v praxi u pacientů na neurologickém oddělení a zapojit do péče rodinné příslušníky.

Další cíle:

- Popsat průběh ošetrovatelské péče u 2 pacientů po CMP za použití konceptu bazální stimulace a modelu dle Gordonové.
- Porovnat pacienty dle Barthel testu základních všedních činností a zhodnotit riziko vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové.
- Porovnat a definovat metody bazální stimulace využívané u sledovaných pacientů.
- Zjistit, které metody bazální stimulace jsou na neurologickém oddělení využívány nejčastěji.
- Zjistit přístup rodiny k péči o svého blízkého dle konceptu bazální stimulace.
- Zjistit, zda budou rodinní příslušníci aktivně spolupracovat při provádění jednotlivých prvků bazální stimulace.
- Zapojit rodinné příslušníky do péče o pacienta dle konceptu bazální stimulace a naučit je ho správně používat.
- Podat základní statistické informace o výskytu CMP v kraji Vysočina.

I. Teoretická část

1. Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je konceptem, který se zaměřuje na podporu lidského vnímání. Tento koncept zprostředkovává vjemy a stimuluje organismus pro lepší vnímání okolního světa. Bazální stimulaci spojenou s ošetrovatelkou péči lze uplatnit u širokého rozsahu pacientů a to díky její přizpůsobivosti pro různé věkové skupiny i různá onemocnění. Nejčastěji je využívána v neonatologické intenzivní péči, u předčasně rozených dětí, v péči o pacienty s vrozeným intelektovým i somatickým postižením, u akutních i chronických chorob, po úrazech mozku a také u pacientů s demencí (Friedlová, 2007).

1.1 Vznik konceptu

Autorem konceptu je prof. dc. Andreas Fröhlich, který je speciálním pedagogem. Od roku 1970 pracuje v Rehabilitačním centru ve Spolkové republice Německo. Pracoval s dětmi, které se narodily těžce tělesně a duševně postižené a u kterých byla slovní komunikace téměř nemožná. Andreas Fröhlich vytvořil koncept bazální stimulace a na základě schopnosti lidského těla vnímat signály, přijímat je a komunikovat. Za využití somatického, vestibulárního a vibračního vnímání se mu podařilo navázat komunikační vztah s postiženými dětmi. Napsal také mnoho publikací a dál pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace.

Prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra, začala používat tento koncept v ošetrovatelské péči. Od poloviny 80. let 20. století spolupracuje s prof. A. Fröhlichem. Společně spolupracují na vědeckých projektech, a umožnili vznik systému vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007).

1.2. Nynější situace

V celé Evropě působí více než 700 certifikovaných lektorů konceptu bazální stimulace, kteří absolvovali dvouleté postgraduální specializační studium s názvem Specializační studium průvodce praxí pro koncept Bazální stimulace. Lektoři jsou sdružováni v Mezinárodní asociaci bazální stimulace (Friedlová, 2009).

Česká veřejnost se mohla s bazální stimulací setkat poprvé v roce 2000, kdy Karolína Friedlová publikovala na toho téma v časopise Sestra. V roce 2003 proběhl první základní kurz bazální stimulace v ČR na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V roce

2005 byl založen INSTITUT bazální stimulace ve Frýdku-Místku. Od roku 2008 jsou kurzy bazální stimulace akreditovány pro nelékařské profese Ministerstvem zdravotnictví (Friedlová, 2009).

1.3. Cíle bazálně stimulační péče

Na základě výzkumu trvajících mnoho let a zkušeností získaných z praxe bylo sestaveno 9 centrálních ošetrovatelských cílů, které pomáhají ošetřujícím k sestavení ošetrovatelských plánů. Cíle vycházejí ze skutečných potřeb pacienta.

Cílem je zachovat život a zajistit vývoj, umožnit klientovi pocítit vlastní život, poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry, rozvíjet vlastní rytmus klienta, umožnit klientovi poznat okolní svět, pomoci klientovi navázat vztah, umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností, pomoci klientovi upořádat jeho život, poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život (Friedlová, 2005).

2. Teoretická východiska konceptu

2.1. Základní prvky konceptu

Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace, vnímání. Mezi nimi dochází ke vzájemnému ovlivňování a propojení. U lidí se změnami v těchto třech oblastech využívá bazální stimulace schopnosti lidského mozku ukládat své životní návyky do paměťových drah. Záměrně prováděnou stimulací lze obnovit mozkovou činnost a ovlivnit vznik nových spojení mozkových buněk (Friedlová, 2007).

2.2. Vývoj vnímání

Vnímací schopnost se vyvíjí už ve fázi embryonálního vývoje. Na konci 8. týdne prenatalního vývoje začíná vnímání somatické (embryo cítí tlak plodové vody a stěnu uteru na svém těle, strká si palec do úst) a vibrační (hlas matky je vnímán jako vibrace díky přenosu vln v plodové vodě). Se somatickým vnímáním souvisí schopnost pohybovat se, a to již od konce 6. embryonálního týdne. Vestibulární podněty jsou zpracovávány od 16. týdne intrauterinního vývoje (embryo vnímá změnu své a matčiny polohy). Od 6. měsíce má plod zřetelné prožívání libosti a nelibosti. V brzkém prenatalním období je už také vnímání orální (polykání plodové vody). V posledních třech měsících těhotenství je u plodu vyvinuto auditivní vnímání, taktile - haptické a optické vnímání. Olfaktorické vnímání se přidává po

narození. Schopnost vnímat vlastní tělo je podmínkou pro vnímání a komunikaci s okolním světem (Friedlová, 2005).

3. Techniky bazální stimulace

Prvky bazální stimulaci můžeme rozdělit na prvky základní stimulace a nastavbové stimulace.

Mezi prvky základní stimulace patří stimulace somatická (somatická stimulace zklidňující, somatická stimulace povzbuzující, neurofyziologická stimulace, symetrická stimulace, rozvíjející stimulace, diametrální stimulace, polohování do hnízda a mumie, kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání), vestibulární a vibrační. Mezi prvky nastavbové stimulace patří stimulace optická, auditivní, taktilně - haptická, olfaktorická a orální (Lhotská, 2007).

Rozeberu zde pouze ty, které byly použity v mé praktické části.

3.1. Somatická stimulace

Somatická stimulace pomáhá zajistit klientovi vjemy ze svého těla a podporovat vnímání svého těla a světa kolem něj.

3.1.1. Iniciální dotek

Iniciální dotek je cílený dotek, pomocí něhož je pacientovi jasně sdělíme, kdy začíná a kdy končí naše činnost u něj. Pacientovi je tak umožněna lepší orientace a je snížen pocit nejistoty a strachu. Místo doteku je zvoleno na základě údajů z biografické anamnézy. Je nutné, aby byl dotek zřetelný, přiměřeného tlaku a s verbálním doprovodem. Vhodným místem pro iniciální dotek je obvykle rameno, paže nebo ruka. Dotek musí provádět všichni ošetřující personál stejným způsobem, proto se do blízkosti pacientova umísťuje cedule s informací o prováděném iniciálním doteku (Lhotská, 2007).

3.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Cíl: tělesné uklidnění, omezení neklidu, navrácení vnímání vlastního těla.

Indikace: pacienti s tachykardií, neklidní, hyperaktivní, ustrašení, pacienti s poruchami spánku nebo trpící bolestí.

Provedení: koupel je vedena oběma rukama po směru růstu chlupů, s pacientem je udržován stálý kontakt. Na obličeji jsou tahy vedeny od čela k bradě po zevní straně obličeje.

Na hrudníku je postupováno od středu trupu k zevní straně hrudníku, na horních končetinách směrem od ramen ke konečkům prstů, na dolních končetinách od pánve ke konečkům prstů. Při mytí zad je pacient otočen na bok a koupel je prováděna od páteře k zevní straně trupu. Osušení je prováděno ve stejném směru. Ke koupeli jsou používány žínky nebo froté ponožky. Teplota vody by měla být v rozmezí 37° - 40° C. Je nutné respektovat biografickou anamnézu (Friedlová, 2005).

3.1.3. Somatická stimulace povzbuzující

Cíl: snaha o zvýšení svalového tonu, pozornosti, krevního tlaku a pozornosti, snaha o zlepšení pacientova vědomí a jeho aktivity.

Indikace: pacienti s bradykardií, hypotonií, poruchou vědomí.

Provedení: koupel je prováděna proti růstu chlupů. Na obličeji je postupováno od brady k čelu po zevním okraji, na končetinách od konečků prstů směrem k rameni. Na hrudníku je začínáno na stranách trupu a končeno ve středu hrudníku. Dolní končetiny jsou stimulovány také proti růstu chlupů, tedy od konečků prstů směrem k pánvi. Žáda se stimulují po otočení pacienta na bok od hrany hrudníku směrem k páteři. Pacienta je osušen při zachování stejného směru. Během této koupele se může systolický tlak zvýšit o 10 - 20 mm Hg, proto sledujeme jeho hodnoty. Voda je používána o teplotě 28° C - 33° C (Friedlová, 2005).

3.1.4. Neurofyziologická stimulace (stimulace dle Bobatha)

Poznatku, že se uprostřed těla nervová vlákna zhruba do 10 cm překrývají, a tak je tato oblast vysoce senzibilní, je využíváno u pacientů s plegiemi, jejichž postižená strana může být znovu zapojena do vnímání tělesného schématu. Je však nutné, aby pacient vnímal zdravou polovinu těla, díky tomu si pak bude moci představit, jak se cítí strana postižená.

Cíl: umožnění klientům znovu vnímat stranu s poruchou hybnosti.

Indikace: pacienti s hemiplegiemi, po CMP.

Provedení: je možné asistované provedení, kdy je terapeutem vedena pacientova zdravá ruka. Terapeut stojí na pacientově postižené straně. Tato koupel je vždy prováděna od zdravé strany k postižené. Je stimulován obličej, na horních končetinách je stimulace vedena od prstů k rameni, přejede se přes hrudník na postiženou končetinu a pokračuje se od ramene ke konečkům prstů. Ve středu hrudníku je zvýšen tlak. Od zdravé k postižené jsou stimulovány i dolní končetiny. Žáda se stimulují při otočení pacienta na bok postižené strany směrem k terapeutovi (Friedlová, 2008a).

3.1.5. Polohování hnízdo

Cíl: stimulovat vnímání hranic těla, zajistit pocit jistoty a bezpečí, navodit příjemné pocity.

Indikace: ve fázi odpočinku, po celkové koupeli, po masáži stimulující dýchání, k navození libého pocitu, ke stimulaci vnímání tělesného schématu, u neklidných pacientů, u umírajících pacientů.

Provedení: poloha je zvolena (vleže na zádech, na břiše, na boku) dle biografické anamnézy. Pacientovo tělo je obloženo srolovanými dekami, vaky nebo perličkovými polštáři. Mohou být také použity srolované ručníky nebo prostěradla. Dle přání je pacient přikryt, do ruky je mu vložen známý předmět z biografické anamnézy. Vždy musí být dbáno na správné vypořádání predilekčních míst.

U pacienta může být také použito mikropolohování, kdy je pacient uveden na polobok. V tomto případě svírá jeho tělo s podložkou úhel 45° (Friedlová, 2008a).

3.1.6. Polohování mumie

Cíl: umožnění vnímání hranic svého těla a zprostředkování vjemů svého těla.

Indikace: pacienti velmi neklidní, agresivní, zmatení a pacienti probouzející se z kómatu, pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko, kteří ztratili vnímání hranic svého těla.

Provedení: pokud je možnost, tak je pacientovi nejdříve poskytnuta zklidňující koupel. Hlava je podložena polštářem. Pacientovo tělo v poloze na zádech je obloženo perličkovými polštáři, srolovanými dekami nebo prostěradly. Zkřížené horní končetiny jsou položeny pacientovi na hrudník. Pacienta je zabalen do deky od noh, končí se na trupu. Je ponechána možnost vymanit se z této pozice. Jsou sledovány nelibé pocity (Friedlová, 2007).

3.1.7 Masáž stimulující dýchání

Cíl: pomoci pacientovi přejít na klidné, pravidelné a hluboké dýchání, zlepšit ventilaci, pomoci uvědomit si své tělo.

Indikace: pacienti s povrchním a nepravidelným dýcháním, bolestí, depresivními stavy, poruchami spánku, změnami ve vnímání vlastního těla, zahlenění pacienti, na umělé plicní ventilaci nebo ti, které chceme začít odvykat od ventilátoru.

Provedení: výhodná je poloha vsedě, kdy je pacient opřen o horní končetiny. U ležících pacientů je volena poloha 135° vleže na boku či na břiše. Ruce jsou přiloženy na pacientův zátylek a mírným tlakem je postupováno podél páteře k sakrální oblasti. Úvodní přímé tahy jsou následovány postupnými kroužky směřujícími od páteře k zevním stranám zad. Je nutné synchronizovat své dýchání s dechem pacienta a upravit tak rytmus stimulace. Frekvence

dechu dospělého člověka je 12 - 20 dechů za minutu, kdy nádech a výdech jsou v poměru 1 : 2. Po ukončení masáže umožníme pacientovi odpočinek (Urbanová, 2008).

3.2. Vestibulární stimulace

Cíl: redukovat závrať z otáčivého pohybu, zprostředkovat informace o postavení v prostoru, snížit svalové napětí, připravit organismus na mobilizaci.

Indikace: pacienti imobilní po dobu delší než 3 dny, pacienti s omezenou možností pohybu, ventilovaní, pacienti ve vigilním komatu.

Provedení: pacientova hlava je pevně fixována a ponechána v kontaktu s položkou. 3 - 5 x je provedeno otáčení pacientovy hlavy ze strany na stranu. Poté je hlava uvedena do pozice ve směru příští polohy těla. Může být i pokrčeno pacientovo koleno na požadované straně a zatlačeno na něj. Tím je pacientovi dáno jasně najevo, že bude na danou stranu otáčen.

Pokud je pacient posazován, může být stimulace prováděna vsedě na lůžku nebo na křesle. Pacient sám nebo s naší pomocí provádí pohyby ze strany na stranu, kdy má plosky nohou zapřené o podložku a rukama je opřen o křeslo. Při sedu nebo kleku za pacientem může být navičován pohyb ovesného klasu a to tak, že je pevně fixováno pacientovo tělo na našem těle, jeho hlava je fixována na našem hrudníku a je prováděn pohyb ve tvaru ležaté osmičky. V tomto případě probíhá kromě stimulace vestibulární i stimulace optická, proprioreceptivní a somatická (Vrbata, 2008).

3.3. Vibrační stimulace

Cíl: stimulace receptorů pro vnímání vibrací v kůži, svalech, šlachách, vazivovém aparátu kostí a kloubů. Zajistit intenzivní vjemy z celého těla.

Indikace: pacienti ve vigilním komatu, s hlubokou mentální retardací, s hemiplegiemi, s porušeným vnímáním celého těla, pacienti po CMP.

Provedení: při této stimulaci je používán hlas, ladička, ruce, klepání a elektrické přístroje.

Hlas je používán tak, že jsou položeny pacientovy ruce na jeho hrudník a je vyzván, aby mluvil. Pacient ucítí své ruce díky vibračním způsobeným šířením jeho hlasu. Ruce jsou používány k vibrování na pacientově těle a to zejména na patní kosti, stranách kolen, hřebenu pánevní kosti, předloktí, paži nebo dlani. Elektrické přístroje se nechají vibrovat na matraci, na které pacient leží. Můžeme být použit také holicí strojek nebo elektrický zubní kartáček, který je vložen pacientovi do dlaně (Kapounová, 2007).

3.4. Optická stimulace

Cíl: zlepšit zrakové vnímání, umožnit pacientovi orientaci v prostředí, ve svém okolí a uvědomit si denní rytmus.

Indikace: pacienti s onemocněním zraku, s poruchami vědomí a geriatrickí pacienti.

Provedení: jsou nabízeny kontrastní podněty a umožnění pacientovi uvědomit si denní dobu (obličej pacienta je vystavován slunečním paprskům, v noci je ztlumeno světlo). Snaha o volbu kontrastního oblečení personálu a barevného ložní oblečení. Při používání obrázků a fotografií je vhodná velikost A3 a jejich umístění do zorného pole pacienta. Některé obrázky mohou být ponechány na okraji zorného pole, ty budou na pacienta působit jako motivace pro změnu polohy. Pokud pacient nosí brýle, musí mu být při stimulaci vždy nasazeny (Lhotská, 2007).

