

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Bazální stimulace u dětí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Pavla Hrubá

Autor práce:

Alena Tlamsová, DiS.

2009

ABSTRACT

Basal stimulation of children

Basal stimulation concept is an inherent part of life of people with physical or mental disability. It is a contribution for patients who experience any perception problems but also within a care for premature infants. The basal stimulation concept has currently been in the period of implementation and putting into practice. Various medical and social facilities have currently been operating with this concept in the Czech Republic.

Through a qualitative investigation using a non-standard interview we tried to find out, whether the basal stimulation has any contribution for child's development. There were chosen two objectives: O1: To find out the contribution of basal stimulation for child's development from the view of general and children's nurses. O2: To find out the contribution of basal stimulation for child's development in the view of a family. The objectives were fulfilled.

During the investigation we addressed eight general and children's nurses. Three nurses have been working at the neonatal and children's department of Nemocnice Písek, Joint Stock Company. Other two nurses have been working at the neonatal department of Nemocnice České Budějovice, Joint Stock Company. The remaining three nurses have been working in Světluška, the public beneficial organisation and the children's social welfare institution in České Budějovice. Other research sample were parents of four children experiencing basal stimulation.

It ensued from the result analysis that general and children's nurses think that basal stimulation has a contribution for child's development and can see changes of perception and behaviour after involving basal stimulation in care. It further ensued from the results that also parents think that basal stimulation has a contribution for child's development and can also see changes of perception and behaviour after basal stimulation has been involved within care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Bazální stimulace u dětí“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2009

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavle Hrubé za užitečné informace a cenné rady při vypracování mé bakalářské práce, dále děkuji všem respondentům za ochotnou spolupráci a institucím za umožnění šetření.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Historie konceptu bazální stimulace	5
1.2. Současná situace	6
1.3. Teoretická východiska konceptu bazální stimulace	8
1.3.1 Stimulace vnímání	9
1.3.2 Podpora hybnosti	10
1.3.3 Podpora komunikace	11
1.4. Neurofyziologická podstata konceptu bazální stimulace	13
1.4.1 Ontogenetický vývoj	14
1.4.2 Neurofyziologie	15
1.4.3 Fyziologie chování a paměti	15
1.5. Prvky bazální stimulace	16
1.5.1 Somatická stimulace	17
1.5.2 Vestibulární stimulace	21
1.5.3 Vibrační stimulace	22
1.5.4 Optická stimulace	22
1.5.5 Auditivní stimulace	23
1.5.6 Orální stimulace	25
1.5.7 Olfaktorická stimulace	25

1.5.8 Taktilně-haptická stimulace	25
1.6. Biografická anamnéza, role rodiny	26
1.7. Zdravotní sestra a koncept bazální stimulace	27
1.8. Bazální stimulace a pohled ze zákulisí	30
2. Cíl práce a výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32
3. Metodika	33
3.1 Použitá metoda	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. Výsledky	35
4.1 Zpracované rozhovory s všeobecnými a dětskými sestrami	35
4.2 Zpracované rozhovory s rodiči	49
4.3 Kategorizace dat v tabulce	61
5. Diskuse	65
6. Závěr	75
7. Seznam použité literatury	77
8. Klíčová slova	81
9. Seznam příloh	82

Úvod

Současné ošetrovatelství se jako samostatný obor opírá o vědecké poznatky a vychází z ošetrovatelského výzkumu. Je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, ale i péče o psychiku pacienta. Na pacienta se pohlíží jako na bio-psycho-sociální jednotku se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami. Bazální stimulace podporuje tuto individualitu ruku v ruce s prováděním jednotlivých výkonů v práci sestry a dává pacientovi naději na kvalitní péči. Bazální stimulace není zázrakem, který za dne na den postaví na nohy komatózního pacienta. Jde o komplex ošetrovatelských metod, které zvyšují jejich komfort a dodávají jim dobrý pocit. Některé metody nám přijdou samozřejmé - být vlídný, vytvořit klientovi co nejpříjemnější prostředí. Jiné vycházejí z vědeckých poznatků v oboru fyziologie, anatomie, neurologie a dalších medicínských oborů. Bazální stimulace je do určité míry založena na znalostech konceptu, ale v nemalé míře je zde zastoupen lidský přístup a pochopení. Ošetrovatelka proškolená kurzem bazální stimulace může prospět rodině a nemocnému více, než stejně proškolená zdravotní sestra, která však postrádá špetku lidskosti.

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k populárním ošetrovatelským konceptům v oblasti speciální pedagogiky a ošetrovatelství. Tento koncept je neodmyslitelnou součástí života pacientů, kteří jsou tělesně nebo duševně postiženi, pro ty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního komatu, pro mentálně postižené, ale také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímání. Velkou roli hraje také v péči o nedonošené děti. Ve své práci se budu zabývat zaváděním konceptu bazální stimulace a jejím přínosem právě u malých klientů.

Při aplikaci konceptu bazální stimulace do praxe není třeba žádných nadstandardních pomůcek či přístrojů, nevyžaduje tedy žádné finanční zatížení pro zdravotní zařízení, pouze vyškolený personál, pochopení a spolupráci všech členů týmu a rodiny. Řada zdravotníků, a to nejen lékařů, ale i sester, přistupuje k tomuto konceptu s výsměchem a pohrdání. Nikdo nemůže vytušit, který impuls ze zevního prostředí

nastartuje aktivitu ve zdravé části mozkové tkáně a přebere na sebe funkci tkáně poškozené. A právě v tomto případě se uplatní koncept bazální stimulace se svými stimuly, byť v očích profesionálů je to při nejmenším divné. Mnohdy by stačilo představit si, že na místě postiženého klienta jste vy sami nebo milovaný člen rodiny. Někteří prohlašují, že termín alternativní medicína a techniky s ní spojené jsou nesmyslné. Tyto názory jsou pouze výrazem nepochopení a nepřijetí významu ve vývoji holistického nazírání na nemoc a uzdravení člověka.

Pro toto téma jsem se rozhodla, jelikož mne problematika bazální stimulace velice zajímá. Bohužel nepracuji na pracovišti, kde se bazální stimulace provádí. Pracuji jako instrumentářka na operačních sálech a tam by se těžko koncept bazální stimulace aplikoval. Doufám, že bazální stimulace bude mít základní postavení v ošetrovatelské péči a stane se velkým přínosem jak pro děti, tak i pro celý ošetrovatelský tým.

1. Současný stav

1.1. Historie konceptu bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vychází z poznatků vývojové antropologie, neonatologie a prenatální psychologie, především z poznatků o prenatálním vývoji embrya a plodu, vývoji jeho smyslových orgánů a schopnosti vnímat, ale také jeho schopností lokomoce a komunikace s matkou a okolím (8).

Autorem konceptu je Prof. Dr. Andrea Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými a intelektovými změnami. Během svého pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace, který podporuje rozvoj schopností u těžce postižených dětí. U takto postižených dětí, které mají těžké změny vnímání, nebylo možno navázat verbální komunikaci, neboť jejich možnosti v této oblasti byly velmi omezené nebo skoro žádné. Profesor Fröhlich vycházel z vědeckých studií prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Předpokladem pro vypracování konceptu bylo Fröhlichovo tvrzení, že tyto děti jsou také vzdělavatelné a to v oblasti vnímání vlastního těla nebo nácviku různých pohybových vzorců ve smyslu sebeobsluhy. Dosažené výsledky u těchto dětí vyvolaly rozsáhlý vědecký výzkum a otevřely speciálním pedagogům cestu k podpoře v jejich vývoji a zkvalitnit jim prožívání života. Od roku 1994 působí Andreas Fröhlich jako profesor na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau.

Do ošetrovatelské péče se koncept bazální stimulace dostal v osmdesátých letech 20. století díky zdravotní sestře profesorce Christel Bienstein, vedoucí Katedry ošetrovatelství na univerzitě ve Witten/Herdeke. Tento koncept se zvláště osvědčil v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Christel Bienstein úzce

spolupracuje s profesorem Fröhlichem v problematice ošetrovateľskej péče o ľudí, jejichž schopnosť vnímania, komunikácie a pohybu je silne obmedzená a zmenená.

Prof. Fröhlich a Christel Bienstein spoločne upravili koncept pre ošetrovateľskú péču a vypracovali systém vzdelávania lektorů a prívodců praxí konceptom bazálnej stimulácie. Koncept bazálnej stimulácie má registrovanú ochrannú známku.

Dosažené výsledky v klinickej praxi boli stimulom pre mnoho odborníkov z oblasti medicíny k tomu, aby sa začali konceptom zaoberať a podpořili ho svými vedeckými študiami. Tak sa stal uznávaným pedagogicko-ošetrovateľským konceptom. Díky dlhodobému úsilí ďalšieho rozvoje tohoto konceptu je nyní k dispozícii taková forma konceptu bazálnej stimulácie, ktorá je veľmi dobre integrovateľná do každodennej ošetrovateľskej péče. To znamená, že zdravotnícky personál volí také ošetrovateľské nabídky, ktoré zohľadňujú koncept bazálnej stimulácie a individualitu klienta. Koncept umožňuje stylizovať takú kultúru kontaktu medzi terapeutom a pacientom. Klient v kritické životnej situácii potrebuje určitú komunikačnú kultúru, jejímž základom je kvalitná ošetrovateľská péče (1, 10).

1.2. Současná situace

Bazálna stimulácia patř v zemích Evropské unie k uznávaným konceptům v ošetrovateľstve. Pro pacienty, kteří se nacházejí ve stavu vigilního kómatu, kteří jsou tělesně nebo duševně postiženi, pro mentálně postižené, ale i pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem postiženo vnímania, je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života. Velkým přínosem je také v ošetrovateľskej péči o nedonošené děti. Koncept bazálnej stimulácie prešiel v 70. a 80. letech 20. storočia fázou dokazovania a presvedčovania. Rozširuje sa počet zdravotníckeho personálu, ktorý s konceptom pracuje. Vedou sa trvalé diskuse a sdělujú sa nové poznatky a zkušenosti v této oblasti.

Možnosti výměny názorů zprostředkovávají různé konference, semináře, literatura a v poslední době i internet. V současné době jsou v zahraničí k dispozici učebnice pro práci s konceptem v jednotlivých oborech ošetrovatelství (intenzivní, geriatrické, psychiatrické, neonatologické péči, péči doprovázející umírání....).

Koncept je v zahraničí integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s ním pracuje na většině pracovišť. Většina velkých zdravotnických zařízení má vlastní lektory, kteří průběžně školí zaměstnance a působí jako supervizoři.

V České republice koncept bazální stimulace představila PhDr. Karolína Friedlová prostřednictvím publikace článku v časopise Sestra v roce 2000. Je u nás první certifikovanou lektorkou konceptu bazální stimulace. V letech 1988-2003 působila jako zdravotní sestra na privátní klinice v Rakousku a Univerzitní klinice v Mnichově, kde se seznámila s konceptem bazální stimulace a aplikovala jej v klinické praxi. Od roku 2000 publikuje v odborném tisku o konceptu bazální stimulace. Od roku 2003 lektoruje odborné kurzy s touto problematikou. První základní kurz bazální stimulace se konal v lednu 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V roce 2005 založila Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku. V současné době je odbornou asistentkou na Pedagogicko-filozofické fakultě Slezské univerzity v Opavě a patronkou Dětského domova pro děti do 3 let v Ostravě (2, 9).

Od roku 2004 je koncept zařazen do tématických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. Koncept je také zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4, odstavec h.

Institut Bazální stimulace pořádá základní a nástavbové kurzy bazální stimulace. Kurzy již prošlo přes 4000 pracovníků a to z oblasti ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, lékaři, logopedové, speciální pedagogové. Absolventi seminářů získají certifikát, který je platný v celé Evropské unii.

V dnešní době se koncept využívá v intenzivní péči, péči na standardních odděleních, v zařízeních pro seniory, ústavech sociální péče o děti i dospělé a své místo má i v domácí a hospicové péči. V oblasti intenzivní medicíny má přínos v neonatologické péči, dětské intenzivní péči, ale také v péči o dospělé. Důvodem je široká nabídka technik konceptu, které se orientují na podporu komunikace, vnímání a pohybové aktivity klienta. Terapeut na základě analýzy klientova mentálního a somatického stavu rozhodne o použití vhodných technik konceptu do péče. Podle dalšího vývoje stavu klienta a jeho reakcí pak přiměřeně mění či přidává stimulující techniky (3, 10, 14).

1.3. Teorie konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou činností, která se snaží nabídnout jedincům s těžkým postižením možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární, základní nabídku, která se uskutečňuje v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace znamená, že se nabízejí podněty tam, kde jedinec s těžkým postižením není schopen postarat se o dostatečný přísun podnětů potřebných pro svůj vývoj. Koncept bazální stimulace je dlouhodobý proces. A to nejen z pohledu klienta, který se neuzdraví ze dne na den, ale i z pohledu zavedení konceptu do praxe (28).

Mezi základní prvky konceptu bazální stimulace patří pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept umožňuje jedincům se změnami v těchto oblastech zlepšovat svůj zdravotní stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Mozkovou činnost lze znovu aktivovat pomocí cílené stimulace uložených vzpomínek a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost jedinců. Nepřetržitou stimulací smyslových orgánů dle konceptu můžou v mozku vznikat nová spojení dendritů a nová neuronální uspořádání určitých mozkových oblastí.

Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept. Základní myšlenkou je potřeba celistvosti, na klienta je pohlíženo jako na individuum se svými tělesnými a duševními potřebami a jako na rovnocenného partnera s vlastní historií a určitými schopnostmi. Každý jedinec díky smyslům vnímá sám sebe a okolní svět. Smysly vznikají a vyvíjí se již v embryonální fázi vývoje a mají po celý život nenahraditelný význam. Dojde-li k poškození kteréhokoli z našich smyslů, ať již v průběhu vývoje či během porodu nebo v průběhu života, je nutné cíleně podporovat zachované vnímání a ty smysly, které jsou poškozené, cílenou stimulací podporovat v jejich činnosti (7, 10).

1.3.1 Stimulace vnímání

Jednotlivé prvky bazální stimulace se orientují podle vývoje vnímání v embryonální fázi. Na podkladě současných vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se nejprve vyvíjí vnímání somatické, které nás informuje o našem těle, dále pak vnímání chvění, vibrační a vestibulární vnímání, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru. Tyto druhy vnímání vytváří u člověka pocit jistoty (7, 10).

Abychom pochopili podstatu vnímání, musíme si uvědomit vymezení pojmu vědomí. Vymezení pojmu vědomí se mění dle oblasti použití a to v psychologii, filozofii, lékařství a v jiných vědách (10).

Psychologie definuje: „Vědomí je bazální funkcí, která umožňuje vznik dalších psychických projevů jako je vnímání, myšlení, prožívání atd. Je charakteristické uvědoměním duševních obsahů, zahrnujících minulou zkušenost, prožitek i hodnocení aktuálního dění, případně i anticipaci budoucí situace“ (Vágnerová, s. 40, 2005).

Vědomí se projevuje určitou úrovní prožívání a uvědomování si vlastního těla, svých psychických projevů a dění okolního prostředí (26).

Fyziologie lidské vědomí definuje jako: „Bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací“ (Trojan, s. 708, 1993).

Nervová soustava má schopnost plasticity. Znamená to, že se dokáže přizpůsobit nejrůznějším vlivům. Poškozené části mozku mohou znovu nabýt svých funkcí nebo jiné části mozku mohou převzít jejich funkci. Této skutečnosti můžeme využít u dětských klientů s postižením a u klientů po traumatických či jiných postižení mozku. Snažíme se podporovat reprodukci paměťových stop z dřívějších vývojových fází a tím dosáhneme podporu vnímání. Stimuly musí být nadprahové a dobře strukturované (10).

Karolína Friedlová ve své knize uvádí, že „všechny aktivity člověka se dějí na základě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací“ (Friedlová, s. 23, 2007).

V konceptu bazální stimulace se terapeuti snaží podněty a pohybem navázat komunikaci s klienty se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Podmínkou účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, neustálé sledování reakcí klienta na poskytovanou stimulaci a zapojení rodiny do péče o klienta (10).

1.3.2 Podpora hybnosti

Pohyb je důležitý pro každého člověka prakticky po celý život. Pohyb zajišťuje chůzi, je potřeba k vyprázdnění, k dýchání, k práci, k přijímání potravy a mnoha dalším aktivitám. Pohyb je spjat také s komunikací a jinými psychickými projevy člověka. Umožňuje nejen komunikaci s okolím, ale také vnímat své tělo a okolí.

Fröhlich v této oblasti vychází z konceptu Bobathových. S jeho myšlenkou ve 40. letech 20. století přišla fyzioterapeutka Berta Bobath, a to u pacientů po mozkových příhodách. Koncept poté zařadila i do péče o děti s cerebrální pohybovou poruchou. Její manžel neurolog Karel Bobath tyto poznatky zpracoval z hlediska neurofyziologie (5).

Berta a Karel Bobathovi založili v Londýně Bobath centrum a jejich koncept se stal jedním z nejuznávanějších terapeutických přístupů u dětí i dospělých s patologií CNS. Bobath koncept se často využívá při léčbě dětské mozkové obrny.

V České republice je několik Bobath terapeutů, prvními certifikovanými Bobath terapeutky pro děti byly MUDr. Irena Chmelová a fyzioterapeutka Olga Večeřová, které v roce 1997 v Londýně získaly toto vzdělání (4, 21).

Koncept vychází především z podrobného vyšetření a terapeutického přístupu na základě patologie CNS u klientů s porušeným pohybem. Při vyšetření si terapeut všímá toho, co klient dovede sám, co s pomocí, a dále pak se zaměřuje na úkony, které nedokáže provést vůbec. Podle toho terapeut sestavuje léčebný plán a cíl. Cíle dosahuje za použití terapeutických nástrojů a vždy sleduje reakce klienta na tyto techniky. Terapeut provádí tzv. handling za použití jednotlivých technik. Techniky jsou zaměřeny na to, aby usnadnily klientovi vykonávat pohyb co nejpřesněji a nejsnadněji a příznivě ovlivnily patologický tonus klienta. Během cvičení má klient od terapeuta jen omezenou pomoc, aby se docílilo samostatného pohybu. Při terapii se využívá speciálních pomůcek, jako jsou válce, lavičky, klíny, míče, speciální sedačky, vertikalizační stojany, speciální boty, vložky, končetinové a trupové ortézy atd. Při výběru pomůcky se musí terapeut řídit určitými pravidly. Klient potřebuje jen tolik opory, kolik je nutné, ale jen tolik, kolik je potřebné. Pokud klient dostane více opory než je nutné, může se stát pasivní a pomůcka neplní svůj úkol a to je, že má klientovi pomoci být aktivní. Součástí Bobath konceptu je týmová spolupráce mezi terapeuty, klientem a jeho rodinou (5, 6, 21).

1.3.3 Podpora komunikace

Komunikace umožňuje interakci, což je reakce, která vzniká při každém setkání lidí. Komunikace je uvědomělá činnost lidského chování. Pomáhá k navazování

kontaktu a vzniku vztahů mezi lidmi. Jde o výměnu názoru, informací a pocitů. Komunikační proces se skládá z komunikátora, což je mluvčí, z komunikanta, což je příjemce, z komuniké, což je vysílaný obsah, ze zpětné vazby a kontextu, což je prostředí, kde ke komunikaci dochází. Při komunikaci je důležité, aby hovořící i příjemce chtěli, mohli a uměli komunikovat (27).

Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Verbální komunikace je za použití slov. Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Patří k ní vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, paralingvistika, gesta, zrakový a tělesný kontakt. Neverbální komunikace obsahuje i složku behaviorální, to znamená, že součástí sdělovaného je také chování komunikujícího. Velmi důležité jsou v komunikaci oči a to tehdy, když se plně spoléháme na její verbální složku.

