

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Bazální stimulace u pacienta v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči

Alena Pařízková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Pařízková**  
Osobní číslo: **Z12324**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Bazální stimulace u pacienta v dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péči**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### 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 a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

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


1. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
2. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. 1. vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2
3. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. Rehabilitace pacientů v kómatu. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-761-5
4. IAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. Interní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.
5. ZADÁK, Z.; HAVEL, E.; kol. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Rabová  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2013  
Termín odevzdání bakalářské práce: 17. července 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Černáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

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 pokud 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. 7. 2015

Pařízková Alena

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Martině Rabové za ochotně věnovaný čas a velmi cenné rady při psaní práce.

Dále bych chtěla poděkovat primárce a vrchní a staniční sestře z oddělení DIOP za ochotný přístup při provádění výzkumu a také všem sestřám z oddělení za pomoc a praktické rady při provádění bazální stimulace.

A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým rodičům, kteří mě podporovali po celou dobu mého odborného studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá tématem bazální stimulace u pacienta v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči.

Práce se skládá ze dvou částí – část teoretická a část praktická.

V teoretické části práce je popsán koncept bazální stimulace, jeho vznik, historie a technická východiska konceptu. Další část teorie tvoří vybrané prvky konceptu, kde jsou popsány jednotlivé typy stimulací. V druhé části teorie je popsáno kóma a vegetativní stav, jeho příčiny, diagnostika, následky, prognóza a časté problémy a komplikace u komatózních pacientů. Dále se zabývám ošetrovatelskou a lékařskou péčí o pacienty a jejich potřebami.

Praktická část se věnuje praktickému využití bazální stimulace u pacientů v kómatu. Pro výzkum byli vybráni 4 pacienti s diagnózou vegetativní stav, a dále zkoumán vliv bazální stimulace a zpracován do kazuistik.

Praktickým výstupem mé práce je vytvoření denního záznamu bazální stimulace u pacientů pro sledované oddělení.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

bazální stimulace, vegetativní stav, kóma, stimulace

## **TITLE**

Basal stimulation on patient in long-term intensive nursing care.

## **ANNOTATION**

Bachelor thesis is about basal stimulation of patient in long-term intensive nursing care.

It has two parts – theoretical and practical.

In theoretical part, the concept of basal stimulation is described, its origin, history and technical background of it. Next part of the theoretical part is based on the chosen sections of the concept, where individual types of stimulations are described. The second main part of the theory is about coma and vegetative state, its causes, diagnostics, results, prognosis and often problems and complications of comatose patients. Then I deal with nursing and medical care of patients and their needs.

Practical part is about practical utilization of basal stimulation of comatose patients. For the research were chosen 4 patients with diagnosis of vegetative state and then effect of basal stimulation is researched and processed into casuistry.

Practical output of my work is creation of daily records of basal stimulation of patients at monitored department.

**KEYWORDS**

Basal stimulation, vegetative state, coma, stimulation

## Cíle

### Hlavní cíl:

Zmapovat problematiku bazální stimulace u pacientů v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči

### Dílčí cíle:

- Popsat vybrané prvky bazální stimulace
- Zjistit, které prvky bazální stimulace jsou v daném zařízení nejvíce využívány.
- Aplikovat prvky bazální stimulace u vybraných pacientů.
- Pozorovat vliv jednotlivých prvků bazální stimulace na pacienty.
- Zpracovat kasuistiky o pacientech v kómatu
- Vytvořit denní záznam bazální stimulace u pacientů pro sledované zařízení



## Obsah

Úvod.....	11
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
1. Koncept bazální stimulace .....	13
1.1. Historie konceptu.....	13
1.2. Současná situace.....	14
2. Teoretická východiska konceptu .....	14
2.1. Techniky konceptu bazální stimulace pro stimulaci vnímání	14
2.2. Podpora hybnosti .....	15
2.3. Komunikace v konceptu bazální stimulace .....	15
2.4. Autobiografická anamnéza .....	16
3. Vybrané prvky konceptu .....	16
3.1. Somatická stimulace .....	16
3.2. Optická stimulace .....	19
3.3. Auditivní stimulace .....	21
3.4. Orální stimulace.....	21
4. Kóma.....	22
4.1. Vegetativní stav .....	22
4.2. Příčiny ztráty vědomí: .....	22
4.3. Diagnostika.....	23
4.4. Následky poškození centrálního nervového systému .....	23
4.5. Prognóza: .....	24
4.6. Časté problémy a komplikace u komatózních pacientů – následky dlouhodobé imobilizace:.....	24
4.7. Ošetrovatelská péče .....	25
4.8. Lékařská péče .....	29
5. Potřeby nemocných v kómatu .....	30
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
1. Metodika výzkumu .....	31
2. Vlastní výzkum.....	32
2.1. Sledované zařízení.....	32

2.2.	Harmonogram práce na oddělení DIOP.....	32
2.2.	Kazuistika I. ....	33
2.3.	Kazuistika II.....	42
2.4.	Kazuistika III. ....	51
2.5.	Kazuistika IV. ....	60
3.	Závěr .....	69
4.	Použitá literatura.....	70
5.	Přílohy.....	72

## Úvod

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem bazální stimulace u pacientů v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči.

Moje bakalářská práce je rozdělena na dvě části na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá konceptem bazální stimulace a jednotlivými prvky stimulace. Druhá část se zabývá tématem vegetativní stav a potřeby pacientů v kómatu.

Praktickou část tvoří kazuistiky a výstupem mé práce je vytvoření denního záznamu pro sledované zařízení.

S tématem bazální stimulace jsem se více seznámila díky předmětu Bazální stimulace během svého studia na vysoké škole. Toto téma mi bylo od začátku velmi blízké, protože jsem chodila v rámci praxe na střední škole na oddělení DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče), kde jsou pacienti v kómatu a používá se zde koncept bazální stimulace

Na konci druhého ročníku jsem absolvovala základní kurz bazální stimulace, abych byla schopna lépe porozumět konceptu a prakticky se naučit jednotlivé prvky obsažené v základním kurzu bazální stimulace. V rámci individuální, prázdninové praxe jsem zahájila výzkumnou část bakalářské práce, aplikací prvků bazální stimulace a pozorováním reakcí pacientů na stimulaci. Dále jsem vytvořila kazuistiky a denní záznam bazální stimulace.

Myslím, že koncept bazální stimulace je velikým přínosem pro zkvalitnění života pacientů se změnami vnímání a pro podporu pacientů po stránce tělesné, duševní a sociální.

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka (INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2004).

Koncept Bazální stimulace čerpá z poznatků vývojové antropologie, neonatologie a prenatální psychologie, a sice z poznatků o prenatálním vývoji embrya a plodu, především vývoji jeho smyslových orgánů a schopnosti vnímat, ale také jeho schopností lokomoce a komunikace s matkou a okolím (FRIDLOVÁ, 2003).

Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní

medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života (INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2004).

Současná medicína je na vysoké úrovni a lékaři poskytují léčbu na úrovni nejnovějších postupů. Také ošetrovatelství se opírá o nejnovější poznatky a vychází z vlastního ošetrovatelského výzkumu. Ošetrovatelská péče se tak stává v mnoha případech péčí, která nejen podporuje léčebný proces, ale je terapeutická (FRIEDLOVÁ, 2007).

V říjnu 2005 byl založen na území České republiky INSTITUT Bazální stimulace, který je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí na pracovištích, která pracují s konceptem (FRIEDLOVÁ, 2005).

V současné době ve v české republice 316 proškolených zařízení a 91 supervidovaných pracovišť (INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2004).

Bazální stimulace patří v současnosti ve zemích Evropské unie k nejpoblárnějším ošetrovatelským konceptům v ošetrovatelství (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučily pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace ne vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (FRIEDLOVÁ, 2007).

### 1.1. Historie konceptu

Autorem konceptu je Prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstul v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovanými somatickými a intelektuálními změnami. Během svého pětiletého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept Bazální stimulace.

Od 80. let 20. století spolupracuje s Christel Bienstein. Společně vyvinuly ošetrovatelský koncept na bázi konceptu Bazální stimulace a vypracovaly systém vzdělávání lektorů a průvodců praxí konceptem Bazální stimulace (FRIEDLOVÁ, 2005).

Prof. Dr. Andreas Fröhlich začal na počátku sedmdesátých let minulého století v Rehabilitačním centru Westfalz/Landstul rozvíjet koncept podporující rozvoj schopností u dětí s těžkými změnami v oblasti tělesné i duševní (FRÖLICH, 1998).

U dětí s velmi těžkými změnami vnímání nebylo možno navázat komunikaci verbální, neboť jejich možnosti v této oblasti byly velmi omezené či skoro žádné. Prof. Fröhlich navázal velmi úspěšně s těmito dětmi komunikaci na bázi somatické, vestibulární a vibrační komunikace. Po prostudování a vyhodnocení vědeckých studií z oblasti prenatálního vývoje psychologie byl přesvědčen, že mu tyto elementární vrozené schopnosti každého lidského organismu poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu v oblasti vnímání a komunikace. Dosažené výsledky a rozvoj schopností u těchto dětí byly nejen plody jeho práce, ale i stimulem pro mnoho odborníků z oblasti medicíny, aby se začali jeho konceptem zabývat a podpořili jej svými vědeckými

studiemi. Tak se stal koncept uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem (FRIEDLOVÁ, 2005).

## 1.2. Současná situace

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k nejpoblárnějším ošetrovatelským konceptům v ošetrovatelství. Pro lidi se změnami vnímání, hybnosti a komunikace, zkrátka pro většinu pacientů v ústavní péči, obyvatelé domovů důchodců a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života. Významné místo také zaujal v péči o nedonošené děti.

Počet zdravotnického personálu, který s konceptem pracuje, se rozšřřuje a jejich zkušenosti s konceptem také. Koncept je v zahraničí, ale také u nás integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s konceptem pracuje na většině pracovištřř. Většina velkých zdravotnických zařízení a některé zdravotnické školy mají vlastní lektory.

V české republice lektorovala první základní kurz Bazální stimulace PhDr. Karolína Friedlová v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od té doby proběhlo mnoho základních a také nástavbových kurzů, kterými prošli ošetrřřující z různých oblastí.

V řřřjnu 2005 byl založen na území České republiky INSTITUT Bazální stimulace, který je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí na pracovištřřích, která pracují s konceptem (FRIEDLOVÁ, 2005).

## 2. Teoretická východiska konceptu

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů (FRIEDLOVÁ, 2007).

### 2.1. Techniky konceptu bazální stimulace pro stimulaci vnímání

Okolní svět lidí, kteří mohou jen velmi omezeně vnímat své okolí, je dle současných vědeckých poznatků redukován nebo zkoncentrován na bezprostřední sféru vlastního těla. Takový stav prožili všichni lidé v období prenatálním (FRIEDLOVÁ, 2007).

Vnímání tělesného schématu je také předpokladem k vnímání vlastního okolí a posléze navázání komunikaci s tímto okolím (FRÖLICH, 1998).

V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízených podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

Ke stimulaci vnímání vlastního těla.

K podpoře rozvoje vlastní identity.

K umožnění vnímání okolního světa

K umožnění navázání komunikace se svým okolím.

Ke zvládnutí orientace v prostoru a čase.

Ke zlepšení funkcí organismu (FRIEDLOVÁ, 2005).

## 2.2.Podpora hybnosti

Schopnost pohybu provází člověka prakticky celý život. Pohyb je důležitý k zajištění chůze, udržení určité pozice těla, k získání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci, ale také je úzce spjat s komunikací (řeč, mimika, gesta). Schopnost hýbat se člověku umožňuje nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své vlastní tělo a okolí. Ten, kdo nemůže vůbec změnit svou polohu je velmi ochuzen o mnoho podnětů z vnitřního a vnějšího světa. Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb.

K podpoře hybnosti využívá koncept bazální stimulace všech základních i nástavbových prvků. Stimulaci vnímání podporuje hybnost, přičemž důležitým faktorem je motivace (FRIEDLOVÁ, 2007).

## 2.3.Komunikace v konceptu bazální stimulace

Tělesný a duševní život člověka je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí jazyka, výškou hlasu, jeho intonací a schopností analyzovat význam slov. Také neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonat pohyb, možností využití jiných komunikačních kanálů než auditivního. Komunikačními kanály v komunikačním procesu mohou být

všechny smyslové orgány, v konceptu bazální stimulace tedy hovoříme o možnosti využití dle stavu a schopností klienta těchto komunikačních kanálů:

Somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického, taktilně-haptického (FRIEDLOVÁ, 2007).

## 2.4. Autobiografická anamnéza

Sepsání biografie je důležitá část ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. Práce s biografií klienta znamená volit nabídky zohledňující individualitu klienta. Biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči. Biografická anamnéza může výrazně pomoci strukturovat individuální plány a poskytovat profesionální péči.

Přesídlení do zdravotnických zařízení nebo do zařízení poskytovatelů sociálních služeb je u většiny lidí spojováno s obavami ze ztráty autonomie. Koncept Bazální stimulace zohledňuje biografii a umožňuje tak najít konstruktivní cestu ke spokojenosti klientů a také personálu. Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a pochopit jeho chování (FRIEDLOVÁ, 2013).

## 3. Vybrané prvky konceptu

### 3.1. Somatická stimulace

Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat.

Pokud z různých příčin dojde k výpadku některé z těchto forem vnímání, dochází ke změně vnímání tělesného obrazu a ke zkrácenému vnímání těla. Lidé po úrazech mozku vykazují změny ve vnímání tělesného schématu. Neintegrovaná část těla do tělesného schématu má za následek také změny v oblasti hybnosti dané části těla, protože pohybu předchází myšlenka na pohyb. Imobilita a nečinnost např. z důvodu úrazu, onemocnění či kombinovaného postižení má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu. Koncept Bazální stimulace podporuje vnímání tělesného schématu a somatické vnímání. Jedná se o stimulaci těla, kožního smyslového orgánu.



Nejzákladnější formou somatické stimulace je dotek. Je to nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam. Důležité je přitom, jak se dotýkat.

Předpokladem kvalitního doteku je:

- klid
- způsob a význam kontaktu
- vyvinutá síla, tlak
- rytmus, opakování
- sled

Takový kontakt poskytuje jistotu a umožňuje orientaci. Důležitým prvkem je také budování důvěry formou doteku, který nebudí strach a obavy (FRIEDLOVÁ, 2003).

### *3.1.1. Zklidňující somatická koupel*

Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působení uklidnění.

Zklidňující stimulaci aplikujeme u pacientů se změnou v oblasti mentální s cílem stimulovat tělesné schéma a poskytnout podporu v procesu učení. Dále je prováděna u předčasně narozených dětí, klientů ve vigilním kómatu, hyperaktivních, úzkostných, u klientů s tachykardií a zvýšeným svalovým tonem, s poruchou spánku.

Materiál: Žínky, ručníky, vodu o teplotě 37°- 40°, tělové mléko, olej.

Provedení:

Klienta informujeme o zahájení stimulace adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovávat informace. Dle stavu klienta zvolíme tělesný region k zahájení stimulace. Můžeme začít obličejem, ale nemusíme. Na hrudníku provádíme stimulaci od středu trupu k zevní straně hrudníku. Končetiny stimuluje ve směru růstu chlupů. Horní končetiny stimuluje od ramenního kloubu ke konečkům prstů a dolní končetiny stimuluje od pánve ke konečkům prstů. Zada stimuluje tak, že postupujeme směrem od páteře k zevní straně trupu (FRIEDLOVÁ, 2003).

### 3.1.2. *Povzbuzující somatická koupel*

Povzbuzující somatickou stimulaci aplikujeme u klientů se změnou v oblasti mentální s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení. U klientů se sníženým svalovým tonem, ve vigilním kómatu, u klientů v soporu, somnolenci, u depresivních pacientů. Dále u klientů s bradykardií a apatií. Materiál stejný jako u zklidňující stimulace až na teplotu vody, která se pohybuje okolo 28° - 33° celsia.

Provedení:

Stimulujeme proti růstu chlupů. Klienta před zahájením informujeme adekvátně jeho schopnosti vnímat. Dle stavu zvolíme tělesný region k zahájení stimulace. Můžeme začít obličejem, ale nemusíme. Na končetinách postupujeme ve směru proti růstu chlupů, tj od konečků prstů k rameni. Na hrudníku začínáme na stranách trupu a končíme ve středu hrudníku. Dolní končetiny stimulujeme také proti růstu chlupů. Obličej je vhodně stimulovat formou asistované péče nebo ho stimulovat oběma rukama e směru od brady k čelu (FRIEDLOVÁ, 2003).

### 3.1.3. *Neurofyziologická somatická koupel (Stimulace dle konceptu Bobath)*

Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či v některých regionech jedné poloviny těla, znovu vnímat tuto stranu. Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla. Velký důraz během stimulace klademe na to, aby klient během stimulace opticky kontroloval stimulované části těla.

Neurofyziologickou stimulaci můžeme použít u klientů s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách, u klientů s hemiplegií.

Materiál je stejný jako u předchozích typů stimulace a teplota vody je stejná jako u povzbuzující stimulace (FRIEDLOVÁ, 2003).

### 3.1.4. *Polohování*

Vnímání tělesného schématu se mění při klidném ležení již po 30 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se ještě umocňuje u klientů dezorientovaných. Polohováním poskytuje stimulaci jak somatickou, tak vestibulární.

Již zcela minimální změny polohy pomocí srolovaného ručníku, povlečení, polohovacích pomůcek mohou značně podpořit vnímání svého těla.

Také díky poloze končetin můžeme klientovi nabídnout informace o jeho těle. Musíme ale mít na paměti, že takováto opatření neprovádíme na dobu delší než 90 minut, jinak vedou k habituaci (FRIEDLOVÁ, 2003).

