

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

BAZÁLNÍ STIMULACE
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

AUTOR PRÁCE: **LENKA NOVOTNÁ**
VEDOUCÍ PRÁCE: Mgr. **MICHAELA SCHNEIDEROVÁ**
PhDr. **MARIANA BAŽANTOVÁ**

2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

BASAL STIMULATION
BACHELOR'S THESIS

AUTHOR: LENKA NOVOTNÁ
SUPERVISOR: Mgr. MICHAELA SCHNEIDEROVÁ
PhDr. MARIANA BAŽANTOVÁ

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Havlíčkově Brodě

.....
(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali. Děkuji Mgr. M. Schneiderové, PhDr. M. Bažantové za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace. Dále za odborné konzultace děkuji PhDr. Ladě Cetlové.

A také děkuji Neurologické klinice, jejich pacientům/klientům a zdravým respondentům za spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Význam bazální stimulace	8
1.2 Historie a vývoj konceptu bazální stimulace	9
1.3 Cíle bazálně stimulující péče	11
1.4 Desatero bazální stimulace	11
1.5 Biografická anamnéza	12
1.6 Stimulace vnímání	13
1.6.1 Vývoj stimulace vnímání v prenatálním období	14
1.6.2 Techniky pro stimulaci vnímání	14
1.7 Komunikace konceptu bazální stimulace	15
1.8 Prvky bazální stimulace	16
1.8.1 Somatická stimulace	16
1.8.1.1 Iniciální dotek	19
1.8.1.2 Somatická stimulace zklidňující	20
1.8.1.3 Somatická stimulace povzbuzující	22
1.8.1.4 Diametrální koupel	24
1.8.1.5 Neurofyziologická stimulace	25
1.8.1.6 Polohování	27
1.8.1.6.1 Poloha „mumie“	28
1.8.1.6.2 Poloha „hníздо“	29
1.8.2 Vestibulární stimulace	30
1.8.3 Vibrační stimulace	31
1.8.4 Optická stimulace	32
1.8.5 Auditivní stimulace	33
1.8.6 Orální stimulace	34
1.8.7 Olfaktorická stimulace	34
1.8.8 Taktilně-haptická stimulace	35
2 EMPIRICKÁ ČÁST	36
2.1 Cíle empirické části	36
2.2 Vzorek	36

2.3	Použitá metoda	36
2.4	Výsledky výzkumu	37
2.5	Shrnutí fenomémů	85
2.6	Diskuse	86
ZÁVĚR		88
ANOTACE		90
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY		91
SEZNAM TABULEK		92
SEZNAM PŘÍLOH		93

ÚVOD

Koncept bazální stimulace vznikl v Německu, v České republice není zatím tolik rozšířen. Úkolem tohoto Konceptu je nejen napomoci pacientům/klientům se rychleji vrátit do jejich běžného života, ale také zlepšit kvalitu jejich života. Implementace prvků bazální stimulace umožní nemocným lidem používat jejich oblíbené věci ve zdravotnickém zařízení a tím mu aspoň malým kouskem oživit, zpříjemnit a hlavně připomenout domov, to co má rád. Koncept bazální stimulace je určen nejen zdravotnickému personálu, ale také příbuzným nemocného, kteří se sami velmi rádi zapojí do uzdravovacího procesu. Jakákoli změna či sebemenší pokrok je výzvou, bazální stimulace je toho příkladem.

S termínem bazální stimulace jsem se poprvé setkala na zdravotnické škole, a natolik mě to zaujalo, že jsem toto téma zvolila jako téma bakalářské práce. Bylo více podnětů, které zvýšily můj zájem o tento koncept.

Jedním z hlavních momentů, který mne vedl ještě více k bližšímu poznání jednotlivých metod bazální stimulace byla spolupráce s rodinou mého kamaráda, který ležel na ARO v kómatu. Tady jsem si uvědomila, že by zde mohl být použit a mít nějaké výsledky. Za použití taktilně–baltické stimulace, olfaktorické stimulace, optické stimulace, auditivní stimulace a spolupráce s rodinou docházelo k prvním reakcím: změna fyziologických funkcí nebo zmírněním svalového tonu. Výsledky byly natolik zajímavé, že bych se chtěla tomuto konceptu věnovat i nadále.

Byla jsem na dvou seminářích o bazální stimulaci. Na těchto seminářích jsem se dověděla, že v České republice je několik významných případů, kde tento koncept pomohl pacientovi/klientovi probudit se z kómatu nebo jim zlepšil kvalitu života. Proto bych i já chtěla malým dílem přispět k uvědomění široké veřejnosti o tomto konceptu.

Cílem bakalářské práce je seznámení společnosti s konceptem bazální stimulace, a také zjistit, jaký význam má poloha s polohovacími pomůckami z konceptu bazální stimulace.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Význam bazální stimulace

Bazální stimulace **je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidského 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 naučili pohybovat a komunikovat. **Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují.** Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (Friedlová, 2007, s. 19).

Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje také vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci určitých mozkových lokalit. Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Každý má vzhledem k svému momentálnímu stavu vědomí jiný požadavek na komunikaci se svým okolím, což koncept zohledňuje, a tím poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2007, s. 19).

1.2 Historie a vývoj konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo s dětmi, které se narodily s těžkými komplikovanými somatickými a intelektovými změnami. Během pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace (Friedlová, 2007, s. 13).

V 80. letech 20. stol. prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra navázala a do ošetrovatelské péče přenesla tento koncept. Aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu.

Od poloviny osmdesátých let dochází k úzké spolupráci Ch. Bienstein s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna.

Koncept bazální stimulace má za sebou fázi dokazování a přesvědčování v 70. a 80. letech minulého století. Nyní se nachází v období zavádění do praxe a realizace (Friedlová, 2007, s. 15).

Po dlouhodobém společném úsilí dalšího rozvoje tohoto konceptu (ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí péče např. geriatrické péče, neonatologické péče, psychiatrické a také paliativní péče) je nyní k dispozici taková forma konceptu bazální stimulace, která je velmi dobře integrovatelná do každodenní ošetrovatelské péče.

To znamená, že ošetroující volí takové ošetrovatelské nabídky, které zohledňují koncept bazální stimulace a individualitu pacienta. Koncept umožňuje stylizovat také kulturu kontaktu mezi terapeuty a klienty (Friedlová, 2007, s. 14).

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Pro lidi, kteří jsou jakkoli tělesně nebo duševně postiženi, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu, pro mentálně postižené a také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání, zkrátka pro většinu klientů ústavů sociální péče, pacientů v nemocnicích, obyvatel domovů důchodců a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života. Významné místo zaujal také v péči o nedonošené děti (Friedlová, 2007, s. 14).

V České republice byla první zmínka o konceptu pro zdravotnickou veřejnost v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na multioborové ošetrovatelské konferenci

v Olomouci. První základní kurz bazální stimulace v České republice lektorovala PhDr. K. Friedlová v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Od té doby proběhlo mnoho základních a také nástavbových kurzů, kterými prošli pracovníci z různých oblastí ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové a pracující v oblasti speciální pedagogiky (viz. příloha č.3) (Friedlová, 2007, s. 16).

Od roku 2004 je koncept integrován do tématických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004 § 4, odstavec h. V říjnu 2005 byl založen ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace a v listopadu 2005 proběhla tamtéž historicky 1. národní konference bazální stimulace za účasti prof. Christel Bienstein. V současné době pracují v České republice s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, ale také agentury domácí péče (Friedlová, 2007, s. 17).

Koncept se využívá v intenzivní péči, péči na standardních odděleních, v zařízeních pro seniory, ústavech sociální péče pro děti i dospělé a také v domácí a hospicové péči. V oblasti intenzivní medicíny je využitelný v neonatologické péči, dětské intenzivní péči, ale také v péči o dospělé. Důvodem je široké spektrum technik konceptu, které se orientují na podporu komunikace, vnímání a pohybové aktivity klienta. Tyto potřeby zůstávají zachovány v každé životní situaci (Friedlová, 2007, s. 17).

1.3 Cíle bazálně stimulující péče

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit klientovi pocítit vlastní život.
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus klienta.
5. Umožnit klientovi poznat okolní svět.
6. Pomoci klientovi navázat vztah.
7. Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci klientovi uspořádat jeho život.
9. Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život. (Friedlová, 2003, s. 3)

1.4 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, mluďte 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 byl zvyklý (anamnéza).
- 7) Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.
- 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. (Friedlová, 2003, s. 27)

1.5 Biografická anamnéza

Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do péče o klienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý člověk je jiný, jinak se chová v určitých situacích, jinak reaguje. Každý člověk je jedinečná bytost, kterou formuje jeho sociální okolí a prožité situace. Individuální ošetrovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, periodu, v níž se klient nachází (Friedlová, 2007, s. 131).

Příbuzní se mohou stát velmi významným prvkem v léčebném a ošetrovatelském procesu. Většinou však na začátku nevědí, co mají dělat. Jasně a pochopitelné instrukce jim proto mohou pomoci v počátečním ostychu. Pocit, že mohou něco udělat, je posiluje (Friedlová, 2007, s. 132).

Jednotlivá zařízení by si měla sama vypracovat formuláře anamnézy respektující skladbu jejich klientů, jejich potřeby a také strukturu práce daného pracoviště (Friedlová, 2007, s. 133).

Biografická anamnéza

1. Sociální situace, zaměstnání
2. Kdo může a nemůže navštěvovat
3. Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. Jak slyší
5. Jak vidí, potřebuje brýle
6. Denní rytmus
7. Pravák, levák
8. Doteky – které má rád
9. Jak spí, poloha, přikrývky
10. Jak si čistí zuby, jak se holí
11. Co jí rád/ nerad
12. Co pije rád/ nerad
13. Které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudba)
14. Upřednostňuje některé materiály
15. Oblíbené vůně
16. Co dělá, když má bolesti
17. Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva,...)
18. Ostatní sdělení
19. Důležitý zážitek v poslední době (Friedlová, 2003, s. 28)

1.6 Stimulace vnímání

Jako podnět (stimulus) je chápána každá změna zevního nebo vnitřního prostředí organismu, která působí na neuron. O účinnosti podnětu rozhoduje jeho kvalita, kvantita, doba trvání a rychlost intenzity podnětu (Friedlová, 2007, s. 21).

Působení podnětu se nazývá stimulace (dráždění). Podnět je energie, která vyvolává vzruch. Vzruch je fyziologický děj, v podstatě stejný ve všech nervových vláknech. Podstatou vzruchu je fyzikálně chemická změna přenášená nervovým vláknem. Nervový systém je vlastně kybernetický systém, který přenáší a zpracovává řadu různých informací. Každá informace musí být nejprve přeměněna na nervový vzruch. Podstatnou složkou činnosti nervového systému je přenos vzruchů z jedné nervové buňky na druhou. Přenos se uskutečňuje v synapsích. Každý přenos informací musí mít svoji vstupní část – **receptor**. Receptor je buňka, skupina buněk nebo orgán, jejichž funkcí je zaznamenat stav a změny v organismu nebo zevním prostředí a informovat o nich vyšší centra. Receptory jsou specifické pro **příjem určitého podnětu (stimulu)** a informace nejen přijímají, ale také dále zpracovávají. Informace je dále vedena axonem a převáděná synapsí na výkonový orgán – efektor, nebo na jiný vstup. Toto představuje základní schéma velice komplikované, ale logické a organizované funkce miliard neuronů. V mozku a míše neexistuje regenerace buněk a pokud dojde k zániku neuronů, jde o ireverzibilní stav. **Nervový systém má** však **schopnost** přizpůsobovat se nejrůznějším vlivům, což se označuje jako schopnost **plasticity**. Nervové buňky mají dán potenciál plastických změn ve své genetické výbavě. Právě plasticita hraje velkou roli při kompenzaci některé poškozené části CNS. Plasticita nervového systému je v mládí větší a s věkem jí ubývá (Friedlová, 2007, s. 21–22).

Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů plasticity nervového systému. Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách ve více svých regionech, a proto lze cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Nedostatek pohybové aktivity má za následek motorickou deprivaci. Společná senzomotorická deprivace podmiňuje nedostatečnou organizaci mozkové tkáně, a tím redukovanou schopnost výkonu mozku (Friedlová, 2007, s. 22).

Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí, popř. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkce. Tuto skutečnost lze využít v péči o postižené děti, 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 dostatku adekvátních podnětů, aby mohlo dojít k budování neuronálních struktur (Friedlová, 2007, s. 23).

Fyziologie definuje **lidské vědomí** jako „**bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací**“ (Friedlová, 2007, s. 21).

Neurologie popisuje „vědomí jako stav, kdy člověk je schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího prostředí“, jde o vnitřní slovní signalizaci člověka o sobě a okolí. Vědomí nemá vlastní mozkové centrum (Friedlová, 2007, s. 21).

1.6.1 Vývoj stimulace vnímání v prenatálním období

Na základě současných vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se nejprve vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále vnímání chvění, vibrační a vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru (Friedlová, 2007, s. 19).

Vnímání somatické, čili vnímání těla, jak prokazují současné poznatky získané technikou ultrazvuku, fetální elektroencefalografií, registrací změn srdeční aktivity plodu, termografií, pomocí izotopových technik apod., se u člověka **vyvíjí již na konci druhého měsíce** nitroděložního vývoje **po početí**. V této době je schopen lidský zárodek reagovat zřetelně na dotyk jemným vláskem na svém těle. Vývoj pohybu a vnímání spolu velmi úzce souvisí. Velmi časně spolu s vývojem kůže, svaloviny a schopnosti pohybu se vyvíjí vnímání vibrační (Friedlová, 2007, s. 20).

Už v prenatálním období si plod cucá svůj palec a polyká plodovou vodu (orální stimulace), vyvíjí se vjem sluchový (auditivní vnímání), také schopnost hmatu a úchopu (taktilně-haptické vnímání). Dále po narození přichází schopnost cítit vůně a pachy (olfaktorické vnímání).

1.6.2 Techniky 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 svého vlastního těla. Takový stav prožili všichni lidé v období prenatálním. Zážitky z tohoto období jsou shromažďovány v paměťových stopách a mohou být znovu aktivovány s cílem stimulovat vnímání sebe sama a aby byly využity k navázání komunikace s okolním světem. **Všechny aktivity člověka se dějí na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací** (Friedlová, 2007, s. 23).

V konceptu bazální stimulace se terapeuti pokoušejí pomocí nabízení 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
- k zvládnutí orientace v prostoru a čase
- k zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007, s. 23–24).

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání **kvalitní autobiografické anamnézy**, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a **kontinuální evaluace reakcí klienta na poskytovanou stimulaci**. Nezastupitelnou funkci v stimulující ošetrovatelské péči má **integrace příbuzných klienta do péče**. Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulace (viz samostatná kapitola 1.8) (Friedlová, 2007, s. 24).

1.7 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. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí komunikačního 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. Vnímání není možné bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovat podněty z okolního prostředí. **Komunikační 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, s. 32–33).

Pohled na člověka je většinou úplně prvním prvkem k navázání kontaktu. Klient nacházející se ve stavu vigilního kómatu, lidé s těžkou a hlubokou mentální retardací, obyvatelé zařízení pro seniory se zhoršeným zrakem i sluchem, lidé trpící některou z forem senilní demence, atd. se v této situaci nacházejí. Terapeut by měl umět profesionálně využít všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je v dané situaci zvolit a měl by umět rozpoznat klientovy reakce na zvolený typ komunikace a adekvátně reagovat (Friedlová, 2007, s. 33).

Každé lidské komunikování se děje v určitém prostředí, kontextu, a ten je neopakovatelný. Při komunikování se na obou stranách, tedy u komunikanta i komunikátora, účastní řada psychických procesů a jevů: emoce, myšlenky, vzpomínky, předsudky, očekávání, obavy... Tento fakt zohledňují terapeuti v komunikaci s klienty v konceptu bazální stimulace (Friedlová, 2007, s. 33).

1.8 Prvky bazální stimulace

Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se člověk právě nachází. **Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi** (Friedlová, 2007, s. 63).

Koncept bazální stimulace vychází z těchto principů

1. Smysly vnímání se utvářejí postupně.
2. Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.
3. Člověka formují jeho zkušenosti.
4. Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.
5. Nejasné podněty vedou k snížené schopnosti reagovat (Friedlová, 2007, s. 45).

Prvky bazální stimulace lze rozdělit na **základní** a **nástavbové**. Do základních prvků bazální stimulace patří **somatická** stimulace, **vestibulární** stimulace a **vibrační** stimulace. Nástavbové prvky bazální stimulace tvoří stimulace **orální**, **olfaktorická**, stimulace **taktilně-haptická**, stimulace **vizuální** a stimulace **auditivní** (Friedlová, K., SESTRA, 2000, s. 6).

1.8.1 Somatická stimulace

Jedná se o stimulaci těla, jeho hranic (Friedlová, 2007, s. 69).

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, tóny, zvuky atd. a toto vše zpracovat. Díky vibraci se dostává člověku také hlubokých tělesných podnětů (Friedlová, 2007, s. 68).

Nemůže-li se člověk pohybovat a tráví-li většinu času na lůžku, dostává se mu velmi málo podnětů ze svého vlastního těla, ztrácí orientaci na svém vlastním těle a následně také v okolí. Taková situace vede ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama, k pocitům nejistoty a strachu (Friedlová, 2007, s. 68).

Somatická 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 (Friedlová, 2007, s. 64).

Díky schopnosti uvědomit si sebe sama a tento vjem uložit do paměti se vyvíjí u člověka jeho identita – „jájství“ (uvědomění si svého já) (Friedlová, 2007, s. 65).

Vnímání těla jev konceptu bazální stimulace rozlišen ve třech diferencovaných pojmech:

- vnímání těla
- tělesné schéma
- tělesný obraz (Friedlová, 2007, s. 66).

Člověk s intaktním **vnímáním tělesného obrazu** si uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části jeho těla, jakou polohu zaujímá jeho tělo ve vztahu k podlaze nebo ve vztahu k svislé poloze a jak působí pohyb těla na materiální objekty v jeho okolí (Friedlová, 2007, s. 66).

Gillis definoval v roce 1984 **tělesný obraz** jako **vnímání člověka v jeho vnějších hranicích** a s místy, která tyto hranice mezi jeho tělem a **vnějším okolím** tvoří (Friedlová, 2007, s. 66).

V této definici je nalezen první výchozí bod k vývoji tělesného obrazu. Fröhlich rozlišuje tělesný obraz následujícím způsobem:

„Tělesný obraz je osobní forma tělesného schématu – mé nohy jsou tak a tak dlouhé, jdu vzpřímeně. Tělesný obraz se mění velmi pomalu, např. hemiplegičtí pacienti potřebují týdny, než si představí svůj tělesný obraz do reality.“. Na tělesný obraz – na jeho utváření – působí velikost těla, velikostní poměry mezi jednotlivými částmi těla, sexualita, barva kůže, vlastnosti atd. (Friedlová, 2007, s. 66).

Jestliže na základě neurologického onemocnění dojde poruše vnímání tělesného schématu,

dojde také automaticky k poruše vnímání tělesného obrazu (Friedlová, 2007, s. 66).

V každém případě mohou mít za následek i jiná onemocnění (bez neurologických poruch) působení na tělesný obraz, a tím dochází u klienta ke zkreslenému vnímání těla. Tělesný obraz je forma vnímání sebe sama, které podrobena stálým změnám a přizpůsobování se (Friedlová, 2007, s. 67).

