

# Využití konceptu bazální stimulace

Romana Drápalová

Klinika dětské onkologie FN Brno

Článek přináší informace o prvních praktických zkušenostech s konceptem bazální stimulace na Klinice dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno. Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací a tím výrazně stoupá kvalita života pacientů a snižuje se délka hospitalizace. Koncept bazální stimulace dává ošetrovatelské péči terapeutickou relevanci.

**Klíčová slova:** pohyb, komunikace, vědomí.

## Utilization of basal stimulation

The article brings our first experience with basal stimulation in a Clinic of Paediatric Oncology, Faculty Hospital Brno. Our nursing care, according to a basic concepts of basal stimulation, starts with early physiotherapy, thus significantly increasing quality of life of our patients and decreasing length of hospitalisation. Concept of basal stimulation gives to our nursing care therapeutic relevance.

**Key words:** exercise, communication, feeling.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(4): 269–271

Na našem pracovišti s konceptem bazální stimulace pracujeme od roku 2007. Tento koncept vyvinul v 70. letech profesor Andreas Fröhlich, speciální pedagog, a do ošetrovatelské péče jej přenesla zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Lidský 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 podporuje hustotu dendritické arborizace v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech. Tento koncept dává ošetrovatelské péči terapeutickou relevanci. Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací, a tím výrazně stoupá kvalita života pacientů a snižuje se délka hospitalizace (1).

## Kazuistika

Pro prezentaci péče dle tohoto konceptu jsem zvolila pacientku léčenou na KDO pro akutní myeloidní leukemii. V únoru 2007 byla 15letá dívka dopravena na KDO leteckou záchrannou službou z ostravské nemocnice s diagnózou suspektní tumor mediastina. Byl nutný operační zákrok (odebrání vzorku nádorové masy) pro stanovení přesné diagnózy. Po komplikovaném operačním výkonu a anestezii bylo nezbytné dívku hospitalizovat na ARO, kde byla dlouhodobě na umělé plicní ventilaci (UPV). Po několika neúspěšných pokusech o extubaci byla dívka zavedena tracheotomická kanyla (TSK). V březnu 2007 byla dívka přeložena na KDO v závažném stavu s poruchou vědomí.

## Somatický stav pacientky

Lékařská diagnóza zněla: akutní myeloidní leukemie (AML). Dalšími diagnózami byl stav po respirační insuficienci s nutností dlouhodobé UPV, sakrální dekubit, dolní tracheotomie, difúzní mozková atrofie, encefalopatie s abnormálníitou na EEG a kvadruparéza DK s neuropatickou bolestí.

## Psychický stav

Dívka byla upoutaná na lůžko, somnolentní. Navázání kontaktu bylo obtížné, zrovna tak posouzení psychického stavu.

## Sociální stav

Pacientka byla přijata s maminkou, která byla sice hospitalizována, ale přespávala na ubytovně matek v areálu nemocnice. Docházela ráno po 8. hodině a mimo přestávek na jídlo dělala dceři společnost do 20. hodiny večerní. Sourozence pacientka neměla. Otec dojížděl z domova 1 až 2× týdně na návštěvu. Ostatní příbuzní na návštěvu nechodili. Dívka byla žákyní 9. třídy základní školy, prospěch měla výborný. Kamarádi pro velkou vzdálenost a kritický stav pacientky taktéž dívku nenavštěvovali.

## Biografická anamnéza dle konceptu BS

Předpokladem integrace prvků konceptu BS do péče je znalost životních návyků, zvyků a prožitků jedince. Každý člověk je jiný, jinak se chová v určitých situacích, jinak reaguje. Každý je jedinečná bytost, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace. Individuální ošetrovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, periodu, v níž se klient nachází. Sepsání biografie

v rámci ošetrovatelské anamnézy je důležitá část ošetrovatelského procesu (2). Biografická anamnéza v konceptu BS zohledňuje návyky pacienta, znalost návyků je důležitá při poskytování co nejsobitější ošetrovatelské péče. Uvádím informace získané od maminky.

## Somatická anamnéza

Dívka vyrůstala v harmonické rodině. Jako malá měla ráda fyzický kontakt s rodiči, prarodiči i kamarády. S postupem času a přibývajícím věkem tělesné dotyky začala omezovat. Nyní v 15 letech již hlazení odmítala. Nejpozitivněji vnímala doteky na ruku. Spala ve svém pokoji. Postel měla plnou plyšových hraček. Ráda spala pod tenkou dekou, spíše odkrytá, deku za ramena si nedávala. Nejčastěji spávala na boku. Neměla ráda teplo, vyhovovala jí chladnější teplota vzduchu. Před spaním si četla knihy nebo časopisy.

