

Táto prezentácia/prednáška je študijný materiál chránený autorskými právami, ktorý je určený výhradne pre študentov Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského na študijné účely. Neoprávnené nakladanie s obrazovo-zvukovým, obrazovým, zvukovým alebo iným záznamom tejto prezentácie/prednášky, alebo jej časti, vrátane neoprávnených úprav, a ich ďalšie nedovolené šírenie, či poskytovanie neoprávneným osobám akýmkoľvek spôsobom sa bude považovať za porušenie vnútorného predpisu č. 16/2017 Etický kódex Univerzity Komenského v Bratislave v znení neskorších dodatkov („Etický kódex UK“) a bude mať za následok vyvodenie právnej zodpovednosti. Podľa povahy a intenzity protiprávneho konania študenta a ďalších okolností, môžu byť prípady porušenia Etického kódexu UK spojené s vyvodzovaním právnych dôsledkov voči študentovi v akademickej, trestnoprávnej, občianskoprávnej alebo disciplinárnej rovine.

## BAZÁLNA STIMULÁCIA

Ivana Bóriková, Martina Lepiešová



**Bazálna stimulácia (BS):** pedagogicko-ošetrovateľský terapeutický koncept slúžiaci k podpore, ošetrovaniu a sprevádzaniu ťažko postihnutých pacientov, ktorý vytvoril v roku 1975 prof. Andreas Fröhlich (Nemecko, špeciálny pedagóg) pri starostlivosti o ťažko telesne a duševne postihnuté deti ako formu pedagogickej starostlivosti.

Cieľom BS je podpora a umožnenie vnímania tak, aby došlo:

- k stimulácii vlastného tela
- k podpore rozvoja vlastnej identity
- k umožneniu vnímania okolitého sveta
- k umožneniu nadviazať komunikácie so svojím okolím
- k zvládnutiu orientácie v priestore a čase
- k zlepšeniu funkcií organizmu.

BS čerpá z poznatkov vývojovej antropológie, neonatológie a prenatalnej psychológie o prenatalnom vývoji embrya a plodu, predovšetkým o vývoji zmyslových orgánov a schopnosti pociťovať a vnímať, ale aj o schopnosti lokomócie a komunikácie. Vychádza z myšlienky, že „život je možný len vo vzťahu“ a umožňuje pacientovi, nech sa nachádza v akomkoľvek stave, opäť si uvedomiť seba samého, svoje telo, okolie, nadviazať vzťah na určitej komunikačnej úrovni a lepšie si uvedomovať svoje potreby (základné životné potreby: dýchanie, výživa, vylučovanie, telesná aktivita, spánok a odpočinok, udržiavanie telesnej teploty, hygiena, istota / bezpečie, orientácia v prostredí, dôvera, komunikácia).

Pre sestry / personál nie sú ľahké situácie, keď pacient nevykazuje žiadne akcie a reakcie, pričom aj stav „nereagovania“ či „nečinnosti“ môže znamenať formu správania; niektorý komunikuje len gestami / symbolmi, napr. pohne hlavou, rukou, plače, mrká, usmieva sa ... preto je pochopenie potrieb pacienta a porozumenie jeho štýlu **komunikácie** aj základnou podmienkou porozumenia BS (<https://www.infora.sk/clanky/c13-bazalna-stimulacia-1-cast-komunikacia-a-vytvorenie-prostredia-okolo-lozka>).

**Do ošetrovateľskej starostlivosti** implementovala BS sestra prof. Christel Bienstein, vedúca Katedry ošetrovateľstva na univerzite vo Witten/Herdecke (Nemecko).

BS môže byť použitá u všetkých pacientov, zvlášť s poruchami vedomia, s riadenou pľúcnou ventiláciou, hemiplégiou, dezorientáciou, demenciou, apalickým syndrómom, po NCMP, v neonatológii.

V nemecky hovoriacich krajinách (Nemecko, Rakúsko, Švajčiarsko) je BS integrovaná do učebných osnov ošetrovateľstva na zdravotníckych školách a v klinickej praxi sa s konceptom pracuje – väčšina veľkých zdravotníckych zariadení a vzdelávacích inštitúcií má vlastných lektorov BS a absolventi opúšťajú školu už s certifikátom, ktorý ich oprávňuje aplikovať BS do ošetrovateľskej starostlivosti v klinickej praxi.

Pri BS nejde o „klasickú starostlivosť o pacienta“, ale o vysoko kvalifikovaný pokus prispôbiť túto starostlivosť životnej situácii pacienta a poskytnúť mu vhodné stimuly zohľadňujúce jeho **autobiografickú anamnézu (AA)** a teda individualitu pacienta. BS nepoužíva žiadne nadštandardné pomôcky či prístroje, nevyžaduje teda žiadne finančné zaťaženie pre zdravotnícke zariadenie, ale len vyškolený personál a pochopenie a spoluprácu všetkých členov ošetrovateľského tímu a rodiny.

Najnáročnejšou úlohou ošetrovateľskej starostlivosti je **pochopiť potreby pacienta, poznať a porozumieť jeho štýlu komunikácie a na základe toho mu poskytnúť priestor pre orientáciu, istotu a ďalší rozvoj jeho osobnosti**. To znamená, že porozumenie a zaznamenanie gest a výrazov pacienta sú najdôležitejšími predpokladmi komunikácie a interakcie v BS.