Komunikovat a pohybovat jsme se naučili díky schopnosti vnímat. Tyto tři složky se navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožněna pomocí pohybu a vnímání. Komunikačními kanály mohou být všechny smyslové orgány. V konceptu bazální stimulace se dle stavu a schopností klienta využívají tyto komunikační kanály: somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický, taktilně-haptický. Terapeut by měl mít profesionální dovednosti ve využití všech prvků komunikačních kanálů, vhodně je v dané situaci zvolit a měl by umět rozpoznat klientovy reakce a přiměřeně reagovat. Koncept bazální stimulace vychází z toho, že každý jedinec, ať už je jakkoli postižen, je schopen v každé situaci některými ze svých smyslů vnímat. Na klienta v konceptu se pohlíží jako na osobnost a nezáleží na jeho postižení nebo aktuálním tělesným, mentálním a duševním stavem (10).

V konceptu bazální stimulace bychom neměli zapomínat na dotek. Jedná se o jednu z významných neverbálních akcí. Doteky se k nám dostávají mnoho impulsů z okolního prostředí a naopak i my komunikujeme pomocí dotyků s okolím. Mnohdy taktilní komunikace nahradí komunikaci slovní. Aby doteky plnily svou funkci, musí být cíleně promyšlené a zřetelné. Doteky, které nejsou cílené, mohou u klientů s poruchou vnímání vyvolat pocit nejistoty a strachu. Proto musíme dát klientovi jasně najevo, kde začíná a končí naše přítomnost při poskytování péče. K tomu využíváme

cílený dotek tzv. iniciální dotek. Na základě biografické anamnézy zvolíme místo na klientově těle, nejvhodnější místo bývá v centrální části těla. O počátku a ukončení naší přítomnosti nebo činností s jeho tělem vždy klienta informujeme pevným a zřetelným dotykem. Většinou se pro iniciální dotek využívá rameno, paže, ruka. Je důležité zapsat iniciální dotek do dokumentace a umístění cedulky se zvoleným místem pro iniciální dotek do bezprostřední blízkosti klientova lůžka. Iniciální dotek by měli používat a respektovat všichni, co s klientem pracují (10, 17).

Každý zdravotník pracující s konceptem bazální stimulace by měl znát pravidla komunikace s klienty tzv. desatero bazální stimulace. V desateru jsou definovány některé postupy – přivítat se a rozloučit s klientem vždy stejnými slovy, při oslovení klienta se dotýkat vždy stejného místa, hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle, nezvyšovat hlas a mluvit přirozeným tónem, dbát, aby tón hlasu, mimika a gestikulace odpovídaly významu slov, při rozhovoru s klientem používat takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý, nepoužívat v řeči zdobněliny, pokud na ně není klient zvyklý, nehovořit s více osobami najednou, při komunikaci s klientem se pokusit redukovat rušivý zvuk okolního prostředí, umožnit klientovi reagovat na vaše slova (viz Příloha1).

1.4. Neurofyziologická podstata konceptu bazální stimulace

Neurofyziologie se zabývá podstatou vzniku a přenosu informací v nervovém systému. Na adekvátním podnětu, zpracování informace a jejím rozboru je závislá kvalita řídicích funkcí organismu. Informace z vnitřního a zevního prostředí určují další vhodné a adekvátní chování. Informace mohou být zrakové, sluchové, čichové, chuťové, taktilní, ale i informace o postavení našeho těla v prostoru a postavení kloubů atd. Aby byly tyto informace vnímány, je výsledek dlouhodobého vývoje, na jehož konci je existence receptorů a smyslových orgánů a rozvíjející se nervová soustava (19).

1.4.1 Ontogenetický vývoj

Při aplikaci konceptu bazální stimulace je brán v potaz stupeň vývoje jedince. Při práci s konceptem se musí ke klientovi přistupovat velmi individuálně. Jinak se bude provádět bazální stimulace u nedonošeného dítěte a jinak u klienta v terminálním stádiu nemoci. Období prenatalní a novorozenecké jsou nejdůležitější z hlediska vývoje jedince a používání konceptu bazální stimulace (21).

Již v prenatalním období se utvářejí potřebné předpoklady pro samostatný život plodu. V tomto období se rozvíjí mozek, jehož funkce je předpokladem přiměřeného duševního vývoje. Plod má vrozené schopnosti reagovat na podněty, které na něj mohou v nitroděložním prostředí působit. Tyto podněty mohou být změna polohy či zvukové a taktilně-kinestetické podněty. Plod se navíc chová selektivním způsobem, aby na něho mohly působit podněty, které jsou pro něho z nějakého důvodu žádoucí. Dá se předpokládat, že je plod vybaven vrozenou schopností reagovat na nové a neznámé podněty specifickým způsobem. Postupně se diferencují jeho reakce na podněty různé kvality a rozvíjí se jeho schopnost přijímat informace.

Prenatalní vývoj končí porodem, který je v životě dítěte výrazným mezníkem. Dítě se stává samostatnou bytostí a nastává zásadní změna jeho způsobu života. Novorozenec reaguje pomocí reflexů a vrozených způsobů chování. Rovněž je geneticky disponován k dlouhodobému zrání a učení. Rozvoj novorozence závisí na přiměřeném přísunu podnětů, které jsou předpokladem vzniku zkušeností. Z doby prenatalního vývoje má novorozenec určité zkušenosti v oblasti sluchového vnímání. Rozlišuje vysoké tóny a má značný rozsah slyšení, tato schopnost se později ztrácí. Novorozenec dokáže vnímat doteky, teplotu a změny polohy. Taktilně-kinestetická stimulace je často spojena s příjemným prožitkem. Emočně nejvýznamnější je pro novorozence kožní kontakt. Je spojen se sociální stimulací a s vnímáním změny polohy a pohybu (25).

1.4.2 Neurofyziologie

Základní funkční stavební jednotkou nervové soustavy je neuron. Neuron se skládá z těla a z dvou typů výběžků. Dendrity jsou výběžky, které vzruchy přijímají. Neurit neboli axon je výběžek vedoucí vzruch směrem od těla neuronu. Funkčním projevem neuronu je vzruch, funkční jednotkou nervové soustavy je reflex. Reflex je odpověď organismu na dráždění receptorů, zprostředkovaná centrálním nervovým systémem. Nervová soustava se dělí na centrální a periferní. Centrální nervová soustava je komplex analyticko-syntetických integračních celků. Tyto celky jsou základem integrační činnosti. Mozek se skládá ze sedmi hlavních částí: z prodloužené míchy, Varolova mostu, retikulární formace, mozečku, středního mozku, mezimozku a limbického systému. Funkčně významné jsou mozkový kmen a mezimozek, limbický systém a mozková kůra. Mozková kůra provádí podrobnou analýzu zevního i vnitřního prostředí organismu. Spojení mezi mozkovou kůrou a pátevní míchou tvoří pyramidová dráha. Centrální nervový systém je s periferií spojen oboustranně. Toto spojení se nazývá periferní nervový systém.

Významnou vlastností centrální nervové soustavy je její identita, protože výsledná činnost soustavy je u každého jedince naprosto jedinečná a nezaměnitelná. Další vlastností centrální nervové soustavy je plasticita. Za plasticitu jsou označovány dvě skupiny funkčních změn. První skupinu tvoří adaptace, jejímž výsledkem je změna genotypu na fenotyp. Tento typ se podílí na utváření jedinečnosti centrální nervové soustavy. Druhou skupinou jsou projevy plasticity, vycházející z funkční zátěže systému. Je zde podstatná rychlost nástupu funkčních změn a jejich reverzibilita. Specifickou vlastností nervové soustavy je úloha trofická, která je podstatná pro vlastní nervovou tkáň. Tato úloha se podílí na udržení minimálního poklesu neuronů (7, 23).

1.4.3. Fyziologie chování a paměti

Živé organismy jsou schopny přizpůsobit se změnám zevního a vnitřního prostředí. Je to zajištěno řídicími mechanismy, které využívají informace uložené genetickou cestou a informace získané v průběhu života. Chování člověka obsahuje jak

prvky vrozené, geneticky určené, tak získané. Tyto dvě složky se na výsledném chování podílejí v různém poměru a vzájemně se doplňují. V období vývoje jedince se genetické informace přepisují do struktury nervového systému. Stavba vzájemného propojení neuronálních částí mozku z velké části determinuje vrozené mechanismy adaptace: nepodmíněné reflexy, motivace, emoce, instinkty. Oproti tomu učení a paměť jsou schopnosti ukládat a využívat informace získané v průběhu života. Paměť umožňuje uchovávat a vybavovat si informace. Dělí se na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Učení je schopnost ovlivňovat chování na základě získaných informací. V období vývoje je mozek schopen rozsáhlých anatomických a funkčních změn tzv. plasticity. Plasticita je nejvýznamnější v raném období života. Znamená to například, jestliže dojde k perinatálnímu poškození mozku v oblasti řečových center, mohou být řečové funkce přeneseny do opačné mozkové polokoule. U dospělého jedince je schopnost plastických změn snížena, ale v určitém rozsahu stále přetrvává (23).

1.5. Prvky bazální stimulace

Předpokladem kvality a účinnosti konceptu bazální stimulace je získání kvalitní autobiografické anamnézy. Na jejím základě sestavuje terapeut ošetřovatelské diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle a ošetřovatelský plán. Podle aktuálních reakcí klienta na poskytovanou péči upravuje jednotlivé prvky bazální stimulace. Techniky konceptu se dělí na prvky základní a nastavbové stimulace. Základní prvky bazální stimulace jsou: somatické, vestibulární a vibrační. Mezi nastavbové prvky stimulace patří: optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální. U klienta mohou terapeuti využívat všechny druhy stimulace, ale není chybou, když použijí jen jeden druh stimulace v závislosti na časových možnostech personálu a individualitě klienta.

1.5.1 Somatická stimulace

Uvědoměním si vlastního těla dokážeme vnímat a komunikovat s okolím. Toho se dosáhne somatickou stimulací, kterou klientovi zprostředkujeme pomocí vjemů ze svého těla prostřednictvím kůže a pohybu. Působí se na receptory obsahující čidla pro teplo, chlad, dotek, tlak a bolest. Jako médium slouží ruce terapeuta.

V konceptu bazální stimulace můžeme využít následující somatickou stimulaci:

1. Somatická stimulace zklidňující

Tuto stimulaci lze aplikovat kdykoli v průběhu dne. Stimulaci je vhodné provádět jako přípravu před zahájením různých aktivit (rehabilitací, komunikací apod.). Pokud tuto stimulaci zařadíme do toalety klienta, pak jí nazýváme jako zklidňující koupel. Při koupeli použijeme vodu o teplotě 37-40 °C, provádíme dostatečně velký tlak na jednotlivé části těla žínkou i osuškou. Pohyb vedeme vždy po směru chlupu. Po koupeli necháme klienta odpočívat. Pokud provádíme stimulaci bez vody, použijeme opět žínky, nebo jen rukama za pomoci jiných materiálů např. froté ponožkami.

Somatickou zklidňující stimulaci aplikujeme s cílem stimulovat vnímání, stimulovat vnímání tělesného schématu a stimulovat klientovo hybnost a vlastní aktivitu. Snažíme se potlačit dezorientaci, neklid, zmatenost, úzkost klienta s cílem navození komunikace a pocitu uvolnění.

2. Somatická stimulace povzbuzující

Tato stimulace má stejné možnosti použití jako stimulace zklidňující. Pokud stimulaci zařadíme do toalety klienta, nazýváme ji povzbuzující koupelí. Od předchozí stimulace se liší v teplotě vody. Vodu použijeme o teplotě 23-28 °C a pohyb směřujeme proti růstu chlupů. Po celou dobu stimulace sledujeme reakce klienta, protože tato stimulace může být vnímána velmi intenzivně. Povzbuzující stimulaci neprovádíme u klientů dezorientovaných, neklidných, se zvýšeným intrakraniálním tlakem, s akutním krvácením do mozku.

Tuto stimulaci aplikujeme s cílem podpory vnímání tělesného schématu, zlepšení stavu vědomí, zvýšení svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku, podpoření klientovy aktivity a jako přípravu na následné působení fyzioterapeuta či ergoterapeuta (10).

3. Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologická stimulace vychází z poznatků konceptu Bobathových. Cílem konceptu Bobathových je, aby si klient uvědomil postiženou stranu těla, obnovení rovnováhy, integrace klienta do denních aktivit a dosažení samostatnosti. Předpokladem úspěšnosti této stimulace je schopnost klienta vnímat nepostiženou stranu těla, aby si mohl uvědomit tu postiženou stranu a zapojit ji do tělesného schématu. Terapeut neurofyziologickou stimulací nejprve stimuluje zdravou polovinu těla a poté přenáší vjem na postiženou polovinu. Stimulaci provádí symetricky a zvýrazňuje střed těla. Pokud byla stimulace aplikována v rámci koupele klienta, vodu používáme o teplotě 30°C, opět postupujeme ve směru od zdravé k postižené straně a to platí i pro osušování po koupeli. Velký důraz je kladen na zrakovou kontrolu klienta. PhDr. Karolína Friedlová doporučuje použití zrcadla a stimulovat klienta před zrcadlem.

Noční stolek, věci klienta, televizi umísťujeme na postiženou stranu a také terapeut s rodinnými příslušníky přistupují k lůžku z této strany. Nevhodné jsou antidekubitární podložky, protože dochází ke zkreslenému vnímání těla a ztrátě vnímání tělesných hranic.

Nejvhodnější aplikací neurofyziologické stimulace je u pacientů s hemiplegiemi. Své místo má i u dětí s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací a vrozenými vadami pohybového aparátu.

Při vypracování ošetřovatelského plánu musí terapeut zhodnotit více faktorů a to klientovy senzorické deficity, duševní a emoční stav, svalový tonus a věk (10, 11).

4. Symetrická stimulace

Před touto stimulací se doporučuje zklidňující stimulace. Cílem symetrické stimulace je podpora obnovení vnímání tělesného schématu. Provádí se u klientů s poruchami rovnováhy a to na základě fixace tělesné symetrie. Terapeut synchronně stimuluje obě poloviny těla (10, 14).

5. Rozvíjející stimulace

Při této stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Provádí se formou koupele u klientů, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ještě ho rozvíjet. Koupel se nejčastěji provádí u předčasně narozených novorozenců a u dětí do věku 4 let, které ještě nemají vyvinuto vnímání tělesného schématu. Může se aplikovat také u klientů ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků a u klientů, kteří jsou dlouho imobilní a jejich tělesné schéma je narušeno (10).

6. Diametrální stimulace

Diametrální stimulace se aplikuje u klientů se zvýšeným svalovým napětím s cílem snížit toto napětí. Zvýšené svalové napětí omezuje pohyb v kloubu klienta a hrozí vznik svalových kontraktur. Může být aplikována jako koupel o teplotě vody 38-40°C a to buď jako celková koupel, nebo jen koupel určité části těla. Nutné je zachování tělesné symetrie. Po stimulaci se klient uloží do polohy, která uvolňuje svalové napětí (10, 13).

7. Polohování v konceptu bazální stimulace

Prostřednictvím polohování informujeme klienta o jeho těle a tělesném schématu. Již po 30 minutách nehybného ležení ztrácí člověk představu o svých tělesných hranicích. Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, dále stimulaci vestibulární, protože měníme klientovu pozici a tím stimuluje vestibulární aparát. Také zraková stimulace je během polohování ovlivněna, neboť je rozdíl mezi sledováním okolí z pozice vleže na zádech, z pozice vleže na boku a z pozice vsedě.

Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem senzorických podnětů a pohybu redukuje přísun informací k člověku a to může vést ke vzniku stavu, který Prof. Dr. A. Fröhlich označil jako degenerativní habituace. To znamená, že se psychika a vnímání vlastního těla nastavily na jednotvárnost. Tato situace může vést u klienta k pasivitě, zmatenosti, či naopak k agresivitě. Těmto negativním stavům můžeme zabránit již malými změnami, např. propletením prstů, překřížením dolních končetin, změnou polohy pomocí srolovaných ručníků a perličkových polštářů. Význam má i mikropolohování, což je poloha na boku, kdy podložka a tělo svírají úhel 45°. Nejdůležitější z pohledu somatické stimulace je poloha „hnízdo“ a „mumie“. Při polohování vycházíme z biografické anamnézy a komfortu klienta.

Cílem polohy „hnízdo“ je stimulovat vnímání tělesného schématu a předcházení vzniku degenerativní habituace. „Hnízdo“ přináší klientům komfort a navozuje u nich příjemné pocity, zároveň jim nabízí pocit jistoty a zlepšené vnímání hranic svého těla (viz Příloha 2).

Při polohování zohledníme informace z biografické anamnézy, např. typ polohy, způsob přikrývání. Klienta uložíme do zvolené polohy a jeho tělo obložíme srolovanými dekami, fixačními perličkovými polštáři nebo vaky. Pak klienta přikryjeme a necháme odpočívat.

Poloha „mumie“ se aplikuje především u těch klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace tělesného schématu. Jsou to hlavně děti s hlubokou mentální retardací a pacienti ve vigilních kómatech (viz Příloha 3). Velký přínos má poloha „mumie“ v neonatologii, kdy je aplikována u dětí, které se narodily drogově závislým matkám a matkám závislých na alkoholu. Poloha „mumie“ by se neměla provádět u pacientů s klaustrofobií v biografické anamnéze. Klienta zabalíme do deky a to tak, že začínáme u nohou a končíme v horní části těla. „Mumii“ můžeme kombinovat s polohou „hnízdo“, kdy pacient má celé tělo zabalené a obložené (viz Příloha 4). Ruce klienta se pokládají na hrudník, umožní mu tak vnímat vlastní dech (10).

8. Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání

Obě techniky jsou využívány jako prostředek k navázání komunikace s klientem. Masáž stimulující dýchání je s dostatečným tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Masáž přináší klientovi jistotu, uvolnění, zklidnění a vytváří mezi terapeutem a klientem komunikační proces. Dýchání se tak může změnit na pravidelné, klidné a klient bude opět moci vnímat sebe sama a okolní svět. Při masáži ruce terapeuta nesmí opustit klientovo tělo. Masírují se záda nebo hrudník alespoň 3-5 minut. Pokud klient začne kašlat, masáž přerušíme a provádíme vibrační pohyby k podpoře vykašlávání sekretu.

Při kontaktním dýchání má terapeut ruce na hrudníku klienta a doprovází ho v nádechu a při výdechu. Kontaktní dýchání lze provádět i formou hrudník na hrudník. Je to nejčastěji využíváno u malých dětí, kdy rodič dítěte má na svém hrudníku hrudník dítěte a společně dýchají (viz Příloha 5), (10, 14).

1.5.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace aktivuje rovnovážné ústrojí. Ta klientovi usnadňuje orientovat se ve vlastním těle, zlepšuje prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Touto stimulací můžeme snížit svalové napětí, připravit organismus na mobilizaci, udržet pohyb endolymfy ve vestibulárním aparátu a redukovat závratě z otáčivého pohybu.

U ležícího pacienta provádíme stimulaci prostřednictvím zcela nepatrných pohybů jeho hlavy. Hlavou klienta mírně otáčíme do stran, hlava musí být ve stálém kontaktu s podložkou. Tento pohyb provádíme 3-5x oběma rukama. Vhodné je hlavu otáčet před každou změnou polohy těla klienta ve směru změněné polohy.

U sedícího pacienta se stimulace provádí houpavými pohyby ze strany na stranu nebo za pomoci terapeuta se provádí nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli ve tvaru ležaté osmičky. Dále můžeme vestibulárně stimulovat pomocí závěsného houpacího látkového vaku (10, 13).

1.5.3 Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Tuto stimulaci provádíme u klientů ve vigilních kómatech, u klientů s hlubokou mentální retardací, ale také u klientů, kterým vibrační stimulace slouží jako příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci.

K vibrační stimulaci můžeme použít vlastní ruce nebo různé technické pomůcky jako jsou: holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka. Manuálně můžeme stimulovat klouby končetin, vibrující předměty vkládáme do dlaní klienta nebo je přikládáme do okolí kloubů. Můžeme také použít vibrující matrace, kdy stimulujeme celé tělo. Ke stimulaci se také využívá hudebních nástrojů a hlas klienta či terapeuta. Pokud klient vydává zvuky, můžeme položit jeho ruku na jeho vlastní hrudník nebo na hrudník terapeuta. Také je možné přiložit hrudník klienta na hrudník terapeuta nebo příbuzného. V této poloze může klient celým hrudníkem vnímat tlak hrudníku terapeuta a vibrace, které vydává při hovoření terapeutův hrudník. V tomto případě hovoříme o stimulaci, kterou nazýváme trilogie. Jedná se současně o vibrační, vestibulární a somatickou stimulaci. Vibrační stimulace je kontraindikována u krvácivých stavů, varixů, poranění a poruchy integrity kůže (10).

