

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Karolína Tomová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení
v ošetrovatelské péči

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Lenka Brožová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

.....

Bc. Karolína Tomová

Děkuji paní Mgr. Lence Brožové a Mgr. Adéle Stehlíkové za jejich cenné komentáře a připomínky. Děkuji všem vedoucím zdravotnických zařízení, kteří mi umožnili distribuci dotazníků a zároveň veškerému personálu za jejich ochotu pravdivě zodpovědět otázky v rámci dotazníkového šetření. Rovněž děkuji celé své rodině za jejich velkou psychickou podporu při psaní diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍL PRÁCE	8
1.1 Hlavní cíl práce	8
1.2 Dílčí cíle	8
1.3 Výzkumné otázky.....	8
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 Charakterizace pojmu.....	9
2.2 Počátky konceptu	9
2.3 Využití konceptu v zahraničí a v České republice	10
2.4 Teoretická východiska konceptu.....	12
2.4.1 Neurofyziologický model vývoje	12
2.4.2 Genetické prvky vývojové psychologie.....	13
2.4.2.1 Prenatální vývoj.....	13
2.4.2.2 Novorozenecký vývoj.....	14
2.4.3 Fyzioterapie	14
2.4.4 Psychologie.....	15
2.5 Koncept Bazální stimulace.....	15
2.5.1 Cíle bazální stimulace	15
2.5.2 Desatero bazální stimulace	16
2.5.3 Autobiografická anamnéza	17
2.6 Základní a nastavbové elementy	18
2.6.1 Somatická stimulace	18
2.6.2 Vestibulární stimulace	23
2.6.3 Vibrační stimulace	24
2.6.4 Optická stimulace	25

2.6.5	Auditivní stimulace.....	25
2.6.6	Orální stimulace.....	26
2.6.7	Olfaktorická stimulace.....	27
2.6.8	Taktilně-haptická stimulace.....	27
2.7	Komunikace.....	28
2.8	Haptika a její význam.....	30
2.9	Anesteziologicko-resuscitační oddělení.....	31
2.10	Ošetrovatelství.....	32
3	METODICKÁ ČÁST.....	34
3.1	Organizace výzkumného šetření.....	34
3.2	Charakteristika výzkumu.....	35
3.3	Charakteristika dotazníku.....	35
3.4	Způsob statistického zpracování.....	36
3.5	Použitá citační norma.....	36
4	VÝSLEDKY PRÁCE.....	37
5	DISKUZE.....	66
	ZÁVĚR.....	81
	SOUHRN.....	83
	SUMMARY.....	84
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	85
	SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ.....	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM GRAFŮ.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92
	PŘÍLOHY.....	93
	ANOTACE.....	110

ÚVOD

Bazální stimulace je hojně používaný a rozšířený ošetrovatelský koncept, především v zahraničí, například v zemích jako jsou Německo a Rakousko. V České republice se koncept dostává čím dál více do povědomí lidí a již mnoho zařízení s tímto konceptem pracuje. O jeho rozšiřování se zaslouhuje paní PhDr. Karolína Friedlová nejen lektorováním kurzů, ale především širokou publikační činností.

Prvky konceptu Bazální stimulace vychází z prenatálního vývoje člověka. Pomocí nich můžeme u nemocných rozvíjet jejich pohybové schopnosti a podporovat jejich komunikaci a hlavně vnímání. Bazální stimulace nepotřebuje žádné speciální pomůcky, nástroje, přístroje, není finančně náročná a nezabere mnoho času, proto ji můžeme velice jednoduše začlenit do běžného ošetrovatelského procesu a zpříjemnit tak nemocným všední činnosti např. ranní a večerní hygienu, jídlo nebo čas, kdy pacient/klient odpočívá. Jediné, co bazální stimulace vyžaduje, je proškolený personál a spolupráce všech pracovníků, kteří přijdou do kontaktu s pacientem/klientem, u něhož je prováděna bazální stimulace. Koncept využívá různé metody a techniky, proto je prakticky použitelný u všech hospitalizovaných nemocných. Nejčastěji je koncept začleňován do ošetrovatelské péče na odděleních intenzivní medicíny, neonatologické péče, na odděleních geriatrické péče, paliativní péče, psychiatrické péče a také v domácí péči nebo ambulantní péči. Ovšem abychom mohli provádět kvalitní bazální stimulaci na těchto pracovištích, je dobré mít alespoň základní teoretické a praktické znalosti o tomto konceptu. Tyto poznatky získáme na kurzech bazální stimulace.

Téma této práce jsem si zvolila z důvodu vlastní zkušenosti provádění bazální stimulace na oddělení anesteziologicko-resuscitačním, kde pracuji. Na oddělení pracuje mnoho sester, ovšem bazální stimulaci neprovádí všechny. Jedna sestra má absolvované všechny kurzy bazální stimulace a provádí ji u všech pacientů/klientů. Velice mě to zaujalo, když jsem ji viděla při práci, a proto jsem se o koncept Bazální stimulace začala zajímat. Zúčastnila jsem se základního kurzu bazální stimulace a to, co jsem se naučila, využívám v praxi na oddělení. Sice se snažíme, aby byla bazální stimulace využívána všemi pracovníky, ovšem je to velice složité. Ne všichni jsou o konceptu přesvědčeni a chtějí do ošetrovatelské péče začlenit i něco nového. Mě osobně provádění bazální stimulace baví a mám dobrý pocit z toho, že jsem pacientům/klientům nabídla něco příjemného, co jim může pomoci urychlit jejich hospitalizaci. Ráda bych

se zúčastnila ještě dalších kurzů bazální stimulace. Tato moje pracovní zkušenost ve mne vyvolala několik otázek, které jsem se rozhodla zkoumat v této práci. Ráda bych tak přispěla k zlepšování ošetrovatelské péče v nemocničních zařízeních.

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá konceptem Bazální stimulace a obsahuje teoretická východiska konceptu, prvky, metody, cíle a začlenění konceptu do ošetrovatelské péče na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. V praktické části jsem zjišťovala informovanost o konceptu Bazální stimulace a její provádění u pracovníků na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. Výzkumné šetření jsem realizovala kvantitativní metodou pomocí dotazníku. Ten je zaměřen na všechny pracovníky z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Výsledná data jsou graficky znázorněna.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jestli je koncept Bazální stimulace využíván na anesteziologicko-resuscitačních odděleních z pohledu ošetrovatelské péče. Hlavní cíl byl rozpracován do dílčích cílů.

1.2 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, kteří pracovníci oddělení ARO nejčastěji pracují s konceptem Bazální stimulace.
- 2) Zjistit, kde se personál oddělení ARO seznámil s konceptem BS.
- 3) Zjistit zájem pracovníků ARO o kurzy BS.
- 4) Zjistit, jestli bazální stimulaci provádí alespoň 80 % pracovníků ARO.
- 5) Zjistit, jaké jsou možnosti pracovníků provádět BS na svých odděleních.
- 6) Zjistit, u kterých pacientů/klientů je nejčastěji prováděna bazální stimulace.
- 7) Zjistit, jak pracovníci oddělení ARO podporují poskytování účinné a kvalitní stimulace.
- 8) Zjistit, jaké prvky BS pracovníci oddělení ARO nejčastěji využívají u P/K.

1.3 Výzkumné otázky

- I. Využívají pracovníci oddělení ARO koncept Bazální stimulace ve své práci, a jaké jsou případně důvody opomíjení konceptu?
- II. Ovlivňuje nabytá znalost o konceptu z výuky na škole nebo na kurzu pravděpodobnost provádění BS?
- III. Souvisí podpora účinného a kvalitního provádění konceptu BS s pozitivním přesvědčením pracovníka ARO o přínosu BS pro pacienta/klienta?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Charakterizace pojmu

Bazální stimulace (BS) je vědecký koncept, který se uplatňuje v pedagogice a ošetrovatelství. Pomáhá rozvíjet pohybové schopnosti člověka a podporuje jeho vnímání a komunikaci. V praxi se koncept využívá k posílení zachovalých schopností, především pohybových a komunikačních. Jednotlivé techniky tohoto konceptu jsou rozpracovány na následující stimulace:

- somatická stimulace (tělesná)
- vestibulární stimulace (stimulace rovnovážného ústrojí)
- vibrační stimulace (chvění)
- optická stimulace (zraková)
- auditivní stimulace (sluchová)
- taktilně-haptická stimulace (hmatová)
- olfaktorická stimulace (čichová)
- orální stimulace (chuťová)

Bazální stimulace přispívá ke zkvalitnění života u pacientů/klientů (dále jen P/K), kteří mají ireverzibilní změny duševního a tělesného stavu. Při ošetrování nemocného hledíme na získanou autobiografickou anamnézu jednotlivce. Každá osoba je jedinečná. Součástí konceptu je i zapojení rodiny a příbuzných do péče o nemocného (INSTITUT Bazální stimulace 2015c).

2.2 Počátky konceptu

Autorem a zakladatelem konceptu Bazální stimulace je speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu, kde se věnoval dětem, které se narodily s těžkým kombinovaným intelektovým (mentálním, duševním) a somatickým (tělesným) postižením (Friedlová 2009a). Verbální komunikace u dětí s velmi těžkými změnami vnímání byla velice obtížná nebo žádná. Komunikaci s těmito dětmi navázal Prof. Fröhlich na bázi vestibulární, vibrační a somatické komunikace. Převážně se věnoval podpoře sensorické

komunikace. Prenatální vývoj přináší mnoho poznatků, které tvoří základ pro stimulaci v oblasti komunikace a vnímání (INSTITUT Bazální stimulace 2015b).

Koncept Bazální stimulace, který u těžce postižených dětí podporuje jejich rozvoj schopností, vytvořil Prof. Fröhlich při svém vědeckém doktorském studiu, které trvalo pět let (Friedlová 2009a). Po mnohých vědeckých studiích se stal koncept Bazální stimulace uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem a je registrován ochrannou známkou - Bazální stimulace®. Fröhlich dále získal profesuru na Vysoké škole pedagogické v Heidelbergu a od roku 1994 je profesorem na katedře Speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau (INSTITUT Bazální stimulace 2015b).

Zdravotní sestra Prof. Christel Bienstein integrovala koncept Bazální stimulace do ošetrovatelské péče v 80. letech minulého století. Společně s Prof. A. Fröhlichem se od poloviny 80. let zabývají problematikou ošetrovatelské péče o lidi. Schopnost nemocných lidí komunikovat, vnímat a pohybovat se je hodně omezena (Friedlová 2009a).

2.3 Využití konceptu v zahraničí a v České republice

V Evropské unii je koncept Bazální stimulace velice rozšířen a patří mezi nejpopulárnější a nejčastěji používané koncepty (Friedlová 2003b). Tento koncept zmírňuje závislost P/K na ošetrovatelské péči a využívá se především u lidí se změnami v oblasti komunikace, lokomoce a vnímání. Stimulace se využívá především u P/K, kteří jsou v bezvědomí a na umělé plicní ventilaci (UPV), u dezorientovaných, neklidných a hemiplegických P/K. Dále u P/K s apalickým syndromem nebo Alzheimerovou chorobou, u lidí v somnolentních a komatózních stavech a u postižených dětí (Friedlová 2000b). S konceptem se můžeme setkat hlavně na odděleních intenzivní medicíny, odděleních geriatrické péče, neonatologické péče, psychiatrické péče, paliativní péče a v domácí i ambulantní péči (Friedlová 2003b).

Na zahraničních zdravotních školách je koncept integrován do osnov předmětu ošetrovatelství. Některé zdravotnické školy mají své lektory a ti mohou proškolit v konceptu nejen své zaměstnance, ale i absolventy školy. Učiteli, který je zároveň lektorem konceptu Bazální stimulace, je na škole umožněno zařadit do výuky 24 hodin konceptu, jako je to v základním kurzu BS. Po úspěšném splnění základního kurzu žáci získávají certifikát o absolvování základního kurzu bazální stimulace, který je platný

v celé Evropské unii. Tento certifikát je opravňuje integrovat koncept do ošetrovatelské péče v praxi (Friedlová 2009a).

V německých nemocničních zařízeních probíhá praktická výuka studentů v oboru ošetrovatelství pod dohledem zdravotních sester. Dle plánu služeb sester jsou studenti rozděleni na praxi a pracují ve směnách. Na praxi na oddělení nejsou studenti doprovázeni pedagogem. Veškeré problémy konzultují se sestrou mentorkou během různých pohovorů. Učitelka je na praxi na oddělení přítomna až v den zkoušky (Anastasiadou-Nývtová a Friedlová 2002).

Za rozšíření konceptu do současné podoby vděčí Prof. A. Fröhlich a Prof. Christel Bienstein níže uvedeným osobnostem, kteří pomohli svojí činností dále rozvíjet koncept Bazální stimulace: Peter Nydal, Prof. em. Dr. med. habil. Lothar Pickenhain, Gabriele Bartoszek, Michaela Friedhoff, Christa Assman, Marlis Wedde, Claudia Scherrer, Brigitte Dörner, Ute Hensel, Doris Hoffmann a mnoho dalších (Friedlová 2009a).

V České republice začala koncept Bazální stimulace šířit do povědomí paní PhDr. Karolína Friedlová, která je zakladatelkou INSTITUTU Bazální stimulace. Na začátku roku 2003 přednášela první základní kurz bazální stimulace a to na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Institut Bazální stimulace zaštiťuje od roku 2005 veškeré vzdělávací činnosti v konceptu Bazální stimulace. Ministerstvo zdravotnictví (MZ) České republiky (ČR), Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR akredituje základní kurzy jako vzdělávací programy (Friedlová 2005). V odborných certifikovaných seminářích lze pod vedením registrovaného lektora získat praktické dovednosti a teoretické vědomosti (Friedlová 2016).

Poprvé byl koncept zohledněn ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve Sbírce zákonů č. 424/2004. Tato vyhláška byla zrušena. Nyní je vyhláška č. 391/2017 Sb., která je aktuálně platná. Vztah praktické sestry a bazální stimulace je tam definován v § 4a, odstavce i.

2.4 Teoretická východiska konceptu

Koncept Bazální stimulace nahlíží na člověka komplexně, jako na bio-psycho-sociální a spirituální bytost s různými potřebami z oblasti psychické, sociální a tělesné (Bienstein a Fröhlich 2008). Důležitým bodem v konceptu je naše vnímání pomocí smyslů. Při uplatňování konceptu je důležité vnímat nejprve svoje tělo a poté si můžeme uvědomovat různé vjemy z okolí. Komunikace, pohyb a vnímání jsou si rovny a úzce spolu propojeny. Pokud dojde ke změně v jedné oblasti, zákonitě se změní i ostatní (Nydahl a Bartoszek 2000).

Následující procesy jsou pro vývoj člověka nejdůležitější, existuje mezi nimi rovnost a fungují společně:

- motorika
- kognice
- komunikace
- sociální zkušenost
- emoce
- vnímání
- zkušenost se svým tělem (Friedlová 2009a).

Teoretickou základnu konceptu Bazální stimulace tvoří neurofyziologický model vývoje, genetické prvky vývojové psychologie, poznatky z fyzioterapie a psychologie (Friedlová 2009a). Těmto předpokladům konceptu jsou věnovány samostatné kapitoly uvedené níže.

2.4.1 Neurofyziologický model vývoje

Hlavním úkolem nervového systému je zpracování a přenos informací. Základní stavební jednotkou je neuron, který je tvořen z těla a výběžků (dendrity a neuritem). Je schopen přijmout, vést a odpovědět na určité podněty z vnitřního i zevního prostředí organismu (Rokyta 2016). Vzruch je funkčním projevem činnosti neuronu a reflex je funkční jednotkou nervové soustavy. Reflex je odpověď organismu na podráždění receptorů, které je zajištěno centrálním nervovým systémem (CNS). Ten má velké množství významných vlastností jako je preciznost, rychlost, identita, plasticita.

Precizností a rychlostí se míní schopnost systému přesně a pohotově analyzovat přijaté informace a využít informace uchované v paměťových drahách. Každý jedinec má svoji CNS jedinečnou a nezaměnitelnou. Plasticita se dělí na dva typy funkčních změn. První druh plasticity se charakterizuje schopností přizpůsobit se změnám prostředí neboli adaptovat se, což má za následek vznik jedinečnosti CNS. Druhý typ se vyznačuje projevy, jako je rychlost nástupu a reverzibilita funkčních změn (Friedlová 2009a).

2.4.2 Genetické prvky vývojové psychologie

Nervová soustava se začíná utvářet již v prenatálním období a postupně se rozvíjí s každým dalším měsícem zrání plodu. Mozek je v tomto období v době vyvíjení a utváření se. Ostatní orgány lidského těla, na rozdíl od mozku, jsou ve fázi růstu. Porod sehrává významnou roli ve vývoji CNS, jenž není zcela dokončena. Velká změna prostředí si vyžaduje zapojení nervové centrální soustavy, která se vyvíjí i po narození (Machová 2002).

2.4.2.1 Prenatální vývoj

Spojení dvou pohlavních buněk v jednu je označováno za počátek prenatálního vývoje. Na začátku vývoje embrya dochází ke zrodu nervové soustavy, která vzniká z ektodermu - vnějšího zárodečného listu (Machová 2002). Zárodek se každým týdnem zdokonaluje a stává se z něho postupně člověk. V časném prenatálním období se rozvíjí stimulace orální, kdy si dítě cucá palec. Ve čtvrtém měsíci se nejprve vyvíjí somatické vnímání, kdy dítě začíná vnímat své tělo. Dále se utváří vibrační a vestibulární vnímání. Plod vnímá zvuky z vnějšího prostředí, kdy jsou přenášeny přes kůži matky a plodovou vodu a z vnitřního prostředí, tedy z těla maminky. V děloze fetus vnímá zvuky bušení srdce, toku krve v cévách, pohyby střev, hlas matky, atd. Plod je v lůně matčině schopen zabrat určitou polohu a v té setrvat nějaký čas (Friedlová 2009a). Tyto tři stimulace vytvářejí u člověka pocit jistoty a při utěšování malého dítěte nebo dospělého člověka jsou prováděny intuitivně (Friedlová 2003b). Od šestého měsíce má plod schopnost citově prožívat, učit se a pamatovat si zkušenosti zažité v děloze. Taktile-haptické vnímání, optické a auditivní vnímání se utváří u plodu po celý jeho vývoj a v posledním trimestru těhotenství se u něho projevují reakce na tyto percepce. Podněty, které zažije

v prenatálním období, jsou důležité pro jeho rozvoj po narození. Prenatální období je významné pro celý koncept z toho důvodu, že prvky základní a nástavbové bazální stimulace jsou uspořádány dle vývoje vnímání dítěte v plodovém období (Friedlová 2009a).

2.4.2.2 Novorozenecký vývoj

Novorozenecké období začíná narozením dítěte. Po porodu dochází k zapojení nepodmíněných reflexů u miminka, které má dostatečně vyvráslou CNS. U novorozence se čtvrtý den upravují vegetativní funkce, jako krevní tlak, dechová frekvence, termoregulace a tepová frekvence. Mezimozek a koncový mozek se do řízení nových funkcí zapojují v dalším období. První dny novorozence jsou důležité. Dochází k přizpůsobení se novým situacím, které přináší život mimo dělohu (Machová 2002).

2.4.3 Fyzioterapie

Prof. Fröhlicha ve fyzioterapeutické oblasti inspiroval Bobath koncept, se kterým přišli fyzioterapeutka Berta Bobath a její manžel neurolog Karel Bobath ve 40. letech 20. století. Bobath koncept je rehabilitační metoda zabývající se P/K, kteří mají poškozenou CNS. Koncept je vyvinut jak pro děti, tak i pro dospělé. U dětí se zaměřuje na změny v oblasti pohybové a na dětskou mozkovou obrnu. U dospělých na spasticitu a ochrnutí následkem vážného onemocnění mozku nebo cévního poškození mozku. Tento koncept je uznávaný po celém světě (Emmerová 2012; Friedlová 2009a).

Manželé Bobathovi se domnívali, že i poškozený mozek má schopnost se dále vyvíjet. Mozek má neuronální síť s funkčními systémy, které mají svoje uspořádání. Na základě opakování dané činnosti např. uchopování předmětů, dochází k upevnování daných systémů a k jejich stabilizaci. Tyto systémy se po nějaké době opakování zařadí mezi programy počínání s vyšším uspořádáním. Díky dostatku podnětů se v mozku utváří nové organizace neboli zasítování (Pickenhain 2000).

Pro Bobath koncept je typická práce v týmu. Uprostřed je P/K a jeho rodina, dále tým tvoří fyzioterapeuti, logopedi, lékaři, ergoterapeuti a další členové. Něž se s P/K začne cvičit, zjišťují se jeho schopnosti, napětí svalů a pohyblivost, a dle toho se plánuje léčebný program. Terapeuti používají nepřeborné množství kompenzačních pomůcek

pro nácvik správných pohybů. Koncept klade důraz na opakující se cviky, které jsou zprvu pasivní, na dostatek podnětů, které mohou zlepšit P/K pohyblivost, a na stimulaci již zachovalých schopností. Terapeuti učí P/K, jak provést samostatně správný pohyb, snaží se o zamezení spasticity, potlačení patologických pohybových reflexů a vzorů, ulehčení fyziologických pohybových vzorů a stimulaci (Červenková 2006; Emmerová 2012; Friedlová 2009a).

2.4.4 Psychologie

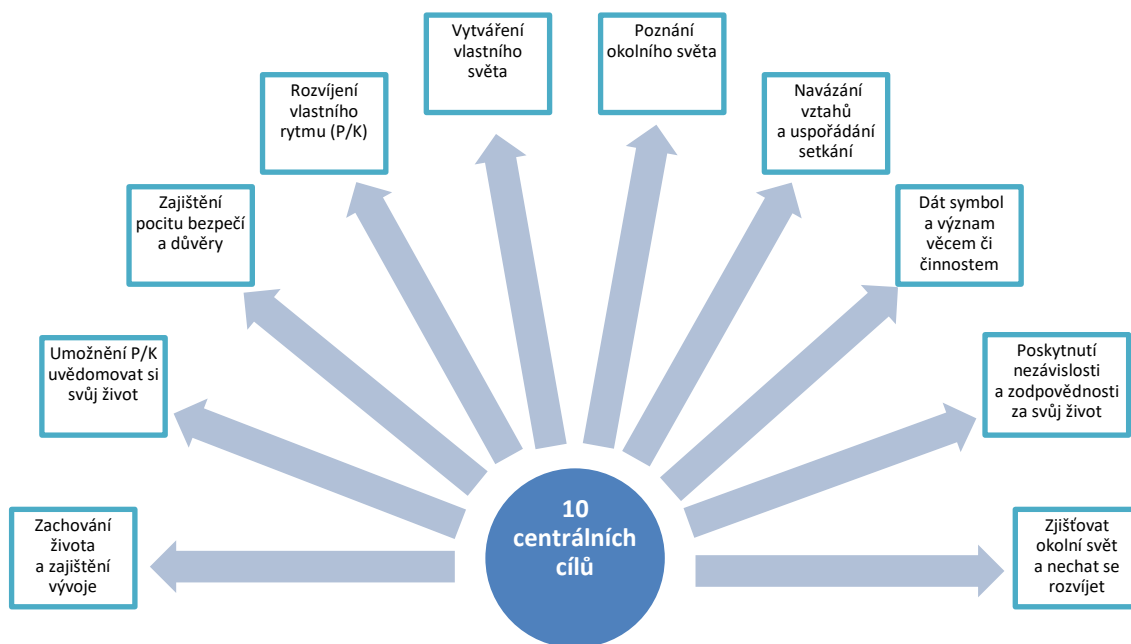
Teorie Alfreda Adlera se zabývá uvědoměním si svého já - jáství. Nahlíží na člověka z pohledu holistického a v rámci individuální psychologie ho vnímá jako nedělitelný celek. Na základě této teorie lze tvrdit, že v prenatálním období dítě nabývá zkušenosti o sobě samém díky somatickým, vibračním a vestibulárním informacím. Tato sdělení z plodového období si člověk zachovává a zužitkovává celý svůj život a díky tomu si může uvědomovat svoji osobu a svět okolo nás (Friedlová 2009a).

2.5 Koncept Bazální stimulace

Koncept Bazální stimulace klade důraz na odběr autobiografické anamnézy od P/K. Pokud je dobře odebrána biografická anamnéza, je to výhoda jak pro ošetřující, tak pro ošetřovaného. Na základě informací z autobiografické anamnézy mu může být poskytnuta lepší ošetrovatelská péče. Těm, co nevědí, jak poskytovat ošetrovatelskou péči v konceptu BS, napoví deset centrálních cílů, které jsou uvedeny níže. Také nám velice pomůže a usnadní práci s nemocnými tzv. desatero BS, které je podrobněji popsáno pod cíli BS.

2.5.1 Cíle bazální stimulace

Autoři konceptu sestavili deset centrálních ošetrovatelských cílů, které jsou pro ošetrovatelský personál jakýmsi vodítkem při péči o P/K. Cíle jsou konstruovány tak, aby vycházely z potřeb nemocného a péče mohla být individuálně strukturovaná. Deset cílů bazálně stimulující péče je vyjmenováno níže:



Obrázek č. 1. Cíle bazální stimulace

Zdroj: Vlastní zpracování na základě Bienstein a Fröhlich 2008; Friedlová 2016.

Tyto cíle se orientují na zprostředkování a podporu vnímání tak, aby u nemocných docházelo:

- ke komunikaci mezi osobami a okolím
- ke zkvalitnění funkcí organismu
- k rozvoji vlastního já
- k posílení orientace v čase a prostoru (Friedlová 2009a)

2.5.2 Desatero bazální stimulace

Desatero je jednoduchý návod, jak bychom měli s nemocným komunikovat. Je důležité, abychom ho dodržovali a řídili se tímto desaterem, protože tak pomůžeme P/K lépe vnímat prováděné stimulační.

1. Přivítejte se a rozlučte se s P/K, pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Pokud máte zaveden iniciální dotek, při oslovení se dotkněte P/K vždy na stejném místě.
3. Hovořte jasně, zřetelně a ne příliš rychle.
4. Mluvte přirozeným tónem, nezvyšujte hlas.

5. Dbejte, aby vaše gestikulace, mimika a tón hlasu odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s P/K používejte takovou formu komunikace, na kterou byl předtím zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdobněliny, není-li na ně zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s P/K se pokuste redukovat rušivý zvuk z okolního prostředí.
10. Umožněte P/K reagovat na vaše slova (Friedlová 2000b).

2.5.3 Autobiografická anamnéza

Tato anamnéza je důležitá pro poskytování účinné a kvalitní stimulace. Ošetřovatelský personál získává tuto anamnézu od rodiny P/K. Nenahraditelnou funkci plní zapojení rodiny a příbuzných P/K do konceptu Bazální stimulace, který je praktikován v ošetřovatelském procesu. Zde je nastínění pojmů, které může obsahovat biografická anamnéza, která je v příloze č. 1.