Lidé po úrazech mozku, děti s dětskou mozkovou obrnou, lidé po cévní mozkové příhodě (CMP) a s jinými neurologickými onemocněními vykazují změny v oblasti vnímání tělesného schématu. Pokud nevnímají části svého těla, chybí jim celistvý vjem tělesného schématu (Friedlová, 2007, s. 67).

Klienti imobilní a s nedostatečnou aktivitou mohou reagovat:

- zmateným jednáním, chováním
- neschopností kvalitně komunikovat se svým okolím a vyjádřit tak své potřeby, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb
- projevy strachu, úzkosti
- motorickým neklidem (taháním a násilně odstraněním permanentního katétru, svlékáním se, odepínáním plenkových kalhotek, boucháním rukama do postranic, spuštěním horní nebo dolní končetiny z lůžka, ...)
- velmi těsným přitlačením těla k postranici lůžka (tlak mu umožňuje vnímat hranice vlastního těla)
- chybnou interpretací reality (Friedlová, 2007, s. 68).

Do somatické stimulace se integrují **také prvky paměťových pohybových schémat** tak, aby pomocí opakovaných činností byla podporována plasticita mozku; nejdůležitějším faktorem je včasná rehabilitace (Friedlová, 2007, s. 69).

Vnímání tělesného obrazu lze ošetrovatelskou péčí cíleně měnit (Friedlová, 2007, s. 69).

Při stimulaci tělesného schématu se postupuje tak, aby prováděná stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a bylo tak **podporováno symetrické vnímání těla** a také tělesné osy.

Otázky pro somatickou anamnézu jsou nedílnou součástí této stimulace. (viz příloha č.2)

Kvalita somatické stimulace a její účinnost je závislá na **kvalitě doteku**, který terapeut aplikuje na těle klienta **při stimulaci vnímání tělesného schématu**. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Přes doteky se nám dostává velkého množství impulzů ze zevního prostředí, ale také my pomocí doteků komunikujeme s okolním světem (Friedlová, 2007, s. 71).

Koncept využívá možnosti pomocí doteků komunikovat a také terapeuticky působit, a to v těchto technikách:

- v polohování
- v somatické stimulaci tělesného schématu
- v podpoře a stimulaci dýchání
- v pomoci při pohybu a korekci polohy (Friedlová, 2007, s. 71).

Nečekané a necílené doteky mohou vyvolávat u pacientů/klientů se sníženým stupněm vnímání pocit nejistoty a neschopnosti orientovat se v dané situaci.

Je nutné si uvědomit, že chaotické doteky terapeuta na klientově těle mohou také vést ke zvýšení svalového tonu a vůbec k nežádoucí reakci organismu (Friedlová, 2007, s. 72).

Dodržováním následujících pravidel lze předejít či eliminovat obrannou reakci organismu:

1. omezujeme doteky letmé, krátkodobé
2. omezujeme rušivé a chaotické doteky
3. uspěchané činnosti eliminujeme, protože ve spěchu poskytujeme nejasné informace (chaotické doteky), které vyvolávají pocit nejistoty
4. dotek by měl být klidný, provedený celou plochou ruky, ne jen prsty
5. po celou dobu pracujeme s určitým tlakem, který přizpůsobujeme situaci a stavu klienta (jiný tlak vyvíjíme u dítěte a jiný u dospělého klienta)
6. ritualizujeme po dohodě se zdravotním týmem iniciální dotek (Friedlová, 2007, s. 72).

Tato stimulace je v konceptu bazální stimulace nejvíce používaná. Jednotlivé techniky somatické stimulace jsou systematicky uspořádány a popisky obsahují cíl, pomůcky, indikace, techniky, zásady.

1.8.1.1 Iniciální dotek

Cílem iniciálního doteku je poskytnout informaci pacientovi/klientovi pomocí cíleného doteku. Necílené doteky mohou pacienta/klienta vylekat, vyděsit, vyvolat pocit nejistoty a strachu. Tento dotek používá všechen zdravotnický personál před a po každé činnosti. Na základě biografické anamnézy je zvoleno nejvhodnější místo na pacientově/klientově těle (nejlépe v centrální části těla). Pevným, zřetelným dotekem je vždy informován o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek musí být přiměřeného tlaku, bez násilného vtlačení pacienta/klienta do matrace a musí být doprovázen verbálně. Vhodná místa pro zvolení iniciálního doteku jsou rameno, paže, hřbet

ruky. Po dohodě lokalizace doteku a zvážení všech informací o pacientovi/klientovi je nutno, aby všichni ti, kteří s pacientem/klientem pracují, dodržovali iniciální dotek (ošetřující, lékaři, fyzioterapeuti, logoped, rentgenoví pracovníci, speciální pedagogové, rodina, ...). Důležité je také zapsání iniciálního doteku do dokumentace a umístit ceduli s místem iniciálního doteku u pacienta/klienta.

1.8.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Somatickou zklidňující stimulaci je možno implementovat do péče během toalety, proto ji lze nazývat **zklidňující koupelí**. Lze ji rovněž aplikovat u pacientů/klientů kdykoli během dne, za použití různých prostředků a různými členy zdravotního týmu.

Cílem celkové koupele zklidňující:

- je navodit tělesné uvolnění
- redukce neklidných stavů stimulace vnímání vlastního těla (Friedlová, 2003, s. 12).

Pomůcky:

Všechny pomůcky pro koupel jsou v dosahu ošetřujícího u postele pacienta/klienta, aby nepřerušil kontakt s pacientem/klientem. Mezi pomůcky patří: lavor, mýdlo nebo sprchový gel (dle biografické anamnézy pacienta/klienta), žínky nebo froté ponožky, ručník.

Pro aplikaci somatické stimulaci během koupele, je nutno použít vodu o teplotě 37–40°C (Friedlová, 2007, s. 76).

Je také možno provést stimulaci bez vody a to, buď žínkami (ručníky), nebo jen rukama (nasucho přes oděv pacienta/klienta či za použití krému nebo oleje), froté ponožkami a jinými materiály.

Zklidňující stimulace je aplikována u pacientů/klientů:

- se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení (učení se vnímání a poznávání vlastního těla), dále s cílem navázat s nimi komunikaci (klienti s kombinovanými zrakovými a sluchovými vadami)
- s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat jejich hybnost a vlastní aktivitu
- ve vigilních kómatech s cílem stimulovat vnímání tělesného schématu
- neklidných
- s hyperaktivitou
- úzkostných, ustrašených
- se zvýšeným svalovým tonem s cílem uvolnit svalové napětí

- se změnami vnímání tělesného obrazu/schématu
- s tachykardií
- s poruchami spánku
- možno využít jako nefarmakologickou možnost tlumení bolesti
- umírajících, s cílem poskytnout emfatickou a humánní doprovázející péči
- v preoperační péči s cílem zmírnit úzkost
- v pooperační péči s cílem redukovat stavy zmatenosti a dezorientace v probouzející fázi po anestezii
- s Morbus Parkinson
- s různými typy demencí

Technika koupele zklidňující

Před zahájením stimulace je pacient/klient informován o zahájení koupele adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. U některých pacientů/klientů je také tato technika spojena s iniciálním dotekem.

Při zklidňující koupeli je nutno respektovat, že každý chlup je u kořene obklopen nervovou pletením, která registruje jeho pohyb a vysílá informaci do mozku.

Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění (Friedlová, 2007, s. 77).

Proto se vždy postupuje pouze v jednom směru, a to ve směru po chlupu. Dle stavu pacienta/klienta začneme na obličeji, nevyhovuje-li to jeho stavu, mytí obličeje se zařadí na závěr stimulace. Obličej je intimní zóna a zahájení doteku v této oblasti by mohlo u ustrašeného pacienta/klienta vyvolat nežádoucí reakci (např. spastický pacient/klient ještě zvýší své svalové napětí). Oblast obličeje se stimuluje nejdříve po obvodu současně na obou stranách obličeje. Poté v mytí pokračováno na hrudníku, oběma rukama se stimuluje symetricky trup od středu na strany trupu, kde mírním tlakem zvýrazníme hranice trupu. Horní končetiny se modulují po obvodu opět ve směru chlupů a také jednotlivé prsty se modulují zvlášť. Stejným způsobem se modulují dolní končetiny. Záda jsou stimulovány opět stejně jako ventrální část trupu, tedy od páteře k zevní straně trupu a opět se zvýrazní mírním tlakem na hranice trupu. (viz. příloha č.7) Osušení se také provádí ve směru chlupů, je vnímám dostatečný tlak, a to po dostatečně dlouhou dobu. Po umytí je pacient/klient přikryt a je mu umožněn odpočinek.

Zásady zklidňující somatické stimulace:

- pacientovo/klientovo tělo je modelováno oběma rukama u každé stimulace

- během stimulace je s pacientem/klientem udržován neustálý kontakt
- obličej a genitál se nemusí během terapeutické celkové koupele umýt, pokud to situace pacienta/klienta nedovoluje a prohloubil by se pacientův/klientův neklid a strach; tato intimní místa se mohou vynechat a mohou se umýt jindy během dne, mimo celkovou koupel
- během stimulace by terapeut neměl odcházet a vůbec by neměl být jakkoli rušen, je vhodné předem maximálně eliminovat možné rušivé elementy
- v místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra pro pacienta/klienta
- každá stimulace by měla být, je-li to možné, poskytována jen jedním terapeutem; v intenzivní péči mohou stimulaci aplikovat i dva ošetřující s ohledem na invazivní vstupy pacienta/klienta (jeden ošetřující v tom případě provádí stimulaci (koupel) a druhý je k dispozici pro potřebu manipulace s ohledem na zmíněné invazivní vstupy)
- během stimulace by terapeut neměl hovořit s třetí osobou

Pokud pacient/klient vykazuje negativní reakci, stimulaci přerušíme a nabídneme mu jinou ošetrovatelskou péči (např. vestibulární stimulaci, která může vést ke zklidnění). Po celou dobu poskytované stimulace se sleduje reakce pacienta/klienta a adekvátně se na ně reaguje.

Koupel lze za dodržení stejných podmínek a techniky aplikovat i ve vaně nebo ve sprše (Friedlová, 2007, s.83).

Možné způsoby reakce pacienta/klienta, které mohou být přehlednuty:

- změny hemodynamiky (změna tepové frekvence, změna hodnoty krevního tlaku, změny na periférii, aj.)
- změny sekrece (zvýšená salivace během uvolnění, slyšitelná střevní peristaltika, kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece při strachu, úzkosti, změna sekrece potu, aj.) (Friedlová, 2007, s. 77).

1.8.1.3 Somatická stimulace povzbuzující

Tato stimulace je nazývána jako povzbuzující koupel. Lze ji také aplikovat u pacientům/klientů, stejně jako somatická koupel uklidňující, tedy také kdykoli během dne a za použití různých prostředků a různými členy zdravotního týmu.

Cílem celkové koupele povzbuzující:

- zvýšit úroveň vědomí u pacienta/klienta, zvýšit jeho pozornost
- zvýšit svalový tonus

- zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak
- zlepšit pacientovu/klientovu aktivitu
- příprava na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopéda, spec. pedagoga (Friedlová, 2003, s. 13).

Pomůcky:

Všechny pomůcky pro koupel jsou v dosahu ošetřujícího u postele pacienta/klienta, aby nepřerušil kontakt s pacientem/klientem. Mezi pomůcky patří: lavor, mýdlo nebo sprchový gel (dle biografické anamnézy pacienta/klienta), žínky nebo froté ponožky, ručník. Pokud je aplikována somatická stimulace během koupele, je použita voda s teplotou nižší než je teplota těla, tedy 23–28°C.

Jednotlivé části těla tvoří různé teplotní zóny. Nejteplejším regionem je břicho a podpaží, následuje obličej; relativně nejchladnější jsou končetiny (Friedlová, 2007, s. 81).

Je možno tento druh stimulace provádět i bez vody a to, buď žínkami (ručníky) nebo jen rukama (za použití krému či oleje nebo nasucho přes oděv pacienta/klienta), froté ponožkami, popř. jinými materiály.

Povzbuzující stimulace je aplikována u pacientů/ klientů:

- se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení (učení se vnímání a poznávání vlastního těla)
- ve vigilním kómatu
- v kómatu
- v soporu, somnolentních
- depresivních
- se sníženým svalovým tonem
- s bradykardií
- apatických (Friedlová, 2007, s. 81–82).

Tato stimulace se nepoužívá u pacientů/klientů dezorientovaných, neklidných s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

Technika koupele povzbuzující

Před zahájením stimulace je pacient/klient informován o zahájení koupele adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. U některých pacientů/klientů je tato informace opět spojena s iniciálním dotekem.

Technika koupele je založena na pohyby proti směru chlupů, které jsou velmi

intenzivně vnímány. Proto se v tomto případě postupuje pouze v jednom směru – proti směru růstu chlupů.

Zásady u povzbuzující somatické stimulace jsou stejné jako u zklidňující somatické stimulace. Po celou dobu poskytované stimulace se sledují reakce pacienta/klienta a adekvátně se na ně reaguje. (viz. příloha č.8)

Koupel lze za dodržení stejných podmínek jako koupel zklidňující a techniky aplikovat i ve vaně nebo ve sprše. Stimulaci lze opět delegovat na pacientova/klientova příbuzného či jinou jemu blízkou osobu.

Možné způsoby reakce klienta, které bychom mohli přehlédnout:

- změny hemodynamiky (změna tepové frekvence či hodnoty krevního tlaku, změny na periférii, aj.)
- změny sekrece (Friedlová, 2007, s. 82).

1.8.1.4 Diametrální koupel

Diametrální celková koupel redukuje svalový tonus a stimuluje vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2003, s. 21).

Koupel je možno nazvat částečnou, nebo je i aplikována na tu oblast těla, kde trpí pacient/klient zvýšeným svalovým napětím.

Pomůcky:

Všechny pomůcky pro koupel jsou v dosahu ošetřujícího u postele pacienta/klienta, aby nepřerušil kontakt s pacientem/klientem. Mezi použité pomůcky patří: lavor, mýdlo nebo sprchový gel (dle biografické anamnézy pacienta/klienta), žínky nebo froté ponožky, ručník.

Předpokladem diametrální koupele nebo masáže je dostatečně teplá voda 38–40°C nebo u masáže teplé ruce ošetřujícího. Chlad zvyšuje spasticitu (Friedlová, 2007, s. 90).

Během stimulace by se měli, dodržovat tyto zásady:

- pacient/klient by měl být v poloze, jemu příjemné
- končetina, která bude ošetřována, by se měla volně pohybovat
- ruce terapeuta, popř. žínky, mají být teplé
- stimulace by neměla být pro pacienta/klienta ani terapeuta stresová
- během stimulace terapeut opakuje pohyby alespoň 3x–5x

Technika diametrální koupele

Při zvýšeném svalovém tonu na horních a dolních končetinách, který nutí končetiny do pozice hyperextenze či hyperflexe, je cílem diametrální koupele uvolnění svalového napětí

a zlepšení postavení končetiny. Při provádění diametrální koupele (lze aplikovat i jako krémování či na sucho) ošetřující pracuje současně oběma rukama a postupuje tak, že na svaly na vnitřní straně končetiny působí s dostatečným tlakem ze směru proximálního do směru distálního. Na svaly na zevní straně končetiny působí směrem opačným, tedy z distálního směru do směru proximálního. Postupuje se vždy přes jeden kloub, a sice od kloubu předcházejícího po následující (Friedlová, 2003, s. 21).

Ruce ošetřujícího se setkávají v místě kloubu, kde je nutno docílit uvolnění.

Jsou-li končetiny nuceny zvýšeným svalovým tonem do extenčního postavení, pak oběma rukama současně postupuje ošetřující v opačném směru, tedy svaly na vnitřní straně končetiny stimuluje z distálního směru do proximálního a svaly na zevní straně naopak (Friedlová, 2003, s. 21).

Pokud zvýšený svalový tonus nutí udržovat pacienta/klienta trup v trvalém předklonu, lze zvolit diametrální koupel hrudníku.

Ošetřující postupuje opět současně oběma rukama v protisměru. Záda umývá s přiměřeným konstantním tlakem shora dolů a břicho a hrudník ve směru opačném. Pokud je trup nucen být v přehnané pronační pozici, někdy až v dorzálním zaklonění, postupuje se stejně, ale v opačném směru. Záda se umývají zdola nahoru a hrudník naopak (Friedlová, 2003, s. 21).

1.8.1.5 Neurofyziologická stimulace

Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit pacientům/klientům s poruchami hybnosti na jedné polovině těla či v některých regionech jedné poloviny těla znovu vnímat tuto stranu. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl pacient/klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu. Pacient/klient musí tedy nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl uvědomit, jak se cítí jeho druhá, postižená strana. Pacient/klient by měl po celou dobu opticky kontrolovat a sledovat stimulaci na svém těle. Pokud pacient/klient používá brýle, je nutné mu je nasadit. Pro nejlepší stimulaci je zvolit polohu v sedě s elevací trupu. Pro optickou kontrolu je vhodné použít zrcadlo a pacienta/klienta stimulovat před zrcadlem. Se zrcadlem je tak možná optická kontrola nejen trupu, ale i obličeje. Tyto tělesné regiony totiž bez zrcadla nelze sledovat.

K tomu, **aby byla zachována funkce pohybové aparátu, je nutný také svalový tonus** (Friedlová, 2007, s. 84).

Pomůcky:

Všechny pomůcky pro koupel jsou v dosahu ošetřujícího u postele pacienta/klienta,

aby nepřerušil kontakt s pacientem/klientem. Mezi pomůcky patří: lavor, mýdlo nebo sprchový gel (dle biografické anamnézy pacienta/klienta), žínky nebo froté ponožky, ručník, teplá voda o 30°C, zrcadlo.

V průběhu této stimulace je nutno dodržet řada principů, mezi které patří:

- verbální výzva k vnímání a uvědomění si své zdravé strany
- pomocí somatické stimulace a za optické kontroly stimulovat postiženou končetinu
- dostatečně zvýraznit střední část těla
- po stimulaci je nutno dodržet v každém případě odpočinkovou pauzu

Neurofyziologická stimulace je aplikována u pacientů/klientů:

- s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách (nejvhodnější je aplikace u pacientů/ klientů s hemiplegiemi)
- po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu
- po operacích mozku a u nemocí, které postihují pohybový aparát
- u dětí s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací, vrozenými vadami pohybového aparátu, aj.

Neurofyziologická stimulace vychází také z poznatků konceptu Bobathových, dříve nazývaná Bobathových orientovaná stimulace. Cílem konceptu Bobathových je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, integrace klienta do běžných denních aktivit a dosažení jeho samostatnosti (Friedlová, 2007, s. 85).

Technika koupele neurofyziologické stimulace

U této koupele stojí ošetřující na té straně těla, která je postižena plegií. Na postiženou ruku navlékneme pacientovi/klientovi žínku a podpurným mytím mu umožníme si umýt obličej a to ve směru od zdravé strany k postižené straně. Pak ošetřující umyje zdravou ruku lehkým tlakem a pokračuje ve směru na hrudník. Ve středu hrudníku zvýší terapeut tlak a myje ve směru postižené strany. Také nohy myje od zdravé strany k postižené. (viz. příloha č. 6)

Záda v poloze na boku, ve směru od ramene k sakrální oblasti, opět od zdravé strany k postižené (Friedlová, 2003, s. 16).

