

Střední zdravotnická škola, Písek, Národní svobody 420



Bazální stimulace

říjen 2011

Mgr. Olga Koutenská, Mgr. Eva Jirochová



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Kurz je realizován z projektu OPVK č. CZ.1.07/1.1.10/03.00 36 „Zvyšování odborných kompetencí žáků a pracovníků Střední zdravotnické školy Písek“

Bazální stimulace

Úvod	str. 1
Vznik konceptu	str. 2
Pojetí konceptu	str. 3
Teoretická základna	str. 3
Vývoj vnímání	str. 4
Pro koho je bazální stimulace určena	str. 5
Autobiografická anamnéza	str. 7
Techniky konceptu	str. 11
Cíle bazální stimulace	str. 15
Desatero bazální stimulace	str. 16
Praktická cvičení	str. 17
Celková tělesná koupel	str. 17
Celková koupel zklidňující	str. 18
Polohování	str. 21
Poloha mumie	str. 22
Poloha hnízdo	str. 24
Somatická stimulace dýchání	str. 28
Kontaktní dýchání	str. 28
Masáž stimulující dýchání	str. 29
Zkušenost z praxe	str. 31
Kazuistika č. 1	str. 33
Kazuistika č. 2	str. 34
Seznam literatury	str. 35

BAZÁLNÍ STIMULACE

Úvod

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče je v konceptu strukturovaná tak, aby byly **podporovány zachovalé schopnosti** (komunikační a pohybové) klienta. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského procesu. **Bazální stimulace** je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na **všechny oblasti lidských potřeb**. Bazálně stimuluje ošetrovatelská péče se **přizpůsobuje věku a stavu klienta**

Bazální stimulace je **koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci**. 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. Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Kognitivní vývoj si nelze představit bez prodělané zkušenosti s pohybem. Kognitivní vývoj zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a také doprovodných emocionálních a sociálních procesů. Je tedy potřeba poskytnout a umožnit i dítěti s vrozeným postižením dostatek pohybových zkušeností. Totéž platí v ošetrovatelské péči ve vztahu k dospělým klientům. Mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách ve více svých regionech a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. **Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech.**

Tuto skutečnost lze využít v péči o postižené klienty, ale také o pacienty po traumatických či jiných postiženích mozku. Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. Předpokladem je poskytnutí dostateku adekvátních podnětů, aby mohlo dojít k budování neuronálních struktur. **Podněty, které v péči poskytujeme musí být vhodně a individuálně strukturované.** Péče dle principů Bazální stimulace redukuje stres a podněcuje vlastní vývoj klienta.

Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína,

neonatologie, následná péče). Elementy konceptu integrované do péče mají význam např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí. Koncept bazální stimulace je integrován také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu **výrazně podporuje kvalitu jejich života.**

Vznik konceptu

Autorem konceptu je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept Bazální stimulace podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí. A. Fröhlich prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Dosažené výsledky a rozvoj schopností u těchto dětí vyvolaly rozsáhlý vědecký výzkum v oblasti medicíny.

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept Profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Od poloviny osmdesátých let spolupracuje úzce s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna.

Pojetí konceptu

Hlavní myšlenkou konceptu Bazální stimulace je potřeba **holisticky vnímat jedince**. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Koncept Bazální stimulace vychází z předpokladu **individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta**. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je **integrace klientovy nejbližší osoby do péče**. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa. Tímto podporuje udržení hustoty dendritické arborizace a vznik nových dendritických spojení mezi neurony. Koncept respektuje různé vývojové stupně člověka a základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje. **Cílem je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů.**

Teoretická základna konceptu Bazální stimulace

Koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Základním principem konceptu je **zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci**. Teoretická základna konceptu je založena na předpokladech neurofyziologického modelu vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, poznatků z fyzioterapie (především konceptu Bobath), psychologie a pedagogiky. Základními prvky konceptu jsou **pohyb, komunikace a vnímání** a jejich úzké propojení. **Na klienta je pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace.**

Vývoj vnímání v prenatálním období

Nejrannější formy komunikace ještě v období prenatálním mezi matkou a nenarozeným dítětem **jsou komunikace somatická, vestibulární a vibrační**. Tyto tři druhy vnímání **utvářejí primárně u člověka pocit jistoty**. **Somatické vnímání** je zprostředkováno největším percepčním a zároveň hraničním orgánem, a sice kůží. **Vestibulární aparát** má schopnost určit polohu v prostoru a uvědomit si pohyb. **Vibrační vnímání** pomáhá člověku vnímat celým tělem přicházející chvění, hlasy, tony, zvuky atd. a toto vše zpracovat. Díky vibraci se dostává člověku také hlubokých tělesných podnětů .

Porod, tj. přechod dítěte z chráněného intrauterinního života do zcela nového a zdaleka ne tak ideálního a bezpečného prostředí, je pro nezralý organismus z fyziologického hlediska značnou zátěží. Na druhé straně na různé podněty bohaté prostředí vývoj centrálního nervového systému výrazně stimuluje a do značné míry i usměrňuje. Postnatálně vývoj struktury CNS rychle pokračuje. Dochází k intenzivnímu růstu a větvení axonů a dendritů a k zapojování nových synapsí. Složitější regulační funkce mozku jsou možné pouze při zachování principu vzájemné spolupráce – integrační funkce centrálního nervového systému. Tyto funkce se týkají především příjmu informací ze zevního a vnitřního prostředí, jejich zpracování v rámci jednotlivých oddílů centrálního nervového systému a adekvátní reakce na změnu podmínek zevního a vnitřního prostředí.

Stimulace vnímání a její význam

K tomu, aby člověk prokazatelně reagoval na somatické, vestibulární, vibrační, taktilně – haptické, chuťové, čichové, zrakové a sluchové podněty, je nutný určitý stupeň vývoje stavby a funkce nervového systému. Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů plasticity nervového systému. Plasticita je obecnou vlastností nervového systému a nejvýraznější je v časném období života. Komplikované vztahy jednotlivých oblastí mozku se vyvíjejí na základě jak genetických informací, tak vlivů zevního prostředí..

