

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2013

Petra Brandová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Petra Brandová

**Bazální stimulace u předčasně narozených dětí z pohledu
ergoterapeuta**

Basal stimulation in preterm infants from the perspective of occupational therapist

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Marcela Kryski

2013
Praha, rok 2013

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Marcelu Kryski za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty. Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce Bc. Barboře Ředinové, která mi pomohla podat dotazníky na dětských odděleních ve Fakultní nemocnici Motol. A tím bych chtěla poděkovat i vedení FN Motol za možnost podat zde dotazníky. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodinným příslušníkům, a to hlavně za psychickou podporu.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

**V Praze, 9.4.2013
PETRA BRANDOVÁ**

V Praze dne: 9.4.2013

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Petra Brandová

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Kryska

Název bakalářské práce:

Bazální stimulace u předčasně narozených dětí z pohledu ergoterapeuta

Abstrakt bakalářské práce:

Práce pojednává o informovanosti rodičů o konceptu Bazální stimulace. V teoretické části jsme se zaměřili na předčasně narozené děti, jejich klasifikaci a problémy spojené s nezralostí. V dalších kapitolách jsme se zaměřili na koncept Bazální stimulace a jeho dílčí části. Dále se věnujeme jednotlivým stimulacím, které se používají u předčasně narozených dětí a potvrzujeme tyto stimulační výzkumy prováděnými mimo ČR. V závěru teoretické části vyzdvihujeme význam edukace a zapojení rodičů do péče o dítě. V praktické práci se zaměřujeme na dosažení cíle bakalářské práce a potvrzení či vyvrácení zadaných hypotéz. Snažili jsme se o zjištění informovanosti rodičů ve FN Motol. Zajímali jsme se o povědomí o významu konceptu Bazální stimulace u předčasně narozených dětí, o aplikaci jeho prvků (klokánkování, orofaciální stimulace, poloha mumie, poloha hnízdo) a povědomí o tom, kdo koncept aplikuje.

Klíčová slova:

předčasně narozené děti, bazální stimulace, klokánkování, orofaciální stimulace, poloha mumie, poloha hnízdo

Abstract:

This thesis is about the parents knowledge about the Basal stimulation concept. In the theoretical part we focus on the preterm infants, the classification and problems associated with immaturity. In following chapters we focus on the Basal stimulation concept and its components. Further we discuss about particular stimulations to use for preterm infants and confirm them with foreign studies. In the end of theoretical part we emphasise the importance of parent education and participation parents in the care of child. In the practical part we focus to achieve the target of this thesis and to confirm or

refute the hypotheses. We tried to find out the parents awareness in the Hospital University Motol about the Basal stimulation concept in the care of preterm infants, in application of its components (kangaroo care, orofacial stimulation , mummy position, nest position) and in knowledge about the concept usage.

Key words:

preterm infant, basal stimulation, kangaroo care, orofacial stimulation, mummy position, nest position

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM GRAFŮ	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	
1 NEDONOŠENÉ DÍTĚ	14
1.1 Klasifikace nezralého novorozence	14
1.2 Rizika spojená s nezralostí	15
2 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE	17
2.1 Vznik konceptu Bazální stimulace	18
2.2 Prvky konceptu Bazální stimulace	18
2.2.1 Somatická stimulace	19
2.2.2 Vestibulární stimulace	21
2.2.3 Vibrační stimulace	22
2.2.4 Optická stimulace	22
2.2.5 Auditivní stimulace	22
2.2.6 Orální stimulace	22
2.2.7 Olfaktorická stimulace	24
2.2.8 Taktilně-haptická stimulace	24
2.3 Rozvoj vnímání	24
2.4 Koncept Bazální stimulace u předčasně narozených dětí	26
2.4.1 Somatická stimulace	26
2.4.1.1 Koupel	27
2.4.1.2 Polohování	28
2.4.1.2.1 Poloha mumie	28
2.4.1.2.2 Poloha hnízdo	29
2.4.1.2.2.1 Poloha na břicho	29
2.4.1.2.2.2 Poloha na zádech	30
2.4.1.2.2.3 Poloha na boku	30
2.4.1.3 Kontaktní dýchání	30
2.4.1.4 Somatická stimulace obličeje	31
2.4.2 Vestibulární stimulace	31
2.4.3 Vibrační stimulace	31

2.4.4 Orální stimulace	32
2.4.5 Klokánkování	33
2.5 Využívanost konceptu Bazální stimulace v ČR	34
3 ZAPOJENÍ RODINY DO PÉČE	35
3.1 Edukace	35
4 INFORMACE O VÝZKUMECH	37
4.1 Somatická stimulace	37
4.2 Orální stimulace	38
4.3 Klokánkování	39
 VÝZKUMNÁ ČÁST	
5 PROBLEMATIKA VÝZKUMU.....	40
5.1 Cíle	40
5.2 Hypotézy	41
6 METODOLOGIE	42
6.1 Charakteristika výběrového souboru	42
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	46
7.1 Informovanost o konceptu Bazální stimulace	46
7.2 Informovanost o aplikaci konceptu Bazální stimulace ve FN Motol	47
7.3 Informovanost o klokánkování	48
7.4 Informovanost o orofaciální stimulaci	49
7.5 Informovanost o poloze hnízdo	51
7.6 Informovanost o poloze mumie	53
8 DISKUZE	55
ZÁVĚR	60
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	62
SEZNAM PŘÍLOH	65

SEZNAM TABULEK

Tab.1: Intrauterinní a extrauterinní působení na systémy (Hunter; Mosby 2005)

Tab.2: Návratnost dotazníků

Tab.3: Informovanost o významu konceptu Bazální stimulace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Návratnost dotazníků

Graf 2: Narození dětí – datum

Graf 3: Narození dětí – gestační týden

Graf 4: Informovanost o významu konceptu Bazální stimulace

Graf 5: Informovanost o aplikaci konceptu Bazální stimulace ve FN Motol

Graf 6: Přehled osob poskytujících bazální stimulaci ve FN Motol

Graf 7: Informovanost o klokánkování

Graf 8: Přehled osob informujících o klokánkování

Graf 9: Informovanost o orofaciální stimulaci

Graf 10: Přehled osob informujících o orofaciální stimulaci

Graf 11: Problémy v orofaciální oblasti

Graf 12: Aplikace orofaciální stimulace při problémech v orofaciální oblasti

Graf 13: Informovanost o poloze hnízdo

Graf 14: Přehled osob informujících o poloze hnízdo

Graf 15: Aplikace polohy hnízdo

Graf 16: Informovanost o poloze mumie

Graf 17: Přehled osob informujících o poloze mumie

Graf 18: Aplikace polohy mumie

ÚVOD

V průběhu několika desítek let se zdokonaluje jak lékařská technika, tak i zdravotní péče. Nejen, že se tak zvyšuje průměrný věk člověka, ale také se posouvá hranice možné záchrany předčasně narozených dětí. Někdy se zapomíná na to, že by se maximální péče měla provádět dříve než se projeví všechny problémy. Čím dříve se s péčí začne, tím méně komplikací nebo komplikací menšího charakteru může zůstat. I proto mě velmi zaujala možnost ergoterapeuta věnovat se i této věkové kategorii. Práce s dětmi už mě velmi dlouho lákala, proto jsem velmi ráda za to, že jsem se ve své práci mohla zaměřit na toto téma.

Jedním z takových konceptů napomáhající novorozencům je právě koncept Bazální stimulace. Hlavním cílem konceptu je podpora psychomotorického vývoje člověka. K této podpoře u novorozenech dětí může být zařazena: podpora vnímání hranic vlastního těla, stimulace sání a polykání atd. Důsledek těchto stimulací je např.: zlepšení příjmu potravy, zlepšení vnímání hranic těla a vnímání doteku jako způsob komunikace. Všechny tyto činnosti se dají zařadit do kategorie „aktivity daily living“ tj. běžných denních činností. A právě hlavně kvůli tomu si myslíme, že by tuto stimulaci měl provádět ergoterapeut, jelikož náplní práce ergoterapeuta je mimo jiné i nácvik běžných denních činností. Konceptu Bazální stimulace se většinou, u předčasně narozených dětí, věnují všeobecné sestry. Proto jsme rády, že jsme se tomuto tématu mohli věnovat i my. A budeme velmi rády, když se tomuto tématu budou dále věnovat i další ergoterapeuté.

U předčasně narozených dětí je po narození velmi vhodné jim poskytnout ty stimuly, které jim budou nahrazovat stimuly, které by jim jinak poskytovala děloha matky. Proto se i v posledních letech mezi různé zdravotnické pracovníky rozšířil koncept Bazální stimulace. Tento koncept je založen na poskytování somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální stimulace. Tyto stimulace se mohou různě kombinovat. Lze poskytnout i tři stimulace najednou, a to například při aplikaci klokánkování (spojení somatické, vibrační a vestibulární stimulace).

Koncept bazální stimulace však nutně nemusí poskytovat jen zdravotnický pracovník. Naopak, je vhodné poskytovat stimulace nadále i v domácím prostředí. A tak je dobré, aby je poskytoval i rodič. Proto by se měli rodiče účastnit terapií. Rodičům by měli být předávány informace o průběhu, významu a správném poskytování stimulací. Jelikož se rodiče v jeden krátký časový úsek dozvědí spoustu informací, je vhodné jim

tyto informace podávat po částech a nejlépe ve formě letáků a brožur, které si mohou ponechat. Proto bychom chtěli, aby výsledkem této práce byla drobná brožura informující rodiče o konceptu Bazální stimulace.

V teoretické práci bychom se chtěli obeznámit s předčasně narozenými dětmi a jejich problémy. Dále bychom se chtěli zabývat konceptem Bazální stimulace a jeho oblastmi stimulace používaných u předčasně narozených dětí. Uvedli bychom zde i několik výzkumů, které potvrzují jejich pozitivní efekt. V praktické části se zaměříme na informovanost rodičů o konceptu Bazální stimulace a některých jeho dílčích technikách. Vybrali jsme si 4 techniky, které se aplikují u předčasně narozených dětí. Jsou jimi klokáňování, orofaciální stimulace, poloha mumie a poloha hnízdo. Informace budeme získávat z námi vytvořených dotazníků. Dotazníky budu zjišťovat informovanost rodičům na dětských odděleních ve FN Motol v Praze.

1 NEDONOŠENÉ DÍTĚ

Fyziologický novorozenec se vyznačuje tím, že je zralý, zdravý a eutrofický. Zralý novorozenec se rodí mezi 37. a 42. týdnem, váží od 2500 do 4000g a je dlouhý 48 až 55cm. Nedonošené dítě je tedy narozené před 37. týdnem a váží méně než 2500g (Saxlová; Grada 2008). Čím víc je novorozenec předčasně narozený, tím větší je nezralost orgánů a tkání.

U novorozence se tedy vše hodnotí dle gestačního věku. Příčina nezralosti většinou nebývá zjištěna. Často jich bývá i několik. Mezi hlavní z nich patří nemoci matky a problémy spojené s těhotenstvím (Fendrychová a kol.; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2012).

1.1 Klasifikace nezralého novorozence

Novorozenec se z hlediska vývoje dá zařadit do několika skupin podle délky těhotenství, podle zralosti a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. Gestační věk se dá stanovit podle datumu poslední menstruace, podle prvních pohybů plodu a pomocí ultrazvukového vyšetření (Sedlářová; Grada 2008). Z těchto hledisek rozlišujeme novorozence (Fendrychová; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012):

- I. Podle délky těhotenství:
 - a. Narozené před termínem (nedonošené) – gestační věk před dokončeným 38. týdnem.
 - b. Narozené v termínu (donošené) – gestační věk mezi 38. - 40. týdnem.
 - c. Narozené po termínu (přenašené) – gestační věk nad dokončeným 42. týdnem.
- II. Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku (viz. příloha č.1):
 - a. Eutrofické – stav výživy odpovídá gestačnímu věku.
 - b. Hypotrofické – porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku.
 - c. Hypertrofické – porodní váha je vyšší než odpovídá gestačnímu věku.
- III. Podle zralosti:
 - a. Extrémně nezralé – narozené do ukončeného 28. týdne gestace, zpravidla s hmotností do 999 gramů – extrémně nízká porodní hmotnost (Extremely Low Birth Weight).

- b. Velmi nezralé – narozené do 32. týdne gestace, zpravidla s hmotností 1000-1499 gramů – velmi nízká porodní hmotnost (Very Low Birth Weight).
- c. Středně nezralé – narozené do 34. týdne gestace, zpravidla s hmotností 1500-1999 gramů – nízká porodní hmotnost (Low BirthWeight).
- d. Lehce nezralé – narozené do 38. týdne gestace, zpravidla s hmotností 2000-2499 gramů – nízká porodní hmotnost (Low Birth weight) (Fendrychová; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012).

Pro účely této bakalářské práce bychom se dále chtěli věnovat hlavně hypotrofickým, nezralým a nedonošeným dětem, které často potřebují více odborné a specializované péče (Balajková; 2009).

1.2 Rizika spojená s nezralostí

Nedonošenost s sebou může nést spoustu rizik, které pak dále můžou ovlivňovat vývoj dítěte. Stupeň zralosti nám udává, jak jsou nebo nejsou orgány schopny samostatně fungovat. Čím je novorozenec více nezralý, tím méně času mělo jeho tělo na dozrání a přípravu na to, aby mohlo začít fungovat mimo dělohu matky (Friedlová; Grada 2007).

Problémy spojené s nezralostí mohou být (Fendrychová; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012):

- Problémy s činností zažívacího traktu.
- Problémy s výměnou látkovou (nezralá tkáň jater, hypoglykémie a hypokalcémie, hyperbilirubinémie).
- Imunologické problémy (nezralost imunitního systému – možnost infekce a sepse).
- Anémie.
- Neurologické následky a poruchy smyslových orgánů (dětská mozková obrna, retinopatie).
- Plod je křehký a snadno zranitelný.
- Oběhové (kardiovaskulární) problémy (arytmie, hypotenze, otevřená tepenná dučej).

- Nedokonalá regulace tělesné teploty (nedostatečná funkce termoregulačního centra, nedostatečná izolační vrstva podkožního tuku, velký výdej tepla).
- Respirační obtíže (apnoické pauzy, tzv. syndrom respirační tísně, nedostatek surfaktantu v plicích, bronchopulmonální dysplázie).
- Problémy s příjmem potravy, malabsorpční syndrom, gastroesofageální reflux.

(Fendrychová; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012).

Nejčastější důsledky těchto často bolestivých obtíží, které se projevují na jednotkách intenzivní péče, bývají dle Huntera (Mosby 2005):

- fyzická nestabilita,
- spánkové poruchy,
- problémy s příjmem potravy,
- špatná tělesná regulace,
- snížený práh bolesti,
- hypersenzitivita,
- další zdravotní komplikace.

Hlavními cíli tak v ošetrovatelské péči o nezralé novorozence jsou dle Friedlové (Grada 2007) převážně:

- Šetření energie dítěte;
- Prevence infekce;
- Správná péče o kůži;
- Pečlivé sledování novorozence a dokumentace pozorování;
- Podpora dýchání;
- Zachování tělesného tepla;
- Vhodná výživa a hydratace;
- Podpora povzbuzení rodičů.

Především poslední čtyři body z cílů ošetřování jsou velmi významně ovlivňovány konceptem Bazální stimulace.

2 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je vývoj stimulační koncept, který podporuje oblasti lidských potřeb. Koncept poskytuje stimulaci vnímání, komunikaci a hybnost. Hlavním cílem je, aby byl co nejvíce podpořen psychomotorický vývoj. Tvzení prof. Dr. Fröhlicha, že je důležité nejprve vnímat vlastní tělo a vjemy z něj, se potvrdilo, a koncept z toho vychází. Vnímání vlastního těla je výchozí bod pro vnímání okolí a navázání komunikace (Friedlová; Diagnóza 2012). Bazální stimulace tedy podle Fröhlicha a Bienstein (Verlag Hans Huber 2012) působí:

- jako nabídka celostního učení souvisejícího s tělem,
- jako komplexní rozvojová stimulace v časných fázích života,
- při orientaci v nejednoznačných situacích při vnímání, komunikaci a pohybu
- při snížení stresu u lidí v náročných situacích, jako například ve vážné zdravotní situaci,
- při doprovázení umírajícího člověka,
- jako psychoterapeutická podpora v obtížných komunikačních a percepčních fázích.

Pro koncept Bazální stimulace je důležitých 5 základních principů, na kterých je celý založen (dle Friedlové; Institut Bazální stimulace 2005):

1. Smysly vnímání se utvářejí postupně.
2. Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální spojení.
3. Člověka formují jeho zkušenosti.
4. Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.
5. Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat.

Člověk prostřednictvím lidských smyslů vnímá podněty z okolí, díky nimž poznává sebe, okolní prostředí a komunikuje s ním. Díky možnosti vnímat okolí se můžeme pohybovat a komunikovat. Tyto schopnosti jsou navzájem provázané a jedna bez druhé nemůže fungovat. Vnímání, pohyb a komunikace jsou třemi základními prvky konceptu Bazální stimulace. K podpoře těchto prvků dochází na základě stimulace smyslů, kdy je velmi důležitá plasticita mozku (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2007). Koncept je komunikační a vývoj stimulační nástroj, který zohledňuje potřeby klienta, věk a jeho aktuální zdravotní

stav (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2007). Ke každému člověku se tak přistupuje zcela individuálně, dle jeho potřeb.