## Vestibulární anamnéza

Rekreačně dívka provozovala několik sportů. Nejraději měla cykloturistiku a navštěvovala taneční kroužek.

## Vibrační anamnéza

Na holení nohou používala dámský elektrický holicí strojek.

## Optická anamnéza

Dívka vždy viděla dobře. Nepotřebovala brýle. V období pylové sezony používala kapky do očí. Měla ráda barvy. Svůj dětský pokoj měla polepený plakáty oblíbené hudební skupiny. Na oděvu preferovala modrou, nikdy by si neoblékla nic růžového.

### Sluchová anamnéza

Pacientka byla obdivovatelkou hudební skupiny TOKIO HOTEL, rozhlasové vysílání neposlouchala, na TV se dívala na hudební kanály a měla oblíbené komediální seriály, nejvíce seriál „Přátelé“. Sluch postižený neměla. Na hudební nástroj nehrála.

### Chuťová anamnéza

Pacientka dodržovala většinou zásady zdravé výživy. Měla ráda ovoce i zeleninu – nejraději syrovou. Z cukrovinek gumové medvídky a mléčnou čokoládu. Jejím nejoblíbenějším jídlem byly špagety s kečupem a sýrem. Kávu zatím nepila, čaj velmi zředka a jediné ovocný. K snídani pila džus a během dne minerální vody, měla ráda i Coca-colu. Nejedla tučná jídla a ryby.

### Čichová anamnéza

Dívka používala nejčastěji kosmetiku Nivea, ať už jde o tekuté mýdlo, tělové mléko apod.

Ráda se koupala ve vaně plné pěny do koupele. Měla ráda čerstvý vzduch, doma často větrala i v zimních měsících.

### Taktilně-haptická anamnéza

Dívka zaměstnávala ruce často především používáním mobilního telefonu – psala SMS, ale hrála i hry. Také pracovala na počítači. Ruční práce v oblíbené neměla, nemalovala ráda. Při spánku většinou objímala svého plyšového medvídky. Byla pravák.

### Stanovení ošetrovatelského plánu dle konceptu BS

Při péči o tuto dívku jsem si zvolila tyto cíle bazálně stimulující péče:

- zachovat život a zajistit vývoj,
- umožnit klientovi pocítit vlastní život,
- poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.

### Pro splnění těchto cílů jsem integrovala do ošetrovatelské péče tyto prvky konceptu bazální stimulace:

- iniciální dotek,
- celkovou zklidňující koupel,
- polohování – hnízdo, mikropolohování,
- masáž stimulující dýchání (MSD),
- kontaktní dýchání s vibrací.

### Popis integrace ošetrovatelských nabídek do ošetrovatelské péče a reakce klienta

#### 1. setkání

Pacientka byla druhý den po překladu z ARO. Rozhodla jsem se, že budu za dívkou docházet

a zkusím poprvé svoje vědomosti a zkušenosti, získané v kurzu bazální stimulace, uplatnit v ošetrovatelské praxi.

Po vstupu na pokoj jsem se nejdříve představila mamince. Maminku jsem informovala o záměru mě návštěvy a vysvětlila jsem jí, v čem spočívá ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace. Snažila jsem se jí říci, že by to mohl být způsob, jak dívce pomoci a urychlit proces uzdravování. Přiblížila jsem jí hlavní prvky konceptu a informovala o těch, které nyní integrujeme do péče. Po celou dobu jsem kladla důraz na vzájemnou spolupráci. Vysvětlila jsem mamince, že ona tráví s dcerou nejvíce času, ona ji zná nejlépe a doteky od matky budou dívce nejpříjemnější. Nejprve jsem si sepsala již zmíněnou biografickou anamnézu. Požádala jsem maminku, aby tatínek dovezl několik věcí z domova – oblíbený polštář, tričko nebo noční košili, oblíbenou knihu, „plyšáka – medvídky“, toaletní potřeby, CD s nahrávkami TOKIO HOTEL popřípadě něco jiného, na čem dívka lpí. Na dalším místě jsem zavedla tzv. INICIÁLNÍ DOTEK. Každý dotek nám něco poskytuje a tímto se stává formou komunikace mezi lidmi. Při dotýkání hraje velkou roli i lokalita doteků a jejich intenzita. Nečekané a necílené doteky u klientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Proto musíme klientovi vždy dát jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho (1).