Nervové buňky mají dán potenciál plastických změn ve své genetické výbavě. V období vývoje je proto mozek schopen velmi rozsáhlých anatomických i funkčních změn. V dospělosti v určitém rozsahu tato schopnost přetrvává. Vývoj mozku nezávisí

pouze na biologických daných skutečnostech a genetických informacích, nýbrž podstatným faktorem je okolní prostředí organismu se svými stimuly. **Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Při současné nedostatku pohybu hovoříme o senzomotorické deprivaci.** Lidé nacházející se v kritických situacích (onemocnění, úraz, vrozené mentální či somatické postižení) jsou omezeni ve svých pohybových schopnostech a aktivitách. **Hospitalizace ještě umocňuje jejich pohybový deficit** (např. stálý monitoring, napojení na ventilátor, kontinuální aplikace infúzních roztoků, atd.). Stále stejné prostředí nemocničního pokoje a pohybová inaktivita **má za následek podnětovou deprivaci.**

Pro koho je Bazální stimulace určena

Bazální stimulace nabízí nemocnému jasné, cílené a známé informace (stimuly) o sobě samém nebo jeho okolí, které pro něj byly elementární (bazální). Cílem bazální stimulace je podpora individuálního vývoje postižených a těžce nemocných. Je určena všem nemocným, kteří mají narušenou nebo omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu, např: nemocní v bezvědomí, po poranění mozku, nemocní s hypoxickým postižením mozku, s Alzheimerovou chorobou, nemocní s hemiplegickým postižením, pacienti v apalickém stavu, umírající, senioři s poruchou mobility, zdravotně postižení nebo nedonošené děti.

Bazální stimulace je uznávaným konceptem v mnoha evropských zemích, je používána v oblasti speciální pedagogiky a v ošetrovatelské péči. Pro mnoho pacientů se změnou vnímání se stala neodmyslitelnou součástí života.

Obecně se koncept uplatňuje v péči o

- děti s kombinovaným postižením
- pacienty v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin
- pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko
- pacienty neklidné, dezorientované
- pacienty v intenzivní péči
- geriatrické pacienty

V našich podmínkách se nejčastěji aplikuje somatická stimulace:

- celková stimulace zklidňující
- celková stimulace osvěžující
- neurofyziologická stimulace
- rozvíjející stimulace
- diametrální stimulace
- polohování
- masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání
- orofaciální stimulace

Autobiografická anamnéza klienta

Velmi důležité je zjistit si o klientovi potřebné informace a údaje, které nám usnadní následnou péči, která mu bude věnována. Nejvhodnějším zdrojem těchto informací je klient sám, dále jeho rodina a nejbližší přátelé. Ptáme se na tyto, pro nás velmi důležité, informace:

• DOTEK

Dotek je velmi důležitý pro kohokoliv z nás, cítíme jistotu a pocit bezpečí. V Bazální stimulaci je dotek umístěn na prvním místě, co se týče neverbální komunikace. V Bazální stimulaci se používá tzv. iniciálního doteku pro navázání nebo ukončení kontaktu s klientem. Iniciální dotek je předem dohodnuté a vytvořené schéma individuálního doteku za účelem zahájení, nebo ukončení péče o klienta. Dohodnutým schématem doteku se musí řídit všichni personál, případně i rodinní příslušníci. Od rodiny si zjistíme, jaké dotyky klient měl či neměl rád a místo dotyku (nejčastěji je to oblast horní končetiny – ruka, paže, rameno). Náš dotek musí být zřetelný, ale zároveň jemný, abychom mu neublížili. Klienta by se tímto způsobem měl dotýkat každý, kdo s ním přijde do kontaktu, tedy sestra, lékař i rodina. Tuto informaci o klientově iniciálním doteku je důležité dát všem lidem, kteří klienta navštěvují. Nejeftektivnějším způsobem, jak informovat okolí o tomto prvku, je napsat na list papíru. Klientovo plné jméno a místo iniciálního doteku, nebo použít cedulky iniciálního doteku určené pro tyto účely. Mezi doteky řadíme například také hlazení, masírování, umývání, oblékání i hraní.

• SOCIÁLNÍ INFORMACE

Zde zjišťujeme údaje o klientově rodině, zaměstnání, věku, zjišťujeme, s kým dotyčný žije, jestli má přátele a další informace týkající se jeho sociálního situace.

• SMYSLOVÉ INFORMACE

Hodnocení jednotlivých smyslů klienta hraje také velmi důležitou roli. Je důležité zeptat se na jakékoliv odchylky, kterými klient trpí.

a) zrak

- informace o klientově zraku zjistíme pohledem, zda nás dotyčný pozoruje či nikoli. U

klientů, kteří jsou v bezvědomí, nebo kteří nereagují na naši přítomnost, je důležité se nechat informovat od jeho okolí o klientových případných zrakových potížích

- anamnestické otázky:

Má klient nějakou poruchu zraku? (pokud ano) Jakou?

Nosí klient brýle (kontaktní čočky)?

Používá nějaké léky aplikované do očí? (kapky, masti,...)

Jiné zvláštnosti spojené se zrakem?

Sleduje klient často televizi? Jaké pořady má rád?

b) sluch

- pro dobrou komunikaci s klientem je důležité vědět, zda nás slyší a zda rozumí našim slovům

- zjišťujeme také typ zvuku, který klient vyhledává

- anamnestické otázky:

Má klient nějakou poruchu sluchu? (pokud ano) Jakou?

Poslouchá klient rádio, sleduje televizi?

Používá sluchadlo?

Je třeba mluvit na klienta hlasitěji?

Poslouchá klient rád hudbu? Jaký styl hudby má rád?

c) čich

- vůně a různé pachy vyvolávají v každém z nás řadu vzpomínek

- dlouhodobý pobyt klienta v nemocnici či jiném ústavu jej ochuzuje o řadu vzpomínek, které byly spojené s typickou vůní dané situace

- pozor musíme dávat zvláště na ty vůně, které u klienta vyvolají negativní reakce, proto je velmi důležité vědět, jaký vztah měl klient k jednotlivým typům vůní

- anamnestické otázky:

Má klient nějaké poruchy čichu? (pokud ano) Jaké?

Má klient nějaké oblíbené a naopak neoblíbené vůně?

Má nějaký oblíbený parfém?

d) chuť

- často je nemocniční strava pro klienta velmi nevyhovující – někdy je studená, jindy zase není příliš chutná, někomu naopak nestačí strava jen 3x denně

- každý člověk je zvyklý na jiné stravovací návyky
- změna prostředí spolu se závažným onemocněním často bere i chuť k jídlu, proto je nutné pravidelně a dostatečně podávat přiměřené množství stravy
- rodina nám v tomto okruhu velmi pomáhá, často přináší klientovi různá jídla připravovaná již doma – tady hrají velkou roli i některé další klientovy smysly, cítí známou vůni, vidí kolem sebe přátele, často ani není potřeba jej krmit a většinou sní celou porci
- zajímáme se také o případné potíže, kterými klient trpí např. alergie na určitý druh potravin, nechutenství, nadýmání aj.

- anamnestické otázky:

Jak často se klient stravuje?

Která jídla má klient oblíbená, a která naopak rád nemá?

Kolik tekutin za den vypije?

