

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Gabriela Ruffingová

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**BAZÁLNÍ STIMULACE - ZNALOSTI A ZKUŠENOSTI
ZDRAVOTNÍCH SESTER NA VYBRANÝCH
KLINIKÁCH FN HK**

Bakalářská práce

Autor práce: Gabriela Ruffingová

Vedoucí práce: Mgr. Monika Nedvídková

2017

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

**BASAL STIMULATION - KNOWLEDGE AND
EXPERIENCE OF NURSES IN SELECTED CLINIC IN
FN HK**

Bachelor 's thesis

Author: Gabriela Ruffingová

Supervisor: Mgr. Monika Nedvídková

2017

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 Hradci Králové

.....

Gabriela Ruffingová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Monice Nedvídkové za cenné rady a odborné vedení mé práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Gigalové za poskytnuté konzultace, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, za povolení distribuce dotazníku a v neposlední řadě všem sestřičkám za pomoc a ochotu při vyplňování dotazníků.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. PODSTATA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	10
1.1 VNÍMÁNÍ.....	10
1.2 KOMUNIKACE.....	11
1.3 POHYB.....	12
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BS.....	13
2.1 NEUROFYZIOLOGICKÝ MODEL VÝVOJE.....	13
2.1.1 VÝVOJ NERVOVÉ SOUSTAVY.....	13
2.1.2 ANATOMIE NERVOVÉ SOUSTAVY.....	13
2.1.2.1 CENTRÁLNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA.....	13
2.1.2.2 PERIFERNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA.....	16
2.1.3 FYZIOLOGIE CHOVÁNÍ A PAMĚTI.....	17
2.2 GENETICKÉ PRVKY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE.....	18
2.3 POZNATKY Z FYZIOTERAPIE.....	18
2.4 POZNATKY Z PSYCHOLOGIE.....	18
3. HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	20
3.1 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE VE SVĚTĚ.....	20
3.2 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V ČESKÉ REPUBLICE.....	20
3.3 SOUČASNÁ SITUACE.....	20
4. BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BS.....	22
5. PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	23
5.1 ZÁKLADNÍ PRVKY BS.....	23
5.1.1 SOMATICKÁ STIMULACE.....	23
5.1.1.1 ZKLIDŇUJÍCÍ STIMULACE.....	24
5.1.1.2 POVZBUZUJÍCÍ STIMULACE.....	26
5.1.1.3 NEUROFYZIOLOGICKÁ STIMULACE.....	28
5.1.1.4 SYMETRICKÁ STIMULACE.....	29
5.1.1.5 ROZVÍJEJÍCÍ STIMULACE.....	30
5.1.1.6 DIAMETRÁLNÍ STIMULACE.....	30
5.1.1.7 POLOHOVÁNÍ.....	31
5.1.1.8 KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ A MSD.....	33
5.1.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE.....	34
5.1.3 VIBRAČNÍ STIMULACE.....	35
5.2 NÁSTAVBOVÉ PRVKY BS.....	35
5.2.1 OPTICKÁ STIMULACE.....	36

5.2.2 ORÁLNÍ STIMULACE.....	36
5.2.3 AUDITIVNÍ STIMULACE.....	37
5.2.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE.....	37
5.2.5 TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE.....	37
6. BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	38
6.1 ZÁSADY BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ PÉČE.....	39
6.2 CÍLE BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ PÉČE.....	40
7. VYMEZENÍ POJMU INTENZIVNÍ PÉČE.....	41
8. DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE BS V INTENZIVNÍ PÉČI.....	42
EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
9. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
10. POUŽITA METODA.....	44
11. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU, SBĚR DAT.....	45
12. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	46
13. DISKUZE.....	81
ZÁVĚR.....	88
ANOTACE.....	90
ANOTATION.....	91
LITERATURA A PRAMENY.....	92
SEZNAM TABULEK.....	96
SEZNAM GRAFŮ.....	97
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Bazální stimulace (BS) je koncept vypracován na vědecké bázi. Poprvé o něm informovala zdravotnickou veřejnost v České republice PhDr. Karolína Friedlová prostřednictvím článků v odborných časopisech a pomocí přednášek na ošetrovatelských kongresech v roce 2000. Jedinečnost konceptu BS spočívá v nenáročnosti, která s ním umožňuje pracovat nejenom profesionálům – zdravotním sestřám, fyzioterapeutům, logopedům, ergoterapeutům, sociálním pracovníkům, ale i příbuzným. Důvodem je, že koncept využívá znalostí zvyků, návyků a rituálů klienta. Proto lze do spolupráce výborně zapojit i rodinu. Tento koncept umožňuje klientům vnímat vlastní identitu, pomáhá zlepšit komunikaci s okolím a zvládnout orientaci v čase a prostoru.

Na jednotce intenzivní péče (JIP) kde pracuji, jsou hospitalizovaní klienti většinou ve velmi vážném, život ohrožujícím stavu, často s poruchou vědomí, nebo v bezvědomí. Jsou obklopeni množstvím přístrojů a jejich příslušenstvím. Mnohdy je kvantum technických pomůcek tak velké, že se mezi tím klient doslova ztrácí. Péče o takové klienty je velmi náročná, avšak pomocí konceptu BS lze eliminovat nepříjemné faktory související s nemocí a hospitalizací. Prostřednictvím BS můžeme zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče a zvětšit šanci na návrat do běžného života.

Jedním z hlavních impulzů, který mě vedl ke zpracování problematiky BS, bylo absolvování odborné stáže na chirurgické JIP Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK), kde tento koncept běžně aplikují do ošetrovatelské péče. Protože pracuji na JIP interního typu, zaměřila jsem se na situaci aplikace a možností BS u tohoto druhu JIP.

V teoretické části bakalářské práce se zabývám základními pojmy související s bazální stimulací a jejich definicí.

Snahou praktické části bakalářské práce bylo zjistit, zda se zdravotní sestry na interních JIP s konceptem BS setkaly, jestli tento koncept využívají v ošetrovatelské péči, případně důvody, proč tato koncepce není využívána. K získání dat pro výzkumnou část byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu – strukturovaný dotazník.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PODSTATA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace (BS) je komunikační, interaktivní a vývoj podporující stimulační koncept s orientací na všechny oblasti lidských potřeb. Základní prvky, se kterými pracuje, jsou vnímání, komunikace a pohyb. Tyto tři prvky se vzájemně ovlivňují a prolínají. Vnímání sebe sama tvoří předpoklad k pohybu a komunikaci s okolím. Koncept BS umožňuje podporu lidem se změnami v těchto oblastech. Využívá k tomu cílenou stimulaci smyslových orgánů. Důležitou roli v této stimulaci mají paměťové dráhy vznikající v průběhu nitroděložního vývoje, které jsou uloženy hluboko v mozkových strukturách. Podstatou stimulace na bazální úrovni je znovu aktivovat mozkovou činnost u lidí se změnami v těchto oblastech. Kontinuální stimulací smyslových orgánů dle konceptu BS můžeme podpořit vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci určitých částí mozku (Friedlová, 2007).

1.1 VNÍMÁNÍ

Na základě dosavadních poznatků bylo zjištěno, že vnímání vlastního těla neboli somatické vnímání se vyvíjí jako první, a to koncem druhého měsíce nitroděložního vývoje. Informuje nás o našem těle. V pořadí druhé se vyvíjí vnímání vibrační, které nás informuje o intenzitě vibrací (běh, skákání). Jako třetí se vyvíjí vnímání rovnováhy neboli vestibulární vnímání. To nám poskytuje informace o změně polohy a postavení těla v prostoru. Tyto tři druhy vnímání mohou u člověka vyvolat pocit jistoty (Friedlová, 2005).

V prenatálním období se také vyvíjí auditivně-rytmické vnímání. Plod je schopný vnímat nejen zvuky přicházející zvenku, ale i zvuky vytvářené organismem matky. Ty jsou přenášeny na stěnu dělohy jako jemné vibrace a jsou takto plodem vnímány (Friedlová, 2015).

Toto vnímání je zvláště rozvinuté u lidí se sníženou sluchovou percepcí.

Dalšími druhy vnímání vyvíjející se již před narozením jsou auditivní vnímání (sluchové vnímání), taktilně haptické vnímání (schopnost hmatu a úchopu) a optické vnímání (vnímání pomocí zraku). Tyto typy vnímání se vyvíjejí v posledním trimestru gravidity. Olfaktorické vnímání neboli schopnost cítit vůně a pachy se vyvíjí po narození dítěte (Friedlová, 2005).

V konceptu BS je cílem podpora a umožnění vnímání tak, aby u klientů docházelo:

- ke stimulaci vnímání vlastního těla
- k podpoře rozvíjení vlastní identity
- k umožnění vnímání okolního světa
- k umožnění navázání komunikace s okolím
- ke zvládnutí orientace v čase a prostoru
- ke zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007).

1.2 KOMUNIKACE

Komunikovat znamená být ve spojení s okolím. Je to vědomá činnost, která slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Schopnost komunikace má vliv na kvalitu života. Je to proces, skládající se z pěti složek. Sestává z mluvčího (komunikátor), příjemce (komunikant), zprávy (komuniké), zpětné vazby (zpráva o přijetí informace) a kontextu (prostředí, ve které komunikace probíhá). Podstatou úspěšné komunikace je schopnost účastníků vnímat, analyzovat a reagovat na informace.

Komunikaci rozeznáváme **verbální** (za použití slov) a **neverbální** (mimoslovní). Neverbální komunikace tvoří 70-90 % komunikace. Neverbálním způsobem bývají často vyjadřovány emoce, ale i postoj ke sdělovanému obsahu nebo komunikačnímu partnerovi. Součástí komunikace je také chování komunikujících, označované jako paralingvistika. Mezi paralingvistické prostředky patří mimika (výraz obličeje), gestika (pohyby rukou), posturika (řeč postojů, pohybů těla), haptika (vyjadřování pomocí doteků), proxemika (sdělování prostřednictvím přiblížení/oddálení), řeč očí a pohledů. Oči tvoří nejdůležitější složku neverbální komunikace. Dalším důležitým aspektem komunikace je její funkce. Ta vyjadřuje nejen objektivní využití, ale i motivaci a záměry všech, kteří do komunikačního procesu vstupují. Hlavní funkce komunikace spočívá v informování, vzájemné domluvě, zjišťování, které vede k lepší orientaci ve světě. Prostřednictvím komunikace můžeme někoho pobavit nebo přesvědčit. Komunikace nám také pomáhá navázat kontakt či sdružovat se.

V souvislosti s konceptem BS je **verbální komunikace** ovlivněná schopností vnímat, vyslovovat, výškou hlasu, intonací, znalostí komunikačního jazyka, schopností analyzovat význam slov. **Neverbální komunikaci** ovlivňuje úroveň vědomí, schopnost pohybu

a využívání jiných komunikačních kanálů než auditivních. Mezi komunikační kanály patří všechny smyslové orgány. Dle stavu a schopností klienta můžeme využít komunikační kanály somatické, vibrační, auditivní, optické, olfaktorické, taktilně-haptické. Při komunikování se u účastníků komunikačního procesu může objevit řada psychických procesů a jevů: myšlenky, emoce, vzpomínky, předsudky, očekávání, obavy. Komunikovat s lidmi, jejichž vědomí a vyjadřovací možnosti jsou omezené, je velmi náročné. Každý klient komunikuje jiným způsobem. Je důležité se naučit komunikovat s ním a naučit komunikovat jeho. Klíčem je proto nejen znalost dané problematiky, ale i schopnost zaznamenat i nepatrné reakce klienta (Friedlová, 2007).

Pokud má klient příjemné pocity, všímáme si změnu v kvalitě dýchání, vydávání zvuků, spontánní otvírání očí a ústní dutiny, mžikání očí. Dále pozorujeme snížení svalového napětí, klidný a uvolněný pohled. Jestliže se klient během poskytování bazálně stimulující péče cítí nepříjemně, můžeme u něj pozorovat zavírání očí a ústní dutiny, zblednutí, změny ve frekvenci a kvalitě dýchání, sténání, slzení. Může se objevit zvýšení svalového napětí, motorický neklid a kladený odpor nemocného (Malíková, 2011).

1.3 POHYB

Pohyb provází člověka celý život, zajišťuje chůzi, určitou polohu těla. Prostřednictvím pohybu můžeme uspokojovat nejen svoje potřeby, ale je úzce spjatý i s komunikací. Samotnému pohybu předchází pouhá myšlenka na pohyb, a proto od sebe vnímání a pohyb nelze oddělit. Schopnost pohybu se u člověka vyvíjí v období před narozením. Podílejí se na něm všechny oddíly CNS (centrální nervový systém). První pohyby embrya byly pozorovány na konci 6. týdne nitroděložního vývoje, od 12. týdne jsou prokazatelné pohyby všech končetin, hlavičky i úst. K podpoře hybnosti využívá koncept BS poznatky manželů Bobathových. Ti pracovali s předpokladem, že určitými cílenými formami cvičení je možné zlepšit pohyblivost (Friedlová, 2007).

Podmínkou úspěchu je podobně jako v případě konceptu BS týmová spolupráce (Kraus, 2004).

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BS

2.1 NEUROFYZIOLOGICKÝ MODEL VÝVOJE

2.1.1 VÝVOJ NERVOVÉ SOUSTAVY

Vývoj nervové soustavy začíná v době vývoje zárodku. V 9. týdnu lze u embrya pomocí EEG zachytit záznam bioelektrické aktivity mozku. Schopnost učit se a pamatovat si má plod od 6. měsíce intrauterinního vývoje. Mezníkem ve vývoji mozku a CNS je porod. Velké změny prostředí si vyžadují zapojení nových nepodmíněných reflexů. K největším změnám dochází v prvních 6. měsících po narození. Neurony v mozkové kůře dozrávají, dochází k zapojování nových synapsí (Friedlová, 2007).

2.1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY

Nervová soustava umožňuje kontakt mezi organismem a vnějším prostředím. Je řídicím a spojovacím systémem uvnitř organismu (Dylevský, 2000).

Dělíme ji na centrální NS a periferní NS. Centrální nervová soustava je tvořena mozkem a míchou, periferní nervová soustava je zajištěna obvodovými nervy. Základní stavební jednotkou NS je neuron, který se skládá z těla a dvou typů výběžků: axonů (vedou informace odstředivě, tzn. od těla nervové buňky) a dendritů (vedou informace dostředivě, tzn. od receptoru do těla buňky uložené v CNS nebo v jeho blízkosti). Spojení dvou neuronů se nazývá synapse, jejíž funkcí je přenos vzruchu (Čihák, 2004).

2.1.2.1 CENTRÁLNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA

CNS je tvořena páteřní míchou (medulla spinalis), prodlouženou míchou (medulla oblongata), Varolovým mostem (pons Varoli), středním mozkem (mesencephalon), mozečkem (cerebellum), mezimozkem (diencephalon): talamus a hypotalamus, bazálními ganglii, limbickým systémem a mozkovou kůrou (cortex cerebri).

Propojením jednotlivých oddílů vzestupnými a sestupnými drahami vzniká funkční celek.

Páteřní mícha – medulla spinalis

Páteřní mícha je uložena v páteřním kanálu, u dospělého člověka je dlouhá přibližně 40-50 cm. Skládá se z šedé a bílé hmoty. Šedá hmota nacházející se vevnitř je uspořádaná do tvaru písmena H a tvoří velké zadní a přední míšňové rohy a malé postranní míšňové rohy. Bílá míšňová hmota nacházející se kolem hmoty šedé, tvoří vzestupné a sestupné dráhy, jejichž pomocí spojuje míchu s vyššími oddíly CNS (Čihák, 2004).

Její hlavní funkce spočívá v účasti na motorice, kterou uskutečňuje na základě reakcí na vjemy z celého těla kromě hlavy. Poškození páteřní míchy je charakterizováno poruchou motorických funkcí a citlivosti. Nejzávažnějším následkem poškození páteřní míchy je kvadruparéza – obrna všech končetin (Rokyta a kol., 2015).

Prodloužená mícha – medulla oblongata

Prodloužená mícha spolu s pons Varoli a mezencephalon tvoří mozkový kmen. Obsahuje jádra, která jsou součástí retikulární formace. Řídí činnost kardiovaskulárního systému (kardioexcitační a kardioinhibiční centrum, vazodilatační a vazokonstrikční centrum), dýchacího systému (vdechové a výdechové neurony), trávicího systému (žvýkání a polykání). Mezi další funkce prodloužené míchy patří řízení obranných reflexů – zvracení, kýchání, kašel, apnoe (Rokyta a kol., 2015).

Varolův most – pons Varoli

Varolův most tvoří další část mozkového kmene. Obsahuje neurony, které náležejí k retikulární formaci. Spojuje nižší části CNS s mozkovou kůrou. Účastní se na nervové regulaci dýchání.

Střední mozek – mesencephalon

Střední mozek obsahuje dvě hlavní části. Tectum se skládá ze 4 hrbolů, které dělíme na horní a dolní. Mezi těmito hrboly je umístěna ploténka (lamina quadrigemina). Pod tektem se nachází tegmentum. Mezi tegmentem a další částí středního mozku, tvořeného nervovými vlákny, leží nakupení šedé hmoty – substantia nigra, která je hlavní součástí dopaminergního systému (Čihák, 2004).

Dopaminergní systém se podílí na řízení motoriky a viscerálních funkcí. Ovlivňuje pozornost, motivaci, chování (Maďa, Fontana, 2015).

Ve středním mozku se nachází centrum nepodmíněných zrakových reflexů (pohyby očí, hlavy a těla vyvolané světelnými podněty) a sluchových reflexů (pohyby uší, hlavy a těla vyvolané

zvukovou stimulací). Střední mozek se podílí na regulaci rytmu spánku – bdění, je hlavním zdrojem noradrenalinu v mozku a řídí zornicový reflex (Rokyta a kol., 2015).

Mozeček – cerebellum

Mozeček se uložen v zadní jámě lební a skládá se ze dvou hemisfér, které jsou uprostřed spojeny vermis neboli červem. Jeho hlavní funkce spočívá v udržování rovnováhy a vzpřímené polohy těla, řídí svalový tonus a koordinaci pohybů. (Rokyta a kol., 2015).

Mezimozek – diencephalon

Mezimozek je tvořen talamem a hypotalamem. Talamus (mezimozkový hrbol) je párový útvar, který se skládá ze čtyř typů jader. Jeho funkcí je přenos informací z periferie do centra, podílí se na vegetativních reakcích (změna tepové frekvence, zblednutí, zčervenání), ovlivňuje stoj a chůzi. Při poruchách talamu je snížen práh bolesti (Ňaňka, Elišková, 2009). Hypotalamus se podílí na řízení endokrinních funkcí a řízení autonomních reakcí. V hypotalamu se nachází termoregulační centrum, podílí se na udržování homeostázy a má vliv na sexuální chování a reprodukci (Ňaňka, Elišková, 2009).

Bazální ganglia

Bazální ganglia jsou skupiny neuronů nacházející se na bázi každé hemisféry. Jsou zanořené do bílé hmoty koncového mozku. Jejich hlavní funkce spočívá v regulaci motoriky (posilují chtěné a utlumují nechtěné pohyby). Porucha bazálních ganglií se projevuje hypokinetickým nebo hyperkinetickým syndromem (Rokyta a kol., 2015).

Limbický systém

Limbický systém je komplex vzájemně propojených struktur koncového mozku, středního mozku a mezimozku. Je centrem paměti, emocí a motivace.

Mozková kůra – cortex cerebri

Mozková kůra je u člověka vývojově nejmladší částí CNS, tvoří povrch koncového mozku a kryje bílou hmotu mozkovou. Zajišťuje vyšší nervovou činnost (vědomí, biorytmy, učení a paměť, myšlení, symbolické funkce, motivaci, emoce).

2.1.2.2 PERIFERNÍ NERVOVÁ SOUSTAVA

Periferní nervová soustava je tvořena nervy nacházejícími se mimo centrální nervový systém. Obsahuje senzitivní (cítivá) a motorická (hybná) nervová vlákna. Rozeznáváme nervy hlavové, míšní a útrobní.

Mozkové nervy

Zahrnují 12 párů nervů, které odstupují z mozkového kmene. I - nervus (n). olfactorius (čichový), II - n. opticus (zrakový), III – n. oculomotorius (okohybný), IV – n. trochlearis (kladkový), V – n. trigeminus (trojklanný), VI – n. abducens (odtahovací), VII – n. facialis (lícní), VIII – n. vestibulocochlearis (předsíňohlemýžďový), IX – n. glossopharyngeus (jazykohltanový), X – n. vagus (bloudivý), XI – n. accessorius (přídavný), XII – n. hypoglossus (podjazykový) (Rokyta a kol., 2015).

Míšní nervy

Míšní nervy jsou nervy smíšené, obsahující motorická, senzitivní a autonomní vlákna. Motorická vlákna inervují kosterní svaly, senzitivní vlákna vedou vzruchy od různých receptorů do míchy a vlákna autonomní inervují hladké svaly stěny orgánů, cév a žlázy (Dylevský, 2000). Z míchy odstupuje 31 párů míšních nervů. Podle místa výstupu z páteřního kanálu rozeznáváme 8 párů krčních nervů, 12 párů nervů hrudních, 5 párů bederních, 5 párů křížových a 1 pár kostrčních nervů. Po výstupu z páteřního kanálu se nervy větví na přední a zadní větev. Zadní větve inervují zadní část trupu a hlavy a hluboké svaly šíje a zad. Přední větve míšních nervů se proplétají a tvoří nervové pleteně, které inervují trup a končetiny (Ňaňka, Elišková, 2009).

Útrobní nervy

Útrobní neboli vegetativní nervy inervují hladké svalstvo vnitřních orgánů, cév, vývodů žláz a svalovinu srdce. Nejsou ovladatelné lidskou vůlí. Centrální část vegetativního nervstva se nachází v míše, retikulární formaci prodloužené míchy, hypotalamu a v mozkové kůře. Její periferní část je tvořena nervovými vlákny, která inervují příslušnou oblast. Vegetativní nervstvo se dělí do dvou skupin: sympatikus, kde je hlavním mediátorem přenosu noradrenalin a parasympatikus, kde je hlavním mediátorem přenosu acetylcholin. Mezi projevy působení sympatiku patří zrychlení tepové frekvence, zvýšení krevního tlaku, vazodilatace mozkových cév, bronchodilatace, zpomalení činnosti trávicího ústrojí, rozšíření

zornic. Parasympatikus způsobuje pravý opak, zpomaluje srdeční činnost, snižuje krevní tlak, vazokonstrikci mozkových cév, bronchokonstrikci, zrychluje činnost trávicího ústrojí a způsobuje zúžení zornic (Kapounová, 2007).

2.1.3 FYZIOLOGIE CHOVÁNÍ A PAMĚTI

Chování člověka je ovlivněno mozkovými funkcemi a objevují se v něm prvky vrozené, geneticky určené a získané, tj. vytvořené v průběhu života jedince. Na výsledném chování se tyto prvky projevují v rozdílném poměru a vzájemně se doplňují.

Mechanismy řídicí chování na základě získaných informací

Součástí mechanismů ovlivňujících chování na základě získaných informací je učení, které lze definovat jako vytváření dočasného spojení v mozkové kůře nebo nižších strukturách CNS mezi dvěma ohnisky podráždění. Opakováním dočasného spojení se vytvoří podmíněný reflex, se kterým se současně vytvoří paměťová stopa. Jak už jsem se zmiňovala dříve, podstatou BS je aktivace těchto paměťových drah. Biologicky významné události si lze zapamatovat i po jednom spojení. Nejjednodušší a zároveň nejstarší formou je změna odpovědi na jediný podnět, tzv. neasociativní učení. Asociativní učení spočívá ve spojení podnětů, které mají k dané činnosti určitý vztah a mohou být využity k jejímu dalšímu řízení (Friedlová, 2007).

Paměť

Paměť je schopnost uchovávat a vybavovat informace. Podle doby uchovávání informací může být krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá.

Kognice

Kognice je souhrn operací a pochodů, jejichž prostřednictvím si člověk uvědomuje a poznává sebe i svět (Klimeš, 2005).

Člověk se dorozumívá pomocí asociačních oblastí nacházejících se v mozkové kůře. Jedná se zejména o Brocovo motorické centrum řeči, které je důležité pro motorickou tvorbu mluvené a psané řeči a Wernickeovo sensorické centrum, které je důležité při interpretaci slyšeného a čteného textu. Při poškození Brocova centra vzniká motorická afázie (porucha reprodukce řeči) a při poškození Wernickeova centra vzniká sensorická afázie (porucha

rozumění řeči) (Friedlová, 2007).

