



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Využití prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů
na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské
péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Tereza Kafková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2024

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Haně Hajduchové Ph.D., za odborné vedení této bakalářské práce, za cenné rady, podnětné připomínky a v neposlední řadě taky za její podporu a trpělivost při vytváření této práce. Děkuji také všem informantům, kteří mi věnovali svůj čas a dovolili nahlédnout do jejich pracovních životů a zkušeností. Na závěr bych chtěla vyjádřit velké poděkování mé rodině a přátelům, kteří mi byli podporou po celou dobu mého studia.

Využití prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje využití prvků konceptu Bazální stimulace na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP.

Metodika a výzkumný soubor: Pro dosažení cíle jsme stanovili jednu výzkumnou otázku. Jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče? Pro výzkumné šetření jsme vybrali kvalitativní šetření pomocí metody dotazování a pozorování. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory a zjevné nezúčastněné pozorování. Výzkumný soubor tvořilo 5 sester, pracujících na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče vybrané nemocnice v Kraji Vysočina. Kritériem pro výběr výzkumného souboru bylo využívání konceptu Bazální stimulace u pacientů hospitalizovaných na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Získaná data byla analyzována otevřeným kódováním pomocí metody tužka, papír.

Výsledky: Na základě analýzy získaných dat z rozhovorů, byly vytvořeny 4 kategorie a 3 podkategorie. Data získaná pozorováním byla rozdělena do 6 kategorií. Z výsledků naší práce je zřejmé, že sestry, které tvořily náš výzkumný soubor, byly schopné popsat koncept Bazální stimulace i jeho prvky. Zjistili jsme, že všechny sestry prvky konceptu Bazální stimulace zapojují do péče o pacienty hospitalizované na oddělení DIOP při každém kontaktu s nimi. Nejvyužívanějšími prvky tohoto konceptu na tomto oddělení jsou iniciální dotek, oslovení, polohování, umístování pacientů do vibračních i klasických křesel a využívání oblíbených toaletních pomůcek pacienta. Pacienti nejčastěji reagují na iniciální dotek v kombinaci s oslovením a mezi jejich prvotní reakce patří fixace očima, celkové zklidnění a zmírnění spasticity. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že se sestry tohoto oddělení, snaží do péče zapojit i rodiny pacientů. Rodiny, slouží nejenom jako dobrý zdroj informací o pacientovi, ale v některých případech jsou oni tím podnětem, na který pacienti začnou reagovat.

Doporučení pro praxi: Doporučujeme do péče o pacienty, u kterých se využívá

olfaktorická stimulace zařadit pouze 4 druhy vybraných vůní.

Klíčová slova:

Bazální stimulace; dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče; vigilní kóma; pacient;
sestra

The use of elements of the Basal stimulation concept in long-term intensive nursing care unit

Abstract

The bachelor thesis is focused on the use of the elements of the Basal Stimulation concept in a long-term intensive care unit. The aim of this bachelor's thesis was to find out how nurses incorporate the concept of Basal Stimulation into the care of patients on the LTINC unit.

Methodology and research set: To achieve the aim, we set one research question. In what ways do nurses incorporate the concept of Basal Stimulation into the care of patients in the long-term intensive care unit? For the research investigation, we chose a qualitative investigation using the interview and observation method. The data collection technique was semi-structured interviews and overt non-participant observation. The research population consisted of 5 nurses working in the long-term intensive care unit of a selected hospital in the Vysočina Region. The criterion for the selection of the research population was the use of the Basal Stimulation concept in patients hospitalized in the long-term intensive care unit. The collected data were analyzed by open coding using pencil, paper method.

Results: Based on the analysis of the interview data, 4 categories and 3 subcategories were created. The data collected by observation was divided into 6 categories. From the results of our work, it is clear that the nurses who formed our research population were able to describe the concept of Basal Stimulation and the elements of it. We found that all nurses incorporated elements of the Basal Stimulation concept into the care of patients hospitalized in the LTINC unit at every contact with them. The most used elements of this concept on this ward are the initial touch, addressing, positioning, placing patients in vibrating and conventional chairs and the use of the patient's favourite toilet aids. Patients most often respond to initial touch combined with addressing and their initial reactions include eye fixation, general calming and reduction of spasticity. From the results of the investigation, the nurses of this ward, try to involve patients' families in their care. Families not only serve as a good source of information about the patient, but in some cases they are the stimulus to which patients begin to respond.

Recommendations for practice: We recommend to include only 4 types of selected

scents into the care of patients using olfactory stimulation.

Key words:

Basal stimulation; long-term intensive nursing care; vigil coma; patient; nurse

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 10 |
| 1 Současný stav | 11 |
| 1.1 Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče..... | 11 |
| 1.2 Specifika práce sestry na jednotce DIOP | 12 |
| 1.3 Koncept Bazální stimulace..... | 16 |
| 1.3.1 Historie a zakladatelé konceptu Bazální stimulace..... | 16 |
| 1.3.2 Role sestry v konceptu Bazální stimulace | 18 |
| 1.3.3 Ošetrovatelský proces u pacientů na oddělení DIOP..... | 19 |
| 1.3.4 Základní prvky konceptu Bazální stimulace..... | 22 |
| 1.3.5 Nástavbové prvky konceptu Bazální stimulace | 24 |
| 2 Cíl práce a výzkumné otázky..... | 27 |
| 2.1 Cíl práce | 27 |
| 2.2 Výzkumná otázka..... | 27 |
| 3 Metodika práce | 28 |
| 3.1 Použité metody..... | 28 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru – rozhovory | 30 |
| 3.3 Charakteristika výzkumného souboru – pozorování..... | 30 |
| 4 Výsledky výzkumu..... | 31 |
| 4.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů..... | 31 |
| 4.2 Kategorizace výsledků pozorování | 46 |
| 5 Diskuse..... | 59 |

| | | |
|----------|---------------------------------------|-----------|
| 6 | Závěr..... | 72 |
| 7 | Seznam použité literatury..... | 74 |
| 8 | Seznam příloh | 82 |
| 9 | Seznam zkratk..... | 86 |

Úvod

Tématem této bakalářské práce je využití prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Péče o pacienty na tomto typu oddělení spočívá především v zajištění životních funkcí a naplnění potřeb klientů. Mezi jejich hlavní potřeby patří péče o dýchací cesty, stravování, hygiena, vyprazdňování, spánek a v neposlední řadě také rehabilitace. Do procesu poskytování ošetrovatelské péče o pacienty na tomto oddělení jsou zapojeny základní i nastavbové prvky Bazální stimulace. Jsou to především podněty, které pacienty stimulují a připomínají jim pocity z domova. Díky těmto podnětům je pacientům umožněno uvědomování si vlastního těla a svých hranic. Hranice v tomto případě označují například místo, kde pacientovi končí nohy anebo polohu, ve které se pacient nachází.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se budeme zabývat oddělením dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP), specifiky práce sester na tomto oddělení a konceptem Bazální stimulace. Praktická část této práce je poté zaměřena na sestry pracující na oddělení DIOP, které prvky konceptu Bazální stimulaci každý den v péči o pacienty na tomto oddělení využívají. Pro výzkumnou část bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem sestry zapojují koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP.

Téma pro moji bakalářskou práci jsem si zvolila záměrně, toto téma je mi blízké, protože se s Bazální stimulací běžně setkávám na oddělení DIOP, kam jsem po maturitě nastoupila na pozici praktické sestry.

1 Současný stav

1.1 Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

DIOP je „pracoviště poskytující intenzivní ošetrovatelskou péči pacientům se závažným, převážně neurologickým postižením, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, vyžaduje však intenzivní ošetrovatelskou péči o dýchací cesty“ (Kalvach et al., 2011, s. 245-246).

Pracuje zde multidisciplinární tým, který pacientům poskytuje přímou péči. Tým je složený z lékařů, všeobecných i praktických sester, fyzioterapeutů, logopedů, psychologů, ošetrovatelek a sanitářů. Tým je obohacen taky o nemocničního kaplana a sociální pracovníky.

Oddělení DIOP přijímá pacienty, u kterých se předpokládá zlepšení jejich stavu. Dle Kolářové (2023) pokud nedojde do 180 dnů k nějaké zásadní změně stavu hospitalizovaných, dochází k přehodnocení indikace k hospitalizaci na tomto oddělení. Hlavní indikací k hospitalizaci je kvalitativní porucha vědomí a zajištění dýchacích cest nemocného. U pacientů hospitalizovaných na tomto oddělení jsou dýchací cesty zajištěny pomocí tracheostomické kanyly (Šamánková et al., 2011). Tracheostomická kanyla je zároveň i podmínkou pro příjem pacienta na toto oddělení.

Na toto oddělení jsou nejčastěji překládáni pacienti z oddělení anesteziologicko-resuscitačního (ARO) nebo jednotky intenzivní péče (JIP) (Djakow, 2020). Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na tomto oddělení mají ve většině případů dlouhodobou kvalitativní poruchu vědomí. Nejčastěji se jedná o diagnózu vigilního kómatu, někdy také označovanou jako vegetativní stav (Seidl, 2015). Laureys (2010) uvádí i nový název pro diagnózu vigilního kómatu či vegetativního stavu, a to syndrom nereagující bdělosti.

Vigilní kóma se projevuje bezvědomím pacienta (Peterková, 2019). U těchto pacientů vymizela schopnost reagovat na vnější podněty. Seidl ve své knize (2008) uvádí, že pacienti ve vigilním kómatu mají otevřené oči, kterými bloudí po stěnách pokoje, nereagují na vnější podněty, nejsou tak schopni ani verbální ani neverbální komunikace. Tento stav u většiny pacientů trvá 4-6 týdnů, poté pokud nemocný nezemře, vzniká tzv. stabilizovaný stav (Seidl, 2015). Stav vigilního kómatu je zároveň taky někdy označován jako apalický syndrom (Seidl, 2023). Do tohoto stavu pacienti upadají nejčastěji po

těžkých úrazech, onemocněních centrálního nervového systému, nádorech či edému mozku či po pozdním zahájení resuscitace (Mlčoch, 2015).

Diagnóza vigilního kómatu může být stanovena, pokud si pacient neuvědomuje sám sebe a není schopný navázat kontakt se svým okolím, pacient nereaguje na sluchové, zrakové, hmatové podněty, pacient je inkontinentní, u pacienta jsou přítomny časté etapy spánku a u pacienta nejsou přítomny žádné příznaky, které vypovídají o porozumění řeči a mluvenému slovu osob pacientovi blízkých (Carbolová a Doležil, 2007).

1.2 Specifika práce sestry na jednotce DIOP

Práce sestry, pracující na oddělení DIOP spočívá především v zajištění životních funkcí a naplnění potřeb hospitalizovaných klientů. Na tomto typu oddělení se využívá především forma intenzivní ošetrovatelské péče a zároveň forma péče paliativní. Paliativní formou péče, se sestry snaží zvýšit kvalitu života hospitalizovaných na tomto oddělení. Mnohdy jsou totiž na tomto oddělení hospitalizováni pacienti s infaustní – beznadějnou prognózou (www.nemocnice-neratovice.cz/luzkova-pece/dlouhodobaintenzivni-osetrovatelska-pece/, online). Pacienti hospitalizovaní na tomto oddělení jsou ve většině případů plně odkázáni na práci zdravotnického, ale i nezdravotnického personálu. Sestry, které zde pracují, by měly být schopné trpělivě naslouchat potřebám hospitalizovaného. Mezi hlavní potřeby pacientů Kapounová (2020) uvádí hygienu, vyprazdňování, výživu, dýchání, odpočinek, pohodu a klid a v neposlední řadě také podporu soběstačnosti.

Jednou z prvních intervencí, díky které sestry ihned ráno přicházejí do kontaktu s pacientem, je provedení hygienické péče.

Hygienická péče na oddělení DIOP se rozděluje na ranní a večerní. Ranní hygiena je ovšem považována za nejdůležitější. Vzhledem k těžkému stavu hospitalizovaných pacientů, hygienickou péči vykonává v plném rozsahu celý ošetrovatelský personál, který musí dbát na bezpečnost svou i pacienta (Kachlová a Plevová, 2023). Při ranní hygieně se provádí celková koupel pacienta na lůžku, péče o dutinu ústní, péče o vlasy, pokožku a genitál, dále pak výměna osobního prádla pacienta (Kachlová a Plevová, 2023). Do hygienické péče jsou začleněny rovněž i některé prvky Bazální stimulace. Po dokončení hygieny sestra může dle Doležila a Carbolové (2007) např. promazat tělo pacienta jeho oblíbeným krémem a navonět jej jeho oblíbenou vůní. Na závěr hygienické péče sestry

pacienty polohují (Kachlová a Plevová, 2023). V průběhu dne se provádí hygiena dle potřeby pacientů. Jedenkrát týdně pak u každého pacienta probíhá koupel na pojízdné vaně, ve velké koupelně. Díky pojízdné vaně je ošetrovatelskému personálu ulehčena manipulace s pacientem v průběhu hygienické péče. Během hygieny sestry věnují zvýšenou pozornost opruzeninám a ostatním predilekčním místům (Kachlová a Plevová, 2023).

V průběhu hygienické péče sestry upravují nejenom pacienta, ale rovněž i lůžko, na které je ve většině případů pacient upoután. Všechna lůžka jsou pojízdná a polohovatelná. K těmto lůžkům náleží antidekubitní matrace, která je hlavní prevencí vzniku dekubitů – proleženin (Kachlová a Plevová, 2023). Dle dezinfekčního plánu pak ošetrovatelský personál provádí dezinfekci samotného lůžka.

Po hygienické péči, ale i v průběhu dne, sestry pečují o invazivní vstupy a rány pacientů. Provádí především jejich dezinfekci, výměnu krytí a další intervence dle ordinace lékaře (Kapounová, 2020)

Jedním z invazivních vstupů, o které sestry u pacientů na oddělení DIOP pečují, je nasogastrická sonda (NGS) – sonda zavedena přes dutinu nosní do žaludku a perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) – sonda, která je zavedena přes dutinu břišní do žaludku. Díky nim je sestrám umožněno podávat pacientům výživu, tekutiny a léky (Kapounová, 2020).

Zavést nasogastrickou sondu by dle knihy Kapounové (2020) měla být schopná každá sestra. Sonda je zavedena nosní dírkou a nazofarynxem až do žaludku a po zavedení probíhá poslechová kontrola (Bartůněk et al., 2016). Na břicho, konkrétně oblast žaludku, je přiložen fonendoskop a do sondy je aplikováno pomocí Janettovy stříkačky malé množství vzduchu (Kapounová, 2020). Sonda je zavedena správně, pokud je při aplikaci slyšitelný zvuk vstříkovaného vzduchu připomínající žbluňkání (Kachlová a Plevová, 2023).

Výživa nasogastrickou sondou je nejčastěji aplikována bolusově (jednorázově) nebo kontinuálně. Bolusová aplikace znamená dle knihy Komínkové a Pokorné (2013) aplikaci určitého množství výživy stříkačkou po 3 hodinách s přestávkou v noci. Po každé dávce výživy musí být aplikováno malé množství vody. Kontinuálně znamená určité množství mililitrů (ml) výživy za hodinu (Kapounová, 2020). V případě kontinuálního podávání

výživy je výživa podávána přes enterální výživovou pumpu, která přesně hlídá množství podávané výživy. Každá aplikace výživy do sondy musí být pečlivě zaznamenána do zdravotnické dokumentace.

Dalším způsobem zajištění výživy je pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie. Je to výkon, při kterém se přímo do žaludku pacienta zavádí speciální set, přes který bude pacientovi podávána výživa (Krajská zdravotní a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem). Mezi hlavní indikace zavedení PEG patří předpoklad, že pacient nebude schopný přijímat stravu per os (ústí) déle než 3 týdny (Kapounová, 2020). Mezi nejčastější diagnózy, u kterých se PEG dle knihy Kapounové (2020) provádí, patří polytrauma, poruchy polykání, neurologické poruchy, kachexie nebo inoperabilní nádory v horní část gastrointestinálního traktu.

Po zavedení je PEG většinou ponechána cca 12 hodin volně – takzvaně na spád. Podle Kapounové (2020) po uplynulých 12 hodinách pak sestra může dle ordinace lékaře aplikovat umělou enterální výživu. Enterální výživu sestry aplikují v intervalu 2-3 hodin pomocí Janettovy stříkačky a v noci je většinou žaludek ponechán v klidu (Kohout a Kroupa, 2019). Po každé aplikaci enterální výživy musí být PEG propláchnutá minimálně 50ml vody nebo čaje. Do PEG je umožněno i aplikovat dostatečně nadrcené léky, které jsou předem rozpuštěny v malém množství vody, aby nedošlo k ucpaní sondy.

Zavedenou PEG je doporučeno otáčet. 1.-7. den od zavedení o 90° a 8.-10. den o 360° (Kohout, 2016). Je třeba, aby sestry pracující na DIOP udržovaly i okolí PEG v čistotě, minimálně jedenkrát za den jej vydesinfikovaly a překryly sterilním krytím. Po zacelení rány se o ni pečuje jen vodou a mýdlem (Novotná, 2013).

Mezi jedny z nejčastějších komplikací podávání stravy pomocí NGS a PEG patří nauzea (pocit na zvracení) a zvracení. I z tohoto důvodu patří aplikace injekcí mezi jednu z nejčastějších činností, které sestra na oddělení DIOP provádí. Aplikuje zejména injekce subkutánní a intramuskulární.

Subkutánní injekce sestry aplikují do míst, kde je dostatečné množství podkožní tkáně. Mezi tato místa Case-Lo (2018) ve svém článku řadí břicho, horní část paže a stehna, hýždě a je nutné je střídát. Subkutánní léky mohou být aplikovány pomocí stříkačky a jehly, předplněnou injekční stříkačkou nebo perem (Kubová a Mašková, 2014).

Po identifikaci pacienta sestry vydezinfikují místo vpichu a vytvoří kožní řasu z podkožní tkáně. Poté provedou vpich pod úhlem 45°. V některých případech může být proveden vpich pod úhlem 90° (Kubová a Mašková, 2014). Mezi nejčastější skupiny léků, které jsou pacientům aplikovány subkutánně podle Vytejškové et al. (2015) patří inzulíny, antikoagulancia, analgetika a v neposlední řadě opiáty. Léky aplikované cestou subkutánní začínají působit od 10 do 20 minut. V porovnání s léky aplikovanými intramuskulárně působí tedy pomaleji (Kubová a Mašková, 2014).

Další způsob aplikace léků je cestou intramuskulární – tedy do svalu, kde začínají účinkovat do 10 minut, a to především díky dobrému prokrvení svalů (Vytejšková, 2015). Vytejšková (2015) zároveň uvádí, že nejčastěji se intramuskulární léky aplikují do svalů sedacích, místo je ale třeba dobře zvážit kvůli přítomnosti sedacích nervů a velkých cév. Napíchnutím sedacího nervu by mohlo u pacientů dojít ke vzniku zánětu, mravenčení končetiny až k lehkému ochrnutí dolních končetin (Šliková Dingová et al, 2018).

Jedním z dalších invazivních vstupů, kterými jsou pacienti oddělení DIOP zabezpečeni a sestry o něj musí pečovat, je tracheostomie, která slouží k dlouhodobému zajištění a udržení průchodnosti dýchacích cest (Chrobok et al, 2004).

Jedná se o chirurgický výkon, během kterého je vytvořen umělý průchod do průdušnice a ta je tak vyvedena až na povrch těla (Bartůněk et al., 2016). Tracheostomických kanyl jsou dva typy. Prvním typem je kanyla plastová, která se mění dle doporučení výrobce a v dnešní době se používá nejčastěji, druhým typem je kanyla kovová, která se mění každý den (Ferko et al., 2015). Kompetence k výměně kanyly má lékař a také specializovaná sestra. Sestry z vyústěné stomie, především podle potřeby pacienta, odsávají bronchiální sekret (Hlinovská, 2020). Odsávání sestry provádí pomocí jednorázové sterilní cévky a odsávačky, a to dle Ministerstva zdravotnictví České republiky nejdéle 10 sekund. Vyžaduje-li stav pacienta opakované odsátí, sestry musí přerušit jednotlivá odsávání a proložit je třemi až čtyřmi dechovými cykly pacienta (Kapounová, 2020).

Dále sestry zvlhčují vdechovaný vzduch a zajišťují inhalace dle ordinace lékaře, měří obturační tlak v manžetě, kontrolují fixační tkaničku a v neposlední řadě pečují o okolí kanyly, čímž předchází možnému vzniku infekce (Kapounová, 2020).

Možnému vzniku infekce u pacientů hospitalizovaných na oddělení DIOP sestry předchází i péči o permanentní močový katetr (PMK), který mají pacienti zavedený z důvodu inkontinence moči. PMK je příčinou 80 % nozokomiálních infekcí (Kapounová, 2007). Ošetrovatelská péče o pacienty s katetrem spočívá v zaznamenávání příjmů a výdejů tekutin, zaznamenávání barvy, zápachu a příměsí moče, měnění sběrného sáčku (Kapounová, 2007). Dále by ošetrovatelský personál měl důkladně pečovat o genitál nemocného a pravidelně vyměňovat i samotný močový katetr.

Pacienti hospitalizovaní na oddělení DIOP mají ve většině případů inkontinenci stolice, a proto je u nich využíváno jednorázových plen, které se mění dle jejich potřeby. U pacientů je zvýšená pozornost predilekčních míst.

1.3 Koncept Bazální stimulace

1.3.1 Historie a zakladatelé konceptu Bazální stimulace

„Bazální stimulace není metoda ani technika, je to koncept. Koncept znamená, že se nejedná o přesně formulovanou terapii nebo pedagogická opatření, ale teze, které musí být stále rozvíjeny a přizpůsobovány. V centru zájmu je člověk s jeho psychickou realitou, která nám otevírá možnost osobního setkání. Bazální stimulace je systematický individuální doprovod a péče, které podporují učení a osobní rozvoj člověka. Nejde o to člověka s těžkým postižením nutit do určitých schémat péče a standardizovaných postupů. Člověka není možné vyvinout, ale lze uzpůsobit pečovatelské, terapeutické a pedagogické nabídky a okolní prostředí tak, aby byl podporován jeho vývoj“ (Fröhlich v knize Friedlové, 2015, s.17).

