

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jana Prachařová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Využití prvků bazální stimulace v péči o nemocné-
techniky na podporu dýchání**

Jana Prachařová

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Prachařová**
Osobní číslo: **Z10033**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Využití prvků bazální stimulace v péči o nemocné - techniky na podporu dýchání**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

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


1. BIENSTEIN, Christel. Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen. Seelze-Velber: Kallmeyer, 2004. 256 s. ISBN 3-7800-4001-8.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314.
3. FRÖHLICH, Andreas. Basale Stimulation. Das Konzept. Düsseldorf: Verlag Selbstimmtes Leben, 1998. 317 s. ISBN 3-910095-11-9.
4. PARKER, Steve. Lidské tělo. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2007. 256 s. ISBN 978-80-242-2211-0.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

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 mou 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 10. července 2013

Jana Prachařová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Marii Holubové za vedení při tvorbě práce a veškeré připomínky k práci. Také děkuji všem sestřám na oddělení neurologie, které mi pomáhaly při praktické části této práce. Poděkování patří taktéž všem rodinným příslušníkům a blízkým nemocných, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

SOUHRN

Bakalářská práce teoreticko – praktického charakteru se zabývá konceptem Bazální stimulace, především technikami na podporu dýchání. V teoretické části se zabývám konceptem, jeho historií, cíli, jednotlivými technikami bazálně stimulační péče, zejména technikami k podpoře dýchání. Dále zde zmiňuji anatomii a fyziologii dýchacího ústrojí a základní informace týkající se cévní mozkové příhody.

V praktické části řeším především pozorování pacientů na neurologickém oddělení v průběhu provádění technik na podporu dýchání. Sleduji jejich fyziologické funkce, reakce na dané techniky a zapojení příbuzných do provádění těchto technik. Dále v praktické části hodnotím dotazník pro sestry, který se též týká především technik na podporu dýchání.

KLÍČOVÁ SLOVA

bazální stimulace, techniky na podporu dýchání, cévní mozková příhoda, masáž stimulační dýchání

ABSTRACT

This bachelor thesis, which has a theoretically – experimental character, covers the Draft of the Basal stimulation, especially the techniques for the support of breathing. The theoretical part deals with the history of the concept, individual techniques of basal stimulating care, primarily the techniques for the support of breathing. I also reminded the anatomy and physiology of the breathing system and perception circumstances relating to the stroke.

The part of the research deals with the observation of patients in the hospital departments of neurology during the practice of the techniques for the support of breathing. I watch their bodily functions, reactions to these techniques and involving their relatives in practising these techniques. Then in the experimental/exploratory part I evaluate the questionnaire for the nurses which mainly concern the techniques for the support of breathing.

KEY WORDS

basal stimulation, the techniques for the support of breathing, stroke, massage stimulating the breathing

Obsah:

Úvod	9
Cíle	10
I. Teoretická část práce.....	11
1. Historie a vývoj konceptu bazální stimulace	11
1.1 Koncept bazální stimulace.....	11
1.2 Vznik konceptu	11
1.3 Současná situace	12
2. Pojetí a cíle konceptu.....	12
2.1 Pojetí konceptu.....	12
2.2 Cíle bazální stimulace	13
3. Základní prvky bazální stimulace	13
3.1 Somatická stimulace.....	13
3.1.1 Iniciální dotek.....	14
3.1.2 Celková tělesná koupel	14
3.1.3 Polohování v bazální stimulaci.....	15
3.2 Vestibulární stimulace.....	15
3.3 Vibrační stimulace	16
3.4 Poloha „ovesného klasu“	17
4. Nástavbové prvky bazální stimulace	17
5. Techniky na podporu dýchání.....	18
5.1 Masáž stimulující dýchání	18
5.2 Kontaktní dýchání	19
5.3 Vibrační dýchání.....	19
6. Dýchání.....	20
6.1 Dýchací ústrojí.....	20
6.2 Plíce	20
6.3 Výměna plynů.....	21
6.4 Dýchání.....	21
6.5 Nemoci dýchacího ústrojí.....	21
7. Cévní mozková příhoda	22
7.1 Příčiny a příznaky	22
7.2 Rizikové faktory.....	22

7.3 Diagnostika onemocnění	22
7.4 Komplikace.....	23
7.5 Léčba	23
8. Edukace.....	23
8.1 Definice edukace.....	23
8.2 Sestra v roli edukátora.....	24
8.3 Edukační proces	24
8.4 Edukační plán	24
8.5 Edukační cíle.....	25
8.6 Edukační materiál	25
II. Praktická část práce	26
9. Výzkumné otázky.....	26
10. Popis oddělení a metodika	26
11. Výsledky výzkumu	27
11.1 Charakteristika vzorku sledovaných pacientů	27
11.2 Výsledky pozorování po MSD.....	28
11.3 Výsledky pozorování po vibračním dýchání	32
11.4 Výsledky dotazníku pro sestry.....	35
III. Diskuze	38
IV. Závěr	41
Soupis bibliografických citací.....	42
Použité zkratky.....	45
Seznam příloh	46
Příloha 1 – Formulář pro pozorování.....	47
Příloha 2 – Dotazník pro sestry	48

Úvod

Koncept bazální stimulace je zajímavým prvkem v ošetrovatelské péči. Jedná se koncept rozšířený především v německy mluvících zemích, naopak v naší vlasti se prozatím setkáváme s jeho ojedinělým zaváděním do praxe. Jedná se o koncept, který podporuje základní prvky lidského vnímání a umožňuje navázat komunikaci s pacienty i v případech, kdy to za běžných podmínek není možné. Základní podmínkou je interakce mezi pacientem a všemi osobami, které s ním přicházejí do kontaktu.

Daný koncept chápe každou lidskou bytost jako osobnost bez ohledu na zdraví, či nemoc jedince. Zároveň je pojetí lidské bytosti chápáno jako komplex bio – psycho – sociálních jednotek, které se vzájemně ovlivňují.

Na území České republiky se dnes můžeme setkat s 222 proškolenými pracovišti, z nichž celkem 59 prošlo následnou supervizí a získalo certifikát pro poskytování služeb bazální stimulace, který je pod záštitou Mezinárodní asociace Bazální stimulace. Tento certifikát je pracovištím udělován na dobu tří let. (INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE)

Práci na dané téma týkající se technik na podporu dýchání jsem se rozhodla vypracovat proto, že mi tato problematika přijde velmi zajímavá a diskutovaná. V budoucnu bych si přála absolvovat kurzy bazální stimulace a částečně se podílet na zavádění tohoto konceptu.

„Nikoliv žít, být zdrav je život.“

Martialis (Plachetka, 1996, str. 388)

Cíle:

- Popsat jednotlivé metody na podporu dýchání v BAS.
- Aplikovat techniky na podporu dýchání u pacientů na neurologickém oddělení.

Další cíle:

- Zjistit, zda mají techniky na podporu dýchání vliv na dechovou a tepovou frekvenci.
- Zjistit, zda se po provedení technik na podporu dýchání změní krevní tlak.
- Zjistit, zda se rodina a blízcí nemocného podílejí na provádění technik na podporu dýchání.
- Zjistit libé a nelibé pocity pacientů při používání technik na podporu dýchání v BAS.
- Zjistit názory sester na provádění technik na podporu dýchání na neurologickém oddělení.
- Vytvořit návod pro využití technik na podporu dýchání na neurologickém oddělení.

I. Teoretická část práce

1. Historie a vývoj konceptu bazální stimulace

1.1 Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který se zabývá lidským vnímáním, je zaměřen na podporu vnímání člověka. Využívá se především u klientů, u nichž je nějakým způsobem omezená komunikace, člověk také nemusí být schopen komunikace vůbec. Přestože klient není schopen verbálně reagovat na určité podněty, neznamená to, že není schopen vnímat. Právě naopak. Lidé jsou schopni vnímání i v průběhu bezvědomí či smrtelné agonie. Proto je možné lidské vědomí ovlivňovat a stimulovat různými podněty. Bazální stimulace je konceptem, který lidské vnímání ovlivňuje na nejzákladnější - bazální úrovni. Nejčastěji se tento koncept využívá v péči o předčasně narozené děti, osoby s vrozeným intelektovým či somatickým onemocněním, po úrazech mozku, u akutních i chronických onemocnění. (Friedlová, 2007a; Nydahl, Bartoszek, 2012)

1.2 Vznik konceptu

Zakladatelem konceptu je prof. dc. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracuje v Rehabilitačním centru v Landau v Německu s postiženými dětmi, se kterými bylo velmi obtížné navázat kontakt, a verbální komunikace byla téměř nemožná. Pomocí somatické, vestibulární a vibrační stimulace (základních prvků bazální stimulace) se mu podařilo kontakt s těmito dětmi navázat. Na základě těchto zkušeností vypracoval koncept Bazální stimulace. Je autorem mnoha publikací, dále pracuje na rozvoji konceptu a v současné době je profesorem na Katedře speciální pedagogiky na Universitě v Landau. (Friedlová, 2007a)

Do ošetrovatelské péče koncept přenesla zdravotní sestra prof. Christel Bienstein v 80. letech 20. století. Vycházela z poznatků prof. A. Fröhliche, podle nichž mají prvky bazální stimulace význam jak pro nemocné, tak i pro zdravé jedince každého věku. Christel Bienstein vede Institut ošetrovatelství a společně s prof. A. Fröhlichem pracují na řadě vědeckých prací. Společně se také podíleli na vzniku systému vzdělávání lektorů Bazální stimulace. (Kristiníková, 2006; Nydahl, Bartoszek, 2012)

1.3 Současná situace

Bazální stimulace v zahraničí, především Evropě, patří mezi velmi oblíbené koncepty. V současné době dochází k postupné realizaci a zařazování konceptu do ošetrovatelské praxe. Nejpopulárnější je v německy mluvících zemích- Německu, Rakousku, Švýcarsku, dále také v Holandsku, Belgii, Francii a dalších zemích Evropské unie. Po celé Evropě dnes působí již stovky lektorů tohoto konceptu, kteří, jsou sdružováni v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace. (Friedlová, 2009)

Česká veřejnost se poprvé o bazální stimulaci mohla dozvědět díky publikaci PhDr. Karolíny Friedlové v odborném časopise Sestra z roku 2000. V roce 2003 vedla první kurz bazální stimulace na území České republiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Roku 2005 založila INSTITUT bazální stimulace ve Frýdku- Místku, který organizuje kurzy, poskytuje literaturu a informace k tématu. Ministerstvo zdravotnictví akredituje kurzy pro nelékařské zdravotnické profese od roku 2008. (Friedlová, 2009)

