

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Bazální stimulace na pediatrických jednotkách intenzivní
péče**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Soukupová Alena

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – pediatrický modul

Vedoucí práce: Mgr. Fendrychová Jaroslava, Ph. D.

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2012

Abstrakt (česky)

V této diplomové práci se zabýváme bazální stimulací, a to konkrétně na pediatrických jednotkách intenzivní péče. Bazální stimulace je holistická metoda, která pacienta pojímá jako celek. Nahlíží na něj jako na individuální bytost s konkrétními potřebami, kterými se od ostatních liší.

Pomocí bazální stimulace umožňujeme lidem se zdravotním či duševním postižením snazší integraci do jejich života.

Při péči o pacienta v rámci bazální stimulace bereme ohled na jeho zvyky, způsob komunikace a také zkušenosti. Využíváme vše, co je jedinci příjemné a na co je zvyklý.

V rámci využití prvků bazální stimulace dochází ke stimulaci jedince, kterému tak usnadníme vnímat své tělesné hranice, okolí, usnadníme mu komunikaci s okolím a návratu k uvědomění si vlastního „já“, kdo vlastně jsem.

Cílem naší práce bylo zjistit, zda sestry, pracující na pediatrických jednotkách intenzivní péče, využívají při své profesi metody bazální stimulace a jaký k ní mají postoj. Dále jsme zjišťovali, zda rodiče hospitalizovaných dětí mají o bazální stimulaci informace a opět nás zajímal postoj, který rodiče k této metodě zaujímají.

K dosažení cílů jsme zvolili jak metodu kvantitativní, pomocí anonymního dotazníku, který jsme rozdali sestrám na pediatrických jednotkách intenzivní péče, tak i metodu kvalitativní, u níž jsme informace zjišťovali od rodičů hospitalizovaných dětí pomocí semi – strukturovaného rozhovoru.

Jako respondenty jsme zvolili již zmiňované sestry z pediatrických jednotek intenzivní péče a rodiče hospitalizovaných dětí.

Z výsledků jsme zjistili, že i přesto, že není bazální stimulace využívána všemi dotazovanými sestrami, je velmi rozšířenou metodou v péči o nemocné a přináší kvalitní výsledky v péči. Sestry zaujímají k této metodě ve většině případů velmi pozitivní přístup. Shledávají u pacienta zlepšení a zklidnění.

I přesto, že je bazální stimulace často využívanou metodou, někteří rodiče hospitalizovaných dětí o ní ještě neslyšeli. Rodiče se do péče o své děti zapojovali s radostí, a to i v rámci využití prvků bazální stimulace. Ochota sester učit rodiče těmto prvkům byla velmi častá.

Rodiče sledovali bazální stimulaci v péči velmi přínosnou a sledovali pozitivní působení na jejich děti.

Abstrakt (anglicky)

This diploma thesis deals with basic stimulation, specifically in intensive care units. Basic stimulation is a holistic method that approaches the patient as a whole. It views patients as individual beings with specific needs that make them different from others.

We use basic stimulation to enable people with physical or mental disabilities an easier integration in life.

When taking care of patients within the framework of basic stimulation, we take their habits, manners of communication as well as experience into consideration. We make use of everything that an individual perceives as pleasant and is used to.

When using the elements of basic stimulation we stimulate the individual whom we thus enable to perceive his or her bodily boundaries and surroundings, we facilitate his or her communication with the surrounding world and his or her return to becoming aware of his or her own "I" – of who I am actually.

The objective of our thesis was to find out whether nurses working at paediatric intensive care units apply methods of basic stimulation in their profession and what attitude they adopt to it. Further, we investigated whether the parents of hospitalised children have information about basic stimulation, and again, we were interested in the attitude parents adopt to this method.

To achieve our objectives, we chose both the quantitative method, by means of an anonymous questionnaire that we handed out to nurses at paediatric intensive care units, and the qualitative method, by which we obtained information from the parents of hospitalised children by means of a semi-structured interview.

Our respondents were the above nurses from paediatric intensive care units and the parents of hospitalised children.

We have found out from our results that despite the fact that basic stimulation is not applied by all nurses we interviewed, it is a widely used method in the care of patients and it brings quality results in care. The nurses adopt, in most cases, a very positive attitude to this method. They find improvement and calming in their patients.