Autorem konceptu Bazální stimulace je profesor Andreas Fröhlich, německý odborník zaměřený na speciální pedagogiku, který pracoval v rehabilitačním centru, kde pečoval o děti narozené s těžkým psychosomatickým postižením.

Profesor Andreas Fröhlich dětem umožnil podporu vnímání, rozvoj jejich osobnosti a zlepšení komunikace s jejich okolím. Dle Institutu Bazální stimulace profesor Fröhlich v péči o děti vycházel ze zjištění, že postiženým dětem se musí dostávat takových stimulů, kterých se jim dostává v prenatálním období.

Christel Bienstein, která byla zdravotní sestrou, zapojila koncept Bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Friedlová ve své knize (2007) udává, že Bienstein pracovala mnoho

let ve Vzdělávacím centru v Německu. V 80. letech navázala kontakt s profesorem Fröhlichem a dodnes společně pracují na různých projektech, týkajících se ošetrovatelské péče o pacienty s výrazně omezenými schopnostmi vnímání, pohybu a komunikace.

Společně s Fröhlichem vypracovali systém vzdělávání lektorů a průvodců konceptem Bazální stimulace, kteří mají za úkol vyškolit kvalitní ošetřující pro uplatnění konceptu v klinické praxi.

Do České republiky koncept Bazální stimulace přinesla Karolína Friedlová, která je certifikovanou lektorkou konceptu Bazální stimulace. V letech 1988-2003 pracovala ve Vídni na privátní klinice a Univerzitní klinice v Mnichově jako zdravotní sestra. Díky svému působení na těchto klinikách se poprvé setkala s konceptem Bazální stimulace (www.bazalni-stimulace.cz/onas/karolina-friedlova/, online). Ve Vídni vystudovala dvouleté specializační certifikační studium lektora v oblasti Bazální stimulace, kterou v roce 2000 zavedla do ošetrovatelské péče v České a Slovenské republice. Koncept definovala následovně „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání*“ (Friedlová, 2007, s.19). Od roku 2005 založila Institut Bazální stimulace, stala se jeho ředitelkou a téhož roku vydala první publikaci o Bazální stimulaci. Friedlová byla dle webu Institutu Bazální stimulace roku 2010 zvolena prezidentkou Mezinárodní asociace Bazální stimulace. Friedlová spolupracuje s prof. Dr. A. Fröhlichem a Biensteinem a podílí se tak na rozvoji a dalším výzkumu konceptu Bazální stimulace (www.bazalni-stimulace.cz/onas/karolina-friedlova/, online).

Bazální stimulace je prováděna u tělesně či duševně nemocných, u osob ve vigilním kómatu, mentálně postižených a u těch, kteří mají jakýmkoliv způsobem postiženo vnímání (Friedlová, 2007). Je do ní zapojeno i co nejvíce možných podnětů, které stimulují pacienta a připomínají mu pocity z domova. Díky využívání těchto podnětů dochází ke stimulaci všech smyslů nemocného hospitalizovaného na oddělení DIOP a dochází k dráždění jednotlivých nervových souborů. Tímto také dochází k uvědomování si vlastního těla a svých vlastních hranic.

Pomocí konceptu Bazální stimulace je primárně u nemocných podporováno vnímání. Borýsková et al. (2010) uvádí, že už od embryonální fáze každý jedinec vnímá své okolí pomocí smyslových orgánů, které tvoří pět základních smyslů – zrak, sluch, hmat, chuť a čich.

Profesor doktor Fröhlich ve své knize zdůrazňuje, že všechny lidské aktivity vycházejí z interakcí mezi vnímáním, pohybem a komunikací. Terapeuti provádějící Bazální stimulaci proto dle Friedlové (2018) využívají různých podnětů a pohybů k tomu, aby komunikovali s lidmi, kteří utrpěli nějakou poruchu vnímání a komunikace. Díky tomu, že u pacientů dochází k stimulaci vnímání v kombinaci s aktivním pohybem se zlepšuje jejich schopnost vnímat své vlastní tělo, komunikovat s okolím a rozvíjet svoji identitu.

Pohyb je vlastnost klíčová pro udržování vzpřímené pozice těla, zabezpečení potravy, vyprazdňování, dýchání a dalších. Díky schopnosti hýbat se je člověku umožněno komunikovat s okolním světem nejenom verbálně, ale i neverbálně. U lidí, kterým je znemožněno hýbat se, tak často dochází k absenci mnoha podnětů. Podnětů jak z vnitřního, tak vnějšího světa (Friedlová, 2007).

Samotný pohyb a řízení motoriky jsou zajišťovány pomocí centrálního nervového systému, který je tvořen mozkovou kůrou a páteří míchou. Díky svalovému tonu, který je zajištěný páteří míchou, je pohyb základní složkou pro umožnění hybnosti (Seidl, 2015). I vestibulární systém umožňuje člověku hýbat se. Je současně spojen s orientací v prostoru, udržováním polohy hlavy, ale i udržováním rovnováhy.

Život člověka je proces, závislý na vzájemném působení pohybu, vnímání a komunikace v rámci sociálního prostředí. Schopnost vnímat člověku umožňuje se pohybovat a komunikovat.

Verbální i neverbální komunikace je ovlivněna zejména úrovní vědomí, vzděláním pacienta, jeho smyslovými vadami a schopností pohybu (Křivková a Tomová, 2016)

1.3.2 Role sestry v konceptu Bazální stimulace

Sestra v konceptu Bazální stimulace hraje klíčovou roli. Je osobou, která přímo pečuje o pacienta s tělesným či duševním postižením a je tou osobou, na jejíž péči je pacient ve spoustě případů odkázaný. Kapounová (2020) uvádí, že mezi hlavní vlastnosti sestry pracující s pacienty v těchto stavech patří trpělivost, empatie, znalost komunikace, psychická odolnost a vnímavost.

Pro sestru je nejnáročnější úlohou v péči o klienty vyžadující Bazální stimulaci najít správný komunikační kanál (Pčolková, 2011). Komunikačním kanálem jsou v tomto konceptu veškeré pacientovy smyslové orgány. Hlavními komunikačními kanály jsou

kanál somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický a taktně-haptický (Kapounová, 2020). Pomocí těchto kanálů sestra s pacientem navazuje kontakt a na základě jeho reakcí následně zvolí ten nejvhodnější způsob pro komunikaci (Pčolková, 2011).

O pacienty pečuje tým složený z lékařů, sester, logopedů, fyzioterapeutů, psychologů, ošetřovatelů, sanitářů a dalších. Veškeré intervence prováděné u pacienta na sebe tedy navazují, a i proto je nezbytná vysoká úroveň komunikace mezi zdravotnickým i nezdravotnickým personálem.

Sestra je osobou, která umožňuje pacientovi vnímat okolní svět. Komunikuje s ním prostřednictvím slov i prostřednictvím komunikace neverbální, a tak zajišťuje, aby pacient rozuměl (Křivková a Tomová, 2016). Nejvyužívanějším typem neverbální komunikace je dotek a kontakt. Při opakovaném přímém kontaktu s pacienty jim sestry dle článku Kellyho et al. (2018) přenášejí nejenom svou energii, dodávají jim odvalu, a důvěru, ale posilují tak i vztah sestra pacient.

1.3.3 Ošetřovatelský proces u pacientů na oddělení DIOP

Hlavním bodem při zapojení Bazální stimulace do péče o pacienty hospitalizované na oddělení DIOP je správné stanovení ošetřovatelského procesu, který sestřím usnadní klinické rozhodování a řešení různých situací (Šamánková, 2011). Ošetřovatelský proces představuje dle knihy Saibertové (2017) systematický způsob organizace práce, díky kterému lékařský i nelékařský personál může sbírat informace, plánovat, realizovat péči a posuzovat stav individuálních potřeb pacienta. Prvním bodem plánování péče je systematické shromažďování údajů o pacientovi (Šamánková, 2011). Na oddělení DIOP se využívá takzvané autobiografické anamnézy.

Autobiografická anamnéza představuje velmi detailní popis dosavadních zvyklostí pacientových běžných dní, díky kterému je umožněno personálu nahlédnout o něco lépe do pacientova života a následně je zapojit do péče (Kapounová, 2020). Pokud zdravotní stav dovolí, je primárně odebírána od člověka, o kterého následně bude zdravotnický personál pečovat. Na oddělení DIOP jsou ale potřebné informace ve většině případů zjišťovány od rodiny nemocného. Dle Friedlové (2007) by si každé pracoviště mělo vytvořit své dotazníky pro sbírání informací o pacientech a ty následně používat.

Zjišťovány jsou informace o sociální situaci pacienta. Zde se sestry zaměřují i na samotnou rodinu pacienta. Dále pak jsou potřebné informace o smyslovém vnímání a případných kompenzačních pomůckách. Nezbytnou součástí autobiografické anamnézy a dotazování se jsou informace o denním rytmu člověka (Friedlová, 2007). Zde sestry zjišťují strukturu pacientových dní, a to například v kolik vstává, jaké vykonával v průběhu dne činnosti či v kolik hodin ulehal ke spánku. Součástí autobiografické anamnézy jsou také informace o hygienických návycích pacienta. Zde se sestry zajímají například o pacientovy oblíbené vůně, sprchové gely a jiné toaletní pomůcky (Křivková a Tomová, 2016). Jsou taky sbírány informace o oblíbených filmech či hudbě pacienta. Právě díky těmto bodům si může ošetrovatelský personál přiblížit život pacienta a co možná nejvíce bodů z autobiografické anamnézy zanést do plánu péče o nemocného.

Součástí plánu péče o nemocného je taky stanovení ošetrovatelských diagnóz, které vychází z intervencí sester (Vörösová, 2015). „*Ošetrovatelská diagnóza je klinický úsudek o reakci jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy, což poskytuje základ pro definitivní terapii k dosažení výsledků, za které je odpovědná sestra*“ (Herdman, T. H. et al., 2010, s. 406). V současné době platí pro ošetrovatelské diagnózy i pojmenování diagnóza sesterská. Rozlišují se hlavní dva typy sesterských diagnóz, a to diagnóza aktuální a diagnóza potenciální. Aktuální diagnóza vyjadřuje aktuální stav a problém nemocného a diagnóza potenciální vyjadřuje problémy, kterými je nemocný ohrožený (Slezáková et al., 2006).

Mezi aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacientů na oddělení DIOP nejčastěji patří imobilizační syndrom, deficit sebepéče ve všech oblastech, narušená komunikace, porušený obraz těla, porušené vyprazdňování moče, inkontinence stolice a v neposlední řadě bolest či nauzea.

Jako potenciální diagnózu sestry u většiny pacientů uvádí riziko pádu, riziko narušení integrity kůže z důvodu imobilizačního syndromu, riziko vzniku infekce ze zavedených invazivních vstupů, riziko neprůchodnosti NGS či PEG, riziko malnutrice a dehydratace, riziko neprůchodnosti dýchacích cest, riziko porušeného spánku či riziko úzkosti.

Na základě odebrané autobiografické anamnézy a stanovených diagnóz sestry mohou vytvořit plán péče pro nemocného (Vörösová, 2015). Ošetrovatelský plán péče sestry dělí na plán aktuální, dlouhodobý a plán časově variabilní (Procházková, 2019). Díky tomuto

rozdělní mohou sestry dle Messera (2017) cíle lépe formulovat a realizovat. V této fázi ošetrovatelského procesu jsou plánovány i jednotlivé prvky konceptu Bazální stimulace. Sestry v této fázi plánují, jakým způsobem by mohly jednotlivé druhy stimulace zařadit do péče o pacienta a stanovují místo iniciálního doteku.

Do plánu aktuálního jsou zařazeny veškeré typy Bazální stimulace. Pčolková (2011) uvádí, že se somatickou stimulací u pacientů hospitalizovaných na oddělení DIOP sestry pracují nepřetržitě a její kvalita se odvíjí od kvality právě jejich doteků. Při každém kontaktu s klientem využívají iniciálního doteku, každou druhou hodinu pacienta polohují a minimálně jedenkrát denně u pacienta provádějí zklidňující koupel. Vestibulární stimulaci sestry zařazují do ošetrovatelské péče nejvíce v podobě umístění pacientů do křesel, a to minimálně jedenkrát denně, pokud to pacientův stav dovolí (Friedlová, 2015). Tento typ stimulace sestry taky podporují pohyby hlavy pacientů (Friedlová, 2007). Mezi nejvyužívanější pohyby patří pohyb otáčivý a pohyb ovesného klasu v poli. Somatická i vestibulární stimulace bývají ve většině případů podpořeny i stimulací vibrační. Zde sestry využívají vibrujících pomůcek jako jsou elektrické zubní kartáčky, které umísťují pacientům do dlaní (Křivková a Tomová, 2016). Mohou ale využívat i pacientův hlas, hlas rodinného příslušníka nebo hlas svůj.

Tyto základní prvky Bazální stimulace sestry doplňují prvky nástavbovými. V plánu péče většinou stanovují jakých pomůcek budou využívat při hygieně nemocného a jak budou při hygieně postupovat. Zde využívají především informací, které získaly při odebrání autobiografické anamnézy nemocného, ať už od samotného nemocného či člověka jemu blízkého. Ke každé hygieně nemocného dle knihy Křivkové a Tomové (2016) sestry využívají pacientovi oblíbené sprchové gely, žínky, hřebeny či vůně.

I rodina, která může dávat informace o pacientovi, je považována za přímé účastníky péče o jejich blízkého a jsou v rámci ošetrovatelského procesu považováni za rovnocenné partnery (Friedlová, 2007). Právě hlasy těch, se kterými byl nemocný v každodenním kontaktu, mohou být podnětem, na který nemocný může začít prvotně reagovat. Tato skutečnost může být podpořena fotografiemi či obrázky věcí, které měl nemocný rád a které byly součástí jeho každodenního života (Friedlová a Ščučková, 2012). Fotografie i obrázky sestry vystavují do zorného pole člověka, který ulehl do nemocničního lůžka. Jemu je tak umožněno jejich nepřetržité sledování. Samotný veškerý ošetrovatelský

personál by měl podpořit zrakovou stimulaci nošením barevných uniforem (Křivková a Tomová, 2016).

V průběhu realizace veškerých ošetrovatelských intervencí a prvků Bazální stimulace, jsou sestry povinné dokumentovat a zaznamenávat reakce pacienta na prováděné intervence. V knize Procházkové (2019) je uváděno, že i díky této dokumentaci je sestrám umožněno v závěrečném kroku ošetrovatelského procesu posuzovat realizované intervence. V závěrečném kroku sestry rovněž musí zhodnotit, zda dosáhly stanovených cílů u pacientů, či nikoliv.

1.3.4 Základní prvky konceptu Bazální stimulace

Somatická stimulace umožňuje člověku vnímat podněty z povrchu těla prostřednictvím receptorů v kůži a podněty z vnitřního prostředí organismu. Jejím cílem u nemocného je podpořit vnímání jeho vlastního těla, identity a umožnit mu určitým způsobem komunikaci s jeho okolím (Friedlová, 2005). Základním prvkem stimulace somatické je iniciální dotek. Cílem iniciálního doteku je informovat nemocného o přítomnosti u něj, o provádění určité intervence, či odchodu od něj (Pčolková, 2011). Vhodné místo dotyku personál volí na základě autobiografické anamnézy a rozhovoru s blízkými nemocného. Mezi nejčastější místa patří rameno, paže, nebo dlaň dominantní ruky nemocného (Friedlová, 2007). Ve většině případů se u pacientů, u který se iniciálního doteku využívá, užívá cedulky u jeho postele, na které je uvedeno, jak pacienta oslovit a místo iniciálního doteku. Doteky by měly být jemné, prováděné celou rukou, stálým tlakem a nemocný by jimi neměl být nijak traumatizován, stresován, ale naopak by jej měly zklidnit (Kapounová, 2020). Pacient by měl být oslovován vlastním jménem. V některých klinických studiích bylo zdůrazněno, jak uvádí Cheng (2023), že oslovení pacienta jeho vlastním jménem, může být právě tím podnětem, na který pacient bude prvotně reagovat a začne u něj docházet k uvědomování si sebe samého.

Jedním z nejvyužívanějších druhů somatické stimulace na oddělení DIOP je somatická stimulace zklidňující, mnohdy nazývána jako zklidňující koupel, která může být prováděna během toalety klienta, ale i na sucho (Křivková a Tomová, 2016). Dle zdravotního stavu pacienta sestry zvolí část těla, kterou koupel započne. Nejčastější částí, kterou sestry začínají, je obličej. Následuje hrudník, po kterém od středu těla sestry

pokračují k zevní straně, dále končetiny omývané od ramen ke konečkům prstů, a nakonec záda stimulované od páteře k zevní straně trupu (Křivková a Tomová, 2016).

Polohování je prvkem stimulace jak somatické, tak i vestibulární (Friedlová, 2007). Cílem polohování klientů je jak zabránění vzniku dekubitů, pneumonie tak i tromboembolických komplikací (Kachlová a Plevová, 2023). Polohu pacientů ošetrovatelský personál mění po dvou hodinách a využívá spoustu pomůcek. Mezi nejčastější patří prostěradla, deky, ručníky, hady, různé druhy polštářů, botičky a válce (Křivková a Tomová, 2016). Nejčastější polohy, do kterých jsou nemocní na oddělení DIOP uváděni, jsou mumie a hnízdo.

Polohou mumie je pacientovi umožněno vnímat vjemy z vlastního těla a informuje jej dle Křivkové a Tomové (2016) o jeho hranicích. Nejvhodnější je využívat tuto polohu po zklidňující koupeli nemocného. Pod pacienta, který je v poloze na zádech, sestry umístí deku nebo prostěradlo, dolní i horní část těla do něj zabalí a horní končetiny umístí na hrudník. Díky umístění horních končetin je pacientovi umožněno vnímat vlastní dech a má taky možnost se z této polohy vymanit (Kachlová a Plevová, 2023).

Poloha hnízdo pacientovi umožňuje odpočinek a navozuje příjemné pocity. Tuto polohu ošetrovatelský personál využívá ve fázi odpočinku klienta, během noci nebo rovněž po zklidňující koupeli (Kachlová a Plevová, 2023). Pokud sestry chtějí pacienta uvést do této polohy, potřebují k tomu srolovaná prostěradla nebo deky. Srolované prostěradlo nebo deku obmotají okolo těla pacienta a následně jej přikryjí dekou.

U pacientů je i díky polohování měněna poloha hlavy. Díky tomu dochází ke stimulaci vestibulární. Vestibulární stimulace vede k uvědomění si polohy těla a hlavy. Sestry ji mimo polohování podporují otáčivými pohyby hlavy pacienta. Hlava pacienta je, jak uvádí Friedlová (2007), při otáčivých pohybech v neustálém kontaktu s podložkou. Dalším způsobem stimulace je stimulace pomocí pohybů ovesného klasu v poli. Při tomto typu pohybu klečí nebo sedí zdravotník za pacientem, jeho hlavu má umístěnou na svém hrudníku a opisuje pomocí ní pomyslnou ležatou osmičku (Friedlová, 2012). Oba typy pohybů by měly být prováděny před každou změnou polohy pacienta, a to minimálně po třech až pěti opakováních. Prováděny mohou být jak na lůžku, tak i například v křesle, díky nim totiž dochází mimo stimulace vestibulárního ústrojí taky ke stimulaci optického, somatického a proprioreceptivního systému (Friedlová, 2007).

Vestibulární aparát je také ale stimulován pomocí změny pozice celého lůžka. I z tohoto důvodu sestry na oddělení DIOP umisťují pacienty do zvedacích zařízení nebo houpaček. K podpoře rovnovážného ústrojí přispívá i vibrační stimulace.

Tu využívají sestry na oddělení DIOP jak k podpoře rovnovážného ústrojí, tak i jako podporu ke vnímání pohybu (Křivková a Tomová, 2016). Kontraindikací jsou při jejím využívání zejména krvácivé stavy a poruchy integrity kůže (Friedlová, 2006). Mezi nejčastěji využívané pomůcky patří elektrické zubní kartáčky, holicí strojky, vibrující hračky, které se přikládají do oblasti kloubů na horních i dolních končetinách nebo na matraci, na které pacient leží (Křivková a Tomová, 2016). Díky přiložení pomůcky na kloub dojde k rozvedení vibrace dále po pacientově těle. K celotělové vibrační stimulaci jsou využívány vibrační křesla nebo lehátka. Během celotělových vibrací, jak uvádí Rauch (2009), se zvyšuje spotřeba kyslíku, teplota svalů a prokrvení kůže, a tak se u pacientů může v některých případech bezprostředně po proceduře vyskytnout erytém na dolních končetinách.

Pokud nemocný mluví, může se jako vibrační nástroj využít i jeho hlas. Ruku pacienta sestry umístí na jeho hrudník, který, pokud pacient mluví nebo vydává zvuky, vibruje (Friedlová, 2015). V případě, že pacient nemluví ani nevydává zvuky, je možné využít i hlasu druhého člověka. Při tomto typu stimulace dochází často zároveň ke stimulaci vestibulární, ale i somatické.

1.3.5 Nástavbové prvky konceptu Bazální stimulace

Čichová stimulace patří mezi jedny z nejvyužívanějších u pacientů ve vigilním kómatu. Autoři Buchholz a Schürenberg ve své knize (2013) zdůrazňují, že specifické vůně a pachy mohou aktivovat části mozku spojené s pamětí a emocemi, což může u pacientů vyvolat vzpomínky a pocity spojené s konkrétními událostmi, místy nebo lidmi. Mezi pomůcky využívané při tomto typu stimulace patří různé toaletní potřeby – sprchové gely, deodoranty, parfémy dále vůně oblíbených jídel a nápojů nebo vůně jeho blízkých (Křivková a Tomová, 2016). Díky využívání vůní v různých činnostech dne je pacientovi umožněna lepší orientace v dané situaci. Nejlepším příkladem je zapojení pacientových oblíbených sprchových gelů do procesu hygieny (Friedlová, 2007). I proto sestry dávají pacientům k vůním přivonět před jejich užitím.