2.1 Vznik konceptu Bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. Dr. Andreas Fröhlich z Německa, který od roku 1970 pracoval s dětmi s těžkým kombinovaným postižením. Prof. Christel Bienstein přenesla tento koncept v 80. letech 20. století do ošetrovatelské péče. Pracovala jako zdravotní sestra a úspěšně aplikovala tento koncept u klientů ve vigilním kómatu. Od 80. let pracují společně s prof. Dr. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012). V rámci své vědecké práce spolupracuje s mnoha odborníky z různých oblastí péče na projektech změn lidského vnímání. S prof. Dr. Fröhlichem také společně vypracovali systém vzdělávání lektorů, aby byla zajištěna kvalitní aplikace konceptu. Lektoři musí projít čtyřsemestrálním studiem v zahraničí a složit závěrečné zkoušky, po kterých získají licenci, opravňující je k vyučování konceptu. Tímto studiem se také zavazují k doživotnímu vzdělávání v tématu (Friedlová; Grada 2007).

Nyní je koncept uznávaný ve všech zemích Evropské Unie. Uplatňuje se u lidí ve vigilním kómatu, pro mentálně postižené, u lidí s postižením vnímání atd. Začal se taky velmi využívat u předčasně narozených dětí a touto tematikou bych se chtěla dále více zabývat.

Koncept využívá mnoho odborníků, kteří si pak při konferencích a seminářích vyměňují své zkušenosti z jednotlivých oborů a z práce s různými klienty. Nejenom odborníci, ale i laická veřejnost se dnes díky publikacím v knihách, časopisech a i na internetu může dozvědět mnoho zajímavých informací o konceptu Bazální stimulace.

2.2 Prvky konceptu Bazální stimulace

Mezi prvky základní stimulace se řadí (Vašíčková; Univerzita Pardubice 2008):

- Stimulace somatická
- Stimulace vestibulární
- Stimulace vibrační

Mezi další patří prvky nástavbové stimulace (Vašíčková; Univerzita Pardubice 2008):

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

2.2.1 Somatická stimulace

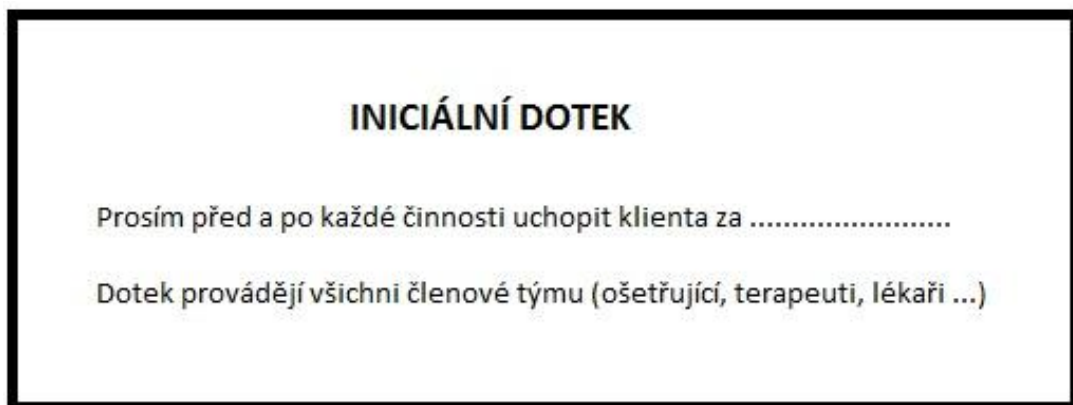
Tato stimulace nám podává informace z kožního percepčního orgánu (Friedlová; odborný časopis Sociální služby 2010). Se somatickým a kinestetickým vnímáním také souvisí propriorecepce. Hlavním cílem této stimulace tedy je předložit klientovy všechny vjemy z vlastního těla a stimulovat tak vnímání tělesného schématu. Informace o vlastním těle jsou důležité pro další vývoj klienta. Pro udržení správného vnímání vjemů jsou však důležité některé předpoklady (Friedlová, Grada 2007), jako např.:

- vizuální kontrola (někdy se ke kontrole využívá zrcadla),
- vestibulární vnímání,
- senzorické vnímání,
- prvky paměťových pohybových schémat (při opakovaných pohybech se využívá plasticity mozku),
- symetrické vnímání.

V aplikaci somatické stimulace velmi záleží na intenzitě, lokalitě a kvalitě doteku. Fröhlich a Bienstein (Verlag Hans Huber 2012) zkoušely při stimulaci dotekem různé druhy materiálu, které měly na člověka velmi pozitivní vliv, v závěru však došly k tomu, že nejvíce stimulující byl dotek “holýma rukama”. Jelikož stimulaci často provádí různí pracovníci, je třeba se na určitých pravidlech dohodnout, aby nedocházelo ke špatnému působení. Egarter ve své bakalářské práci (2012) uvádí několik aspektů, které je třeba při somatické stimulaci vzít v úvahu:

1. Omezujeme dotyky letmé, krátkodobé.
2. Omezujeme rušivé a chaotické dotyky.
3. Uspěchané činnosti eliminujeme, protože chaotické dotyky vyvolávají pocit nejistoty.
4. Dotek by měl být klidný, provedený celou plochou ruky, ne jen prsty.
5. Po celou dobu pracujeme s určitým tlakem, který přizpůsobujeme situaci a stavu klienta.
6. Po dohodě s celým zdravotním týmem používáme stejný iniciální dotek.
(Egarter; University of Graz 2012)

Iniciální dotek dává klientovi informaci o tom, kdy začne (a kdy i skončí) určitá činnost. Iniciální dotek by měl aplikovat celý interprofesionální tým, proto je nejlepší u každého pacienta mít kartičku s napsaným místem, kde se dotek provádí (Friedlová; Institut Bazální stimulace 2009).



Obr. 1: Cedule pro iniciální dotek (Friedlová; Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči 2007)

Somatickou stimulaci lze v konceptu Bazální stimulace poskytovat několika způsoby (Friedlová; Grada 2007):

- I. Somatická stimulace zklidňující
- II. Somatická stimulace povzbuzující
- III. Neurofyziologická stimulace
- IV. Symetrická stimulace
- V. Rozvíjející somatická stimulace
- VI. Diametrální stimulace

- VII. Polohování „hnízdo“
 - VIII. Polohování “mumie“
 - IX. Kontaktní dýchání
 - X. Masáž stimulující dýchání
- (Friedlová; Grada 2007)

Při těchto stimulacích aktivujeme klientovo receptory. Citlivost na podněty dělíme na povrchovou (bolest, teplo/chlad a dotek/tlak) a hlubokou (polohocit, pohybcit a vibrace) . V kůži nalezneme: mechanoreceptory (reagující na tlak, vibrace a lechtání), termoreceptory (umožňují vnímání teplotních změn, a na to adekvátní reakce těla) a receptory citlivé na bolest. Mezi hluboké receptory se pak řadí proprioreceptory, které jsou zabudované ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů (Bader; OT Practice 2010).

2.2.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární aparát nám dává informace o pohybu, orientaci v prostoru a rovnováze. Lidé, kteří tento aparát nevyužívají, pak o tyto schopnosti přicházejí. Děje se tak hlavně u ležících lidí nebo u lidí s velmi omezenými pohybovými aktivitami. U těchto lidí se pak objevují problémy, jako jsou např. (dle Friedlové; Grada 2007):

- Kolaps
- Nausea
- Poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru
- Bolesti hlavy
- Zvýšené svalové napětí

Stimulace u klienta se nejčastěji provádí mírnými pohyby hlavy (tento pohyb by se pak měl provádět před každým pohybem celého těla). Využívá se také změny polohy celého těla na polohovacím lůžku nebo v závěsném vaku.

2.2.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace má za hlavní cíl stimulovat receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti (proprioreceptory). Ke stimulaci se nejčastěji využívá technických vibračních prostředků (např.: vibrátor, elektrický zubní kartáček, vibrační křeslo) nebo rukou, kdy se soustředíme hlavně na vibrace prostřednictvím velkých kloubů (přes rameno, koleno apod.). Mimo těchto prostředků lze také využít chvění a vibrací při mluveném slovu, broukání melodií, dupání a klepání (Kapounová; Grada 2007).

2.2.4 Optická stimulace

Zrak (současně se sluchem) je prostředkem k poznávání okolí, orientaci, učení a ke komunikaci. Hospitalizovaní pacienti často nemají dobrý pocit z holých bílých stěn a pohledu na všelijaké blikající přístroje. A proto k značnému uklidnění klienta často stačí pohled na něco známého. Proto se často k posteli (do zorného pole klienta) dávají hodiny (pro orientaci v čase) a osobní fotky (Friedlová; Grada 2007). Někteří klienti mají před sebou neustále stejný obraz, proto je taky v rámci stimulace vhodné jim ho měnit, ať už změnou obrazů, nebo také pootočením hlavy a změněním tak zorného pole.

2.2.5 Auditivní stimulace

Sluch slouží člověku ke komunikaci, k socializaci a k myšlení. Z těchto bodů můžeme dojít k cílům této stimulace, jako je např.: navázání kontaktu s klientem, zprostředkování informací, budování pocitu jistoty, umožnění orientace, naučení novým slovům (Friedlová; Grada 2007). Ke stimulaci se využívá hlavně řeč, tlumená hudba, zpěv a hrající hračky. Avšak zklidňující účinek mají až okolo 38. gestačního týdne, před tímto věkem by se měly naopak zvuky redukovat na minimum (Bader; OT practice 2010).

2.2.6 Orální stimulace

Ústa jsou jednou z nejcitlivějších oblastí vnímání na těle. Dle Fröhlicha a Bienstein (Verlag Hans Huber 2012) mají ústa mnoho funkcí:

- Příjem potravy

- Komunikace
- Vnímání chutí, vůní, konzistence
- Vyjádření emocí
- Dýchání
- K prožitkům (v naší současné kultuře hlavně erotickým)

(Fröhlich a Bienstein, Verlag Hans Huber 2012)

Produkování slin však neslouží jenom k zvlhčování úst, ale také k čištění. Snahou stimulace je optimální produkce slin. Koncept neslouží jako péče o dutinu, není to ani snaha o nácvik polykacího reflexu, ale dobrá je kombinace těchto metod. Při péči o dutinu ústní by se dle Friedlové (Institut Bazální stimulace 2005) měly dodržovat jisté zásady:

- Před stimulací řádně vyšetřit dutinu ústní a rty (zjistit defekty, trhliny, hydrataci atd.). Důležité je také zjištění citlivosti v oblasti obličeje.
- Zjištění, jak často a čím klient pečoval o dutinu ústní.
- Zjištění oblíbených (neoblíbených) nápojů a potravin.

Při stimulaci je důležitý chuťový prožitek, v opačném případě může dojít k zvýšení svalového tonu a navození odporu. Stejný výsledek může také vyvolat násilné vnikání do úst. Klient už příští dotyk v obličeji nemusí dovolit. K péči o dutinu se nejčastěji využívají vatové nebo molitanové štětičky, které kvalitně čistí povrch sliznice v ústech a nasávají větší množství tekutin. Ty by u klienta měla navozovat příjemný prožitek. Místo tyčinek se také dá využít kousek oblíbené potraviny zabalené v mulu.

Jako u všech somatických stimulací je nejvhodnější začít iniciálním dotykem. Začíná se somatickou stimulací v oblasti obličeje, čímž klienta upozorníme na další aktivity. Pokud somatická stimulace nepomáhá, nebo se nedaří uvolnit napětí v obličeji, je vhodné před touto stimulací provést ještě stimulaci orofaciální nebo vestibulární.

Při stimulaci by se měla také dodržovat správná pozice. K příjmu potravy je nejlepší sed s lehce předkloněnou hlavou, ulehčuje se tak polykání. Naopak po ukončení procesu je vhodné nechat klienta ještě tak 30 minut v sedu, aby nedocházelo k refluxu (Friedlová; Grada 2007).

2.2.7 Olfaktorická stimulace

Jakékoli (ať už příjemné či nepříjemné) stimuly čichových a chuťových buněk, nám často připomínají nějaké vzpomínky. Důležité, stejně jako u jiných stimulací, je důležité zjistit, které podněty má klient rád a které ne. Stimuly není vhodné poskytovat dlouhodobě a kontinuálně, hrozí pak riziko, že si klient na stimul zvykne a stimulace už nebude mít účinek. Nejčastěji se používají vůně z osobních hygienických prostředků, vůně oblíbených jídel, vůně používané při zaměstnání nebo při koníčcích (Friedlová; Grada 2007).

Stimulací orální a olfaktorické oblasti v mozku se prokrvují i okolní centra. Hned v blízkosti se vyskytuje vigilní centrum, které tak stimuluje i vnímání.

2.2.8 Taktálně-haptická stimulace

Při této stimulaci pomocí rukou rozpoznáváme předměty, učíme se je uchopovat, získávat tak nové zkušenosti a ty uchovávat v paměti. V rámci této stimulace nabízíme klientovi předměty, které využíval v domácím prostředí, pracovním prostředí nebo při koníčcích. Na základě zapamatování tohoto předmětu, má klient pozitivní odezvu na stimul. Člověk tak znovu zažívá svoji roli (Fröhlich, Biestein; Verlag Hans Huber 2012). Opačnou odezvu pak mají například katétrů nebo jiné zdravotní pomůcky, které jsou pro klienta cizí a vyvolávají tak v něm nejistotu a obavu.

2.3 Rozvoj vnímání

Koncept Bazální stimulace u předčasně narozených dětí je založen na principu poskytování stejných vjemů a podmínek, které jim byly poskytovány i během intrauterinního života (Krejčířová; Grada 2006). Díky vyspělým technologiím už v dnešní době můžeme zjišťovat a pozorovat postupný vývoj vnímání už od prvních týdnů po početí. A pomáhat tak dítěti v případné adaptaci na podmínky mimo dělohu (Orel, Facová a kol.; Grada 2010).

Hunter (Mosby 2005) uvádí souhrnou tabulku s tím, jaké vlivy působí na jednotlivé systémy a jaká rizika mohou nastat u dítěte mimo dělohu:

System	Intrauterinní působení	Extrauterinní působení
Taktilní aparát	Konstantní proprioreceptivní přísun informací; obvyklé bezpečí a komfort; hladká hranice kolem těla	Často bolestivý, invazivní, suchý a chladný vzduch; převaha lékařského dotyku nad sociálním kontaktem
Vestibulární aparát	Pohyby matky; plodová voda vytvářející příjemné vibrující prostředí; flekční držení těla určené hranicemi pro pohyb	Ploché polohy; rychlé změny pozice; působení gravitace; časté omezení lékařskými přístroji
Sluchový aparát	Mateřské zvuky; tlumený zvuk z okolního prostředí	Častý, mechanický a přerušovaný hluk
Zrakový aparát	Tma; příležitostně mohou vidět velmi tlumené červené světlo	Jasně světlo; nechráněné oči
Termoregulační systém	Konstantní teplo okolí; stálá teplota těla	Teplotní výkyvy prostředí; vysoké riziko tepelných ztrát

Tab.1: Intrauterinní a extrauterinní působení na systémy (Hunter; Occupational therapy for children; Mosby 2005)

Jako jedno z prvních se rozvíjí somatické, vibrační a vestibulární vnímání. Tyto tři smysly vedou k uklidnění dítěte a k pocitu jistoty. Tento pocit nezůstává jen v děloze, ale pociťujeme ho i později. Každý jistě zažil chvilku, kdy ho matka objala, kolébala se s ním a případně mu zpívala ukolébavku. V náručí rodiče se pak dítě cítí velmi bezpečně.

Již na konci 6. týdne můžeme u plodu pozorovat malé pohyby. Od 16. týdne už plod udrží stálou polohu těla. A od 7. týdne se rozvíjí somatické vnímání. Okolo 15. týdne to můžeme například pozorovat při tom, když si plod cumlá palec, a zkoumá tak své vlastní tělo (Blackburn; Elsevier Health Sciences 2007).

Zvuky, které na dítě působí, můžeme rozdělit na působící z vnějšího a z vnitřního prostředí, přičemž za zvuky z vnitřního prostředí považujeme zvuky vnitřních orgánů (ze zaživacího systému, tlukot srdce apod.) a hlas matky. Ten se přenáší pomocí vibrací, proto vnímání vibrací nesporně souvisí i s vnímáním zvuků, které se rozvíjí tři až čtyři měsíce před narozením.

Od 28. - 30. týdne začíná plod reagovat na různé podněty (taktilní, akustické, vizuální a chuťové). Jelikož se některé předčasně narozené děti narodí před těmito týdny, musí se jim tyto podněty poskytovat i po narození, aby se mohlo dál rozvíjet vnímání. V 6. měsíci se na tuto reakci přidává i odpověď ve formě pozitivních nebo negativních citových prožitků (Friedlová, Grada 2007).