2.2 GENETICKÉ PRVKY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

Z dosavadních poznatků vyplývá, že období intrauterinního vývoje plodu je pro mozek dobou vývoje a vytváření. Mozek plodu se může učit a výsledky učení mohou ovlivňovat chování dítěte po narození. Důležitým faktorem pro vývoj mozku je okolní prostředí a dostatečné množství stimulů. A. Fröhlich vycházel z poznatků a tvrzení švýcarského filozofa a psychologa J. Piageta, že první formy inteligence jsou senzomotorické (zahrnují zkušenosti s vnímáním a pohybem). Senzomotorická inteligence je schopnost před započítím verbální komunikace řešit praktické problémy prostřednictvím držení těla, pohybu a svalového napětí, s čímž souvisí komunikace v konceptu BS např. u klientů, kteří nejsou schopni komunikovat verbálně (Friedlová, 2015).

2.3 POZNATKY Z FYZIOTERAPIE

Pro A. Fröhlicha se stal podkladem koncept manželů Bobathových, jehož základ tvoří potlačení spasticity a patologických pohybových vzorů a reflexů a usnadnění fyziologických pohybových vzorů a reflexů. Tento koncept si našel velké uplatnění nejen v péči o děti se změnami v pohybové oblasti, ale i u dospělých, kteří trpí ochrnutím či spasticitou. To, že je forma této terapie uplatnitelná u obou skupin souvisí s přípravou na zvládnutí motorického vývoje u dětí a opětovné dosažení těchto vývojových stádií u dospělých po poškození mozku. V tomto konceptu je důležitá analýza zachovaných schopností klienta a jejich rozvíjení za systematického přísunu podnětů (Friedlová, 2005).

2.4 POZNATKY Z PSYCHOLOGIE

A. Fröhlich vycházel z teorie rakouského lékaře Alfreda Adlera o časných formách vlastního sebeuvědomování, jehož předpokladem je zkušenost s vlastním tělem. Tyto zkušenosti jsou získané prostřednictvím somatického, vestibulárního, a propioceptivního vnímání a skrz vnímání pohybu již v období prenatálního vývoje (Friedlová, 2015).

Dle Fröhlicha je pro koncept BS důležité:

- trvalý přísun podnětů u dítěte po narození. Ten tvoří předpoklad pro vývoj diferencovaných mozkových struktur. U postižených dětí dochází bez dostatečně podnětného okolí k senzomotorické deprivaci a následně dalším změnám v oblasti intelektu.
- dostatek pohybových zkušeností, bez kterých si nelze představit kognitivní vývoj. Lze využít u postižených dětí a imobilních klientů.
- dostatek podnětů k budování neuronálních struktur. Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop. Lze využít v péči o postižené děti, klienty po traumatech mozku (Friedlová, 2005).

3 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BS

3.1 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE VE SVĚTĚ

Koncept bazální stimulace za sebou má čtyřicetiletou tradici. Začal se rozvíjet v 70. letech 20. století v Německu. Jeho autorem je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který v té době pracoval v Rehabilitačním centru Westfalz/Landstuhl s dětmi, které se narodily s těžkými změnami postihující intelekt i somatickou stránku. Fröhlich vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Tvrdil, že i děti takto postižené jsou vzdělavatelné v oblasti vnímání vlastního těla či nácviku různých pohybových vzorců v souvislosti se sebeobsluhou.

Na integraci konceptu bazální stimulace do ošetrovatelství se v 80. letech 20. století podílela zdravotní sestra prof. Christel Bienstein pracující ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu v Německu a také v oblasti intenzivní péče (Friedlová, 2007).

3.2 VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V ČESKÉ REPUBLICĚ

O bazální stimulaci v České republice poprvé informovala PhDr. K. Friedlová v roce 2000 prostřednictvím publikací v časopise Sestra a účasti na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. V lednu 2003 PhDr. K. Friedlová lektorovala první základní kurz bazální stimulace. V říjnu 2005 ve Frýdku Místku založila PhDr. Friedlová Institut bazální stimulace, který je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR a SR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR (Friedlová, 2005).

3.3 SOUČASNÁ SITUACE

Okruh příjemců péče podle konceptu bazální stimulace je v současnosti velmi široký. Z původního využívání u lidí s těžkým vrozeným poškozením si našel uplatnění i u lidí:

- vyžadujících dlouhodobou intenzivní péči v bezvědomí, či vegetativním stavu
- dlouhodobě imobilních, upoutaných na lůžko
- s poruchami chování v souvislosti se závažnou mentální retardací, syndromem

demence

- umírajících, jako součást paliativní péče
- s těžkým smyslovým poškozením – hluchoslepotou
- s progredujícím imobilizujícím onemocněním – neurodegenerativním
- u dětí s nízkou porodní hmotností (Kalvach a kol., 2011).

V některých státech Evropské unie (EU) je koncept bazální stimulace integrován do výuky ošetrovatelství. Od roku 2004 je také na středních zdravotnických školách v České republice koncept BS integrován do studijních plánů. Pokud je jeden z vyučujících na škole lektorem kurzu BS, může do své výuky postupně zařadit celkem 24 hodin lekcí (jako v případě základního kurzu BS) a absolventi opouštějí školu již s certifikátem o absolvování základního kurzu BS. Tento certifikát má platnost ve všech státech EU (Friedlová, 2005).

4 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BS

Biografická anamnéza v ošetrovateľskej péči znamená porozumení klientovi. Jeho zvykúm, návykúm, rituálúm. Pri integrácii biografickej anamnézy do každodenní péče respektujeme individualitu nemocného. Získávaní biografických dat není jednoduchá věc. Často se jedná o dlouhodobý proces. Tyto data získáváme nejčastěji od samotného klienta, nebo jeho nejbližších (Friedlová, 2007).

Při odebírání biografické anamnézy se nezaměřujeme pouze na příjemné rituály či věci, ale věnujeme pozornost i záležitostem nepříjemným (Friedlová, 2005).

5 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Tab.č.1 Prvky BS

ZÁKLADNÍ PRVKY BS	NÁSTAVBOVÉ PRVKY BS
Somatická stimulace	Optická stimulace
- zklidňující stimulace	Orální stimulace
- povzbuzující stimulace	Auditivní stimulace
- neurofyziologická stimulace	Olfaktorická stimulace
- symetrická stimulace	Taktilně-haptická stimulace
- rozvíjející stimulace	
- diametrální stimulace	
- polohování	
- kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání (MSD)	
Vestibulární stimulace	
Vibrační stimulace	

(Friedlová, 2007)

5.1 ZÁKLADNÍ PRVKY BS

Primárním cílem základních prvků BS je zabezpečit základní životní funkce jako je například příjem potravy, spánek, dýchání, polohování. Mezi sekundární cíle patří podpora pohybových schopností, získání pocitu jistoty a bezpečí a rozvíjení komunikačních schopností (Friedlová, 2012).

5.1.1 SOMATICKÁ STIMULACE

Somatická stimulace umožňuje klientovi zprostředkovat vjemy jeho vlastního těla, stimulovat vnímání tělesného schématu a následně vnímání okolního světa. Uvědomování si vlastního těla tvoří předpoklad k uvědomování si okolního světa a schopnost s ním komunikovat. Somatické vnímání nám zprostředkovává největší orgán lidského těla, kůže. Pomocí kůže rozeznáváme chlad, teplo, tlak, dotek ale i bolest.

Ošetřující by si měl uvědomit, že jeho ruce jsou pro pacienta spolu s podložkou, na které

leží, médiem, se kterým má nejčastější kontakt (Friedlová, 2005).

Cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity, usnadnění orientace. Kvalita dané stimulace je ovlivněna dotekem terapeuta. Je důležité, aby se klientovi dostávalo jasných a cílených doteků, protože nejasné a chaotické doteky vyvolávají strach, zmatek a pocit nejistoty. Předpokladem kvalitního doteku je klid, správně vyvinutá síla a tlak, rytmus, kontinuita a sled. Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu doteků je počet rukou na klientově těle. Vhodná je somatická stimulace jedním ošetřujícím, protože není jednoduché synchronizovat pohyb a tlak rukou více terapeutů. Žádoucí je provedení doteků celou plochou ruky a omezení letmých a krátkodobých doteků (Friedlová, 2007).

K somatické stimulaci můžeme využít masáže, doteky, polohování, koupel, masáž stimulující dýchání.

Iniciální dotek

Iniciální dotek je formou dialogu mezi ošetřujícím a klientem. Tímto dotekem dáváme klientovi signál, že u něj budeme vykonávat nějakou aktivitu, ošetřovatelský úkon (hygienickou péči, převaz invazivních vstupů, převaz rány). Nejčastěji se využívá u lidí s poruchou vědomí nebo deficitem v oblasti kognitivních funkcí. U těchto klientů může nečekaná manipulace bez jasného signálu jejího počátku a ukončení vyvolat pocit nejistoty a strachu. Tyto pocity se můžou následně promítnout do změn v tepové frekvenci, krevního tlaku a rytmu dýchání. Klient může být také neklidný (Friedlová, 2015).

Základem somatické stimulace je iniciální dotek, který by měl být použit před a po každém ošetřovatelském úkonu, či komunikaci s klientem. Místo iniciálního doteku by mělo pacientovi co nejvíc vyhovovat, proto volíme místo v centrální části těla (rameno, paže, ruka). Vhodné místo iniciálního doteku by měli po zvážení všech informací o klientovi a vzájemné poradě dohodnout všichni ti, kteří s klientem pracují a následně ho musí všichni dodržovat. Je vhodný verbální doprovod doteku. Místo iniciálního doteku by mělo být poznamenáno na tabulce u jeho lůžka, na dobře viditelném místě (viz příloha č. 1) (Friedlová, 2007).

5.1.1.1 ZKLIDŇUJÍCÍ STIMULACE

Cílem zklidňující stimulace je uvolnit svalové napětí, podpořit vnímání tělesného

schématu a redukce neklidných stavů. Stimulaci provádíme pomocí žíněk, ručníku, froté ponožek či jiných materiálů.

Zklidňující stimulace se používá u klientů:

- se zvýšeným svalovým tonem s cílem uvolnit svalové napětí
- se změnou v mentální oblasti s cílem poskytnout podporu v procesu učení, navázat komunikaci
- s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat hybnost a vlastní aktivitu
- s hypertenzí
- s poruchami spánku
- s tachykardií
- s bolestí
- se změnami vnímání k podpoře vnímání vlastního těla
- neklidných, hyperaktivních
- dezorientovaných k podpoře vnímání na svém těle
- v rámci předoperační péče s cílem zmírnit úzkost
- v rámci pooperační péče s cílem redukovat stavy zmatenosti a dezorientace
- v doprovodné péči k umírání
- s Parkinsonovou nemocí
- s Alzheimerovou nemocí či jinými formami demence (Friedlová, 2005).

Před zahájením zklidňující stimulace klienta informujeme. U klientů se změnami v oblasti vnímání může být vstupní informací iniciální dotek. Podle stavu klienta začínáme stimulací obličeje, nevyhovuje-li to jeho stavu, obličej zařadíme na závěr zklidňující stimulace. Obličej je intimní zóna a zahájení doteku v této oblasti může u ustrašených klientů způsobit zvýšené svalové napětí. Obličej stimulujeme po obvodu oběma rukama, poté pokračujeme na hrudník. Ten stimulujeme od středu směrem ke stranám, kde mírným tlakem zvýrazníme jeho hranice. Horní končetiny stimulujeme po obvodu ve směru chlupů. Jednotlivé prsty stimulujeme každý zvlášť. Stejně postupujeme i na dolních končetinách. Poté provádíme modulaci zad. Záda stimulujeme od páteře směrem k zevní straně. Hranice trupu opět zvýrazníme mírným tlakem. S pacientem po celou dobu poskytované péče komunikujeme, stimulace jednotlivých částí komentujeme a sdělujeme mu, které části právě modulujeme. Nezapomínáme sledovat reakce klienta (změna tepové frekvence, změna hodnot krevního tlaku, zvýšená salivace, slyšitelnost střevní peristaltiky, kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece při strachu, úzkosti, změna

sekrece potu, aj.) a adekvátně na ně reagujeme.

Somatickou stimulaci můžeme použít i v souvislosti se zklidňující koupelí (viz příloha č. 2). Při aplikaci somatické stimulace během koupele používáme vodu o teplotě 37-40 °C (Friedlová, 2007).

Umožníme klientovi zažít smysl a význam konaných činností, aby věděl, že se jedná o koupel ne o vyšetření. Ponoříme mu ruku do nádoby s vodou (taktilně haptická stimulace), pokud to dovolí jeho zdravotní stav, posadíme ho, akusticky mu umožníme vnímat vodu mácháním a ždímáním žínky. Obličej můžeme umýt pomocí asistované koupele, kdy vedeme klientovu dominantní ruku tak, že svými prsty modulujeme jeho prsty a druhou rukou mu podepíráme loket.

Používáme toaletní potřeby klienta, tím podporujeme olfaktorické vnímání a stimulaci paměťových drah. Po umytí pacienta přikryjeme a umožníme mu odpočinek.

Zásady zklidňující somatické stimulace:

- s klientem udržujeme stálý kontakt
- tělo klienta modulujeme oběma rukama
- během stimulace bychom neměli odcházet, předem se snažíme eliminovat rušivé prvky
- zajistíme klidnou atmosféru a příjemnou teplotu v místnosti
- stimulaci by měl poskytovat pouze jeden ošetřující, je-li to možné
- během stimulace bychom neměli hovořit s třetí osobou
- pokud klient vykazuje negativní reakci, stimulaci ukončíme a zkusíme mu nabídnout jinou ošetrovatelskou péči (např. vestibulární stimulaci, která může vést ke zklidnění)
- pokud to stav klienta nedovoluje a prohloubil by se jeho neklid a strach, obličej a genitál nemusíme během zklidňující koupele umýt. Tyto místa můžeme umýt kdykoliv během dne (Friedlová, 2007).

5.1.1.2 POVZBUZUJÍCÍ STIMULACE

Povzbuzující stimulaci stejně jako zklidňující provádíme rukama, žínkami, froté ponožkami. Lze ji také zahrnout do péče během toalety. Pokud je stimulace aplikována jako koupel, používáme vodu s teplotou 23-28 °C. Na lidském těle se nacházejí různé teplotní zóny.

Nejteplejší oblastí je břicho a podpaží, následuje obličej. Nejchladnější zónou jsou končetiny.

Cílem povzbuzující stimulace je zvýšení úrovně vědomí u pacienta, zvýšení jeho pozornosti, stimulace vnímání tělesného schématu, zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku. K dalším cílům patří aktivizace klienta, příprava na následné působení dalších členů zdravotnického týmu (fyzioterapeut, ergoterapeut).

Povzbuzující stimulaci je možné aplikovat u klientů:

- apatických
- v kómatu
- s depresí
- s bradykardií
- se sníženým svalovým tonem
- se změnou v oblasti mentální (těžká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma a podpořit proces učení
- soporózních a somnolentních

Před zahájením stimulace opět klienta informujeme podle stavu verbálně, nebo pomocí iniciálního doteku. Stimulaci začínáme na obličejí, pokud to klientovi nevyhovuje, obličej vynecháme nebo zařadíme na konec stimulace. Oblast obličejí stimulujeme po obvodu proti růstu chlupů současně na obou stranách. Poté pokračujeme na hrudníku, začínáme po jeho stranách a oběma rukama se sejdeme v centru trupu. Končetiny stimulujeme od prstů směrem k tělu. Záda stimulujeme stejně jako hrudník od hranic trupu směrem k páteři (viz příloha č. 3). Během stimulace s klientem komunikujeme, komentujeme a sdělujeme mu jakou část těla právě modulujeme (Friedlová, 2015).

Sledujeme hodnoty krevního tlaku, neboť povzbuzující stimulace může zvýšit jeho hodnotu o 10-20 mm Hg, hodnoty tepové frekvence a změny sekrece.

Po povzbuzující koupeli klienta osušujeme stejně jako jsme jej umývali, tedy proti směru růstu chloupků. Nezapomínáme na vyvíjení dostatečného tlaku (Friedlová, 2007).

Zásady povzbuzující stimulace:

- tělo klienta modulujeme oběma rukama
- zajistíme klidnou atmosféru a příjemnou teplotu v místnosti
- během stimulace neodcházíme, eliminujeme rušivé prvky

- stimulaci by měl poskytovat pouze jeden ošetřující, je-li to možné
- během stimulace bychom neměli hovořit s třetí osobou
- pokud klient vykazuje negativní reakci, stimulaci ukončíme a zkusíme mu nabídnout jinou ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2007).

5.1.1.3 NEUROFYZIOLOGICKÁ STIMULACE

Neurofyziologická stimulace obnovuje vzpomínky z vlastního těla uložené v paměťových drahách. U této stimulace je důležitá zrková kontrola klienta, tzn. že klient by měl po celou dobu sledovat stimulaci na svém těle. Nejvhodnější je poloha vpolosedě, doporučuje se použití zrcadla a klienta stimulovat před zrcadlem. V případě, že klient používá brýle, nezapomínáme mu je nasadit. Kromě vizuální kontroly je důležité zapojit také sluchový vjem, je vhodné klienta vyzvat k vnímání a uvědomění si zdravé a následně postižené části těla a uvědomění si tělesné osy (Friedlová, 2015).

Stimulace vnímání postižené části předchází její aktivizaci. Používáme froté ponožky nebo žínky různých materiálů. Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit klientům s poruchami hybnosti poloviny těla (hemiparéza, hemiplegie) znovu vnímat postiženou stranu.

Tato stimulace se aplikuje u klientů:

- po CMP s hemiparézou, hemiplegií
- po traumatech mozku s následným postižením pohybového aparátu
- u dětí s DMO s postižením pohybového aparátu
- po mozkových operacích s postižením pohybového aparátu (Friedlová, 2007).

Při provádění neurofyziologické stimulace přistupujeme ke klientovi z jeho postižené strany. Klientovi zajistíme co nejbezpečnější pozici, bude-li trpět pocitem strachu a nejistoty, zvýší se u něj svalový tonus a nebude se moci soustředit na poskytovanou stimulaci. Začínáme stimulací zdravé strany těla, poté přenášíme vjem na stranu postiženou. Pracujeme systematicky, zvýrazňujeme střed těla. Stimulaci obličeje aplikujeme až na závěr neurofyziologické stimulace. S klientem lze také pracovat formou asistované stimulace, kdy vedeme postiženou ruku klienta. Zdravou rukou se klient stimuluje sám, dle pokynu ošetřujícího, případně s dopomocí asistované stimulace. Pokud aplikujeme stimulaci během koupele, používáme vodu o teplotě 30 °C a nejlépe klientovy osobní toaletní potřeby.

Pokožku osušujeme od zdravé strany směrem ke straně postižené.

Zásady neurofyziologické stimulace:

- ke klientovi přistupujeme z postižené strany, je tak nucen otočit hlavu na postiženou stranu. Optická kontrola postižené části těla přispívá k uvědomění si této strany. Noční stolek a ostatní předměty situujeme také na postiženou stranu klienta.
- klientovi umožňujeme převzetí váhy těla postiženou stranou polohováním a prostřednictvím aktivit (při otáčení na lůžku a při posazování přenášíme váhu na postiženou stranu).
- při mytí, podávání stravy pomocí asistované péče podporujeme trénink bilaterálních funkcí trupu a horních končetin.
- pomocí zrakové kontroly podporujeme znovuoobnovení kontaktu s postiženou stranou. Klient si sám může stimulovat postiženou končetinu.
- klienta vedeme v opětovném učení se pohybových vzorců. Je důležité, aby všichni, kteří s klientem pracují, prováděli stejné pohybové vzory. Předpokladem je konzultace a týmová spolupráce.
- u klienta se snažíme redukovat strach z pádu, postižené straně poskytujeme dostatečnou oporu.
- snažíme se zabránit vzniků poranění klienta v době, kdy je svalový tonus ochablý, dbáme na správné postavení kloubů.
- do péče integrujeme vestibulární stimulaci. Rovnováha zaručuje stabilní polohu těla v prostoru proti gravitaci. Aby mohl mozek vyhodnotit polohu těla v prostoru, zpracovává zrakové informace, informace z vestibulárního aparátu, ale také informace z kloubů a kůže. (Friedlová, 2015).

Jednou z podmínek úspěšné rehabilitace je spoluúčast klienta na péči, integrace příbuzných a přátel a celého terapeutického týmu do péče. Dalším předpokladem úspěchu je analýza klientových schopností, která je úkolem fyzioterapeuta, a spolupráce všech členů týmu. Při vypracování individuálního ošetrovatelského plánu hodnotíme senzorický deficit klienta, svalový tonus, věk, duševní a emoční stav (Friedlová, 2007).

5.1.1.4 SYMETRICKÁ STIMULACE

Během symetrické stimulace pracuje terapeut synchronně na obou polovinách těla. Tato

stimulace pomáhá klientům lépe vnímat své tělesné schéma. Nejčastěji se používá u nemocných s poruchami rovnováhy. Důležitá je proto pozice terapeuta, ze které může současně stimulovat obě horní a poté obě dolní končetiny. Před symetrickou stimulací je vhodné klienta stimulovat zklidňující stimulací (Friedlová, 2015).

5.1.1.5 ROZVIJEJÍCÍ STIMULACE

Tento typ stimulace aplikujeme u klientů, jejichž tělesné schéma je destabilizované nebo je nutné jej rozvíjet. Rozvíjející stimulaci aplikujeme u klientů ve vigilním kómatu, u dlouhodobě ležících klientů, kvadruplegiků, u předčasně narozených novorozenců a malých dětí především do věku 4 let. Při koupeli tohoto typu klademe důraz na středovou osu těla, protože vnímání malých dětí a dlouhodobě ležících se soustřeďuje právě sem (Friedlová, 2007).

5.1.1.6 DIAMETRÁLNÍ STIMULACE

Tento druh stimulace se nejvíc využívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím, s rizikem vzniku flekčních kontraktur. Technicky je náročná a vyžaduje nácvik pod vedením instruktora certifikovaného kurzu BS.

Mezi nejčastější příčiny vzniku flekčních kontraktur patří poškození mozku, dlouhodobá imobilita, bolest, při které klient hledá úlevovou polohu a také ztráta chuti k pohybu např. u depresivních stavů (Friedlová, 2007).

Diametrální stimulaci můžeme aplikovat nasucho, formou krémování, nebo jako součást celkové koupele, kdy ideální teplota vody je 38-40 °C. Pokud je diametrální stimulace aplikovaná na jedné polovině těla, musí být i druhé polovině těla poskytnuta somatická nabídka. Doporučuje se na opačné straně těla aplikovat alespoň zklidňující stimulaci. Před aplikací této stimulace na končetinách je vhodné stimulovanou část předeřhát nahřívacími polštářky. Modulace končetin se provádí v odlišném směru na flexorových a extenzorových svalech.

Zásady diametrální stimulace:

- na klienta nesaháme studenými rukama
- klient by měl být v jemu příjemné poloze
- stimulovanou končetinu volně polohujeme

- stimulace nesmí být pro klienta ani terapeuta stresová
- během stimulace opakujeme jeden pohyb 3krát (Friedlová, 2007).

Po ukončení stimulace pacienta napolohujeme tak, abychom udrželi končetinu uvolněnou, a přitom zabránili okamžitému návratu do původní polohy. Vhodné jsou flexibilní ortézy vytvořené z dek (Friedlová, 2015).

5.1.1.7 POLOHOVÁNÍ

Svůj tělesný obraz si člověk zabudovává do paměti na základě podnětů už v době nitroděložního vývoje. Tento obraz se fixuje a upevňuje díky stálému přísunu stimulů během života. Již po 10 minutách ležení se vnímání vlastního těla mění. U klientů dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Tento stav se umocňuje u dezorientovaných lidí a u lidí ležících na měkkých matracích. Vnímání svého tělesného obrazu a okolí se u klienta zhoršuje při nedostatku sensorických podnětů a pohybové aktivity. Dalšími faktory ovlivňující vnímání tělesného schématu jsou horečka, bolest, dehydratace, traumatické poškození mozku, léky. U pacienta dochází k degenerativní habituaci, což znamená, že se psychika a vnímání těla nastavily na jednotvárnost.

Postižený člověk sám sebe méně vnímá a zároveň ztrácí tělesnou a psychickou orientaci. Na personál může takový klient působit zmateně, depresivně, či agresivně (Friedlová, 2015).