3.5. Auditivní stimulace

Cíl: stimulace vnímání, snaha o navázání kontaktu s pacientem, mobilizace vzpomínek pacienta, budování pocitu jistoty, umožnění orientace v prostoru.

Indikace: pacienti s poruchou sluchu, pacienti s poruchou vnímání a vědomí.

Provedení: při příchodu k pacientovi a odchodu od něj je nutné použít iniciální dotek, přivítání a rozloučení vždy se stejnými slovy. S pacientem je hovořeno jasně, zřetelně, bez zdvořilostí, není mluveno k více osobami najednou a jsou potlačeny rušivé podněty. Pro stimulaci může být využit náš hlas nebo hlas rodiny, hudba, zpěv, vyprávění, hra na hudební nástroj, puštěná televize nebo oblíbené filmy, které způsobují i stimulaci optickou (Musilová, 2010).

3.6. Olfaktorická stimulace

Cíl: vyvolání vzpomínek, navození příjemných pocitů, navázání kontaktu.

Indikace: zmatení, úzkostní a geriatrickí pacienti, pacienti v bezvědomí, s Parkinsonem, demencí, poruchou vnímání.

Provedení: před přistoupení k olfaktorické stimulaci je nutné získat informace z biografické anamnézy. Ke stimulaci jsou používány vůně osobních parfémů, deodorantů, hygienických potřeb a jídla. Stimulace však nesmí být prováděna kontinuálně, pacient by si na ni mohl velmi rychle zvyknout (Friedlová, 2008b).

3.7. Orální stimulace

Cíl: stimulace vnímání pomocí stimulů z úst, navození příjemných pocitů.

Indikace: pacienti, kteří obtížně otvírají ústa, v bezvědomí, s poruchami vnímání.

Provedení: stimulace může být prováděna samostatně nebo jako součást nácviku příjmu potravy či péče o dutinu ústní. Stimulace je prováděna pomocí oblíbené chutě, do které je namočena molitanová štětka. Může být využito i „cucacího“ váčku, což je složený mul, uvnitř něhož je poživatina, kterou má pacient velmi rád např. čokoláda nebo bonbon (Bártová, 2008).

3.8. Taktilně - haptická stimulace

Cíl: smysluplně stimulovat pacienta, dodávat mu známé podněty, přiblížit mu svět do jemu známé roviny, potlačit pocity nejistoty, strachu a úzkosti.

Indikace: neklidní, hyperaktivní, zmatení pacienti.

Provedení: do pacientových rukou jsou vkládány známé předměty (zubní kartáček, hřeben, hrníček na pití, mobilní telefon, klíče, předměty používané k výkonu povolání nebo sportu), oblíbené hračky, je používáno pacientovo oblečení, ložní prádlo, jeho vlastní ručníky a žínky. Tímto způsobem jsou potlačeny nebo alespoň sníženy pocit nejistoty, úzkosti a strachu, které se projevují zejména taháním za různé katetry, rolováním povlečení, rozepínáním si košile nebo trháním plenkových kalhotek na malé kousky (Friedlová, 2008b).

4. Mozek

Mozek se skládá z neuronů, gliových buněk, z mozkomíšního moku a krevních cév (2 karotické a 2 vertebrální tepny). Všichni máme kolem 100 miliard neuronů, liší se ale počet spojení mezi nimi (Trojan, 2005). Každá zkušenost (vjemy, učení, záměrné pohyby, paměť) je provázána vznikem, zánikem a trvalým přeměňováním synapsí mezi nervovými buňkami. V některých situacích mohou určité části mozku přebírat ztracené funkce z jiných poškozených partií, tehdy mluvíme o plasticitě mozku (Langmeier, 2006).

Mozek je dělen na přední, střední a zadní mozek a na 2 hemisféry. Levá hemisféra je dominantní u všech praváků a také u 70 % leváků. Zajišťuje schopnost porozumění a řeč a má vliv na matematické nebo logické myšlení. Pravá hemisféra ovlivňuje abstraktní myšlení, orientaci v prostoru a představivost. U ostatních lidí to je obráceně. V mozku začíná 12 hlavových nervů, každý z nich může být postižen neurologickým onemocněním (Feigin, 2004).

Poškození řeči je způsobeno postižením obvykle ve frontoparietální oblasti. Hemiplegie je způsobena poškozením motorické části frontálního laloku. Smyslové vnímání je postiženo

poškozením parietálního laloku. Poškození okcipitálního laloku může způsobit snížený svalový tonus, snížené šlachové reflexy, intenční tremor, výraznou ataxii nebo poruchu zraku (Richards, 2008).

5. Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je akutní stav, při kterém dojde během několika minut či hodin k nervovému poškození, které přetrvává déle než 24 hodin. Je způsobeno porušením krevního zásobení části mozku. Mortalita je více než 33%, 50% pacientů je významně handicapováno, největší výskyt je u lidí nad 65 let (Feigin, 2004).

5.1. Příčiny

Jsou rozeznávány tři příčiny vzniku CMP. První příčinou je ischemie, která vzniká na podkladě embolie nebo trombózy. Druhou příčinou je embolizace, kdy dojde k uvolnění embolu často při fibrilaci komor. Třetí příčinou je hemoragická cévní mozková příhoda, která je způsobená arteriosklerózou či aneuryzmatem (Richards, 2008).

Dle průběhu je rozeznávána TIA, což je přechodná ischemie, kdy dojde k upravení stavu do 24 hodin. Dále je známa postupující cévní mozková příhoda, jejíž rozvoj trvá 3 - 5 dní. Jako třetí je rozeznávána dokončená CMP, kdy se stav neupraví do 24 hodin, dále se již nerozvíjí a příznaky jsou stále stejné (Richards, 2008).

5.2. Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory patří ateroskleróza, hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění srdečních chlopní, kouření, stres, věk, hyperlipidemie, výskyt CMP v rodině (Feigin, 2004).

5.3. Příznaky

Příznaky mohou být různé. CMP se často projeví náhlým začátkem nebo vývojem během hodin a dní, ztrátou vědomí s otokem a zhoršováním stavu vědomí, bolestí hlavy, závratí, zvracením, motorickou poruchou (parézou nebo plegií), afázií, smyslovými poruchami jako poruchou zraku nebo ztrátou citlivosti (Richards, 2008).

5.4. Diagnostika

K diagnostice je využívána anamnéza, FF, neurologické vyšetření, Glasgow Coma Scale,

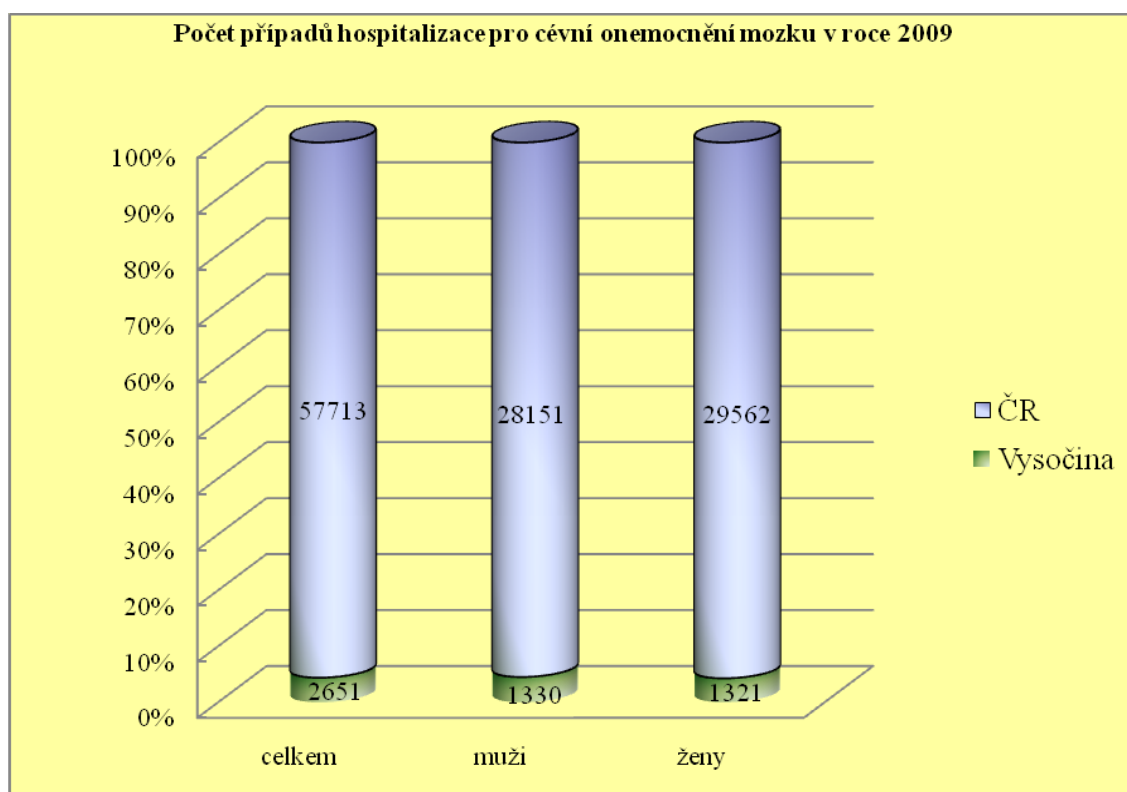
EKG, EEG, RTG srdce a plic, UZ vyšetření karotid, laboratorní vyšetření krve a moče, angiografii mozkových tepen, CT a MR (Slezáková, 2007).

5.5. Léčba

Jsou používány dva základní druhy léčby. První je léčba konzervativní, kdy se snažíme o stabilizaci FF, antiedematózní, vazodilatační, antikoagulační a antiagregační léčbu. U indikovaných případů je provedena trombolytická léčba.

Druhým způsobem je léčba chirurgická, během níž se u hemoragické formy CMP provede odstranění nebo zmenšení hematomu. Bypass se provádí u formy ischemické (Slezáková, 2007).

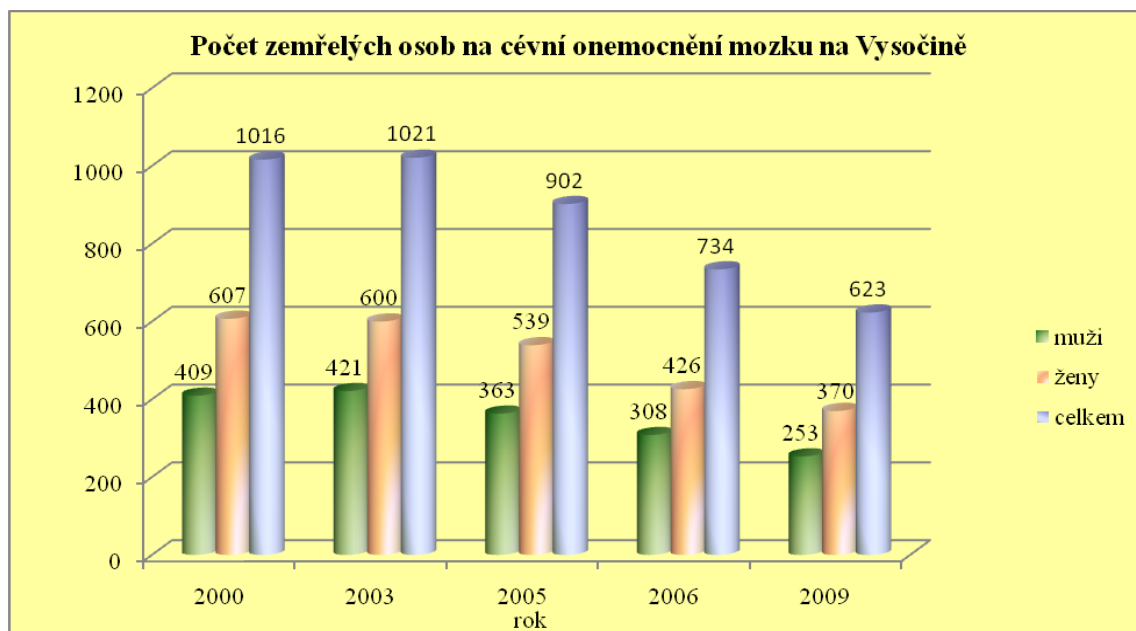
6. Cévní onemocnění mozku v České republice



Obr. 1 Graf počtu případů hospitalizace pro cévní onemocnění mozku v roce 2009

Zhodnotila jsem statistické údaje získané z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Z dat vyplývá, že na krajské úrovni je počet cévního onemocnění mozku u obou pohlaví přibližně stejný, v republikovém součtu je výskyt onemocnění u žen zhruba o 1400 případů vyšší než u mužů (UZIS, 2010), (Obr. 1).

Ze získaných dat vyplynulo, že počet osob zemřelých na následky cévního onemocnění mozku na Vysočině od roku 2003 klesá. Oproti roku 2000 byla úmrtnost v roce 2009 o 38,7 % nižší (UZIS, 2010), (Obr. 2).



Obr. 2 Graf počtu zemřelých osob na cévní onemocnění mozku na Vysočině

II. Praktická část

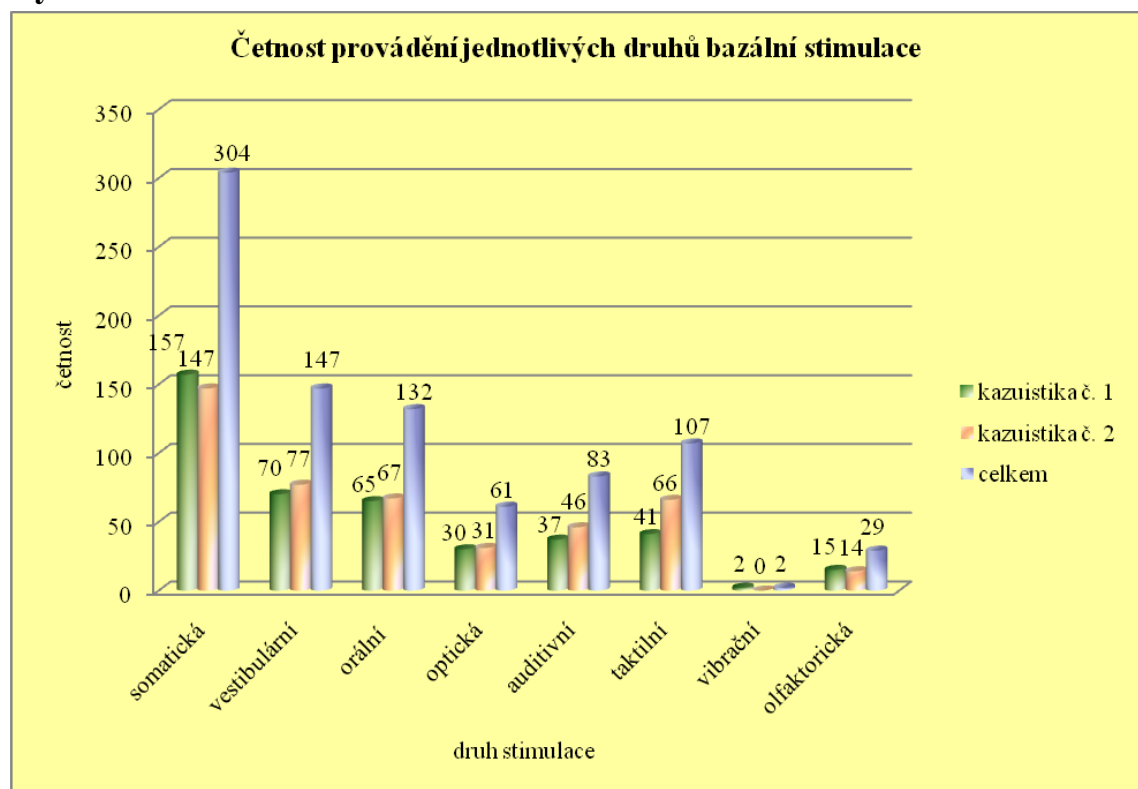
7. Popis oddělení a metodika

Vybraní pacienti byli z neurologického oddělení. Daná nemocnice je okresního typu a má k dispozici 561 lůžek. Oddělení neurologie je vybaveno 24 lůžky, z toho 4 lůžka jsou na pokoji s intenzivní péčí.