#### *Poloha mumie*

Cílem tohoto polohování je umožnit klientovi zprostředkovávat vjemy ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit hranice vlastního těla. Polohování mumie lze kombinovat s polohováním hnízdo a mikropolohováním.

Provedení:

Klienta informujeme o polohování. Máme-li možnost, poskytneme klientovi nejprve celkovou zklidňující koupel nebo stimulaci. Podložíme hlavu polštářem, horní končetiny položíme na hrudník, klientovo tělo v poloze na zádech zavineme dekou či prostěradlem. Případně ještě obložíme dekou – kombinace s polohou hnízdo.

Klientovi necháme možnost, aby se z této pozice mohl sám vymanit. Klienta neustále sledujeme, délka aplikace záleží na stavu a reakcích klienta (FRIEDLOVÁ, 2003).

#### *Poloha hnízdo*

Tato poloha umožňuje klientům si odpočinout a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Zároveň jim tato poloha nabízí pocit jistoty a bezpečí a zlepšení vnímání hranic svého těla.

Provedení:

Tuto pozici můžeme aplikovat v poloze vleže na zádech, na boku či v poloze na břiše. Lze aplikovat i v sedu v křesle.

Deky srolujeme do pevné role. Uvedeme klienta do polohy, ve které má setrvat. Srolovanými dekami ohraničíme jeho tělo a přikryjeme ho (FRIEDLOVÁ, 2003).

### 3.2. Optická stimulace

Zrakový vjem nám umožňuje orientaci, schopnost vnímat okolní prostředí, schopnost uspořádat okolní prostředí, pocit jistoty a schopnost učit se.

Stupně vývoje zrakového vnímání (A.Fröhlich):

1. Vnímání světla/tmy/ preferování vnímání kulatých tvarů a červené barvy
2. Vnímání obrysů na krátkou vzdálenost (cca 10-15cm)
3. Vnímání vlastních částí těla
4. Vnímání okolí ve větší vzdálenosti (cca 1-2m)
5. Vnímání zřetelných, ostrých struktur
6. Rozlišování jednotlivých předmětů pomocí rukou a úst
7. Vývoj barev
8. Rozlišování forem, velikosti, předmětů, osob a paralelně vývoj vnímání barev

Uvedené fáze zrakového vývoje vnímání odpovídající vývoji dětského oka po narození se mohou objevit také u lidí, kteří trpí poškozením optického vjemu na základě získaných nebo vrozených zrakových poruch a také u těch, kteří se po delší době probouzejí ze stavu umělého spánku (analgozsedace).

Změny zrakového vnímání:

Změny ve zrakovém vnímání mohou mít různé příčiny.

1. Změny zrakového vnímání v důsledku stárnutí
2. Změny zrakového vnímání působením léků (oční kapky, masti)
3. Na podkladě onemocnění
4. Následkem úrazu

Při optické stimulaci je důležité dodržovat tyto zásady:

Vždy vychází z biografie klienta.

Nabízíme podněty, které jsou zřetelně světlé a zřetelně tmavé.

Nabídnout klientovi uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí.

Pokud jsou klientovi nabízeny obrázky, musí být dostatečné velikosti a umístěny do jeho zorného pole.

U klientů s demencí nebo mentální retardací jsou vhodné obrázky, které klient zná (práce s biografií klienta).

Nebezpečné jsou abstraktní kresby, mohou vyvolávat u klientů úzkostné stavy z důvodu negativních asociací.

Používá-li klient brýle, nikdy nesmíme zapomenout mu je nasadit.

Pro stimulaci pohybové aktivity klienta je vhodné fotografie a obrázky umístit na okraj jeho zorného pole tak, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu, když na ně bude chtít pohlédnout.

Také sledování televize, videa patří k formám optické stimulace kombinované s auditivní stimulací (FRIEDLOVÁ, 2013).

### 3.3. Auditivní stimulace

Cílem auditivní stimulace je stimulace sluchového vnímání a rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky. Auditivní komunikační kanál je také jednou z možností navázání kontaktu s uživatelem, klientem a žákem. V praxi to znamená maximalizovat význam poskytnutých slovních sdělení klientům a naopak minimalizovat nejasné zvuky okolního světa.

Vhodná je například kombinace s iniciálním dotekem. Terapeuti a pedagogové by měli také zvolit zcela jednoduchou a zřetelnou formu slovního kontaktu a poskytnout klientovi nebo žákovi možnost jasně rozlišit, kdy se hovoří s ním, a kdy s jeho okolím. Lidem se změnou kognitivních schopností by měly být poskytovány jen jasné informace a auditivní stimulace integrována do péče na základě znalosti jeho autobiografické anamnézy (důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti a užívání sluchadel). Možnosti auditivní stimulace jsou hudba, vyprávění, zpěv anebo hra na hudební nástroje (FRIEDLOVÁ, 2013).

### 3.4. Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu, a to již v prenatalním vývoji dítěte, postnatálně taktéž (dítě poznává svět skrze ústa). Ústa umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci chuť, vůni, konzistenci a tvar.

Cílem orální stimulace je zprostředkovat uživateli, klientovi nebo žákovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u klienta. Orální stimulaci můžeme provádět izolovaně, anebo jako přípravu na podávání stravy. V žádném případě není orální stimulace synonymem péče o dutinu ústní nebo nácviku polykacího reflexu. Ale je velice výhodné je vzájemně kombinovat. Před orální stimulací je vhodné aplikovat nejprve somatickou stimulaci obličejové části hlavy. Během somatické stimulace obličeje jsou taktéž manuálně stimulovány slinné žlázy (FRIEDLOVÁ, 2013).

## 4. Kóma

Kóma je stav, kdy pacient postupně ztrácí reaktivitu na zevní podněty. Na silně bolestivé podněty se zpočátku objevuje dekortikační či decerebrační odpověď nebo vegetativní reakce (tachykardie, tachypnoe). V nejhlubším kómatu není přítomná žádná reakce na zevní podněty zprostředkované mozkem (KAPOUNOVÁ, 2007).

### 4.1. Vegetativní stav

Vegetativní stav je kóma, při němž pacient působí dojmem, že se probal, má otevřené oči, polyká, není možné s ním však navázat kontakt, neudrží moč ani stolicí. Tento stav bývá důsledkem těžkého poškození mozku (INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE, 2004).

Byly zavedeny termíny jako, persistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav, které odlišují délku trvání tohoto stavu od počátku onemocnění a mají rozdílnou prognózu ve vztahu k možnému parciálnímu, anebo úplnému uzdravení.

Prognóza pacienta je rovněž dána charakterem primárního onemocnění, komorbiditami a komplikacemi v průběhu vegetativního stavu. V péči o pacienty s vegetativním stavem hraje důležitou roli mimo lékařskou péči zejména sesterská a ošetrovatelská péče a rehabilitace.

Termínem persistentní vegetativní stavu dnes označujeme vegetativní stav, který trvá déle než 1 měsíc po akutním traumatickém nebo netraumatickém postižení mozku. O permanentním vegetativním stavu hovoříme, jestliže vegetativní stav trvá bez známek reversibility 3 měsíce a déle od vzniku netraumatického poškození mozku (např. globální mozkové hypoxie jako následek kardiovaskulárního selhání), anebo 12 a více měsíců po vzniku traumatického poškození mozku.

Pacienti, kteří jsou diagnostikováni, jako persistentní vegetativní stav jsou považováni za ty, u nichž je možná úprava vegetativního stavu, u pacientů s diagnózou permanentní vegetativní stav se uzdravení považuje za velmi nepravděpodobné až nemožné (DOLEŽIL, a další, 2007).

### 4.2. Příčiny ztráty vědomí:

Nejčastější příčiny ztráty vědomí jsou:

- exogenní a endogenní intoxikace;
- difúzní mozková ischemie;
- intrakraniální krvácení a intrakraniální tumory

- traumatické poškození mozku;
- zánětlivé onemocnění centrální nervové soustavy; epileptické záchvaty;
- interní onemocnění.

#### 4.3. Diagnostika

Doba trvání poruchy vědomí úzce souvisí s rozsahem mozkového poškození a je také jedním z nejdůležitějších kritérií při prognóze. V klinické praxi se diagnóza ztráty vědomí stanoví pomocí různých skórovacích systémů, posuzujících schopnost reakce pacienta. Mezinárodně nejrozšířenější skóre je Glasgow Coma Scale (GCS), které k určení stavu vědomí používá tato tři základní kritéria:

- 1) Otevírání očí;
- 2) Motorická reakce (tj. nejlepší motorická reakce končetiny nezasažené parézou);
- 3) Verbální projev.

Jednotlivé kategorie jsou hodnoceny od jednoho bodu (nejhorší výsledek) do šesti bodů (nejlepší výsledek). Podle Glasgow Coma Scale je komatózní ten pacient, jenž má hodnocení osm nebo méně bodů. Rozlišujeme tři stupně kómatu:

- 1) Lehké kóma (GCS >7 bodů)
- 2) Středně těžké kóma (GCS 6 -7 bodů)
- 3) Hluboké kóma (GCS < 6 bodů) (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2013).

U pacientů s poruchami vědomí se těší oblibě zejména skóre Koma-Remissions-Skala (KRS); jako hodnotící kritérium tu však rovněž slouží reakce pacienta. Další standardizované pozorování reakcí pacienta je Coma Observation Scale (COS), které rozlišuje sedm kritérií:

1. Otvírání očí;
2. Pohyb očí a fixaci;
3. Pohyb hlavy;
4. Mimiku;
5. Motoriku;
6. Schopnost vytvářet zvuky; (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2013).

#### 4.4. Následky poškození centrálního nervového systému

Následkem těžkého poškození mozku dochází k omezení všech funkcí mozku, a tím ke ztrátě ovládnání všech funkcí těla a psychiky, zejména k poškození životně

důležitých funkcí, v těžkých případech pak ke kómatu až k smrti (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2009).

#### 4.5. Prognóza:

Nejdůležitějšími prognostickými faktory jsou doba trvání kómatu a věk pacienta, přičemž samozřejmě platí, že nízký věk a krátké kóma znamenají pro pacienta lepší vyhlídky. Při posuzování prognózy onemocnění u komatózních pacientů však zatím neznáme plnou jistotu, a to ani na základě klinicko-neurologického vyšetření, ani za použití přístrojové diagnostiky (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2013).

#### 4.6. Časté problémy a komplikace u komatózních pacientů – následky dlouhodobé imobilizace:

Imobilizace pacientů se senzomotorickými deficity může ohrozit úspěch výsledků rehabilitace. Z tohoto důvodu patří znovuzískání mobility k nejdůležitějším terapeutickým cílům včasné rehabilitace. Tento terapeutický proces umožňuje postupné mobilizování pacienta podle jeho fyzické výkonnosti a umožňuje snížit počet komplikací.

*K následkům imobility patří:*

##### 4.6.1. *Atrofie svalstva*

V rámci atrofie svalstva dochází k rychlé pokračující redukci svalového průměru, která dosahuje po čtyřech týdnech 10-60%. Svalový deficit, jenž je klinicky manifestován zejména zmenšeným objemem končetin, nacházíme skoro výhradně v oblasti extenzorů, flexory jsou značně méně často postiženy.

Poškození svalstva imobilizací je reverzibilní, opětná restituce stavu vyžaduje 2-4krát delší dobu, než trvala doba imobilizace.

Pro vývoj atrofie je důležitých několik bodů:

Stáří pacienta

Doba imobilizace

Stupeň imobilizace

##### 4.6.2. *Degenerativní změny na hyalinních chrupavkách a na vazivu v kapsli kloubu*

Po 3-4 týdenní imobilizací ukazuje hyalinní chrupavka kloubů již velmi znatelné změny.



Následkem imobilizace také dochází ke zkrácení vaziva, což podporuje zejména vývin kontraktur. Ztrátou struktury specifického směru průběhu kolagenních vláken dochází také k redukci možnosti zátěže

#### *4.6.3. Osteoporóza*

Kostní tkáň je schopna reagovat na změnu zátěže. Tlak, tah, ohýbání a torze jsou k zachování kostního materiálu velice důležité. Také mechanická zátěž způsobena funkčním pohybem svalů dopomáhá udržet rovnováhu mezi tvorbou a úbytkem kosti. Osteoporóza se může např. u paretické končetiny vyvinout již po několika týdnech. Osteoporóza následkem imobility se vyskytuje zejména v těch částech kostry, které jsou během normálního života stále zatíženy:

Kyčle

Chodidla

Kolena

#### *4.6.4. Spasticita*

U pacientů v kómatu s těžkou spasticitou, hlavně ve formě tetraspasticity, dochází k celé řadě problémů nejen ze strany terapie, ale také ze strany specializované péče. Postižený často trpí velmi nepříjemnými bolestivými spasmy, které způsobují výrazné zhoršení životní kvality. Spasticita také přináší nebezpečí kontraktur, jež vedou k těžkým a často ireverzibilním omezením pohybového aparátu.

#### *4.6.5. Kontraktury*

Terapeutický koncept obsahuje různé formy svalového protahování. Principy svalového protahování se orientují podle základů manuální terapie. Během terapie by měl být každý zkrácený sval 3-5krát natažen. Intenzita terapie má být při těžkém zkrácení svalstva 4-5krát týdně, pro udržení fyziologické délky svalu 2-3krát týdně. Před začátkem terapie se doporučuje aplikace teplých zábalů, za účelem využití jejich pozitivního efektu na snížení svalového tonu (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2013).

### 4.7. Ošetrovatelská péče

Péče o pacienta zahrnuje dokonalou medicínskou, sesterskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Cílem ošetrovatelské péče je zajistit všemi prostředky moderního ošetrovatelství, aby tito pacienti měli uspokojeny základní bio-psycho-sociální potřeby.

Velmi důležitým aspektem péče je pokud možno okamžité zapojení rodiny a nácvik ošetřování nemocného již během hospitalizace, čímž se velmi usnadní příprava rodiny na domácí ošetřování.

Specifičnost ošetrovatelských problémů je dána změnami v tělesné, psychické, a sociální oblasti. U jednoho pacienta se tak mohou vyskytnout ošetrovatelské problémy, které mohou být aktuální, potencionální, ale nejčastěji mají charakter permanentní. A vyžadují tedy neustále sesterské intervence. Základní ošetrovatelskou péči dělíme na: péči o výživu, péči o vyprazdňování, péči o hygienu a pohodlí, péči a prevenci dekubitů, péči o dýchací cesty a invazivní vstupy, monitorování vitálních funkcí, podávání a aplikace léků, komunikaci a stimulaci (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.7.1. Výživa:

Nutriční podpora u nemocných je možná dvěma cestami, parenterální a enterální. Cílem ošetrovatelské péče je nekomplikovaný průběh aplikace výživy a léků do centrálního žilního přístupu. Výživa by měla být kompletní a poskytovat organismu potřebné živiny ve správném vzájemném poměru. Množství potravy by mělo být přizpůsobené tělesné hmotnosti, věku, fyziologickému stavu a denní činnosti (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.7.2. Hygienická péče:

Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou. Pro většinu lidí je základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Je ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory. K hygienické péči patří ranní a večerní umývání a česání, úprava nehtů, mytí vlasů, péče o chrup a péče o čisté osobní prádlo. Mezi základní pomůcky dokonalé ústní hygieny u těchto pacientů patří jednorázové pinzety, sterilní tampóny, případně kartáček na zuby a neméně důležitá je správná technika čištění zubů. Cílem čištění zubů a celé dutiny ústní je odstranění zubního plaku (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.7.3. Dekubity

Dekubity znamenají vždy velmi závažnou komplikací celkového těžkého stavu pacienta. Jejich ošetřování a léčení je nesnadné a zdlouhavé. Je proto snazší věnovat pozornost prevenci. Dekubity rozdělujeme do čtyř základních skupin:

1. stupeň – lehce začervenalá kůže, která nebledne i pod stlačením prstem, kůže není poškozena

2. stupeň – porušená kůže, postihuje pokožku nebo kožní vrstvu, dekubit je povrchový
3. stupeň – ztrácí se celá tloušťka kůže, způsobující poškození nebo odumření podkožní tkáně
4. stupeň – úplná ztráta celé vrstvy kůže, s rozsáhlým poškozením a nekrózou tkáně

Užitečným nástrojem k vyhodnocení rizikových skupin nemocných podle míry rizika vzniku dekubitů je stupnice podle Nortonové (DOLEŽIL, a další, 2007).

Základním a nejúčinnějším prostředkem proti vzniku dekubitů je polohování. Jde o systematické, časové změny polohy pacienta. Pravidelnými změnami polohy nemocného se blokuje nadměrné působení tlaku na tlakové body. Intervaly mezi změnami polohy nemocného nejsou neměnné. Řídí se podle okamžitého stavu nemocného, takže mohou kolísat od 1/2 do 4 h. Částečné usnadnění práce, ale nikoli odstranění fyzické námahy, znamenají různé typy matrací a lůžek.

Dalším požadavkem je dokonale upravené a suché lůžko. Neodmyslitelnou součástí a výbornými pomocníky jsou pomůcky, které jsou různě tvarované a chrání tlakové body (molitanové podložky, polštáře, papuče z ovčího rouna, antidekubitní matrace). Důležitou úlohu v prevenci dekubitů hraje také hygiena. Jde především o omezení nepříznivého vlivu moči, stolice, potu. V běžném denním režimu to vyžaduje častou výměnu osobního i ložního prádla a plen, koupele, sprchování. Neprodyšné podložky, pleny jsou nepřípustné, protože takto kryté oblasti se zapařují a macerují, čímž se velice narušuje integrita kůže a dekubity se pak mohou vyvíjet neobyčejně prudce.