Na základě biografické anamnézy jsem zvolila pravou horní končetinu, a to hřbet ruky. Pevným a zřetelným dotekem budeme dívku informovat o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jejím tělem. Nalepila jsem cedulku s nápisem iniciálního doteku na vstupní dveře boxu. Taktéž jsem informovala veškerý ošetrovací personál o nutnosti dodržování iniciálního doteku a o jeho významu. Pacientce jsem pevně přiložila svoji ruku na hřbet její pravé ruky a představila jsem se. Dívka nereagovala. Svůj pozdrav jsem několikrát zopakovala. Byla v těžkém stavu, měla zavedenou tracheostomickou kanylu a byla na neinvazivní plicní ventilaci, měla zavedenou nasogastrickou sondu, permanentní močový katétr a centrální žilní katétr. Stav vědomí byl kolísavý, většinou byla somnolentní. Nepohybovala se, nehýbala končetinami. Levou ruku měla ve flexním postavení s náznaky kontraktur. Oči měla stále otevřené. Měla i rozsáhlý dekubit v sakrální oblasti, který byl po dvou nekrektomiích. Dívka měla již ranní hygienickou péči za sebou, proto jsem provedla pouze zklidňující somatickou stimulaci s použitím pleťového mléka a masáž stimulující dýchání. Somatická stimulace a MSD podporují vnímání tělesného schématu a také pocit jistoty a bezpečí

u klienta. MSD je zároveň výraznou dechovou gymnastikou, podporující výměnu plynů v plicní tkáni zejména u imobilních klientů.

Nakonec jsem dívku napolohovala do „hnízda“. Zvolila jsem polohu na boku, ohraničila jsem tělo srolovanou dekou a jednu deku jsem prostrčila mezi nohama. Podložila jsem jí ruce a na hrudník dala medvídky. Přikryla jsem dívku pouze povlakem na deku, protože nemá ráda teplo a měla stále subfebrilie. Nakonec jsem se rozloučila iniciálním dotekem. Ošetrovacím sestřám jsem vysvětlila význam polohování nejen jako prevenci proleženin, ale i jako cennou praktiku pro zachování vnímání vlastního těla, které se mění při klidném ležení již po 10 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic, stav se ještě umocňuje u klientů dezorientovaných. Pomocí polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o svém těle. Polohováním neposkytujeme pouze stimulaci somatickou, ale také vestibulární. Již zcela minimální změny polohy pomocí srolovaného ručníku, povlečení a polohovacích polštářů mohou značně vnímání vlastního těla podpořit. Toho můžeme docílit také pomocí částečného polohování – mikropolohování (1). Pokud by dívka usnula, není potřeba ji budit náročným polohováním, ale lze použít tuto metodu mikropolohování.

#### 2. setkání

Požádala jsem ošetrovací sestru dívky, aby s hygienickou péčí počkala na mne. Za použití iniciálního doteku jsem se pozdravila s pacientkou. Vysvětlila jsem jí, co bude následovat. Zvolila jsem celkovou koupel zklidňující z důvodu klientova stavu. Dívka měla tachykardie, zvýšený svalový tonus, bolesti a možná i strach a úzkostný stav. Vodu jsem měla asi 37°C teplou, dále jsem použila dvě žínky a tělové mýdlo značky Nivea, na které byla pacientka zvyklá z dřívějšího života. Nejprve jsem namočila ruku dívky do nádoby s vodou. Potom jsem začala omytím obličeje asistovaně: navlékla jsem žínku dívky na ruku a svojí rukou jsem vedla její a umyla obličej. Stále jsem na pacientku mluvila a vysvětlovala jsem, co děláme. Když byla pacientka na boku, provedla jsem masáž stimulující dýchání. Měla jsem dojem, že se masáž dívce líbí, že jsou jí doteky příjemné. Byla uvolněná, zmizelo napětí svalů, i pulz o něco poklesl. MSD jsem prováděla dostatečně dlouhou dobu, aby se i maminka mohla podívat a postupem času provádět masáž sama. Po úpravě lůžka a odsátí z TSK jsem dívku oblékla a napolohovala ji do hnízda. Ležela na boku, obložená srolovanou dekou a polštářky. Na hrudníku držela svého plyšáka. Hlavu měla podloženou polštářkem. Popřála jsem jí pěkný odpočinek a iniciálním dotekem jsem se rozloučila. Na dveře boxu jsem dala