Genitálie si umyje pacient/klient sám nebo mu je umyje podpurným (asistovaným) mytím jeho zdravou rukou. Osušení je prováděno opět od zdravé k postižené straně pomalu, příjemným tlakem. Pokud je to možné, je umožněno po celou dobu koupele pacientovi/klientovi optickou kontrolu umývaných částí těla, popř. je integrováno

tzv. zrcadlovou terapii.

Při této stimulaci je nutno:

- dát pacientovi/klientovi všechny věci na postiženou stranu, musí se otočit přes postiženou stranu (musí si ji uvědomit, vidět ji)
- pomáhat pacientovi/klientovi při mytí a jídle
- redukce strachu z pádu
- opětovné učení se pohybovým schémátům

1.8.1.6 Polohování

Při polohování je nutné vždy zohlednit, jak pohodlně se pacient/klient cítí, tedy jeho komfort a autobiografický faktor.

Polohování v konceptu bazální stimulace

Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po 10 minutách. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic; stav se ještě umocňuje u pacientů/klientů ležících na velmi měkkých matracích (např. antidekubitních). Prostřednictvím polohování se může pacientovi/klientovi umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Správným uložením nemocného se zabrání vzniku deformit, kontraktur, omezení pohybu v kloubech, vzniku dekubitů.

Následkem ztráty orientace na svém těle je zmatenost (Friedlová, 2007, s. 91).

Schopnost vnímání může být ale také poškozena dalšími faktory, jako poruchami spánku, léky, traumatickým poškozením mozku, horečkou, bolestí a dehydratací (Friedlová, 2003, s. 18).

Jde o uložení nemocného na lůžku tak, aby poloha odpovídala jeho pohodlí, vylučovala možnost komplikací, aby plnila účel preventivní a léčebný.

Pro někoho je při usínání důležité, když zaujme určitou polohu nebo má svůj polštářek či má deku zastrčenou za ramena, popř. když má nablízku druhou osobu atp. Vždy však je nutná zpětná reflexe integrovaných opatření. Reflexe musí proběhnout s příbuznými a všemi členy týmu (Friedlová, 2007, s.92).

Během polohování lze pracovat i s gravitací, váhou těla pacienta/klienta a s různým tempem změny pohybu.

Vnímání pacienta/klienta je možno stimulovat i minimálními změnami tělesné pozice:

- propletením prstů rukou
- položením rukou na hrudník

- ohnutím horních končetin k tělu
- překřížení dolních končetin
- polohováním na různě tvrdých a měkkých matracích
- malými změnami polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů
- polohováním pomocí perličkových polohovacích polštářů (viz příloha č.9) (Friedlová, 2007, s. 92).

Výraznou somatickou stimulaci umožňují pacientovi/klientovi polohy „mumie“ nebo „hnízdo“. Obě pozice lze kombinovat s mikropolohováním (pacient/klient leží na boku, ale jeho tělo nesvívá s podložkou úhel 90°, nýbrž 45°) .

1.8.1.6.1 Poloha „mumie“

Cílem tohoto polohování je zprostředkovat pacientovi/klientovi vjemy ze svého vlastního těla a umožnit mu vnímat hranice svého těla.

Poloha „mumie“ se využívá především u těch pacientů/klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu (neklidní, zmatení, agresivní, probouzející se z kómatu a pacienti/klienti dlouhodobě upoutaní na lůžku).

Pomůcky:

- tvrdá matrace (dovoluje-li to stav kožní integrity pacienta/klienta)
- srolované deky, ručníky nebo ložní povlečení, výborné jsou perličkové polohovací polštáře (Friedlová, 2005, s. 37).

Tato poloha je určena dětem s hlubokou mentální retardací a pacientům/klientům ve vigilních kómatech. Lze ji také využít v péči jako nefarmakologický postup s cílem eliminovat stavy neklidu a agresivity.

V neonatologii je poloha „mumie“ účinná především u dětí, které se narodily drogově závislým matkám a matkám závislým na alkoholu. Kontraindikována je „mumie“ u lidí s klaustrofobií v biografické anamnéze (Friedlová, 2007, s. 99).

Technika správného provedení spočívá v zabalení pacient/klient do deky nebo prostěradla, a to tak, že se začíná u nohou pacienta/klienta a končí v horní části těla, kde prostěradlo nebo deku zafixujeme přeložením jejich konce pod tělo pacienta/klienta. „Mumii“ lze kombinovat s polohováním „hnízdo“. Polohování se provede tak, že pacient/klient v „hnízdu“ se zabalí do prostěradla i se všemi polohovacími polštáři. Ruce pacienta/klienta se nebalí k tělu, ale položí je na jeho hrudník. Pacientovi/klientovi je umožněno vnímat vlastní dech a také mu je poskytnuta možnost vymanit se z „mumie“ pokud

bude chtít. Hlava pacienta/klienta je podložena polštářem, podloženy jsou i lokty, kolena a paty. Poloha „mumie“ se může kombinovat s celkovou zklidňující stimulací (koupelí), která aplikuje před uložením pacienta/klienta do „mumie“, nebo s vestibulární stimulací. Po aplikaci „mumie“ zůstane terapeut chvíli u pacienta/klienta a sleduje jeho reakce; někdy je potřeba na základě jeho reakcí „mumii“ trochu uvolnit.

Polohovat lze pacienta/klienty v péči také pomocí canisterapeutických psů. U některých pacientů/klientů bývá toto polohování účinnější a dojde k výraznějšímu snížení svalového napětí než při polohování pomocí polštářů a dek.

1.8.1.6.2 Poloha „hnízdo“

Cílem této pozice je stimulovat vnímání tělesného schématu, a tím eliminovat výše uvedené následky degenerativní habitace. Dále poskytnout pacientovi/klientovi orientaci na svém těle a následně okolí, zklidnit pacienta/klienta, stabilizovat vnímání tělesného obrazu, navodit uvolnění, relaxaci.

„Hnízdo“ poskytuje pacientům/klientům poziční komfort a navozuje u nich příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“ (nejkvalitnější odpočinek). Zároveň jim nabízí pocit jistoty a zlepšení vnímání hranic svého těla.

Polohu „hnízdo“ je volena u pacientů/klientů:

- ve fázi odpočinku
- během noci
- po celkové zklidňující koupeli
- po vyšetřeních
- po dýchání stimulační masáží
- k navození libého pocitu
- ke stimulaci vnímání tělesného obrazu/schématu
- neklidných, agresivních
- s motorickým neklidem
- dezorientovaných
- umírajících
- v kómatech ke stabilizaci vnímání tělesného schématu
- dětských, předčasně narozených – v inkubátorech
- dětských – neklidných novorozenců
- s hypertenzí

- se spasticitou (Friedlová, 2007, s. 93).

Pomůcky jsou stejné jako u polohy „mumie“.

Technika provedení spočívá v tom, že je pacient/klient uložen do polohy, kterou terapeuti zvolili (na záda, bok, břicho, do sedu v křesle atd.) a jeho tělo je obloženo srolovanými dekami, fixačními perličkovými polštáři nebo vaky.

Části těla lze ale také modulovat pomocí srolovaných ručníků, prostěradel, u malých dětí i pomocí srolovaných bavlněných plen, ručníků a měkkých hraček (Friedlová, 2007, s. 93).

Dle potřeby pacienta/klienta je přikryt a je mu umožněna taktilně-haptická stimulace. V kontextu biografické anamnézy je dobré využít osobních předmětů pro hmatovou stimulaci. Kromě toho se zohlední informace z biografické anamnézy, zda je např. pacient/klient zvyklý přikrývat se dekou až za ramena.

Zásady polohy „hnízdo“

Při polohování „hnízdo“ se dodržují všechny zásady polohování ve smyslu: podkládání částí těla a pokud je pacient/klient postižen plegií, dodržují se zásady polohování pacientů/klientů s plegií. U polohy „hnízdo“ na zádech se volí u hemiplegických pacientů/klientů raději mikropolohování, aby se také dalo pracovat s váhou těla a gravitací.

Při symetrickém polohování na zádech by mohlo u pacienta/klienta dojít k destimulaci vnímání postižené strany těla a jeho vnímání tělesného schématu by se přesunulo na zdravou polovinu těla. Polohování do „hnízd“ je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu (Friedlová, 2007, s. 99).

1.8.2 Vestibulární stimulace

Zdravý člověk se neustále pohybuje, mění své polohy v závislosti na různých činnostech vykonávaných během dne (Friedlová, 2007, s. 105).

Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické polohy hlavy. (Friedlová, 2007, s. 105).

Informuje o poloze a pohybu v prostoru.

Smyslové rovnovážné ústrojí může stejně jako somatické vnímání podlehnout habitaci. Vestibulární aparát zodpovídá za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému (Friedlová, 2007, s. 105).

Vestibulární stimulace se provádí u pacientů/klientů:

- upoutání na lůžku déle než 3 dny
- s omezenou možností pohybu

- ti, co jsou delší dobu na umělé plicní ventilaci
- ve vigilním komatu
- s rozvíjející se spasticitou extenzorů a flexorů

Koncept bazální stimulace umožňuje vestibulární stimulací převádět informace na vestibulární jádra v mozku a následně:

- zprostředkovat informace o postavení v prostoru
- redukovat závrať z otáčivého pohybu
- snížit napětí flexorů a extenzorů
- připravit organismus na mobilizaci
- udržet pohyb endolymfy ve vestibulárním aparátu (Friedlová, 2007, s. 106).

Vestibulární stimulaci je možno provádět u pacienta/klienta ležícího na lůžku prostřednictvím zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Když je hlavou pacienta/klienta mírně otočeno do stran, hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje svými rukama, a to tak, aby nezakrýval obličejovou část pacienta/klienta. Tento pohyb by se měl provádět 3-5x.

Změně polohy těla by měla předcházet mírná změna polohy hlavy, a sice uvedeme hlavu do pozice ve směru příští polohy těla (Friedlová, 2007, s. 106).

Vhodné je provádět vestibulární stimulaci před každou změnou polohy těla pacienta/klienta.

1.8.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace stimuluje kožní receptory a receptory pro hlubokou citlivost (ve svalech, šlachách, kostí, kloubech). Vibrace je vnímána od periferie dovnitř těla.

Vibrační stimulaci se používá u pacientů/klientů:

- s hemiplegiemi
- s poruchou vnímání svého těla
- s mentální retardací
- ve vigilním komatu

Kontraindikací pro vibrační stimulaci jsou krvácivé stavy, varixy, poranění a porucha integrity kůže (Friedlová, 2007, s. 107).

K vibrační stimulaci se používá baterkové vibrátory, holící strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky atd. Vibrátory se přikládají do okolí kloubů na horních a dolních končetinách pacienta/klienta, mohou se vkládat i do jeho dlaně. Vibrátory lze využít

k celotělové vibrační stimulaci, a to tak, že vibrátor působí na matraci, na které pacient/klient leží, aby cítil celé tělo. Elektrické vibrátory se nepoužívají v péči o gerontologické pacienty/klienty z důvodu fragility vazů a možnosti mikrotraumatizace.

Celotělové vibrace umožňují vibrační lehátka a křesla (Friedlová, 2007, s. 107).

1.8.4 Optická stimulace

Koncept bazální stimulace je rozšířen o smyslově i mimosmyslově (barvy, prostředí) působení nejen na pacienty/klienty, ale i na jejich příbuzné. Pacient/klient vidí pouze přístroje, množství hadic a hadiček, drátů, bílý strop, světlo, pleny, případně okno, je rušen alarmy pump, dávkovači a dalšími, pro něho neznámými zvuky. Když otevře oči, tak má ve svém zorném poli z lůžka pouze bílý strop. Změnami polohy lze pacientovi/klientovi umožnit sledovat dění v jeho okolí, ale také se orientovat na svém těle.

Tím se posílí jeho pocit jistoty. Změna polohy znamená současně stimulaci vestibulární a somatickou (Friedlová, 2007, s. 110).

Při optické stimulaci je důležité dodržovat tyto zásady:

- nabízet podněty, které jsou zřetelně světlé a zřetelně tmavé
- nabídnout klientovi možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí
- umožnit klientovi sledovat hodiny – umístit je do jeho zorného pole
- obličej klienta, pokud je to technicky proveditelné, vystavit alespoň krátce sluneční expozici (posadit k oknu, odvézt na terasu nebo do zahrady)
- jako kontrast k bílým zdem volit barevné oblečení klienta a personálu a také barevné ložní prádlo
- jasně odlišit, kde končí zeď a začíná strop (buď celobarevnou zdí nebo alespoň bordurou pod stropem)
- pokud jsou klientovi nabízeny obrázky, musí být dostatečně velké (příliš malé obrázky jsou těžko definovatelné) a umístěn do jeho zorného pole
- privátní obrázky klienta mohou být prospěšné k stimulaci paměťové stopy, k aktivaci mozkové činnosti klienta na základě vybavení si vzpomínek
- obrázky by měl klient znát (pozor na negativní asociace)
- používá-li klient brýle, nezapomenout mu je nasadit
- fotografie, popř. obrázky, které mají v okolí klienta zůstat, je pro stimulaci pohybové aktivity klienta vhodné umístit na okraj jeho zorného pole, aby byl nucen vyvinout pohybovou aktivitu s cílem pohlédnout na tyto obrázky (Friedlová, 2007, s. 113)

- u klientů s poruchami zraku volit raději zcela jednoduché obrázky, nejlépe černo–bílé
- pokud klientovi nabídneme televizi, pak je voleno dle biografické anamnézy jeho oblíbené pořady (se zohledněním jeho únavy)
- vždy je nutné aplikovat stimulaci cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení klienta a jeho schopnosti koncentrovat se (Friedlová, 2007, s. 113).
- dále je poskytnuto klientovi dle biografické anamnézy jeho oblíbené fotky (viz příloha č.10).

Je nutno vždy pacienta/klienta sledovat, jak reaguje na poskytované podněty a zda u něj nevyvolávají negativní asociace a emoce.

Také pozorování stále stejných objektů vyvolává halucinace a dezorientaci (Friedlová, 2007, s. 114).

1.8.5 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení (Friedlová, 2007, s. 114).

Auditivní stimulace aplikována z různých důvodů a **sledují se různé cíle**, které se ovšem mohou kombinovat:

- navázat kontakt s klientem
- zprostředkovat klientovi informace o jeho osobě, jeho těle
- stimulovat vnímání klienta aktivací vzpomínek uložených v paměťových stopách
- mobilizovat vzpomínky klienta
- budovat u klienta pocit jistoty
- umožnit klientovi orientaci
- zvýšit rozlišovací schopnosti sluchového aparátu
- naučit klienta novým slovům, řeči (Friedlová, 2007, s. 114).

K auditivní stimulaci lze využít různých prostředků (hlas, hudební nástroje, reprodukováné zvuky) a **zohlednit biografickou anamnézu pacienta/klienta**. Důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti pacienta/klienta a užívání kompenzačních prostředků (sluchadla). Pro dorozumění se s pacienty/klienty, kteří nerozumějí mluvenému slovu (pacienti/klienti po mozkových příhodách, úrazech mozku, pacienti/klienti s demencí nebo cizinci, kteří neovládají jazyk) lze využít analogování (terapeut má v zásobě mnoho karet, na kterých jsou nakreslené jednotlivé předměty a situace a pomocí nich se snaží domluvit s pacientem/klientem).

Předpoklady pro úspěšnou auditivní stimulaci:

- přivítání se a rozloučení se pokud možno vždy stejnými slovy (důležité také u příbuzných)
- vyžaduje-li stav vědomí klienta také jiný signál, použijte před oslovením iniciální dotek
- nehovořte rychle, ale pomalu, jasně a zřetelně
- hovořte ve vaší obvyklé tónině hlasu a hlasitosti
- příbuzní pacienta by měli hovořit v jemu známé a důvěrné formě
- nepoužívejte v řeči zdrobněliny
- nehovořte s více osobami najednou
- redukujte rušivé zvuky, zvuky jsou vleže vnímány hlasitěji než vsedě nebo ve stoje
- nabízet zvuky známé, zohlednit biografii (viz příloha č.10) (Friedlová, s. 9).

V každém případě platí, že je nutné upozornit příbuzné pacienta/klienta na to, aby s ním hovořili v jemu známé a vlastní formě.

1.8.6 Orální stimulace

Ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónu (vlas v ústech vnímáme rychleji než vlas položený na břicho prstu). Člověk vnímá svá ústa jako intimní osobní zónu (Friedlová, 2007, s. 117).

Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi/klientovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Zvýšení svalového tonu v oblasti dutiny ústní je známkou stimulace vnímání u pacienta/klienta.

Orální stimulaci lze provádět izolovaně, anebo jako přípravu na orální přívod stravy. V žádném případě není orální stimulace synonymem péče o dutinu ústní nebo nácviku polykacího reflexu (Friedlová, 2007, s. 120).

V rámci orální stimulace by terapeut měl zjistit, jak často a kterými prostředky pečoval pacient/klient o svou dutinu ústní. Měl by také zjistit, kterým nápojům či jídlům dával pacient/klient přednost, která měl rád a tuto informaci zohlednit při péči o dutinu ústní. Tyto zjištěné informace mohou usnadnit povolení napětí v ústech pacienta/klienta při otevření úst. K péči o dutinu ústní se nemusí používat kovový peán nebo pinzetu, do kterých se uchopí tampon, ale vatové nebo molitanové štětičky (tamponky či tvarované těrky pevně fixované na většinou pružné tyčince). Tyto štětičky se mohou namočit v oblíbením jídle či pití (dle biografické anamnézy) a vložit do dutiny ústní, kde se nechají stimulovat chuťové buňky, díky uvolnění slin. (viz příloha č.12)

1.8.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus výraznými provokatéry vzpomínek. (Friedlová, 2007, s. 125).

Mnoho vůní a pachů je obsaženo v autobiografii, a to ve spojení s pozitivními či negativními vzpomínkami. Každý člověk má své jiné oblíbené vůně. Orální a olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí (Friedlová, 2007, s. 125).

Před tím, než terapeut začne pacienta/klienta konfrontovat s olfaktorickou stimulací, je nutné zjistit, které vůně pacient/klient upřednostňuje, abychom nevyvolali negativní stimulaci. To znamená, že by pacient/klient nepřijal žádné stimuly a podávané informace. Nedošlo by tedy k navázání žádoucího kontaktu, a to proto, že mu byly vůně nepříjemné nebo neznámé. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné vůně osobních toaletních potřeb pacienta/klienta, parfémů, deodorantů, vůně jídla, a naopak nevhodné jsou vonné svíčky (viz příloha č.11).

1.8.8 Taktilně-haptická stimulace

Somestetický systém umožňuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací (Friedlová, 2007, s. 127).

Schopnost lidské ruky poznávat předměty umožňuje během života získávat zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Schopnost ruky pohybovat se trojrozměrně perfekcionalizuje její funkci poznávání. Neklidní, hyperaktivní klienti, jejichž ruce jsou velice aktivní, většinou potřebují:

- identifikovat předmět, který nahmatali
- taktilně-haptickou stimulaci, protože ruka je spolu s ústy nejaktivnější místo na těle (Friedlová, 2007, s. 128).