Nedílnou součástí je rehabilitace. Ta se snaží podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. Obecně platí, že je s ní nutné začít co nejdříve. Způsob a intenzita rehabilitace se však musí individualizovat (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.7.4. Péče o dýchací cesty

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty zahrnuje zvlhčování a odsávání dýchacích cest, inhalační terapii, ošetřování tracheostomie či endotracheální kanylu. Dýcháním přes tracheostomickou a endotracheální kanylu jsou vyřazeny přirozené funkce horních cest dýchacích. Při nedostatečné či nevhodné ošetrovatelské péči může dojít k zasychání sekretu, k tvorbě krust a k možné infekci dolních cest dýchacích. Pacient s tracheostomií provádí pohybovou aktivitu, která odpovídá jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Vždy dbáme na správnou polohu hlavy a trupu, aby byla zachována průchodnost dýchacích cest. Odsávání z dolních cest dýchacích provádíme sterilními odsávacími cévkami přiměřeného průsvitu. Šetrnou technikou odsávání sekretu z dýchacích cest snižujeme

jejich traumatizaci a předcházíme vzniku infekce. Odsáváme jen tehdy, je-li to nezbytně nutné. Tento způsob odsávání sekretu z dýchacích cest je otevřený. Vhodnějším a méně ohrožujícím způsobem jak pro pacienta, tak okolí je uzavřený odsávací způsob. Tvoří ho sterilní odsávací cévka uložená ve sterilním polyuretanovém rukávci zakončená přerušovačem sání (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.7.5. Péče o invazivní vstupy a prevence nozokomiálních nákaz

Invazivní vstup do sterilního prostředí krevního řečiště je rizikovým faktorem pro vznik infekce. Zavedení periferního vstupu patří mezi nejčastější výkony prováděné ve zdravotnických zařízeních (KELNAROVÁ, 2009).

Péče o periferní vstup:

Péče o periferní vstup zahrnuje kontrolu místa zavedení a kontrolu funkčnosti katetru. Provádíme pravidelný převaz kanyly jedenkrát za 24 hodin speciálním filmovým krytím. Jedenkrát denně zhodnotíme místo vpichu dle Maddonovy klasifikace.

Při výskytu komplikací (zarudnutí, bolest, otok) kontaktujeme lékaře, případně vytáhneme katetr. Po vytažení na místo vpichu přikládáme led, případně použijeme krém Heparoid.

Péče o centrální vstup:

Péče o centrální vstup zahrnuje kontrolu a pravidelné převazy. Sterilní mulový čtverec měníme jedenkrát za 24 hodin, adhezivní, průhledný obvaz měníme jedenkrát za 3-5 dnů. Krytí se po výměně označuje datum a hodinou výměny. Provedeme záznam do dokumentace. Dodržujeme aseptický přístup při zavádění a následném ošetřování centrálního žilního vstupu (KELNAROVÁ, 2009).

Prevence nozokomiálních nákaz:

Za nozokomiální infekci se zpravidla považuje infekce, jejíž první známky se u pacienta vyskytly po více než 48 hodinách po přijetí na příslušné oddělení.

V rámci prevence nozokomiálních infekcí je zapotřebí nadržovat zásady osobní hygieny, dodržovat zásady hygieny rukou (mytí, dezinfekce, používání rukavic), k usušení rukou používat jednorázové utěrky. Dále provádět hygienickou dezinfekci rukou vždy po manipulaci s biologickým materiálem, k parenterálním zákrokům používat pouze sterilní nástroje a pomůcky (KAPOUNOVÁ, 2007).

#### 4.7.6. Komunikace

Rozhovor je prastarou a účinnou metodou získávání a výměny informací i vzájemného ovlivňování dvou nebo více osob. Jádrem a základem každého rozhovoru je dotazování, reakce na dotazy a naslouchání. Rozhovor staví přirozeně na verbálních prostředcích, důležitou součástí jsou však také projevy neverbální. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným. V profesi sestry by měla převažovat komunikace vědomá a záměrná, jejímž hlavním cílem by mělo být navázání nosného vztahu mezi ní a pacientem. Jeden ze základních sociálních předpokladů je dovednost navázat kontakt s druhým člověkem. Náročnost této dovednosti sestra pochopí až v situaci, když musí komunikovat s pacientem tracheostomovaným nebo zmateným.

Komunikace mezi sestrou a pacientem ve vegetativním stavu je vždy obtížná a někdy se zdá prakticky nemožná. Především je nutno si uvědomit, že nemocný může vnímat i slyšet, a proto nezapomínáme kontrolovat své chování (DOLEŽIL, a další, 2007).

#### 4.8. Lékařská péče

Lékařská péče v průběhu vegetativního stavu (kómatu) je dána základním onemocněním a snahou dosáhnout všemi dostupnými medicínskými prostředky přechod do permanentního vegetativního stavu, a s podpory sesterské, ošetrovatelské a rehabilitační péče. PMVS pak přináší mnoho dilemat do jaké míry léky, léčebné prostředky a postupy jsou medicínsky přínosné, eticky správné a v souladu s právní normou. Jedná se zejména o podávání antibiotik, krevních náhrad, provádění hemodialýzy a podobně (DOLEŽIL, a další, 2007).

## 5. Potřeby nemocných v kómatu

Je těžké zjistit, zda nemocný cítí či necítí nějaké potřeby. V tomto případě je třeba se řídit principem, že pacient má potřeby stejné jako komunikující člověk, jen je není schopen vyjádřit. Proto se k nemocným v bezvědomí máme chovat jako k lidem při vědomí a svědomitě plnit všechny jejich potřeby, a to nejen fyziologické. Tento princip je třeba si pevně vštípit a dbát zejména na situace, kdy pracujeme u pacienta v bezvědomí a komentujeme jeho stav.

O tomto principu se můžeme zmínit před příbuznými. Těm tato informace může velmi pomoci ve zvládnutí náročné životní situace, jakou je těžká nemoc blízkého člověka. Mohou proto volně s nemocným mluvit a předávat tak informace, které nemocný může vnímat, pouze nemůže reagovat zpět.

Vigilní kóma je typ kómatu, při němž pacient působí dojmem, je při plném vědomí. Má otevřené oči, které však nesledují okolí a jen bezcílně bloudí. Někdy i žvýká a polyká podanou stravu, ale není možné s ním navázat kontakt. Neudrží moč ani stolici, může mít obrny různých částí těla a další příznaky vyplývající z postižení nejvyšších částí mozku v důsledku jeho dlouhodobého otoku, často po těžkých poraněních hlavy (VOKURKA, a další, 2004).

U klientů ve vigilním kómatu musíme dbát na dokonalé plnění všech potřeb, s důrazem na potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. S těmito nemocnými se musí komunikovat, jako by byli zcela při vědomí a reagovali na nás (ŠRÁMKOVÁ, a další, 2011).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1. Metodika výzkumu

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.

V kvalitativním výzkumu mají údaje charakter textu, což vyžaduje od badatele jejich sběry přeformulování do jiných textů, které se stávají případovými studii, životními příběhy.

Tento typ výzkumu probíhá na místech, které mají pro výzkumníka ustálený smysl (nemocniční oddělení, odborná ambulance, dům sociálních služeb aj.). Zkoumaní lidé – respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu a jejich množina nebo soubor se během výzkumu rozšiřuje nebo zužuje (KUTNORORSKÁ, 2009).

K výzkumu byli vybráni čtyři pacienti s diagnózou vegetativní stav, u kterých se bazální stimulace provádí od přijetí na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Data ke svému výzkumu jsem získala v rámci individuální školní praxe, pozorováním a rozhovorem se sestrami z oddělení a následně zápisem informací do kazuistik. Výzkum trval od 30. 6. 2014 do 1. 8. 2014. Výstupem mé práce je vytvoření denního záznamu bazální stimulace pro sledované zařízení, který je přiložen v příloze B a vyplněn se všemi sledovanými pacienty.

## 2. Vlastní výzkum

### 2.1. Sledované zařízení

DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelské péče) je oddělení, které poskytuje intenzivní péči pacientům s poruchou vědomí a těžkým neurologickým postižením (paréza, plegie), jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, ale je nutná intenzivní ošetrovatelská péče o dýchací cesty. Do ošetrovatelské péče je zařazen koncept bazální stimulace a zaměstnanci na oddělení jsou proškoleni základním a nástavbovým kurzem konceptu bazální stimulace. Bazální stimulaci na tomto oddělení praktikují od roku 2010. Na oddělení pracuje celkem 12 sester a 6 ošetrovatelek. Na jedné směně je sestra sama na oba boxy a má k sobě přiřazenou ošetrovatelku. Zdravotnický personál se vždy snaží o maximální spolupráci s rodinnými příslušníky.

Sledované zařízení tvoří dva malé boxy pro pacienty. V jednom mohou být umístěni dva pacienti a ve druhém tři. Všichni pacienti jsou oddělení plentou a mají speciální polohovatelná lůžka s antidekubitálními matracemi. Každý pacient má přiřazenou skříňku s pomůckami na bazální stimulaci.

Oddělení poskytuje péči pacientům v akutním, ale stabilizovaném stavu. Úzce spolupracuje s oddělením následné péče, kam jsou pacienti po uzdravení z akutního stavu přesunuti a dále rehabilitují.

### 2.2. Harmonogram práce na oddělení DIOP

Počátek pracovní doby na tomto oddělení byl v 6:00 hodin.

- 6:15 - 7:00 hod. - hygiena pacientů v koupelně (každý den), výměna ložního prádla, péče o kůži, chrup a vlasy
- 7:00 hod. - podávání léků, krmení pacientů sondou
- 8:00 hod. - polohování pacientů, rehabilitace
- 9:00 hod. - měření fyziologických funkcí, převazy ran
- 10:00 hod. - polohování pacientů, krmení do sondy
- 11:00 hod. - podávání léků, rehabilitace
- 12:00 hod. - polohování pacientů, krmení do sondy, měření fyziologických funkcí
- 14:00 hod. - polohování pacientů, krmení do sondy
- 16:00 hod. - polohování pacientů, krmení do sondy, měření fyziologických funkcí
- 17:00 hod. - večerní hygiena, podávání léků



- 18:00 hod. - polohování, krmení do sondy, měření FF, kontrola denní diurézy – výměna močového sáčku
- 19:00 hod. - večerní klid, v rámci optické stimulace sledování, poslech televize – dle autobiografie pacienta
- 22:00 hod. - večerní klid, polohování pacientů každé 4 hodiny (2:00, 6:00)

## 2.2. Kazuistika I.

### Anamnéza:

Pacientka byla přivezena rychlou záchrannou službou dne 7. 12. 2013 na anesteziologicko-resuscitační oddělení z důvodu střetu osobního automobilu s tramvají. Při příjmu bylo pacientce provedeno několik vyšetření (CT, MR, neurologické vyšetření). Po několika dnech byl stav pacientky stabilizovaný a vyhodnocený jako kraniotrauma s axonálním poškozením, těžký organický prefrontální syndrom s choreatickými pohyby. Po dohodě s lékařem byla pacientka přeložena do jiné nemocnice na anesteziologicko-resuscitační oddělení z důvodu využití hyperbarické komory (4. 1. 2014). Stav mozku pacientky byl nadále neměnný a vyhodnocen jako vegetativní stav. Pacientce byla z důvodu zajištění dostatečné nutrice provedena Perkutánní Endoskopická Gastrostomie a byl jí zaveden permanentní močový katetr. Dále byla pacientce z důvodu spontánní dechové činnosti odstraněna tracheostomie.

Dne 16. 4. 2014 byla pacientka přeložena na oddělení DIOP k dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči a bazální stimulaci.

### Osobní anamnéza:

Věk: 26 let

Alergie: nejuje

Rodinný stav: vdaná

### Farmakologická anamnéza:

Tiapridal (Antipsychotika, neuroleptikum) 1-1-2,

Stilnox (Hypnotikum) 0-0-1,

Trittico(antidepresivum) 0-0-1

### Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v rodinném domku s manželem a dvouletým synem.

#### Pracovní anamnéza:

Pacientka pracuje jako barmanka v kolektivu přátel. Práce ji vždy bavila. Měla kolem sebe ráda lidi, je společenská.

#### Autobiografická anamnéza:

##### Tělesná péče

Pacientka je pravák.

Iniciální dotek: pravé rameno

Péče o její tělo pro ni byla vždy důležitá, prováděla ji každý den ráno i večer. Při večerní hygieně dávala přednost koupeli ve vaně. Teplotu vody měla ráda vlažnou.

K mytí používala tekutý sprchový gel a žínku. Preferovala sladké vůně sprchového gelu značky Radox.

Vlasy si byla zvyklá mýt 2x za týden. Používala šampon a kondicionér značky Avon.

Nebyla zvyklá si používat vysoušeč vlasů..

Stav pokožky je normální, bez patologických změn

##### Péče o zuby:

Pacientka má vlastní trvalý chrup. Zuby si byla zvyklá čistit 2x denně, kartáčkem a oblíbenou pastou. Používala ústní vodu značky Odol. Nebyla zvyklá užívat mezizubní kartáčky a zubní nit.

##### Vyprazdňování:

Močila spontánně, vyprazdňování stolice bylo pravidelné.

##### Vnímání okolí:

Pacientka nemá vady zraku ani sluchu. Mezi její oblíbené televizní pořady patřil seriál, „Ulice“ a „Ordinace v růžové zahradě“.

Mezi její oblíbenou hudbu, kterou poslouchala, patřila popová a rocková hudba na rádiové stanici Evropa 2.

##### Spánek:

Pacientka obvykle spala 8 hodin denně. Byla zvyklá chodit spát pozdě v noci.

Její oblíbená poloha při spaní byla na zádech, neměla oblíbený polštář ani deku. Mezi její spánkové rituály patřila hodně zatemněná místnost na spaní.

##### Jídlo, pití:

Upřednostňovala sladké chutě, teplotu jídla preferovala vlažnou.

Mezi její oblíbené nápoje patřila káva a Kofola. Svíčková na smetaně bylo její oblíbené jídlo.

Nemá žádné potíže při polykání, ani alergie na potraviny.

Pohyb tělesné aktivity:

Nebyla zvyklá na pravidelnou tělesnou aktivitu, ale rekreačně jezdila s rodinou lyžovat.

Způsob života:

Pacientka byla povoláním barmanka. Mezi její koníčky patřilo lyžování a posezení s přáteli.

Má jednoho dvouletého syna.

Pacientka je ateistka.

Bolest a psychickou zátěž zvládala dobře. Důležitý prožitek v jejím životě v poslední době bylo narození syna.

Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata 16. 4. 2014 na oddělení DIOP pro dlouhodobou intenzivní péči a bazální stimulaci. Hlavní diagnóza při přijetí je organický prefrontální syndrom s choreatickými pohyby, vegetativní stav. Pacientka nemá žádné vedlejší diagnózy.

Stav při příjmu:

Při přijetí je pacientka klidná, spavá. Má zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii a permanentní močový katetr. Pacientka nemá žádné další invazivní vstupy.

Tlak: 110/80 mmHg

Tepová frekvence: 76/min

EKG: pravidelný sinusový rytmus

Dechová frekvence: 16/min

SpO<sub>2</sub>: 98%

Tělesná teplota: 36,3°C

Vědomí: Glasgowská škála poruch vědomí:

Otevírání očí: 4 body – spontánně

Slovní odpověď: 2 body - nesrozumitelná

Motorická reakce: 3 body – flexe na bolestivý podnět

Vyhodnocení: 9 bodů – středně těžké postižení vědomí

### Barthelův test všedních činností:

Najezení, napití: neprovede, 0 bodů

Oblékání: neprovede, 0 bodů

Koupání: neprovede, 0 bodů

Osobní hygiena: neprovede, 0 bodů

Kontinence moči: trvale inkontinentní, 0 bodů

Kontinence stolice: trvale inkontinentní, 0 bodů

Použití WC: neprovede, 0 bodů

Přesun z lůžka na židli: neprovede, 0 bodů

Chůze po rovině: neprovede, 0 bodů

Chůze po schodech: neprovede, 0 bodů

Vyhodnoceno: 0 bodů – vysoce závislý

### Průběh terapie:

#### Farmakoterapie:

Tiapridal (Antipsychotikum, neuroleptikum) 1-1-2

Stilnox (Hypnotikum) 0-0-1

Trittico(antidepresivum) 0-0-1

#### Monitorace:

FF - TK,P 4xdenně, D 2xdenně, SpO<sub>2</sub> 2xdenně, P+V / 24h

#### Výživa:

Pacientce je výživa podávána cestou perkutánní endoskopické gastrostomie, bolusově v době od 6:00 do 22:00 (tj. 6xdenně).

Podává se celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,5l převařené vody. V jedné dávce pacientka dostane 275ml Nutrilacu a 250ml vody.

Před každým podáváním stravy se provádí orální stimulace (stimulace slinných žláz) a odsátí žaludečního obsahu ke kontrole trávení pacienta. Převazy:

Převaz perkutánní endoskopické gastrostomie – provádí se jedenkrát denně po ranní hygieně, nejprve se provede očištění okolí sondy dezinfekcí Betadine poté se přiloží prostřížený čtverec Inadine a překryje se sterilním čtvercem. Nakonec se čtverce přelepí Cosmoporem. V průběhu převazu se hodnotí okolí rány (zarudnutí, známky infekce, macerace, sekrece, dekubity).