Všetky **stimulačné intervencie** v BS sa odvíjajú od dokonalého **poznania AA**, ktorá je súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie a jej obsah poznajú všetci členovia ošetrovateľského tímu. Pre jej zostavenie si sestra vyčlení dostatok času, aby v spolupráci s príbuznými pacienta získala čo najviac informácií o pacientovi. AA obsahuje údaje týkajúce sa sociálnej situácie a zamestnania pacienta, kto ho môže a nemôže navštevovať. Sestra zisťuje, aký je pacient typ človeka, jeho temperament, funkčnosť zmyslových orgánov (napr. či nosil okuliare), jeho denný rytmus, či je ľavák alebo pravák, aké má rád dotyky, v akej polohe spáva, akým spôsobom vykonáva hygienickú starostlivosť, ako si čistí zuby, aký spôsob holenia uprednostňuje, spôsob stravovania, aké zvuky rád počúva, aké textilné materiály uprednostňuje, aké vône obľubuje, čo ho teší a nakoniec zážitok, ktorý bol v poslednom čase v jeho živote dôležitý.

AA vyzdvihuje **základné potreby** odpočinku, orientácie v prostredí, bezpečia, dôvery a podporuje tieto potreby profesionálnou ošetrovateľskou starostlivosťou. Personál sa musí zoznámiť so zvykmi pacienta, jeho dennými biorytmami a samozrejme s celkovou anamnézou. Stimuláciou jednotlivých ľudských zmyslov dochádza k znovu podnecovaniu príslušných nervových komplexov, dochádza k vyvolávaniu spomienok, ktoré poskytujú nervovému systému nové impulzy, pomáhajú stimulovať rehabilitáciu a vlastnú organizáciu mozgu. Zohľadňuje individuálne možnosti pacienta a snaží sa ich za čo najpriaznivejších okolností stabilizovať alebo ďalej rozvíjať. Koncept pracuje s možnosťami pacienta, nezameriava sa len na jeho nedostatky a postihnutie.

## **Základy BS**

### **1. Štruktúra**

Bazálne stimulujúca ošetrovateľská starostlivosť je **štruktúrovaná v čase**, to znamená, že určité ošetrovateľské činnosti sa **opakujú pravidelne denne v rovnakom čase, sú vykonávané presným rovnakým spôsobom a majú určité prvky, ktoré sa počas dňa rytmicky opakujú v pevne stanovenom čase**. Aj ošetrovateľské postupy majú svoju určitú štruktúru, sú dôkladne premyslené a cielene orientované. Vďaka týmto štruktúram sú postupy realizované tak, že si na ne pacient môže zvyknúť a nájsť v nich istotu a orientáciu.

U pacienta sa nerozvíja schopnosť orientácie tak, že poznáva nové činnosti a osoby, ale tak, že sa koncentruje predovšetkým na **opakované pravidelné štruktúry situácií a interakcií**. Daná štruktúra musí byť u pacienta udržiavaná po dobu niekoľkých týždňov, aby sa príslušné nervové komplexy mohli znovu podnecovať a nanovo sa organizovať. V praxi to znamená, že pacient bude umývaný presne o ôsmej ráno, v určitom slede činností; aby mal možnosť cítiť svoje telo, je nutné opakované cvičenie. Starostlivosť musí byť štruktúrovaná tak, že sa pri toalete bude vždy postupovať rovnakým smerom (napr. od hlavy k periférii, od hemiplegicky postihnutej strany k nepostihnutej). Myslia sa tým aj **ritualizované dotyky** a **iniciálne dotyky** ošetrovujúcich alebo sa opakujúce postupy ošetrovateľských intervencií. Celá starostlivosť musí byť vopred premyslená, napr. pred celkovým kúpeľom si treba pripraviť pomôcky kompletne, aby nebol výkon prerušený.

## 2. Skúsenosť pacienta so svojím telom a okolím

Pacient s poruchou vnímania vníma svoje telo skreslene alebo nejasne. BS sa im pokúša dávať zreteľnejšie vnemy – priame zážitky z vnímania vlastného tela, ale aj na zážitky z okolia, týkajúce sa napr. oblečenia, matracu, izby, ale aj osôb, najmä ošetrovajúceho personálu. Pacient môže z okolia vnímať napr. vôňu mydla, zubnej pasty, pomaranča, tlak oblečenia. Informácia o tom, že budeme s pacientom manipulovať na lôžku, môže byť posilnená iniciálnym dotykom. Ošetrovateľská starostlivosť musí byť štruktúrovaná tak, aby bola zážitkom pre pacienta, preto mu musíme umožniť pochopiť, o čo ide a čo chceme dosiahnuť.

## 3. Zmyslupnosť

Zmysluplná starostlivosť je založená na skúsenostiach pacienta, ktoré získava opakovaným vnímaním svojho tela a okolia. Pacient lepšie vníma a spracováva nové zážitky, ak majú činnosti ošetrovajúceho personálu jasný a stále sa opakujúci priebeh. Ak pribudnú do ošetrovateľskej starostlivosti nové výkony, nemusia pre pacienta znamenať záťaž a stres, ale môžu vďaka BS prebudiť pacientovu pozornosť a „podráždiť“ záujem o túto činnosť. Používajú sa ustálené postupy, čím sa pacientovi umožní porozumieť tejto činnosti, pozoruje sa, či pacient zvláda tempo činnosti a potom sa vykonáva ďalej so slovným sprevádzaním. Používajú sa čo najjednoduchšie slová, aby nebol pacient zbytočne preťažovaný informáciami. Pacient musí mať možnosť porozumieť zmyslu našej reči a zmyslu ošetrovateľských intervencií.