1.5.4 Optická stimulace

Prostředí zdravotnického zařízení je často pro klienty málo stimulující a může vyvolat pocity strachu, úzkosti až agresi. Příčinou je neznámé prostředí a předměty, které nemají své místo v paměťových stopách a proto nejsou tyto informace zpracované.

Při aplikaci optické stimulace zohledňujeme autobiografickou anamnézu klienta. Aktivizaci paměťové stopy a mozkové činnosti umožňují klientovi předměty a obrázky z domácího prostředí. Při optické stimulaci musíme dodržovat tyto zásady. Klientovi

nabízíme podněty, které jsou zřetelně světlé a tmavé. Umožníme klientovi uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí. Umožníme klientovi sledovat hodiny, které umístíme do jeho zorného pole. Volíme barevnost oblečení klienta, personálu a ložního prádla. Nabízíme klientovi dostatečně velké obrázky, které zná do jeho zorného pole, ale i mimo něj s cílem vyvinout u klienta pohyb. K aktivizaci mozkové činnosti a ke stimulaci paměťové stopy nabízíme klientovi privátní obrázky. Zajistíme kompenzační pomůcky např. brýle. U klienta s poruchou zraku volíme jednoduché obrázky, nejlépe černo-bílé. Nabízíme klientovi sledování televize, dle biografické anamnézy volíme jeho oblíbené pořady a zohledníme jeho únavu. Je nutné aplikovat stimulaci cíleně a postupně, aby nedošlo k přetížení klienta a jeho schopnosti koncentrovat se. Dále klienta sledujeme pro možnost vzniku negativních emocí a asociací (10).

1.5.5 Auditivní stimulace

U této stimulace opět vycházíme z biografické anamnézy tj. sluchové nedostatečnosti, naslouchadla, druh oblíbené hudby. Prostřednictvím auditivní stimulace se snažíme zajistit klientovi kontakt, poskytnout informace o jeho těle a okolí. Dále se snažíme nabídnout pocit jistoty a orientace. Snažíme se stimulovat vzpomínky a naučit klienta nová slova. Auditivní stimulaci poskytujeme řečí, hudbou a zpěvem.

Řeč může být vyprávěná, předčítaná, reprodukována ze záznamu. Nejlepším terapeutem je blízká osoba klienta, která s ním hovoří jemu známou a srozumitelnou formou.

Hudba může být reprodukována z přehrávače, z rádia, z televize, nebo produkována u klienta hrou na hudební nástroj. S hudebními nástroji pracují muzikoterapeuti, kteří využívají upravených nástrojů k aplikaci somatické, vestibulární a vibrační stimulace.

Se zpěvem pracuje muzikoterapeut, ale i příbuzní klienta. Zpívají se oblíbené písničky klienta.

Pro efektivnost auditivní stimulace musíme při aplikaci znát klientovo sluchové schopnosti. Musíme omezit rušivě zvuky, nehovoříme s třetí osobou, pokud klient poslouchá televizi nebo rádio. Sledujeme reakce klienta a poskytujeme jasné slovní informace. Při oslovování klienta vždy respektujeme zásady z desatera bazální stimulace. Pro dorozumění se s klienty, kteří nerozumí mluvenému slovu, může terapeut použít např. karty s obrázky (10).

1.5.6 Orální stimulace

Ústa člověka představují nejaktivnější a nejcitlivější zónu lidského těla. U klientů s těžkými změnami vnímání mohou ústa sloužit ke stimulaci, která se projeví zvýšením svalového napětí v oblasti dutiny ústní. Orální stimulace se nejčastěji provádí u dětí s hlubokou mentální retardací a u klientů ve vigilních kómatech. Cílem orální stimulace je zprostředkovat klientovi vjemy z jeho úst a stimulovat vnímání.

Před zahájením stimulace bychom měli prohlédnout dutinu ústní klienta pro případné defekty, jako jsou afty, rány, trhlínky, případné defekty ze zubní protéz, defektní zuby. Měli bychom znát nápoje či jídla, které měl klient oblíbené a tyto informace zohlednit při péči.

Orální stimulaci můžeme provádět samostatně nebo jako přípravu k příjmu potravy. Uložíme pacienta do vhodné polohy a dáme mu ochutnat chutě oblíbené a známé. Pečlivě sledujeme klientovi reakce. Stimulaci neprovádíme u unaveného klienta. Orální stimulaci můžeme také kombinovat s péčí o dutinu ústní. Cílem této kombinace je nejen očista dutiny ústní a navození příjemného pocitu, ale i podpora tvorby slin, snížení napětí v oblasti úst, aktivace paměťové stopy a navázání kontaktu s klientem. Vhodné je používání molitanových štětiček, které jsou speciálně upravené pro péči o dutinu ústní a dobře nasají chuťové médium. Chuťové médium volíme podle biografické anamnézy klienta. Nedoporučuje se kombinovat více než tři různé chutě. Stimulaci nikdy neprovádíme násilím, přistupujeme k ústům ze strany. Stimulovat můžeme i pomocí cucacích sáčků, které jsou naplněné oblíbenou poživatinou. Příjem

potravy vyvolává i libé pocity. Má fázi preorální a orální. V preorální fázi využíváme vjemů čichových, taktilně-haptických, vizuálních, gustačních. V orální fázi je důležitá vhodná poloha pro polykání. Při krmení nespěcháme, další sousto dáváme, až když je dutina ústní prázdná. Při orální stimulaci a při péči o dutinu ústní nepřerušujeme kontakt s klientem (10, 13).

1.5.7 Olfaktorická stimulace

Olfaktorická stimulace dokáže vyvolat příjemné pocity, vzpomínky a díky čichu máme chuťové vjemy. Proto olfaktorická stimulace úzce souvisí se stimulací orální. Důležité je vycházení z biografické anamnézy klienta, protože co voní nám, nemusí vonět pacientovi. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné vůně osobních toaletních potřeb, deodorantů, parfémů, zcela nevhodné jsou vonné svíčky. Aby byla stimulace účinná, neaplikujeme ji kontinuálně, ale v souvislosti s určitou situací např. toaleta klienta. Tato stimulace je vhodná také v kombinaci s optickou a taktilně-haptickou stimulací (10).

1.5.8 Taktilně-haptická stimulace

Během života člověk přijímá dostatek stimulů a zkušeností pomocí ruky, tyto zkušenosti se pak uchovávají v paměti jedince. Při dlouhodobém nedostatku taktilně-haptické stimulace u klientů s tělesným či duševním postižením je potřeba tuto oblast stimulovat. Pokud není stimulována, dochází k tomu, že pacienti tahají za močové cévky, kanyly, drény a snaží se ve své paměti tyto předměty někam zařadit. Protože některé z nich dříve neznali, vyvolávají u nich pocity strachu, nejistoty, úzkosti.

Taktilně-haptická stimulace poskytuje smysluplnou stimulaci i těmto klientům a to ve formě jim známých předmětů. Proto opět vycházíme z biografické anamnézy klienta. Předměty užívané k této stimulaci mohou být předměty z osobního či pracovního prostředí. Vhodnými pomůckami jsou: hračky, talismany, předměty užívané

k výkonu povolání např. řidiči volant, mechanikovi šroubovák, předměty spojené s hobby jako jsou tenisová raketa, golfová hůl, a jiné. Nesmíme zapomínat i na nohy, protože vnímají podobné zážitky. Je vhodné klientovi obléci ponožky a obout oblíbené boty. Pokud klient není schopen sám pohybovat prsty, můžeme taktilně-haptickou stimulaci provádět asistovaně. Tuto stimulaci můžeme kombinovat s optickou, auditivní a olfaktorickou stimulací (10,14).

1.6. Biografická anamnéza, role rodiny

Každý člověk je jedinečná bytost, která je formována sociálním prostředím a prožitými situacemi. Proto ke každému klientovi musíme přistupovat jako k individu. A to platí i v konceptu bazální stimulace. Abychom mohli poskytovat kvalitní péči dle konceptu, musíme znát pacientovo zvyky, návyky a prožitky.

Pokud má být stimulace úspěšná, musí vycházet z dokonalé znalosti pacientovy biografie. Proto jsou zdravotníci v těsném kontaktu s rodinou a blízkými nemocných. Biografická anamnéza je výchozím bodem pro individuální péči a výrazně pomáhá terapeutům k poskytování profesionální péče. Biografii sbíráme nejen od samotného klienta, ale i od už zmíněné rodiny. Právě rodina se může stát důležitým prvkem v léčebném a ošetrovatelském procesu a jejich informace mají mnohdy cenu zlata. Na začátku často rodinní příslušníci tápou a nevědí, co mají dělat a s čím mohou pomoci. A právě na zdravotnickém personálu je, aby rodině poskytl všechny dostupné informace a pomohl jim jasnými a srozumitelnými instrukcemi. Je dobré rodinu seznámit s konceptem bazální stimulace, aby po propuštění klienta do domácího prostředí mohla pokračovat v této metodě. Rodinní příslušníci často absolvují kurz Bazální stimulace, mají tak naději a možnost se zapojit do ošetrovatelské péče o svého blízkého, cítí se být užiteční. Některá pracoviště mají vytvořený informační leták, kde je podrobně vše

popsáno a sděleny veškeré informace. Terapeut by měl vědět před sestavením takové anamnézy, na které oblasti se zaměřit a podle nich vytvořit otázky v dotazníku. Pro vytvoření autobiografické anamnézy by měl terapeut znát informace týkající se klientovo harmonogramu dne, hygieny, rituálů, používání toaletních pomůcek, používání kompenzačních pomůcek, oblíbená jídla, pití a vůní, sociální situaci, jaký je klient typ, jeho vlastnosti, jeho koníčky, jakou hudbu poslouchá, jaké má rád doteky, oblíbené předměty a další. Často chybí návaznost na bazální stimulaci v jiných zařízeních. Setkáváme se s nezájmem, s výsměchem, se zákazy a přitom stačí tak málo. Jediná snad možná forma přesvědčení pro „bazálku“ existuje a to kurz Karolíny Friedlové. Tyto zkušenosti často člověku otevrou oči (10, 14, 15, 16).

1.7. Zdravotní sestra a koncept bazální stimulace

Zdravotní sestra by se měla umět vcítit do pocitů klienta. Nenahlížet na něj jen jako na nemocného člověka, ale umět si představit, co v dané situaci potřebuje a co cítí. A právě práce s konceptem bazální stimulace dává do rukou zdravotnického personálu léčebnou moc, kterou stimulují pacientovi smysly. Podle stavu a biografie klienta sestra určuje způsob aplikace jednotlivých prvků bazální stimulace. Koncept bazální stimulace je také možnost prevence syndromu vyhoření. Přináší sestřím možnost samotného rozhodování, samostatné práce a možnost projevit svou kreativitu (13).

Image sestry je také založena na umění komunikovat. Komunikace je nezastupitelnou součástí ošetrovatelské péče. Umění komunikovat buduje užší vztahy s klienty, s jejich rodinou a také mezi ostatními zdravotníky. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Verbální komunikace se vyjadřuje slovně. Velkou úlohu hraje i hlasitost, rychlost řeči, výška hlasu, intonace, ale i délka projevu. Sestra používá tři druhy rozhovorů. Informace poskytuje informačním rozhovorem, edukativním

vychovává ke zdraví a terapeutickým se snaží „léčit“. Velmi důležitá je opět empatie, pacient k nám snáze najde cestu a bude ochoten se nám svěřit. Neverbální komunikací vyjadřujeme emoce a postoje. K neverbální komunikaci patří mimika, postoj, vzdálenost komunikujících, pantomima, gesta, zrakový vjem, tělesný kontakt. Práce s klienty s těžkým psychickým a somatickým postižením, s klienty s obtížným vyjadřováním vyžaduje sestry vzdělané v komunikačních dovednostech (12, 27).

Aby mohl být koncept bazální stimulace součástí ošetrovatelské péče, musí být splněny tři základní podmínky: spolupráce s rodinou, týmová práce a vzdělávání zdravotnického personálu.

Spolupráce s rodinou by se měla stát nedílnou součástí léčby. Sestra poskytující klientovi bazální stimulaci dokáže být empatická, ale určitě nedokáže poskytnout nemocnému tolik lásky a citu jako jeho nejbližší. Od rodiny získáváme důležité informace k vytvoření autobiografické anamnézy. Příbuzní mohou být u svého blízkého dle jejich možností, mají neomezené návštěvní hodiny. Aktivně se zapojují do ošetrovatelské péče. Prostředí, kde pracují s konceptem bazální stimulace, dokáže vytvořit důvěrný vztah k ošetřujícímu personálu (29).

Týmová spolupráce je jedna z podmínek kvalitní ošetrovatelské péče. Členové týmu by měli mít společný cíl, jejich vzájemný vztah by měl být postaven na důvěře, spolupráci, pravdivosti, empatii, naslouchání a flexibilitě. S konceptem bazální stimulace nepracují pouze zdravotní sestry, ale i lékaři, ošetrovatelé, fyzioterapeutové a sanitáři. Aby byla bazální stimulace účinná, je důležitá souhra (13).

Každá sestra by se měla celoživotně vzdělávat. V dnešní době mají sestry možnost pracovat samostatně, za předpokladu získání nových informací, dovedností a znalostí. Systém kontinuálního vzdělávání sester má za cíl zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Sestra získává sebeúctu, sebedůvěru, spokojenost a je hrdá na svou práci. Sestra jako zdravotník má nezastupitelné místo v péči o klienta, protože je nemocnému i zdravému jedinci nejbližší. Ošetřovat duši by měla umět každá zdravotní sestra. Aby to dokázala, je zde výuka konceptu bazální stimulace, která tuto schopnost

zdravotníkovi dává. Koncept bazální stimulace je již součástí výuky na středních zdravotnických školách a podle Vyhlášky MZČR 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků má všeobecná sestra bez odborného dohledu v náplni práce provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem prvky bazální stimulace. Teorii a praxi může zájemce získat po absolvování kurzu bazální stimulace. V České republice se první základní seminář bazální stimulace konal v lednu roku 2003 pod vedením PhDr. Friedlové. Tyto kurzy řídí proškolený lektor. Kurz se dělí na základní a nástavbový. V těchto kurzech si jednotlivci osvojí teoretické poznatky z oblasti neuroanatomie, neurofyziologie, prenatalní a postnatalní vývojové psychologie, sociální psychologie, komunikace, pedagogiky, etiky a prakticky se naučí techniky bazální stimulace. Semináři již prošli ošetřující z různých oblastí ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové, a speciální pedagogové. Absolventi získají certifikát platný v celé Evropské Unii (3, 9, 30).

Pro úspěšnost zavedení konceptu bazální stimulace na pracoviště je důležitý zájem ze strany vedení. Aby se stal koncept účinný, měla by sestra, která tento koncept zavádí, být důsledná, schopná motivovat, umět učit a vést své spolupracovníky k aplikaci prvků konceptu do ošetrovatelské péče. Měli by být pochopeny a odstraněny bariéry, které brání realizaci nového prvku do ošetrovatelské péče. Mezi tyto bariéry patří: pocit nedostatku času, nedostatečná spolupráce vrcholového managementu, nedostatečné zdroje informací, nezájem, neochota, přetrvávání zažitých stereotypů, nepochopení ze strany lékařů, neproškolených sester a jiného personálu, nedostatečná odměna za práci „navíc“. Hlavně by se sestra neměla nechat odradit a svůj elán a nadšení by měla přenášet na spolupracovníky, klienty a jejich rodinu (13).

1.8 Bazální stimulace a pohled ze zákulisí

Zazvoní telefon a rodičům tichý hlas oznámí: „Vaše dítě mělo nehodu a v kritickém stavu leží v nemocnici na dětské resuscitační jednotce.“ Co se v danou chvíli odehrává v duši rodičů? Kdo stejnou situaci nezažil, není schopen pochopit. Ve skutečnosti bolest rodičů nelze cítit ani chápat.

Nejprve rodiče doufají, že situace není tak hrozivá. Z úst lékaře však zazní ortel: „Vaše dítě je v kritickém stavu, došlo k těžkému poškození mozku. Zranění může skončit i smrtí.“ Většina rodičů se v této situaci obrací k Bohu a prosí ho o pomoc. Následuje uzavřenost, pláč a křik. Někdy situace může vyústit až v agresi a výhrůžky. Zmatení rodiče pravidelně navštěvují zraněné dítě v nemocnici. Některá oddělení jsou ponurá, strohá se zamračeným personálem. Takové prostředí na rodiče působí velmi negativně. Existují však oddělení, která jsou barevně vymalována s množstvím obrázků na stěnách. Z útrob těchto oddělení dýchá cit, teplo a láska. V rodičích vyvolávají důvěru a zklidnění. Na odděleních, kde se pracuje s konceptem bazální stimulace, se personál snaží smyslově i mimosmyslově působit nejen na pacienty, ale i na jejich rodinu. Sestra si s rodiči povídá o zraněném dítěti, o jeho návycích a zvyklostech. Rozhovor se přesune do okamžiků, kdy bylo ještě dítě zdravé a spokojené. Rodiče se rozhovoří a vzpomínají na vše před úrazem. Tím ošetřujícímu personálu poskytují cenné informace. Dalším cenným pomocníkem je autobiografická anamnéza, kterou rodiče vyplní spolu se sestrou. Zde začíná okamžik, kdy se rodiče připravují na spolupráci. V tomto okamžiku se rodina vyrovnává s tragédií. Jak rychle se rodina s touto situací vyrovná, závisí na typu zranění, délkou hospitalizace a prognózou. Zdravotní stav dítěte se přesouvá z akutní fáze do chronické, kdy je malý pacient v tzv. apalickém kómatu. Dítě leží na lůžku, dýchá buď s pomocí přístrojů, nebo samo. Nepohne se, občas tělem projede vlna křečí, obličej zkříví grimasa. Z pohledu laika nevnímá, oči má otevřené, ale nesleduje. Toto období za pomoci erudovaného personálu mohou rodiče výrazně ovlivnit. Rodiče jsou vyzváni k aktivní spolupráci. Čtou oblíbené pohádky a pouštějí oblíbenou hudbu. Přinášejí oblíbené hračky a osobní věci. Rodiče

dělají vše, na co bylo dítě zvyklé a mělo rádo. S dítětem se mohou i mazlit, ležet s ním v posteli, hladit ho a masírovat. Někdy se stává, že jeden z rodičů ukončí pracovní poměr a zůstává s dítětem celý den. Nastává řada emočních zvratů. Některá manželství se rozpadají z důvodu odloučenosti a psychického náporu. Jinou rodinu tato situace spíše stmelí a některé nezvládnou situaci zdravotně. V tuto chvíli se opět projeví kvalita ošetřujícího personálu.

Koncept bazální stimulace je založen v určité míře na znalostech, ale v nemalé míře je zde zastoupen lidský přístup a pochopení. Bazální stimulace není tedy založena na výši vzdělání, ale na empatii každého zdravotníka (29).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit z pohledu všeobecných a dětských sester přínos bazální stimulace do rozvoje dítěte.

Cíl 2: Zjistit z pohledu rodiny přínos bazální stimulace do rozvoje dítěte.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak pohlíží všeobecné a dětské sestry na bazální stimulaci a její přínos pro pro rozvoj dítěte?
2. Myslí si rodina, že má bazální stimulace přínos do rozvoje dítěte?