Although basic stimulation is a frequently applied method, some parents of hospitalised children have not heard of it. The parents got involved in the care of their

children with pleasure, also when elements of basic stimulation was applied. The nurses were very often willing to teach the parents these elements.

The parents regarded basic stimulation in nursing as very beneficial and observed its positive effect on their children.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/ 1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Fendrychové Jaroslavě, Ph.D. za cenné rady a poznatky při vytváření diplomové práce a za její trpělivost, pomoc a oporu. Dále patří velké poděkování všem respondentům, kteří mi poskytli data k výzkumu a podíleli se tak na výsledcích výzkumného šetření.

Obsah

1.	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	Historický vývoj bazální stimulace.....	13
1.2	Současná situace konceptu bazální stimulace.....	13
1.3	Koncept bazální stimulace	14
1.3.1	Stimulace vnímání	15
1.3.2	Podpora hybnosti	16
1.3.3	Podpora komunikace.....	16
1.3.4	Iniciální dotek v ošetrovatelské péči.....	17
1.4	Prvky bazální stimulace	18
1.4.1	Somatická stimulace	18
1.4.1.1	Somatická stimulace zklidňující.....	20
1.4.1.2	Somatická stimulace povzbuzující	21
1.4.1.3	Neurofyziologická stimulace.....	21
1.4.1.4	Symetrická stimulace.....	22
1.4.1.5	Rozvíjející stimulace	22
1.4.1.6	Diametrální stimulace.....	22
1.4.1.7	Polohování v bazální stimulaci.....	23
	Poloha „hnízdo“	23
	Poloha „mumie“	23
1.4.1.8	Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání (MSD).....	23

1.4.2	Vestibulární stimulace	24
1.4.3	Vibrační stimulace	25
1.4.4	Optická stimulace	25
1.4.5	Auditivní stimulace.....	26
1.4.6	Orální stimulace.....	26
1.4.7	Olfaktorická stimulace.....	27
1.4.8	Taktilně – haptická stimulace	27
1.5	Jednotka intenzivní péče.....	28
1.6	Intenzivní péče u dětí.....	29
1.7	Bazální stimulace na pediatrické intenzivní jednotce.....	30
1.8	Zdravotní sestra a její postoj k bazální stimulaci.....	31
1.9	Stručná charakteristika onemocnění vyskytujících se ve výzkumné části práce	33
2	CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1	Cíle výzkumu.....	37
2.2	Hypotézy.....	37
2.3	Výzkumné otázky	37
3	METODIKA	38
3.1	Metodika	38
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
4	VÝSLEDKY	40
4.1	Vyhodnocení anonymních dotazníků	40
4.2	Vyhodnocení semi – strukturovaných rozhovorů.....	52
5	DISKUZE	68
6	ZÁVĚR	72

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73
8	KLÍČOVÁ SLOVA	79
9	PŘÍLOHY	80
	Příloha 1 – Dotazník	80
	Příloha 2 – Semi-strukturovaný rozhovor.....	83

Úvod

Bazální stimulace je koncept, který se orientuje na oblasti lidských potřeb. Hlavní myšlenkou je holistické vnímání jedince. Pomocí bazální stimulace můžeme jedincům poskytovat individuální péči.

Krátkodobé či dlouhodobé omezení komunikace, vnímání či pohybu, vede k deprivaci. Cílem bazální stimulace je podpořit rozvoj vlastní identity jedince, umožnit mu orientaci, jak na svém těle, tak i jeho okolí a podpořit komunikaci.

Díky bazální stimulaci vnímá jedinec hranice svého těla, podporuje psychomotorické funkce a rozvíjí komunikaci nejen verbální, ale i nonverbální.

V rámci ošetrovatelské péče dochází k neustálému přísunu podnětů. Pomocí prvků bazální stimulace usnadníme pacientovi lépe se orientovat v prostředí, navázat pozitivní vztah s ošetřující osobou, usnadnit vnímání okolí a hlavně vnímání vlastního já. Velkou pomoc poskytuje bazální stimulace pacientům s poruchou vědomí. Díky využití prvků této metody poskytujeme nemocnému informace nejen o okolním prostředí, ale hlavně informace o jeho samém. Umožňujeme mu vnímat své tělo, tělesné hranice, a to mu usnadňuje opětovný návrat vědomí a zlepšení zdravotního stavu.