Vnímání vůní je člověku umožněno i díky ústům, a i díky nim je mu umožněno vnímat chutě, tvary a konzistence, komunikovat s okolím, nebo třeba vyjadřovat emoce a dýchat. „Člověk vnímá svá ústa jako intimní zónu. Ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónu“ (Friedlová, 2007, s. 125). I z tohoto důvodu u lidí, kteří prošli těžkou poruchou v komunikační oblasti, oblasti vnímání nebo u lidí ve vigilním kómatu dochází ke stimulaci pomocí chuťové stimulace (Friedlová, 2007). Před zavedením tohoto typu stimulace do procesu péče o pacienta je vhodné, aby personál probral s rodinou, jaká jídla a nápoje měl pacient rád a rodinu například i poprosil o přinesení oblíbeného pokrmu jejich blízkého.

Pomůckou, která se v posledních letech stala velkou součástí orální stimulace jsou sací váčky. Sestry vyberou oblíbenou potravinu z autobiografické anamnézy pacienta, zabalí ji do obvazové tkaniny – mulu. Takto připravená potravina se vloží do úst klienta (Friedlová, 2011). Důležitým bodem orální stimulace je také hygiena dutiny ústní.

Autobiografická anamnéza, je důležitým bodem i v provádění zrakové stimulace.

Nemocný upoutaný na lůžko, má zúžené zorné pole a vidí tak pouze na omezenou část prostoru. Většinou je tím prostorem strop nemocničního pokoje, který mnohdy může na pacienty působit depresivně (Křivková a Tomová, 2016). Díky zraku je člověku umožněno vnímat prostředí kolem něj, budovat pocit jistoty a učit se (Friedlová, 2007). *Zraková stimulace je obecně účinnější než stimulace sluchová a má rychlejší dráhu vedoucí podnět do receptoru v mozku* (Rokyta et al, 2009, s. 149). I z tohoto důvodu je nesmírně důležité zapojit zrakovou stimulaci do ošetrovatelské péče o pacienta ve vigilním kómatu. Pokud byl pacient zvyklý užívat dioptrických brýlí, sestry nesmí zapomenout je pacientům poskytnout. Stěny pokoje pacienta, který je ve vigilním kómatu, jsou obloženy fotografiemi jeho rodiny, přátel, domácích mazlíčků, zálib nebo dětskými obrázky (Křivková a Tomová, 2016).

U pacientů je důležité dodržovat denní rytmus – střídání dne a noci. V noci proto personál u pacientů zhasíná velké světlo a při nočních činnostech rozsvěcuje pouze světlo malé. V pokojích některých pacientů může být taky televize, která je součástí jak prvků zrakové stimulace, tak i stimulace sluchové.

Lidé hospitalizovaní v nemocnici se nachází v prostředí pro ně neznámém. Jsou vystaveni různým podnětům jako jsou zvuky přístrojů, což v nich může vyvolat pocity strachu,

neklidu a paniky (Křivková a Tomová, 2016). I proto by personál měl brát ohled na nepříjemné zvuky, které by měl eliminovat. Ke sluchové stimulaci jsou využívány zvuky, se kterými se pacient při plném zdraví setkával. K tomu, jak uvádí Kapounová (2020) obvykle patří televize, poslech audio nahrávek, oblíbené hudby, hra na hudební nástroj, zpěv písniček nebo hlasité čtení knihy. I u tohoto typu stimulace by ošetrovatelský personál měl brát v potaz kompenzační pomůcky pacienta. Už při oslovení pacienta ošetrovatelským personálem dle Malíkové (2011) dochází ke sluchové stimulaci a zároveň mu tím personál předává informaci o denní době. Pokud byl pacient zvyklý i hrát například na nějaký hudební nástroj, sestry jej mohou zapojit do konceptu Bazální stimulace a například jej umístit do pacientovi ruky. Tím je podpořena stimulace taktilně-haptická.

Taktilně-haptická simulace pomáhá jednotlivcům s kognitivními a pohybovými omezeními. U pacientů oddělení DIOP provádí tuto stimulaci ve většině případů druhá osoba. Do dlaní pacientů se umísťují předměty jim známé (Malíková, 2011). Nejčastěji se jedná o plyšáky, žíněny, toaletní pomůcky, pomůcky spojené s jejich zálibami nebo předměty běžného života, mezi které patří například telefon, klíče od domu nebo platební karta. U pacientů neklidných mnohdy můžeme pozorovat zvýšenou aktivitu horních končetin. Ta se projevuje, jak uvádí Křivková a Tomová (2016), např. taháním zavedeného permanentního močového katetru nebo perkutánní endoskopické gastrostomie, ale taky třeba taháním přikrývky. Pacienti v těchto stavech mají velkou sílu, a tak manipulace s nimi může být někdy obtížná.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP.

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP?

3 Metodika práce

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření této bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum je metoda, která nepoužívá matematické metody a je zaměřená na zkoumání lidského života a chování (Kutnohorská, 2009).

V této práci byla použita metoda dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Kutnohorská ve své knize (2009) popisuje rozhovor jako jednu z nejsložitějších a zároveň nejlepší techniku pro kvalitativní výzkum. U polostrukturovaného rozhovoru má výzkumník předem připravenou strukturu rozhovoru či otázky, na které hledá odpovědi (Zandlová, 2020). Předem připravená struktura rozhovoru výzkumníkovi zajistí, že budou zodpovězeny všechny potřebná témata. Hlavní výhodou polostrukturovaného rozhovoru je otevřenost a flexibilita (Zandlová, 2020). Otevřenost dává výzkumníkovi i dotazovanému prostor na sebe navzájem reagovat a zmírňuje tak i riziko vzájemného nepochopení si. Flexibilita, kterou s sebou polostrukturovaný rozhovor nese, umožňuje výzkumníkovi ponořit se do hloubky zkoumaného tématu a dostat se tak například i k tématům, které prvotně ani nepředpokládal.

Pro rozhovor jsme vytvořili 15 otázek, které byly následně sestřám položeny (Příloha 1). Rozhovory byly uskutečněny na denní místnosti oddělení v dopoledních hodinách a trvaly průměrně 30 minut. Všech 15 položených otázek bylo otevřených, a tak každá sestra měla možnost individuální odpovědi.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla doplněna metodou zjevného nezúčastněného pozorování. Kutnohorská ve své knize (2009) charakterizuje pozorování jako pečlivé a úmyslné sledování konkrétních situací, za účelem zaznamenání specifických informací. Nevýhodou této techniky je skutečnost, že díky přítomnosti výzkumníka mohou pozorování ovlivnit své chování, a tak může dojít ke zkreslení dat (Stoklasa, 2021). Mezi hlavní podmínky pozorování patří schopnost koncentrace pozornosti na stanovené jevy, schopnost rychlé adaptace na prostředí, ve které pozorování probíhá, přijetí role výzkumníka a zvládnutí krizových situací, ke kterým může v průběhu pozorování dojít (Kutnohorská, 2009).

Pro pozorování byl vytvořen pozorovací arch s přesnými kritérii pro záznam (Příloha 2), do kterého jsme vypořizovaná fakta zaznamenávali. Kritéria se týkala především využívání jednotlivých druhů Bazální stimulace a chování sester při péče o pacienty na oddělení DIOP. Pro analýzu získaných dat, byla použita metoda otevřeného kódování, technika tužka a papír.

Pro lepší přehlednost získaných výsledků rozhovorů i pozorování, byly pomocí programu Draw.io. vytvořeny schémata. Získané výsledky v nich byly zaznačené modrou barvou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru – rozhovory

Výzkumný soubor rozhovorů tvořilo 5 sester pracujících na vybraném oddělení DIOP ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina. Tento výzkumný soubor byl volen záměrně dle stanovených kritérií. Zařazovacím kritériem bylo využívání konceptu Bazální stimulace, v přímé péči o pacienty hospitalizované na oddělení DIOP.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru – pozorování

Výzkumný soubor pozorování tvořilo 5 sester z oddělení DIOP z vybrané nemocnice v Kraji Vysočina, které o samotném pozorování byly informovány a s naší přítomností souhlasily. Na tomto oddělení, bylo provedeno zjevné nezúčastněné pozorování sester v průběhu provádění Bazální stimulace u pacientů zde hospitalizovaných, které jsme pozorovali po dobu 1 týdne.

Dotazovaným a pozorovaným sestřám, jsme pro lepší přehlednost výsledků výzkumu přiřadili písmeno s číslem (S1-S5) a pro lepší přehlednost jsme vytvořili tabulku s identifikačními údaji sester (Tabulka č.1).

Tabulka č.1 Identifikační údaje dotazovaných sester

| | Pohlaví | Věk | Délka praxe na oddělení DIOP | Nejvyšší dosažené vzdělání |
|-----------|----------------|------------|-------------------------------------|---|
| S1 | Žena | 48 | 5 | Vysokoškolské, Bc. |
| S2 | Žena | 46 | 12 | Vyšší odborné, DiS. |
| S3 | Žena | 53 | 5 | Vysokoškolské, Bc., specializace v transkulturním ošetřovatelství |
| S4 | Žena | 50 | 10 | Středoškolské, ARIP |
| S5 | Žena | 37 | 8 | Vysokoškolské, Bc., studující ARIP |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

4 Výsledky výzkumu

Data získaná rozhovory se sestrami, díky předem stanoveným otázkám, byla následně kategorizována do 4 kategorií a 3 podkategorií. Polostrukturované rozhovory byly doplněny o metodu pozorování, při kterém byla pozorovací kritéria kategorizována do 6 kategorií.

Všechny sestry byly ženy, jejich věk se pohyboval od 37 do 53 let, průměrný věk zkoumaných sester byl 46,8 let. Délka praxe dotazovaných sester na oddělení DIOP byla od 5 do 12 let. Průměrná délka praxe dotazovaných sester na oddělení DIOP činila 8 let.

Sestry S1, S3 a S5 měly vysokoškolské vzdělání (Bc.) a S5 si v současné době dodělává specializaci ARIP. Specializace ARIP je specializační vzdělávací kurz v oblasti intenzivní péče. Specializaci ARIP v minulosti absolvovala i sestra S4, která měla středoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra. S2 měla vyšší odborné vzdělání (DiS.). S3 oproti ostatním dotazovaným sestrám absolvovala i vzdělání v oblasti transkulturního ošetrovatelství a následně odjela pracovat do Saudské Arábie. Výzkum byl ukončen v době naplnění výzkumného souboru.

4.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů

1. Koncept Bazální stimulace z pohledu sester pracujících na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče
2. Zapojení konceptu Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče
 - 2.1. Zařazení a časová dotace konceptu Bazální stimulace
 - 2.2. Získávání informací o pacientovi
 - 2.3. Využívání Bazální stimulace a reakce pacientů
3. Pomůcky využívané k Bazální stimulaci na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče
4. Zapojení rodiny do konceptu Bazální stimulace

1. Kategorie: Koncept Bazální stimulace z pohledu sester pracujících na oddělení DIOP

První kategorie přináší informace o způsobu, pomocí kterého sestry z oddělení DIOP získaly informace o Bazální stimulaci. Součástí této kategorie je také vlastní charakteristika konceptu Bazální stimulace dotazovaných sester a jejich osobní postoj k němu.

Jedna z dotazovaných sester, se o konceptu Bazální stimulace dozvěděla v rámci svého studia vysoké školy. S1 uvádí „*Kurz nemám, o Bazální stimulaci jsem se něco málo dozvěděla až na vysoké škole v rámci svého bakalářského studia. Ten koncept mě už ale v tu dobu oslovil a následně jsem o Bazální stimulaci psala i bakalářskou práci. To jsem v tu dobu ještě ani netušila, na jakém oddělení nakonec budu pracovat*“, (dodává se smíchem). Tato sestra, stejně jako další dvě dotazované sestry kurz Bazální stimulace neabsolvovala. Všechny tři sestry si nové trendy Bazální stimulaci dohledávají v odborných časopisech, knížkách nebo na internetu.

Dvě z dotazovaných sester, kurz Bazální stimulace mají. S2 říká „*Po absolutoriu na Vyšší odborné škole a po prvních asi třech letech praxe, kde jsem měla možnost do Bazální stimulace nahlédnout, mě ten koncept velmi oslovil. A tak jsem se přihlásila do kurzu. Po mateřské dovolené jsem se dozvěděla, že je nějaký další typ tohoto kurzu, a tak jsem neváhala. Když jsem se z Prahy přestěhovala sem a nastoupila na oddělení DIOP, kde je péče založena hlavně na Bazální stimulaci dodělala jsem si ještě kurz prohlubující a nelituji toho*“. Jedna z dotazovaných sester uvedla, že právě tyto dvě sestry (S2 a S5) jsou nositelkami změn konceptu Bazální stimulace na oddělení DIOP v této vybrané nemocnici. Dle ní se tyto dvě sestry v odvětví Bazální stimulace stále informují o novinkách a změnách, které jsou například uplatňovány v ošetrovatelství jiných zemí, a předávají je ostatním sestřím tohoto oddělení. S5 má dokonce i osobní zkušenost s tímto konceptem.

Jedna sestra ze všech dotazovaných, se o konceptu Bazální stimulace dozvěděla při absolvování specializace ARIP. V následném průběhu její kariéry na oddělení JIP se Bazální stimulace začala více dostávat do povědomí zdravotníků, což vedlo k zařazení Bazální stimulace do péče o pacienty, o které se starala.

Dle definice dotazovaných sester, je koncept Bazální stimulace velice speciální věc. Je to proces, kdy na základě zvyklostí, stereotypů a běžných denních činností, na které byl pacient zvyklý, se jej celý ošetrovatelský personál snaží navrátit zpátky do života.

S2 definici doplnila „*Je to práce, která je náplní našich dní i nocí. Člověk k ní potřebuje 2 ruce a pomocí těch se snažíme stimulovat bazální vnímání, a to v podstatě od doby, kdy byl pacient v prenatálním stádiu. My pomocí těch prvků, které byly součástí každodenního života pacienta, útočíme na smysly*“.

Sestry se při jejich odpovědích shodovaly i v tom, že v rámci tohoto konceptu se mnohdy jedná o připomínání „podprahových či podvědomých“ věcí, na které byl člověk zvyklý a byly běžnou součástí jeho života. V rámci péče, obzvláště Bazální stimulace, je na ně tedy nutné cílit. Dotazované sestry se také shodují ve snaze předat pacientům informaci o hranicích jejich těla, a to právě pomocí Bazální stimulace. S4 říká „*Člověk, který je tady u nás hospitalizovaný, ztratil poněti o světě i o sobě samotném. Naším úkolem je mu ten svět aspoň trochu ukázat a připomenout. K tomu připomínání je koncept Bazální stimulace velice prospěšný. Díky polohování a využívání různých pomůcek dostává pacient informaci o tom, kde leží a končí jeho nohy nebo kde má ruce*“.

Problémem tohoto konceptu dle dotazovaných sester je to, že každé oddělení zahajuje tento koncept jiným způsobem a následně se na něj obtížně navazuje. Sestry si myslí, že by měla být pro všechna oddělení stanovená určitá pravidla, která by alespoň určovala, jakým způsobem bude Bazální stimulace započata. S1 ale zároveň říká „*Je lepší provádět alespoň nějaké prvky stimulace než od tohoto konceptu úplně upustit*“ . S jejím názorem souhlasí všechny dotazované sestry.

Jedné z dotazovaných sester byla položena doplňující otázka „*Vy na tomto oddělení pracujete už několikátým rokem, pozorujete v průběhu těchto odpracovaných let, že je jiná skladba pacientů i to jejich vracení se do života, než bylo před několika lety?*“ S1 po promyšlení si odpovědi odpověděla „*Když jsem zde na DIOP začínala, leželi tu pacienti několik let a těch několik let byl jejich stav v podstatě pořád stejný, neměnný. Teď se nám pacienti hodně mění. Velice záleží na tom, jaké má ten hospitalizovaný rezervy pro boj s nemocí. Pokud ty rezervy má a pravidelně se s ním pracuje, tak má velkou šanci se vrátit do běžného života. Je to rozhodně jiné, než když jsem na toto oddělení nastupovala*“.

Všechny dotazované sestry se tedy shodují v tom, že koncept Bazální stimulace je prospěšný, osobní zkušenost s ním má ale pouze jedna jediná sestra. Tento koncept by neměl být prací pouze sester, které o pacienta pečují, ale měli by být zapojeni všichni členové týmu, kteří přijdou do kontaktu s pacientem hospitalizovaným na DIOP a měli by být stanovené prvky, které bude každý z týmu v péči o pacienta provádět.

2. Kategorie: Zapojení konceptu Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Kategorie druhá shrnuje využívání konceptu Bazální stimulace. Odpovědi sester přinášejí informace o druzích a prvcích Bazální stimulace, které sestry na oddělení DIOP využívají nejčastěji. Sestry se v této kategorii také zmínily o prvcích, na které pacienti nejčastěji reagují a jakým způsobem reagují. Otázky, které tvoří kategorii číslo dva, byly rozděleny do třech podkategorií.

2.1 Podkategorie: Zařazení a časová dotace konceptu Bazální stimulace

První podkapitola shrnuje časový údaj o tom, kdy sestry z oddělení DIOP zařazují Bazální stimulaci do péče o hospitalizovaného pacienta. Sestry se také zmiňují o čase, který věnují během jejich denní směny konceptu Bazální stimulace.

Bazální stimulace je velkou částí práce sester na oddělení DIOP. Spadají do ní činnosti, kterými sestry dávají pacientům najevo svou přítomnost u nich, péči o ně či třeba ukončení péče a jejich odchod od nich. I proto v této kategorii zjišťujeme, kdy sestry zařazují Bazální stimulaci do péče o pacienty zde hospitalizované a jakou část své denní směny stráví čistě prováděním Bazální stimulace u pacientů.

S4 říká „U nás Bazální stimulace započíná přijetím pacienta, který je více méně v každém případě ve stavu *vigilního kómatu*. Troufám si říct, že všichni členi tohoto týmu, jsou slušně vychováni, a proto i pozdravení, oslovení pacienta a iniciální dotek je první věcí, kterou u pacientů provádíme už když jsou mezi dveřmi našeho oddělení“. S jejím názorem se shodují i ostatní dotazované sestry. Všechny dotazované sestry se také shodují v tom, že vidí problém v návaznosti Bazální stimulace. Problém v tom vidí díky tomu, že se pacient na oddělení DIOP dostává např. po půlroční někdy i roční péči. Další problém vidí v tom, že ne všechna oddělení, na kterých pacient leží před tím, než se dostane na DIOP, využívají stejných prvků Bazální stimulace a někdy Bazální stimulace není do

péče o tyto pacienty vůbec zařazena. Z vyjádření sester, i z logického hlediska plyne, že čím dříve sestry zařadí Bazální stimulaci do péče o pacienta, tím lepší jeho stav může být. Sestry ještě podotýkají, že toto vybrané oddělení v nemocnici tohoto kraje, má stanovena svoje pravidla a prvky Bazální stimulace, kterými se všichni zaměstnanci řídí, a tak má Bazální stimulace prováděná u jednotlivých pacientů jasný řád.

Jedna z dotazovaných sester podotýká a doporučuje možnost vzdělávání se právě v tomto konceptu. Vidí veliký problém v tom, že mnoho zdravotnických pracovníků o tomto typu kurzu ani neví, nebo jim není nabídnut.

Jedna z dotazovaných sester uvádí, že prováděním Bazální stimulací stráví maximálně čtvrtinu denní směny. Svou odpověď doplnila tím, že je na oddělení velké množství pacientů, které má jedna sestra na starost, a proto není čas na delší a důkladnější provádění Bazální stimulace. Během našeho rozhovoru S2 zmínila tuto myšlenku „*Kdyby byl na tomto oddělení jeden člověk, který by se zabýval jenom čistě konceptem Bazální stimulace, dělal ji každý den a nedělal na oddělení nic jiného, tak je to ideální stav*“. Tato sestra jako jediná z dotazovaných prošla všemi třemi kurzy Bazální stimulace a doufá, že čas, který sestry věnují Bazální stimulaci, v průběhu příštích let bude vyšší. Zmínila taky myšlenku nedostatečné motivace. Dle jejích slov je na oddělení málo sester, které by například ve své volné chvíli šly za pacientem a provedly nějaký prvek Bazální stimulace navíc. Dalším problémem, který uvedla při dotazování, proč si myslí, že doba, kdy je aktivně prováděna Bazální stimulace je malá, je velké množství papírů a dokumentů, které sestry musí vyplnit. Sestry zde pracující, musí všechny výkony prováděné u pacienta zapisovat do příslušné dokumentace, zápis by měly provádět ihned po provedení dané činnosti. Personál je dle ní časově vytížen a i to je podle ní důvodem, proč některé sestry zde pracující provádí pouze prvky dohodnuté.