## 4. Individuálna normalita

Štruktúrované a zmysluplné skúsenosti pacienta so svojím telom a okolím mu dávajú možnosť pochopiť naše ošetrovateľské intervencie, ale aj dianie v okolí. Aby bol pacient cielene vedený, musíme poznať jeho individualitu, čiže vedieť, čo je pre neho normálne. Toto poznanie vychádza z **ošetrovateľskej anamnézy**, z informácií od najbližších osôb alebo priamo od pacienta, ak je to možné. Využívanie vedomostí o pacientovej individualite je neoddeliteľnou súčasťou BS. Pacient môže opäť nájsť stratené pocity, môžu sa mu vrátiť spomienky na prežité zážitky a ošetrovateľské intervencie sa tak stávajú pre neho zmysluplnými.

## 5. Utváranie vzťahu

Vďaka individuálnej, štruktúrovanej a zmyslupnej starostlivosti môžeme dať pacientovi najavo, že s ním „počítame“ a že nie je len objektom našej starostlivosti, ale je v nej aj dôležitým subjektom. Bazálne stimulujúca ošetrovateľská starostlivosť akceptuje reakcie pacienta a odpovedá na ne. Nepreťažuje schopnosť pacientovej pozornosti – kvalita a kvantita

informácií poskytnutých pacientovi musí byť prispôsobená jeho schopnosti vnímania. Nesmie dôjsť k tomu, že sa vykoná iniciálny dotyk a okamžite sa začne s ošetrovateľským výkonom. Najprv sa má počkať na **zážitok z iniciálneho dotyku** a až potom realizovať príslušný ošetrovateľský výkon. Tempo ošetrovateľských intervencií sa snažíme prispôbiť pacientovým požiadavkám; vznikne tak obojstranná súhra, kde na jednej strane je ponuka ošetrovateľských intervencií a na strane druhej schopnosti vnímania pacienta.

## 6. Vedenie a sprevádzanie

Ošetrojúci personál systematicky a stále podnecuje pacienta k cíteniu a k spoločným úkonom a očakáva od neho určité reakcie. BS má na zreteli **autonómiu pacienta**, rešpektuje jeho vlastné rozhodnutia a ponúka mu sprevádzanie. Jasne sleduje ciele pacienta a necháva mu čas, aby si ich našiel. Bazálne stimulujúca ošetrovateľská starostlivosť je štruktúrovaná, umožňuje vznik zážitkov, je pre pacienta normálna, zmysluplná a interaktívna. Dáva mu možnosť prežívať čas a priestor, spracovať skutočnosť. Podporuje jeho osobnosť, pomáha mu rozvíjať jeho zvyšné schopnosti a rozvíjať jeho individuálne reakcie.

Uvedené oblasti BS môžu mať v jednotlivých ošetrovateľských výkonoch rozdielnu „váhu“, môžu byť u jednotlivých pacientov rozličné a tiež sa môžu meniť v jednotlivých fázach choroby, napr. u dezorientovaného pacienta môže byť hlavným problémom nadviazanie vzťahu, u ležiaceho pacienta poznanie vlastného tela a okolia.

### Prvky BS

**Základné:** stimulácia somatická (telesná), vestibulárna a vibračná.

**Nadstavbové:** stimulácia vizuálna / optická, auditívna / sluchová, orálna, olfaktorická / čuchová, taktilno-haptická.

Všetky tieto stimulačné intervencie sa odvíjajú od dokonalého poznania pacientovej biografie, čiže táto cielená stimulácia je možná len na základe získanej **kvalitnej autobiografickej anamnézy pacienta a integrácie príbuzných do starostlivosti**.

Každý človek, akokoľvek postihnutý, je schopný v každej situácii aspoň niečo niektorými zo svojich zmyslov vnímať (napr. aj odborník v oblasti kómy A. Ziegler zdôrazňuje, že „zotrvanie v apalickom syndróme nie je defektný stav, ale aj výsledok nedostatočnej komunikácie a stimulácie“).

**BS plánuje a realizuje ošetrovateľskú starostlivosť u pacientov s plným rešpektovaním fyziologického režimu dňa a noci.**

### Somatická stimulácia

Pôsobí sa pri nej na kožu (receptory chladu, tepla, tlaku, dotyku, bolesti), pacient tým získava informácie z povrchu svojho tela a vnútorného prostredia organizmu. Základným prvkom somatickej stimulácie je **dotyk**. Boli vyvinuté špeciálne techniky, ako pacientovi umožniť znovu **cítiť svoje telo**. Ide o rôzne techniky polohovania v posteli, v kresle s použitím rôznych materiálov, ktoré pacientovi pomáhajú zreteľne si uvedomiť svoje telesné hranice.

Preto je veľmi dôležité, aby telo pacienta dostávalo **jasné a cielené dotyky**. Nejasné a chaotické dotyky vyvolávajú pocity neistoty, strachu a zmätku. Ošetrojúci si musí uvedomiť, že jeho ruky sú pre pacienta – spolu s podložkou, na ktorej leží – médium, s ktorým má pacient najčastejší kontakt.