Cíle polohování v konceptu BS:

- podpora navození spánku
- podpora fyziologických pohybových vzorů klienta
- podpora taktilní schopnosti
- podpora komunikace
- profylaxe dekubitů
- profylaxe bronchopneumonie
- profylaxe tromboembolických nemocí
- umožnění relaxace organismu
- umožnění příjmu potravy
- umožnění optické stimulace
- umožnění orientace v prostoru

- stimulace a stabilizace vnímání tělesného schématu
- učení se nové zkušenosti se svým tělem
- zajištění komfortu a bezpečnosti klienta (Friedlová, 2015).

Mikropolohování neboli částečné polohování je druh polohování, kdy u klienta měníme pouze úhly lehu, sedu, horních a dolních končetin (Bartůněk a kol., 2016).

I takto malým zásahem měníme těžiště těla. Tento typ polohování využíváme hlavně u klientů s oběhovou nestabilitou. Je časově nenáročný, ale pro klienta velmi významný z důvodů přijímání impulzů o změně polohy (Venclíková, 2015).

Při aplikaci tohoto druhu polohování používáme zejména srolované ručníky, prostěradla a malé polohovací pomůcky.

Poloha hnízdo umožňuje klientům odpočívat a navozuje u nich příjemné pocity. Zároveň jim nabízí pocit jistoty a bezpečí. Poloha hnízdo umožňuje klientům také vnímat hranice svého těla.

Polohu hnízda používáme u klientů:

- k podpoře odpočinkové fáze
- k podpoře vnímání tělesných hranic
- po vyšetřeních, či jiných nepříjemných zákrocích
- k podpoře orientace na vlastním těle
- po celkové zklidňující koupeli
- po masáži stimulující dýchání
- k fixaci klientova těla v určité pozici
- k navození pocitu zklidnění
- k stimulaci senzoriky u změn kožního cití
- k podpoře svalového tonu
- u spastických klientů
- u klientů s hypertenzí
- u předčasně narozených dětí (Friedlová, 2007).

Poloha hnízdo se zajišťuje pomocí srolovaných ručníků, dek, prostěradel. Osvědčilo se používání perličkových polohovacích polštářů. Klienta uložíme do polohy na zádech, boku, nebo na břichu. Je možné posadit klienta do křesla. Jeho tělo ohraničíme srolovanými dekami,

ručníky nebo prostěradly. U dětí můžeme použít měkké hračky. Dle biografické anamnézy klienta přikryjeme (Friedlová, 2015).

V průběhu celého výkonu s klientem komunikujeme a sledujeme jeho reakce na poskytnutou péči (viz příloha č. 4).

Poloha mumie umožňuje klientům intenzivně vnímat vlastní tělo a jeho hranice. Tato poloha se používá u neklidných a zmatených klientů. Můžeme ji využít i u klientů agresivních, probouzejících se z kómatu nebo v dospávací fázi po anestezii. Své uplatnění má i u nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko, u kterých došlo ke změně vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2005).

Pokud je v biografické anamnéze klienta klaustrofobie, tato poloha je kontraindikována. Stejně jako poloha hnízdo se zajišťuje pomocí srolovaných ručníků, prostěradel, perličkových polohovacích polštářů. Klienta zabalíme do deky nebo prostěradla od nohou směrem k horní části těla, kde prostěradlo nebo deku fixujeme přeložením jejich konců pod tělo. Polohu mumie lze kombinovat s polohou hnízda, kdy klienta v hnízdě zabalíme do prostěradla se všemi polohovacími pomůckami, nebo naopak klienta v mumii obložíme polohovacími pomůckami kolem těla. Ruce klienta k tělu nebalíme, pokládáme je na hrudník, čím mu umožníme vnímání vlastního dechu a možnost se z této polohy vymanit, pokud bude chtít. Hlavu klienta vypodložíme polštářem. Podložíme taky kolena, lokty a paty. V první fázi klienta sledujeme, vykazuje-li nelibé reakce, mumii uvolníme. Doporučuje se klienty nenechávat v této poloze déle než 20 minut (viz příloha č. 5) (Friedlová, 2005).

5.1.1.8 KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ A MSD

Dýchání patří mezi základní lidské potřeby, je to první autonomní činnost po narození dítěte. Změny v dýchání signalizují somatické nebo psychické změny. Nedostatečné dýchání má za následek nedostatek kyslíku a vede ke snížení tělesné síly a energie. Člověk má potom problémy vnímat okolní svět a dění kolem sebe. Kontaktní dýchání spolu s MSD může být prostředkem k navázání komunikace s klientem (Friedlová, 2007).

Tento typ stimulace se nejčastěji využívá u neklidných, hysterických klientů (Kličková, 2009).

Při kontaktním dýchání má terapeut své ruce položené na hrudníku klienta a doprovází ho při nádechu i výdechu. Výdech může být podpořen vibrací rukou ošetřujícího nebo stlačením

hrudníku v době výdechu klienta. Kontaktní dýchání můžeme klientovi poskytnout jeho vlastní rukou, kterou položíme na jeho hrudník. U malých dětí se tento typ dýchání aplikuje formou hrudník na hrudník, kdy má terapeut na svém hrudníku hrudník dítěte a společně dýchají. Ještě k intenzivnějšímu uvědomování si sebe sama, ale také ke vnímání vibračních podnětů dochází v případě, kdy terapeut zpívá, mluví nebo pobrukuje, vydává zvuky (Friedlová, 2015).

Cílem MSD je dosažení pravidelné a klidné dechové frekvence. MSD se nejvíce uplatňuje u klientů s poruchami spánku, bolestí, depresí a u umírajících (Kostelanská, 2016).

V intenzivní péči se MSD využívá při weaningu a u klientů s inhalační nebo CPAP maskou (Friedlová, 2007).

MSD se obvykle aplikuje na zádech, ale lze použít i ventrální stranu trupu. Klienta posadíme, pomůžeme mu zaujmout pro něj příjemnou polohu, uvolníme mu oděv tak, abychom mohli pracovat na celé ploše zad. Používáme krém, gel nebo olej. U ležících klientů volíme polohu na boku nebo na břicho. Masáž můžeme aplikovat i ve stoje, kdy se klient opře rukama o stůl. Masážní prostředek si nanese na ruce, zahřejeme na teplotu těla a poté ruce přiložíme na zátylek klienta. Ruce tlakem spouštíme pomalu podél páteře k sakrální oblasti klienta. Úkon třikrát opakujeme, neztrácíme přitom kontakt s klientovým tělem. Potom následuje vytváření celkem tří kruhů na zádech po dobu minimálně 3 minut. MSD je ukončena třemi podélnými tahy podél páteře. Na závěr MSD v sakrální oblasti zřetelně zatlačíme, poté je vhodné nechat klienta odpočinout (viz příloha č. 6) (Friedlová, 2005).

5.1.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE

Vestibulární stimulace se zaměřuje na uvědomování si změny polohy, prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Jedná se o lineární, rotační, statické pohyby hlavy. Pokud ke změnám polohy hlavy dochází jen zřídka, vestibulární aparát ztrácí schopnost pružně reagovat na změnu polohy (Friedlová, 2007).

U klientů se může vyskytnout nauzea, kolapsový stav, zvýšené svalové napětí a bolesti hlavy (Kostelanská, 2016).

Vestibulární stimulaci používáme u imobilních klientů, u nemocných s těžkým stupněm demence, s těžkou a hlubokou mentální retardací a u klientů s rozvíjející se svalovou

spasticitou (Friedlová, 2007).

U ležícího klienta provádíme vestibulární stimulaci prostřednictvím nepatrných pohybů jeho hlavou. Hlava je v neustálém kontaktu s podložkou, rukama ji fixujeme tak, abychom nezakrývali obličejovou část a mírně s ní otáčíme do stran. Tento pohyb opakujeme 3-5krát. Aplikace vestibulární stimulace je vhodná před každou změnou polohy klienta. Při provádění stimulace u sedícího klienta má klient dlaně a plosky nohou opřené o podložku, terapeut může sedět za ním nebo vedle a svým tělem mu poskytovat oporu. Další možností vestibulární stimulace je tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli. Při provádění této metody terapeut sedí nebo klečí za klientem, jeho hlavu si opírá o hrudník, tělo fixuje na svém těle a provádí pohyb ve smyslu ležaté osmičky. K vestibulární stimulaci můžeme používat různé závěsné sítě, houpačky, vaky a můžeme ji kombinovat se stimulací somatickou, kdy klienta současně polohujeme do mumie nebo hnízda (Friedlová, 2015).

5.1.3 VIBRAČNÍ STIMULACE

Pomocí vibrační stimulace zprostředkováváme klientovi vjemy z jeho těla. Vnímání vibrací je individuální. Nejčastěji se tato stimulace aplikuje u klientů v kómatu, s hlubokou mentální retardací a u nemocných, kteří se připravují k mobilizaci a následné vertikalizaci. K vibrační stimulaci používáme holící strojky, elektrické zubní kartáčky, vibrátory, vibrující hračky, sedátka, křesla. Vibrátory přikládáme do okolí kloubů horních i dolních končetin, můžeme je vložit do dlaně klienta. Pokud provádíme celotělovou stimulaci, vibrátor necháme působit na matraci, na které klient leží. Vibrační stimulaci můžeme provádět i manuálně. Svě teplé ruce přiložíme po obvodu kloubu a přiměřeným tlakem rukou velmi jemnými pohyby vibrujeme. Další možností provedení je přiložení hrudníku klienta na hrudník terapeuta, který většinou sedí za ním. V této pozici má možnost klient celým hrudníkem vnímat tlak a vibrace hrudníku mluvícího terapeuta. Kontraindikací vibrační stimulace jsou varixy, krvácivé stavy a poruchy celistvosti kůže (Friedlová, 2007).

5.2 NÁSTAVBOVÉ PRVKY BS

Nástavbové prvky BS úzce navazují na prvky základní a rovněž podporují hybnost, vnímání, komunikaci a autonomii klienta.

5.2.1 OPTICKÁ STIMULACE

Stereotypní prostředí s nedostatkem vizuálních podnětů zvláště u klientů hospitalizovaných na JIP působí negativně. Pohled, který se jim naskýtá v poloze vleže na zádech je velmi stresující. Předměty, které klient vidí, nemá uložené v paměťových stopách, a tak je pro něj obtížné tuto situaci adekvátně zpracovat, což se může projevit úzkostí, strachem, neklidem až agresí. Při jakékoliv změně polohy se mění klientovo zorné pole, proto je vhodné integrovat do prostředí klienta, něco, co klient zná (obrázky, fotky, ...). Tato stimulace se nejvíc využívá u klientů geriatrických, s poruchami vědomí a zraku.

Při aplikaci optické stimulace dodržujeme tyto zásady:

- nabízíme podněty zřetelně světlé nebo zřetelně tmavé
- klientovi umožníme vnímat denní dobu (den, noc)
- klientovi umožníme sledovat hodiny
- pokud je to možné, obličej klienta vystavíme sluneční expozici
- vymalování stropu má být odlišné od výmalby stěn
- nabízené obrázky musí být dostatečně velké, nejlíp formát A3 a musí být umístěné do zorného pole klienta
- obrázky by měl klient znát, pozor na negativní asociace
- u klientů s poruchami zraku volíme obrázky černo-bílé
- pokud nabídneme klientovi televizi, dle biografické anamnézy zvolíme oblíbený kanál
- pokud klient používá kompenzační pomůcky, nezapomínáme mu je nasadit
- optickou stimulaci dávkujeme postupně, aby nedošlo k přetížení klienta (Friedlová, 2007).

Během aplikace optické stimulace, sledujeme reakce klienta a adekvátním způsobem na ně reagujeme. Optickou stimulaci u klientů kombinuje se stimulací somatickou a vestibulární (viz příloha č. 7).

5.2.2 ORÁLNÍ STIMULACE

Cílem orální stimulace je stimulace vnímání a zprostředkování vjemů z ústní dutiny. Lze jí provádět izolovaně, nebo jako přípravu na perorální příjem klienta. Předpokladem pro úspěšnou orální stimulaci je příjemná poloha klienta, která mu umožní lepší koncentraci. Ke klientovi přistupujeme ze strany, použijeme iniciální dotek. Před vstupem do ústní dutiny

dáme somatickou stimulací obličeje klientovi najevo, ve které části těla budeme provádět péči. Podle biografické anamnézy použijeme oblíbené a známé chutě klienta. Nekombinujeme víc než tři chutě. V případě, že klient neotevře ústa, nabídneme mu stimulaci čichovou, vestibulární, somatickou, případně lehkou stimulaci rtů (viz příloha č. 8).

Orální stimulace nenahrazuje péči o ústní dutinu ani nácvik polykacího reflexu, ale můžeme je kombinovat (Friedlová, 2007).

5.2.3 AUDITIVNÍ STIMULACE

Pomocí auditivní stimulace můžeme s klientem navázat kontakt, zprostředkovat mu informace o jeho těle, mobilizovat vzpomínky, budovat pocit jistoty. Při aplikaci této stimulace bereme ohled na biografickou anamnézu a můžeme využít vlastní řeč, zpěv, TV, rádio, aj. Osvědčilo se, pokud na klienta hovoří jeho blízká osoba. U klientů, kteří používají kompenzační pomůcky, nezapomínáme na jejich nasazení (viz příloha č. 9). Důležité je eliminovat rušivé faktory, mluvit jasně a zřetelně bez zdrobnělin (Václavková, 2011).

5.2.4 OLFAKTORICKÁ STIMULACE

Olfaktorická stimulace se nejčastěji využívá u klientů po mozkových úrazech ve vegetativním stavu a u klientů s demencí a kombinuje se se stimulací optickou a taktilně-haptickou. Abychom nevyvolali negativní reakce, je vhodné zjistit, které vůně klient upřednostňuje. Stimulaci nenabízíme kontinuálně, aby si klient ne danou vůni nezvykl. Vhodné pomůcky k olfaktorické stimulaci jsou vlastní toaletní potřeby (Vašíčková, 2008).

5.2.5 TAKTILNĚ – HAPTICKÁ STIMULACE

Taktilně – haptická stimulace je druh stimulace pomocí známých materiálů a věcí. Nejvíce se využívá u klientů neklidných, s demencí, v kómatu po mozkových úrazech a u seniorů. K této stimulaci lze použít známé věci klienta, které u něj vyvolávají pocit jistoty a bezpečí, ale i zcela nové předměty. Využíváme hygienické pomůcky, předměty denního života, předměty spojené s koníčky, zaměstnáním. U dětí používáme oblíbené hračky. Cílem taktilně-haptického stimulování je stimulace senzorky a motoriky ruky a stimulace vnímání (Friedlová, 2015).

Do taktilně-haptické stimulace můžeme zapojit i příbuzné klienta.

6 BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Jejím cílem je podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírnění utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti“ (Věstník MZ ČR 9/2004, s. 3).

Bazální stimulace patří v zahraničí, hlavně v zemích EU k velmi populárním ošetřovatelským konceptům. V České republice je osm certifikovaných a několik desítek akreditovaných pracovišť. Jejich mapa je dostupná na www.bazalni-stimulace.cz. Je oblíbená nejenom pro finanční nenáročnost, ale také pro to, že k aplikaci konceptu nejsou potřebné zvláštní pomůcky. Plně respektuje individualitu člověka a zkvalitňuje ošetřovatelskou péči.

Jak již bylo výše zmíněno, pro poskytnutí opravdové individuální péče je důležité znát návyky, zvyky, rituály klienta. Tyto informace získáváme odběrem biografické anamnézy od samotného klienta nebo jeho příbuzných. Integrace biografických údajů do ošetřovatelské anamnézy odebírané při příjmu nabízí možnost najít cestu ke klientovi, pochopit jeho svět.

Mezi prvky integrovatelné do ošetřovatelské anamnézy patří:

- zaměstnání, sociální situace
- návštěvy (kdo může a kdo nemůže navštěvovat)
- o jaký typ klienta se jedná (klidný, živý, společenský, ...)
- jak slyší (kompenzační pomůcky)
- jak vidí (kompenzační pomůcky)
- denní rytmus
- lateralita
- oblíbené doteky
- jak spí (poloha, přikrývky)
- oblíbené jídlo/co rád nemá
- oblíbené pití/co rád nemá
- rituály při hygieně (čištění zubů, holení)
- oblíbená hudba, filmy

- oblíbené vůně
- co dělá v případě bolesti
- formy relaxace
- důležitý zážitek v poslední době

Následné plánování a poskytování ošetrovatelské péče umožňuje ošetřujícímu personálu individuální, humánní přístup ke každému klientovi a respektování jeho autonomie. Stimulující péče na bazální úrovni by neměla překročit 20 minut. Po uplynutí této doby klesá schopnost koncentrace klienta a snižuje se také schopnost přijímání podnětů (Friedlová, 2015).

6.1 ZÁSADY BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Při poskytování bazálně stimulující ošetrovatelské péče je velmi důležitá spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu. Velmi významné je i dodržování následujících kroků:

- Přivítejte se a rozlučte s klientem, pokud možno vždy stejnými slovy.
- Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě.
- Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
- Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
- Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
- Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
- Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.
- Nehovořte s více osobami najednou.
- Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
- Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2015).

6.2 CÍLE BAZÁLNĚ STIMULUJÍCÍ PÉČE

Cíle bazálně stimulační péče byly formulované A. Fröhlichem a Ch. Biensteinovou v roce 2003. Základem byla Maslowova pyramida lidských potřeb. Cíle jsou jednotné v rámci celé Evropy pro klienty v sociální péči, zdravotní péči a v oblasti vzdělávání. Mezi tyto cíle patří:

- zachovat život a zajistit vývoj
- umožnit klientovi vnímat sebe sama a vlastní život
- poskytnout klientovi pocit důvěry a jistoty
- rozvíjet vlastní rytmus klienta
- umožnit klientovi poznat okolní svět
- pomoci klientovi navázat vztah
- umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností
- pomoci klientovi uspořádat život
- poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život
- objevovat svět a vyvíjet se – 10. cíl představený A. Fröhlichem v roce 2010 (Friedlová, 2015).

Pro naplnění potřeb a cílů je nejdůležitější motivace, vůle a síla nemocného překonávat překážky.

7 VYMEZENÍ POJMU INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní péče je podle Zákona č. 372/2011 Sb. definována jako „*neodkladná péče, která je poskytována za účelem zamezení nebo omezení vzniku náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život, nebo by mohli vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí*“ (Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., 2011, s. 8).

Na JIP jsou hospitalizovaní klienti s ohrožením selhání životních funkcí nebo jejich selháním. Na základě této skutečnosti jim je poskytována péče, kterou můžeme rozdělit do tří úrovní.

I. stupeň nebo nejnižší stupeň intenzivní péče je charakterizován pacienty s orgánovou dysfunkcí vyžadující kontinuální monitoraci. U těchto klientů se taktéž vyžaduje menší farmakologická nebo přístrojová podpora. Klienti jsou ohroženi selháním některé orgánové funkce.

II. stupeň zahrnuje pacienty vyžadující monitoring, farmakologickou a přístrojovou podporu pro selhání jedné životní funkce.

III., nejvyšší stupeň intenzivní péče poskytuje péči pacientům se selháním více orgánových funkcí. Zabezpečuje ventilační, farmakologickou a hemodynamickou podporu. Umožňuje kontinuální monitorování nitrolebního tlaku, kontinuální eliminační metody a extrakorporální membránovou oxygenaci (Bartůněk a kol., 2016).

8 DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE BAZÁLNÍ STIMULACI V INTENZIVNÍ PÉČI

Problematikou bazální stimulace v intenzivní péči se zabývalo několik autorek diplomových prací.

Autorka diplomové práce z roku 2007 *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení* Hana Kličková, se zabývala využíváním konceptu BS na anesteziologicko resuscitačních odděleních. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že s konceptem BS pracují na 67 % dotazovaných oddělení. Nejčastějším důvodem nepoužívání konceptu je podle ní nedostatek proškoleného personálu.

Klimešová Pavla, autorka diplomové práce z roku 2008, *Bazální stimulace v ošetrovatelské praxi* zkoumala, jestli personál na JIP ví, co pojem BS znamená a jestli je koncept využíván v praxi. Dalším zkoumaným jevem byli důvody nevyužívání konceptu. Z jejího výzkumného šetření vyplynulo, že 77 % pracovníků s konceptem BS na svých odděleních pracuje. Jako nejčastější důvod nepoužívání konceptu uvádí také nedostatek proškoleného personálu (66%).

Martina Lišková (2008) se ve své diplomové práci *Bazální stimulace v praxi* zaměřila na používání BS na pracovištích, kam se mimo jiné překládají pacienti z resuscitačních oddělení. Podle ní je na resuscitačních odděleních nejvíce pracovníků ve věku 25-29 let (43%). Pojem BS je znám pro 97 % uchazečů. Pro 28 % uchazečů znamená BS naučit pacienta opět vnímat svoje tělo. Nejčastější důvod, proč koncept BS respondenti nepoužívají, je nedostatek času.

Lenka Vašíčková, autorka diplomové práce *Bazální stimulace pojem známý a neznámý pro všeobecné sestry* z roku 2008 porovnávala znalosti a zkušenosti všeobecných sester pracujících na chirurgických a interních odděleních z FNHK a Krajské nemocnice Pardubice a.s. Z výzkumného šetření vyplývá, že 70 % sester pojem bazální stimulace zná, ale praktickou zkušenost uvádí pouze 47 % respondentek.

EMPIRICKÁ ČÁST

9 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíl č. 1: Zjistit, zda se zdravotní sestry pracující na vybraných pracovištích FN HK s pojmem bazální stimulace již setkaly.

Cíl č. 2: Zjistit, zda se na vybraných pracovištích FN HK s konceptem bazální stimulace pracuje.

Cíl č. 3: Zjistit nejčastější důvody, proč se koncept bazální stimulace na některých pracovištích nepoužívá.

10 POUŽITA METODA VÝZKUMU

Pro výzkum byla zvolena metoda kvantitativního šetření s použitím dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha č. 15). Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 25 položek.

Otázky 1–6 - jejich cílem bylo zjistit identifikační znaky respondentů.

Otázky 7–10 - jejich cílem bylo zjistit povědomí o konceptu BS.

Otázky 11–12 - jejich cílem bylo zjistit skladbu pacientů na jednotlivých JIP.

Otázka 13 - měla za úkol zjistit používání konceptu BS na daném pracovišti.

Otázky 14–20 - byly určeny pro respondenty, kteří koncept BS na svých pracovištích používají.

Otázka 21 - byla určena pro respondenty, kteří koncept BS na svých pracovištích nepoužívají.

Otázky 22–24 - jejich cílem bylo zjistit stanovisko respondentů ke konceptu BS.

Otázka 25 - umožňovala respondentům vyjádřit názory a připomínky k dané problematice.

11 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU, SBĚR DAT

Výzkum probíhal v období říjen–prosinec 2016 u všeobecných sester ve věku od 18 do 60 let na JIP interního typu ve FN HK. Byly vybrány dvě JIP III. stupně a tři JIP II. stupně.

JIP III. stupně: Interní JIP A+B III. interní gerontometabolické kliniky FNHK

Akutní kardiologie JIP I a II I. interní kardioangiologické kliniky FNHK

JIP II. stupně: JIP Neurologické kliniky FNHK

JIP Plicní kliniky FNHK

Geriatrická JIP III. interní gerontometabolické kliniky FNHK

Výzkum probíhal se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Dany Vaňkové a vrchních sester příslušných klinik (viz příloha č. 16). Před samotným zahájením výzkumu proběhla pilotní studie (září 2016), kdy bylo distribuováno pět dotazníků. Na základě této pilotní studie byla pozměněna otázka č. 12 Pro jaké pacienty hospitalizované na Vašem oddělení je podle Vás BS vhodná?

Celkem jsem rozdala 81 dotazníků. Na resuscitační JIP 60 dotazníků. Na JIP nižšího typu celkem 21 dotazníků. Z 81 dotazníků se vrátilo 68, z toho jsem pro neúplné vyplnění vyřadila 3 dotazníky. Kompletně vyplněných dotazníků bylo 65 (80,25 %). Řádně vyplněné dotazníky jsem vyhodnocovala v programu Microsoft Excel 2016.