cedulku s nápisem: ODPOČÍVÁM, PROSÍM NERUŠIT! Stav dívky vyžadoval neustálou intervenci od ošetřujícího personálu, ale všichni se snažili jednotlivé výkony načasovat tak, aby dívku co nejméně rušili při odpočinku. Tento den jsem navštívila dívku ještě jednou, a to po příchodu tatínka, který přivezl několik věcí z domova. S maminkou vyzdobili pokoj, na stěny nalepili plakáty. Tatínek přivezl i oblíbenou hudbu. S maminkou jsme se domluvily, že bude večer dceři číst knihy tak, jak si byla zvyklá číst sama před spaním. Cílem takto strukturované péče je umožnit pacientovi orientaci v denní době. Při mé návštěvě bylo dívku opět potřeba odsát. Před činností jsem provedla iniciální dotek se slovním vysvětlením výkonu. Snažila jsem se jí podpořit v odkашání svými rukama. Uplatnila jsem v kurzu nacvičené kontaktní vibrační dýchání. Přiložila jsem celé dlaně rukou pevně na hrudník a zpočátku jsem kontaktně s dívkou dýchala, později jsem přidala i vibrace. Potom jsem odsála sekret z TSK. Po vibracích bylo odsátí provedeno kvalitně a dívce se delší dobu dýchalo volně. Po napolohování jsem se opět rozloučila iniciálním dotekem.

### Další setkání

Postupně během hospitalizace jsem ošetřovatelskou nabídku s prvky konceptu BS rozšířila. Zařadila jsem vestibulární stimulaci, nejprve pouze pohyby hlavou, dále s postupným zlepšováním stavu i nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v poli.

Z vibrační stimulace jsem od prvopočátku používala kontaktní dýchání vibrační. Optická stimulace byla zajištěna výzdobou pokoje – plakáty oblíbené skupiny, plyšovými hračkami.

Auditivní stimulací byla pro klientku oblíbená hudba skupiny TOKIO HOTEL, čtení časopisů a knih.

Od prvního týdne jsem také použila prvky věnované orální stimulaci. Dívka velmi vstřícně reagovala na čištění zubů i na vytírání dutiny ústní džusem. Později jí maminka začala vkládat kousky pochutin do úst.

Dívka vnímala i vůně a pachy. Nesnášela pach dezinfekce na kůži, jako většina dětí. Umývala se svým toaletním mýdlem se známou vůní.

Pacientka byla zpočátku v noci neklidná, vyžadovala neustálou přítomnost sestry u lůžka. Často si tahala za katétry a za NGS. Vložením předmětů do ruky se negativní projevy zmírnily. Do rukou jsme jí vkládali malé míčky s kuličkami nebo plyšové hračky, nejčastěji medvídko. Postupem času se aktivity dívky rozrůstaly, přes obracení listů v časopise, stavění kostek, ovládání klávesnice u počítače, až po navlékání korálků. Časem byla schopná udržet lžičku a sama se najíst.

### Závěr

Dívka byla hospitalizovaná velmi dlouhou dobu a dodnes její léčba pokračuje. Z onkologického hlediska je nemoc v remisi a prognóza onemocnění je příznivá. Velkou komplikací byl těžký stav s respiračním selháním a poruchou vědomí v úvodní části onemocnění, který plán léčby značně prodloužil. O dívku jsem s přestávkami pečovala po dobu téměř 4 měsíců, do krátkodobého domácího ošetřování byla propuštěna až 25. července, po téměř půlroční hospitalizaci.

Veškerá ošetřovatelská péče dle konceptu BS byla pouze nabídka, do ničeho jsem nechtěla dív-

ku nutit, nechala jsem výběr na ní a na mamince. Dívka se den ode dne mírně zlepšovala.

Nejobtížnější byl pro mne začátek, navázání kontaktu s dívkou a vytvoření způsobu komunikace. Obávala jsem se, že nebudu dívce rozumět, že nebudu „umět číst“ její reakce, že se nedorozumíme.

Nejnáročnějším úkolem ošetřovatelské péče je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Kómunikace s lidmi, jejichž vědomí či možnosti se vyjadřovat jsou velmi postižené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou dávku vlastního citu zaznamenávat reakce pacienta, neboť ty se mohou projevovat jen ve zcela nepatrných nuancích. Schopnost je vůbec zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná a při poskytování bazálně stimulující ošetřovatelské péče potřebná. Dává taktéž ošetřovatelsví zcela nové kompetence a umožňuje velkou kreativitu. Nehledě na velmi pozitivní dopad pro pacienta a jeho rodinu, což přispívá ke zvýšení společenské prestiže ošetřovatelsví jako profese (1).

### Literatura

1. Friedlová K. Bazální stimulace\* v ošetřovatelské praxi – skriptum pro certifikovaný kurz Bazální stimulace\*. 5. vydání Frýdek-Místek. Tiskárna Kleinwachter 2006.
2. Friedlová K. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. 1. vydání – Praha, Grada Publishing, a.s. 2007.

---

### Romana Drápalová

Klinika dětské onkologie FN  
Jihlavská 20, 625 00 Brno  
rdrapalova@fnbrno.cz

---