Karolína Friedlová se též podílela na založení Asociace PALMA – profesní asociace lektorů mezinárodně akreditovaných, která sdružuje nadnárodní koncepty. Mezi tyto koncepty patří právě Bazální stimulace, z dalších jsou to Snoezelen koncept, Validace podle Naomi Feil, Smyslová aktivizace podle Lore Wehner, Kinestetická mobilizace Viv – Arte, Psycho – biografický model péče Prof. E. Böhma. Prezidentkou asociace je PhDr. Eva Procházková. (Pelikánová, 2013)

2. Pojetí a cíle konceptu

2.1 Pojetí konceptu

Koncept vychází z holistického pojetí jedince, individuálního péče o jedince na základě získané biografické anamnézy. Důraz je kladen na spolupráci blízkých příbuzných a jejich zapojení do ošetrovatelské péče o pacienta, což umožňuje zajištění neustálého přísunu adekvátních podnětů z okolí pacientovi známého, ale i cizího. Myšlenkou je především zajištění rozvoje pacientovy identity, umožnění komunikace, orientace jak ve svém vlastním těle, tak i v okolním prostředí a čase. Tento koncept respektuje jednotlivá vývojová stádia jedince. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

2.2 Cíle bazální stimulace

Hlavním cílem péče využívající prvky bazální stimulace je podpora vnímání klienta. Což by u postižených mělo vést k podpoře a rozvoji vlastní identity, získání určité kontroly a zodpovědnosti za vlastní život, navázání mezilidských vztahů, komunikace a poznání okolního světa, jeho rytmu, orientaci v čase a prostoru, zlepšení funkcí organismu. Důležité je poskytnout pocity bezpečí, jistoty a důvěry. Všechny tyto cíle vycházejí ze skutečných potřeb klienta. (Blazek, 2006)

Koncept Bazální stimulace se postupně stává metodou, která dokáže redukovat závislost pacienta na ošetrovatelské péči. Snaží se zlepšení jeho komunikace, lokomoce a především jeho vnímání. (Blazek, 2006)

3. Základní prvky bazální stimulace

Jednotlivé techniky bazální stimulace rozdělil Fröhlich na základní a nastavbové prvky.

Základní prvky bazální stimulace jsou tři a označují se jako tzv. „Fröhlichova trilogie“. Patří sem somatická stimulace, kterou můžeme dále rozdělit na: iniciální dotek, celkovou koupel pacienta, polohování a masáž stimulující dýchání- té se budu věnovat později. Dále sem podle vývoje vnímání člověka řadíme vestibulární a vibrační stimulace. *„U lidí s těžkými omezeními v pohybové a také komunikační oblasti je nutné postnatálně pracovat především s prvky základní trilogie konceptu...“* (Sociální služby, březen 2010, str. 30)

3.1 Somatická stimulace

Za základní jednotku somatické stimulace je považován dotek. Dotek je nejjednodušší formou komunikace, která je zcela přirozená. Doteky ošetrojícího by měly být klidné, prováděné beze spěchu. Musí být zcela jasné a cílené, aby u pacienta nevyvolávaly chaos a pocit nejistoty. (Friedlová, 2008a)

Důraz je při ošetrování kladen také na kvalitu doteků. Zdravotníci, ale také blízcí, kteří spolupracují při provádění prvků bazální stimulace, by měli dodržovat jistá pravidla. Dotek by měl být prováděn celou plochou dlaně, ne pouze prsty, po celou dobu by měl působit určitý tlak, který je konstantní a je přizpůsoben stavu pacienta. Jednotlivé doteky by měly být

prováděny v určitém sledu, který bude pevně stanovený a neměnný. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

„Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa.“ (Sociální služby, duben 2010, str. 18)

3.1.1 Iniciální dotek

Iniciální dotek dává pacientovi jasně najevo, kdy s ním začínáme, nebo končíme pracovat. Měl by být prováděn veškerým ošetřujícím personálem, rodinou i blízkými nemocného. Nejvhodnějším místem pro provádění iniciálního doteku je paže, rameno, záleží na domluvě s pacientem nebo jeho rodinou. Dotek by také měl být provázen verbální komunikací. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

Informace o provádění iniciálního doteku se obvykle umísťuje k lůžku pacienta, aby byl prováděn kýmkoli, kdo s pacientem přijde do styku a byl prováděn vždy stejným způsobem. (Friedlová, 2008a)

3.1.2 Celková tělesná koupel

Koncept bazální stimulace klade velký důraz na celkovou tělesnou koupel, kterou můžeme zvolit podle stavu, který chceme u pacienta v danou chvíli navodit.

Všechny typy koupelí se řídí určitými pravidly, která bychom měli dodržovat. Pacienta bychom se měli dotýkat oběma rukama celou plochou dlaně, doteky by měly být nepřerušované a řazené v určitém sledu. Koupel by měl provádět pouze jeden člověk, pokud je to možné. V průběhu koupele by měla být zachována intimita pacienta, klid a příjemná atmosféra. V pokoji by měla být příjemná teplota. Vhodné je provádět koupel s osobními pomůckami pacienta, jeho oblíbeným mýdlem, žínkou a podobně. Délka koupele by neměla překročit 20 minut. Při této celkové koupeli nemusíme vždy umývat obličej a intimní partie v okolí genitálu. (Friedlová, 2005)

Jednotlivým koupelím a jejich popisu se v této práci nebudu dále věnovat, pouze je vyjmenuji. Bazální stimulace využívá koupelí: celková koupel zklidňující, povzbuzující,

neurofyziologická dle konceptu Bobatha, rozvíjející, symetrická a diametrální koupel. (Friedlová, 2005)

3.1.3 Polohování v bazální stimulaci

Polohování je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Právě díky polohování dovolíme pacientovi uvědomovat si vlastní tělo a jeho hranice. Toto dává pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Umožníme tak pacientovi pozorování okolí z různých úhlů, čímž zároveň provádíme stimulaci optickou. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

Díky polohování také můžeme předcházet vzniku nežádoucích komplikací, mezi které můžeme zařadit vznik dekubitů, kontraktur, deformit. Při polohování musíme klást důraz především na pohodlí pacienta, jeho bezpečí a délku setrvání v jedné poloze, která by neměla překročit 90 minut. (Friedlová, 2007a)

Polohování v bazální stimulaci můžeme rozdělit do dvou skupin. První je autostimulace, druhou pak polohování, při němž používáme různé pomůcky. Při autostimulaci používáme pouze jednotlivé části těla pacienta. Nejčastěji propleteme prsty u rukou, překřížíme dolní končetiny, vložíme pacientovi postiženou ruku do zdravé. Při druhém typu polohování užíváme jednoduché pomůcky, srolované deky nebo ručníky, perličkové polštáře. (Friedlová, 2003)

V konceptu bazální stimulace se nejčastěji používají dvě polohy- „hnízdo“ a „mumie“. Obě tyto polohy by měli u pacienta navodit příjemné pocity, uklidnit ho, poskytnou pocit jistoty, bezpečí a možnost vnímat hranice svého těla. (Friedlová, 2003)

3.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulaci provádíme u pacientů upoutaných na lůžko po dobu delší, než jsou tři dny, na umělé plicní ventilaci, s omezenými možnostmi pohybu. U těchto pacientů hrozí ztráta stimulace vestibulárního ústrojí a vnímání pohybu, což může vyvolat dezorientaci, nauzeu, kolaps. Těmto stavům se snažíme předcházet prováděním jednotlivých prvků. (Friedlová, 2008a; Vrbata, 2008)

Mezi nejjednodušší typ vestibulární stimulace patří otáčení hlavy nemocného ze strany na stranu, přičemž hlava pacienta se stále dotýká pevné podložky. Dále bychom měli hlavu otáčet vždy před polohováním a to na stranu, na níž bude pohyb těla následovat. Do vestibulární stimulace patří i samotné polohování, vysazování pacienta v lůžku nebo do křesla. Polohu pacienta také můžeme změnit polohou celého lůžka. Mezi další techniky patří závěsné houpací sítě nebo poloha „ovesného klasu“, která zároveň může spojovat více druhů stimulace. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

3.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace pacientovi umožňuje cítit silné vjemy ze svého těla. Vibrace působí velmi stimulačně, vedou od periferních částí do nitra těla a přenáší se na vnitřní orgány, jejichž existenci si může takto stimulovaný člověk plně uvědomit. Dochází také ke stimulaci kůže, svalů, může ovlivňovat dýchání. (Friedlová, 2007a)

Tuto techniku bazální stimulace provádíme především u pacientů retardovaných, s poruchou vnímání vlastního těla, v kómatu, u pacientů s plegiemi. Naopak kontraindikací jsou krvácivé stavy u nemocných, varixy, porušená kožní integrita. (Friedlová, 2007a)

Při užití vibrační stimulace můžeme používat různé pomůcky- vibrátory, holicí strojky, vibrační lehátka, masážní strojky. Tyto přístroje přikládáme na velké klouby- loketní, ramenní, kyčelní, kolenní kloub. Můžeme je také volně položit do lůžka nemocného a provádět tak celkovou vibrační stimulaci. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

Vystačíme si však také s pomocí vlastního těla. Vibrace můžeme provádět pomocí rukou ošetřujícího, různým dupotem nebo klepáním. K vibracím nám také slouží vlastní hlas, což se převážně používá u polohy „ovesného klasu“. Také můžeme vzít ruku nemocného a přiložit si ji na hrudník, kde může cítit vibrování. (Nydahl, Bartoszek, 2012)

U vibrační stimulace je velmi důležité sledovat pocity pacienta, protože ne každému je tato technika příjemná. (Friedlová, 2007a)

3.4 Poloha „ovesného klasu“

Tato poloha spojuje všechny tři základní prvky bazální stimulace. Technika se provádí s druhou osobou, která se posadí za nemocného, kterého si položí zády na svůj hrudník, rukama ho obejmě a může zpívat nebo vyprávět. Také je zde možnost provádět pohyb ve tvaru ležaté osmičky. (Friedlová, 2005)

Somatickou stimulaci poskytuje osoba provádějící s nemocným danou techniku, vibrační stimulací je hlas druhé osoby, který nemocný může slyšet i cítit. V této poloze také dochází ke stimulaci vestibulární. Je to pomocí pohybů, které provádíme s nemocným. (Friedlová, 2005)

Připojit se mohou i další prvky bazální stimulace. Auditivní je zajišťována hlasem druhé osoby, známá vůně blízké osoby zajišťuje stimulaci olfaktorickou, optickou stimulaci můžeme zajistit také a to velmi jednoduše. Stačí do pokoje postavit známé obrázky, fotografie blízkých, plakáty, používat barevné deky, povlečení. (Blazek, 2006)

4. Nástavbové prvky bazální stimulace

Mezi prvky nástavbové patří auditivní stimulace, optická, orální, taktile - haptická a olfaktorická stimulace.