12 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

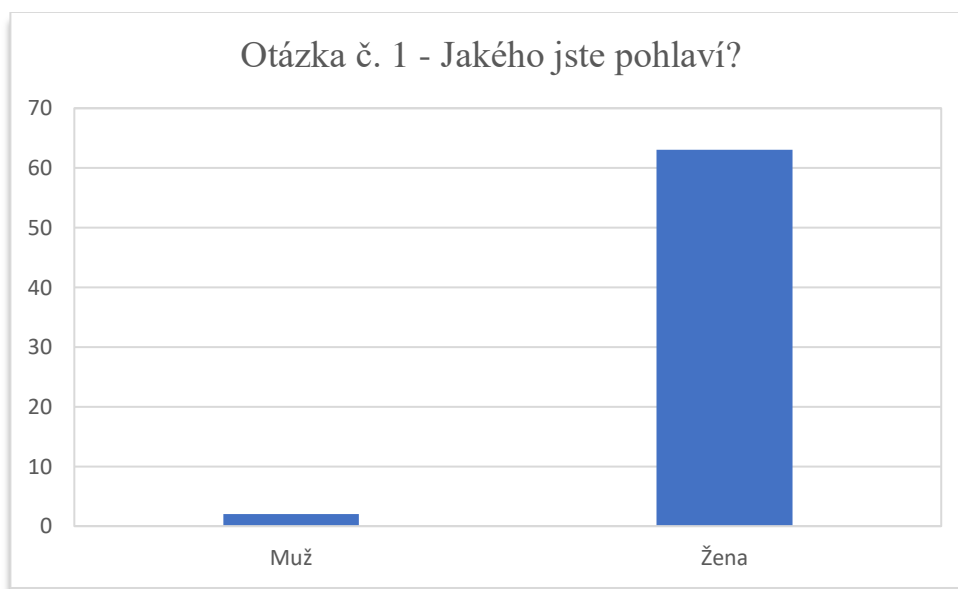
Otázka č. 1 - Jakého jste pohlaví:

- žena
- muž

Tab. č. 2 Pohlaví

Pohlaví	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	63	96,9 %
Muž	2	3,1 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 1 Pohlaví



Z celkového počtu **65** dotazovaných respondentů (100%) bylo **63 žen** 96,9 %. Podstatně nižší zastoupení měli **muži** 3,1 %. Celkem byli **2**.

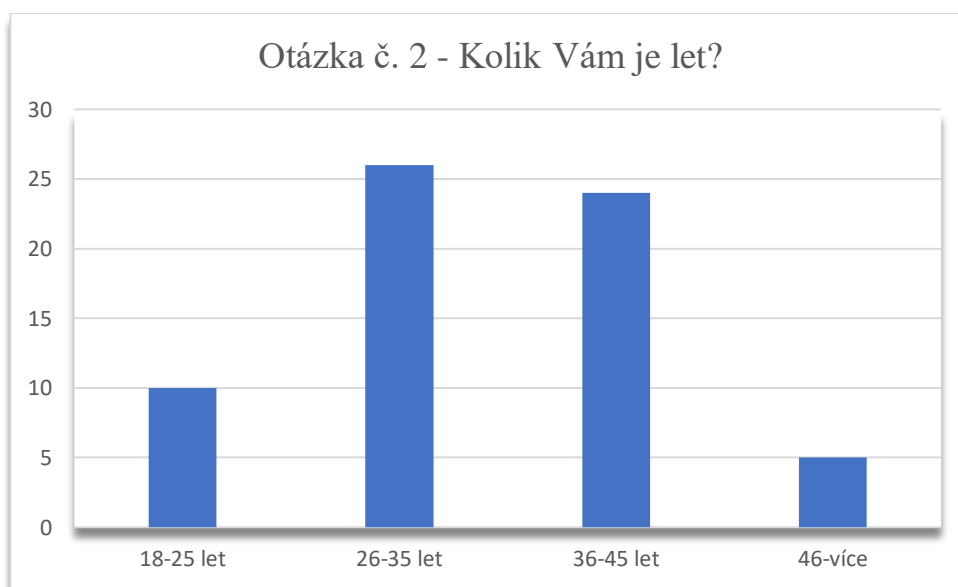
Otázka č. 2 – Kolik Vám je let:

- 18-25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46 a více

Tab. č. 3 Věk

Věk	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	10	15,4 %
26-35	26	40,0 %
36-45	24	36,9 %
46 a více	5	7,7 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 2 Věk



Ze všech dotazovaných tvořili nejpočetnější skupinu zdravotní sestry v rozmezí **26-35 let** celkem **26** (40,0 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily zdravotní sestry ve věku **36-45 let** celkem **24** (36,9 %). Skupinu **18-25 let** tvořilo **10** respondentů což je 15,4 % dotázaných. Věkovou skupinu **46 let** a více označilo 7,7 % dotazovaných (**5** sester).

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Střední zdravotnická škola
- Vyšší odborná škola zdravotní
- Vysoká škola – bakalář
- Vysoká škola – magistr
- Specializační studium, jaké?
- Jiné, jaké?

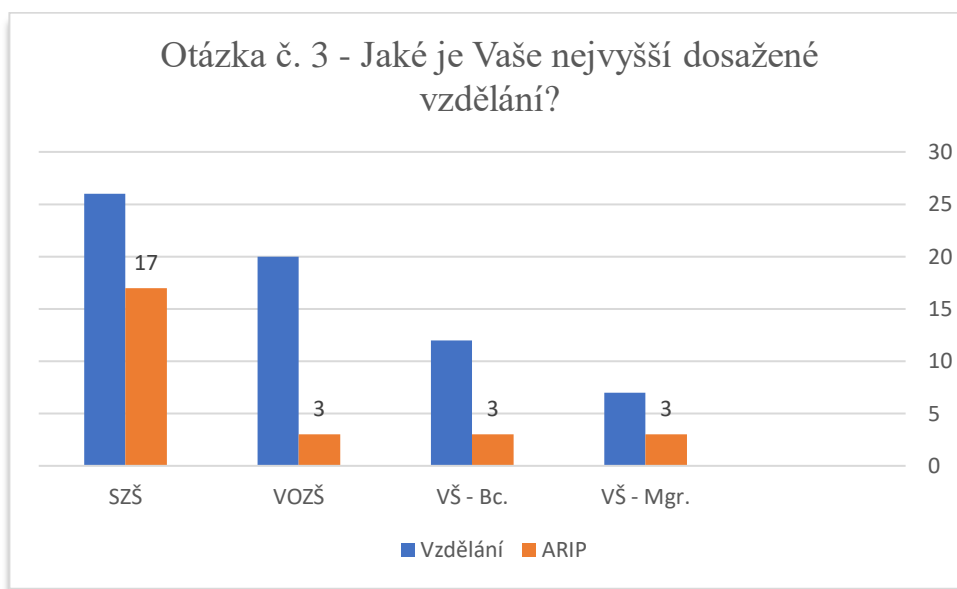
Tab. č. 4 Vzdělání

Vzdělání	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	26	40,0 %
VOŠZ	20	30,8 %
VŠ - Bc.	12	18,4 %
VŠ - Mgr.	7	10,8 %
Celkem	65	100 %

Tab. č. 5 ARIP specializace

ARIP specializace	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	17	65,5 %
VOŠZ	3	11,5 %
VŠ - Bc.	3	11,5 %
VŠ - Mgr.	3	11,5 %
Celkem	26	100 %

Graf č. 3 Vzdelání



Z celkového počtu **65** dotazovaných je 40,0 % personálu s ukončeným **středoškolským vzděláním**. Celkem **26** respondentů. Další početní skupinu tvoří **20** respondentů s ukončeným **VOŠZ** což tvoří 30,8 %. S vysokoškolským **bakalářským** vzděláním v oblasti intenzivní péče pracuje **12** zdravotních sester (18,4 %). Nejmenší zastoupení mají zaměstnanci s vysokoškolským **magisterským** vzděláním. Celkem **7** respondentů (10,8 %).

Z Celkového počtu **65** dotázaných označilo **26** respondentů i **ARIP** specializaci (40 %). Z **26** respondentů s **ARIP** specializací je 65,5 % (**17**) s nejvyšším dosaženým **středoškolským vzděláním**. Stejný počet zdravotních sester s ARIP specializací označilo v dotazníku také **VOŠZ, VŠ - Bc., VŠ - Mgr.** 11,5 % (**3**).

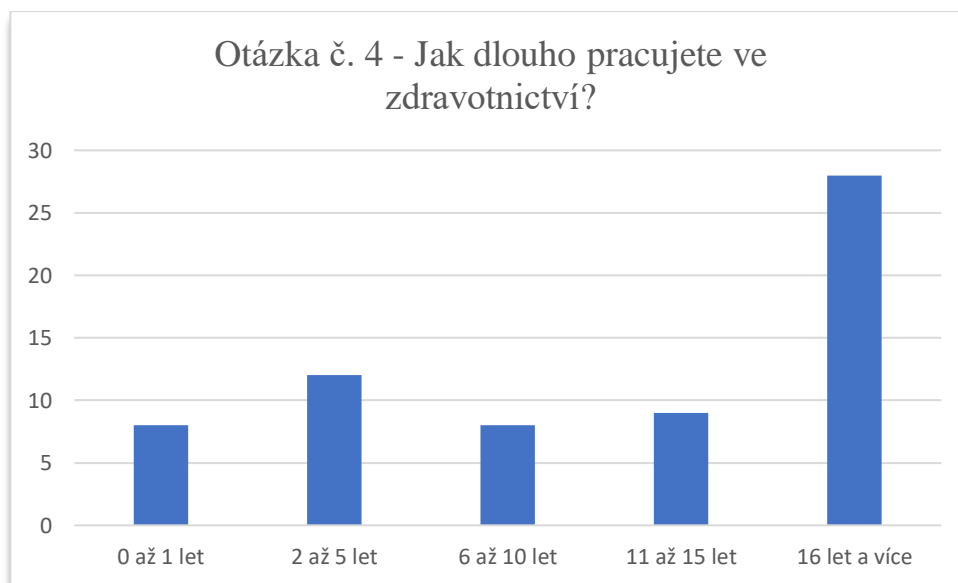
Otázka č. 4 - Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 0-1 let
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16 let a více

Tab. č. 6 Délka praxe

Délka praxe	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
0-1 let	8	12,3 %
2-5 let	12	18,5 %
6-10 let	8	12,3 %
11-15 let	9	13,9 %
16 let a více	28	43,0 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 4 Délka praxe



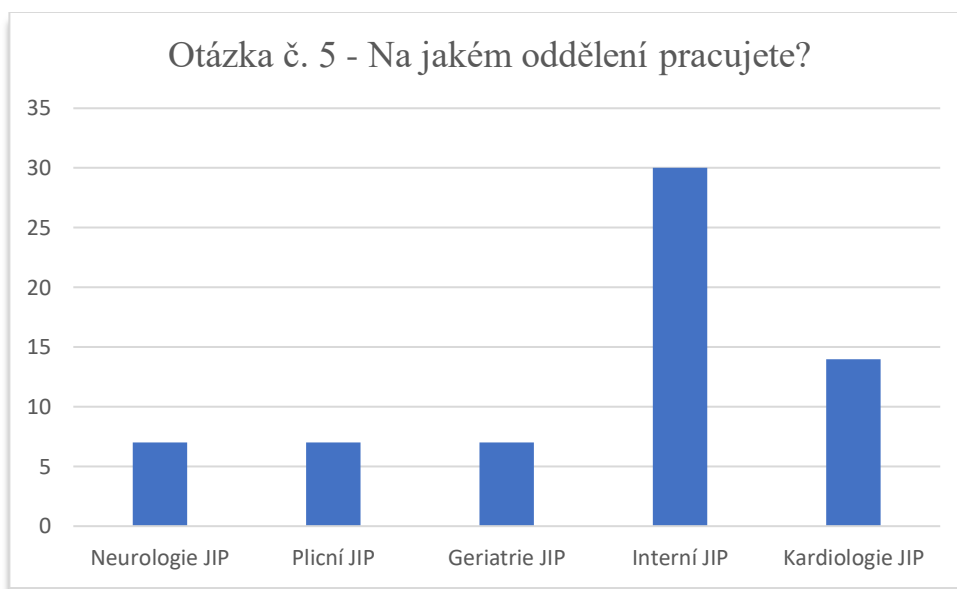
Nejpočetnější skupinu tvořily zdravotní sestry s **délkou praxe 16 let a více**, celkem 43 % (**28 respondentů**). 18,5 % tvořili respondenti s délkou praxe **2-5 let**, celkem **12**. Ostatní skupiny byly téměř vyrovnané: délka praxe **11-15 let** celkem **9** (13,9 %) respondentů, délka praxe **0-1 let** – **8** dotazovaných (12,3 %), délka praxe **6-10 let** také **8** (**12,3 %**) dotazovaných.

Otázka č. 5 – Na jakém oddělení pracujete? Prosím napište...

Tab. č. 7 Oddělení

Oddělení	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
JIP interní A+B	30	46,1 %
JIP kardiologie	14	21,5 %
JIP neurologie	7	10,8 %
JIP plicní	7	10,8 %
JIP geriatric	7	10,8 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 5 Oddělení



Z 65 (100%) vrácených a řádně vyplněných dotazníků bylo **30** (46,1 %) vyplněno na **Interní JIP A+B**, druhou největší skupinu tvořily dotazníky z **JIP kardiologické** celkem **14** (21,25 %). Z ostatních JIP (**neurologie, plicní, geriatric**) se vrátilo po **7** (10,8 %) dotaznicích.

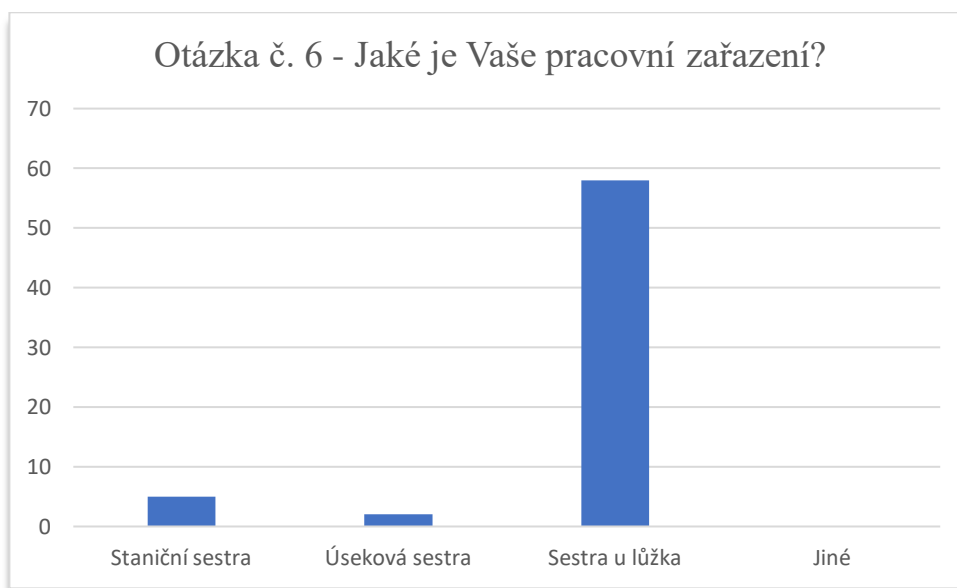
Otázka č. 6 – Jaké je Vaše pracovní zařazení

- staniční sestra
- úseková sestra
- všeobecná sestra u lůžka
- jiné, prosím uveďte

Tab. č. 8 Pracovní zařazení

Pracovní zařazení	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Staniční sestra	5	7,7 %
Úseková sestra	2	3,1 %
Všeobecná sestra u lůžka	58	89,2 %
Jiné	0	0 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 6 Pracovní zařazení



Z celkového počtu 65 (100%) dotazovaných pracuje **58** (89,2%) respondentů jako **sestra u lůžka**. Možnost **staniční sestra** označilo celkem **5** respondentů (7,7%). **Úseková sestra** zaškrtnuly 2 respondenti (3,1%). Možnost jiné nebyla označena.

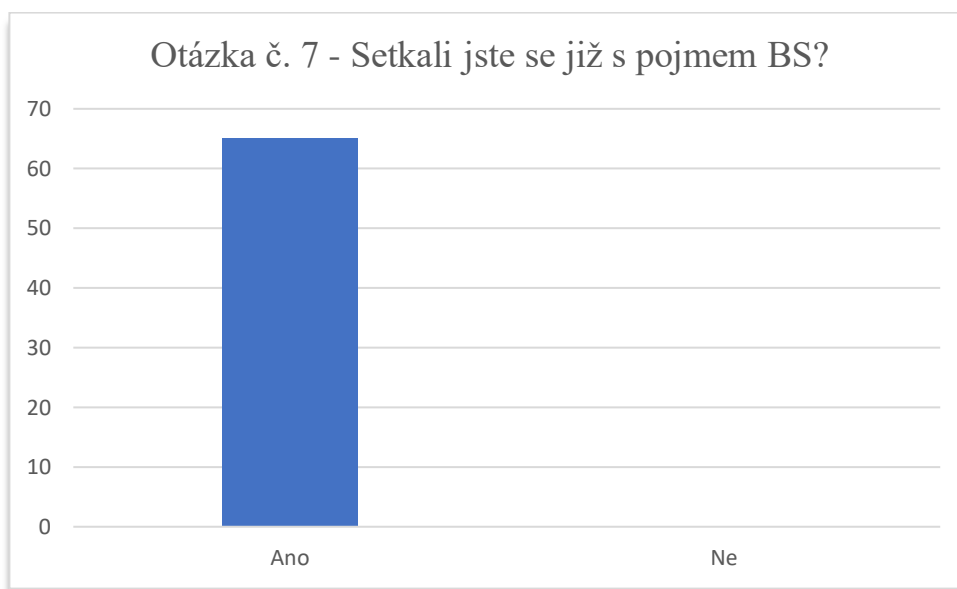
Otázka č. 7 - Setkali jste se již s pojmem BS?

- ano
- ne

Tab. č. 9 Pojem BS

Pojem BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 7 Pojem BS



S **pojmem BS** se setkalo **65** respondentů což je 100 %. Odpověď ne neoznačil nikdo.

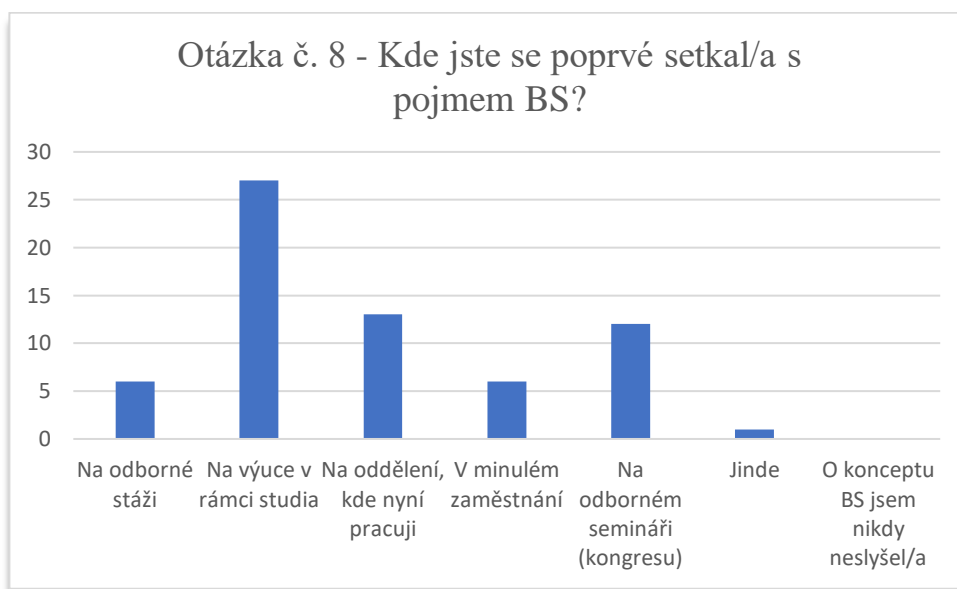
Otázka č. 8 - Kde jste se poprvé v praxi setkal/a s pojmem BS?

- na odborné stáži
- na výuce v rámci studia
- na oddělení, kde nyní pracuji
- v minulém zaměstnání
- na odborném semináři (kongresu)
- jinde, kde
- o konceptu BS jsem ještě nikdy neslyšel/a

Tab. č. 10 Setkání s BS

Setkání s BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Na odborné stáži	6	9,2 %
Na výuce v rámci studia	27	41,5 %
Na oddělení, kde nyní pracuji	13	20,0 %
V minulém zaměstnání	6	9,2 %
Na odborném semináři	12	18,5 %
Jinde	1	1,5 %
O konceptu BS jsem neslyšela	0	0 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 8 Setkání s BS



Z celkového počtu **65** dotazovaných se **27** (41,5 %) poprvé s pojmem BS setkalo **na výuce v rámci studia**. **Na oddělení, kde nyní pracují**, se s pojmem BS setkalo **13** (20 %) dotazovaných. **12** (18,5 %) osob ze sesterského personálu se s pojmem BS setkalo **na odborném semináři**. **Na odborné stáži** a **v minulém zaměstnání** se poprvé s konceptem BS setkalo po **6** (9,2 %) respondentů. Možnost **jinde** (v agentuře domácí péče) označil **1** (1,5 %) dotazovaný. O konceptu BS jsem ještě neslyšela neoznačil nikdo.

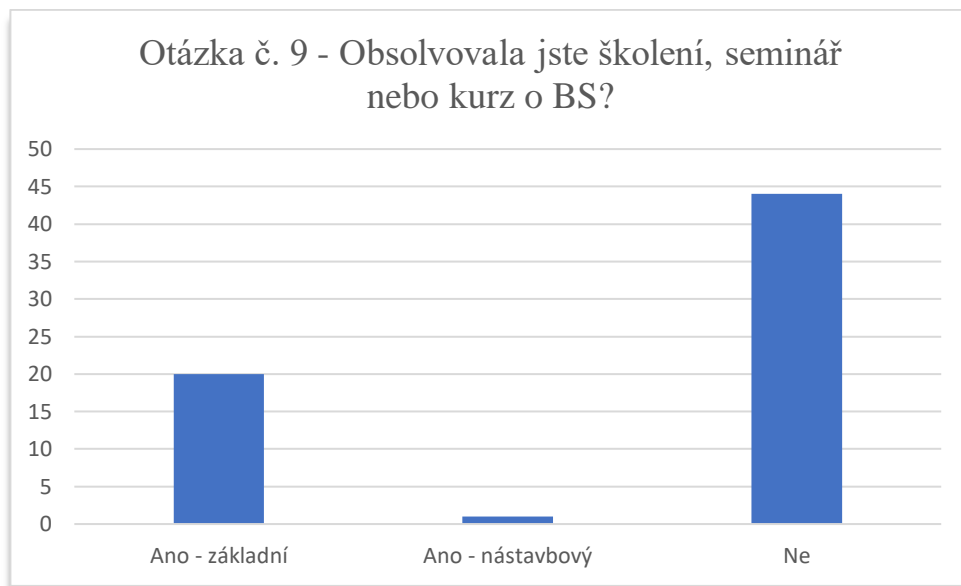
Otázka č. 9 - Absolvoval/a jste školení, seminář, nebo kurz o BS?

- ano – základní
- ano – nástavbový
- ne

Tab. č. 11 Kurz BS

Kurz BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano – základní	20	30,8 %
Ano – nástavbový	1	1,5 %
Ne	44	67,7 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 9 Kurz BS

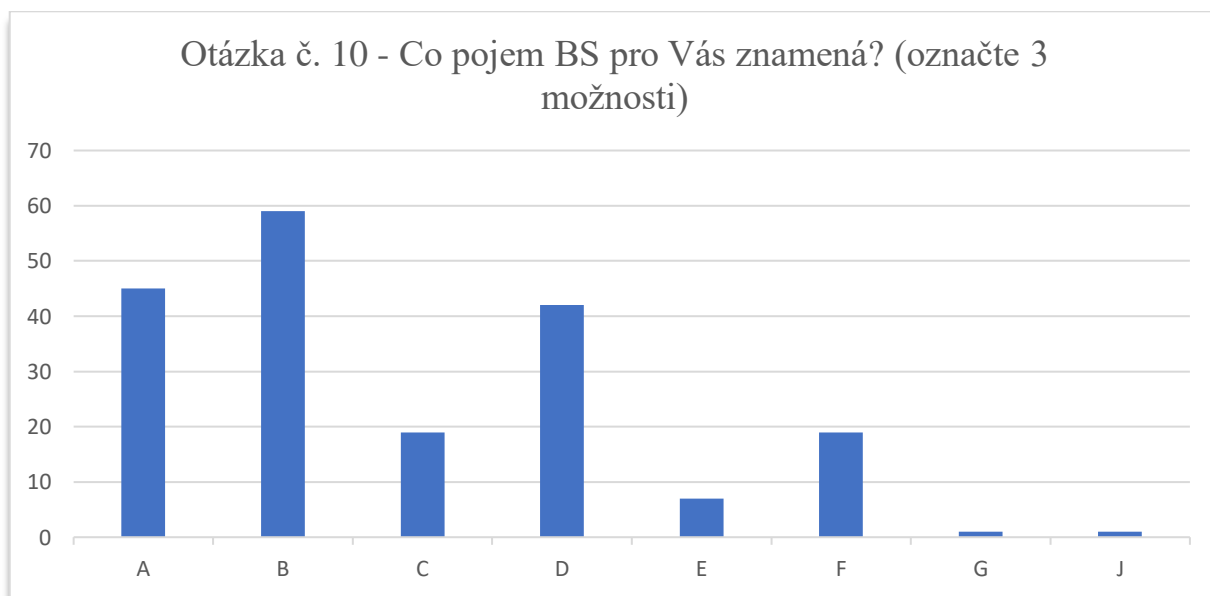


20 (30,8 %) dotazovaných absolvovalo **základní** kurz BS. **1** (1,5 %) respondent absolvoval **nástavbový** kurz BS. Možnost **ne** označilo **44** (67,7 %) respondentů.