V praktické části jsem využila metodu ošetrovatelského procesu se zaměřením na poskytování bazální stimulace. Zpracovala jsem 2 kazuistiky u pacientů s CMP podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Informace jsem získala pomocí rozhovorů s manželkami pacientů na neurologickém oddělení, dále z ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Vytvořila jsem také ošetrovatelské diagnózy na základě NANDA taxonomie II. Diagnózy obou pacientů byly velmi podobné. Manželkám byly v úvodu podány informace o bazální stimulaci (Příloha 1), dotazník k autobiografické anamnéze a edukační materiály. Péče o pacienty byla zaznamenávána do realizací výkonů. Všechna dokumentace byla na oddělení od počátku mé práce přístupna.

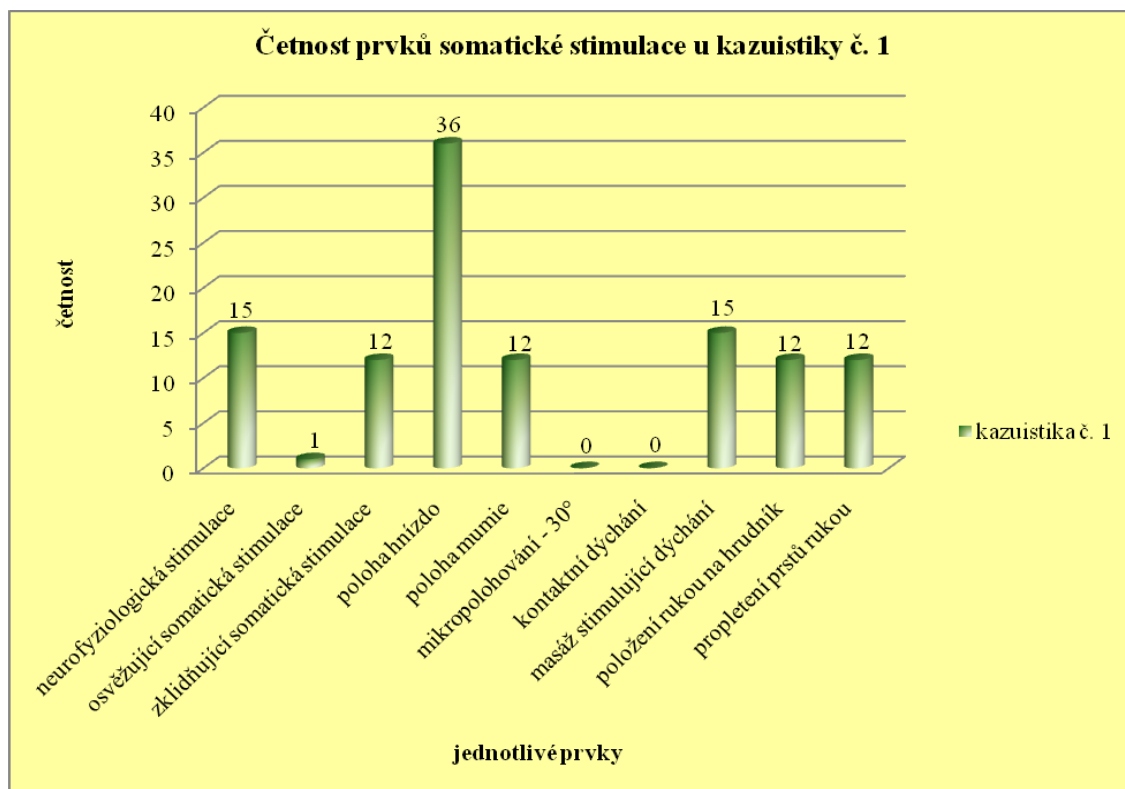
Na základě souhlasu manželek pacientů jsem bazální stimulaci prováděla od 3. do 17. listopadu 2010. Obě manželky souhlasily s uvedením získaných dat v mé bakalářské práci.

8. Využití bazální stimulace na oddělení



Obr. 3 Graf četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace

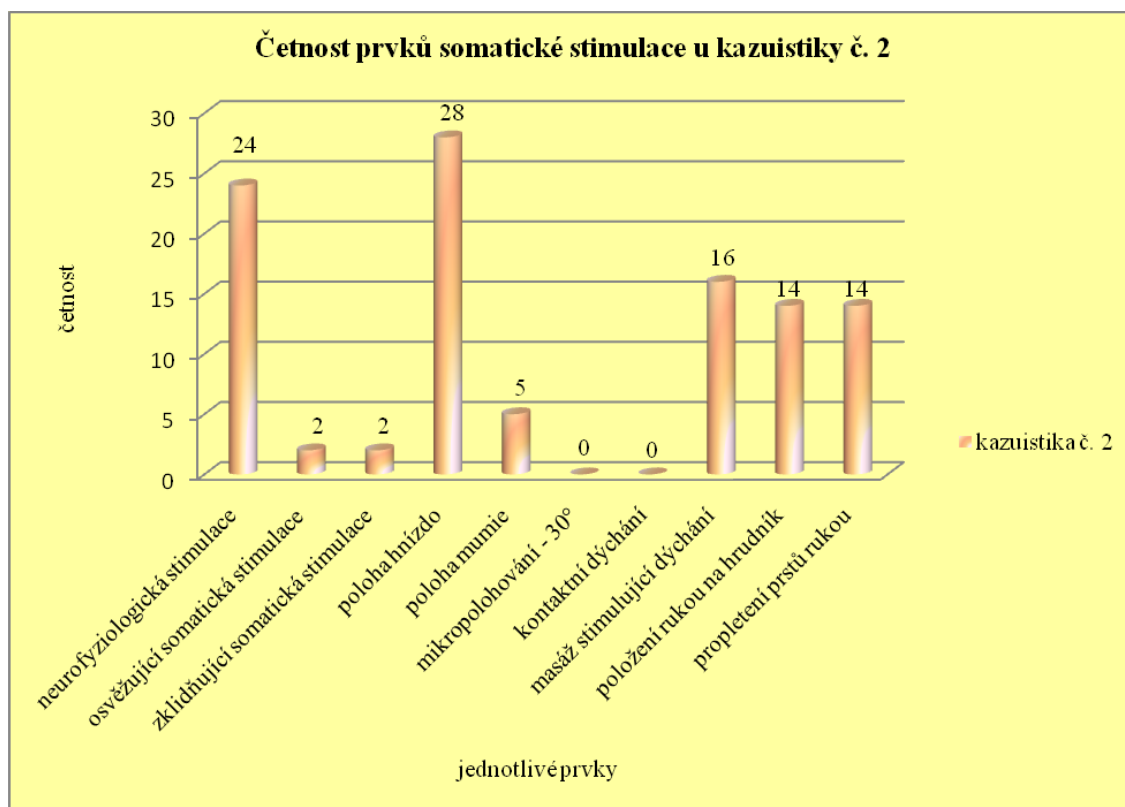
Porovnála jsem četnosti provádění jednotlivých druhů bazální stimulace u dvou vybraných pacientů, které jsem uvedla v mých kazuistikách. U obou pacientů byla nejčastěji prováděna somatická stimulace. Druhou nejčastěji prováděnou stimulací byla stimulace vestibulární, hned za ní byla stimulace orální. Téměř vůbec nebyla naopak prováděna stimulace vibrační (Obr. 3).



Obr. 4 Graf četnosti prvků somatické stimulace u kazuistiky č. 1

Z grafu vyplývá, že nejvíce byla u prvního pacienta používána poloha hnízdo. Na dalších místech se umístila neurofyziologická stimulace a masáž stimulující dýchání, propletení prstů a položení rukou na hrudník, zklidňující somatická stimulace a poloha mumie. 30° polohování a kontaktní dýchání nebylo použito vůbec (Obr. 4).

U druhého pacienta byla také nejvíce používána poloha hnízdo, i když v menší četnosti. Dále se umístila neurofyziologická stimulace, masáž stimulující dýchání, položení rukou na hrudník a propletení prstů. Oproti prvnímu pacientovi nebyla zklidňující somatická stimulace používána téměř vůbec. Poloha mumie byla používána také méně (Obr. 5).



Obr. 5 Graf četnosti prvků somatické stimulace u kazuistiky č. 2

9. Kazuistika č. 1

Pacient byl přijat na neurologické oddělení pro recidivující CMP hemisferálně vlevo s těžkou pravostrannou hemiparézou až plegií, centrální lézí n. VII lateris dextra, smíšenou fatickou poruchou a kvantitativní poruchou vědomí.

Anamnéza

Osobní - hypertenzní nemoc, 5/2009 a 7/2010 ischemická CMP hemisferálně vlevo.

Farmakologická - Caviton Forte, Anopyrin 100 mg, Agen 5 mg, Tegretol 200 mg.

Alergická - netrpí žádnou alergií.

Sociální - ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domku.

Pracovní - dnes už v důchodu, dříve pracoval jako střelmistr v lomech.

Rodinná - nevýznamná

Nynější onemocnění

Pacient byl přivezen RZP v 3:15, večer před 22. hodinou šel spát, ve 2 hodiny v noci se manželka probudila, pacient nekomunikoval, chroptěl, byl pomočen, porucha hybnosti pravostranných končetin.

Status praesens

Po převozu soporózní, na bolestivý podnět otevře oči, nekomunikuje. Oční bulby stočeny doleva, zornice jsou izokorické, fotoreakce pozitivní, ústa asymetrická, pokles pravého koutku. PHK a PDK - neudrží, bez pohybu, Babinski pozitivní, LHK a LDK - pohyb aktivní na bolestivý podnět, Babinski negativní. TK 190/90 mm Hg, P 84', D 16'.

Testy a škály

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 16 bodů - zvýšené riziko vzniku dekubitů (při propouštění 23 bodů - zvýšené riziko vzniku dekubitů), (Příloha 3).

Barthel test základních všedních činností - 10 bodů - vysoce závislý (při propuštění 40 bodů - vysoce závislý), (Příloha 4).

9.1. Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace/STŘEDA 3. 11. 2010

Pacient byl uložen na oddělení lůžkové neurologie na pokoj se zvýšenou péčí. Provedeny odběry krve na biochemii. Z patologií: glykémie 7,7 mmol/l, ALT 0,11 μ kat/l, krevní obraz (erytrocyty $3,78 \times 10^{12}/l$, hemoglobin 120 g/l, hematokrit 0,39) a sedimentaci, odběr moče na biochemii, CT mozku (postischemická změna), EKG a RTG plic.

Medikace: Tegretol 200 mg tbl. 1-0-1, Agen 5 mg tbl. $^{1/2}$ -0-0 nepodáno - pacient má problémy s polykáním. Dále Ampicilin 1 g i. v. á 6 hod., Gentamicin 160 mg i. v. á 24 hod., Manitol 125 ml i. v. á 12 hod., kapat 30 min., pumpa č. 2, FR $^{1/1}$ 500 ml i. v. v 9:30, FR $^{1/1}$ 500 ml + 2 amp. Oxantil i. v. v 15:00, Fraxiparine 0,6 ml á 12 hod.

U pacienta byl zaveden Folleyův PMK Ch. 20, PŽK, byla zahájena infuzní terapie, polohování á 2 hodiny pomocí perličkových polštářů do polohy hnízdo, bandáže DK jako prevence před vznikem TEN, sledování bilance tekutin a monitorace FF, komplexní péče a k hygieně byly používány plenkové kalhotky. Tyto výkony byly prováděny každý den.

Manželce byly podány základní informace o bazální stimulaci (Příloha 1) a edukační materiál, pomocí něhož bylo možné se stimulaci naučit. Informace byly přijaty kladně s očekáváním zlepšení zdravotního stavu manžela. Manželka dostala k vyplnění dotazník biografické anamnézy. Byl nám dán příslib k jeho vyplnění a donesení další den. Každý den byly zaznamenávány realizace výkonů bazální stimulace do nemocniční dokumentace (Příloha 5).

2. den hospitalizace/ČTVRTEK 4. 11. 2010 - 1. den BAS

Ráno po hygieně byla provedena péče o invazivní vstupy. V 9 hod. byla zavedena nazogastrická sonda, která však byla díky neklidu pacientem v odpoledních hodinách vytažena. V poledne byly tbl. léky nadrceny do čaje a podány sondou. Večer tbl. léky podány nebyly, protože by je pacient nemohl spolknout. Dle medikace byla přidána infuze FR $\frac{1}{1}$ 500 ml + Haloperidol 1 ml i. v. v 17 hod., FR $\frac{1}{1}$ 20 ml + Apaurin 10 mg i. v. v 17 hod.

Ráno ještě nebylo známé vhodné místo pro iniciální dotek. U pacienta byla provedena zklidňující somatická stimulace, která byla u pacienta prováděna nanejvýš dvěma osobami. Vše bylo konáno se slovním doprovodem převážně z levé strany pacienta, protože na pravé ucho byl pacient nedoslýchavý. Z pacientovy strany byla stimulace bez odezvy, bez žádných libých či nelibých projevů. Po provedení hygieny dutiny ústní pomocí firemně vyráběných štětiček citrónové příchuti byl pacient uveden do polohy hnízdo na boku. Pacient byl polohován každé 2 hod. dle polohovacího záznamu, vždy byly použity perličkové polštáře pro zajištění polohy. Koupel genitálu byla provedena až později. Kolem 15. hodiny byl pacient náhle neklidný a snažil se přelézt postranice u lůžka. Opět byla provedena zklidňující somatická stimulace a pacient byl uložen do polohy mumie. V této poloze byl pacient zabalen do deky s propletenými prsty (mikropolohování) a rukama položenýma na hrudníku. Nic z toho však pacienta nezklidnilo. Stále se snažil přelézat postranice u lůžka, což trvalo po celou noc. Pacient byl mírně uklidněn až díky ordinaci lékaře.

Tento den nám byl od pacientovy manželky přinesen vyplněný dotazník biografické anamnézy (Příloha 2) a pomůcky vhodné ke stimulaci (hygienické pomůcky, fotografie, pohodlné oblečení). Byla sepsána informační tabulka se základními údaji o pacientovi a o jeho dosavadních zvyklostech. Tabulka byla umístěna na zeď u pacientova lůžka. Bylo v ní uvedeno i vhodné místo pro iniciální dotek, jímž bylo zvoleno levé rameno. Na dveře od pokoje byla nalepena informace, že je na daném pokoji poskytována bazální stimulace. Zdi v pacientově pokoji byly oranžově a žlutě vymalované, na stropě a na zdech byly nalepené různé obrazce z barevných samolepicích folií, aby byla podporována optická stimulace. Naproti posteli byly umístěny nástěnné hodiny.

3. den hospitalizace/PÁTEK 5. 11. 2010 - 2. den BAS

Bylo provedeno interní vyšetření, kontrolní CT mozku a EEG.

Pacient byl nadále tlumen, léky spolknuty nebyly. Zajištěna konzultace s nutričním terapeutem. Výživa byla zajištěna pomocí Nutriflex peri podávaného do PŽK.

Ráno byla opět provedena zklidňující somatická stimulace s důrazem na úvodní iniciální dotek. Stimulace byla provedena pacientovým mýdlem, žínkami a ručníky. Dutina ústní byla ráno a několikrát během dne vytřena štětičkou smočenou v pacientově oblíbené ústní vodě Listerine, vlasy byly učesány jeho vlastním hřebenem, na pěšinku. Pacient byl oblečen do z domu přineseného pyžamového kabátku a vlněných ponožek. Po koupeli byl pacient uveden do polohy mumie, která u něj způsobovala lehké zklidnění. Prsty měl propletené a položené na hrudníku. Během dne bylo kombinováno polohování v mumii a v hnízdě. Před otočením na bok bylo vždy několikrát pootočeno pacientovou hlavou do stran v rámci stimulace vestibulárního ústrojí, nakonec byla hlava nechána otočená ve směru polohování. Odpoledne byla u pacienta provedena opět zklidňující somatická stimulace.

Na zástěnu a zeď kolem pacienta byly umístěny fotografie vnoučat a manželky, přestože pacient celý den prospal. Manželka přišla na návštěvu v odpoledních hodinách. Asi 2 hodiny seděla u pacientova lůžka, držela manžela za ruku a vyprávěla mu, co se děje nového v rodině a ve vesnici.

4. den hospitalizace/SOBOTA 6. 11. 2010 - 3. den BAS

Stav pacienta byl stále stejný. Soporozní, nekomunikoval, nebyl schopen spontánního pohybu na pravé straně těla. Stimulace byla prováděna jako předešlý den. Provedena výměna PŽK (4. den). Fyzioterapeutkou byly prováděny pasivní cviky.