Stravuje se klient často mimo domov? (restaurace, jídelny,..)

Trpí Klient nějakými stravovacími potížemi?

• DENNÍ RYTMUS

Odpovědí na tuto otázku se dozvíme, jak vypadal klientův harmonogram dne. V kolik hodin ráno vstával, jestli snídal, jestli již chodil do zaměstnání, zda měl nějaké koníčky, kterým se pravidelně věnoval, a například v kolik hodin se vracel domů. Podle takto sestaveného seznamu můžeme klientovi rozepsat denní program i v místě, kde se právě nachází, ať už je to nemocnice či jiný ústav. Snažíme se mu co nejlépe napodobit jeho domov a odvrátit jeho myšlenky týkající se celého jeho onemocnění a pobytu v nemocnici.

• PÉČE O SEBE SAMA

Úroveň sebepéče u klienta, který náhle onemocněl, nebo který má nějaký druh postižení, rapidně klesá. Stupeň sebepéče klesá též s věkem, čím je člověk starší, tím hůř se o sebe dokáže postarat. Navrácení původní schopnosti sebepéče je často velmi obtížné a u klientů s těžkým onemocněním či postižením to mnohdy ani nejde. Proto zlepšení této schopnosti je považováno za velký úspěch a hlavně posun v celém procesu léčby.

• BOLEST A JEJÍ VNÍMÁNÍ

Každý klient vnímá bolest jinak a také na ni odlišně reaguje. Někdo začne naříkat, někdo

se schoulí do klubička a někdo ji na sobě nedá třeba vůbec znát. U klientů, kteří nejsou schopni nás o své bolesti informovat, je někdy velmi těžké rozpoznat, zda klient bolesti má nebo ne. Měli bychom proto znát, jak klient bolest zvládá, jak ji dává najevo, a které z bolestí jej nejčastěji postihují.

• LATERALITA

Zda je klient pravák či levák.

• SPÁNEK

Zjišťujeme, kdy chodí klient spát, a kdy se probouzí. Kolik hodin denně spí a zda spí i přes den. Zda má rád více polštářů pod hlavou, čím se přikrývá, v jaké poloze nejraději usíná,...

• OSOBNOST KLIENTA

Každý klient je individualita. Má diferencované vlastnosti, které jsou hierarchicky seřazeny. Pro lepší představu si můžeme uvést malý příklad – Klient je optimistický, veselý, rád vypráví humorné zážitky, je živý, potřebuje kolem sebe neustálé dění, rád bývá středem pozornosti, téměř vždy dovede svému okolí zlepšit náladu,...

• DUŠEVNÍ A FYZICKÁ POHODA

Relaxace, hudba, kamarádi, šálek kávy,... To vše a mnohé další patří do tohoto okruhu informací. Hledáme podněty, díky nimž se klient cítí, jak po duševní tak i po fyzické stránce, dobře.

• NÁVŠTĚVY

Návštěva blízké osoby vždy pomůže v klientově léčbě. Zmírní se pocit strachu a úzkosti, klient není tolik ve stresu a ví, že má kolem sebe spoustu přátel, kteří ho ani ve chvíli, kdy je nejvíce potřebuje, nezradí.

• DULEŽITÝ ZÁŽITEK V POSLEDNÍ DOB

• UPŘEDNOSTOVÁNÍ NĚKTERÝCH MATERIÁLU

Techniky konceptu

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání **kvalitní autobiografické anamnézy**, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského (terapeutického) plánu a **kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytované stimuly a integrace příbuzných do péče**. Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace.

Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci.

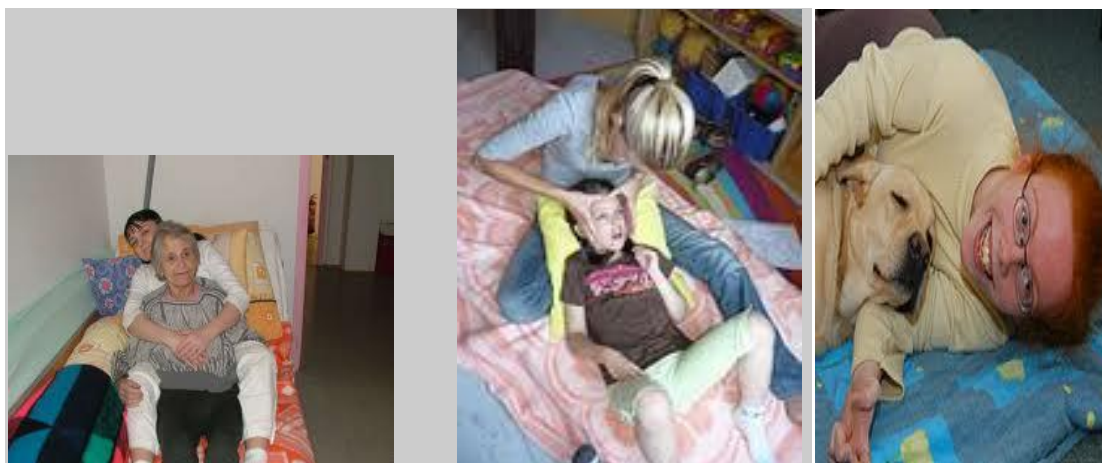
Prvky základní stimulace:

- Somatická stimulace
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace

Nastavbová stimulace:

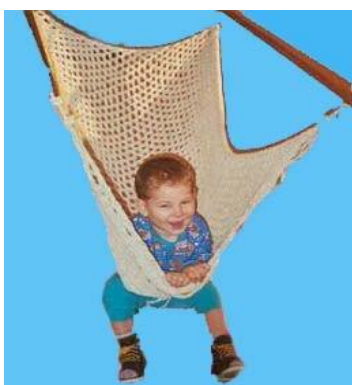
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Taktilně-haptická stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Orální stimulace

- **Somatická stimulace** – umožňuje klientovi vnímat vlastní tělo. Do této stimulace zařazujeme masáže těla, doteky, polohování, dýchání, částečné nebo celkové koupele nebo zábaly. Základem této stimulace je tedy dotek. Měl by být klidný, pevný, zřetelný ale určitě přiměřený. Vhodná místa pro stimulaci jsou ramena, paže nebo ruce. Nevyhovující jsou doteky krátkodobé, rušivé, nekvalitní a uspěchané. Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Primární tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem.