Otázka č. 10 - Co pojem bazální stimulace pro Vás znamená? (označte prosím 3 možnosti)

- A – profesionální ošetrovatelskou péči, která vychází s individuálních potřeb pacienta
- B – stimulaci smyslových orgánů
- C – podpora a vedení pacienta při uspokojování jeho potřeb
- D – naučit pacienta opět vnímat svoje tělo
- E – možnost spolupráce všech členů týmu
- F – zlepšení spolupráce s pacientem a jeho rodinou
- G – seberealizace ošetrovatelského personálu
- H – práce navíc „žrout“ času
- I – finanční zatížení pro zdravotnické zařízení
- J – navýšení personálu na ošetrovací jednotce
- K – nepodporuje vlastní identitu pacienta
- L – neumožňuje ošetrovatelskému personálu rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti
- M – jiné

Graf č. 10 Význam BS pro respondenta



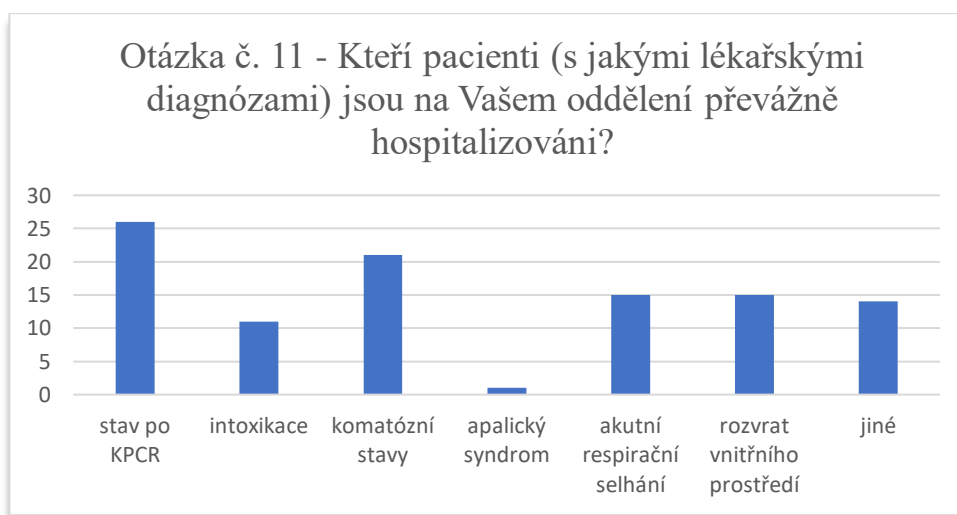
Každý z **65 respondentů** u této otázky označil 3 možnosti. Nejvíce byla označována odpověď č. 2 – **stimulace smyslových orgánů**. Celkem ji označilo **59 (90,8 %)** z 65

respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla **profesionální ošetrovatelská péče**. Celkem ji označilo **45** (69,2 %) dotazovaných. Třetí nejčastější odpovědí byla čtvrtá možnost, **naučit pacienta opět vnímat svoje tělo**. Celkem ji označilo **42** (64,6 %) respondentů. **Podpora vedení pacienta** byla označena **19** (29,2 %) respondenty. Celkem **19** (29,2 %) dotazovaných si zvolilo možnost **zlepšení spolupráce s pacientem a jeho rodinou**. Pro **7** (10,8 %) dotazovaných znamená koncept BS také **možnost spolupráce všech členů týmu**. Celkem **1** (1,5 %) respondent označil možnost **seberealizace** a **1** (1,5 %) respondent zvolil možnost **navýšení personálu na ošetrovací jednotce**. Ostatní možnosti se v odpovědích respondentů nevyskytly, proto jsem je do grafu neumístila.

Otázka č. 11 - Kterí pacienti (s jakými lékařskými diagnózami) jsou na Vašem oddělení převážně hospitalizováni? (lze uvést více možných odpovědí)

- polytrauma
- stav po KPCR
- intoxikace
- komatózní stavy
- apalický syndrom
- akutní respirační selhání
- subdurální/epidurální hematom
- rozvrat vnitřního prostředí
- jiné

Graf č. 11 Nejčastější diagnózy pacientů



Z 65 účastníků dotazníkového šetření jich 26 (40 %) označilo stav po **KPCR**. Druhou nejčastěji označenou položkou byly **komatózní stavy**. Celkem tuto možnost označilo 21 (32,3 %) dotazovaných. Třetí nejčastěji označovanou položkou bylo **akutní respirační selhání** a **rozvrat vnitřního prostředí**. Celkem tyto možnosti označilo 15 (23,1 %) respondentů. Možnost **jiné** si zvolilo celkem 14 (21,5 %) dotazovaných. Možnost **intoxikace** označilo 11 (16,9 %) dotazovaných. **Apalický syndrom** byl v dotazníku označen 1krát (1,5 %). Možnosti, které respondenti neoznačili, jsem v grafu neznázornila.

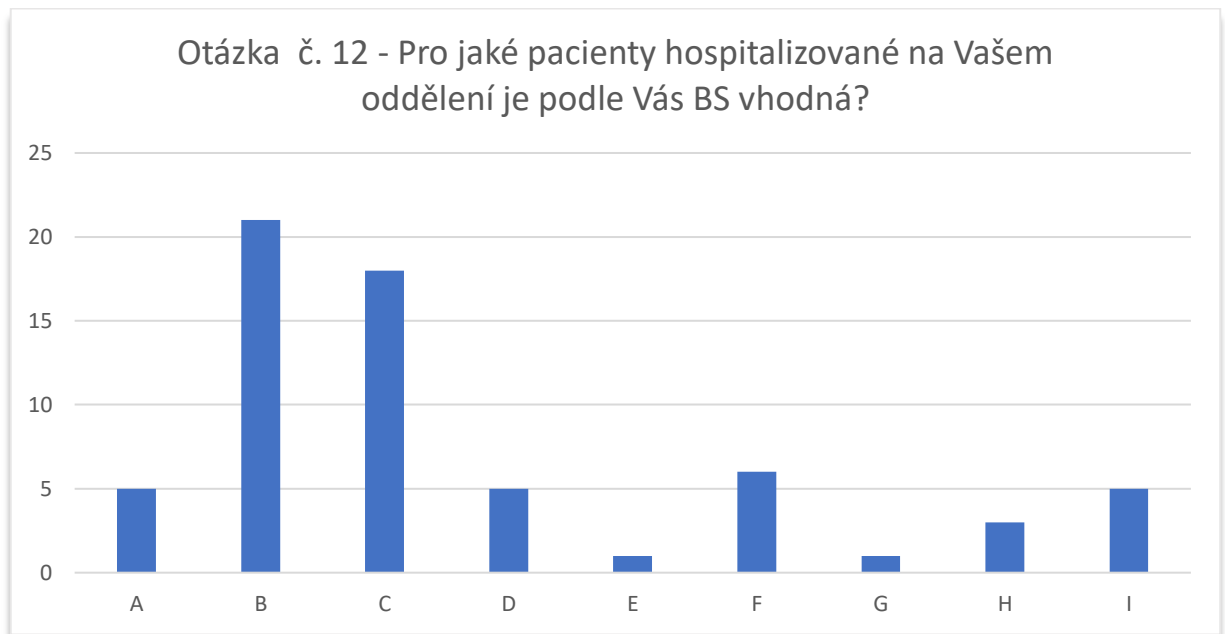
Otázka č. 12 - Pro jaké pacienty hospitalizované na Vašem oddělení je podle Vás BS vhodná?

- A – CMP
- B – KPCR
- C – Komatózní stavy
- D – Pro všechny
- E – Nevím
- F – Dlouhodobě ležící
- G – Terminální stavy
- H – Pacienti s dobrou prognózou
- I – Bezvědomí

Tab. č. 12 Vhodní pacienti k BS

Vhodní pacienti k BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
A - CMP	5	7,7 %
B - KPCR	21	32,3 %
C - Komatózní stavy	18	27,7 %
D - Pro všechny	5	7,7 %
E - Nevím	1	1,5 %
F - Dlouhodobě ležící	6	9,2 %
G - Terminální stavy	1	1,5 %
H - Pacienti s dobrou prognózou	3	4,6 %
I - Bezvědomí	5	7,7 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 12 Vhodní pacienti k BS



Z celkového počtu **65** byla nejčastěji psanou diagnózou **KPR**. Celkem **21krát** (32,3 %). **Komatózní stavy** respondenti označili **18krát** (27,7 %). Třetí nejčastější odpovědí byla **dlouhodobá hospitalizace**, označena celkem **6krát** (9,2 %). Celkově **5krát** (7,7 %) označili respondenti vhodné pacienty k BS s **CMP, bezvědomím** a **všechny** pacienty ležící na oddělení a **3** (4,6 %) dotazovaní označili jako pacienty vhodné k BS ty s **dobrou prognózou**. **1krát** (1,5 %) zazněla odpověď **terminální stavy** a **nevím**.

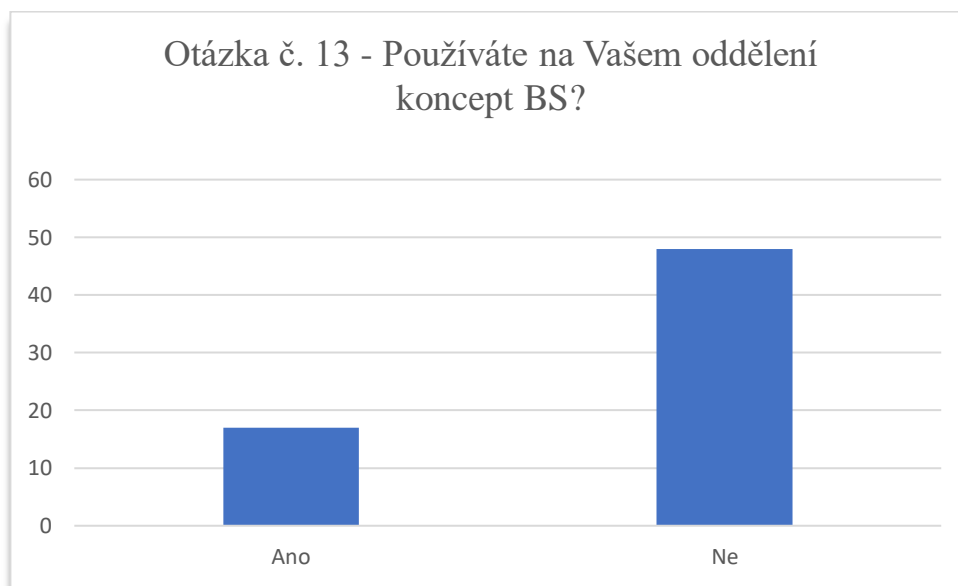
Otázka č. 13 - Používáte na Vašem oddělení koncept BS?

- ano
- ne

Tab. č. 13 Reálné používání konceptu BS

Reálné používání konceptu BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	26,2 %
Ne	48	73,8 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 13 Reálné používání konceptu BS



Z celkového počtu **65** dotazovaných jich **17** (26,2%) označilo odpověď ano a **48** (73,8%) odpověď ne.

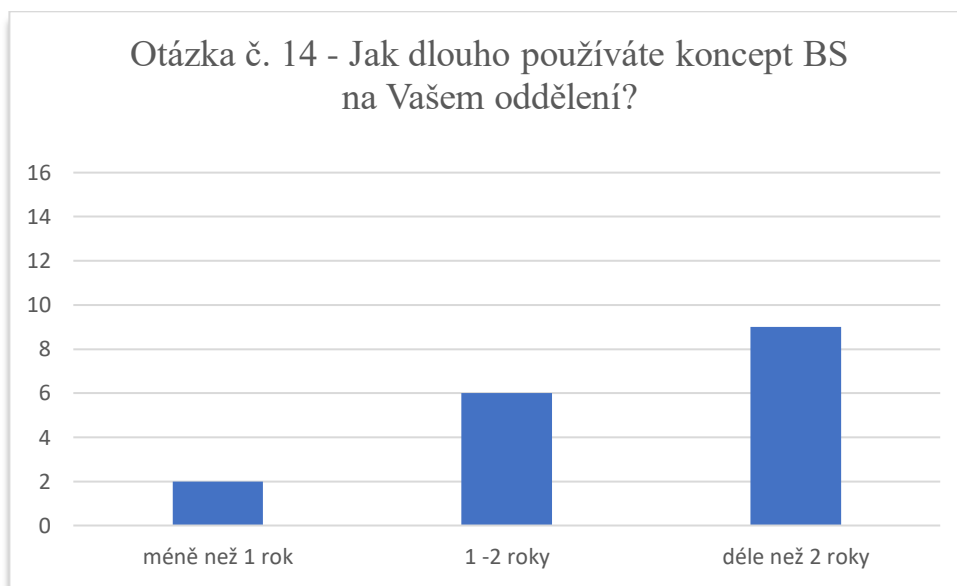
Otázka č. 14 - Jak dlouho používáte koncept BS na Vašem oddělení?

- méně než 1 rok
- 1–2 roky
- déle než 2 roky

Tab. č. 14 Délka používání konceptu BS

Délka používání konceptu BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	2	11,8 %
1-2 roky	6	35,3 %
Déle než 2 roky	9	52,9 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 14 Délka používání konceptu BS



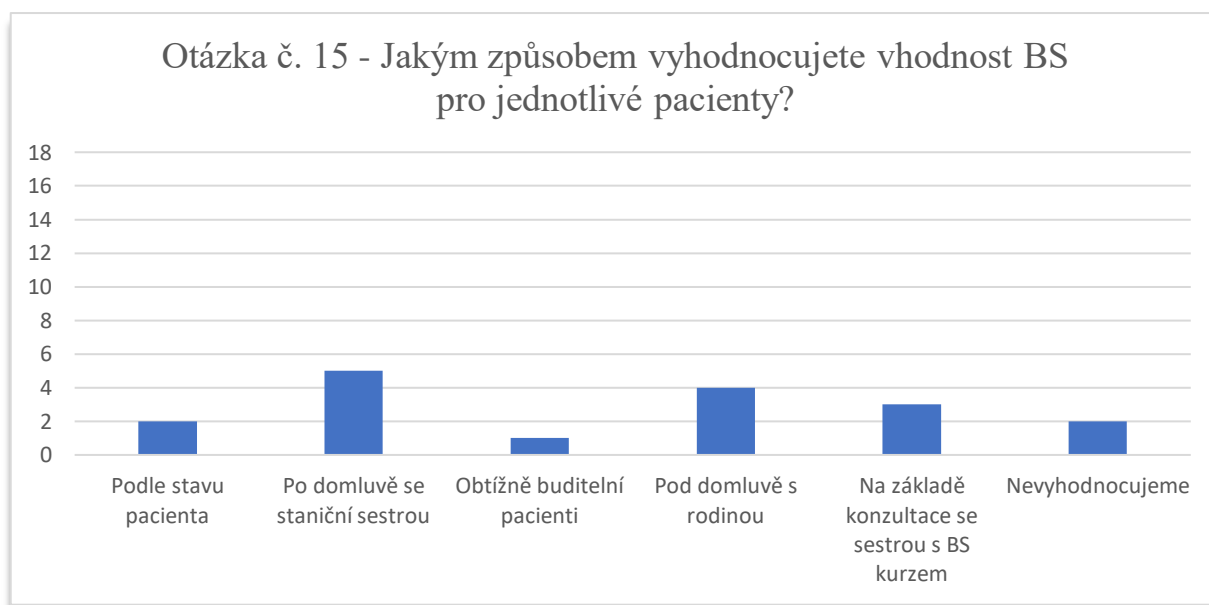
Z celkového počtu **17** respondentů, kteří označili používání konceptu BS na oddělení jich **9** (52,9 %) uvedlo používání tohoto konceptu **déle než 2 roky**. Možnost **1-2 roky** uvedlo celkem **6** (35,3 %) dotazovaných. Možnost **méně než 1 rok** označili **2** (11,8 %) respondenti.

Otázka č. 15 - Jakým způsobem vyhodnocujete vhodnost BS pro jednotlivé pacienty?

Tab. č. 15 Vyhodnocování vhodnosti BS pro jednotlivé pacienty

Vyhodnocování vhodnosti BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Podle stavu pacienta	2	11,8 %
Po domluvě se staniční sestrou	5	29,4 %
U obtížně buditelných pacientů	1	5,9 %
Po domluvě s rodinou	4	23,5 %
Na základě konzultace se sestrou s BS kurzem	3	17,6 %
Nevyhodnocujeme	2	11,8 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 15 Vyhodnocování vhodnosti BS pro jednotlivé pacienty



Z celkového počtu **17** (100 %) respondentů, kteří koncept BS využívají, se jich **5** (29,4 %) vyjádřilo, že vyhodnocování vhodnosti pacientů k BS provádějí **na základě konzultace se staniční sestrou**. Celkově **4** (23,5 %) respondenti odpověděli, že používání BS **konzultují s rodinou nemocného** a **3** (17,6 %) dotazovaní používání konceptu konzultují s **absolventkou kurzu BS**. Odpověď **podle stavu nemocného** uvedli **2** (11,8 %) respondenti. Celkově **2** (11,8 %) respondenti uvedli, že vhodné pacienty k BS **nevyhodnocují** a **1** (5,9 %) dotazovaný uvedl, že vhodní pacienti jsou ti **obtížně buditelní**.

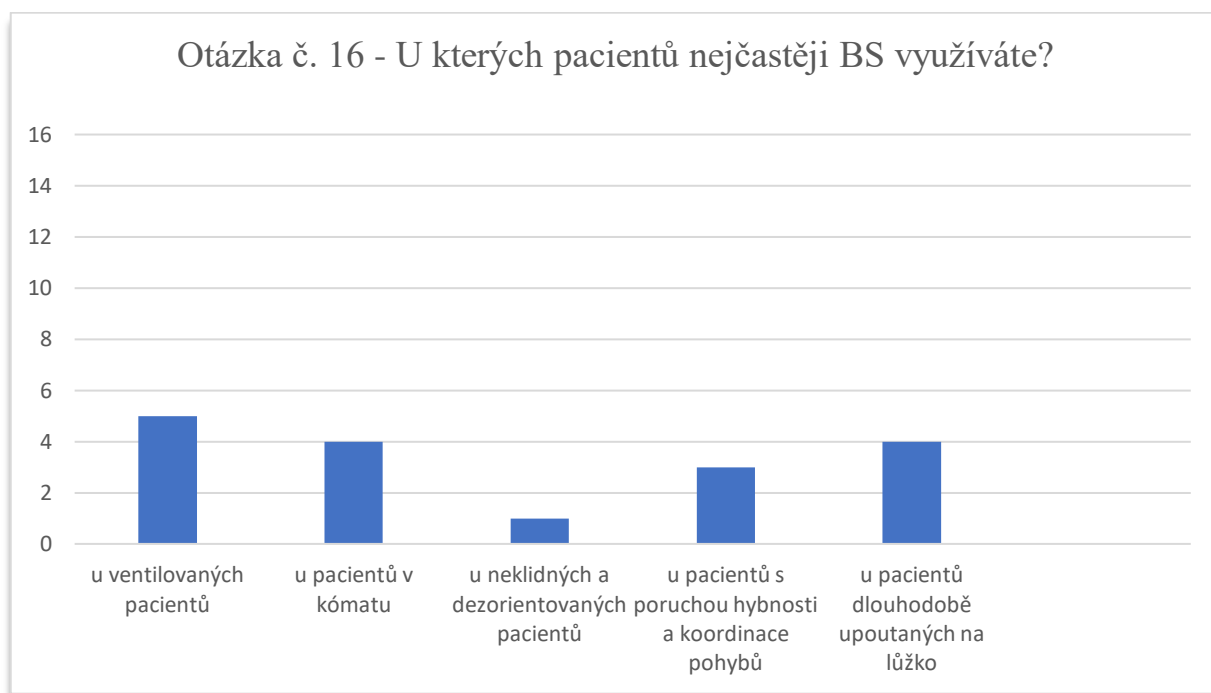
Otázka č. 16 - U kterých pacientů nejčastěji BS využíváte?

- u ventilovaných pacientů
- u pacientů v kómatu
- u neklidných a dezorientovaných pacientů
- u pacientů s poruchou hybnosti a koordinace pohybů
- u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko
- u pacientů s poškozením intelektu a emocionálními poruchami
- jiné

Tab. č. 16 Pacienti, u kterých je BS využívána nejčastěji

Pacienti, u kterých je BS využívána nejčastěji	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
U ventilovaných pacientů	5	29,4 %
U pacientů v kómatu	4	23,5 %
U neklidných a dezorientovaných	1	5,9 %
U pacientů s poruchou hybnosti	3	17,6 %
U pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko	4	23,5 %
U pacientů s poškozením intelektu.	0	0 %
Jiné	0	0 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 16 Pacienti, u kterých je BS využívána nejčastěji

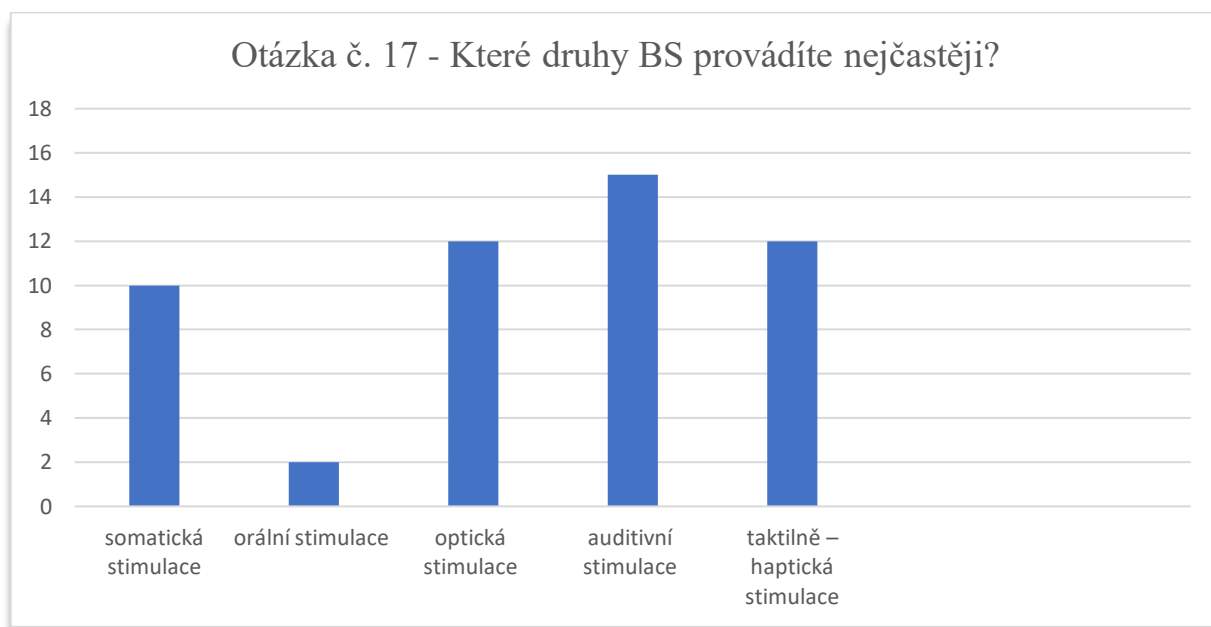


Z celkového počtu **17** (100 %) respondentů **5** (29,4 %) z nich uvedlo, že vhodní pacienti k BS jsou **ventilovaní**. Celkem **4** (23,5 %) dotazovaní uvedli, že vhodní klienti k BS jsou klienti **v kómatu** a **4** (23,5 %) respondenti také označili možnost **pacienti dlouhodobě ležící**. Možnost **u pacientů s poruchou hybnosti a koordinace pohybů** byla označena **3krát** (17,6 %). **Jedenkrát** (5,9 %) byla označena odpověď, která vyjadřovala používání konceptu BS **u neklidných a dezorientovaných pacientů**. Možnost **pacienti s poškozením intelektu a emocionálními poruchami** nebyla označena, proto jsem jí neumístila do grafu. Možnost **jiné** nebyla označena, proto jsem jí neumístila do grafu.