1. jaká je sociální situace a zaměstnání P/K
2. kdo může a kdo nemůže navštěvovat P/K
3. jaký je P/K typ osoby (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. jak P/K slyší
5. jak P/K vidí, jestli potřebuje brýle
6. jaký má denní rytmus
7. je pravák nebo levák
8. má P/K rád doteky
9. jak P/K spí, v jaké poloze, jaké používá přikrývky
10. jak si P/K čistí zuby, jak se holí a jaké k tomu používá pomůcky
11. co jí P/K rád a naopak co mu nechutná
12. co pije P/K rád, a které pití mu nechutná
13. které zvuky P/K poslouchá rád (hudba, rádio, TV)
14. upřednostňuje P/K některé materiály (např. oblečení, lůžkoviny, ručník, žínka)
15. jaké má P/K oblíbené a neoblíbené vůně
16. co dělá P/K, když má bolesti

17. co dělá P/K, aby se cítil dobře (osoby, klid, hudba, káva,...)

18. jaký měl P/K důležitý zážitek v poslední době (Friedlová 2016)

2.6 Základní a nastavbové elementy

Prvky bazální stimulace rozdělujeme na základní a nastavbové. Mezi prvky základní patří:

- somatická stimulace
- vestibulární stimulace
- vibrační stimulace

Mezi prvky nastavbové patří:

- optická stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně-haptická stimulace
- olfaktorická stimulace
- orální stimulace (Friedlová 2000b)

2.6.1 Somatická stimulace

Největším percepčním orgánem je smyslové kožní ústrojí, které shromažďuje několik receptorů a to čidla pro dotek, teplo, chlad, bolest a tlak. Tato čidla se nazývají kožní analyzátory. Koncept Bazální stimulace vychází z informace, že každý člověk v každé situaci je schopen něco vnímat. Pacient/klient by si měl uvědomit své tělesné hranice pomocí speciálních technik somatické stimulace, která může být prováděna během polohování P/K na lůžku, v křesle, při celkové koupeli a doplněná o použití různých materiálů např. žínky, deky (Friedlová 2009a). Nejčastější kontakt, který má nemocný, je jeho lůžko a ruce ošetřujícího personálu, a proto by měly být doteky jasné a cílené. Ne všechny doteky mohou být pro ošetřovaného příjemné, musíme brát ohled na intimní místa pacienta, zde mu nemusí být doteky vůbec příjemné (Friedlová 2003b). Každý P/K reaguje na somatickou stimulaci rozdílně. Reakce pacienta jako je změna krevního tlaku, změna tepové frekvence, svalového napětí, kašel, zvýšená salivace,

sekrece potu či slyšitelná peristaltika jsou projevy, které bychom mohli lehce přehlédnout (Friedlová 2016).

Existuje několik možností, jak provádět somatickou stimulaci:

1) Celková tělesná koupel

Koupel P/K provádíme většinou ráno a večer, záleží na zvyklostech oddělení a jeho potřebě. Hygienu však můžeme provést kdykoliv během dne, není nutné ji provádět ráno a mýt nemocného celého. Obličej a genitál můžeme vynechat a umýt ho mimo čas vymezený na celkovou koupel (Friedlová 2009a). Nedoporučuje se koupel začínat mytím obličeje, neboť je obličej velmi intimním místem na těle (Friedlová 2000c). Před koupelí bychom měli zhodnotit zdravotní stav P/K a zvážit, zda je koupel vhodná a jaký druh koupele zvolit. Při koupeli se snažíme dotýkat se ošetřujícího oběma rukama najednou a formovat tak jeho hranice těla, aby si je mohl uvědomit. Vhodné je přesně popisovat, co mu myji např. malíček, prsteníček, atd. a podpořit vnímání ještě žínkou (Friedlová 2016).

Koupel provádíme přibližně 15-20 minut. Pokud není nutná třetí osoba, jsme s P/K sami dva. Věnujeme se pouze jemu a nepovídáme si s někým dalším a snažíme se eliminovat nepotřebné zvuky. Ke koupeli můžeme použít také froté ponožky, žínky, které jsou velice příjemné na pokožce (Friedlová 2009a).

Druhy celkové tělesné koupele:

- celková koupel zklidňující
- celková koupel povzbuzující
- celková koupel neurofyziologická
- diametrální celková koupel
- celková koupel rozvíjející (Friedlová 2009a)

a) Celková koupel zklidňující

Tento typ koupele se provádí po směru růstu chlupů, tedy od centra k periférii viz příloha č. 2, obr. 1. Voda je teplejší než teplota těla P/K (Friedlová 2000c). Před zahájením koupele informujeme P/K o začátku koupele slovně a při poruše vědomí zahájíme informaci ještě iniciálním dotykem. Koupel zahájíme tak, že dáme P/K ruku do

umyvadla s vodou (taktilně haptický vjem) a mácháme žínku (akustický vjem). Nemocný by měl být u koupele alespoň v polosedě, aby mohl opticky kontrolovat situaci. Olfaktoricky podpoříme jeho vnímání použitím jeho oblíbených hygienických potřeb. Mytí začínáme na obličeji, pokračujeme přes hrudník, ruce a dolní končetiny. Záda myjeme nemocnému tak, že leží na boku a osušujeme ho ve stejném pořadí, jako jsme ho myli. Vždy by měla být jedna ruka na ošetřovaném. Koupele můžeme kombinovat, vždy bychom měli vědět, proč provádíme danou koupel (Friedlová 2009a). Tato koupel je vhodná pro P/K, kteří jsou v kóma, jsou neklidní, hyperaktivní, tachykardičtí, pro předčasně narozené děti, dále u umírajících a u nemocných se zvýšeným svalovým tonem (Friedlová 2016).

b) Celková koupel povzbuzující

Při této koupeli stimulujeme P/K proti růstu chlupů viz příloha č. 2, obr. 2. Začínáme na trupu, poté pokračujeme na ruce a nohy. Voda na koupel je o 1-2 °C nižší než teplota těla P/K (Friedlová 2000c). Oslovení a zahájení koupele je stejné jako u celkové koupele zklidňující. Na ruce začínáme od konečků prstů a jedeme po ruce směrem k rameni. Hrudník a záda myjeme ze stran ke středu a dolní končetiny stimulujeme také od palců nahoru k pánvi. Při mytí obličeje můžeme využít asistované péče nebo obličej stimulujeme směrem od brady k čelu. Tato stimulace je vhodná u P/K somnolentních, soporózních, v kómatu, bradykardických, se sníženým svalovým tonem a depresivních. Největší pozornost bychom měli věnovat systolickému tlaku pacienta, neboť tato koupel může zvednout nemocnému systolický tlak o 10 - 20 mm Hg (Friedlová 2016).

c) Celková koupel neurofyziologická

Tato koupel se provádí u P/K s poruchami hybnosti na jedné polovině těla. Nemocný musí vnímat svoji zdravou polovinu, aby mohl začlenit postiženou polovinu těla zpět do vnímání tělesného schématu. Velký důraz je kladen na P/K optickou kontrolu jeho stimulované části těla. Neurofyziologická koupel je vhodná pro osoby s parézami a plegiemi po mozkových cévních příhodách a po mozkolebečních traumatech s postižením pohybového aparátu. Nejvhodnější je aplikace u hemiplegiků, dále u kojenců a dětí s dětskou mozkovou obrnou, u P/K se změnou hybnosti části těla nebo po operacích mozku s postižením pohybového aparátu. Koupel je prováděna tak, že ošetřující personál stojí u P/K postižené strany a provádí stimulaci nejprve na zdravé

polovině těla, aby si uvědomil zdravou část, a poté přes zvýraznění střední části těla přechází na postiženou část těla. Obličej si nemocný umyje sám nebo za pomoci asistované stimulace. Zdá myjeme P/K v leže na postiženém boku od ramenou k sakrální části těla. Osušujeme od zdravé poloviny k postižené polovině těla. Po celou dobu koupele by měl P/K opticky kontrolovat stimulované části těla. Pokud to z nějakých důvodů nelze, můžeme se pokusit o tzv. zrcadlovou terapii (Friedlová 2016). Obrázek neurofyziologické stimulace je v příloze č. 2, obr. 3.

d) Diametrální celková koupel

Diametrální stimulaci využíváme u pacientů/klientů, kteří mají poruchu pohybového aparátu ve formě spasticity. Jsou to především P/K ve vigilním kóma, kteří mají dekortikační lézi. Postupně se u nich objevuje spasmus na končetinách a následně vznikají trvalé kontraktury. Stimulaci provádíme protichůdným tahem na končetinách a snažíme se klidným a pomalým tahem o narovnání prstů viz příloha č. 2, obr. 4, 5 a 6. Nemocní mohou mít při stimulaci bolesti spastických částí, a proto končetinami uhýbají. Stimulace by však měla být příjemná, nebolestivá a s dobrými pocity pro ošetřovaného (Stehlíková 2009).

Další možnosti somatické stimulace jsou:

- masáž stimulující dýchání (MSD)
- kontaktní dýchání
- polohování - mikropolohování, mumie, hnízdo

2) Masáž stimulující dýchání (MSD)

Prvním nádechem začíná život člověka, který se narodil. K životu potřebujeme dýchání, a proto omezení v dýchacích cestách z nějakého důvodu, nás velice omezuje a může vést k pocitu strachu. Je dobré, když ošetřující personál umí pracovat s technikami na podporu dýchání (Friedlová 2009a).

MSD se provádí na zádech nebo na ventrální části trupu. Dochází při ní ke sjednocení dechové frekvence P/K a masírujícího a vzniká tak mezi nimi komunikační proces. Pro tuto masáž je vhodný kontinuální trénink a správnost provedení, které vede k dosažení terapeutického cíle (Friedlová 2016). Cílem je dosáhnout pravidelného, hlubokého a klidného dýchání. Masáž je vhodná pro P/K, kteří jsou na umělé plicní

ventilaci, v odvykací fázi po UPV, u předčasně narozených dětí, u P/K depresivních, s bolestí, s poruchou spánku (Friedlová 2003b). Nemocní, kteří mohou z lůžka nebo jsou mobilnější, si k masáži mohou sednout, stoupnout či lehnout na břicho. U pacientů/klientů na UPV je vhodná poloha na boku. K této masáži použijeme olejíček nebo tělové mléko. MSD začínáme na zátylí a jedeme rukama po P/K zádech směrem k sakrální části. Po třech opakováních začínáme na zádech dělat kruhy, které se prolínají, viz příloha č. 2, obr. 7 a 8. Roztahujeme a zvedáme tak P/K hrudník do stran. Když přidáme vibrační pohyby, umožníme tak lepší uvolnění a vykašlání sekretu z dýchacích cest. Terapeutovy ruce neopouštějí po celou dobu masáže pacientova/klientova záda a eliminujeme rušivé podněty. Masáž ukončíme třemi tahy podél páteře a zřetelným zatlačením v sakrální oblasti. Po masáži dopřejeme masírovanému odpočinek (Friedlová 2016).

3) Kontaktní dýchání

Kontaktní dýchání má více variant provádění. Jednou z variant jsou ruce terapeuta položené na hrudníku P/K a doprovázení ho v nádechu a výdechu. Výdech můžeme podpořit lehkými vibracemi nebo lehkým stlačením hrudníku. Vibrace umožňují lehčí vykašlávání při zahlenění. Dalšími variantami je kontaktní dýchání buď jen s jednou rukou terapeuta, nebo s vlastní rukou P/K, a nebo současně s rukou nemocného a terapeuta, kdy P/K lépe vnímá svůj dech. U dětí se provádí dýchání kontaktem hrudníku dítěte s hrudníkem matky (rodiče) (Friedlová 2016).

4) Polohování

Člověk vnímá svoje tělo každou chvíli, ale při klidném ležení se už po 10 minutách vnímání vlastního těla mění. Dochází ke změnám vlastních tělesných hranic v důsledku nedostatku senzoričtých podnětů a pohybové aktivity, hlavně u osob dlouhodobě upoutaných na lůžko. Právě pomocí polohování pomůžeme P/K zajistit informace o jeho těle. Polohováním poskytujeme především somatickou a vestibulární stimulaci (Friedlová 2009a).

a) Mikropolohování

Mikropolohování spočívá v nepatrných změnách polohy u nemocných, pomocí srolovaného ručníku, prostěradla, polštářků, atd. Upřednostňují se standardní matrace před antidekubitními matracemi (Friedlová 2016).

b) Poloha mumie

Poloha mumie se používá pro zklidnění, proto se využívá pro P/K agresivní, neklidné, zmatené, probouzející se z kómatu, předčasně narozené děti a pro dlouhodobě upoutané na lůžku, u nichž došlo ke změně vnímání tělesné schránky. Nepotřebujeme žádné speciální pomůcky, postačí nám P/K lůžko a povlečení, polštáře, deky, ručníky nebo polohovací pomůcky. Provedení spočívá v obložení nemocného pomůckami, podložením hlavy polštářkem a zabalením P/K do prostěradla. Začínáme prostěradlo stahovat od nohou a pokračujeme až na hrudník. Ruce dáváme na hrudník. Vždy utahujeme tak, jak je to zabalovanému pohodlné, tudíž musíme pozorovat jeho reakce. Člověk zabalovaný do prostěradla musí mít možnost se z této polohy dostat sám. V poloze mumie ponecháme P/K do 20 minut (Friedlová 2009a; 2016). Viz příloha č. 2, obr. 9 a 10.

c) Poloha hnízdo

Poloha hnízdo je využívána k odpočinku s navozením příjemných pocitů a možností vnímat hranice svého těla. Poloha se využívá k podpoře vnímání tělesných hranic, fixaci těla do určité polohy, k celkovému zklidnění P/K, k odpočinkové fázi, pro předčasně narozené děti, během noci, po celkové zklidňující koupeli, po masáži stimulující dýchání. Polohu můžeme praktikovat na zádech, na boku, na břiše a vsedě. Pacienta/klienta uložíme do žádané polohy, jeho tělo ohraničíme dekou nebo jinými pomůckami a přikryjeme ho. V této poloze může být nemocný neomezený čas (Friedlová 2016; 2009a). Viz příloha č. 2, obr. 11, 12, 13 a 14.

2.6.2 Vestibulární stimulace

V kostěném labyrintu je uloženo statokinetické čidlo, které je vlastním recepčním orgánem vestibulárního systému. Je složeno ze tří polokruhovitých kanálků a dutiny – vestibulum. Kinetickým čidlem jsou kanálky polokruhovité a statickým čidlem jsou dva blanité váčky (uttikulus a sakulus) uložené ve vestibulu. Díky uspořádání jsou

polokruhovitě kanálky schopny zaznamenat pohyb všemi směry (Myslivoček a Trojan 2004).

Vestibulární stimulací (smyslově rovnovážné ústrojí) získáváme informace o změně polohy, vnímání pohybu a prostorovou orientaci. Pacient/klient provádí lineární, statické a rotační pohyby hlavou. V ošetrovatelské péči polohujeme nejprve hlavu a poté tělo. Vestibulární stimulace nemusí být jen polohování nemocného do sedu, ale také polohování pod hlavou, když zvedáme P/K s lůžkem (Kapounová 2007). Vestibulární stimulace se dá provádět pomocí lehkých a pomalých otáčivých pohybů hlavy, houpacích pohybů v lůžku. Tyto dvě možnosti je možné využít u P/K na ARO. Dalšími možnostmi jsou různé houpačky, závěsné sítě, houpací křesla, atd. Tuto stimulaci můžeme praktikovat i u imobilních P/K, kteří jsou nepohybliví déle jak tři dny, u nemocných, kteří jsou delší dobu na UPV, ve vigilním kómatu, u předčasně narozených dětí (Friedlová 2016).

2.6.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace má za cíl stimulovat receptory pro vnímání vibrací, které jsou uloženy v kůži. Vibrace vnímáme od periférie dovnitř těla (Friedlová 2016). Pomocí vibrační stimulace si uvědomujeme polohu vlastního těla. Pomohou nám k tomu poklepové masáže, klepání, dupání. Vibracemi můžeme u P/K také dosáhnout rytmického dýchání nebo můžeme dýchání prohloubit (Kapounová 2007).

Vibrační stimulaci začleňujeme do ošetrovatelské péče u P/K ve vigilních kómatech, s hlubokou mentální retardací a u nemocných, které chceme vertikalizovat a mobilizovat. Porucha a poranění integrity kůže, varixy a krvácivé stavy jsou kontraindikací k provádění vibrační stimulace. K vibrační stimulaci můžeme použít mnoho nástrojů např. vibrující hračky, holicí strojek, hudební nástroje vydávající vibrace, hlas a ruce P/K nebo ošetřujícího personálu. Nemocnému dopřejeme, aby měl velkou plochu na vnímání vibrací, zvolíme polohu vsedě, vleže na zádech nebo v polohovacích vacích. Vibrace provádíme podél skeletu z distálního směru k proximálnímu směru. Nejvhodnější místa k stimulaci jsou ramena, loket, patní kost, dlaň, zevní nebo vnitřní strana kolene, hřeben kosti pánevní. Vhodné je zapojit příbuzné do péče a nechat je provádět vibrace tělo na tělo. Tato metoda je velice účinná u P/K na odděleních intenzivní péče, kteří jsou v komatózních stavech (Friedlová 2016).

2.6.4 Optická stimulace

Zrak je pro člověka nejdůležitějším smyslem a pomocí něho získáváme až 90 % informací z okolí. Čípky nám zajišťují barevné vidění a mají menší citlivost ke světlu. Jednobarevné vidění zajišťují tyčinky a umožňují vidění i za šera (Mysliveček a Trojan 2004).

V zařízeních, kde jsou P/K upoutáni na lůžko, bývá okolní prostředí málo bohaté na vizuální podněty. Prostředí je neměnné, stále stejné, prosté a proto ho nazýváme jako destimulující. Toto okolí může u člověka, který je dlouho v nemocničním zařízení, vyvolat agresivitu, stavy zmatenosti, dezorientaci a iluzorní představy. Ke zlepšení zrakového vnímání mohou přispět terapeutické aktivity stimulující smyslové somatické receptory, receptory ve vnitřním uchu, proprioreceptory v kloubech, ve svalech a šlachách. Pro nemocného a jeho optickou stimulaci, je velice důležitá i malá změna tělesné polohy na lůžku. Zorné pole se změní i malým pootočením hlavy a P/K tak může sledovat jiné podněty ve svém okolí. Změnou polohy dochází k somatické a vestibulární stimulaci. Pacient/klient vnímá okolí a své tělo jinak z vertikální nebo horizontální úrovně. Autobiografická anamnéza by měla napovědět personálu jak konkrétně daného nemocného opticky stimulovat (Friedlová 2009b). Je dobré zohlednit P/K zdravotní stav a dle toho poskytovat určité stimuly. Jiné podněty použijeme u dětského P/K a jiné u geriatrického pacienta/klienta. U dětí se používají ke stimulaci obrázkové knížky a obrázky. U geriatrických nemocných zhodnotíme jejich zdravotní, sociální a mentální stav. Ke stimulaci použijeme fotografie známého prostředí, blízkých osob, předměty a obrázky, které mají P/K doma. Nesmíme opomenout brýle, které jim pomáhají k lepší optické stimulaci (Friedlová 2009b).

2.6.5 Auditivní stimulace

Zvukový signál zachycují boltec a zevní zvukovod a ty vedou zvuk k bubínku. Jako rezonátor působí boltec, zevní zvukovod a bubínek, tzn., že některé tóny zesilují. Zvuk, který se dostane k bubínku, ho rozechvěje a přenesení se na sluchové kůstky a ty ho přenesou na oválné okénko a odtud je zvuk dále přenesen na tekutiny vnitřního ucha (endolymfu a perilymfu) a ty stimulují Cortiho orgán (Mysliveček a Trojan 2004).

Přes auditivní komunikační kanál navážeme s P/K kontakt, který je vhodné doplnit iniciačním dotekem. Dotyčný tak bude vědět, že opravdu mluvíme pouze s ním a nehovoříme s někým jiným v jeho okolí. Komunikace je zřetelná, jasná, jednoduchá, tak aby ji P/K rozuměl. Nesmíme opomenout údaje z autobiografické anamnézy, např. používání sluchadla, sluchová nedostatečnost u nemocného. K auditivní stimulaci jsou často využívány rádia, digitální přehrávače a další mechanická zařízení, která přenáší P/K jeho oblíbený zvuk třeba blízkých osob nebo oblíbené muziky. Můžeme využít i zpěv, vyprávění nebo různé nástroje. Rodina hovoří s P/K stejně, tak jako s ním hovořili doma (Friedlová 2009b).

2.6.6 Orální stimulace

Chuťový pohárek je receptorem chuti a jeho poloha je pod povrchem sliznice jazyka, ústní dutiny a hltanu. Nejvíce chuťových pohárků je na jazyku, kde každá chuť má své umístění. Základními chutěmi jsou kyselé, hořké, slané a sladké (Mysliveček a Trojan 2004).

Ústa jsou nejaktivnější a nejcitlivější tělesnou, intimní a osobní zónou. Už v 9. týdnu embryonálního vývoje jsou ústa stimulována dítětem, které si cucá svůj palec. Později saje, zívá a polyká. Příjem potravy můžeme rozdělit na preorální a orální fázi. Vjemy čichové, vizuální, taktálně-haptické a gustační se kombinují v preorální fázi (Friedlová 2009b).

Orální stimulace si klade za cíl zprostředkovat P/K vjemy z jeho úst a stimulovat jeho vnímání. Než začneme aplikovat orální stimulaci, je dobré začít somatickou stimulací obličejové části hlavy. Při orální stimulaci nesmíme zapomenout na informace získané z autobiografické anamnézy a na správnou polohu P/K. Vhodná poloha je vsedě na lůžku nebo v lůžku a nesmí docházet k hyperextenzi hlavy. Po ukončení příjmu potravy by P/K měl zůstat ještě 30 minut ve stejné poloze. U lidí, kteří nejsou schopni sami přijímat potravu ústy, se musí nahradit výživa buď intravenózně (i. v.) nebo podáním do perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Ústa jsou vyřazena z činnosti, a proto je zde orální stimulace vhodná. Stimulaci zahájíme potíráním rtů nebo vlastní dutiny ústní P/K oblíbenou tekutinou. Pokud jsou reakce na stimulaci např. olíznutí, dochází tím ke stimulaci i svalů orofaciálních. Do úst se nejčastěji vkládají tzv. cucací váčky,

do kterých se vloží kousek jídla (ovoce, bonbon, čokoláda) a v ústech cítíme jejich chuť a tím připomínáme P/K podobné stimuly příjmu stravy (Friedlová 2009b).

2.6.7 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy vnímáme každý den. Pro někoho mohou být příjemné a pro jiného zase nepříjemné, proto musíme dávat pozor při čichové stimulaci, abychom u P/K nevyvolali negativní pocity. Každý má své oblíbené vůně. Mohou nám připomínat např. některá roční období, jako Vánoce, které jsou spojené s vůní perníku, jehličí nebo situaci – příjemná chvíle při pití kávy (Friedlová 2009b).

U P/K na lůžku můžeme stimulovat čich při koupání, kdy mu nejprve dáme přivonět k jeho hygienickým pomůckám, kterými ho budeme mýt. Při jídle nejprve ukážeme jídlo a dáme také přivonět. Tímto u P/K podporujeme celistvé uvědomování si činností a podáváme mu sjednocený obraz o jednotlivých vjemech. Čichová stimulace není náročná na provedení a nezabere mnoho času, přesto je málo prováděnou stimulací (Stehlíková 2009).

2.6.8 Taktilně-haptická stimulace

Taktilně-haptickou stimulací rozvíjíme a podporujeme hmat. Pacientovi/klientovi umožňujeme vnímat chlad, teplo, napětí, tlak, natažení, vibrace, dotek. Ruka patří k nejaktivnějším částem těla spolu s ústy. Ruce využíváme ke komunikaci a také nám umožňují rozpoznat určité předměty zevního prostředí. Hyperaktivní, neklidní P/K rádi tahají za zavedené katétry, nejčastěji za močovou cévku, drény, jiné invazivní vstupy, rozdělávají plenkové kalhotky, hrají si se svojí stolicí, sundávají a trhají lůžkoviny, atd. Takto činí z nedostatku taktilně-haptické stimulace a potřeby identifikovat předmět, který objevili. Při taktilně-haptické stimulaci využíváme předměty a pomůcky, které P/K používal doma nebo v práci a připomínají mu určitou činnost. U nemocných provádíme taktilně-haptickou stimulaci nejen při ranní hygieně, kdy mu dáme nejprve do ruky ohmatat jeho hygienické pomůcky, kterými ho budeme mýt. Obdobně to provádíme u stravy, kdy dáme P/K ohmatat příbor, talíř. Pokud je to samozřejmě možné. Další možností je nasazení ponožek či bot na chodidla P/K a umožnit mu pohybovat se chodidly po prostěradle nebo se můžeme různě dotýkat jeho chodidel. Rodina donese P/K

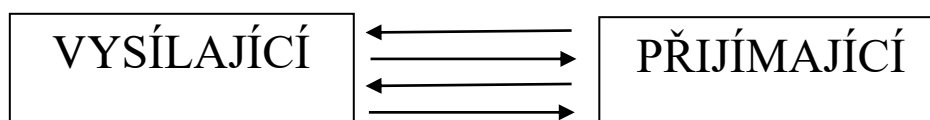
předměty, které používal doma nebo v práci např. oblíbené předměty, žinku, ručník, kartáček, předměty používané k výkonu povolání. Vhodný by byl i domácí mazlíček, ten ale na většinu pracovišť nemůže. Při doteku jsou zapojeny prvky vibrační, optické a taktilně-haptické stimulace (Friedlová 2009b; Stehlíková 2009).

2.7 Komunikace

Komunikace je sdělování informací prostřednictvím prostředků a signálů. Komunikovat můžeme písemně, ústně, gesty, mimikou a další neverbální komunikací mezi dvěma a více komunikanty (lidmi) (Honzák 1999).

Rozlišujeme komunikaci verbální a neverbální. „*Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému*“ (Zacharová 2016, s. 29). Neverbální komunikace je „*řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme*“ (Zacharová 2016, s. 56). Do neverbální komunikace zahrnujeme mimiku (výraz obličeje), haptiku (dotyk), proxemiku (přiblížení a oddálení), kineziku (pohyb), posturologii (fyzický postoj), gesta, pohledy a úpravu zevnějšku (Venglářová a Mahrová 2006). Neverbální (mimoslovní) komunikace tvoří více jak 90 % našeho sdělení a verbální komunikaci tvoří asi 10 %. Nejdůležitějším sdělením je to, co děláme, jak se chováme a jak jednáme. I způsob našeho sdělení má velkou váhu v komunikaci. Není možné nekomunikovat (Křivohlavý 1995).

Komunikace musí probíhat obousměrně:



Obrázek č. 2. Komunikace (Honzák 1999, str. 13)

Komunikace je proces, při kterém na sebe působí osoby zúčastněné tohoto procesu. Komunikační proces je tvořen pěti složkami, a pokud některá z nich chybí, komunikace nemůže probíhat (Friedlová 2016). Složky komunikačního procesu jsou: komunikátor - ten, od koho vychází sdělení, komunikant - příjemce vysílané zprávy,

komuniké - vyslaná zpráva, informace, zpětná vazba - informuje o příjmu informace, kontext - prostředí, kde probíhá komunikace (Zacharová 2016).