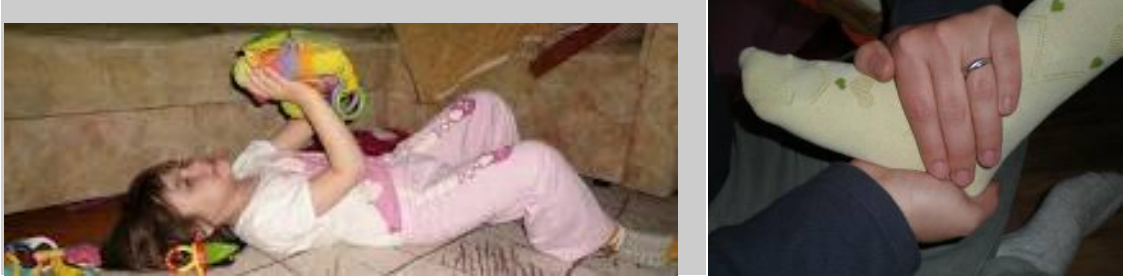


- **Auditivní stimulace** – je nástrojem pro poslech různých oblíbených nebo známých zvuků. Jedná se o poslech televize či filmu, hudby a jiných různých zvuků. Slyšení a vidění jsou našimi dálkovými smysly, kterými opouštíme bezprostřední oblast našeho těla. Auditivní stimuly kombinujeme s pohybem nebo s dotykem. Vizualní podněty mají základ především ve vytváření herních nabídek.
- **Vestibulární stimulace** – se zaměřuje na prostorovou orientaci a na uvědomování si změny polohy. Jde o rotační, lineární a statické polohy hlavy. V ošetrovatelské péči se doporučuje provádět změny polohy těla pomocí změny pozice celého lůžka. Můžeme do ní též zařadit polohování do pozice sedu. Vestibulární podnět zprostředkovává informaci o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Přiměřený vestibulární podnět působí na stabilitu držení těla, normalizuje tonus,

zklidňuje (např. houpání v síti). V praxi jde o pomalé kolébavé pohyby podél a napříč osou těla, pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči, které se mohou stát uvolněným tancováním podle hudby apod.



- **Vibrační stimulace** – ta umožňuje vnímání vibrací a chvění při mluveném slovu, ale také zpíváním, dupáním a klepáním. Jejím smyslem je posílit stabilitu pacienta a jeho uvědomění sám sebe. Vibracemi je možné také ovlivnit dýchání ve smyslu prohloubení nebo rytmizace dechu. Jedná se o podněty prostřednictvím kostry. Somatické podněty se vztahuje v podstatě na svalstvo a kůži a zasahují tak jenom část lidského těla. Kostra je tímto způsobem (dotykem a tlakem) cíleně zasažena jen zřídka. Použití vibrace po délce těla navodí intenzivní pocit v nosných částech a kloubech. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk získává během motorického vývoje, tj. při stání, chůzi a uchovává si je v paměti. Malé dítě se plazí, leze, utíká a skáče, naráží a získává tak povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži. Těžké postižení toto neumožňuje, monotónní pozice vleže nebo vsedě vede spíše k habituaci (navykání si na dráždění) než k lepšímu vnímání vlastního těla. Vibrační stimulace se provádí manuálně nebo pomocí různých pomůcek, hraček.



- **Orální stimulace** – zkoumá a stimuluje rty a receptory chuti. Využívá se u ní oblíbených tekutin, kterými se vytírá dutina ústní nebo potírají rty. Také se využívají kousky oblíbené potravy zabalené do gázy, nebo mixovaná strava podávaná po lžičkách. Nesmíme zapomenout dbát na hygienu dutiny ústní a ošetřování rtů různými druhy balzámů. - Zkušenosti s vnímáním čichových a chuťových podnětů má již nenarozené dítě. V prvních měsících života jsou chuť a čich pro dítě obzvláště důležité, představují komunikaci a interakci s matkou. Vůně matky hraje pro zdravý vývoj dítěte velkou roli.



- **Taktilně-haptická stimulace** – je zaměřena na používání známých a oblíbených předmětů. V rámci ošetrovatelské péče do ní zahrnujeme kelímek, kartáček na zuby, žínku, mýdlo, hračky nebo jiné předměty. Necháváme tyto věci vkládat do rukou nemocného.



Cílem bazální stimulace

je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo:

k podpoře rozvoje vlastní identity

k umožnění navázání komunikace s okolím

ke zvládnutí orientace v prostoru a čase

ke zlepšení funkcí organismu.

Bazální stimulace umožňuje pacientovi, aby: cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe samého, cítil okolní svět i přítomnost jiného člověka.

Médiiem umožňujícím pacientovi získat informace o sobě samém i okolí jsou ruce ošetřujících. Koncept bazální stimulace klade velký důraz na každý druh dotyků, které ve své práci poskytuje zdravotnický tým. Každý dotyk se tak stává formou komunikace. Nečekané a necílené dotyky u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocity nejistoty a strachu, přicházejí-li náhle, mohou je lekat. Proto musíme pacientovi dát vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci



můžeme poskytnout pomocí cíleného, tzv. **iniciálního dotyku**. Vhodným místem je rameno nebo ruka pacienta, dotyk musí být zřetelný, podpořený verbálně vhodným oslovením. Všichni, kteří přijdou s pacientem do styku (lékaři, fyzioterapeuti, radiologičtí pracovníci atd.), musí být o tomto dotyku informováni, musí ho respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti pacientovi poskytnout

Desatero Bazální stimulace

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

PRAKTICKÁ CVIČENÍ

Celková tělesná koupel

Ve velké většině zdravotnických zařízení je tato koupel prováděna u pacientů upoutaných na lůžko během ranní hygieny. Díky mobilitě klienta je prováděna dvěma a více pečovateli. Často je prováděna ve spěchu a její kvalita není příliš vysoká. Celková koupel dle konceptu bazální stimulace se od tohoto modelu podstatně liší.

Při provádění je nutné dodržovat tyto zásady:

- u každého mytí se snažit pacientova těla dotýkat oběma rukama
- během této koupele nemusí být umýván genitál a obličej, můžeme je vynechat
- při koupeli neodcházet od pacienta, měly by být eliminovány veškeré rušivé elementy
- v místnosti zajistit příjemnou teplotu a klidnou atmosféru
- celková tělesná koupel by měl být poskytována jen jedním ošetřujícím
- délka koupele by neměla přesáhnout 15-20 minut
- ošetřující, který provádí koupel, by neměl v jejím průběhu hovořit se třetí osobou

Celková koupel může mít různé indikace a formy. Nejčastější formy jsou:

1. celková koupel zklidňující
2. celková koupel osvěžující
3. celková koupel podle konceptu Bobatha – neurofyziologická koupel
4. diametrální celková koupel (6)

Celková koupel zklidňující

Je založena na principu inervace každého lidského chlupu či vlasu. Tato inervace registruje jejich pohyb a vysílá o tom informace do mozku. Pohyby proti směru růstu chlupů působí nepříjemně, způsobují neklid a úzkost. Naopak pohyby ve směru růstu chlupů přinášejí zklidnění. Z toho vyplývá podstata této koupele. Provádí se ve směru růstu chlupů, aby navodila klid a vyrovnanost.