#### Rehabilitace:

- polohování každé 2 hodiny
- pasivní cvičení na lůžku za účelem prevence kontraktur (fyzioterapeut)
- dechová rehabilitace proti odporu dlaně (fyzioterapeut)

Bazální stimulace:

- iniciální dotek: pravá ruka, rameno
- polohování: hnízdo čas po obědě a před usnutím
- zklidňující masáž: každý večer před spaním ke zklidnění pacientky před spánkem
- stimulační masáž: každé ráno k povzbuzení pacientky
- zklidňující koupel: každý večer k navození klidného spánku
- stimulační koupel: každé ráno ke stimulaci pacientky na denní činnosti
- asistovaná ruka: nácvik při krmení
- orální stimulace: v rámci ranní hygieny dutiny ústní, dále štětičky s oblíbenými nápoji (Cola, káva, Kofola) a před každým krmením
- auditivní stimulace: poslech televize, radia (oblíbené seriály, radiové stanice)
- optická stimulace: sledování televize, nad postelí, obrázky synka a manžela
- otázky ano/ne: pacientka dostane do ruky kartičky, jednu s odpovědí ANO a druhou s odpovědí NE a sestra pokládá otázky a pacientka ukazuje kartičky s odpovědí. (Např.: Svítí venku slunce? Pacientka ukáže kartičku s odpovědí ano či ne). Tyto kartičky vyrobila rodina pacientky.

### Ostatní:

Otáčení a zanoření perkutánní endoskopické gastrostomie jako prevence vzniku dekubitů v místě zavedení sondy. Provádí se vždy při převazu (1xdenně).

### Zhodnocení celkového stavu během péče o pacienta:

Zhodnocení ošetrovatelská péče dle modelu Marjory Gordonové:

#### 1) Vnímání zdravotního stavu

Pacientka se vždy starala o své zdraví, je nekuřák. Chodila na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři.

Nyní nelze zjistit, jak hodnotí své zdraví z důvodu základní diagnózy.

#### 2) Výživa a metabolismus

Pacientka přijímá potravu i tekutiny cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Před podáním stravy se provádí orální stimulace, aby se pacientka lépe připravila na přísun potravy a odsátí žaludečního obsahu ke kontrole trávení.

Přes perkutánní endoskopickou gastrostomii se pacientce podává bolusově každé 2 hodiny (6x denně) 275ml Nutrilacu a 250ml vody. Celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,5l převařené vody.

Kontrola zbytků ze sondy negativní – pacientka dobře tráví.

Známky dehydratace se nevyskytly. Příjem tekutin odpovídá výdeji (1500 příjem a 1480 výdej.) Kožní turgor s rychlým návratem kůže.

### 3) Vylučování

Pacientka je inkontinentní (moč i stolice).

Vylučování stolice je pravidelné (1x za 2 dny) a bez patologií.

Moč je vylučována cestou permanentního močového katetru, který je zavedený 18. Den., velikosti 16, z materiálu silikon. Dosud bez známek infekce, denní diuréza se pohybuje okolo 1400 ml.

### 4) Aktivita, cvičení

Pacientka je plně nesoběstačná. Aktivita, cvičení probíhá formou pasivní rehabilitace na lůžku a formou bazální stimulace.

### 5) Spánek odpočinek

Pacientka spí denně asi 10 hodin, 8 hodin přes noc a 2 hodiny po obědě.

Někdy má problémy s usínáním (asi 3x za měsíc) – řešeno farmakoterapií (Stilnox – Hypnotikum 0-0-0-1).

Mezi její spánkové rituály patří hodně zatemněná místnost na spaní.

### 6) Sebekoncepce, sebeúcta

Nelze hodnotit.

### 7) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Plnění rolí narušeno z důvodu základní diagnózy a dlouhodobé hospitalizace – vegetativní stav.

Za pacientkou dochází 1x týdně členové rodiny – matka, sestra a manžel. Párkrát ji navštívily i přátelé a kolegové z práce.

### 8) Sexualita, reprodukční cyklus

Neuspokojení sexuálních potřeb z důvodu základní diagnózy.

### 9) Stres, zátěžové situace

Stres a zátěžové situace zvládá pacientka dobře.

10) Víra, přesvědčení, hodnoty

Pacientka je ateista.

### Bazální stimulace během dne:

#### **Povzbuzující somatická masáž:**

Každé ráno se pacientka přivezla na pojízdné vaně do sprchy. Prováděla jsem jí povzbuzující koupel její oblíbenou žínkou a sprchovým gelem sladké vůně, na který byla zvyklá. Po koupeli jsem prováděla u pacientky povzbuzující masáž těla, froté ponožkami a olejem, aby byla povzbuzená a připravená na práci fyzioterapeutky.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala velmi pozitivně na tento typ stimulace. Měla naježené chlupy na horních končetinách a na tváři malý úsměv.

Myslím, že když se pacienti na-stimulují před nějakou aktivitou v nemocnici, lépe ji pak zvládají. Práce fyzioterapeuta s pacientem se tak ulehčí.

#### **Zklidňující somatická masáž**

Zklidňující somatickou masáž jsem u pacientky prováděla každý den před usnutím k celkovému uvolnění a uklidnění těla a také k navození příjemného a klidného spánku. Používala jsem její ponožky z froté.

Reakce pacienta:

Reakce pacientky byly pozitivní. Na konci stimulace někdy usínala. Myslím, že ji tento typ stimulace uklidnil a připravil na klidný spánek.

Polohování:

Na oddělení DIOP se pacienti polohují každé 2 hodiny. Vždy jsme používaly speciální polohovací pomůcky (hady, molitanové válce, hranoly). Při poloze na zádech (čas po obědě a před usnutím) jsme pacientku polohovali do polohy hnízdo. Celé tělo je ohraničené molitanovými hady.

Reakce pacienta:

Myslím, že pacientka byla v poloze hnízdo klidná, vnímala hranice svého těla, a měla pocit bezpečí.

### **Optická:**

V rámci optické stimulace jsem u pacientky využívala zhasnutí a rozsvícení světla, a to z důvodu orientace pacientky v denní době. Pacientka si tak mohla lépe uvědomit, zda je den či noc. Dále jsem pacientce nad postel zavěsila donesené fotografie, na které soustředila většinu dne zorné pole. Jednalo se o fotografie rodiny.

Pacienti mají možnost na oddělení DIOP sledovat televizi. V autobiografické anamnéze je uvedeno, že má pacientka ráda seriály – Ulice a Ordinace v růžové zahradě, na které se před úrazem pravidelně dívala. Každý den jsem pacientce pustila seriály, jak z důvodu auditivní stimulace a pocitu jistoty, tak i proto, aby si uvědomila denní dobu.

Reakce pacienta:

Myslím, že reakce pacientky na zavěšené fotografie byly pozitivní. Získala pocit jistoty - denně vidí známé tváře, které patřily do jejího života.

Reakce na sledování seriálů byla neuvěřitelná. Jeden den jsem vyzkoušela, jaký bude mít na pacientku vliv, změna jiného seriálu, než který pravidelně sledovala. Pacientka o něj neprojevovala zájem a ani se na televizi nechtěla dívat, byla neklidná a nebyla schopná usnout. Musela být podána hypnotika na navození spánku.

### **Orální**

Orální stimulace u pacientky probíhala každý den v rámci ranní hygieny použitím vlastního zubního kartáčku, oblíbené pasty a zubní vody (Odol).

Dalším způsobem byly namočené vatové štětičky do oblíbeného nápoje Cola, Kofola a také orální stimulace před každým krměním sondou.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala velmi pozitivně jak na ranní hygienu, tak na namočené vatové štětičky. Orální stimulace jí vždy na rtech vykouzlila úsměv.

Myslím, že když se u pacienta provádí orální stimulace před každým podáním stravy, tak se stimulují slinné žlázy, pacient se lépe připraví na přísun potravy.

### **Auditivní**

Jako auditivní stimulaci jsem během odpoledne používala rádiovou stanicí Evropa 2, kterou pacientka poslouchala vždy při práci v baru. Dále jsem používala jak k optické, tak i k auditivní stimulaci oblíbené televizní pořady (Ulice, Ordinace v růžové zahradě).



Významnou část auditivní stimulace u pacientky zaujímal rodina – 1x týdně za pacientkou docházela buď matka, nebo sestra, které pacientce vyprávěly příběhy a novinky z domova, případně jak se má její syn a manžel.

Reakce pacienta:

Reakce na poslech písní na rádiové stanici Evropa 2 byly téměř vždy pozitivní. Jednou pacientka plakala při písni „My heart Will go On“, rodina se vyjádřila, že to byla píseň, kterou ji hráli na svatbě při tanci s manželem.

Reakce na sledování seriálů byly také vždy velmi pozitivní.

Návštěva známých osob pro ni byla také velkým pozitivem. Rodinní příslušníci si pacientku někdy brali i ven a pacientka měla vždy na rtech úsměv, když viděla známou tvář.

### **Asistovaná ruka:**

Po dohodě s primářkou oddělení jsem u pacientky v době oběda prováděla stimulaci pomocí asistované ruky. Pacientce byl snížen příjem potravy sondou a převedla se na kašovitou stravu. Zpočátku nám stimulace moc nešla z důvodu spasticity pravé ruky. Během dalších pár dnů už spasticita nebyla tak znatelná, hlavní zásluhou fyzioterapeutů. Krmení nám šlo lépe.

Reakce pacienta:

Zpočátku byly reakce negativní. Pacientka nechtěla spolupracovat, nechtěla držet lžici, měla negativní výraz ve tváři. Pokaždé jsem s ní komunikovala a vysvětlovala jí, že jednou dokáže jíst i sama. Povzbuzení člověka popožene dál a lépe se snaží. Na konci mé praxe na oddělení DIOP už pacientka zvládala lžici držet sama, jen byla nejistá v tom, trefit se do pusy, ale při lehké pomoci už vše zvládala sama.

### **Rodina**

Rodinní příslušníci za pacientkou přicházeli 1x týdně zhruba na hodinu. Bazální stimulaci prováděly jen občas. Hlavně orální stimulaci jogurtem či přesnídávkou, dále auditivní stimulaci vyprávěním. Manžel a syn za pacientkou chodili velmi málo.

Matka pacientky na oddělení jednou donesla kartičky s odpovědí ANO a NE a zkoušela pacientce dávat otázky, aby na ně odpověděla formou kartiček. Ze začátku to moc nešlo, protože pacientka nezvládla nic uchopit. Ale postupem času zvládala ukazovat kartičky alespoň na jednu otázku denně.

### Zhodnocení bazální stimulace z mého pohledu:

Myslím, že bazální stimulace se u pacientky provádí v dostatečné míře. Na všechny druhy stimulací reaguje přiměřeně pozitivně, jen zřídka má negativní reakce. Byla jsem ráda, když mě pacientka po bazální stimulaci odměnila úsměvem. Je to známka toho, že i když pacient nekomunikuje, sestra si musí všimnout i neverbálních reakcí pacienta a akceptovat je.

Co se týká rodiny, tak si myslím, že by pacientku měli častěji navštěvovat a provádět bazální stimulaci pokaždé, když jsou u jejího lůžka, ale vždy záleží na ochotě rodinných příslušníků a přátel pacientky. Dále si myslím, že by pacientka neměla zapomínat, že má syna. Byl za matkou v nemocnici pouze jedenkrát. Ale také chápu psychické hledisko dvouletého chlapce, který by mohl být z pohledu na ležící matku traumatizovaný. Lze ovšem vyřešit problém s návštěvou syna u pacientky tím, že by rodina poslala jeho oblečení, aby pacientka zachytila jeho pach. Nebo zasíláním obrázků od synka či fotografiemi, které by synka zachycovaly při běžných činnostech a významných událostech.

## 2.3. Kazuistika II.

### Anamnéza:

Gravidní pacientka byla přivezena dne 4. 4. 2007 na anesteziologicko-resuscitační oddělení pro hypoxické poškození mozku. Poškození mozku bylo způsobeno náhlým krvácením při urgentním císařském řezu.

Stav pacientky byl dlouhou dobu neměnný a vyhodnocen jako permanentní vegetativní stav. Pacientce byla provedena Perkutánní Endoskopická Gastrostomie za účelem zajištění dostatečné nutrice, dále byla provedena tracheostomie pro usnadnění toalety dýchacích cest a zaveden permanentní močový katetr. Dalším postupem léčby bylo přeložení pacientky na oddělení DIOP (7. 3. 2012) k dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči a bazální stimulaci.

5/07 stresové eroze žaludku, meléna – zaléčeno konzervativně (Helicid)

8/10 operační řešení pro ileus, resekce terminálního ilea

### Osobní anamnéza:

Věk: 30 let

Alergie: masážní emulze obsahující složku mentolu

Rodinný stav: svobodná

Farmakologická anamnéza:

Helicid (Blokátor protonové pumpy) 1-0-0,

Buronil (Antipsychotika, neuroleptika) dle potřeby

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v bytě se třemi dětmi a přítelem.

Pracovní anamnéza:

Pacientka dlouhodobě nezaměstnaná. Hlášena na úřadu práce v místě bydliště. Nyní na mateřské dovolené.

Autobiografická anamnéza:

Tělesná péče

Pacientka je pravák.

Iniciální dotek: pravé rameno

Péče o její tělo pro ni byla důležitá každý den ráno a hlavně večer. Při večerní hygieně dávala přednost koupeli ve vaně. Teplotu vody měla ráda horkou.

K mytí používala tekutý sprchový gel a žínku. Preferovala citrusovou vůni sprchového gelu.

Stav pokožky je normální, bez patologických změn.

Péče o zuby:

Pacientka má vlastní chrup. Zuby si byla zvyklá čistit 2x denně kartáčkem a pastou.

Používala mentolovou ústní vodu značky Odol.

Vyprazdňování:

Močí spontánně, vyprazdňování stolice je pravidelné.

Vnímání okolí:

Pacientka nemá vady zraku ani sluchu. Mezi její oblíbené televizní pořady patřil seriál „Ulice“ a „večerní zpravodajství“.

Její oblíbená hudba byla folklórní.

Spánek:

Pacientka obvykle spala 9 hodina denně, chodila spát okolo desáté hodiny večer. Obvykle si také dopřála odpolední spánek po obědě (1 hodina).

Její oblíbená poloha při spaní je na boku, má oblíbený polštář. Spánkovým rituálem pacientky je hodně zatemněná místnost na spaní.

#### Jídlo, pití:

Upřednostňovala slané chutě, teplotu jídla preferovala horkou.

Její oblíbený nápojem byla káva a oblíbeným jídlem řízek a bramborový salát.

Nemá žádné potíže při polykání, ani alergie na potraviny.

#### Pohyb tělesné aktivity:

Nebyla zvyklá na pravidelnou sportovní aktivitu. Její denní aktivita spočívala v hlídání a vychovávání tří dětí.

#### Způsob života:

Pacientka je nezaměstnaná, vedená na úřadu práce v místě bydliště. Nyní na mateřské dovolené.

Mezi její koníčky patřila péče o děti a posezení s přáteli.

Má tři děti, dvě holky a jednoho chlapce.

Pacientka je ateistka.

Bolest a zátěž zvládala někdy s obtížemi. Důležitý prožitek v jejím životě v poslední době byly pravděpodobně nadcházející zasnuby a svatba.

#### Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata 7. 3. 2012 na oddělení DIOP pro dlouhodobou intenzivní péči a bazální stimulaci. Hlavní diagnóza při přijetí je hypoxické poškození mozku, vegetativní stav po urgentním císařském řezu.

Pacienta je spastická a má kontraktury obou dolních končetin.

#### Stav při příjmu:

Při přijetí je pacientka neklidná, má sevřené ruce do pěstí. Má zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii, tracheostomickou kanylu a permanentní močový katetr. Nemá žádné další invazivní vstupy.

Tlak: 135/80 mmHg

Tepová frekvence: 78/min

EKG: pravidelný sinusový rytmus

Dechová frekvence: 18/min

SpO<sub>2</sub>: 97%

Tělesná teplota: 36,7°C

Vědomí: Glasgowská škála poruch vědomí:

Otevírání očí: 3 body – na výzvu

Slovní odpověď: 1 bod - žádná

Motorická reakce: 3 body – flexe na bolestivý podnět

Vyhodnocení: 7 bodů – těžké postižení vědomí

Barthelův test všedních činností:

Najezení, napití: neprovede, 0 bodů

Oblékání: neprovede, 0 bodů

Koupání: neprovede, 0 bodů

Osobní hygiena: neprovede, 0 bodů

Kontinence moči: trvale inkontinentní, 0 bodů

Kontinence stolice: trvale inkontinentní, 0 bodů

Použití WC: neprovede, 0 bodů

Přesun z lůžka na židli: neprovede, 0 bodů

Chůze po rovině: neprovede, 0 bodů

Chůze po schodech: neprovede, 0 bodů

Vyhodnoceno: 0 bodů – vysoce závislý

Průběh terapie:

Farmakoterapie:

Helicid(blokátor protonové pumpy) 1-0-0

Buronil (Hypnotikum) 0-0-1 při potřebě

Monitorizace:

FF - TK,P 4xdenně, D 2xdenně, SpO<sub>2</sub> 2xdenně, P+V/ 24h , měření tlaku obturační manžety 1x6hodin.

Výživa:

Pacientce je výživa podávána cestou perkutánní endoskopické gastrostomie, bolusově v době od 6:00 do 22:00 (tj. 6xdenně).

Podává se celkem za den 1,2l Nutrilacu a 1,5l převařené vody. V jedné dávce pacientka dostane 200ml Nutrilacu a 250ml vody.

Před každým podáváním stravy se provádí orální stimulace (stimulace slinných žláz) a odsátí žaludečního obsahu ke kontrole trávení pacienta.

Pacientka má snížený příjem Nutrilacu z důvodu resekce terminálního ilea.