Otázka č. 17 - Které druhy BS provádíte nejčastěji? (označte prosím 3 nejčastěji používané, kdy 1. bude označena nejvíce používaná)

- somatická stimulace
- vibrační stimulace
- vestibulární stimulace
- olfaktorická stimulace
- orální stimulace
- optická stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně – haptická stimulace

Graf č. 17 Nejčastěji prováděné druhy BS



V této otázce respondenti označovali 3 nejvíce používané druhy BS. Nejčastěji používaným druhem BS je podle respondentů **auditivní stimulace**. Celkem jí označilo **15** (88,2 %) dotazovaných. **Druhým** nejvíce využívaným typem BS jsou **optická** a **taktilně-haptická stimulace**. Každou z nich označilo **12** (70,6 %) dotazovaných. Dále se ještě využívá **somatická stimulace** – **10** (58,8 %) respondentů. **Orální** stimulaci označili **2** (11,8 %).

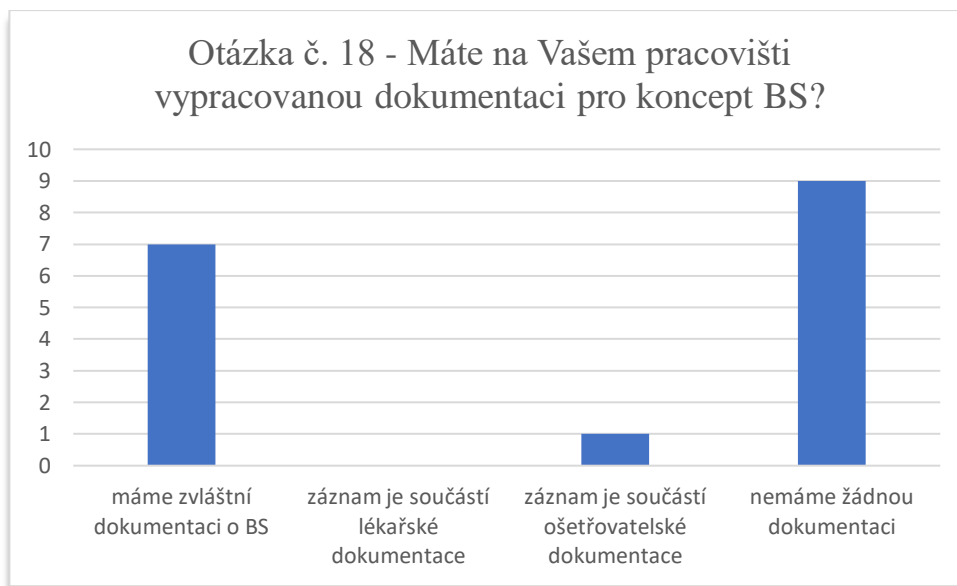
Otázka č. 18 - Máte na Vašem pracovišti vypracovanou dokumentaci pro koncept BS?

- máme zvláštní dokumentaci o BS
- záznam je součástí lékařské dokumentace
- záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace
- nemáme žádnou dokumentaci

Tab. č. 17 Dokumentace ke konceptu BS

Dokumentace ke konceptu BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Máme zvláštní dokumentaci	7	41,2 %
Záznam je součástí lékařské dokumentace	0	0 %
Záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace	1	5,9 %
Nemáme žádnou dokumentaci	9	52,9 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 18 Dokumentace ke konceptu BS



Ze 17 (100 %) dotazovaných, u kterých s konceptem BS pracují uvedlo 9 (52,9 %) respondentů, že ke konceptu BS **nemají žádnou dokumentaci**. 7 (41,2 %) respondentů uvedlo, že k provádění BS **mají zvláštní dokumentaci** a 1 (5,9 %) respondent uvedl, že je záznam o provedené BS **součástí ošetrovatelské dokumentace**. Možnost **záznam je součástí lékařské dokumentace** neoznačil nikdo.

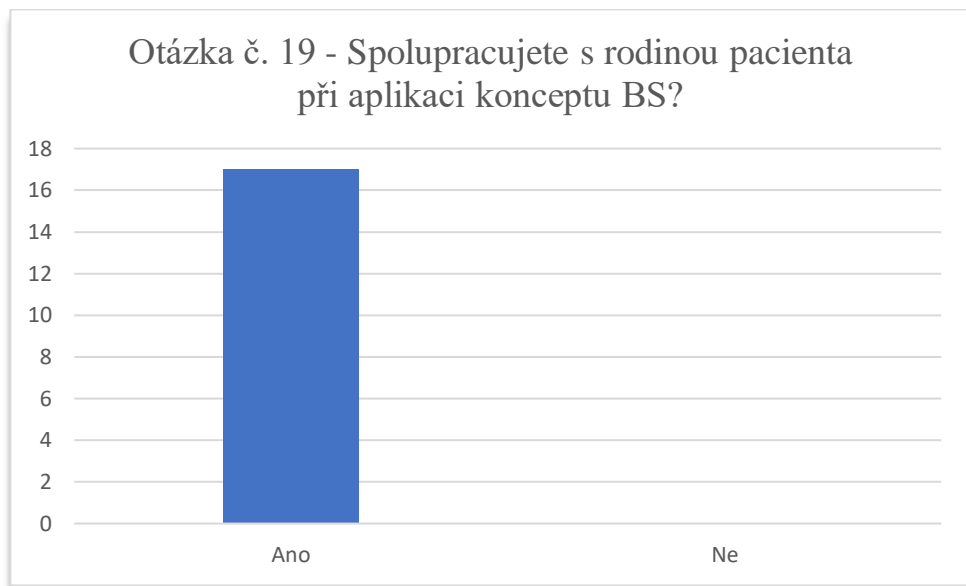
Otázka č. 19 - Spolupracujete s rodinou pacienta při aplikaci konceptu BS?

- ano
- ne

Tab. č. 18 Spolupráce s rodinou

Spolupráce s rodinou	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 19 Spolupráce s rodinou



Z celkového počtu **17** (100 %) dotazovaných všichni **17** (100 %) respondenti označili **spolupráci s rodinou** v rámci aplikace konceptu BS.

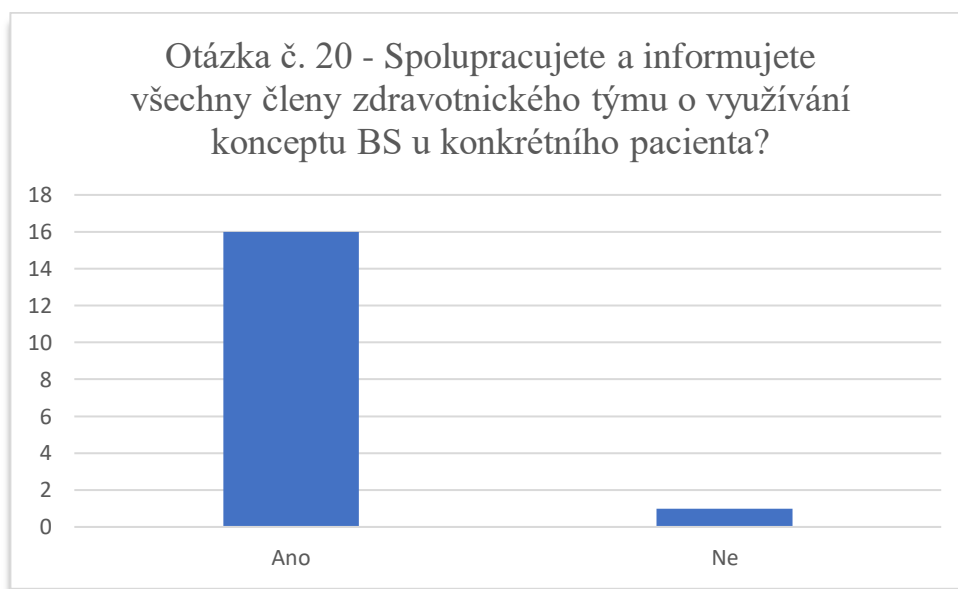
Otázka č. 20 - Spolupracujete a informujete všechny členy zdravotnického týmu o využívání konceptu BS u konkrétního pacienta?

- ano
- ne

Tab. č. 19 Spolupráce zdravotnického týmu

Spolupráce zdravotnického týmu	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	94,1 %
Ne	1	5,9 %
Celkem	17	100 %

Graf č. 20 Spolupráce zdravotnického týmu



Z celkového počtu **17** (100 %) respondentů označilo možnost **spolupráce všech členů zdravotnického týmu 16** (94,1 %). **1** dotazovaný (5,9 %) označil variantu **ne**.

Otázka č. 21–Z jakých důvodů neprovádíte koncept BS na Vašem oddělení? (lze uvést více možných odpovědí)

A – nedostatek personálu

B – nedostatek času

C – nedostatek proškoleného personálu

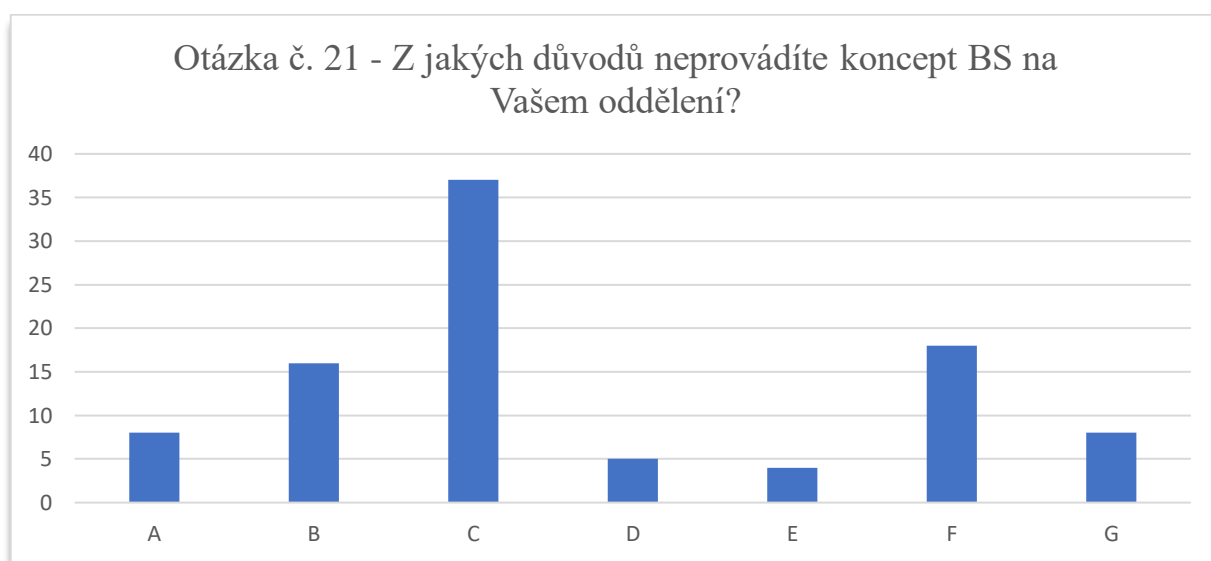
D – negativní postoj lékařů ke konceptu BS

E – nedostatek vybavení a pomůcek

F – nedostatečná podpora od spolupracovníků nebo vedení

G – jiné

Graf č. 21 Důvody nepoužívání konceptu BS



Z celkového počtu **48** dotazovaných, kteří na svých odděleních koncept BS nevyužívají, bylo nejčastějším důvodem nepoužívání tohoto konceptu **nedostatek proškoleného personálu**. Celkem tuto možnost označilo **37** respondentů. **18** dotazovaných uvedlo jako důvod nepoužívání konceptu BS **nedostatečnou podporu od spolupracovníků nebo vedení**. Třetí nejčastější odpovědí v souvislosti s nevyužíváním BS byl **nedostatek času**. Celkem jí označilo **16** respondentů. **8** respondentů označilo možnost **nedostatek personálu**. Stejný počet respondentů – **8** uvedl **jiný** důvod neuzívání konceptu BS. **5** respondentů uvádí **negativní postoj lékařů** jako jeden z důvodů nepoužívání konceptu BS na pracovišti. **4** dotazovaní považují za jeden z důvodů nevyužívání BS také **nedostatek pomůcek a vybavení**.

Otázka č. 22 - Chtěl/a byste se s konceptem BS blíže seznámit?

- ano
- ne
- nevím

Tab. č. 20 Zájem o koncept BS

Zájem o koncept BS	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	64,7 %
Ne	9	13,8 %
Nevím	14	21,5 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 22 Zájem o koncept BS

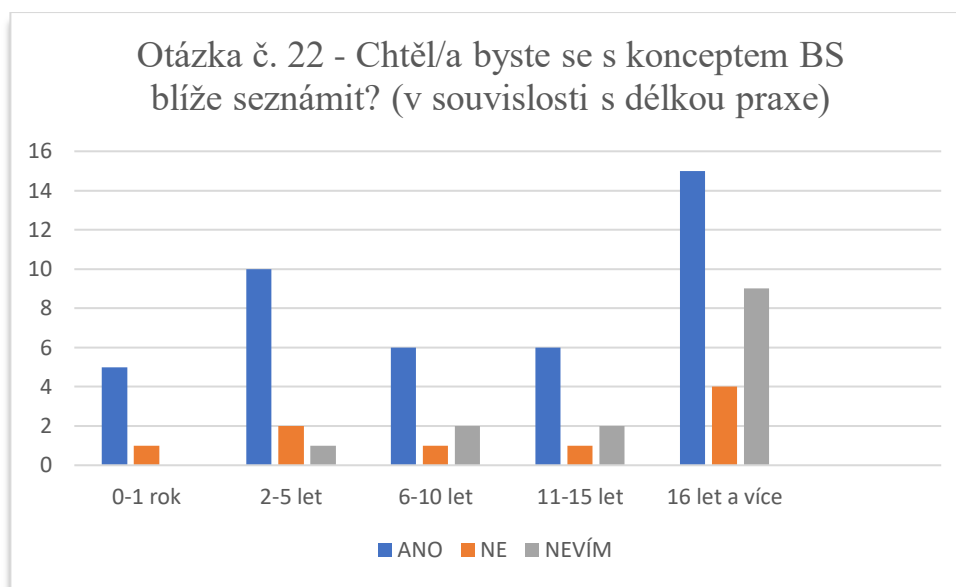


Z celkového počtu **65** (100 %) dotazovaných jich **42** (64,7 %) vyjádřilo **zájem se s konceptem BS víc seznámit**. **9** (13,8 %) respondentů **nemá o koncept BS zájem**. **14** (21,5 %) dotazovaných **neví**, jestli se s konceptem seznámit chce.

Otázka č. 22 - Chtěl/a byste se s konceptem BS blíže seznámit?

Odpovědi respondentů v souvislosti s délkou praxe.

Graf č. 23 Odpovědi respondentů na otázku 22 v souvislosti s délkou praxe



Skupinu s délkou praxe **0-1 rok** tvořilo **6** respondentů. **5** z nich o koncept BS projevilo **zájem**. **1** dotazovaný označil možnost **ne**.

Skupina respondentů s délkou praxe **2-5 let** obsahovala **13** dotazovaných. Z této kategorie **zájem** o koncept BS projevilo celkem **10** respondentů. Variantu **ne** označili **2** respondenti. Možnost **nevím** byla označena **1krát**.

Skupina s délkou praxe **6-10 let** obsahovala také **9** respondentů. Z této kategorie **zájem** o koncept BS projevilo celkem **6** dotazovaných. Variantu **ne** označil **1** respondent. Možnost **nevím** byla označena **2krát**.

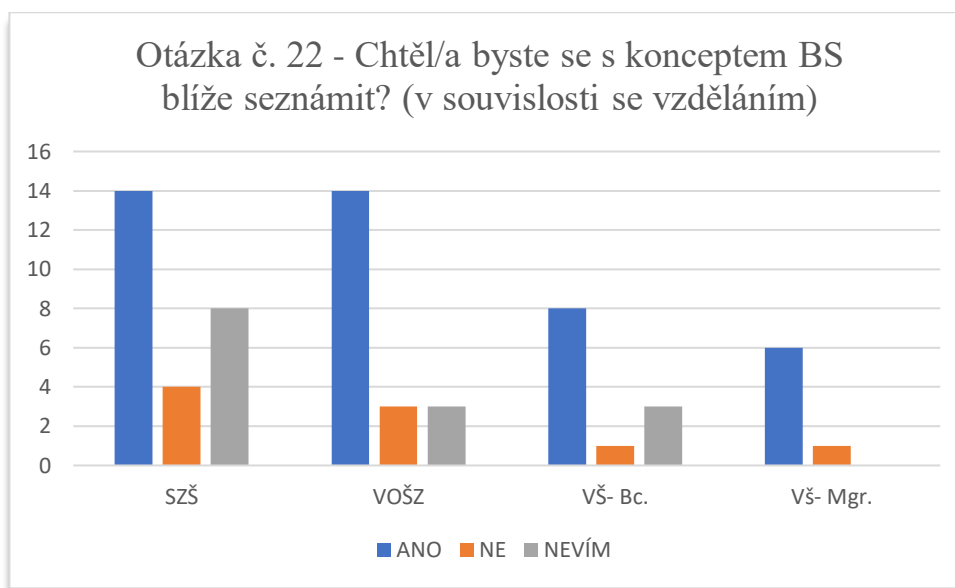
Ve skupině **9** členů sesterského personálu s délkou praxe **11-15 let** zájem o koncept BS projevilo **6** dotazovaných. Variantu **ne** označil **1** respondent. Možnost **nevím** byla označena **2krát**.

Ve skupině **28** pracovníků s délkou praxe **16 let a více** má zájem o koncept BS **15** dotazovaných. Variantu **ne** označili **4** respondenti. Možnost **nevím** označilo **9** dotazovaných této kategorie.

Otázka č. 22 - Chtěl/a byste se s konceptem BS blíže seznámit?

Odpovědi respondentů v souvislosti se vzděláním.

Graf č. 24 Odpovědi respondentů na otázku 22 v souvislosti se vzděláním



Z **26** respondentů s ukončeným vzděláním na **SZŠ** jich **14** projevilo **zájem** o bližší seznámení s konceptem BS. **8** respondentů označilo variantu **nevím** a **4** dotazovaní zvolili variantu **ne**.

Z **20** dotazovaných s ukončeným vzděláním na **VOŠZ** jich **14** uvedlo, že **mají zájem** se s konceptem BS blíže seznámit. **3** dotazovaní se s konceptem BS **nemají zájem** blíže seznámit a **3** respondenti zvolili možnost **nevím**.

Z **12** uchazečů s vysokoškolským vzděláním I. stupně jich **8** projevilo **zájem** o koncept BS. **1** dotazovaný uvedl, že s konceptem BS se blíže seznámit **nechce** a **3** dotazovaní zvolili variantu **nevím**.

Ze skupiny **7** respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním II. stupně jich o koncept BS projevilo **zájem** celkem **6**. **1** dotazovaný uvedl, že s konceptem BS se blíže seznámit **nechce**.

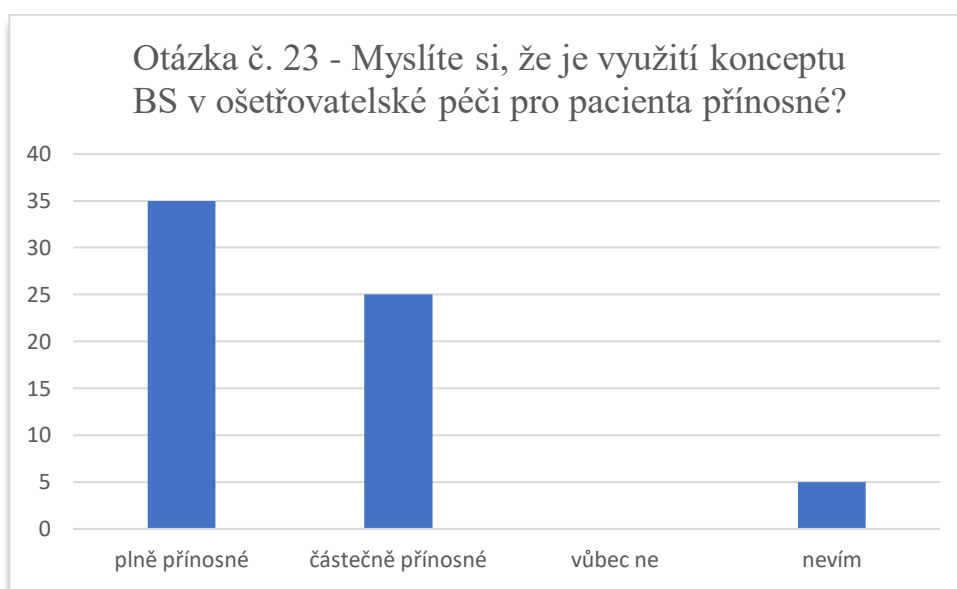
Otázka č. 23 - Myslíte si, že je využití konceptu BS v ošetrovatelské péči pro pacienta přínosné?

- plně přínosné
- částečně přínosné
- vůbec ne
- nevím

Tab. č. 21 Přínos BS pro pacienta

Přínos BS pro pacienta	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Plně přínosná	35	53,8 %
Částečně přínosná	25	38,5 %
Žádný přínos	0	0
Nevím	5	7,7 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 25 Přínos BS pro pacienta



Z celkového počtu **65** (100 %) dotazovaných si **35** (53,8 %) respondentů myslí, že využívání konceptu BS v ošetrovatelské péči pro pacienta **plně přínosné**. **Částečný přínos** BS označilo **25** (38,5 %) dotazovaných. Možnost **nevím** označilo **5** (7,7 %) respondentů. **Žádný přínos** BS pro pacienta neoznačil **nikdo**.

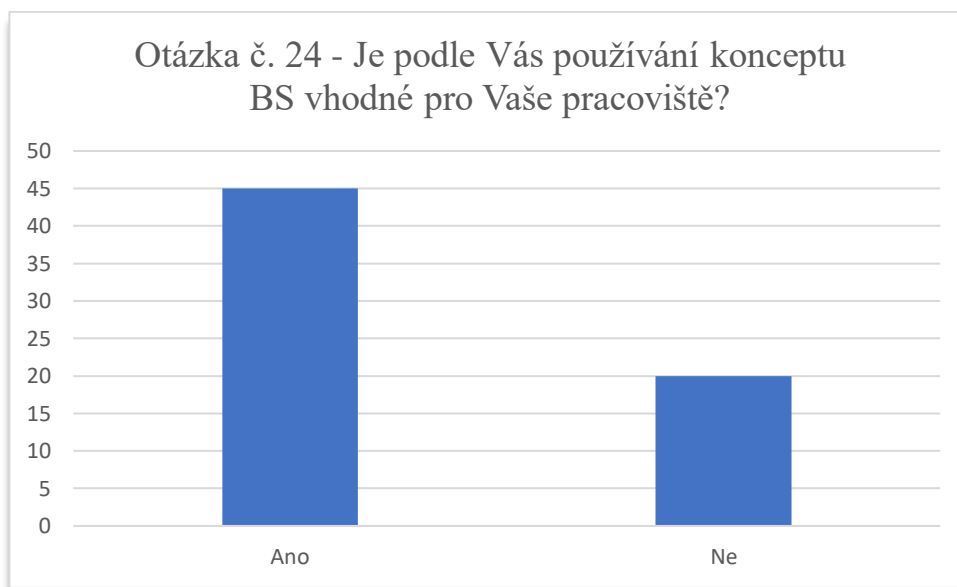
Otázka č. 24 - Je podle Vás používání konceptu BS vhodné pro Vaše pracoviště?

- ano (uved'te proč)
- ne (uved'te proč)

Tab. č. 22 Koncept BS a způsobilost oddělení

Koncept BS a způsobilost oddělení	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	69,2 %
Ne	20	30,8 %
Celkem	65	100 %

Graf č. 26 Koncept BS a způsobilost oddělení



Z celkového počtu **65** dotazovaných **45** (69,2 %) uvedlo, že používání konceptu BS je pro jejich pracoviště **vhodné**. **20** (30,8 %) respondentů si naopak myslí, že používání konceptu na jejich pracovišti je **nehodné**.