5. den hospitalizace/NEDĚLE 7. 11. 2010 - 4. den BAS

TT v rozmezí 37,9° C - 38,3° C. Podán Paralen 500 mg supp. Pacient byl tlumen již jen Apaurinem i. v. v 17 hod. Po 3 dnech byla znovu zavedena nazogastrická sonda.

Ráno byla provedena neurofyziologická stimulace, kdy byl zdůrazňován střed těla zvýšením tlaku. Koupel byla prováděna asistovaně za využití pacientovy zdravé ruky. Po stimulaci byl pacient uložen do polohy hnízdo, dle mimiky bylo poznat, že tato poloha byla pacientovi příjemná. Pacient několikrát za den otevřel oči, zejména při manipulaci s ním. Jako souhlas na otázku zakýval hlavou, stále však bez řečového projevu. Kolem poledne se pacientovi zvýšila tělesná teplota, dle ordinace byl podán paralenový čípek. Odpoledne byla provedena zklidňující somatická stimulace, pacient se během stimulace uvolnil. Během koupele byla na pokoji přítomna manželka, která pečlivě pozorovala postup při jejím provádění a aktivně se ptala na nejasnosti. Výživa byla zajištěna pomocí stravy podávané do nazogastrické sondy, do které byly podávány i nadrcené léky rozpuštěné v čaji. Před podáním

do sondy byla vždy prováděna orální stimulace cucacím váčkem s čokoládou nebo bonbonem a po skončení krmení byly pacientovi vytřeny ústa ústní vodou.

V odpoledních hodinách přišli za pacientem na návštěvu příbuzní. Dlouho se ale s ohledem na zhoršený pacientův stav nezdrželi.

6. den hospitalizace/PONDĚLÍ 8. 11. 2010 - 5. den BAS

TT do 37,4° C. Apaurin ex, rozepsán Diazepam 5 mg 1-0-1.

Ráno byla pacientova tělesná teplota ještě 37,4° C, v poledne již byl pacient bez teploty. Od rána byl pacient při vědomí. Při hygieně byla asistovaně provedena neurofyziologická stimulace s následující polohou mumie. Místo pyžamového kabátku bylo pacientovi oblečeno tričko. Na pravou ruku byly pacientovi připnuty náramkové hodinky. Ať už z důvodu toho, že pacient byl zvyklý je na této ruce nosit, ale i proto, že tak dochází k uvědomění si své plegické strany. Dopoledne byla u pacienta prováděna fyzioterapeutkou léčebná RHB.

Odpoledne opět jako každý den přišla za pacientem manželka. Ta se za naší asistence snažila provádět zklidňující somatickou stimulaci, během které nás včera pozorovala. Manželka si doma stimulaci nastudovala z edukačních materiálů poskytnutých na oddělení a ze zakoupené knihy Karolíny Friedlové, Bazální stimulace v základní ošetrovatelské praxi. Během provádění stimulace od ní bylo postupováno správně, nedopouštěla se žádných chyb a kontakt s manželem si užívala jak ona, tak i pacient. Po stimulaci byl pacient od manželky oholen elektrickým holicím strojkem, který mu byl poté vložen zapnutý do ruky. Během holení se pacient se snažil nastavovat tvář. Večer byl pacientovi podán do úst čaj na lžičce, který bez problémů spolkl. Pro lepší dorozumění mezi námi a pacientem bylo napsáno několik základních pojmů na papírky, pomocí nichž nám byly od pacienta sdělovány jeho základní potřeby.

7. den hospitalizace/ÚTERÝ 9. 11. 2010 - 6. den BAS

Pacient bez teploty, medikace již bez Diazepamu. Provedena výměna PŽK (4. den).

Pacient byl ráno naložen na koupací lůžko a zavezen do sprchy. Podle výrazu mu udělala koupel dobře. Hygiena dutiny ústní byla provedena zubním kartáčkem bez pasty a s ústní vodou. Během čištění se pacient snažil spolupracovat a ochotně otevíral ústa. Spolupracoval dokonce lépe, než když mu byla ústa jen vytírána. Od té doby byl kartáček používán každý. Jako kulisa byla pacientovi na pokoji puštěna televize. I když nebyla pacientem sledována, byla alespoň poslouchána. Z biografické anamnézy bylo zjištěno, že doma není poslouchané

ani rádio ani hudba, proto byla televize zvolena jako vhodná alternativa. Za pacientem přišli na návštěvu příbuzní, kteří u něj hodinu poseděli.

8. den hospitalizace/STŘEDA 10. 11. 2010 - 7. den BAS

Prováděná stimulace byla shodná jako v předchozích dnech s tím rozdílem, že odpoledne byla neurofyziologická stimulace nahrazena stimulací zklidňující, která byla provedena manželkou pacienta.

9. den hospitalizace/ČTVRTEK 11. 11. 2010 - 8. den BAS

Mucosolvan sirup 10 ml 2 x denně.

Fyzioterapeutkou byly dopoledne prováděny s pacientem pasivní cviky na plegické straně těla, aktivní cviky na zdravé straně těla zvládal pacient sám. Vzhledem k tomu, že byl pacient zahleněný, bylo u něj zavedeno provádění masáže stimulující dýchání, která u něj byla vnímána zvláště příjemně. Bylo to opakováno 3 x denně. Pacient byl také několikrát za den posazován na lůžku s oporou zad. Za dopoledne byl pacient schopen po lžičkách vypít asi 20 ml čaje, odpoledne bylo vypito 40 ml. K obědu byla snědena lžička tvarohu, jinak byl pacient stále vyživován pomocí sondy. Pacientovi byla na pokoji puštěna televize, která byla sledována. Když jsme se ho přes den zeptali na vnoučata, jeho pohled byl zafixován na fotografii umístěnou na zástěně u lůžka a lehce se usmál.

Odpoledne byla manželkou pacientovi provedena zklidňující somatická simulace. Po jejím skončení byl manželce vysvětlen a předveden správný postup při provádění masáže stimulující dýchání. Manželka byla velmi chápavá a projevovala opravdový zájem o pacienta. Když byla manželka poprosena, zda by nemohla pacientovi donést z domu jogurt nebo přesnídávku, ihned zaběhla do krámků a obojí donesla. Pacient se snažil manželce odpovídat na otázky, ale i když se mu to nedařilo, odměnou pro manželku za její úsilí a lásku byl pacientův úsměv a držení za ruku.

Odpoledne přišla za pacientem návštěva, syn se svou manželkou. Při příchodu pozdravili pacienta s provedením iniciálního doteku, během návštěvy držel syn pacienta za ruku. Na pacientovi byla vidět radost, že je vidí. Strávili společně asi 3 hodiny povídáním, z pacientovy strany nasloucháním.

10. den hospitalizace/PÁTEK 12. 11. 2010 - 9. den BAS

Výměna PŽK (4. den), k sippingu byl naordinován Fresubin protein energy drink.

Dutina ústní byla ráno vyčištěna zubním kartáčkem s malým množstvím zubní pasty. Pacient si ústa bez problémů vypláchl a pastu z úst vyplivl. Tento způsob péče o dutinu ústní pacient rád přivítal, bylo to pro něj mnohem příjemnější a pohodlnější než používání štětiček. Končetiny na pravé straně již nebyly zcela plegické, pacient byl schopen s nimi vykonat pohyb a reagovat na bolestivé podněty. Pacient nedočkavě očekával příchod své manželky. Jeho lůžko bylo přisunuto k oknu, odkud mohl sledovat cestu, zda se manželka již blíží. U pacienta byla manželkou provedena zklidňující somatická stimulace a masáž stimulující dýchání, po kterém se pacientovi podařilo odkašlat sekret z dýchacích cest.

11. den hospitalizace/SOBOTA 13. 11. 2010 - 10. den BAS

Protože byl pacient ráno unavený a bez nálady, byla u něj provedena povzbuzující somatická stimulace. Pacient byl uložen do své oblíbené polohy - hnízdo na boku, do které se snažil sám natáčet. Byl mu nabízen Fresubin k popíjení, za den ho bylo brčkem vypito asi 60 ml. V době oběda byla pacientem snědena opět 1 lžička tvarohu, odpoledne pak manželce 2 lžičky. Do ruky byla pacientovi vkládána lžice, aby si uvědomil, že se bude jíst. Lžice byla pevně držena v levé ruce a pacient se usmíval. K obědu byl pacient posazen na lůžku s oporou zad. Odpoledne byla manželkou asistovaně provedena neurofyziologická stimulace a masáž stimulující dýchání.

12. den hospitalizace/NEDĚLE 14. 11. 2010 - 11. den BAS

Ráno byl pacient zavezen na koupacím lůžku do sprchy, kde byla provedena neurofyziologická stimulace za pacientovy asistence. Dutina ústní byla vyčištěna pacientovou levou rukou. Šlo mu to dobře, zvládl to s pomocí. Ke snídani byly pacientovi podány kromě výživy do nazogastriční sondy také 4 lžičky jogurtu ústy. K obědu snědl také 4 lžičky jogurtu a k večeři dokonce už 5. Za den byl schopný vypít 120 ml čaje a džusu. Už včera bylo u pacienta pozorováno minimální natáčení paretické ruky tak, aby viděl na náramkové hodinky. I když byly na zdi naproti němu umístěné nástěnné hodiny, na které se mohl bez problémů podívat, nejspíš ze zvyku a taky pro vyrovnání se s vlastním tělem volil tuto těžší možnost.

Od 3. dne hospitalizace za pacientem docházela logopedka, nyní byl pacient schopen říct jednoduchá krátká slova. Na zeď byly pacientovi umístěny namalované obrázky, které mu donesla manželka od vnoučat, a televize byla puštěna na oblíbeném pořadu. Odpoledne byl pacientovi vložen do pravé ruky elektrický holicí strojek, který nejdřív jen tak držel v ruce, později se s ním snažil sám oholit. Po chvíli jeho snahy jsme mu s holením pomohli a výsledek byl dokončen. Manželka přišla jako každý den na návštěvu, donesla pacientovi

oblíbenou čokoládu a ovocný džus, povídala pacientovi novinky z vesnice a při tom prováděla zklidňující somatickou stimulaci.

13. den hospitalizace/PONDĚLÍ 15. 11. 2010 - 12. den BAS, 14. den hospitalizace/ÚTERÝ 16. 11. 2010 - 13. den BAS

Pomocí levé ruky bylo pacientem snědno ke snídani 8 lžiček tvarohu, k obědu 12 lžiček a k večeři 10 lžiček. Za den pac. vypil 250 ml džusu. Pro výživu mu byla stále podávána strava do nazogastrické sondy. Aktivní cviky byly na zdravé straně prováděny bez problémů, na postižené straně byl pacient již schopen lehkého stisku. Prováděny doposud započaté prvky stimulace.

15. den hospitalizace/STŘEDA 17. 11. 2010 - 14. den BAS

Odstraněna nazogastrická sonda, ústy příjem mixované stravy a čaje, pokračování v dosavadních metodách bazální stimulace kromě masáže stimulující dýchání. Ráno a odpoledne asistovaně provedena neurofyziologická stimulace, pac. posazován v lůžku s oporou zad. Paretickými končetinami schopný jemného pohybu asi 5 cm nad lůžko.

16. den hospitalizace/ČTVRTEK 18. 11. 2010

Pacient byl přeložen do Rehabilitačního ústavu v Chotěboři.

9.2. Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Z důvodu nemožnosti získání informací od pacienta byly informace získány od manželky.

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Zdravotní stav je hodnocen jako narušený, v minulosti prodělal 2 ataky CMP, je nedoslýchavý na pravé ucho. Nekouří, alkohol si dá jen příležitostně. Lékařská nařízení dodržuje důsledně.

Diagnostická doména č. 2 - VÝŽIVA

Pacient nedeží žádnou dietu. Problémy s polykáním doma netrpěl, chuť k jídlu měl normální, najedl se sám. Pravidelný příjem potravy je snídane, oběd a večeře. Nyní v nemocnici výživa zajištěna periferním žilním katétrem a nazogastrickou sondou, den před propuštěním byla sonda vytažena. V nemocnici podáván Fresubin protein drink. Za posledních 6 měsíců nebyly žádné změny na váze. Denní příjem tekutin kolem 1 litru, pije

zejména čaj a minerální vodu. Pocit žízně snížený. Poranění kůže a sliznic se hojí bez větších potíží.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Nyní zaveden PMK z důvodu inkontinence a snížené mobilizace, Ch. 20, zaveden 3. 11. 2010. Diuréza za den je 1500 ml, světle žlutá moč bez příměsí.

Stolice je fyziologické barvy a nepravidelná. Nyní je pacient částečně inkontinentní, používají se plenkové kalhotky. Pacient se zvýšené nepotí ani nezvrací.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Pacient pravidelně necvičí, svůj volný čas tráví posedáváním na lavičce před domem. Doma žádné kompenzační pomůcky pro pohyb nepoužíval, nyní je ležící na lůžku. Lze ho posadit v lůžku s oporou zad. Doma s usínáním neměl pacient žádné problémy.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Pacient používá na brýle na dálku. Na pravé ucho je nedoslýchavý, ale naslouchadla nepoužívá. S čichem problémy nemá.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient se vždy hodnotil jako optimista. Plně si důvěřoval a se svým vzhledem byl spokojený. Problémy řešil s manželkou.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Pacient je ve starobním důchodu, bydlí s manželkou v rodinném domku. Dříve pracoval jako střelmistr v lomech. Rodinné problémy se nyní nevyskytují. Manželka se zajímá o pacientův zdravotní stav a podporuje ho. Kontakty s lidmi nejsou moc časté, má raději klid. Propuštění je plánováno do rehabilitačního ústavu a poté dle možností do domácí péče.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Touto oblastí se nechce zabývat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽĚ – ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacient se chová asertivně, napětí doma neprožívá moc často. Chvilí mu trvá, než se s ním vyrovná. Stresové situace řeší doma s manželkou. Nyní je na jeho výrazu vidět pocit nejistoty z budoucího zdravotního stavu.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Nejdůležitějším byla pro pacienta vždy rodina a zdraví blízkých. Pacient je křesťanského vyznání. Jeho životním cílem byl vždy spokojený rodinný život.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Žádná alergická reakce se u pacienta v minulosti nikdy nevyskytla. Riziko infekce u pacienta pramení ze zavedeného periferního žilního katétru a permanentního močového katétru. Z důvodu zmatenosti hrozí riziko pádu.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Subjektivní pocity bolesti nemůžeme z důvodu nynějšího zdravotního stavu pacienta zjistit, objektivně žádné projevy nejsou.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Růst a vývoj je u pacienta v normě. Stárnutí bere jako přirozenou součást života.

9.3. Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

Zhoršená pohyblivost – 00085 (Zhoršená schopnost se přemístit, Porušená chůze, Porušený obraz těla, Opomíjení jedné strany těla, Deficit sebedpěče při koupání a hygieně, Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku, Deficit sebedpěče při vyprazdňování, Deficit sebedpěče při jídle, Riziko pádů, Riziko imobilizačního syndromu)

Jedná se o omezení samostatného, úmyslného pohybu těla nebo jedné či více končetin.

Diagnostická doména: aktivita - odpočinek.

Třída: aktivita - pohyb.

Určující znaky: limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou a jemnou motorikou, obtíže při otáčení se.

Související faktory: neuromuskulární poškození, sensoricko - percepční poškození.

Cíl

U pacienta je zachována svalová hmota na zdravých i postižených končetinách po celou dobu hospitalizace.

Fyzioterapeutka provádí s pac. aktivní a pasivní cviky každý den od 4. dne hospitalizace.

Na pacientově těle se nevyskytují žádné kontraktury po celou dobu hospitalizace.

Pacient má na dosah ruky signalizační zařízení a ví, jak ho používat do 2 hodin od přijetí.

Lůžko je zabezpečeno postranicemi a vybaveno hrazdičkou do 1 hodiny od hospitalizace.

Pacient se snaží spolupracovat a pečovat o sebe alespoň v rámci možností lůžka během hospitalizace od 6. dne.

Pacientovi je prováděna asistovaná neurofyziologická stimulace dle Bobatha od 5. dne hospitalizace.

Pacient sám sní 10 lžiček jogurtu po přípravě pomůcek do propuštění z nemocnice.