Dlho nebol význam dotykov v ošetrovateľskej praxi tematizovaný. Keď sa zamyslíme nad tým, ako často sa počas dňa naše ruky dotýkajú pacienta zistíme, že veľmi často a sú rôznej kvality. Zvlášť za pozornosť stoja ruky dvoch a viac ošetrojúcich, ktorí vykonávajú toaletu u jedného pacienta. K pacientovi sa dostávajú rôzne informácie z okolia práve cez dotyky ošetrojúcich a ak trpí poruchou vnímania, nemôže tieto informácie adekvátne spracovať, čo mu potom spôsobuje pocit neistoty. Ľahké, povrchné dotyky neinformujú, ale iritujú. Dotyky teda musia byť, pokiaľ je to možné, zreteľné a primerané situácii. Predovšetkým je dôležité, či sú naše dotyky vnímané pacientom ako príjemné alebo nepríjemné. Tiež musíme myslieť na to, že určité miesta na tele sú zvlášť citlivé na dotyk druhého (u väčšiny ľudí oblasť tváre a genitálií). Vyvolanie nepriaznivých pocitov u pacienta má za následok zvýšenie svalového tonusu až zmenu frekvencie a rytmu vitálnych funkcií.

Dôležitým prvkom je **iniciálny dotyk**. Slúži k tomu, aby pacient **rozpoznal formu nadviazania kontaktu**. Človek vníma svoje okolie cez sluch a skúsenosť, že sa ho niekto náhle dotkne, vedie k tomu, že na dotyk nie je pripravený. Okrem toho pacient nikdy nevie, či sa vyslovená veta týka jeho alebo jeho „suseda“. Tieto situácie znamenajú pre pacienta stres, preto sa nikdy nemôže uvoľniť. **Iniciálny dotyk je ritualizovaný pozdrav** (prihlasovací) **a rozlúčenie sa** (odhlasovací), cielený dotyk na pacientovom tele, ktorým mu dávame informáciu „teraz som prišiel / prišla“, „som tu pre vás“ a „teraz sa rozlúčime“. Tým **pacient nadobudne pocit, že je rešpektovaný a nadobudne istotu a dôveru**. Veľmi dôležitá je kvalita iniciálneho dotyku – ruka musí byť na **vybrané dohodnuté miesto** (napr. pravý ramenný kĺb, pravé predlaktie) na tele pacienta položená pomaly a zreteľne. Potom sa čaká na reakciu pacienta a až po reakcii je pacient oslovený a informovaný o ďalších výkonoch.

**Jozef Kováč, 1990**

iniciálny dotyk:

PRAVÝ RAMENNÝ KLÍB

oslovenie:

JOZEF (vykať)



*Prosíme dotknúť sa pred a po akejkoľvek činnosti a manipulácii s pacientom.*

*Dotyk realizujú všetci členovia tímu (sestry, lekári, sanitári, študenti, príbuzní, návštevy...).*

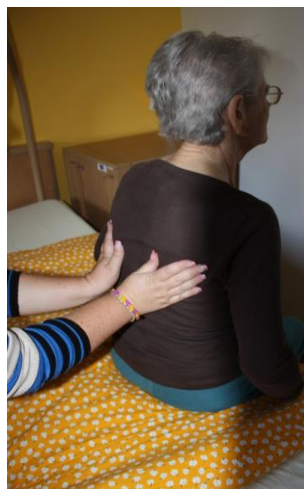
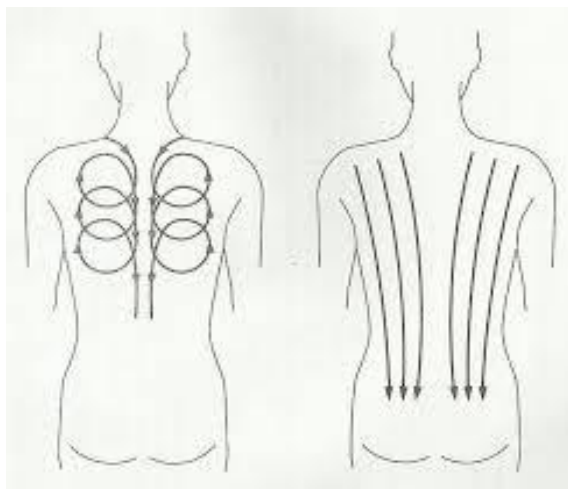
*Ukážka prezentovania informácie o iniciálnom dotyku pri lôžku pacienta*

Dôležité je kontakt neprerušovať, inak vyvoláme u pacienta pocity neistoty a strachu. Somatickú stimuláciu poskytujeme pacientovi často pri rannej / večernej toalete. Ošetrojúci, ktorý umýva pacienta podľa BS, vyhodnotí pacientov stav v danej chvíli a následne zvolí najvhodnejšiu techniku kúpeľa (ukľudňujúca <https://www.infora.sk/clanky/c15-bazalna-stimulacia-2-cast-ukludnujuca-somaticka-stimulacia> alebo povzbudzujúca <https://www.infora.sk/clanky/c16-bazalna-stimulacia-3-cast-povzbudzujuca-somaticka-stimulacia>). Najdôležitejšie je vždy to, aby telo pacienta dostávalo informácie zreteľné,

jednoduché a jasné, teda aby dotyky boli jasné s primeraným dostatočným tlakom. Cieľom je pomôcť pacientovi pocítiť svoje telo, uvedomiť si samého seba, kde sú **hranice jeho tela a kde začína okolitý svet**. Čím menšiu má človek schopnosť cítiť a vnímať, tým väčšia je u neho potreba nejakým spôsobom pocítiť svoje telo.