Duševní a tělesný život pacienta/klienta je proces, který je závislý na výživě, péči a podnětech v interakci mezi vnímáním, komunikací, pohybem a sociálním prostředím. Komunikace, pohyb a vnímání se navzájem prolínají (Friedlová 2009a).

Verbální komunikace je ovlivňována znalostí komunikačního jazyka, úrovní vnímání, výškou hlasu a jeho intonací, schopností vyslovovat a analyzovat význam slov. Neverbální komunikace je ovlivňována schopností vykonávat pohyb, úrovní vědomí a možností využití jiných komunikačních kanálů než auditivního. Pacient/klient, který je upoután na lůžko a nemůže s ošetřujícím personálem verbálně komunikovat, používá komunikaci neverbální. Ošetřující personál musí být velice pozorný, aby mohl zaznamenat i nepatrné reakce nemocného. Pacientem/klientem vysílané příjemné pocity jsou např.: otevírání úst a očí, hluboký dech, bručení, vzdychání, sténání, mrkání očima, uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů nebo naopak zvýšení svalového napětí, úsměv, pousmání, klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy. Pacient/klient nám dává najevo i nepříjemné pocity např.: křik, pláč, sténání, všeobecný motorický neklid a stereotypní chování, nepravidelné, neklidné dýchání, zavírání úst a očí, blednutí, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům, reakce signalizující obranu, křečovitě držení těla, zvýšení svalového tonu, křečovitě pohyby a mimika (Friedlová 2016).

Komunikační kanály, které jsou dle stavu a schopností P/K v bazální stimulaci využívány: somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické (Václavíčková 2014).

Komunikace neprobíhá jen mezi ošetřujícím a pacientem/klientem, ale také mezi personálem a rodinou či příbuznými nemocného. Komunikace s rodinou P/K je někdy velice komplikovaná. Je však důležité, aby zdravotnický personál uměl komunikovat nejen mezi sebou, s pacientem/klientem, ale i s příbuznými. Často záleží na první komunikaci zdravotnického personálu s příbuznými, kdy je dobré s nimi navázat vřelý kontakt a získat je tak ke spolupráci. Nejen první, ale i poslední verbální komunikace je důležitá. Při vstřícné komunikaci mohou příbuzní odcházet s pocitem, že o jejich blízkého bylo profesionálně postaráno. V opačném případě, kdy je personál na rodinu P/K nepříjemný, mohou opouštět oddělení nespokojení a přemýšlet o stížnosti. Sestra má své kompetence a nemůže příbuzným sdělit veškeré informace, které se týkají zdravotního stavu nemocného. Jde o to, aby navázala s příbuznými P/K spíše společenskou

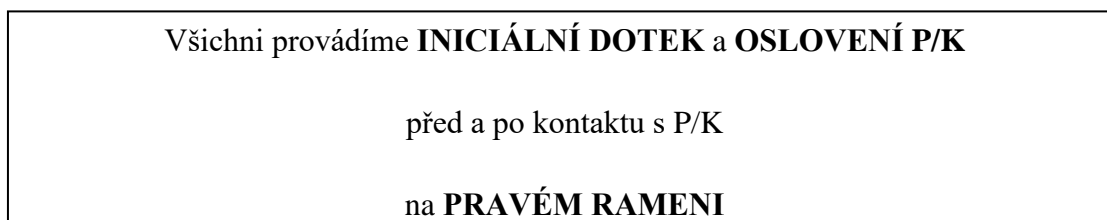
komunikaci. Komunikace ze strany příbuzných nemocného je různorodá, každý si chce popovídat a řešit jiné problémy, a proto by měl být zdravotnický personál připraven na jakoukoliv komunikaci (Špatenková a Králová 2009).

2.8 Haptika a její význam

Haptika je z řeckého slova haptain – dotýkat se. Dotek je nejzákladnější formou somatické stimulace a v neverbální komunikaci nejjednodušší formou komunikace (Lišková 2005). Přes doteky člověk získává informace o zevním prostředí a může také se svým okolním prostředím komunikovat, proto musí být dotek kvalitní. Doteky jsou důležité při poznávání světa a v mezilidské komunikaci, kdy pomocí doteku můžeme navázat vztahy (Friedlová 2008). Při taktilním kontaktu dochází k stimulaci kožních smyslů a k dotekovému dráždění (Janáčková a Weiss 2008). Přes ruce ošetřujícího personálu je P/K umožněno vnímat informace nejen o sobě samém, ale i o okolním prostředí. Techniky, v kterých koncept terapeuticky působí pomocí doteků, jsou metody polohování, masážní techniky, somatická stimulace v kontextu celkové koupele, rehabilitační cvičení a pomoc při pohybu a korekci polohy. Koncept Bazální stimulace klade velký důraz na kvalitu doteků. Pacientovi/klientovi musí být dotek příjemný, měl by si ho umět uvědomit, zpracovat a důležité je, aby podpořil vývoj jeho zdravotního stavu. Ošetřující personál by si měl umět všimnout, zda je dotek nemocným vnímán příjemně či nikoli. Pohyb při doteku a použití nějakého materiálu pomůže P/K lépe vnímat dotek. Při celkové koupeli použijeme žínku a ručník a umožníme tak nemocnému vnímat hranice, velikost a formu svého těla. Musíme dbát na celistvost doteku a pohybu a dotek nepřerušovat, aby nebyl u P/K vyvolán pocit nejistoty, strachu, dezorientace, chaos nebo zvýšení svalového napětí. Způsob a význam kontaktu, klid, sled, opakování, rytmus, vyvinutá síla a tlak jsou předpokladem pro kvalitní dotek. Lokalita a intenzita doteků hraje také velkou roli (Friedlová 2009a).

Pocity nejistoty a strachu mohou u P/K s poruchou vnímání vyvolávat necílené a nečekané doteky, proto u nich volíme tzv. iniciální dotek, který je pro všechny P/K velice důležitý. Oznamuje mu začátek a konec činnosti s jeho tělem a naší přítomnosti u něho. Na základě autobiografické anamnézy zjistíme, které místo je pro nemocného nejvhodnější. Dotek by měl být zřetelný, pevný a přiměřeného tlaku a hlavně příjemný pro P/K. Pro iniciální dotek se volí místa v centrální části těla, nejlépe rameno, paže nebo

ruka (Kapounová 2007). S ošetrovatelským výkonem nezačínáme ihned po iniciálním doteku, ale necháme P/K si tento dotek zažiť a až poté provádíme ošetrovatelské výkony (Friedlová 2000a). Samotný iniciální dotek nestačí. Musí být doprovázen verbálním oslovením nemocného a je nutné, aby toto pravidlo dodržovali všichni lidé, kteří s P/K přijdou do kontaktu. Takto prováděný iniciální dotek u P/K přispívá k účinné a kvalitní bazální stimulaci. Místo iniciálního doteku a oslovení nemocného je viditelně umístěno na cedulce nad jeho lůžkem, tak aby to všichni viděli (Friedlová 2016).



Obrázek č. 3. Pokyny pro iniciální dotek

Zdroj: Cedulka z oddělení ARO Turnov

2.9 Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Pacienti/klienti, kterým bezprostředně selhávají základní životní funkce, nebo k jejich selhání už došlo, jsou přijímáni na oddělení anesteziologicko-resuscitačním (ARO). Stav P/K je kontinuálně monitorován, vše je zapisováno do dokumentace a je jim poskytována resuscitační péče dle diagnózy. Sestra i lékař jsou přítomni 24 hodin denně. Na ARO jsou přijímáni P/K z jiných oddělení nemocnice, od zdravotnické záchranné služby, z jiných zdravotnických zařízení nebo z ambulance a urgentního příjmu (Kapounová 2007).

Anesteziologické oddělení je vybaveno ventilátorem, anesteziologickým přístrojem, diagnostickými a monitorovacími přístroji, pomůckami k zajištění a udržení průchodnosti dýchacích cest, pomůckami pro i. v. aplikaci farmak, krevních derivátů a roztoků, přístroji a dalšími pomůckami k zajištění bezpečnosti anestezie nebo k řešení možných komplikací (Zemanová 2009).

Práce zdravotníků na tomto pracovišti je velmi specifická a náročná jak fyzicky, tak psychicky. Jsou požadovány absolutní reakční vlastnosti, odolnost vůči zátěži, preciznost, vzdělání. U sesterského personálu je vyžadována pomaturitní specializace v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP) nebo intenzivní péče či vyšší

a vysoká škola. U lékařů je vyžadována I. atestace v oboru intenzivní medicína (Hůsková 2000).

2.10 Ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, která se zabývá péčí o člověka“ (Burda a Šolcová 2015, s. 12). Ošetřovatelská starostlivost není jen pro nemocné lidi, ale i pro zdravé. Snaží se najít a uspokojit lidské potřeby sociální, biologické, psychické a spirituální. Ošetřovatelská péče je především zaměřena na osoby nemohoucí a snaží se jim poskytnout profesionální péči. Cílem je pomoci nemocným jejich zdravotní stav upevňovat nebo jim pomoci s navrácením zdraví. K ošetřování nemocných patří i důstojné skonání (Burda a Šolcová 2015).

Ošetřující personál denně přichází do kontaktu s různými typy P/K, a proto o každého pečujeme individuálně na základě informací získaných z autobiografické anamnézy nemocného. Ovšem i tak je pro ošetřujícího velmi těžké nemocným porozumět a pochopit jejich potřeby. Vhodné je jim poskytnout jistotu, pomoci jim se orientovat a podpořit je v rozvoji jejich osobnosti. Každému P/K by měly být umožněny takové stimuly, které mu byly poskytovány za plného zdraví. Proto při jakékoliv ošetřovatelské péči je vhodné stimulovat některý z P/K smyslů a to i v minimální možné míře (INSTITUT Bazální stimulace 2015a). Proto je ošetřovatelská péče zaměřena především na péči stimulační, která je aplikována i na oddělení ARO. Zde jsou často hospitalizováni P/K se změnami v oblasti vnímání a komunikace. Personál tedy navazuje kontakt s nemocným nabízením stimulací a pohybových podnětů. Stimulace jsou zařazeny do běžné ošetřovatelské péče a měly by být poskytovány maximálně dvacet minut. Výhodou je zohlednění P/K harmonogramu dne než onemocněl a kreativita sestry. Dobré je si ráno zorganizovat čas, tak aby ošetřující personál stihl běžné činnosti prováděné u P/K a ještě mu mohl dopřát i něco z BS (Friedlová 2003a; Hůsková 2000; INSTITUT Bazální stimulace 2015a).

Například polohování patří mezi běžně prováděnou ošetřovatelskou činnost u P/K. Když k tomu přidáme i některé prvky z bazální stimulace, můžeme P/K pomoci stát se dříve nezávislým na péči ostatních. Proto je dobré do ošetřovatelské péče zapojit i rodinu a blízké P/K, kteří mu mohou pomoci zvládat jisté úkony např. s jídlem, pitím,

koupelí, atd. A tak se provádění bazální stimulace stává ještě více účinné a kvalitní (Lišková 2005).

Bazální stimulace se v nemocnici provádí na běžných odděleních, kde jsou nemocní hospitalizováni na pokoji s ostatními P/K (ve větším množství) a jsou od sebe odděleni pouze nějakým paravánem či plentou. Není tak zachováno skoro žádné soukromí. Toto je jedna z nevýhod při provádění BS. K dalším nevýhodám můžeme začlenit rušivé elementy např. alarmany pump, dávkovačů, jiných přístrojů či další zvuky z okolí. Dále jsou často místnosti vymalovány bíle bez jakýchkoli stimulujících předmětů, na stropě zářivky, různé přístroje, atd. Na sobě má nemocný zavedeno několik hadiček, katétrů, drátů, které nepůsobí pozitivně na P/K zdravotní stav (Mechová a Majkusová 2006).

Naopak speciální oddělení, kde se provádí aktivně koncept Bazální stimulace, mají barevně vymalovány stěny, na kterých jsou umístěny obrázky. Takto uzpůsobené oddělení působí pozitivně jak na P/K, tak i na personál a rodinu nemocných. Samozřejmě by měl být také personál empatický a milý (Wolfová 2006). Nejlépe na P/K působí zelená barva na stěnách. Ta totiž snižuje stres a nemocní nepotřebují tolik analgetik. Už i 5 minut v zeleném koutě má pozitivní vliv na P/K (Mechová a Majkusová 2006).

Bohužel je ale často dávana přednost diagnosticko-terapeutické a administrativní práci před ošetrovatelskou, která je velmi důležitá. Především tato ošetrovatelská práce by měla být hlavní náplní práce sestry a poskytována P/K co nejčastěji (Mechová a Majkusová 2006). Když do této ošetrovatelské části zařadíme i provádění konceptu Bazální stimulace, přinese to pozitivní výsledky nejen nemocným, ale i personálu. Ošetrovatelský personál se skrze provádění BS učí vnímat nemocného a nemocní zase prostřednictvím BS vnímají velké množství podnětů (Hůsková 2000).

3 METODICKÁ ČÁST

3.1 Organizace výzkumného šetření

Nejprve je realizována pilotáž, která si kladla za cíl získat informace o dané problematice a používaných metodách. Tato pilotní studie se provádí ještě před samotným vlastním výzkumem. Tím se badatel snaží předejít chybám a nedostatkům ve výzkumu (Chráška 2016). Sběr dat byl proveden kvantitativní formou pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku. Ten byl rozdán deseti všeobecným sestřám na oddělení ARO v Turnově, kde byl podroben pilotáži. Po vrácení dotazníků s připomínkami jsem některé otázky přeformulovala. Tato pilotní studie byla provedena v říjnu 2017. Pro teoretický základ metodické části práce sloužila publikace Petera Gavory.

Finální dotazníky jsem rozdala v rámci Libereckého kraje do nemocnic v Turnově, Liberci, Jablonci nad Nisou, Tanvaldu, Jilemnicí a České Lípě. Nejprve jsem telefonicky kontaktovala vedení nemocnic a žádala jsem o umožnění provést na odděleních ARO dotazníkové šetření. Nemocnice Turnov vyžadovala navíc ještě písemnou žádost, která je k náhledu v příloze č. 3. Ve všech nemocničních zařízeních mi bylo vyhověno a dotazníkové šetření bylo provedeno v období listopadu a prosince 2017. Při kontaktování vrchních sester konkrétních pracovišť jsem e-mailem zasílala i odkaz na dotazník vytvořený na internetu - <https://goo.gl/forms/bqqS3RG6RaAw945v1>. Celkem bylo vyplněno 215 (100 %) dotazníků v tištěné a internetové podobě. Tištěných dotazníků bylo rozdáno 210 (97,7 %). Z těch se mi zpět vrátilo 189 (87,9 %) vyplněných. Z tohoto počtu jsem musela 4 (1,9 %) dotazníky vyřadit, protože byly špatně vyplněny, tudíž nemohly být zařazeny do vyhodnocení. Internetový dotazník bylo možné vyplnit ve stejných měsících jako tištěný dotazník. Této možnosti využilo jen 5 (2,3 %) respondentů. Z internetových dotazníků nebylo nutné žádný vyřadit. Celkový počet odpovídajících dotazníků odevzdaných v tištěné nebo internetové podobě je tedy 190. Tento počet posloužil jako vzorek pro vyhodnocení a vypracování výzkumné části mé práce. Pro statistické vyhodnocení je tento počet považován za 100 %.

3.2 Charakteristika výzkumu

Na tištěný i internetový dotazník odpovídal veškerý personál zaměstnaný na odděleních ARO výše jmenovaných zdravotnických zařízení. Dotazník je zaměřen především na všeobecné sestry, ošetřovatele a sanitáře. Do výběru možností jsem zahrнула ale i lékaře, jelikož je do dotazníku zařazena otázka dotazující se na to, zda provádějí bazální stimulaci u P/K všichni pracovníci. K výzkumné části mé diplomové práce byl použit nestandardizovaný dotazník. Ten je přiložen v příloze č. 4 a tvoří ho 21 otázek. V úvodní části byly dány informace, jak se má dotazník vypracovat, k jakému účelu bude dotazník sloužit a jaké bude využití získaných dat. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První obecná část se zabývala základními informacemi o respondentech. Odborná část se zabývala konceptem Bazální stimulace. Dotazník se skládal z uzavřených a polootevřených otázek.

3.3 Charakteristika dotazníku

Výzkumné šetření bylo tvořeno osmi dílčími cíli. Pro získání dat do výzkumné části diplomové práce jsem zvolila metodu dotazníku, který se skládá z 21 otázek. Identifikačními údaji o respondentech se zabývají otázky č. 1, 2, 3 a 4. Tyto otázky zjišťují pohlaví, věk, délku praxe a jakou profesi vykonávají respondenti na oddělení ARO. Otázka číslo 5 zjišťuje znalost konceptu u pracovníků na oddělení ARO. Otázka číslo 6 a 7 zkoumá, zda se respondenti učili o konceptu Bazální stimulace ve škole a konkrétně na jaké škole. Osmá otázka zjišťovala, kde se respondenti poprvé setkali s konceptem BS. Otázka č. 9 zjišťuje, zda se respondenti zúčastnili nějakého kurzu BS. Pokud se kurzu neúčastnili a měli by o kurz zájem, zjišťovala otázka č. 21. Otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20 se týkají konceptu Bazální stimulace.

Dílčí cíl č. 1 zjišťuje, kteří pracovníci nejčastěji pracují s konceptem Bazální stimulace. K tomu náleží otázka č. 4 a otázka č. 10. K dílčímu cíli č. 2, který má za cíl stanovit, kde se personál oddělení ARO seznámil s konceptem BS, náleží otázky č. 5, 6, 7 a 8. Dílčí cíl č. 3 určuje zájem pracovníků ARO o kurzy BS. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 9, 20 a 21. Tématem dílčího cíle č. 4 je, zdali alespoň 80 % pracovníků oddělení ARO provádí bazální stimulaci. Odpověď na tento cíl poskytuje otázka č. 10 a pro zajímavost jsem k tomuto cíli zakomponovala ještě otázku č. 15. Pro respondenty, kteří

odpověděli, že neprovádí BS, byla připravena navíc otázka č. 11. Pátý dílčí cíl zjišťuje, jaké jsou možnosti pracovníků provádět BS na svých odděleních. Otázky č. 12 a 13 jsou oporou pro tento dílčí cíl. Zjistit, u kterých pacientů/klientů je nejčastěji prováděna bazální stimulace si klade za úkol dílčí cíl č. 6. Odpověď na tento cíl poskytuje otázka č. 14. Dílčí cíl č. 7 zjišťuje, jak pracovníci oddělení ARO podporují poskytování účinné a kvalitní stimulace. Informace k tomuto cíli přináší otázky č. 16, 17 a 18. Jaké prvky BS pracovníci oddělení ARO nejčastěji využívají u P/K, zkoumá dílčí cíl č. 8. Otázka č. 19. poskytuje odpověď na osmý dílčí cíl.

3.4 Způsob statistického zpracování

Data získaná z dotazníku byla zpracována a vyhodnocena v tabulkovém editoru. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutní četnosti (n) a relativní četnosti (%), která je uvedena v procentech, a čísla jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Data jsou uložena v tabulkách, koláčových a sloupcových grafech a jsou rozpracována v kapitole Výsledky práce.

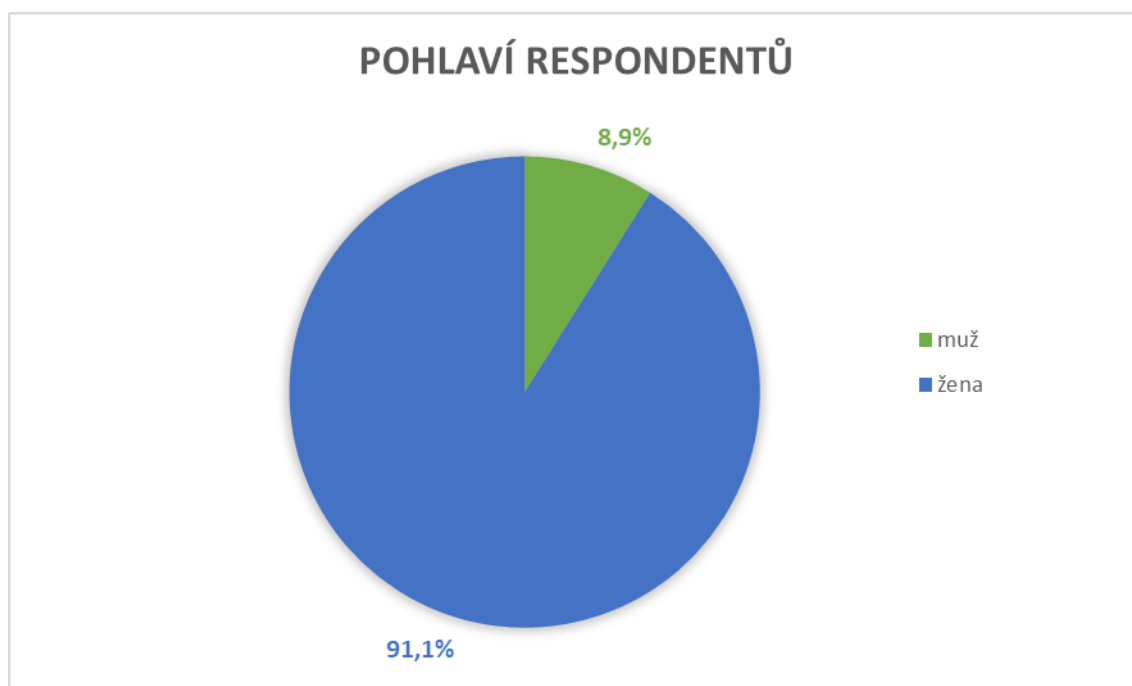
3.5 Použitá citační norma

Po vybrání tématu diplomové práce byla provedena rešerše zdrojů. Literatura byla použita v teoretické i v praktické části mé diplomové práce. Seznam vybraných zdrojů je uveden v samostatné kapitole dle citační normy ČSN ISO 690 (010197). Citace jsem zadávala pomocí programu Zotero.

4 VÝSLEDKY PRÁCE

Tabulka č. 1. Pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
muž	17	8,9 %
žena	173	91,1 %
Celkem	190	100,0 %

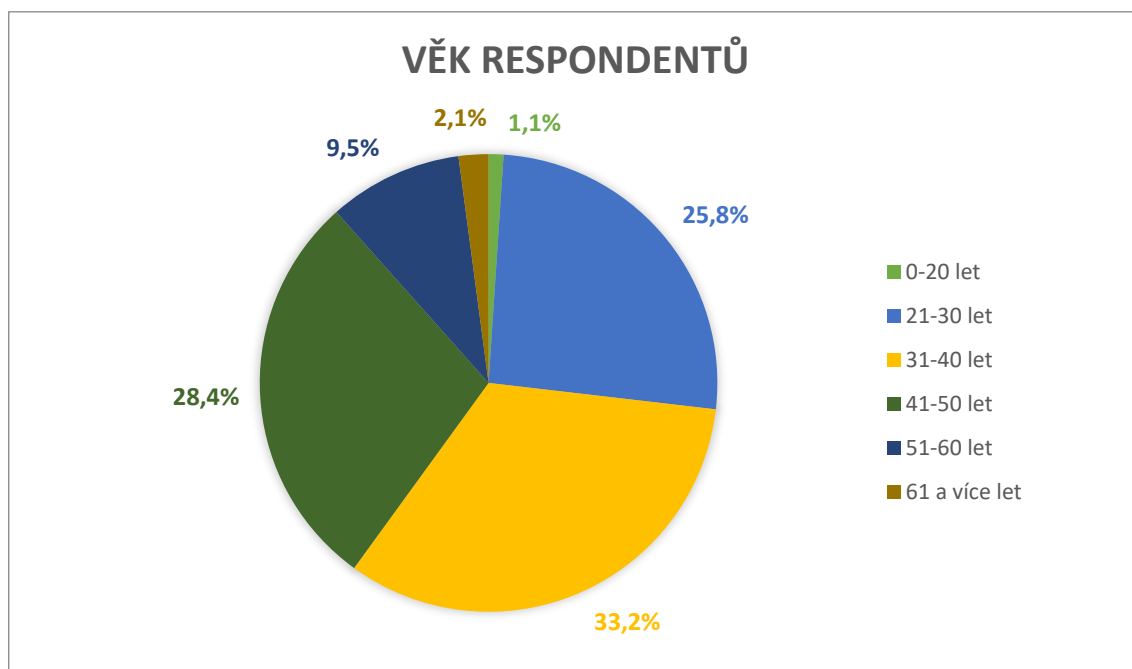


Graf č. 1. Pohlaví respondentů

Tabulka a graf č. 1 ukazují, kolik žen a mužů pracuje na odděleních ARO. Celkový počet dotázaných je 190 (100 %), z tohoto počtu je 173 žen (91,1 %) a 17 mužů (8,9 %), kteří jsou zaměstnání na odděleních ARO.

Tabulka č. 2. Věk respondentů

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
0-20 let	2	1,1 %
21-30 let	49	25,8 %
31-40 let	63	33,2 %
41-50 let	54	28,4 %
51-60 let	18	9,5 %
61 a více let	4	2,1 %
Celkem	190	100,0 %

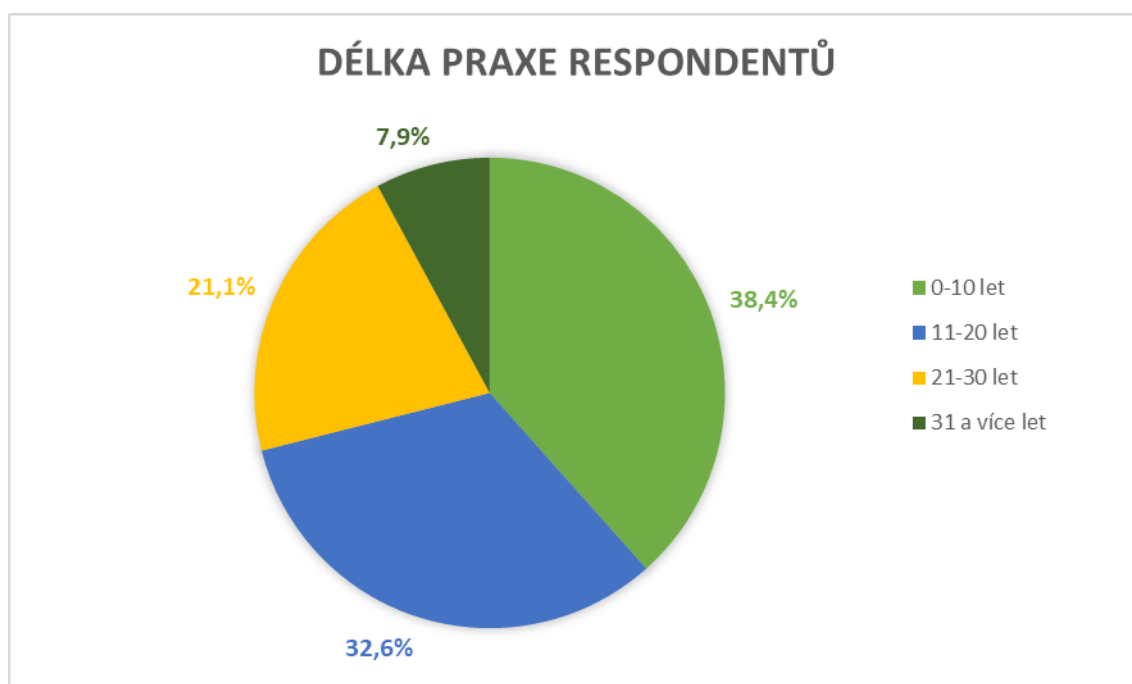


Graf č. 2. Věk respondentů

Z tabulky a grafu č. 2 vyplývá, v jaké věkové hranici se zaměstnanci ARO vyskytují. Do dvaceti let na pracovištích pracují 2 dotázaní (1,1 %), mezi 21-30 lety to je 49 respondentů (25,8 %). Ve věkové hranici mezi 31-40 lety je 63 dotázaných (33,2 %), mezi 41-50 lety je to 54 respondentů (28,4 %), ve věku 51-60 let pracuje na odděleních ARO 18 dotázaných (9,5 %) a nad 61 let jsou to 4 respondenti (2,1 %).