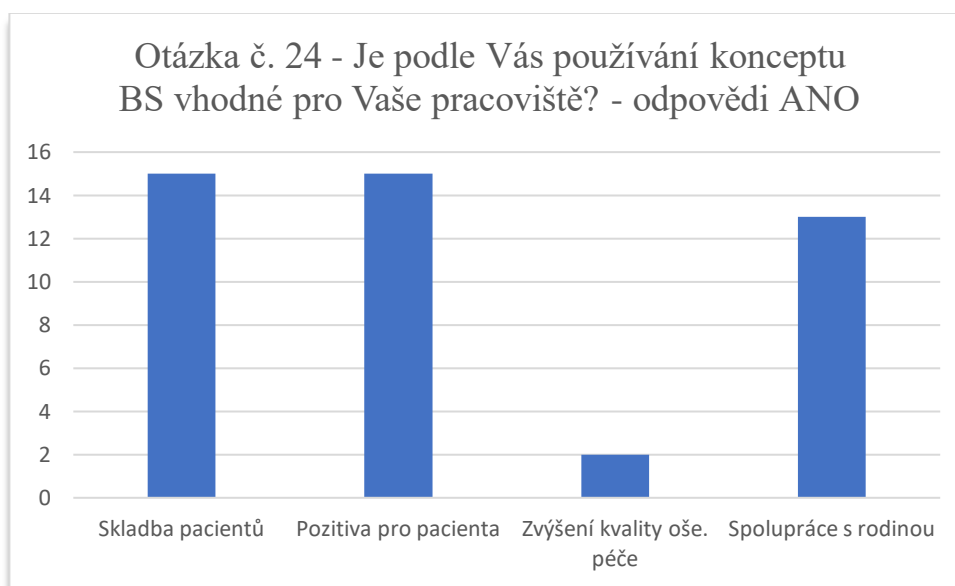
Otázka č. 24 - Je podle Vás používání konceptu BS vhodné pro Vaše pracoviště?

Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ano.

Tab. č. 23 Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ano.

Nejčastější odpovědi ANO	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Skladba pacientů	15	33,3 %
Pozitiva pro pacienta	15	33,3 %
Zvýšení kvality oš. péče	2	4,4 %
Spolupráce s rodinou	13	28,9 %
Celkem	45	100 %

Graf č. 27 - Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ano



Z celkového počtu **45** (100 %) respondentů, kteří uvedli, že **koncept BS je vhodný** pro používání na jejich pracovišti, byla nejčastěji uvedeným důvodem **skladba pacientů na oddělení**. Celkem tuto variantu uvedlo **15** respondentů (33,3 %). Dalších **15** (33,3 %) dotazovaných uvedlo jako důvod použití konceptu BS na pracovišti **pozitivní vliv na stav pacienta**. **13** (28,9 %) dotazovaných uvedlo jako důvod k používání konceptu BS na pracovišti **zlepšení spolupráce s rodinou nemocného**. **2** respondenti uvedli používání konceptu BS v souvislosti se **zvýšením kvality ošetrovatelské péče**.

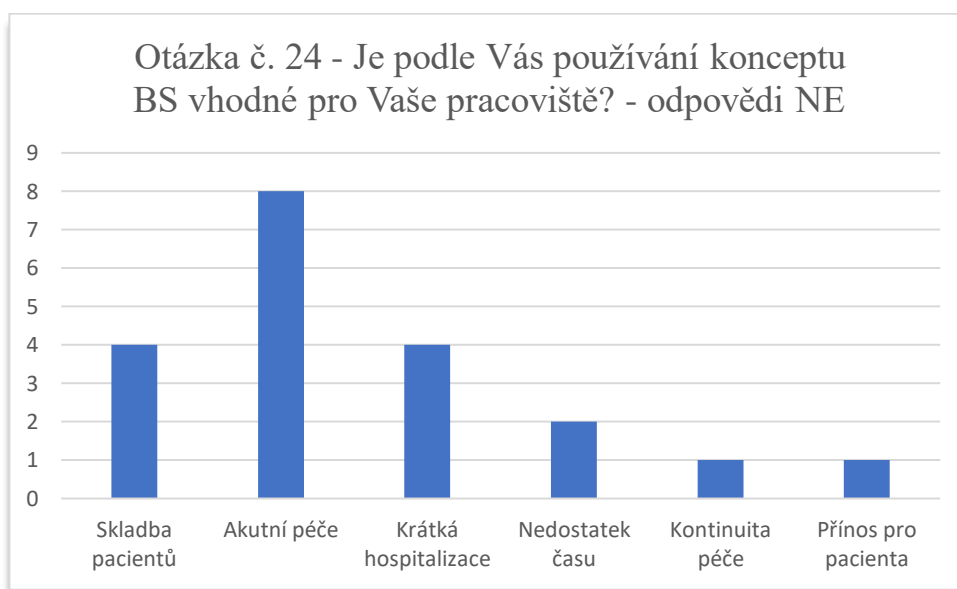
Otázka č. 24 - Je podle Vás používání konceptu BS vhodné pro Vaše pracoviště?

Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ne.

Tab. č. 24 Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ne.

Nejčastější odpovědi NE	Celkový počet respondentů N – absolutní četnost	Relativní četnost
Skladba pacientů	4	20,0 %
Akutní péče	8	40,0 %
Krátká hospitalizace	4	20,0 %
Nedostatek času	2	10,0 %
Kontinuita péče	1	5,0 %
Přínos pro pacienta	1	5,0 %
Celkem	20	100 %

Graf č. 28 Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ne.



Z celkového počtu **20** (100 %) respondentů, kteří odpověděli, že jejich pracoviště **není vhodné k aplikaci konceptu BS**, uvedli jako nejčastější důvod **akutní péči**. Celkem jich bylo **8** (40 %) a **4** (20 %) respondenti uvedli jako důvod, proč jejich pracoviště není vhodné k používání konceptu BS, **krátkou hospitalizaci**. Taktéž **4** (20 %) respondenti uvedli jako argument nevhodnosti konceptu pro pracoviště **skladbu pacientů**. Celkově **2** (10 %) dotazovaní se vyjádřili o příčině nepoužívání konceptu na jejich pracovišti v souvislosti s **nedostatkem času**. **Jeden** (5 %) pracovník uvedl, že koncept BS není vhodný **z důvodu**

kontinuity péče. Taktéž 1 (5 %) dotazovaný uvedl, že **nevidí přínos pro pacienty hospitalizované na oddělení.**

Otázka č. 25 - Chcete ještě něco dodat ke konceptu BS? (lze uvést názory a připomínky k této problematice).

Možnost vyjádřit se ke konceptu BS využilo pouze 5 respondentů.

„Bazální stimulace patří do komplexní ošetrovatelské péče. Má pozitivní vliv na pacienta a výrazně zapojuje rodinu do péče o nemocného.“

„Ideální způsob péče o pacienta, respektuje pacienta jako lidskou bytost, má pozitivní vliv na psychiku nemocného.“

„Uvítala bych lepší možnosti v souvislosti s proškolením zaměstnanců. Kurzy BS dostupné v ČR i v zahraničí jsou pro mne drahé a mají dlouhou čekací dobu.“

„Z minulého pracoviště mám pozitivní zkušenosti s aplikací konceptu BS do péče o pacienta.“

„O konceptu BS je v České republice nedostatek literatury.“

13 DISKUZE

Celkem jsem zpracovávala 65 dotazníků. Žen odpovídalo 63 (96,9%) a muži byli 2 (3,1%).

Z identifikačních znaků respondentů vyplynulo, že nejpočetnější skupinu sesterského personálu pracujícího na JIP tvoří personál ve věkovém rozmezí 26-35 let (26 respondentů), druhou početnou (24 respondentů) skupinou pracujících na JIP jsou sestry ve věku 36-45 let. Autorka diplomové práce „*Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení*“ Hana Kličková (2007) ve své práci uvádí jako nejpočetnější věkovou skupinu sestry ve věku 21-30 let. Druhou nejpočetnější skupinu podle Kličkové (2007) tvořil personál ve věku 31 – 40 let. Autorka diplomové práce „*Bazální stimulace pojem známý a neznámý pro všeobecné sestry*“ Vašíčková Lenka (2012), uvádí jako nejpočetnější věkovou skupinu sestry od 20-34 let. Ze zastoupení věkových kategorií vidíme převahu mladších věkových skupin. Tento výsledek bychom si mohli vysvětlit vyšší fyzickou náročností náplně práce sestry na JIP.

Podle délky praxe jsem respondenty rozdělila do několika skupin. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 16 let a více, což odpovídá věkovému rozmezí 36-45 let. Tato skupina obsahovala celkem 28 členů, což je 43 % všech dotazovaných.

Nejpočetnější skupinu v souvislosti se vzděláním tvořil personál s ukončeným vzděláním na SZŠ. Jako nejvyšší vzdělání SZŠ uvedlo 26 dotazovaných. Z toho k SZŠ uvedlo 17 respondentů i ARIP specializaci. Personál s ukončeným vzděláním na VOŠZ tvořil druhou nejpočetnější skupinu (20 respondentů). 40 % ze všech dotazovaných uvedlo i ARIP specializaci, která je při práci na JIP velmi důležitá. Kličková (2007) jako nejpočetnější skupinu pracující v intenzivní péči uvedla absolventky ARIP specializace (35,5%). Bez ARIP specializace označilo jako nejvyšší ukončené vzdělání SZŠ 34,6 % sesterského personálu.

Jak už zde bylo zmíněno, dotazníky jsem se souhlasem vrchních sester distribuovala na JIP interního typu FNHK. Z kardiologické JIP I. interní kliniky, kam jsem dala k vyplnění 30 dotazníků, se mi vrátilo celkem 14 (46,7%). 16 dotazníků si podle staniční sestry vzal personál k vyplnění domů a už je nepřinesl zpátky. Na interní JIP gerontometabolické kliniky jsem vzhledem k charakteru pracoviště distribuovala stejný počet dotazníků. Návratnost byla 100 %. Na JIP plicní kliniky, neurologické kliniky a geriatrické JIP gerontometabolické kliniky

jsem distribuovala po sedmi dotaznících. I z těchto pracovišť byla návratnost 100 %.

Jelikož byl výzkum zaměřen na sesterský personál, nejvyšší počet dotazníků vyplnily sestry pracující u lůžka nemocného. Celkem 89,2 %. Do výzkumu se zapojilo i 5 staničních sester a 2 úsekové sestry.

Otázka č.7 přímo souvisí s cílem práce č. 1 - zjistit, zda se sestry na vybraných pracovištích s pojmem BS setkaly. S pojmem BS se setkalo všech 100 % dotazovaných. Klimešová, autorka diplomové práce „*Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*“ (2008) také uvádí, že se s pojmem BS setkalo 100 % dotazovaných. Kličková (2007) uvádí, že koncept BS zná 79,1 % dotazovaných. Vašíčková (2012) ve své diplomové práci uvádí, že se s pojmem BS setkalo 74 % dotazovaných. Svůj výzkum prováděla i ve FNHK na chirurgických a interních odděleních. Lze tedy vyvodit, že informovanost sester o konceptu BS se v současnosti zvýšila.

Otázka č.8 také souvisí s cílem č. 1. Z 65 dotazovaných se s pojmem BS poprvé v praxi setkalo na výuce v rámci studia. Podle Klimešové (2008) se nejvíc uchazečů (57%) s pojmem BS setkalo v současném zaměstnání.

Úkolem otázky č.9 bylo zjistit kolik respondentů absolvovalo kurz, školení, nebo seminář o BS. Z 65 dotazovaných se k absolvování základního kurzu vyjádřilo 20 respondentů. 1 dotazovaný absolvoval nástavbový kurz BS. 44 zúčastněných neabsolvovalo kurz žádný. Nejvyšší počet absolventů základního kurzu je z Interní JIP A+B gerontometabolické kliniky. Celkem jich základní kurz absolvovalo 11. 1 respondent absolvoval nástavbový kurz. Z plicní kliniky absolvovali základní kurz BS 3 respondenti. Stejný počet respondentů, kteří absolvovali základní kurz BS pracuje na I. interní kardiologické klinice. Z geriatrické JIP gerontometabolické kliniky absolvovali základní kurz BS 2 respondenti. Z neurologické kliniky absolvoval kurz BS 1 dotazovaný. Polovina uchazečů (10 respondentů) s kurzem BS má vysokoškolské vzdělání. Pozitivním zjištěním byl počet absolventů kurzu, jelikož podle Vašíčkové (2008) žádný respondent z jejího výzkumu nebyl absolventem kurzu BS.

U otázky č.10 volili respondenti 3 možnosti. Nejčastější odpovědí na otázku „*Co pro Vás pojem BS znamená*“ byla stimulace smyslových orgánů. Celkem jí označilo 59 dotazovaných. Také autorka diplomové práce z roku 2008 „*Bazální stimulace v praxi*“ Martina Lišková uvádí tuto odpověď jako nejčastější. Profesionální ošetrovatelskou péčí označilo 45 dotazovaných. 42krát byla označena možnost naučit pacienta vnímat svoje tělo. Také u Liškové (2008)

patřily tyto možnosti k nejčastějším.

Otázka č. 11 se zabývá skladbou pacientů na jednotlivých JIP. Nejčastěji označenou diagnózou byl stav po KPCR. Označena byla celkem 26krát. Respondenti také označili koma-tózní stavy, akutní respirační selhání a rozvrat vnitřního prostředí. U možnosti jiné responden-ti specifikovali pacienty s CMP a akutním infarktem myokardu, což souvisí se specializací JIP.

I když se koncept BS dá uzpůsobit na každého, cílem následující otázky bylo zjistit, pro které pacienty hospitalizované na jednotlivých JIP je podle respondenta BS vhodná. Nejčastě-ji respondenti psali stav po KPCR, koma-tózní stavy a dlouhodobé hospitalizace. Lišková, která prováděla výzkumné šetření v Praze v léčebně dlouhodobě nemocných a na resuscitač-ních odděleních uvádí používání konceptu BS u dlouhodobě ležících a u klientů s poruchami hybnosti, kam patří i diagnóza CMP. Z různorodosti vypsanych odpovědí lze vyčíst, že kon-cept BS není cílený pouze na pacienty s určitou diagnózou, ale má velké pole působnosti, je vhodný pro užití u klientů s nejrůznější klinickou symptomatikou.

Cílem otázky č. 13 bylo zjistit reálné využívání konceptu BS. Z 65 dotazovaných se 17 dotazovaných zmínilo, že s konceptem BS pracují a 48 uvedlo, že koncept BS nepoužívají. Z uvedených odpovědí vyplývá, že s konceptem BS pracují pouze na neurologické JIP a JIP I. interní kardioangiologické kliniky. Překvapilo mě, že někteří pracovníci z těchto klinik uved-li, že s konceptem BS nepracují. Stejný výsledek uvádí ve své práci i Klimešová (2008). Ten-to jev se vyskytl u dotazníků vyplňovaných na I. interní kardioangiologické klinice. Vysvětlu-ji si to rozdělením pracoviště na arytmiologickou a koronární jednotku, kdy sestry na jedné části JIP s konceptem pracují, a na druhé části tento koncept nevyužívají. Překvapilo mě také zjištění, že se koncept využívá na oddělení s nejkratší průměrnou délkou hospitalizace (4,17 dní).

Úkolem otázky č. 14 bylo zjistit délku využívání konceptu BS na pracovišti. Ani na tuto otázku neodpovídali respondenti z jednotlivých pracovišť jednotně. V souvislosti s tímto je-vem bych navrhovala semináře na toto téma a pravidelné proškolení zaměstnanců.

Jak už bylo několikrát zmíněno, koncept BS se dá uzpůsobit na každého klienta, cílem otázky č. 15 bylo zjistit metodu vyhodnocování vhodnosti BS pro jednotlivé klienty. Nejvíce respondentů (29,4%) uvedlo jako způsob vyhodnocení konzultaci se staniční sestrou, proto by

bylo vhodné, aby tyto pracovnice absolvovaly alespoň základní kurz BS. Možnost po domluvě s rodinou, uvedli respondenti jako druhou nejčastější odpověď. Na základě konzultace s absolventem kurzu BS uvedlo vyhodnocování vhodnosti pacientů celkem 17 % dotazovaných.

Úkolem otázky č. 16 bylo zjistit, u kterých pacientů hospitalizovaných na jednotlivých JIP se koncept BS využívá nejčastěji. Nejčastěji se podle výsledků (29,4 % respondentů) koncept využívá u klientů na umělé plicní ventilaci (UPV). 23,5 % respondentů uvedlo nejčastější používání konceptu u klientů v kómatu. Stejný počet dotazovaných uvedl používání konceptu u dlouhodobě ležících klientů. Lze tedy vyčíst, že koncept BS se nejčastěji využívá u pacientů se závažným zdravotním stavem, předpokládáme, že často s pohybovou deprivací a omezením komunikace.

Z prvků bazální stimulace se na interních typech JIP nejvíc využívá stimulace auditivní. Celkem ji označilo 88,2 % dotazovaných. Dalšími často využívanými prvky BS jsou optická a taktilně – haptická stimulace. Na třetím místě se umístila stimulace somatická. Nejčastěji využívanými druhy stimulací podle Klimešové (2008) jsou stimulace somatická, orální a taktilně – haptická stimulace. Podle Liškové (2008) personál nejvíc využívá somatickou, optickou a taktilně – haptickou stimulaci. Syřenová (2009) také uvádí somatickou stimulaci jako nejvíc používanou. Kličková (2007) uvádí auditivní stimulaci jako nejvíc využívaný druh bazální stimulace. Ze zjištěných informací lze usoudit, že volba druhu zvolené stimulace je vysoce individuální, z teoretických východisek víme, že podléhá hlavně aktuálním potřebám klienta. Na volbě ale určitě také participuje rodina, dále možnosti dané závažností zdravotního stavu klienta a schopností personálu provést stimulaci.

Odpovědi na otázku týkající se dokumentace ke konceptu BS nebyly jednotné. 52 % respondentů uvedlo, že ke konceptu BS nemají žádnou dokumentaci. 40 % dotazovaných se vyjádřilo, že zvláštní dokumentaci na pracovišti mají a 1 dotazovaný uvedl, že záznam o provádění BS je součástí ošetrovatelské dokumentace. Stejný výsledek zaskočil i Kličkovou (2007). Tento fakt lze napravit sjednocením dokumentace v rámci FNHK. Tvorba složky dokumentace ke konceptu BS by mohla být výzvou pro další bakalářské práce nebo výzkumné účely.

Spolupráci s rodinou v rámci konceptu BS označilo všech 100 % respondentů. Klimešová (2008) uvádí 93 % respondentů spolupracujících s rodinou. Podle Kličkové (2007) s rodinou

spolupracuje pouze 60 % dotazovaných. Jako příčinu záporných odpovědí uvedla zvýšený hygienický režim, možnost návštěv a stimulace pacienta rodinou pouze po domluvě s ošetřujícím lékařem. Z našich výsledků vyvozují, že ve FNHK je komunikace personálu a rodiny pacienta na dobré úrovni, jelikož je vždy podkladem pro péči o pacienta.

Spolupráci všech členů týmu uvedlo 94,1 % dotazovaných. Jeden respondent uvedl negativní stanovisko. Také Lišková (2008) uvádí možnost informování a spolupráci všech členů týmu na resuscitačním oddělení u 68,6% dotazovaných. Z výsledků šetření můžeme vyvodit, že spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu je na velmi dobré úrovni.

Nejčastějším důvodem, proč se na ostatních pracovištích podílejících se na výzkumném šetření s konceptem BS nepracuje je nedostatek proškoleného personálu. Druhým nejčastějším důvodem nepoužívání konceptu je nedostatečná podpora od vedení nebo spolupracovníků. Podle Klimešové (2008) nejvíce respondentů označilo jako příčinu neprovádění technik bazální stimulace nedostatek času (23 respondentů), na druhém místě byla uváděna nedostatečná informovanost, dále následovala příčina nedostatek personálu. Vašíčková (2008) uvádí jako důvody nepoužívání konceptu časovou náročnost, nezáměr sester a neochotu zavádět nové metody ošetrovatelské péče do praxe. Jako další závažný důvod uvádí málo proškoleného personálu a nedostatek informací. Můžeme tedy říci, že důvody nepoužívání konceptu BS jsou velmi různorodé. Ve FNHK o konceptu BS sestry mají povědomí, informovanost je dobrá, ale principy konceptu možná neznají v takové kvalitě, aby jej byly schopné rutinně aplikovat.

Zájem o problematiku BS souvisí nejen se vzděláním, ale i délkou praxe. Z 65 respondentů má o koncept BS bližší zájem 64,7 % dotazovaných. 21,5 % označilo odpověď nevím a 13,8 % respondentů o koncept BS nemá zájem. Nejvyšší zájem projevíli respondenti vysokoškolského vzdělání II. stupně a respondenti s délkou praxe 0-1 rok. Podle Kličkové (2007) většina respondentů - 77,5 % projevila bližší zájem o koncept BS. 20,0 % uvedlo, že neví a pouze jeden (2,5 %) dotazovaný se vyjádřil, že o koncept BS bližší zájem nemá.

V používání konceptu BS vidí plný přínos pro pacienta 35 (53,8%) dotazovaných. Částečný přínos uvedlo 25 (38,5%) dotazovaných. Možnost nevím označilo 5 (7,7%) respondentů. Podle Klimešové (2008) vidí přínos pro pacienta 72 % dotazovaných.

Celkem 45 (69,2%) respondentů zastává názor, že používání konceptu BS je pro jejich

pracoviště vhodné. Nejčastější důvody, proč tento koncept používat uvedli respondenti skladbu hospitalizovaných pacientů a pozitiva pro pacienta vyplývající z aplikace konceptu. Další pozitivum v používání konceptu, vidí sesterský personál ve spolupráci s rodinou. Z našich výsledků vyplývá, že v nadpoloviční většině má sesterský personál zájem zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče o pacienta právě prostřednictvím užívání konceptu BS. Jako důležitou vidí spolupráci s klientovou rodinou, což, jak víme z teoretických východisek, je pro bazálně stimulující přístup nezbytné. Zvýšení kvality ošetrovatelské péče uvedli respondenti celkem 2krát. Podle Kličkové (2008) uvedlo 87,2 % respondentů, že je koncept BS vhodný pro jejich pracoviště. Jako nejčastější důvody uvedla zlepšení vnímání pacienta, zvýšení kvality ošetrovatelské péče a prevence burn – out syndromu u personálu.

Naopak 20 dotazovaných (30,8%) zastává názor, že používání konceptu pro jejich pracoviště vhodné není. Jako nejčastější důvod negativních odpovědí respondenti uvedli akutní péči (40 % dotazovaných) poskytovanou na oddělení a s tím související nedostatek času. Dalším důvodem negativní odpovědi byla krátká hospitalizace (20 % respondentů) a skladba pacientů (20 % respondentů).

Pro doplnění přidávám průměrnou délku hospitalizace na jednotlivých JIP za jeden rok:

- Akutní kardiologie JIP I a II I. interní kardioangiologické kliniky FNHK: 4,17 dní
- Interní JIP A + B III. interní gerontometabolické kliniky FNHK: 11 dní
- Geriatrická JIP III. interní gerontometabolické kliniky FNHK: 5,75 dní
- JIP Plicní kliniky FNHK: 8 dní
- JIP Neurologické kliniky FNHK: 15 dní

Kličková (2008), jako nejčistější důvod nevhodnosti oddělení k poskytování bazální stimulace uvádí také akutní péči na pracovišti (7,2 % respondentů). Ačkoli se negativní názor objevil jen u menšiny dotazovaných, jejich důvody jsou jistě pádné. Proto v případě zvažování realizace ošetrovatelské péče dle konceptu BS u všech pacientů JIP, by bylo nutné tyto důvody blíže prozkoumat a zhodnotit.

Otázka č. 25 nabízela respondentům možnost volného vyjádření se k problematice BS. Tuto nabídku využilo pouze 5 respondentů. Jednou z odpovědí bylo: „*Kurzy BS dostupné v ČR i v zahraničí jsou pro mne drahé.*“ Také podle Klimešové (2008) jsou kurzy BS finančně náročné. Proto v případě, že by měl být koncept BS na JIP aplikován kvalitněji a ve větší míře, je potřeba zvážit finanční spoluúčast zaměstnavatele na proškolení personálu. V této otázce

mě dále zaujalo vyjádření: „*O konceptu BS je v České republice nedostatek literatury.*“. Je pravdou, že autorem monografií v českém jazyce je K. Friedlová. Kapitoly v ostatních monografiích jsou sice od různých autorů, ale většina vychází právě z literatury K. Friedlové. Proto se přikláním k vyjádření, že v ČR není dostatek různorodé literatury.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou konceptu bazální stimulace. V teoretické části práce se snaží ozřejmit podstatu konceptu, jeho hlavní principy, postupy a využití. Také charakterizuje oddělení jednotek intenzivní péče a popisuje současnou situaci ošetrovatelské péče a využití konceptu BS.