#### Převazy:

Převaz perkutánní endoskopické gastrostomie – provádí se jedenkrát denně po ranní hygieně, nejprve se provede očištění okolí sondy dezinfekcí Betadine poté se přiloží prostřížený čtverec Inadine a přes něj sterilní čtverec. Nakonec se čtverce přelepí Cosmoporem.

Převaz tracheostomické kanyly – provádí se jedenkrát denně (při potřebě častěji) po ranní hygieně, vysunutím starého čtverečku pod tracheostomií, očištění okolí dezinfekcí Betadine a vsunutí nového sterilního čtverce pod tracheostomii. Zhruba 2x týdně (při potřebě) výměna tracheostomické tkanice.

V průběhu obou převazů se hodnotí okolí rány (zarudnutí, známky infekce, macerace, sekrece, dekubity).

#### Rehabilitace: polohování každé 2 hodiny

- pasivní cvičení na lůžku za účelem prevence kontraktur (fyzioterapeut)
- dechová rehabilitace proti odporu dlaně (fyzioterapeut)

#### Bazální stimulace:

- iniciální dotek: pravá ruka, rameno
- polohování: hnízdo čas po obědě a před usnutím
- zklidňující masáž: každý večer před spaním ke zklidnění pacientky před spánkem
- stimulační masáž: každé ráno k povzbuzení pacientky
- zklidňující koupel: každý večer k navození klidného spánku
- stimulační koupel: každé ráno ke stimulaci pacientky na denní činnosti
- orální stimulace: v rámci ranní hygieny dutiny ústní, dále štětičky s oblíbenými nápoji (káva) a před každým krmením
- auditivní stimulace: poslech televize, radia (oblíbené seriály, radiové stanice)
- optická stimulace: sledování televize, nad postelí, obrázky synka a manžela

#### Ostatní:

Odsávání dle potřeby + záznam do dokumentace.

Otáčení a zanoření perkutánní endoskopické gastrostomie jako prevence vzniku dekubitů v místě zavedení sondy. Provádí se vždy při převazu (1xdenně).

### Zhodnocení celkového stavu během péče o pacienta:

Zhodnocení ošetrovatelská péče dle modelu Marjory Gordonové:

#### 1) Vnímání zdravotního stavu

Pacientka se moc o své zdraví nestarala. Je kuřák.

Na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři chodila jen zřídka, když už měla nějaký zdravotní problém.

Nyní nelze zjistit, jak hodnotí své zdraví z důvodu základní diagnózy.

#### 2) Výživa a metabolismus

Pacientka přijímá potravu i tekutiny cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Před podáním stravy se provádí orální stimulace, aby se pacientka lépe připravila na přísun potravy a odsátí ze sondy ke kontrole trávení.

Přes perkutánní endoskopickou gastrostomii se pacientce podává bolusově každé 2 hodiny (6xdenně) 200ml Nutrilacu a 250ml vody. Celkem za den 1,2 l Nutrilacu a 1,5 l převařené vody

Kontrola zbytků ze sondy negativní – pacientka dobře tráví.

Známky dehydratace se nevyskytly. Příjem tekutin odpovídá výdeji (1500ml příjem a 1490ml výdej.)

Kožní turgor s rychlým návratem kůže.

#### 3) Vylučování

Pacientka je inkontinentní (moč i stolice).

Vylučování stolice je nepravidelné (1x za 4 dny). Pacientka trpí zácpou.

Moč je vylučována cestou permanentního močového katetru, který je zavedený 15. den, velikost 17,5 z materiálu silikon. Dosud bez známek infekce, denní diuréza se pohybuje okolo 1500 ml.

#### 4) Aktivita, cvičení

Pacientka plně nesoběstačná. Aktivita, cvičení probíhá formou rehabilitace – pasivní cvičení na lůžku a formou bazální stimulace.

#### 5) Spánek odpočinek

Pacientka spí denně asi 9 hodin, 8 hodin přes noc a hodinu po obědě jako odpolední odpočinek.

Někdy problémy s usínáním (asi 2x za měsíc) – řešeno farmakoterapií (Buronil).

Mezi její spánkové rituály patří hodně zatemněná místnost na spaní.

#### 6) Sebekoncepce, sebeúcta

Nelze hodnotit.

#### 7) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Plnění rolí narušeno z důvodu dlouhodobé hospitalizace – vegetativní stav.

Pacientku navštívil manžel asi 4 krát za celou dobu hospitalizace. Ostatní členové rodiny za pacientkou nechodí.

#### 8) Sexualita, reprodukční cyklus

Neuspokojení sexuálních potřeb z důvodu nepříznivé diagnózy.

#### 9) Stres, zátěžové situace

Stres a zátěžové situace zvládá pacientka dobře.

#### 10) Víra, přesvědčení, hodnoty

Pacientka je ateistka.

#### Bazální stimulace během dne:

##### **Povzbuzující somatická masáž a koupel:**

Každé ráno se pacientka přivezla na pojízdné vaně do sprchy a já jsem jí prováděla stimulační koupel její oblíbenou žínkou a sprchovým gelem citrusové vůně, na který byla zvyklá. Po koupeli jsem prováděla u pacientky povzbuzující masáž těla, froté ponožkami a olejem, aby byla povzbuzená a připravená na práci fyzioterapeutky.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala pozitivně na tento typ stimulace. Měla naježené chlupy na horních končetinách.

Myslím, že pro pacientku byl tento typ stimulace vhodný, protože byla připravená na další aktivity v nemocnici a nereagovala stresově.

##### **Zklidňující somatická masáž:**

Zklidňující somatickou masáž jsem u pacientky prováděla každý den před usnutím k celkovému uvolnění a uklidnění těla a také k navození příjemného a klidného spánku. Používala jsem froté ponožky a masážní olej.

Reakce pacienta:

Reakce pacientky byly velmi pozitivní. Během stimulace měla zavřené oči a podřimovala. Podle mého nátoru ji tento typ stimulace uklidnil a připravil na klidný spánek.

V dalších dnech již pacientka věděla, co v danou hodinu přijde. Několikrát jsem k pacientce přišla provádět zklidňující stimulaci a ona už spala.



**Polohování:**

Na oddělení DIOP se pacienti polohují každé 2 hodiny. Vždy používáme speciální polohovací pomůcky (hady, molitanové válce, hranoly). Při poloze na zádech (čas po obědě a před usnutím) jsme pacienty polohovaly do polohy hnízdo. Celé tělo je ohraničené molitanovými hady.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala pozitivně, měla pocit bezpečí. Někdy v této poloze usnula.

**Optická:**

V rámci optické stimulace jsem u pacientky každý den využívala televizi. Ráda sledovala seriál „Ulice“ a TV zpravodajství na stanici „NOVA“.

Reakce pacienta:

Myslím, že reakce pacientky na televizní vysílání byly velmi pozitivní. Byla klidnější a získala pojem o denní době.

Také u této pacientky jsem jeden den vyzkoušela pustit v televizi nějaký jiný pořad. Pacientka nejevila zájem o jiný pořad a reagovala stresově. Měla zaťaté pěsti a kývala hlavou dopředu a dozadu.

**Orální:**

Orální stimulace u pacientky probíhala každý den v rámci ranní hygieny použitím zubního kartáčku, zubní pasty a ústní vody (Odol). Pacientka neměla bohužel svůj kartáček, na který byla zvyklá, a tak jsme po dohodě se staniční sestrou zakoupili kartáček nový.

Dalším způsobem byly namočené vatové štětičky do oblíbeného nápoje kávy a také orální stimulace před každým krmením pacientky.

Reakce pacienta:

Pacientka na orální stimulaci reagovala pozitivně, ale párkrát když viděla, že k ní jdu s kartáčkem, na který nebyla zvyklá, reagovala stresově.

Další dny jsem zkusila použít k ranní hygieně vatovou štětičku, na kterou pacienta reagovala více pozitivně než na kartáček. Další dny už jsem pokračovala jen s vatovou štětičkou a pacientka byla o poznání klidnější.

V rámci stimulace jsem dále využívala vatové štětičky namočené v kávě. Reakce byly velmi pozitivní. Pacientka měla úsměv na rtech po orální stimulaci a byla lépe připravená na krmení do sondy.

### **Auditivní:**

Jako auditivní stimulaci jsem každý den odpoledne využívala hudební stanici , na které hrají folklórní hudbu, kterou pacientka poslouchala vždy při práci v domácnosti. Dále jak je uvedeno v optické stimulaci, jsem používala jako auditivní stimul oblíbený televizní seriál „Ulice“ a televizní zpravodajství.

Reakce pacienta:

Reakce na auditivní stimulaci byla téměř vždy pozitivní. Párkrát pacientka plakala, když hrála smutná a pomalá písnička. Stanici jsem vypnula a pustila později. Reakce již byly pozitivní bez pláče.

### **Rodina:**

Za pacientkou rodina přišla asi dvakrát za celou dobu pobytu na oddělení. Druh vyplnil autobiografickou anamnézu v den přijetí pacientky a už za ní nikdy nepřišel. Zřejmě pociťoval lítost.

Za pacientkou byla jedenkrát i její matka, ale prý odcházela zhroucená a s pláčem. Říkala sestřám, že se omlouvá, ale že už nepřijde, že při pohledu na dceru jí buší srdce a cítí úzkost a vztek.

### Zhodnocení bazální stimulace z mého pohledu:

Myslím, že bazální stimulace se u pacientky provádí v dostatečné míře, ale je trochu škoda, že se bazální stimulací neřeší spasticita končetin. Na všechny druhy stimulací pacientka reaguje přiměřeně pozitivně. Občas měla negativní a stresovou reakci, ale myslím, že to mohlo být způsobené nepřipraveností na danou stimulaci iniciálním dotekem. Někdy personál na iniciální dotek zapomínal a bylo vidět, že se pacientka vyděsila a byla neklidná. Měla sevřené pěsti a kývala hlavou.

Domnívám se, že je chybou, pokud se rodina do stimulace pacienta nezapojuje. Pacientka by možná reagovala lépe, když by viděla známou tvář. Na druhou stranu chápu, že situace pacientky je pro rodinu stresující a obtížná životní událost. Každý je dostatečně silný na to, aby zvládl péči o pacienta v kómatu.

## 2.4. Kazuistika III.

### Anamnéza:

Pacient přijat na anesteziologicko-resuscitační oddělení 9/2013 po resuscitaci z důvodu rozsáhlé cévní mozkové příhody s těžkým neurologickým postižením a pravostrannou hemiparézou. Po stabilizaci stavu byl pacient přeložen do rehabilitačního ústavu.

26. 3. 2014 pacient upadl do bezvědomí kvůli respirační bronchitidě a byl přeložen opět na anesteziologicko-resuscitační oddělení z důvodu nutné potřeby provedení tracheostomie a následné umělé plicní ventilace. Následně provedeno CT mozku, kde byla zjištěna recidiva cévní mozkové příhody, rozsáhlá ischemie levé hemisféry mozku a mozkového kmene, nasazena stentová terapie, nutnost hluboké sedace. Pacientovi byla provedena perkutánní endoskopická gastrektomie a zaveden permanentní močový katetr. Následný stav neměnný a diagnostikován jako persistentní vegetativní stav, pacient přeložen na oddělení DIOP k rehabilitační péči a bazální stimulaci.

Vedlejší diagnózy pacienta jsou arteriální hypertenze a depresivní syndrom.

### Osobní anamnéza:

Věk: 65 let

Alergie: neguje

Rodinný stav: ženatý

### Farmakologická anamnéza:

Prestarium 1-1-1 (antihypertenzivum),

Tritace 1-1-1 (antihypertenzivum),

Imipramin 1-0-0 (antidepresivum),

Buronil – dle potřeby (Antipsychotika, neuroleptika),

Neurol 1-1-1 (neuroleptikum)

### Sociální anamnéza:

Pacient bydlí v rodinném domku s manželkou, dcerou a její rodinou.

### Pracovní anamnéza:

Pacient ve starobním důchodu. Musel do předčasného důchodu z důvodu diagnostiky depresivního syndromu.

#### Autobiografická anamnéza:

##### Tělesná péče

Pacient je levák.

Iniciální dotek: levé rameno, paže

Péče o jeho tělo pro něj byla důležitá každý den večer. V rámci ranní hygieny byl pacient zvyklý na vyčištění zubů a opláchnutí obličeje. Při večerní hygieně dával přednost koupeli ve vaně.

K mytí používal tekutý sprchový gel a žínku. Měl rád pánské svěží, kořeněné vůně sprchového gelu.

Teplotu vody měl rád vlažnou.

Vlasy si byl zvyklý mýt 2x týdně sprchovým gelem.

Stav pokožky je normální. Bez patologických změn. Byl zvyklý se po večerní koupeli mazat mentolovým masážním olejem.

##### Péče o zuby:

Pacient má vlastní trvalý chrup.

Zuby si byl zvyklý čistit 2x denně kartáčkem, pastou a ústní vodou (Listerine). Neužívá další pomůcky k čištění zubů (zubní nit, mezizubní kartáčky).

##### Vyprazdňování:

Močí spontánně cestou permanentního močového katetru.

Vyprazdňování stolice – pacient inkontinentní, stolice pravidelná, bez patologie.

##### Vnímání okolí:

Pacient nemá žádné vady zraku a sluchu.

Mezi jeho oblíbené televizní pořady patřilo televizní zpravodajství a seriál Třicet případů majora Zemana.

Jeho oblíbená hudba, kterou poslouchal, byly písně bratrů Nedvědů.

##### Spánek:

Pacient obvykle byl zvyklý spát 7 hodina denně, chodil spát okolo desáté hodiny večer.

Pacient byl zvyklý na krátký spánek po obědě (asi 20 minut).

Jeho oblíbená poloha při spaní je na zádech, nemá oblíbený polštář ani deku.

Neměl žádné spánkové rituály.

##### Jídlo, pití:

Upřednostňoval slané chutě, teplotu jídla preferoval vlažnou.

Jeho oblíbený nápoj bylo pivo značky Gambrinus 10°, oblíbeným jídlem byly domácí bramboráky od manželky.

Nemá žádné potíže při polykání, ani alergie na potraviny.

#### Pohyb tělesné aktivity:

Pacient byl zvyklý na pohybovou aktivitu, jako je práce okolo domu a různé úpravy v domácnosti. Další pohybová aktivita pacienta, na kterou byl zvyklý, je každodenní odpolední procházka s manželkou, v místě bydliště a jeho okolí.

#### Způsob života:

Pacient je ve starobním důchodu.

Mezi jeho koníčky patřila práce okolo domu, každodenní procházky s manželkou.

Má jednu dceru a dvě vnoučata.

Pacient je ateista.

Bolest a zátěž zvládá hůře z důvodu depresivního syndromu. Důležitým prožitkem v jeho životě v poslední době bylo vyslovení diagnózy depresivního syndromu.

#### Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat 4. 6. 2014 na oddělení DIOP pro dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči a bazální stimulaci. Hlavní diagnóza při přijetí je persistentní vegetativní stav, po ischemické cévní mozkové příhodě. Pacient spastický má pravostrannou hemiparézu.

V předchorobí depresivní syndrom a arteriální hypertenze jako přidružené onemocnění.

#### Stav při příjmu:

Při přijetí je pacient klidný. Má zavedenou perkutánní endoskopickou gastrostomii, tracheostomickou kanylu a permanentní močový katetr.

Pacient nemá žádné další invazivní vstupy.

Tlak: 145/80 mmHg

Tepová frekvence: 76/min

EKG: pravidelný sinusový rytmus

Dechová frekvence: 17/min

SpO<sub>2</sub>: 96%

Tělesná teplota: 36,2°C

Vědomí: Glasgowská škála poruch vědomí:

Otevírání očí: 3 body – na výzvu

Slovní odpověď: 1 bod - žádná

Motorická reakce: 3 body – flexe na bolestivý podnět

Vyhodnocení: 7 bodů – těžké postižení vědomí

#### Barthelův test všedních činností:

Najezení, napití: neprovede, 0 bodů

Oblékání: neprovede, 0 bodů

Koupání: neprovede, 0 bodů

Osobní hygiena: neprovede, 0 bodů

Kontinence moči: trvale inkontinentní, 0 bodů

Kontinence stolice: trvale inkontinentní, 0 bodů

Použití WC: neprovede, 0 bodů

Přesun z lůžka na židli: neprovede, 0 bodů

Chůze po rovině: neprovede, 0 bodů

Chůze po schodech: neprovede, 0 bodů

Vyhodnoceno: 0 bodů – vysoce závislý

#### Průběh terapie:

##### Farmakoterapie:

Prestarium 1-1-1 (antihypertenzivum)

Tritace 1-1-1 (antihypertenzivum)

Imipramin 1-0-0 (antidepresivum)

Buronil - (Antipsychotika, neuroleptika) při potřebě

Neurol 1-1-1 (neuroleptikum)

##### Monitorizace:

FF - TK,P 4xdenně, D 2xdenně, SpO<sub>2</sub> 2xdenně, P+V/ 24h, měření tlaku obturační manžety 1x6 hodin

##### Výživa:

Pacientovi je výživa podávána cestou perkutánní endoskopické gastrostomie, bolusově v době od 6:00 do 22:00 (tj. 6xdenně).

Podává se celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,8l převařené vody. V jedné dávce pacient dostane 280ml Nutrilacu a 300ml vody.

Před každým podáváním stravy se provádí orální stimulace (stimulace slinných žláz) a odsátí žaludečního obsahu ke kontrole trávení pacienta.

#### Převazy:

Převaz perkutánní endoskopické gastrostomie – provádí se jedenkrát denně po ranní hygieně, nejprve se provede očištění okolí sondy dezinfekcí Betadine poté se přiloží prostřížený čtverec Inadine a překryje se sterilním čtvercem. Nakonec se čtverce přelepí Cosmoporem.