Pacient sám upozorní na potřebu vyprázdnění stolice do 5. dne hospitalizace.

Pacient je posazován s oporou zad od 11. dne hospitalizace každý den.

Pacient je pravidelně polohován dle polohovacího záznamu každé 2 hodiny.

Intervence

Zhodnot' Barthelův test základních denních činností při příjmu pacienta.

Pobízej pacienta k aktivitě a k péči o sebe sama při každém kontaktu.

Zajisti péči fyzioterapeuta o pacienta a do 4. dne od hospitalizace.

Umísti signalizační zařízení na pacientův dosah, ukaž mu použití do 2 hodin od hospitalizace.

Umísti na pacientovo lůžko postranice a upevni hrazdičku do 1 hodiny od hospitalizace.

Proved' asistovanou neurofyziologickou stimulace dle Bobatha každý den od 5. dne.

Zajisti zvýšenou polohu pacienta, posuň stoleček nad lůžko a přines lžičku s jogurtem do 13. dne.

Ptej se aktivně na potřebu pacienta vyprázdnit se každý den.

Vysazuj pacienta v lůžku s oporou zad od 11. dne hospitalizace.

Polohuj pacienta pravidelně každé 2 hodiny a ved' záznam každý den.

Realizace

Pacient měl na lůžku postranice a signalizační zařízení, byl poučen o jeho používání.

Pravidelně byla prováděna rehabilitace a koupele somatické stimulace. Pacient byl motivován k samostatnosti. Dle Barthel testu se pacient jevil jako vysoce závislý. Byl polohován.

Hodnocení

Postižená strana plegická do osmého dne hospitalizace, poté citlivá na bolest a projev lehkého pohybu. Nepostižená strana nebyla aktivně moc využívána, pacient spíše využíval péče zajištěné personálem. V případě nutnosti si však signalizačním zařízením přivolal pomoc. Byla prováděna rehabilitace, během hospitalizace byla u pacienta zajištěna dostatečná ochrana před pádem, pacient neupadl. Od 11. dne byl posazován v lůžku. Před propuštěním byl sám schopen sníst několik lžiček jogurtu. Nevznikly kontraktury ani dekubity.

Zhoršená verbální komunikace – 00051 (Riziko situačně snížené sebeúcty, Strach)

Jedná se o stav snížené až vymizelé schopnosti slovního porozumění nebo vyjádření.

Diagnostická doména: vnímání - poznávání.

Třída: komunikace.

Určující znaky: porucha prokrvení mozku (mozkový infarkt), potíže s vyjádřením myšlenek (smíšená fatická porucha).

Související faktory: změny v centrálním nervovém systému.

Cíl

Pacient projevuje svá přání bez pocitů frustrace a méněcennosti během hospitalizace.

Pacient rozumí našim otázkám a je schopen na souhlas kývnout hlavou do 5. dne hospitalizace.

Pacient využívá papírky s napsanými slovy pro vyjádření potřeb do 6. dne hospitalizace.

Pacient nepocituje strach z důvodu nemožnosti domluvení se po dobu hospitalizace.

Za pacientem dochází logopedka každý den od 3. dne hospitalizace.

Intervence

Vysvětlí pacientovi, proč má potíže s komunikací a zajistí péči logopedky o pacienta do 3. dne od hospitalizace.

Mluv na pacienta pomalu a zřetelně při každém kontaktu s ním a sleduj kývnutí hlavy pacienta jako souhlas na naše otázky každý den.

Napiš základní potřeby na papírky a nech pacientovi na výběr od 6. dne hospitalizace. každý den.

Buď pacientovi na blízku a naslouchej jeho potřebám, všímej si verbálních i neverbálních projevů strachu, povzbuzuj pacienta k vyjadřování svých potřeb každý den.

Povzbuzuj pacientovu rodinu k častým návštěvám pacienta, aby byl stimulován ke komunikaci 1. den hospitalizace.

Realizace

Byly sepsány základní pacientovo potřeby na papírky, ze kterých si mohl později právě aktuální. Byla zajištěna logopedická terapie. Za pacientem docházela každý den manželka, která na něj mluvila. Všechny výkony, které byly u pacienta prováděny, byly komentovány.

Hodnocení

Pacient byl schopen ukázat na papírek s napsanou potřebou. Při otázce je schopen kývnout hlavou na odpověď. Od 3. dne hospitalizace za pacientem docházela logopedka, od 12. dne byl pacient schopen vyslovit jednoduchá krátká slova. Po vysvětlení problémů kterým čelil, se jeho strach snížil.

Porušené polykání – 00103 (Nedostatečná výživa, Riziko deficitu tělesných tekutin, Riziko zácpy, Riziko aspirace)

Jedná se o abnormální funkci polykacího mechanismu a vadu struktury nebo funkce úst, hltanu nebo jícnu.

Diagnostická doména: výživa.

Třída: přijímání potravy.

Určující znaky: neúplné sevření rtů při polykání, zakašlávání při jídle, nedostatečná schopnost žvýkat.

Související faktory: neuromuskulární porucha - oslabení polykacího reflexu, oslabení žvýkacích a polykacích svalů, obrny lícního nervu.

Cíl

Pacient nezhubne o víc než 5 kg během hospitalizace.

O pacientovu výživu se stará nutriční terapeut od 3. dne hospitalizace.

Pacient má denní příjem tekutin minimálně 2000 ml každý den.

Pacient má zajištěnou výživu nazogastrickou sondou do 15. dne hospitalizace.

Pacient má normální kožní turgor a dostatečně vlhké sliznice po celou dobu hospitalizace.

Pacient spolýká během dne minimálně 15 lžiček jogurtu den před propuštěním z nemocnice.

Pacient má stolicí minimálně 1 x za 3 dny po dobu hospitalizace.

Pacient je orálně stimulován cucacím váčkem s čokoládou nebo bonbonem při krmení do nazogastrické sondy od 5. dne hospitalizace.

Pacient je uložen do zvýšené polohy při každém krmení a 30 minut po něm.

Intervence

Zaznamenej hmotnost pacienta při příjmu a při jeho propuštění.

Zajisti vedení pacienta nutričním terapeutem do 3. dne od hospitalizace.

Zajisti dostatečný příjem živin, vlákniny a alespoň 2000 ml tekutin každý den.

Podej nemocnému malé množství čaje a posuď jeho polykací schopnost 1. den hospitalizace.

Nabízej pacientovi jogurt po lžičkách od 9. dne hospitalizace.

Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice a veď záznam každý den.

Používej cucací váček s bonbonem nebo čokoládou k orální stimulaci při každém krmení nazogastrickou sondou.

Zkontroluj dutinu ústní po každém soustu, odstraň případné zbytky před dalším podáním.

Zajisti alespoň mírně zvýšenou polohu při každém krmení pacienta do sondy nebo per os.

Realizace

2. den byla pacientovi zavedena nazogastrická sonda, kterou si ovšem vytáhl. 3. den byl do PŽK podáván Nutriflex peri. 5. den byla opět zavedena nazogastrická sonda. Od 6. dne čaj po lžičkách. 15. den byla nazogastrická sonda vytažena, příjem čaje a mixované stravy per os.

Hodnocení

Pacient zhubl o 2 kg během hospitalizace, při propouštění byl schopen přijímat jogurt a čaj po lžičkách. Manželka se aktivně zapojila do péče o výživu a sama ji pacientovi při návštěvách nabízela. Pacient se vyprazdňoval nepravidelně.

Riziko infekce – 00004

Jedná se o stav člověka, kdy je zvýšeně ohrožen rizikem vniknutí mikrobu do organismu.

Diagnostická doména: bezpečnost - ochrana.

Třída: infekce.

Rizikové faktory: invazivní procedury (PŽK, PMK).

Cíl

U pacienta se neprojeví žádné celkové (horečka, třesavka, zvýšené zánětlivé markery) ani místní známky zánětu (calor, dolor, rubor, tumor, functio laesa) po dobu hospitalizace.

Při ošetřování invazivních vstupů jsou dodržovány standardy (PŽK výměna 4. den, převaz PŽK každý den, PMK výměna 21. den, aseptický přístup) každý den.

V dokumentaci je přehledný záznam o invazivních vstupech každý den.

Intervence

Dodržuj standardy při každém ošetřování invazivních vstupů (výměna PŽK 4. den, převaz PŽK každý den, výměna PMK 21. den, hygiena genitálu, aseptický přístup, používání rukavic) každý den.

Kontroluj invazivní vstupy a hodnot' známky zánětu (calor, dolor, rubor, tumor, functio laesa) každý den.

Zaznamenávej do dokumentace délku zavedení a funkčnost vstupů každý den.

Sleduj celkový stav pacienta a myslí na možnost sepse (horečka, třesavka, pocení, pozitivní hemokultura) každý den.

Realizace

PŽK byl převazován každý den. Byla prováděna pravidelná hygiena genitálu a péče o PMK. Každý den byla zaznamenána do dokumentace funkčnost PŽK a PMK. Moč ze sběrného sáčku byla každý den slévána. Pravidelně byly sledovány známky zánětu. Do čtvrtého dne byl vždy vyměněn PŽK, někdy dříve, záleželo na jeho funkčnosti.

Hodnocení

U pacienta se během hospitalizace neprojeví žádné celkové ani místní známky zánětu.

Ochota ke zlepšení léčebného režimu – 00162

Jedná se o stav, kdy nemocný zvládá léčbu a prevenci komplikací nemoci, ale jeho činnosti mohou být ještě zdokonaleny.

Určující znaky: nemocný si přeje lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací, u nemocného nedochází k neočekávané akceleraci symptomů onemocnění.

Cíl

Pacient je si vědom svého onemocnění, je plně informován o léčebném a ošetrovatelském plánu do 3. dne hospitalizace.

U pacienta je každý den prováděno aktivní a pasivní cvičení s fyzioterapeutem nejpozději od 4. dne hospitalizace.

S pacientem je asistovaně prováděna neurofyziologická stimulace nejpozději od 5. dne hospitalizace.

Pacient si sám umyje horní polovinu těla asistovanou neurofyziologickou stimulací do 15. dne hospitalizace.

Pacient provádí každý den aktivní nácvik soběstačnosti se zdravou horní končetinou nejdéle od 6. dne hospitalizace.

Rodina se aktivně zapojí do péče o pacienta do 3. dne od jeho hospitalizace.

Intervence

Podej pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění, o výkonech a ošetrovatelském plánu při zlepšení jeho stavu, nejpozději do 5. dne od hospitalizace.

Podporuj pacienta v provádění aktivního a pasivního cvičení s pomocí fyzioterapeuta každý den.

Prováděj asistovanou neurofyziologickou stimulaci u pacienta nejpozději od 5. dne od příjmu.

Vysvětli pacientovi vhodné způsoby rehabilitace a nacvič s ním správný postup při nácviku soběstačnosti do 6. dne od hospitalizace.

Zapoj rodinu do péče o pacienta do 3. dne od hospitalizace pacienta.

Upozorni pacienta na pokrok, kterého dosáhl, vždy při jeho dosažení.

Poskytni pacientovi a jeho rodině kontakt na půjčovnu rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (Oblastní charita Havlíčkův Brod) do 15. dne od hospitalizace.

Realizace

Pacientovi byly vysvětleny příčiny a důsledky jeho onemocnění. Byl s ním také rozebrán léčebný a rehabilitační režim, který se bude provádět. Pacientovi byly předány informační letáčky s nabídkou služeb poskytujících Oblastní charitou Havlíčkův Brod. Pacient byl zapojován sebedpěče, byla u něj prováděna neurofyziologická stimulace.

Hodnocení

Pacient se aktivně zapojoval do rehabilitačního režimu a byl informován o léčebném režimu. Mírné pokroky pacienta motivovaly k pokračování v rehabilitaci. Informace o službách nabízených Charitou byly kladně přijaty. Z rodiny se zapojila do péče nejvíce pacientova manželka. Před propuštěním byl pacient schopen provést sám asistovanou stimulaci.

10. Kazuistika č. 2

Pacient přijat pro ischemickou CMP hemisferálně vlevo s těžkou pravostrannou hemiparézou s větším postižením horní končetiny, centrální lézí n. VII laterit dextra s expresivní fatickou poruchou.

Anamnéza

Osobní - léčí se s hypertenzí, má poruchu metabolismu lipidů.

Rodinná - žije s manželkou, má syna z prvního manželství.

Farmakologická - Lozap H, Apo - Lovastatin 20 mg, Glyvenol 400 mg.

Alergická - nikdy se nevyskytla.

Sociální - ženatý, bydlí s manželkou.

Pracovní - dnes v důchodu, dříve pracoval u Českých drah.

Nynější onemocnění

Pacient byl přivezen v 21:40 sanitkou. Odpoledne byl u zubaře v Praze, kde mu byla provedena extrakce 3 zubů. Domů jel autobusem. Večer v 18:30 byl manželkou nalezený vleže na zemi, nemluvil ani nereagoval.

Status praesens

Při příjezdu na neurologické oddělení byl pacient somnolentní a nekomunikoval, měl těžké motorické postižení pravostranných končetin, PHK a PDK - neudrží, bez stisku, Babinski pozitivní, LHK a LDK - stisk provedl, Babinski negativní, oční bulby byly symetricky vytočeny vlevo, zornice izokorické bez nystagmu, fotoreakce pozitivní, ústa asymetrická, pokles pravého koutku, jazyk plazil středem. TK 150/90 mm Hg, P 80', D 14'.

Testy a škály

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 23 bodů - zvýšené riziko vzniku dekubitů (při propuštění 27 bodů - zvýšené riziko vzniku dekubitů), (Příloha 3).

Barthel test základních všedních činností - 25 bodů - vysoce závislý (při propuštění 50 bodů - závislost středního stupně), (Příloha 4).

10.1. Průběh onemocnění

1. den hospitalizace/PONDĚLÍ 1. 11. 2010, 21:40

Pacient byl uložen na oddělení lůžkové neurologie na pokoji se zvýšenou péčí. Provedeno CT mozku, RTG plic a náběry krve (patologická byla hladina K^+ 2,9 mmol/l) a moče, neurologické vyšetření.

Přes noc byl pacient klidný, bylo u něj nutné provedení komplexní péče, polohování á 2 hod. za využití perličkových polštářů, sledování bilance tekutin, bandáže DK pro prevenci vzniku TEN a použití plenkových kalhotek. To vše bylo prováděno každý den. Kromě toho byl zaveden PŽK.

Medikace: Manitol 125 ml i. v. á 12 hod., kapat 30 min., pumpa č. 1, FR $^{1/1}$ 500 ml + 2 amp. Oxantil i. v., Ampicilin 1 g i. v. á 6 hod, Warfarine 5 mg 1-0-0.

2. den hospitalizace/ÚTERÝ 2. 11. 2010

Monitorace FF (TK 170/100 mm Hg), odběr moče na K + C (negativní), provedeno interní vyšetření + EKG, zaveden Folleyův PMK, Ch. 18.

Medikace: přidán FR $^{1/1}$ 500 ml i. v. v 9:30, FR $^{1/1}$ 500 ml + 2 amp. Oxantil i. v. v 15:00, Gentamicin 160 mg i. v. á 24 hod., Lozap H tbl. 1-0-0, Apo - Lovastatin 20 mg tbl. 0-0-1, Glyvenol 400 mg tbl. 1-0-1.

Pacient byl celý den somnolentní s paretickou pravou stranou těla. Aktivně mu byly podávány tekutiny, nadrcené léky spolkl. Pravým koutkem mu však tekutiny vytékaly ven.

Přestože byla manželka vyděšená ze zdravotního stavu svého manžela, již při první zmínce o možnostech provádění bazální stimulace se začala ptát na podrobnosti a projevila o ní zájem. Manželce byly předány základní informace o bazální stimulaci (Příloha 1), dotazník k vyplnění pro biografickou anamnézu pacienta. Během dopoledne stráveného na oddělení u pacienta dotazník vyplnila (Příloha 2). Byla informována o vhodnosti donesení potřebných pomůcek pro stimulaci a byly jí předány edukační materiály pro nácvik metod bazální stimulace.

Na dveře od pacientova pokoje byla umístěna informační cedulka, že se na daném místě provádí bazální stimulace, u pacientova lůžka byla nalepena cedulka o vhodném místě k provádění iniciálního doteku a o základních zvyklostech pacienta. Zdi byly barevně vymalované s nalepenými geometrickými znaky a nástěnnými hodinami. Každý den byly zaznamenávány realizace výkonů bazální stimulace do nemocniční dokumentace (Příloha 5).