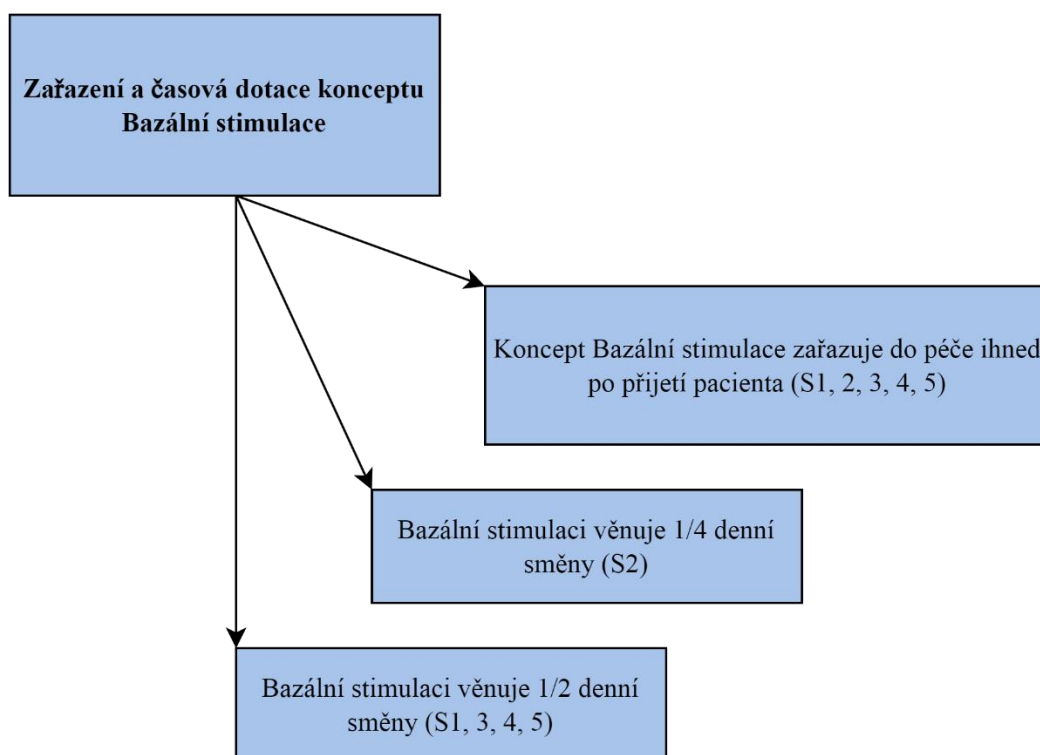
Našeho výzkumu se účastnila sestra, která má vzdělání v oblasti transkulturního ošetrovatelství a má pracovní zkušenost ze zahraničí. Položili jsme ji tedy doplňující otázku „Dokázala byste na základě vaší zkušenosti porovnat, jak je stimulace prováděna v zahraničí, a jak v ČR“? S3 na naši otázku odpověděla s úsměvem na tváři následovně „*Pracovala jsem několik let v Saudské Arábii, a tak můžu porovnávat. Podotýkám jen, že jsem tam pracovala již před několika roky, takže v současné situaci, úroveň prováděné stimulace bude na úplně jiné úrovni. Už v té době ale byl na každém oddělení vyškolený personál – jakoby supervizor, který se věnoval pouze Bazální stimulaci, byla to náplň*

jeho pracovní doby. Tento člověk realizoval Bazální stimulaci, ale zároveň sloužil jako někdo, kdo kontroloval a učil ostatní personál, jak stimulaci využít v péči o klienty co nejefektivněji. Díky tomu bazální stimulace byla oproti ČR prováděna, troufám si říct, na daleko vyšší úrovni. V ČR provádí stimulaci sestry, které mají i jiné povinnosti, i z tohoto plyne, že stimulace nemůže být prováděna tak efektivně, jako byla a je prováděna v Arábii. Supervizorů je v ČR málo, doufám ale, že v budoucnu se to změní a Česko se aspoň trochu bude moct vyrovnat třeba té Arábii“.

Čtyři další dotazované sestry nepotvrdily tvrzení S2. Naopak všechny odporují tvrzením, že doba aktivního provádění Bazální stimulace se pohybuje okolo poloviny denní služby sester na oddělení DIOP.

S4 na otázku časové dotace odpověděla velice hezky „*Troufám si říct, že kdykoliv jsme u pacienta, vždy je tam minimálně jeden prvek Bazální stimulace. Minimálně iniciální dotek a oslovení u pacientů používáme vždy, to člověka nic nestojí a nezabere žádný čas. Pokud se ale budeme bavit o nějakých větších prvcích bazální stimulace, tak si myslím, že opravdu polovinu denní doby u pacientů čistě Bazální stimulací strávíme“.* S1 shrnula myšlenku S4 tak, že pokud sestry zrovna nepracují s dokumentací pacienta, nezapisují do ní či neplní ordinace, které lékař naordinuje, věnují se pacientům. U lůžek pacientů tráví dle jejího vyjádření většinu své pracovní doby. Tu část denní směny, kterou u pacienta netráví, se věnují právě dokumentaci spojenou s daným pacientem.

Schéma č.1 Zařazení a časová dotace konceptu Bazální stimulace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

2.2 Podkategorie: Získávání informací o pacientovi

Získání informací o pacientovi a jeho oblíbených věcech hraje velkou roli při pečování o něj. Sestry díky získání informací o jeho životě jsou schopny mu jeho předešlý život alespoň trochu připomenout a pokusit se jej do toho života vrátit. Obecně je známo, že pro získávání informací je doporučeno využívat autobiografickou anamnézu. Některé nemocnice mají vytvořené svůj vlastní formulář či dotazníky, který předávají rodinám nemocných a ty následně odpovídají na dotazované otázky. Dotazované sestry z oddělení DIOP této vybrané nemocnice využívají ale jiný způsob získávání informací o pacientech. Tím způsobem není dotazník ani žádný jiný formulář, ale rozhovor s blízkými pacientů.

S5 uvádí „U pacientů využíváme autobiografickou anamnézu, ale ne v podobě dotazníků či jiných formulářů, ale formou rozhovorů s rodinami nebo blízkými kamarády našeho

pacienta. V rámci rozhovoru, rodina kolikrát prozradí informace, na které by si třeba při vyplňování dotazníků ani nevzpomněli, nebo ve formuláři nejsou dotazovány“.

I dvě další sestry se shodují v její myšlence, že dotazníky i formuláře utvořené pro získávání autobiografické anamnézy jsou přeceňované.

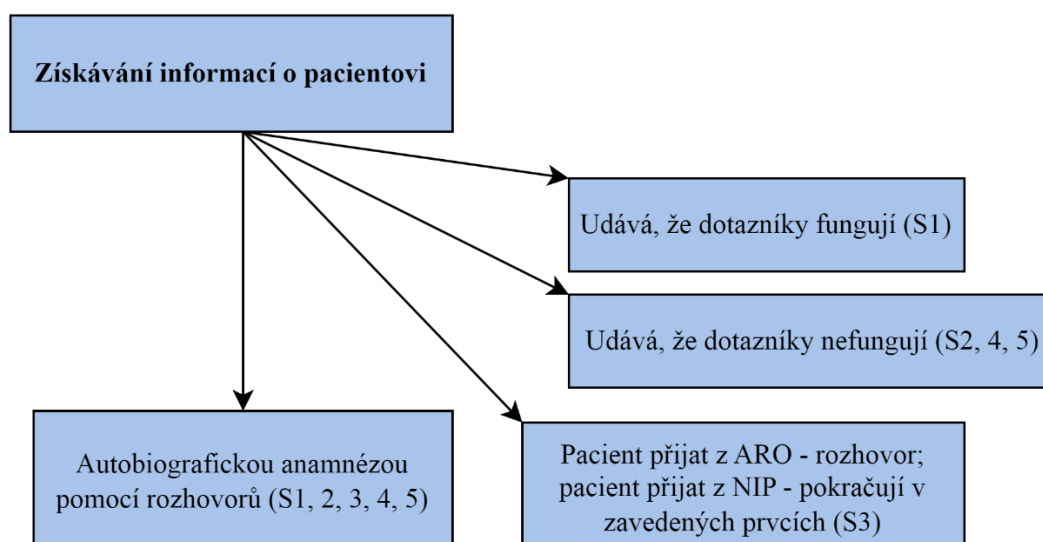
S názorem těchto tří sester (S2, S4, S5) ale nesouhlasí S1. Dle ní princip dotazování se pomocí různých formulářů či dotazníků funguje. Uvádí, že ve formuláři jsou dotazovány základní informace o pacientech, které jsou pro sestry potřebné k zapojení konceptu Bazální stimulace do péče o pacienty. Rozhovorem sestry získají větší množství informací, ale sama se přiklání k metodě získání informací o pacientech pomocí dotazníku, z důvodu úspory času zdravotnického personálu.

S1 byla položena následující doplňující otázka. „Jak je to s pacienty, kteří například rodinu nebo nikoho blízkého nemají? Jak v takových případech získáváte informace o nich?“

Její odpověď zněla takto. „*U takových pacientů využíváme selský rozum a děláme věci, které máme všichni společné. To znamená, že o pacienty pečujeme na základě nějakých běžných denních aktivit. Jsme to my, kdo jim vybírá sprchové gely, pouštíme jim například zprávy v televizi nebo třeba vaříme kávu, aby provoněla pokoj. Péče o takové pacienty je náročnější, protože my je neznáme a nikdo za nimi nechodí, takže pečujeme na základně nějakých společných věcí nás všech“.*

Jedna z dotazovaných sester přinesla na otázku odpověď, kterou žádná z dalších dotazovaných sester nezmínila. Uvedla, že pokud je pacient na oddělení DIOP přijímán z oddělení ARO, sestry si informace, které tvoří autobiografickou anamnézu, musí zjistit samy. Nejčastěji je zjišťují od rodiny nemocného, která zároveň spoustu pomůcek potřebných k Bazální stimulaci obstará. Pokud je pacient přijímán z následné intenzivní péče (NIP), sestry z oddělení DIOP předpokládají, že do péče o tohoto pacienta už je Bazální stimulace zapojena. Díky tomu tak sestry pacienty přijímají společně s pomůckami pro Bazální stimulaci.

Schéma č.2 Získávání informací o pacientovi



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

2.3 Podkategorie: Využívání Bazální stimulace a reakce pacientů

Poslední podkategorie shrnuje nejvyužívanější druhy Bazální stimulace, které sestry na oddělení DIOP využívají. V této podkategorii bude taky zodpovězeno, jaké jednotlivé prvky konceptu sestry využívají a jakým způsobem na ně pacienti reagují.

Všechny dotazované sestry si myslí, že sestry z oddělení DIOP nejčastěji využívají somatické, vestibulární, vibrační, zrakové, sluchové a čichové stimulace. Mezi základní prvky somatické stimulace na tomto oddělení řadí iniciální dotek, který sestry provádí současně s oslovením pacienta. Díky tomu tak propojují stimulaci somatickou se stimulací auditivní. A právě kombinaci těchto dvou prvků – iniciálního doteku a oslovení tři dotazované sestry uvádí jako prvotní bod, na který pacienti zde hospitalizovaní reagují.

Dvě dotazované sestry si myslí, že pacienti daleko více reagují na hlas personálu a jejich oslovení, než na provádění somatické stimulace a jejího iniciálního doteku. Obě sestry tento názor podložily i následujícími příklady. Jedním z prvků, které sestry využívají v péči o pacienty, kteří mají dlouhé vlasy, je fén. Pacienti, kterým byly vlasy pomocí něj slušeny, na ně údajně reagovali jako na běžnou věc, která jako by byla dennodenní součástí jejich životů a na fén fixovali i svůj pohled. I druhá sestra svůj názor obhájuje

příkladem. Uvádí, že vzhledem k tomu, že na tomto oddělení pacienti leží delší dobu, zvyknou si na hlas zdravotnického i nezdravotnického personálu a po určité době se tak personál stane druhou a v některých případech i jedinou rodinou hospitalizovaných pacientů. V průběhu našeho rozhovoru podotkla, že pacienti poznají jakoukoliv změnu ve složení personálu. S5 svou odpověď položila tímto příkladem *„My – personál tohoto oddělení se střídáme pořád dokola, a tak si na naše hlasy pacienti zvyknou a naše hlasy už poznají i z dálky. Vidíme to třeba na příkladu, když přijdou studentky na praxi. Jejich hlasy pacienti neznají a jsou pro ně cizí. To pak můžeme pozorovat, jak jsou pacienti daleko víc rozrušení, víc se vrtí a kroutí a vnímají zkrátka to, že o ně pečuje někdo jiný než obvykle“*.

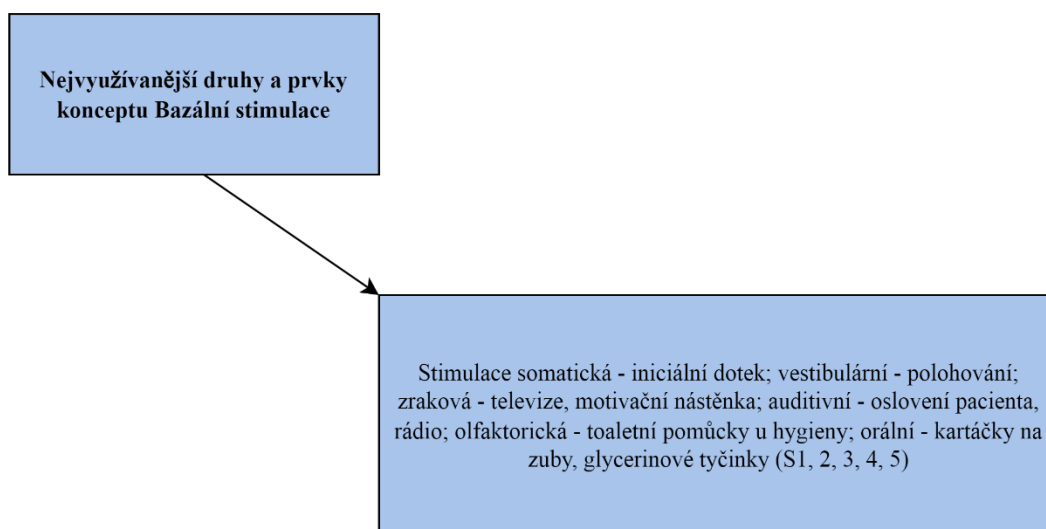
Mezi nejčastější prvotní reakce pacientů na tento koncept patří podle rozhovorů se sestrami fixace očima. Pacient tedy začne sestry více sledovat, naváže očí kontakt a dokáže jej alespoň chvíli udržet. Fixace očima jde prý ruku v ruce s celkovým zklidněním pacienta, který je současně i méně spastický. Hlavním prvkem vestibulární stimulace, kterou dotazované sestry rovněž často zmiňovaly, je polohování a hlavním prvkem stimulace vibrační je na oddělení DIOP umístování pacientů do vibračních křesel, nebo například holení pomocí holicího strojku. Dotazované sestry uvedly, že auditivní stimulaci se snaží propojovat se stimulací optickou. To díky televizím nebo tabletům, na kterých se sestry snaží pacientům pouštět jejich oblíbené filmy. Zmínily zároveň i motivační nástěnku, která je taky jedním z prvků zrakové stimulace, který sestry zařazují do péče o pacienty. Na nástěnce mají pacienti fotografie jejich rodiny, koníčků nebo malované obrázky. Dotazované sestry uvádí, že často využívají i olfaktorickou stimulaci. To zejména v průběhu hygienické péče, při které využívají oblíbených sprchových gelů, krémů a voňavek pacientů. Jedna z dotazovaných sester zdůraznila zapojení orální stimulace do péče o pacienty, kteří jsou schopni přijímat výživu po malých porcích per os. Nejčastěji tak sestry podávají pacientům per os (pusou) jogurty či husté kaše. Dle jejího názoru to je mnohdy ale i kontraproduktivní. Uvádí možný vznik aspirační pneumonie (zápalu plic). Ostatní sestry orální stimulaci podporují ošetřováním dutiny ústní kartáčky či glycerinovými tyčinkami.

S4 zdůraznila při našem rozhovoru celostní, neboli holistický přístup k pacientům. Uvádí: *„Máme tu pacientku, která většinu druhů stimulace odmítá a toleruje jen a pouze stimulaci auditivní. Ona je při veškerých využívaných prvcích neklidná a nereaguje na ně“*

dobře, uklidní se jen a pouze, když se pustí rádio a její oblíbený playlist, to je rázem ihned klidnější, dokonce nás i fixuje pohledem. Proto je nutné k pacientům přistupovat silně individuálně“. Tato sestra zdůrazňuje taky, že je více než nutné komunikovat s rodinou. Dle jejich zkušeností, byli totiž členové rodiny nebo kamarádi nemocného prvními lidmi, na které pacient začal reagovat, nebo byli prvními, kteří si reakci hospitalizovaného na podněty všimli. To, na koho pacienti budou či nebudou reagovat, záleží dle jejího vyjádření na intenzitě vztahů.

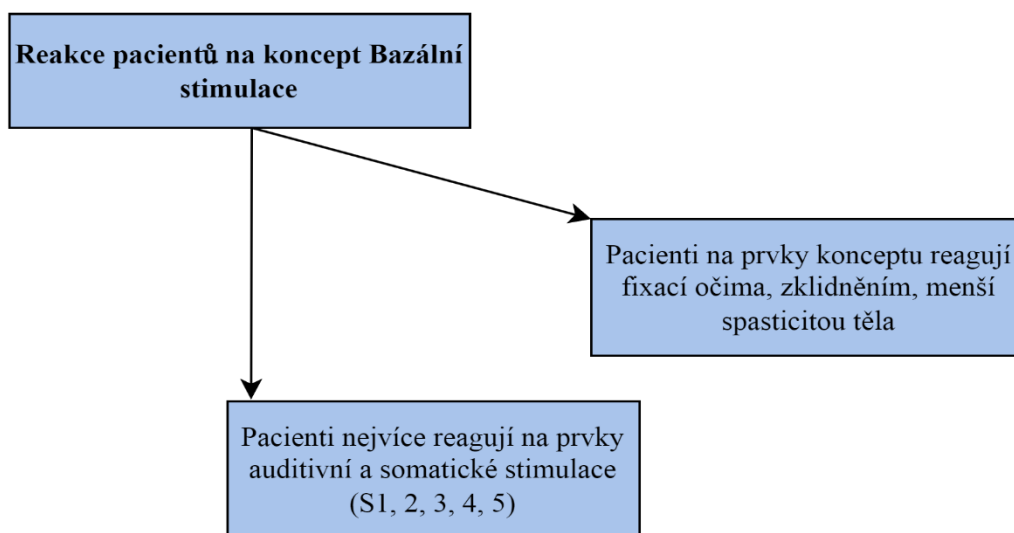
I další sestry zdůrazňují komunikaci a spolupráci s rodinou nemocného při poskytování odborné péče. Když je pacient schopný přijímat stravu per os, rodina například nosí jeho oblíbené pokrmy. S2 byla mimo základní otázku položena i doplňující otázka „Jak byste popsala negativní reakci pacientů na určité podněty, kterou v některých případech u vašich pacientů vidáte?“ Odpověděla následovně „*Je to reakce na nějakou situaci, kterou pacienti negativně prožívají, nebo jim je nepříjemná. U některých pacientů se projevují zvýšenou spasticitou, u některých kmitáním očních bulv nebo slzami“.*

Schéma č.3 Nejvyužívanější druhy a prvky konceptu Bazální stimulace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č.4 Reakce pacientů na koncept Bazální stimulace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

3. Kategorie: Pomůcky využívané k Bazální stimulaci na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Kategorie číslo tři, přináší bližší pohled na pomůcky, které sestry z oddělení DIOP využívají u pacientů. Bazální stimulace je koncept, který je pestrý využíváním různých pomůcek. Pomůcky, které tento koncept nabízí jsou benefitem jak pro pacienta, tak i pro zdravotnický personál. Zdravotnickému personálu usnadňují péči o pacienta a pacientům například předávají informaci o hranicích jejich těla nebo jim pomocí vůní a chutí připomínají život před hospitalizací.

Dotazované sestry z oddělení DIOP se shodují ve dvou základních pomůčkách, které u pacientů zde hospitalizovaných využívají. Prvními základní pomůčkami pro vykonávání Bazální stimulace je dle dotazovaných sester hlas a následně ruce. Sestry se shodují v tom, že kdyby nebylo hlasu a rukou, koncept by nemohl být prováděn. Hlas je pomůckou, kterou sestry u pacientů využívají při každém kontaktu s nimi. S2 uvádí, že ráno sestry začínají pozdravem a následně jejich hlas provází pacienty celým dnem. Hlas všechny z dotazovaných sester považují za základní kámen celé péče o pacienty na tomto oddělení hospitalizované. S5 přidává, že komunikace je v konceptu Bazální stimulace

velice potřebná. Dle jejího názoru není potřebná pouze mezi členy ošetrovatelského personálu, ale i mezi ošetrovatelským personálem a pacientem. Ruce jsou dle dotazovaných sester další nezbytnou součástí a pomůckou konceptu Bazální stimulace. Sestry pomocí rukou pacienty nejenom informují o jejich vlastním těle, ale zároveň o pacienty díky nim mohou komplexně pečovat. Dotazované sestry se shodují, že kdyby nebylo rukou, o pacienty by nemohlo být pečováno a koncept Bazální stimulace by nemohl být do péče o pacienty vůbec zařazen. S3 uvádí „*V první řadě naše ruce slouží v naší profesi k tomu, aby sestry pečovaly, a to platí i u konceptu Bazální stimulace. Bez rukou by nemohly provést ani jednu intervenci a o pacienty by tak nemohlo být postaráno a nemohli by být zabezpečeni. V konceptu Bazální stimulace slouží ruce jako základní pomůcka pro provádění všech druhů a prvků tohoto konceptu. Pomocí rukou můžeme provádět iniciální dotek, polohovat pacienty, nebo třeba provádět hygienu pomocí oblíbených toaletních pomůcek a to jsem nevyjmenovala všechno. I proto si myslím, že ruce jsou jednou z hlavních pomůcek pro provádění Bazální stimulace u našich pacientů*“.

Mimo tyto dvě základní pomůcky pro poskytování konceptu Bazální stimulace u hospitalizovaných pacientů sestry používají i pomůcky jiné. Mezi ty základní, které sestry denně využívají u pacientů, patří různé polohovací pomůcky. Většina dotazovaných sester zdůrazňuje i využívání antidekubitních matrací, kterými jsou všechny postele, na kterých pacienti leží opatřeny. Čtyři z dotazovaných sester se shodují, že antidekubitní matrace má pozitivní vliv na stav pacientů a je důležitou součástí v prevenci vzniku defektů na tělech pacientů. Jediná S3 uvádí, že využívání těchto matrací, na kterých pacienti leží, má podle ní negativní dopad na jejich zdravotní stav. Říká „*Bohužel využíváme na postelích pacientů i antidekubitní matrace. Díky tomu, že mám porovnání ze zahraničí, kde jsem pracovala, tak musím říct, že tam kde jsem já pracovala, jsme se přikláněli tomu, aby naši pacienti raději leželi na matracích s trošku tvrdším povrchem a antidekubitní matrace jsme nevyžívali. Myslím, že jejich využívání není zas tak dobré, protože i antidekubitní matrace se časem zkroutí a vytvoří se na ní takové varhánky. A i přes to že v místech té matrace se mění napětí a tlak, tak tyto varhánky na povrchu matrací mohou způsobit změny na kůži. S touto zkušeností jsem se již taky setkala*“.

S jejím názorem se ale ostatní sestry neztotožňují.