Převaz tracheostomické kanyly – provádí se jedenkrát denně (při potřebě častěji) po ranní hygieně, vysunutím starého čtverečku pod tracheostomií, očištění okolí dezinfekcí Betadine a vsunutí nového sterilního čtverce pod tracheostomii. Zhruba 2x týdně (při potřebě) výměna tracheostomické tkanice.

V průběhu obou převazů se hodnotí okolí rány (zarudnutí, známky infekce, macerace, sekrece, dekubity).

#### Rehabilitace:

Polohování každé 2 hodiny

Pasivní cvičení na lůžku za účelem prevence kontraktur (fyzioterapeut)

Dechová rehabilitace proti odporu dlaně (fyzioterapeut)

Pasivní cvičení na lůžku – prevence kontraktur

Dechová rehabilitace

Bazální stimulace:

Iniciální dotek: levé rameno, paže

Polohování: hnízdo čas po obědě a před usnutím

Neurofyziologická masáž celého těla – 1x denně po obědě

Zklidňující koupel: každé ráno ke zklidnění pacienta

Zklidňující masáž: každý večer k navození klidného spánku

Orální stimulace: v rámci ranní hygieny dutiny ústní, dále štětičky s oblíbenými nápoji (káva) a před každým krmením

Auditivní stimulace: poslech televize, radia (oblíbený seriál, hudba)

Optická stimulace: sledování televize, fotky rodinných příslušníků a přírody

#### Ostatní:

Odsávání dle potřeby + záznam do dokumentace.

Otáčení a zanoření perkutánní endoskopické gastrostomie jako prevence vzniku dekubitů v místě zavedení sondy. Provádí se vždy při převazu (1xdenně).

#### Zhodnocení celkového stavu během péče o pacienta:

Zhodnocení ošetrovatelská péče dle modelu Marjory Gordonové:

##### 1) Vnímání zdravotního stavu

Pacient se vždy staral o své zdraví. Chodil na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři.

Je nekuřák po celý život.

Nyní nelze zjistit, jak hodnotí své zdraví z důvodu základní diagnózy.

##### 2) Výživa a metabolismus

Pacient přijímá potravu i tekutiny cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Před podáním stravy se provádí orální stimulace, aby se pacient lépe připravil na přísun potravy a odsátí ze sondy ke kontrole zbytků.

Přes perkutánní endoskopickou gastrostomii se pacientovi podává bolusově každé 2 hodiny (6xdenně) 280ml Nutrilacu a 300ml vody. Celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,8l převařené vody.

Kontrola zbytků ze sondy negativní – pacient dobře tráví.

Známky dehydratace se nevyskytly. Příjem tekutin odpovídá výdeji (1800ml příjem a 1760ml výdej.)

Kožní turgor s rychlým návratem kůže.

##### 3) Vylučování

Pacient je inkontinentní (moč i stolice)

Vylučování stolice je pravidelné (1x za 2 dny) a bez patologií.

Moč je vylučována cestou permanentního močového katetru, který je zavedený 14. Den, velikost 22, materiál silikon. Dosud bez známek infekce, denní diuréza se pohybuje okolo 1700 ml.

##### 4) Aktivita, cvičení

Pacient plně nesoběstačný. Aktivita, cvičení probíhá formou rehabilitace – pasivní cvičení na lůžku a formou bazální stimulace.

##### 5) Spánek odpočinek

Pacient spí denně asi 8 hodin. Vždy byl zvyklý na odpolední krátký spánek po obědě (asi 20 minut).



Při diagnóze depresivního syndromu pacient zpočátku trpěl nespavostí – řešeno farmakoterapií (zpočátku nasazen Lexaurin později v nemocničním zařízení ordinován Buronil). Nadále pacient bez medikace. Jen zřídka podán Buronil (1x za 2-3 měsíce)

6) Sebekoncepce, sebeúcta

Nelze hodnotit.

7) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Plnění rolí narušeno z důvodu dlouhodobé hospitalizace – vegetativní stav.

Za pacientem dochází každý den manželka a dcera, které provádějí u pacienta bazální stimulaci.

8) Sexualita, reprodukční cyklus

Neuspokojení sexuálních potřeb z důvodu základní diagnózy.

9) Stres, zátěžové situace

Stres a zátěžové situace zvládá pacient velmi špatně z důvodu diagnózy depresivního syndromu.

10) Víra, přesvědčení, hodnoty

Pacient je ateista.

Jeho hlavní hodnotou v životě je manželka, která ho vždy v životě podporovala.

#### Bazální stimulace během dne:

##### **Zklidňující koupel:**

Každé ráno se pacient přivezl na pojízdné vaně do sprchy, kde jsem prováděla zklidňující koupel celého těla oblíbeným sprchovým gelem pánské kořeněné vůně.

Reakce pacienta:

Pacient reagoval velmi pozitivně na tento typ stimulace. Měl klidný výraz ve tváři. U pacienta jsem prováděla pouze prvky zklidňující stimulace z důvodu pozitivní reakce. Zpočátku jsem u pacienta prováděla i povzbuzující prvky stimulace, ale pacient reagoval negativně. Byl rozrušený a měl tachykardii, a tak jsem po dohodě se staniční sestrou tyto prvky stimulace z denního rozpisu vymazala, a prováděla jsem pouze prvky zklidňující. Myslím, že i po provedení zklidňujících prvků stimulace byl pacient připravený na práci fyzioterapeutky.

##### **Zklidňující somatická masáž:**

Zklidňující somatickou masáž jsem u pacienta prováděla každý den před usnutím k celkovému uvolnění a uklidnění těla a také k navození příjemného a klidného spánku. Masáž jsem prováděla froté žínkou a mentolovým olejem, na který byl pacient zvyklý.

Někdy zklidňující masáž u pacienta prováděla jeho dcera a manželka.

Reakce pacienta:

Pacient reagoval vždy pozitivně. Někdy během stimulace už usínal.

U stimulace pacienta rodinný příslušníky byly reakce pacienta také vždy pozitivní a myslím, že pro něj byla stimulace příjemnější. Měl ve tváři drobný úsměv.

Později se usmál i na mě.

#### **Neurofyzilogická masáž:**

Neurofyzilogickou masáž jsem u pacienta prováděla každý den po obědě. Cílem této stimulace je umožnit pacientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla znovu vnímat postiženou stranu.

Na stimulaci jsem používala froté žínku a olej.

Reakce pacienta:

Pacientovi reakce byly vždy pozitivní. Myslím, že mě a rodině ulehčila nástavbové prvky stimulace.

#### **Polohování:**

Pacient byl polohován každé dvě hodiny. Při poloze na zádech (čas po obědě a před usnutím) jsme pacienta polohovali do polohy hnízdo. Celé tělo měl ohraničené molitanovým hadem, aby si uvědomoval hranice svého těla.

Reakce pacienta:

Pacient byl v poloze hnízdo klidný a měl pocit bezpečí a vnímal hranice svého těla.

Při usínání v poloze hnízdo pacient téměř nepotřeboval medikaci na potíže s usínáním.

Medikaci na potíže se spánkem jsem za dobu sledování nepodávala.

#### **Optická:**

V rámci optické stimulace jsem u pacienta využívala fotky s rodinnými příslušníky a přírodou donesené rodinou. Zavěsila jsem je pacientovi na hemiparetickou stranu, aby si uvědomoval a natáčel svoje zorné pole na tuto stranu.

Dále jsem pacienta stimulovala rozsvícením a zhasnutím světla, aby si uvědomoval denní dobu.

Pacient měl rád seriál „ 30 případů majora Zemana“, který jsem mu párkrát pustila na DVD. Dále se rád díval na televizní zpravodajství, které jsem mu pouštěla každý den v určitou dobu.

Reakce pacienta:

Reakce na optickou stimulaci byly vždy pozitivní. Na fotky se svou rodinou se mohl dívat celý den a domnívám se, že pacient byl více zklidněný.

Na seriál měl vždy pozitivní reakci. Občas, když jsem k němu šla s DVD, letmo ho sponzoroval a pousmál se.

Také televizní zpravodajství zaujalo jeho pozornost. Myslím, že pacient věděl i kolik je zhruba hodin, jelikož zpravodajství dávají každý den ve stejný čas.

### **Orální:**

V rámci orální stimulace jsem u pacienta každý den využívala vatové štětičky namočené v ústní vodě Listerine, na kterou byl pacient zvyklý. Dále jsem využívala orální stimulaci před každým krmením do sondy, formou namočených vatových štětiček v oblíbeném pivu nebo v jogurtu. Tento typ stimulace prováděla u pacienta i rodina.

Reakce pacienta:

Pacient reagoval velmi pozitivně jak na ranní hygienu, tak na namočené vatové štětičky.

Byl připravený na nakrmení sondou. Vždy měl ve tváři spokojený výraz.

Při provádění stimulace rodinou měl reakce taktéž velmi pozitivní.

### **Auditivní:**

Jakou auditivní stimulaci jsem během odpoledne používala CD s písněmi bratří Nedvědů, které měl rád. Dále jsem používala oblíbené televizní seriály (30 případů majora Zemana a televizní zpravodajství).

Významnou část auditivní stimulace u pacienta zaujímal rodina – 1x denně za pacientem docházela buď manželka, nebo dcera, které si s pacientem povídaly.

Reakce pacienta:

Reakce pacienta na auditivní stimulaci byly vždy pozitivní. Při sledování televize měl spokojený výraz. Někdy se stalo, že i usnul.

Rodina:

Rodinní příslušníci za pacientem docházeli každý den zhruba na 2 hodiny, buď manželka, nebo dcera. Bazální stimulaci prováděly každou návštěvu. Obě absolvovali základní kurz bazální stimulace. Využívaly hlavně prvky nástavbové stimulace, ale prováděly i neurofyziologickou masáž.

V rámci orální stimulace používaly namočené štětičky v oblíbeném pivu a krmení pacienta jogurtem lžičkou, auditivní stimulaci zajišťovali neustálou komunikací s pacientem, vyprávěním novinek a příběhů z domova.

Myslím, že pacient byl spokojený, když s ním rodina byla. Manželka s dcerou ho navštěvovaly v odpoledních hodinách téměř v pravidelnou dobu.

Jedenkrát se mi stalo, že za ním nikdo nepřišel. Pacient reagoval negativně a dokonce plakal. Měl asi naučené, v kterou denní dobu přijdou.

#### Zhodnocení bazální stimulace z mého pohledu:

Myslím, že bazální stimulace je u pacienta prováděna v dostatečné míře. Na všechny druhy stimulací pacient reagoval vždy pozitivně a byl klidný. Asi nejvíce ho dokázala stimulovat jeho manželka. Stačilo, když přišla a vyprávěla pacientovi novinky z domova. Pacient byl velmi klidný a někdy se i smál. Vypadal spokojeně.

Prvky povzbuzující ze základní stimulace jsem nevyužívala, jelikož jsme se sestrami vyzkoušely, že pacient na ně reaguje negativně a navíc to u něj vyvolá tachykardii a výrazný neklid.

Hodně velkým přínosem pro pacienta je fakt, že za ním dochází rodina každý den a navíc provádějí bazální stimulaci jak základní prvky, tak i nástavbové.

## 2.5. Kazuistika IV.

#### Anamnéza:

Pacientka přivezena 4/2011 na anesteziologicko-resuscitační oddělení pro cévní mozkovou příhodu a subarachnoideální krvácení. Pacientka omdlela a způsobila si kontuzi a frakturu lebky s následným krvácením do subarachnoideálního prostoru. Po následném vyšetření mozku na počítačové tomografii a magnetické rezonanci stav vyhodnocen jako permanentní vegetativní stav. Po traumatu se objevila slepota pacientky. Následně vznik spasticity, rigidity těla a kontraktur obou horních končetin. Na anesteziologicko-resuscitační oddělení byla pacientce provedena perkutánní endoskopická gastrektomie, tracheostomická kanyla a zaveden permanentní močový katetr.

Dne 12. 10. 2011 pacientka přeložena na oddělení DIOP k dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči a bazální stimulaci.

Pacientka má diabetes mellitus jako přidružené onemocnění.

#### Osobní anamnéza:

Věk: 90 let

Alergie: neguje

Rodinný stav: vdova

Farmakologická anamnéza:

Furon (diuretikum) 1-1/2-0

Verospiron (diuretikum) 25 mg 1-0-1

Baclofen (spasmolytikum) 25 mg 1-1-1

Siofor (antidiabetikum) 500 mg 1-0-1

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v bytě s dcerou a vnučkou.

Pracovní anamnéza:

Pacientka ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako kuchařka.

Autobiografická anamnéza:

Tělesná péče

Pacientka je pravák.

Iniciální dotek: pravé rameno

Péče o její tělo pro ni byla důležitá každý den ráno a večer. Při večerní hygieně preferovala koupeli ve vaně. Teplotu vody měla ráda horkou.

K mytí používala tekutý sprchový gel (značky Radox – květinová vůně) a žínku.

Vlasy si byla zvyklá mýt 1x týdně šamponem (Avon) bez kondicionéru. Nebyla zvyklá si vysoušet vlasy.

Pokožku má spíše suchou. Je zvyklá používat po koupeli tělové mléko na suchou kůži.

Péče o zuby:

Pacientka má zubní protézu, kterou dlouhodobě nepoužívá. Péči o dutinu ústní prováděla 1xdenně výplachem ústní vodou (Listerine).

Vyprazdňování:

Pacientka inkontinentní (moč i stolice).

Vyprazdňování stolice je pravidelné.

Vnímání okolí:

Pacientka je nevidomá následkem traumatu. Nemá porušen sluch.

Mezi její oblíbené televizní pořady patřilo televizní zpravodajství, seriál „Ulice“ a dokumentární filmy o druhé světové válce a přírodě.

Oblíbenou hudbu neudává.

Spánek:

Pacientka obvykle spala 7 hodina denně, chodila spát okolo desáté hodiny večer. Pacientka nebyla zvyklá spát přes den.

Její oblíbená poloha při spaní je na zádech, nemá oblíbený polštář ani deku. Nebyla zvyklá na žádné spánkové rituály.

#### Jídlo, pití:

Upřednostňovala slané chutě, teplotu jídla preferovala vlažnou.

Její oblíbený nápoj byla káva, oblíbené jídlo bramborák.

Nemá žádné potíže při polykání, ani alergie na potraviny.

#### Pohyb tělesné aktivity:

Nebyla zvyklá na pravidelnou tělesnou aktivitu. Občas chodila do přírody na procházky s dcerou.

#### Způsob života:

Pacientka je starobní důchodkyně.

Mezi její koníčky patřily domácí práce.

Má 2 děti, 5 vnoučat a 3 pravnoučata.

Pacientka je ateistka.

Bolest a zátěž zvládala vždy dobře.

Nemá důležitý prožitek v poslední době.

#### Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata 12. 10. 2011 na oddělení DIOP pro dlouhodobou intenzivní péči a bazální stimulaci. Hlavní diagnóza při přijetí je vegetativní stav, způsobený cévní mozkovou příhodou a krvácením do subarachnoideálního prostoru.

Pacientka je spastická a má kontraktury obou horních končetin. Má přidružené onemocnění – diabetes mellitus.

#### Stav při příjmu:

Při přijetí je pacientka klidná. Má zavedenou perkutánní endoskopickou gastrektomii tracheostomickou kanylu a zavedený permanentní močový katetr.

Nemá žádné další invazivní vstupy.

Tlak: 140/90 mmHg

Tepová frekvence: 71/min

EKG: pravidelný sinusový rytmus

Dechová frekvence: 17/min

SpO<sub>2</sub>: 95%

Tělesná teplota: 36,2°C

Vědomí: Glasgowská škála poruch vědomí:

Otevírání očí: 3 body – na bolestivý podnět

Slovní odpověď: 1 bod - žádná

Motorická reakce: 3 body – flexe na bolestivý podnět

Vyhodnocení: 7 bodů – středně těžké postižení vědomí

Barthelův test všedních činností:

Najezení, napití: neprovede, 0 bodů

Oblékání: neprovede, 0 bodů

Koupání: neprovede, 0 bodů

Osobní hygiena: neprovede, 0 bodů

Kontinence moči: trvale inkontinentní, 0 bodů

Kontinence stolice: trvale inkontinentní, 0 bodů

Použití WC: neprovede, 0 bodů

Přesun z lůžka na židli: neprovede, 0 bodů

Chůze po rovině: neprovede, 0 bodů

Chůze po schodech: neprovede, 0 bodů

Vyhodnoceno: 0 bodů – vysoce závislý

Průběh terapie:

Farmakoterapie:

Furon (diuretikum) 1-1/2-0

Verospiron (diuretikum) 25 mg 1-0-1

Baclofen (spasmolytikum) 25 mg 1-1-1

Siofor (antidiabetikum) 500 mg 1-0-1

Monitorizace:

FF - TK,P 4xdenně, D 2xdenně, SpO<sub>2</sub> 2xdenně, P+V/ 24h , měření tlaku obturační manžety 1x6hodin

1xdenně kontrola glykémie – kapilární odběr, 1x za 14 dní kontrola i glykémie z venózní krve

Výživa:

Pacientce je výživa podávána cestou perkutánní endoskopické gastrostomie, bolusově v době od 6:00 do 22:00 (tj. 6xdenně).

Podává se celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,6l převařené vody. V jedné dávce pacientka dostane 280ml Nutrilacu a 260ml vody.

Před každým podáváním stravy se provádí orální stimulace (stimulace slinných žláz) a odsátí žaludečního obsahu ke kontrole trávení pacienta.

#### Převazy:

Převaz perkutánní endoskopické gastrostomie – provádí se jedenkrát denně po ranní hygieně, nejprve se provede očištění okolí sondy dezinfekcí Betadine poté se přiloží prostřížený čtverec Inadine a přes něj sterilní čtverec. Nakonec se čtverce přelepí Cosmoporem.