Předměty používané k taktilně-haptické stimulaci: (viz příloha č. 11)

- oblíbené předměty, hračky (u dětí)
- předměty užívané k výkonu povolání, předměty spojené s hobby (golfová hůl, tenisová raketa, atd.)
- předměty užívané k osobní toaletě (zubní kartáček, pasta, hřeben, mýdlo, make-up, holicí strojek, atd.), předměty denního života (mobilní telefon, klíče, atd.)
- kelímky, hrníčky na pití, žínky, ručníky
- teplo a chlad (Friedlová, 2007, s. 129).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle empirické části

Zjistit, jak působí na člověka zdravého, ale i nemocného poloha „hnízdo“ z konceptu bazální stimulace. Posoudit dle obrázků, jak tato poloha působí na člověka a jaké jsou změny ve vnímání svého těla před polohou a po poloze.

2.2 Vzorek

Zkoumaný vzorek tvořilo 10 pacientů/klientů s cévní mozkovou příhodou z Neurologické kliniky v Hradci Králové, převážně mužského pohlaví. Pacienti/klienti byli ve věkové rozmezí 50–85 let.

A 10 náhodných zdravých respondentů, převážně ženského pohlaví ve věkovém rozmezí 20–50 let. Většina výzkumného vzorku ze zdravých respondentů tvořili studenti z Hradce Králové, ostatní respondenti z Havlíčkova Brodu.

2.3 Použitá metoda

Metoda rozboru porovnání obrázků je kvalitativní. Metoda otevřeného kódování – vymezení kategorií v rámci fenoménů na obrázcích. Rozbor – popis obrázku před polohou a obrázku po poloze „hnízdo“.

Porovnání obrázku před a po poloze, porovnání obrázků zdravých a nemocných. Na základě zjištěných kategorií vyjadřují vlastní úvahy o technice v rámci bazální stimulace pojmenované „hnízdo“.

2.4 Výsledky výzkumu

Výzkum byl aplikován u 10–ti pacientů/klientů s cévní mozkovou příhodou na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové a u 10–ti zdravých (většinou studenti). Kde byla použita poloha „hnízdo“ z konceptu bazální stimulace.

Respondenti kreslili dva obrázky, jak se cítili před polohou a po poloze „hnízdo“.

Anamnéza pacienta/klienta č. 1

Pacient/klient 63 let, nyní v invalidním důchodu (pracoval jako strážní služba ve fakultní nemocnici). Bydlí s manželkou.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: rozsáhlý cerebrální infarkt v povodí ACM vlevo s klinicky manifestní těžkou pravostrannou hemiparézou na pravé horní končetině s plegií, expresivní fatickou poruchou a centrální parézou nervu VII vpravo při okluzi levé ACI), která se mu přihodila před 20-ti dny, ráno.

Další onemocnění nevýznamné, též rodinná anamnéza nevýznamná.

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; APO–Citalopram 20, p.o.; Clexan 0,4 ml, s.c.

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku pacient/klient nakreslil sebe. Nejsou zobrazeny prsty u horních a dolních končetin (zřejmě je tolik necítil), nemá vlasy ani tělo odděleno od dolních končetin.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

Pacient/klient se cítil příjemně, bylo mu teplo, cítil prsty u nohou i rukou, pravá polovina byla cítit méně (je postižena).

Kdyby si mohl vybrat, jestli tuto polohu použít při odpočinku, tak ano. Cítil se po ní lépe.

Rozbor obrázku:

Nyní nakreslil sebe usmívajícího se, s vlasy. Dolní končetiny oddělil od těla, náznak končetin tam je (hlavně prsty u nohou). Zobrazil ohraničení částí těla (trup, obě dolní končetiny i obě horní končetiny a oddělené ruce). Dále nakreslil takový ochranný kruh okolo dolních končetin. Ochranný kruh zakreslil slabou, jednoduchou čarou okolo dolních končetin, asi myslel perličkové polohovací pomůcky. Poloha horních i dolních končetin je stejná jako u prvního obrázku (před uložením do polohy „hnízdo“).

U pacienta/klienta během mé přítomnosti byla na návštěvě jeho manželka.

Pacient/klient byl méně komunikativní.

Závěrem bych chtěla podotknout, že je zajímavé, jak pacient/klient na svých obrázcích nakreslil i postiženou pravou končetinu.

Dále, že nakreslil oba obrázky jako (silnou) hmotu těla.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 2

Pacient/klient 57 let, učitel na střední škole. Bydlí s manželkou a dětmi.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: symptomatická okluze artérie vertebralis dexter s infarktem dorzolaterálně v medulla oblongata dle magnetické rezonance, klinicky inkompletním Wallenbergovým syndromem), která se mu stala před 12–ti dny, večer.

Další onemocnění: Dyslipidémie

Arteriální hypertenze (nově zjištěná, asi měsíc)

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na cévní mozkovou příhodu v 71 letech, matka také zemřela na cévní mozkovou příhodu v 86 letech

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; Torvacard 20 mg, p.o.; Amprilan 5 mg, p.o.; Plendil ER 5 mg, p.o.; Optalo-septonex, gtt., ung.

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Pacient/klient nakreslil sebe, jak se cítil. Zobrazil se takto : jako panáček, který nemá prsty u dolní a horní končetiny. Protože po 30–ti minutách pacient/klient přestává vnímat (uvolnění svalového tonu) své prsty. Ostatní části svého těla zobrazil. Pravou končetinu má nakreslenou blíže k tělu a levou končetinu v pravém úhlu s trupem.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

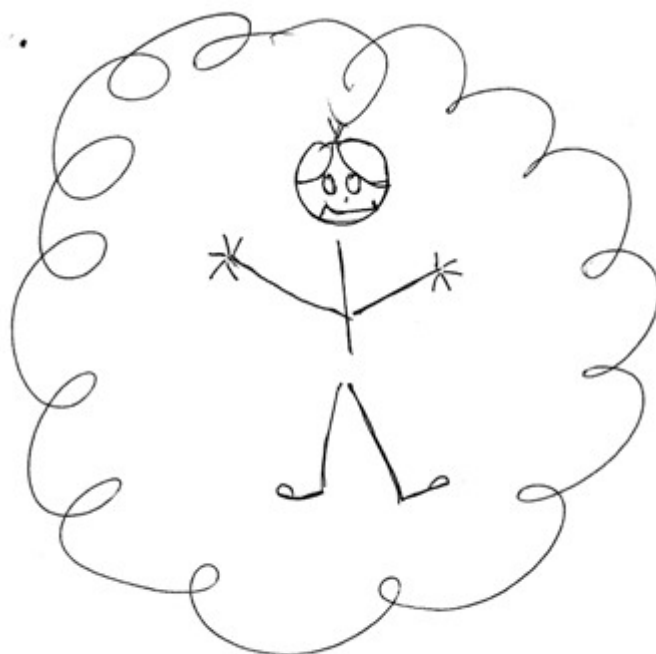
Pacient/klient se cítil příjemně, přívětivě a fajn. Tuto polohu by si pacient/klient určitě vybral pro odpočinek nebo relaxaci.

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku již pacient/klient zakreslil prsty u horní končetiny, u dolních končetin nakreslil boty. Horní končetiny jsou zobrazeny v jiné poloze než u prvního obrázku pacienta/klienta. Zde i zvýraznil ústa do úsměvu. Dále okolo celého svého těla znázornil vlnkový (obláčkový) kruh, ohraničenou ochrannou bariérou okolo těla.

Závěrem bych chtěla podotknout, že pacient/klient byl během mého výzkumu hovorný, příjemný a otevřený rozhovoru. Tento pacient/klient byl zcela mobilní, žádná část těla neprojevovala imobilitu. Druhý obrázek nakreslil více se usmívající (spokojený). Je zajímavé, jak pacient/klient zobrazil svou polohu rukou před polohou a po poloze „hnízdo“. Oba obrázky zaznamenal jako čáry a ne hmotu těla.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30 minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 3

Pacient/klient 63 let, důchodce, dříve pracoval jako voják. Bydlí s manželkou.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: Hemorhagie laterokapsulárně frontoparietálně vpravo 20x15 mm s klinickým korelátem levostranné hemiplegie), která se mu přihodila před 6-ti dny, večer.

Další onemocnění: Dekompenzovaná arteriální hypertenze
Hyperlipidémie
Hypocasis perceptiva bilaterální
Tinitus bilaterální

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na infarkt myokardu v 50 letech, matka měla DM

Alergii neudává.

Nynější léčba: Lipirex 200 mg, p.o.; Plendil ER 5 mg, p.o.; Dopegyt 10 mg, p.o.

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Pacient/klient nakreslil sebe, jak se cítí. Nakreslil panáčka v klobouku a s rukama nahoru, kde má i nakreslené prsty. Okolo panáčka je 8 šipek mířících do prostoru (do širokého okolí). Pacient/klient necítí, kde má hrany těla. Cítí, že tělo míří do okolí.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

Pacient/klient se cítil velmi příjemně, prsty u svých končetin cítil a tuto polohu by si určitě vybral pro odpočinek (relaxaci).

Rozbor obrázku:

Pacient/klient se zobrazil jako veselý panáček v klobouku, horní končetiny zakreslil do stran (změna polohy) s prsty a u dolních končetin také. U tohoto obrázku pacient/klient změnil polohu horních končetin. Dále po poloze „hnízdo“ zakreslil i svůj obličej (oči, nos a ústa). Ze stran načrtl dvojité ochranné bariéry. Tyto bariéry jsou zakresleny jako něco, o co se může opřít.

Závěrem bych chtěla říci, že se mi zdá obrázek po poloze veselejší. Také je zajímavé, že na obou obrázcích pacient/klient zakreslil i svou levou postiženou polovinu. Oba obrázky jsou zaznamenány jako rovné čáry bez hmoty.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30 minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 4

Pacient/klient 52 let, nezaměstnaný, nyní léčen v léčebně návykových nemocí. Bydlí sám.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: Drobný ischemický cerebrální infarkt lakunárního typu v povodí ACI 1. dexter v termínu ethylické encefalopatie, v neurostatu je vyjádřena lehká centrální levostranná hemiparéza), která se stala před 4 dny.

Další onemocnění: Nikotinismus

Syndrom závislosti na alkoholu v odvykacím programu

Ethylická encefalopatie a polyneuropatie

Hypothyreóza na substituční terapii

Incip.chronická žilní insuficience dolních končetin

Stav po tuberkulóze plicní v 80. letech

Stav po splenektomii a operaci pankreatu

Vypije denně 5 piv + pár panáků. Prodělal delirium tremens.

Rodinná anamnéza: Matka rakovina dělohy zemřela v 60–ti letech.

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; Helicid 20 mg, p.o.; Euthyrox 50 mg, p.o.

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

V levé dolní končetině cítil brnění.

Rozbor obrázku:

Pacient/klient zakreslil sebe, jako hmotného panáčka bez oddělení trupu od končetin. Výraz obličeje smutný, výrazná smutná ústa. Levou horní končetinu zakreslil, jako brnící (chvějící se). Na levé dolní končetině zakreslil po celé délce spirálu, cítil v této končetině brnění.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

Pacient/klient se po této poloze cítil velmi dobře, byl nadšen. Zmizelo i brnění v levé noze.

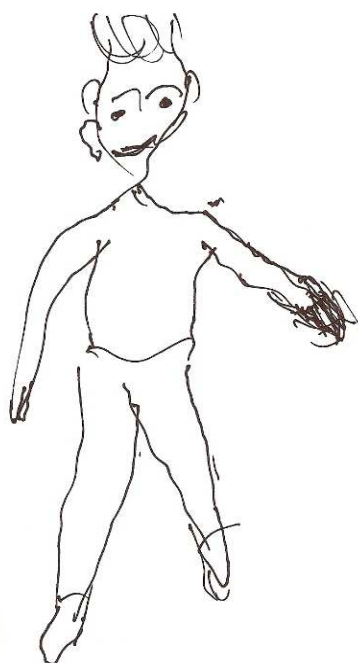
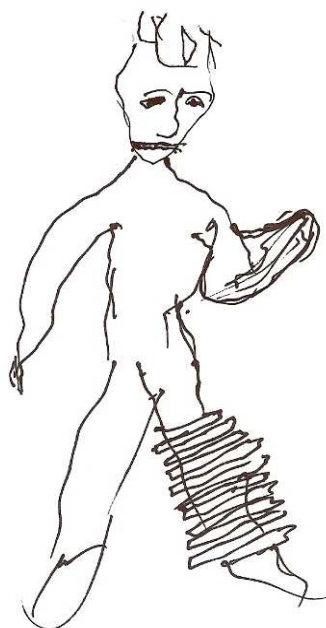
Rozbor obrázku:

Pacient/klient se opět nakreslil jako hmotný panáček, který má oddělen trup od dolních

končetin. Na horních končetinách je náznak prstů. Dále se změnila poloha levé horní končetiny, také bez chvění. Konec ruky je zvýrazněn několika čarami. Levá dolní končetina je zobrazena kratší a bez spirály, než jak to bylo u prvního obrázku. Na obrázku jsou výrazné oči a veselá ústa.

U tohoto pacienta/klienta je zajímavé, že mu po poloze „hnízdo“ zmizelo brnění, chvění z levé horní i dolní končetiny.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 5

Pacientka/klientka 55 let, úřednice, bydlí s manželem.

Pacientka/klientka ležela na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: Suspektní cerebrální ischemický infarkt v povodí ACI vlevo s lehkou pravostrannou hemiparézou centrální parézou nervu VII vpravo a pravostranným senzitivním hemisyndromem), která se jí stala před 5-ti dny, ráno.

Další onemocnění: Katarakta – stav po operaci vlevo, vpravo v plánu.

Glaucoma chronická

Kolísavá hypertenze – neléčená

Rodinná anamnéza: Otec měl cévní mozkovou příhodu, matka má asi rakovinu (neví čeho)

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; Oxazepam, p.o.; Lokren 20 mg, p.o.; Lozap H, p.o.

Pacientku/klientku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách pacientka/klientka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Pacientka/klientka se načrtla jako hmotný panáček bez krku a bez oddělení trupu od horních a dolních končetin. Rozkrok je zakreslen velice nízko.

Pacientka/klientka nenakreslila obličej ani prsty horních a dolních končetin.

Poté jsem pacientku/klientku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela také 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

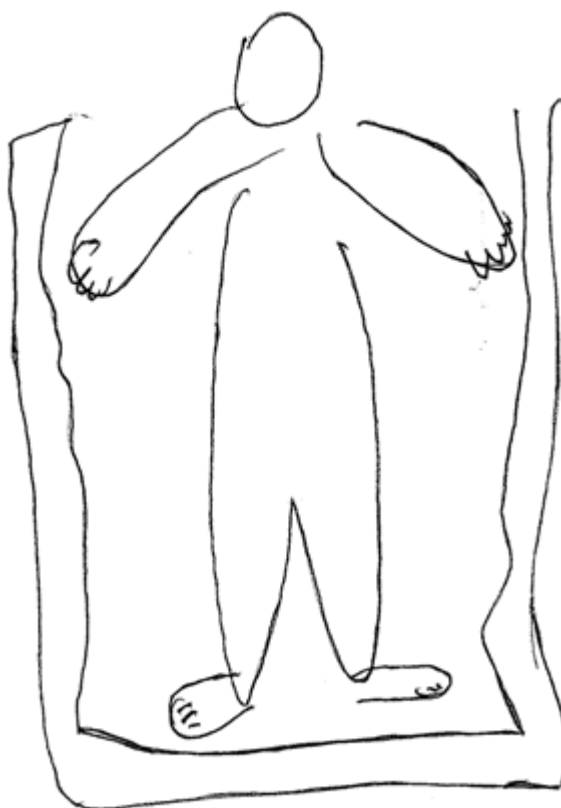
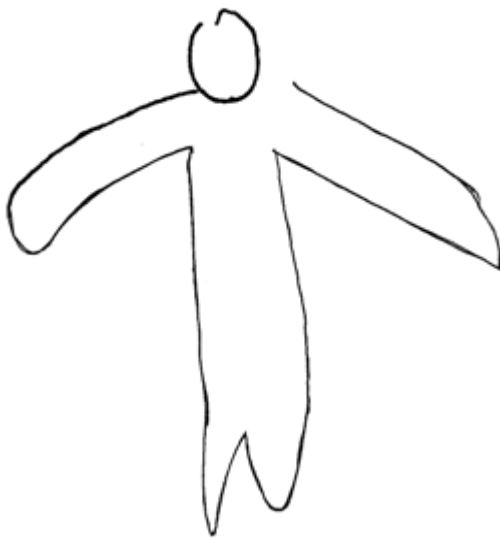
Pacientka/klientka popisuje, že výrazné změny nepocítila. Bylo to o trochu lepší, bezpečno.

Rozbor obrázku:

Opět nakreslila hmotného panáčka bez krku a bez oddělení trupu od končetin. Ale nyní zakreslila náznaky prstů horních i dolních končetin. U dolních končetin nakreslila výše rozkrok a oddělené nohy od kotníků. Pacientka/klientka nezměnila na obrázku polohu končetin. Od horních končetin nakreslila (ochrannou) hranatou, dvojí bariéru.

U této pacientky/klientky je zajímavé její tvrzení, že po poloze nepocítila výrazné změny. Ale na obrázku, jsou změny patrné. Dále je pozoruhodné, že na oba obrázky zakreslila i postiženou polovinu těla.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 6

Pacient/klient 72 let, ve starobním důchodu (dříve pracoval jako konstruktér). Bydlí s manželkou.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: nebyla možnost k nahlédnutí), která se stala večer před 7 dny.

Další onemocnění: Arteriální hypertenze
Benigní hypertrofie prostaty
Stav po kolapsovém stavu
Stav po cholecystektomie
Autonehoda před 10-ti lety – zlomenina žeber napravo, fraktura klavikuly pravé.

Rodinná anamnéza: Nebyla možnost nahlédnout do lékařské dokumentace

Alergii neudává.

Nynější léčba: Prestarium 8 mg, p.o.; Verogalid, p.o.; Cotrimaxazol AL, p.o.; Finex 5mg, p.o.; Alfuzastad, p.o.

Pacienta/klienta jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, přikrytého dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Na obrázku je panáček, který má nakresleny hmotně horní končetiny, jinak zbytek těla jednoduchou čarou. Dolní končetiny jsou zakresleny jako jednoduchá čára. Pouze chodidla jsou zobrazeny od sebe. Ve výrazu obličeje je vidět smutek.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

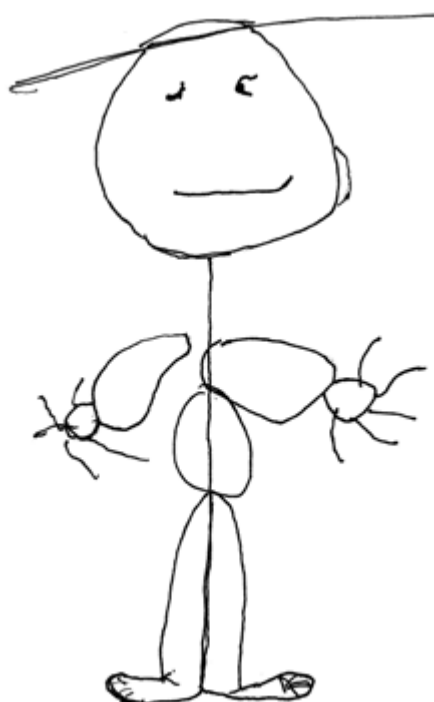
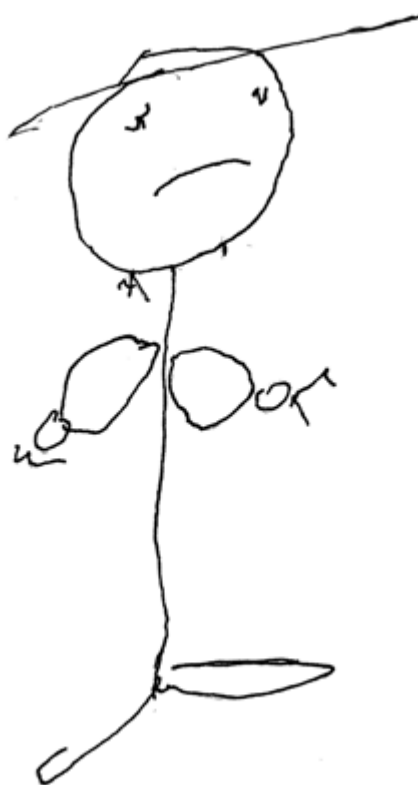
Cítil se příjemně, bylo mu teplo. Tato poloha by pacientovi/klientovi vyhovovala.