Mezi další polohovací pomůcky, které často sestry používají, patří hadi, válce, polštáře, polštáře ve tvaru písmene E nebo například plyšáci. Plyšáky některé sestry umisťují do dlaní pacientů, díky tomu tak do péče zařazují i taktilně-haptickou stimulaci. Sestry, které tuto stimulaci do péče zařazují, se shodují v tom, že díky umístění plyšáků do dlaní, předchází vzniku kontraktur prstů horních končetin pacientů. Při hygieně sestry uvádí časté využívání oblíbených sprchových gelů, krémů a na jejím závěru potom nanesení oblíbených deodorantů a parfémů na tělo pacienta. Jedna sestra zdůrazňuje i využívání holícího strojeku, kterým sestry podporují vibrační stimulaci nebo využívání fěnu, kterým sestry podporují stimulaci auditivní. V průběhu hygieny sestry mnohdy pouští pacientům jejich oblíbené skladby na rádiu či jejich oblíbený televizní pořad. I proto je další velice využívanou pomůckou rádio a televize. Sestry se shodují, že k jejímu účinku je ale potřebné pacientům poskytnout kompenzační pomůcky, které byli zvyklí využívat, tzn. brýle či naslouchátko.

Sestry mezi další nejvíce využívané pomůcky k Bazální stimulaci řadí nástěnku, kterou mají pacienti umístěnou v zorném poli před postelí. S4 zdůrazňuje „*Díky nástěnce, je pacientům neustále připomínáný život před tím, než se dostali do nemocnice. Vidí na ní svoji rodinu, přátele, věci nebo sporty které měli rádi, a to si myslím je velice podstatné. Díky tomu tak může mít pacient pocit, že je v neustálém kontaktu s těmi svými blízkými a že je má neustále u sebe*“.

4. Kategorie: Zapojení rodiny do konceptu Bazální stimulace

Poslední kategorie rozhovorů této Bakalářské práce je věnována způsobu, jakým sestry zapojují rodinu do péče o pacienty hospitalizované na oddělení DIOP.

Všechny dotazované sestry se shodují v tom, že rodina hraje velkou roli v péči o pacienty a jsou skutečně považováni za přímé účastníky v péči o jejich příbuzné či známé. Některé rodiny jsou zapojené více a některé méně, záleží to na jejich přístupu k nemocnému. Pokud byl jejich vztah intenzivní, mají větší zájem dozvědět se něco o konceptu Bazální stimulace a být i jeho součástí, pokud jejich vztah ale tak blízký nebyl, jsou poučeni jen o základu, kterým je iniciální dotek. Návštěvy na tomto oddělení nejsou omezené a možná právě toto rodině situaci mnohdy ulehčí. Nemusí si tak brát volno z práce, nebo z ní odcházet dřív, aby mohli jejich blízkého vidět.

Jedna dotazovaná sestra popisuje zapojení rodiny do péče o hospitalizované pacienty na tomto oddělení jako vysokou. Všichni, kteří pacienty navštěvují, jsou poučeni o místu iniciálního doteku a způsobu oslovení pacienta. Pacienti mají zároveň toto místo a oslovení napsané na tabulce umístěné nad jejich příslušnou postelí. Uvádí, že známý hlas někoho z rodiny, je mnohdy tím impulzem, na který pacienti prvotně reagují.

S5 uvádí na příkladu způsob, jakým je do péče zapojena rodina hospitalizovaného pacienta. *„Máme tu pacienta, za kterým chodí jeho děti, které samy přišly s tím, abychom jim ukázali některé prvky stimulace. Ti u jejich tatínka, který tu leží už 2. rokem, jsou na návštěvě každý den třeba 4 hodiny a téměř ty 4 hodiny stráví masážemi končetin nebo hrudníku nebo hlasitým čtením knížky. My – ošetrovatelský personál, ty jeho děti už opravdu bereme jako plnohodnotné členy našeho týmu, jelikož se té Bazální stimulaci opravdu věnují a tím nám i jejich tatínkovi velice pomáhají“.*

S5 zdůrazňuje malé množství oddělení tohoto typu v České republice, a tak jsou mnohdy na oddělení DIOP v této vybrané nemocnici pacienti z velké dálky. Rodiny z velkých dálek tak nemohou navštěvovat jejich blízkého a nemůžou tak být poučeni o Bazální stimulaci. V tomto případě se právě zdravotnický i nezdravotnický personál stává určitým způsobem druhou rodinou pacienta. Byla ji položena i doplňující otázka „Jak přistupujete právě k člověku, za kterým jeho rodina nechodí? Je tam ze strany sester nějaký rozdíl v přístupu vůči právě vašim hospitalizovaným“? Odpověděla, že všichni pacienti mají stejně nastavený základ péče, kterým je iniciální dotek, hlas sester a ruce sester a pro všechny pacienty se sestry snaží dělat maximum. S její odpovědí se shodují i další dotazované sestry.

Dotazované sestry se shodují i v tom, že u známých, kteří pacienty navštěvují, mnohdy pozorují strach. Strach je dle jejich názorů vyvolaný tracheostomickou kanylou, kterou mají všichni pacienti tohoto oddělení zajištěné dýchací cesty. S1 podotkla, že i díky tracheostomické kanyli pozorují u rodin či známých pacientů strach se nemocných vůbec dotknout. S4 říká *„Tracheostomická kanyla je něco, s čím se rodiny setkávají tady u nás mnohdy úplně prvně, a tak neví, jak se chovat. I z tohoto důvodu se například snažíme rodiny předem připravovat na to, co je u jejich blízkého čeká a co uvidí. Jsou ale i rodiny, které k našim pacientům přistupují tak, jak byli vždy zvyklí“.*

Dotazované sestry uvádí, že na přítomnost rodiny pacienti mnohdy reagují psychickým rozrušením, které jde ruku v ruce se zvýšenou salivací a zvýšeným zahleněním. Proto pacienty následně sestry musí daleko víc odsávat a málokterá rodina zvládá pohled na tuto situaci. Dále pacienti na přítomnost jejich rodin reagují pláčem či zvýšením tepové frekvence.

4.2 Kategorizace výsledků pozorování

1. Kontakt a komunikace s pacientem
2. Polohování
3. Využívání pomůcek k Bazální stimulaci
4. Zapojení rodiny do péče o pacienty
5. Čas strávený u pacienta
6. Trpělivost a spolupráce sester

1. Kategorie: Kontakt a komunikace s pacientem

První kategorie popisuje, jakým způsobem sestry navazují kontakt s pacientem při provádění Bazální stimulace.

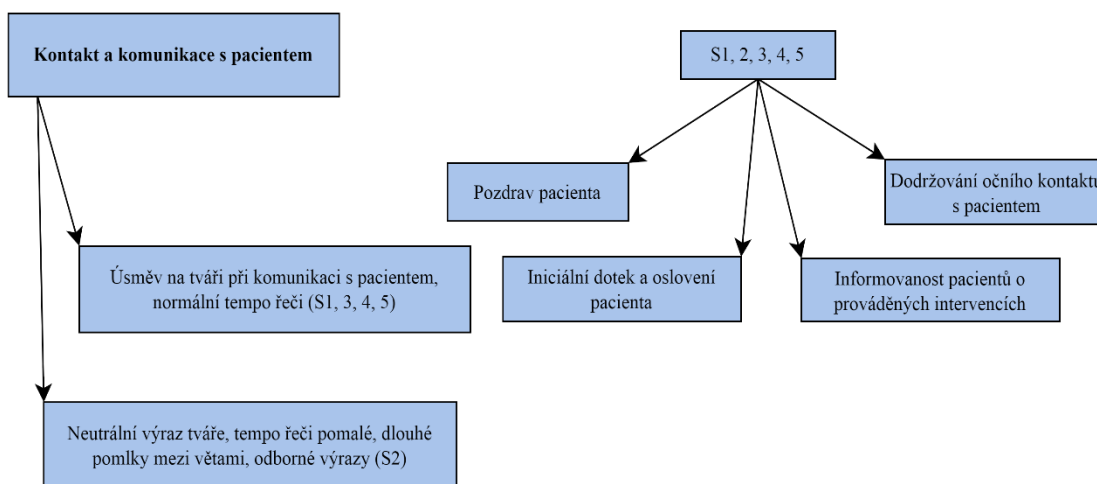
Všechny dotazované sestry při prvním vstupu na pokoj pacienta vždy už ve dveřích pokoje pacienty pozdravily. Některé pozorované sestry zopakovaly pozdrav i v těsné blízkosti lůžka s pacientem. Pozdrav následovalo ve všech případech oslovení pacienta v kombinaci s iniciálním dotekem. Pacienti byli oslovováni většinou jejich křestním jménem a místem iniciálního doteku bylo většinou rameno dominantní ruky. Způsob oslovení i místo iniciálního doteku měli všichni pacienti uvedené na tabulce, která visela nad jejich příslušnou postelí. V momentě, kdy sestry přišly k lůžku, provedly iniciální dotek a pacienta oslovily křestním jménem, pacienti začali ve většině případů sestry fixovat očima.

Čtyři sestry přicházely k pacientům vždy s úsměvem na tváři. Úsměv jedné z nich byl v některých případech až zbytečně přehnaný a působil jako nacvičený. Jedna sestra

k pacientům občas přicházela s výrazem neutrálním. Všechny sestry měly při kontaktu s pacientem ruce buď svěřené podél těla, na místě iniciálního doteku nebo pacienta držely za ruku. Všechny pozorované sestry se zároveň v průběhu komunikace snažily dodržovat oční kontakt s pacientem. Bylo to ale u pacientů zde hospitalizovaných většinou obtížné.

Všechny sestry verbálně komunikovaly při každé prováděné intervenci a pacienty o veškerých krocích informovaly. Dvě pozorované sestry dokonce pacienty o intervencích informovaly opakovaně. Tempo řeči sester, bylo ve většině případů normální (S1, S3, S4, S5). Tempo řeči S2 bylo až příliš pomalé a při hovoru dělala sestra i dlouhé pomlky. Ostatní sestry mluvily srozumitelným jazykem, nepoužívaly žádné odborné výrazy a snažily se věty formulovat stručně. Celý ošetřovatelský personál, který o pacienty v dnech pozorování pečoval, nekomunikoval ale pouze s pacientem, nýbrž i mezi sebou. Vždy se domlouval na následujících krocích, debatoval nad nimi a zároveň i porovnával reakce pacientů na prováděné prvky Bazální stimulace. Sestry všechny pacienty ráno při hygieně informovaly o tom, jaký den právě byl, jaké bylo datum, jaké bylo venku počasí, ale i například o novinkách, které se děly buď ve světě, anebo například o novinkách, které se týkaly oddělení DIOP.

Schéma č.5 Kontakt a komunikace s pacientem



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

2. Kategorie: Polohování

Tato kategorie přináší informace o polohování pacientů hospitalizovaných na oddělení DIOP. Polohování je nezbytnou součástí péče o pacienty zde hospitalizované, a i proto sestry této činnosti věnují velkou část své denní směny.

Všechny pozorované sestry po dobu našeho pozorování, polohování zapojovaly do péče o hospitalizované pacienty na tomto oddělení a všechny před touto intervencí s pacientem nejprve navázaly kontakt. Kontakt byl ve všech případech navázán pomocí oslovení pacienta a iniciálního doteku na místě určeném a sestry většinou kontakt s pacientem udržovaly i po celou dobu provádění této intervence. Při našem pozorování bylo prokázáno, že všichni pacienti leželi na antidekubitních matracích, které jsou jednou ze základních pomůcek využívaných pro polohování pacientů.

Při našem pozorování k polohování využívala nejvíce možných pomůcek S1. Ta se pomůcky snažila různě kombinovat. Nejčastěji k polohování využívala polštáře, kterými pacientům podkládala jak dolní končetiny, tak i končetiny horní. Dále často využívala různé válce a hady, které se snažila umístit okolo těla pacienta a napodobovala tak polohu hnízda. Polohu hnízda se takto snažily napodobit i ostatní pozorované sestry. Všechny pozorované sestry ale hady a válce využívaly i k zapírání pacientů při jejich otáčení na boky. Tyto pomůcky umísťovaly nejčastěji za pacienta, konkrétně za jeho záda. Při otáčení pacienta na bok, všechny sestry ještě umísťovaly polštář mezi pacientova kolena.

Pouze dvě z pozorovaných sester se snažily pacienty polohovat i do tzv. pronační polohy. Při otáčení pacientů na břicho polštáři podkládaly i hrudník, ramena a pánev. Tři pozorované sestry pacienty polohovaly v intervalu 2 hodin a při každém polohování pacientům promazaly predilekční místa a zbytek těla promazaly pacientovým oblíbeným tělovým krémem. Tyto sestry se v rámci polohování snažily, aby pacienti měli nějakou pomůcku i v dlaních, čímž se snažili předejít vzniku ztuhlosti prstů a zároveň tak podpořily taktilně-haptickou stimulaci. Nejčastější pomůckou v tomto případě byli plyšáci. Mimo ně ale sestry využívaly i obinadel, tub od zubní pasty, sprchových gelů, ale i třeba peněženek či ovladačů od televize. Dvě pozorované sestry pacienty polohovaly v intervalu 2,5 hodin.

Dvě z pozorovaných sester jako jediné zapíraly polštářem i chodidla pacientů, když pacienti leželi, čímž se snažily pacientům předat informaci o konci jejich těla. Všechny

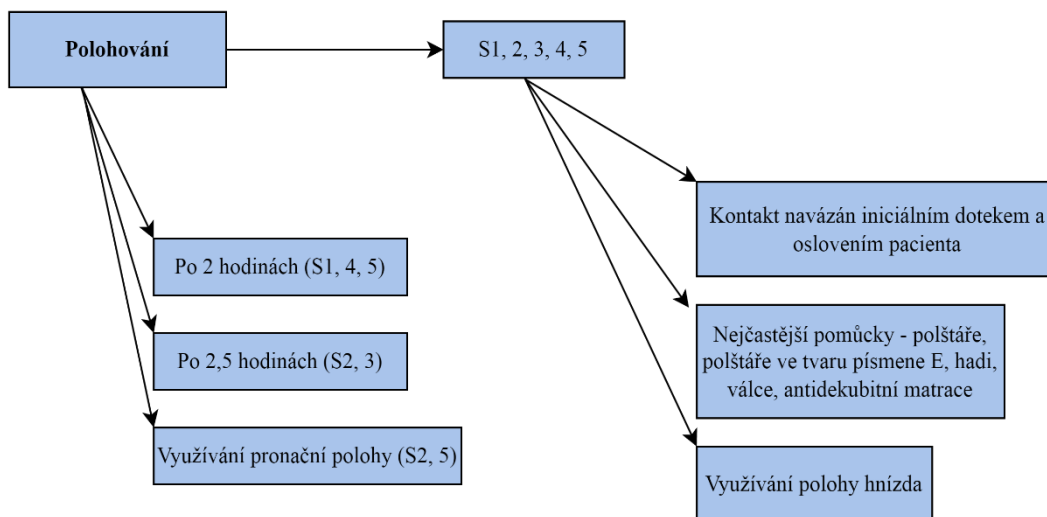
pozorované sestry, pokud byl pacient polohovaný na jeden z boků, umísťovaly i malý polštář mezi tělo a horní končetinu. Malý polštář byl v případě možnosti nahrazen polštářem ve tvaru písmene E. V tomto případě byla končetina umístěna do mezery této pomůcky.

Jedna jediná sestra k polohování pacientů využívala i klín. Klínem nejčastěji zapírala pacienty, pokud je polohovala na jeden z boků. Klíny umísťovala za záda a hýždě pacientů.

Všechny pozorované sestry, při polohování vždy kontrolovaly inkontinenční pomůcky pacientů. Dbaly na to, aby pacient nezůstával v promočených plénách či neležel na mokřých savých podložkách. Dále všechny sestry dbaly na to, aby ložní prádlo, na kterém pacient ležel tedy prostěradlo, bylo vždy řádně vypnuté, nebylo promočené a bylo čisté. V případě potřeby sestry osobní prádlo, inkontinenční pomůcky a ložní prádlo vždy vyměnily.

Zpozorovali jsme, že na polohování ve většině případů pacienti reagovali tím, že se chytali postranic. Většina sester na tuto situaci reagovaly tím, že se pacienty snažily uklidnit, znovu jim vysvětlily, co se děje a ujistily je, že jsou v bezpečí.

Schéma č.6 Polohování



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

3. Kategorie: Využívání pomůcek k Bazální stimulaci

Třetí kategorie pozorování shrnuje pomůcky jednotlivých druhů Bazální stimulace, které sestry v péči o pacienta využívají a do péče je zapojují.

První nezbytnou pomůckou, kterou všechny sestry zmiňují, jsou ruce. Bez rukou, by sestry o pacienty nemohly pečovat a nemohly provádět žádné intervence. Pomocí rukou sestry navazují s pacientem kontakt, a to díky iniciálnímu doteku, který provádí na stanovené části pacientova těla. Díky rukám sestry mohou využívat dalších pomůcek k Bazální stimulaci.

Všechny pozorované sestry do péče o pacienty zapojují somatickou stimulaci, do které spadá i již zmiňovaný iniciální dotek. Pomůckou, kterou v tomto druhu stimulace sestry často využívají, jsou žínky. Pomocí žínek sestry provádí zklidňující koupel, která je dalším prvkem tohoto typu stimulace.

Jedna pozorovaná sestra, se zklidňující koupel snažila do péče o pacienta zařadit při každé její směně, většinou při ranní hygieně. Na každou ruku si navlékla žínky, pomocí kterých pacienty umývala. Řídila pravidlem jedna žínka na jednu část těla. Tímto pravidlem se řídily i všechny další pozorované sestry.

Další sestra, somatickou zklidňující koupel u pacientů prováděla za dobu našeho pozorování pouze při jedné její směně. Bylo to ve chvíli, kdy prováděla hygienu pacienta, ve velké koupelně na pojízdné vaně.

Tři z pozorovaných sester žínky používali pouze pro běžnou hygienu pacientů a zklidňující koupel jsme je provádět neviděli.

Všechny pozorované sestry hygienu prováděly pomocí oblíbených sprchových gelů pacientů. Dvě sestry daly pacientům přivonět k používanému gelu před jeho použitím. Ostatní sestry gely rovnou nanesly na tělo pacientů. Po umytí pacientů všechny pozorované sestry pacienty natřely jejich příslušným tělovým krémem a nanesly jejich oblíbený parfém nebo deodorant. Velký důraz sestry kladly na péči o predilekční místa – místa náchylná k proleženinám. Tato místa promazaly i zinkovou masťou, která chrání před vzniknutím defektů, jako jsou dekubity.

Všechny pozorované sestry při provádění hygieny rovnou pečovaly o dutinu ústní. Dvě sestry, pokud pacient neměl zubní náhradu, použily jednorázové zubní kartáčky s pasou a zuby vyčistily. V tomto případě si obě nasadily jednorázový kartáček na odsávačku a z dutiny ústní obsah rovnou odsávaly. Pokud pacient zubní náhradu měl, dutinu ústní ošetřili pomocí glycerinových tyčinek pro dutinu ústní.

Tři pozorované sestry u pacientů nerozlišovaly, jestli mají zubní náhradu nebo ji nemají. Dutinu ústní pacientů jedna sestra rovnou ošetřovala pomocí glycerinových tyčinek. A dvě další pozorované sestry občas využily jednorázové kartáčky napojené na odsávačku a občas dutinu ústní vytřely pouze glycerinovou štětičkou.

Po ranní hygieně vždy sestry pacienty rovnou poprvé za jejich denní službu polohovaly. K polohování všechny sestry využívaly všechny dostupné pomůcky, které pacienti u lůžka měli. Pomůcky a polohy, které sestry k polohování využívaly, jsou blíže shrnuté v předchozí kategorii. V předchozí kategorii je zároveň uvedená doba, po které sestry pacienty polohují.

V rámci polohování některé sestry využívaly i další polohovací pomůcky, do kterých pacienty umísťovaly. Nejčastěji to byla obyčejná křesla, křesla vibrační nebo zvedáky.

Tři sestry, se na každé jejich směně snažily pacienty, pokud to jejich zdravotní stav umožnil, umísťovat do křesel nebo křesel vibračních. Tyto sestry k umístění pacienta do křesla využívaly zvedáku, pomocí kterého pacienty do křesel přemísťovaly.

S5 se ihned po hygieně pacienty snažila umísťovat pouze do křesel obyčejných. V nich pacienty, kterým to zdravotní stav umožnil, nechávala po dobu 1 hodiny. Pacientům, kteří byli v křesle, vždy pustila televizi, tím do péče zapojila i stimulaci zrakovou. Plosky nohou byly položeny na podlaze a dlaně měl pacient položené na stehnech. Oproti dalším dvěma sestrám, které pacienty rovněž umísťovaly do křesel, pacienty po dobu našeho polohování tato sestra do vibračních křesel neumísťovala ani jednou.

S1 pacienty umísťovala nejčastěji do křesel vibračních, a to převážně v odpoledních hodinách. Snažila se pacientům pod dolní končetiny dávat dřevěnou bedýnku. Díky té pacientům dolní končetiny nevisely ve vzduchu a zároveň jim byla předávána informace o konci jejich těla. Horní končetiny umísťovala na rukojeti, kterými bylo křeslo opatřeno.

Pacienty, u kterých byla vibrační stimulace kontraindikována, umisťovala do křesel obyčejných.

S2 pacienty umisťovala jak do křesel obyčejných, tak i vibračních, střídala je. Pod dolní končetiny, na zem dávala polštář a do rukou pacientům dávala buď ovladače od televize anebo plyšáky. Tím zapojila stimulaci taktilně-haptickou.