Počátky orální stimulace můžeme vidět už v prenatálním období, kdy si dítě stimuluje pusu cumláním vlastního palce a polykáním plodové vody. Hmat k uklidnění plod využívá již okolo 24. týdne (Krejčířová; Grada 2006). V posledním trimestru těhotenství se dále také rozvíjí auditivní a taktilně-haptické vnímání. Hmat a kinestetický smysl je tedy již při porodu plně vyvinut, zatímco u ostatních smyslů se vývoj ukončuje až po narození, kdy se tělu naskýtá více podnětů pro vývoj - vůně, zrakové podněty apod. (Slater; Oxford University Press 2006).

2.4 Koncept Bazální stimulace u předčasně narozených dětí

Již v prenatální době uvnitř dělohy matky je dítě vystaveno mnoho stimulům. Koncept by tak měl navazovat na tyto stimuly a pomáhat tak v dalším vývoji. To tvrdí i Friedlová (Grada 2007): „Při struktuře individuálního ošetrovatelského plánu u dětí předčasně narozených se vychází z jejich prenatálních návyků, zážitků a zkušeností.“

Na úvod před každou manipulací s dítětem, nejen před stimulacemi, ale i při přebalování atd., je dobré používat iniciální dotek. Ten by měl být stejný pro všechny pracovníky, kteří se s dítětem setkávají. Aby si nemuseli pamatovat iniciální dotek u každého dítěte, často se k postýlce dává cedulka s místem dotyku. U dětí je nejvhodnějším místem hlavička.

U předčasně narozených dětí se nevyužívá všech stimulací, proto bych se nyní chtěla zaměřit na konkrétní techniky.

2.4.1 Somatická stimulace

- A. Somatická stimulace zklidňující – formou koupelí nebo baby masáží
- B. Neurofyziologická stimulace (dříve označovaná dle Bobath konceptu)
- C. Symetrická stimulace
- D. Diametrální stimulace - cílem je snížení napětí svalových vláken (aplikuje se hlavně u klientů s hypertonií)

- E. Polohování „hnízdo“
- F. Polohování „mumie“
- G. Kontaktní dýchání
- H. Somatická stimulace obličeje

2.4.1.1 Koupel

Koupel je jedna z ošetrovatelských metod, ve které se skvěle dá uplatnit především somatická stimulace. Koupelí je mnoho druhů (většinou podle jejich zaměření), jako příklady jsem uvedla stimulaci zklidňující, neurofyziologickou, symetrickou a diametrální. Dle aktuálního stavu pacienta je už pak na personálu, kterou ze stimulací využije, nebo zda je zkombinuje. V průběhu stimulace by se měly neustále hlídat vitální funkce, jako je tep, dechová frekvence, krevní tlak a pupilární reakce (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012). Během koupele se dá zároveň využít i aplikace masáží.

Koupel je prováděna žínkou, která umožňuje větší plochu pro stimulaci a rozlišení vnímání vlastního těla a ruky osoby, která stimulaci provádí. Dotekem žínky dáváme dítěti informace o velikosti, hranicích a formě jeho těla (Friedlová; Institut Bazální stimulace 2009). Koupel v tomto smyslu není užívána k osobní hygieně, ale může se při stimulaci využít, můžeme při ní umýt genitál a obličej. Je několik zásad, kterými bychom se měli během koupele řídit:

- Klienta se dotýkáme vždy oběma rukama najednou.
- Během mytí neodcházíme, s nikým dalším nekomunikujeme. Měli bychom také volit takové prostředí, kde nebudeme nijak rušeni.
- V místnosti, kde koupel provádíme, by měl být klid a teplo.
- Pokud je to možné, je vhodné, aby koupel prováděla vždy jedna a tatáž osoba.
- Koupel by neměla trvat déle než 15-20 minut.

Zejména u předčasně narozených dětí se využívá koupelí zklidňujících a u hypotonických dětí povzbuzujících (Friedlová; Sestra 2012). Tyto koupele se provádějí u dětí trpících bolestí, u neklidných, u dětí s tachykardií, se zvýšeným svalovým tonem a pod. Tato koupel může být aplikována jako celková, nebo i jen částečná. Při této koupeli se využívá pohybu žínky ve směru růstu chlupů.

Provedení zklidňující koupele:

Nejdříve dítě iniciálním dotekem upozorníme na to, že se s ním něco bude odehrávat. Umožníme dítěti vnímat koupel všemi smysly (a to i opticky a akusticky). S koupelí můžeme začít na obličeji, pokud ho však chceme vynechat, začneme na hrudníku a pokračujeme na končetinách. Na hrudníku provádíme stimulaci od středu ke stranám trupu a poté přejdeme na končetiny, nejdříve horní a poté dolní. Na končetinách postupujeme od ramene (případně kyčle) k prstům, po směru růstu chlupů. Zada stimulujeme v poloze na boku a postupujeme stejně jako na hrudníku, teda od středu ke stranám těla. Nezapomínáme na to, že dotek by měl být jasný, kontinuální, přijatelně silný a že bychom všechny pohyby měli provádět symetricky. Při osušování postupujeme stejně jako u koupele (Friedlová; Institut Bazální stimulace 2009).

2.4.1.2 Polohování

Ještě v době, kdy je plod v děloze, si díky mnoha stimulům uvědomuje jeho tělesné hranice (díky tlakům stěn dělohy). Někdy se v této souvislosti také můžeme dočíst o tzv. pelíškování (Dokoupilová; Portál 2009). I po fyziologické délce těhotenství je plod po porodu zmatený a těžko zvládá změny prostředí. Daleko větší dezorientaci pociťuje dítě, které se narodí předčasně. Nedostatek stimulů po porodu může vést k problémům s orientací, k poruchám vnímání, poruchám komunikace, k poškození intelektu a k dalším. Proto je vhodné mu stimuly dodávat i po porodu. Tyto polohy se často velmi podobají polohám v děloze (fetální polohy). I jen malá změna polohy může obnovit vnímání těla. K polohování se u novorozenců využívá srolovaných ručníků, drobných dek, prostěradel nebo perličkových polštářů různých tvarů. Drobnějších poloh (mikropoloh) je nespočet, já bych se přesto zaměřila jen na dvě nejvíce využívané techniky, a tím je poloha mumie a hnízdo.

2.4.1.2.1 Poloha mumie

Tato poloha se provádí především u neklidných a zmatených dětí, které se často rodí matkám závislých na drogách nebo alkoholu.

Provedení:

Jako před každou činností dítě informujeme o tom, že se s ním bude něco dít, iniciálním dotekem. Před polohováním je možné tělo uvolnit koupelí. Začneme tím, že tělo dítěte obložíme srolovanými ručníky, nebo jiným materiálem.. Horní končetiny necháváme překřížené na hrudníku, mohou ale také zůstat položené vedle těla. Deku zatahujeme pod dítě kolem celého těla. Dítě nenecháváme v této poloze déle jak 20 minut. A neustále ho v této poloze pozorujeme a hodnotíme jeho reakce. Tuto stimulaci můžeme kombinovat se stimulací vestibulární, která má pro dítě větší uklidňující účinek (Friedlová; Institut Bazální stimulace 2009). V této poloze můžeme využít i možnost použití zavinovačky.

2.4.1.2.2 Poloha hnízdo

Stimulace je tvořena tlakem okolo celého těla. Tato poloha se provádí pro zklidnění dítěte, k podpoře vnímání hranic těla a orientaci na těle, navozuje pocit jistoty a slouží k podpoře svalového tonu (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012).

Provedení:

Tuto polohu můžeme u dítěte provádět v leže na břiše, v leže na zádech a v leže na boku (Fendrychová a kol.; Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012). Dítě položíme do dané polohy a srolované deky (nebo jiné materiály) dáme okolo jeho těla. Dítě pak další dekou přikryjeme.

2.4.1.2.2.1 Poloha na břiše

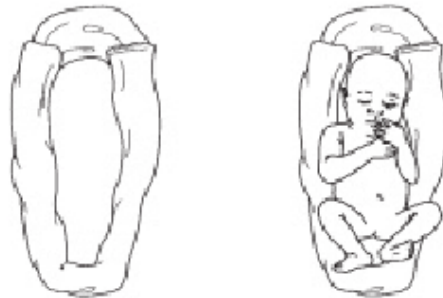
Poloha hnízdo na břiše zlepšuje oxygenaci a plicní ventilaci. Tato poloha snižuje pohyblivost, a má tak zklidňující účinek. Může se zvolit i zvýšená poloha, při níž dochází ke snížení tlaku na horní část těla, přičemž se podporuje dýchání.



Obr.2: Poloha hnízdo - poloha na břiše (Boxwell; Routledge 2000)

2.4.1.2.2 Poloha na zádech

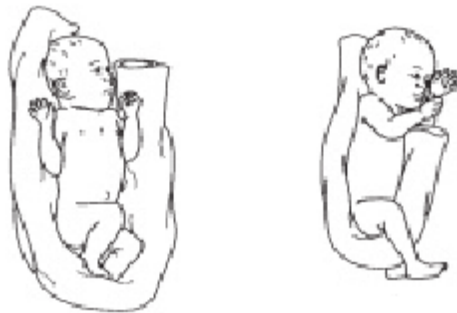
Poloha hnízdo na zádech podporuje mobilitu, zvyšuje energetický výdej, ale snižuje ventilaci plic. Tato poloha zajišťuje velký komfort, snižuje napětí břicha a dítě se v této poloze nevyčerpává.



Obr.3: Poloha hnízdo – poloha na zádech (Boxwell; Routledge 2000)

2.4.1.2.3 Poloha na boku

Poloha hnízdo na boku se využívá jako léčebná poloha, podporuje ventilace jedné plice. V této poloze se minimalizují rotace a pohyby v ramenních a kyčelních kloubech. Důležité je dbát na to, aby se dítě nemohlo převrátit na břicho.



Obr.4: Poloha hnízdo – poloha na boku (Boxwell; Routledge 2000)

2.4.1.3 Kontaktní dýchání

Již od 11. týdne těhotenství zvládá plod takové pohyby, jaké jsou potřeba při dýchání mimo dělohu. Už od té doby se plod na první nadechnutí připravuje. I přesto mohou po porodu nastat komplikace při dýchání, natož když se plod narodí předčasně. Dýchání můžeme novorozenců podpořit pomocí kontaktního dýchání. Další možností, kdy se u malých dětí stimuluje dýchání, jsou baby masáže (Bader; OT practice 2010).

Hlavní snahou konceptu Bazální stimulace je dosažení pravidelného, klidného a hlubokého dýchání (Friedlová; Institut Bazální stimulace 2009). Tato stimulace navozuje pocit jistoty, mírní neklid a zmatenost, má velký význam pro nonverbální komunikaci a uvoňuje napětí.

U starších dětí se pak při kontaktním dýchání nemusí využívat jen člověka, ale provádí se i za pomoci domácích zvířat. Například při canisterapii se využívá pozitivního působení psa. Jde nejen o kontaktní dýchání, ale jde zde také o aplikaci polohování.

Provedení:

Hlavně u novorozenců se využívá kontaktního dýchání hrudník na hrudník, nebo také kůže na kůži. Jde o to, že se dítě (v plence, s ponožkami a čepičkou, aby bylo neustále v teple) položí na nahý hrudník rodiče, přičemž dojde ke společnému dýchání a většímu uvědomování si sebe sama. Tato technika má pozitivní vliv nejen na dítě, ale je také velmi příjemnou záležitostí pro rodiče (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012).

2.4.1.4 Somatická stimulace obličeje

Somatické a motorické stimulace se často provádí současně s orální stimulací (Fucile, Gisel, Lau; Journal of Pediatrics 2002), proto se o této stimulaci zmíním až v kapitole o orální stimulaci.

2.4.2 Vestibulární stimulace

Se somatickou stimulací zároveň souvisí také vestibulární stimulace, kdy jde o změny polohy těla, které umožňují dítěti vnímat své tělo v prostoru. K docílení stimulace stačí pohyby hlavou, ve které leží vestibulární aparát.

2.4.3 Vibrační stimulace

K vibrační stimulaci se hlavně u starších dětí a dospělých využívá vibrátorů, lehátek, křesel apod. U malých dětí se používají vibrující hračky. Nejméně nákladnou a u těch nejmenších dětí nejčastěji využívanou technikou je vnímání vibrací prostřednictvím hrudníku rodiče, a to hlasem. Stejně jako dítě v děloze poslouchá hlas matky skrze stěnu dělohy, tak i po narození může dítě vnímat hlas rodiče díky vibracím přes hrudník (Friedlová; Grada 2007).

2.4.4 Orální stimulace

Ústa a jejich okolí jsou jednou z nejcitlivější tělesné zóny. Mají několik zásadních funkcí, jako je příjem potravy, komunikace, vnímání chutí a vůní, vnímání konzistence, vyjádření emocí, dýchání, někdy slouží k uvědomění si prožitků a jako pracovní nástroj. Cílem stimulace je zlepšení svalového tonusu svalstva a funkčnost při dýchání, sání, polykání, přechodem a řečovým vývoji (Dokoupilová a kol.; Portál 2009). Na kvalitě a způsobu krmení se dle Huntera (Mosby 2005) projevuje několik faktorů: mateřské prostředí, poloha při krmení, anatomické faktory (anomalie, pohyblivost gastrointestinálního traktu), fyzické faktory (zdravotní komplikace, tlak, saturace atd. – mění se během krmení), faktory chování (cykly spánku a probuzení) a neuromuskulární faktory (svalový tonus, držení těla při odpočinku a změně pozice, síla svaloviny úst). Motoriky úst závisí na přísátí k bradavce, koordinaci sání-polykání-dýchání, stavu tvrdého patra, zdviženém a zastrčeném jazyku a rytmických pohybech.

Při stimulaci je důležité využívat pozitivních stimulů, které navozují příjemný chuťový prožitek (ten podporuje přirozený slinotok). Jako pozitivní stimuly se používají různé chutě, jimiž se nasáknou štětičky. Další z věcí, která se stimulací podporuje, je vlastní aktivita úst. Orální stimulaci můžeme provádět jak samostatně, tak i v kombinaci s péčí o dutinu ústní, nebo s nácvikem polykacího reflexu. Je však důležité tyto pojmy nezaměňovat s konceptem Bazální stimulace.

Provedení:

Při orální stimulaci se snažíme k pacientovi přistupovat ze strany. Samozřejmě, jako u každé stimulace, nezapomínáme na iniciální dotek. Před stimulací samotné dutiny je dobré začít somatickou stimulací obličeje, a připravit tak dítě na to, s jakou částí těla se bude pracovat. Na začátku stimulace je důležité zkontrolovat, zda nejsou v ústech žádné patologické změny (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012).

Na stimulaci dutiny ústní se nejčastěji používají vatové nebo molitanové štětičky. Molitanové štětičky jsou dnes velmi využívané, jelikož nasávají více chuťového média a také se jimi dá dobře vyčistit ústní dutina. Při chuťové stimulaci se nedoporučuje kombinovat více jak tři různé chutě. Štětičky se mohou dávat i vychladit, případně u větších dětí i do mrazáku. U starších dětí se také místo štětiček dá využít kousku šťavnatého ovoce (případně jiné potraviny), který se zabalí do mulu a pevně se drží, aby nedošlo k polknutí.

Při stimulaci úst by měl mít člověk vždy na paměti, že do úst se nikdy nevniká násilím a že při stimulaci by mělo být dítě vzhůru, aby stimulaci vnímalo (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012). S chuťovou stimulací by se měly pojit libé prožitky, ale ani na ty dítě nebude motivováno, pokud bude mít negativní zážitek z násilného otvírání úst. Potom by dítě mohlo mít zábrany i ze samotného příjmu potravy. Během stimulace nepřerušujeme kontakt s dítětem, vždy se ho aspoň jednou rukou dotýkáme.

Poloha dítěte (Friedlová; Grada 2007) je při krmení velmi důležitá. Hlava by neměla být v hyperextenzi. Ramena by měla být mírně vpřed. Dítě by mělo být ve zvýšené poloze, aby bylo umožněno lepší polykání. Důležité je také dbát na to, aby tělo dítěte bylo v symetrii, aby se jedna strana těla a úst nezapojovala více než druhá.

2.4.5 Klokánkování

Ve spojitosti s touto technikou se můžet také mluvit o trilogii. Jde tu o spojení tří stimulací: somatické, vibrační a vestibulární stimulace. Někdy se klokánkování díky stimulaci pomocí kontaktního dýchání říká, stimulace „hrud'-na-hrud“ nebo „kůže-na-kůži“. Tato stimulace se doporučuje všem rodičům až do 3. měsíce (Dokoupilová; Portál 2009). Zahájení klokánkování, frekvence a trvání stimulace je velmi individuální, záleží na věku, váze dítěte a celkové zdravotní stabilitě.

Tyto doteky jsou však prospěšné nejen pro dítě, ale mají pozitivní vliv také na rodiče. U matky klokánkování podporuje tvorbu mateřského mléka, prodlužuje dobu kojení, prohlubuje pozitivní efekt blízkosti a doteku dítěte, zlepšují důvěru rodiče jako pečovatele, zvyšuje povědomí rodiče o podnětech, které u dítěte vyvolávají pohodu a úzkost, a snižují stresové poruchy vznikající hlavně u matky (Hunter, Mosby 2005). U dítěte dochází k podpoře srdeční a dechové činnosti, k redukci apnoických pauz, ke stabilitě tělesného tepla, ke snížení neklidu, ke zlepšení růstu, ke snížení strachu z lékařských zásahů, ke zlepšení zrání srdečního systému, ke zmenšení možnosti infekčního onemocnění, ke zkrácení hospitalizace a ke snazšímu a rychlejšímu přechodu ke kojení (Fendrychová; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků 2012).