Tabulka č. 3. Délka praxe respondentů

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
0-10 let	73	38,4 %
11-20 let	62	32,6 %
21-30 let	40	21,1 %
31 a více let	15	7,9 %
Celkem	190	100,0 %

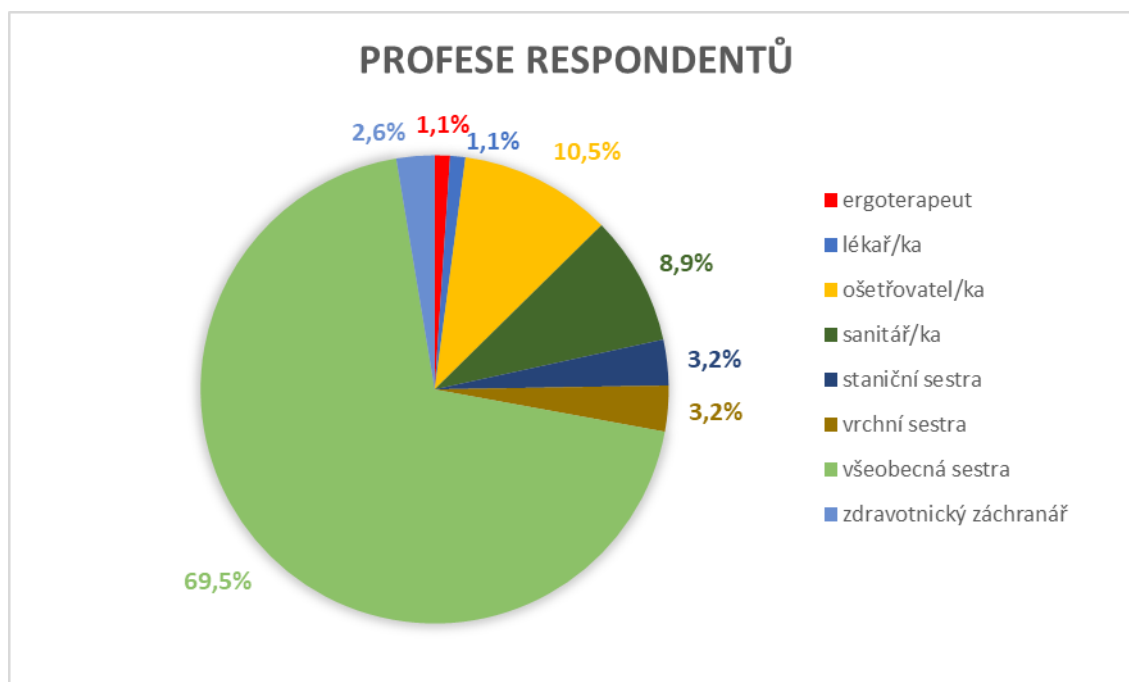


Graf č. 3. Délka praxe respondentů

Výsledky z tabulky a grafu č. 3 ukazují, že u 73 dotázaných (38,4 %) je délka jejich praxe do deseti let. Mezi jedenácti až dvaceti lety praxe pracuje na anesteziologicko-resuscitačních odděleních 62 respondentů (32,6 %). Mezi 21-30 lety pracuje 40 dotázaných (21,1 %) a nad 31 let na odděleních ARO pracuje 15 respondentů (7,9 %).

Tabulka č. 4. Profese respondentů

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ergoterapeut	2	1,1 %
lékař/ka	2	1,1 %
ošetřovatel/ka	20	10,5 %
sanitář/ka	17	8,9 %
staniční sestra	6	3,2 %
vrchní sestra	6	3,2 %
všeobecná sestra	132	69,5 %
zdravotnický záchranář	5	2,6 %
Celkem	190	100,0 %

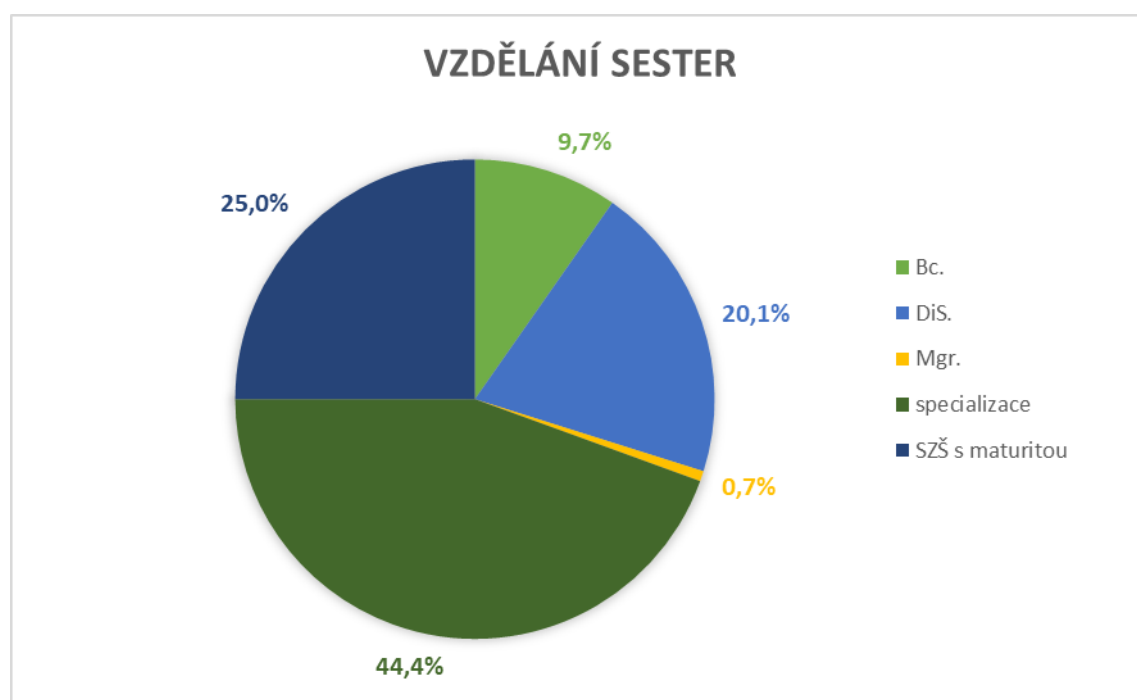
**Graf č. 4. Profese respondentů**

Z tabulky a grafu č. 4 je vidět, že největší zastoupení na odděleních ARO mají všeobecné sestry. Těch je 132 (69,5 %), ošetřovatelé/ky jsou zastoupeny v počtu 20 (10,5 %), sanitáři/ky pracují na oddělení ARO v počtu 17 (8,9 %). Lékaře zastupují pouze 2 respondenti (1,1 %). V dotazníku bylo zjištěno, že na odděleních ARO pracuje v malém

počtu 6 vrchních sester (3,2 %), ve stejném počtu je zaměstnáno i 6 staničních sester (3,2 %), dále 5 zdravotnických záchranářů (2,6 %) a 2 ergoterapeuti (1,1 %).

Tabulka č. 4a. Vzdělání sester

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
Bc.	14	9,7 %
DiS.	29	20,1 %
Mgr.	1	0,7 %
specializace	64	44,4 %
SZŠ s maturitou	36	25,0 %
Celkem	144	100,0 %



Graf č. 4a. Vzdělání sester

Tabulka a graf č. 4a vypovídají o konkrétním vzdělání sester (všeobecných, vrchních, staničních). Z důvodu, že staniční a vrchní sestry v dotazníku označily, že jsou všeobecné sestry, zahrnula jsem je do této kategorie. Největší zastoupení mají všeobecné sestry se specializací, kterých je 64 (44,4 %), se SZŠ (střední zdravotnická škola) s maturitou pracuje na ARO 36 všeobecných sester (25 %), dále jsou sestry s titulem DiS.,

kterých je 29 (20,1 %), 14 všeobecných sester (9,7 %) s titulem bakalářky a pouze 1 sestra s titulem Mgr. (0,7 %).

Tabulka č. 5. Znalost konceptu Bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	177	93,2 %
ne	13	6,8 %
Celkem	190	100,0 %



Graf č. 5. Znalost konceptu Bazální stimulace

Tabulka a graf č. 5 vypovídají o znalosti konceptu Bazální stimulace, kdy 177 respondentů (93,2 %) koncept zná a 13 dotázaných (6,8 %) se s konceptem nesetkalo a tudíž ho nezná. Ve vyplňování dotazníku pokračovali ti respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku kladně. Ti, kteří zodpověděli, že koncept BS neznají, pokračovali až otázkou č. 21 v dotazníku.

Tabulka č. 6. Výuka o konceptu na škole

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	68	35,8 %
ne	122	64,2 %
Celkem	190	100,0 %

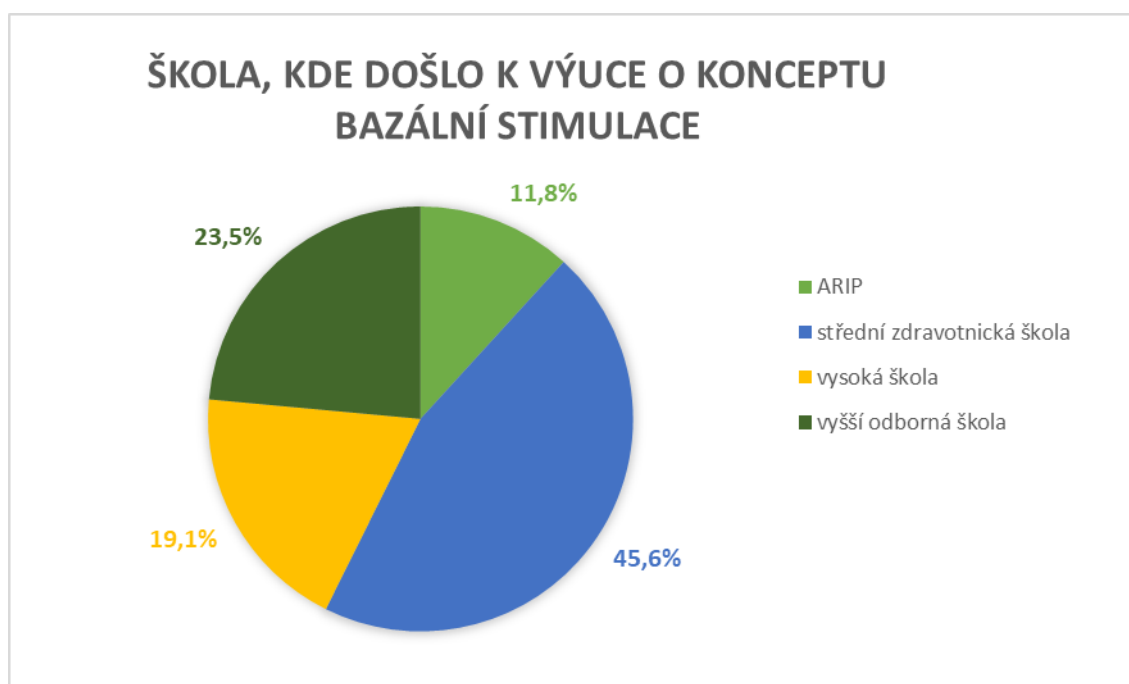


Graf č. 6. Výuka o konceptu na škole

V tabulce a grafu č. 6 jsem zjistila, že 68 dotázaných (35,8 %) se ve škole učilo o konceptu Bazální stimulace a 122 respondentů (64,2 %) se o konceptu BS neučilo na škole.

Tabulka č. 7. Místo výuky konceptu Bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ARIP	8	11,8 %
střední zdravotnická škola	31	45,6 %
vysoká škola	13	19,1 %
vyšší odborná škola	16	23,5 %
Celkem	68	100,0 %



Graf č. 7. Místo výuky konceptu Bazální stimulace

V tabulce a grafu č. 7 najdeme rozpracování výsledků z předchozí otázky. Na sedmou otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli ANO v otázce č. 6, že se učili na škole o konceptu BS. Nejvíce dotázaných se o konceptu Bazální stimulace dozvědělo na střední zdravotnické škole 31 (45,6 %), na vyšší odborné škole se o BS učilo 16 respondentů (23,5 %), na vysoké škole 13 dotázaných (19,1 %) a 8 respondentů (11,8 %) se učilo o konceptu BS na ARIPu.

Tabulka č. 8. Místo prvního setkání s konceptem Bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
na ARIPu	7	4,0 %
na kurzu bazální stimulace	3	1,7 %
na oddělení JIP	9	5,1 %
na střední škole	31	17,5 %
na vysoké škole	13	7,3 %
na vyšší odborné škole	16	9,0 %
seminář NCO-NZO Brno	1	0,6 %
v domově pro seniory	5	2,8 %
v práci na ARO	90	50,8 %
v rámci práce u polní nemocnice	2	1,1 %
Celkem	177	100,0 %



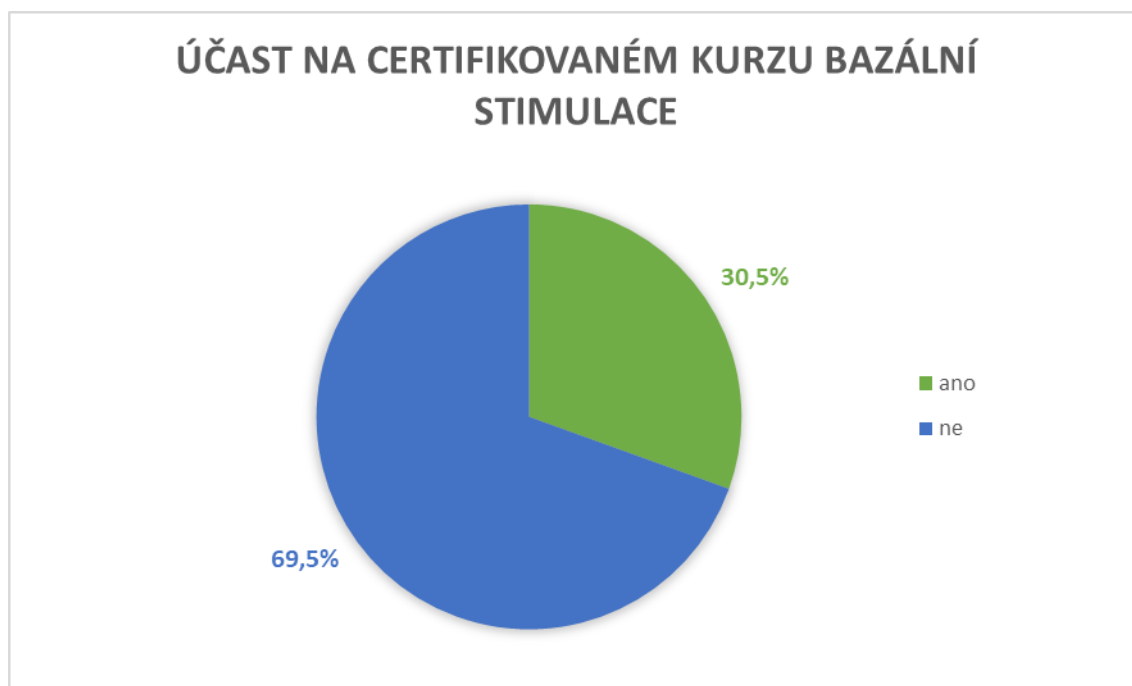
Graf č. 8. Místo prvního setkání s konceptem Bazální stimulace

Výsledky z tabulky a grafu č. 8 ukazují, že nejvíce tj. 90 respondentů (50,8 %) se poprvé setkala s konceptem BS v práci na ARO, 31 dotázaných (17,5 %) na střední škole,

na vyšší odborné škole 16 respondentů (9,0 %), na vysoké škole 13 dotázaných (7,3 %). Dále se dotazovaní setkávali poprvé s konceptem BS na oddělení JIP - 9 respondentů (5,1 %), 7 dotázaných (4,0 %) na ARIPu, v domově pro seniory 5 respondentů (2,8 %), 3 dotázaní (1,7 %) na kurzu BS, 2 respondenti (1,1 %) v rámci práce u polní nemocnice a na semináři NCO-NZO Brno se poprvé s konceptem seznámil pouze 1 dotázaný (0,6 %).

Tabulka č. 9. Účast na certifikovaném kurzu bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	54	30,5 %
ne	123	69,5 %
Celkem	177	100,0 %

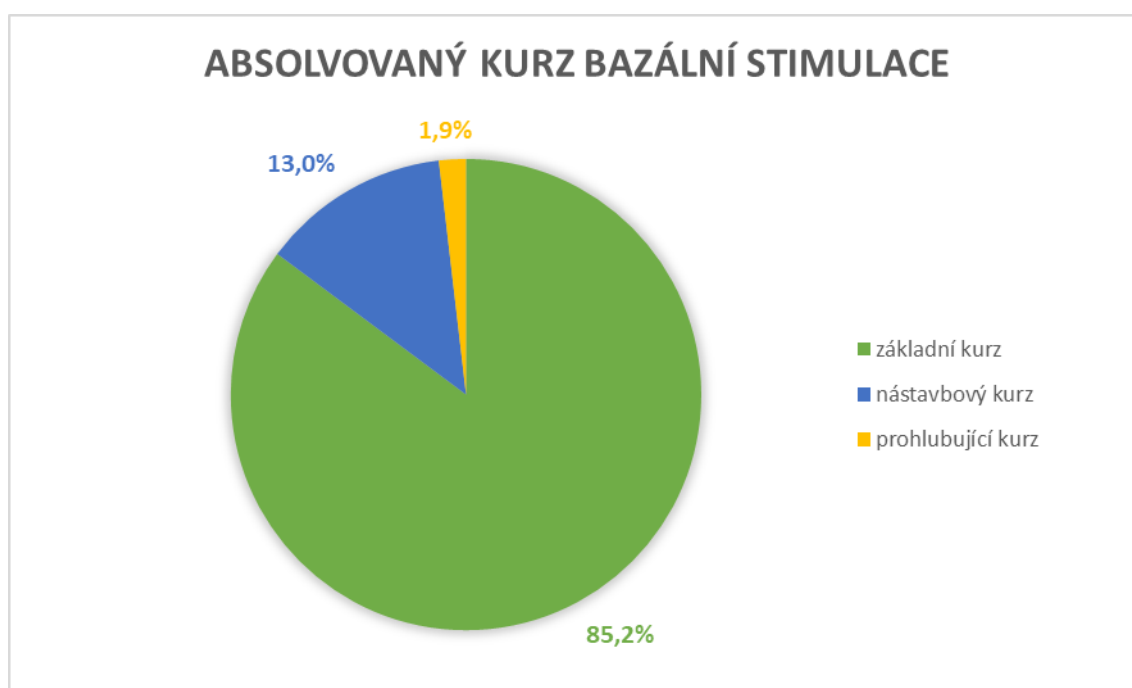


Graf č. 9. Účast na certifikovaném kurzu bazální stimulace

Z tabulky a grafu č. 9 vyplývá, že 54 respondentů (30,5 %) se zúčastnilo některého z certifikovaných kurzů BS a 123 dotázaných (69,5 %) se nezúčastnilo žádného. Podrobné rozpracování zúčastněných respondentů na některém z kurzů je v tabulce a grafu č. 9a.

Tabulka č. 9a. Absolvovaný kurz bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
základní kurz	46	85,2 %
nástavbový kurz	7	13,0 %
prohlubující kurz	1	1,9 %
Celkem	54	100,0 %

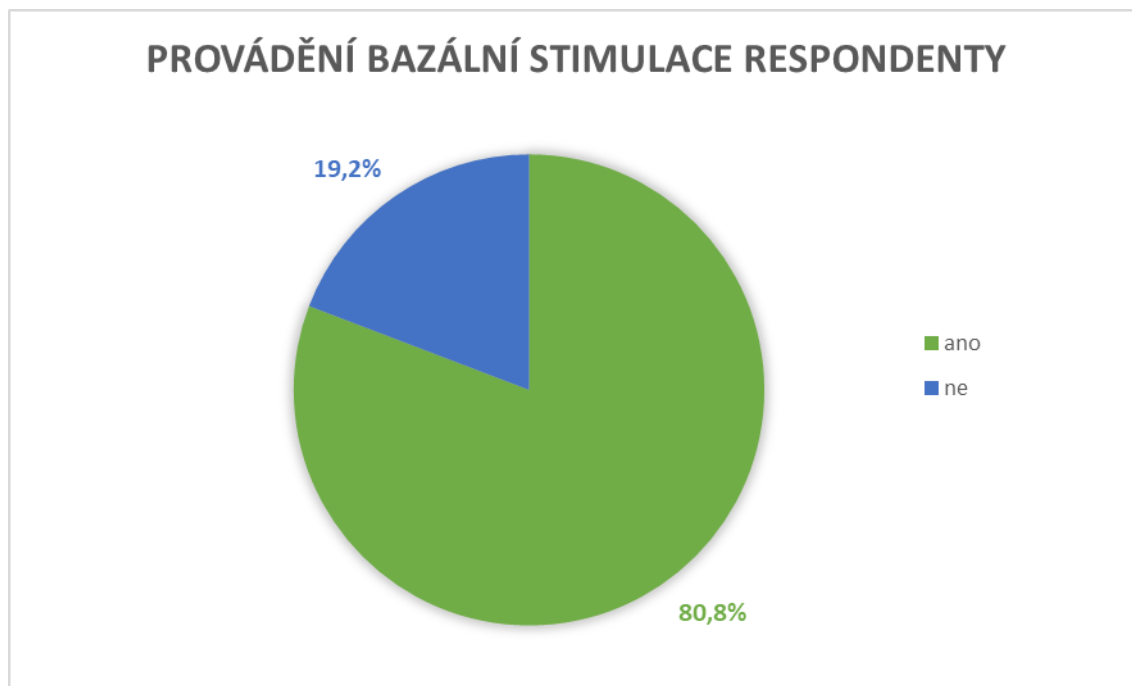


Graf č. 9a. Absolvovaný kurz bazální stimulace

Tabulka a graf č. 9a znázorňují, že základního kurzu se zúčastnilo 46 respondentů (85,2 %), nástavbového kurzu se zúčastnilo 7 dotázaných (13 %) a 1 respondent (1,9 %) se zúčastnil prohlubujícího kurzu.

Tabulka č. 10. Provádění bazální stimulace respondenty

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	143	80,8 %
ne	34	19,2 %
Celkem	177	100,0 %

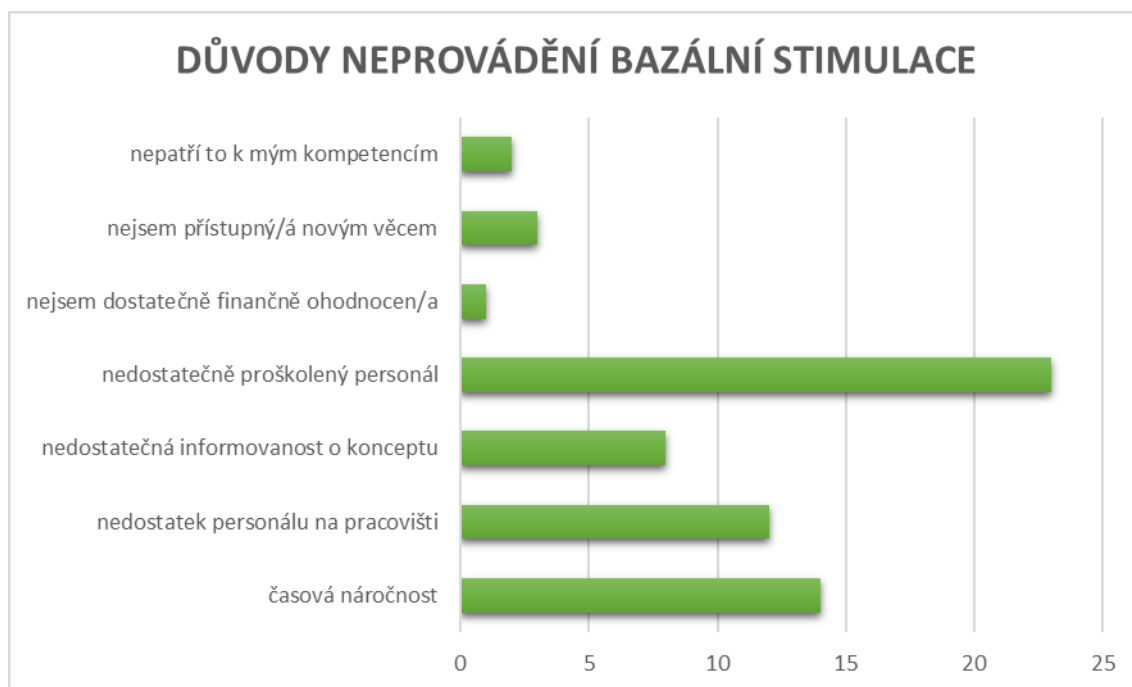


Graf č. 10. Provádění bazální stimulace respondenty

V tabulce a grafu č. 10 je vidět, kolik respondentů osobně provádí bazální stimulaci. Kladně odpovědělo 143 respondentů (80,8 %). Tito dotázaní pokračovali otázkou č. 12. Respondenti, kteří odpověděli záporně tj. 34 (19,2 %), pokračovali otázkou č. 11.