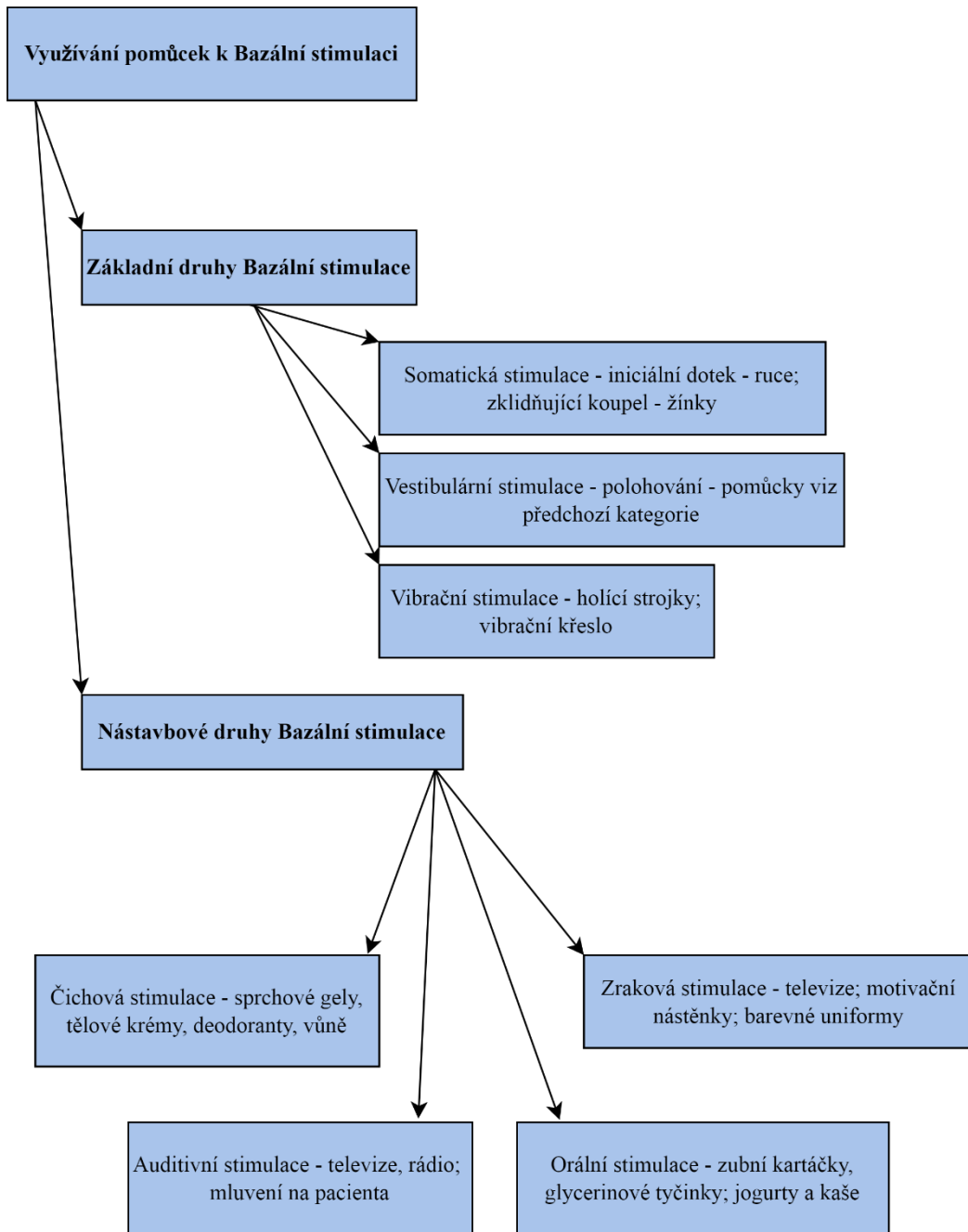
Díky vibračním křeslům tak tyto dvě sestry (S1, S2), zapojily do péče o pacienty stimulaci vibrační. Všechny pozorované sestry dále vibrační stimulaci podpořily holicími strojkami, kterými mužům holili vousy na tváři, dle potřeby.

Taktilně-haptickou stimulaci využívaly převážně tři sestry (S1, 2, 5). Ty se snažily, aby pacienti drželi minimálně 3x za den v ruce nějakou pomůcku. S1 nejčastěji pacientům do dlaní dávala plyšáky. Do dlaní jim je dávala v momentě, kdy pacienti leželi na boku nebo zádech. S2 místo plyšáků používala obinadla, peněženku, prázdné tuby od deodorantů, které pacienti používali. S5 mimo již zmíněné pomůcky pacientům do dlaní dávala i ovladač od televize, kterou jim zapínala.

Televizi se snažily pacientům zapínat i všechny další pozorované sestry, díky ní tak podpořily stimulaci zrakovou i sluchovou. Při sledování televize všechny sestry dbaly na to, aby pacienti, kteří využívali brýle, je měli nasazené. Zrakovou stimulaci většina pozorovaných sester podpořila i nošením barevných uniforem. Mezi nejčastější barvu uniforem patřila barva zelená, růžová a modrá. U všech hospitalizovaných pacientů jsme při našem pozorování viděli i motivační nástěnku, na které byly umístěné fotografie rodiny pacientů, koníčky pacientů anebo obrázky od jejich dětí či vnoučat.

Auditivní stimulaci všechny sestry podpořily nejenom pouštěním televize, ale taky rádia, na kterém pacientům pouštěly písně nebo nahrávky, které měli rádi před tím, než byli hospitalizováni.

Schéma č.7 Využívání pomůcek k Bazální stimulaci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

4. Kategorie: Zapojení rodiny do péče o pacienta

Následující kategorie přináší informace o způsobu, jakým sestry z oddělení DIOP zapojují do péče o rodinu hospitalizovaného pacienta.

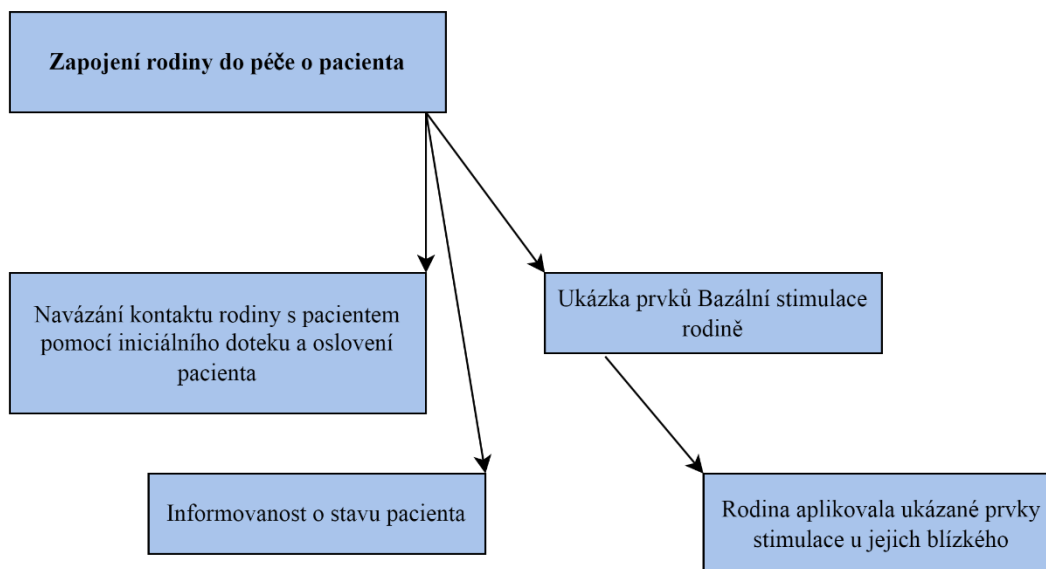
Rodina hraje v konceptu Bazální stimulace velkou roli. Rodina je tím podnětem, který pacientům na oddělení DIOP může neustále připomínat život před událostí, která zapříčinila jejich hospitalizaci. Mnohdy jsou i tím podnětem, na který pacienti začínají prvotně reagovat. V péči o pacienty je proto nezbytnou součástí práce sester s rodinou komunikovat a sbírat od nich informace o pacientovi, o kterého se starají.

Všechny pozorované sestry rodinu či blízké pacienta vždy ihned informovaly o jeho aktuálním stavu. Informovaly je o veškerých pokrocích, které pacient po sesterské stránce provedl, nebo je naopak informovaly o zhoršení jeho stavu. Jedna z pozorovaných sester rodiny pacientů velice důkladně připravovala na to, co na pokoji jejich blízkého uvidí. Informovala rodinu například o zvýšené salivaci, která vedla k tomu, že sestry musely pacienta chodit častěji odsávat. Díky tomu byl často narušen kontakt mezi rodinou a pacientem. Většina pozorovaných sester se snažila pacienty více zahleněné odsávat bez přítomnosti rodiny. Pouze jedna z pozorovaných sester na rodinu nebrala ohled a pacienta odsávala i za jejich přítomnosti. Z našeho pozorování jsme vyhodnotili, že rodina následně byla vystrašená.

Sestry ve všech případech šly na pokoj pacienta společně s rodinou a s pacientem navázaly kontakt jako první. Mezi nejčastější způsoby navázání komunikace bylo oslovení pacienta jeho křestním jménem a provedení iniciálního doteku na místě stanoveném. Sestry pacienty následně informovaly o přítomnosti jejich rodiny a rodinu poučily o provedení iniciálního doteku a oslovení jejich blízkého, která jej následně provedla.

Po určité době, kdy viděly, že pacient přítomnost rodiny snáší dobře a i rodina tuto situaci zvládá a o pacienta se zajímá, nabídly rodině možnost ukázky některých prvků Bazální stimulace. Pokud rodina souhlasila, sestry nejčastěji volily ukázku poklepové masáže hrudníku nebo masáže klasické, doporučovaly hlasitou četbu oblíbených knih a časopisů pacienta, nebo doporučovaly přikládání pacientovi ruky na hrudník osoby, která mluvila. Rodina ukázku prvků ve většině případů využila a prvky následně aplikovala u jejich blízkého.

Schéma č.8 Zapojení rodiny do péče o pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

5. Kategorie: Čas strávený u pacientů

Kategorie pátá, přináší údaj o čase, který sestry z oddělení DIOP skutečně stráví za dobu jejich denní směny u pacientů. Během pozorování této kategorie jsme zjistili, že všechny sestry tráví průměrně stejnou dobu prováděním jednotlivých činností u pacientů.

Denní směnu sestry z oddělení DIOP zahajují předáním informací o pacientech. Předání sestrám zabere přibližně 30 minut. Následně jdou sestry provádět hygienu u jednotlivých pacientů. U většiny pacientů sestry provádí hygienu na lůžku pomocí lavoru napuštěného vodou, žíněk a hygienických pomůcek, které má každý pacient u lůžka. Díky tomu sestry do celé hygieny zapojují jednotlivé prvky Bazální stimulace např. využívání oblíbených hygienických pomůcek. Hygiena pacienta na lůžku sestrám a ošetřovatelskému personálu zabere asi 30 minut.

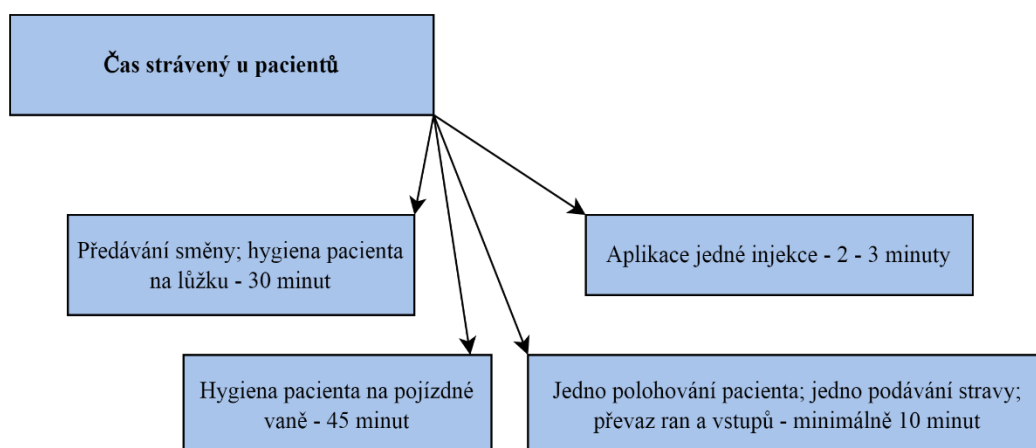
Každý den se sestry dohodnou a u jednoho z hospitalizovaných pacientů provedou koupel ve velké koupelně na pojízdné vaně. V průběhu hygieny se některé sestry (S2 a S5) snažily zapojit do hygieny zklidňující somatickou koupel. V tomto případě hygiena sestrám zabrala větší množství času – 45 minut.

Po provedení hygieny, sestry pacienty polohovaly. Čas strávený polohováním se odvíjel od polohy, do které sestry pacienta umisťovaly. Pokud pacienty otáčely na bok, doba jednoho polohování, se pohybovala mezi 5–10 minutami. Pokud pacienta otáčely na břicho – do pronační polohy, strávily tím minimálně 10 minut. Jedním přemísťováním pacienta do křesel sestry strávily 5-10 minut. Většina sester z tohoto oddělení pacienty polohovaly po 2 hodinách, pouze 2 z pozorovaných sester pacienty polohovaly po 2,5 hodinách. Pokud pacientům některá poloha nevyhovovala a reagovali na ni negativně, sestry pacienty umístily do polohy jiné.

Po hygieně pacientů se sestry věnovaly převazování ran a vstupů. I v rámci této činnosti všechny z pozorovaných sester s pacientem neustále komunikovaly a jednotlivé kroky pacientům vysvětlovaly. Doba, kterou sestry strávily ošetřováním ran a vstupů, byla individuální, vždy záleželo na velikosti, charakteru rány a počtu invazivních vstupů, které pacient měl. Převaz sestry prováděly vždy nejméně 10 minut. Tři pozorované sestry, se rány snažily převazovat rychlým tempem a precizně. Vždy si daly záležet na tom, aby převaz byl proveden co nejvíce sterilně. Dvě pozorované sestry převazy prováděly klidným tempem, ale sterilita nebyla zachována tak jako u ostatních pozorovaných sester. Všechny sestry, pokud rána prosákla, převaz provedly v průběhu dne opakovaně.

Všechny sestry pacienty dle ordinace lékaře krmily buď do NGS nebo PEG. Standardně pacientů aplikovaly výživu po 3 hodinách bolusově (jednorázově). U pacientů, kteří po podání stravy zvraceli, sestry sondu anebo gastrostomii napojily spádově na sběrací sáček. Jedno krmení sestrám zabralo asi 5-10 minut. Při krmení pacientů sestry pacientům rovnou drtily léky a podávaly je současně se stravou. Injekční formy léků aplikovaly dle ordinace lékaře. Jedna aplikace injekce sestrám trvala maximálně 3 minuty.

Schéma č.9 Čas u pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

6. Kategorie: Trpělivost a spolupráce sester

Všechny pozorované sestry při našem pozorování pečovaly o pacienty důkladně a trpělivě. S pacientem vždy důkladně navázaly kontakt oslovením a iniciálním dotekem. Po navázání kontaktu všechny pozorované a dotazované sestry pacientům vždy jednotlivé prováděné činnosti vysvětlily. Některé sestry (S1, S5), pacientům činnost vysvětlily i opakovaně.

Tempo řeči většiny sester bylo normální a řeč byla srozumitelná. Při vysvětlování činností pacientům většina sester nepoužívala odborné výrazy ani zdrobněliny. Naopak se snažily, vysvětlování jednotlivých činností co nejvíce zjednodušit tak, aby činnost nevysvětlovaly zbytečně dlouho a pacienti jí zároveň alespoň trochu porozuměli.

Jedna z pozorovaných sester měla tempo řeči pomalejší a mezi větami dělala dlouhé pomlky, mezi kterými se dívala pacientovi do očí přikyvovala hlavou.

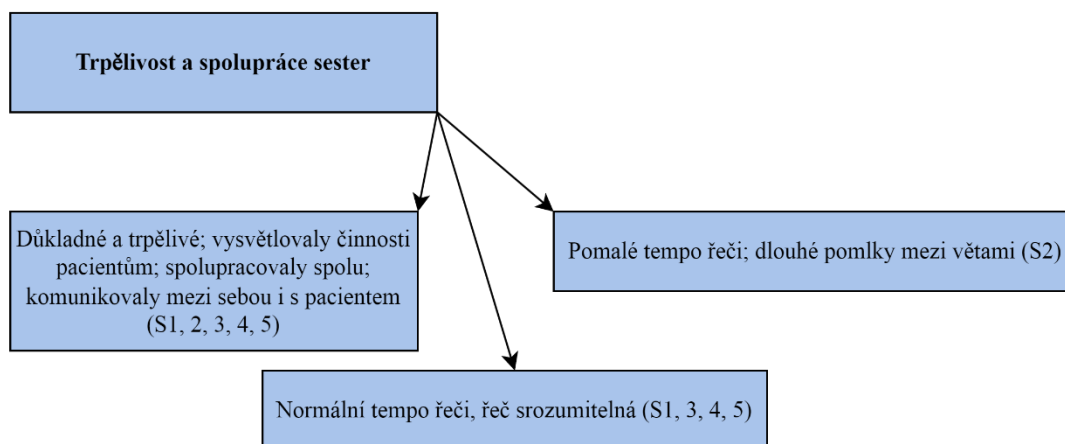
Další sestra, kterou jsme pozorovali, s pacienty komunikovala taky normální, srozumitelnou řečí. Oproti ostatním pozorovaným sestram na nás její přístup ale působil jako nacvičený a nepřirozený. Se všemi pacienty komunikovala stejně. Pro činnosti, které u jednotlivých pacientů prováděla, měla vždy stejné vysvětlení. I vystupování a gesta této sestry působila nacvičeně. Tato sestra, stejně jako všechny další pozorované, si na

složitější činnosti brala na pomoc dalšího člena týmu oddělení DIOP. Na rozdíl od ostatních pozorovaných sester ale dalšího člena týmu využila vždy a pouze na držení a jistění pacienta. Hlavní činnost jako takovou si tato sestra chtěla vždy provádět sama. Spolupracovala ale bez problémů.

I ostatní sestry mezi sebou komunikovaly a spolupracovaly bez problémů. Vždy když si člen týmu DIOP řekl o pomoc, neváhaly a vždy si byly mezi sebou ochotné vypomoct či poradit. Všechny si na jednotlivé činnosti, které u pacientů prováděly, vyčlenily dostatek času, a tak činnosti byly vždy provedeny důkladně.

V průběhu všech vykonávaných činností mezi sebou všechny sestry a celý ošetrovatelský personál výborně komunikovali. Vždy se společně předem domlouvali na postupu jednotlivých činností a společně si sdělovali své názory či zkušenosti s prováděnou intervencí. V průběhu činností si personál vykonávající činnost mezi sebou opakoval následující krok, a tak v průběhu našeho pozorování nedošlo k žádnému nedorozumění či nežádoucí události.

Schéma č.10 Trpělivost a spolupráce sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

5 Diskuse

První kategorii rozhovorů, která vznikla analýzou dat jsme nazvali „Koncept Bazální stimulace z pohledu sester pracujících na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče“. Nejdříve jsme se v rámci rozhovorů zajímali o to, kde sestry z tohoto oddělení získaly informace o Bazální stimulaci.

Většina našich dotazovaných a pozorovaných sester, které provádí Bazální stimulaci odpověděla, že nemá absolvovaný kurz Bazální stimulace. Touto odpovědí se náš výzkum ztotožňuje s výsledky výzkumu Novákové (2018), ve kterém bylo zjištěno, že většina personálu, který provádí Bazální stimulaci, nemá kurz Bazální stimulace. Pouze dvě z našich dotazovaných a pozorovaných sester absolvovaly kurz Bazální stimulace. Jedna z nich absolvovala kurz základní a nástavbový a druhá absolvovala jak kurz základní, tak nástavbový, a dokonce i kurz prohlubující.

Všechny sestry, které se účastnily našeho výzkumu uvedly, že nové informace a aktuální trendy tohoto konceptu získávají vlastní iniciativou z knížek, odborných časopisů nebo z internetu. Díky tomu mohou sestry kvalitu péče o pacienty neustále zlepšovat a zvyšovat tak šance na jejich uzdravení.

Bazální stimulaci prováděnou na tomto oddělení považujeme za základ péče o pacienty zde hospitalizované. I proto si myslíme, že mít absolvovaný kurz Bazální stimulace, je velkou výhodou. Lektori, kteří kurz vedou, jsou informováni nejenom teoreticky, ale mají i bohatou praxi. Díky tomu tak účastníkům kurzu nepředávají pouze informace, které získali teoreticky, ale mohou je například propojit i s případy z jejich praxe. O cenné rada, tipy a zkušenosti z praxe lektorů tak mohou být sestry, které informace získaly pouze z knížek nebo internetu ochuzeny.

Friedlová ve své knize (2007) udává, že Bazální stimulace má za úkoly podpořit vnímání člověka. Profesor Fröhlich v knize Friedlové (2015) doplnil, že pomocí stimulace není podporováno pouze vnímání, ale je podporován i vývoj člověka. I v našem výzkumném souboru, sestry dovedly popsat koncept Bazální stimulace. Popisují jej jako proces, kdy se pacienta na základě jeho zvyklostí snaží celý ošetrovatelský personál navrátit zpátky do života. Shodly se v tom, že prováděním jednotlivých prvků tohoto konceptu cílí i na nervy pacientů a díky tomu se pacientům snaží předat informaci o hranicích a obraze jejich těla. Sestry se tedy jejich definicí ztotožňují definicí konceptu jak s Friedlovou, tak

i profesorem Fröhlichem. Všechny zároveň mají kladný vztah k tomuto konceptu, věří v něj a jedna z nich má dokonce i kladou osobní zkušenost s tímto konceptem.

Myslíme si, že právě ta sestra, která má osobní zkušenost, může mít v péči o pacienty na tomto oddělení hospitalizované výhodu. Na koncept Bazální stimulace totiž nemusí nahlížet pouze jako její pracovní povinnost, ale může jej vidět i z té druhé stránky – a to jako soubor prvků, který skutečně léčí a pomáhá. Důkazem toho je i její dědeček, který je i díky tomuto konceptu stále na živu. Horáková ve článku Drahoše (2018) zmínila, že Bazální stimulace totiž mnohdy může mnohdy pomoci tam, kde běžné postupy nestačí. Tato věta rezonuje nejenom s případem dědečka dotazované sestry, ale i s případy dalšími.

Kladným vztahem k tomuto konceptu se sestry, které se účastnily našeho výzkumu ztotožňují s výzkumem Liškové (2008). Ta ve svém výzkumu uvedla, že většina jejich informantů, věří v tento koncept.

Sestry vždy pacienta při prvním vstupu na pokoj pozdravily a následně pacienty oslovily jménem a přidaly iniciální dotek. Takto vždy navázaly kontakt a následně pacienta informovaly o intervenci, kterou budou provádět. I Pavlíková (2017) a sestry, které se účastnily jejího výzkumu, kladou důraz na nutnost pacientovi sdělit činnost ještě před tím, než ji provedou.