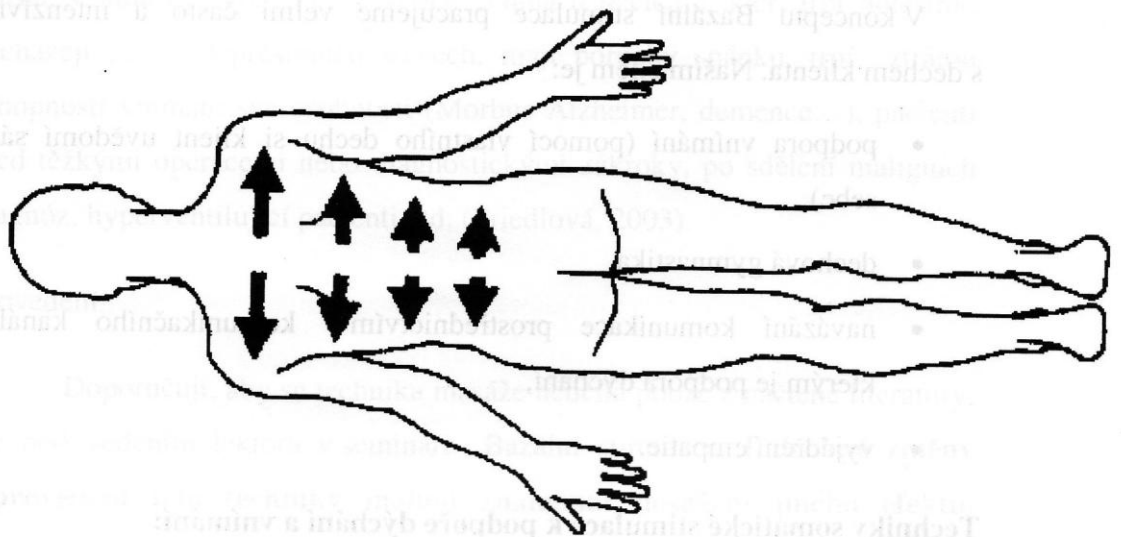
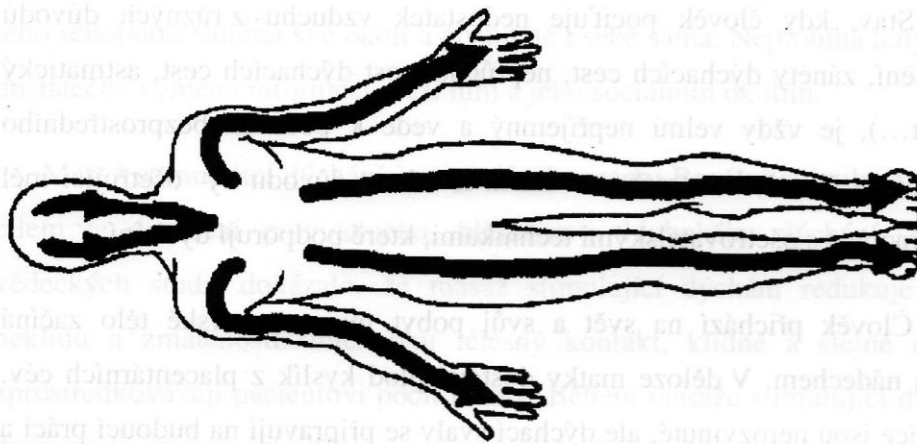
Než s koupelí začneme, klienta vždy o jejím zahájení informujeme. Ošetřující začíná s umýváním na hrudníku a pokračuje přes paže až k jednotlivým prstům. Stejně tak postupuje i na dolních končetinách. Žáda se mytí v poloze na boku a při mytí se postupuje směrem od páteře k zevní straně trupu. Osušení probíhá stejným způsobem jako mytí. Po koupeli je důležité klienta přikrýt a nechat odpočinout.

Celková koupel zklidňující je indikována u pacientů:

- neklidných, hyperaktivních
- s tachykardií, pocity úzkosti a strachu
- s poruchami spánku, Morbus Parkinson a Morbus Alzheimer
- při bolestech,...(6)







Obr. č. 1: Celková koupel zklidňující

Polohování

Jedná se o uložení nemocného na lůžku či křesle tak, aby poloha zajistila jeho maximální pohodlí, vylučovala možnost komplikací a plnila léčebný a preventivní účel. Správným uložením klienta se zabrání vzniku deformit, kontraktur a dekubitů. Pomocí polohování dle konceptu Bazální stimulace lze navíc pacientovi umožnit získat informace o hranicích svého těla. Dle citace Prof. Dr. Fröhliche: „ Ke změně vnímání vlastního těla dochází při klidném ležení již po 10-minutách.“

Polohováním poskytujeme nejen somatickou stimulaci, ale také stimulaci vestibulární. Vnímání vlastního těla lze ovlivnit i polohováním končetin. Takováto opatření nesmí být ovšem prováděna déle jak 90 minut. Hrozí vznik habituace. Následky habituace pak mohou být poruchy vnímání těla, poruchy koordinace a tělesné identity, dezorientace v čase a prostoru, poškození intelektu a další.

Změnu polohy a tedy i stimulaci vnímání lze provést jednoduchými úkony. Je to např. propletení prstů rukou, překřížení dolních končetin, položení rukou na hrudník a další.

V konceptu Bazální stimulace se využívají dva základní postupy v rámci polohování. Je to tzv. „poloha mumie“ a „poloha hnízdo“. (6)



Poloha na zádech
použité pomůcky: bumerang, polštář, válec



Stimulace periférie těla na zádech
použité pomůcky: 2x bumerang, válec

Poloha mumie

Cílem tohoto polohování je umožnit klientovi vnímat hranice svého těla.

Je indikována u klientů:

- neklidných
- agresivních, zmatených
- dlouhodobě upoutaných na lůžko
- probouzených z komatu

Před tímto polohováním je dobré nabídnout klientovi zklidňující koupel. Samotné polohování je prováděno následovně. Pacientovi je podložena hlava polštářkem, horní končetiny jsou položeny na hrudník a celé tělo pacienta je zabaleno do prostěradla. Po obvodu je poté klient obložen srolovanými ručníky a dekami.

Důležité je neustále klienta sledovat a zároveň nemocnému ponechat možnost se z této pozice vymanit.