V diplomové práci se zabýváme tím, zda sestry, pracující na pediatrických intenzivních jednotkách, při své profesy využívají prvků bazální stimulace a jaký postoj k této metodě zaujímají. Dle našeho názoru je využití prvků bazální stimulace nedílnou součástí kvalitní a profesionální ošetrovatelské péče. Jedinec je vnímán jako individuum a ošetrovatelská péče je sestavena dle jeho potřeb. Pacienti jsou často vystaveni velkému stresu, a právě bazální stimulace jim cestu k uzdravení může usnadnit.

Další část v diplomové práci jsme věnovali rodičům hospitalizovaných dětí. Zajímalo nás, zda rodiče mají o bazální stimulaci informace a jaký postoj k metodě zaujímají. Ptali jsme se i na to, zda je sestry některým prvkům naučili a zapojili je tak do péče o jejich děti. Rodiče by měli být součástí ošetrovatelské péče u svých dětí a mít možnost se zapojit. U dítěte dochází k pocitu jistoty a bezpečí z přítomnosti někoho blízkého. Kdo jiný by měl znát potřeby svého dítěte lépe než právě jeho rodič.

Cílem této diplomové práce bylo vyzdvihnout důležitost individuality každého jedince a jeho potřeb. Současně jsme chtěli poukázat na to, jak pozitivně může bazální stimulace v ošetrovatelské péči na pacienta působit.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historický vývoj bazální stimulace

Autor konceptu bazální stimulace, prof. Dr. Andreas Fröhlich, pedagog v rehabilitačním centru Westpfalz v Německu (od roku 1970), pracoval s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V rámci svého studia vypracoval koncept bazální stimulace, kdy vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatalní vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. V současnosti je profesorem na Katedře speciální pedagogiky na univerzitě v Landau. Neustále pracuje na rozvoji konceptu bazální stimulace a je autorem celé řady publikací (1,5,8,11,12).

Dr. Andreas Fröhlich se zabýval převážně podporou sensorické komunikace. U těžce nemocných dětí se změnami vědomí nemohl navázat verbální komunikaci, a tak navazoval komunikaci na bázi somatické, vestibulární a vibrační komunikace. Výsledky jeho snažení mu pomáhaly nejen v oblasti jeho práce, ale i mnoha odborníkům z oblasti medicíny. Tak se stal koncept bazální stimulace pedagogicko – ošetrovatelským konceptem a získal ochrannou známku pro vytvoření struktury vzdělávání lektorů, kteří tak mohli integrovat koncept do praxe (11,12).

V 80. letech 20. století přenesla prof. Christel Bienstein koncept bazální stimulace do ošetrovatelské péče. Úzce spolupracuje s prof. A. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, kteří mají silně omezenou či změněnou schopnost vnímání, komunikace a pohybu (1,11,12).

V dnešní době je forma konceptu bazální stimulace na takové úrovni, že je integrovatelná do každodenní ošetrovatelské péče a zohledňuje individualitu pacienta (11).

1.2 Současná situace konceptu bazální stimulace

V zemích Evropské unie patří bazální stimulace k nejpobulárnějším konceptům v ošetrovatelství. Neodmyslitelné místo zaujala nejen u lidí se změnami vnímání,

hybnosti a komunikace (domovy důchodců, pacienti v ústavní péči,...), ale i u nedonošených dětí (11,12,36).

70. a 80. léta patřila mezi dobu dokazování a přesvědčování. Nyní se již bazální stimulace zavádí do praxe a zdravotnický personál se učí s konceptem zacházet. Dochází tak k získávání nových znalostí a zkušeností (11,12).

V zahraničí je snaha o začlenění konceptu do jednotlivých oblastí ošetrovatelství (pediatrie, intenzivní péče, psychiatrie,...) (11).

Koncept bazální stimulace je v zahraničí integrován již v osnovách ve výuce ošetrovatelství. Některá zařízení mají lektory vlastní, kteří tak průběžně školí své zaměstnance (11).