Auditivní stimulaci můžeme zajistit poslechem oblíbených písní, skladeb, rádia, nemocnému můžeme předčítat, zpívat, vyprávět, hrát na hudební nástroj. Velmi vhodná je kombinace s doteky, především s iniciálním. Nutná je minimalizace rušivých a neznámých zvuků. (Friedlová, 2008b)

Optickou stimulaci zprostředkujeme pomocí oblíbených obrázků, fotografií, používáním barevného povlečení. Pacient by měl také vědět, zda je den, nebo noc, proto je dobré vystavit pacienta dennímu světlu. Pokud pacient nosí brýle, měli bychom mu je vždy nasadit. Důležité je měnit zorné pole pacienta, aby se stále nedíval na ta samá místa. (Friedlová, 2008b)

Ústa jsou jedním z nejcitlivějších míst na lidském těle. Ústa umožňují zjistit vjemy jako je chuť, vůně a konzistence potravy. Orální stimulaci můžeme provádět jako samostatnou součást bazální stimulace nebo k navození příjemných pocitů před příjmem potravy. (Friedlová, 2005)

Pacienti s nedostatkem taktilně- haptické stimulace si vytahávají cévky, katétry, vytahují lůžkoviny. Jasně dávají najevo nedostatek podnětů. Ty jim můžeme poskytnout vložení oblíbených předmětů, hraček, nástroj z jejich profese, kelímků, hrníčků, pomůcek pro hygienu atd. do dlaně. Také se často používá navléknutí ponožek, obuvi na nohy. (Friedlová, 2008b)

Posledním smyslem, který se u člověka vyvíjí, je čich. Dochází k tomu až v postnatálním období. Každý člověk má oblíbené vůně, jež mu mohou připomenout různé situace, období, lidi. Olfaktorické stimuly není vhodné podávat kontinuálně. Stimulovat je možné oblíbenými parfémami, deodoranty, vůní jídel, pracího prášku. Méně vhodné jsou vonné tyčinky a svíčky. (Friedlová, 2005)

5. Techniky na podporu dýchání

Dýchání je nezbytně nutnou součástí nejen lidského bytí. Při nedostatečném nebo nepravidelném dýchání člověk pocítuje nepříjemné pocity, strach, úzkost, v horších případech obavy ze smrti, přestává komunikovat s okolím. (Blazek, 2006)

Cílem technik určených k podpoře dýchání je navodit rytmické, hluboké dýchání ve stejném rytmu s ošetřujícím, zlepšení plicní ventilace. Napomáhá k uvědomění si vlastního těla. Správné dýchání vyvolává klid, jistotu a podporuje komunikaci mezi pacientem a osobou provádějící danou techniku bazální stimulace. (Blazek, 2006)

5.1 Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání se provádí především u pacientů s povrchním, nepravidelným dýcháním, s demencí, bolestí, na umělé plicní ventilaci nebo při odvykání od ventilátoru, u osob s poruchami spánku, u neklidných pacientů. (Friedlová, 2005)

Tato masáž je součástí dechové gymnastiky, je rytmická a prováděna s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou. Pohyby by měly být jasné a klidné, ruce terapeuta během masáže neopouští tělo nemocného. (Friedlová, 2005)

Masáž se provádí nejlépe rukama bez rukavic, náramků, prstýnků s pomocí tělového mléka nebo oleje, zahřátého na teplotu lidského těla. Zpravidla se provádí na zádech, méně často na ventrální části hrudníku. Pokud je to možné, pacient během provádění masáže sedí, pokud

ne, může zaujmout polohu vleže, nejlépe na břiše. Poloha by však pro pacienta měla být co nejpříjemnější. (Fröhlich, 1998)

Začínáme položením rukou na pacientův zátylek a oběma rukama najednou provedeme tři za sebou jdoucí tahy podél páteře k pánevní oblasti. Poté pokračujeme prováděním kruhů, které směřují od páteře k bokům. Na bocích je dobré mírně zvýšit tlak rukou. Masáž provádíme alespoň 3- 5 minut. Ukončujeme opět třemi svislými tahy od ramen dolů. Po celou dobu mějme na paměti, že najednou nesmí obě ruce opustit záda pacienta. Pokud pacient během masáže začne kašlat, na chvíli přerušíme a vykašlávání můžeme podpořit vibračním dýcháním. Po ukončení pacientovi dopřejeme klid k odpočinku. (Friedlová, 2005; Friedlová 2008a; Urbanová, 2008)

5.2 Kontaktní dýchání

Při kontaktním dýchání pokládáme obě ruce na hrudník pacienta a snažíme se podpořit jeho nádech i výdech. (Friedlová, 2005)

Další možností je asistovaná stimulace, kdy na hrudník pacienta pokládáme jeho vlastní ruku. Toto slouží k uvědomění si vlastního dechu pacientem. (Friedlová, 2003)

U malých dětí se často provádí dýchání hrudník na hrudník. Vhodná je spolupráce rodiče, který si dítě položí na svůj hrudník. (Friedlová, 2005)

5.3 Vibrační dýchání

Vibrační dýchání je technika, která slouží především k podpoře uvolnění a vykašlávání hlenu, slouží také k prohloubení dýchání. Provádí se vleže na zádech, terapeut pokládá ruce pod prsa pacienta dlaněmi k sobě, přičemž palec má přiložený k dlani. Rukama pohybujeme od středu hrudníku směrem ven za použití vibrace. Tato technika nahrazuje již neprovádějící se poklepovou masáž. (Friedlová, 2005)

K provedení můžeme použít i vibrační přístroj, kterým taktéž pohybujeme zevnitř ven. (Fröhlich, 1998)

6. Dýchání

Dýchání je pro život nezbytný děj. Pomocí dýchacího systému dochází k výměně a přenosu dýchacích plynů. Dýchací systém je nejen nezbytný, ale slouží i jako vstupní brána pro možné infekce, škodliviny, mikroorganismy. Proto si tělo samo vyvinulo řadu obranných systémů - kašel, kýchání, reflexní zástava dýchání. Průběh dýchání je rytmický a automatický, avšak sami můžeme volným úsilím na určitou dobu zastavit či ovlivnit frekvenci nebo hloubku. (Elišková, Naňka, 2006)

6.1 Dýchací ústrojí

Základní funkcí je zásobování všech buněk lidského těla nepostradatelným kyslíkem a odstraňování odpadních látek, především oxidu uhličitého.

Do těla se vzduch nejčastěji dostává nosními dírkami, někdy také ústy. Odtud postupuje do dutiny nosní a dále do hltanu (pharyngu), touto částí dýchacího ústrojí prochází i tekutiny a potrava. Vzduch prochází hrtanem (laryngem), kde se vyskytují hlasivky, do průdušnice (trachey). Zde se nachází i chrupavčitý útvar - hrtanová přiklopka (epiglottis), která se při polknutí uzavírá a brání vniknutí cizích částic do cest dýchacích. (Winston, Praker, 2007)

Průdušnice se dále dělí na dvě průdušky (bronchy), pravá vstupuje do pravé plic, levá do levé. Průdušky se rozdělují na bronchy sekundární a terciární, nakonec až na průdušinky (bronchioly). Označení pro toto větvení je bronchiální strom. K samotné výměně plynů dochází v párových plicích. (Winston, Parker, 2007)

6.2 Plíce

Plíce jsou párovým orgánem houbovité struktury. Jsou jedním z největších orgánů lidského těla a vyplňují téměř celou dutinu hrudní, přičemž jsou chráněny hrudním košem.

V místě označovaném jako hilus do plic vstupují průdušky a hlavní cévy. Průdušky se rozdělují až na terminální a respirační bronchioly, odkud vzduch přechází do plicních sklípků (alveolů). (Winston, Parker, 2007)

Stěny plicních sklípků mezi sebou mohou i částečně splývat. Vnitřní povrch je „osídlen“ bílými krvinkami - makrofágy, jejichž úkolem je pohlcování a ničení vdechnutých škodlivin. Plicní sklípky obklopuje síť kapilár. Difúzí se kyslík dostává do krve a oxid uhličitý do alveolů. (Elišková, Naňka, 2006)

Plice dohromady obsahují více jak 300 milionů alveolů, „... k výměně plynů tedy dochází na obrovské ploše,- asi 40krát větší, než je povrch těla“. (Winston, Parker, 2007, str. 132)

6.3 Výměna plynů

Jelikož tělo není schopné kyslík uchovávat, je nutný jeho kontinuální přísun. Do těla vstupuje při rozpínání plic a ve slepých plicních zakončeních se rozpouští v tekutině pokrývající povrch alveolů. Následuje prostoupení kyslíku do krve a jeho distribuci ke všem tkáním těla. V jednotlivých buňkách dochází k buněčnému dýchání a využití kyslíku při štěpení glukózy, čímž dochází k zisku energie za vzniku pro tělo toxického oxidu uhličitého. Ten je vylučován do vydechaného vzduchu. K výměně plynů dochází difúzí, to je děj, kdy se látky z oblasti s vyšší koncentrací pohybují do oblastí s koncentrací nižší. (Winston, Praker, 2007)

Buněčné dýchání probíhá uvnitř každé buňky. Dochází k reakci kyslíku a glukózy, hlavního energetického zdroje v těle, za vzniku oxidu uhličitého a vody. Tento proces se označuje jako aerobní glykolýza. Synonymem buněčného dýchání je i vnitřní dýchání. (Langmeier, 2009; Winston, Parker, 2007)

6.4 Dýchání

Proudění vzduchu do plic a z plic je možné díky různým hodnotám tlaku v plicích a tlaku atmosférického. Tyto změny jsou umožněny činností dýchacích svalů, které rozpínají hrudník a plice, a jejich ochabnutím, kdy dochází k návratu do původní velikosti. Činnost dýchacích svalů je regulována mozkovým kmenem na základě koncentrace kyslíku a oxidu uhličitého v krvi. (Langmeier, 2009)

Jako ho hlavní dýchací svaly označujeme bránici a mezižeberní svaly. Při každém klidném nádechu, ke kterému dochází 12 - 17krát za minutu, se v plicích vymění asi 0,5 litru vzduchu. (Langmeier, 2009)

7. Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda se vyznačuje přerušением přísunu krve do mozku. V tom důsledku dochází k poškození nervových buněk, které se projevuje během minut až hodin, jedná se tedy o akutní stav, který trvá déle než 24 hodin. Nejčastější výskyt onemocnění je u lidí nad 65 let věku. Více než 50% pacientů po onemocnění zůstává s trvalými následky. (Feigin, 2007; Winston, Parker, 2007)

7.1 Příčiny a příznaky

Můžeme rozlišit tři příčiny vzniku onemocnění. Nejčastěji CMP vzniká na podkladě ischemie, která může být způsobena embolií nebo trombózou. Jako druhou příčinu můžeme označit embolizaci tepny a následné uvolnění embolu. V neposlední řadě se jedná o hemoragickou příhodu, jejíž příčinou je arterioskleróza nebo aneurysma. (Richards, 2008)

K rozvoji příznaků dochází rychle a mohou být velmi různorodé. Mezi nejčastější patří snížení citlivosti na jedné straně těla, potíže s udržením rovnováhy, ztráta vědomí, bolesti hlavy, závratě, motorická porucha (paréza, plegie), poruchy vidění, splývavá řeč. (Winston, Parker, 2007)

7.2 Rizikové faktory

Riziko onemocnění stoupá s věkem pacienta, můžeme sem také zařadit přidružená onemocnění jako diabetes mellitus, hypertenzní nemoc, ateroskleróza, hyperlipidémie. (Richards, 2008; Winston, Parker, 2007)

Dále se jedná celkově o nezdravý životní styl, především o kouření, nezdravé stravování (příliš vysoký příjem sacharidů, tuků a alkoholu), nadváhu. Můžeme sem zařadit také hormonální terapii, vliv stresu a depresí. Významnou roli hraje genetika a pozitivní rodinná anamnéza. (Feigin, 2007)

7.3 Diagnostika onemocnění

Velmi důležitá je včasná diagnostika a rychlé zahájení léčby. Z diagnostických metod je využívána anamnéza, vyšetření základních životních funkcí, neurologické vyšetření,

laboratorní vyšetření krve a moče, EKG a EEG, angiografické vyšetření mozkových tepen. Ze zobrazovacích metod je to RTG srdce a plic, CT, MR. (Richards, 2008)

7.4 Komplikace

Mezi nejzávažnější komplikace řadíme otok mozku, který může vést k následnému útisku center pro život nezbytných, oběhové komplikace – infarkt myokardu, plicní embolie, srdeční selhání, aspirační pneumonie. (Feigin, 2007)

7.5 Léčba

Rozlišujeme léčbu konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčení je používáno častěji, jedná se o léčbu antikoagulační, antiagregační, antiedematózní, vazodilatační a u některých pacientů o léčbu trombolytickou. (Slezáková, 2007)

Chirurgická léčba se nejčastěji používá při hemoragické formě CMP, kdy dochází ke zmenšení či odstranění hematomu. (Slezáková, 2007)

8. Edukace

Edukační role je v praxi velmi důležitá a to bez ohledu na roli zdravotníka. Tato role má nenahraditelné postavení v prevenci vzniku onemocnění, může vést ke zlepšení životního stylu. Edukace v ošetrovatelství má svá specifika a může být zaměřena na zdraví nebo nemoc. (Nemcová, Hlinková, 2010)

8.1 Definice edukace

Slovo edukace je převzato z latinského jazyka, kde jeho význam můžeme chápat jako vést někoho vpřed či vychovávat. V celku se jedná o soustavné ovlivňování jedince, kdy je hlavním cílem dosažení pozitivních změn v jeho vědomostech, dovednostech, postojích a návycích. (Průcha, 1997)

8.2 Sestra v roli edukátora

S rozvojem ošetrovatelství se rozvíjí i nová role sestry – role edukátora. V praxi je očekáváno ucelené a profesionální podávání informací, poskytování rad a pomoci pacientům a jejich rodinám. S poskytováním informací však také souvisí jejich znalost, proto se edukace stává běžnou součástí osnov studia ošetrovatelství. (Nemcová, Hlinková, 2010)

V roli edukátora sestra plní více rolí najednou, jedná se o roli konzultanta, poradce a pedagoga. Všechny tyto role se navzájem doplňují. Sestra jako edukátor musí být schopna poskytovat informace, motivovat, vytvořit podmínky vhodné pro edukaci, ale také posuzovat a realizovat celou edukaci. (Nemcová, Hlinková, 2010)

8.3 Edukační proces

Edukační proces můžeme chápat jako záměrnou činnost lidí, při níž dochází k učení subjektu za působení subjektu jiného. Celý tento proces se skládá z pěti částí. První fází je posuzování pacienta, snažíme se získat co nejvíce informací o jeho osobě, v této fázi pacient sám aktivně vyhledává nové informace a klade otázky. Druhou fází je motivace, kdy je naším hlavním úkolem pacienta přesvědčit o důležitosti učít se nové poznatky. Důležité je vést edukovaného k samostatnosti a zvolit vhodný styl učení. Můžeme zde zapojit také rodinu nebo blízké nemocného. Třetí fází je expoziční fáze. Zde záleží postup na jednotlivých cílech a samotném edukačním tématu. Následuje fáze fixační, kdy se snažíme upevnit pacientovi informace, doplnit chybějící znalosti. Uplatňují se především edukační letáky, knihy, internetové stránky. V poslední fázi dochází k hodnocení získaných informací dotazováním, testem, pozorováním. (Špidurová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006)

8. 4 Edukační plán

Edukační plán bychom měli tvořit v návaznosti na edukační proces. Je zde nezbytná spolupráce sestry s pacientem. Stanovujeme cíle, což bychom měli provádět společně s pacientem. Řadíme sem plánování a stanovení cílů. (Špidurová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006)

8.5 Edukační cíle

Cíle jsou velmi důležité pro stanovení edukačního plánu a také podle nich můžeme hodnotit proběhlou edukaci. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé. (Juřeníková, 2010)

8.6 Edukační materiál – Jak správně provádět masáž stimuluje dýchání a vibrační dýchání

Viz příloha na CD.

II. Praktická část práce

9. Výzkumné otázky

1. Budou techniky na podporu dýchání dle BAS ovlivňovat dechovou a tepovou frekvenci?
2. Budou techniky na podporu dýchání dle BAS ovlivňovat hodnoty krevního tlaku?
3. Bude se rodina a blízcí pacienta podílet na provádění technik na podporu dýchání?
4. Budou mít všeobecné sestry na daném pracovišti pozitivní názory na provádění technik na podporu dýchání?

10. Popis oddělení a metodika

Výzkumnou část bakalářské práce probíhala na neurologickém oddělení v nemocnici okresního typu. Na daném oddělení se vyskytuje 30 lůžek, stacionář je vybaven 6 lůžky.

Na oddělení se provádí masáž stimulující dýchání u všech ležících pacientů. Dále se zde provádí i technika vibračního dýchání, která je prováděna pouze u některých pacientů dle indikace lékaře.

Na oddělení pracuje 12 všeobecných sester, z nichž 1 sestra absolvovala základní i nástavbový kurz BAS a 1 sestra základní kurz BAS. Ostatní sestry prošly školením v rámci nemocnice, kde byly proškoleny v technikách na podporu dýchání, samy si vyzkoušely masáž stimulující dýchání, kontaktní i vibrační dýchání. Školení vedly obě sestry, které absolvovaly kurzy BAS.

Pozorování je jednou z technik výzkumu. V tomto případě se jedná o ošetrovatelské pozorování. Pozorování je záměrné a systematické, jeho úspěšnost závisí na informovanosti o dané problematice, ale také na schopnostech pozorovatele. Na počátku pozorování musíme zvolit, co a kdy budeme provádět a pozorovat, také je nutné zvolit vhodný způsob pro záznam získaných dat. (Kutnohorská, 2009)

Nejprve na oddělení v červenci roku 2012 proběhla pilotáž u 10 pacientů, poté byla tabulka pro přehled upravena.

Samotný výzkum poté probíhal v prosinci 2012. Praktická část byla realizována pomocí 3 po sobě následujících pozorování u 26 pacientů.

Při výběru pacientů nebyl brán ohled na věk ani pohlaví, pouze na diagnózu pacienta.

Pozorování probíhalo na základě vytvořeného formuláře (viz příloha 1). Bylo sledováno: dechová a tepová frekvence, hodnota krevního tlaku a SpO₂, psychomotorický neklid a mimika.

Pozorování bylo nejprve prováděno u 30 nemocných, 4 pozorování však nemohla být dokončena z důvodu překlady pacientů na jiná oddělení nebo do jiných nemocnic. Vybráni byli pacienti s diagnózou cévní mozková příhoda. Všechny rodiny pacientů s mým pozorováním souhlasily.

Druhou částí výzkumu byl krátký dotazník vlastní tvorby pro všeobecné sestry na oddělení, který se týkal jejich názoru na bazální stimulaci, jejich znalostí a zkušeností s BAS, jaký podle nich mají techniky na podporu dýchání vliv na pacienta (viz příloha 2).

Dotazníkové je šetření se skládá z otázek, jež jsou předem připravené, vhodné je mít k dotazníku krátký úvod, kde bude vysvětleno, čeho se týká, proč je vypracován, popřípadě zda je anonymní. Důležitá pro tuto metodu je přesná formulace otázek. Nevýhodou může být nízká návratnost dotazníku. (Kutnohorská, 2009)

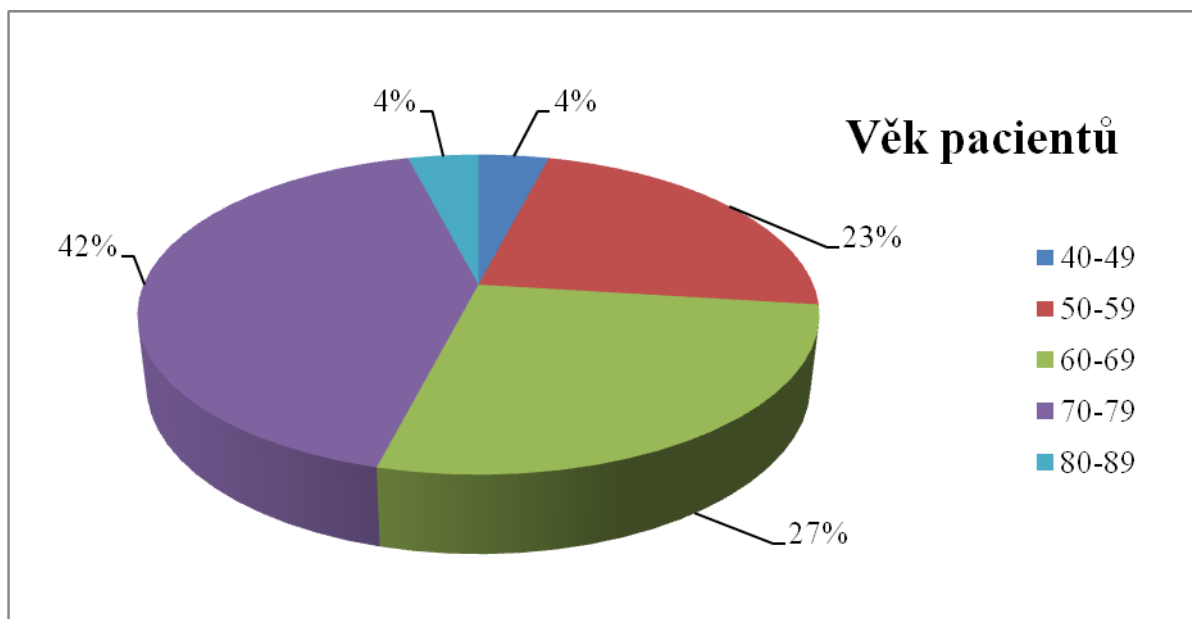
Dotazník byl sestřám rozdán v prosinci 2012 a byl anonymní. Odevzdán byl taktéž v prosinci 2012 do uzavřené krabice z důvodu zachování anonymity.