V pozici mumie se doporučuje nemocného ponechat max. 20 minut. (6)



Mumie stimulující periférie
použité pomůcky: 2x bumerang, polštář, pean



Mumie zklidňující
použité pomůcky: 2x bumerang, polštář, prostěradlo, pean



Poloha hnízdo



Poloha hnízdo

Poloha hnízdo

Tato poloha je určena především pro odpočinek klienta a navozuje u něj příjemné pocity bezpečí. Je indikována:

- během noci
- po náročných vyšetřeních
- po celkové zklidňující koupeli
- ve fázi odpočinku

Polohu hnízda lze provádět nejen vleže na zádech, ale také na boku, na bříše či v sedě na lůžku nebo v křesle. Pacienta posadíme do jeho oblíbené polohy a srolovanými dekami ohraničíme jeho tělo. Poté nemocného přikryjeme. V této poloze smí nemocný setrvat libovolně dlouho. Často je užívána na neonatologických odděleních. Novorozenci jsou v této poloze ponecháváni téměř trvale, se střídáním polohy na zádech, na boku a na bříše. (6)



Poloha hnízdo



Polohová hnízdo (pelíšek) – v neonatologii



Polohování hnízdo – na zádech



Polohování hnízdo – záda



Polohová hnízdo – na břicho



Polohování hnízdo – na zádech



Somatická stimulace dýchání

V konceptu Bazální stimulace se často využívají také techniky k podpoře dýchání. Stav, kdy člověk pociťuje nedostatek vzduchu, je velmi nepříjemný a vede k pocitům bezprostředního ohrožení na životě, ke strachu ze smrti.

Technikami somatické stimulace k podpoře dýchání jsou:

1. Kontaktní dýchání
2. Kontaktní dýchání s vibrací
3. Masáž stimulující dýchání (6)

Kontaktní dýchání

Tato metoda slouží k tomu, aby si klient uvědomil své vlastní dýchání. Je indikována u hysterických, neklidných pacientů, ale i u pacientů se somatickou poruchou dýchání. Lze ji provádět třemi možnými způsoby.

První možnost spočívá v položení jedné horní končetiny ošetřujícího na hrudník klienta a během jeho dýchání ji zde ponechat.

Další možností je položení ruky pacienta na svůj vlastní hrudník spolu s dlaní ošetřujícího.

Poslední možností je přiložení jen dlaně pacienta. Ošetřující pouze pacienta sleduje a pozoruje. (6)

Masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání je technika konceptu Bazální stimulace, jejímž cílem je dosažení pravidelného, klidného a hlubokého dýchání. Vychází z poznatku, že intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné dýchání zprostředkovávají pacientovi pocit bezpečí.

Jedná se o masáž v oblasti zad či ventrální části hrudníku. Je rytmická a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou. Je součástí dechové gymnastiky.

Tato masáž je indikována u pacientů:

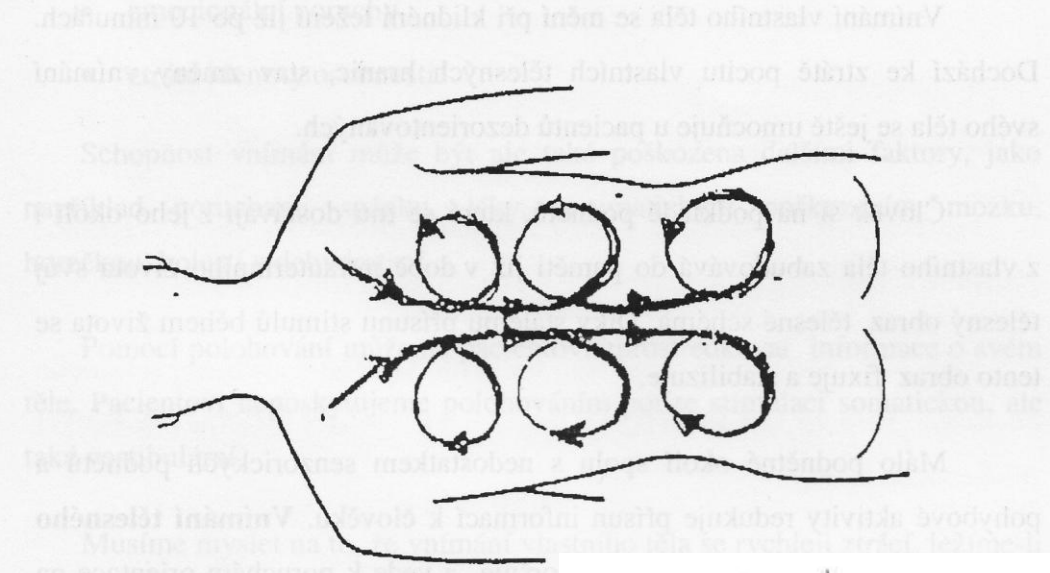
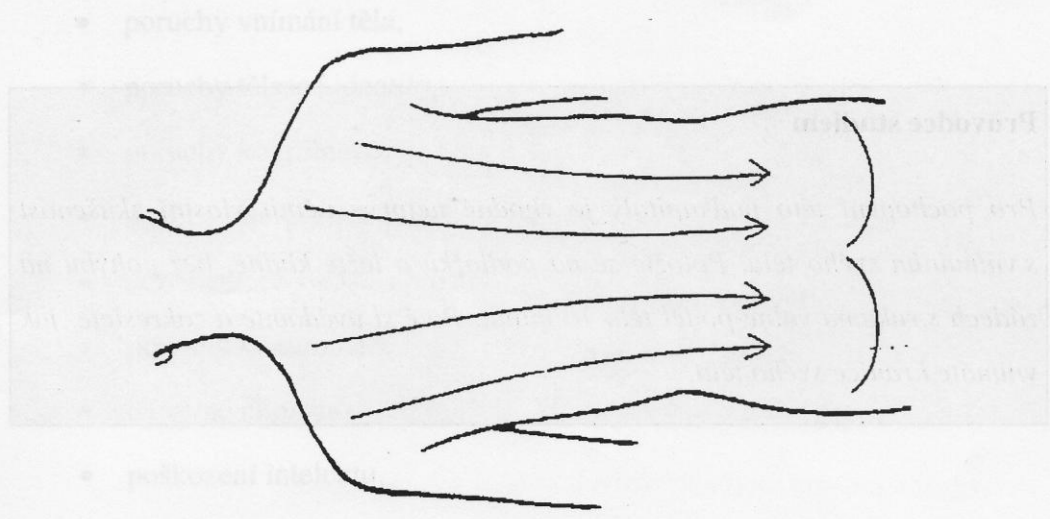
- neklidných
- s povrchním dýcháním
- v depresivním stavu
- s demencí
- s Morbus Alzheimer
- na UPV a další...