Podľa BS aj **polohovanie** (<https://www.infora.sk/clanky/c19-bazalna-stimulacia-4-cast-polohovanie>), čiže aj najmenšia zmena polohy, poskytuje pacientovi stimuláciu. Pri pokojnom ležaní sa mení vnímanie tela už po 10 minútach, strácame pocit vlastných telesných hraníc a postupne prestávame vnímať svoje telo, najmä na vzduchových a mäkkých matracoch. Možností polohovania je mnoho, záleží od fantázie personálu a od želaní pacienta. Meníme pozície rúk, nôh, celého tela pomocou zrolovaných uterákov a vankúšikov alebo pomocou špeciálnych polohovacích pomôcok (napr. <https://www.sensa-shop.sk/senzoricke-pomocky/bazalna-stimulacia/> alebo <https://www.theracare.sk/bazalna-stimulacia/2>). Dôležité je **umožniť pacientovi pocítiť hranice svojho tela**, ale iba tam, kde je to pacientovi príjemné. Za týmto účelom sa často používa poloha **múmie** alebo poloha **hniezda**: <http://www.csstaurie.sk/files/6330-CSS-TAU-Turie-Bazalna-stumulacia.pdf>.

Ďalšou často používanou technikou je **masáž stimulujúca dýchanie (MSD)**. Jej cieľom je dosiahnutie pravidelného, kľudného a hlbokého dýchania. V klinickej praxi sa dokázalo, že MSD redukuje stavy nepokoja a zmätenosti. Intenzívny telesný kontakt, kľudné a rovnaké pohyby sprostredkovávajú pacientovi pocit istoty. Počas MSD dochádza k zladeniu frekvencie a rytmu dýchania ošetrojúceho a pacienta, dochádza tak k významnej nonverbálnej komunikácii a pacient sa cíti akceptovaný. Jeho prehĺbené dýchanie uvoľňuje psychosomatické napätie. MSD je veľmi účinná u pacienta s bolesťou, depresiou, s poruchou spánku, demenciou.



*Postup a ukážka masáže stimulujúcej dýchanie (MSD).*

### **Vestibulárna stimulácia**

Statokinetický receptor u človeka s obmedzenou pohyblivosťou stráca schopnosť reagovať na zmeny polohy, následne vznikajú kolapsové stavy, nauzea. Vestibulárna stimulácia dodáva prísun stimulov a informácií do statokinetického orgánu, pomáha vnímať pohyb a zlepšuje priestorovú orientáciu pacienta. Využíva sa metóda tzv. **obilného klasu**.



Sestra, napriek všetkým doterajším zvyklostiam, pracuje priamo na lôžku, kedy sedí v podrepe pri hlave pacienta, má ho opretého o hrudník a robí s ním kývavé alebo rotačné pohyby. Ak má pacient zavedené rôzne invazívne vstupy a nemožno s ním pracovať v polosedě, robia sa cvičenia iba s hlavou.

Vestibulárne vnemy sa dosahujú pohybom častí tela a sú predpokladom pre úspešnú mobilizáciu predtým dlhodobo ležiacich pacientov:

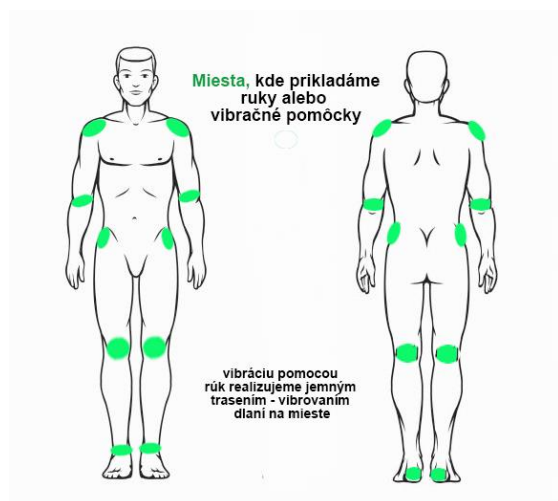
- Horizontálne a pomalé pohyby pôsobia ukludňujúco.
- Kývavé, hojdacie pohyby rozvíjajú pozornosť, ale pôsobia ešte upokojujúcejšie.
- Vestibulárny tréning vedie k vnímaniu vlastného tela.



Nedostatok podnetov často vedie k autostimulačným mechanizmom, ktoré však pacientovi škodia, sú ale jeho vlastným pokusom pomôcť sám sebe dostávať informácie o vlastnom tele. Prejavujú sa napr. šúchaním, škrabaním vlastného tela, škrabaním nechtami po prikrývke, škrípaním zubami, hmkaním – je to teda informácia pre ošetrojúcich, že pacient niečo potrebuje.