Jako další možnost trilogie je také využívána trampolínka nebo velký gymnastický míč, kdy dochází ke stimulaci stejných třech oblastí (Bader; OT practice 2010). Dítě přes trampolínu nebo míč vnímá místa, kde se jeho tělo dotýká s povrchem,

vnímá přes něj vibrace a díky pohybům v prostoru je stimulován i jeho vestibulární aparát. (Bader, OT practice 2010).

Provedení:

Ze somatické stimulace se využívá kontaktního dýchání, kdy se dítě položí na hrudník rodiče (s hlavou otočenou na bok). Dítě i rodič by měli být nazí, aby se opravdu docílilo kontaktu „kůže-na-kůži“ (Hunter; Mosby 2005). Je však důležité zabezpečit přitom neustálé teplo pro dítě. I přesto, že je místnost vyhřátá a tělo rodiče produkuje teplo, se doporučuje, aby dítě mělo ponožky, čepičku a oba s rodičem byli ještě přikryti. Pohyby hrudníku rodiče při dýchání jsou stejné jako dřívější pohyby stěny dělohy. Hlas nebo zpěv pak dítěti pomáhá stimulovat jednak vibrační, ale i auditivní aparát. K těmto stimulacím se může přidat i stimulace vestibulární, a to když se rodič s dítětem začne pohybovat.

2.5 Využívanost konceptu Bazální stimulace v ČR

Koncept Bazální stimulace do České Republiky přinesla PhDr. Karolína Friedlová. V roce 2000 poprvé publikovala článek v časopise *Sestra* a přednášela na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. První základní kurz lektorovala v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od té doby už proběhlo mnoho další základních a nástavbových kurzů. Koncept Bazální stimulace se šíří neustále dál napříč všemi obory. Karolína Friedlová ve své diplomové práci prezentuje graf zastoupení jednotlivých profesí (Friedlová; Grada 2007). Na prvních místech v aplikaci konceptu Bazální stimulace jsou všeobecné sestry (45,1%), speciální pedagogové (8,6%), učitelé (7,2%) a staniční sestry (7,1%). Ergoterapeuté jsou v tomto zastoupení na 18. místě (0,9%) z 20.

V posledních letech se i v České Republice tento koncept znatelně rozšiřuje. Koncept se u nás využívá v různých oblastech péče, např.: intenzivní péče, standardní oddělení, ústavy sociální péče a zařízení pro seniory. Jelikož má tento koncept široké spektrum technik, je možno ho využít ve všech oblastech a u všech možných klientů (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012).

3 ZAPOJENÍ RODINY DO PÉČE

Všechny jmenované techniky jsou velmi důležité, přesto je jedna důležitější věc, která by měla všechny techniky spojovat. Tou je integrace rodiny do péče (Ziegler, Bush; Psychology press 1999). Rodiče jsou dítěti ze všech osob nejbliže, znají nejlépe všechny potřeby dítěte, je vhodné, aby tyto stimulační prováděli právě oni. Proto je velmi důležité, aby byli rodiče o všem informováni, aby pak mohli stimulační dítěti dále poskytovat i v domácím prostředí. Jak tvrdí Řezníčková a Sedlářová (Grada 2008): „Dítě může být propuštěno teprve tehdy, zvládá-li matka dokonalou péči o dítě.“ Podle Bader (OT practice 2010) má ergoterapeut v tomto směru velký význam. Měl by informovat rodiče o pozitivním efektu doteku, o důležitosti navození dobrého vztahu rodiče a dítěte, o možnosti baby masáží, o správném určení korigovaného věku a poskytovat jim také neustálou možnost rady i po ukončené hospitalizaci v nemocnici. Řezníčková (Grada 2008) uvádí podmínky pro dobrou spolupráci mezi zdravotníky a rodiči:

- umožnit rodičům pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace
- přijmout rodiče jako partnery a rovnocenné spolupracovníky (zdravotník musí chápat rodiče a jeho náročnou situaci)
- umožnit rodičům ovlivňovat ošetřování a režim dítěte (snažit se o individuální přístup k dítěti a rodičům a snažit se tolerovat jejich potřeby)
- poskytovat rodičům opakované a srozumitelné informace (podávat správné informace o tom, co děláme a jak se daná metoda nazývá; podávat informace i v písemné podobě)

3.1 Edukace

Edukace není jednorázová činnost, ale dlouhodobý proces po celou dobu hospitalizace. Nejvýznamnější jsou edukace při přijetí, před případným léčebným zákrokem nebo vyšetření a před propuštěním do domácí péče. Je velmi vhodné využívat edukační záznam (příloha č. 2), do kterého se zaznamenávají jednotlivé edukace rodičů. Je to jednak doklad o tom, že jste rodiče informovali, ale jednak i informace pro další zdravotnické pracovníky, kteří už tuto činnost tedy provádět nemusí (Hunter; Mosby 2005). Pro informování rodičů je účinné využívat různých edukačních pomůcek, např.: ukázková alba s obrázky nebo fotkami. Je důležité, aby se s prvním zapojením

rodiče do edukace začalo co nejdříve. Rodiče mohou být nervózní a zmatení z velkého příjmu informací, nevědí, zda si vše zapamatují. Nadruhé straně rodiče také bývají často frustrováni z nedostatku informací. Především nedostatek informací vede rodiče k dohledávání dalších informací v knihovnách, ale i na internetu (Hunter, Mosby 2005). Zde se rodiče mohou bohužel setkat s různými názory a informacemi, které nejsou vždy pravdivé. Proto je vhodné využívat informačních brožur, které mohou rodiče dostat domů k neustálé možnosti nahlížení. Edukace by měla dle Řezníčkové a Sedlářové (Grada 2008) probíhat v několika následujících krocích:

- Poskytnout teoretické poučení, přidat k tomu tištěný materiál, případně ukázat něco na videonahrávce.
- Předvést praktickou ukázkou.
- Při dalším kroku si všechny předchozí informace vyzkouší sám rodič pod dohledem informující osoby.
- Na konci by měl být prostor pro případné otázky.

4 INFORMACE O VÝZKUMECH

Jelikož je koncept Bazální stimulace již v dnešní době velice rozšířen, čím dál více lidí se snaží potvrdit její význam. Chtěla bych zde pro příklad uvést několik studií, které potvrzují její významné účinky u předčasně narozených dětí.

4.1 Somatická stimulace

V roce 2000 Liaw vydal článek (Journ of Perinatal & Neonatal Nursing 2000), ve kterém analyzoval výzkumy týkající se somatické stimulace a předčasně narozených dětí. Dle jeho zjištění se 7% novorozenců rodí s méně než 2500g a 1,5% s méně než 1500g. Jako hlavní hypotézy si určil pozitivní efekt somatické stimulace. Jako hlavní pozitivní vlivy u dětí uvádí nižší nárok na kyslík, méně dní na podpoře dýchání, méně apnoických pauz, větší váhový přírůstek, kratší doba krmení sondou, zlepšení neurobehaviorálního stavu, kratší délka hospitalizace a zlepšení Bayleyho skóre (hodnotící vývoj dítěte). Relevantní studie vyhledával v databázích MEDLINE a CINAHL. Předem si určil kritéria pro výběr studií: studie používající somatické stimulace, studie publikované po roce 1990 (po tomto roce se výrazně změnila péče a prostředí na neonatologických jednotkách intenzivní péče), předměty zájmu jsou předčasně narozené děti, studie o somatické stimulaci zaměřené na aktivní, pasivní a sociální dotek (vyloučeny jsou jiné formy somatické stimulace jako je klokánkování, baby masáže a pod.). Dle těchto kritérií našel 5 vyhovujících studií. Téměř všechny studie pozorovaly vliv na srdeční frekvenci, na úroveň saturace kyslíkem, na úroveň motorické aktivity a vliv na úzkostné chování. Všechny tyto vlivy byly ve studiích potvrzeny. Jedna studie se zabývala rozdílným vlivem v supinační a v pronační pozici, ve které se žádný rozdíl mezi výzkumnými skupinami neprojevil.

Tímto tématem se také zabývali Ferrari, Bertocelli a kol. ve studii „*Držení a pohyb zdravého předčasně narozeného dítěte v supinační poloze a mimo polohy hnízdo (Department of Pediatrics and Neonatology 2007)*“. V této studii bylo šetřeno 10 zdravě narozených dětí rozdělených do 3 věkových kategorií: 30.-33. (velmi předčasně narození), 34.-36. (předčasně narození), 37.-40. týden (v termínu) postmenstruačního věku. Děti byly polohovány za pomoci dvou srolovaných dek do oválu. Cílem práce bylo hodnocení převládajícího posturálního vzoru před i po aplikaci polohy hnízdo, např: pohyby přes střední osu, pohyby v zápěstí, zmrazené držení těla v ramenních a kyčelních kloubech. Díky tomuto výzkumu zjistili,

že pozice hnízdo má vliv na hlavu, která byla častěji ve středním postavení, častěji docházelo k flekčnímu držení, k addukci v ramenních kloubech a flexi v loketním, kyčelním a kolenním kloubu. S touto polohou byl také spojen větší pohyb v zápěstí, pohyby k a přes středovou čáru a omezení „zmraženého“ držení končetin. Výsledkem také bylo, že poloha neměla vliv na výskyt asymetrického tonického držení krku, ale měla vliv na spontánní pohybové chování.

Dále zkoumali rozdílné vlivy polohy hnízda na děti z jednotlivých věkových kategorií. U velmi předčasně narozených dětí neměla pozice vliv na pozici hlavy, u předčasně narozených pokrok znám byl. Největší efekt na addukci ramenního kloubu měla stimulace u předčasně narozených dětí. U velmi předčasně narozených dětí poloha hnízdo nebyla spojena se snížením náhlých pohybů.

4.2 Orální stimulace

Orální stimulací se zabývalo několikero studií. Fucile, Gisel a Lau (Journal of Pediatrics 2002) se zaměřili na ohodnocení vlivu orální stimulace. Jejich hypotézou bylo, že orální stimulace před zahájením krmení zlepšuje výkon při krmení u předčasně narozených dětí mezi 26. a 29. týdnem gestačního věku. Vybrali si 32 dětí, které rozdělily do experimentální a kontrolní skupiny. Děti byly souměrně rozděleny do obou skupiny dle charakteristických znaků. Experimentální skupina dostávala orální stimulaci, zatímco kontrolní skupina dostávala pouze falešnou stimulaci. Obě skupiny byly stimulovány každý den po následujících 10 dní. Orální stimulace byla prováděna 15 minut po 10 dní a vždy 15-30 minut před krmením. Výsledkem této studie bylo zjištění, že rychlost a příjem mléka byl v průběhu stimulace daleko větší u experimentální skupiny. Mezi skupinami dětí však nebyl zjištěn žádný rozdíl v délce hospitalizace. Hlavním a nejdůležitějším výsledkem pro autory bylo potvrzení, že nezávislého orálního krmení bylo dosaženo dříve u experimentální skupiny (11 +/- 4 dny) než u kontrolní skupiny (18 +/- 7 dní).

O tři roky později se autoři předešlé studie (Fucile, Gisel a Lau; Developmental Medicine & Child Neurology 2005) dohodli na další spolupráci při zjišťování vlivu orální stimulace na dovednost sání. Vybrali si pro to 32 dětí, které byly vybírány dle 4 parametrů. Byly to děti narozené mezi 26. a 29. týdnem a tomu přiměřené váhy, krmené přes sondu a bez chronických zdravotních komplikací. Děti byly rozděleny do dvou skupin, experimentální a kontrolní. Stimulace jim byla poskytována 15 až 20 minut každý den. Po 10 dnech aplikace se začalo s postupným krmením

přes ústa. K hodnocení použili speciální lahvičku ve tvaru prsní bradavky. Plného krmení přes ústa bylo dosaženo až o 7 dní dříve u experimentální skupiny. Tímto výzkumem se potvrdil lepší celkový váhový přírůstek a větší množství vypitého mléka po aplikaci orální stimulace. Během stimulace se však neprojevil vliv na frekvenci sání.

4.3 Klokánkování

V roce 2011 sepsal Gregson s Blackerem studii (British Journal of Midwifery 2011) o klokánkování a jeho vlivu na předčasně narozené děti a děti s nízkou porodní hmotností. Jejich výzkumu se podrobilo 214 dětí, které byly rozděleny do dvou výzkumných skupin, studijní a kontrolní skupiny. Pro svůj cíl si vybrali děti narozené mezi 34. a 36. týdnem gestačního věku. Cílem práce bylo porovnání účinnosti klokánkování a standardní péče u předčasně narozených dětí, dětí s nízkou porodní hmotností a dětí matek trpících diabetem. Dětem byla stimulace poskytována od narození do 6 týdnů věku. Hlavními sledovacími parametry byly délka pobytu v nemocnici, měření kojení při propouštění z nemocnice a po 6 týdnech a spokojenost matky. Ve studijní skupině došlo ke výraznému zmenšení délky pobytu v nemocnicích a nárůst množství vypitého mléka při propuštění z nemocnice. Během studie se také prokázalo, že klokánkování nemá žádný vliv na množství vypitého mléka po 6 týdnech od propuštění. Rodiče klokánkování oceňují především v průběhu dvou týdnů po porodu.

5 PROBLEMATIKA VÝZKUMU

Jak už jsme v předešlých kapitolách naznačili, rodina je nejdůležitější součástí péče o předčasně narozené děti. Myslíme si, že rodina je nejdůležitější součástí života každého člověka, natož předčasně narozených dětí. Proto jsme se chtěli zaměřit na to, jak moc rodina ví o možnosti, jak dětem pomoci prostřednictvím konceptu Bazální stimulace. Posledních několik let je v České Republice velký rozmach konceptu Bazální stimulace. Více se o tomto konceptu ví a píše díky PhDr. Karolíně Friedlové, která prostřednictvím kurzů, knih a článků v odborných časopisech rozšiřuje koncept nejen mezi zdravotnické pracovníky.

Bazální stimulace se provádí na nejrůznějších odděleních, i novorozenecká oddělení jsou tímto konceptem výrazně ovlivněna (Fröhlich, Bienstein; Verlag Hans Huber 2012). Domníváme si, že v dnešní době už je jen málokteré středisko například bez jediného perličkového polštáře.

5.1 Cíle

Naší otázkou nebylo, zda se tohoto konceptu využívá, jelikož v to doufáme. Zajímalo nás, zda jsou rodiče s tímto konceptem seznámeni. Informovanost a edukace rodičů byla tedy naším hlavním cílem, kterou jsme zjišťovali ve fakulní nemocnici Motol v Praze. Zaměřili jsme se na povědomí o konceptu Bazální stimulace obecně a na informovanost o dílčích oblastech konceptu. Zajímala nás somatická stimulace (poloha hnízdo, poloha mumie), orální stimulace (případně i se stimulací obličeje, tedy orofaciální) a klokánkování (trilogie – somatická, vibrační a vestibulární stimulace). Otázky byly psány tak, abychom se dozvěděli, jestli rodiče danou stimulaci znají, zda ji viděli aplikovat na dítěti, a případně kdo ji u dítěte prováděl.

5.2 Hypotézy

Pro účely bakalářské práce jsme si stanovili tři hypotézy, které bychom chtěli potvrdit, případně vyvrátit. S konečnými výsledky práce tedy budeme porovnávat tyto hypotézy:

H₁: Předpokládáme, že rodiče přesně neznají význam bazální stimulace.

H₂: Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace (o klokánkování, orofaciální stimulaci, poloze mumie a hnízdo)

H₃: Předpokládáme, že na neonatologických JIP odděleních neprovádí prvky Bazální stimulace ergoterapeut, ale jiný zdravotnický pracovník.

6 METODOLOGIE

Ke zjištění informovanosti rodičů jsme si vybrali mapovací typ výzkumu. Informace jsme sbírali formou strukturovaného dotazníku. Tento výzkum byl krátkodobý, dotazníky jsme podávali po dobu přibližně třech měsíců. Taková doba byla určena proto, že jsme chtěli dostat nazpět aspoň 10 použitelných dotazníků od rodičů předčasně narozených dětí. V průběhu kratší doby se na odděleních nevyskytlo tolik rodičů, abychom mohla sběr ukončit dříve.

Pro účely bakalářské práce jsme si vybrali jedno zařízení - Fakultní nemocnici v Motole (Praha). Před podáním dotazníků jsme 19.10.2012 podali žádost o průzkumné šetření na vedení nemocnice. 24.10.2012 nám bylo v žádosti vyhověno, a poté jsme na oddělení podali 30 dotazníků. Dotazníky jsme rovnoměrně rozdělili na jednotku specializované péče, jednotku intenzivní péče (a jednotku intenzivní resuscitační péče) a do centra komplexní péče o děti s poruchami vývoje a jejich rodiny. Centrum komplexní péče je oddělení, kam docházejí rodiče s dětmi především do 7 let věku, kdy jdou děti do školy, ale mohou sem docházet až do dospělosti. Poslední vyplněné dotazníky jsme si z FN Motol přinesli 8.2.2013.