Jejím základním principem je ustálení rytmu dýchání pacienta s rytmem ošetřujícího. Při masáži není vhodné, aby ošetřující měl na rukou šperky a hodinky. Doporučuje se také provádět ji bez rukavic.

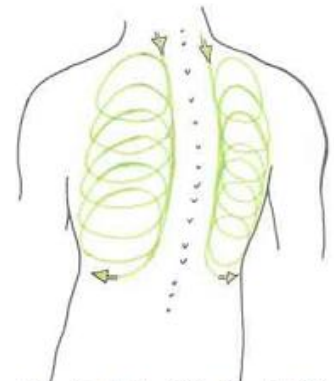
Při samotném provádění uvedeme klienta do polohy vleže či vsedě a umožníme mu, aby zaujal co nejpohodlnější polohu. Ošetřující si nanese na ruce tělové mléko a v dlaních je zahřeje na teplotu těla. Masáž stimulující dýchání se začíná třemi tahy oběma rukama od ramen směrem dolů k pánvi. Základem je, aby ruce ošetřujícího neopustily kůži nemocného. Po základních třech tazích provádí ošetřující oběma rukama souměrné krouživé pohyby.

Pohyby směřují jednak směrem zhora dolů a jednak směrem od páteře k bokům. Na bocích je dobré mírně přidávat tlak.

Tuto metodu je dobré provádět minimálně 3 minuty. Na konci opět následují tři tahy dlaněmi ošetřujícího od ramen k pánvi. Pokud klient během masáže kašle, masáž krátce přerušíme a můžeme provést kontaktní dýchání s vibrací. (6)



Obr. č. 2: Masáž stimulující dýchání.



Obr. č. 7 Masáž stimulující dýchání
Zdroj : www.basale.at

Zkušenost z praxe

Již čtvrtým rokem pracuji jako sestra na lůžkové stanici anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Často pečuji o pacienty v bezvědomí. Dříve jsem si myslel, že tito pacienti neslyší, necítí, nic nevnímají. Absolvoval jsem kurz bazální stimulace a můj náhled a přístup k pacientům se změnil.

Po absolvování kurzu bazální stimulace se mi v praxi velmi osvědčila **zklidňující koupel**. Zklidňující koupel provádím v rámci toalety pacienta na lůžku a je vhodná např. u pacientů s poruchou vědomí, pacientů v kómatu či u pacientů udržovaných v umělém spánku. Tito pacienti nehybně leží, a přestávají tak vnímat hranice svého těla, tzn. kde jejich tělo začíná a končí, a tím přestávají vnímat své já, což jim způsobuje úzkost a napětí. Právě zklidňující koupel pomáhá tuto úzkost odstranit

Co zklidňující koupel dokáže? Využitím této koupele je možné zklidnit pacienta; ztlumit jeho bolest (má analgetický účinek); zmírnit jeho zmatenost, dezorientaci, úzkost a napětí; navodit celkové tělesné uvolnění; večer může fungovat jako nástroj k navození spánku; pomáhá personálu komunikovat s pacientem.

Dříve pro mě bylo velmi frustrující pečovat o pacienta v bezvědomí, chyběla mi zpětná vazba. Po absolvování kurzu bazální stimulace a používání zklidňující koupele v praxi se to změnilo. Během zklidňující koupele a po ní dochází u pacienta ke změně srdeční frekvence, změně rytmu dýchání, mrknutí oka či pootevření úst je pro mne důkaz, že pacient reaguje na mou péči. Na fotodokumentaci bych rád předvedl, jak jsem pacienty umýval dříve a jak umývám dnes se zkušenostmi s konceptem bazální stimulace. Dříve jsem přišel k pacientovi, beze slov jsem ho dal úplně do roviny a odebral jsem mu polštář. Dnes přicházím k pacientovi, dotknu se ho např. na rameni, tzn., provádím tzv. iniciální dotyk, představím se pacientovi a oznámím mu, že jej budu umývat. Dám ho naopak do výrazného polosedu – v této pozici se mu mnohem lépe dýchá a může lépe vidět, co se s ním děje. V minulosti jsem poté z pacienta „strhl“ přikrývku a odložil ji stranou. Dnes přikrývku roluji, posunuji ji po těle pacienta od krku k dolním končetinám – již v tomto momentě si pacient začíná uvědomovat své tělo. Nemocný se nelekne a tento postup odstraňování přikrývky pro něj neznamená takový teplotní šok. Po odkrytí ležel pacient na lůžku celý nahý. Nyní má pacient odkrytu pouze polovinu těla. Není mu taková zima a je více respektován jeho pocit studu a lidská důstojnost. Dříve při výkonu hygieny pacienta umývaly dvě sestry, které si spolu většinou povídaly. Pacient tak mohl získat pocit

méněcennosti. Dnes pacienta umývám sám. Plně se mu věnuji, nemusím se soustředit na rozhovor se svou kolegyní. Sleduji reakce pacienta. Informuji ho, kterou část těla právě umývám.

Dříve bylo pro pacienta nesnadné orientovat se v situaci, kdy na jeho těle „pracovali“ současně dva lidé. Nestihl vnímat, kdo jej právě umýval a kdo utíral. Každý z personálu navíc vyvíjel na tělo pacienta jiný tlak. Dnes, když pacienta umývám a utírám sám, pomáhám mu daleko lépe uvědomit si jeho vlastní tělo, jeho hranice, jeho součásti a navozuji u něj pocit uklidnění, bezpečí a jistoty. Dříve jsem pacienta umýval jednou rukou, nesystematicky, chaoticky, přerušoval jsem s ním kontakt. V případě využití poznatků konceptu bazální stimulace umývám pacienta oběma rukama, systematicky ve směru chlupu, např. od paže k lokti směrem k prstům, udržuji s ním stálý kontakt, nespouštím z něj obě ruce – jedna ruka vždy spočívá na těle pacienta. Vzhledem ke skutečnosti, že pacient byl v minulosti po celou dobu koupele po celém těle obnažený, mohl trpět pocitem chladu. Dnes umytou horní polovinu zakryji a odkryji dolní polovinu. Ihned po skončení koupele jsem dříve pokračoval v další ošetrovatelské péči, např. odsával sekret z dýchacích cest. Dnes pacienta přikryji, nechávám jej odpočívat a doznít vliv zklidňující koupele.