### Vibračná stimulácia

Vibrácia umožňuje pacientovi pocítiť a uvedomiť si svoje telo ako celok a rytmus vibrácií môže pomáhať ako **príprava na vnímanie pohybu a mobilizáciu**. Vibrácie smerujeme najmä na svaly a kĺby. Na vibračnú stimuláciu sa používajú vlastné ruky, vibrujúce hračky, elektrické prístroje (napr. holiaci strojček), ladička, vlastný hlas, hudobný nástroj, vibrujúca podložka. U imobilných pacientov môže byť vibrácia aj čiastočnou náhradou za chôdzu, ak **stimulujeme chodidlá**. Stimulácia vibráciou sprostredkúva pacientovi informáciu, že „pod mojím telom je niečo, čo sa nosí“; pacienta môžeme **obuť**.



<https://www.infora.sk/clanky/c32-bazalna-stimulacia-7-cast-vibracna-stimulacia>

### Vizuálna / optická stimulácia

Prostredie pacienta býva často jednotvárne a nudné – destimulujúce, preto by sa malo ozvláštniť **farebne a tvarovo** zaujímavými predmetmi, obrázkami (napr. aj na strope). Zároveň je dôležité často meniť polohu pacienta, aby sa mu **menilo zorné pole** a mohol sledovať iné podnety. Na upokojenie pacienta alebo obnovenie spomienok poslúžia obrázky / fotografie, ktoré pacient dôverne pozná. Dôležité je umožniť pacientovi vnímať rozdiel dňa a noci (nesvietiť aj počas dňa, ale zaistiť prirodzené osvetlenie, prístup slnečných lúčov). Farba stien sa má líšiť od farby stropu, aby bolo zdôraznené trojrozmerné vnímanie priestoru, aj oblečenie personálu má farebne kontrastovať s maľbou stien. Optická stimulácia ponúka široký priestor pre spoluprácu s rodinou. Nezabudnime pacientovi mu nasadiť okuliare, ak ich používal.

### Auditívna / sluchová stimulácia

Pri tejto stimulácii je vhodné spojiť slovný kontakt s telesným tak, ako pri iniciálnom dotyku. Pacienta vždy **oslovujeme menom / pomenovaním** (tak ako je uvedené v biografickej anamnéze), na všetky naše intervencie sa ho snažíme slovne, jednoducho a pre neho zrozumiteľne upozorniť. Môžeme využívať televízne a rozhlasové programy, ktoré pacient poznal, hudbu, nahraté zvuky z pacientovej domácnosti, spev, rozprávanie. Zvuky ale pacientovi nepúšťame do slúchadiel, pretože je to neprirodzené. Počas auditívnej stimulácie sa snažíme minimalizovať nejasné zvuky z okolia a rozhovory personálu.

### Orálna stimulácia

Ústa sú najcitlivejšou a najaktívnejšou telesnou zónou, preto je nesmierne dôležité, aby boli veľmi často stimulované. Robíme **masáže okolo úst a masáže ústnej dutiny** napr. pomocou prstov, štetčiek, kociek ľadu. Ústnu dutinu môžeme stimulovať pacientovými obľúbenými pochutinami, aj keď má zavedenú NGS / PEG – vyrobíme napr. **sacie vrecúško**, keď do vhodného materiálu (napr. mulu) zabalíme napr. kúsok čokolády, mesiačik mandarínky, kúsok sterilizovaného ananásu, jahody a pod. a vložíme ho pacientovi do úst, pričom dávame pozor, aby nedošlo k aspirácii. Sliznicu úst môžeme potrieť napr. obľúbenou nutelou, pivom, ochutenou minerálkou. Používame len tú zubnú pastu, ktorú pacient predtým používal, necháme ho predtým k nej privoňať.

### Olfaktorická / čuchová stimulácia

Pacienta stimulujeme známymi **vôňami a pachmi, ktoré zistíme v jeho biografii**, často aj v spojení s pozitívnymi či negatívnymi skúsenosťami. Využívame vôňu jedla, parfumov, pachy zvierat a prostredia, pach blízkej osoby, napr. v podobe prepoteného trička.

### Taktilno-haptická stimulácia

Ľudská ruka má schopnosť rozpoznávať predmety, vďaka čomu človek získava skúsenosti, ktoré sa ukladajú do pamäti. Tieto skúsenosti vyvolávame, keď pacientovi vkladáme do rúk známe predmety osobnej hygieny / denného života, napr. hračka, hrnček, zubná kefka, hrebeň, kľúče, mobil, fajka. Táto stimulácia je veľmi vhodná u nepokojných a hyperaktívnych



pacientov, ktorí majú potrebu identifikovať predmety rukami a často si vytáhajú zavedené katétre.

**Viac pozrite na:**

Informácie k vzdelávaniu / kurzom BS: <https://www.bazalni-stimulace.cz/>

Preškolené a certifikované pracoviská – mapa (pracujú konceptom BS) (aj UNM Martin):  
<https://www.bazalni-stimulace.cz/pracoviste/>

BS na Slovensku: <https://www.bazalni-stimulace.cz/slovensko/>

Videa: <https://www.bazalni-stimulace.cz/video/>

**Prečítajte si kazuistiku v prílohe 1.**

## **Pacient s CMP (cievna mozgová príhoda) – výživa / asistencia pri príjme stravy / kŕmenie + koncept bazálnej stimulácie (BS)**

Vplyvom motorických deficitov svalov zabezpečujúcich prehĺtanie sú u mnohých pacientov s CMP v klinickom obraze ochorenia prítomné prejavy narušeného prehĺtania, t.j. **dysfágie**, ako napr. zadúšanie sa pacienta, slintanie, neschopnosť prehĺtať sliny a pod. Vzhľadom na výskyt dysfágie, často sa vyskytujúcu kvantitatívnu zmenu vedomia či neschopnosť udržiavať priechodné dýchacie cesty, je najzávažnejšou potenciálnou komplikáciou CMP **aspirácia** a následná **aspiračná pneumónia**. V prevencii jej vzniku majú v akútnej fáze ochorenia pacienti s uvedenými problémami ordinovaný stravovací režim **nič per os (NPO)**.