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných informací bylo použito kvalitativní šetření, které bylo uskutečněno pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Pro rozhovor byly vytvořeny okruhy otázek (viz Příloha 6 a 7). Rozhovory se uskutečnily na neonatologickém, novorozeneckém a dětském oddělení Nemocnice Písek a.s., dále na neonatologickém a novorozeneckém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a v dětském stacionáři Světluška o.p.s. v Českých Budějovicích. Na dětské oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. mi nebyl umožněn přístup. Nemocnice Písek a.s., jako jediná ze zařízení, kde jsem prováděla rozhovory, požadovala písemné žádání o umožnění šetření (viz Příloha 8). V nemocnici České Budějovice a.s. a v stacionáři Světluška stačila pro získání rozhovorů ústní domluva. Tyto rozhovory byly vedeny s všeobecnými a dětskými sestrami. Dále byly provedeny rozhovory se čtyřmi rodiči dětí, u kterých se provádí bazální stimulace v jejich domácím prostředí. Rozhovory byly zpracovány zvlášť s všeobecnými a dětskými sestrami a zvlášť s rodiči. Informace jsou zpracovány ve formě případových studií – kasuistik. Rozhovory byly zaznamenávány písemně z důvodu nesouhlasu některých rodičů s nahráváním na diktafon. Tuto formu záznamu jsem volila i u všeobecných a dětských sester z důvodu stejných podmínek obou skupin respondentů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo osm všeobecných a dětských sester. Tři sestry pracují na neonatologickém, novorozeneckém a dětském oddělení Nemocnice Písek a.s. Další dvě sestry pracují na neonatologickém a novorozeneckém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Zbývající tři sestry pracují v dětském stacionáři Světluška o.p.s.

v Českých Budějovicích. Dalším výzkumným vzorkem byly rodiče čtyř dětí, u kterých se provádí bazální stimulace.

Všeobecné a dětské sestry byly vybírány podle svého pracoviště, abychom mohli porovnat, na jakých odděleních a v jakých zařízeních se koncept bazální stimulace provádí a jaký má přínos pro dítě. Rodiče byli záměrně vybíráni s dětmi, u kterých se koncept bazální stimulace již provádí, abychom mohli porovnat, zda v této metodě vidí přínos a jak moc dítě ovlivňuje.

Rozhovory byly sbírány v lednu - březnu roku 2009. Všichni respondenti souhlasili s šetřením.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Zpracované rozhovory s všeobecnými a dětskými sestrami

Sestra č. 1

Pracuje na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Je jí 55 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor zdravotní sestra, dále má specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. U dětí má praxi 30 let. Je vdaná, má dvě dospělé děti, které už mají vlastní rodiny.

Sestra koncept bazální stimulace zná, poprvé se s ním setkala před 15 lety na stáži v Holansku. I na jejím oddělení se koncept bazální stimulace provádí. Nové zkušenosti čerpá ze seminářů a ze samostudia, tato problematika ji velice zajímá. Kurz bazální stimulace neabsolvovala, ráda by se ho zúčastnila, i když říká, že by jí za ta léta praxe asi nic nového nepřinesl.

O konceptu bazální stimulace říká: „Má obrovský přínos pro vývoj dítěte, je to obřad.“ Dále dodává: „Děti reagují, pokud se bazální stimulace opravdu dělá, dodržuje, děti jsou v klidu, prospívají, přibývají na váze i léčba probíhá rychleji.“ Při konceptu spolupracuje celý tým, včetně lékařů. Péči dávají do celku, vše co je u dítěte nutné udělat, provádí jako jeden řetězec. Ať už se jedná o hygienickou péči, či o vyšetření. Nesahají na dítě celý den, pokud to jde, vše provedou kompletně, vyruší se v jednom okamžiku. Dbají na to, aby nebyl narušen komfort dítěte, začínají dotykem na dítě. Během veškeré péče není přerušeno s dítětem. Po skončení celé procedury se děti ukládají do polohy „hnízdo“, jsou zabaleny do fleesové dečky, mají kolem tělíčka polohovací válečky, pod hlavičkou gelový koblížek. Leží na speciální podložce s vysokým chlupem. Inkubátor se nakonec přikryje podložkou, aby děťátko bylo v přítmí a izolované od hluku a světla.

Sestra s konceptem pracuje asi 9 let a říká: „Odjakživa se tato péče prováděla, aniž bychom věděli, že se nazývá bazální stimulací.“ Z pomůcek využívají polohovací pomůcky např. „děloha“, „žabák“, gelový koblížek pod hlavu, věnečky z mulu a obvazu, fleesové dečky, vatové podložky v pleně, podložky s vysokým chlupem.

Z druhů bazální stimulace aplikují somatickou stimulaci, kdy provádí masáže dítěte a polohování do polohy „hnízdo“. Dále stimulaci optickou, kdy se dávají do zorného pole miminka hračky. Také provádějí stimulaci auditivní, kdy ošetřující personál neustále na dítě mluví a některé maminky zpívají písničky. Součástí je i stimulace orální, kdy se na štětičku dává dítěti do úst kolostrum a 24% sacharóza. Provádí se i tzv. „klokánkování“, kdy se dítě přikládá na holé tělo matky, jedná-li se o dvojčata „klokánkuje“ i tatínek. Je to somaticko-vestibulárně-vibrační stimulace. Zajímavé je, jak tuto stimulaci sestry zaznamenávají do dokumentace. Používají razítko klokánka, což usnadní orientaci v dokumentaci, zda „klokánkování“ bylo či nebylo provedeno.

Sestra přínos bazální stimulace ve vývoji dítěte určitě vidí. Říká: „Děti reagují, prospívají, jsou klidnější, je nutností dodržovat pravidla konceptu, aby měl přínos.“ Z pozitivních reakcí dítěte na koncept sestra udává, že je dítě spokojené, z negativních reakcí je to neklid, pláč. Děti jsou po propuštění nadále sledovány ve Vývojové ambulanci, kde ambulantní sestra prý vidí pokrok ve vývoji dítěte. Sestra má radost, když dítě zareaguje, když mu může pomoci. Říká: „Mám radost a jsem přesvědčená, že mu chci pomoci, nic jiného v danou chvíli není pro mě důležitější.“

Rodina je zapojena do péče o dítě. Jak už jsem se zmínila, rodiče chodí „klokánkovat“, dále si chodí miminka hladit, vyprávět jim a zpívat. Rodiče ke zrakové stimulaci přinesou vhodnou hračku.

„Spolupráce s dalšími zařízeními je taková, že pokud mají zájem pak ano, vidím pokrok a vývoj dítěte,“ říká sestra.

Sestra č. 2

Pracuje na neonatologickém oddělení Nemocnice Písek a.s. Je jí 35 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor dětská sestra, dále má specializační vzdělání v oboru ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. U dětí pracuje 15 let, je vdaná a má jedno dítě.

Sestra koncept bazální stimulace zná, provádí ho i na svém pracovišti. Poprvé se s ním setkala na tomto oddělení. Nové zkušenosti čerpá ze stáží a seminářů Neonatologických dnů. Kurz bazální stimulace neabsolvovala.

O konceptu bazální stimulace říká „Má přínos jak pro dítě, tak i pro matku, dítě je klidnější, tím pádem je klidnější i matka, má více mléka, což je zase pro nás fyziologická strava pro mimčo.“ Koncept bazální stimulace zařazují podle potřeby v průběhu dne. Pravidelně po třech hodinách dochází matka před krmením.

Sestra s konceptem pracuje asi 5 let. Z pomůcek využívají polohovací pomůcky, jako jsou válečky, polohovací rohlík na polohu „hnízdo“, dečky, hodně improvizují. Dále používají štětičky na orální stimulaci, hračky na zrakovou stimulaci. Z druhů bazální stimulace aplikují somatickou stimulaci, kdy u děťátka provádí masáže, hladí ho, polohují do polohy „hnízdo“. Dále orální stimulaci, kdy dávají děťátku do úst štětičku namočenou v glukóze nebo v mateřském mléku. Tuto stimulaci provádí i u dětiček na ventilátoru. Před pěti lety začínali štětičkou smočenou v glukóze a poslední tři roky štětičku namáčí i do mateřského mléka. V rámci čichové stimulace nedoporučují maminkám, aby používaly parfémy a jiné deodoranty. Je potřeba, aby dítě cítilo vůni matky. Z dalších druhů stimulace provádí zrakovou a sluchovou stimulaci. Do zorného pole dítěte dávají vhodné hračky, nejlépe omyvatelné a hodně na děti mluví. Sestry zde mají zkušenost, že pokud je na jejich oddělení přeložena matka z Českých Budějovic, dožaduje se „klokánkování“. „Klokánkování“ se zde zatím nedělá, sestry s tím nemají zkušenosti a praxi.

Sestra v konceptu bazální stimulace určitý přínos pro rozvoj dítěte vidí. Říká: „Je důležitý individuální přístup, dostatek času a spolupráce.“ Z pozitivních reakcí vidí

na dítěti klid, prospívání dítěte. U ventilovaných miminek a dětí po traumatických porodech se projevuje negativní reakce na bazální stimulaci, dítě je neklidné, nechce, aby se na něj sahalo, chce mít svůj klid. Sestra říká: „Dítě pozná, kdo ho ošetřuje, jestli je dostatek času na péči, všechny negativní reakce přenášíme na miminko.“

Rodina se zapojuje do péče. Matky pravidelně docházejí na oddělení. „Někdy se ale stane, že matka porodí a jde pryč,“ říká sestra.

Pokud je to možné, předávají si s jinými zařízeními informace a zkušenosti.

Sestra č. 3

Pracuje na novorozeneckém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Je jí 40 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor zdravotní sestra, dále má specializační vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Pracuje u dětí 22 let. Je vdaná, má dva chlapce ve věku 13 a 19 let.

Sestra o konceptu bazální stimulace slyšela, sama s ním nemá zkušenosti, v rámci jejich oddělení se bazální stimulaci neprovádí. Ví, že se koncept aplikuje do péče na jejich neonatologickém oddělení. První informace o bazální stimulaci získala z neonatologického oddělení a ze seminářů.

O konceptu si myslí, že určitě dítě zklidňuje a uvědomila si, že každé koupání, přebalování a celková péče je určitá bazální stimulace. Sestra říká: „U nás je plný roaming dítěte s matkou a u fyziologického novorozence není potřeba bazální stimulace.“ Dále dodává: „Od toho se odvíjí celý vývoj dítěte, navázání sociálních vztahů.“

Novorozenci se při fototerapii polohují do polohy hnízdo a k tomu sestra dodává: „Neděláme to v rámci bazální stimulace, ale v rámci polohování, pro mimčo je to příjemná poloha.“

Na tomto oddělení se koncept bazální stimulace nedělá a proto ani nedochází k předávání informací a zkušeností s dalšími zařízeními. Konverzace se sestrou byla příjemná a sestra se naopak zajímala, jak je to s aplikací konceptu do ošetrovatelské péče jinde.

Sestra č. 4

Pracuje na novorozeneckém oddělení Nemocnice Písek a.s. Je jí 38 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor dětská sestra. V oboru má praxi 18 let. Je vdaná, má jednu 14 letou dceru.

Sestra zná koncept bazální stimulace hlavně z jejich neonatologického oddělení. Na novorozeneckém oddělení bazální stimulaci neprovádí. Na semináře týkající se bazální stimulace zatím neměla štěstí.

Sestra si myslí, že koncept bazální stimulace má smysl u postižených dětí a na jejich pracovišti u fyziologických novorozenců nemá asi význam. Sestra dodává: „Děti jsou hned po porodu s matkou, takže je určitým způsobem stimuluje matka, ale nedá se říci, že je to bazální stimulace.“

Při fototerapii nebo jen při zahřátí v inkubátoru se dětičky polohují do polohy „hnízdo“ jako se polohuje v rámci bazální stimulace. O tomto postupu říká: „U nás děti nedáváme cíleně do určité polohy, ale jen do polohy v rámci polohování, nejedná se tedy o bazální stimulaci.“

Předávání zkušeností a informací s dalšími zařízeními sestry neprovádí, protože se u nich na oddělení koncept bazální stimulace nedělá.

Sestra č. 5

Pracuje na dětském oddělení Nemocnice Písek a.s. Je jí 30 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra. Při práci vystudovala Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Po škole nastoupila na toto oddělení, pracuje již 12 rokem. Je svobodná a bezdětná.

Sestra koncept bazální stimulace zná, slyšela o něm již při vysokoškolském studiu. Osobně se s konceptem setkala zde v nemocnici na neonatologickém oddělení. U nich na dětském oddělení s konceptem bazální stimulace nepracují. Na žádném semináři týkající se bazální stimulace zatím nebyla.

Sestra si o konceptu myslí, že má určitě význam u dětí s postižením. Říká: „Na našem oddělení postižené děti nemáme a kdybychom měly, tak stejně na koncept nebude čas.“ Dále dodává: „O konceptu jsem hodně slyšela, kdyby neměla bazální stimulace význam, tak by se asi nedělala.“

Sestry si nepředávají zkušenosti a informace týkající se konceptu bazální stimulace, protože se u nich koncept neaplikuje v praxi.

Sestra č. 6

Pracuje v dětském stacionáři Světluška o.p.s. v Českých Budějovicích. Je jí 40 let, vystudovala střední zdravotnickou školu obor zdravotní sestra. U dětí pracuje 22 let, ve Světlušce pracuje 1 rok. Je rozvedená, stará se o dvě děti ve věku 18 a 16 let.

Sestra koncept bazální stimulace zná, poprvé se s ním setkala zde ve Světlušce. O Světlušce říká: „Světluška je pro mě jedinečné zázračné zařízení, nikdy jsem se nesečkala s něčím podobným. Je zde souhra a spolupráce všech pracovníků. Úžasná rodina.“ Sestra má základní kurz bazální stimulace, nástavbový kurz bude absolvovat v srpnu 2009. Seminářů týkající se konceptu bazální stimulace se zúčastňuje.

Sestra o konceptu říká: „Myslím si, že cokoli může pomoci, má veliký přínos pro dítě. Bazální stimulace má velkou škálu a dítě si z ní vezme, co samo chce. Je důležitý individuální přístup, každý pracovník by měl dítě pozorovat a při zlepšení rozvíjet danou oblast.“

Každé dítě má vypracovaný individuální plán, součástí plánu je koncept bazální stimulace a biografický dotazník získaný od rodičů. Biografický dotazník je pro sestru velmi důležitý, zajímá ji vše o novém klientovi. Sestra sama tyto informace vyhledává, lépe se jí pak s dítětem pracuje, ví, co má dítě rádo či nerado. Koncept bazální stimulace zařazují do péče v průběhu dne. Sestry mají vypracované dopolední a odpolední programy, vše je ale přizpůsobeno stavu dítěte. Ve své práci využívají všech druhů bazální stimulace. Při somatické stimulaci používají žínky, froté ponožky, při polohování molitanové válce, válce s kuličkami, polštáře, kolečka, deky, molitanové míčky do rukou. Polohu „mumie“ sestry dělají většinou po aromamasážích. V této poloze dítě nechají odpočívat asi 30 minut podle stavu dítěte a jak je mu to příjemné. U vestibulární stimulace děti houpou v dece, provádějí pohyb ovesného klasu a otáčivé pohyby hlavy dítěte. Při olfaktorické stimulaci sestry používají aroma olejíčky s různými vůněmi např. pomeranč, citrón, vůně stromů. Dále dávají dítěti čichat k různým druhům koření. Na každý den mají sestry přichystanou jinou vůni např.

v pondělí je skořice a ve čtvrtek česnek. K vibrační stimulaci používají různé vibrující hračky, vibrační přístroje. Vibrační stimulaci provádí také hlasem, kdy si sestry na sebe dítě přiloží. Sestry pak dětem čtou pohádky nebo jim zpívají. U zrakové stimulace se pracuje na počítači se speciálním programem, dále se mohou použít hrací desky, plyšové knížky, podsvícené desky. Na zrakovou stimulaci mají sestry jednu celou učebnu s pomůcky. Auditivní stimulace se může provádět v rámci muzikoterapie, která se provádí jednou týdně. Hrají na housle a kytaru. Jinak se auditivní stimulace provádí každý den zpíváním a hraním na jednoduché nástroje jako jsou triangl, dřívka, činely. Při orální stimulaci sestry vkládají do úst svůj prst namočen v určitém jídle. Orální stimulace se může provádět i jako orálně-faciální, která se provádí před každým jídlem. Dítě už ví, že bude následovat jídlo. Při taktilně-haptické stimulaci se používá speciální panel s látkami, bodlinami, kamínky. Dále se používají přírodní materiály, jako jsou kaštiny, rýže.

Sestra si myslí, že došlo po zařazení konceptu ke změnám v chování a vnímání dítěte. Na otázku, k jakým změnám došlo, odpovídá: „Myslím, že to není jen na samotném dítěti, jde i o nás, jak vůbec k dítěti přistupujeme, jestli přicházíme klidnou chůzí, bouchneme dveřmi, vše dítě vnímá a pak reaguje.“ Snaží se zajistit klid, aby byla bazální stimulace účinná. Vše musí být propojeno. Mezi pozitivní reakce na bazální stimulaci sestra zařazuje oddálení epileptického záchvatu, pozastavení slinění, zklidnění dítěte, uvolnění spasticity, klidná mimika obličeje. Na otázku úsměvu odpovídá: „Úsměv je spíše asociální, neřekla bych, že jde o pravý úsměv, jedná se spíše o změnu mimiky.“ Pokud se sestra s dítětem drží za ruku, může dítě reagovat silnějším zmáčknutím ruky. Z negativních reakcí uvádí slinění, spasticitu, vlastně opak pozitivních reakcí. Na otázku přínosu bazální stimulace odpovídá: „Ano, přínos určitě má, ale zase za předpokladu dodržení určitých pravidel a zásad. Je nutné neustálé předávání informací mezi personálem. Je to jeden koloběh, který se musí dodržet. Bazální stimulace nebude mít význam u nespolupracujícího a unaveného klienta. Hlavně je nutné eliminovat rušivé elementy.“ Sestra ve své práci neupřednostňuje některé z dětí, ke všem přistupuje individuálně a maximálně zodpovědně. U dítěte provádí úkony, o kterých si myslí, že jsou pro něj přínosem. Sestra dodává: „Na dítěti je

poznat, že vnímá, kdo zrovna u něj „bazálku“ a péči provádí, na některou sestru je zvyklé více, na některou méně.“

Po absolvování základního kurzu bazální stimulace se vztah sestry k dětem změnil. Po kurzu zjistila, že nejlepší je poznat to sama na sobě, aby pochopila, jak se klient cítí. Snaží se k dítěti přistupovat individuálně, zachovává klid a nedělá bazální stimulaci za každou cenu. Bazální stimulaci provádí podle stavu dítěte, jak se momentálně cítí.

Koncept bazální stimulace doporučují i v jiných zařízeních, hlavně v podobných jako je toto. Sestra říká: „U postižených dětí má bazální stimulace veliký význam, byla by škoda, kdyby se nedělala.“

Sestry se snaží zapojit do péče rodinu. Sestra, ale říká: „Někteří rodiče nemají o spolupráci zájem, spolupráce je malá. Vázne zde komunikace, spolupráce je v začátku. Někteří rodiče se zatím nevyrovnali ani s postižením dítěte.“

Sestra č. 7

Pracuje v dětském stacionáři Světluška o.p.s. v Českých Budějovicích. Je jí 25 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra. Ve studiu pokračovala denním studiem na Zdravotně sociálně fakultě v oboru Rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory, dále navozovala magisterským studiem stejného oboru. Po vystudování nastoupila do Světlušky, kde pracuje 1,5 roku. Je svobodná a bezdětná.

Sestra koncept bazální stimulace zná, poprvé se s ním setkala zde ve Světlušce. Absolvovala základní kurz bazální stimulace, nástavbový kurz se bude konat v srpnu 2009. Samostatně s konceptem pracuje jeden rok, před absolvováním základního kurzu pracovala 3 měsíce pod vedením speciálního pedagoga. Seminářů týkající se konceptu bazální stimulace se zúčastňuje.

O konceptu bazální stimulace se myslí, že přínos určitě má, něco dítěti dává. Trvale ležící děti si uvědomují hranice těla, působí jim potěšení, děti zařadí do každodenního života. Myslí si, že by se koncept měl zavést ve všech těchto zařízeních.