Na území České republiky byl institut pro bazální stimulaci založen v roce 2005. Absolventi seminářů obdrží po vyškolení certifikát, který je platný v celé Evropské unii (12,13).

Dalšími osobami, které stáli u zrodu konceptu bazální stimulace, a kteří napomáhali k její integraci v praxi, je nepřehledné množství. Zmínit můžeme například Gabriele Bartoszek, Brigitte Döner, Peter Nydhal a další (11).

1.3 Koncept bazální stimulace

Koncept bazální stimulace přináší do ošetrovatelství zcela nový rozměr. Pomocí bazálně stimulující ošetrovatelskou péčí umožňujeme lidem s těžkým zdravotním nebo duševním postižením integraci do současného života, s využitím jejich dřívějších návyků a zkušeností (11,12).

Pokud mluvíme o technikách bazální stimulace, nejedná se jen o péči o nemocné. V konceptu jde o vysoce kvalifikovaný proces, díky němuž poskytujeme pacientovy vhodné stimuly, které zohledňují jeho biografickou anamnézu. Je potřeba pochopit potřeby pacienta a porozumět jeho stylu komunikace pro jeho snadnější orientaci, jistotu a dalšího rozvoje. Každý pacient je osobnost, a tak nezastupitelný význam v ošetrovatelské péči tvoří biografie postiženého jedince a spolupráce s jeho příbuznými (11,37,50).

Základem konceptu bazální stimulace je vnímat jedince holisticky, jako celek. Každý jedinec je individuální a vyžaduje individuální ošetrovatelskou péči. Při ošetrovatelské péči dochází k neustálému přísunu podnětů k jedinci. Cílem konceptu bazální stimulace je rozvoj vlastní identity jedince. Jedinec se orientuje na svém těle, uvědomuje si hranice svého těla. Veškerá péče by měla být poskytována s ohledem na pacientovy zvyky a potřeby. Pacienta vnímáme jako jedince s vlastní historií a s určitými schopnostmi, jako rovnocenného partnera (5,11,36,37).

Bazální stimulace podporuje lidské vnímání v nejzákladnější rovině. Každý člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů. Cílenou kontinuální stimulací smyslových orgánů lze znovu aktivovat mozkovou činnost (12).

Základními prvky bazální stimulace jsou pohyb, vnímání a komunikace. Všechny tyto prvky jsou vzájemně propojeny (8,12,41).

Cíle bazálně stimulující péče (Friedlová, 2005):

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit klientovi vnímat vlastní život.
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus klienta.
5. Umožnit klientovi poznat okolní svět.
6. Pomoci klientovi navázat vztah.
7. Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci klientovi uspořádat jeho život.
9. Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život.

1.3.1 Stimulace vnímání

Během vývoje lidského jedince dochází nejprve k vývoji somatického vnímání, neboli vnímání vlastního těla, poté vnímání chvění, vibrací a vestibulárního vnímání, které nás informuje o změně polohy a postavení v prostoru. Všechny tyto druhy vnímání vzbuzují u člověka pocit jistoty (3,12).

Již v prenatálním období se setkáváme se stimuly bazální stimulace. Dítě v děloze vnímá zvuky, cucá si palec a polyká plodovou vodu, to vše a mnoho jiného patří do bazální stimulace. Pokud není některý ze smyslů poškozen, je možné jimi poznat sama sebe a okolní svět (3,11,12).

Základní jednotkou vnímání je podnět, neboli stimul, který organismus upozorňuje na každou změnu z vnitřního či vnějšího prostředí. Pokud na organismus podnět působí, nazýváme ho drážděním či stimulací (12).

Cílem takové stimulace je podpora rozvoje vlastní identity, schopnost vnímání vlastního těla, umožnění vnímat okolní svět, navázat komunikaci se svým okolím, zvládat orientaci v prostoru a čase a zlepšit funkce organismu (12).

1.3.2 Podpora hybnosti

Pohyb provází každého člověka po celý život. Pohyb slouží nejen k zajištění chůze, ale i k udržení pozice těla, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování a k práci. Nedílnou součástí se podílí i na komunikaci a jinými psychickými projevy člověka. Komunikací nemyslíme jen komunikaci s okolím, ale také vnímání vlastního těla a okolí (12).