Dotazník (příloha č.3) je tvořen otázkami otevřenými i uzavřenými. Na úplném začátku jsou rodiče také informováni o významu tohoto dotazníku, o anonymitě a o tom, že informace budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. V úvodu jsou otázky zaměřeny na základní údaje o dítěti – datum a týden narození. V další části se zaměřujeme na informovanost o konceptu Bazální stimulace, informovanost o významu a aplikaci klokánkování, orofaciální stimulace a polohy hnízdo a mumie.

18 dotazníků, které jsme dostali vyplněné nazpět, jsme vyhodnotili a dále v diskuzi budeme porovnávat hypotézy s výsledky dotazníků. Podle výsledků bychom pak chtěli vytvořit informační brožuru, která by sloužila k informování rodičů předčasně narozených dětí.

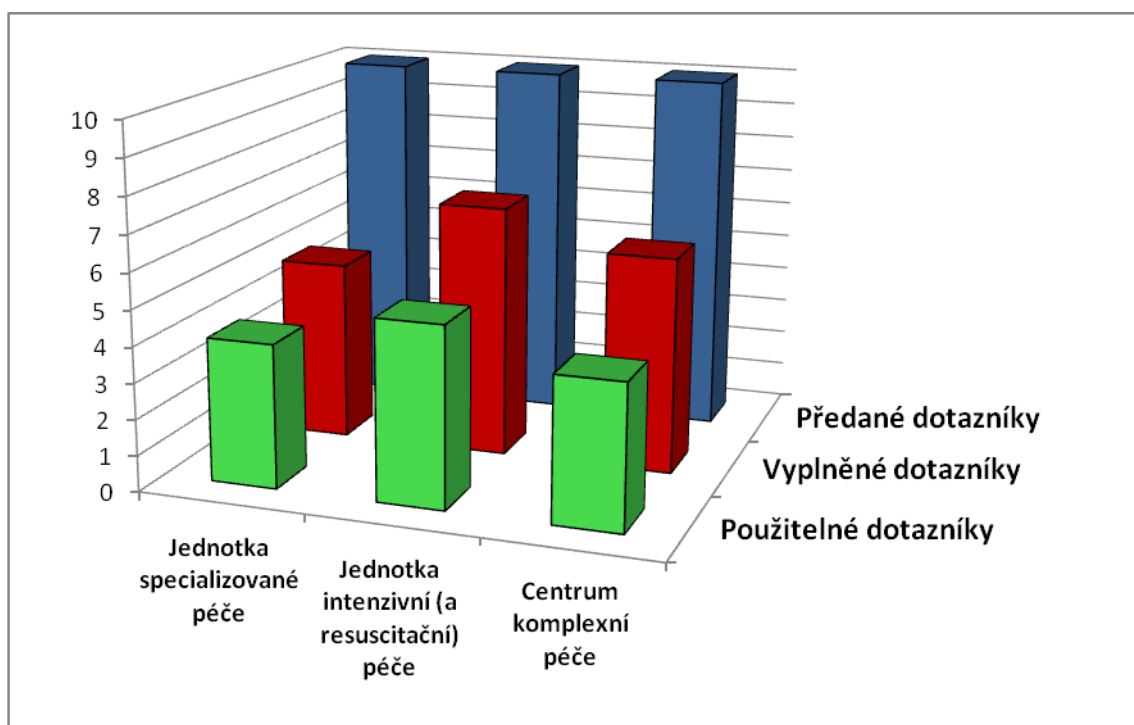
6.1 Charakteristika výběrového souboru

Do fakultní nemocnice Motol jsem osobně donesla dotazníky (30 dotazníků) a za pomoci ergoterapeutky Bc. Barbory Ředinové jsme je rozdělili na tři oddělení (viz. tab.2) – jednotku specializované péče, jednotku intenzivní péče (a jednotku intenzivní resuscitační péče) a centra komplexní péče o děti s poruchami vývoje a jejich rodiny. Výběr vzorku dotazovaných byl tedy náhodný, ale musel splňovat naše požadavky,

mezi které patřil hlavně momentální pobyt na neonatologických jednotkách ve FN Motol (příp. centrum komplexní péče).

NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ	Podané (%)	Vyplněné (%)	Použitelné (%)
Jednotka specializované péče	10 (100,00%)	5 (50,00%)	4 (40,00%)
Jednotka intenzivní péče a jednotka intenzivní resuscitační péče	10 (100,00%)	7 (70,00%)	5 (50,00%)
Centrum komplexní péče o děti s poruchami vývoje a jejich rodiny	10 (100,00%)	6 (60,00%)	4 (40,00%)
CELKEM	30 (100,00%)	18 (60,00%)	13 (43,33%)

Tab.2: Návratnost dotazníků

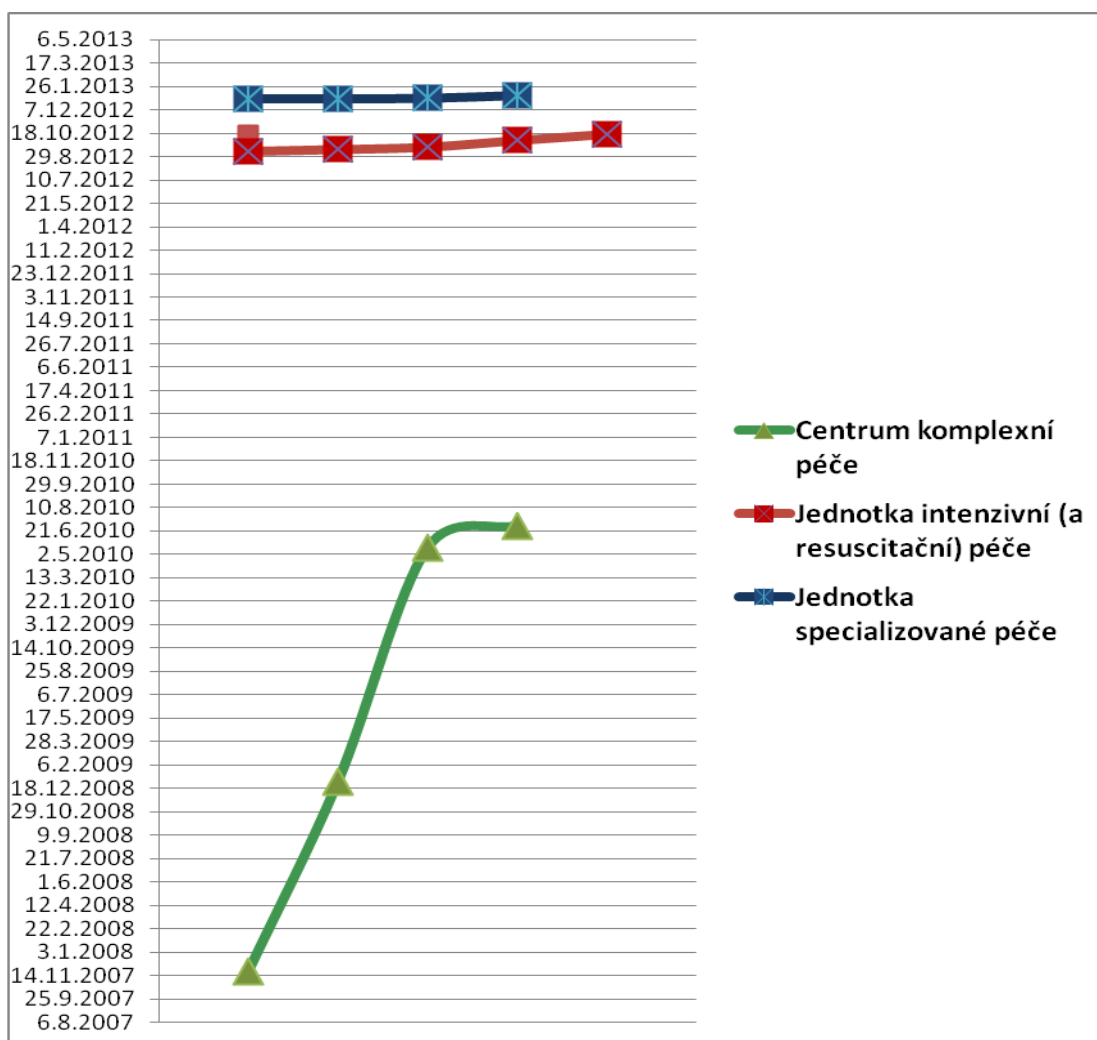


Graf 1: Návratnost dotazníků

Po odděleních jsme rozdali 30 dotazníků (10 dotazníků na jednotku specializované péče, 10 na jednotku intenzivní péče a jednotku intenzivní a resuscitační péče a 10 do centra komplexní péče). Z tabulky 2 a grafu 1 vyplývá, že z 10 (100,00%) dotazníků podaných na jednotku specializované péče, se nám jich 5 (50,00%) vrátilo

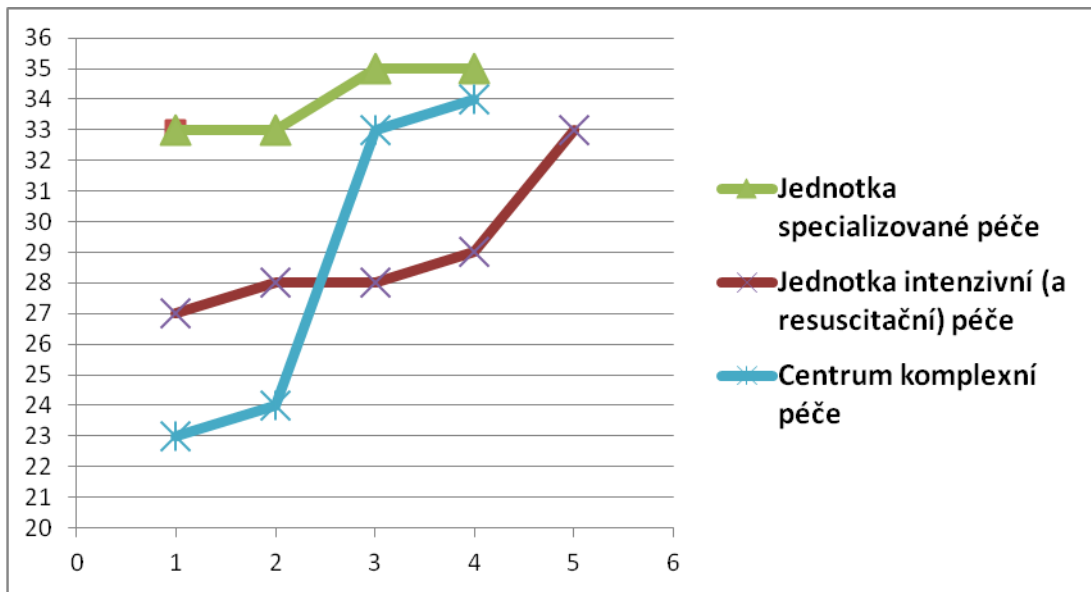
vyplněných, a z toho byly použitelné pouze 4 (40%). Na jednotku intenzivní péče a jednotku intenzivní a resuscitační péče jsme dali též 10 (100,00%) dotazníků, ze kterých se nám jich vrátilo 7 (70,00%) a použitelných pro výzkum jich bylo 5 (50,00%). Na poslední oddělení - Centrum komplexní péče – jsme dodali 10 (100,00%) dotazníků, zpět se nám jich vrátilo 6 (60,00%) vyplněných, a po vyřazení neplatných, nám zůstaly 4 (40,00%) použitelné dotazníky. Z celkového počtu 30 rozdaných dotazníků se nám jich tedy vrátilo 18 (60,00%), ze kterých nám jich kvůli špatně vyplněným informacím zbylo 13 (43,33%) použitelných pro další zpracování (viz. graf 1).

Výsledky práce jsou rozdělené do šesti oblastí, na které byly zaměřené otázky v dotazníku – informovanost o konceptu Bazální stimulace, informovanost o aplikaci konceptu Bazální stimulace ve FN Motol, informovanost o klockánkování, informovanost o orofaciální stimulaci, informovanost o poloze hnízdo a informovanost poloze mumie.



Graf 2: Narození dětí - datum

Z grafu 2 vyplývá, že děti z vyplněných dotazníků z oddělení jednotky specializované péče byly narozeny mezi 31.12.2012 a 6.1.2013. Děti z oddělení jednotky intenzivní (a resuscitační) péče se narodily mezi 10.9.2012 a 16.10.2012. Z oddělení centra komplexní péče jsme dostali dotazníky od rodičů dětí narozených od 24.11.2007 do 2.7.2010.



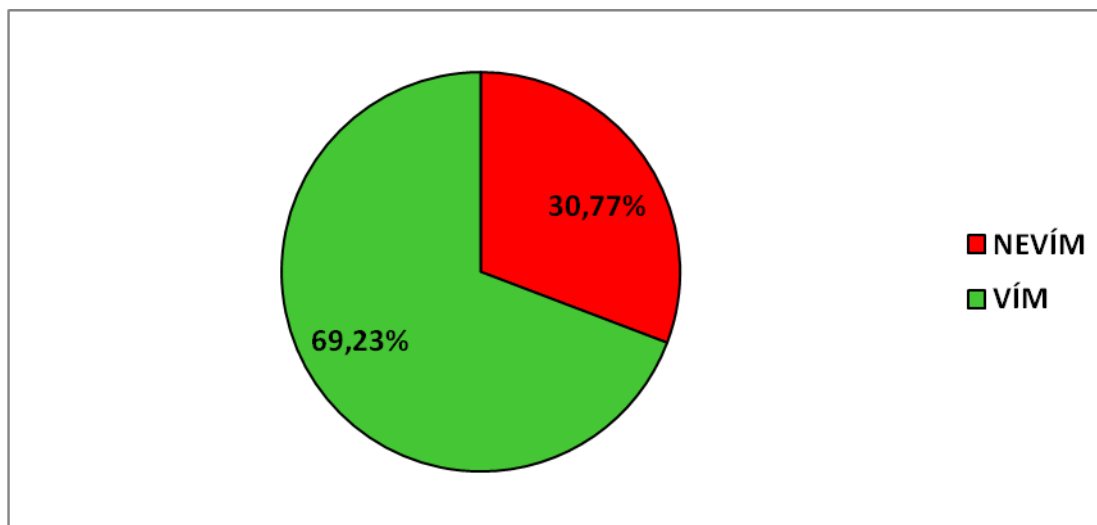
Graf 3: Narození dětí – gestační týden

Z grafu 3 vyplývá, že děti na jednotce specializované péče se narodily mezi 33. a 35 gestačním týdnem. Na jednotce intenzivní (a resuscitační) péče byly děti narozené od 27. do 33. gestačního týdne. V centru komplexní péče jsme měli dotazníky od dětí narozených mezi 23. a 34. gestačním týdnem.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Informovanost o konceptu Bazální stimulace

Otázka: Co je bazální stimulace?



Graf 4: Informovanost o významu konceptu Bazální stimulace

Nevím – 4

- "Individuální terapeutická péče."
- "Dodání potřebných podnětů pro vývoj."
- "Ošetrovatelský koncept určený k zlepšení zdravotního stavu."
- "Myslím, že to znamená něco jako podpora pro miminko, když je u něj matka, hladí ho, rychleji se pak vyvíjí (tělesný kontakt)."
- "Masírování."
- "Základní stimulace."
- "Uvědomování si těla."
- "Stimulace - jemná masáž obličeje, hlavně úst, rty a dásní."

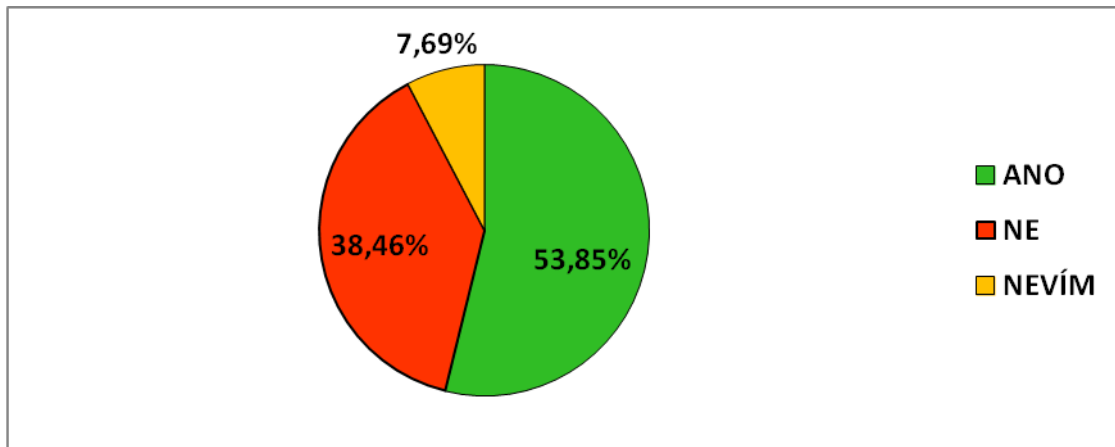
Tab. 3: Informovanost o významu konceptu Bazální stimulace.