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku je panáček, který má uprostřed jednoduchou čáru (jako osa). Okolo čáry je zakresleno hmotné břicho a horní i dolní končetiny (hmota těla). Na horních končetinách jsou zobrazeny dlouhé prsty. Na dolních končetinách jsou nohy, prsty jen málo zobrazeny. Poloha končetin se nezměnila. Trup je oddělen od horních i dolních končetin. Výraz obličeje je veselý.

Na obou obrázcích jsou náznaky kresby klobouku na hlavě panáčka. Je to zajímavé, protože pacient/klient v tu chvíli na hlavě nic neměl.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 7

Pacient/klient 79 let, nyní ve starobním důchodu (pracoval jako strojní zámečník). Bydlí s manželkou v panelovém domě.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza : subakutní infarkt mozku vlevo s edémem, pravostranná hemiparéza), která se mu přihodila před 11-ti dny, ráno.

Další onemocnění: Diabetes mellitus II. typu

Fibrilace síní

Arteriální hypertenze

Glaukom

Benigní hyperplazie prostaty

- porucha řeči

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; Torvacard 20 mg, p.o.; Lokren 20 mg, p.o.; Lusopress, p.o.; Tritace, p.o.; Lorista, p.o.; Citalec, p.o.; Kalium Chloratum, p.o.; Amoksiklav i.v.; Humulon M3, s.c.; Clexan 0,4ml, s.c.

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku se pacient/klient nakreslil jako panáček z hmoty (ne z jednoduchých čar).

Dolní končetiny jsou odděleny od trupu, a zároveň odděleny dolní končetiny od chodidel (boty). Na hlavě jsou zakresleny rozčuchané vlasy. Má smutný výraz v obličeji.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež nakreslil, jak se cítil v této poloze a vyprávěl mi, jak se cítil (viz níže).

Pacient/klient se cítil v této poloze velmi dobře. Rád by v této poloze trávil více času.

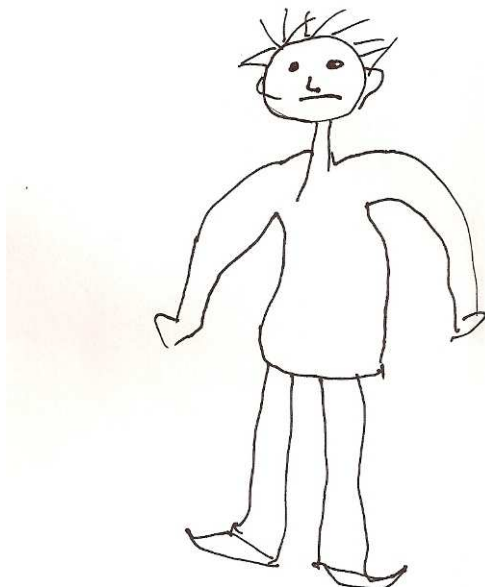
Rozbor obrázku:

Opět se zakreslil jako hmotné tělo (panáček), který má odděleny dolní končetiny od trupu dvěma čarami. Dále zvýraznil vnější strany trupu, horních i dolních končetin silnou čarou. Změna polohy končetin není. Na konci horních končetin jsou zakresleny silné prsty.

Na dolních končetinách jsou nohy s náznaky prstů. Na obličeji jsou nejvýraznější oči, a také úsměv.

Dále je zajímavé, že pacient/klient zakreslil na obrázcích i postiženou polovinu těla.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 8

Pacient/klient 69let, ve starobním důchodu. Bydlí s manželkou.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: intracerebrální krvácení vlevo, lehká pravostranná hemoparéza), která se stala pacientovi/klientovi před 8 dny, ráno.

Další onemocnění: Ischemická choroba dolních končetin
Ischemická choroba srdeční
Arteriální hypertenze
Diabetes mellitus II. typu
Obezita
Hyperlipidémie
Vředová choroba žaludku

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Alergie na pyly.

Nynější léčba: Lokren, p.o.; Ranisan, p.o.; Trental, p.o.; Simgal, p.o.; Agen 10 mg, p.o.; Lozap 50 mg, p.o.; Glukophage, p.o.; Anopyrin 100 mg, p.o

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Tento pacient/klient nakreslil hmotné tělo, horní i dolní končetiny jako jednoduché čáry. Nakreslil panáčka z boku. Dále je zajímavé, že nakreslil na hlavu dlouhý klobouk. Na obličeji zakreslil jedno oko (poloha panáčka z boku) a špičatý nos. Na končetinách je náznak prstů.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

Pacient/klient se cítil dobře, tato poloha mu vyhovovala.

Rozbor obrázku:

Nakreslil se opět z boku, hmotné tělo, horní a dolní končetiny jako jednoduché čáry, na konci s prsty. Tělo je odděleno od horních i dolních končetin. Záda zvýraznil silnou čarou (silná hranice těla). Opět dlouhý klobouk na hlavě. Dále nakreslil jedno oko (poloha panáčka z boku), špičatý nos a rovná ústa.

U tohoto pacienta/klienta je zajímavé, že se nakreslil z boku. Ani na jednom obrázku nenakreslil postiženou pravou horní končetinu. Pozoruhodné také je, že nakreslil klobouk na hlavě, protože v tu chvíli na hlavě nic neměl.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30 minutách v poloze „hnízd“

Anamnéza pacienta/klienta č. 9

Pacient/klient 83 let, nyní ve starobním důchodu (dříve pracoval jako učitel na střední škole).
Bydlí sám, již 15 let je vdovec.

Pacient/klient ležel na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: do lékařské dokumentace nebylo možno nahlédnout), tato příhoda se stala před jedním dnem, v noci. Levostranná hemiparéza.

Další onemocnění: Arteriální hypertenze
Chronická bronchitida
Hematurie

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na infarkt myokardu v 75 letech

Alergii neudává.

Nynější léčba: Anopyrin 100 mg, p.o.; Torvacard 20 mg, p.o.; Plendil ER 5 mg, p.o

Pacienta/klienta jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách pacient/klient nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Pacient/klient se nakreslil jako hmotný panáček z boku. Je zakreslena pouze levá horní končetina, na konci se šipkami směrem dolů. Trup je oddělen od horních a dolních končetin. Na hlavě pacient/klient zakreslil vlasy, ucho, oko, nos a rovná ústa.

Poté jsem pacienta/klienta uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na posteli, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

Pacient/klient byl touto polohou nadšen. Říkal, že se cítil velmi příjemně, výborně. Cítil kolem sebe ochranný kruh, ale i někoho vedle sebe (není sám). Určitě by tuto polohu uvítal.

Rozbor obrázku:

Opět se nakreslil jako hmotný panáček, ležící na zádech. Panáček je oblečen v košili, jsou také zakresleny kalhoty (oddělení trupu od dolních končetin). Pravá horní končetina je nakreslena u těla a levá horní končetina je zakreslena na válci (vedle těla), kousek od těla (změna polohy). Na horních končetinách jsou zobrazeny prsty rukou. Od dolních končetin pacient/klient zakreslil boty ve směru doleva. Na hlavě jsou vlasy, oči s obočím, nos a usmívající se ústa. Nos a ústa jsou na tomto obrázku nejvýraznější. Dále pacient/klient nakreslil vedle svého těla válece. Pravý váleček je dlouhý od krku až po půl pravého lýtka. Levý

válec je od levého ramene až po levé koleno. Tyto válce zobrazují ochranný kruh kolem pacienta/klienta.

U tohoto pacienta/klienta je zajímavé, že první obrázek nakreslil z boku, pouze s postiženou končetinou. Na druhém obrázku se nakreslil na zádech. Pozoruhodné jsou i válce, pravý nakreslil delší než levý.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza pacienta/klienta č. 10

Pacientka/klientka 80 let, ve starobním důchodu. Bydlí u dcery.

Pacientka/klientka ležela na Neurologické klinice FN HK s cévní mozkovou příhodou (lékařská diagnóza: do lékařské dokumentace nebylo možno nahlédnout), tato příhoda se stala před jedním dnem, zřejmě ráno. Pacientka/klientka má těžkou levostrannou hemiparézou.

Další onemocnění: Ischemická choroba srdeční

Rodinná anamnéza: Nelze od pacientky/klientky odebrat

Alergii neudává.

Nynější léčba: během mého výzkumu, nebyla ošetrovatelská dokumentace ještě zcela vypracována lékařem.

Informace jsou podány pouze od pacientky. Ošetrovatelská a lékařská dokumentace nebyly ještě zhotoveny lékařem.

Pacientku/klientku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách pacientka/klientka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Pacientka/klientka nebyla moc komunikativní.

Rozbor obrázku:

Nakreslila se jako panáček, který má hmotné tělo a končetiny jako rovné čáry. Horní končetiny jsou krátké a bez prstů, pravá končetina je kratší. Obrázek je velmi malý. Na hlavě má vlasy, oči, nos a malá ústa.

Poté jsem pacientku/klientku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

Rozbor obrázku:

Pacientka/klientka opět nakreslila hmotné tělo a končetiny jako čáry (oddělení trupu od horních i dolních končetin), na konci s náznaky prstů. Poloha končetin zůstala stejná. Tento obrázek je větší než první. Na hlavě nakreslila vlasy, oči, nos a usmívající se rty. Dále pacientka/klientka nakreslila kolem svého těla tenkou čarou ochranný kruh.

U této pacientky/klientky je zajímavé, že nakreslila jeden obrázek menší a druhý větší. Dále, že u hmotného těla nespojila (napravo) dva konce čar. Zároveň nakreslila svou levou postiženou polovinu.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 1

Studentka vysoké školy, 24 let, zdravá, nekuřačka. Bydlí s rodiči.

Alergie na prach, pyl a seno.

Rodinná anamnéza: Babička zemřela na rakovinu střev a děda na rakovinu pankreatu.

Užívané léky: Zyrtek, p.o.

Studentku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách studentka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Studentka se v této poloze cítila osamoceně, zároveň vnímala prázdnotu a chlad. Vidí pouze strop, do stran nevidí.

Rozbor obrázku:

Nakreslila se jako nehmotný panáček. Tělo, horní a dolní končetiny zakreslila jako rovné čáry. Ruce jsou na hrudníku sepjaté do sebe. Tímto jakoby si vytvořila ochrannou bariéru. Na konci dolních končetin zakreslila kolečka. Na hlavě nakreslila pár vlasů, oči, nos a kolečková ústa. Výraz obličeje ustrašený. Od hlavy do stran a nahoru zakreslila šipky s otazníky (neví, co tam je, co se děje).

Poté jsem studentku uložila do polohy „hnízd“ , pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

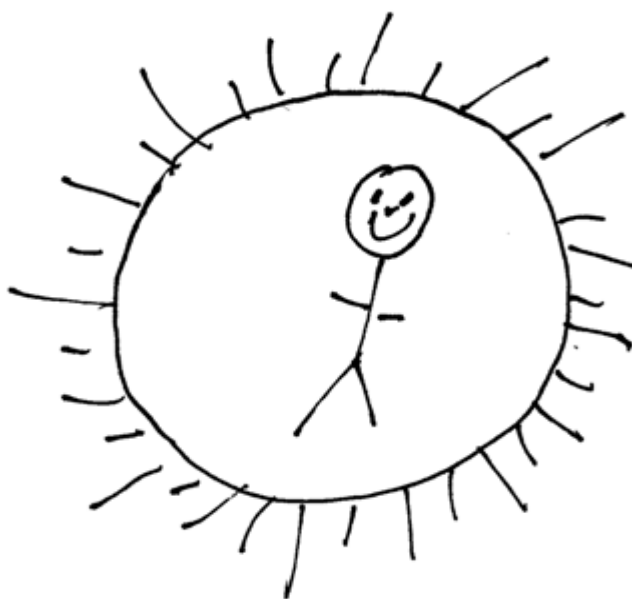
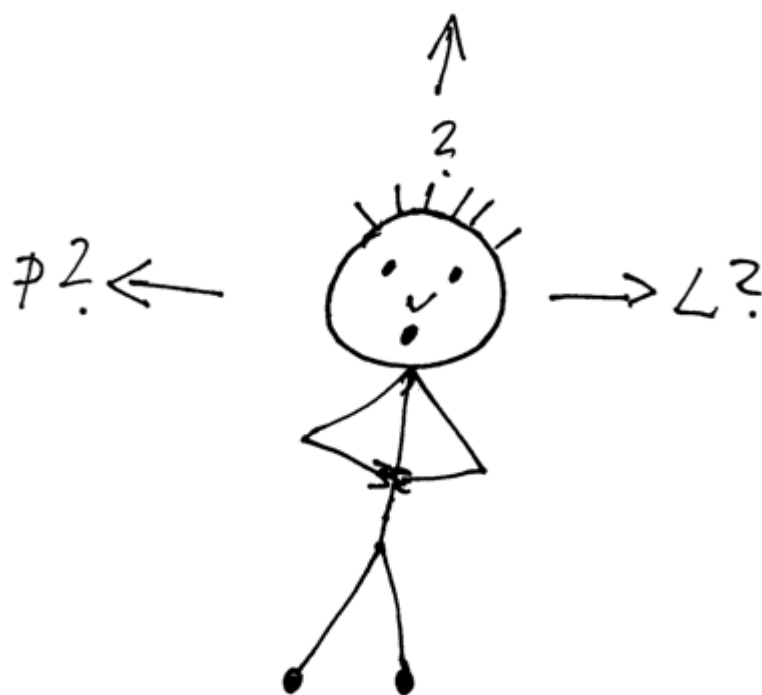
Cítila jistotu, bezpečí a pocit zajištění.

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku studentka nakreslila panáčka menšího než na prvním obrázku, opět nehmotné tělo. Horní končetiny se do stran změnilo, jsou menší. Na dolních končetinách již nenakreslila kolečka. Prsty horních i dolních končetin nejsou zakresleny. Chybí i vlasy na hlavě, ale oči, nos a usmívající se ústa naznačeny jsou. Okolo svého těla nakreslila jednoduchou čarou kruh s čárkami jako sluníčko (uzavřená ochranná bariéra).

U studentky je zajímavá změna velikosti obrázku a ochranný kruh, připomínající sluníčko. Dále je zajímavé, že u druhého obrázku zmizely šipky s otazníky.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 2

Studentka vysoké školy, 25 let, zdravá, nekuřačka, často sportuje. Bydlí s rodiči.

Alergie na roztoče.

Rodinná anamnéza: Nevýznamná

Užívané léky: Hormonální antikoncepce

Studentku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách studentka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Studentka tělo od ramen dolů moc necítí.

Rozbor obrázku:

Studentka se nakreslila jako hmotný panáček. Silnou čarou zvýraznila ramena. Směrem dolů je tělo nevýrazně nakresleno. Dále jsou zde zakresleny pouze šipky mířící od těla do neznáma (u ramen, horních a dolních končetin). Na hlavě nic nenakreslila, ani obličej.

Poté jsem studentku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

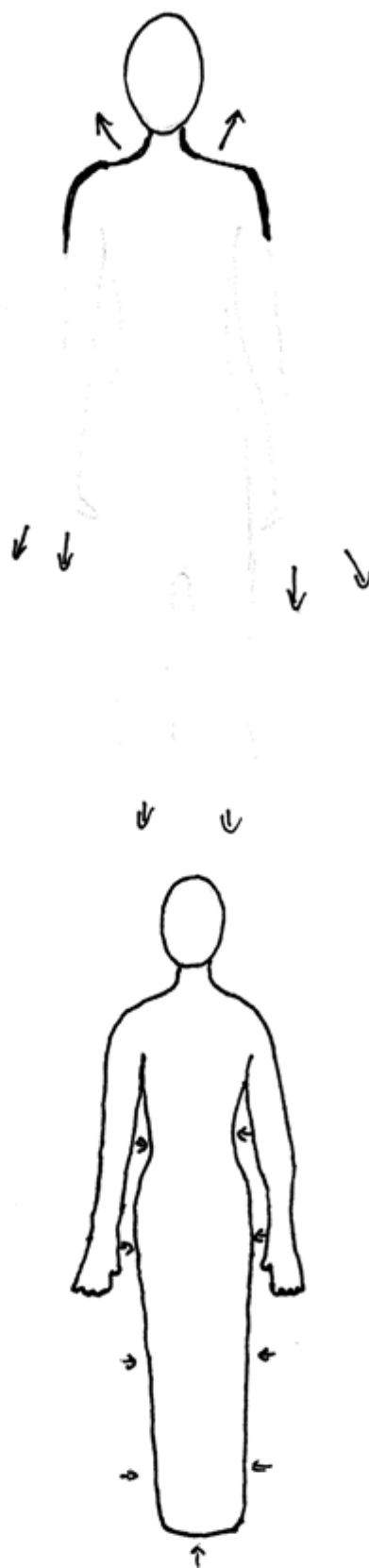
Studentka se cítila příjemně a v bezpečí.

Rozbor obrázku:

Zde studentka opět nakreslila hmotného panáčka. Nakreslila horní končetiny i s náznakem prstů a dolní končetiny jako sak. U hrudníku a dolních končetin nakreslila devět šipek, mířících k tělu. Obličej a vlasy nejsou zakresleny.

U prvního obrázku je zajímavé, že studentka nedokreslila tělo. A u druhého zakreslení dolních končetin jako sak (ochranná bariéra). Dále jsou zajímavé šipky u obou obrázků.

30 minut v posteli bez polohovacích pomôcek



Po 30-ti minútách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 3

Studentka vysoké školy, 22 let, zdravá, kuřačka – asi 3 cigarety denně (3 roky). Bydlí s rodiči.

Alergie na roztoče, plísně a kočky.

Rodinná anamnéza Otec hypertenze a hyperlipidémie, děda ulcerózní kolitida.

Užívané léky: Zodak, p.o.; hormonální antikoncepce.

Studentku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách studentka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Studentka se na obrázku zakreslila jako hmotný panáček, který nemá dokončené horní a dolní končetiny. Od konců končetin jdou šipky směrem od těla. Dále nakreslila hlavu s dlouhými vlasy, oči, nos a rovná, výrazná ústa.

Poté jsem studentku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

Studentka se cítila velmi dobře, v bezpečí.