1.3.3 Podpora komunikace

Komunikace umožňuje člověku spojení s okolním světem. Komunikace je vědomá činnost a slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Pomocí komunikace můžeme získat nové vědomosti a znalosti, které předáváme dál (12).

V ošetrovatelské péči slouží sestře komunikace jako součást profesionálního vybavení. Pomocí komunikace může sestra s pacientem navázat a rozvíjet kontakt (12).

Komunikaci můžeme rozdělit na verbální, pomocí slov a na nonverbální, neboli mimoslovní komunikaci. Nonverbální komunikací můžeme vyjádřit emoce, bolest, smutek, zlobu, spokojení, štěstí či překvapení (12).

Pokud jsou vědomí či možnost vyjadřovat se omezené, komunikace je velmi náročná. V takové situaci je potřeba vnímat reakce takto postiženého pacienta, neboť

mohou být zcela nepatrné. Ať už jsou to znaky pozitivní (úsměv, vzdychání, otevírání očí a úst,...) nebo negativní (blednutí, křik, zavírání očí,...), neměli bychom žádnou reakci přehlédnout. Jen tak poznáme, co je pacientovi příjemné, a nebo naopak není. Takovouto komunikací navazujeme vzájemný vztah s pacientem a zjišťujeme jeho zvyky a potřeby (12).

V konceptu bazální stimulace při nonverbální komunikaci je proto důležité, aby byl ošetrovatelský personál opatrný a dával si pozor i na kvalitu doteků. V jiném případě může dojít u pacientů k pocitu ohrožení, kdy se necítí bezpečně. I pomocí doteků lze navázat a utvářet vztah (11,12).

Dotek je jedním ze základních prvků komunikace. Pomocí doteku dostáváme impulzy ze zevního prostředí, ale také můžeme pomocí doteku komunikovat s okolím. Doteky mohou být různé intenzity a podle umístění mají různé role a význam (11,12,28).

Doteky by měly být zřetelné a cíleně promyšlené. Měly by navodit pocit jistoty (11,27,48).

1.3.4 Iniciální dotek v ošetrovatelské péči

Dotek, jak už jsme se zmiňovali, patří mezi základní prvky komunikace. Nečekané a necílené doteky mohou u pacientů vyvolat pocit nejistoty a ohrožení (12,48).

Abychom předešli nečekaným a lekavým situacím u pacienta, měli bychom mu dát najevo, kdy u něho naše přítomnost nebo činnost začíná a kdy končí. Tuto informaci poskytujeme právě pomocí iniciálního doteku (7,8,12).

Hlavními a vhodnými místy pro iniciální dotek je rameno, paže nebo ruka. Na základě pacientovi anamnézy nebo získáním informací od jeho příbuzných zvolíme vhodné místo pro dotek, který by měl být zřetelný a pevný. Vždy by měl být iniciální dotek podpořen verbální komunikací. Je nutné, aby veškerý personál, který je v kontaktu s pacientem, používal při své práci iniciální dotek. Pacient je na něj zvyklý, a pokud by někdo u něho zahájil činnost bez upozornění dotekem, opět by mohl podlehnout panice a strachu (7,11,12).

Při iniciálním doteku je opět potřeba vnímat pacientovu reakci. Zda je mu zvolené místo pro dotek příjemné, tlak je přiměřený, dotek jasný a zřetelný (11).

1.4 Prvky bazální stimulace

Již v prenatálním vývoji dochází k rozvoji vnímání. Nejprve se rozvíjí somatické vnímání, které je zprostředkováno kůží, poté dochází k rozvoji vestibulárního vnímání, pomocí něhož si uvědomujeme pohyb a polohu a nakonec se rozvíjí vibrační vnímání, které napomáhá k vnímání chvění, hlasů, tónů a zvuků. Během dalšího vývoje v prenatálním období se vyvíjí vnímání taktilně – haptické a orální, které úzce souvisí s vnímáním somatickým (11,12).

1.4.1 Somatická stimulace

Somatické vnímání poskytuje vjemy prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Umožňuje vnímat pacientovi vjemy na těle a stimulovat vnímání tělesného schématu a okolního světa. Vnímání vlastního těla je předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat (12,28).