Z grafu 4 a z tabulky 3 vyplývá, že 4 (30,77%) z dotazovaných rodičů uvedli, že nevědí, co je koncept Bazální stimulace. Dalších 9 (69,23%) dotazovaných rodičů vždy uvedlo vlastní definici. Všechny tyto definice označovaly aspoň z části správný význam konceptu.

7.2 Informovanost o aplikaci konceptu Bazální stimulace ve FN Motol

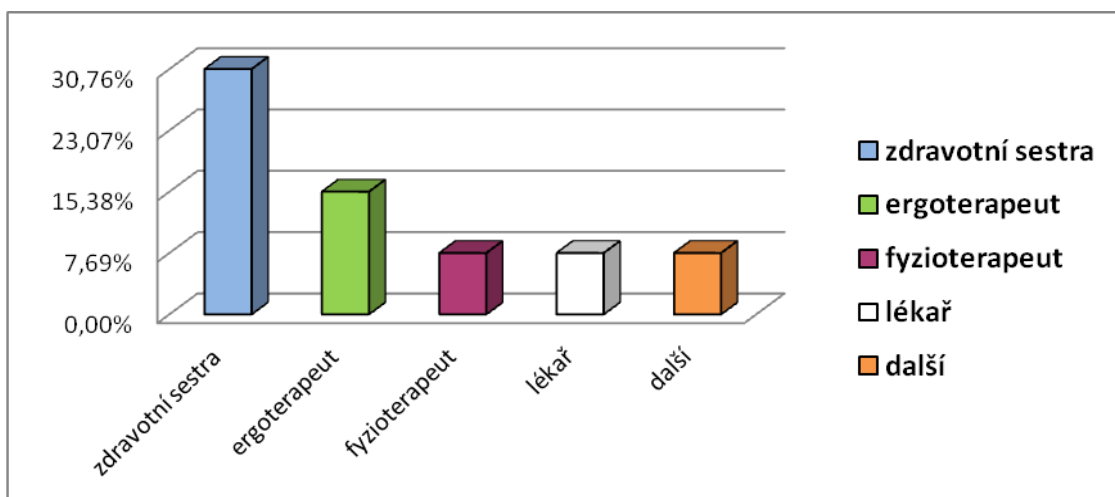
Otázky: Myslíte si, že se Bazální stimulace v Motolské nemocnici provádí?

: Kdo podle vás bazální stimulaci v Motolské nemocnici provádí?



Graf 5: Informovanost o aplikaci konceptu Bazální stimulace ve FN Motol

Z grafu 5 vyplývá, že 7 (53,85%) dotazovaných si myslí, že se bazální stimulace ve FN Motol provádí. 5 (38,46%) dotazovaných si myslí, že se bazální stimulace ve FN Motol neprovádí a jeden (7,69%) dotazovaný si není jistý.



Graf 6: Přehled osob poskytující bazální stimulaci ve FN Motol

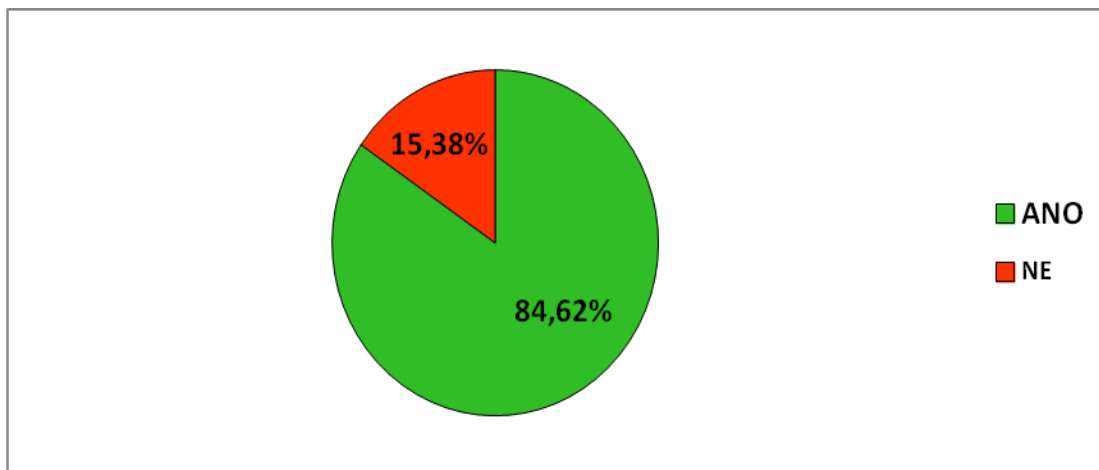
Z grafu 6 vyplývá, že ze 7 (53,85%) respondentů, kteří odpověděli, že vědí o aplikaci bazální stimulace ve FN Motol, nejvíce respondentů odpovědělo, že bazální stimulaci ve FN Motol provádí všeobecná sestra, kterou do dotazníku zadali 4 (30,76%) rodiče. Na druhém místě se umístil ergoterapeut, toho v dotazníku udali 2 (15,38%)

dotazování. Déle mezi odpověďmi byl jeden (7,69%) fyzioterapeut, jeden lékař (7,69%) a jeden (7,69%) další (matka, kamarádka, okolí, PC atd.). Přičemž je z obrázku viditelné, že 2 (15,38%) rodiče udali dvě osoby, které ve FN Motol stimulaci provádějí.

7.3 Informovanost o klokákování

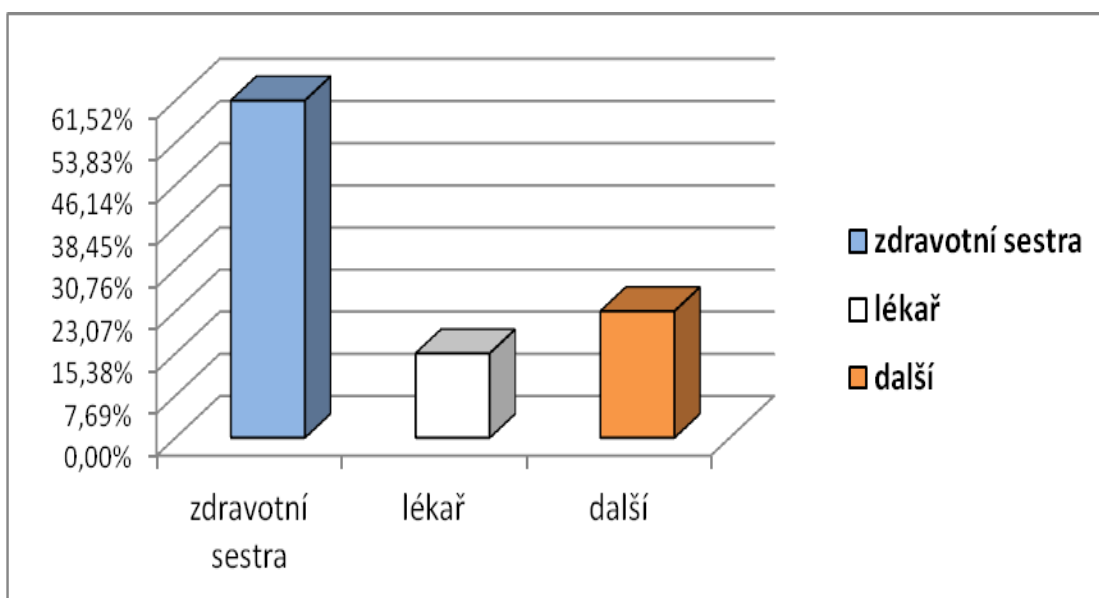
Otázky: Informoval vás někdo o možnosti klokákování?

: Kdo vás o klokákování informoval?



Graf 7: Informovanost o klokákování

Z grafu 7 vyplývá, že 11 (84,62%) rodičů odpovědělo, že je někdo o možnosti klokákování informoval. Pouze 2 (15,38%) odpověděli, že nebyli o této možnosti informováni.



Graf 8: Přehled osob informujících o klokákování

Z grafu 8 vyplývá, že z 11 (84,62%) osob, které uvedly, že je někdo informoval o klokánkování, nejvíce osob udalo jako hlavní zdroj informací o klokánkování všeobecnou sestru – 8 (61,52%). 2 (15,38%) dotazovaní udali, že je o klokánkování informoval lékař a další 3 (23,07%) udali, že je informovala nějaká další osoba (matka, kamarádka, okolí, PC atd.). Přičemž z předchozí otázky vyplývá, že bylo informováno 11 (84,62%) rodičů z 13 (100,00%), takže někteří udali jako zdroj informací o klokánkování více osob.

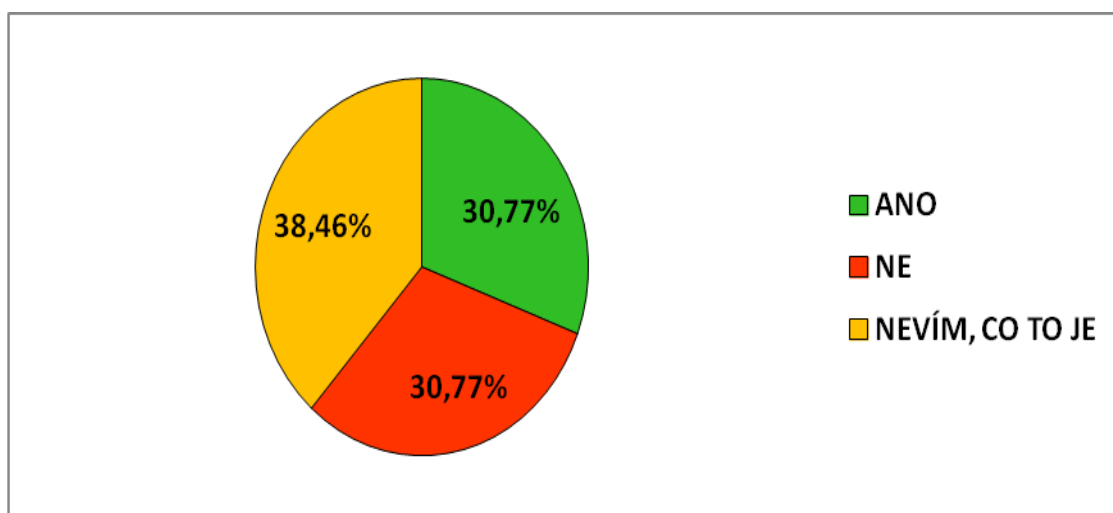
7.4 Informovanost o orofaciální stimulaci

Otázky: Informoval vás někdo o možnosti orofaciální stimulace?

: Kdo vás o orofaciální stimulaci informoval?

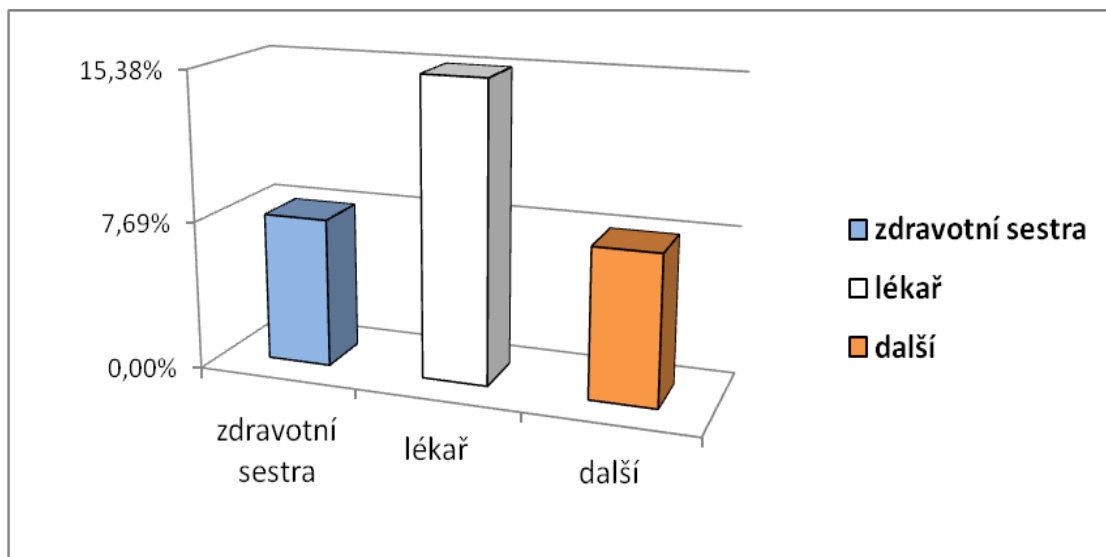
: Mělo vaše dítě po narození problémy v orofaciální oblasti:

: Viděla jste, že by někdo u vašeho dítěte při problémech v orofaciální oblasti aplikoval orofaciální stimulaci?



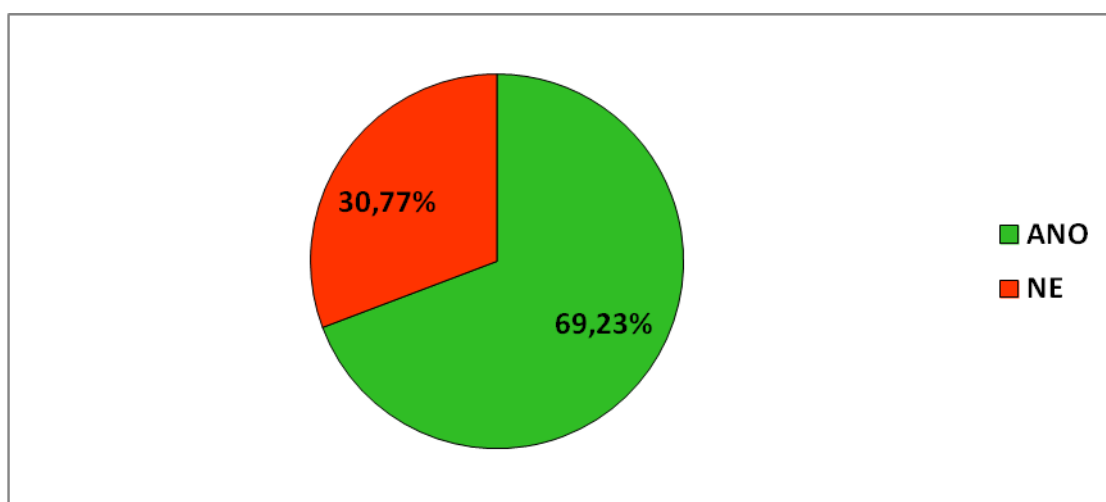
Graf 9: Informovanost o orofaciální stimulaci

Z grafu 9 vyplývá, že 4 (30,77%) rodiče byli informováni o možnosti orofaciální stimulace. Další 4 (30,77%) odpověděli, že nebyli informováni. A 5 (38,46%) rodičů uvedlo, že nevědí, zda jim někdo o této možnosti říkal, nebo nevědí, co orofaciální stimulace je.



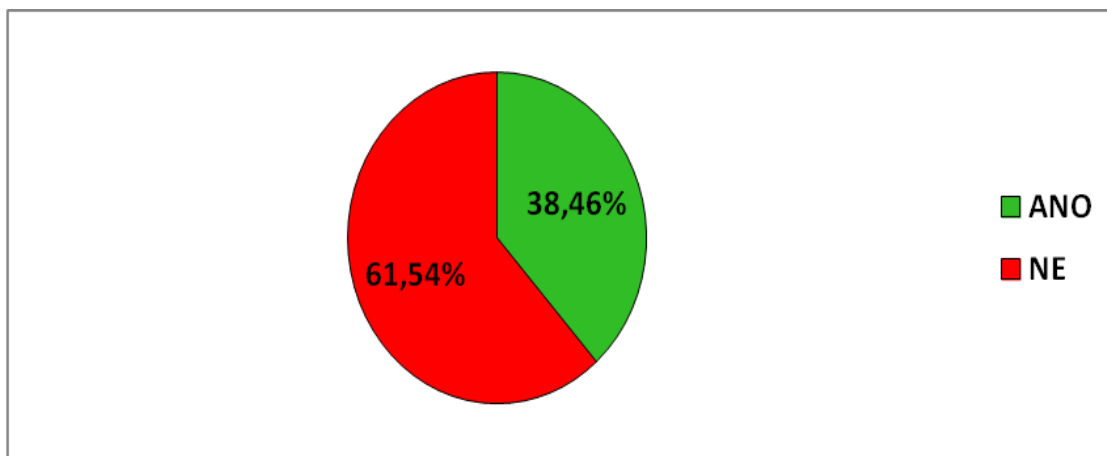
Graf 10: Přehled osob informujících o orofaciální stimulaci

Z grafu 10 vyplývá, že ze 4 (30,77%) rodičů, kteří uvedli, že byli o orofaciální stimulaci informováni, jich 2 (15,38%) udali, že je o orofaciální stimulaci informoval lékař. Poté jeden rodič (7,69%) označil jako osobu informující o orofaciální stimulaci všeobecnou sestru a jeden (7,69%) další osobu (matka, kamarádka, okolí, PC atd.). Každý z dotazovaných tedy někoho uvedl.



Graf 11: Problémy v orofaciální oblasti

Z grafu 11 vyplývá, že 9 (69,23%) z 13 rodičů udali, že jejich dítě mělo po narození problémy v orofaciální oblasti. 4 (30,77%) rodiče naopak udali, že jejich dítě žádné problémy v orofaciální oblasti nemělo.