V empirické části se práce zabývá výzkumným šetřením situace využití konceptu BS na JIP vybraných klinik FNHK. Pro výzkum byla zvolena metoda kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda se všeobecné sestry na JIP interního typu FNHK s bazální stimulací setkaly, případně kde s tímto konceptem přišly do styku. Pozitivním zjištěním byl počet personálu s absolvovaným základním kurzem BS.

Na základě výzkumného šetření mohu konstatovat, že výzkumný cíl č. 1 - Zjistit, zda se zdravotní sestry pracující na vybraných pracovištích FNHK s pojmem bazální stimulace již setkaly, byl splněn.

Dalším cílem bakalářské práce bylo prozkoumat reálné využití konceptu na vybraných pracovištích. S konceptem pracují pouze na dvou pracovištích. Na I. interní kardiologické klinice a na neurologické klinice. Na ostatních pracovištích s konceptem BS nepracují. Jako nejčastější důvody byly uvedeny nedostatek proškoleného personálu, nedostatečná podpora od spolupracovníků a vedení a nedostatek času. Nedostatek se jeví také v nejednotném dokumentování bazálně stimulující péče. Nejednotné byly i odpovědi týkající se délky poskytování bazálně stimulující péče na oddělení.

Na základě odpovědí na otázky týkající se používání konceptu mohu konstatovat, že výzkumný cíl č. 2 - Zjistit, zda se na vybraných pracovištích FNHK s konceptem bazální stimulace pracuje, byl splněn.

Třetí cíl práce spočíval v ozřejmění důvodů, proč tento koncept není využíván. Z výsledků šetření vyplývá jako jeden z důvodů nedostatek proškoleného personálu, pacienti s nevhodným zdravotním stavem pro BS přístup a krátká doba hospitalizace.

I když se s konceptem BS nepracuje na všech zkoumaných odděleních, pozitivním výsledkem je, že většina dotazovaných má o tento koncept zájem.

Na základě odpovědí na otázky v souvislosti s nepoužíváním konceptu lze konstatovat, že výzkumný cíl č. 3 - Zjistit nejčastější důvody, proč se koncept bazální stimulace na některých pracovištích nepoužívá, byl splněn.

ANOTACE

Autor:	Gabriela Ruffingová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Bazální stimulace – znalosti a zkušenosti všeobecných sester na vybraných klinikách FNHK
Vedoucí práce:	Mgr. Monika Nedvídková
Počet stran:	112
Počet příloh:	11
Rok obhajoby:	2017
Klíčová slova:	bazální stimulace, ošetrovatelská péče, klient, koncept, jednotka intenzivní péče

Bakalářská práce pojednává o znalostech a zkušenostech sester s konceptem bazální stimulace. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je vysvětlen pojem bazální stimulace, vznik konceptu, jeho podstata a teoretické základny. Definiuje základní a nastavbové prvky konceptu a podstatu ošetrovatelské péče v konceptu bazální stimulace. Dále specifikuje JIP vyššího a nižšího typu. Závěr teoretické části popisuje dosavadní výzkum na pracovištích intenzivní péče.

Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum na JIP interního typu FNHK. Zabývá se znalostí a zkušeností zdravotních sester s bazální stimulací, reálným využitím konceptu na jednotlivých odděleních, případnými důvody, proč tento koncept není využíván. Výsledky byly porovnány s výzkumem prováděným na jiných pracovištích intenzivní medicíny v ČR.

ANOTATION

Author: Gabriela Ruffingová
Institution: Charles University in Prague
Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine
Division of Nursing
Title: Basal stimulation – knowledge and experience of nurses in selected clinic in FN HK
Supervisor: Mgr. Monika Nedvídková
Number of pages: 112
Number of attachments: 11
Year of defense: 2017
Keywords: basal stimulation, nursing care, patient, concept, intensive care unit,

The bachelor thesis deals with the encounters a knowledge and understanding of relation within concept of basal stimulation. It's divided into two parts: theory and the empirical. Within theory, the basic meaning of basal stimulation is explained along with its emergence of concept. Definition of basic and advance elements of concepts and essence of caregiving in concept of basal stimulaiton. Further specifies ICU higher and lower type. Finally, theory is examined which describes current research for practical aspects of intensive care.

The Empirical part is focused on qualitative research of ICU internal type FNHK. It covers a knowledge and experience of nurses with basal stimulation, practical use of concept in individual departments, and optional reasons why this concept is not used. Results are compared with research mentioned in other individual departments in intensive medicine in the Czech republic.

LITERATURA A PRAMENY

MONOGRAFIE:

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3: třetí upravené a doplněné vydání*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-9552-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 7. vyd., V SPN vyd. 2., rozš. a dopl. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství, 2005. ISBN isbn80-7235-272-5.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

KVALIFIKAČNÍ PRÁCE:

KLIČKOVÁ, Hana. *Dokumentace Bazální stimulace na geriatrických pracovištích*. Diplomová práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2009. 81 s. Depon in: Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

KLIMEŠOVÁ, Pavla. *Bazální stimulace v ošetrovatelské praxi*. Diplomová práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2008. 79 s. Depon in: Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

KOSTELANSKÁ, Leona. *Koncept bazální stimulace u neurochirurgických pacientů*. Diplomová práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2016. 176 s. Depon in: Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

KŘEPELKOVÁ, Lucie. *Bazální stimulace v intenzivní péči – využití biografické anamnézy*. Diplomová práce obhájena na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2012. 114 s. Depon in: Ústav sociálního lékařství Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

SYŘENOVÁ, Romana. *Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů*. Diplomová práce obhájena na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v r. 2009. 112 s. Depon in: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

LIŠKOVÁ, Martina. Bazální stimulace v praxi. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2008. 122 s. Depon in: Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

VENCLÍKOVÁ, Andrea. *Využití prvků bazální stimulace v domácím prostředí u klientů s umělou plicní ventilací*. Diplomová práce obhájena na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v r. 2015. 80 s. Depon in: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

VAŠÍČKOVÁ, Lenka. *Bazální stimulace pojem známý a neznámý pro všeobecné sestry*. Diplomová práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice v Pardubicích v r. 2008. 63 s. Depon in: Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

VÁCLAVKOVÁ, Aneta. *Využití bazální stimulace v praxi*. Diplomová práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice v Pardubicích v r. 2011. 69 s. Depon in: Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

FRIEDLOVÁ, Karolína. *15 let konceptu BS v ČR a SR* [online]. Dostupné na <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/15-let-konceptu/>

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění*. 2012. Diagnóza v ošetrovatelství. vol. VIII., č. 2. s. 30–31. ISSN 1801-1349. [online]. Dostupné na: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/literatura/>

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Proškolená a supervidovaná pracoviště – interaktivní mapa* [online]. Dostupné na <http://www.bazalni-stimulace.cz/pracoviste/>

FRIEDLOVÁ, Karolína. *V centru zájmu klient*. 2012. Sestra. č. 10. s. 42–44. ISSN 1210-0404
Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace. SESTRA, 2005. vol. XV č.11 s.30. ISSN 1210-0404 [online]. Dostupné na: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/literatura/>

MAĎA, Patrik and FONTANA, Josef. *Neurotransmitter systems* [online]. Dostupné na <http://fbt.cz/en/skripta/regulacni-mechanismy-2-nervova-regulace/5-neurotransmisni-systemy/>

STRÁNKY MZCR. Věstník MZCR č.9/2004, [online]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY. Zákon 372/2011 Sb., [online]. Dostupné na: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonDownload.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Prvky BS.....	23
Tabulka č. 2 – Pohlaví.....	46
Tabulka č. 3 – Věk.....	47
Tabulka č. 4 – Vzdělání.....	48
Tabulka č. 5 - ARIP specializace.....	48
Tabulka č. 6 - Délka praxe.....	50
Tabulka č. 7 – Oddělení.....	52
Tabulka č. 8 - Pracovní zařazení	53
Tabulka č. 9 - Pojem BS.....	54
Tabulka č. 10 - Setkání s BS.....	55
Tabulka č. 11 - Kurz BS.....	57
Tabulka č. 12 - Vhodní pacienti k BS.....	61
Tabulka č. 13 - Reálné používání konceptu BS.....	63
Tabulka č. 14 - Délka používání konceptu BS.....	64
Tabulka č. 15 - Vyhodnocování vhodnosti BS.....	65
Tabulka č. 16 - Pacienti, u kterých se BS využívá nejvíce.....	66
Tabulka č. 17 - Dokumentace ke konceptu BS.....	69
Tabulka č. 18 - Spolupráce s rodinou.....	70
Tabulka č. 19 - Spolupráce zdravotnického týmu.....	71
Tabulka č. 20 - Zájem o koncept BS.....	73
Tabulka č. 21 - Přínos BS pro pacienta.....	76
Tabulka č. 22 - Koncept BS a způsobilost oddělení.....	77
Tabulka č. 23 - Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ano.....	78
Tabulka č. 24 - Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ne.....	79

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví.....	46
Graf č. 2 – Věk.....	47
Graf č. 3 – Vzdělání.....	49
Graf č. 4 - Délka praxe.....	50
Graf č. 5 – Oddělení.....	52
Graf č. 6 - Pracovní zařazení.....	53
Graf č. 7 - Pojem BS.....	54
Graf č. 8 - Setkání s BS.....	56
Graf č. 9 - Kurz BS.....	57
Graf č. 10 - Význam BS pro respondenta.....	58
Graf č. 11 - Nejčastější diagnózy pacientů.....	60
Graf č. 12 - Vhodní pacienti k BS.....	62
Graf č. 13 - Reálné používání konceptu BS.....	63
Graf č. 14 - Délka doužívání konceptu BS.....	64
Graf č. 15 - Vyhodnocování vhodnosti konceptu BS.....	65
Graf č. 16 - Pacienti, u kterých se BS využívá nejčastěji.....	67
Graf č. 17 - Nejčastěji prováděné druhy BS.....	68
Graf č. 18 - Dokumentace ke konceptu BS.....	69
Graf č. 19 - Spolupráce s rodinou.....	70
Graf č. 20 - Spolupráce zdravotnického týmu.....	71
Graf č. 21 - Důvody nepoužívání konceptu BS.....	72
Graf č. 22 - Zájem o koncept BS.....	73
Graf č. 23 - Odpovědi respondentů v souvislosti s délkou praxe.....	74
Graf č. 24 - Odpovědi respondentů v souvislosti s vzděláním.....	75
Graf č. 25 - Přínos BS pro pacienta.....	76
Graf č. 26 - Koncept BS a způsobilost oddělení.....	77
Graf č. 27 - Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ano.....	78
Graf č. 28 - Vyhodnocení respondentů, kteří odpověděli ne.....	79

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

aj	a jiné
a.s.	akciová společnost
ARIP	Specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
BS	bazální stimulace
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
č.	číslo
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
ICU	Intensive Care Unit
JIP	jednotka intenzivní péče
KPCR	Kardiopulmocerebrální resuscitace
MSD	masáž stimulující dýchání
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Např.	například
NS	nervová soustava
n.	nervus (nerv)
obr.	obrázek
oše	ošetrovatelství
Sb.	Sbírka
SR	Slovenská republika
SZŠ	Střední zdravotnická škola
s.	strana
tab.	tabulka
TV	televize
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
Vš-Bc.	vysoká škola – bakalář
Vš-Mgr.	vysoká škola – magister

SEZNAM PŘÍLOH

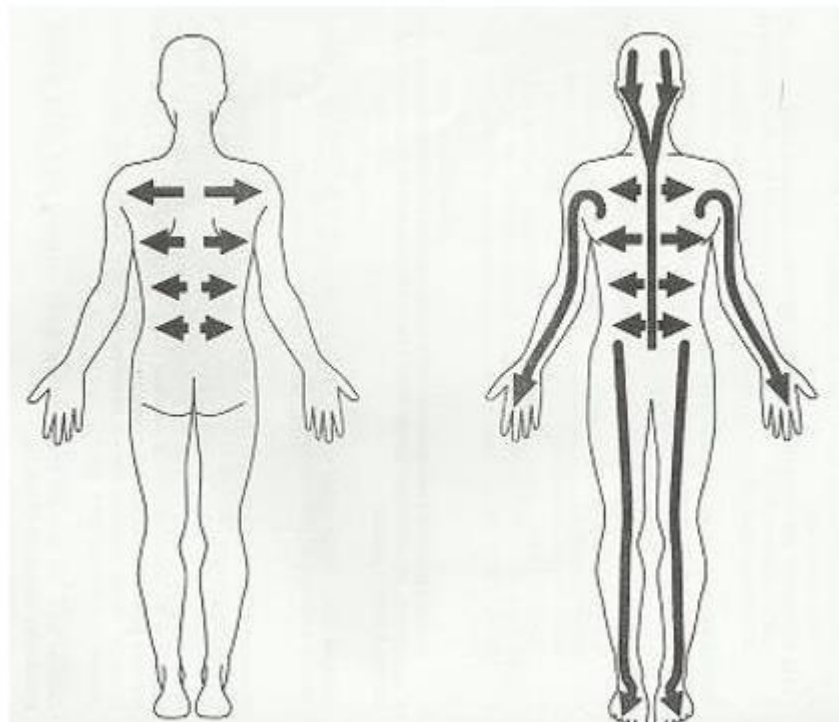
- Příloha č. 1 – Iniciální dotek
- Příloha č.2 – Zklidňující stimulace
- Příloha č.3 – Povzbuzující stimulace
- Příloha č.4 – Poloha hnízdo
- Příloha č. 5 – Poloha mumie
- Příloha č. 6 – MSD
- Příloha č. 7 – Optická stimulace
- Příloha č.8 – Orální stimulace
- Příloha č.9 – Auditivní stimulace
- Příloha č. 10 – Dotazník
- Příloha č.11 – Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 1 – iniciální dotek



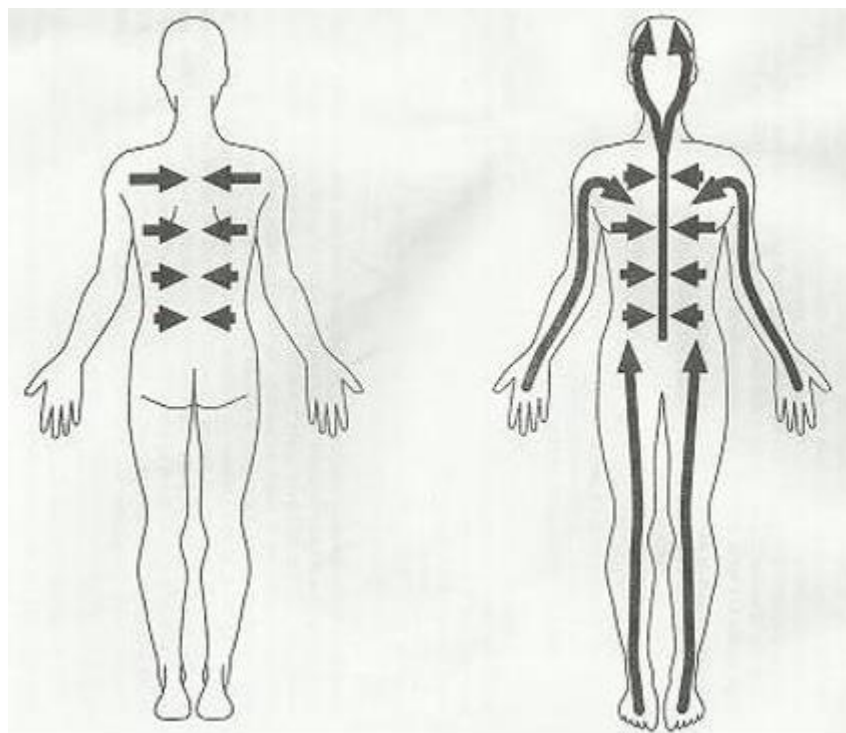
(Křepelková, 2012)

Příloha č. 2 – Zklidňující stimulace



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 3 – Povzbuzující stimulace



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 4 – Poloha hnízdo



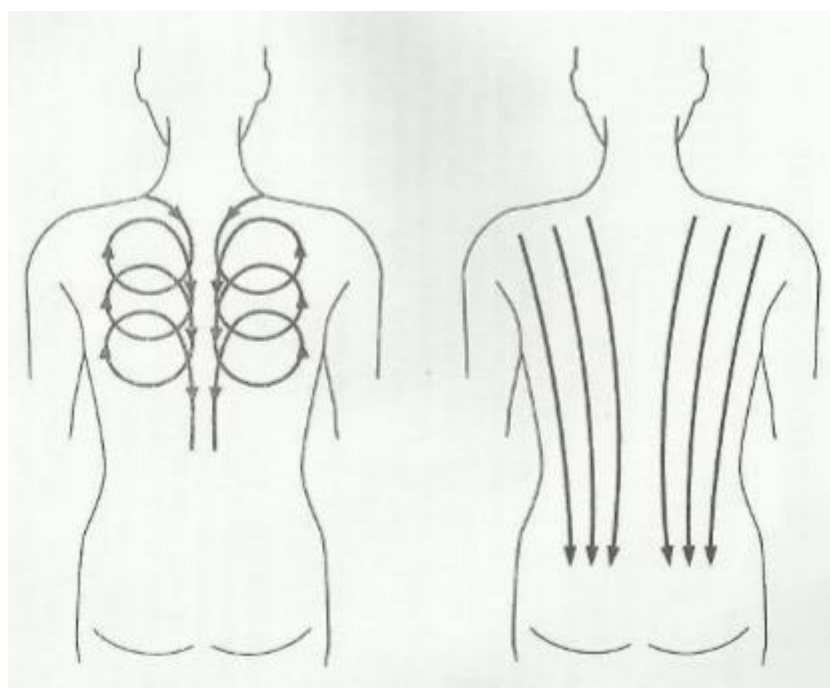
(Křepelková, 2012)

Příloha č. 5 - Poloha mumie



(Friedlová, 2015)

Příloha č. 6 - MSD



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 7 – Optická stimulace



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 8 – Orální stimulace



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 9 – Auditivní stimulace



(Křepelková, 2012)

Příloha č. 10 – Dotazník

Vážená kolegyně/vážený kolego.

Jmenuji se Gabriela Ruffingová a jsem studentkou bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky se stanou součástí mé bakalářské práce na téma: Bazální stimulace – znalosti a praktické zkušenosti všeobecných sester na vybraných klinikách FNHK. Cílem tohoto dotazníkového šetření je zmapovat povědomí a praktické zkušenosti s využíváním konceptu Bazální stimulace (dále jen BS), případně důvody, proč tento koncept není využíván.

V dotazníku zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za vyplnění.

1. Jakého jste pohlaví:

- žena
- muž

2. Kolik Vám je let:

- 18-25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Specializační studium, jaké?

-
- Jiné, jaké?

.....

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 0-1 let
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16 let a více

5. Na jakém oddělení pracujete? Prosím napište.

.....

6. Jaké je vaše pracovní zařazení?

- staniční sestra
- úseková sestra
- všeobecná sestra u lůžka
- jiné, prosím uveďte

7. Setkali jste se již s pojmem BS?

- ano
- ne

8. Kde jste se poprvé v praxi setkal/a s pojmem BS?

- na odborné stáži
- na výuce v rámci studia
- na oddělení, kde nyní pracuji
- v minulém zaměstnání
- na odborném semináři (kongresu)
- jinde, kde
- o konceptu BS jsem ještě nikdy neslyšel/a

Pokud jste označil/a poslední bod (O konceptu BS jsem ještě neslyšel/a), dále prosím nepokračujte, děkuji Vám za spolupráci.

9. Absolvoval/a jste školení, seminář, nebo kurz o BS?

- ano – základní
- ano – nástavbový
- ne

10. Co pojem bazální stimulace pro Vás znamená? *(označte prosím 3 možnosti)*

- profesionální ošetrovatelskou péči, která vychází s individuálních potřeb pacienta
- stimulaci smyslových orgánů
- podpora a vedení pacienta při uspokojování jeho potřeb
- naučit pacienta opět vnímat svoje tělo
- možnost spolupráce všech členů týmu
- zlepšení spolupráce s pacientem a jeho rodinou
- seberealizace ošetrovatelského personálu
- práce navíc „žrout“ času
- finanční zatížení pro zdravotnické zařízení
- navýšení personálu na ošetrovací jednotce
- nepodporuje vlastní identitu pacienta
- neumožňuje ošetrovatelskému personálu rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti
- jiné

.....
.....

11. Kteří pacienti (s jakými lékařskými diagnózami) jsou na Vašem oddělení převážně hospitalizováni? *(Ize uvést více možných odpovědí)*

- polytrauma
- stav po KPCR
- intoxikace
- komatózní stavy

- apalický syndrom
- akutní respirační selhání
- subdurální/epidurální hematom
- rozvrat vnitřního prostředí
- jiné

.....

12. Pro jaké pacienty hospitalizované na Vašem oddělení je podle Vás BS vhodná?

.....

13. Používáte na Vašem oddělení koncept BS?

- ano
- ne

Pokud koncept bazální stimulace na Vašem oddělení nepoužíváte, pokračujte prosím otázkou č. 21.

14. Jak dlouho používáte koncept BS na Vašem oddělení?

- méně než 1 rok
- 1–2 roky
- déle než 2 roky

15. Jakým způsobem vyhodnocujete vhodnost BS pro jednotlivé pacienty?

.....

16. U kterých pacientů nejčastěji BS využíváte?

- u ventilovaných pacientů
- u pacientů v kómatu
- u neklidných a dezorientovaných pacientů
- u pacientů s poruchou hybnosti a koordinace pohybů
- u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko
- u pacientů s poškozením intelektu a emocionálními poruchami
- jiné

17. Které druhy BS provádíte nejčastěji? (*označte prosím 3 nejčastěji používané, kdy 1 bude označena nejvíc používaná metoda*)

- somatická stimulace
- vibrační stimulace
- vestibulární stimulace
- olfaktorická stimulace
- orální stimulace
- optická stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně – haptická stimulace

18. Máte na Vašem pracovišti vypracovanou dokumentaci pro koncept BS?

- máme zvláštní dokumentaci o BS
- záznam je součástí lékařské dokumentace
- záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace
- nemáme žádnou dokumentaci

19. Spolupracujete s rodinou pacienta při aplikaci konceptu BS?

- ano
- ne

20. Spolupracujete a informujete všechny členy zdravotnického týmu o využívání konceptu BS u konkrétního pacienta?

- ano
- ne

21. Z jakých důvodů neprovádíte koncept BS na Vašem oddělení? **(Ize uvést více možných odpovědí)**

- nedostatek personálu
- nedostatek času
- nedostatek proškoleného personálu
- negativní postoj lékařů ke konceptu BS
- nedostatek vybavení a pomůcek
- nedostatečná podpora od spolupracovníků nebo vedení
- jiné

22. Chtěl/a byste se s konceptem BS blíže seznámit?

- ano
- ne
- nevím

23. Myslíte si, že je využití konceptu BS v ošetrovatelské péči pro pacienta přínosné?

- plně přínosné
- částečně přínosné
- vůbec ne
- nevím

24. Je podle Vás používání konceptu BS vhodné pro Vaše pracoviště?

- ano (uvedte proč)
-
-
- ne (uvedte proč)
-

.....

25. Chcete ještě něco dodat ke konceptu BS? *(lze uvést názory a připomínky k této problematice)*

.....
.....
.....
.....
.....

DĚKUJI VÁM

Příloha č. 11 - Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro učitelovatelenskou péči
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

v Hradci Králové 29. 8. 2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní magistru,

dovoluji Vám požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Gabriely Ruffingové, narozené 8.5.1982, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu (Něšřovatelství, kombinované formy LF UK v Hradci Králové).

Cílem této práce je zmapovat povědomí o konceptu bazální stimulace mezi všeobecnými sestrami na vybraných klinikách FNHK, zjistit reálné využití konceptu na daných pracovištích a prvky BS využívané nejčastěji, případně důvody nevyužívání tohoto konceptu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Dotazník bude distribuován na vybrané JIP interního typu. Jedná se o JIP Neurologické kliniky, Interní JIP a Geriatrická JIP GMK, Arytmologická a Koronární JIP I, interní kliniky a JIP Plicní kliniky.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Moniky Nedvídkové pracující na Rehabilitační klinice FNHK.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Gabriela Ruffingová
Edvarda Beneše 1425
Hradec Králové 500 12

Mgr. Monika Nedvídková
Rehabilitační klinika FNHK
Nezvalova 265
Hradec Králové 500 03
email: Monik.Solcova@gmail.com

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

29. 8. 2016

Podpis a razítko Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
Hradec Králové
500 05 Nový Hradec Králové
-12-