Každé dítě má opět vypracovaný individuální plán, součástí je i koncept bazální stimulace. Biografický dotazník má každé dítě, podle sestry je to takový odrazový můstek, aby už měla informace o dítěti, aniž by ho viděla. Na bazální stimulaci mají sestry vytvořen speciální program, kdy začínají ráno - ranním rituálem a pak pokračují odpoledním programem. Když dítě spí, nebudí se a pokud je po epileptickém záchvatu, nenutí se. Ve své práci používají všech druhů bazální stimulace. Pomůcky jsou stejné jako u sestry č. 6.

Sestra si myslí, že určitě došlo po zařazení konceptu ke změnám v chování a vnímání dítěte. Říká: „Důležité je vytvoření důvěry mezi dítětem a zdravotníkem.“ Některé děti se nechají obejmout, což se dříve nestávalo. Děti špatně reagují na měnící se kolektiv, mohou odmítat jídlo, plivají. Sestry také pozorují na dětech, že ví, co si mohou k personálu dovolit. U jedné sestry dítě v klidu jí a u druhé sestry na ni plive jídlo. Je to vše o důvěře. Z pozitivních reakcí na koncept bazální stimulace sestra vidí

blažený výraz v obličeji, dítě je uvolněné, klidné, není v křeči. Z negativních reakcí je to vztek, nespolupráce a plivání. Na otázku přínosu bazální stimulace ve vývoji dítěte sestra říká: „Přínos určitě má, ale opět to nezáleží na samotném dítěti, ale také na tom, kdo stimulaci provádí. Je to propojený, dlouhodobý proces.“ Sestra se snaží pro všechny děti udělat to nejlepší. Nepreferuje jen určité dítě. K tomu dodává: „Samozřejmě mám k některému dítěti vytvořen hlubší vztah, podle toho, jak jsme si sedli od začátku, ale ve své práci přistupuji ke všem stejně a hlavně individuálně.“

Po absolvování základního kurzu bazální stimulace si sestra uvědomila cítění klienta. Dříve si nedokázala představit, co klient cítí.

Sestry doporučují koncept i v jiných zařízeních. Sestra říká: „Pokud se někde setkáme, tak doporučujeme. Máme také své webové stránky a letáky, takže se informace předávají spíše tímto způsobem.“

Pokud má rodina zájem, je zapojena do péče o dítě. Sestra zdůrazňuje: „Jen minimum rodičů s námi spolupracuje, netlačíme na ně, sami musí přijít. Otočilo by se to jen proti dítěti a my chceme dítěti pomoci a ne ublížit.“

Sestra č. 8

Pracuje v dětském stacionáři Světluška o.p.s. v Českých Budějovicích. Je jí 35 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu obor zdravotní sestra. Při zaměstnání absolvovala specializační vzdělání obor ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Pracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, odtud přešla do Světlušky, kde pracuje 1 rok. Je vdaná a bezdětná.

Sestra koncept bazální stimulace zná, poprvé se s ním setkala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Bazální stimulaci se snažili na tomto oddělení provádět, ale nebylo na ni moc času. Sestra absolvovala základní kurz bazální stimulace, nástavbového kurzu se zúčastní v srpnu 2009. Pokud se koná seminář na téma bazální stimulace, ráda se zúčastňuje.

O konceptu bazální stimulace si myslí: „Bazální stimulace je určitě důležitá, dítě neleží jen v postýlce, ale zapojí se do každodenního života. Bazální stimulaci provádíme, pokud má dítě zájem, provádíme ji v určité míře a nesmíme zapomínat na odpočinek dítěte. Měla by se provádět všude tam, kde je na ni klid, dostatek času a vyškolený personál.“

Děti mají opět vypracovaný individuální plán, součástí plánu je koncept bazální stimulace. Každé dítě má vypracován biografický dotazník, z kterého sestry vycházejí. Pro sestru je biografický dotazník výhodou, lépe pozná nové dítě. Koncept bazální stimulace sestry zařazují každý den v dopoledních a odpoledních programech. Dopoledne se provádějí 3-4 typy bazální stimulace, odpoledne 2-3 typy stimulace. Provádí se samozřejmě podle stavu dítěte. Sestry využívají všechny druhy bazální stimulace. Pomůcky jsou stejné jako u sestry č. 6. Všechny tři sestry pracují ve stejném zařízení, pomůcky jsou tudíž totožné.

Sestra si myslí, že po zařazení konceptu bazální stimulace došlo ke změnám ve vnímání a chování dítěte. Říká: „Ležící děti emoce nedávají najevo, poznáme je podle rozrušenosti, podle pláče je to také těžko odhadnutelné. Když dítě pláče, může ho bolet bříško a my si myslíme, že pláčem reaguje na bazální stimulaci a přitom tomu tak není.“

Jinak jsou děti při bazální stimulaci klidné a spolupracují.“ Z pozitivních reakcí na bazální stimulaci sestra vidí spolupráci, uvolnění celého těla dítěte, zklidnění. Z negativních reakcí je to slinění, plivání, dítě může být apatické, dítě nemusí mít náladu, zavírá oči, snaží se cvičení uniknout. Na otázku přínosu bazální stimulace sestra říká: „Přínos je vidět na celkovém stavu dítěte. Dítě je zvyklé na ranní rituál, polední rituál, už ví, co bude následovat. Dítě také jen celý den neleží, je zapojeno do činností. Určitě přínos má, rozvoj dítěte se děje ale pomalu po krůčkách, je to běh na dlouhou trať.“ Sestra má ke každému dítěti vytvořen určitý vztah, ale nemůže hodnotit hloubku, má dětí více. Snaží se ke každému dítěti přistupovat individuálně a dávat mu to, co potřebuje.

Po absolvování základního kurzu bazální stimulace se postoj sestry k dětem určitým způsobem změnil. Sestra dodává: „Ale jen v tom smyslu, že jsem si uvědomila, že ne vše, co děláme automaticky, nemusí být klientovi příjemné. Jinak je můj vztah stejný.“

Sestry bazální stimulaci doporučují i v jiných zařízeních, protože má úspěch a smysl ji provádět.

Všechny sestry by chtěly integrovat rodinu do péče. Sestra říká: „Záleží na zájmu rodičů, spolupráce a zájem rodičů je zatím malý.“

4.2 Zpracované rozhovory s rodiči

Matka č. 1

Žena, 31 let, vdaná, žijící s manželem v rodinném domku. Je na mateřské dovolené, má vyšší odborné vzdělání. Stará se o 18. měsíčního syna Ondru a 4 letého syna Tomáše.

18. měsíční Ondra se narodil z druhé gravidity. Celé těhotenství probíhalo bez komplikací, porod proběhl ve 40. týdnu těhotenství. Ve čtvrtém měsíci si matka všimla, že Ondrovi levé oko šedne a má jakoby zakalenou čočku. Do této doby chodila pravidelně do poradny a nikdo si očíčka nevšiml. Ihned bylo dítě odesláno na oční vyšetření do pražské nemocnice Motol. Tam byla diagnostikována afakie (oko bez nitrooční čočky) a zákal. Dodnes nebyl nikdo matce schopen říci, co byl prvotní problém. Jestli došlo k vrozené afakii a následnému glaukomu, nebo příčinou byl vrozený zákal a následná afakie. V každém případě prý došlo k zanedbání screeningu v porodnici. V prosinci roku 2007 podstoupil Ondra operaci. Matka musí Ondrovi do postiženého oka dávat denně dioptrickou čočku. Pro oko je potřeba +20D. Do zdravého oka se Ondrovi denně na 4-6 hodin dává okluzní čočka, kdy matka provádí zrakovou stimulaci.

První informace o bazální stimulaci matka získala v Praze v nemocnici Motol. Kurz bazální stimulace matka nemá. Optická stimulace se u Ondry provádí od jeho 11. měsíců. Na doporučení jiné maminky navštívila matka Středisko rané péči, kde Ondra prošel vstupním vyšetřením. Nyní dojíždí 1x za měsíc terapeut ze Střediska rané péče za Ondrou domů. Návštěva trvá 2-3 hodiny, z toho je 45 minut vlastní cvičení optické stimulace. Zbytek návštěvy probíhá rozhovor s matkou. Ondra nenavštěvuje další zařízení, kde se provádí bazální stimulace. Ve třech letech dítěte bylo matce přislíbeno docházení do speciální školky zaměřené na zrakové postižení.

Matka vidí přínos v konceptu bazální stimulace. O konceptu říká: „Určitě přínos má, rozvíjí Ondrovi zrak, na oko trochu vidí a nezhoršuje se. Má výsledky, efektivitu, cviky a hry, co mi ukazuje terapeutka z rané péče, jsou logické, ale sama bych na ně nepřišla. Kdybych s Ondrou necvičila, neviděl by a dnes se projevuje jako normálně vyvíjející se batole.“

Matka zrakovou stimulaci provádí denně v odpoledním programu. Ráno aplikuje Ondrovi dioptrickou čočku, kterou má až do večera. Po obědě před poledním spánkem matka dává do zdravého oka okluzní čočku, na což Ondra reaguje mrzutostí a pasivitou, poté uléhá ke spánku a po vzbuzení dělá jako když čočku nemá. Čočka se v oku nechává 4-6 hodin podle stavu a únavy dítěte. Po probuzení může matka začít se stimulací. Má několik pomůcek a her jak dítě stimulovat. Hodně pomůcek zapůjčí Středisko rané péče, ale i rodina musela do stimulace investovat. Mají speciální počítačový program určený na zrakovou stimulaci, dále speciální fixy, domino, pexeso, magnetky, speciální knížku s obrázky. Někdy je Ondra při stimulaci natolik protivný a nespolupracuje, že musí matka stimulaci ukončit. Po vyndání čočky Ondra ožije, užívá si, že najednou na jedno oko vidí dobře. Cvičení matka přizpůsobuje také tomu, jestli je Ondra nemocný, unavený, necvičí s ním za každou cenu.

Pomůcky jsou pro rodinu finančně náročné. Nejnutnější pomůcky pořídili a zbytek pomůcek se snaží půjčovat ze Střediska rané péče. Rodinu hodně finančně zatěžují čočky. Balení dioptrických čoček obsahuje 6 čoček na 6 měsíců, tedy 1 čočka na měsíc. Rodina ale spotřebuje 6 čoček za měsíc, tedy celé balení, které bylo na půl roku. Důvodem je ztráta čočky, Ondra si promne oko a čočka okamžitě vypadne a málokdy je nalezena. To samé se děje s okluzní čočkou, která je jedna na celý rok. Ondra má již třetí za půl roku.

Ondra je na matku velmi citově fixován. Je stále kojen. Dříve při kojení matka dávala čočky, protože jinak se to nedařilo. Ondra hodně plakal. Matka říká: „Vztah mezi mnou a Ondrou je hodně hluboký. Ondra je více rozmazlený, více upřednostňován, vím, že je to špatně, nemám čas na staršího syna.“ Matka má hodně práce s Ondrou, musí cvičit a nezbyvá jí moc času. Od zjištění Ondrova onemocnění šel

druhý syn stranou. Rodiče začali jezdit po různých vyšetřeních a Tomáš byl „odsunut na vedlejší kolej“, často byl u babičky. Ondra nesměl plakat, aby si nevybrečel čočku, tak byl hýčkaný na rozdíl od sourozence. Matka dodává: „I Tomášek špatně nesl, když Ondra brečel při dávání čočky do oka. Držel si uši a běžel s křikem do dětského pokoje, „maminko já už to nevydržím.“ Dnes má Tomáš noční děsy a špatně mluví. Těžko říci, jedná-li se o následek psychického traumatu a protěžováním druhého sourozence v důsledku postižení.

Matka koncept bazální stimulace doporučuje i ostatním maminkám s postiženými dětmi. Říká: „Bazální stimulace přínos určitě má, tak proč by nemohla pomoci i někomu jinému.“ Internetová diskusní fóra týkající se této problematiky matka nenavštěvuje.

Matka č. 2

Žena 30 let, středoškolského vzdělání, na mateřské dovolené. Se svým přítelem se stará o 18 měsíčního syna a 4 letou dceru.

Čtyřletá Klárka prodělala těžký porod a narodila se s těžkou porodní hypoxií. Pět dní byla v umělém spánku. Má trvalé a rozsáhlé poškození mozku, těžkou epilepsii, kdy proběhne desítka záchvatů denně.

Matka si myslí, že ví, co si má pod pojmem bazální stimulace představit. Něco se o ní dozvěděla od terapeutů a něco o ní četla. První informace o bazální stimulaci získala v dětském stacionáři Světluška a poté z internetu. K tomu dodává: „Teď si uvědomuji, že už je to delší dobu, co jsem v televizi viděla dokument o paní, která prováděla bazální stimulaci u dospělého kluka po nějakém úrazu a měli veliký úspěch.“ Sama matka kurz bazální stimulace nemá. Klárka každý všední den na pět hodin navštěvuje dětský stacionář Světluška. A právě ve Světlušce se u Klárky bazální stimulace provádí. Pokud matka ví, že bazální stimulaci cvičila Klárka ve Světlušce, už ji doma neprovádí. Když provádí, tak prý nevědomky při obyčejném denním rytmu a řádu. S Klárkou matka cvičí, dělá aroma masáže a hodně se s ní mazlí. Matka dodává: „Pamatuji si, že ještě než jsem o bazální stimulaci věděla konkrétně a dcera byla menší, zkoušela jsem ji, teď už vím, že hmatovou stimulaci s čůčkou a rýží. Snažím se jí také věci neměnit, provádíme stále stejné činnosti ve stejnou dobu, aby měla pocit jistoty.“

Na otázku přínosu bazální stimulace matka odpovídá: „Myslím si, že má velký přínos ve vnímání a v rozvoji u postiženého dítěte. Každá pomoc, která vede k uvědomění si své osoby, těla, svého okolí je prospěšná a dobrá. Dokáže dítě někam posunout nebo vrátit.“ Na otázku změn v chování a vnímání dítěte po zařazení konceptu matka říká: „Myslím, že k zásadním změnám nedošlo, ale vím, že Klárka vnímá a už jen to, že při hmatové stimulaci podrážděně reaguje na dotek rýže, je pro mě pozitivní zjištění a mám z toho radost. Je pro mě veliký zážitek a mám radost, když se podívá při zrakové stimulaci jen krátce za světlem. I ten řád, všechny věci, co se denně opakují a provádějí, je pro ni velký pocit jistoty. Nemá ráda změny a nerada mění prostředí.“

Když jedeme na dovolenou k prarodičům, většinou tam není ve své kůži a kolikrát se stalo, že už i tam nebo po návratu onemocněla.“ U Klárky se vyskytují následující pozitivní reakce na bazální stimulaci: po masážích má blažený výraz a často spokojeně usne, krásně čistě dýchá, je uvolněná a klidná. Z negativních reakcí je to nespokojenost nebo Klárka rezignovaně usne.

Pomůcky jsou pro rodinu finančně dostupné, podle matky se dá použít cokoliv. Chce to prý jen fantazii a trochu přemýšlení. Pro matku nejsou domácí pomůcky to nejdůležitější, protože ví, že se bazální stimulace u Klárky provádí ve Světlušce.

Matka má s dcerou velmi silný vnitřní vztah. Matka říká: „Je to hlavně o silném citu a oddanosti. Uvědomila jsem si, že ona je mým velkým učitelem. Učí mě hlavně velké trpělivosti, kterou jsem ve svých dosavadních vlastnostech dost postrádala. Uvědomuji si, že je na mě odkázána, ale nechci, aby byla závislá, hlavně citově. Proto jsem taky vyhledala Světlušku, aby byla zvyklá i na jiné lidi, kteří s ní manipulují, sahají na ni, mluví na ni. Chci, aby věděla, že existuje i jiný svět, než je jen máma a rodina. Nechci být její otrok, ale chci jí být hlavně pocitově nablízku, chci, aby cítila, že ji miluji a že pro ni udělám vše dobré, aby byla spokojená, neměla bolesti a poznala co možná nejlepší život.“ Matka se snaží, aby ani jedno dítě neupřednostňovala, ale uvědomuje si, že její zdravý syn potřebuje dětství zdravého dítěte. Snaží se v něm vychovávat pocit lásky k sestře, aby na ni nežárnil. „Ale snad vše přijde automaticky,“ dodává matka a pokračuje: „Jak s ní bude žít od malička, přijde mu to normální a bude tomu tak přizpůsobovat svůj život a své pocity k ní. Teď je na ni něžný, dává jí pusinky, hladí jí. Ze začátku mu bylo divný, že na něho nereaguje, nemluví, ale teď vidím, že už to bere jako samozřejmost. Někdy mě jeho náklonnost k ní velice dojíká. Myslím, že ona je pro nás všechny velkým darem.“

Matka koncept bazální stimulace doporučuje ostatním maminkám, protože zkusit se má vše. Ví o několika případech, kdy bazální stimulace byla prospěšná a věří jí. Má z ní dobrý pocit, prý je to další věc, která může postiženým dětem k něčemu dopomoci a koncept bazální stimulace jí přijde velice logický. Matka nenavštěvuje internetová diskusní fóra týkající se této problematiky.

Matka č. 3

Zubní laborantka 40 let, v domácnosti. S manželem se starají o 14 letého postiženého syna Martina a 9 leté chlapce dvojčata.

Martin se narodil jako fyziologický novorozenec. Do 22. měsíce se vyvíjel jako každé zdravé dítě. Pak se dostavily horečky, zvracení, spavost, cyanóza a petechie. Dítě bylo hospitalizováno na jednotce intenzivní péče. Martinův stav se zhoršoval, upadl do bezvědomí. Dlouho se nevědělo, jaké má Martin onemocnění. Až zpětně bylo rodičům řečeno, že Martin prodělal herpetickou meningitidu. Došlo k postižení mozku, Martin je dnes na úrovni vývoje 3. měsíčního kojence. Má Westův syndrom, o kterém matka není moc přesvědčena. Martin také trpí silnou epilepsií, kdy má až sedm záchvatů denně. Matka hodně studovala v léčitelství a s Martinem k léčiteli dojíždí. Martin prý není nemocen. Dříve se matka v péči hodně angažovala, nechtěla se smířit se situací. Navštěvovali dětský stacionář Arpida v Českých Budějovicích, Vojtovo centrum v Praze a Středisko rané péče v Českých Budějovicích. Dvakrát ročně na dva měsíce jezdili do Jánských lázní. Pak se ale narodila dvojčata a moc času už nezbývalo. Od roku 1997 navštěvoval Martin rehabilitační jesle, ze kterých pak vznikla Světluška.

První informace o bazální stimulaci získala matka z internetu, postupem času z center, která Martin navštěvoval. Matka dodává: „Odkakživa jsem prováděla u Martina určité věci, aniž bych věděla, že se to někam zařazuje.“ Kurz bazální stimulace matka nemá. O kurzu říká: „Papír pro mě nic neznamena, kurz by mi dal to, co už stejně umím. Jako zdravotník si hodně věcí vydedukuji a hodně mi dala životní zkušenost.“ Martin navštěvuje každý všední den dětský stacionář Světluška. Když matka ví, že nebude mít na Martina čas, nechává ho v stacionáři i přes noc. Matka volila dětský stacionář také proto, aby umožnila svému dítěti kontakt a nenechala ho jen doma mezi čtyřmi stěnami. Bazální stimulaci matka doma neprovádí, pokud se tedy nejedná o automatické činnosti, které by se také daly zařadit do konceptu. Snaží se Martinovi věnovat, pokud to čas dovolí, tak ho například masíruje, Martin má pořád něco v rukách. Už to ale není jako dříve, hodně péče také potřebují dvojčata.

Její názor na bazální stimulaci je následující: „Líbí se mi to, člověku obecně prospěje. Dříve se nejmenovala bazální stimulace a dělali jsme ji. Jak už jsem se zmínila, člověk dělá určité věci automaticky, aniž by věděl, že se to někam zařazuje.“ Přínos také vidí v tom, že je dítě uvolněné, snaží se mu zajistit co nejpříznivější pocit a ulehčit mu to. Na přínos bazální stimulace ještě dodává: „Všechno má svůj smysl a přínos. Akorát u Martinka nedošlo k pokroku, aby se otočil, rukama a nohama sice pohybuje. Když mu stříhám nehty, tak uhýbá a nechce se nechat stříhat. Pro mě je to ale pokrok, vím, že Martin cítí a vnímá.“ Po zařazení konceptu bazální stimulace došlo u Martina ke zlepšení vnímání. Matka říká: „Martin vidí, slyší, neustálá práce se odrazila. Nepohybuje se, ale sleduje okolí.“ Martin na bazální stimulaci reaguje zklidněním, uvolněním spasticity, rád se chová a vydává libé zvuky. Když se mu něco nelíbí, nechce spolupracovat, stahuje se a může to vyvolat epileptický záchvat.