Tabulka č. 11. Důvody neprovádění bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
časová náročnost	14	41,2 %
nedostatek personálu na pracovišti	12	35,3 %
nedostatečná informovanost o konceptu	8	23,5 %
nedostatečně proškolený personál	23	67,6 %
nejsem dostatečně finančně ohodnocen/a	1	2,9 %
nejsem přístupný/á novým věcem	3	8,8 %
nepatří to k mým kompetencím	2	5,9 %
Celkem	X	X



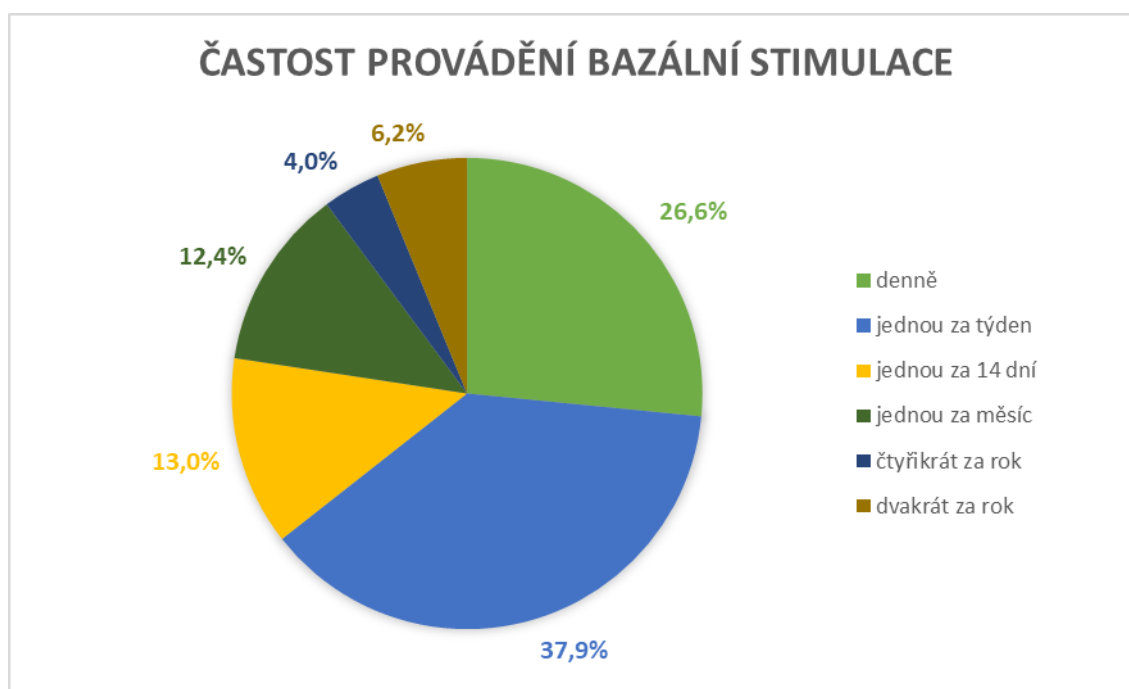
Graf č. 11. Důvody neprovádění bazální stimulace

Tabulka a graf č. 11 uvádí, proč respondenti neprovádějí na svých pracovištích bazální stimulaci. V této otázce mohli respondenti uvést i více možností. Výše uvedená tabulka a graf byly sestaveny na základě součtu výskytu jednotlivých možností ve všech odpovědích. Z tohoto důvodu nedávají výsledky 100 %. Bazální stimulaci neprovádí z důvodu časové náročnosti 14 respondentů (41,2 %), z nedostatku personálu na pracovišti 12 dotázaných (35,3 %), z důvodu nedostatečně proškoleného personálu

23 respondentů (67,6 %), kvůli nedostatečné informovanosti o konceptu 8 respondentů (23,5 %). Pro nepřístupnost novým věcem neprovádí BS 3 respondenti (8,8 %), z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení 1 respondent (2,9 %) a 2 dotázaní (5,9 %) uvedli, že to nepatří k jejich kompetencím.

Tabulka č. 12. Četnost provádění bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
denně	47	26,6 %
jednou za týden	67	37,9 %
jednou za 14 dní	23	13,0 %
jednou za měsíc	22	12,4 %
čtyřikrát za rok	7	4,0 %
dvakrát za rok	11	6,2 %
Celkem	177	100,0 %

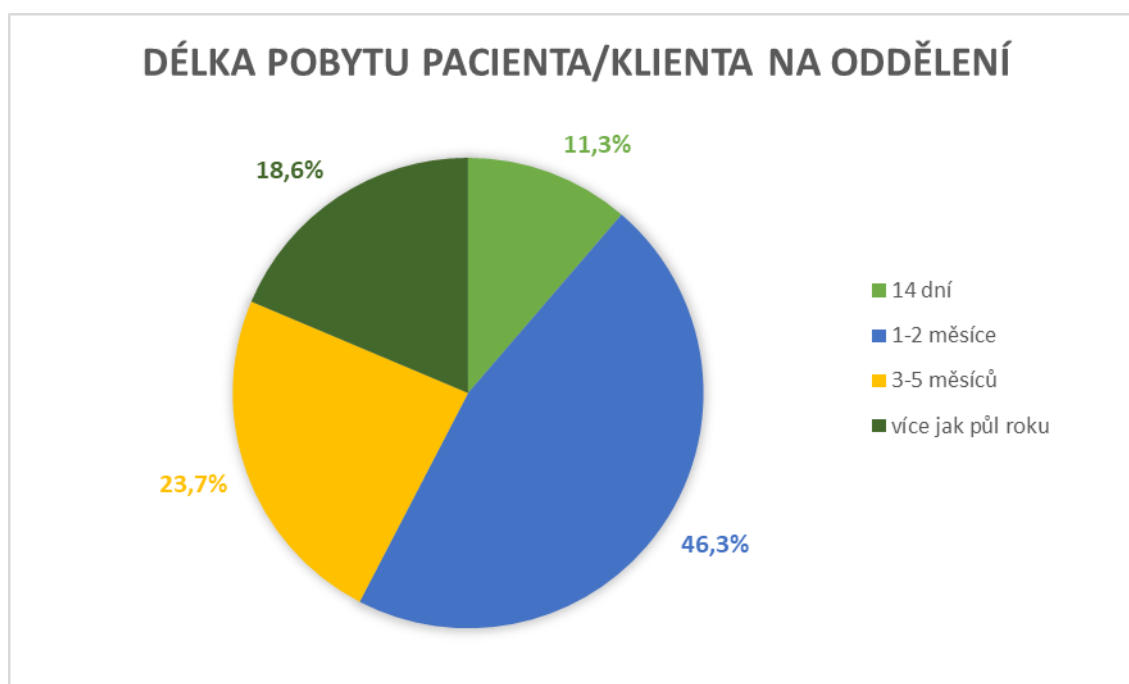


Graf č. 12. Četnost provádění bazální stimulace

V tabulce a grafu č. 12 je zaznamenáno, jak často se naskytne možnost provádět BS pracovníkům na odděleních ARO. Nejvíce tj. 67 respondentů (37,9 %) má možnost provádět BS jednou za týden, denně může provádět BS 47 dotázaných (26,6 %), jednou za 14 dní 23 respondentů (13 %), jednou za měsíc 22 dotázaných (12,4 %), dvakrát za rok 11 respondentů (6,2 %) a čtyřikrát za rok 7 dotázaných (4 %) má možnost provádět BS.

Tabulka č. 13. Délka pobytu pacienta/klienta na oddělení

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
14 dní	20	11,3 %
1-2 měsíce	82	46,3 %
3-5 měsíců	42	23,7 %
více jak půl roku	33	18,6 %
Celkem	177	100,0 %

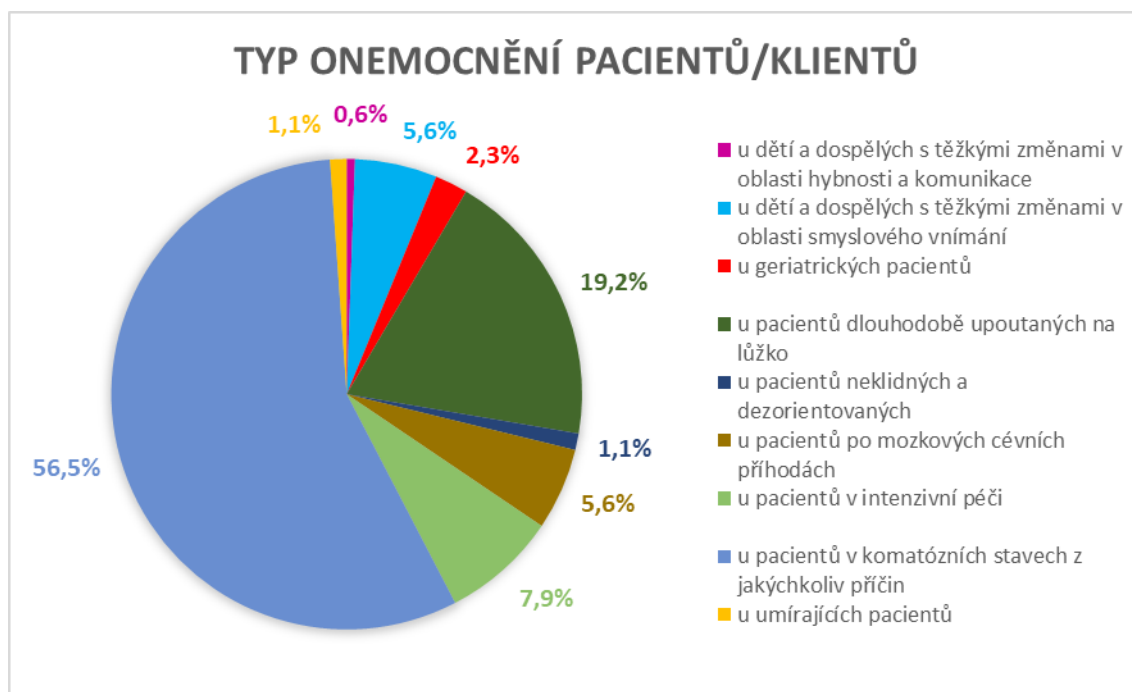


Graf č. 13. Délka pobytu pacienta/klienta na oddělení

Z tabulky a grafu č. 13 je zřejmé, že na oddělení ARO o P/K pečují 1-2 měsíce 82 respondentů (46,3 %), 3-5 měsíců 42 dotázaných (23,7 %), více jak půl roku 33 respondentů (18,6 %) a nejméně tj. 20 dotázaných (11,3 %) se stará o P/K na oddělení čtrnáct dní.

Tabulka č. 14. Typ onemocnění ošetřovaných pacientů

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace	1	0,6 %
u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání	10	5,6 %
u geriatrických pacientů	4	2,3 %
u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko	34	19,2 %
u pacientů neklidných a dezorientovaných	2	1,1 %
u pacientů po mozkových cévních příhodách	10	5,6 %
u pacientů v intenzivní péči	14	7,9 %
u pacientů v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin	100	56,5 %
u umírajících pacientů	2	1,1 %
Celkem	177	100,0 %

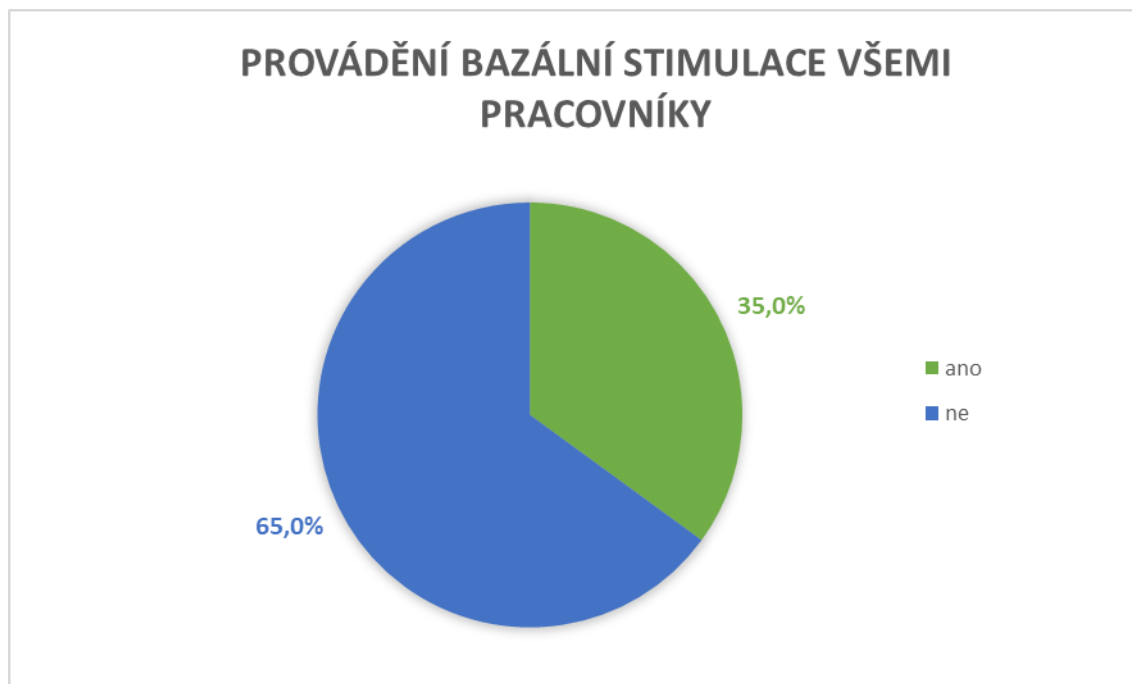


Graf č. 14. Typ onemocnění ošetřovaných pacientů

Tabulka a graf č. 14 uvádí, že u P/K v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin provádí BS nejvíce tj. 100 dotázaných (56,5 %). U pacientů/klientů dlouhodobě upoutaných na lůžko provádí BS 34 respondentů (19,2 %), u P/K v intenzivní péči 14 dotázaných (7,9 %), u P/K po cévních mozkových příhodách 10 dotázaných (5,6 %) a stejný počet realizuje BS u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání - též 10 respondentů (5,6 %). U geriatrických P/K provádí BS 4 dotázaní (2,3 %), u P/K neklidných a dezorientovaných 2 respondenti (1,1 %) a stejný počet 2 respondentů (1,1 %) provádí BS u umírajících P/K a pouze 1 dotázaný (0,6 %) uskutečňuje BS u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace.

Tabulka č. 15. Provádění bazální stimulace všemi pracovníky

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	62	35,0 %
ne	115	65,0 %
Celkem	177	100,0 %

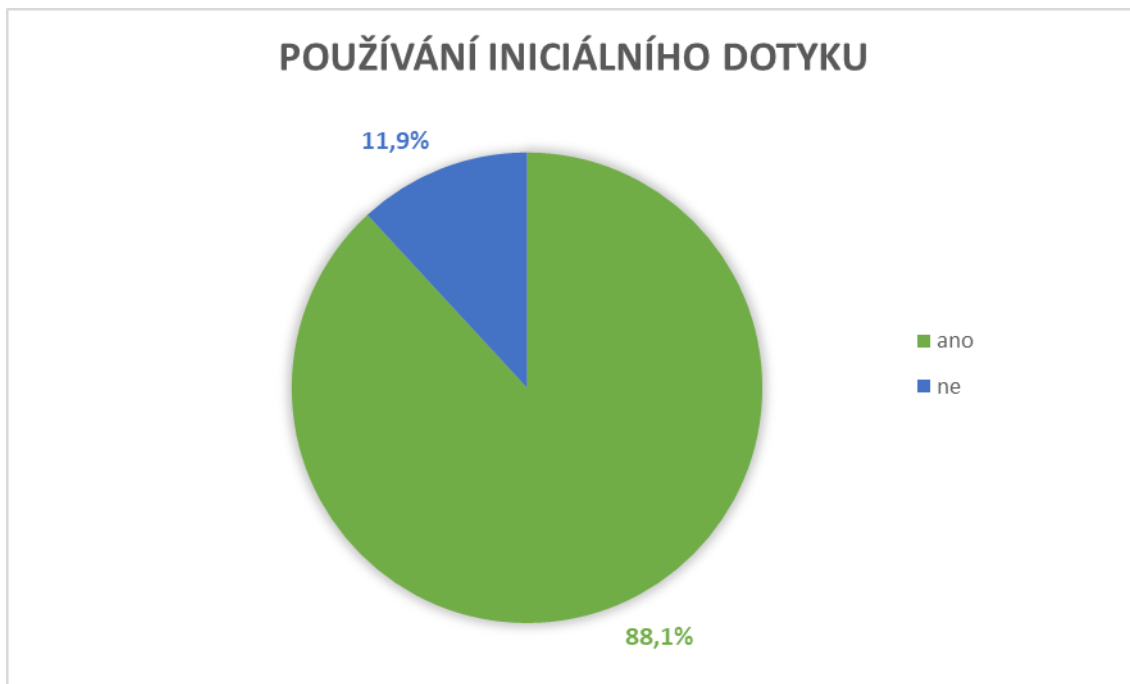


Graf č. 15. Provádění bazální stimulace všemi pracovníky

Z tabulky a grafu č. 15 je zřejmé, že 62 respondentů (35 %) odpovědělo kladně na otázku, zda provádějí na svém pracovišti bazální stimulaci všichni pracovníci, kteří konají u P/K svou práci. Respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli “ne“, bylo 115 (65 %).

Tabulka č. 16. Používání iniciálního dotyku

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	156	88,1 %
ne	21	11,9 %
Celkem	177	100,0 %

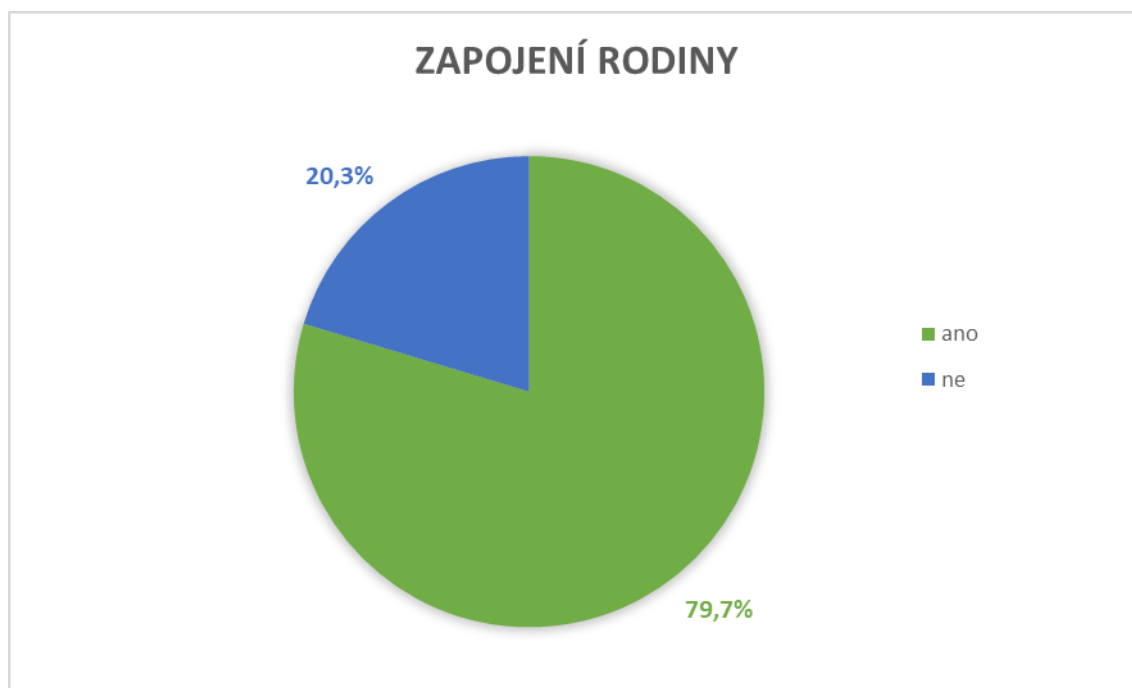


Graf č. 16. Používání iniciální dotyku

V tabulce a grafu č. 16 jsem zjistila, že iniciální dotek v péči o P/K využívá 156 respondentů (88,1 %) a dotek neuplatňuje 21 dotázaných (11,9 %).

Tabulka č. 17. Zapojení rodiny při ošetřování pacienta/klienta

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	141	79,7 %
ne	36	20,3 %
Celkem	177	100,0 %

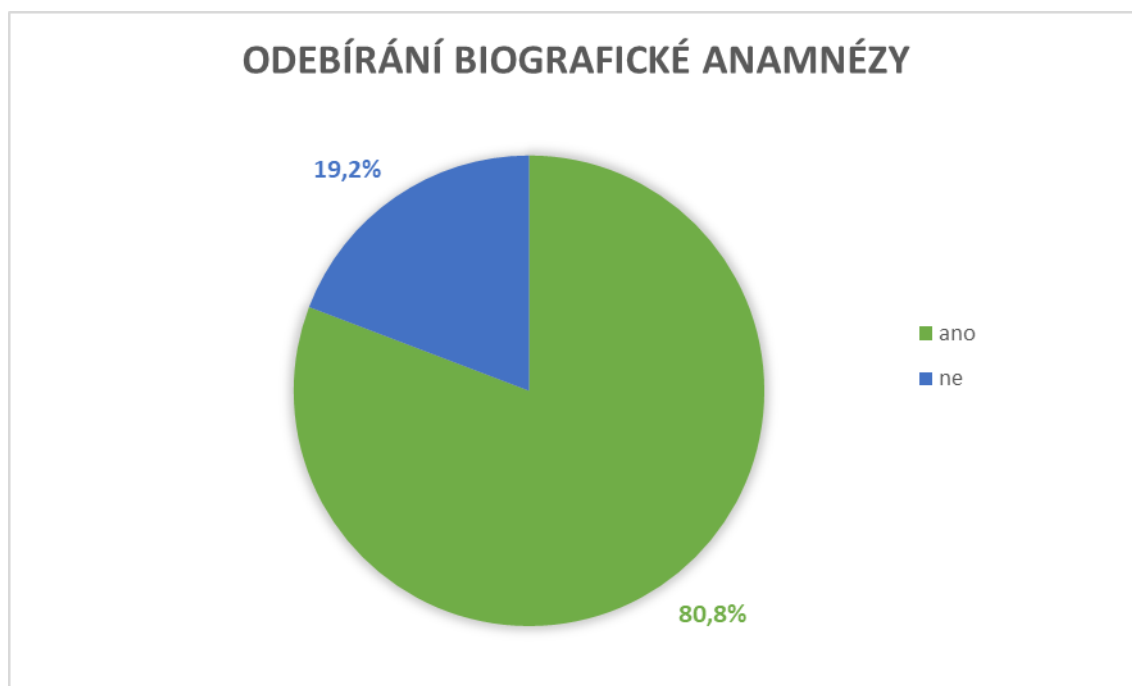


Graf č. 17. Zapojení rodiny při ošetřování pacienta/klienta

Tabulka a graf č. 17 vypovídají o zapojení rodiny do BS a péče o nemocného. Na otázku odpovědělo kladně 141 respondentů (79,7 %) a záporně odpovědělo 36 dotázaných (20,3 %).

Tabulka č. 18. Odebírání biografické anamnézy

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	143	80,8 %
ne	34	19,2 %
Celkem	177	100,0 %

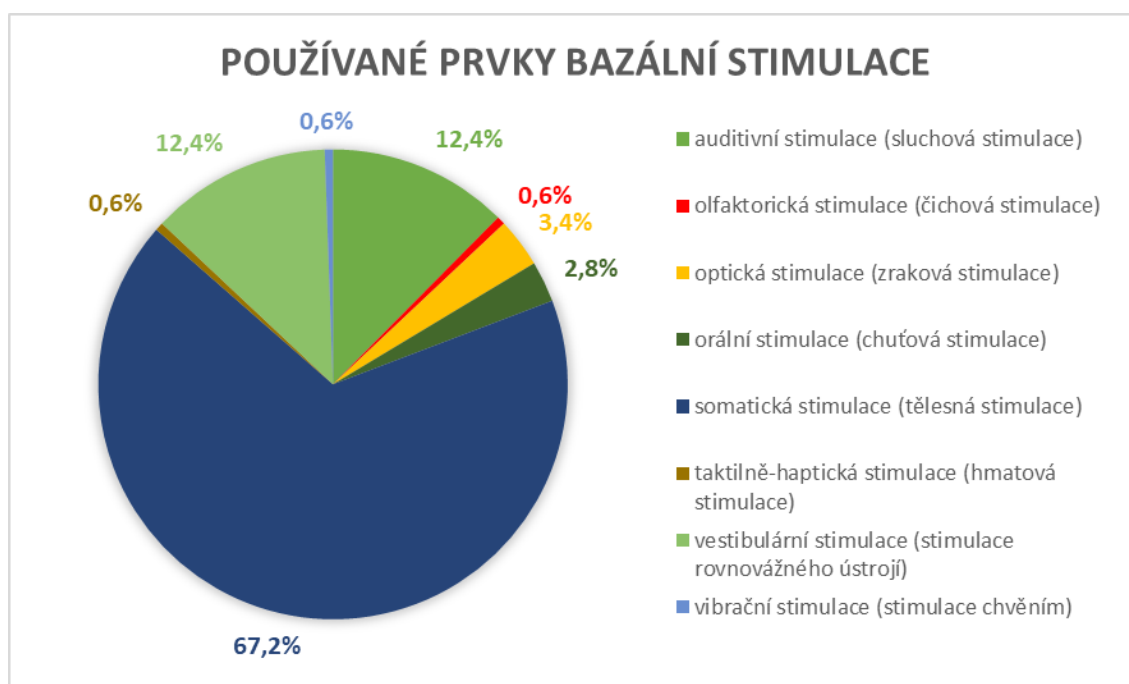


Graf č. 18. Odebírání biografické anamnézy

V tabulce a grafu č. 18, je znázorněno, že 143 respondentů (80,8 %) odpovědělo, že odebírá biografickou anamnézu od rodiny P/K a 34 dotázaných (19,2 %) odpovědělo, že neodebírá.