Rozbor obrázku:

Opět nakreslila sebe jako hmotného panáčka. Poloha horních i dolních končetin zůstala stejná. Studentka u tohoto obrázku dokončila horní i dolní končetiny. U horních končetin nakreslila i všechny prsty a u dolních končetin boty. Trup od dolních končetin oddělila čarou. Dolní končetiny (z vnitřní a vnější strany) jsou zakresleny silnými čarami a horní končetiny také. Dále na hlavě nakreslila husté vlasy, oči, nos a usmívající se ústa. Celého panáčka dala studentka do kruhu (ochranné bariéry).

U této studentky je zajímavé, že u prvního panáčka nedokreslila končetiny a nakreslila šipky.

U druhého obrázku (panáčka), že jej dala do kruhu.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 4

Žena pracující jako zdravotní sestra, 49 let, nekuřačka. Bydlí s manželem a dětmi (2).

Stav po operaci štítné žlázy.

Alergii neudává.

Rodinná anamnéza: Matka hypertenze, otec ulcerózní kolitida.

Užívané léky: Euthyrox 50, p.o.

Tuto ženu jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách žena nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Žena se nakreslila jako hmotný panáček s přerušovanými horními a dolními končetinami. Trup je zakreslen silnými čarami. Na horních končetinách je náznak palce a u dolních končetin jsou zakresleny boty. Trup je oddělen od dolních končetin. Na hlavě jsou zakresleny vlasy, uši, oči, obočí, nos a ústa.

Poté jsem ženu uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela také 30 minut. Načež mi nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

Žena se cítila dobře, příjemně.

Rozbor obrázku:

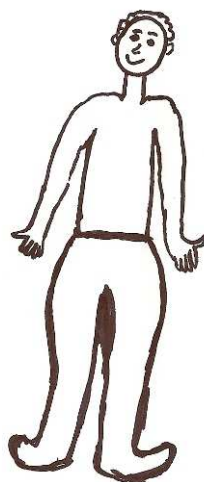
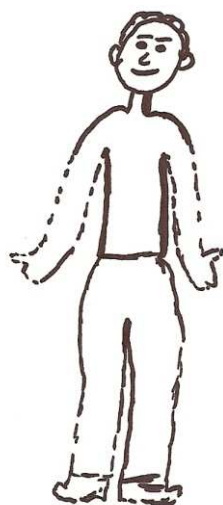
Nakreslila se opět jako hmotný panáček, který má oddělen trup od dolních končetin.

Poloha horních i dolních končetin je stejná. Na tomto obrázku je hlava menší a dolní končetiny silnější. Na horních končetinách jsou zakresleny všechny prsty. Dolní končetiny končí chodidly. Dolní končetiny jsou zvýrazněny silnou čarou po celé délce. Na hlavě jsou vlasy, uši, oči, obočí, nos a usmívající se ústa.

U této ženy je zajímavý první obrázek, na němž jsou končetiny zakresleny přerušovaně.

U druhého obrázku je zajímavá změna velikosti hlavy a šířky dolních končetin.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30 minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 5

Muž 20 let, zdravý, aktivní sportovec, „sváteční“ kuřák. Bydlí s rodiči.

Alergii neudává.

Rodinná anamnéza: Babička rakovina dělohy, jinak anamnéza nevýznamná.

Užívané léky: Žádné

Muže jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách muž nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Cítil se normálně.

Rozbor obrázku:

Muž se nakreslil jako hmotný panáček s prsty na horních končetinách. Na dolních končetinách zakreslil chodidla. Dále nakreslil prsní bradavky, pupeční jizvu a náznak přirození. Na hlavě jsou vlasy, uši, nos a ústa. Nakreslil dvě šipky od krku, dvě od hrudníku a dvě od dolních končetin. Všechny mířící od těla do neznáma.

Poté jsem pána uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel taktéž 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

V této poloze se cítil lépe, dobře.

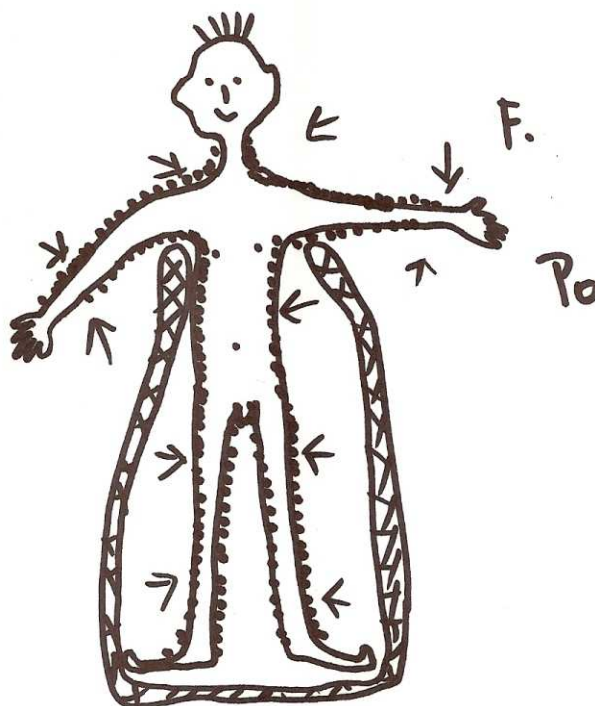
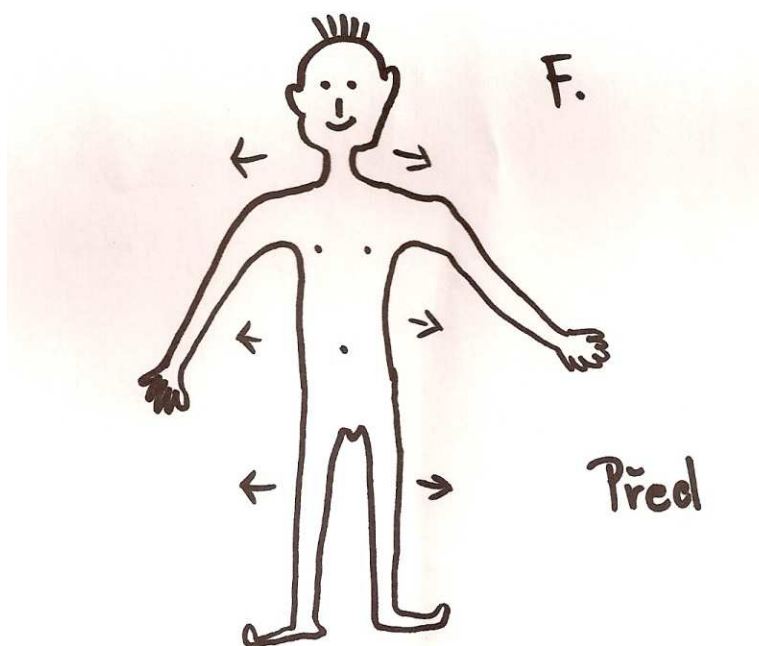
Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku se nakreslil opět jako hmotný panáček. Trup není oddělen od končetin. Změnila se však poloha horních končetin. Prsty a chodidla jsou zakresleny.

Dále nakreslil prsní bradavky, pupeční jizvu a náznak přirození. Na hlavě nechybí vlasy, uši, nos a veselá ústa. Od krku až po dolní končetiny vytečkoval ohraničení těla, které cítil více. Kolem těla od horních končetin nakreslil hada, ochrannou bariéru. Od této bariéry zakreslil šipky mířící k tělu. Dále dvě šipky ke krku a čtyři okolo horních končetin, všechny mířící dovnitř.

U těchto obrázků jsou zajímavé šipky (jejich směr). Dále je zajímavá vytečkovaná hranice těla u druhého obrázku.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 6

Studentka vysoké školy, 26 let, zdravá, nekuřačka. Bydlí s přítelem.

Alergii neudává.

Rodinná anamnéza: Nevýznamná.

Užívané léky: Hormonální antikoncepce

Studentku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách studentka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Studentka nakreslila panáčka, který má tělo, horní a dolní končetiny jako rovné čáry. Z horních i dolních končetin vystupují šipky, které míří z těla. Na hlavě jsou tři vlasy, uši, velké oči, nos a ústa.

Poté jsem studentku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela také 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

Studentka se cítila příjemně.

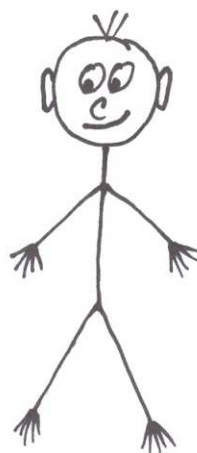
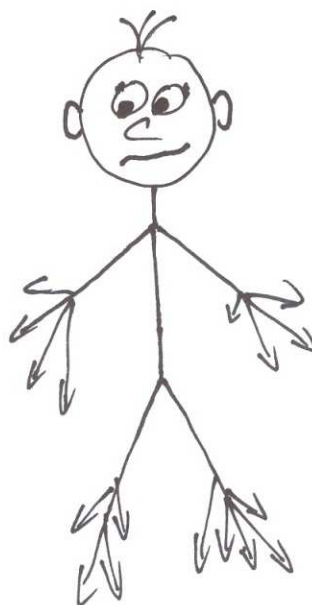
Rozbor obrázku:

Po poloze nakreslila studentka opět nehmotného panáčka, jenž má tělo, horní a dolní končetiny jako rovné čáry. Poloha horních i dolních končetin zůstala stejná. Na horních končetinách zakreslila ruce s prsty, na dolních končetinách také.

Na hlavě jsou zakresleny tři vlasy, uši, velké oči, nos a veselejší ústa.

U této studentky je zajímavé, že druhý obrázek nakreslila menší. Zajímavé jsou též šipky u horních i dolních končetin.

30 minut v posteli bez polohovacích pomôcek



Po 30-ti minútách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 7

Slečna 24 let, zdravá, kuřačka 20 cigaret denně. Pracuje jako servírka v restauraci. Bydlí s matkou.

Alergii neudává.

Rodinná anamnéza: Děda rakovina tlustého střeva, otec arteriální hypertenze.

Užívané léky: Hormonální antikoncepce

Slečnu jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách slečna nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Slečna nakreslila nehmotného panáčka, tělo a končetiny zakresleny nerovnými čarami. U horních končetin naznačila pouze dva prsty. Na hlavě zakreslila vlasy, oči, nos a ústa.

Poté jsem slečnu uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

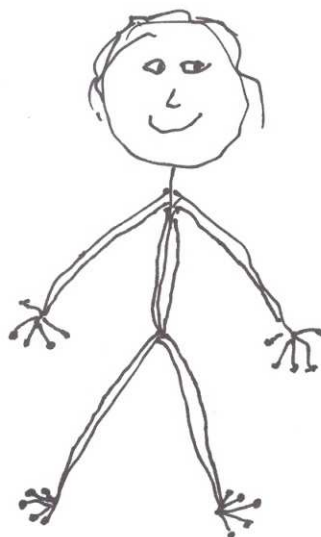
Slečna se cítila příjemně.

Rozbor obrázku:

Na tomto obrázku nakreslila hmotnějšího panáčka. Trup je oddělen od končetin. Poloha horních a dolních končetin se nezměnila. Na konci končetin zakreslila prsty a na jejich koncích tečky. Na hlavě má panáček vlasy, oči, nos a usmívající se ústa. Oči směřují doleva.

Je zajímavé, že u druhého obrázku slečna zhmotněla tělo panáčka.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízd“

Anamnéza zdravého respondenta č. 8

Muž 23 let, zdravý, nekuřák. Pracuje jako podnikatel v nejmenované firmě. Bydlí s matkou.

Alergie na pyl a prach.

Rodinná anamnéza: Otec prodělal infarkt myokardu, děda prodělal také infarkt myokardu.

Užívané léky: Žádné

Muže jsem nechala 30 minut ležet v lůžku na zádech, pouze přikryt dekou. Po 30–ti minutách muž nakreslil obrázek, jak se cítil (viz níže).

Rozbor obrázku:

Muž se nakreslil jako hmotný panáček, který nemá dokresleny horní ani dolní končetiny. Konce končetin jakoby neměl. Na obrázku zachytil i pupeční jizvu. Na hlavě nakreslil vlasy, oči, nos, uši a usmívající se ústa.

Poté jsem pána uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležel také 30 minut. Načež mi opět nakreslil a vyprávěl, jak se cítil v této poloze (viz níže).

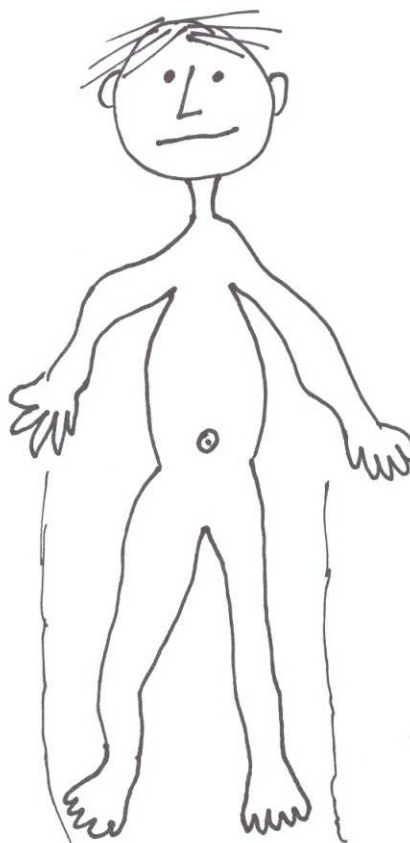
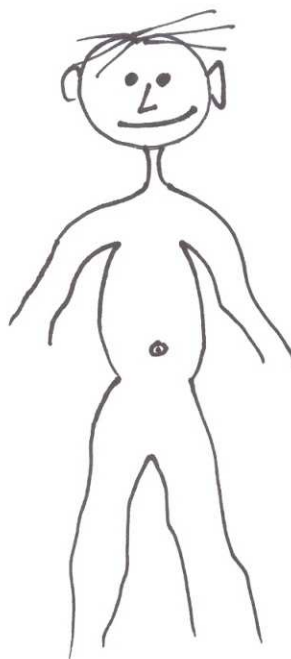
V této poloze se cítil příjemně, dobře.

Rozbor obrázku:

Muž opět nakreslil panáčka s hmotným tělem. Poloha horních i dolních končetin je stejná a na koncích končetin jsou zobrazeny prsty. Nakreslil také pupeční jizvu. Na hlavě nakreslil více vlasů, oči, nos, uši a rovná ústa. Z pravé i levé strany naznačil od pasu rovné, jednoduché čáry připomínající oporu, ochranu.

U tohoto muže je zajímavé, že u prvního obrázku nedokreslil konce horních i dolních končetin. Druhý obrázek je o trochu větší než první. Dále je zajímavé zobrazení dvou čar opory.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 9

Žena na mateřské dovolené, nekuřačka. Bydlí s manželem.

Onemocnění: Astma bronchiále (od 13 let)

Obezita

Nosní polypóza

Hypertyreóza

Rodinná anamnéza: Matka – obezita, před 13 lety provedena bandáž žaludku, otec také obézní.

Užívané léky: Meridia, p.o.; Erdomed, inhalačně

Ženu jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách žena nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Žena nakreslila sebe jako panáčka s nehmotným tělem. Tělo, horní a dolní končetiny jsou zakresleny jako rovné čáry. Na konci horních končetin jsou zobrazeny prsty. U dolních končetin jsou zakresleny kolečka (chodidla). Na hlavě nakreslila vlasy, oči, obočí, nos a rovná ústa.

Poté jsem ženu uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela 30 minut. Načež mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

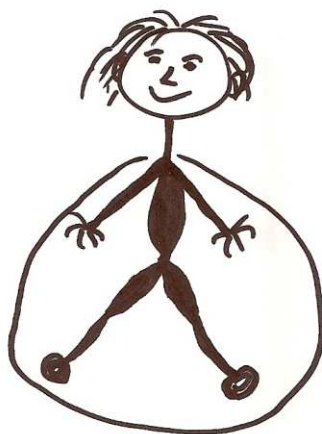
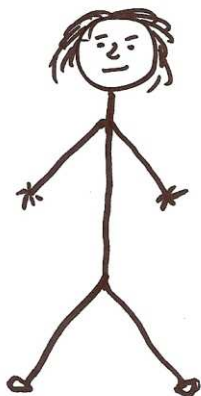
Žena se cítila výborně.

Rozbor obrázku:

Žena nakreslila panáčka s hmotným tělem (celé tmavé), hlavně trup a dolní končetiny (také od sebe odděleny). Poloha horních a dolních končetin je stejná jako u prvního obrázku. Na konci horních končetin jsou prsty a na konci dolních končetin kolečka (chodidla). Na hlavě nakreslila vlasy, oči, obočí, nos a usmívající se ústa. Kolem svého těla (od krku) zobrazila ochranný kruh (= kruh bezpečí).

Zajímavé u této ženy je, že u druhého obrázku má panáček hmotnější tělo. Nadále je zajímavý kruh kolem těla u obrázku druhého. Jde o kruh jistoty a bezpečí, necítí se osamocně.

30 minut v posteli bez polohovacích pomůcek



Po 30-ti minutách v poloze „hnízdo“

Anamnéza zdravého respondenta č. 10

Studentka vysoké školy, 26 let, zdravá, kuřačka 6 cigaret denně. Bydlí s otcem.

Alergie na roztoče.

Rodinná anamnéza: Matka zemřela na rakovinu tlustého střeva, otec diabetes mellitus II. typu a diabetická noha, babička infarkt myokardu a diabetes mellitus II. typu, děda cévní mozková příhoda.

Užívané léky: Xyzal, p.o.; Patrafen, p.o.

Studentku jsem uložila na 30 minut do lůžka na záda, pouze přikryta dekou. Po 30–ti minutách studentka nakreslila obrázek, jak se cítila (viz níže).

Rozbor obrázku:

Studentka nakreslila sebe jako panáčka s hmotným tělem. Na horních končetinách nechybí náznak prstů. U dolních končetin nejsou zakresleny chodidla. Na hlavě jsou vlasy, uši, jednoduchou čarou nos a veselá ústa. Z celého těla vycházejí šipky mířící směrem od těla.

Poté jsem studentku uložila do polohy „hnízdo“, pomocí dvou perličkových polohovacích pomůcek (bumerang klasik) na postel, a přikryla dekou. V této poloze ležela taktéž 30 minut. Poté mi opět nakreslila a vyprávěla, jak se cítila v této poloze (viz níže).