Z pomůcek rodina využívá polohovací pomůcky, jako jsou klíny, molitany a deky. Hodně pomůcek jim půjčuje Světluška. Dále používají domácí polohovací sedačku, kočárek. Pro rodinu jsou pomůcky finančně nedostupné. Matka říká, že bez pomoci sponzorů nemají šanci. Na tuto situaci se dívá globálně, co všechno postižené dítě potřebuje. Od hygienických potřeb přes pomůcky na bazální stimulaci až po polohovací postel a vozík. Pro samotnou bazální stimulaci se dají pomůcky improvizovat, ale vše ostatní se nahradit nedá. Je těžké žít s postiženým dítětem. Matka hledá sponzory přes různé nadace. Dříve se jí to přičilo, dneska si říká, že to dělá pro své dítě. Manžel má dvě práce, aby rodinu uživil. Rodina nejezdí na dovolenou, na tu již peníze nezbývají. Matce to ale nevádí, žije pro děti, pro svou rodinu.

Matka ke všem dětem přistupuje stejně. Martin potřebuje více péče, ale lásku dává všem stejně. Postupem času přichází smíření, že už to lepší nebude. Po narození dvojčat se hodně změnilo. Matka už neměla tolik času na Martina jako předtím. Je ráda, že má ještě další zdravé děti, protože ony vykompenzovaly postižení Martina. Martinovi sourozenci také hodně pomohou. Matka si nemyslí, že by některé z dětí citově strádalo. Snaží se brát Martina všude tam, kam jde celá rodina. Pokud je to jen trochu možné, je Martin stále s nimi. Matka je už za ta léta hodně unavená. Říká: „Někdy potřebuji

vypnout, být sama a srovnat si myšlenky. S Martinem je to pořád dokola, stejný stereotyp, někdy mě to ubíjí. Neřeším, proč se to stalo, žiji podle toho, jaké mám možnosti a žiji přítomností.“ S Martinem často pomáhají prarodiče, sice je to hodně trápí, ale mají ho stejně rádi jako dvojčata.

Matka koncept bazální stimulace doporučuje. Je přesvědčena, že má pro dítě veliký přínos. Říká: „Když už dítě nikam neposune, tak mu alespoň zkvalitní život.“ Matka nenavštěvuje internetová diskusní fóra týkající se této problematiky. Nemá na to dostatek času a síly.

Matka č. 4

Žena 35 let, vdaná, středoškolského vzdělání. Stará se o 14 letého syna Filipa.

Filip byl do svých osmi let úplně zdravé dítě. V červnu 2003 jeli žáci na školní výlet a na koupališti se odehrálo drama. Nikdo přesně neví, jak se to stalo, ale faktem zůstává, že Filip zůstal v bazénu 15-20 minut pod hladinou. Teprve pak jeho bezvládné tělo zpozorovali ostatní koupající a vytáhli Filipa na břeh. V kritickém stavu byl Filípek transportován vrtulníkem do brněnské dětské nemocnice na ARO, kde bojoval o život. Několik dní byl napojen na ventilátor a byl v umělém spánku. Po vzbuzení z umělého spánku Filip vůbec nevnímal, necítil bolest, nereagoval, otevřel pouze jedno oko a ještě ne úplně. Byl napojen na plicní ventilátor, měl zavedený plicní katétra, centrální žilní katétra a močovou cévku. Po třech dnech mu lékaři zavedli tracheostomickou kanylu a po týdnu gastrostomickou sondu (PEG). Filip měl centrální poruchy tlaku, tlak byl vysoký 240/110 mm Hg. Dále mu nefungovala termoregulace, měl vysoké horečky. Vůbec neviděl, měl velké úlekové reakce, spánkovou inverzi a obrovský strach z vody. Filípek byl ve vegetativním stavu, pouze přežíval a ještě se objevila poúrazová epilepsie. Podle prognóz lékařů to nemělo být nikdy jinak. Dnes je Filip bez tracheostomie, dýchá sám, má normální tlak a tělesnou teplotu. Určitě vnímá, cíleně reaguje, sice má trhavé pohyby, ale ví, co se po něm chce a snaží se zareagovat. Komunikuje pomocí očí, dokáže se ozvat, dá najevo, když je nespokojený, když ho něco bolí, když mu dohraje CD. Dokonce i motorika se částečně zlepšila, dokáže se usmívat. Snaží se přetočit na pravý bok, pokrčí pravou nohu, částečně hýbe rukama, vyplazuje jazyk. Umí plivat, když potřebuje, tak mu to jde velmi dobře, ale plive i zubní pastu a to vědomě. Po 5,5 letech začíná pracovat levá mozková hemisféra, tím se ale zhoršily epileptické záchvaty. Filip má za sebou řadu vyšetření a léčebných metod. Veliký přínos měla např. hyperbarická komora. Cokoli Filip podstoupil, vyzkoušela matka nejprve na sobě.

První informace o bazální stimulaci získala matka náhodně od zdravotní sestry, která ji kontaktovala. Filipův příběh byl medializován a sama zdravotní sestra se matce ozvala, chtěla jim pomoci. Matka se za pomoci sestry zúčastnila základního kurzu

bazální stimulace. Filip navštěvuje sedm hodin denně čtyři dny v týdnu denní stacionář Arpida v Českých Budějovicích. Matka denně provádí u Filipa část konceptu bazální stimulace. Bazální stimulaci provádí asi 4 roky. Provádí orální stimulaci, kdy dává Filipkovi oblíbená jídla např. přesnídávku, svíčkovou a čokoládu. Filip se snaží a polyká, když mu zrovna nechutná, plive. Dříve se dával. Filip má stále PEG, perorálně by výživu ještě nezvládl. Při čichové stimulaci dává matka Filipovi čichat skoro vše, i to špatné. Dále provádí somatickou stimulaci, masáže, polohuje. Filipkův pokojík je přizpůsoben pro zrakovou stimulaci, všude má obrázky, zavěšené hračky, tak, jak to v konceptu má být. S rodinou žije psí kamarádka labradorka „Eliška“, která se na stimulaci také podílí. Matka též provádí Vojtovu reflexní terapii.

Ke konceptu bazální stimulace matka říká: „Určitě je to terapie, která má smysl a je důležitá pro vývoj postiženého člověka. Bohužel se o ní pořád málo ví jako o spoustě dalších věcí, které mají význam.“ Určitě vidí přínos konceptu a dodává: „Filip nemá úlekové reakce, lépe se soustředí, začal svým způsobem komunikovat, nevádí mu změna prostředí, přestal se bát vody. Přínos určitě vidím, vše na sebe navazuje.“ Po zařazení konceptu bazální stimulace došlo k velkému rozdílu ve vnímání a komunikaci. Z pozitivních reakcí na bazální stimulaci je spokojenost, hlavně při masáží. Podle matky si ji Filip dokáže užít. Z negativních reakcí je to nespokojenost a Filip dokáže dát najevo i nespokojenost. Po absolvování základního kurzu bazální stimulace se postoj matky k Filipovi změnil. Říká: „Hodně věcí jsem z konceptu bazální stimulace nevěděla a po absolvování kurzu jsem je začala používat a určitě jsou ku prospěchu.“

Z pomůcek rodina využívá především polohovací pomůcky. Jako jsou polohovací polštáře, hady, klíny, běžné polštářky, válce, molitanové míčky, froté ponožky na masáže, gymnastické míče. Z dalších pomůcek, které nejsou přímo pro bazální stimulaci, využívají polohovací postel, antidekubitární podložku s pulsátorem, Vojtův stůl, vertikalizační stůl, vozík, odsávačku. Pro rodinu jsou pomůcky i pro bazální stimulaci velice drahé. Matka říká, že není možné pořídit všechny, pouze ty, které nelze nahradit jinak, např. polštářky. Matka dodává: „Jen péče o Filipka nás měsíčně stojí 40 000 Kč a to je jen standart pro kvalitní život. Dnes je od pojišťovny

a sociálky vše limitované. Vozík máte na pět let, ale že vám dítě vyroste, to už nikoho nezajímá. Odsávačka je také na pět let, ale vydrží jen dva roky. Z rodinného rozpočtu není možné žít, bez pomoci sponzorů by to vůbec nešlo.“

Filip nemá sourozence, matka veškerý čas věnuje pouze jemu. „Poznala jsem několik rodin, kde je jedno dítě zdravé a další postižené a nikdy není možné dát oběma maximální péči. Vždy jsem se setkala s tím, že je to na úkor jednoho. Rodiče se věnují buď zdravému dítě a postižené jde stranou, nebo je to obráceně. Není možné dát oběma 100% péči,“ říká matka. Matka se snaží Filipkovi maximálně věnovat, volný čas prakticky nemá. Snaží se Filipa všude brát s sebou, aby získal další informace a poznatky. Otec Filipa se s postižením nesmířil. Od problémů utíká k práci, nechce problémy řešit ani o nich mluvit. Všechny úřední věci a péči o Filipa zajišťuje matka. Občas otec syna pohlídá, vezme ho na procházku. I přesto, že Filipa velmi miluje, nedokáže se k problémům postavit čelem a raději od nich utíká. Matka dodává: „Filipův stav nese velmi špatně, protože jsme si nedokázali představit, jaké postižení dokáže způsobit voda, a věřili jsme, že se zlepšení zdravotního stavu Filipka bude vyvíjet jinak, rychleji a lépe. Já jsem se také se zdravotním stavem Fildy nesmířila a nikdy nesmírím. Není to možné, protože je to moje dítě, ale je nutné Filipovi pomoci, udělat vše proto, aby se dostal, co nejdál to půjde. A proto je důležité neustále a za vše bojovat, problémům se postavit čelem, protože útekem problémy nezmizí a není to řešení. Já pouze hájím práva a zájmy svého syna, on sám nemůže. Bojuji za jeho trochu důstojný život v tomto stavu a maximální zdravotní posun vpřed.“

Matka koncept bazální stimulace doporučuje, protože některé věci se sice dělají automaticky, jsou logické, ale je hodně věcí, které také nevěděla a přitom opravdu fungují. Diskusní fóra nenavštěvuje, na to nemá čas. Snaží se Filipovi maximálně věnovat, shání nové informace o léčbě a řeší další podobné složité věci. Pak už času a sil moc nezbyvá.

Matka mi poskytla několik fotografií z Filipkova života. Jsou to fotografie, jak vypadal Filip těsně po úrazu a s odstupem času. Každý z nás si může udělat obrázek

o konceptu bazální stimulace, zda má přínos pro vývoj dítěte či nemá (viz Příloha 9).

4.3 Kategorizace dat v tabulce

Tabulka č. 1: Analýza kasuistik s všeobecnými a dětskými sestrami

Sestra	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Celkem
Znalost konceptu BS	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	8
Aplikace konceptu BS na pracovišti	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	5
Kurz základní/nástavbový	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	3
Přínos konceptu BS pro vývoj dítěte	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	8
Změny ve vnímání a chování dítěte po zařazení konceptu BS	Ano	Ano	/	/	/	Ano	Ano	Ano	5
Účast sester na seminářích o konceptu BS	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	6
Doporučení konceptu na jiných odd. /zařízeních	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	5

Z analýzy případových studií vyzlynuly jednotlivé proměnné, jejichž nejdůležitější incidence je uvedena v tabulce. Některé skutečnosti se vyskytovaly u všech sester, jiné se lišily podle pracoviště a zavedení konceptu bazální stimulace do péče. Všechny sestry znají koncept bazální stimulace. Koncept bazální stimulace se aplikuje jen ve třech zařízeních a to na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., dále na neonatologickém oddělení Nemocnice Písek a.s, a v dětském stacionáři Světluška o.p.s. Základní kurz bazální stimulace absolvovaly jen tři sestry a to z dětského stacionáře Světluška o.p.s. Všechny sestry si ale myslí, že koncept bazální stimulace má přínos ve vývoji dítěte. Změn v chování a vnímání dítěte po zařazení konceptu bazální stimulace si všimlo pět sester. Další zbývající tři sestry si všimnout ani nemohly, protože se na jejich oddělení bazální stimulace neprovádí. Seminář týkající se bazální stimulace navštívilo šest sester. Zkušenosti s bazální stimulací si předává s ostatními zařízeními pět sester. Jsou to opět sestry, které ve své práci koncept bazální stimulace zařazují do péče.

Tabulka č. 2: Analýza kasuistik s rodiči

Rodiče	1.	2.	3.	4.	Celkem
Znalost konceptu BS	Ano	Ano	Ano	Ano	4
Aplikace BS u dítěte	Ano	Ano	Ano	Ano	4
Kurz BS základní / nástavbový	Ne	Ne	Ne	Ano Základní	1
Přínos konceptu BS pro vývoj dítěte	Ano	Ano	Ano	Ano	4
Změny ve vnímání a chování dítěte po zařazení konceptu BS	Ano	Ano	Ano	Ano	4
Pomůcky finančně dostupné	Ne	Ano	Ne	Ne	1
Doporučení konceptu jiným rodinám	Ano	Ano	Ano	Ano	4

Z analýzy případových studií opět vyplynuly jednotlivé proměnné, jejichž nejdůležitější oblasti jsou uvedeny v tabulce. Některé skutečnosti se vyskytovaly u všech matek, konkrétně znalost konceptu bazální stimulace. Všechny matky věděly, co koncept bazální stimulace znamená, věděly to také proto, že se u jejich dětí bazální stimulace provádí. Jen jedna matka absolvovala základní kurz bazální stimulace. Všechny matky si myslí, že má bazální stimulace přínos ve vývoji dítěte. Všechny matky také popisují změny ve vnímání a chování dítěte po zařazení konceptu bazální

stimulace do péče. Jen pro jednu rodinu jsou pomůcky k bazální stimulaci finančně dostupné, pro další tři rodiny jsou finančně nedostupné. Všechny matky se shodly v tom, že má bazální stimulace přínos a proto ji dále doporučují.

5. Diskuse

Snahou této práce bylo zjištění skutečnosti, zda má koncept bazální stimulace přínos pro vývoj dítěte z pohledu všeobecných a dětských sester a z pohledu rodičů. Byly stanoveny dva cíle. První cíl se týkal názoru všeobecných a dětských sester a druhý cíl se týkal názoru rodičů. Z každého cíle vyplynula jedna výzkumná otázka. Pomocí osmi kasuistik s všeobecnými a dětskými sestrami a čtyřech kasuistik s rodiči bylo na tyto otázky zodpovězeno. Pro toto šetření jsme záměrně vybírali oddělení a zařízení jak s dětmi zdravými, tak i s dětmi postiženými, abychom mohli porovnat, u kterých dětí se bazální stimulace provádí a jaký má přínos. Rodiče jsme záměrně vybírali podle toho, jestli se u jejich dítěte bazální stimulace již provádí, z důvodu zjištění názoru a přínosu konceptu.

Prvním cílem bylo zjištění, zda si všeobecné a dětské sestry myslí, že má koncept bazální stimulace přínos ve vývoji dítěte. Z tohoto cíle vyplynula výzkumná otázka 1: Jak pohlíží všeobecné a dětské sestry na bazální stimulaci a její přínos pro rozvoj dítěte? Byly nalezeny některé společné znaky. Všechny osm sester si myslí, že má bazální stimulace přínos ve vývoji postiženého nebo nedonošeného dítěte. Sestra 1 si myslí, že má bazální stimulace obrovský přínos pro dítě. Říká, že je bazální stimulace „obřad“. Je zde ale nutná spolupráce celého týmu. Sestra 2 si myslí, že bazální stimulace na jejich pracovišti má přínos nejen pro dítě, ale i pro matku. Dítě je po zařazení konceptu do péče klidnější, tím pádem je klidnější i matka, což má vliv na tvorbu mateřského mléka. Důležitý je individuální přístup, dostatek času a spolupráce. Sestra 3 si myslí, že má bazální stimulace určitě význam pro vývoj dítěte. Říká, že každá manipulace s dítětem je určitá bazální stimulace a od toho všeho se odvíjí další rozvoj dítěte. Sestra 4 si myslí, že má bazální stimulace význam, ale nemá s ní zkušenosti. Sestra 5 si myslí, že bazální stimulace má význam u postižených dětí a kdyby neměla význam, tak by se asi nedělala. Sestra 6 si také myslí, že má bazální stimulace přínos, ale důležitý je individuální přístup. Sestra 7 říká, že bazální stimulace má smysl, něco dítěti dává. Dítě si uvědomuje hranice svého těla, zařadí ho do

každodenního života. Měl by se zavést ve všech podobných zařízeních. Sestra 8 si myslí, že bazální stimulace je určitě důležitá. Měla by se provádět všude tam, kde je klid, dostatek času a vyškolený personál. Přínos je vidět na celkovém stavu dítěte. Stimulace má určitý řád, dítě už je zvyklé na určitý rituál a ví, co bude následovat. Jak říká Lubica Kováčiková z oddělení anestézie a intenzivní medicíny z dětského Kardiocentra v Bratislavě ve svém příspěvku „Využití bazální stimulace na oddělení intenzivní medicíny dětského kardiocentra,“ že u technik bazální stimulace je nevyhnutelný individuální přístup a také dobře proškolený personál, tak i v naší práci se tato skutečnost potvrdila (15).

Z tohoto cíle vyplynulo několik dalších skutečností a názorů na koncept bazální stimulace, o kterých bychom se chtěli zmínit. Všech osm sester zná koncept bazální stimulace, i když se u některých z nich koncept na pracovišti neprovádí. Sestry 1, 2, 6, 7 a 8 koncept využívají ve své práci. Jsou to oddělení a zařízení, kde se objevují postižené děti a děti předčasně narozené. Sestry 3, 4, 5, si myslí, že u jejich klientů, což jsou zdravé děti a fyziologičtí novorozenci nemá bazální stimulace význam.

Sestry 6, 7, 8 se shodují v tom, aby byl koncept bazální stimulace opravdu účinný, nezáleží jen na klientovi, ale také na personálu. Při aplikaci konceptu je důležitá důvěra mezi klientem a zdravotníkem. Dále je nutný individuální přístup, dostatek času, a zajištění klidného prostředí. Sestry také nezapomínají na aktuální stav dítěte, pokud je unavené nebo po epileptickém záchvatu, bazální stimulace se neprovádí. Shodují se také v tom, že bazální stimulace je určitý rituál, na který je dítě zvyklé, vše na sebe navazuje, má svůj řád, který se musí dodržovat.

Zajímavé je zjištění, že se koncept bazální stimulace aplikuje v nemocnici České Budějovice a.s. a v nemocnici Písek a.s. na stejných odděleních. V obou nemocnicích sestry provádějí stejné druhy bazální stimulace. V nemocnici v Českých Budějovicích sestry navíc „klokánkují“ což je propojení somaticko-vestibulárně-vibrační stimulace

a dávají bazální stimulaci do celku. U dětí se snaží veškerou péči udělat najednou. Poté dítě uloží do polohy „hnízdo“ a nechají v přítomnosti odpočívat. Tento postup na neonatologickém oddělení v Písku nedělají.

Dalším poznatkem bylo zjištění, že základní kurz bazální stimulace mají jen sestry 6, 7, 8. Jsou to sestry z dětského stacionáře Světluška. Jsou certifikovaným pracovištěm, proto je nutností mít potřebné vzdělání. Všechny tyto sestry v srpnu 2009 absolvují i kurz nástavbový. Sestra 1 by měla o kurz zájem, ale neví, zda by jí přinesl nové poznatky za roky práce s konceptem. U sester 6, 7, 8 se po absolvování základního kurzu změnil postoj ke klientům. Uvědomily si, co dítě cítí, a že ne vše, co dělají automaticky a pro ně s příjemným pocitem, je také dítěti příjemné. Proto mají také u všech dětí vypracovanou autobiografickou anamnézu, ze které při své práci vycházejí. Myslíme si, že by nebylo od věci, aby všechny sestry, které pracují s dětmi na odděleních intenzivní medicíny, na neonatologických odděleních a v dětských stacionářích u postižených dětí měly alespoň základní kurz bazální stimulace. Tento koncept podle sester 6, 7, 8, a matky 4 přinese mnoho zkušeností a nové poznatky, o kterých nevyškolený personál nemá ani tušení.