Tabulka č. 19. Používané prvky bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
auditivní stimulace (sluchová stimulace)	22	12,4 %
olfaktorická stimulace (čichová stimulace)	1	0,6 %
optická stimulace (zraková stimulace)	6	3,4 %
orální stimulace (chuťová stimulace)	5	2,8 %
somatická stimulace (tělesná stimulace)	119	67,2 %
taktilně-haptická stimulace (hmatová stimulace)	1	0,6 %
vestibulární stimulace (stimulace rovnovážného ústrojí)	22	12,4 %
vibrační stimulace (stimulace chvěním)	1	0,6 %
Celkem	177	100,0 %



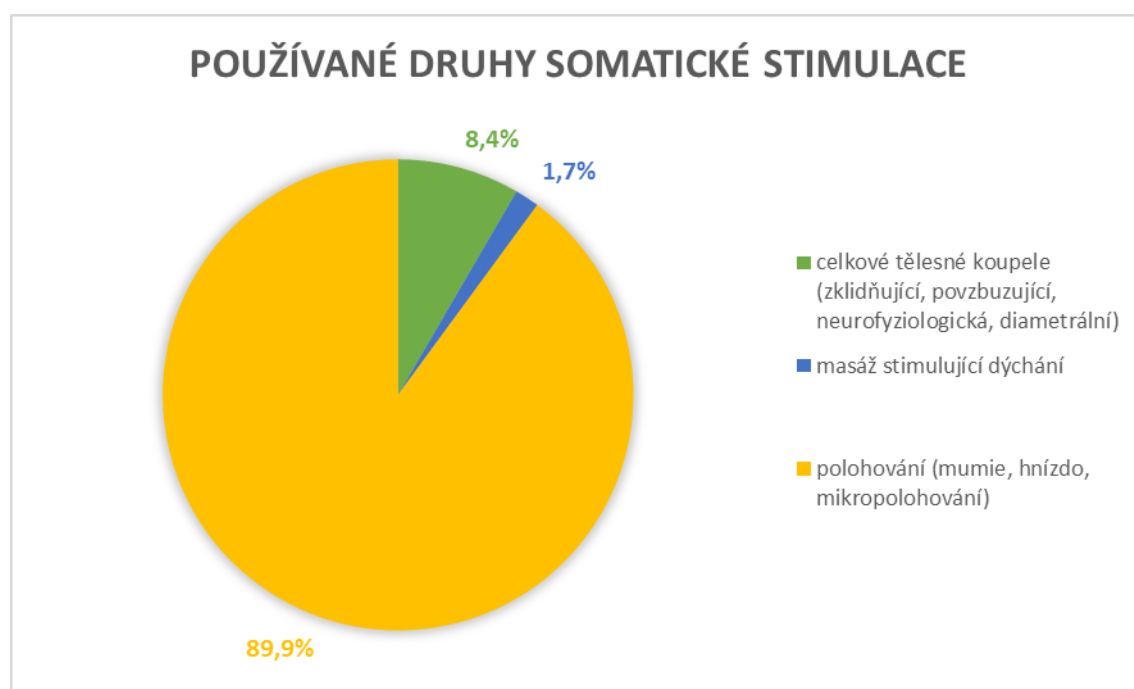
Graf č. 19. Používané prvky bazální stimulace

Tabulka a graf č. 19 znázorňují, které prvky bazální stimulace jsou nejčastěji využívány u P/K. Somatickou stimulaci uplatňuje 119 respondentů (67,2 %), vestibulární stimulaci provádí 22 dotázaných (12,4 %), stejně tak auditivní stimulaci používá

22 respondentů (12,4 %), stimulaci optickou využívá 6 dotázaných (3,4 %), orální stimulaci aplikuje 5 respondentů (2,8 %) a stimulaci vibrační, olfaktorickou, taktilně-haptickou uplatňuje pouze 1 dotázaný (0,6 %).

Tabulka č. 19a. Používané druhy somatické stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
celkové tělesné koupele (zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, diametrální)	10	8,4 %
masáž stimulující dýchání	2	1,7 %
polohování (mumie, hnízdo, mikropolohování)	107	89,9 %
Celkem	119	100,0 %

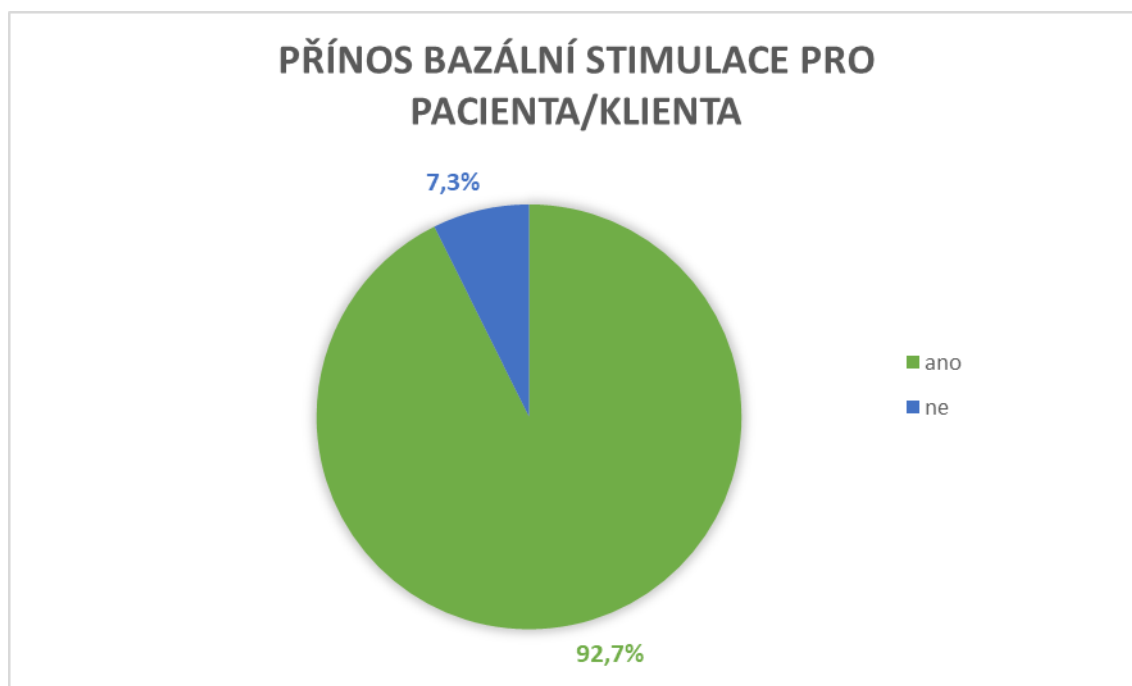


Graf č. 19a. Používané druhy somatické stimulace

V tabulce a grafu č. 19a je zobrazeno, které druhy somatické stimulace se využívají při ošetřování pacientů/klientů. Nejčastěji je používáno polohování, a to 107 respondenty (89,9 %), celkové tělesné koupele aplikuje 10 dotázaných (10,4 %) a 2 respondenti (1,7 %) provádí masáž stimulující dýchání.

Tabulka č. 20. Přínos bazální stimulace pro pacienta/klienta

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	164	92,7 %
ne	13	7,3 %
Celkem	177	100,0 %

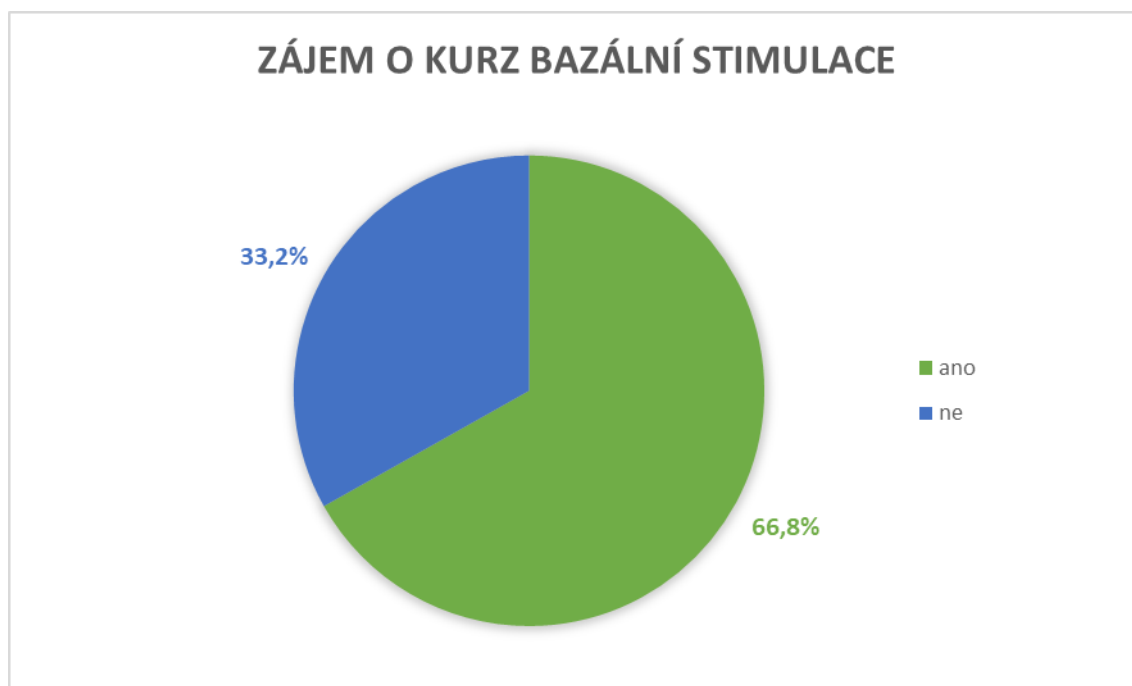


Graf č. 20. Přínos bazální stimulace pro pacienta/klienta

Z tabulky a grafu č. 20 vyplývá, že 164 dotázaných (92,7 %) si myslí, že bazální stimulace má přínos pro P/K a pouze 13 respondentů se domnívá, že provádění BS není přínosem pro P/K.

Tabulka č. 21. Zájem o kurz bazální stimulace

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
ano	127	66,8 %
ne	63	33,2 %
Celkem	190	100,0 %



Graf č. 21. Zájem o kurz bazální stimulace

Tabulka a graf č. 21, vypovídají o zájmu respondentů prohlubovat své znalosti o konceptu Bazální stimulace. O kurz BS má zájem 127 dotázaných a 63 respondentů nemá zájem o žádný kurz. Ti dotázaní, kteří odpověděli “ano”, dále označili, kterého kurzu konkrétně by se zúčastnili. Zájem o konkrétní kurzy je v tabulce a grafu níže.

Tabulka č. 21a. Typ kurzu, o který má respondent zájem

Odpovědi	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti (%)
základní kurz	71	55,9 %
nástavbový kurz	49	38,6 %
prohlubující kurz	7	5,5 %
Celkem	127	100,0 %



Graf č. 21a. Typ kurzu, o který má respondent zájem

V tabulce a grafu č. 21a jsou rozpracované odpovědi na poslední otázku v dotazníku, kdy jsem se ptala, zda by měli respondenti zájem o nějaký z kurzů. Nejvíce tj. 71 dotázaných (55,9 %) by se zúčastnilo základního kurzu, nástavbový kurz by chtělo absolvovat 49 respondentů (38,6 %) a 7 dotázaných (5,5 %) mělo zájem o prohlubující kurz BS.

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá prováděním bazální stimulace na oddělení anesteziologicko-resuscitačním v ošetrovatelské péči. Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jestli je koncept Bazální stimulace využíván na anesteziologicko-resuscitačních odděleních z pohledu ošetrovatelské péče. Hlavní cíl byl rozpracován do dílčích cílů. Pomocí dotazníkového šetření jsem zkoumala danou problematiku na odděleních ARO v Libereckém kraji. Výsledky byly porovnány s podobnými výzkumy. Hodnocení výsledků je řazeno chronologicky dle dílčích cílů a jsou zde uvedeny zajímavé výsledky.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 190 respondentů. Z tohoto počtu bylo 173 žen (91,1 %) a 17 mužů (8,9 %) (tabulka č. 1, graf č. 1). Na lůžkových odděleních pracuje více žen než mužů. Domnívám se, že je to ovlivněno profesním zaměřením. Být sestrou u lůžka je zaměstnání spíše pro ženy.

Věkové složení respondentů na oddělení ARO je rozmanité. Nejvíce dotázaných tj. 63 (33,2 %) se řadí do věkového rozmezí od 31 do 40 let. Mezi 41-50 rokem života pracuje na oddělení 54 respondentů (28,4 %) a mezi 21-30 rokem 49 dotázaných (25,8 %). Od 51-60 let je to 18 respondentů (9,5 %) a nejméně zastoupené věkové kategorie jsou 61 a více let, sem spadají pouze 4 dotázaní (2,1 %) a věk od 0 do 20 let je zastoupen pouze 2 respondenty (1,1 %) (tabulka č. 2, graf č. 2).

Pro mě zajímavé údaje vyšly z výsledků týkajících se délky praxe respondentů. Domnívala jsem se, že na oddělení ARO pracují lidé delší část svého života, než jak ukazují následující data. Nejvíce dotázaných 73 (38,4 %) má praxi od 0 do 10 let, dále od 11 do 20 let praxe má 62 respondentů (32,6 %) a 40 dotázaných pracuje na oddělení od 21 do 30 let. Nejméně početnou skupinu respondentů tvoří pracovníci s délkou praxe nad 31 let (tabulka č. 3, graf č. 3). Pracovat na oddělení ARO je velice náročné jak fyzicky, tak psychicky. Proto asi respondenti označili délku praxe do 10 let, přesto ale znám kolegyně, které zde pracují více jak 20 let.

Z výzkumného šetření vyšlo, že všeobecné sestry mají největší zastoupení. Dle tabulky č. 4 a grafu č. 4 jich je 132 (69,5 %), další skupiny tvoří 20 ošetrovatelů (10,5 %), 17 sanitářů, 6 vrchních sester (3,2 %), 6 staničních sester (3,2 %), 5 zdravotnických záchranářů (2,6 %), 2 lékaři (1,1 %) a 2 ergoterapeuti (1,1 %) (tabulka č. 4, graf č. 4). U všeobecných sester mě zajímalo, jaké mají vzdělání. Z tabulky č. 4a a grafu č. 4a je

patrné, že 64 sester (44,4 %) má specializaci ARIP, která je vyžadována u pracovníků na oddělení ARO. Střední školu s maturitou má 36 sester (25,0 %), titulu DiS. dosáhlo 29 všeobecných sester (20,1 %), titul Bc. získalo 14 sester (9,7 %) a pouze jedna všeobecná sestra (0,7 %) má titul magistra (Tabulka č. 4a, Graf č. 4a). Obdobné výsledky ve své bakalářské práci předkládá i Kličková (2007). Uvádí, že z celkového počtu 110 respondentů jich 35,5 % má ARIP, SZŠ vystudovalo 30 % respondentů, titul DiS. získalo 20 % sester, titul Bc. má 10,9 % sester a pouze jedna sestra (0,9 %) získala titul Mgr. (Kličková 2007).

První dílčí cíl zjišťoval, kteří pracovníci oddělení ARO nejčastěji pracují s konceptem Bazální stimulace. Z celkového počtu 190 respondentů pracuje s konceptem Bazální stimulace 143 dotázaných a zbylých 34 respondentů s ním nepracuje (tabulka č. 10, graf č. 10). Přes 90 % pracovníků, kteří provádí bazální stimulaci, jsou ženy, což je však ovlivněno celkovým složením respondentů, kde ženy tvoří taktéž dominantní část. Nejpočetnější skupina dle věkového složení, kterou tvoří 31,5 % respondentů, je od 31 do 40 let. Obdobně velká skupina pracovníků je ve věku 41-50 let (28,0 %). Následují pracovníci ve věku 21-30 let, kteří tvoří (25,2 %). Méně početnými skupinami jsou pak respondenti mezi 51. až 60. rokem života (11,2 %), dále pracovníci, kterým je přes 60 let (2,8 %) a vůbec nejmenší skupinu tvoří lidé mladší než 21 let (1,4 %) (tabulka č. 2, graf č. 2). Nejvíce pracovníků má praxi dlouhou do deseti let (37,8 %), další skupinu tvoří pracovníci s délkou praxe od 11 do 20 let (32,9 %), méně početná skupina respondentů má ještě o deset let vyšší délku praxe, tj. v rozmezí 21-30 let (19,6 %) a nejmenší procento je zastoupeno lidmi s praxí delší než 31 let (9,8 %) (tabulka č. 3, graf č. 3). Můžeme si zde všimnout, že s rostoucí délkou praxe a zvyšujícím se věkem respondentů klesá počet pracovníků provádějících bazální stimulaci u P/K na oddělení ARO. Tento trend je stejný i v základním vzorku respondentů. Čím je tento trend způsoben, těžko říci, ale domnívám se, že je to ovlivněno náročnou a namáhavou prací na tomto oddělení.

Z výzkumného šetření vyšlo, že všeobecné sestry mají mezi pracovníky, kteří provádějí BS, největší zastoupení (68,5 %). Dále BS provádí ošetřovatelé (12,6 %), sanitáři (4,9 %), vrchní sestry (4,2 %), staniční sestry (3,5 %), zdravotničtí záchranáři (3,5 %), lékaři (1,4 %) a ergoterapeuti (1,4 %) (tabulka č. 4, graf č. 4).

Druhý dílčí cíl zjišťoval, kde se personál oddělení ARO seznámil s konceptem Bazální stimulace. Prvně mě však zajímalo, zdali pracovníci koncept BS vůbec znají

a tudíž měli možnost se s konceptem někde seznámit. Koncept Bazální stimulace dle dotazníkového šetření zná 93,2 % dotázaných a 6,8 % respondentů tento koncept nezná (tabulka č. 5, graf č. 5). Kličková (2007) ve své práci uvádí, že 20,9 % respondentů koncept BS nezná. Z obou prací vychází, že se většina pracovníků už někde s konceptem BS setkala. Domnívám se, že mnozí sice tvrdí, že koncept BS znají, ale jejich znalost je pouze pasivní a nabytá pouze z nějakého časopisu, od kolegyně, z výuky ve škole, atd. Pokud si každý sám na sobě nevyzkouší v kurzech bazální stimulace, jaké to je provádět správně BS a také být i tím P/K, který leží několik dní na lůžku, nic nemůže a vše vnímá, nemůže mluvit o tom, že zná koncept Bazální stimulace. Myslím si, že by si každý, kdo pracuje s konceptem BS, měl projít alespoň základním kurzem a uvědomit si, jaké to je být P/K na oddělení ARO. Z vlastní zkušenosti vím, že po absolvování základního kurzu jsem v péči o P/K mnohé změnila. Kurz mi ve spoustě věcí otevřel oči a získala jsem jiný náhled na danou problematiku. Uvědomila jsem si, co dělám špatně. Já osobně jsem se s konceptem setkala poprvé na oddělení ARO a následně jsem absolvovala kurz. Ve škole jsem se o konceptu BS bohužel neučila a domnívám se, že je to škoda. Proto otázka č. 6 v mém dotazníku zjišťovala, zda se respondenti učili na zdravotnické škole o konceptu Bazální stimulace. Na tuto otázku odpovědělo 68 dotázaných (35,8 %), že se dozvědělo o konceptu BS na škole a 122 respondentů se o konceptu neučilo (tabulka č. 6, graf č. 6). Zajímalo mě tedy, na které škole konkrétně se s konceptem BS setkali. Nejvíce tj. 45,6 % respondentů se o konceptu učilo na střední zdravotnické škole, na vyšší odborné škole 23,5 % dotázaných, na vysoké škole 19,1 % respondentů a někteří uvedli, že se učili o konceptu BS na ARIPu (tabulka č. 7, graf č. 7). Důvod nižšího počtu respondentů, kteří se učili o konceptu BS na škole, shledávám v tom, že koncept je do osnov na zdravotnických a vysokých školách zařazen od roku 2004. Nejvíce respondentů, kteří odpověděli na dotazník, je ve věku od 31 do 40 let. Z toho tedy vyplývá, že se tito a starší respondenti o konceptu BS na škole (s největší pravděpodobností) učit nemohli. Ovšem dotázaní ve věku od 21-30 let a mladší 20 let se o konceptu už učit mohli. Protože se větší procento respondentů o konceptu neučilo, zajímalo mě tedy, kde se s konceptem poprvé setkali. Výsledky ukazují, že nejvíce respondentů (50,8 %) se s konceptem BS poprvé setkalo v práci na oddělení ARO, dále pak 17,5 % dotázaných uvedlo střední školu jako místo prvního kontaktu s BS, vyšší odbornou školu uvedlo 9,0 % respondentů a vysokou školu 7,3 % dotázaných. Dále respondenti uváděli, že se poprvé setkali s BS na oddělení jednotky intenzivní péče, na ARIPu, v domově pro seniory, na kurzech bazální stimulace a na semináři NCO-NZO Brno. Velice mě překvapila odpověď, kde uvedlo 1,1 %

respondentů, že se poprvé setkali s konceptem Bazální stimulace v rámci práce u polní nemocnice (tabulka č. 8, graf č. 8). Netušila jsem, že by se mohl tento koncept provádět zrovna u polní nemocnice. Myslím si ale, že je to velmi dobře, že se koncept využívá i zde.

Třetí dílčí cíl zjišťoval zájem pracovníků ARO o kurzy bazální stimulace. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 9, 20 a 21. Devátá otázka v dotazníku zjišťovala, jestli se pracovníci oddělení ARO zúčastnili nějakého certifikovaného kurzu bazální stimulace a pokud odpověděli kladně, zajímalo mě, jaké kurzy absolvovali. Výsledky na tuto otázku poskytovala tabulka č. 9 a graf č. 9. Aktivně se kurzů zúčastnilo 54 respondentů (30,5 %) a 123 dotázaných (69,5 %) se nezúčastnilo žádného kurzu (tabulka č. 9, graf č. 9). Kličková (2007) ve své práci uvádí obdobné výsledky, kdy z celkového počtu 70 respondentů jich 37,2 % absolvovalo nějaký kurz bazální stimulace a 68,2 % nemá žádný kurz. Dále mě zajímalo, kolik respondentů se zúčastnilo jednotlivých kurzů. Základního kurzu se zúčastnilo 85,2 % respondentů, nástavbový kurz absolvovalo 13,0 % dotázaných a pouze jeden respondent (1,9 %) se zúčastnil prohlubujícího kurzu (tabulka č. 9a, graf č. 9a). V otázce číslo 21 jsem se ptala, zda by měli respondenti zájem o nějaký kurz bazální stimulace. U dotázaných, kteří mají zájem o kurz, mě zajímalo, o který kurz konkrétně. Tabulka č. 21 a graf č. 21 uvádí, že 127 respondentů (66,8 %) má zájem o kurz bazální stimulace a 63 dotázaných (33,2 %) zájem nemá (tabulka č. 21, graf č. 21). O základní kurz má zájem 55,6 % respondentů, o nástavbový kurz 38,6 % dotázaných a o prohlubující kurz 5,5 % dotázaných (tabulka č. 21a, graf č. 21a). K tomuto dílčímu cíli jsem zařadila také dvacátou otázku z dotazníku, která zjišťuje, zda se pracovníci oddělení ARO domnívají, že má bazální stimulace přínos pro P/K. Tuto otázku jsem zařadila k dílčímu cíli číslo tři, protože mě zajímala souvislost mezi domněnkou pracovníků o pozitivním přínosu BS a tím, zda mají kurz anebo se chtějí kurzu bazální stimulace zúčastnit. Z dotazníku vyplynulo, že 164 respondentů (92,7 %) je přesvědčeno o pozitivním přínosu bazální stimulace, která je prováděna u P/K. Pouze 13 dotázaných (7,3 %) se domnívá, že bazální stimulace neposkytuje nemocným žádný přínos (tabulka č. 20, graf č. 20). Zajímavé je, že z těchto 13 respondentů se 3 dotázaní zúčastnili základního kurzu BS. Faktorů, které vedly tyto pracovníky k tomu, že mají absolvovaný kurz a přesto se domnívají, že BS nemá přínos pro P/K, je asi mnoho. Dále mě zaujal i vztah mezi osobním prováděním BS pracovníky a jejich míněním o přínosu BS pro pacienty/klienty. Z 13 pracovníků BS osobně provádí 8 dotázaných a 5 dotázaných ji

neprovádí. Zajímavé je právě to, že i přesto, že někteří pracovníci se domnívají, že BS nemá přínos pro P/K, tak ji většina z nich provádí. Důvody jsou jistě různé. Z mé zkušenosti vím, že důvodem by mohlo být nařízení od vrchní sestry nebo od zaměstnavatele, že se bude na jejich pracovišti provádět bazální stimulace, a tak ji provádějí. Ještě více mne překvapil následující výsledek dotazníkového šetření. Tři respondenti, kteří se domnívají, že BS nemá pro P/K žádný přínos, by i přesto chtěli absolvovat základní kurz. Zajímalo mne z jakého důvodu a snažila jsem se z výsledků vysledovat další zajímavé souvislosti. Všichni tito tři pracovníci provádí na pracovišti bazální stimulaci a dva z nich dokonce denně. Domnívám se, že provádějí bazální stimulaci kvůli nařízení z vyšších pracovních míst. Důvodem, proč chtějí absolvovat kurz, by mohla být chuť se dozvědět o konceptu více, než dosud vědí, a následně kvalitnější provádění bazální stimulace u P/K. Zlepšení zdravotního stavu P/K, u kterého je prováděna bazální stimulace, by mohlo vést i k tomu, že budou pracovníci přesvědčeni o pozitivním přínosu bazální stimulace pro P/K a ještě budou mít dobrý pocit sami ze sebe. Dalším důvodem, proč chtějí absolvovat kurz, by mohlo být, že bazální stimulaci neprovádějí na jejich pracovišti všichni pracovníci. A proto se chtějí účastnit kurzu, aby následně mohli ostatním pracovníkům, kteří neprovádějí bazální stimulaci u P/K říci, jak ji mají provádět a motivovat je k účasti na kurzu. Tím, že budou provádět BS všichni pracovníci, kteří přijdou do kontaktu s P/K, by mělo dojít k lepším výsledkům u nemocných a následně by pak pracovníci mohli být přesvědčeni i o pozitivním přínosu BS pro pacienty/klienty.

Pokud se podíváme na respondenty, kteří si myslí, že má bazální stimulace přínos pro pacienta, získáme tato data. Celkem 92,7% pracovníků ARO věří, že provádění BS je přínosné. Z toho se pouze 31,1 % dotázaných zúčastnilo nějakého z kurzů a 68,9 % respondentů nemá absolvovaný žádný kurz. Ovšem 82,3 % respondentů provádí osobně bazální stimulaci na svém pracovišti. Z čehož vyplývá, že většina pracovníků na odděleních ARO provádí BS na základě nějaké své intuice nebo zkušeností získaných jinde než na kurzech BS. Jde o to, jakou úroveň a kvalitu má poskytovaná BS bez absolvovaného alespoň základního kurzu. Z vlastní zkušenosti vím, že po absolvování základního kurzu jsem mnoho věcí v poskytování BS změnila např. přístup k P/K nebo provádění hygieny. Velice mě překvapilo, že 72,6 % pracovníků má zájem o kurz bazální stimulace. Toto zjištění by mohlo být využitelné pro vedení nemocničních zařízení. To by mohlo podpořit pracovníky v dalším vzdělávání, o které mají pracovníci dokonce sami zájem. Absolvování kurzu by mohlo být oboustranně prospěšné. Věřím,

že by došlo k lepšímu poskytování zdravotní péče a s tím související větší spokojenost P/K. Na straně zaměstnanců by kurz mohl vyvolat větší uspokojení a nalezení smysluplnosti jeho práce.

V rámci třetího dílčího cíle jsem dále zjišťovala, kolik respondentů, kteří již absolvovali nějaký kurz bazální stimulace, má zájem se dále vzdělávat na kurzech BS. Z výsledků vyplynulo, že 30,5 % respondentů se celkem zúčastnilo nějakého z kurzů. Z toho má 74,1 % dotázaných zájem absolvovat další kurzy BS, což je pro mne velmi pozitivní výsledek. Zbýlých 25,9 % neprojevovalo zájem se zúčastnit žádného z nabízených kurzů. Mezi dotázanými, kteří nemají zájem se zúčastnit kurzů BS, je i jedna dotázaná, která má již absolvované všechny tři kurzy bazální stimulace. Respondentů, kteří odpověděli, že se nezúčastnili žádného z certifikovaných kurzů BS, je 69,5 %. Ovšem jenom třetina respondentů bez absolvovaného kurzu nemá zájem účastnit se v budoucnu žádného z kurzů. Tyto výsledky mě potěšily a jsem ráda, že většina pracovníků z oddělení ARO má zájem se dále zdokonalovat v poskytování BS u P/K, ať už mají nějaký z kurzů BS absolvovaný či nikoliv.