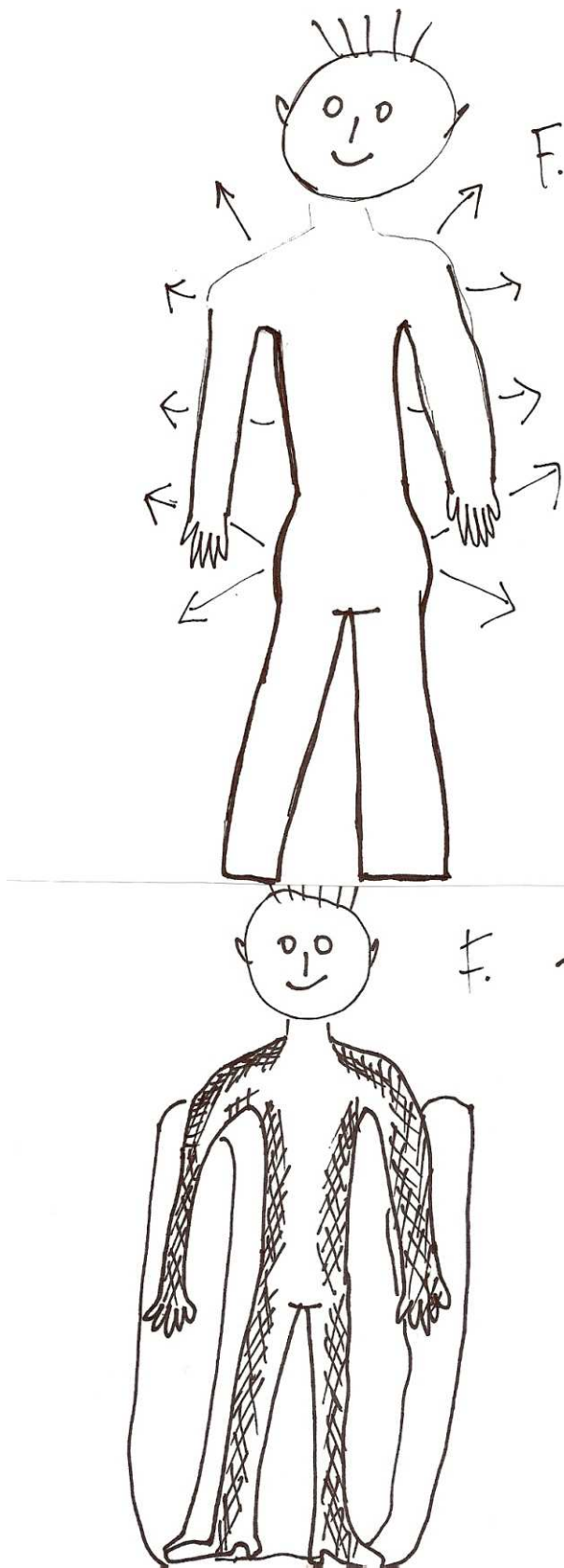
Studentka se cítila výborně, vůbec se jí z této polohy nechtělo.

Rozbor obrázku:

Studentka nakreslila panáčka s hmotným tělem. Poloha horních i dolních končetin se nezměnila. Horní končetiny ukončila prsty a dolní končetiny botami. Od krku je na vnější straně po celém těle vyčárkovaná část. Vyznačeny hrany těla. Na hlavě jsou vlasy, uši, oči, jednoduchou čarou nos a veselá ústa. Od horních k dolním končetinám jsou z obou stran vyznačeny válce. Válce symbolizují ochrannou bariéru.

U této studentky je zajímavé, že u prvního obrázku zakreslila šipky mířící od těla. A u druhého obrázku šipky nebyly vůbec. Hrany těla jsou zvýrazněné a kolem těla je ochranná bariéra.

30 minut v posteli bez polohovacích pomôcek



Po 30-ti minútách v poloze „hnízdo“

2.5 Shrnutí fenoménů

Tabulka č. 1 Výsledky obrázků po poloze „hnízdo“

	Pacient/klient	Zdravý respondent	Celkové množství probandů
Cítění hranic těla	10	10	20
Zvýrazněné hranice těla	2	7	9
Ochranný kruh (bariéra) okolo těla	6	7	13
Veselý výraz v obličeji	8	8	16
Prsty u horních končetin (i náznak)	9	9	18
Prsty u dolních končetin (i náznak)	7	3	10
Zakresleny boty (chodidla) bez prstů	5	5	10
Změna polohy končetin	4	2	6
Hmotné celé tělo nebo trup	8	8	16
Oddělení trupu od dolních končetin	7	4	11
Poloha těla na zádech	9	10	19

Tato tabulka je výsledkem obrázků po poloze „hnízdo“ u 10–ti nemocných a u 10–ti zdravých respondentů. Je zřejmé, že tato poloha působí skoro stejně u zdravých i nemocných. Výsledky jsou podobné. Pouze v některých oblastech se zdraví s nemocnými liší. A to ve zvýraznění hranic těla, cítění prstů u dolních končetin a oddělení trupu od dolních končetin. V ostatních oblastech jsou výsledky totožné nebo blízké.

Statisticky je tato tabulka pro velkou shodnost výsledků nevýznamná.

2.6 Diskuse

Záměrem empirické části bylo zjištění, jak působí poloha „hnízdo“ (somatické stimulace – polohování) z konceptu bazální stimulace na zdravého a nemocného člověka. K porovnání fenoménů sloužily obrázky (kresby postav) nakreslené před a po uvedení do polohy v leže. Pro ověření působení a hlavně porovnání této metody, proto bylo do šetření vzato 10 zdravých a 10 nemocných respondentů. Postup provedených činností byl u všech respondentů stejný. Před uvedením do polohy (bez a s pomůckami) jim bylo ve zkratce vysvětleno, co je koncept bazální stimulace, aby došlo k eliminaci negativních prožitků z neznámého. Poté byli respondenti uloženi na 30 minut do lůžka bez pomůcek. Výsledkem bylo nakreslení postavy (tedy sebe), jak se v takovém lůžku cítili. Další součástí bylo ležení v lůžku na zádech s pomůckami v poloze „hnízdo“ (které jsou typické pro bazální stimulaci – perličkové polštáře, smotané deky,...), jehož doba byla stejná jako u ležení bez pomůcek – tedy 30 minut. I zde bylo nutné nakreslit obrázek své postavy, jak se v průběhu té polohy cítil. Ve výsledném hodnocení této polohy mohlo, také dojít ke slovnímu vyjádření.

Již zajímavým zjištěním bylo, že žádný respondent neznal, co je bazální stimulace. Informace o bazální stimulaci naleznete na www.bazalni-stimulace.cz, lektorka pro tento výzkum v České republice je PhDr. Karolína Friedlová.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 zdravých ve věkovém rozmezí 20–50 let, z toho 8 žen a 2 muži (převážně studenti). A 10 nemocných ve věkovém rozmezí 50–85 let, z toho 8 mužů a 2 ženy s cévní mozkovou příhodou. Je velmi zajímavé, že nebyly velké rozdíly v obrázcích, pocitech u nemocných a u zdravých.

Hodnocení zjištěných poznatků po poloze „hnízdo“:

8 nemocných a 8 zdravých nakreslilo veselý obličej (úsměv). Dále 10 nemocných a 10 zdravých po poloze „hnízdo“ cítilo hranice těla (horní a dolní končetiny). U 2 nemocných a u 7 zdravých se hranice těla více zvýraznila silnými čarami. Cítění nebo náznak prstů u horních končetin je u respondentů shodný, 9 nemocných a 9 zdravých. Cítění nebo náznak prstů u dolních končetin je u respondentů odlišný, 7 nemocných a 3 zdraví. Zakreslené konce dolních končetin s botami (chodidla) byly u 5 nemocných a 5 zdravých. Změna polohy končetin

po poloze „hnízdo“ byla na obrázku zakreslena u 4 nemocných a u 2 zdravých. Hmotné tělo nakreslilo shodně respondentů, 8 nemocných a 8 zdravých. Oddělení trupu od dolních končetin zakreslilo 7 nemocných a 4 zdraví. Polohu panáčka na zádech nakreslilo 9 nemocných a 10 zdravých. Dále někteří respondenti po poloze „hnízdo“ nakreslili, nezávisle

na sobě, bariéru (jako ochranný kruh), 6 nemocných a 7 zdravých.

Většina se k této poloze vyjádřila kresbou i slovně, velice kladně. Poloha „hnízdo“ má kladný efekt. U jednoho nemocného tato poloha dokonce odstranila chvění z končetiny.

Z celkového hodnocení lze usoudit, že u všech respondentů došlo, po poloze „hnízdo“ ke změně obrázků. Pokud bychom hodnotily a srovnávaly obrázky nakreslené jak zdravými, tak nemocnými, ke změnám ve vnímání nedošlo, neb je u obou skupin stejné. Před polohou „hnízdo“ bylo u valné většiny všech respondentů zjištěno snížené vnímání (necitlivost) horních a dolních končetin. Pokud byl nakreslen obličej, měl většinou smutný výraz.

Zajímavým zjištěním bylo, že tato metoda velmi dobře působila nejen na somatické vnímání, ale také na psychiku všech respondentů. Při přesné citaci se v ní respondenti cítili dobře, příjemně a bezpečně. Z výzkumného šetření vyplynulo, že také nezáleží na věku, pohlaví ani, zda je člověk zdravý nebo nemocný. Tato metoda tedy může být určena všem.

Dle mého názoru je poloha „hnízdo“ dobrá pro odpočinek nebo relaxaci. Změny byly znatelné na obrázcích, v mimickém a slovním vyjádření respondentů.

Je velmi zajímavé, že pacienti/klienti s postižením jedné poloviny těla, zakreslili i tuto postiženou polovinu. Nadále někteří respondenti nakreslili okolo svého těla bariéru (ochranný kruh), bariéru bezpečí. Dle mého názoru by tato metoda měla být více aplikována v klinické praxi.

Na tento výzkum by se dalo i nadále navazovat. Například polohu „hnízdo“ z konceptu bazální stimulace použít u stejného respondenta za určitý časový úsek. Použití katamnestického sledování či longitudinálního sledování – by mohlo poukázat, jak metoda funguje v čase.

Nebo použít jinou polohu z konceptu bazální stimulace a porovnat s polohou „hnízdo“.

Srovnat tuto metodu nelze s žádnou literaturou, protože tento výzkum, této povahy nebyl doposud zaznamenán.

ZÁVĚR

Záměrem teoretické části bylo seznámit zdravotnický personál a širokou veřejnost s konceptem bazální stimulace. Jak a kde koncept vznikl, jaké má cíle, s prvky bazální stimulace či jaké jsou v konceptu druhy stimulací. Každá ze stimulací je v teoretické části popsána.

Cílem empirického výzkumu bylo zjistit, jak působí poloha „hnízdo“ z konceptu bazální stimulace na nemocného a na zdravého, na somatické vnímání a jak působí na psychiku. Dále rozbor obrázků před polohou a po poloze „hnízdo“ – somatická stimulace – polohování z konceptu bazální stimulace.

Výzkum jsem prováděla u pacientů/klientů na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové (s cévní mozkovou příhodou) a u náhodně vybraných zdravých respondentů (převážně studenti). 10 zdravých, z toho 8 žen, 2 muži ve věkovém rozmezí 20–50 let a 10 nemocných, z toho 8 mužů, 2 ženy ve věkovém rozmezí 50–85 let.

Výzkum byl hodnocen na základě rozboru nakreslených obrázků od respondentů. Na začátku výzkumu byl u každého respondenta vysvětlen, co je to koncept bazální stimulace. Poté byli respondenti uloženi na 30 minut do lůžka bez pomůcek. Výsledkem bylo nakreslení postavy (tedy sebe), jak se v takovém lůžku cítil. Další součástí bylo ležení v lůžku na zádech s pomůckami v poloze „hnízdo“ (které jsou typické pro bazální stimulaci –perličkové polštáře, smotané deky,...), jehož doba byla stejná jako u ležení bez pomůcek – tedy 30 minut. I zde bylo nutné nakreslit obrázek své postavy, jak se v průběhu cítil. Ve výsledném hodnocení této polohy mohlo, také dojít ke slovnímu vyjádření.

Pozitiva metody „hnízdo“:

- zhmotnění těla a končetin
- veselý výraz obličeje
- horní i dolní končetiny byly zakončeny prsty a u dolních končetin se někdy objevily boty (chodidla)
- oddělení trupu od dolních končetin
- zakreslení bariéry (ochranný kruh)
- odstranění chvění z končetiny

Negativa metody „hnízdo“: výrazné negativní poznatky jsem ve výzkumu nenašla.

Tímto výzkumem jsem zjistila, že poloha „hnízdo“ má vliv nejen na somatické vnímání, ale u některých i na psychiku. Na základě mého výzkumu jsem zjistila, že tato

poloha funguje stejně u zdravých i nemocných, bez rozdílu věku a pohlaví.

Pro další pokračování této práce by bylo zajímavé, vyzkoušet tímto způsobem i druhou polohu „mumie“ a jiné. Poté polohy „mumii“ a „hnízdo“ porovnat ve výsledcích. Dále pak polohu „hnízdo“ použít dvakrát u každého respondenta a porovnat změny fenoménů na obrázcích.

Díky kladným výsledkům výzkumu bych tuto metodu i koncept bazální stimulace více zveřejnila. Častější semináře pro laiky i zdravotnický personál.

ANOTACE

Autor:	Lenka Novotná
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Bazální stimulace
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Schneiderová, PhDr. Mariana Bažantová
Počet stran:	91
Počet příloh:	13
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	stimulace, iniciační dotek, cévní mozková příhoda, poloha „hnízdo“, polohování, koupel

Bakalářská práce pojednává o významu bazální stimulace. Je tvořena dvěma částmi – teoretickou a empirickou.

V teoretické části se komplexně věnuji charakteristice bazální stimulace, jejím složkám a vývoji. Práce je zaměřena na polohování, kde se zabývám především významem polohy „hnízdo“, a jejím vlivem na psychiku a somatické vnímání.

Vzorek, který byl zkoumán, obsahuje pacienty/klienty hospitalizované pro cévní mozkovou příhodu na neurologické klinice a zdravé osoby.

V této práci, výzkumná část v praxi zkoumá, jaké jsou reakce na polohu „hnízdo“. Formou obrázků s komentářem pacienti/klienti i zdravé osoby vyjádřili, jak se cítí.

The paper deals with the sense of a basal stimulation. It's composed of a theoretical part and a practical one.

In the theoretical part there is global information about basal stimulation, its components and development. The paper is directed on positioning and the main accent is on the nest position. The influence on psychical and physical perception is included too.

Explored group is composed of healthy persons and patients who are suffering from stroke and are hospitalized on the Neurological clinic.

In the practical part there is research that in praxis explores how do people react in the nest position. All of them expressed their feelings by drawing a picture with commentary.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. BIENSTEIN CH., FRÖHLICH A., *Basale Stimulation in der Pflege*. 4.Auflage Hannover: Kallmeyer bei Friedrich in Velber, 2007. ISBN 978-3-7800-4001-5
2. ČASOPIS SESTRA, 5/2000. Friedlová K. *Bazální stimulace*. Praha, Sanoma Magazines s.r.o, 2000, ISSN 1210-0404
3. ČASOPIS SESTRA, 8/2000. Friedlová K. *Bazální stimulace*. Praha, Sanoma Magazines s.r.o, 2000, ISSN 1210-0404
4. ČASOPIS SESTRA, 4/2005. Lišková M., *Polohování*. Praha, Sanoma Magazines s.r.o, 2005, ISSN 1210-0404
5. ČASOPIS SESTRA, 6/2006. Wolfová V., *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí*. Praha, Sanoma Magazines s.r.o, 2006, ISSN 1210-0404
6. ČASOPIS SESTRA, 12/2006. Mechová I., Majkusová K., *Bazální stimulace na JIP*. Praha, Sanoma Magazines s.r.o, 2006, ISSN 1210-0404
7. FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE s poliklinikou, *Kurzy bazální stimulace*. [online], [cit. 2008- 4-10]. Dostupné na <http://www.ftn.cz/index.php?id=2521>
8. FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1. vydání, Frýdek – Místek, INSTITUT Bazální stimulace s.r.o, 2005, ISBN 80-239-6132-2
9. FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace – Supervidovaná pracoviště*. [online], [cit. 2008-4-13]. Dostupné na <http://www.bazalni-stimulace.cz/supervize.php>
10. FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
11. FRIEDLOVÁ, K., *Skriptum pro nástavbový kurz v ošetrovatelské péči*. 1. vydání, Frýdek – Místek, INSTITUT Bazální stimulace s.r.o, 2003
12. FRIEDLOVÁ, K., *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 1. vydání, Frýdek – Místek, INSTITUT Bazální stimulace s.r.o, 2003
13. STRAUSS A., CORBINOVÁ J., *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání, Brno, Albert, Sdružení Podané ruky, 1999. ISBN 80-85834-60-X
14. VOKURKA M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*. 7 rozšířené vydání, Praha 4, Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7
15. ŽENATÝ J., *CSO OSTRAVA – Perličkové polohovací a rehabilitační pomůcky*. [online], [cit. 2008- 4-20]. Dostupné na <http://www.csoostrava.cz/katalog/perlickove.php?id=perlick>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Výsledky obrázků po poloze „hnízdo“, s. 85

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Podpora hybnosti a komunikace
- Příloha č. 2: Otázky pro somatickou stimulaci
- Příloha č. 3: Kurzy spojené s konceptem bazální stimulace, supervidovaná pracoviště
- Příloha č. 4: Masáž stimulující dýchání
- Příloha č. 5: Návod pro masáž stimulující dýchání
- Příloha č. 6: Neurofyziologická stimulace
- Příloha č. 7: Zklidňující koupel
- Příloha č. 8: Povzbuzující koupel
- Příloha č. 9: Perličkové polohovací pomůcky
- Příloha č. 10: Optická stimulace, auditivní stimulace
- Příloha č. 11: Olfaktorická stimulace, taktilně-haptická stimulace
- Příloha č. 12: Orální stimulace
- Příloha č. 13: Zkratky a významy pojmů

Příloha č.1

Podpora hybnosti

Pohyb je pro člověka důležitý a doprovází ho celý život. Již v intrauterinním období se vyvíjí pohybové schopnosti.

Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb (Friedlová, 2007, s. 25).

Základem veškeré hybnosti je svalový tonus zajišťovaný činností páteřní míchy. Na něm je vybudován systém postojových a vzpřimovacích reflexů (**opěrná motorika**). Při jeho řízení se účastní retikulární formace, statokinetické čidlo a mozeček. Nejdůležitější složkou somatických funkcí vyšších živočichů jsou cílené úmyslné pohyby, u člověka jsou základem práce a komunikace, cílené pohyby představují tzv. **cílenou motoriku**, neboli motorický systém úmyslného pohybu. Na řízení se podílí činnost bazálních ganglií, korového mozečku a mozkové kůry. Úmyslné pohyby jsou řízeny komplexní činností nervové soustavy (Friedlová, 2007, s. 26).

Komunikace

Komunikovat znamená „být ve spojení“. Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Pomocí komunikace získáváme nové vědomosti a znalosti a předáváme je dál, dochází k výměně informací, názorů, pocitů a pozorování. Člověk nemůže komunikovat nebo jinak řečeno „Žádná odpověď je také odpověď“ (Friedlová, 2007, s. 29).

Příloha č.2

Otázky pro somatickou anamnézu:

- Je klient pravák nebo levák?
- Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?
- Jak často se umývá a jakou formou (sprcha, vana,...)?
- Jakou používá k péči o své tělo teplotu vody?
- Jaké toaletní potřeby používá k toaletě svého těla (i k holení, popř. k líčení)?
- Potřebuje pomoc při mytí?
- Jaké má rituály při mytí?
- Jaký je stav pokožky?
- Jak pečuje o svůj chrup? Jak často si čistí zuby?
- Má zubní protézu? Spí s protézou?
- Jak často si myje vlasy?
- Jak pečuje o své nehty?
- Je zvyklý na tělesný kontakt?
- Na kterém místě na těle mu nevádí dotek cizí osoby?
- Na kterém místě na těle nesnese dotek cizí osoby?
- Jak spí (délka a kvalita spánku)?
- V jaké poloze usíná?
- Jak se přikrývá, dává si při usínání deku za ramena?
- V jakém prádle spí?
- Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?
- Je zvyklý na zatemnění při spánku?
- Má problémy s vyprazdňováním?
- Jaké pomůcky používá k vyprazdňování (inkontinentní vložky, plenkové kalhotky ..)?
- Používá nějaké specifické techniky k vyprazdňování (např.masáže břicha, projímadla...)?
- Jak reguluje svou tělesnou teplotu? Je zvyklý spíše na teplo nebo na chlad?
- Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? Jakou?
- Jaký má svalový tonus?
- Má parézu nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte.
- Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte.