Všechny sestry, které pracují s konceptem bazální stimulace, tedy 1, 2, 6, 7, 8 vidí změny ve vnímání a chování dítěte. Společně se shodly, že většinou bazální stimulace vyvolává u dítěte pozitivní reakce. Tyto reakce mohou být: zklidnění, uvolnění spasticity u postižených dětí, prospívání u dětí nedonošených. Někdy se ale může stát, že bazální stimulace vyvolá i negativní reakce jako jsou: nespolupráce, pláč, u postižených dětí spasticita a slinění.

Z rozhovoru také vyplynulo, že jen dvě sestry, a to sestra 4 a 5 se zatím na seminářích nesetkaly s konceptem bazální stimulace. Ostatní sestry se již seminářů o bazální stimulaci zúčastnily.

Zajímavé bylo zjištění, jaká je spolupráce sester s rodinami dětí, u kterých se bazální stimulace provádí. Pokud se to týká sester 1 a 2, tam spolupráce je. Jedná se o neonatologické oddělení a tam se většinou předpokládá, že má matka o dítě zájem.

Toto zjištění potvrzuje Ľubica Kováčiková, která říká, že na jejich oddělení je v první řadě do spolupráce zapojena rodina (15). U sester 6, 7 a 8 je spolupráce malá. Všechny tři sestry se shodly, že spolupráce je v začátcích a je velmi malá. Sestra 6 si myslí, že rodiče se zatím nevyrovnali s postižením dítěte a nejsou tudíž připraveni na spolupráci. Sestra 7 říká, že rodiče musí přijít sami, nemůžou je do ničeho tlačit, protože by se to obrátilo proti samotnému dítěti. Z tohoto zjištění bychom mohli vyvodit závěr, že pokud se jedná o akutní medicínu, rodiče mají zájem o spolupráci. Pokud se jedná o dětský stacionář s postiženými dětmi, rodiče musí chtít spolupracovat, sestry je pro blaho dítěte nemůžou do ničeho nutit. U některých rodičů spolupráce sice je, ale podle slov sester je stále malá.

Všechny sestry, které pracují s konceptem bazální stimulace, tedy sestry 1, 2, 6, 7, 8 si s ostatními zařízeními a odděleními rády předávají zkušenosti s konceptem. Je potřeba, aby se koncept bazální stimulace rozšířil i jinde.

Z rozhovorů s všeobecnými a dětskými sestrami jsme si stanovili tyto hypotézy:

H1: Všeobecné a dětské sestry se myslí, že má bazální stimulace přínos v rozvoji dítěte.

H2: Všeobecné a dětské sestry vidí změny vnímání a chování dítěte po zařazení bazální stimulace do péče.

H3: Spolupráce rodičů s dětskými stacionáři je velmi malá.

Druhým cílem bylo zjištění, zda si rodina myslí, že má koncept bazální stimulace přínos ve vývoji dítěte. Z tohoto cíle vyplynula výzkumná otázka 2: Myslí si rodina, že má bazální stimulace přínos do rozvoje dítěte? Opět byly nalezeny společné znaky u všech čtyř rodičů. Všechny matky si myslí, že má bazální stimulaci přínos ve vývoji jejich dětí. Matka 1 si myslí, že kdyby se u syna neprováděla bazální stimulace, tak by nikdy na postižené oko neviděl. Matka 2 si myslí, že bazální stimulace může dítě někam posunout nebo vrátit. U její dcery sice k zásadním změnám nedošlo, ale matka ví, že její dcera alespoň vnímá. Matka 3 se domnívá, že bazální stimulace má svůj smysl a přínos. U jejího syna také nedošlo k pokroku, ale zlepšilo se vnímání. Nepohybuje se,

ale sleduje okolí. Matka 4 si myslí, že bazální stimulace je terapie, která má smysl a je důležitá pro vývoj postiženého člověka. Po zařazení konceptu bazální stimulace došlo u jejího syna k velkým změnám ve vnímání a komunikaci. Přínos vidí, vše na sebe navazuje. Protože má matka mnoho zkušeností nejen s bazální stimulací, ale i s celkovou péčí u vegetativních stavů, rozhodli jsme se do diskuse zařadit jejich celý životní příběh. Filípek byl do svých 8 let zvědavý, chytrý, zdravý a jako každé dítě rodiči milovaný. Měl samá jedničky a prázdniny byly přede dveřmi. Dne 25. 6. 2003 se školní třídou navštívil koupaliště. Nedbalostí učitelů se Filípek málem utopil, pod vodou byl podle odhadu lékařů asi 15-20 minut. Byl převezen do brněnské dětské nemocnice na ARO, kde bojoval o život. Filip byl zaintubován a uveden do umělého spánku. Po pěti dnech byl probuzen, ale ortel byl neúprosný: „Filip má těžce poškozený mozek, zůstane ležící a nebude vnímat.“ Byla provedena tracheostomie a gastrostomie. Rodiče si domů přiváží trosky lidské bytosti ve vegetativním stádiu života. Co to vlastně znamená? „Ani život ani smrt,“ zní z úst lékařů. Je to 24 hodinový kolotoč péče kolem Filipa. Matka nepřetržitě rehabilituje, odsává hleny, cévkuje, polohuje, přebaluje, stará se o gastrostomickou sondu a tracheostomickou kanylu. Také neustále pláče, její láska a životní všechno, věchýtek bývalých očekávání se křečovitě choulí pod impulsy elektrod snažících se vykřesat stahy svalů a bývalé naděje. Filip leží v obýváku pod dekou, hlavou s nevidomýma očima spočívá na těle do klubíčka stočené labradorky. Mrňavá čivava kolem Filipa neustále šmejdí, co chvíli do něj šťouchne a olízne ho. Filip ze psů cítí teplo a pohyb. Psí labradorka jménem „Eliška“ se stala velkým přítelem a neustále Filipa vyhledává. Verdikt, podle kterého měl Filip zůstat věčným „ležákem“ bez citu, se nepotvrzuje. To, že pokroky jsou skutečné, potvrzuje i Filipova lékařka. Je přesvědčena, že kdyby šel Filip po úraze do ústavu, nepřežil by. Nikdo není schopen takového nasazení jako rodina. Léčivá je pro chlapce neustálá komunikace, doteky a mazlení. Z mladé inteligentní matky se během let stala odbornice na rehabilitaci, sleduje internet a odborné publikace. Filípek je dnes stále postižený a plně odkázaný na cizí péči. K pokrokům ale došlo, částečně polyká, pokrčí a pohne rukama a nohama, dokáže vyjádřit libost a nelibost, vydává zvuky, směje se, na souhlas dokáže kývnout, vyplazuje jazyk, rozumí pokynům a částečně vidí. Jsou to velké pokroky, ale pořád je to

o tom, že Filípek býval zdravé dítě a nyní je odkázán na péči své rodiny, hlavně maminky (18,20, 22). Příběh Filipa bychom chtěli porovnat s příběhem osmiletého děvčátka, který uvádí ve svém příspěvku Táňa Bártová a Renáta Sikorová z oddělení jednotky intenzivní a resuscitační péče a dětského oddělení v Městské nemocnici Ostrava „Dobrá věc se podařila aneb bazální stimulace a hyperbaroxie základ úspěchu.“ Příběh pojednává o osmiletém děvčátku s diagnózou: polytrauma, hypoxické poškození mozku, subarachnoidální krvácení a coma vigile a několik vážných zlomenin. Po 14 dnech je dívka přeložena z anesteziologicko-resuscitačního oddělení FN Brno na jejich oddělení k pobytu v hyperbarické komoře a k aplikaci konceptu bazální stimulace. Tato dívka měla více štěstí než měl Filip. U malé pacientky se postupně rozvíjejí řečové schopnosti, s pomocí maminky jí a pije. Nakonec je přeložena sice ještě nechodící, ale smějící se a reagující do rehabilitačního ústavu. Závěrem autorky dodávají: „I když tomu tak není vždy, úmorná a mravenčí práce přináší úspěch a naději do dalšího života celé rodině i nám všem (15).“ Další skutečností, že má bazální stimulace význam u vegetativních stavů, potvrzuje také příspěvek „Přes překážky ke hvězdám“ Hany Neiserové z oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Na jejich oddělení byl hospitalizován 16 letý chlapec s těžkým poraněním mozku, u kterého byla prováděna bazální stimulace. Hana Neiserová říká: „Přes překážky ke hvězdám, tak by se dal charakterizovat nynější život našeho pacienta, který si díky usilovné péči celé rodiny trvale zlepšuje kvalitu života. Zdůrazněn je nesporně kladný efekt bazální stimulace bezprostředně po úrazu, bez kterého by pravděpodobně byl zjevný psychomotorický deficit pacienta mnohem těžší než dnes (15).“ Co dodat závěrem? Ze všech tří příběhů je patrné, že koncept bazální stimulace má obrovský přínos ve vývoji postiženého dítěte. Bez bazální stimulace by psychomotorický vývoj dětí nebyl dnes tam, kde doopravdy je.

Zajímavé je, jak se matky o bazální stimulaci vůbec dozvěděly. Matky 2 a 3 se o bazální stimulaci dozvěděly z center, kam jejich děti začaly docházet. Matka 1 se o konceptu dozvěděla v nemocnici Motol. Matka 4 se o bazální stimulaci dozvěděla náhodně od jedné zdravotní sestry, která matku sama vyhledala a chtěla pomoci. Za pomoci této sestry matka 4 absolvovala jako jediná z matek základní kurz bazální

stimulace. Kurz matce hodně přinesl. Řadu věcí před absolvováním kurzu o konceptu nevěděla a dnes je používá a prý jsou ku prospěchu.

Přínosem je také zjištění, jak se matky dívají na nutnost používání některých pomůcek a jejich finanční dostupnost. Pro matku 1 jsou pomůcky finančně velice náročné. U dítěte se provádí zraková stimulace a nelze pořídit všechny pomůcky určené ke stimulaci. Nejnutnější pomůcky rodina pořídila a část pomůcek půjčuje centrum, do kterého dítě dochází. Rodinu finančně velice zatěžují dioptrické a okluzní čočky a pak už nezbyvají peníze na pomůcky. Matka 2 používá hlavně polohovací pomůcky a hodně s pomůckami improvizuje. Pomůcky jsou pro jejich rodinu finančně dostupné a to z důvodu, že matka ví, že u dcery je prováděna bazální stimulace v stacionáři a doma jako takovou bazální stimulaci už neřeší. Pro matku 3 jsou pomůcky finančně nedostupné z důvodu finanční zátěže ostatních pomůcek, jako jsou například pleny a další hygienické potřeby. V rámci bazální stimulace rodina používá hlavně polohovací pomůcky, většinu dalších pomůcek zapůjčí stacionář Světluška. Matka říká, že má manžel dokonce dvě zaměstnání, aby rodinu uživil. Mnoho dalších věcí si rodina nemůže dopřát, už několik let nebyla ani nikde na dovolené, prostě si to nemohou dovolit. Matka se snaží shánět sponzory, kteří by jim finančně vypomohli. Pro rodinu 4 jsou pomůcky také finančně velmi náročné. Matka říká, že jen péče kolem syna stojí měsíčně až 40 000 Kč a to je jen standart, který pomůže Filipovi zkvalitnit život. Pro představu jen měsíční příspěvek na pleny je vyčerpán během 14. dnů. Filipovi bylo založeno občanské sdružení „Návrat do života“, které mu pomáhá s financováním pomůcek. Matka zná několik rodin s postiženým dítětem, které nemají možnost využití sponzorů a žijí na pokraji bídy. Z tohoto faktu vyplývá, že rodiny nemají peníze na pomůcky pro bazální stimulaci z důvodu finanční zátěže ostatních potřeb pro postižené dítě. Nejnutnější pomůcky, které nelze ničím nahradit, rodina pořídí, některými pomůckami improvizují a některé pomůcky si zapůjčují v centrech, do kterých děti docházejí.

Rozhovor s rodiči se stočil k tématu, jestli postižené dítě má sourozence a jaký přínos to pro ně má. Z toho vyplynula další otázka, zde není jedno z dětí zanedbávané.

Rodina 1 má ještě 4 letého syna. Bohužel po onemocnění mladšího sourozence byl starší odsunut na „vedlejší kolej“. Matka si je toho vědoma, ale nemůže s tím nic udělat. Má hodně práce s Ondrou a už nezbývá času na staršího syna. Navíc matka nechtěla, aby Ondra plakal a nevyplavila se mu z oka čočka. Tudíž byl hýčkaný a protěžovaný. Starší syn špatně nesl, když bratr při aplikaci čočka do oka plakal a utíkal s rukama na uších do pokojíčku se slovy: „Já už to nevydržím.“ Starší syn má dneska poruchy řeči a noční děsy. Matka nepřemýšlela, jestli má existence staršího sourozence vliv na vývoj Ondry. Říká, že asi určitě jako u jiných sourozenců. U této rodiny je zřejmé, že Ondrovo postižení je na úkor péče staršího syna. Rodina 2 má ještě k postižené dceři 1,5 letého syna. Matka některé z dětí neupřednostňuje, spíše se snaží v synovi vytvořit pocit lásky k sestře, aby na ni nežárnil. Věří, že vše přijde automaticky, jak s ní bude žít od malička, přijde mu to normální. Myslí si, že přínos to má pro oba. Matka podle našeho názoru zvolila zdravý přístup k oběma dětem. Myslíme si, že až jejich syn vyroste, bude se umět postavit čelem k postiženým, což většina z nás neumí! Rodina 3 má kromě postiženého syna ještě dva 9 leté syny. Matka se snaží ke všem třem sourozencům přistupovat stejně. Martin potřebuje více péče, ale lásku dává všem. Matka si myslí, že sourozenci mají pro Martina přínos. Říká, že děti mu hodně pomohou, mluví na něho, on je vnímá. Určitě přínos vidí. Rodina 4 nemá další děti. Matka říká, že není možné dát všem sourozencům maximální péči. Matka se setkala s několika rodinami, kdy péče byla vždy na úkor jednoho nebo druhého sourozence. V tuto chvíli je ráda, že je syn jedináček, veškerou péči věnuje jemu a nedokázala by dát oběma stejnou péči. Ví, že by to bylo na úkor jednoho nebo druhého. Buď by postižený syn stagnoval v určitém stavu, nebo by to bylo na úkor zdravého sourozence. Matka se snaží maximálně Filipovi věnovat, sleduje a vyhledává nové poznatky o léčbě, chytá se každé maličkosti, která by mohla pomoci. Zde nenastal stav, že péče o Filipa je na úkor sourozence, ale nastala situace, kdy je péče na úkor manželství.

V práci nás také zajímalo, jak rodiny spolupracují s centry, do kterých jejich děti docházejí. Matka 1 spolupracuje se Střediskem rané péče. Matky 2 a 3 spolupracují s dětským stacionářem Světluška. Matka 4 spolupracuje s denním stacionářem Arpida. Všechny matky se tedy aktivně podílejí při konceptu bazální stimulace u svého dítěte.

Protože matky s centry spolupracují, měli jsme možnost s nimi udělat rozhovor. Díky pomoci dětského stacionáře Světluška jsme se mohli seznámit s rodinami a požádat je o rozhovor. Všechny matky nám doporučil stacionář Světluška, i když s nimi spolupracují jen dvě rodiny. Tento stacionář organizuje během roku několik akcí pro děti a zbývající dvě maminky se účastní, tak proto je stacionář Světluška zná. Snažili jsme se získat i rodiče ze Střediska rané péče, ale tam jsme narazili na problém, jak se k rodičům přiblížit, protože většinu péče provádí v terénu. Slušným způsobem nám Středisko rané péče odmítlo podat jakoukoli pomocnou ruku, nevyšlo nám vstříc jako stacionář Světluška. S tímto faktem souvisí výsledky s všeobecnými a dětskými sestrami, kde jsme zjistili, že spolupráce s centry je v začátcích a zatím malá. Proto máme jen čtyři rodiny, které nám byly ochotné podat informace.

Další otázkou jsme chtěli zjistit, zda matky doporučují koncept bazální stimulace i jiným rodinám a jestli navštěvují nějaké internetové diskusní fóra o bazální stimulaci. Matka 1 koncept bazální stimulace doporučuje, myslí si, že přínos má, proč by tedy nemohla pomoci i někomu jinému. Diskusní fóra matka nenavštěvuje. Matka 2 bazální stimulaci doporučuje, prý se má zkusit vše. Ví o několika případech, kde bazální stimulace byla prospěšná a navíc jí sama věří. Diskusní fóra nenavštěvuje. Matka 3 koncept bazální stimulace doporučuje, je přesvědčena, že má veliký přínos pro dítě. Diskusní fóra nenavštěvuje pro nedostatek času a sil. Matka 4 bazální stimulaci doporučuje, jelikož se některé věci dělají automaticky, protože jsou logické, ale je hodně věcí, které neznala a přitom fungují. Mimo jiné má tato matka na rozdíl od ostatních žen jako jediná základní kurz bazální stimulace, takže ví, o čem mluví. Diskusní fóra nenavštěvuje, protože veškerý čas věnuje synovi a pak už nezbývá času a síly. Matka dodává, že se o konceptu bazální stimulace stále málo ví a přitom má velký význam. Tohoto tvrzení jsme si všimli i my. Zajímalo nás, jestli matky zdravých dětí znají bazální stimulaci u dětí. Nejprve jsme se ptali 15 žen z našeho okolí, matek dětí, zda ví, co znamená koncept bazální stimulace. Koncept znala jen jedna a to od kamarádky, kde je bazální stimulace prováděna u postiženého bratra. Ostatní ženy neměly tušení o co jde. Dále jsme zkusili internetová diskusní fóra v oblasti problematiky nedonošených miminek. Žádný odkaz jsme nenalezli, tak jsme si vytvořili

vlastní diskusi. Diskuse trvala tři měsíce a nám přišla jediná odpověď. Jednalo se o zdravotní sestru, která pracuje s konceptem bazální stimulace u dětí v nemocničním zařízení. Z toho vyplývá, že je mezi veřejností stále malá informovanost o konceptu bazální stimulace. Matky s postiženými dětmi, které navštěvují různá centra, kde se stimulace provádí, informace mají. Bazální stimulaci sice doporučují, ale zase jen rodinám s postižením. K veřejnosti se tyto informace už nedostanou, protože matky pro nedostatek času nediskutují o této problematice například na internetu. Je potřeba stále více o konceptu mluvit i mezi veřejností. Myslíme si, že jsme stále na začátku a ještě bude dlouho trvat, než se koncept bazální stimulace u dětí stane samozřejmostí v praxi.

Z rozhovorů s rodiči jsme si stanovili tyto hypotézy.

H1: Rodiče si myslí, že má bazální stimulace přínos v rozvoji dítěte.

H2: Rodiče vidí změny vnímání a chování dítěte po zařazení bazální stimulace do péče.

H3: Pro většinu rodičů jsou pomůcky určené k bazální stimulaci finančně náročné.

6. Závěr

Hlavní myšlenkou konceptu bazální stimulace je potřeba holisticky vnímat jedince. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u klientů, kteří jsou omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu individuální péče na základě biografické anamnézy klienta. Dalším podstatným faktorem pro tuto péči je integrace rodiny do péče.

Cílem této práce bylo zjistit z pohledu všeobecných a dětských sester přínos bazální stimulace do rozvoje dítěte, zjistit z pohledu rodiny přínos bazální stimulace do rozvoje dítěte. Cíle výzkumu byly splněny a na základě výsledků vyplynuly tyto hypotézy:

H1: Všeobecné a dětské sestry se myslí, že má bazální stimulace přínos v rozvoji dítěte.

H2: Všeobecné a dětské sestry vidí změny vnímání a chování dítěte po zařazení bazální stimulace do péče.