Čtvrtý dílčí cíl měl za úkol zjistit, jestli provádí bazální stimulaci alespoň 80 % pracovníků ARO. Odpověď na tento cíl poskytovala především otázka č. 10 v mém dotazníku, která zjišťovala, zda provádějí pracovníci osobně bazální stimulaci na svém pracovišti. Výzkum potvrdil, že bazální stimulaci provádí alespoň 80 % pracovníků, přičemž je nutné podotknout, že výsledek byl velmi těsný. Z dat vyplývá, že BS provádí 80,8 % respondentů (tabulka č. 10, graf č. 10). Ti respondenti, kteří uvedli, že nekonají bazální stimulaci (19,2 %), odpovídali na další otázku v dotazníku, a to z jakého důvodu tak nečiní. Výsledky mého šetření jsem částečně porovnála s prací Stehlíkové a Kličkové a zpracovala do následující tabulky pro větší přehlednost. Do tabulky byly zahrnuty pouze odpovědi, které se shodovaly s možnostmi z dotazníku Stehlíkové nebo Kličkové. Práce Stehlíkové (2009) se sice zaměřovala na širší okruh respondentů, ale já jsem pro toto srovnání vybrala pouze odpovědi pracovníků ARO z jejího šetření. Tím jsem výsledky učinila porovnatelnými. Práce Kličkové (2007) se soustředila pouze na pracovníky ARO a tudíž nebylo třeba s daty dále pracovat. Moje data byla získána z tabulky č. 11 a grafu č. 11.

Tabulka č. 22. Důvody neprovádění bazální stimulace

Možné odpovědi v dotazníku	Výsledky šetření Tomová	Výsledky šetření Stehlíková	Výsledky šetření Kličková
nedostatečně proškolený personál	67,6 %	27,54 %	65,5 %
časová náročnost	41,2 %	13,04 %	20,0 %
nedostatek personálu na pracovišti	35,3 %	21,74 %	1,8 %
nedostatečná informovanost o konceptu	23,5 %	27,54 %	X

Na první pohled z tabulky není zřetelný žádný společný znak. Výsledky se velmi liší, a pokud se alespoň dvě práce shodují v jedné možnosti, jsou velmi odlišné v jiné. Různé výsledky mohly být způsobeny relativně dlouhým časovým odstupem šetření a taktéž jinými dalšími možnostmi odpovědi u dané otázky. Lidé se tudíž mohli přiklonit k jiné odpovědi. Z mého vzorku respondentů totiž 8,8 % odpovědělo, že neprovádí bazální stimulaci z důvodu nepřístupnosti k novým věcem, 5,9 % respondentů kvůli tomu, že to nepatří k jejich kompetencím a 2,9 % z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení (tabulka č. 11, graf č. 11). Naopak Stehlíková dále ze svého šetření zjistila, že pracovníci ARO neprovádí bazální stimulaci pro neochotu zaměstnavatele (5,80 %), z důvodu vysoké ceny kurzovného (2,90 %) a z jiných důvodů (1,45 %). Kličková (2007) pak získala další jiné následující odpovědi: nebylo mi umožněno provádět BS (10,9 %), neochota ze strany personálu (1,8 %) a nepovažuji to za důležité (0 %).

Co se týče nejčastější odpovědi vyplývající nejen z mé práce, ale i z práce Kličkové je, že nejvíce respondentů označilo nedostatečně proškolený personál, jako nejčastější důvod neprovádění BS. Domnívám se, že to může být z důvodu, že kurz je poměrně drahý a ne každý zaměstnanec je ochoten dát tolik peněz za kurz, když to následně třeba nikdo neocení. Pokud se na to podíváme ze strany zaměstnavatele, je to relativně velká peněžní položka, kterou by muselo vedení vynaložit na to, aby nechalo vyškolit celý personál svého oddělení ARO.

Ty respondentky, které uvedly, že to není v jejich kompetencích, odpověděly v dotazníku, že jsou všeobecné sestry. Ve vyhlášce MZ ČR č. 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je uvedeno, že praktická sestra může *“ provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, všeobecnou sestrou, dětskou sestrou a porodní asistentkou rehabilitační ošetřovatelství, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik*

sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce, včetně prevence dalších poruch vyplývajících ze snížené mobility nebo imobility,“ (Vyhláška č. 391/2017 Sb.). V předešlých zněních vyhlášek byl používán název “všeobecná sestra“.

K cíli číslo čtyři jsem pro zajímavost zakomponovala i otázku č. 15 z dotazníku, která zjišťovala, zda provádějí BS všichni pracovníci, kteří konají u P/K svou práci. Na tuto otázku odpovědělo 65 % respondentů záporně (tabulka č. 15, graf č. 15). Tento výsledek mě osobně nepřekvapil. Z vlastní zkušenosti vím, že na našem oddělení provádí BS pouze sestry a ošetrovatelky. Samozřejmě záleží na ochotě pracovníka, a zda má absolvovaný kurz. U nás provádí BS jen několik sester a ostatní občas něco udělají, ale rozhodně to do správného provádění BS má daleko. Bohužel. Domnívám se, že pokud není provádění bazální stimulace nařízené z vyšších míst, tak jen tak dobrovolně, pro svůj dobrý pocit, to asi mnoho pracovníků provádět nebude. Diametrálně jiné výsledky uvádí ve své práci Kličková (2007), kterou zajímalo, zda jsou do provádění konceptu BS zapojeni všichni zdravotničtí pracovníci. Z jejího výzkumu vyplynulo, že naopak u 65,7 % respondentů s konceptem na pracovišti pracuje veškerý zdravotnický personál a zbylých 34,4 % dotázaných odpovědělo, že pouze všeobecné sestry provádí BS.

Pátý dílčí cíl zjišťoval, jaké jsou možnosti pracovníků provádět bazální stimulaci na svých odděleních. K tomuto dílčímu cíli byly přiřazeny dvě otázky z dotazníku a to č. 12 a č. 13. Otázka č. 12 zjišťovala, jak často se naskytne možnost provádět bazální stimulaci na odděleních ARO. Nejvíce respondentů má možnost provádět BS na svém pracovišti jednou za týden (37,9 %), o několik méně dotázaných realizuje BS denně (26,6 %) a jednou za čtrnáct dní uskutečňuje BS 23 % respondentů. Jednou za měsíc se s konceptem BS setká 12,4 % dotázaných. Malé procento pracovníků provádí BS dvakrát za rok (6,2 %) a pouze 4,0 % respondentům se naskytne možnost provádět BS na svém pracovišti čtyřikrát za rok (tabulka č. 12, graf č. 12). Další otázka v dotazníku zjišťovala, jak dlouho průměrně mají respondenti P/K na svém oddělení, u nichž provádí bazální stimulaci. Ze získaných dat vyplývá, že 46,3 % respondentů má na svém oddělení průměrně P/K, o kterého pečuje 1-2 měsíce, 23,7 % pracovníků má na oddělení P/K 3-5 měsíců, 18,6 % respondentů se stará o P/K více jak půl roku a 11,3 % dotázaných má průměrně P/K, u kterého provádí BS na svém oddělení čtrnáct dní (tabulka č. 13, graf č. 13). Z vlastní zkušenosti vím, že pokud chce člověk provádět BS u P/K na svém pracovišti, tak k ní má příležitost každý den. Bazální stimulaci lze uplatnit u hygieny,

stravování a při dalších činnostech. Já osobně jsem aplikovala BS kdykoli to šlo. Co se týče délky hospitalizace nemocných na oddělení, u kterých byla prováděna BS, tak ta se lišila. Rozhodně jsme na oddělení měli většinou P/K hospitalizované déle než 3 měsíce.

Šestý dílčí cíl zjišťoval, u kterých pacientů/klientů je nejčastěji prováděna bazální stimulace. Data k tomuto cíli poskytla otázka č. 14 z dotazníku, která zjišťovala, u jakých pacientů/klientů je nejčastěji prováděna bazální stimulace. Výsledky mé práce (tabulka č. 14, graf č. 14) opět porovná v přehledné tabulce s výsledky práce Stehlíkové (2009).

Tabulka č. 23. Stav pacientů, u kterých respondenti provádí bazální stimulaci

Možnosti v dotazníku	Výsledky šetření Tomová	Výsledky šetření Stehlíková
u P/K v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin	56,5 %	22,52 %
u P/K dlouhodobě upoutaných na lůžko	19,2 %	17,22 %
u P/K v intenzivní péči	7,9 %	17,88 %
u P/K po mozkových cévních příhodách	5,6 %	13,25 %
u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání	5,6 %	4,64 %
u geriatrických P/K	2,3 %	5,30 %
u umírajících P/K	1,1 %	5,96 %
u P/K neklidných a dezorientovaných	1,1 %	7,95 %
u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace	0,6 %	5,30 %

Domnívám se, že bazální stimulace by měla být prováděna u všech P/K hospitalizovaných na oddělení ARO. Myslím si, že bychom měli jako pracovníci nemocničních zařízení zpříjemnit i umírajícím jejich poslední chvíle. U neklidných P/K nám BS může pomoci je zklidnit, nám se bude lépe pracovat a pro nemocného to bude také příjemnější. Zajímalo mě, jak se změní výsledky, když budu brát pouze odpovědi od respondentů, kteří provádějí osobně BS. Po porovnání výsledků této vybrané skupiny pracovníků s celým vzorkem jsem však neshledala žádné výrazné změny.

Sedmý dílčí cíl zjišťoval, jak pracovníci oddělení ARO podporují poskytování účinné a kvalitní bazální stimulace. K tomuto cíli jsem přiřadila 3 otázky z mého dotazníku (č. 16, 17, 18). První otázka se týkala používání iniciálního doteku v péči o P/K. Ten při péči o P/K používá 88,1 % (tabulka č. 16, graf č. 16). Kličková (2007) se ve své práci soustředila na častost použití iniciálního doteku. Na základě jejího zjištění uvádí, že 72,8 % respondentů používá iniciální dotek vždy. Občas používá iniciální dotek 25,8 %. Odpověď „ne“, tedy že nikdy nepoužívá iniciální dotek, nezvolil žádný dotázaný a pouze 1 respondent (1,4 %) neuvedl žádnou z nabízených odpovědí. Moje výsledky mě velice překvapily a jsem ráda, že iniciální dotek používá většina respondentů a snaží se tak o efektivní provádění BS na svých odděleních. Druhá otázka, kterou jsem zařadila k tomu dílčímu cíli, se týká zapojení rodiny P/K do bazální stimulace. Z celkového počtu respondentů zapojuje rodinu P/K 79,7 % dotázaných a zbylých 20,3 % rodinu P/K do péče o něho nezapojuje (tabulka č. 17, graf č. 17). Kličková (2007) ve své práci uvádí obdobné výsledky, kdy z celkového počtu 70 dotázaných zapojuje rodinu P/K do konceptu Bazální stimulace 60 respondentů (85,7 %). Wolffová (2006) uvádí, že zapojení rodiny je důležité hlavně u dětí, které jsou hospitalizovány v nemocničním zařízení. Rodina, především rodiče dítěte, jsou s ním celý den na oddělení a věnují se mu. Provádění BS podpoří ještě jeho oblíbenými předměty, které mu donesou z domu např.: čtou mu oblíbené pohádky, pouštějí mu jeho oblíbenou hudbu, zvuky, hlasy kamarádů a dalších členů rodiny, ukazují mu fotografie. Toto lze využít u všech věkových kategorií. Třetí a poslední otázka, kterou jsem zařadila k tomuto dílčímu cíli, zjišťovala, zda respondenti odebírají od rodiny P/K biografickou anamnézu. Autobiografickou anamnézu odebírá od rodiny P/K 80,8 % respondentů (tabulka č. 18, graf č. 18). Kličková (2007) se ve své práci opět soustředila nejen na provozování samotné činnosti, ale i frekvencovanost sběru anamnézy. Zjistila, že z celkového počtu 70 respondentů jich 60 % odebírá anamnézu vždy. Občas odebírá anamnézu 37,2 % dotázaných a 2 respondenti (2,8 %) uvedli, že neodebírají biografickou anamnézu. Domnívám se, že by bylo dobré odebírat od každého hospitalizovaného P/K jeho autobiografickou anamnézu. Dozvíme se v ní mnoho zajímavých a důležitých informací, které mohou vést ke zlepšení nebo změně v provádění bazální stimulace u nemocného, ale také v celkové péči o P/K.

V rámci dosažení sedmého dílčího cíle, mne zajímalo, kolik respondentů odpovědělo kladně na všechny tyto tři otázky. Tedy, zda používají iniciální dotek v péči o P/K, jestli

je do bazální stimulace zapojena rodina P/K a zdali odebírají od rodiny P/K biografickou anamnézu. Domnívám se, že provádění těchto tří věcí, přispívá k účinnějšímu a kvalitnějšímu provádění bazální stimulace. Respondentů, kteří odpověděli na všechny tři otázky kladně, je z celkového počtu 177 dotázaných 70,6 %. To považuji za velmi pozitivní zjištění.

Pokud provádějí bazální stimulaci na oddělení všichni pracovníci (otázka č. 15), kteří nějak pečují o P/K, tak to jistě také zlepšuje zdravotní stav nemocného. Při zpracovávání dat jsem si všimla, že zahrneme-li k předešlým třem otázkám otázku č. 15, výsledek se významně změní. Na otázku č. 15, zdali BS provádí na pracovišti všichni pracovníci, totiž odpovědělo kladně pouze 35 % dotázaných. To způsobilo velký procentuální pokles u respondentů, kteří odpověděli na již zmíněné tři otázky kladně a současně i na tuto otázku kladně. Pokud tedy zahrneme k účinnému a kvalitnímu provádění i předpoklad zapojení všech pracovníků, pak z mého zjištění vyplývá, že efektivní provádění BS je prováděno pouze u 28,8 % respondentů. Tento výsledek mě velice překvapil. Domnívám se, že by mělo být daleko více respondentů, kteří by mohli odpovědět na všechny čtyři již zmíněné otázky kladně. Spojení používání iniciálního doteku, zapojení rodiny P/K do konceptu Bazální stimulace, odebrání autobiografické anamnézy a zapojení všech pracovníků, kteří konají u P/K svoji práci považují za důležité. Bohužel, to tak není. Největší problém vidím v tom, že veškerý personál na oddělení není ochotný provádět bazální stimulaci a provádět věci s ní spojené. Některá fakta musí být jasně daná z vyšších pracovních pozic, ale i přesto nemusí docházet k poskytování účinné a kvalitní bazální stimulaci. Věřím, že je i velice těžké zapojit do provádění bazální stimulace lékaře nebo rehabilitační pracovníky, kteří na oddělení ARO pouze docházejí. I když jsou tyto pracovníci seznámeni s tím, jak by měli provádět jisté úkony s P/K, přesto to nekonají. Bohužel. Mnohé skutečnosti vím z vlastní zkušenosti ze zaměstnání na oddělení ARO. Na našem oddělení provádí bazální stimulaci pouze asi tři pracovníci, lékař žádný ani rehabilitační pracovník.

Osmý dílčí cíl zjišťoval, jaké prvky bazální stimulace pracovníci oddělení ARO nejčastěji využívají u P/K. K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 19 z mého dotazníku. Otázka zní: Které prvky bazální stimulace používáte u P/K nejčastěji? Nejvíce využívaná stimulace je somatická. Tu ve své práci používá 67,2 % dotázaných. Další prvky BS již nejsou tak hojně zastoupeny. Stejně procentuální zastoupení má vestibulární a auditivní stimulace (12,4 %), optickou stimulaci používá 3,4 % dotázaných, orální stimulaci

využívá 2,8 % respondentů a stimulaci vibrační používá pouze 1 dotázaný (0,6 %), taktéž stimulaci olfaktorickou a také taktilně-haptickou stimulaci (tabulka č. 19, graf č. 19). Tyto výsledky jsem se pokusila dát do souvislosti se zjištěním v práci Stehlíkové (2009). Respondenti totiž mohli v dotazníku Stehlíkové uvést více odpovědí na rozdíl od mého dotazníku. I přes odlišné možnosti vyplňování dotazníku vyšly Stehlíkové podobné výsledky. Mezi dvě nejvíce využívané stimulační metody v průzkumu Stehlíkové patří, zrovna tak jako v mé práci, somatická stimulace a stimulace auditivní. Následovala stimulace orální, dále optická, taktilně-haptická stimulace a olfaktorická stimulace. Nejméně zastoupena byla u Stehlíkové stimulace vestibulární a vibrační. Na rozdíl od stimulace vestibulární, byla i v mém šetření využívána stimulace vibrační nejmenším množstvím respondentů. Z těchto dat vyplývá, že stimulace somatická je zastoupena nejčastěji, tak jako v mém výzkumu. Domnívám se, že tato stimulace je považována za nejzákladnější a nejjednodušší stimulaci na provádění. Součástí této stimulace je polohování, které se u P/K běžně provádí při jejich ošetřování, a proto si myslím, že je somatická stimulace nejčastěji využívána. Ostatní stimulační metody z mého výzkumu se svým zastoupením trochu liší od porovnávaného výzkumu.

Jistě bylo pro respondenty velmi těžké zvolit, kterou stimulaci nejčastěji využívají pracovníci na oddělení ARO. Jak bylo již zmíněno, nejčastěji používanou stimulací je stimulace somatická, ale myslím si, že stimulace vestibulární je také hojně využívána. Pracovníci si ji asi tolik neuvědomují, ale je prováděna při každém polohování, kdy dojde ke změně polohy hlavy. Domnívám se, že i stimulace olfaktorická je využívána častěji, než uvedli respondenti v mém výzkumu. Pokud nemá P/K poškozen čich, tak cítí pachy a vůně kolem sebe. Myslím si, že výsledky týkající se využití prvků BS pracovníky oddělení ARO nejsou úplně adekvátní, z důvodu nedostatečného proškolení v konceptu Bazální stimulace.

U stimulace somatické jsem se respondentů ptala, které prvky konkrétně praktikují u P/K. Celkem na tuto otázku odpovídalo 119 dotázaných. Z toho zvolilo polohování 89,9 % respondentů, celkové tělesné koupele provádí 8,4 % pracovníků a 2 dotázaní (1,7 %) provádí masáž stimulující dýchání (tabulka č. 19a, graf č. 19a). Stehlíková (2009) ve své práci také uvádí, že ze somatické stimulace je nejvíce využíváno polohování. Naopak nejméně, i v práci Stehlíkové, uvedli respondenti masáž stimulující dýchání. Nejvíce je tedy na odděleních ARO využíváno polohování. (Lišková 2005) uvádí, že u P/K dochází po deseti minutách klidného ležení ke změnám vnímání svého těla, a proto přestávají nemocní vnímat hranice svého těla. Polohování je kvůli tomu

velice důležité, protože tím si P/K uvědomí ohraničení svého těla např. ruce, nohy, hlavu. Tím, že P/K polohujeme, mu dáváme podněty somatické, ale i vestibulární. Z toho plyne, že vestibulární stimulace je využívána při polohování nemocných. Proto si myslím, že při hlubší znalosti jednotlivých prvků BS, by vestibulární stimulace měla větší zastoupení, než jak vyplynulo z mých výsledků.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ve své diplomové práci jsem si zvolila tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zní: *Využívají pracovníci oddělení ARO koncept Bazální stimulace ve své práci, a jaké jsou případně důvody opomíjení konceptu?*

Na základě mého výzkumu, lze konstatovat, že pracovníci oddělení ARO využívají koncept BS ve své práci. To dokládají získaná data a k nalezení odpovědi na tuto otázku mi pomohl čtvrtý dílčí cíl práce. Ten potvrdil, že BS provádí alespoň 80 % pracovníků, přesněji 80,8 %. Dále nejvíce respondentů (37,9 %) uvedlo, že se jim naskytne možnost provádět BS nejčastěji jednou za týden. Pacienty/klienty, u nichž se může aplikovat BS, má nejvíce 46,3 % pracovníků na odděleních ARO hospitalizované 1-2 měsíce. Ovšem nemůžeme zde říci, že by BS využívali na odděleních ARO všichni pracovníci, kteří přijdou do styku s P/K. Pouze 35,0 % respondentů uvedlo, že na jejich odděleních pracují s konceptem BS všichni pracovníci. Součástí první výzkumné otázky bylo také zjistit případné důvody opomíjení konceptu BS. Nejčastějšími důvody opomíjení provádění konceptu BS je nedostatečně proškolený personál, jak uvádí 67,6 % dotázaných. Mezi další důvody opomíjení konceptu BS patří (seřazeno od nejpočetnější odpovědi k nejméně početné): časová náročnost, nedostatek personálu na pracovišti, nedostatečná informovanost o konceptu BS, nepřístupnost k novým věcem, nepatří to k mým kompetencím a nedostatečné finanční ohodnocení.

Druhá výzkumná otázka zní: *Ovlivňuje nabytá znalost o konceptu z výuky na škole nebo na kurzu pravděpodobnost provádění bazální stimulace?*

Z následujících dat vyplývá, že ti respondenti, kteří se o konceptu BS učili na škole nebo na kurzu BS, ve své práci používají prvky BS. Výrazně převažují

respondenti, kteří se učili o konceptu BS na zdravotnické škole a provádí na svém pracovišti BS (76,5 %) než respondenti, kteří BS neprovádí (23,5 %). Pokud se zaměříme na respondenty, kteří prošli nějakým z certifikovaných kurzů BS, dospějeme ještě k markantnějším výsledkům. Procentuální zastoupení pracovníků, kteří mají certifikovaný kurz BS a osobně provádí BS na svém pracovišti, je 90,7 %. Pouze 5 dotázaných (9,3 %) neprovádí BS, i přesto, že absolvovali kurz BS. V případě, že se zaměříme na osoby, které se o konceptu BS učili na škole a také se zúčastnili kurzu BS, získáme velmi podobné výsledky těm předchozím. Bazální stimulaci na svém pracovišti provádí 82,4 %. Abychom se podívali také na situaci z opačného pohledu, zkombinujeme pracovníky, kteří se o konceptu ani neučili na škole a ani se neúčastnili kurzu. Těchto pracovníků je dohromady 72 a z toho jich 78 % osobně neprovádí BS.

Z výsledků plyne, že bazální stimulaci provádí větší procento pracovníků, kteří se zúčastnili certifikovaného kurzu BS, než těch, kteří se o BS dozvěděli na škole. V obou případech je více těch dotázaných, kteří nabyli znalost o konceptu BS ve škole nebo na kurzu a provádí BS na svém pracovišti, než těch, kteří BS neprovádí. Můžeme tedy říci, že získané znalosti o konceptu Bazální stimulace ve škole nebo na certifikovaném kurzu BS, mají jistý pozitivní vliv na následné provádění BS na pracovištích, kde dotázaní pracují. Je nutné zmínit, že toto zjištění není jednosměrné a odpověď na otázku, co ovlivňuje osobní provádění bazální stimulace pracovníky, je jistě daleko komplexnější.

Třetí výzkumná otázka zní: *Jsou pracovníci oddělení ARO, kteří podporují účinné a kvalitní provádění konceptu BS, přesvědčení o přínosu BS pro pacienta/klienta?*

Odpověď na tuto otázku poskytují údaje z otázek, zda používají respondenti iniciální dotek v péči o pacienta/klienta, zda je do bazální stimulace zapojena rodina pacienta/klienta a zda odebírají dotázaní biografickou anamnézu od rodiny P/K. Respondentů, kteří odpověděli na všechny tyto tři otázky kladně, je 125 (70,6 %) a z tohoto počtu je 96,8 % přesvědčeno o přínosu bazální stimulace pro P/K. Tento výsledek mě velice překvapil. Domnívala jsem se, že respondentů, kteří jsou přesvědčeni o kladných účincích bazální stimulace, bude méně. Jsem ovšem ráda, že je tolik dotázaných přesvědčeno o přínosu bazální stimulace pro nemocné. Myslím si, že přesvědčení respondentů přináší kladné výsledky jejich práce a pomáhá jim při provádění BS u P/K.

Jsou tedy pracovníci oddělení ARO, kteří podporují účinné a kvalitní provádění konceptu BS, přesvědčeni o přínosu BS pro pacienta/klienta? Můžeme říci, že ano. Drtivá většina respondentů, kteří používají iniciální dotek v péči o P/K, zapojují do BS rodinu P/K a odebírají od rodiny P/K biografickou anamnézu, je přesvědčena o přínosu BS pro nemocné.

ZÁVĚR

Zdravotnictví je dnes velmi moderní a na vysoké úrovni. Snažíme se, abychom byli co nejlepší, a proto také přebíráme mnoho odborných poznatků ze zahraničí. Jednou z věcí, kterou k nám do ČR ze zahraničí paní PhDr. Karolína Friedlová přinesla, je koncept Bazální stimulace. Tento koncept Bazální stimulace je nejpůvodnějším ošetrovatelským a pedagogickým konceptem ve většině sousedních zemích. Jedná se o interakční, komunikační a vývoj podporující stimulační koncept, který nahlíží na člověka z pohledu biologického, psychologického, sociálního a spirituálního, tedy holisticky. Podporuje vnímání nemocného, komunikaci a přispívá k rozvoji pohybových schopností člověka. V praxi se koncept BS používá k posílení zachovalých pohybových a komunikačních schopností u pacientů/klientů. K tomu je zapotřebí proškoleného personálu v oblasti bazální stimulace a správné využívání jejich metod, prvků, technik a cílů v ošetrovatelské péči tak, aby byla BS účinná a kvalitní.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jestli je koncept Bazální stimulace využíván na anesteziologicko-resuscitačních odděleních z pohledu ošetrovatelské péče. Tento cíl byl rozvinut do osmi dílčích cílů a byly položeny tři výzkumné otázky. Z výsledků práce vyplynuly následující poznatky. V Libereckém kraji je dostatečně proškoleného personálu málo. Pracovníci oddělení ARO sice bazální stimulaci znají, ale jen malé množství z nich se zúčastnilo kurzu bazální stimulace a provádí tak BS správně tak, aby byly vidět kvalitní výsledky. Bohužel ani při studiu se mnoho pracovníků nesetkalo s učivem o BS. Domnívám se, že koncept Bazální stimulace by měl být zařazen do osnov na všech zdravotnických školách a lékařských fakultách napříč všemi obory. Tím by pak mohlo dojít i ke zlepšení situace provádění BS všemi pracovníky, kteří se o P/K starají (sestry, lékaři, ošetrovatelé, sanitáři atd.). Z dotazníku dále vyplynulo, že většina pracovníků má zájem absolvovat nějaký kurz BS, čehož by měli využít zaměstnavatelé a nechat proškolit co největší množství pracovníků. Proškolený personál získá obratnost a vědomosti k správnému provádění bazální stimulace u nemocných. Pracovníci získají znalosti jak provádět BS kvalitně a účinně, což v nich může vyvolat silný pocit přesvědčení o pozitivních účincích provádění BS. Jejich práce bude motivovat ostatní kolegy a půjdou jim příkladem, jako tomu bylo v mém případě. Také věřím, že některá předložená fakta vyplývající z výsledků této práce jsou použitelná pro management nemocničních zařízení a pomohou jim v určování jejich priorit a cílů.