- Má kontraktury? Pokud ano, lokalizujte.
- Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte.
- Má poruchy rovnováhy?
- A jiné ... (Friedlová, 2007, s. 69–71).

Přílohy č.3

Kurzy spojené s konceptem bazální stimulace

Prof. Christel Bienstein a prof. A. Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace a vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, aby byl zajištěn relevantní transfer konceptu do klinické praxe. Lektoři konceptu musí absolvovat na vybraných vzdělávacích institucích v zahraničí čtyř semestrální studium konceptu a složit závěrečné zkoušky. Lektoři jsou sdruženi v Mezinárodní asociaci bazální stimulace a jsou nositeli licence pro výuku tohoto konceptu. Jsou povinni se v dané problematice dále vzdělávat. Aplikovat prakticky koncept do péče lze na základě absolvování certifikovaného kurzu bazální stimulace pod vedením lektora, který zodpovídá za správné nacvičení technik konceptu (Friedlová, 2007, s. 14).

Kurzy bazální stimulace

Určeno: pro zdravotní sestry ze všech oborů medicíny, lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, vyučující odborných předmětů na SZŠ, VZŠ, univerzitách, pracující s postiženými dětmi, mládeží a dospělými, ošetřující v geriatrické, hospicové a domácí péči, pracovníky oborů, které úzce spolupracují s medicínou (např. logopedie), speciální pedagogy.

Náplň: koncept bazální stimulace, ovládnutí somatické, vestibulární a vibrační stimulace, změna postojů k dosavadnímu způsobu práce a pohledu na pacienta/klienta a jeho rodinu, schopnost reagovat a adekvátním způsobem saturovat potřeby lidí u nichž je změněna možnost komunikace se svým okolím a podpora jejich vlastních aktivit.

Kurz je začleněn na 2 části:

- 1) to je základní kurz na 3 dny
- 2) to je nastavbový kurz na 2 dny

Garantkou těchto kurzů je: PhDr. Karolína Riedlová

Účastníci obdrží mezinárodní certifikát bazální stimulace. (Fakulní Thomayerova nemocnice www.ftn.cz, 2008)

Supervidovaná pracoviště

- Dětský domov Ostrava
- Dětský stacionář Světluška, České Budějovice
- Domov důchodců Bořanovice
- Domov důchodců Bystřany
- Domov důchodců Liberec
- Domov důchodců Mělník

- Domov důchodců Náchod
- Domov pokojného stáří Kamenná, Brno-Město
- Domov pro seniory Český Těšín
- Domov sv. Josefa, Žireč
- EDUCO Zlín
- Fakultní nemocnice Motol, Praha
- Hamzová odborná léčebna, Lázně Hamzová-Košumberk
- Městská nemocnice Ostrava
- Sociální služby Jičín
- Středisko DAR, Praha (Friedlová, www.bazalni-stimulace.cz,2008)

Masáž stimulující dýchání (MSD)

Masáž stimulující dýchání poskytneme tedy především těm, kteří trádají povrchním dýcháním nepravidelným a zrychleným (Friedlová, 2003, s. 21).

Vědeckými studii bylo dokázáno, že dýchání stimulující masáž redukuje stavy neklidu a zmatení (Friedlová, 2003, s. 21).

Intenzivní tělesný kontakt, klidné a stejné doteky umožňují navodit pacientovi/klientovi pocit jistoty. Naladění na stejný rytmus dýchání mezi ošetřujícím a pacientem/klientem nabízí pochopení beze slov a vytvoření vztahu. Neklidní pacienti/klienti se cítí akceptováni a masáž jim svými jedinečnými doteky umožňuje se zklidnit. Také následné prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje pacientům/klientům se tělesně i duševně uvolnit.

Cílem ošetřujícího provádějící masáž je pomoci pacientovi/klientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání.

Indikace:

- bolest
- stavy depresivní
- poruchy spánku
- ztráta schopnosti uvědomování si vlastního těla (Morbus, Alzheimer, dementní pacienti/klienti) (Friedlová, 2003, s. 22).
- před těžkými operacemi a diagnostickými zákroky
- po sdělení pacientovi/klientovi maligní diagnóza
- pacienti/klienti s umělou plicní ventilací a v odvykací fázi po umělé plicní ventilaci
- povrchní dýchání, hyperventilace, bradypnoe
- u umírajících

Pomůcky: dětský olej nebo pleťové mléko

Technika masáže:

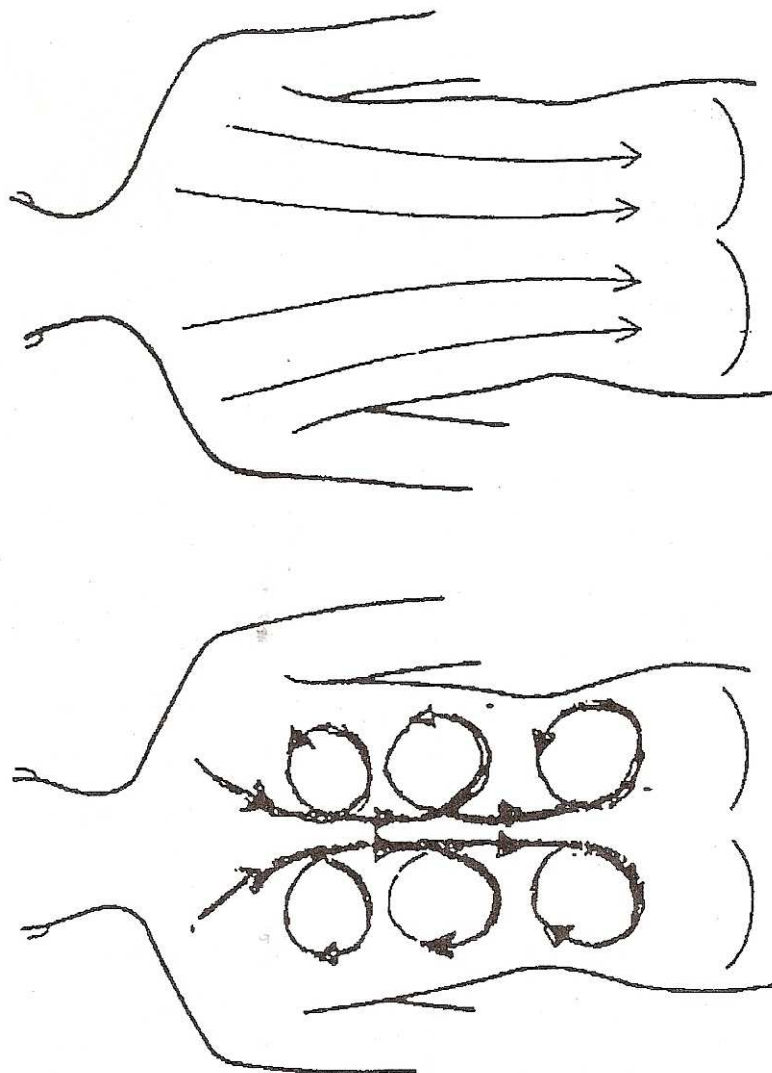
Primárně volíme pro masáž stimulující dýchání záda. Výjimku tvoří jen klienti, kterým nelze z různých důvodů aplikovat MSD na dorzální část trupu, ale jen na ventrální (Friedlová, 2003, s. 22).

Pacienta/klienta, pokud je to možné, je uveden do polohy vsedě, uvolní se mu záda (nechá se ho, aby zaujal pro něj co nejpohodlnější pozici), nejlépe na židli, křesle nebo v lůžku, aby se opíral o horní končetiny. U ležících pacientů/klientů je volena poloha 135°, v leže

na boku či na břicho, lze aplikovat i ve stoje. V technice MSD mají nejvýznamnější postavení ruce ošetřujícího. Nejvhodnější provedení masáže je bez rukavic, šperků, hodinek a se zahřátýma rukama. Na ruce je naneseo a nejprve zahřáno na tělesnou teplotu tělové mléko. Poté jsou přiloženy ruce na zátylí pacienta/klienta. Pak pomalu a s tlakem se spouští ruce podél páteře dolů až k sakrální oblasti. Nikdy během masáže neopustí obě ruce ošetřujícího pacientovo/klientovo tělo. Způsobů provedení je více, různé techniky zvaží sám ošetřující dle stavu pacienta/klienta a také, což je velice důležité, musí zvolená technika vyhovovat především ošetřujícímu.

Teprve tak může být masáž neúčinnější, nejefektivnější a pro oba zážitkem (Friedlová, 2003, s. 22).

Během masáže se musí redukovat všechny rušivé elementy jako průvan, rušivé podněty zvenčí a komunikaci s třetí osobou.



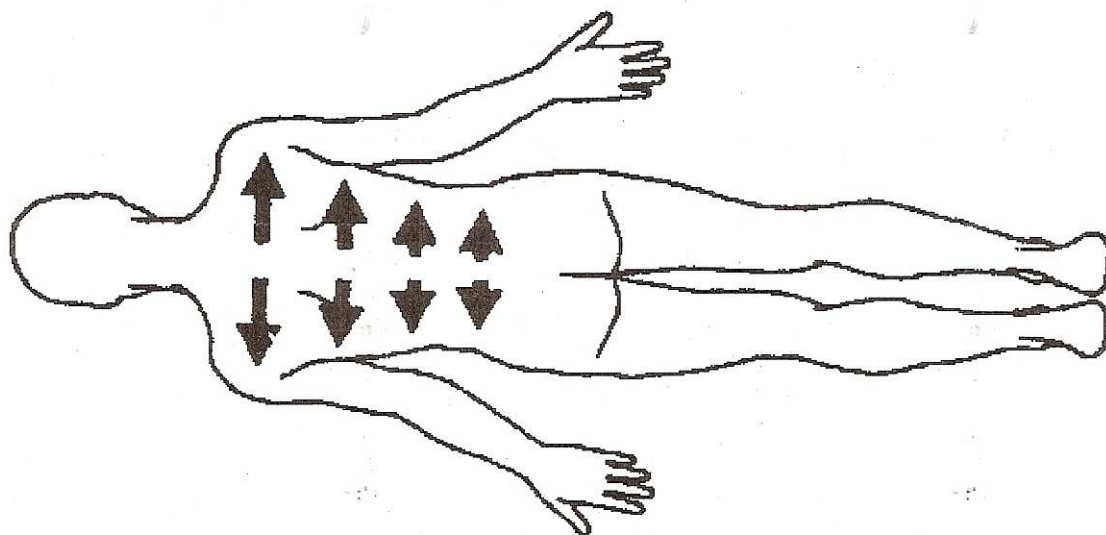
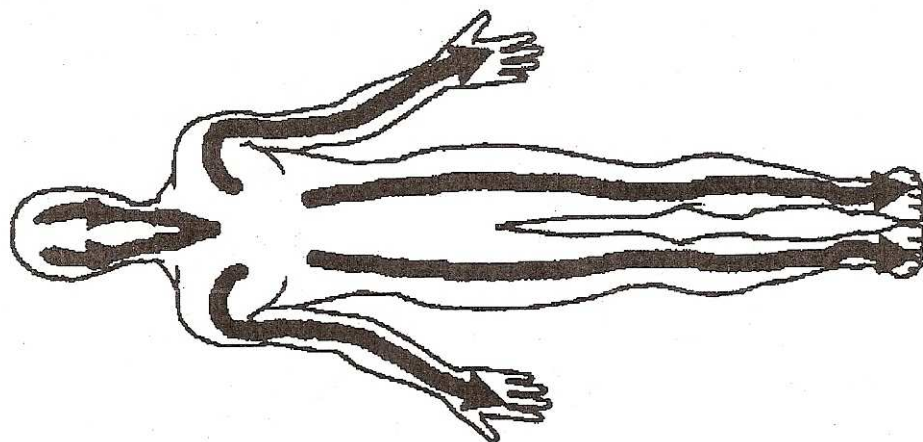
Návod pro masáž stimulující dýchání

(Friedlová, 2003)



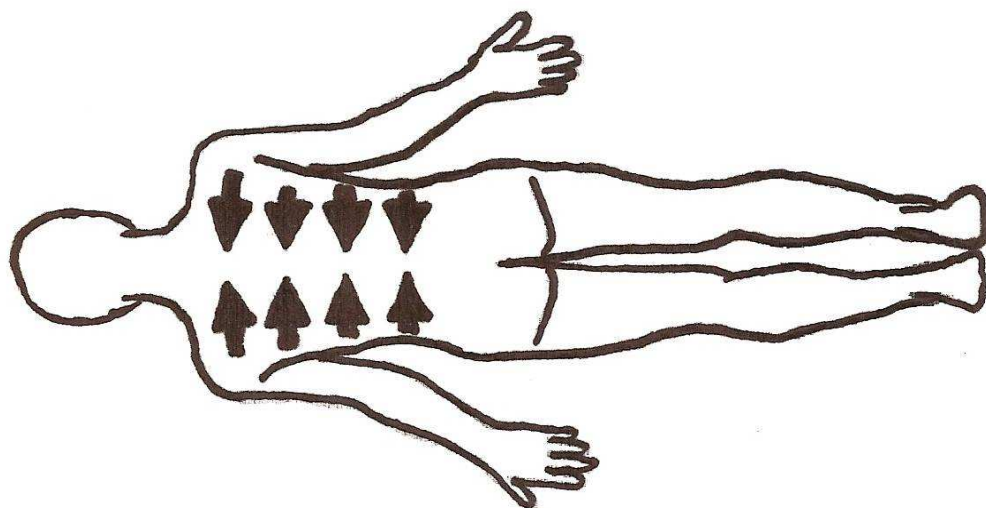
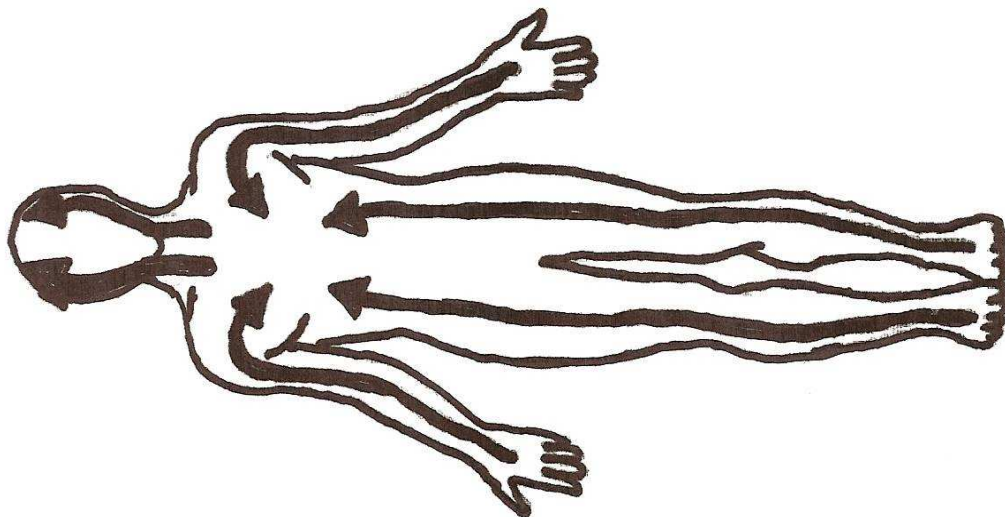
Neurofyziologická stimulace

(Friedlová, 2003)



Zklidňující koupel

(Friedlová, 2003)



Povzbuzující koupel

(Friedlová, 2003)

Příloha č. 9

Perličkové polohovací pomůcky



Bumerang klasik



Váleček na ruku



Otevřený kruh na krk a klínové opěrky



Sedací kruh



Chránič kotníku a paty

(Foto: Archiv autorky a www.csoostrava.cz, 2008)

Optická stimulace



Auditivní stimulace



Foto: Archiv autorky

Příloha č. 11

Olfaktorická stimulace



Taktilně-haptická stimulace



Foto: Archiv autorky



Foto: Archiv autorky

Zkratky a významy slov

FN HK – Fakultní nemocni Hradec Králové

DM – Diabetes mellitus – cukrovka

p.o. – per os – ústy

s.c. – subkutánní – pod kůži

i.v. – intravenózní – do žíly

ung. – unguentum – mast

gtt. – guttae – kapky

ACI – arteria cerebri interna – vnitřní mozková tepna

ACM – arteria cerebri media – střední mozková tepna

Cévní mozková příhoda – postižení určitého okrsku mozkové tkáně na podkladu poruchy cév

Hemiparéza – částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Plegie – úplná neschopnost aktivního volního pohybu, ochrnutí

Paréza – obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Dexter - pravý

Cerebrální infarkt – odumření tkáně, které vzniká na základě uzávěru přívodné tepny zásobující danou část orgánu (mozek)

Expresivní fatická porucha – porucha vyjadřování, porucha řeči

Okluze – uzavření

Vertebra – obratel

Medulla oblongata – prodloužená mícha

Wallenbergův syndrom – komplex symptomů při infarktu

Dyslipidémie – porucha normálního složení krevních tuků

Arteriální hypertenze – onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu

Hemoragie – krvácení

Laterokapsulární – postranní pouzdro

Frontoparietální – čelotemenní

Dekompenzace – selhání kompenzačních mechanismů, udržující určitou chorobu v přijatelných mezích

Hyperlipidémie – zvýšené množství lipoproteinů v krvi
Bilaterální – oboustranný
Tinnitus – ušní šelest
Infarkt myokardu – odumření části srdeční svaloviny přerušením krevního zásobení
Ischémie – místní nedokrevnost tkáně a orgánu, která vede k jejich poškození až odumření
Lakunární – charakterizovaný přítomností dutinek
Delirium tremens – alkoholické delirium provázené výrazným třesem
Delirium – kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem
Ethylismus – alkoholismus
Encefalopatie – onemocnění mozku
Nikotinismus – chronická závislost na nikotinu
Polyneuropatie – nezářlivé onemocnění více nervů
Hypothyreóza – onemocnění způsobené nízkými hladinami hormonů štítné žlázy
Insuficience – nedostatečnost, selhávání
Splenektomie – chirurgické odstranění sleziny
Pankreas – slinivka břišní
Suspektní – podezřelý
Katarakta – šedý zákal
Glaukom – zelený zákal
Benigní – nezhoubný
Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánu
Cholecystektomie – chirurgické odstranění žlučníku
Edém – otok
Subakutní – označující průběh nemoci, který je méně prudký než akutní
Akutní – prudký
Fibrilace – velmi rychlé a nepravidelné stahy svalů srdce
Intracerebrální – nitrolební
Obezita – otylost
Chronický – vleklý, trvalý
Bronchitida – zánět průdušek
Hematurie – přítomnost krve v moči
Hypertenze – vysoký tlak
Ulcerózní kolitida – zánět tlustého střeva provázený tvorbou vředů
Astma bronchiální – onemocnění charakterizované záchvatovitou dušností vznikající

na podkladě náhlého zúžení průdušek

Polypóza – onemocnění s hromadným výskytem polypů

Polyp – zřetelné vyklenutí sliznice

Hypertyreóza – onemocnění způsobené vysokými hladinami hormonů štítné žlázy

Fraktura – zlomenina

(Vokurka, Hugo, 2004)