U některých jsme viděli opakování pozdravu i v blízkosti pacienta. Právě v tomto se nám jejich jednání líbilo. Tyto sestry nevyřkly pozdrav pouze do pokoje, ale řekly jej přímo pacientovi. Díky tomu tak na nás jejich jednání s pacientem působilo daleko osobněji než jednání sester, které pacienta pozdravily pouze v okamžik, kdy překročily práh pacientova pokoje. Pokud se v budoucnu, ve své práci setkáme s konceptem Bazální stimulace, chtěli bychom se od těchto sester v tomto inspirovat.

V rámci pozorování jsme si všimli, že sestry mimo jiné s pacientem mnohdy komunikují o jejich osobních věcech. Na tuto situaci ve své práci upozorňuje Herodesová (2018) a pak také Prusenovská a Zeleníková (2016). Ty uvedly, že se tato situace týká dokonce až 61 % sester, které se účastnily jejich výzkumu.

Při sledování verbální komunikace se nám nelíbilo vystupování S2, která nejenom že na pacienty mluvila odbornou mluvou, ale mezi větami dělala až zbytečně dlouhé pomlky.

Při našem rozhovoru tato sestra ale mluvila normálním tempem řeči, hovorově a pomlky nedělala.

Ostatní sestry s pacienty mluvily normálním tempem a nepoužívaly odborné výrazy. Všechny zároveň dodržovaly a zdůrazňovaly zásady neverbální komunikace. Důležitost neverbální komunikace ve své práci zdůrazňuje i Švecová (2018) a tím se tedy shoduje s výsledky našeho výzkumu.

Keutchafo a Kerr ve svém článku (2022) zároveň uvedli, že neverbální komunikace jako taková, tvoří 60–90% celkové komunikace. V článku zmínili i novou studii, která se zabývá efektivní neverbální komunikací mezi sestrami a pacienty. Díky uvedeným výsledkům poskytli nový model pro rozvíjení vzdělávání sester v této oblasti.

I dle našeho názoru hraje neverbální komunikace s pacientem velkou roli. Mnohdy totiž i úsměv na tváři personálu nebo pohazení pacienta po tváři dokáže ovlivnit psychický stav pacienta. Všechny sestry, které jsme při jejich práci sledovali, zásady neverbální komunikace dodržovaly.

Celý tým oddělení DIOP, který jsme sledovali, jak pečuje o pacienty, se vždy na provádění jednotlivých intervencí předem domlouval a následně mezi sebou komunikoval i v průběhu provádění intervence.

Druhou kategorie této práce, jsme nazvali „Zapojení konceptu Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče“ a následně jsme ji rozdělili na tři podkategorie.

První podkategorie pojmenovaná „Zařazení a časová dotace konceptu Bazální stimulace“ shrnuje, kdy sestry z DIOP zapojují Bazální stimulaci do péče o hospitalizovaného pacienta. Dotazované a pozorované sestry se shodují v tom, že Bazální stimulaci provádí u všech pacientů zde hospitalizovaných. Převážná část pacientů, hospitalizovaných na DIOP, je ve stavu vigilního kómatu. Sestry, které se účastnily našeho výzkumu uvedly, že právě stav vigilního kómatu je hlavní indikací k zařazení Bazální stimulace do péče. Výsledky našeho výzkumu se tedy shodují s knihou Friedlové (2007), která uvádí, že Bazální stimulace je prováděna u osob tělesně a duševně postižených, u osob ve vigilním kómatu a u osob, které mají postižené vnímání. Výsledky našeho výzkumu potvrzují i výzkum Kyclové (2016), ve kterém její informantky udaly, že Bazální stimulaci

provádí mimo jiné i u pacientů ve vigilním kómatu. I Friedlová, která byla do jejího výzkumu zapojena v něm doporučuje stimulaci provádět u pacientů, u kterých došlo ke změně vědomí. Všechny sestry, které se účastnily našeho výzkumu, se shodly v tom, že s Bazální stimulací začínají již při příjmu pacienta, a to pomocí pozdravu, oslovení a iniciálního doteku, což je dle našeho názoru vhodné. Velice se nám vzpomínka, o kterou se s námi podělila S4. Vzpomněla si na to, co jí říkali její rodiče: „*Rodiče mi vždycky říkali, nikdy nevíš, komu tím pozdravem zlepšíš den*“.

Výsledky našeho výzkumu dále ukazují, na problém, kdy sestry mají při směně na tomto oddělení na starost velké množství pacientů, a tak stimulaci nemůžou provádět tak důkladně.

Našeho výzkumu se ale účastnila i sestra, která má pracovní zkušenost ze Saudské Arábie, poprosili jsme ji tedy, aby nám popsala rozdíl v provádění stimulace v ČR a v Arábii. Uvedla, že v Arábii je vyškolený supervizor, který se zabývá pouze prováděním stimulace, je to jediná náplň jeho práce. Úroveň konceptu je tak tedy v Arábii na daleko vyšší úrovni než v České republice. Kycltová (2016) v rámci svého výzkumu vedla rozhovor s Karolínou Friedlovou, která přenesla tento koncept do ošetrovatelské péče o pacienty v Česku a Slovensku. Friedlová se ve výzkumu Kycltové (2016) mimo jiné zmínila, že ve spolupráci s Mezinárodní asociací Bazální stimulace připravuje vzdělávací program, který by měl za úkol vyškolit certifikované lektory pro Česko a Slovensko. Ti by následně mohli sloužit jako supervizoři konceptu Bazální stimulace na různých odděleních. Úroveň prováděné stimulace v České republice by se pak tedy dle názoru S3 mohla přiblížit úrovni prováděné stimulace v zahraničí.

Díky těmto získaným výsledkům, se náš výzkum shoduje s výsledky výzkumu Šnokhausové (2022), která se rovněž přiklání k pečlivějšímu proškolení a informovanosti personálu, který Bazální stimulaci provádí. Upozorňuje i na to, že v České republice využívá koncept Bazální stimulace malé množství nemocničních oddělení.

I my si myslíme, že supervizor, který by byl přítomný na oddělení DIOP, by byl velice prospěšný. Nejenom že by ulehčil práci sestrám, ale byl by výhodou i pro pacienty. Dostalo by se jim tak dle našeho názoru ještě většího a kvalitnějšího pečování v oblasti Bazální stimulace.

Díky našemu výzkumu jsme zjistili, že pacienti jsou na oddělení DIOP nejčastěji přijímáni z oddělení ARO, tím se tedy shodujeme s tvrzením Djakowa (2020).

V rámci našeho výzkumu jsme se taky zajímali o to, kolik času z denní směny, sestry oddělení DIOP skutečně věnují provádění Bazální stimulace. Jedna dotazovaná sestra uvedla, že prováděním Bazální stimulace stráví čtvrtinu denní směny. Jako důvod toho, proč doba prováděné stimulace není větší, uvedla velké množství dokumentů a papírů, které sestry musí vyplnit. Sestry tohoto oddělení nevyplňují pouze denní dekurz, ale monitorují i reakce pacientů na jednotlivé prvky prováděné Bazální stimulace. Dále jako důvod uvedla nedostatečnou motivaci. Naše výsledky se ztotožňuje s výsledky Kycltové (2016), která uvádí, že nejčastější překážkou pro provádění Bazální stimulace jsou administrativní povinnosti a dokumentace. I z tohoto důvodu si myslíme, že by vyškolený supervizor byl na jednotlivých odděleních velice prospěšný.

Nejvíce se ztotožňujeme s odpovědí S4, která řekla *„Troufám si říct, že kdykoliv jsme u pacienta, vždy je tam minimálně jeden prvek Bazální stimulace“*. Dle našeho pozorování sester se čas, který sestry věnují Bazální stimulaci nedá spočítat. Při každém kontaktu s pacientem sestry využívají prvků Bazální stimulace. Myslíme si, že celý koncept Bazální stimulace je určitým druhem komunikace, pomocí kterého se sestry s pacienty dorozumívají. I Arellano ve článku (2023) na blogu Multisensory zdůrazňuje, že časová dotace tohoto konceptu se nedá spočítat a sama považuje koncept za 24hodinovou záležitost.

Druhou podkategorii jsme pojmenovali *„Získávání informací o pacientovi“*. Zaměřili jsme se na způsob, kterým sestry získávají informace o pacientech a jejich oblíbených věcech. Sestry, které se účastnily našeho výzkumu, všechny uvedly, že pro získávání informací o pacientech využívají autobiografickou anamnézu. Uvedly, že se v ní zajímají, jak pacienta jeho blízcí oslovují, dále o jeho dřívější běžné každodenní činnosti, o věci, které měl rád, o místa, kde se ho rodina dotýkala a dotyk mu byl příjemný. Informují se ale i o jeho sociální situaci, o denním rytmu nebo třeba jeho oblíbených toaletních pomůckách či filmech. Mimo tyto zmíněné informace je velice důležité, aby sestry zjistily, zdali má pacient dominantní levou anebo pravou ruku. Toto zdůrazňuje i Fower a Johnson (2007). Díky těmto informacím sestry mohou lépe nahlédnout do pacientova života. Informace, které sestry našeho výzkumu získávají v autobiografické anamnéze

odebírané od rodiny nemocného, tedy potvrzují definici autobiografické anamnézy v knize Kapounové (2020).

Výsledky našeho výzkumu jsou rozdílné od toho, co ve své knize (2007) udává Friedlová. Udává, že by každé pracoviště, které autobiografickou anamnézu využívá, mělo mít své dotazníky pro sbírání informací o pacientech a následně je využívat.

Sestry, které tvořily náš výzkumný soubor uvedly že toto pracoviště nemá vytvořené dotazníky pro sbírání informací o pacientech, ale využívá sběru informací pomocí rozhovoru s rodinami či blízkými pacientů. Důvodem, proč sestry tohoto oddělení využívají rozhovorů, je rozsáhlejší informovanost o pacientech.

Dle našeho názoru, je získávání informací pomocí rozhovoru prospěšnější než pomocí dotazníku. Myslíme si to z důvodu, který již zmínila i jedna z dotazovaných sester. S5, jak jsme již zmínili uvedla: *„V rámci rozhovoru rodina kolikrát prozradí informace, na které by si třeba při vyplňování dotazníků ani nevzpomněli nebo ve formuláři nejsou dotazovány“*.

Dalším důvodem, proč i my upřednostňujeme tuto metodu získávání informací, je budování vztahu mezi personálem a rodinou pacienta. Při vedení rozhovoru sestry pouze nezískávají informace o tom, co měl pacient rád, ale mohou se dostat i k věcem, které mohou být pro pacienta osobnější a v péči tak mohou být velice prospěšné. Na rodinu pacienta pak tedy odebrání anamnézy nemusí působit pouze jako pracovní povinnost sester, ale sestry tím mohou u rodiny navodit pocit skutečného zájmu o pacienta.

Při našem pozorování jsme viděli, jakým způsobem odebírala anamnézu od rodiny S5. V momentě kdy příbuzenstvo pacienta zmínilo, že pacient byl zvyknutý nosit snubní prsten a neustále se ke svatbě při jejich rozhovoru vraceli, se S5 snažila zjistit i další informace. Zajímala se například o to, kde byl pacient se svojí ženou na svatební cestě a poté tak získala informaci, že pacient miloval moře a zvuk vln. I toto nás přesvědčilo o tom, že získávání informací pomocí rozhovoru je přínosnější než dotazníky či jiné formuláře. Při rozhovoru o svatbě jsme pozorovali i úsměv na tváři rodiny a i tím jsme si potvrdili myšlenku radosti ze skutečného zájmu sestry o jejich blízkého. Přístup této sestry velmi oceňujeme.

Ve třetí podkategorii jsme se zaměřili na nejvyužívanější druhy Bazální stimulace na oddělení DIOP a reakce pacientů na ně. Kategorii jsme pojmenovali „Využívání Bazální stimulace a reakce pacientů“. Všechny dotazované sestry uvedly, že nejvyužívanějšími druhy stimulace na oddělení DIOP jsou stimulace somatická, vestibulární, vibrační, zraková, sluchová a stimulace čichová. V průběhu pozorování jsme pak ještě vyhodnotili, že sestry často využívají stimulaci orální i taktilně-haptickou. I ve výzkumu Kejíkové (2013) sestry udaly jako nejvyužívanější tyto druhy stimulací.

Mezi nejvyužívanější prvky stimulace somatické sestry uvedly iniciální dotek. Ve většině případů bylo místem iniciálního doteku rameno dominantní ruky. Výsledky našeho výzkumu se tedy shodují s tvrzením Friedlové v její knize (2007), kde udává, že místem doteku je mimo jiné i rameno dominantní ruky. Se stejnou knihou Friedlové se výsledky našeho pozorování shodují i v tom, že místo iniciálního doteku, má každý pacient napsané na cedulce, kterou má umístěnou nad postelí.

Dalším prvkem somatické stimulace, který sestry při našem výzkumu využívaly, byla zklidňující koupel, kterou prováděly hlavně při hygieně pacienta. Souhlasíme tedy s tvrzením Křivkové a Tomové (2016), které říkají, že zklidňující koupel je nejčastěji prováděna při toaletě klienta. S Křivkovou a Tomovu se sestry také shodují v tom, že při hygieně využívaly pacientovi oblíbené sprchové gely, následně jej promazávaly tělovými krémy, a nakonec jej navoněli jeho oblíbeným parfémem. Tím se u pacientů snažily vyvolat vzpomínky na určité události. Zapojily tak do olfaktorické stimulace většinu prvků tohoto druhu stimulace, které v jejich knize tyto dvě autorky uvedly. A tím tedy sestry potvrdily i příkladné zapojení olfaktorické stimulace do péče o pacienty, které uvedla Friedlová (2007). Některé sestry dávaly pacientům před užitím sprchových gelů k nim přivonět. Přístup těchto sester se nám líbil, protože požitek z vůně pro pacienta byl v porovnání s pouze nanesením gelu na tělo určitě větší.

Vance et al. (2022) se rozhodli porovnat několik studií, které se týkaly olfaktorické stimulace a zkoumali, jestli prvky této stimulace mohou ovlivnit funkce mozku a některých kognitivních funkcí. Výzkum prováděli půl roku a v jeho výsledcích uvedli dle našeho názoru, velmi přínosné informace, které by mohly ovlivnit i stav pacientů ve vigilním kómatu na oddělení DIOP. Ve své studii srovnávali provádění čichové stimulace pomocí vůní 2x-4x denně. Překvapivě zjistili, že menší dávka poskytování vůní za den (2x), kterými je stimulován čich, je pro mozek a kognitivní funkce prospěšnější než dávka

větší (4x). Pro praxi tedy ve svém článku doporučují provádět olfaktorickou stimulaci pomocí vonných látek 2x denně a to po dobu 24 týdnů. Po 24 týdnech se dle jejich výzkumu lepší kognitivní funkce mozku. Pro lepší efekt dále doporučují při olfaktorické stimulaci využívat pouze 4 druhy vůní.

Dle našeho pozorování můžeme říct, že sestry, které jsme pozorovali, využívaly u pacientů daleko větší množství vůní než 4. Jiné vůně byl sprchový gel, jiné vůně byl tělový krém, rovněž i deodorant a parfém. Následně pak některé sestry uvařily kávu a daly ji do pokoje pacienta na provonění. Myslíme si, že by bylo určitě zajímavé v praxi tuto metodu olfaktorické stimulace vyzkoušet a tuto myšlenku jsme předali i sestřám, se kterými jsme výzkum prováděli.

Žilinská (2018) se ve svém výzkumu pokoušela zjistit, zdali je rodina zapojena do péče o pacienta. Z jejího výzkumu vyplývá, že rodina je do konceptu zapojena i ze strany olfaktorické stimulace. Rodina je totiž právě tou, která personálu poskytuje pomůcky pro provádění hygieny pacienta.

Vzpomínky na určité události se sestry u pacientů snažily taky navodit stimulací orální. Friedlová (2007) uvádí, že ústa jsou nejcitlivější zónou člověka. Sestry se v průběhu našeho pozorování snažily pacienty stimulovat i pomocí orální stimulace. Nejčastějším prvkem tohoto typu stimulace bylo ošetřování dutiny ústní buď zubním kartáčkem anebo glycerinovými tyčinkami. I Kejíková svým výzkumem (2013) prokázala, že nejčastěji prováděným prvkem orální stimulace je ošetřování dutiny ústní pomocí glycerinových štětiček.

Některé sestry zapojily do péče o pacienty i podávání hustých kaší per os. Sestry, které tento prvek do péče zapojily, taky ale uvedly možné vzniknutí aspirační pneumonie – zápalu plic z důvodu vyvedené tracheostomické kanyly. Možné vzniknutí pneumonie ze stejného důvodu, potvrzuje i článek Sanivarapua a Gibsona (2023).

Přístup těchto sester se nám líbil. Myslíme si ale, že tyto prvky, by neměly sestry využívat u všech pacientů, měly by zohledňovat jejich individualitu. Někteří pacienti totiž nejsou ve stavu, kdy by jim právě tyto prvky pomohly, ale naopak mohly by jim přitížit. Dle našeho názoru i z logického hlediska, by mohly tyto prvky přitížit například pacientům, kteří by kladly odpor (zatínali zuby) a sestry by jim i přes to kaši nebo jogurt podaly.

Sestry z oddělení DIOP ve většině případů kombinovaly somatickou stimulaci se stimulací vestibulární. Prvkem, díky kterému tyto stimulační propojují, je polohování. Sestry pacienty polohovaly po 2–2,5hodinách. Pacienty polohovaly jak na boky, tak i do poloh jako je pronační či poloha hnízdo. Do polohy hnízdo pacienty umisťovaly všechny sestry, a to hlavně po koupeli pacienta. V tomto se tedy shodujeme s Kapounovou a Plevovou (2023). Beuret et al. (2002) v jejich studii uvedli, že pokud sestry u pacientů využívají pronační polohy, mohou pomoci ní u pacientů předcházet problémům nejenom systému kardiovaskulárního, ale i pulmonálního (dýchacího).

V tomto se nám líbil přístup S2 a S5. Pronační poloha na tomto oddělení totiž není častá a to z důvodu náročnosti. K otočení pacienta na břicho je totiž potřeba velkého množství personálu a v některých případech si sestry musí volat například pomoc z jiného oddělení. Přístup těchto dvou sester se nám líbil v tom, že byly ochotné zavolat pomoc právě z jiného oddělení, protože věděly, že touto polohou dokážou pacientovi alespoň na chvíli ulevit a podpoří tím i jeho pulmonální systém.

Při polohování, se sestry snažily do péče zapojovat i taktilně-haptickou stimulaci. Při našem výzkumu jsme zjistili, že sestry pacientům do dlaní umisťují jak plyšáky, tak i předměty z jejich běžného života. Mezi tyto předměty patřily například peněženky nebo ovladače od televize. Výsledky našeho výzkumu jsou totožné s Malíkovou (2011), která zdůrazňuje zapojování předmětů všedních dní do taktilně-haptické stimulace.

Díky tomu, že sestry pacienty v rámci polohování umisťovali i do křesel, podpořily stimulaci vibrační. Vybíraly vždy mezi křesly klasickými anebo vibračními. Díky našemu pozorování jsme u jednoho z pacientů po umístění z vibračního křesla zpět do lůžka, viděli začervenání v oblasti zadní strany steh. Na stejný problém upozornil ve svém článku i Rauch (2009).

Při našem pozorování jsme pak i viděli, jak sestry edukují rodiny nemocných o některých prvcích Bazální stimulace. Jedním z těchto prvků bylo přikládání pacientovi ruky na hrudník osoby, která mluvila. Tím se tedy mnohdy sestry snažily zapojit do péče jak rodinu, tak i další prvek vibrační stimulace. Výsledky našeho pozorování se shodují s tvrzením Friedlové (2015) o vibrační stimulaci. Při sledování rodiny, která prováděla tento prvek stimulace u jejich blízkého, jsme zpozorovali slzy v očích. Myslíme si, že důvodem bylo blízké navázání kontaktu s jejich blízkým.

Sestry do péče o pacienty zapojovali i stimulaci optickou, která rovněž patří mezi nejvyužívanější druhy stimulace na oddělení DIOP. Friedlová (2007) uvedla, že díky zrakové stimulaci může být pacientům dodáván pocit jistoty a bezpečí. I díky tomu se sestry snaží při péči o každého pacienta tvořit motivační nástěnku, na které jsou fotky rodiny pacienta, jeho záliby nebo například obrázky od jeho blízkých. Tyto předměty sestrám poskytuje právě rodina pacienta, přesně tak, jako ve své knize (2016) udává Křivková a Tomová. Při zkoumání této kategorie, jsme si také všimli, že většina sester, které se účastnily našeho výzkumu, tento typ stimulace podpořily nošením barevných uniforem, tak jako ve své knize (2016) popsala Křivková s Tomovou. Díky nošení barevných uniforem sestry dle našeho názoru, mohly eliminovat syndrom bílého pláště u pacientů a zároveň tak mohly na pacienta působit – ne jako personál nemocnice, ale například jako někdo, koho pacienti potkali v civilním oblečení na ulici nebo v obchodě.

Na každém pokoji pacienta byla umístěna televize a i jejím pouštěním sestry podpořily i stimulaci auditivní. Výsledky našeho výzkumu tímto souhlasí s tvrzením Kapounové (2020) a zdůrazňují vhodnost propojování těchto dvou stimulací.

Dalším a hlavním prvkem auditivní stimulace, který sestry do péče o pacienty zařazují, je jejich hlas. Sestry díky jejich hlasu mohou pacienty oslovit tak, jak jej oslovovali jeho blízcí. I tím se mu snaží navodit určitou vzpomínku. Sestry našeho výzkumu však uvedly, že ve většině případů pacient začíná reagovat na kombinaci iniciálního doteku s oslovením. Díky tomu tak náš výzkum, potvrzuje tvrzení Chenga (2023), o tom, že oslovení pacienta je mnohdy podnětem, na který pacienti prvotně reagují.

Mezi nejčastější prvotní reakce pacientů, sestry našeho výzkumu uvedly fixaci očima a navázání očního kontaktu. Tato reakce je doplněna celkovým zklidněním pacienta, které je doprovázeno uvolněním svalového tonu a mimiky. S tímto výsledkem se ztotožňují i výsledky Kostelanské (2016) a Pavlíkové (2017), ze kterých vyplývá stejná prvotní reakce pacientů na podněty konceptu Bazální stimulace.