3. den hospitalizace/STŘEDA 3. 11. 2010 - 1. den BAS

Lactulosa 1-1-0.

U pacienta bylo zvoleno levé předloktí jako místo vhodné pro iniciální dotek. Do levého ucha bylo pacientovi každé ráno vzhledem ke zhoršenému sluchu vloženo naslouchadlo. Od prvního dne byla u pacienta prováděna neurofyziologická stimulace. Pacienta nebylo nutné tlumit zklidňující somatickou stimulací jako prvního pacienta. Mohlo se tedy hned od počátku přistoupit k cílené simulaci dle Bobatha a k využití pacientovy levé ruky k asistované koupeli. Byly použity pacientovo vlastní kosmetické přípravky, žínky a ručníky. Po stimulaci byl pacient oblečen do domácího pyžama. Péče o dutinu ústní byla prováděna firemními štětičkami s citrónovou příchutí několikrát denně, vlasy byly učesány na pěšinku. Pacient byl uveden do polohy mumie, která se mu zjevně podle výrazu v obličeji líbila. Byly při ní využity 2 deky a perličkové polštáře, kterých bylo používáno i k jakémukoliv jinému polohování. Jeho prsty byly propleteny a položeny na hrudník. Poloha mumie byla střídána s polohou hnízdo. Před každým otočením byla provedena vestibulární stimulace pomocí natáčení hlavy z jedné strany na druhou, bylo přidáno i pokrčení kolena na vyžadované straně. Každá naše činnost byla slovně doprovázena.

Odpoledne byla neurofyziologická stimulace opakována za přítomnosti manželky, která vše sledovala. Manželka seděla u jeho lůžka asi 2 hodiny, hladila ho po tváři a držela za ruku tak, jak to měl vždycky rád. Večer byla pacientovi dána na uši sluchátka, která mu přinesla manželka. Pacient měl ve zvyku před spaním poslouchat rádio, což mu bylo takto umožněno.

4. den hospitalizace/ČTVRTEK 4. 11. 2010 - 2. den BAS

Medikace: Ambrobene sirup 10 ml 3 x denně, O₂ terapie (4 l/min). Konzultace s nutričním terapeutem - Nutriflex peri, Nutridrink. Výměna PŽK (4. den), Lactulosa 1-1-0

Jelikož byl pacient zahleněný, bylo prováděno odsávání hlenů z dutiny ústní a masáž stimuluující dýchání. Ráno a odpoledne byla provedena neurofyziologická stimulace. Na zástěny kolem lůžka byly umístěny rodinné fotografie, na které se mohl pacient dívat. Již nebyl tak spavý. Začala být prováděna orální stimulace, kdy byl do mulu zabalen bonbon a

vložen do pacientových úst. Z biografické anamnézy bylo totiž zjištěno, že má rád sladké. Souvisle s cucacím váčkem byl pacientovi vkládán do obou rukou příbor, aby si uvědomil spojitost chuti a jídla jako činnosti.

Manželka projevila snahu, zda by nemohla pacientovi nějak ulehčit. Byla tedy poučena o správném provádění masáže stimulující dýchání a za našeho dohledu si to vyzkoušela. Menší problém se vyskytl ve správném načasování pohybu rukama, který by měl být souběžný s výdechem pacienta. Až na tuto drobnost si manželka počínala šikovně.

5. den hospitalizace/PÁTEK 5. 11. 2010 - 3. den BAS

Kontrola INR (2,3) a K⁺ (3,1 mmol/l).

Opět provedena neurofyziologická stimulace a polohování do mumie a hnízda. Dutina ústní byla vyčištěna pomocí zubního kartáčku. Pacient se snažil si zuby vyčistit zdravou končetinou, spolupracoval a bylo na něm vidět, že mu zubní kartáček vyhovuje mnohem víc než jen samotné vytírání dutiny ústní. Byl schopen se sám napít, když mu byla podána sklenička s brčkem. Při jídle se snažil se zdravou rukou spolupracovat a jíst sám, i když se nemohl moc trefit do úst. Proto byl dokrmován za pomoci personálu.

Při příchodu manželky na pokoj se na ni pacient dlouze zadíval, jako by jí děkoval, že za ním přišla. Probíhal nácvik masáže stimulující dýchání s manželkou, které se oproti včerejšku dařilo lépe vystihnout správný moment pro její provádění.

6. den hospitalizace/SOBOTA 6. 11. 2010 - 4. den BAS

Pacient sleduje očima dění kolem sebe. Na pravou ruku mu byly nasazeny hodinky, jako podnět pro optickou stimulaci. Odpoledne byla provedena za přítomnosti manželky zklidňující somatická stimulace, která pacienta příjemně navodila ke spánku. Během masáže stimulující dýchání se podařilo vykašlat hlen z dýchacích cest. Masáž byla přijata kladně, pacient měl libý výraz v obličeji.

7. den hospitalizace/NEDĚLE 7. 11. 2010 - 5. den BAS

Krvácení po extrakci zubů - ošetření na ORL, O₂ terapie ex. Snížení antikoagulační léčby, výměna PŽK (4. den). Lactulosa 1-1-0.

V dorozumívání s pacientem bylo využíváno kývnutí hlavou na souhlas a pokynutí levé ruky. Za pacientem docházela logopedka, ten však stále nebyl schopen nic vyslovit. Vytvořili jsme tedy stejně jako u prvního pacienta papírky, na kterých byly napsané pacientovy potřeby. Dle aktuální potřeby si pacient vybral daný papírek s potřebou, kterou právě měl.

Ráno byl pacient odvezen do koupelny, kde byl na nafukovací vaně vykoupán. K oholení byl použit vlastní holicí strojek, pěna na holení a kolínská voda. Na pokoji byl pacientovi dán holicí strojek do ruky.

Manželka pokračovala v masáži stimulující dýchání, s naší pomocí pak prováděla neurofyziologickou stimulaci. Manželka přinesla oblíbené knihy, které od té doby pacientovi při návštěvě pokaždé předčítala.

8. den hospitalizace/PONDĚLÍ 8. 11. 2010 - 6. den BAS

Kontrola hladiny K^+ (3,5 mmol/l), INR (2,1), KO, CRP, CT mozku (rozsáhlá prokrvácená ischemie s edémem a přetlakem střední čáry). Antikoagulační léčba ex, Lactulosa 1-1-0.

Bylo pokračováno v započatých stimulacích. Manželka začala nosit i noviny, aby byl pacient informován o dění ve světě. To pacient rád přivítal, protože byl celý život zvyklý dění sledovat.

9. den hospitalizace/ÚTERÝ 9. 11. 2010 - 7. den BAS

Ambrobene sirup ex.

Pacient byl spavý, na dotek otevřel oči, usmíval se, polykal dobře. Jako orální stimulace byla pacientovi po lžičkách dávana přesnídávka. Zdravou rukou se snažil sám najíst. Do postižené ruky byla druhá lžička pro taktilní stimulaci.

Odpoledne byla u pacienta provedena somatická povzbuzující stimulace, kterou manželka zvládla bez potíží.

10. den hospitalizace/STŘEDA 10. 11. 2010 - 8. den BAS

Výměna PŽK (4. den).

Pacient již byl posazován v lůžku s oporou zad. Pro vestibulární stimulaci bylo místo pohybu ovesného klasu použito kývání ze strany na stranu. Během volného dopoledne byla pacientovi do rukou vložena kniha, kterou doma naposledy četl. Odpoledne mu pak byla puštěna televize, které byla stále umístěna na pokoji. Manželkou byla provedena neurofyziologická stimulace, kterou zvládla sama a bez potíží.

11. den hospitalizace/ČTVRTEK 11. 11. 2010 - 9. den BAS, 12. den hospitalizace/PÁTEK 12. 11. 2010 - 10. den BAS

Pokračování v doposud prováděných metodách. Orální stimulace cucacím váčkem se stala velmi oblíbenou. Bylo vyzorováno, že když si pacient přikládá prst levé ruky na rty, že chce právě orálně stimulovat váčkem. Stimulace tak byla prováděna častěji.

13. den hospitalizace/SOBOTA 13. 11. 2010 - 11. den BAS

Výměna PŽK (4. den), Lactulosa 1-1-0.

Ráno byla provedena povzbuzující somatická stimulace na koupacím lůžku ve sprše, odpoledne byla manželkou provedena neurofyziologická stimulace a oholení. Obojí bylo provedeno asistovaně levou pacientovou rukou. Pacient se snažil, ale pohyby při holení nebyly moc přesné, protože byl pravák.

S fyzioterapeutkou byly prováděny aktivní a pasivní cviky, levostrannými končetinami pacient pohyboval bez potíží. Pravou dolní končetinu byl pacient schopný nadzvednout o 10 cm nad lůžko, pravou horní končetinou byl schopen vykonat lehký stisk ruky.

14. den hospitalizace/NEDĚLE 14. 11. 2010 - 12. den BAS

Provedeno kožní vyšetření - vznik kožní mykózy v tříselech. Ošetřováno Imazole mastí.

15. den hospitalizace/PONDĚLÍ 15. 11. 2010 - 13. den BAS, 16. den hospitalizace/ÚTERÝ 16. 11. 2010 - 14. den BAS

Snaha o samostatné natáčení se do polohy hnízdo.

17. den hospitalizace/STŘEDA 17. 11. 2010

Překlad do Nemocnice na Homolce.

10.2. Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách

Z důvodu nemožnosti získání informací od pacienta byly informace získány od manželky.

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Zdravotní stav byl ještě před hospitalizací hodnocen jako částečně dobrý. Léčí se s hypertenzí a poruchou metabolismu lipidů, je nedoslýchavý. Nekouří, alkohol pije jen zřídka. Lékařská opatření dodržuje občas, pro udržení zdraví nic nedělá.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Pacient nedrží žádnou dietu, doma měl chuť k jídlu normální, problémy s polykáním neměl. Jedl čtyřikrát denně - snídani, oběd, svačinu a večeři. V nemocnici podáván Nutriflex peri a Nutridrink. Za posledních 6 měsíců nebyly žádné změny na váze. Pacient denně vypije asi 1,5 litrů tekutin, převážně čaje a vody. Pocit žízně nemá, poranění se hojí dobře.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Doma vyprazdňování sám na WC, v nemocnici zaveden PMK z důvodu snížené imobilizace, Ch. 18, datum zavedení 2. 11. 2010. Diuréza 1200 ml, světle žlutá moč bez příměsí. Stolice 1 x za 4 dny, tmavé barvy, bez příměsí. Užívána Lactulosa. Pacient se zvýšeně nepotí ani nezvrací.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Pacient pravidelně necvičí, volný čas tráví sledováním televize a čtením knih. Budí se brzy ráno (kolem 4:30) a už nemůže usnout. Před spaním si pouští rádio do sluchátek na uši. Léky na spaní nebere.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Zrak má pacient normální, sluch zhoršený na pravé i levé ucho, nosí naslouchadla.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacient se vždy hodnotil jako pesimista, důvěřuje si méně, se svým vzhledem je částečně spokojený. Problémy řeší s manželkou a dětmi.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Pacient je ve starobním důchodu, bydlí s manželkou v bytě 2+1. Dříve pracoval jako zaměstnanec Českých drah. Rodinné problémy se nyní nevyskytují. Manželka se zajímá o pacientův zdravotní stav. Kontakt s lidmi není u pacienta tak častý, chování k lidem je spíše pasivní. Propuštění je plánováno do rehabilitačního ústavu a poté do domácího prostředí. Péče bude zajištěna manželkou.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Nechce se touto oblastí zabývat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽĚ – ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacient se chová pasivně, napětí neprožívá moc často. Způsobuje ho okolí a onemocnění členů rodiny. Chvilí mu trvá, než se s ním vyrovná. Stresové situace řeší doma s manželkou.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Nejdůležitější je pro pacienta zdraví rodinných příslušníků a spokojená rodina jako taková.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Žádný projev alergické reakce se u pacienta doposud nikdy nevyskytl. Pacient je ohrožen rizikem vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru a permanentního močového katétru. Z důvodu paréz pravostranných končetin a vysokého věku je i riziko pádu.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Objektivně nejsou žádné projevy bolesti. Nausea není.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

Růst a vývoj je u pacienta v normě.

10.3. Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

Vyjmenovala jsem zde ošetrovatelské diagnózy, které jsou shodné jako u kazuistiky č. 1. U dané kazuistiky jsou také rozpracované (viz. výše). Novou diagnózu týkající se kazuistiky č. 2 jsem zde rozpracovala.

Zhoršená pohyblivost – 00085 (Zhoršená schopnost se přemístit, Porušená chůze, Porušený obraz těla, Opomíjení jedné strany těla, Deficit sebeděče při koupání a hygieně, Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, Deficit sebeděče při vyprazdňování, Deficit sebeděče při jídle, Riziko pádů, Riziko imobilizačního syndromu)

Zhoršená verbální komunikace – 00051 (Riziko situačně snížené sebeúcty, Strach)

Riziko infekce – 00004

Ochota ke zlepšení léčebného režimu – 00162

Zácpa – 00011

Jedná se o stav, kdy se vyskytuje méně častá defekace provázená obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé a suché stolice.

Diagnostická doména: Vylučování a výměna

Třída: Gastrointestinální funkce

Určující znaky: tmavá stolice, frekvence vyprazdňování 1 x za 4 dny, vzedmuté břicho.

Související faktory: změna prostředí, nedostatečná tělesná aktivita.

Cíl:

Pacient se vyprazdňuje minimálně 1 x za 4 dny.

Pacient netrpí bolestí břicha ani plynatostí do 4. dne hospitalizace.

Pacient jí pravidelně potraviny bohaté na vlákninu každý den.

Pacient vypije minimálně 2000 ml tekutin každý den.

Pacient se pohybuje na lůžku v rámci svých možností, provádí aktivní a pasivní cviky každý den.

Intervence:

Sleduj frekvenci, množství, barvu a zápach stolice každý den.

Zajisti dostatečný příjem vlákniny a minimálně 2000 ml tekutin každý den.

Podporuj pacienta v nácvičku soběstačnosti a pohybu na lůžku od 3. dne hospitalizace.

Podej laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek každý den 3. den hospitalizace.

Dbej na dostatek soukromí při vyprazdňování každý den.

Nacvičuj s pacientem defekační reflex od 3. dne hospitalizace.

Realizace:

Byly zajištěny tekutiny a ovoce každý den. Dle ordinace lékaře dostával pacient Lactulosu.

Hodnocení:

Pacient za den vypil průměrně 2200 ml tekutin, každý den jedl ovoce. Vyprazdňoval se 1 x za 4 dny s pomocí Lactulosy.

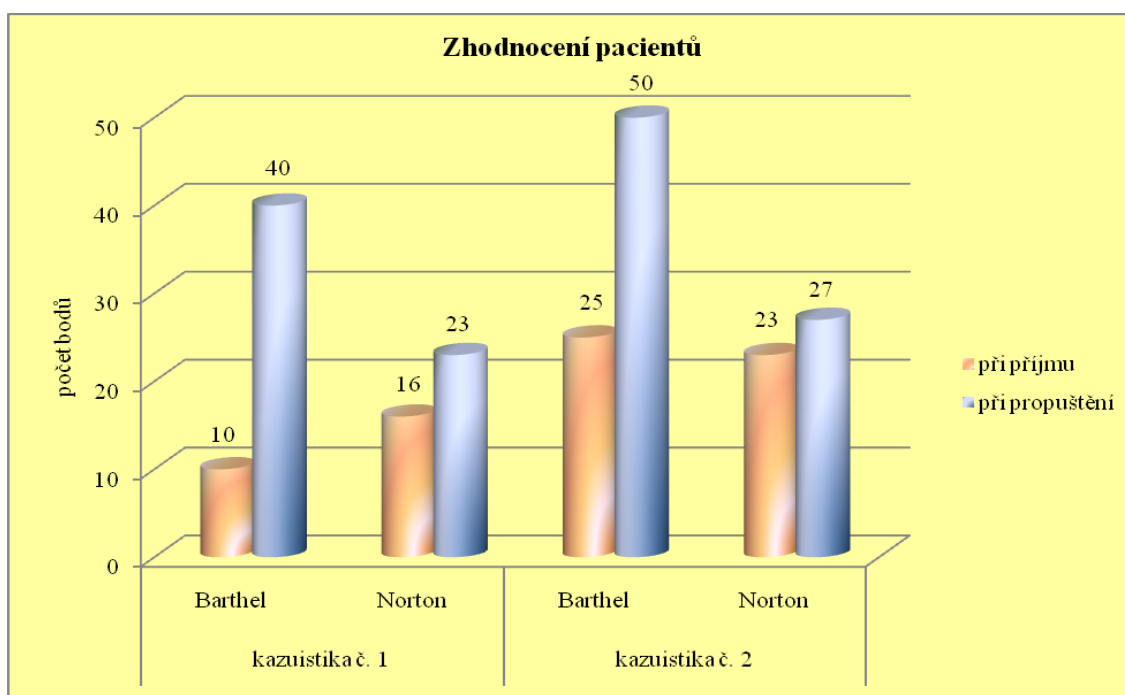
Zhodnotila jsem stav obou pacientů z hlediska Barthel testu soběstačnosti a dle rozšířené stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Porovnávala jsem stav pacientů při příjmu a při jejich propuštění.