Dotazník byl rozdán všem 12 sestřám včetně sestry staniční, návratnost byla 100%.

11. Výsledky výzkumu

11.1 Charakteristika vzorku sledovaných pacientů

Výzkumu se zúčastnilo 26 pacientů, 13 mužů a 13 žen.



Obrázek 1 - Zastoupení věkových skupin pacientů v %

Průměrný věk respondentů je 66,5, nejmladšímu bylo 45, věk nejstaršího pacienta byl 80 let. Zastoupení věkových skupin pacientů v procentech můžete vidět na obrázku 1. Nejvíce pacientů se pohybovalo ve věkovém rozmezí 70 - 79 let.

11.2 Výsledky pozorování po MSD

K měření dechové, tepové frekvence a hodnot krevního tlaku a saturace docházelo vždy před a po provedení MSD.

Vliv MSD na dechovou frekvenci

	Vyjádření četností	Snížení dechové frekvence	Zvýšení dechové frekvence	Dechová frekvence beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	7	17	2	26
	Relativní četnost v %	27	65	8	100
2.	Absolutní četnost	16	8	2	26
	Relativní četnost v %	61	31	8	100
3.	Absolutní četnost	12	12	2	26
	Relativní četnost v %	46	46	8	100

Tabulka 1 - Vliv MSD na dechovou frekvenci pacientů

V tabulce 1 můžete vidět vliv masáže na podporu dýchání na dechovou frekvenci při jednotlivých pozorováních. Při prvním pozorování došlo u většiny pacientů -17 ke zvýšení

frekvence dechu. Naopak při druhém pozorování se frekvence zvyšovala u 16 nemocných. Během třetího pozorování došlo ke snížení i zvýšení dechové frekvence u stejného počtu pozorovaných. V průběhu všech tří pozorování se dechová frekvence nezměnila vždy u 2 pacientů, nejedná se však pokaždé o stejné jedince.

Vliv MSD na saturaci

	Vyjádření četností	Snížení saturace	Zvýšení saturace	Saturace beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	2	24	0	26
	Relativní četnost v %	8	92	0	100
2.	Absolutní četnost	1	24	1	26
	Relativní četnost v %	4	92	4	100
3.	Absolutní četnost	1	25	0	26
	Relativní četnost v %	4	96	0	100

Tabulka 2 - Vliv MSD na saturaci pacientů

Tabulka 2 ukazuje ovlivnění saturace pacientů. Ve většině případů u všech tří pozorování po provedení MSD docházelo ke zvýšení saturace a to o 1 - 3 %. Nejnižší naměřená hodnota byla 89 %, nejvyšší 100 %.

Vliv MSD na tepovou frekvenci

	Vyjádření četností	Snížení tepové frekvence	Zvýšení tepové frekvence	Tepová frekvence beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	13	12	1	26
	Relativní četnost v %	50	46	4	100
2.	Absolutní četnost	13	12	1	26
	Relativní četnost v %	50	46	4	100
3.	Absolutní četnost	21	5	0	26
	Relativní četnost v %	81	19	0	100

Tabulka 3 - Vliv MSD na tepovou frekvenci pacientů

Ve třetí tabulce můžeme vidět ovlivnění tepové frekvence pacientů. První a druhé pozorování přinesly stejné, velmi vyrovnané výsledky. Po třetím pozorování však došlo u většiny pacientů - 21 ke snížení tepové frekvence.

Vliv MSD na hodnoty krevního tlaku

	Vyjádření četností	Snížení krevního tlaku	Zvýšení krevního tlaku	Krevní tlak beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	15	7	4	26
	Relativní četnost v %	58	27	16	100
2.	Absolutní četnost	21	4	1	26
	Relativní četnost v %	81	15	4	100
3.	Absolutní četnost	23	3	0	26
	Relativní četnost v %	89	11	0	100

Tabulka 4 - Vliv MSD na hodnoty krevního tlaku pacientů

Tabulka 4 ukazuje, že po provedení MSD došlo při všech třech pozorováních ke snížení krevního tlaku u většiny pacientů. Krevní tlak se snížil o 5 - 15 torr.

Vliv MSD na psychomotorický neklid

Poté byla vytvořena škála k hodnocení psychomotorického neklidu. Hodnocení se pohybovalo od 1 do 5, kdy číslo 1 znamená, že psychomotorický neklid se nevyskytuje nebo mnou nebyl zaznamenán. Naopak číslo 5 hodnotí nejhorší stav, kdy si pacienti snaží vytáhnout například permanentní močový katétr, nazogastrickou sondu, permanentní žilní katétr, rozdělávají si plenkové kalhotky, tahají za deku, košili, snaží se přelézat zábrany u lůžka a podobně. Toto je pouze mé subjektivní hodnocení.

	1	2	3	4	5
1. pozorování	8	6	7	3	2
2. pozorování	7	13	4	2	0
3. pozorování	15	7	4	0	0

Tabulka 5 - Vliv MSD na ovlivnění psychomotorického neklidu

Hodnocení bylo prováděno vždy po provedení MSD u každého pozorování. Mezi prvním a druhým pozorováním došlo ke zlepšení na škále u 13 pacientů, u 10 nebyla změna zaznamenána a u 2 nemocných došlo ke zhoršení. Od druhého ke třetímu pozorování se zlepšilo 12 pacientů, 14 zůstalo na stejné hodnotě a u nikoho nebylo zaznamenáno zhoršení stavu.

V tabulce 5 můžete vidět četnost jednotlivých stupňů na škále během jednotlivých pozorování.

Vliv MSD na pocity pacientů

U pacientů byly pozorovány také jejich pocity a to především mimika, s pacienty jsem také mluvila, zda je jim technika MSD příjemná, či ne. Škála byla rozdělena pouze na tři stupně – u pacientů se projevují známky libých pocitů a MSD hodnotí kladně, jejich pocity nejsou jednoznačné, ani se jim MSD nelíbí, ale ani jim nevadí a třetím bodem je projevení nepříjemných pocitů.

Hodnocení bylo prováděno třikrát, pokaždé během provádění MSD.

	Vyjádření četností	Libé pocity	Neutrální pocity	Nelibé pocity	Celkem
1.	Absolutní četnost	15	8	3	26
	Relativní četnost v %	58	31	11	100
2.	Absolutní četnost	18	8	0	26
	Relativní četnost v %	69	31	0	100
3.	Absolutní četnost	20	6	0	26
	Relativní četnost v %	77	23	0	100

Tabulka 6 - Vliv MSD na projevení pocitů – mimiky

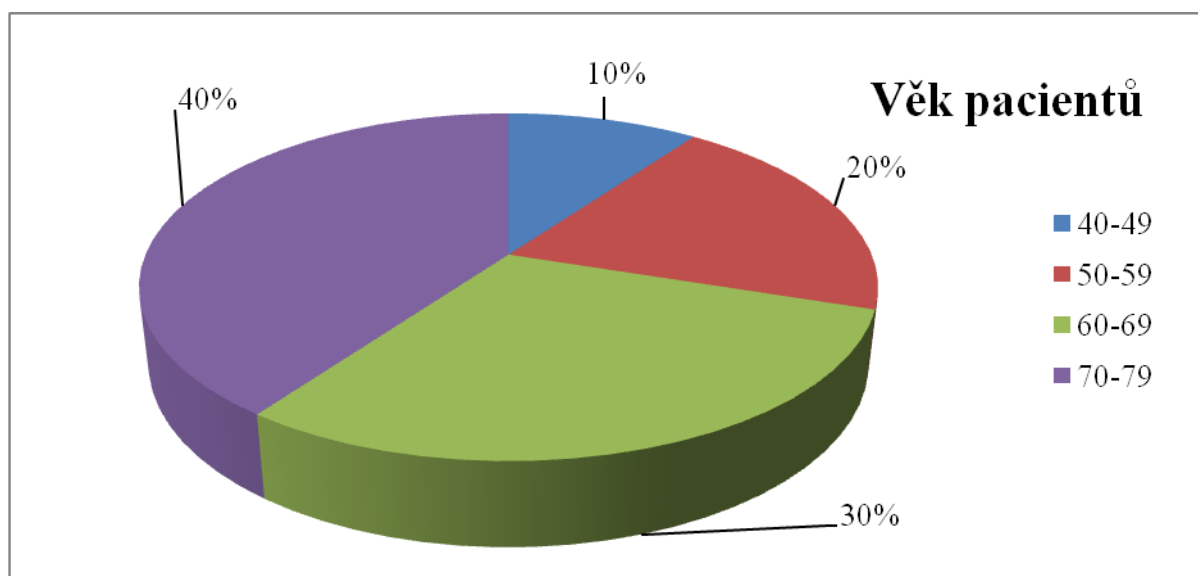
U všech tří pozorování převažují pocity příjemné, během 2. a 3. pozorování nelibé pocity nebyly zaznamenány u nikoho. Od prvního ke druhému pozorování došlo ke zlepšení pocitů u 12 pacientů, u 12 pacientů se pocity nezměnily a u 2 došlo ke zhoršení projevů na MSD. Mezi druhým a třetím pozorováním se pocity změnily k lepšímu u 4 pacientů, u 20 zůstaly stejné a opět u 2 nemocných došlo k negativnější reakci na MSD.