U sester, které pacienty pozdravily nejenom při příchodu na pokoj, ale i v jejich těsné blízkosti, jsme v některých případech viděli nejenom fixaci očima, ale i to, jak se pacienti například snaží pokývnout hlavou, anebo se snaží na sestry dokonce i usmát. Přístup těchto sester tedy byl nejenom pro nás, ale trůfáme si říct i pro pacienta, daleko

příjemnější a osobnější. Ocenili bychom, kdyby se i ostatní sestry inspirovaly přístupem těchto dvou sester a k pacientům přistupovali stejně jako ony.

Třetí kategorii této práce jsme pojmenovali „Pomůcky využívané k Bazální stimulaci na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče“.

Mezi hlavní pomůcky, bez kterých by sestry o pacienta nemohly pečovat, sestry řadily své ruce a hlas. I díky těmto dvěma pomůckám mohou být v neustálém kontaktu s pacientem a mohou tak provádět různé prvky stimulace. Však právě i díky rukám a hlasu personálu mohou být do péče zařazeny ty prvky stimulace – iniciální dotek a oslovení pacienta, které sestry uvedly jako ty, na které pacienti reagují nejčastěji.

Výsledky našeho výzkumu ukazují, že sestry tohoto oddělení k polohování nejčastěji využívají polštáře, polštáře ve tvaru písmene E, hady, válce a antidekubitní matrace. Antidekubitní matraci zároveň většina sester uvedla jako základní a hlavní pomůcku prevence vzniku dekubitů u pacientů. Tím tedy potvrzují tvrzení Kachlové a Plevové (2023), které ji rovněž uvedly jako hlavní pomůcku v prevenci vzniku dekubitů.

Polohování, kterým sestry předávají pacientům informace o hranicích jejich těla, sestry často doplňují umístováním pacientů do křesel. I proto křesla patří mezi pomůcky využívané pro Bazální stimulaci. Sestry volily buď křesla klasická anebo vibrační. Po koupeli sestry pacienty holily holicími strojky, které rovněž řadily mezi pomůcky stimulace vibrační.

Dále jsme zpozorovali, že pro Bazální stimulaci sestry často využívají žíněk a to ke zklidňující koupeli, během které využívají oblíbených sprchových gelů, tělových krémů a vůní pacienta. Během koupele pečují i o dutinu ústní a zuby. Některé sestry využívají jednorázových kartáčků napojených na odsávačku a některé zvolily glycerinové tyčinky, které před užitím namočí do dezinfekce a ústní vody. Stejný postup péče o dutinu ústní, popsala ve výzkumu své diplomové práce i Kaniová (2022).

Sestry, které se účastnily našeho výzkumu dále často pacientům pouští televize a v nich jejich oblíbené filmy, rádia s jejich oblíbenými playlisty a pro podporu zrakové stimulace nosí barevné uniformy.

Čtvrtá kategorie této práce popisuje, jakým způsobem se sestry snaží zapojit rodinu do péče o pacienta na oddělení DIOP je proto pojmenována „Zapojení rodiny do konceptu Bazální stimulace“.

Na oddělení DIOP nejsou omezené návštěvy, rodina tak může být u pacienta – po předchozí domluvě kdykoliv. Díky tomu i oni mohou být zapojeni do konceptu Bazální stimulace. Mimo to že je zapojení rodiny do tohoto konceptu velmi prospěšné, tak i jejich samotná přítomnost může sloužit pro pacienta jako povzbuzující prostředek. Leder (2020) ve své práci uvedl, že hlavní výhodu v přítomnost rodiny vidí v tom, že pacient se necítí sám. I my se s jeho názorem ztotožňujeme. Myslíme si, že přítomnost rodiny nepůsobí pouze na pacienta, ale i na samotnou rodinu. I pro ni je fyzický kontakt s jejich blízkou osobou povzbuzující a umožňuje jim mít větší přehled nad zdravotním stavem.

Výsledky našeho výzkumu upozorňují na malé množství oddělení tohoto typu, čímž se shodujeme s výsledky výzkumu Šnokhausové (2022). Díky tomu jsou v této nemocnici na tomto oddělení hospitalizováni pacienti z velkých dálek. Rodiny těchto pacientů tak nemohou být do péče o jejich blízké fyzicky zapojeni. V těchto případech je personál tohoto oddělení jedinými osobami, které s pacientem udržují fyzický kontakt.

Myslíme si, že v těchto případech, by velkým přínosem mohly být například videohovory, přes které by mohla být rodina alespoň trochu ve spojení s pacientem. Videohovory by ale současně mohly být pro zdravotnický personál časově velice náročnou činností. Troufáme se ale říct, že i kdyby si sestry pro tuto činnost vyhradily pár minut, pacientovi i rodině by tato činnost mohla prospět.

Informantky Šnokhausové (2022) se s našimi shodují v tom, že pokud rodina za pacientem přijde, informace jsou jim předávány ihned po jejich příchodu na oddělení. Po sdělení informací rodině, sestry, které jsme sledovaly, šly společně s rodinou na pokoj pacienta, se kterým navázaly kontakt a o navázání kontaktu poučily i rodinu. Rodině vhodnost iniciálního doteku a oslovení opakovaly každou návštěvu. Tímto zjištěním, se výsledky našeho výzkumu ztotožňují s výsledky výzkumu Žilinské (2018), která rovněž zdůrazňuje nutnost opakování těchto informací rodinám.

Sestry, pokud viděly zájem, rodině nabídly ukázkou i dalších prvků stimulace. Nejčastěji volily ukázkou masáží, nebo doporučovaly hlasitou četbu. Při našem výzkumu většina

rodin chtěla být do péče o jejich blízkého takto zapojena a ukázky prvků využili. Tento jejich přístup nás velice mile překvapil.

S5 nám popsala zapojení rodiny i na příkladu, který jsme zmínili ve 4. kategorii rozhovorů. U pacienta, kterého S5 uvedla jako příklad, jsme měli možnost pozorovat jeho setkání s rodinou, která u něj skutečně byla celé odpoledne. Po jejich příchodu, když na pacienta začali mluvit a chytli jej za ruku, jsme viděli, jak pacientovi začínají téct slzy. V okamžik, kdy o pacienta ale pečovaly sestry, pacientova reakce na ně nebyla ani zdaleka taková. Pouze začal sestry fixovat pohledem. Iz tohoto důvodu se i my přikláníme k tomu, že by rodiny, které chtějí, měly být zapojovány do konceptu Bazální stimulace. Právě jejich zapojení, může být klíčovou událostí pro zlepšení stavu pacienta.

Sestry se v našem výzkumu opakovaně zmiňovaly o strachu, který často u rodin pacientů pozorují. Strach je dle jejich názoru způsobený tracheostomickou kanylou, kterou mají všichni pacienti oddělení DIOP. Viděli jsme, že se sestry tento strach rodin snaží eliminovat nejčastěji informovaností o reálném a aktuálním stavu nemocných. Dalším způsobem, kterým se sestry snaží strach rodiny eliminovat, je odsávání pacientů bez jejich přítomnosti. Strach rodin zmiňuje i Šnokhausová (2022). Jako důvod ale udává nevědomost a respekt z techniky, která mnohdy zodpovídá za stabilizovaný stav pacienta.

I my jsme při našem pozorování viděli v očích některých rodin strach. Nedokážeme přesně říct, čím byl způsoben, ale viděli jsme, že po navázání kontaktu mezi rodinou a jejich blízkým jejich strach opadl a následně s pacientem komunikovali bez jakékoliv překážky.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na využívání prvků konceptu Bazální stimulace u pacientů na oddělení DIOP. Hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP. Pro dosažení tohoto stanoveného cíle jsme si stanovili výzkumnou otázku „Jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče?“. Cíl práce byl splněn.

Výsledky našeho výzkumu ukazují na to, že se sestry snaží koncept Bazální stimulace a jeho prvky zapojit do péče o pacienty hospitalizované na DIOP při každém kontaktu s nimi. Mezi prvky, které sestry využívají při každém kontaktu s pacienty, patří iniciální dotek a oslovení. Sestry, které se účastnily našeho výzkumu, zároveň uvedly, že právě tyto dva prvky patří mezi ty, na které pacienti nejvíce reagují.

Nejčastější reakcí pacientů na iniciální dotek a oslovení je dle našich informantek fixace pohledem, celkové zklidnění a zmírnění spasticity. Právě sestry řadí jak oslovení, tak i iniciální dotek mezi ty nejdůležitější prvky tohoto konceptu. U sester, které pacienty pozdravily nejenom při vstupu na pokoj, ale i v jejich těsné blízkosti, jsme viděli, jak se pacienti snaží pokývnout hlavou a usmát se.

Dále sestry v péči o pacienta často využívají jeho oblíbené toaletní pomůcky, to zejména při hygieně, kterou provádí 2x denně a dále dle potřeby každého pacienta. Sestry do hygieny pacientů mimo jiné zapojují i holicí strojek nebo fén. I na tyto dva prvky, jak jsme viděli při našem pozorování, pacienti reagují pozitivně.

Prvkem, který je nezbytnou součástí péče o pacienty na DIOP, je polohování. Nejčastěji sestry pacienty umisťují na levý nebo pravý bok, do polohy hnízdo, ale některé například i do polohy pronační. Většina sester se do péče snaží zapojit i umístování pacientů do křesel, a to jak klasických, tak i vibračních.

Sestry se do konceptu Bazální stimulace snaží zapojit i rodinu pacienta, ovšem je na rozhodnutí každé rodiny, jak moc a jakým způsobem, bude do péče o jejich blízkého zapojena.

Tato bakalářská práce byla napsaná s cílem zjistit, jakým způsobem zapojují sestry koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP. Výsledky práce mohou

být použity jako zdroj informací pro sestry, studenty nebo veřejnost, která se o téma Bazální stimulace zajímá. Výsledky této práce mohou být publikovány v odborných časopisech a mohou sloužit pro zlepšení využívání tohoto konceptu.

7 Seznam použité literatury

1. ARELLANO, J., 2023. *Basal stimulation and multisensory rooms*. [online]. The Multisensory blog. [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://themultisensoryblog.com/basal-stimulation-and-multisensory-rooms/>.
2. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BEURET, P. et al., 2002. Prone position as prevention of lung injury in comatose patients: a prospective, randomized, controlled study. *Intensive Care Med.* 28(5), 564-569. Doi: 10.1007/s00134-002-1266-x.
4. BORÝSKOVÁ, H. et al., 2010. *Vademecum bazální stimulace*. [online]. Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/vademecum-bazalni-stimulace/f540>.
5. BUCHHOLZ, T., SCHÜRENBERG A., 2013. *Basale Stimulation id def Pflege alter Menschen: Anregungen zur Lebensbegleitung*. Göttingen: Hubert&Co. ISBN 978-34-568-5302-4.
6. CARBOLOVÁ, K., DOLEŽIL, D., 2007. *Vegetativní stav (Apalický syndrom)*. [online]. Neurologie pro praxi. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>.
7. CASE-LO, Ch., 2018. *What Is a Subcutaneous Injection?* [online]. Healthline Media LLC. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/subcutaneous-injection>.
8. DJAKOW, J., 2020. Rok 2020 v přehledu – Následná intenzivní péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína.* 6, 305-309. Doi: 10.36290/aim.2020.063.
9. DRAHOŠ, D., 2018. *Bazální stimulace zavede do medicíny lidštější rozměr*. [online]. Zdraví Euro. [cit. 2024-04-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/bazalni-stimulace-zavede-do-mediciny-lidstejsi-rozmer/>.
10. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce.* 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1005-1.
11. FRIEDLOVÁ, K., 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství.* 1. a 2. díl. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.

12. FRIEDLOVÁ, K., 2006. Implementace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče v ČR. *Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 23-26. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 80-7248-388-9.
13. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1314-4.
14. FRIEDLOVÁ, K., 2011. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Nástavbový kurz Bazální stimulace*. Nástavbový modul II. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.
15. FRIEDLOVÁ, K., 2012. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. Přepřacované 11. vydání. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.
16. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.
17. FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.
18. FRIEDLOVÁ, K., ŠČUČKOVÁ, E., 2012. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v následné péči u pacientů po těžkých mozkolebečních poraněních. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(6), 32-33. ISSN 1801-1349.
19. FOWER, S., JOHNSON, H., 2007. *Sensory stimulation*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84310-455-1.
20. HERDMAN, T.H. et al., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3423-1.
21. HERODESOVÁ, D., 2018. *Problematika komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem*. [online]. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, Katedra Speciální pedagogiky. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/98164/120295282.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

22. HLINOVSKÁ, J., 2020. Ošetřování pacienta s tracheostomií. [online]. Vysoká škola zdravotnická. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vsz/zima2020/VSOSP11111/um/OSE_PAC_S_TRACHEOST_OSP_HLI_PDF.pdf?kod=RATVS8411;predmet=8411.
23. CHENG, L. et al., 2013. Assessment of localisation to auditory stimulation in post-comatose states: use the patient's own name. *BMC neurology*. 13, 27. Doi: 10.1186/1471-2377-13-27.
24. CHROBOK, V. et al., 2004. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-031-3.
25. INSTITUT Bazální stimulace. [online]. [cit. 27.12.2023]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/>.
26. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3033-7.
27. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 4*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.
28. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.
29. KANIOVÁ, M., 2022. *Ošetrovatelská péče o dutinu ústní u pacientů na JIP a ARO*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav zdravotnických věd. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/d6xg5/30.4._2022_DP_Kaniova.pdf.
30. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.
31. KEJÍKOVÁ, V., 2013. *Znalost všeobecných sester pracujících v intenzivní péči o bazální stimulaci*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ve1tn/Kejikova_Vera_DP.pdf.

32. KELLY, M.A. et al., 2018. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative health research*. 28(2), 200–212. Doi: 10.1177/1049732317707726.
33. KEUTCHAFO WANKO, E.L. et al., 2022. A model for effective nonverbal communication between nurses and older patients: A grounded theory inquiry. *Healthcare*. 10 (11), 2119. Doi: 10.3390/healthcare10112119.
34. KOHOUT, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z klinické výživy II*. Praha: FORSAPI. ISBN 978-80-87250-32-7.
35. KOLÁŘOVÁ, Z., 2023. *NIP a DIOP se stávají nedílnou součástí moderní zdravotní péče*. [online]. Medical Tribune. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/nip-a-diop-se-stavaji-nedilnou-soucasti-moderni-kvalitni-zdravotni-pece/>.
36. KOSTELANSKÁ, L., 2016. *Koncept bazální stimulace u neurochirurgických pacientů*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/mjzqw/Diplomova_prace-Kostelanska.pdf.
37. Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. *Perkutánní endoskopická gastrostomie metodou PULL*. [online]. Krajská zdravotní a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: file:///C:/Users/kafko/Downloads/1_12.pdf.
38. KROUPA, R., KOHOUT, P., 2019. Perkutánní endoskopická gastrostomie – doporučený postup České gastroenterologické společnosti ČLS JEP. *Digestivní endoskopie – doporučený postup*. 1-13. Doi: 10.14735/amgh2019195.
39. KUBOVÁ, K., MAŠKOVÁ, E., 2014. *Subkutánní aplikace léčiv – přehled a výhody podání*. [online]. Remedia. [cit. 2024-01-10]. Dostupné z: <https://www.remedia.cz/rubriky/klinicka-farmakologie-a-farmacie/subkutanni-aplikace-leciv-prehled-a-vyhody-podani-6893/>.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
41. KYCLTOVÁ, P., 2016. *Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. [online]. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/74969/DPTX_2014_1_11110_0_406040_0_158462.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

42. LAUREY, S. et al., 2010. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC medicine*. 8, 68. Doi: 10.1186/1741-7015-8-68.
43. LEDER, J., 2020. *Spoluúčast rodinných příslušníků na péči o pacienta v prostředí intenzivní péče*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. [cit.2024-04-21]. Dostupné z: file:///C:/Users/kafko/Downloads/DP_LEDER_Spoluucast_rodinnych_prislusniku_na_peci_o_pacienta_v_prostredi_intenzivni_pece_2020_Archive.pdf.
44. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
45. MESSER, B., 2017. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0216-7.
46. MLČOCH, Z., 2015. *Vigilní kóma, coma vigile – příznaky, projevy, symptomy*. [online]. Příznaky-projevy. [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/1099-vigilni-koma-coma-vigile-priznaky-projevy-symptomy>.
47. *Národní ošetrovatelský postup odsávání z dýchacích cest*, 2020. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/41067/NOP%20Ods%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD%20d%C3%BDchac%C3%ADch%20cest.pdf>.
48. Nemocnice Neratovice, 2020. *Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče*. [online]. Nemocnice Neratovice. [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: <https://www.nemocnice-neratovice.cz/luzkova-pece/dlouhodob-intenzivni-oseetrovatelska-pece/>.
49. NOVÁKOVÁ, I., 2018. *Koncept bazální stimulace v intenzivní péči*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit.2024-04-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/d1oe6/DIPLOVA_PRACE_NOVAKOVA.pdf.

50. NOVOTNÁ, H., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
51. PAVLÍKOVÁ, A., 2017. *Bazální stimulace v intenzivní péči*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/q94xw/Diplomova_prace.pdf.
52. PČOLKOVÁ, M., 2011. Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie. *Zborník zo 4. Slovenského chirurgického dňa Lubovnianské kúpele v Starej Lubovni*. 10-17. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-0512-1.
53. PETERKOVÁ, M., 2019. *Mezi nebem a zemí*. [online]. Pražský strážník. [cit. 2023-09-17]. Dostupné z: <https://ps.mppraha.info/rubriky/nase-tema/mezi-nebem-a-zemi>.
54. POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A., 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.
55. PROCHÁZKOVÁ, E. et al., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.
56. PRUSENOVSKÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., 2016. *Komunikace sester s pacientem na umělé plicní ventilaci*. [online]. Florence – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/4/komunikace-sester-s-pacientem-na-umele-plicni-ventilaci/>.
57. RAUCH, F., 2009. Vibration therapy. *Developmental medicine and child neurology*. 51(4), 166-169. ISSN 0012-1622.
58. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3012-7.
59. SAIBERTO VÁ, S., 2017. *Ošetrovatelský proces*. [online]. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2024-01-13]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2018/BSPC011/Osetrovatelsky_proces.pdf.
60. SANIVARAPU, R.R., GIBSON, J., 2023. Aspiration Pneumonia. *StatPearls*. 19-25. Doi:10.1177/014860710202600604.
61. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2733-2.

62. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5247-1.
63. SEIDL, Z., 2023. *Neurologie pro studium i praxi*. 3. zcela přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3710-7.
64. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2006. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1775-3.
65. STOKLASA, M., 2021. 3. *tutoriál předmětu Marketingový výzkum – dotazování a pozorování*. Slezská univerzita. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/opf/leto2021/PEMBKMAV/2698484/3._tutorial_MV_-_metody_vyzkumu.pdf.
66. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
67. ŠLIKOVÁ DINGOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
68. ŠNOKHAUSOVÁ, A., 2022. *Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči*. [online]. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1003ub/48140255>.
69. ŠVECOVÁ, L., 2018. *Komunikace u pacientů v intenzivní péči*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: file:///C:/Users/kafko/Downloads/Komunikace_u_pacientu_na_UPV__Automaticky_ulozeno__Elektronicka_verze_Archive.pdf.
70. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.
71. VANCE, D.E. et al., 2022. Does olfactory training improve brain function and cognition? A systematic review. *Neuropsychology review*. 34(1), 155-191. Doi: 10.1007/s11065-022-09573-0.

72. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.
73. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5304-1.
74. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.
75. ZANDLOVÁ, M., 2020. *Rozhovor*. [online]. Univerzita Karlova v Praze. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: file:///C:/Users/kafko/Downloads/Rozhovor.pdf.
76. ŽILINSKÁ, K., 2018. *Zapojení rodiny do konceptu bazální stimulace z pohledu všeobecné sestry*. [online]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: file:///C:/Users/kafko/Downloads/Diplomova_prace__Zilinska_Katerina_Archive.pdf.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2: Pozorovací záznamový arch

Příloha 1: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaké je vaše pohlaví?
2. Kolik vám je let?
3. Jak dlouho pracujete na oddělení DIOP?
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Odkud jste získal/a informace o Bazální stimulaci?
6. Jak byste vlastními slovy popsal/a koncept Bazální stimulace?
7. Jaký je váš osobní postoj k Bazální stimulaci?
8. Kdy zařazujete koncept Bazální stimulace do péče o pacienty na oddělení DIOP?
9. Kolik času věnujete provádění Bazální stimulace u jednoho pacienta?
10. Jak získáváte informace o oblíbených podnětech pacienta?
11. Jaké druhy Bazální stimulace na oddělení DIOP nejčastěji u pacientů využíváte?
A kdy je využíváte?
12. Co patří mezi základní prvky konceptu Bazální stimulace na oddělení DIOP?
13. Na které prvky konceptu Bazální stimulace pacienti nejvíce reagují? A jak reagují?
14. Jaké pomůcky k Bazální stimulaci nejčastěji u pacientů využíváte?
15. Jakým způsobem je do konceptu Bazální stimulace zapojena rodina pacienta?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Příloha 1: Pozorovací záznamový arch

| POZOROVACÍ ZÁZNAMOVÝ ARCH | |
|---|--|
| Oslovení pacienta stanoveným jménem | |
| Iniciální dotek | |
| Verbální komunikace sestry s pacientem | |
| Neverbální komunikace sestry s pacientem | |
| Polohování | |
| Využití pomůcek k polohování | |
| Využití pomůcek k vibrační stimulaci | |
| Využití pomůcek k čichové stimulaci | |
| Využití pomůcek k chuťové stimulaci | |
| Dodržování denního rytmu u pacienta | |

| | |
|---|--|
| Nošení barevných uniforem | |
| Využití pomůcek k zrakové stimulaci | |
| Využití pomůcek k auditivní stimulaci | |
| Využití pomůcek k taktilně-haptické stimulaci | |
| Zapojení rodiny do konceptu Bazální stimulace | |
| Čas strávený u pacienta | |
| Trpělivost a spolupráce sester | |

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

9 Seznam zkratek

ARIP – Anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Bc. – Bakalářské

ČR – Česká republika

DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DiS. – Diplomovaný specialista

JIP – Jednotka intenzivní péče

ml – mililitry

NGS – Nasogastrická sonda

NIP – Následná intenzivní péče

PEG – Perkutánní gastrostomie

PMK – Permanentní močový katetr