Převaz tracheostomické kanyly – provádí se jedenkrát denně (při potřebě častěji) po ranní hygieně, vysunutím starého čtverečku pod tracheostomií, očištění okolí dezinfekcí Betadine a vsunutí nového sterilního čtverce pod tracheostomií. Zhruba 2xtýdně (při potřebě) výměna tracheostomické tkanice.

V průběhu obou převazů se hodnotí okolí rány (zarudnutí, známky infekce, macerace, sekrece, dekubity).

#### Rehabilitace:

Polohování každé 2 hodiny

Pasivní cvičení na lůžku bylo prováděno fyzioterapeutkou za účelem prevence kontraktur  
Dechová rehabilitace - proti odporu dlaně, prováděla fyzioterapeutka

Bazální stimulace:

Iniciální dotek: pravá ruka, rameno

Polohování: hnízdo

Zklidňující masáž: každý večer před spaním ke zklidnění pacientky před spankem

Stimulující masáž: každé ráno k povzbuzení pacientky na práci fyzioterapeutky

Zklidňující koupel: každý večer k navození klidného spánku

Stimulující koupel: každé ráno ke stimulaci pacientky na denní činnosti

Orální stimulace: štětičky s oblíbenými nápoji (káva), v rámci hygieny dutiny ústní a před každým krmením

Auditivní stimulace: poslech televize (oblíbené seriály, dokumenty)

#### Ostatní:

Odsávání dle potřeby + záznam do dokumentace.



Otáčení a zanoření perkutánní endoskopické gastrostomie jako prevence vzniku dekubitů v místě zavedení sondy. Provádí se vždy při převazu (1xdenně).

#### Zhodnocení celkového stavu během péče o pacienta:

Zhodnocení ošetrovatelská péče dle modelu Marjory Gordonové:

##### 1) Vnímání zdravotního stavu

Pacientka se vždy starala o své zdraví. Je nekuřák. Chodila na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři.

Z důvodu základní diagnózy nelze nyní zjistit, jak hodnotí své zdraví.

##### 2) Výživa a metabolismus

Pacientka přijímá potravu i tekutiny cestou perkutánní endoskopické gastrostomie. Před podáním stravy se provádí orální stimulace, aby se pacientka lépe připravila na přísun potravy a odsátí ze sondy ke kontrole trávení.

Přes perkutánní endoskopickou gastrostomii se pacientce podává bolusově každé 2 hodiny (6xdenně) 280ml Nutrilacu a 260ml vody. Celkem za den 1,7l Nutrilacu a 1,6l převařené vody

Kontrola zbytků ze sondy negativní – pacientka dobře tráví.

Známky dehydratace se nevyskytly. Příjem tekutin odpovídá výdeji (1500ml příjem a 1490ml výdej.)

Kožní turgor s rychlým návratem kůže.

##### 3) Vylučování

Pacientka inkontinentní (moč i stolice).

Vylučování stolice je pravidelné (1x za 3 dny) a bez patologií.

Moč je vylučována cestou permanentního močového katetru, který je zavedený 15. Den, velikost 16, materiál silikon. Dosud bez známek infekce, denní diuréza se pohybuje okolo 1000 ml.

##### 4) Aktivita, cvičení

Pacientka plně nesoběstačná. Aktivita, cvičení probíhá formou rehabilitace – pasivní cvičení na lůžku a formou bazální stimulace.

##### 5) Spánek odpočinek

Pacientka spí denně asi 8 hodin, bez dopoledního a odpoledního odpočinku.

Problémy s usínáním neudává.

##### 6) Sebekoncepce, sebeúcta

Nelze hodnotit.

7) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Plnění rolí narušeno z důvodu dlouhodobé hospitalizace – vegetativní stav.

Za pacientkou dochází 2x týdně členové rodiny – dcera a vnučka.

Několikrát ji navštívila i sestra pacientky.

8) Sexualita, reprodukční cyklus

Neuspokojení sexuálních potřeb z důvodu základní diagnózy.

9) Stres, zátěžové situace

Stres a zátěžové situace zvládá pacientka dobře.

10) Víra, přesvědčení, hodnoty

Pacientka je ateistka.

Bazální stimulace během dne:

**Povzbuzující somatická masáž:**

Každé ráno jsme pacientku přivezly na pojízdné vaně do sprchy a vykoupali jsme ji oblíbeným sprchovým gelem a žínkou. Po koupeli jsem prováděla u pacientky povzbuzující masáž celého těla froté ponožkami a tělovým mlékem, aby byla povzbuzená a připravená na práci fyzioterapeutky.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala velmi pozitivně na tento typ stimulace. Měla naježené chlupy na horních končetinách a na tváři malý úsměv.

**Zklidňující somatická masáž:**

Zklidňující somatickou masáž jsem u pacientky prováděla každý den před usnutím k celkovému uvolnění a uklidnění těla a také k navození příjemného a klidného spánku. Používala jsem froté ponožky a tělové mléko, na které byla pacientka zvyklá.

Reakce pacienta:

Reakce pacientky byly pozitivní. Na konci stimulace někdy usínala. Myslím, že ji tento typ stimulace uklidnil a připravil na klidný spánek.

**Polohování:**

Na oddělení DIOP se pacienti polohují každé 2 hodiny. Vždy používáme speciální polohovací pomůcky (hady, molitanové válce, hranoly). Při poloze na zádech (čas po obědě a před usnutím) jsme pacienty polohovaly do polohy hnízdo. Celé tělo je ohraničené molitanovými hady.

Reakce pacienta:

Myslím, že pacientka byla v poloze hnízdo klidná a měla pocit bezpečí s vnímání hranic svého těla. Pacientce se také lépe spalo. Za dobu mého sledování pacientka neměla potíže se spánkem a nepodávaly jsme léky na spaní.

### **Orální:**

Orální stimulace u pacientky probíhala každý den v rámci ranní hygieny použitím štětičky namočené v ústní vodě Listerine, na kterou byla pacientka zvyklá.

Dalším způsobem byly namočené vatové štětičky do oblíbeného nápoje kávy A také orální stimulace (ke stimulaci slinných žláz) před každým podáváním stravy do perkutánní endoskopické gastrektomie.

Reakce pacienta:

Pacientka reagovala velmi pozitivně jak na ranní hygienu, tak na namočené vatové štětičky v kávě. Orální stimulace jí vždy na rtech vykouzlila úsměv a myslím, že byla lépe připravená na přijímání potravy.

### **Auditivní:**

Jakou auditivní stimulaci jsem během odpoledne používala seriál „Ulice“, aby pacientka věděla, co je za denní dobu z daného dne. Dále jsem pacientce pouštěla dokumentární filmy a televizní zpravodajství.

Významnou část auditivní stimulace u pacientky zaujímal rodina – 1x týdně za pacientkou docházela buď dcera, nebo vnučky, které pacientce vyprávěly příběhy a novinky z domova.

Reakce pacienta:

Reakce pacientky byly vždy pozitivní. Jen jedenkrát jsem pacientce pustila dokument o druhé světové válce a pacientka se na konci dokumentu rozplakala. Později jsem raději volila dokumentární filmy o přírodě, při kterých se u pacientky nikdy neobjevily negativní emoce.

Na vyprávění svých blízkých vždy reagovala pozitivně.

### **Rodina:**

Rodinní příslušníci (dcera, vnučata a sestra pacientky) za pacientkou přicházeli asi 1x týdně zhruba na dvě hodiny. Rodina bydlí asi 30 km od nemocnice, kde je pacientka umístěna, takže z časových důvodů bohužel častěji přijít nemohli.

U pacientky prováděly vždy některé prvky bazální stimulace. Nejčastěji orální stimulaci namočenými vatovými štětičkami v kávě a jogurtu, ale také zklidňující masáž těla a auditivní stimulaci.

Pacientka vždy na jejich přítomnost reagovala pozitivně.

Zhodnocení bazální stimulace z mého pohledu:

Myslím, že bazální stimulace se u pacientky provádí v dostatečné míře. Je škoda, že se bazální stimulací ve sledovaném zařízení neřeší spastisita pacientů. Na všechny druhy stimulací reaguje přiměřeně pozitivně, jen zřídka má negativní reakce. Nejvíce pozitivně pacientka reagovala na orální stimulaci, nikdy neměla negativní emoce na tento typ stimulace.

Je také pozitivní, že ačkoliv je pacientka slepá je schopná vnímat zvukové vjemy a je možné u ní provádět auditivní stimulaci, na kterou reagovala také velmi pozitivně, až na jeden negativní den.

Rodinní příslušníci za pacientkou docházeli 1x týdně, ale byl na nich vidět zájem o pacientku. Její vnučka si udělala i kurz bazální stimulace, aby mohla babičce alespoň nějak pomoci.

### 3. Závěr

Výzkumná část mé bakalářské práce mi rozšířila praktické poznatky v konceptu bazální stimulace.

Tématem mojí práce byla bazální stimulace u pacienta v dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči. Na začátku jsem si stanovila 6 cílů, kterých bylo v průběhu výzkumu dosaženo.

Z výzkumu vyplynulo, že na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče se nejvíce využívají prvky somatické stimulace, především iniciální dotek a povzbuzující a zklidňující somatické masáže. Na tento druh stimulace pacienti reagovali vždy pozitivně a klidně. Každý den se také u pacientů využívaly vybrané prvky nástavbové stimulace. V rámci optické stimulace se nejčastěji využívaly fotografie (většinou rodiny) a televizní pořady, které se v rámci poslechu zahrnují i do auditivní stimulace. Jako orální stimuly jsme využívaly štětičky namočené v oblíbených nápojích či pochutinách, kartáčky na zuby v rámci ranní a večerní hygieny a také jsme prováděly orální stimulaci před každým krmením pacienta. Na všechny prvky, které jsem na pacienty aplikovala reagovali vždy pozitivně, jen zřídka měli negativní reakce.

Pro sledované zařízení jsem vytvořila denní záznam bazální stimulace. Tento záznam obsahuje tabulku, kde jsou rozepsané typy bazální stimulace, datum, kdy byla stimulace prováděna a zda měl pacient pozitivní či negativní reakce. Sledované zařízení nemá záznam na zápis prováděných prvků stimulace, a tak doufám, že nová dokumentace bude přínosem pro sledované zařízení a usnadní práci personálu. Denní záznam je vložen do přílohy E, F, G a H.

Po dokončení výzkumu jsem byla stále v kontaktu s oddělením, a proto znám osudy sledovaných pacientů. Pacientky zmíněné v kazuistice 2 a 4 jsou stále umístěny na oddělení a bazální stimulace je prováděna za účelem zkvalitnění dlouhodobé ošetrovatelské péče u dlouhodobě ležících pacientů. Pacient s kazuistiky 3 bohužel zemřel na oddělení. S rodinou pacientky zmíněné v kazuistice 1 jsem byla nadále v kontaktu a dovolili se mi zmínit, že na konci října roku 2014 byla přeložena na soukromé oddělení na Slovensko, kde provádějí bazální stimulaci a další rehabilitační metody a snaží se o navrácení pacientky do běžného denního života.

#### 4. Použitá literatura

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní kurz bazální stimulace.* Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, 2003.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *1. a 2. díl: Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I.* Frýdek-Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6132-2.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. Podpora vnímání a komunikace s pacienty prostřednictvím konceptu bazální stimulace ve výuce a ošetrovatelské praxi. *Diplomová práce.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2005.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro nástavbový kurz bazální stimulace.* Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, s.r.o, 2013.

FRÖLICH, Andreas. *Basale Stimulation. Das Konzept.* Dusseldorf : Verlag selbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-11-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80- 247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy.* Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3106-3.

KUTNORORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha 7 : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Praha : Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-761-5.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Traumata mozku a jeho rehabilitace*. Praha 5 : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-569-7.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

ŠRÁMKOVÁ, Marie a kol., a. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

VOKURKA, Martin a HUGO, a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2.

*Elektronické zdroje:*

DOLEŽIL, D. a CARBONOVÁ, K. Neurologie pro praxi: Vegetativní stav (apalický syndrom). [Online] 1. Leden 2007. [Citace: 13. Listopad 2014.] <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>. ISSN - 1803-5280 (online verze).

Institut bazální stimulace. [Online] 2004. [Citace: 24. říjen 2014.] <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-nas/>.

## 5. Přílohy

Příloha A <i>Autobiografická anamnéza ke kazuistice I.</i> .....	73 - 74
Příloha B <i>Autobiografická anamnéza ke kazuistice II.</i> .....	75 - 76
Příloha C <i>Autobiografická anamnéza ke kazuistice III.</i> .....	77 - 78
Příloha D <i>Autobiografická anamnéza ke kazuistice IV.</i> .....	79 - 80
Příloha E <i>Denní záznam bazální stimulace ke kazuistice I.</i> .....	81
Příloha F <i>Denní záznam bazální stimulace ke kazuistice II.</i> .....	82
Příloha G <i>Denní záznam bazální stimulace ke kazuistice III.</i> .....	83
Příloha H <i>Denní záznam bazální stimulace ke kazuistice IV.</i> .....	84



## Autobiografická anamnéza ke kazuistice I.

### Autobiografická anamnéza

Jméno pacienta: *Kazuistika I.*

Oslovení:

Iniciální dotek:

#### Tělesná péče:

Jste – pravák  levák

Je pro ni/něj péče o své tělo důležitá? Ano  Ne

Jak často a kdy? Denně  Ráno  Večer

občas – specifikujte.....

Jakou má rád/a teplotu vody? Chladná  Vlažná  Teplá  Horká

K mytí používá? *SPRCHOVÝ GEL SLADKÉ VŮNĚ* (tekuté mýdlo, sprchový gel,...)

Má nějaké rituály při mytí? *NE*

Jak často si myje vlasy? *2x TYDNE*

Má nějaké zvláštnosti při péči o nehty? */*

Stav pokožky: Normální  Mastná  Suchá

Toaletní potřeby budou přineseny? Toaletní potřeby k dispozici  Budou přineseny  Nemá

#### Péče o zuby:

Má vlastní kartáček a pastu? Ano  Ne

Zubní protéza: Ano  Ne

Specifikujte: plná protéza  částečná protéza  horní čelist  dolní čelist

Spí s protézou? Ano  Ne

#### Vyprazdňování:

Močí spontánně  Má poruchy močení  Léčba medikamenty

Specifikujte poruchu močení?.....

Při inkontinenci užívá? Inkontinentní vložky  Plenkové kalhotky  PMK

Stolice – *Bez problémů* – Zápcha  Průjem

Specifikujte poruchu.....

#### Vnímání okolí:

Má nějaké postižení sluchu? Ano  Ne  Pravé ucho  Levé ucho  Obě uši

Specifikujte poruchu:.....

Užívá sluchadlo? Ano  Ne

Oblíbená hudba, rozhlasová stanice, či Tv pořad: *SERIALY ULICE A ORDINACE U RŮŽOVÉ SAHRADĚ*

Zvuky, na které je zvyklý/á: *ROZHOVÁ HODBA NA EUROPA 2*

Má nějakou poruchu zraku? Ano  Ne  Pravé oko  Levé oko  Obě oči

Specifikujte poruchu:.....

Nosí brýle? Ano  Ne  Kontaktní čočky? Ano  Ne

Užívá nějakou medikaci na oči? Oční kapky  Oční masti  Jiné

#### Spánek:

Obvykle spí na: Zádech  Břiše  P bok  L bok

Jak spí? Chodí časně spát  Chodí pozdě spát  V noci se budí  vstává velmi časně  Spí ráno dlouho

odpolední spánek  Dopolední spánek

Má oblíbený polštář, deku, jiné? *NE*

Kolik hodin denně spí? *8* Má hodně zatemněno při spánku? *ANO*

**Jídlo, pití:**Upřednostňuje chutě: Sladké  Slané  Kyselé  Hořké  Ostré Jakou má rád/a teplotu jídla? Teplé  Vlažné  Studené Jakou preferuje konzistenci jídla? Měkkou  Pevnou  Tekutou 

Oblíbený nápoj: COLA, KOFOLA ..... Oblíbený pokrm: SVÍČKOVÁ .....

Nesnáší potraviny (alergie)..... /

Má potíže při polykání?..... /

**Regulace tělesné teploty:**Trpí na: Pocení  Pociťuje často zimu  Žádné zvláštnosti 

Jiné specifikace.....

**Pohyb tělesné aktivity:**Je zvyklý/á na pravidelnou tělesnou aktivitu? Ano  Ne  Jakou?.....

Užívá nějaké kompenzační pomůcky? NE .....

**Způsob života:**

Jaké má povolání: BARMAK ..... Jaké má postavení v práci (roli).....

Jaké má koníčky: LYŽOVÁNÍ S ROLBOU .....

Má děti, vnoučata? SYNA .....

Má nějaké zvíře, na které je zvyklý/á?..... /

Je věřící?..... /

Jak snáší bolest? DOBŘE .....

Jak zvládá zátěž? DOBŘE .....

Provádí nějaké relaxační techniky?..... /

Důležitý prožitek v poslední době? PAROZENÍ SYNA .....

**Anamnézu sepsala:**

Dotazy zodpověděla: Yvonne .....

Je v poměru k pacientovi: manžel .....

Dne:

## Autobiografická anamnéza ke kazuistice II.

### Autobiografická anamnéza

Jméno pacienta:

*Kazuistika II.*

Oslovení:

Iniciální dotek:

#### Tělesná péče:

Jste – pravák  levák

Je pro ni/něj péče o své tělo důležitá? Ano  Ne

Jak často a kdy? Denně  Ráno  Večer

občas – specifikujte.....