Tabulka 6 ukazuje zastoupení u jednotlivých skupin v průběhu všech tří pozorování.

11.3 Výsledky pozorování po vibračním dýchání

Pozorování před a po provedení vibračního dýchání se zúčastnilo 10 pacientů, 5 žen a 5 mužů.

Sledovány byly hodnoty fyziologických funkcí – krevního tlaku, saturace, tepové a dechové frekvence, dále psychomotorický neklid a mimika.



Obrázek 2 – Zastoupení věkových skupin pacientů v %

Na obrázku 2 můžeme vidět zastoupení jednotlivých věkových skupin pacientů v %. Průměrný věk pacientů je 64,7. Nejmladšímu pacientovi bylo 45 let, nejstaršímu 75 let.

Vliv vibračního dýchání na dechovou frekvenci

	Vyjádření četností	Snížení dechové frekvence	Zvýšení dechové frekvence	Dechová frekvence beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	0	10	0	10
	Relativní četnost v %	0	100	0	100
2.	Absolutní četnost	2	6	2	10
	Relativní četnost v %	20	60	20	100
3.	Absolutní četnost	2	7	1	10
	Relativní četnost v %	20	70	10	100

Tabulka 7 – Vliv vibračního dýchání na dechovou frekvenci pacientů

Tabulka 7 ukazuje změny dechové frekvence po provedení vibračního dýchání. Během prvního pozorování došlo ke zvýšení frekvence u všech 10 pacientů. Při druhém pozorování se frekvence dechu zvýšila u 6 pacientů, u 2 došlo ke snížení a 2 pacienti měli naměřené hodnoty shodné před i po provedení vibračního dýchání. Výsledky třetího pozorování jsou velmi podobné druhému pozorování.

Vliv vibračního dýchání na saturaci

	Vyjádření četností	Snížení saturace	Zvýšení saturace	Saturace beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	1	7	2	10
	Relativní četnost v %	10	70	20	100
2.	Absolutní četnost	0	8	2	10
	Relativní četnost v %	0	80	20	100
3.	Absolutní četnost	0	8	2	10
	Relativní četnost v %	0	80	20	100

Tabulka 8 – Vliv vibračního dýchání na saturaci pacientů

Výsledky hodnot saturace můžeme vidět v tabulce 8. V průběhu prvního pozorování došlo ke snížení saturace u 1 pacienta, u 7 ke zvýšení. Saturace zůstala beze změn během všech tří pozorování u 2 pacientů. Výsledky druhého a třetího pozorování jsou shodné, během obou pozorování se saturace zvýšila u 8 pacientů.

Vliv vibračního dýchání na tepovou frekvenci

	Vyjádření četností	Snížení tepové frekvence	Zvýšení tepové frekvence	Tepová frekvence beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	2	7	1	10
	Relativní četnost v %	20	70	10	100
2.	Absolutní četnost	2	7	1	10
	Relativní četnost v %	20	70	10	100
3.	Absolutní četnost	5	5	0	10
	Relativní četnost v %	50	50	0	100

Tabulka 9 – Vliv vibračního dýchání na tepovou frekvenci pacientů

O změnách tepové frekvence vypovídá tabulka 9. Během prvního pozorování se tepová frekvence snížila u 2 pacientů, u 7 se zvýšila a hodnota zůstala stejná u 1 pacienta. Výsledky druhého pozorování jsou totožné s prvním pozorováním. Třetí pozorování přineslo výsledek, že došlo ke snížení i zvýšení tepové frekvence vždy u 5 pacientů.

Vliv vibračního dýchání na hodnoty krevního tlaku

	Vyjádření četností	Snížení krevního tlaku	Zvýšení krevního tlaku	Krevní tlak beze změn	Celkem
1.	Absolutní četnost	8	2	0	10
	Relativní četnost v %	80	20	0	100
2.	Absolutní četnost	5	3	2	10
	Relativní četnost v %	50	30	20	100
3.	Absolutní četnost	7	2	1	10
	Relativní četnost v %	70	20	10	100

Tabulka 10 – Vliv vibračního dýchání na hodnoty krevního tlaku pacientů

V tabulce 10 můžeme vidět, že po provedení vibračního dýchání došlo ke snížení hodnot krevního tlaku po všech třech pozorováních. Hodnoty se měnily v rozmezí 5 – 10 torrů.

Vliv vibračního dýchání na psychomotorický neklid

Hodnocení projevů psychomotorického neklidu bylo prováděno stejným způsobem jako po provedení MSD.

	1	2	3	4	5
1. pozorování	4	3	2	1	0
2. pozorování	4	5	1	0	0
3. pozorování	7	2	1	0	0

Tabulka 11 – Vliv vibračního dýchání na ovlivnění projevů psychomotorického neklidu

Četnosti jednotlivých hodnot v průběhu během všech tří pozorování jsou zaznamenány v tabulce 11.

Vliv vibračního dýchání na pocity pacientů

	Vyjádření četností	Libé pocity	Neutrální pocity	Nelibé pocity	Celkem
1.	Absolutní četnost	6	1	3	10
	Relativní četnost v %	60	10	30	100
2.	Absolutní četnost	7	1	2	10
	Relativní četnost v %	70	10	20	100
3.	Absolutní četnost	8	1	1	10
	Relativní četnost v %	80	10	10	100

Tabulka 12 – Vliv vibračního dýchání na projevení pocitů – mimiky

Stejně jako v průběhu MSD byly během vibračního dýchání zaznamenávány pocity pacientů. U všech pozorování převažují libé pocity. Nejisté pocity se vždy vyskytují u 1 pacienta, nejedná se však během všech pozorování o jediného pacienta. Nelibé pocity se vyskytují u minima pacientů, po posledním pozorování pouze u 1 pacienta.

11.4 Výsledky dotazníku pro sestry

Poté byl vytvořen dotazník pro sestry týkající se otázek ohledně technik na podporu dýchání. Dotazník obsahoval pouze 5 otázek. Dvě otázky byly uzavřené, tři otevřené.

Dotazník byl rozdán všem sestrám na oddělení a jeho návratnost byla 100 %.

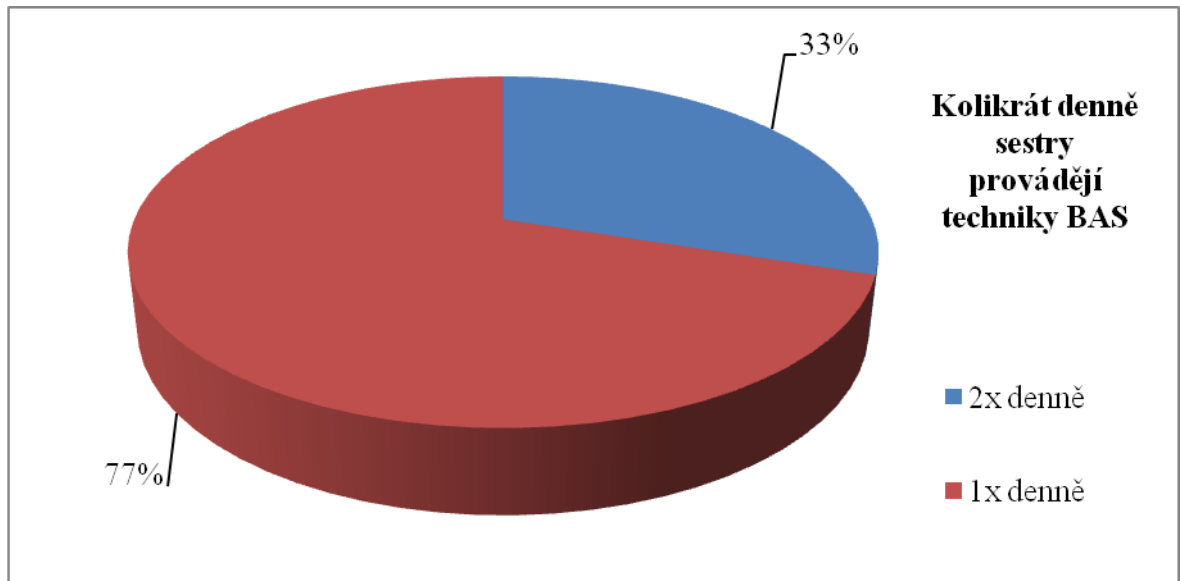
1. Má podle Vás Bazální stimulace smysl?

Na tuto otázku odpovědělo všech 12 sester ano.

2. Jaké kurzy jste absolvovala v oblasti Bazální stimulace?

Jedna sestra absolvovala základní kurz BAS, oba kurzy – základní i nástavbový absolvovala taktéž jedna sestra a ostatní prošli školením v rámci neurologického oddělení dané nemocnice. Školení vedly sestry, které kurz absolvovaly, týkalo se technik na podporu dýchání.

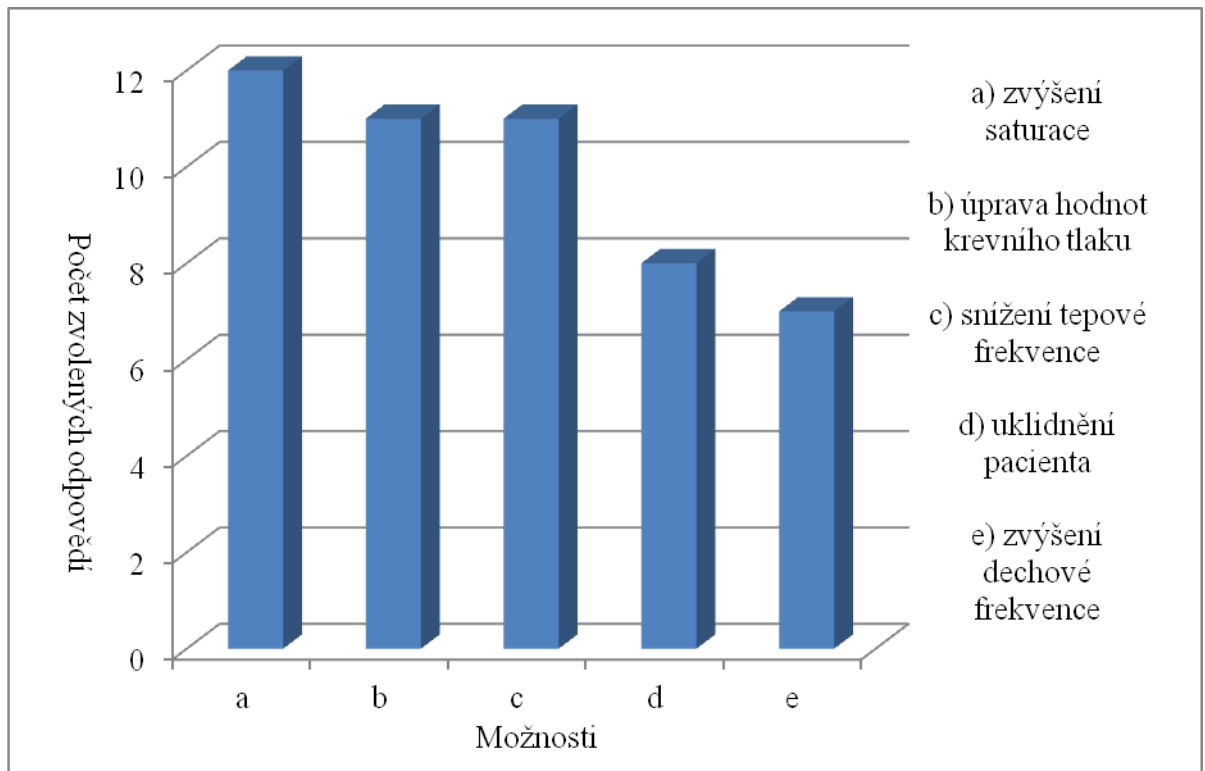
3. Jak často (kolikrát denně) provádíte masáž stimulující dýchání a vibrační dýchání u pacientů?