Graf 12: Aplikace orofaciální stimulace při problémech v orofaciální oblasti

Z grafu 12 vyplývá, že 5 (38,46%) rodičů uvedlo, na jejich dítěti někdo prováděl orofaciální stimulaci. V této souvislosti byla vždy zmiňována všeobecná sestra. 8 (61,54%) rodičů uvedlo, že nikdo u jejich dítěte orofaciální stimulaci neprováděl.

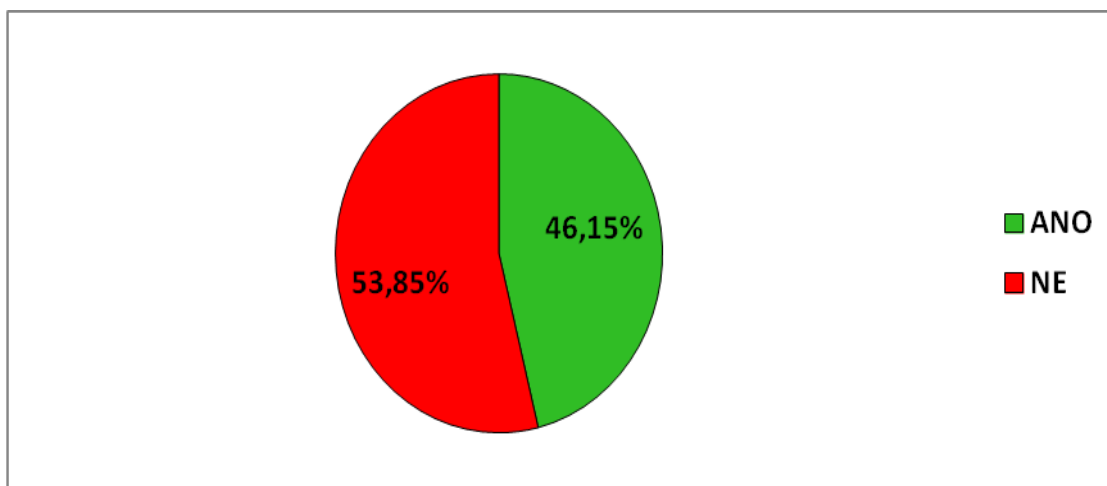
Přičemž 9 z 13 rodičů, kteří uvedli, že jejich dítě mělo problémy v orofaciální oblasti, jich 4 uvedli, že u jejich dítěte byla orofaciální stimulace prováděna (jeden člověk, který udal, že u jeho dítěte byla stimulace prováděna, zároveň uvedl, že ho o této stimulaci nikdo neinformoval).

7.5 Informovanost o poloze hnízdo

Otázky: Informoval vás někdo o poloze hnízdo?

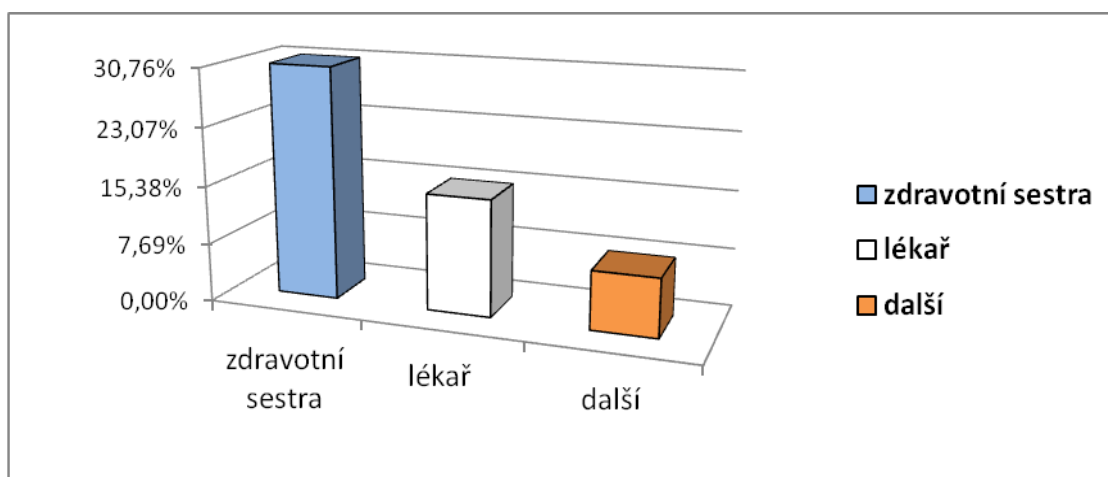
Kdo vás o opoloze hnízdo informoval?

Viděla jste, že by u vašeho dítěte někdo aplikoval polohu hnízdo?



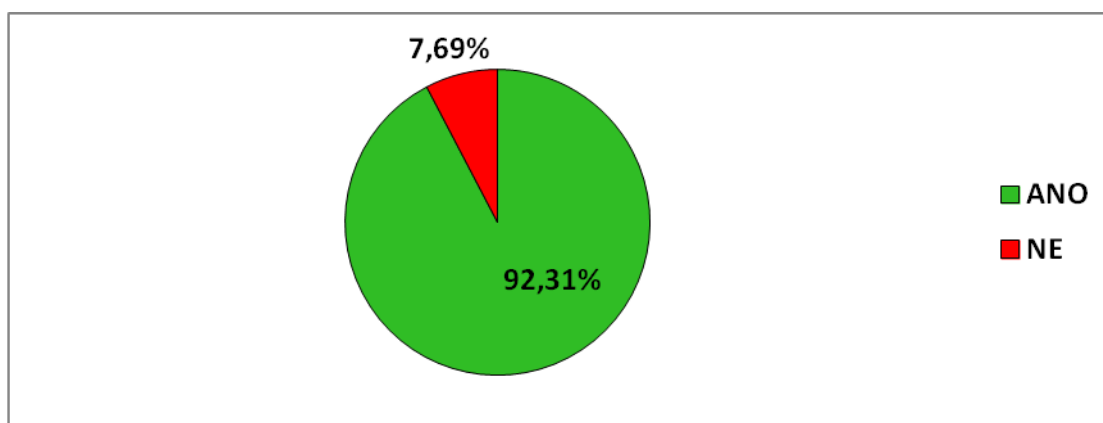
Graf 13: Informovanost o poloze hnízdo

Z grafu 13 vyplývá, že 6 (46,15%) rodičů bylo informováno o poloze hnízdo. Naopak 7 (53,85%) dotazovaných uvedlo, že nebylo o této možnosti informováno.



Graf 14: Přehled osob informujících o poloze hnízdo

Z grafu 14 vyplývá, že nejvíce rodičů udalo jako hlavní zdroj informací všeobecnou sestru, uvedli ji 4 (30,76%) rodiče. 2 (15,38%) rodiče uvedli, že je o poloze hnízdo informoval lékař. A jeden (7,69%) rodič uvedl, že ho o této možnosti informoval někdo další (matka, kamarádka, okolí, PC atd.). Z tohoto grafu tedy také vyplývá, že jeden z rodičů uvedl dva zdroje informací.



Graf 15: Aplikace polohy hnízdo

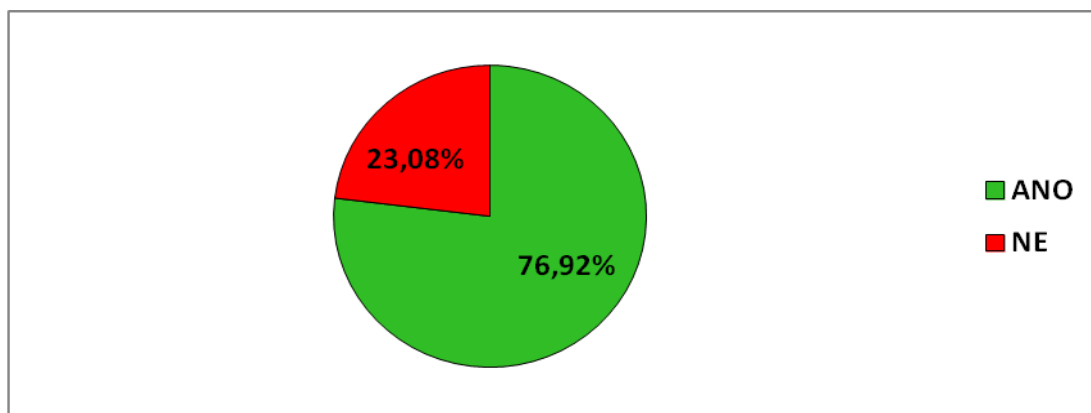
Z grafu 15 vyplývá, že 12 (92,31%) dotazovaných uvedlo, že se u jejich dítěte využívalo polohování ve formě hnízda. Pouze jeden (7,69%) rodič uvedl, že se u dítěte poloha hnízdo nevyužívala. Všichni, kteří uvedli, že se u jejich dítěte polohy hnízdo využívalo, zároveň uvedli, že tuto činnost prováděla všeobecná sestra.

7.6 Informovanost o poloze mumie

Otázky: Informoval vás někdo o poloze mumie?

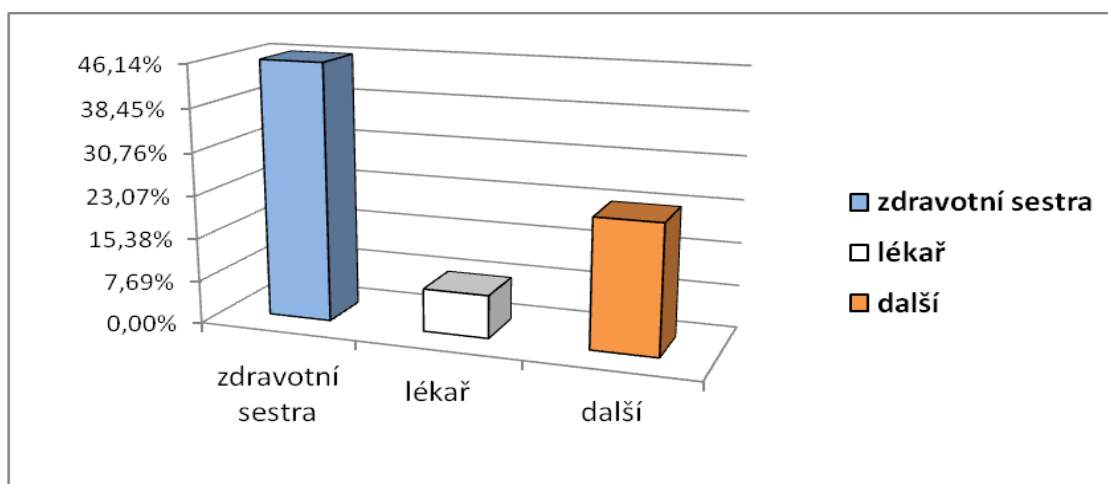
: Kdo vás o poloze mumie informoval?

: Viděla jste, že by někdo u vašeho dítěte aplikoval polohu mumie?



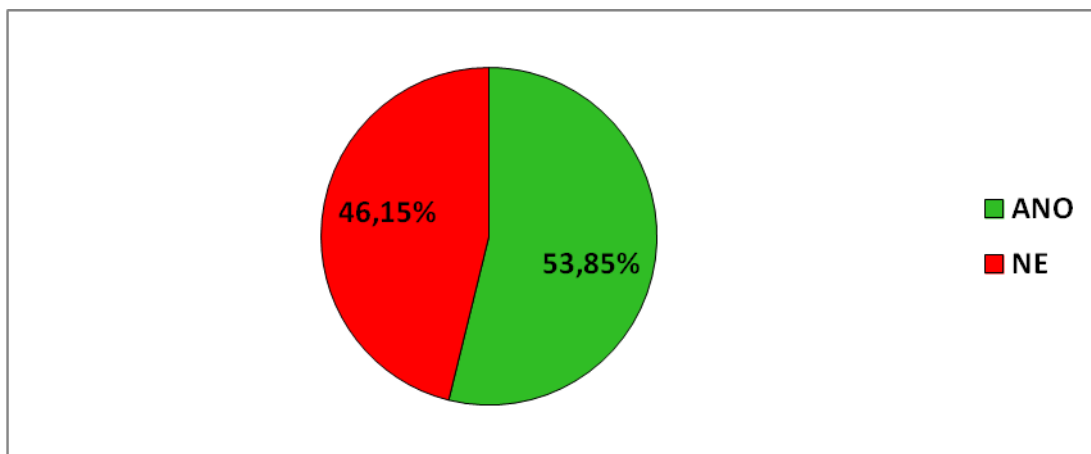
Graf 16: Informovanost o poloze mumie

Z grafu 16 vyplývá, že 10 (76,92%) rodičů odpovědělo, že je někdo o poloze mumii informoval, 3 (23,08%) z rodičů uvedli, že informování nebyli.



Graf 17: Přehled osob informujících o poloze mumie

Z grafu 17 vyplývá, že z 10 (76,92%) rodičů, kteří byli informováni o poloze mumie, jich 6 bylo informováno prostřednictvím všeobecné sestry. 1 (7,69%) rodič udal jako zdroj informací lékaře. Další 3 (23,07%) rodiče uvedli, že informace získali od někoho jiného (matka, kamarádka, okolí, PC atd.). Všichni dotazovaní tedy udali zdroj svých informací.



Graf 18: Aplikace polohy mumie

Z grafu 18 vyplývá, že 7(58,85%) z 13 rodičů uvedlo, že viděli někoho u jejich dítěte aplikovat polohu mumii. Naopak 6 (46,15%) rodičů nevidělo nikoho provádět tuto polohu. Všichni, kteří viděli využívat polohu mumie, uvedli, že polohu prováděla všeobecná sestra.

8 DISKUZE

Důležitý znak většiny prvků konceptu Bazální stimulace je dotek. Dotek je pozitivní a uklidňující stimul nejenom pro předčasně narozené děti, ale i pro děti narozené v termínu, ale především také pro jejich rodiče. I Fišarová ve své práci pouze potvrdila pozitivní efekt a dobrý vliv brzkého dotyku: „*Když to stav nedonošeného novorozence dovolí, tak si ho podle některých respondentek touží matky pohladit.*“ (Jihočeská Univerzita 2011).

Z našeho výzkumu vyplynulo, že 9 (69,23%) z rodičů vědělo, co to znamená bazální stimulace, nebo se aspoň někdy s tímto termínem setkalo. Proto i všichni dokázali napsat svými slovy význam bazální stimulace. Ve všech případech rodiče aspoň částečně naznačili význam či účel bazální stimulace. To vypovídá o tom, že rodiče vědí o existenci tohoto konceptu. Námi stanovená hypotéza H_1 : Předpokládáme, že rodiče přesně neznají význam bazální stimulace, byla tedy vyvrácena. Vycházíme z toho, že od rodičů nemůžeme očekávat přesné definice konceptu Bazální stimulace. Proto jsme naši hypotézu brali v rámci reálných možností, které od rodičů můžeme očekávat. Proto nám stačil každý význam, který správně vystihoval účel konceptu. Domníváme se však, že tento výsledek není zcela věrohodný, může ho zkreslovat hned několik věcí. Jednou z ní je, že rodiče po narození dítěte dostávají spoustu různých informací, které se na ně jen neustále „hrnou“. Proto je logické, že rodiče mohou některé informace zapomenout. Druhým protipólem může být naopak to, že rodiče mohli význam pouze odhadnout dle názvu konceptu.

Přesto naše hypotéza (H_1) byla vyvrácena.

Při zjišťování aplikace konceptu jsme došli k tomu, že více jak polovina rodičů ví o používání tohoto konceptu. Z 13 rodičů jich 7(53,85%) vědělo o aplikaci konceptu. Jeden (7,69%) člověk nevěděl, co má odpovědět, jelikož si pod tímto pojmem nedokázal nic představit. Ze 7 rodičů 4 (30,76%) uvedli jako osobu provádějící bazální stimulaci všeobecnou sestru, dvakrát (15,38%) uvedli ergoterapeuta, jednou (7,69%) fyzioterapeuta, jednou (7,69%) lékaře a jednou (7,69%) další osobu. Z dotazníků tedy vyplývá, že se tento koncept ve FN Motol provádí. Dokonce se nám tímto potvrzuje, že se aplikace bazální stimulace účastní i ergoterapeut. Na prvním místě v provádění stimulace se však umístila všeobecná sestra.

Rodiče však o aplikaci vůbec nemuseli vědět, aplikace mohli zdravotníci provádět bez přítomnosti rodičů, což samozřejmě ztrácí jeden z významných účelů. Friedlová ve své práci v tabulce uvádí jako nejčastější povolání při kurzech všeobecnou

sestru. Je tedy logické, že i v těchto případech hlavní osobou, která aplikovala bazální stimulaci, byla všeobecná sestra. Při své praxi jsem se však velmi často setkávala s tím, že si lidé často „ulehčují“ pojmenování zdravotnických pracovníků tím, že všem (kromě lékařů) říkají „sestro“. Proto si myslíme, že procento všeobecných sester aplikujících koncept ve FN Motol nemusí být zcela přesné. Na výsledku se také může podílet procento zastoupení ergoterapeutů mezi ostatními zdravotnickými pracovníky. U nás také zatím není moc zaběhlá práce ergoterapeuta na neonatologických odděleních. To všechno jsou důvody, kterými mohlo být toto procento zastoupení ergoterapeutů ovlivněno.