H3: Spolupráce rodičů s dětskými stacionáři je velmi malá.

H4: Rodiče si myslí, že má bazální stimulace přínos v rozvoji dítěte.

H5: Rodiče vidí změny vnímání a chování dítěte po zařazení bazální stimulace do péče.

H6: Pro většinu rodičů jsou pomůcky určené k bazální stimulaci finančně náročné.

Zkoumáno bylo osm všeobecných a dětských sester a čtyři rodiny. Zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného rozhovoru, který byl zpracován ve formě kasuistik a následné analýzy dat.

V práci bylo dokázáno, že bazální stimulace má skutečně veliký význam v rozvoji dítěte. Aby byl koncept účinný, je potřeba spolupráce celého týmu ošetrojícího

personálu, vyškolený personál, dostatek času, klidné prostředí a v neposlední řadě integrace rodiny do péče.

Bakalářská práce by mohla být využita ke zprostředkování zjištěných skutečností zdravotnickým pracovníkům na odděleních a v různých centrech a stacionářích, dále při prezentacích na odborných seminářích, může napomoci k lepšímu porozumění dané problematice.

Veškerý zdravotnický personál by se měl vyvarovat některých chyb. Pro děti je velmi stresující vliv negativních stimulů. Těmi mohou být nešetrná manipulace, hluk, náhlé „vytržení“ ze spánku, sahání na dítě studenýma rukama. Měli bychom se řídit heslem: „Chovat se ke klientům tak, jak bychom i my chtěli, aby se ostatní chovali k nám, kdybychom byli na jejich místě“. Přínosem je kurz bazální stimulace, kde si každý z nás na sobě vyzkouší, jak se asi klient cítí.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAZÁLNÍ STIMULACE. *Historie konceptu*. [online] [cit. 2008-09-13]
Dostupné z www.bazalni-stimulace.cz/historie.php
2. BAZÁLNÍ STIMULACE. *Karolína Friedlová*. [online] [cit. 2008-09-13]
Dostupné z www.bazalni-stimulace.cz/lektor.php
3. BAZÁLNÍ STIMULACE. *Současná situace*. [online] [cit. 2008-09-13]
Dostupné z www.bazalni-stimulace.cz/soucasnost.php
4. ČESKÁ ASOCIACE DĚTSKÝCH BOBATH TERAPEUTŮ. *Bobath v české republice*. [online] [cit. 2008-09-14] Dostupné z www.cadbt.cz/bobath_v_cr.htm
5. ČESKÁ ASOCIACE DĚTSKÝCH BOBATH TERAPEUTŮ. *Kompenzační pomůcky*. [online] [cit. 2008-09-14] Dostupné z www.cadbt.cz/kompenzacni_pomucky.htm
6. ČESKÁ ASOCIACE DĚTSKÝCH BOBATH TERAPEUTŮ. *Víc o bobath konceptu*. [online] [cit. 2008-09-14] Dostupné z www.cadbt.cz/vic_o_bobath.htm
7. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a II. díl. 3. vydání*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. 100s. ISBN 80-239-61-32-2
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. Ročenka

- intenzivní medicíny 2003. Praha: Galén, s.r.o. 2003, s. 313-316. ISBN 80-7262-227-7
9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra. Praha: 2003, 13, 1, s. 14-16. ISSN 1210-0404
 10. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
 11. FRIEDLOVÁ, K. *Bobathův koncept v ošetrovatelské praxi – část 2*. Sestra. Praha: Sanoma Magazines sro. 2003, 12, 7-8, s. 25-26. ISSN 1210-04-04
 12. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4
 13. KLIMČÍKOVÁ, M. *Aplikace konceptu bazální stimulace v práci sester*. Bakalářská práce obhájena na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v roce 2008.
 14. KLIMEŠOVÁ, P. *Bazální stimulace v ošetrovatelské praxi*. Bakalářská práce obhájena na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v roce 2008
 15. KOLEKTIV AUTORŮ *Cesta k humánnímu ošetrovatelství – sborník příspěvků. Historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2007. 88. s. ISBN 978-80-254-0757-8
 16. KOMFORT 3. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům*. [online] [cit. 2008-09-15] Dostupné z www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/časopis-komfort/Komfort-3-2006/27848/Bazální-stimulace-

prospiva-pacientum-i-zdravotnikum>.

17. LIŠKOVÁ, M. *Bazální stimulace v praxi*. Diplomová práce obhájena na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v roce 2007
18. MICHALÍK, J. *Kdo zaplatí jízdenku do pekla?* [online] [cit. 2009-02-10]
Dostupné z www.navratdozivota.cz/docs/tisk_001pdf
19. MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2005. 204. s. ISBN 80-247-11-90-7
20. NÁVRAT DO ŽIVOTA. *Léčba Filipa Němce*. [online] [cit. 2009-02-10]
Dostupné z www.navratdozivota.cz/index.php?page=akt_cil&spage=filip
21. ŠVÁBOVÁ, H. *Bazální stimulace jako nový prvek ošetrovatelské péče*.
Bakalářská práce obhájena na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v r. 2007
22. TOPOL, J. *Návrat do života*. [online] [cit. 2009-02-10] Dostupné z www.navratdozivota.cz/docs/tisk_002pdf>
23. TROJAN, S. et. al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 460 s.
ISBN 80-7169-036-8
24. TROJAN, S., LANGMEIER, M. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 1993. 771 s.
ISBN 80-247-0512-5
25. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Díl I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8
26. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3

27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
28. VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda Bazální stimulace*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001. 34 s.
29. WOLFOVÁ, V. *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí*. Sestra. Praha: 2006. 16, 6, s 26-27. ISSN 1210-04-04
30. WOLFOVÁ, V. *Ošetřuj nemocného duší!* Sestra. Praha: One Media, s.r.o. 2005, 15, 1, s. 17-18. ISSN 1210-0404

8. Klíčová slova

Sestra

Rodina

Dítě

Bazální stimulace

Koncept

Péče

Individuální přístup

Holismus

9. Seznam příloh

- Příloha 1: Desatero bazální stimulace
- Příloha 2: Poloha „hnízdo“
- Příloha 3: Poloha „mumie“
- Příloha 4: Poloha „mumie“ kombinovaná s „hnízdem“
- Příloha 5: Kontaktní dýchání
- Příloha 6: Okruhy otázek nestandardizovaného rozhovoru s všeobecnými a dětskými sestrami
- Příloha 7: Okruhy otázek nestandardizovaného rozhovoru s rodiči
- Příloha 8: Žádost o umožnění šetření v nemocnici Písek a.s.
- Příloha 9: Filip Němec

Příloha 1

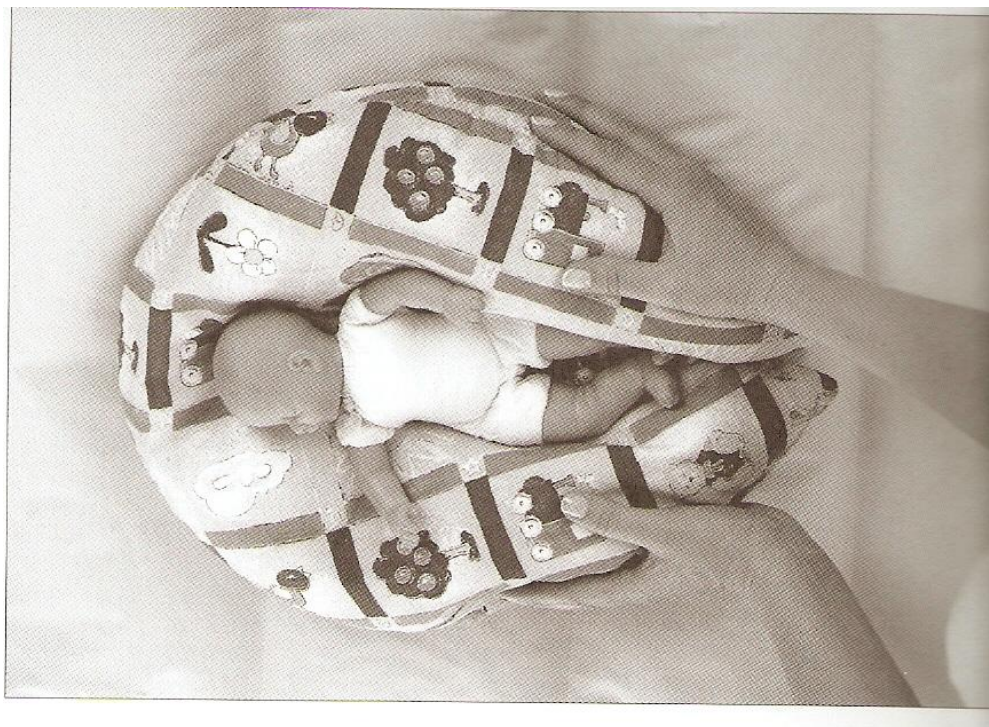
Desatero bazální stimulace

- pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace
1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
 2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
 3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
 4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
 5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
 6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
 7. Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.
 8. Nehovořte s více osobami najednou.
 9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
 10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.

(Zdroj: 9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4)

Příloha 2

Poloha „hnízdo“



(Zdroj: 9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4)

Příloha 3

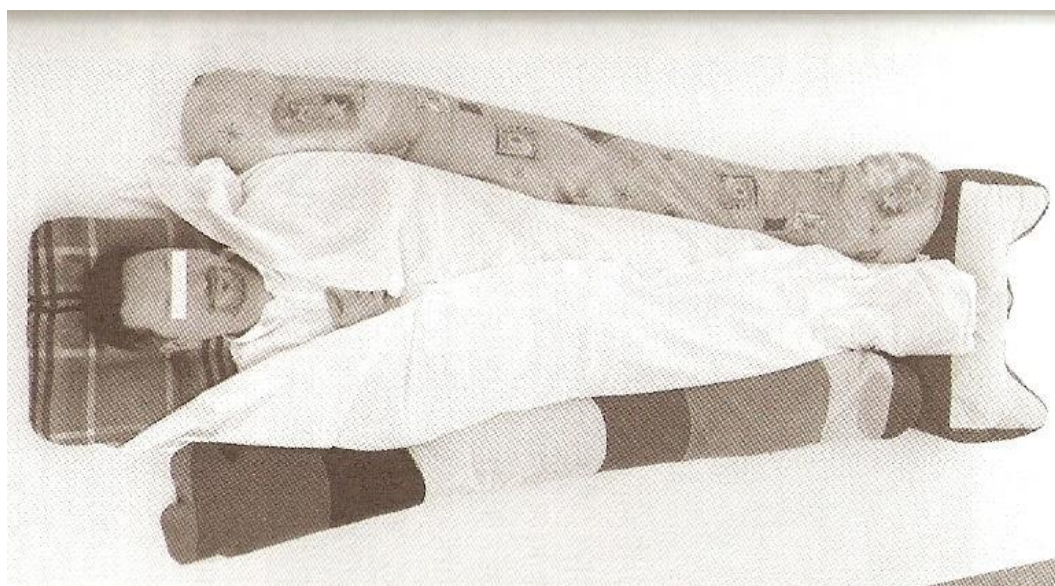
Poloha „mumie“



(Zdroj: Soukromá fotogalerie dětského stacionáře Světluška o.p.s.)

Příloha 4

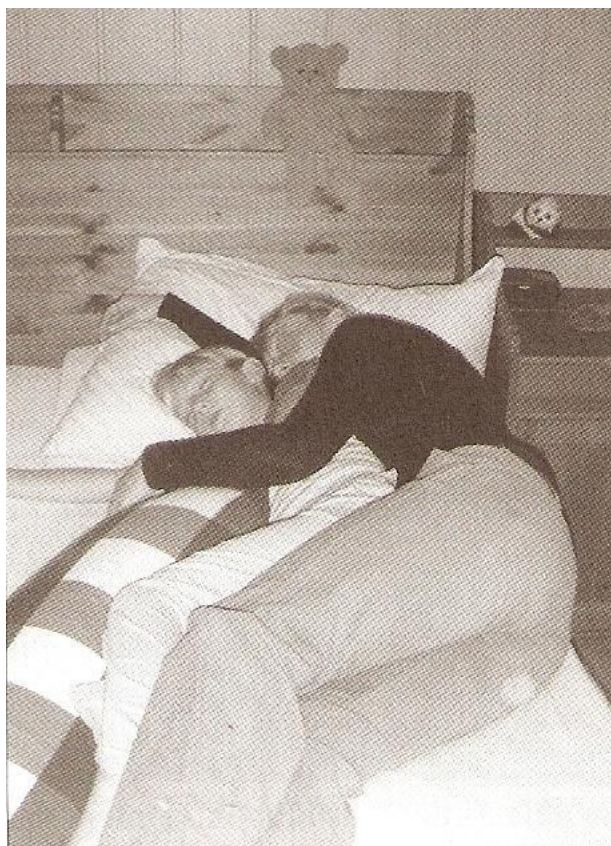
Poloha „mumie“ kombinovaná s „hnízdem“



(Zdroj: 9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4)

Příloha 5

Kontaktní dýchání



(Zdroj: 9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4)

Příloha 6

Okruhy otázek nestandardizovaného rozhovoru s všeobecnými a dětskými sestrami

Okruh 1: Demografické údaje

Okruh 2: Znalost konceptu bazální stimulace

Okruh 3: Aplikace konceptu bazální stimulace do praxe

Okruh 4: Integrace rodiny do péče

Okruh 5: Přínos konceptu bazální stimulace u dětí

Okruh 6: Kurz bazální stimulace

Okruh 7: Změny v chování a vnímání dítěte po zařazení konceptu bazální stimulace
do péče

Okruh 8: Předávání zkušeností s konceptem s dalšími odděleními a zařízeními

(Zdroj: vlastní)

Příloha 7

Okruhy nestandardizovaného rozhovoru s rodiči

Okruh 1: Demografické údaje

Okruh 2: Anamnestické údaje

Okruh 3: Znalost konceptu bazální stimulace

Okruh 4: Přínos konceptu bazální stimulace u dětí

Okruh 5: Kurz bazální stimulace

Okruh 6: Změny v chování a vnímání dítěte po zařazení konceptu bazální stimulace
do péče

Okruh 7: Finanční dostupnost pomůcek

Okruh 8: Vztah postiženého dítěte a sourozence

Okruh 9: Spolupráce s centry, dětskými stacionáři, předávání zkušeností

(Zdroj: vlastní)

Příloha 8

Žádost o umožnění šetření v nemocnici Písek a.s.

Věc: Žádost o provedení nestandardizovaného rozhovoru

Vážená hlavní sestro,

Jmenuje se Alena Tlamová a jsem studentkou závěrečného ročníku bakalářského studijního oboru všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Žádám Vás o umožnění nestandardizovaného rozhovoru u Vašich sester. Jedná se o rozhovor ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Bazální stimulace u dětí“. Rozhovor je zcela anonymní a výsledky tohoto výzkumu budou sloužit pouze k studijním účelům. Byla bych ráda, kdybych mohla rozhovor provést u sester dětského oddělení a to na stanicích: neonatologie, novorozenci a dětské oddělení.

Předem Vám děkuji za vstřícnost a za kladné vyřízení mé žádosti. Ráda Vám přenechám výsledky mé bakalářské práce k prostudování.

Alena Tlamová
Zahradní 408
Zlív
373 44
email: alenatlamsova@seznam.cz
telefon: 608218970

Luukla
NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Bc. Jani Šomřová

Příloha 9

Filip Němec



Srpen 2003 Dva měsíce po úrazu



Říjen 2003



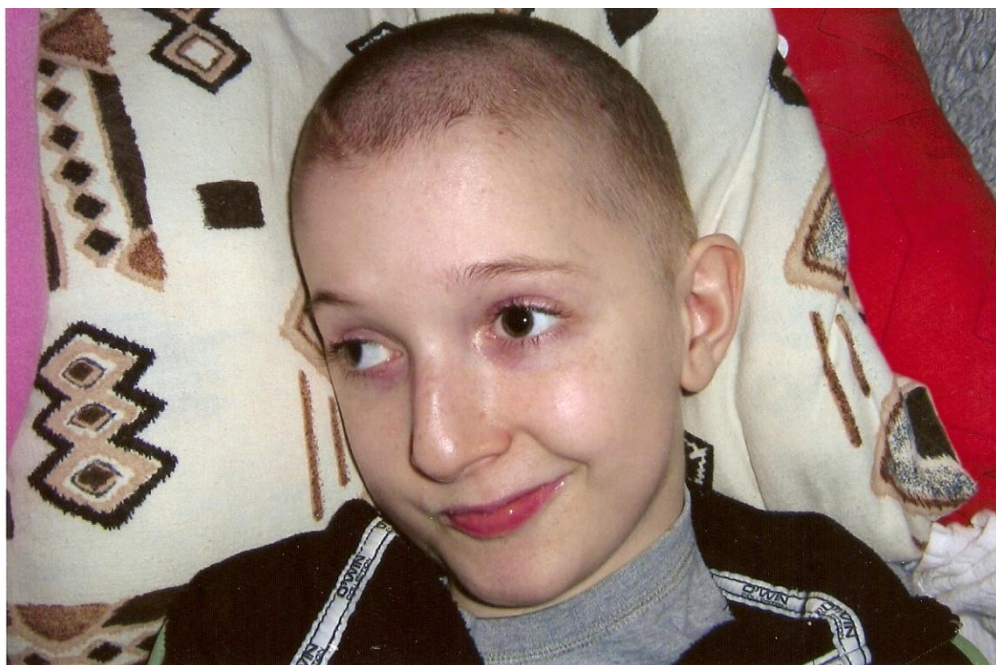
Prosinec 2003



Únor 2004



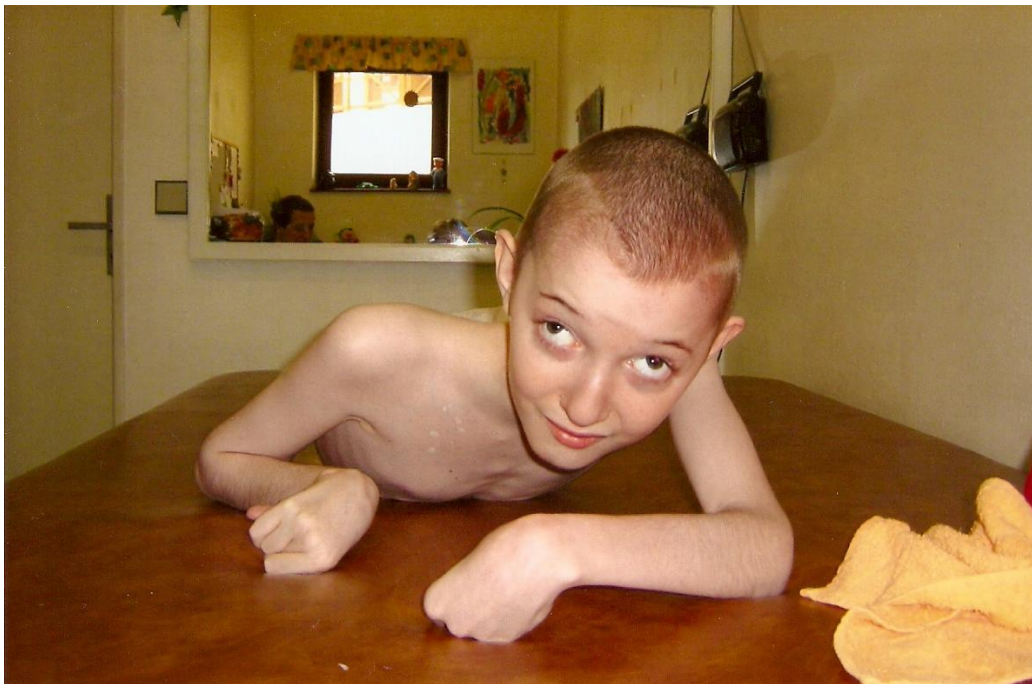
7. 4. 2005 Filip se poprvé sám otočil na břicho a snaží se zvednout



Únor 2007



Červenec 2007



Rok 2008. Dřina, která se vyplatila.

(Zdroj: Soukromá fotogalerie Martiny Němcové)