U každého pacienta s CMP, ktorý je pri plnom vedomí, je potrebné realizovať základné vstupné posúdenie schopnosti prehĺtať ešte pred iniciovaním perorálneho príjmu (t.j. aj pred podávaním farmakoterapie per os). Existuje množstvo skríningových nástrojov zameraných na identifikáciu pacientov s dysfágiou a s rizikom aspirácie. V klinickej praxi je často používaný napr. Massey Bedside Swallowing Screen (voľne dostupný na: <http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/aspiration/Documents/screen.pdf>), ktorého reliabilita, špecifická, senzitivita a prediktívna validita boli potvrdené viacerými výskumnými štúdiami. V prípade, že výsledky jednoduchého skríningového testu potvrdzujú u pacienta naďalej prítomné riziko aspirácie vzhľadom na pretrvávajúcu poruchu prehĺtania, je potrebné pokračovať v režime NPO a realizovať detailnejšie posúdenie prehĺtania, prípadne aj priamou vizualizáciou anatomických štruktúr a fyziológie prehĺtania prostredníctvom fibroskopického vyšetrenia alebo videofluoroskopie.

Výživu pacienta s CMP (cievna mozgová príhoda) v prípade stravovacieho režimu NPO zabezpečujeme vo forme parenterálnej alebo enterálnej výživy (napr. kŕmenie cez nazogastrickú sondu – NGS, alebo PEG – perkutánnu endoskopickú gastrotómiu), a to v rámci závislých ošetrovateľských intervencií.

Po overení a potvrdení pacientovej schopnosti prehĺtať a **ordinovaní perorálneho príjmu** ošetrojúcim lekárom **asistujeme pacientovi pri príjme stravy, tekutín a liekov per os**, pričom **v prevencii aspirácie** musíme dodržiavať ďalšie opatrenia:

- pred podávaním stravy / tekutín / liekov zdvihnúť podperu alebo hornú časť postele do polohy v sede, t.j. vysokej Fowlerovej polohy – až 90° elevácia (optimálna poloha pre prežúvanie sústa a jeho prehĺtnutie bez aspirácie; kontraindikovaná môže byť pri hroziacom opätovnom krvácaní v prípade hemoragickej CMP vzhľadom na jej potenciál zvyšovať vnútrohrudný a vnútrobrušný tlak),
- pomôcť pacientovi zabezpečiť polohu hlavy v neutrálnom postavení (najmä v prípade, že je prítomná deviácia hlavy k postihnutej strane tela), resp. polohu s hlavou natočenou smerom k nepostihnutej strane (hlava nesmie byť v hyperextenzii, lepšia je mierna flexia, t.j. mierny predklon hlavy),
- prehĺtanie vo veľkej miere ovplyvňuje poloha pacienta – nevyhnutná je symetrická poloha tela, stredové postavenie hlavy (hlava, zátylok a chrbát by mali byť v jednej rovine), hrudná kosť by mala byť pred panvovým pletencom, mierny predklon trupu (horná časť trupu nesmie byť opretá dozadu), panva v správnej pozícii (obe bedrá nesú rovnako hmotnosť tela, za hrbol sedacej kosti je vhodné položiť zrolovaný uterák s cieľom stabilizovať panvu) + ak je to možné, DK v abdukcii, chodidlá opreté o podložku, bedrový a kolenný kĺb v 90° flexii, predlaktie HK opreté o stôl / jedálenský stolík
- v príprave na prehĺtnutie sústa inštruovať pacienta, aby mierne predklonil hlavu dopredu, „so zastrčením brady“ (takáto flexia krku je kontraindikovaná, ak pacient naďalej prejavuje príznaky zníženej vnútrolebečnej adaptívnej kapacity – napr. pri zvýšenom ICP, pri zhoršení neurologických funkcií, t.j. zvyšujúcim sa NIHSS skóre oproti pôvodnému skóre),
- pred podaním stravy realizovať hygienickú starostlivosť o dutinu ústnu (je súčasťou stimulácie senzorických vnemov, stimulácie tvorby slín napomáhajúcich prežúvaniu a prehĺtaniu sústa),

### **Z konceptu bazálnej stimulácie (BS):**

- stimulácia pier / ústnej dutiny (vestibulum) / jazyka napomáha zapojeniu kruhového ústneho svalu, spusteniu reflexov horného GITu, spusteniu reflexov v terminálnej časti GITu – čím sa zlepšuje trávenie a vyprázdňovanie
- nemusí to byť len stimulácia prípravkami na dentálnu / ústnu hygienu..., stačí aj čistá voda / minerálna voda / obľúbený nápoj / tekutá alebo kašovitá výživa – molitanovou štetôčkou / vatovou štetôčkou / špachtľou obalenou mulom / prstom obaleným mulom (= **orálna stimulácia**)
- ak pacient nie je schopný otvoriť ústa, začať stimuláciou pier a postupne sa pokúsiť stimulovať dutinu ústnej / d'asná / jazyk