Při dalším zkoumání jsme zjišťovali výsledky druhé hypotézy. Z dotazníků jsme zjistili, že o klokánkování vědělo 11 rodičů (84,62%). Osm rodičů (61,52%) udalo jako zdroj informací všeobecnou sestru, 2 (15,38%) lékaře a dva (15,38%) další osobu. Z těchto výsledků vyplývá, že námi stanovená hypotéza (H_2 : Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace) byla potvrzena. Většina rodičů byla s tímto konceptem seznámena. Tento způsob pomoci jak dítěti, tak rodiči však u nás není používán dlouho. Začal se k nám více dostávat až v posledních letech, jak ve své práci popisuje Formanová: *„Dr. Michel Oden zastává názor, že dítě by mělo být ihned po porodu položeno na břicho matky, takzvaný kontakt „skin to skin“.* *Jak jsem však z výzkumného šetření zjistila, kontakt kůže na kůži nebyl v 90. letech aplikován v žádné ze zkoumaných nemocnic.*“ (Jihočeská Univerzita 2011). I dnes tomu tak není všude, přesto zastávám stejný názor jako Formanová, že je vhodné s klokánkováním, tedy využitím kontaktu „kůže-na-kůži“, začínat co nejdříve. Hypotéza (H_2) byla potvrzena.

Při zjišťování informovanosti o orofaciální stimulaci, jsme zjistili, že 4 rodiče (30,77%) věděli o této stimulaci. Pět rodičů (38,46%) o orofaciální stimulaci vůbec nevědělo. Ze 4 rodičů, kteří o této technice věděli, 2 (15,38%) odpověděli, že je informoval lékař, jeden (7,69%) rodič zapsal všeobecnou sestru a jeden (7,69%) další osobu. Z 9 maminek, jejichž dítě mělo problém v orofaciální oblasti, pouze 4 (30,76%) uvedly, že orofaciální stimulaci viděli u dítěte provádět. Jde o to, zda ostatních pět maminek aplikaci orofaciální stimulace nevidělo, nebo zda zdravotnický personál pouze o této technice informoval, ale neprováděl ji. Další možností také mohlo být, že si zdravotnický personál mohl myslet, že by pro děti tato stimulace neměla význam. Tento názor mohl nastat, přestože je v mnoha výzkumech dokázán pozitivní vliv

na děti. I Fucile aj. ve svém závěru výzkumu doporučuje: „*S ohledem na výhody poskytované při orálně stimulačním programu poskytovaným před krmením se navrhuje používání této intervence v novorozeneckém vývojovém plánu, protože je bezpečná a jednoduchá.*“ (Journal of Pediatrics 2002). Naše hypotéza (H₂: Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace) byla tedy v tomto případě vyvrácena. Informovanost by v případě orofaciální stimulace měla být daleko větší.

U otázky orientované na orofaciální stimulaci bylo naznačeno, o co se přímo v aplikaci jedná (dotyky v oblasti úst a okolí, stimulace štětičku a pod.), tudíž nedoufáme, že by rodiče tuto stimulaci viděli, ale nedokázali si ji vybavit.

Z výsledků našeho šetření vyplynulo, že 6 (46,15%) ze 13 rodičů vědělo o možnosti polohy hnízdo. Z těchto rodičů byli 4 (30,76%) informováni všeobecnou sestrou, 2 (15,38%) lékařem a 1 (7,69%) další osobou. Dále jsme se dozvěděli, že 12 (92,31%) rodičů vědělo o aplikaci polohy hnízdo u jejich dětí, kterou podle všech rodičů prováděla všeobecná sestra.

Necelá polovina (46,15%) rodičů tady uvedla, že nemají informace k poloze hnízdo, ale zároveň většina z nich (92,31%) uvedla, že se tato poloha u jejich dítěte aplikuje. Jako hlavní důvod této neshody shledáváme to, že zdravotníci nejspíše stimulaci provádí, ale dále ji rodičům nevysvětlují. Hypotéza (H₂: Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace) tímto byla vyvrácena, informovaná byla pouze polovina rodičů, což není dostačující.

Z informací z dotazníku jsme se dozvěděli, že 10 (76,92%) rodičů mělo informace o poloze mumie, o které informovala 6 (46,14%) rodičů všeobecná sestra, jednoho rodiče (7,69%) lékař a 3 (23,07%) rodiče informovala další osoba. Z 13 rodičů jich 7 (53,85%) uvedlo, že věděli o aplikaci polohy mumie a všichni zároveň uvedli, že tuto stimulaci prováděla všeobecná sestra. Tímto byla naše hypotéza (H₂: Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace) potvrzena.

Tato otázka v plné formulaci zněla: *Slyšela jste o možnosti a významu balení děťátka do zavinovačky (deky/prostěradla)? Z této otázky není jasné, zda rodičům někdo ze zdravotnického personálu říkal o této možnosti stimulace, nebo jestli někdo v blízkém okolí říkal rodičům o možnosti balit dítě do zavinovačky? Z těchto odpovědí tedy přesně nevyplývá, zda rodiče vědí, co je principem polohy mumie, nebo zda pouze*

od svých známých či příbuzných znají zavinovačku. Tato metoda již velice dlouho užívaná a spousta z rodičů ji může znát od svých rodičů či prarodičů, důkazem je například práce Formanové: *„V 90. letech minulého století byl novorozenec po ošetření zabalen do plen, košilky, zavinovačky a položen do postýlky.“* (Jihočeská Univerzita 2011).

Z výše uvedené diskuze k jednotlivým technikám, které měly potvrdit nebo vyvrátit hypotézu H₂, vyplynulo, že hypotéza vztahující se ke klokánkování byla potvrzena, hypotéza vztahující se k orofaciální stimulaci byla vyvrácena, hypotéza vztahující se k poloze mumie byla potvrzena a hypotéza vztahující se k poloze hnízdo byla vyvrácena. Přesto, že dvě ze čtyř stimulací byly potvrzeny, zbytek byl vyvrácen. A proto tento výsledek nemůžeme považovat za potvrditelný. Hypotéza H₂ totiž přesně zní: Předpokládáme, že rodiče jsou dostatečně informováni o praktické aplikaci prvků konceptu Bazální stimulace (o klokánkování, orofaciální stimulaci, poloze mumie a hnízdo). Tento výsledek my nepovažujeme za dostatečné informování. Hypotéza (H₂) byla vyvrácena.

Rodiče prožívají během hospitalizace svého předčasně narozeného dítěte velký stres, a proto jim každá informace osvětluje situaci a přispívá k uklidnění. Ve své práci toto potvrzuje i Fišarová: *„Respondentky si myslí, že je potřeba rodiče při časném kontaktu s novorozencem povzbudit, uklidnit a podat jim potřebné informace týkající se aktuálního stavu dítěte a následné péče.“* (Jihočeská Univerzita 2011).

Edukace má velký vliv nejen na uklidnění rodiče. Friedlová ve svém článku uvádí různé důsledky edukace na rodiče: *„Účastí rodiče na péči docílí personál eliminace pocitů bezmocnosti matky, posílení důvěry rodičů v personál, posílení kompetencí rodiče, a především toho nejdůležitějšího, a to je budování vztahu mezi matkou a dítětem.“* (Sestra 2012). Zde bychom chtěli poukázat na to, že nejde pouze o matku, ale i o otce.

Informace o dítěti by měly být poskytovány oběma rodičům, přeci jen se na jeho péči budou doma podílet oba dva. *„Matky jsou s nezralým novorozencem v nemocnici a některé informace, tak partner dostává zprostředkovaně přes matku a nikoliv přímo“* (Jihočeská Univerzita 2011). Fišarová tak poukazuje na to, že při informování pouze matky, může docházet k předávání neúplných informací otci nebo dokonce na některé informace může úplně zapomenout. Chápeme však, že se nemohou vždy k dítěti

dostavit oba rodiče v tutéž chvíli, proto je výhodné podávat i informace na letáčích a brožurách, kde si oba rodiče mohou informace projít společně a kolikrát chtějí.

Jednou z příčin proč si rodiče některé informace nezapamatují je jejich velké množství. Bader ve své práci poukazuje na to, že je vhodné podávat informace po částech: „*Rodiče jsou často zahlceni všemy informacemi od různých pracovníků JIP, takže ideální poskytování edukace je v malých, smysluplných krocích.*“ (OT practice 2010). Proto je výhodné využívání edukačních listů, kde si každý zdravotnický pracovník může zapsat kdy, koho a o čem informoval.

Jednou z dalších věcí, která nás také při práci zajímala, bylo, zda tento koncept poskytuje i ergoterapeut. Jelikož se při péči o pacienta mohou podílet nejrůznější odborníci. „*Jedinečnost konceptu Bazální stimulace tkví v tom, že tento koncept je propracován tak, aby s ním mohli pracovat u jednoho klienta různí profesionálové (ošetřovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, logopedové, speciální pedagogové) za participace rodiny klienta.*“ (Friedlová; Diagnóza 2012). Ve výsledcích z dotazníků jsme však došli k malé nesrovnalosti. V prvních otázkách, týkajících se aplikace konceptu obecně, rodiče odpověděli, že je informoval i ergoterapeut.

V bližším zkoumání však u konkrétních technik udán nikde nebyl. Jde tedy o to, zda pouze informoval o konceptu obecně, nebo zda na něj rodiče při bližším tázání zapomněli. Pohlédneme-li na odpovědi obecně, ergoterapeut se vyskytl v odpovědích velmi zřídka. Proto jsme tímto naši hypotézu (H₃: Předpokládáme, že na neonatologických JIP odděleních neprovádí prvky Bazální stimulace ergoterapeut, ale jiný zdravotnický pracovník.) potvrdili. Ergoterapeut by měl mít daleko větší možnost aplikovat koncept a podávat rodičům potřebné informace. Hypotéza (H₃) byla potvrzena.

ZÁVĚR

Jako cíl naší práce jsme si stanovili zjistit informovanost rodičů o konceptu Bazální stimulace a o jejích dílčích oblastech. Zajímalo nás povědomí o somatické stimulaci (poloha hnízdo, poloha mumie), orální stimulaci (případně i se stimulací obličeje, tedy orofaciální) a klokánkování (trilogie – somatická, vibrační a vestibulární stimulace). Jako místo pro dotazování jsme si vybrali fakultní nemocnici v Motole.

V první kapitole teoretické části jsme se seznámili s nedonošenými dětmi obecně, s klasifikací nezralých dětí a s jejich problémy. Ve druhé kapitole jsme se přímo zaměřili na význam a vznik konceptu Bazální stimulace. Poté jsme popsali jednotlivé stimulace, rozvoj vnímání a konkrétní techniky aplikované u předčasně narozených dětí. Mezi tyto techniky jsme zařadili somatickou (koupel, poloha mumie a hnízdo, kontaktní dýchání a somatická stimulace obličeje), vestibulární, vibrační, orální stimulaci a klokánkování. V závěru této kapitoly jsme zmínili využívanost konceptu v České republice. Třetí kapitola byla zaměřena na zapojení rodiny do péče a edukace. Ve čtvrté kapitole jsme se zmínili o výzkumech potvrzujících pozitivní vliv konceptu Bazální stimulace.

Cíle bakalářské práce jsme splnili. Na základě cíle naší práce jsme si stanovili tři hypotézy. Tyto hypotézy jsme se snažili za pomoci informací z vyplněných dotazníků potvrdit nebo vyvrátit. Z dotazníků jsme se dozvěděli, že rodiče znají význam bazální stimulace. Tím se naše první hypotéza vyvrátila. Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že rodiče jsou dostatečně informovaní a praktické aplikaci prvků konceptu. I tato hypotéza byla vyvrácena. O klokánkování a poloze mumii rodiče věděli, ale o orofaciální stimulaci a poloze hnízdo byli rodiče informováni velmi málo. Třetí hypotézu jsme potvrdili. Předpokládali jsme v ní, že na neonatologických JIP odděleních neprovádí prvky Bazální stimulace ergoterapeut, ale jiný zdravotnický pracovník. Z dotazníků jsme zjistili, že nejčastěji udávanou osobou provádějící koncept Bazální stimulace, je všeobecná sestra.

Jelikož si myslíme, že informovanost rodičů by měla být daleko větší, chtěli bychom v návaznosti na výsledky této práce vytvořit informační brožuru, kterou bychom mohli poskytnout do nemocnice FN Motol.

Na tuto práci bychom mohli také navázat v případě dalšího studia, a zaměřit se tak například na informovanost v jiném zařízení. Mohli bychom pak případně výsledky mezi sebou porovnávat.

Závěrem práce bychom chtěli zdůraznit důležitost podávání informací rodičům, protože u nás to stále ještě není zvykem. Informace by měly být dostatečně ucelené a přehledné, k čemuž by měly sloužit letáky, brožury a pod. Rodičům bychom tyto informace měli pravidelně opakovat a být s nimi trpěliví, aby vše správně pochopili a nebáli se nás v případě dotazů na informace doptat. Na poskytování informací by se neměl podílet jen lékař a všeobecná sestra, ale i další zdravotní pracovníci, jako je například ergoterapeut, všichni v rámci svých kompetencí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BADER, L. Intervention Techniques for OT in the NICU. *OT Practice*. 2010, Vol. 15, Issue 2, Pages 7-11. ISSN 1084-4902.
2. BALAJKOVÁ, A. *Problematika novorozence hospitalizovaného na nJIP*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Institut zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Barbara Tesařová
3. BLACKBURN, S.,T. *Maternal, Fetal & Neonatal Physiology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2007. ISBN 978-1416029441.
4. BOXWELL, G. *Neonatal Intensive Care Nursing*. 2nd ed. New York: Routledge, 2000. ISBN 04154477565.
5. CASE-SMITH, J., HUNTER, J.,G. *Occupational therapy for children*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005. ISSN 0-323-02873-X.
6. DOKOUPILOVÁ, M. a kol. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.
7. EGARTER, I. *Basale stimulation in der Sterbebegleitung*. Graz, 2012. Bakalářská práce. Palliativpflege und Hospiz Medizinische University of Graz. Vedoucí práce Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram.
8. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.
9. FERRARI, F. a kol. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Department of Pediatrics and Neonatology*. 2007, Vol. 92, Issue 5, Pages 386-390. ISSN 1359-2998.
10. FIŠAROVÁ, A. *Podpora rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence a její rezervy z pohledu zdravotníků a rodičů*. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.
11. FORMANOVÁ, R. *Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí 20 let*. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Judita Soukupová Maříková.

12. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek – Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2005.
13. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
14. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství – 1. a 2. díl*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2009. ISBN 80-239-6123-2.
15. FRIEDLOVÁ, K. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby, vydávaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR*. 2010, XII., červen-červenec, s. 30 – 31. ISSN 1803-7348.
16. FRIEDLOVÁ, K. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetrovatelství: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, VIII, č. 2, s. 30-31. ISSN 1801-1349.
17. FRIEDLOVÁ, K. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, XXII, č. 3, s. 43-44. ISSN 1210-0404.
18. FRÖHLICH, A., BIENSTEIN, Ch. *Basale Stimulation® in der Pflege-Die Grundlagen*. Bern: Verlag Hans Huber, 2012. ISBN 978-3-456-95110-2.
19. FUCILE, S., GISEL, E., LAU, Ch. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *Journal of Pediatrics*. 2002, Vol. 141, Issue 2, Pages 230-236. ISSN 0022-3476.
20. FUCILE, S., GISEL, E., LAU, Ch. Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2005, Vol. 47, Issue 3, Pages 158-162. ISSN 1469-8749.
21. GREGSON, S., BLACKER, J. Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal ward. *British Journal of Midwifery*. 2011, Vol. 19, Issue 9, Pages 568-577. ISSN 0969-4900.
22. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
23. KLIMČÍKOVÁ, M. *Aplikace konceptu bazální stimulace v práci sestry*. Brno 2008. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jitka Dresslerová.
24. KREJČÍŘOVÁ, D., LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

25. LIAW, J.-L. Tactile stimulation and Preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2000, Vol. 14, Issue 1, Pages 84-103. ISSN 0893-2190.
26. OREL, M., FACOVÁ, V. a kol. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-7306-3.
27. SEDLÁŘOVÁ, P. a ŘEZNÍČKOVÁ, A. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-6667-6.
28. SLATER, A. *Introduction to infant development*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-928305-7.
29. VAŠÍČKOVÁ, L. *Bazální stimulace – pojem známý a neznámý*. Pardubice 2008. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková.
30. ZIEGLER, R., G., BUSH, A. *Sharing care: the integration of family approaches with child treatment*. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999. ISBN 08-763-0974-0.

PŘÍLOHY

Příloha č.1: Hodnocení novorozence dle vztahu hmotnosti ke gestačnímu věku (FENDRYCHOVÁ, J. *Intenzivní péče o novorozence*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků, 2012. ISBN 978-80-7013-547)

Příloha č.2: Edukační záznam (SEDLÁŘOVÁ, P. a ŘEZNIČKOVÁ, A. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-6667-6.)

Příloha č.3: Dotazník