Jakou má rád/a teplotu vody? Chladná  Vlažná  Teplá  Horká

K mytí používá? *Sprchový gel citrusové vůně*.....(tekuté mýdlo, sprchový gel,...)

Má nějaké rituály při mytí?.....*ne*

Jak často si myje vlasy?.....*ne*

Má nějaké zvláštnosti při péči o nehty?.....*ne*

Stav pokožky: Normální  Mastná  Suchá

Toaletní potřeby budou přineseny? Toaletní potřeby k dispozici  Budou přineseny  Nemá

#### Péče o zuby:

Má vlastní kartáček a pastu? Ano  Ne

Zubní protéza: Ano  Ne

Specifikujte: plná protéza  částečná protéza  horní čelist  dolní čelist

Spí s protézou? Ano  Ne

#### Vyprazdňování:

Močí spontánně  Má poruchy močení  Léčba medikamenty

Specifikujte poruchu močení?.....

Při inkontinenci užívá? Inkontinentní vložky  Plenkové kalhotky  PMK

Stolice – Bez problémů Zácpa Průjem

Specifikujte poruchu.....

#### Vnímání okolí:

Má nějaké postižení sluchu? Ano  Ne  Pravé ucho  Levé ucho  Obě uši

Specifikujte poruchu?.....

Užívá sluchadlo? Ano  Ne

Oblíbená hudba, rozhlasová stanice, či Ty pořad: *novel Mire, TV reprézodajstan*

Zvuky, na které je zvyklý/á: *falšování hudba*

Má nějakou poruchu zraku? Ano  Ne  Pravé oko  Levé oko  Obě oči

Specifikujte poruchu?.....

Nosí brýle? Ano  Ne  Kontaktní čočky? Ano  Ne

Užívá nějakou medikaci na oči? Oční kapky  Oční masti  Jiné

#### Spánek:

Obvykle spí na: Zádech  Břiše  P bok  L bok

Jak spí? Chodí časné spát  Chodí pozdě spát  V noci se budí  vstává velmi časně  Spí ráno dlouho

odpolední spánek  Dopolední spánek

Má oblíbený polštář, deku, jiné?.....

Kolik hodin denně spí?.....*9* Má hodně zatemněno při spánku?.....*ano*

**Jídlo, pití:**Upřednostňuje chuť: Sladké  Slané  Kyselé  Hořké  Ostré Jakou má rád/a teplotu jídla? Teplé  Vlažné  Studené Jakou preferuje konzistenci jídla? Měkkou  Pevnou  Tekutou Oblíbený nápoj: ..... *kava* ..... Oblíbený pokrm: ..... *ryba* .....

Nesnáší potraviny (alergie)..... / .....

Má potíže při polykání?..... / .....

**Regulace tělesné teploty:**Trpí na: Pocení  Pociťuje často zimu  Žádné zvláštnosti 

Jiné specifikace..... / .....

**Pohyb tělesné aktivity:**Je zvyklý/á na pravidelnou tělesnou aktivitu? Ano  Ne  Jakou?..... / .....

Užívá nějaké kompenzační pomůcky?..... / .....

**Způsob života:**

Jaké má povolání:..... / ..... Jaké má postavení v práci (roli)..... / .....

Jaké má koníčky:..... *hledání dětí* .....Má děti, vnoučata?..... *5* .....

Má nějaké zvíře, na které je zvyklý/á?..... / .....

Je věřící?..... / .....

Jak snáší bolest?..... *dobře* .....Jak zvládá zátěž?..... *spíše* .....

Provádí nějaké relaxační techniky?..... / .....

Důležitý prožitek v poslední době?..... / .....

**Anamnézu sepsala:**Dotazy zodpověděla: *Sud* .....Je v poměru k pacientovi: *manžel* .....

Dne: .....

## Autobiografická anamnéza ke kazuistice III.

### Autobiografická anamnéza

Jméno pacienta: *Kazuistika III.*

Oslovení:

Iniciální dotek:

#### Tělesná péče:

Jste – pravák  levák

Je pro ni/něj péče o své tělo důležitá? Ano  Ne

Jak často a kdy? Denně  Ráno  Večer

občas – specifikujte.....

Jakou má rád/a teplotu vody? Chladná  Vlažná  Teplá  Horká

K mytí používá? *sprch gel a žínku, koženě kůže* (tekuté mýdlo, sprchový gel,...)

Má nějaké rituály při mytí? *ne*

Jak často si myje vlasy? *2x týdně*

Má nějaké zvláštnosti při péči o nehty? *ne*

Stav pokožky: Normální  Mastná  Suchá

Toaletní potřeby budou přineseny? Toaletní potřeby k dispozici  Budou přineseny  Nemá

#### Péče o zuby:

Má vlastní kartáček a pastu? Ano  Ne

Zubní protéza: Ano  Ne

Specifikujte: plná protéza  částečná protéza  horní čelist  dolní čelist

Spí s protézou? Ano  Ne

#### Vyprazdňování:

Močí spontánně  Má poruchy močení  Léčba medikamenty

Specifikujte poruchu močení?.....

Při inkontinenci užívá? Inkontinentní vložky  Plenkové kalhotky  PMK

Stolice – Bez problémů Zácpa Průjem

Specifikujte poruchu.....

#### Vnímání okolí:

Má nějaké postižení sluchu? Ano  Ne  Právě ucho  Levé ucho  Obě uši

Specifikujte poruchu?.....

Užívá sluchadlo? Ano  Ne

Oblíbená hudba, rozhlasová stanice, či Tv pořad: *Písně Nedvědu, Tv zpravodajství*

Zvuky, na které je zvyklý/á.....

Má nějakou poruchu zraku? Ano  Ne  Právě oko  Levé oko  Obě oči

Specifikujte poruchu?.....

Nosí brýle? Ano  Ne  Kontaktní čočky? Ano  Ne

Užívá nějakou medikaci na oči? Oční kapky  Oční masti  Jiné

#### Spánek:

Obvykle spí na: Zádech  Břiše  P bok  L bok

Jak spí? Chodí časně spát  Chodí pozdě spát  V noci se budí  vstává velmi časně  Spí ráno dlouho   
odpolední spánek  Dopolední spánek

Má oblíbený polštář, deku, jiné?.....

Kolik hodin denně spí? *7*..... Má hodně zatemněno při spánku?

**Jídlo, pití:**

Upřednostňuje chuť: Sladké  Slané  Kyselé  Hořké  Ostré

Jakou má rád/a teplotu jídla? Teplé  Vlažné  Studené

Jakou preferuje konzistenci jídla? Měkkou  Pevnou  Tekutou

Oblíbený nápoj..... *pivo* ..... Oblíbený pokrm..... *bramborák* .....

Nesnáší potraviny (alergie)..... */* .....

Má potíže při polykání?..... */* .....

**Regulace tělesné teploty:**

Trpí na: Pocení  Pociťuje často zimu  Žádné zvláštnosti

Jiné specifikace.....

**Pohyb tělesné aktivity:**

Je zvyklý/á na pravidelnou tělesnou aktivitu? Ano  Ne  Jakou?..... *Procházkou* .....

Užívá nějaké kompenzační pomůcky?..... */* .....

**Způsob života:**

Jaké má povolání?..... *V důchodu* ..... Jaké má postavení v práci (roli)..... */* .....

Jaké má koníčky?..... *Procházkou* .....

Má děti, vnoučata?..... *1 dceru, 2 vnoučata* .....

Má nějaké zvíře, na které je zvyklý/á?..... */* .....

Je věřící?..... *ne* .....

Jak snáší bolest?..... *dobře* .....

Jak zvládá zátěž?..... *dobře* .....

Provádí nějaké relaxační techniky?..... */* .....

Důležitý prožitek v poslední době?..... *Nevim* .....

Anamnézu sepsala: *Manželka*

Dotazy zodpověděla: *Manželka*

Je v poměru k pacientovi:

Dne:

Autobiografická anamnéza ke kazuistice IV.

**Autobiografická anamnéza**

Jméno pacienta: *Karvistička II.*

Oslovení:

Iniciální dotek:

**Tělesná péče:**

Jste – pravák  levák

Je pro ni/něj péče o své tělo důležitá? Ano  Ne

Jak často a kdy? Denně  Ráno  Večer

občas – specifikujte.....

Jakou má rád/a teplotu vody? Chladná  Vlažná  Teplá  Horká

K mytí používá? *1x každý gel kůže, ani ne* (tekuté mýdlo, sprchový gel,...)

Má nějaké rituály při mytí? *ne*

Jak často si myje vlasy? *1x týdně, šampón (AVON)*

Má nějaké zvláštnosti při péči o nehty? *ne*

Stav pokožky: Normální  Mastná  Suchá

Toaletní potřeby budou přineseny? Toaletní potřeby k dispozici  Budou přineseny  Nemá

**Péče o zuby:**

Má vlastní kartáček a pastu? Ano  Ne

Zubní protéza: Ano  Ne

Specifikujte: plná protéza  částečná protéza  horní čelist  dolní čelist

Spí s protézou? Ano  Ne

*protézu dlouhodobě nepoužívá!*

**Vyprazdňování:**

Močí spontánně  Má poruchy močení  Léčba medikamenty

Specifikujte poruchu močení? *inkontinence*

Při inkontinenci užívá? Inkontinentní vložky  Plenkové kalhotky  PMK

Stolice – Bez problémů Zápca Průjem

Specifikujte poruchu.....

**Vnímání okolí:**

Má nějaké postižení sluchu? Ano  Ne  Pravé ucho  Levé ucho  Obě uši

Specifikujte poruchu.....

Užívá sluchadlo? Ano  Ne

Oblíbená hudba, rozhlasová stanice, či Tv pořad: *seriál, klasic a dokument. filmy*

Zvuky, na které je zvyklý/á: *neumím*

Má nějakou poruchu zraku? Ano  Ne  Pravé oko  Levé oko  Obě oči

Specifikujte poruchu: *úplně slepota*

Nosí brýle? Ano  Ne  Kontaktní čočky? Ano  Ne

Užívá nějakou medikaci na oči? Oční kapky  Oční masti  Jiné

**Spánek:**

Obvykle spí na: Zádech  Břiše  P bok  L bok

Jak spí? Chodí časně spát  Chodí pozdě spát  V noci se budí  vstává velmi časně  Spí ráno dlouho

odpolední spánek  Dopolední spánek

Má oblíbený polštář, deku, jiné? */*

Kolik hodin denně spí? *7* Má hodně zatemněno při spánku?.....

**Jídlo, pití:**

Upřednostňuje chuť: Sladké  Slané  Kyselé  Hořké  Ostré

Jakou má rád/a teplotu jídla? Teplé  Vlažné  Studené

Jakou preferuje konzistenci jídla? Měkkou  Pevnou  Tekutou

Oblíbený nápoj..... *čaj* ..... Oblíbený pokrm..... *bramboračky*

Nesnází potraviny (alergie)..... /

Má potíže při polykání?..... /

**Regulace tělesné teploty:**

Trpí na: Pocení  Pociťuje často zimu  Žádné zvláštnosti

Jiné specifikace.....

**Pohyb tělesné aktivity:**

Je zvyklý/á na pravidelnou tělesnou aktivitu? Ano  Ne  Jakou?.....

Užívá nějaké kompenzační pomůcky?.....

**Způsob života:**

Jaké má povolání: *důchodce* ..... Jaké má postavení v práci (roli).....

Jaké má koníčky: *procházký* .....

Má děti, vnoučata? *2 děti, 5 vnoučat a 3 pravnoučata* .....

Má nějaké zvíře, na které je zvyklý/á? .....

Je věřící? *ne* .....

Jak snáší bolest? *dobře* .....

Jak zvládá zátěž? *dostatečně* .....

Provádí nějaké relaxační techniky? *ne* .....

Důležitý prožitek v poslední době? .....

**Anamnézu sepsala:**

Dotazy zodpověděla: *pacientka*

Je v poměru k pacientovi: *dcera*

Dne:



Denní záznam bazální stimulace kazuistika I.

Jméno pacienta:	Denní záznam bazální stimulace																								
	Datum																								
KAZUISTIKA I.	1.7	2.7	3.7	4.7	5.7	6.7	7.7	8.7	9.7	10.7	11.7	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.7	18.7	19.7	20.7	21.7	22.7	23.7		
Prvky bazální stimulace																									
Celková koupel zklidňující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Celková koupel povzbuzující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Masáž zklidňující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Masáž povzbuzující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Neurofyziologická koupel																									
Polohování - mumie																									
Polohování - hrizdo	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Masáž stimulující dýchání																									
Kontaktní dýchání																									
Vibrační stimulace																									
Vestibulární stimulace																									
Orální stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Optická stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Auditivní stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Olfaktorická stimulace																									
Otázky ANO/NE																									
Asistovaná ruka																									
INICIALNÍ DOTEK: P RUKA																									
Reakce pacienta na bazální stimulaci																									
Pozitivní reakce: úsměv, uvolnění, neverbální projevy radosti, naježené chůpy při povzbuzující stimulaci, reakce očí (zájem o stimulující osobu), Negativní reakce: pláč, rigidita, nezáměr o stimulaci, neverbální projevy negativních emocí, tachykardie, tachypnoe, hypertenze																									
* Do kolnyk vedle názvu stimulace napište + nebo - podle reakce pacienta (plus pozitivní, minus negativní)																									

Denní záznam bazální stimulace kazuistika II.

Jméno pacienta:	Denní záznam bazální stimulace																							
	Datum																							
LAZUŠTIKA II.	1.7.	2.7.	3.7.	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.	9.7.	10.7.	11.7.	12.7.	13.7.	14.7.	15.7.	16.7.	17.7.	18.7.	19.7.	20.7.	21.7.	22.7.	23.7.	
Prvky bazální stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Celková koupel zklidňující		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Celková koupel povzbuzující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Masáž zklidňující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Masáž povzbuzující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Neurofyzilogická koupel																								
Pohovávání - mumiie																								
Pohovávání - hnízdo	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Masáž stimulující dýchání																								
Kontaktní dýchání																								
Vibrační stimulace																								
Vestibulární stimulace																								
Orální stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Optická stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Auditivní stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Olfaktorická stimulace																								
Otázky ANO/NE																								
Asistovaná ruka																								
INICIALNÍ DOTĚK: P RUKA																								
Reakce pacienta na bazální stimulaci																								
Pozitivní reakce: úsměv, uvolnění, neverbální projevy radosti, naježené chlupy při povzbuzující stimulaci, reakce očí (zájem o stimulující osobu), Negativní reakce: pláč, rigidita, nezájem o stimulaci, neverbální projevy negativních emocí, tachykardie, tachyproee, hypertenze																								
* Do kolíčky vedle názvu stimulace napište + nebo - podle reakce pacienta (plus pozitivní, minus negativní)																								

Denní záznam bazální stimulace kazuistika III.

Jméno pacienta:	Denní záznam bazální stimulace																						
	Datum																						
KAZUISTIKA III.	1.7.	2.7.	3.7.	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.	9.7.	10.7.	11.7.	12.7.	13.7.	14.7.	15.7.	16.7.	17.7.	18.7.	19.7.	20.7.	21.7.	22.7.	23.7.
Prvky bazální stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Celková koupel zklidňující																							
Celková koupel povzbuzující																							
Masáž zklidňující																							
Masáž povzbuzující																							
Neurofyziologická koupel / masáž																							
Polohování - mumie																							
Polohování - hnízdo																							
Masáž stimulující dýchání																							
Kontaktní dýchání																							
Vibrační stimulace																							
Vestibulární stimulace																							
Orální stimulace																							
Optická stimulace																							
Auditivní stimulace																							
Olfaktorická stimulace																							
Otázky ANO/NE																							
Asistovaná ruka																							
INICIALNÍ DOTEK : 6 rukou																							
Reakce pacienta na bazální stimulaci																							
Pozitivní reakce: úsměv, uvolnění, neverbální projevy radosti, naježené chlupy při povzbuzující stimulaci, reakce očí (zájem o stimulující osobu), Negativní reakce: pláč, rigidita, nezájem o stimulaci, neverbální projevy negativních emocí, tachykardie, tachypnoe, hypertenze																							
* Do kolíčky vedle názvu stimulace napište + nebo - podle reakce pacienta (plus pozitivní, minus negativní)																							

Denní záznam bazální stimulace kazuistika IV.

Jméno pacienta:	Denní záznam bazální stimulace																								
	Datum																								
KAZUISTIKA IV																									
Prvky bazální stimulace	1.7.	2.7.	3.7.	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.	9.7.	10.7.	11.7.	12.7.	13.7.	14.7.	15.7.	16.7.	17.7.	18.7.	19.7.	20.7.	21.7.	22.7.	23.7.		
Celková koupel zklidňující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Celková koupel povzbuzující																									
Masáž zklidňující	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Masáž povzbuzující																									
Neurofyzilogická koupel																									
Polohování - mumie																									
Polohování - hnízdo	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Masáž stimulující dýchání																									
Kontaktní dýchání																									
Vibrační stimulace																									
Vestibulární stimulace																									
Orální stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Optická stimulace																									
Auditivní stimulace	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Olfaktorická stimulace																									
Otázky ANO/NE																									
Asistovaná ruka																									
INICIAČNÍ DOTEK: P RUKA																									
Reakce pacienta na bazální stimulaci																									
Pozitivní reakce: úsměv, uvolnění, neverbální projevy radosti, naježené chlupy při povzbuzující stimulaci, reakce očí (zájem o stimulující osobu), Negativní reakce: pláč, rigidita, nezáměr o stimulaci, neverbální projevy negativních emocí, tachykardie, tachypnoe, hypertenze																									
* Do kolinky vedle názvu stimulace napište + nebo - podle reakce pacienta (plus pozitivní, minus negativní)																									