Obrázek 3 - Zobrazení četnosti provádění technik na podporu dýchání v %

Na danou otázku odpověděly 4 sestry, že tyto techniky provádí pravidelně 2x denně, vždy ráno a večer. 8 zbývajících sester provádí techniky 1x denně, vždy ráno, a večer podle časových možností. Grafické zobrazení ukazuje obrázek 3.

4. Jaký má podle Vašeho pozorování masáž stimulující dýchání vliv na pacienty?



Obrázek 4 – Zobrazení počtu zvolených možností

Zde sestry mohly zvolit libovolné množství odpovědí. Možnost a) zvolilo všech 12 sester, možnost b) a c) 11 sester. Odpověď d) zaškrtnulo 8 sester a možnost e) 7 sester. Na obrázku 4 můžete vidět grafické znázornění.

5. Podílí se podle Vašeho dosavadního pozorování rodina a blízcí nemocného na provádění technik Bazální stimulace?

Na danou otázku sestry odpovídaly různě, ze všech odpovědí však vyplývá, že pokud jsou blízcí pacienta přítomni, do provádění technik BAS se aktivně zapojují. Sami zkouší po předvedení sestrou provádět masáž stimulující dýchání i vibrační dýchání.

III. Diskuze

Metoda bazální stimulace podporuje lidské vnímání, komunikaci. Velmi oblíbený a rozšířený je tento koncept v Německu a Rakousku, dnes už se pozvolna dostává i do ošetrovatelské praxe v České republice. Za zakladatelku a vůdčí osobu v naší vlasti je pokládána Karolína Friedlová. V dnešní době se koncept stává součástí osnov učiva škol se zdravotnickým zaměřením.

Nedílnou součástí teoretické části byl sběr dat, studium literatury za bývající se bazální stimulací, anatomii a fyziologií dýchací soustavy, základy spojené s cévní mozkovou příhodou. V teoretické části jsem se nesešla s žádnými většími obtížemi, přestože mnoho literárních zdrojů týkajících se bazální stimulace jsou přístupné pouze v německém jazyce.

Hlavními cíli práce bylo popsat metody na podporu dýchání v bazální stimulaci a aplikovat je u pacientů na neurologickém oddělení. Techniky jsem popisovala v teoretické části práce.

Podkladem pro praktickou část bylo pozorování vlivu technik na podporu dýchání u pacientů na neurologickém oddělení a také dotazníkové šetření na daném oddělení. Samotnému výzkumu předcházela žádost o provádění výzkumu, která byla kladně vyřízena, a nedošlo zde k žádným obtížím. V průběhu celého výzkumu jsem se setkala se vstřícným přístupem všech sester na oddělení, což bylo potěšující.

Výzkum se týkal technik na podporu dýchání z konceptu bazální stimulace, z nichž se na oddělení neurologie pravidelně provádí masáž stimulující dýchání a vibrační dýchání. Celkem bylo pozorování týkající se masáže stimulující dýchání provedeno u 26 pacientů, které spojovala diagnóza cévní mozková příhoda. V průběhu provádění technik byly sledovány fyziologické funkce pacientů, jejich projevy psychomotorického neklidu a mimika. Totéž bylo sledováno u 10 pacientů v průběhu provádění vibračního dýchání.

1. Výzkumná otázka

Budou techniky na podporu dýchání dle BAS ovlivňovat dechovou a tepovou frekvenci?

Podle literatury je masáž stimulující dýchání indikována u pacientů s bradypnoe. Mým pozorováním bylo zjištěno, že skutečně u mnoha pacientů dochází ke zvýšení dechové frekvence. (Friedlová, 2011) Masáž stimulující dýchání vedla ke zvýšení dechové frekvence,

naopak po provedení vibračního dýchání docházelo ke snížení frekvence dechu. MSD má za úkol umožnit pacientovi klidné pravidelné a hluboké dýchání. (Friedlová, 2010)

Fröhlich (1998) uvádí, že MSD je vhodné provádět u pacientů, u nichž chceme ovlivnit tepovou frekvenci k normálním hodnotám, které u dospělého člověka činí okolo 75 úderů za minutu. Technika MSD vedla u většiny sledovaných pacientů k poklesu hodnot. V tomto případě se jednalo skutečně o pokles tepové frekvence k hodnotám přibližujícím se normálu. U vibračního dýchání naopak docházelo ke zvýšení těchto hodnot.

2. Výzkumná otázka

Budou techniky na podporu dýchání dle BAS ovlivňovat hodnoty krevního tlaku?

Z mnou pročené literatury jednoznačně nevyplývá, zda techniky na podporu dechu dle konceptu BAS mohou ovlivňovat hodnoty krevního tlaku.

V průběhu mého pozorování docházelo k poklesu hodnot krevního tlaku u většiny pacientů po provedení MSD, stejně tak se krevní tlak snížil i u pacientů po provedení vibračního dýchání. Změny krevního tlaku se pohybovaly v rozmezí 5 – 15 torrů.

3. Výzkumná otázka

Bude se rodina a blízcí pacienta podílet na provádění technik na podporu dýchání?

Koncept Bazální stimulace je založen na doteku. Dotek je základním předpokladem pro komunikaci, a pokud je prováděn osobou, která nemocnému blízká a má k ní určitou citovou vazbu, je dotek o cennější. (Fröhlich, 1998)

Proto mě ve výzkumné části zajímalo, zda se rodina nemocných snaží zapojit do poskytování daných technik. Potěšující zde bylo, že ve všech mnou sledovaných případech se rodiny aktivně zapojovaly do péče a jednotliví příslušníci se snažili techniky k podpoře dýchání osvojit, nechali si předvést techniky na podporu dýchání a poté je sami aplikovali. V případě neznalostí a nejistoty kladli otázky, na něž bylo aktivně odpovídáno, ať už z mé strany či ze strany personálu. Drobný problém nastal při provádění masáže stimulující dýchání a to zejména proto, že daná metoda vyžaduje určitou praxi v provádění. Je to hlavně kvůli synchronizaci nádechu a výdechu pacienta spojeného s tvorbou kruhů na zádech pacienta. Po předvedení a vysvětlení byl tento problém odstraněn. Friedlová (2011) uvádí, že technika MSD potřebuje kontinuální trénink, aby mohla být prováděna správně.

U vibračního dýchání se žádný problém nevyskytl. Tuto techniku ale neprováděli blízcí u všech nemocných. Raději se soustředili na provádění pouze jednoho prvku, MSD.

4. Výzkumná otázka

Budou mít všeobecné sestry na daném pracovišti pozitivní názory na provádění technik na podporu dýchání?

Koncept Bazální stimulace je pomalu zapojován do ošetrovatelské praxe v České republice, k čemuž je nutná podpora ze strany jednotlivců – především všeobecných sester, které se tyto techniky učí a poté je u nemocných provádějí. (Friedlová, 2007a)

Všeobecné sestry na oddělení neurologie jsou konceptu Bazální stimulace nakloněné, z jejich strany jsem se nesetkala s negativními postoji. Techniky se snaží provádět svědomitě a pravidelně a některé z nich by v budoucnu chtěli absolvovat kurzy BAS. Mohu tedy říct, že jejich názory jsou pozitivní.

Druhou fází praktické části byl dotazník pro sestry na neurologickém oddělení. Týkal se jejich názoru na BAS, vzdělání v oblasti BAS, jak často techniky na podporu dýchání provádějí, vliv technik na podporu dýchání dle jejich názoru a zapojení rodinných příslušníků do provádění těchto technik na oddělení. Podrobné výsledky viz kapitola 11.4.

Jeden ze stanovených cílů se týkal vytvoření edukačního materiálu na provádění technik MSD a vibračního dýchání. Je velice důležité vědět, jak správně provádět techniky k podpoře dýchání, proto jsem sestavila jednoduchý edukační materiál, který popisuje masáž stimuluje dýchání a vibrační dýchání. Je určený především pro rodiny a blízké nemocných. Materiál můžete vidět jako v příloze na CD.

Doporučení pro praxi:

Celý koncept Bazální stimulace bych se snažila co nejvíce zapojit do běžné ošetrovatelské praxe, protože se podle mého názoru často jedná o maličkosti, které však mohou velmi výrazně ovlivnit stav pacienta pozitivním směrem. Pro toto je nezbytná ochota učit se a zkoušet nové věci nejen ze strany personálu, ale také blízkých lidí pacientů.

IV. Závěr

Účelem celé práce bylo prakticky vyzkoušet, zda techniky na podporu dýchání ovlivňují hodnoty fyziologických funkcí, mají vliv na pocity a psychomotorický neklid pacienta. Tato problematika byla řešena na neurologickém oddělení u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda. Oddělení jsem zvolila z důvodu, že jsem zde již před začátkem této práce konala odbornou praxi, líbil se mi přístup zdravotnického personálu k pacientům i problematice bazální stimulace. Pacienty s danou diagnózou jsem vybrala záměrně proto, že cévní mozková příhoda je velmi časté onemocnění vyskytující se na odděleních neurologie.

Po celou dobu konání výzkumu jsem se snažila aktivně zapojovat všechny příbuzné pacientů do péče o ně a poskytování právě technik na podporu dýchání. Touto cestou mohou blízcí pacienta nabýt pocitů uspokojení a zároveň vědomí, že pro své rodinné příslušníky činí maximum.