11. Porovnání soběstačnosti a rizika vzniku dekubitů u pacientů

Zhodnocení dle Barthel testu přineslo výsledky ukazující na zlepšení zdravotního stavu pacientů. První pacient byl při příjmu ohodnocen 10 body, při propuštění 40 body (Obr. 6). Stále však patřil mezi vysoce závislé pacienty (maximum bodů v testu je 100, tehdy je pacient hodnocen jako nezávislý). Zlepšení nastalo ve schopnosti najezení se, oblečení se a v osobní hygieně, to vše pacient byl schopen provést s větší pomocí. Dále byl pacient plně kontinentní a vydržel sedět s oporou zad. I nadále pacient nebyl schopen se sám vykoupat, sám použít WC, jít po rovině nebo po schodech (Příloha 4).

Druhý pacient byl při přijetí ohodnocen 25 body, při propuštění dosáhl na 50 bodů (Obr. 6). Z vysoce závislého pacienta byl jeho stav přehodnocen na závislost středního stupně. Zlepšení nastalo ve schopnosti obléci se, v provedení osobní hygieny a použití WC. To vše s pomocí. Pacient vydržel sedět s oporou zad. Nebyl schopen se vykoupat ani chodit (Příloha 4).

Riziko vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové se během hospitalizace u obou pacientů snížilo, ale i přes to byl zejména první pacient po celou dobu jeho hospitalizace rizikový. Při příjmu byl ohodnocen 16 body, při jeho propuštění 23 body. Druhý pacient byl při příjmu ohodnocen 23, při propuštění dosáhl na 27 bodů (Obr. 6, Příloha 3). Maximum dosažených bodů je 36. Pacient s počtem bodů nižším než 25 má zvýšené riziko vzniku dekubitů. Přes to však ani u jednoho sledovaného pacienta po dobu hospitalizace žádné dekubity nevznikly.



Obr. 6 Graf zhodnocení stavu pacientů

III. Diskuze

Hlavním cílem mé bakalářské práce byla aplikace některých prvků bazální stimulace v praxi a zapojení rodiny do péče o pacienty. Na neurologickém oddělení u 2 pacientů s CMP byly aplikovány prvky somatické, vestibulární, vibrační stimulace i prvky stimulace nástavbové. Během období poskytování stimulace byly sledovány reakce pacientů na dané druhy stimulací. Kladné projevy byly pozorovány zejména u zklidňující somatické stimulace, polohování hnízdo a masáže stimulující dýchání. Dobře vnímána byla i možnost vlastního pohodlného oblečení místo nemocničního pyžama nebo košile.

Zklidňující somatická stimulace navodila u prvního pacienta po několikerém opakování a náviku jeho uvolnění a uklidnění. Snížila se hodnota jeho pulzu a krevního tlaku a měl příjemný výraz v obličeji. Po stimulaci byl pacient vždy uložen do polohy hnízdo nebo mumie, což mu pomáhalo k dalšímu pohodlnému odpočinku. Do polohy hnízdo se oba pacienti v posledních dnech hospitalizace snažili natáčet i sami, z tohoto pozorování jsem soudila na velkou oblibu této polohy. Masáž stimulující dýchání byla zejména u pacienta č. 2 prováděna téměř každý den. Stala se účinným prostředkem jak pomoci pacientovi vykašlat a uvolnit sekret z dýchacích cest. Iniciální dotek se projevil jako dobrý prostředník pro navázání kontaktu s pacienty. Díky jeho používání nedocházelo pro pacienty k překvapivým momentům. Ti byli vždy informováni o tom, kdy se bude něco dít a kdy činnost u nich již končí. Měli možnost tak nabýt pocit jistoty a potlačit strach ze svého okolí. Problém se vyskytl jen z počátku, kdy si někteří zaměstnanci nemocnice neuvědomovali, že se u daných dvou pacientů provádí bazální stimulace a iniciální dotek proto nepoužívali. Tento problém byl však během jednoho až dvou dnů odstraněn a vše již dál probíhalo bez dalších problémů.

Z vestibulární stimulace bylo používáno otáčení hlavy a polohování. Orální stimulace byla prováděna pomocí citronových štětiček, ústní vody, čaje nebo cucacích váčků, na které si pacienti velmi rychle zvykli. Druhý pacient se dokonce naučil ukázat si o něj a to tak, že se snažil vložit si prst do úst. Po zkoumání příčiny tohoto jeho chování jsme došli k závěru, že chce právě cucací váček a tuto možnost jsme mu častěji nabízeli.

Pro olfaktorickou stimulaci byly použity vlastní přípravky pro osobní hygienu (např. mýdlo, zubní pasta, voda po holení). Optická stimulace byla prováděna pomocí fotografií, obrázků, hodin na zdi, náramkových hodinek a televize. Auditivní stimulace byla zajištěna pomocí televize, hlasu příbuzného a rádia. Pro taktilně - haptickou stimulaci bylo použito osobní prádlo, příbor, holicí strojek a knihy s novinami.

Porovnála jsem své výsledky s literaturou popisující také péči o pacienta s využitím bazální stimulace.

Dle literatury je vhodnějším místem pro iniciální dotek rameno než předloktí, protože na předloktí může být zaveden PŽK. Mnou sledovaní dva pacienti měli pro iniciální dotek zvolené rameno a paži a žádný problém se nám s umístěním doteku nevyskytl.

Pozitivní vliv ve smyslu uklidnění mělo na pacienta vhodné polohování a somatická stimulace. Všichni pacienti uvítali možnost kontaktu s jim blízkou a známou osobou. Byla to pro ně také nejlepší možná optická stimulace, i když fotografie, obrázky a známé předměty měly jistě také pozitivní význam.

Velmi důležitou otázkou bylo jak pro mé pacienty, tak pro pacienta z článku dostatečné zajištění hygieny dutiny ústní. Povlaky na zubech a jazyku se ani přes častou a důslednou péči nedaly zcela odstranit, a tak byla možnost hygieny zubním kartáčkem přijata u všech tří velmi kladně. Nejdříve byl používán jen zubní kartáček bez pasty, postupem času jsme přešli k běžnému postupu čištění. Orální stimulace pomocí cucacích váčků nebyla ve článku používána vůbec, nicméně mí dva pacienti si ji velmi oblíbili. V článku byla zajišťována metoda orální stimulace pomocí polibků, kterou jistě manželky u sledovaných pacientů také prováděly, ale já jsem reakce pacientů v tomto směru nehodnotila.

Autorka popisuje, jak působí auditivní stimulace zajištěná různými druhy hudebních nástrojů. Hra na flétnu měla na daného pacienta zklidňující účinek, kdežto hra na kytaru pacienta aktivovala (Wasilová, 2009).

Dle průzkumu, který byl prováděn od ledna 2006 do konce září 2009 v 44 zařízeních (36 zařízení sociálních služeb, 2 hospice, 6 nemocnic a klinik), bylo vyhodnoceno, jaké prvky bazální stimulace jsou používány v České republice nejčastěji. Nejčastěji bylo využíváno vestibulární a somatické stimulace. Ze somatické stimulace to bylo polohování hnízdo a mumie, zklidňující somatická stimulace a masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2009).

Na sledovaném oddělení neurologie byly u našich dvou pacientů nejčastěji prováděny prvky somatické stimulace a to zejména iniciální dotek, polohování hnízdo, neurofyziologická stimulace, masáž stimulující dýchání a zklidňující somatická stimulace. Kontaktní dýchání a 30° mikropolohování nebylo použito vůbec (Obr. 1, 2, 3). Vibrační stimulace byla používána jen minimálně.

Průběh ošetrovatelské péče za využití konceptu bazální stimulace a modelu dle Gordonové jsem popsala v jednotlivých kazuistikách, viz výše.

Během hospitalizace se zdravotní stav obou pacientů zlepšil. To je možné vidět jak na Barthel testu soběstačnosti (Obr. 6, Příloha 4), tak na rozšířené stupnici dle Nortonové (Obr. 6, Příloha 3).

Zapojení rodiny do péče

Přístup rodiny, zejména ze strany manželek, hodnotím jako velmi pozitivní. Jedna z manželek nám donesla vyplněný dotazník pro autobiografickou anamnézu následující den po předání, druhá ho vyplnila hned na oddělení. Stejnou rychlost jsme zaznamenali při spolupráci v zajištění pro pacienty známých a osobních pomůcek. Obě manželky projevovaly velký zájem o pacientův stav a byly ochotné přizpůsobit svůj čas nemocničnímu režimu.

Z rodinných příslušníků se do spolupráce aktivně zapojily obě manželky, které byly po zaškolení schopny provádět zklidňující a povzbuzující somatickou stimulaci, neurofyziologickou stimulaci a masáž stimuluující dýchání. U prvního pacienta docházel na oddělení i syn s manželkou, ti však prováděli jen iniciální dotek a taktilní stimulaci, když drželi pacienta za ruku. Do jiných prvků stimulace se nezapojovali, měli strach, že něco pokazí. Druhého pacienta navštěvovala pouze jeho manželka.

Přítomnost blízkých osob byla pro oba pacienty důležitá ne jen pro stimulaci jako takovou, ale hlavně z důvodu sounáležitosti a pocitu opory v těžké životní situaci. Iniciální dotek, ale i stimulace hlasem svých nejbližších zajišťovaly pocit jistoty a bezpečí.

Drobné potíže se z počátku vyskytly u masáže stimuluující dýchání a to z toho důvodu, že není úplně jednoduché bez nácviku synchronizovat pacientův dech se samotnou stimulací. Jde zde o přesné propojení nádechu a výdechu s krouživým pohybem rukama. Po zaměření na tuto chybu a správném procvičování však byla stimulace brzy prováděna bez potíží.

U zklidňující, povzbuzující a neurofyziologické stimulace bylo z počátku manželkám důležité vysvětlit posloupnost pohybů a jejich správný směr, aby nedocházelo ke kombinacím mezi jednotlivými druhy. Obě manželky si však tyto stimulace brzy osvojily a nadále již byly schopny je provádět bez chyb. Díky aktivnímu přístupu a zájmu manželek o pacienty došlo k jejich velmi rychlému zapojení do ošetrovatelského týmu.

Doporučení pro praxi

Do budoucna bych zapojila více nemocnic do aplikování konceptu bazální stimulace na svých odděleních. K tomu je ovšem nutná hlavně ochota zdravotnického personálu učit se něčemu novému. Stereotypní provádění práce oskoušenými metodami lze oživit a zpestřit zajímavými možnostmi konceptu, které jsou přínosné ne jen pro pacienty. Měl by to být

hlavně pozitivní vliv metod bazální stimulace na pacienty, co dokáže přimět zdravotníky přizpůsobit se novým metodám.

IV. Závěr

Cévní mozková příhoda patří mezi častou příčinu hospitalizace na neurologických odděleních. Kvůli velkému omezení, které tato choroba často způsobí, patří mezi první pacientovy myšlenky otázka typu „co bude dál?“. Bazální stimulace takovýmto pacientům pomáhá začlenit se zpátky do běžného života a co nejvíce se přizpůsobit dané situaci.

Pro dobrou adaptaci je důležitý aktivní a kladný přístup členů rodiny, kteří jsou ochotni přizpůsobit svůj život tak, aby byli pacientovi oporou, a aby byli schopni zajistit následnou péči a rehabilitaci v domácím prostředí. Protože kde jinde než doma by se měl pacient cítit nejlépe? (Křivohlavý, 2002). Při ošetřování pacientů a provádění bazální stimulace může rodina získat pocit důležitosti a také uspokojení z toho, že dělají pro pacienta maximum.

Během praxe na neurologickém oddělení, kterou jsem absolvovala během studia na vysoké škole, jsem se setkala s velkým množstvím pacientů postižených CMP. Díky nim a s pomocí přítomného zdravotnického personálu jsem získala nové poznatky o této problematice v kombinaci s prováděním bazální stimulace. Díky zapojení konceptu do péče v praxi lze poněkud zpestřit stanovenou ošetrovatelskou péči.

Ve své práci uvádím dvě kazuistiky, u kterých jsem vypracovala ošetrovatelský proces. Na jeho základě jsem zjistila, že mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů s CMP patří zhoršená pohyblivost, zhoršená verbální komunikace, porušené polykání, zácpa, riziko infekce a ochota ke zlepšení léčebného režimu.

Soupis bibliografických citací

1. BÁRTOVÁ, T.; SIKOROVÁ, R. Bazální stimulace a hyperbaroxie- základ úspěchu. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 34.
2. FEIGIN, V. *When Lightning Strikes: An Illustrated Guide to Stroke Prevention and Recovery*. 1st ed. Auckland : HarperCollins, 2004. 192 s. ISBN 1-86950-535-2.
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1. vyd. Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
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*. 6. vyd. Frýdek-Místek : INSTITUT bazální stimulace, 2008. 31 s.
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 6. vyd. Frýdek-Místek : INSTITUT bazální stimulace, 2008. 24 s.
7. FRIEDLOVÁ, K. Implementace konceptu bazální stimulace u poskytovatelů sociálních služeb, zdravotní péče a při naplňování potřeb žáků s těžkým zdravotním postižením. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. 1. vyd. Frýdek-Místek : INSTITUT bazální stimulace, 2009, s. 11-17. ISBN 978-80-254-5815-0.
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
11. LHOTSKÁ, L. Bazální stimulace u dětí. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 51.
12. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. 2010 [cit. 2011-04-13]. Hodnotící škály. Dostupné z WWW: <<http://www.ose.mmsw.cz/media/p5811.pdf>>.
13. MUSILOVÁ, H. Muzikoterapie a její využití v léčebném procesu. *Sestra*. 2010, roč. 20,

č. 3, s. 24.

14. PLACHETKA, J. *Velký slovník citátů a přísloví*. Praha : Academia, 1996. 401 s. ISBN 80-200-0602-8.
15. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. 2nd ed. Oxford : Elsevier Health, 2008. 464 s. ISBN 0443-06897-6.
16. TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.
17. URBANOVÁ, A. Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 48-49.
18. VRBATA, J. Komplexní domácí péče o pacienta po CMP. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 43-44
19. WASILOVÁ, J. Bazální stimulace: zkušenost z laické péče o blízkého člověka. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. 1. vyd. Frýdek-Místek : INSTITUT bazální stimulace, 2009, s. 63-69. ISBN 978-80-254-5815-0.
20. Zemřelí a úmrtnost podle příčin smrti. In *Zdravotnická ročenka kraje Vysočina 2009* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010 [cit. 2011-02-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-kraje-vysocina-2009>>. ISBN 978-80-7280-894-6.

Seznam příloh

Příloha 1 - Informace pro rodinu (dokumentace okresní nemocnice)

Příloha 2 - Dotazník pro autobiografickou anamnézu (dokumentace okresní nemocnice)

Příloha 3 - Rozšířená stupnice Nortonové (dokumentace FZS Univerzity Pardubice)

Příloha 4 - Barthelův test základních všedních činností (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2010)

Příloha 5 - Realizace výkonů Bazální stimulace (dokumentace okresní nemocnice)

Příloha 1 - Informace pro rodinu

Vážení příbuzní,

do naší péče je nyní svěřen Vám blízký člověk. Ve své nemoci se stává závislý na naší péči.

Na našem oddělení se snažíme o co nejosobnější ošetrovatelskou péči, které pacientům umožní znovu vnímat a cítit své tělo, naučí se komunikovat s okolím beze slov, pomůže jim při orientaci v prostoru a čase. Tato péče se odborně nazývá bazální stimulací a jejím cílem je pomoci pacientovi složité období hospitalizace co nejlépe zvládnout.