- na stimuláciu možno namáčať štetôčky a pod. aj v obľúbenej tekutine či v tekutej / kašovitej zložke stravy, ktorú idem podávať (džús, presnídávka, nutela, zemiaková kaša a pod.)
- vhodné realizovať aj pred sondovou (enterálnou) výživou (spustenie reflexov horného GITu, spustenie reflexov v terminálnej časti GITu → tvorba slín, tráviacich štiav a enzýmov, podpora motility a peristaltiky → zlepšuje sa pasáž GITom, trávenie a vyprázdňovanie)
- na stimuláciu je možné použiť aj cmúľanie rozdrveného ľadu, resp. tzv. „cucacích“ vrecúšok...
- pred **orálnou stimuláciou** realizovať **somatickú stimuláciu dominantnej ruky** pacienta (bude si sám držať lyžicu, hrnček a pod.), **somatickú stimuláciu tváre** a **bodovú orofaciálnu stimuláciu** podľa Dr. Castilla Moralesa, zároveň optickú a olfaktorickú stimuláciu

**Podľa konceptu BS** príjem stravy podporuje **multisenzorická stimulácia** (ruka – oko, ruka – tvár, ruka – ústa) → **PRÍKLAD:** postup, ako idem pacientovi pomáhať pri jedení pomaranča:

1. iniciálny dotyk
  2. vysvetlím, že idem pacientovi pripraviť pomaranč pre zjedenie (*akustická stimulácia*)
  3. ukážem pomaranč (*optická stimulácia*)
  4. vložím mu pomaranč do dominantnej ruky, prípadne do tej, ktorú chcem stimulovať (*taktilná haptická stimulácia*) – nechám ho ohmatať pomaranč (aj asistovane)
  5. vytlačím z pomaranča pár kvapiek do pohára (aj asistovane)
  6. realizujem stimuláciu dominantnej ruky (*somatická stimulácia – povzbudzujúca masáž ruky nasucho alebo masáž froté žinkou / ponožkou*)
  7. asistujem pacientovi s uchopením pohára jeho dominantnou rukou (*somatická, taktilná haptická stimulácia*) (aj asistovane)
  8. nechám ho ovoňať pohár s pomarančovou šťavou (*olfaktorická stimulácia*)
  9. realizujem **somatickú stimuláciu tváre, bodovú orofaciálnu stimuláciu** (pozri ppt) a následne **orálnu stimuláciu** (pery, d'asná, vestibulum prstom / vatovou štetôčkou namočenými v pomarančovej šťave)
  10. nechám ho vypíť pomarančovu šťavu z pohára (*gustačná stimulácia*)
  11. ak je prehĺtanie funkčné, do dominantnej ruky mu postupne podávam po jednom mesiačiku pomaranča, vediem ho k pohybu rukou k ústam
- viesť pacienta k tomu, aby sa kŕmil sám (je to bezpečnejšie, ako byť kŕmený) – t.j. asistovať pacientovi pri kŕmení (ruka sestry cez ruku pacienta – tzv. „asistovaná lyžica“),

- osoba, ktorá „kŕmi“ pacienta, má mať tvár v rovnakej výške ako pacient, t.j. oči v úrovni jeho očí, resp. radšej nižšie (nikdy nekŕmiť pacienta z polohy nad úrovňou jeho úst) = kŕmiaci je pod pacientom, tanier je pod pacientom
- podávať pacientovi tekutiny / stravu / lieky do úst na nepostihnutej strane,
- podávať najskôr tekutiny po lyžičkách (najvhodnejšia je ľadová voda), postupne prejsť na kašovitú / mixovanú stravu s mierne zachovanou štruktúrou stravy pre stimuláciu prehltnutia, naďalej po lyžičkách (jemné pyré ako také nie je najvhodnejšou konzistenciou, lebo je príliš hladké, ťažko sa prehltnúť a často spôsobuje kašeľ),
- sledovať toleranciu každého sústa – nasledujúce sústo podávať až po prehltnutí predchádzajúceho (viesť pacienta k tomu, aby prehltnúť, a potom prehltnúť ešte raz; + kontrolovať dutinu ústnu, či nedochádza k hromadeniu sústa),
- nerozvíjať s pacientom počas kŕmenia / príjmu stravy príliš konverzáciu,
- v prevencii regurgitácie udržiavať vysokú Fowlerovu polohu (môže byť kontraindikovaná po hemoragickej CMP) minimálne 30 min. po príjme stravy,
- informovať o špecifických požiadavkách prevencie aspirácie aj príbuzných (vhodná konzistencia stravy, postup kŕmenia).

Bez ohľadu na spôsob výživy, **u každého pacienta s CMP** realizujeme podrobný záznam príjmu a výdaja, kontrolu stavu ústnej dutiny a špeciálnu hygienickú starostlivosť o dutinu ústnu, nakoľko strava sa môže hromadiť na postihnutej strane úst. V prípade stravovacieho režimu NPO môžeme u pacientov s CMP tiež implementovať koncept bazálnej stimulácie so zameraním na orálnu stimuláciu.

V Martine 12.03.2021

Bóriková I., Lepiešová M.

[ivana.borikova@uniba.sk](mailto:ivana.borikova@uniba.sk)

[martina.lepiesova@uniba.sk](mailto:martina.lepiesova@uniba.sk)