V průběhu praxe na neurologii jsem měla možnost poskytovat péči pacientům s cévní mozkovou příhodou. Pod vedením proškolených sester jsem sama prováděla masáž stimulační dýchání a vibrační dýchání. Vše vedlo k získání nových poznatků v péči nejen o tyto pacienty, ale také k problematice bazální stimulace. Techniky na podporu dýchání mohou mít značný vliv na stav pacienta, tudíž celé jeho rodiny. Podle mého názoru vědomí dobře vykonané práce s důkazem lepšího se stavu pacienta by mohlo být svým způsobem i uspokojením pro sestry za jejich dobře odváděnou práci.

Celkově bych se snažila zapojovat koncept Bazální stimulace do ošetrovatelské praxe častěji a zároveň i více technik najednou. Daný koncept může vést k odstranění stereotypní péče o pacienty a posunou ošetrovatelství opět o krok dopředu.

Soupis bibliografických citací:

1. BLAZEK, M. *Basale Stimulation als Fruhforderung*. Wurzburg: GRIN Verlag, 2006. 17 s. ISBN 978-3-638-45571-8.
2. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 310 s. ISBN 80-246-1216-X.
3. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a 2. díl*. 1. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
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. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*, Sborník příspěvků Historicky II. národní konference Bazální stimulace s mezinárodní účastí. 1. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.
9. 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.

10. FRIEDLOVÁ, K. *Koncept Bazální stimulace*. Sociální služby. 2010, roč. 12, č. 3, s. 12 – 13.
11. FRIEDLOVÁ, K. *Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu bazální stimulace*. Sociální služby. 2010, roč. 12, č. 4, s. 18 – 19.
12. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. 10. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2011. 31 s.
13. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Frýdek - Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2003.
14. FRIEDLOVÁ, K. *Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace*. Sociální služby. 2010, roč. 12, č. 11, s. 28 – 30.
15. FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998, 317 s. ISBN 3-910095-11-9.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis Ostrava, 2006. 60 s. ISBN 80-7368-224-9.
18. LANGMEIER, M. a kol. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
19. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
20. NYDAHL, P., BARTOSZEK, G. *Basale Stimulation- Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. Elsevier: Urban&FischerVerlag, 2012. 288 s. ISBN 978-3-437-26502-0.
21. PELIKÁNOVÁ, M. *Nad gerontopsychiatrií vyrostla Palma*. Sestra. 2013, roč. 23, č. 1, s. 16-17.
22. PLACHETKA, J. *Velký slovník citátů a přísloví*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. 401 s. ISBN 80-200-0602-8.

23. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika: Věda o edukačních procesech*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997, 495s. ISBN 80-7178-170-3.
24. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. 2nd ed. Oxford : Elsevier Health, 2008. 464 s. ISBN 0443-06897-6.
25. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 2012. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
26. ŠPIDUROVÁ, L.; TOMANOVÁ, D.; KUDLOVÁ, P.; HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
27. URBANOVÁ, A. *Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů*. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 48-49.
28. VRBATA, J. *Komplexní domácí péče o pacienta po CMP*. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 43-44.
29. WINSTON, R., PARKER, S. *Lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2007. 256 s. ISBN 978-80-242-2211-0.

Elektronické zdroje:

30. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE [online]. 2013 [cit. 2013-06-03]. Dostupné z: <[http:// www.bazalni-stimulace.cz](http://www.bazalni-stimulace.cz)>.

Použité zkratky

BAS	bazální stimulace
CMP	cévní mozková příhoda
CT	počítačová tomografie
EEG	elektroencefalogram
EKG	elektrokardiogram
MR	magnetická rezonance
MSD	masáž stimulující dýchání
RTG	rentgen

Seznam příloh

Příloha 1 – Formulář pro pozorování

Příloha 2 – Dotazník pro sestry

PŘÍLOHA 1

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Hlavní diagnóza										
Pohlaví										
Věk										
Dechová frekvence před/po										
SpO2 před/po										
Tepová frekvence před/po										
Krevní tlak před/po										
Psychomotorický neklid (1-5)										
Mimika										
Ochota ke spolupráci										

PŘÍLOHA 2

Dotazník BAZÁLNÍ STIMULACE – TECHNIKY NA PODPORU DÝCHÁNÍ

Dobrý den, jmenuji se Jana Prachařová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ve své bakalářské práci se budu zabývat konceptem Bazální stimulace. Proto bych Vás tímto chtěla požádat o spolupráci a vyplnění následujícího krátkého dotazníku.

Poskytnuté údaje budou využity a zpracovány v bakalářské práci, která se bude týkat konkrétně technik na podporu dýchání a jejich využitím v praxi.

Dotazník je anonymní. V případě možnosti výběru z několika variant můžete zvolit a zakroužkovat libovolný počet možností. V otázkách bez možnosti výběru se stručně vyjádřete vlastními slovy.

Předem děkuji za spolupráci.

Jana Prachařová

1. Má podle Vás Bazální stimulace smysl?
2. Jaké kurzy jste absolvovala v oblasti Bazální stimulace?
3. Jak často (kolikrát denně) provádíte masáž stimulující dýchání a vibrační dýchání u pacientů?
4. Jaký má podle Vašeho pozorování masáž stimulující dýchání vliv na pacienty?
 - a) zvýšení saturace
 - b) úprava hodnot krevního tlaku
 - c) snížení tepové frekvence
 - d) uklidnění pacienta
 - e) zvýšení dechové frekvence
5. Podílí se podle Vašeho dosavadního pozorování rodina a blízcí nemocného na provádění technik bazální stimulace?

PŘÍLOHA

Edukační materiál – Jak správně provádět masáž stimulující dýchání a vibrační dýchání



Obrázek 5 - Srdce

Informace pro rodinné příslušníky

Tento edukační materiál byl zpracován jako součást bakalářské práce na téma Využití prvků bazální stimulace v péči o nemocné – techniky na podporu dýchání.

Vypracovala Jana Prachařová, 2013

Vážená paní, vážený pane,

V materiálu, který se Vám právě dostal do rukou, se dozvíte, jak správně provádět techniky na podporu dýchání, konkrétně masáž stimulující dýchání a techniku vibračního dýchání u Vašich blízkých. Dozvíte se zde ve zkratce, co je to koncept Bazální stimulace, k čemu techniky slouží a jak je správně provádět. Tento materiál Vám poskytne základní informace, nenahrazuje však konzultace se všeobecnými sestrami na oddělení, které Vám rádi pomohou, poskytnou podrobnější informace a techniky předvedou.

Přeji Vám i Vašim blízkým, aby život i přes prodělané onemocnění byl šťastný a naplněný.

Bazální stimulace

Techniky masáž stimuluující dýchání a vibrační dýchání řadíme do konceptu Bazální stimulace, což je koncept zabývající se především lidským vnímáním. Koncept klade důraz na lidské vnímání i v době, kdy člověk není schopen komunikovat verbálně. Techniky Bazální stimulace se využívají u pacientů s vrozeným intelektovým či somatickým onemocněním, předčasně rozené děti, o pacienty s úrazem mozku. Na tomto neurologickém oddělení se používají techniky na podporu dýchání u pacientů po cévní mozkové příhodě.

Masáž stimuluující dýchání

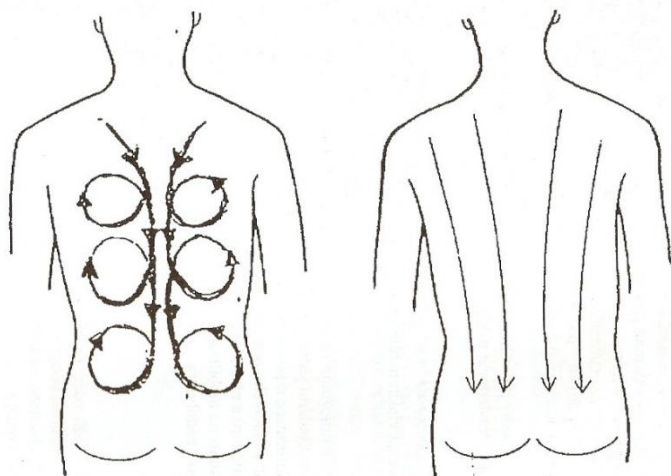
Tato technika se provádí v oblasti zad nebo přední strany hrudníku. Masáž by měla vést k ustálení dechu na stejných hodnotách mezi pacientem i člověkem, který ji provádí, dále se vyznačuje komunikační hodnotou mezi oběma lidmi. Může také navodit příjemné pocity jistoty a bezpečí, jež jsou pro nemocného velmi důležité.



Obrázek 6 – Masáž stimuluující dýchání

Provedení masáže stimulující dýchání

Pro provádění je nejvhodnější poloha pacienta vsedě, nebo vleže na břiše či na boku. Pokud to není možné, pacienta uložíme na záda a provádíme na hrudníku. Ve svých dlaních zahřejeme masážní emulzi nebo tělové mléko na teplotu těla a přiložíme ruce na zátylek pacienta. Poté provedeme třikrát za sebou pohyb oběma rukama od zátylku až k pánevní oblasti. Dále provádíme třikrát za sebou kroužky vedené opět shora dolů a zároveň od páteře k vnějším stranám zad. Celou masáž opět končíme třemi svislými tahy od zátylku dolů. Schéma masáže je znázorněno na obrázku.



Obrázek 7 – Jak se správně provádí masáž stimulující dýchání

Důležité je synchronizovat vlastní dech s dechem pacient a tím u něho upravit rytmus dechu.

Důležité: Během masáže by nikdy neměly obě ruce najednou opustit tělo pacienta, proto takzvaně přehmatáváme. Není vhodné používat rukavice, šperky, hodinky a podobně v průběhu masáže. Vhodné je eliminovat hluk na pokoji pacienta (zavřít okno, dveře, nekomunikovat s dalšími osobami,...)

Vibrační dýchání

Vibrační dýchání slouží především k usnadnění uvolnění a vykašlávání hlenů, dále také k prohloubení dýchání. Dnes se provádí místo poklepové masáže.

Provedení vibračního dýchání

Vibrační dýchání provádíme u ležícího pacienta na zádech. Ruce pokládáme pod prsa pacienta dlaněmi k sobě s přitaženým palcem k ostatním prstům. Rukama pohybujeme zevnitř ven a zároveň provádíme vibrace. V případě, že se pacient rozkašle, umožníme mu čas k vykašlání hlenu, popřípadě můžeme sekret odsát. To zajistí sestra.