Chceme-li, aby se nám tato péče dařila, je nutné znát co nejvíce o osobě pacienta, o jeho zvycích, povaze, zájmech a o tom, co má rád a co snáší špatně.

Dovolujeme si Vás tedy požádat o vyplnění přiloženého dotazníku.

Abychom mohli pracovat s daným procesem u Vašeho blízkého, je nutné, aby měl kolem sebe známé věci:

- Toaletní potřeby, které je zvyklý používat (kartáček, pastu na zuby, ústní vodu, tělové mléko, holicí potřeby, parfém...)
- Hodinky, budík...
- Brýle
- Oblíbené předměty (fotografie, malby dětí, polštářek, ponožky, šátek...)
- Knihy, časopisy
- Rádio, přehrávače

Za vyplnění dotazníku a ze přinesení věcí předem děkujeme a jsme připraveni Vám zodpovědět případné dotazy.

Za kolektiv pracovníků neurologického oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod,

Lada Nováková
vrchní sestra

Příloha 2 - Dotazník pro autobiografickou anamnézu

Kazuistika č. 1.

DOTAZNÍK

PACIENT:

1) ZPŮSOB ŽIVOTA

- Kdo je Vám nejbližší osoba?
- S kým bydlíte?
- Máte raději klid, či společnost lidí?
- Jste věřící?
- Máte vlastní zvíře a jaké?
- Kde pracujete, či kde jste pracoval – prostředí?
- Je pro Vás důležitá orientace v čase?
- Kde chcete mít umístěné hodinky?
- Jste...?
- Jste zvyklý/á nosit trvale šperky a jaké?
- Používáte mobilní telefon?

Moušelka
.....
s moušelkou
.....
klid
.....
ano
.....
ne
.....
dolní, loupy
.....
ano
.....
na ruce – na stolku
pravák levák
ne
.....
ANO NE

2) HYGIENICKÁ PÉČE

- Jak často provozujete hygienu?
- Voda by měla být...?
- Jaké pomůcky používáte při hygieně?
- Jaké používáte hygienické potřeby?
- Používáte tělové mléko, eventuelně jaké?
- Máte zubní protězu?
- Při čištění zubů používáte?

- Značka zubní pasty, či jiných přípravků.
- Jak často si myjete vlasy?
- Úprava vlasů je nejčastěji?
- Jaké používáte nejčastěji přípravky na mytí vlasů?
- Používané značka přípravku, název?
- Jaké je péče o vousy?
- Jaké přípravky používáte na a po holení?
- Jaké máte rádi vůně, kosmetiku?

1x denně 2x denně
teplejší chladnější
.....
mýdlo – sprchový gel – jiné
.....
ANO NE
ANO horní - dolní NE
zubní kartáček - zubní nit' - ústní
vodu
ne
1x dvakrát
na pěšinku - do copu - rozpuštěné
šampon – mýdlo - kondicionér
.....
ne
holení – zastřihávání – nechat růst
.....
raději
kozmetiku

3) STRAVOVÁNÍ A PITÍ

- Kolikrát denně jíte?
- Co nejraději jíte?
- Kde a s kým nejraději jíte?
- Čím nejraději jíte?
- Držíte nějakou dietu, eventuelně jakou?
- Máte problémy s polykáním?
- Co pijete nejraději?
- Upřednostňujete raději nápoje?

3x
.....
řízec
.....
s kordónou
.....
lžící příborem
ANO NE
ANO NE
vodu, čaj
.....
teplé studené
sladké hořké

- Pijete v noci? ANO NE
- Máte alergii na nějaké jídlo, na jaké? ANO..... NE

4) SLUCH

- Slyšíte dobře? ANO NE
- Máte naslouchadlo? ANO NE
- Na které ucho slyšíte hůře? pravé.....
- Jste zvyklý pečovat o uši, co používáte za pomůcky? ne.....
- Jste zvyklý nosit příkrývku hlavy či uší? ANO..... NE
- Posloucháte rádi rozhlas, CD, kazety či jiné? ANO..... NE
- Posloucháte hudbu během dne, před, během spaní? ANO..... NE

5) ZRAK

- Máte potíže se zrakem? ANO NE
- Nosíte brýle? ANO NE
- Nosíte kontaktní čočky? ANO NE
- Jaká je Vaše oblíbená barva? modrá, červená
- Čtete rád/a, co nejraději, jaký žánr? ne

6) POHYBOVÝ REŽIM A TĚLESNÁ AKTIVITA

- Váš pohyb je? neomezený omezený
- Používáte kompenzační pomůcky, jaké? ANO..... NE
- Poloha, ve které se cítíte dobře? s před.....
- Jak zvládáte sebeobslužné úkony? (oblékání, mytí) omezené.....

7) SPÁNEK

- Máte potíže s usínáním? ANO NE
- Máte nějaké zvyklosti před spaním, jaké? ANO..... NE
- Jak dlouho spíte? 6 hod.....
- Spíte také přes den, jak dlouho? ANO..... NE
- Probouzíte se během spaní? ANO..... NE
- V jakém oblečení nejraději spíte? pyžamo.....
- Používáte při spánku ponožky? ANO NE
- Jaký počet příkrývek, polštářů máte nejraději? 1.....
- V jaké poloze nejraději usínáte? na boku.....
- Užíváte nějaké léky na spaní, jaké? ANO..... NE

DOTAZNÍK

PACIENT:

1) ZPŮSOB ŽIVOTA

- Kdo je Vám nejbližší osoba?
- S kým bydlíte?
- Máte raději klid, či společnost lidí?
- Jste věřící?
- Máte vlastní zvíře a jaké?
- Kde pracujete, či kde jste pracoval – prostředí?
- Je pro Vás důležitá orientace v čase?
- Kde chcete mít umístěné hodinky?
- Jste...?
- Jste zvyklý/á nosit trvale šperky a jaké?
- Používáte mobilní telefon?

manželka Jarmila
 s manželkou
 společnost
 katolík
 ne
 EP
 ano
 na ruce – na stolku
 pravák levák
 me
 ANO NE

2) HYGIENICKÁ PÉČE

- Jak často provozujete hygienu?
- Voda by měla být...?
- Jaké pomůcky používáte při hygieně?
- Jaké používáte hygienické potřeby?
- Používáte tělové mléko, eventuálně jaké?
- Máte zubní protézou?
- Při čištění zubů používáte?
- Značka zubní pasty, či jiných přípravků.
- Jak často si myjete vlasy?
- Úprava vlasů je nejčastěji?
- Jaké používáte nejčastěji přípravky na mytí vlasů?
- Používané značka přípravku, název?
- Jaké je péče o vousy?
- Jaké přípravky používáte na a po holení?
- Jaké máte rádi vůně, kosmetiku?

1x denně 2x denně
 teplejší chladnější
 přírnky
 mýdlo – sprchový gel – jiné
 ANO..... NE
 ANO horní - dolní NE
 zubní kartáček - zubní nit' - ústní
 vodu
 OROK
 1x
 na pěšinku - do copu - rozpuštěné
 šampon – mýdlo - kondicionér
 Mopřilový
 holení – zastříhávání – nechat růst
 voda po holení
 ne

3) STRAVOVÁNÍ A PITÍ

- Kolikrát denně jíte?
- Co nejraději jíte?
- Kde a s kým nejraději jíte?
- Čím nejraději jíte?
- Držíte nějakou dietu, eventuálně jakou?
- Máte problémy s polykáním?
- Co pijete nejraději?
- Upřednostňujete raději nápoje?

3x
 kačou, mléka
 s rodinou
 lžící příborem
 ANO..... NE
 ANO NE
 mléka, čaj, voda, káva
 teplé studené
 sladké hořké

- Pijete v noci? ANO NE
- Máte alergii na nějaké jídlo, na jaké? ANO..... NE

4) SLUCH

- Slyšíte dobře? ANO NE
- Máte naslouchadlo? ANO *levé* NE
- Na které ucho slyšíte hůře? ne
- Jste zvyklý pečovat o uši, co používáte za pomůcky? ne
- Jste zvyklý nosit příkrývku hlavy či uší? ANO..... NE
- Posloucháte rádi rozhlas, CD, kazety či jiné? ANO..... NE
- Posloucháte hudbu během dne, před, během spaní? ANO..... NE *blanka*

5) ZRAK

- Máte potíže se zrakem? ANO NE
- Nosíte brýle? ANO NE
- Nosíte kontaktní čočky? ANO NE
- Jaká je Vaše oblíbená barva? *delena'*
- Čtete rád/a, co nejraději, jaký žánr? *ano - vše chco*

6) POHYBOVÝ REŽIM A TĚLESNÁ AKTIVITA

- Váš pohyb je? neomezený omezený
- Používáte kompenzační pomůcky, jaké? ANO..... NE
- Poloha, ve které se cítíte dobře? *v horizontální*
- Jak zvládáte sebeobslužné úkony? (oblékání, mytí) *vše chco*

7) SPÁNEK

- Máte potíže s usínáním? ANO NE
- Máte nějaké zvyklosti před spaním, jaké? ANO..... *radio* NE
- Jak dlouho spíte? *9 hod*
- Spíte také přes den, jak dlouho? ANO..... NE
- Probouzíte se během spaní? ANO..... NE
- V jakém oblečení nejraději spíte? *pyžamo*
- Používáte při spánku ponožky? ANO..... NE
- Jaký počet příkrývek, polštářů máte nejraději? *1*
- V jaké poloze nejraději usínáte? *na zádech*
- Užíváte nějaké léky na spaní, jaké? ANO..... NE

Příloha 3 - Rozšířená stupnice Nortonové

Kazuistika č. 1.

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	do 30	3 alergie	* 3	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

při příjmu 16 bodů
při propuštění 23 bodů

* diabetes mellitus, febris, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod
Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Kazuistika č. 2.

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	do 30	3 alergie	* 3	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

při příjmu 23 bodů
při propuštění 24 bodů

* diabetes mellitus, febris, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod
Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Příloha 4 - Barthelův test základních všedních činností

Kazuistika č. 1.

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

HODNOCENÍ:
0-40 bodů výsoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

při příjmu 10 bodů
při propuštění 40 bodů

Kazuistika č. 2.

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

HODNOCENÍ:
0-40 bodů výsoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

při příjmu 25 bodů
při propuštění 10 bodů

Příloha 5 - Realizace výkonů Bazální stimulace

Kazuistika č. 1.

I. 1)

Realizace výkonů Bazální stimulace

Oddělení:	Datum	ČT		PK		SO		NE		PO		ÚT		ST		
		4. M.	5. M.	6. M.	7. M.	8. M.	9. M.	10. M.	R	O	N	R	O	N	R	O
NEUROLOGIE	Směna	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N
Somatická stimulace	Tlumení															
	Iniciální dotek															
	Osvěžující koupel - celková															
	Celková koupel - zklidňující															
	Položení rukou na hrudník															
	Propletení prstů rukou															
	Kontaktní dýchání															
	Masáž stimulující dýchání															
	Poloha hnízdo															
	Poloha mumie															
	Mikropolohování - 30°															
	Neurofyziologická stim.															
Vestibulární stimulace	Otáčení hlavy															
	Polohování															
	Pohyb ovesného klasu															
Orální stimulace	Pomocí čeho:															
	Citronová šťáva															
	Ústní voda Listerine															
	Cucací vaříček															
Optická stimulace	Obrázky															
	Fotky															
	Televize															
	Hodinky na ruce															
Auditivní stimulace	Rádio, walkmen															
	Hlas příbuzného															
	Rozhovor															
	Televize															
Taktile - haptická stimulace	Oblíbený předmět															
	Osobní prádlo															
Jiné	Vibrační stim. - holda' stržek															
	OLFaktorická stim. - hygiena' potřeby															
Podpis sestry																

I. 2)

Realizace výkonů
Bazální stimulace

Oddělení:	Datum	11. M.		12. M.		13. M.		14. M.		15. M.		16. M.		17. M.	
		R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O
NEUROLOGIE	Směna														
Somatická stimulace	Tlumení														
	Iniciální dotek														
	Osvěžující koupel - celková														
	Celková koupel - zklidňující														
	Položení rukou na hrudník														
	Propletení prstů rukou														
	Kontaktní dýchání														
	Masáž stimulující dýchání														
	Poloha hnízdo														
	Poloha mumie														
	Mikropohovávání - 30°														
	Neurofyziologická stim.														
	Vestibulární stimulace	Otáčení hlavy													
Polohování															
Pohyb ovesného klasu															
Orální stimulace	Pomocí čeho:														
	Citronové křesťáčky														
	Uštná voda Lisieho														
	Čučuř. vaříček														
Optická stimulace	Obrázky														
	Fotky														
	Televize														
	Hodinky na ruce														
Auditivní stimulace	Rádio, walkmen														
	Hlas příbuzného														
	Rozhovor														
	Televize														
Taktilně-haptická stimulace	Oblíbený předmět														
	Osobní prádlo														
Jiné	Vibrační stim. - holicí strojek														
	OLFaktorická stim. - hygienické potřeby														
Podpis sestry															

ČT 18. M. 2010 PAC. PŘELOŽEN DO REHABILITAČNÍHO ÚSTAVU V CHOTĚBOŘI.

Kazuistika č. 2.

II. 9

Realizace výkonů

Bazální stimulace

Oddělení:	Datum	ST		ČT		PA		SO		NE		PO		ÚT		
		3. M.	4. M.	5. M.	6. M.	4. M.	8. M.	9. M.	R	O	N	R	O	N	R	O
NEUROLOGIE	Směna	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N	R	O	N
Somatická stimulace	Tlumení															
	Iniciální dotek															
	Osvěžující koupel - celková															
	Celková koupel - zklidňující															
	Položení rukou na hrudník															
	Propletení prstů rukou															
	Kontaktní dýchání															
	Masáž stimulující dýchání															
	Poloha hnízdo															
	Poloha mumie															
	Mikropolohování - 30°															
	Neurofyziologická stim.															
Vestibulární stimulace	Otáčení hlavy															
	Polohování															
	Pohyb ovesného klasu															
	kývnutí ze strany na stranu															
Orální stimulace	Pomocí čeho:															
	Citronové štičky čuču a vaček															
Optická stimulace	Obrázky															
	Fotky															
	Televize															
	Hodinky na ruce															
Auditivní stimulace	Rádio, walkmen															
	Hlas příbuzného															
	Rozhovor															
	Televize															
Taktile - haptická stimulace	Oblíbený předmět															
	Osobní prádlo															
	Přístroj															
	knihy, noviny															
Jiné	Olfaktorická stim.-hygienické potřeby															
Podpis sestry																

Použité zkratky a symboly

ALT	alaninaminotransferáza	mg	miligram
amp.	ampule	min.	minuta
á	opakování po určité době	ml	mililitr
BAS	bazální stimulace	mm Hg	milimetr rtuti
CMP	cévní mozková příhoda	mmol/l	milimol na litr
CRP	C - reaktivní protein	MR	magnetická rezonance
CT	počítačová tomografie	NANDA	severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
č.	číslo	n. VII	nervus facialis
ČR	Česká republika	O₂	kyslík
dc.	docent	ORL	otorinolaryngologie
DK	dolní končetina	pac.	pacient
D´	počet dechů za minutu	PDK	pravá dolní končetina
EEG	elektroencefalogram	PHK	pravá horní končetina
EKG	elektrokardiogram	PMK	permanentní močový katétr
ex	odstranit, vyndat	prof.	profesor
FF	fyziologické funkce	PŽK	periferní žilní katétr
FR	fyziologický roztok	P´	počet pulsu za minutu
g	gram	RHB	rehabilitace
g/l	gram na litr	RTG	rentgen
hod.	hodina	supp.	čípek
Ch.	Charrierova stupnice	tbl.	tableta
INR	mezinárodní normalizovaný poměr	TEN	trombembolická nemoc
i. v.	intravenózně, nitrožilně	TIA	tranzitorní ischemická ataka
K⁺	draslíkový iont	TK	krvní tlak
K + C	kultivace a citlivost	TT	tělesná teplota
KO	krvní obraz	UZ	ultrazvuk
l/min	litr za minutu	WC	toaleta
LDK	levá dolní končetina	° C	stupeň Celsia
LHK	levá horní končetina	µkat/l	mikrokatl na litr