Zklidňující koupel je možné použít bez vody, např. pomocí froté ponožek navlečených na ruce nebo pomocí dětského oleje. Od té doby, co provádím zklidňující koupel, trvá mi toaleta řádově o několik minut déle, ale mám z ní daleko lepší pocit. Díky zklidňující koupeli navážu kontakt s pacientem. Dříve měla toaleta na lůžku pro pacienta pouze přínos hygienický. Dnes má toaleta – tak jak ji provádím – přínos duševní, pacienta dokážu pomocí koupele uvolnit, zmírnit jeho úzkost, napětí, dezorientaci, mohu tak přispět ke zkvalitnění jeho prožívání nemoci a pobytu na lůžku a jsem rád, že mohu pacientovi pomoci. Právě proto, že chci pomáhat lidem, jsem se rozhodl pro práci sestry. Pro tuto metodu koupele nepotřebujete žádné speciální vybavení, stačí k tomu vaše ruce a ochota dělat věci jinak, než jste byli zvyklí.

Patrik Slezák, Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Svitavská nemocnice a. s.

Kazuistika č. 1

Desetiletá holčička šla ze školy přímo do kroužku. Byl leden a všude se nacházela spousta ledu a sněhu. Jedna ledová kosa se utrhla z třípatrového domu a zřítěla se na chodník na procházející holčičku. Dívka byla převezena na Anesteziologicko-resuscitační oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě s diagnózou těžké polytrauma, kterému vévodí ruptura jater s hemoragickým šokem a mozkové krvácení.

Tým lékařů a sester bojoval o život této malé klientky. Po stabilizaci stavu vyvstala otázka, jaký bude dále stav vědomí dítěte. Dítě se nacházelo ve vigilním komatu. Tým sester a lékařů začal integrovat do péče koncept Bazální stimulace. Nejprve se uplatňovaly základní prvky konceptu, především somatická stimulace s orientací na plegickou stranu těla dítěte. Jednostranná plegie se vyvinula následkem krvácení do mozku. Od druhého dne hospitalizace byla u dítěte přítomna matka. Zpočátku byla velmi vyděšená, bála se přiblížit k dítěti nebo se ho dotknout. Postupně ve spolupráci s kolektivem lékařů a sester se maminka adaptovala na prostředí i přístroje kolem. Začínala s pomocí sester s dítětem komunikovat, dotýkat se ho. Postupně byla týmem ošetřujících integrována do péče, účastnila se koupelí svého dítěte, stimulovala dceru na plegické straně těla a trávila u lůžka denně 10 hodin. Postupně byly do péče přidávány nastavbové prvky konceptu, a sice stimulace sluchová, hmatová, čichová a chuťová. Optická stimulace se uplatnila později. Jako auditivní stimuly s cílem aktivizovat paměťové stopy byly zařazeny prvky sluchové stimulace. Pacientce se pouštěly oblíbené nahrávky, pohádky, nahrávky hlasů celé rodiny, vzkazy kamarádů ze školy. Děti s paní učitelkou ji nahrály říkanky, vtipy, písničky. Maminka přinesla také kazetu s Harry Potterem a také ji příběh předčítala z knihy. Pacientka mohla být 38. den po přijetí přeložena na Kliniku dětské neurologie. Dítě bylo k tomuto dni komunikativní, živé i v motorickém projevu. K údivu týmu pečujícího o malou klientku byla stimulovaná plegická strana těla motoricky aktivnější než nepostižená strana.

Díky stimulace somatické, auditivní, optické, čichové a chuťové s také integrací maminky do péče byla ovlivněna plasticita mozkové tkáně a vegetativní stav přešel do stavu plného vědomí.

Kazuistika č. 2

Kazuistika:

10 letá dívka po autonehodě s těžkým polytraumatem, apalickým syndromem, vnitřním hydrocephalem a pravostrannou frakturou bérce.

Pacientka přeložena z ARO FN Poruba s dg. apalický syndrom, stav po oboustranné kraniotomii, GCS 5, spontánní dýchání, tracheostomie, PEG, vyprazdňování spontánní do plen, fraktura pravé dolní končetiny ze zevní fixací, na patě hojící se dekubit, zcela bez emočních reakcí.

Celý ošetrovatelský tým se rozhodl po dohodě s prarodiči pracovat s dívkou konceptem bazální stimulace. Společně s prarodiči jsme sestavili biografickou anamnézu dívky (sociální situaci, možnosti návštěv, typ osobnosti před úrazem, záliby, reakce na libé či nelibé podněty, atd...). Dohodli se na pravidlech komunikace: iniciálním doteku - s jehož pomocí budeme dávat dívce na vědomí naší přítomnost a následnou manipulaci. Tento dotek dodržují všichni, kteří s ní manipulují. Každá manipulace je samozřejmě doprovázena slovním projevem. V našem případě bylo místem iniciálního doteku dohodnuto pravé rameno. Důležité v naší ošetrovatelské péči bylo přizpůsobit se komunikační úrovni dívky. Učily jsme se rozpoznat znaky příjemných a nepříjemných pocitů nejen v klidu, ale také při manipulaci. Vzájemně jsme se informovaly o všech změnách v chování děvčete. Dívka se po několika dnech od přeložení zklidnila byla schopna vyjádřit pocity libosti a negativismu hypertonem a hyperventilací. Postupně jsme tak mohly přistoupit k somatické stimulaci – zklidňující koupeli nejen na lůžku, ale také ve vaně. Při čištění zubů a dutiny ústní nelibé pocity přetrvávají. Reakce dívky jsou již na první pohled viditelné. Koupel je jí příjemná, hypertonus ani hyperventilace se neobjevují. Polohujeme v pravidelných intervalech i během noci. Naše pacientka má nejraději polohu „hnízdo“. Vibrační stimulace na dolních končetinách byla omezena stavem po fraktúře pravého bérce a zevní fixací. I u naší pacientky využíváme často muzikoterapie, a tak naši práci doprovází z magnetofonu její hlásek

Na začátku byli prarodiče zdrojem velmi cenných informací, ze života dítěte, teď je pro nás přínosem snaha zapojit se do její péče. I když cesta zpět není tak rychlá, jak by očekávali.

I přes zdravotní komplikace, které nás nutí začínat stále znovu pevně věříme, že pomocí bazální stimulace dosáhneme byť jen malého úspěchu, jenž zahřeje srdce naše i prarodičů.

Literatura

institut@bazalni-stimulace.cz.

Časopis Sociální služby, srpen-září/2011.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.

HÁJKOVÁ, V. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace ve edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN: 978-80-904464-0-3.

ROČÁRKOVÁ, P.; KOUCUNOVÁ, M. *Bazální stimulace*. <http://www.zsahradka.cz/> 1.6.2011

MATTHES, G.H. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace*. Seminář Katedry speciální pedagogiky Pedf UK v Praze a Somatopedické společnosti, o.s., 7.11. 2008.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Univerzita palackého v Olomouci, 2007. s.279. ISBN: 80-244-1075-3.