Jako výstup této práce jsem vytvořila brožuru o možnostech polohování v konceptu Bazální stimulace. Brožura je určena především pro pracovníky, kteří využívají koncept BS na svém pracovišti. Po úspěšné obhajobě této práce bude moci být brožura rozšířena na oddělení ARO v Libereckém kraji.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá bazální stimulací na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část se zaměřuje na koncept Bazální stimulace, jeho vývoj, teoretická východiska konceptu a uplatnění konceptu v ošetrovatelské péči na odděleních ARO. Jsou zde popsány jednotlivé prvky bazální stimulace.

Empirická část dokládá výsledky z kvantitativního výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření v Libereckém kraji. Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jestli je koncept Bazální stimulace využíván na anesteziologicko-resuscitačních odděleních z pohledu ošetrovatelské péče. Výzkum se také zabývá vlivem znalostí získaných na škole nebo na certifikovaném kurzu bazální stimulace a vlivem přesvědčení pracovníků ARO o přínosu této metody na provádění bazální stimulace na pracovišti. Výsledky výzkumu jsou podrobně rozepsány a znázorněny v tabulkách a grafech v kapitole *Výsledky a Diskuze*.

Klíčová slova

Bazální stimulace, anesteziologicko-resuscitační oddělení, ošetrovatelství

SUMMARY

The thesis deals with Basal Stimulation in the Department of Anaesthesiology and Resuscitation in nursing care. The thesis has two parts, theoretical and empirical. The theoretical part focuses on the concept of Basal Stimulation, its development, the theoretical basis of the concept and the application of the concept in nursing care in Departments of Anaesthesiology and Resuscitation. Individual elements of basal stimulation are described here.

The empirical part provides the results from the quantitative research carried out by means of a questionnaire survey in the Liberec region. The main aim of my thesis is to ascertain if the concept of Basal Stimulation is used in Departments of Anaesthesiology and Resuscitation from the perspective of nursing care. The research also deals with the influence of knowledge gained at school or during a certified basal stimulation course, and the influence of the belief of staff in the Department of Anaesthesiology and Resuscitation in benefits of the method in the implementation of Basal Stimulation at the workplace. The research results are detailed and illustrated in tables and charts in the *Results* and *Discussion* chapters.

Key words

Basal Stimulation, Department of Anaesthesiology and Resuscitation, nursing care

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANASTASSIADOU-NÝVLTOVÁ, Hana a Karolína FRIEDLOVÁ, 2002. Pojetí ošetrovatelství u nás a v zahraničí. *Sestra*. **XII**(7–8), 7–8. ISSN 1210-0404.
2. BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH, 2008. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 5. Aufl. Seelze-Velbe: Kallmeyer. ISBN 978-3-7800-4001-5.
3. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. ČERVENKOVÁ, Dana, 2006. Seznámení s Bobath konceptem. *Sestra*. **16**(12), 46–47. ISSN 1210-0404.
5. EMMEROVÁ, Kateřina, 2012. Ošetření nemocného pomocí Bobath konceptu. *Sestra*. **22**(6), 24–26. ISSN 1210-0404.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2000a. Bazální stimulace. In: Jana MAREČKOVÁ a Věra VRÁNOVÁ *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí: Velká Bystřice, 6.-7. září 2000*. Praha: Galén, s. 24–26. ISBN 80-86257-21-5.
7. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2000b. Bazální stimulace. *Sestra*. **X**(5), 6–7. ISSN 1210-0404.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2000c. Bazální stimulace. *Sestra*. **10**(8), 7. ISSN 1210-0404.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2003a. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP. In: Roman ZAZULA et al. *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, s. 313–316. ISBN 80-7262-227-7.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2003b. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*. **13**(1), 14–16. ISSN 1210-0404.
11. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. Dynamika ošetrovatelství - Bazální stimulace. *Sestra*. **15**(11), 30. ISSN 1210-0404.
12. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2008. *Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 6. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace.
13. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009a. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 3. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
14. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009b. *Skriptum pro certifikovaný nastavbový kurz Bazální stimulace*. 7. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace.

15. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2016. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program - Základní kurz Bazální stimulace*. 17. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace.
16. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
17. HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-032-6.
18. HŮSKOVÁ, Jitka, 2000. Komunikace na ARO a JIP - poskytování informací o ošetrovatelské péči. In: Jana MAREČKOVÁ a Věra VRÁNOVÁ *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí: sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí: Velká Bystřice, 6.-7. září 2000*. Praha: Galén, s. 31–33. ISBN 80-86257-21-5.
19. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
20. INSTITUT Bazální stimulace, 2015a. Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP. *INSTITUT Bazální stimulace®* [online] [vid. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/aro-jip/>.
21. INSTITUT Bazální stimulace, 2015b. Historie. *INSTITUT Bazální stimulace®* [online] [vid. 2017-09-12]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/historie/>.
22. INSTITUT Bazální stimulace, 2015c. O Bazální stimulaci®. *INSTITUT Bazální stimulace®* [online] [vid. 2018-05-12]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.
23. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
24. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
25. KLIČKOVÁ, Hana, 2007. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Vedoucí práce: Mgr. Petra Juřeníková.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1995. *Tajemství úspěšného jednání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-85623-84-0.
27. LIŠKOVÁ, Marcela, 2005. Polohování. *Sestra*. **15**(4), 15–16. ISSN 1210-0404.
28. MACHOVÁ, Jitka, 2002. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7184-867-7.

29. MECHOVÁ, Irena a Kamila MAJKUSOVÁ, 2006. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. **16**(12), 30–31. ISSN 1210-0404.
30. MYSLIVEČEK, Jaromír a Stanislav TROJAN, 2004. *Fyziologie do kapsy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-497-4.
31. NYDAHL, Peter a Gabriele BARTOSZEK, ed., 2000. *Basale Stimulation: neue Wege in der Intensivpflege*. 3., vollst. überarb. Aufl. München: Urban & Fischer. ISBN 978-3-437-26500-6.
32. PICKENHAIN, Lothar, 2000. *Basale Stimulation: neurowissenschaftliche Grundlagen*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben. Basale Stimulation. ISBN 978-3-910095-32-8.
33. ROKYTA, Richard a kol., 2016. *Fyziologie*. 3. přepracované vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
34. STEHLÍKOVÁ, Adéla, 2009. *Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestra-klient/pacient: bakalářská práce*. Liberec: Technická univerzita, Ústav zdravotnických studií, Vedoucí práce: Mgr. Blanka Ptáčková.
35. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
36. VÁCLAVÍČKOVÁ, Lenka, 2014. Komunikace jako součást bazální stimulace. *Sestra*. **24**(3), 25–26. ISSN 1212-0404.
37. Velký lékařský slovník. 1998-2018. *Velký lékařský slovník online*. [online] [vid. 2018-09-22]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>.
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.
39. Vyhláška č. 391/2017 SB. 2011, 2010-2018. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [vid. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>.
40. WOLFOVÁ, Věra, 2006. Bazální stimulace - pohled ze zákulisí. *Sestra*. **16**(6), 26–27. ISSN 1210-0404.
41. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
42. ZEMANOVÁ, Jitka, 2009. *Základy anesteziologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-505-1.

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

- ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd. – a tak dále
Bc. – bakalář
BS – bazální stimulace
CNS – centrální nervový systém
Č. - číslo
ČR – Česká republika
DiS. – diplomovaný specialista
Dr. - doktor
I. v. – intravenózní
JIP – jednotka intenzivní péče
Mgr. – magistr
MSD – masáž stimulující dýchání
MZ – ministerstvo zdravotnictví
Např. – například
NCO-NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Obr. - obrázek
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie
Prof. - profesor
P/K – pacient/klient
Sb. - sbírka
SZŠ – střední zdravotnická škola
Tj. – to je
Tzn. – to znamená
Tzv. – tak zvaně
UPV – umělá plicní ventilace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1. Cíle bazální stimulace.....	16
Obrázek č. 2. Komunikace.....	28
Obrázek č. 3. Pokyny pro iniciační dotek.....	31

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Pohlaví respondentů.....	37
Tabulka č. 2. Věk respondentů	38
Tabulka č. 3. Délka praxe respondentů.....	39
Tabulka č. 4. Profese respondentů	40
Tabulka č. 5. Znalost konceptu Bazální stimulace	43
Tabulka č. 6. Výuka o konceptu na škole	44
Tabulka č. 7. Místo výuky konceptu Bazální stimulace	45
Tabulka č. 8. Místo prvního setkání s konceptem Bazální stimulace.....	46
Tabulka č. 9. Účast na certifikovaném kurzu bazální stimulace	48
Tabulka č. 10. Provádění bazální stimulace respondenty	50
Tabulka č. 11. Důvody neprovádění bazální stimulace	51
Tabulka č. 12. Četnost provádění bazální stimulace	53
Tabulka č. 13. Délka pobytu pacienta/klienta na oddělení	54
Tabulka č. 14. Typ onemocnění ošetřovaných pacientů.....	55
Tabulka č. 15. Provádění bazální stimulace všemi pracovníky	57
Tabulka č. 16. Používání iniciálního dotyku	58
Tabulka č. 17. Zapojení rodiny při ošetřování pacienta/klienta	59
Tabulka č. 18. Odebírání biografické anamnézy	60
Tabulka č. 19. Používané prvky bazální stimulace.....	61
Tabulka č. 20. Přínos bazální stimulace pro pacienta/klienta.....	63
Tabulka č. 21. Zájem o kurz bazální stimulace	64
Tabulka č. 22. Důvody neprovádění bazální stimulace	72
Tabulka č. 23. Stav pacientů, u kterých respondenti provádí bazální stimulaci.....	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Pohlaví respondentů.....	37
Graf č. 2. Věk respondentů	38
Graf č. 3. Délka praxe respondentů	39
Graf č. 4. Profese respondentů.....	40
Graf č. 5. Znalost konceptu Bazální stimulace	43
Graf č. 6. Výuka o konceptu na škole.....	44
Graf č. 7. Místo výuky konceptu Bazální stimulace.....	45
Graf č. 8. Místo prvního setkání s konceptem Bazální stimulace.....	46
Graf č. 9. Účast na certifikovaném kurzu bazální stimulace	48
Graf č. 10. Provádění bazální stimulace respondenty.....	50
Graf č. 11. Důvody neprovádění bazální stimulace.....	51
Graf č. 12. Četnost provádění bazální stimulace	53
Graf č. 13. Délka pobytu pacienta/klienta na oddělení.....	54
Graf č. 14. Typ onemocnění ošetřovaných pacientů	55
Graf č. 15. Provádění bazální stimulace všemi pracovníky.....	57
Graf č. 16. Používání iniciální dotyku	58
Graf č. 17. Zapojení rodiny při ošetřování pacienta/klienta	59
Graf č. 18. Odebírání biografické anamnézy	60
Graf č. 19. Používané prvky bazální stimulace	61
Graf č. 20. Přínos bazální stimulace pro pacienta/klienta.....	63
Graf č. 21. Zájem o kurz bazální stimulace	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace	93
Příloha č. 2. Koupele a polohování.....	97
Příloha č. 3. Žádost o povolení k výzkumu	102
Příloha č. 4. Dotazník	107
Příloha č. 5. Certifikát Bazální stimulace	107
Příloha č. 6. Brožura	108

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne

Na jakém místě nesnese dotek?

Spánek

V jaké poloze spí nejčastěji: záda břicho pravý bok levý bok

V kolik hodin obvykle chodí spát:

V kolik hodin obvykle vstává:

Kolik hodin obvykle denně spí:

Má nějakou oblíbenou věc v posteli (polštář, deka, plyšák)?

Doneseno: ano ne

Přikrývá se dekou až po ramena? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chutě: sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla: teplé vlažné studené

Konzistence: pevná strava tekutá strava

Potíže při polykání: ne ano - upřesněte:

Oblíbený nápoj:

Oblíbené jídlo:

Oblíbené polévky:

Oblíbené pochutiny:

Nemá rád(a):

Má přineseny vlastní pomůcky (hrnek, talíř, atd.):

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy močení léčba medikamenty

Jaký typ poruchy:

Při inkontinenci využívá: vložky plenkové kalhotky permanentní katétr

Vyprazdňování stolice: bez problémů zácpa průjem

Specifikujte problémy:

Sluch

Problémy se sluchem: ano vpravo vlevo ne

Specifikujte problém:

Naslouchadlo: ano ne

Vypište oblíbenou hudbu, TV či rozhlasové pořady:

Na jaké zvuky byl doma zvyklý:.....

Má přinesené nějaké předměty z domova (rádio, atd.):

Zrak

Problémy se zrakem: ano vpravo vlevo ne

Specifikujte problém:.....

Nosí brýle: ano ne

Nosí čočky: ano ne

Používané medikamenty: oční masti oční kapky

Přinesené předměty:.....

Regulace tělesné teploty

Má rád: zimu teplo tak akorát

Potí se: ano ne

Problémy týkající se teploty:

Pohyb, tělesná aktivita

Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou:

Specifikujte postižení: porucha rovnováhy plegie paréza
 poruchy citlivosti hypotonus spasmus kontraktury

Lokalizace, popř. jiná specifikace:.....

Kompenzační pomůcky:.....

Způsob života

Povolání:.....

Koníčky, zájmy:.....

Má přineseny nějaké předměty vztahující se k povolání, zájmům:

Má nějaké zvíře doma? ano – jaké:..... ne

Děti, vnoučata:

Víra: ano – jaká:..... ne

Jak snáší bolesti:

Jak zvládá zátěžové situace:

Využívá relaxační techniky:

Důležitý zážitek v poslední době:

Jiné důležité informace:

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:

Anamnézu sepsala: dne:.....

Dotazy zodpověděla:

Je v poměru k pacientovi:

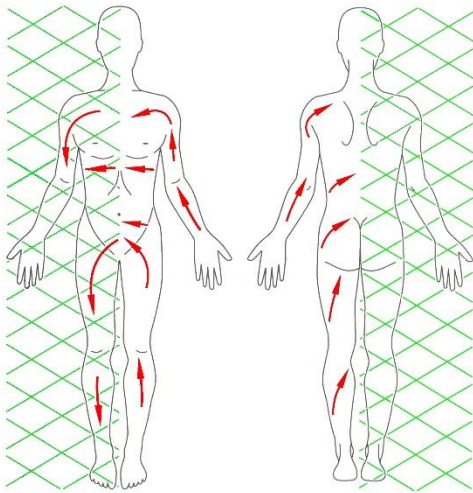
Příloha č. 2. Koupele a polohování



Obrázek č. 1.



Obrázek č. 2.



Obrázek č. 3.



Obrázek č. 4.



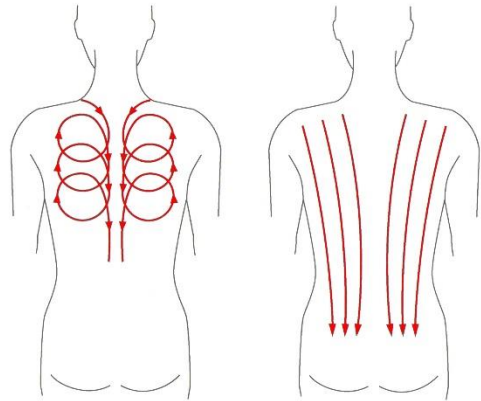
Obrázek č. 5.



Obrázek č. 6.



Obrázek č. 7.



Obrázek č. 8.



Obrázek č. 9.



Obrázek č. 10.



Obrázek č. 11.



Obrázek č. 12.



Obrázek č. 13.



Obrázek č. 14.

Obě zúčastněné osoby na fotografiích souhlasili s jejich zveřejněním.

Příloha č. 3. Žádost o povolení k výzkumu

ŽÁDOST O POVOLENÍ K VÝZKUMU

KNL - nemocnice Turnov

Vážená paní magistro Krejčí,

hlavní sestra Mgr. Eva Krejčí
název nemocnice KNL - nemocnice Turnov
ulice 28. října 1000
PSČ a město 511 01, Turnov

V Turnově, dne 14. 11. 2017

Vážená hlavní sestro,

dovoluji se na Vás obrátit a požádat Vás o povolení výzkumného šetření v nemocnici Turnov, na oddělení ARO, které by mělo být součástí mé diplomové práce, jejíž téma je Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči.

Podstatou mé práce je zjistit, zda pracovníci na ARO znají a pracují s konceptem Bazální stimulace.

Výzkumné šetření bude provedeno v nemocnici Turnov, na oddělení ARO. Respondenty budou všichni pracovníci pracující na ARO.

O vedení práce jsem požádala Mgr. Lenku Brožovou.

Výzkumné šetření bych chtěla provádět v měsíci listopadu.

Dotazník je přílohou mé žádosti.

Vážená hlavní sestro, prosím, sdělte mi své rozhodnutí, zda je možné uskutečnit výzkumné šetření v KNL - nemocnici Turnov na oddělení ARO.

S pozdravem

Bc. Karolína Tomová



Studentka 2. ročníku - Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Adresa školy - Žižkovo nám. 5, Olomouc, 771 40

Vyjádření instituce:

BYZÁŇSKÁ STANICE NA ABO oddělení p. oš. péči

Povoluji provést výzkumné šetření vnázev nemocnice s tématem a přiloženým dotazníkem.

Nepovoluji i provést výzkumné šetření vnázev nemocnice s tématem a přiloženým dotazníkem nesouhlasím.

Mgr. Eva Krejčí

V Turnově, dne *16. 11. 2017*

Eva Krejčí
.....

Podpis a razítko

Příloha č. 4. Dotazník

Vážený pane/vážená paní,

jmenuji se Karolína Tomová a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. K ukončení studia zpracovávám diplomovou práci na téma: „Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči.“ Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Veškeré informace v něm uvedené, budou použity výhradně pro zpracování a vyhodnocení dat v mé diplomové práci. U otázek, kde je výběr z několika odpovědí, Vámi vybranou odpověď zakroužkujte. Děkuji Vám za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 0-20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61 a více let

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 0-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 31 a více let

4. Jakou profesi vykonáváte?

a) všeobecná sestra (zaškrtněte konkrétně)

SZŠ s maturitou, DiS., Bc., Mgr., specializace

b) ošetřovatel/ka

c) sanitář/ka

d) lékař/ka

e) jiné (uved'te)

5. Učil/a jste se na zdravotnické škole o konceptu Bazální stimulace?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 7.

6. Na jaké zdravotnické škole jste se učil/a o konceptu Bazální stimulace?

a) střední zdravotnická škola

b) vyšší odborná škola

c) vysoká škola

d) jiné (uved'te)

7. Znáte koncept Bazální stimulace?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděl/a NE, pokračujte otázkou č. 21.

8. Kde jste se poprvé setkal/a s konceptem Bazální stimulace?

a) na střední škole

b) na vyšší odborné škole

c) na vysoké škole

d) v práci na ARO

e) jinde, kde (uved'te)

9. Zúčastnil/a jste se certifikovaného kurzu bazální stimulace, pokud ano - jakého?

- a) ano
 - a. základní kurz
 - b. nástavbový kurz
 - c. prohlubující kurz
- b) ne

10. Provádíte Vy osobně na Vašem pracovišti bazální stimulaci?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl/a ANO pokračujte otázkou č. 12

11. Proč neprovádíte Vy osobně bazální stimulaci na Vašem pracovišti? (lze uvést více odpovědí)

- a) časová náročnost
- b) nedostatek personálu na pracovišti
- c) nedostatečně proškolený personál
- d) nedostatečná informovanost o konceptu
- e) nejsem přístupný/á novým věcem
- f) nejsem dostatečně finančně ohodnocen/a
- g) jiné (uveďte)

12. Jak často se na Vašem oddělení naskytne možnost provádět bazální stimulaci?

- a) jednou za týden
- b) jednou za 14 dní
- c) jednou za měsíc
- d) jiné (uveďte)

13. Jak dlouho průměrně máte pacienta na oddělení, u kterého provádíte bazální stimulaci?

- a) 14 dní
- b) 1-2 měsíce
- c) 3-5 měsíců
- d) více jak půl roku

14. U kterých pacientů nejčastěji provádíte bazální stimulaci?

- a) u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání
- b) u dětí a dospělých s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace
- c) u pacientů v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin
- d) u pacientů po mozkových cévních příhodách
- e) u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko
- f) u pacientů neklidných a dezorientovaných
- g) u pacientů v intenzivní péči
- h) u geriatrických pacientů
- i) u umírajících pacientů

15. Provádějí na Vašem oddělení bazální stimulaci všichni pracovníci, kteří u pacienta konají svou práci (sestra, rehabilitační pracovník, lékař, ošetřovatel/ka)?

- a) ano
- b) ne

16. Používáte iniciální dotek v péči o pacienta?

- a) ano
- b) ne

17. Je do bazální stimulace zapojena rodina pacienta?

- a) ano
- b) ne

18. Odebíráte od rodiny pacienta biografickou anamnézu?

- a) ano
- b) ne

19. Které prvky bazální stimulace používáte u pacientů nejčastěji?

- a) somatická stimulace (tělesná stimulace), (vyberte konkrétně)
 - a. celkové tělesné koupele (zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, diametrální)
 - b. polohování (mumie, hnízdo, mikropolohování)
 - c. masáž stimulující dýchání
- b) vestibulární stimulace (stimulace rovnovážného ústrojí)
- c) vibrační stimulace (stimulace chvěním)
- d) auditivní stimulace (sluchová stimulace)
- e) optická stimulace (zraková stimulace)
- f) olfaktorická stimulace (čichová stimulace)
- g) taktilně-haptická stimulace (hmatová stimulace)
- h) orální stimulace (chuťová stimulace)

20. Myslíte si, že má bazální stimulace přínos pro pacienta?

- a) ano
- b) ne

21. Měl/a byste zájem o kurz bazální stimulace, pokud ano - o jaký?

- a) ano
 - a. základní kurz
 - b. nastavbový kurz
 - c. prohlubující kurz
- b) ne

Děkuji Vám za spolupráci.

Bc. Karolína Tomová

Příloha č. 5. Certifikát bazální stimulace

BESTÄTIGUNG DER

TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION

BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®

Základní kurz Bazální stimulace®

Bc. Karolína TOMOVÁ, 22. 6. 1990

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení, GEB. AM / dat. nar.

IN DER ZEIT VON / V době od **18. 5. 2016** BIS / do **20. 5. 2016**

24 UNTERRICHTSTUNDEN / **24** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **7. 6. 2016**

INSTITUT Bazální stimulace®, s. r. o.

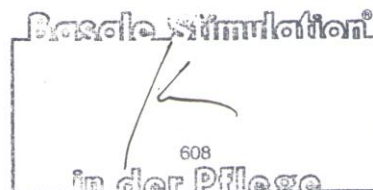
Člen Mezinárodní asociace Bazální stimulace®
Vzdělávací instituce akreditovaná MZ ČR, MPSV ČR a MŠMT ČR
a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky

J. Opletala 680, 738 02 Frýdek-Místek
IČ: 25889966 DIČ: CZ 25889966

Zapsán v obchodním rejstříku Krajského soudu Ostrava, oddíl C., vložka 24700



INSTITUT
Bazální stimulace, s. r. o.
J. Opletala 680
738 02 Frýdek-Místek
Tel: 558 434 920
www.bazalni-stimulace.cz



PhDr. Karolína Friedlová
statutárního zástupce
akreditovaného zařízení

PhDr. Karolína Friedlová
Praxisbegleiter für Basale
Stimulation® in der Pflege

Příloha č. 6. Brožura



Poloha mumie

Tento letáček je určen především zdravotnickým pracovníkům, kteří pracují s konceptem Bazální stimulace.

Více informací najdete na <https://www.bazalni-stimulace.cz/>.

Fotografie: vlastní zdroj a vypracování

Poloha mumie

- používá se pro zklidnění
- u pacientů/klientů agresivních, neklidných, znatelných, probouzejících se z kómatu, u předčasně narozených dětí a u dlouhodobě upoutaných na lůžko



Poloha mumie

Zařazení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče přináší pozitivní výsledky nejen nemocným, ale i ošetrovatelskému týmu. Personál se skrze provádění bazální stimulace učí vnímat nemocného a nemocni zase prostřednictvím bazální stimulace vnímají velké množství podnětů.

Bazální stimulace polohování

Bazální stimulace je interakční, komunikační a vývoj podporující koncept. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb. Nahlíží na člověka holisticky, tedy jako na bio-psycho-sociální a spirituální bytost.

Vypracovala:
Bc. Karolína Tomová, k diplomové práci na téma Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči

Poloha hnízdo

- využívá se k odpočinku
- lze ji praktikovat na zádech, na boku, v sedě, (na břiše)



*Poloha hnízdo na zádech,
dolní končetiny jsou v extenzi*



*Poloha hnízdo na zádech,
dolní končetiny jsou v lehké flexi*



Poloha hnízdo v sedě s opřepnými zády



Poloha hnízdo na boku

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Karolína Tomová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Brožová
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči
Název v angličtině:	Basal Stimulation in the Department of Anaesthesiology and Resuscitation in nursing care
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá bazální stimulací na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v ošetrovatelské péči. Práce má dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část se zaměřuje na koncept Bazální stimulace, jeho vývoj, teoretická východiska konceptu, popis jednotlivých prvků bazální stimulace a na uplatnění konceptu v ošetrovatelské péči na odděleních ARO.</p> <p>Empirická část popisuje provádění výzkumného šetření a dokládá výsledky z kvantitativního výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření v Libereckém kraji. Podrobně jsou výsledná data popsána v diskuzi. Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jestli je koncept Bazální stimulace využíván na anesteziologicko-resuscitačních odděleních z pohledu ošetrovatelské péče. Data, která byla zjištěna, mohou být přínosná pro vedoucí pracovníky na odděleních ARO. Mohou zlepšit péči o pacienta/klienta a učinit jeho pobyt v nemocnici příjemnější.</p>

Klíčová slova:	koncept Bazální stimulace, anesteziologicko-resuscitační oddělení, ošetrovatelská péče, pacient/klient, ošetrovatelský personál
Anotace v angličtině:	<p>The thesis deals with Basal Stimulation in the Department of Anaesthesiology and Resuscitation in nursing care. The thesis has two parts, theoretical and empirical. The theoretical part focuses on the concept of Basal Stimulation, its development, the theoretical basis of the concept, the description of individual elements of basal stimulation and the application of the concept in nursing care in Departments of Anaesthesiology and Resuscitation.</p> <p>The empirical part describes the conduct of the research and provides the results from the quantitative research carried out by means of a questionnaire survey in the Liberec region. The research results are detailed and illustrated in <i>Discussion</i> chapter. The main aim of my thesis is to ascertain if the concept of Basal Stimulation is used in Departments of Anaesthesiology and Resuscitation from the perspective of nursing care. Final findings may be beneficial to supervisors in Departments of Anaesthesiology and Resuscitation. The results can be used to improve patient/client care and make their stay in the wards more comfortable.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Basal Stimulation, Department of Anaesthesiology and Resuscitation, nursing care, patient/client, nursing care workers

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace Příloha č. 2. Koupele a polohování Příloha č. 3. Žádost o povolení k výzkumu Příloha č. 4. Dotazník Příloha č. 5. Certifikát Bazální stimulace Příloha č. 6. Brožura
Rozsah práce:	112 stran
Jazyk práce:	Český jazyk