Díky schopnosti uvědomit si sama sebe a uložení si tohoto vjemu do paměti se u člověka vyvíjí jeho identita, uvědomění si vlastního já. K vývoji vnímání vlastního schématu dochází už v embryonálním stádiu (12,35).

Somatická stimulace umožňuje pacientovi vnímání tělesného obrazu, kdy si pacient uvědomuje, jak daleko jsou vzdáleny jednotlivé části těla, jakou polohu zaujímá jeho tělo a jak působí pohyb těla na okolní svět (12).

Uvědomění si tělesného obrazu je podrobena neustálým změnám a přizpůsobování se. Pro udržení tělesného kontaktu s okolním světem je nutná neustálá výměna informací, která nám umožňuje vytvořit si vztah s okolním světem a tím vnímat sama sebe (12).

Jak už jsme se zmiňovali, somatické vnímání je zprostředkováno největším percepčním a hraničním orgánem, a tím je kůže. Pokud dojde k nečinnosti, například

z důvodu poranění, onemocnění či jiného postižení, dochází ke změně vnímání tělesného schématu (12).

Somatická stimulace je konceptem bazální stimulace, kdy se jedná o stimulace těla, jeho hranic. Cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Typ somatické stimulace volíme dle stavu a potřeb pacienta, nesmíme opomenout ani jeho schopnost vnímání a komunikace. Při somatické stimulaci můžeme využít i somatickou anamnézu, kterou získáme nejlépe od blízkých osob pacienta (12,35).

Hlavním prvkem při somatické stimulaci je dotek. Dotek patří k základní lidské schopnosti. Pomocí doteků získáváme velké množství impulzů ze zevního prostředí, ale prostřednictvím doteků můžeme i komunikovat s okolním světem (12,42).

Kvalitním dotekem poskytuje ošetřující personál kvalitní somatickou stimulaci. Doteky by měly být zřetelné a promyšlené, aby nedocházelo k pocitu nejistoty a strachu u pacienta (12).

Důležitou roli má kvalita, lokalita a intenzita doteků. Předpokladem pro kvalitní dotek je klid, vhodně vyvinutá síla a tlak, rytmus a opakování doteku a kontinuita. Koncept bazální stimulace klade na kvalitní dotek velký důraz (12).

Při nečekaném a nekvalitním doteku u pacienta můžeme vyvolat neklid a nejistotu. Proto je důležité dát pacientovi najevo, kdy u něho začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost, a to právě již mnohokrát zmiňovaným kvalitním dotekem neboli iniciálním dotekem (12).

Nejvhodnějším místem pro pevný, zřetelný dotek, který pacienta informuje o počátku a ukončení naší přítomnosti a činnosti, je rameno, paže či ruka. Stisk by měl být přiměřeného tlaku, bez násilného tlačení, za doprovodu verbální komunikace (12).

Při somatické stimulaci máme mnoho možností, které při ošetřovatelské péči můžeme poskytnout. Patří sem (12):

1. Somatická stimulace zklidňující
2. Somatická stimulace povzbuzující
3. Neurofyziologická stimulace
4. Symetrická stimulace
5. Rozvíjející somatická stimulace

6. Diametrální stimulace
7. Polohování „hnízdo“
8. Polohování „mumie“
9. Kontaktní dýchání
10. Masáž stimulující dýchání

1.4.1.1 Somatická stimulace zklidňující

Zklidňující stimulaci můžeme aplikovat kdykoli během dne, za použití různých prostředků a různými členy ošetrovatelského týmu. Nejčastěji zapojujeme tuto stimulaci během toalety. Použít můžeme nejen vodu o teplotě 37 – 40 stupňů Celsia, ale ke zklidňující stimulaci můžeme použít jen suché žínky, ruce nebo froté ponožky (12).

Cílem zklidňující somatické stimulace je navození tělesného uvolnění, redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace, navázání komunikace či stimulace vnímání (12).

Při somatické zklidňující stimulaci provádíme pohyby v jednom směru, a to po směru růstu chlupů (12,41).

Zklidňující stimulaci začínáme na obličeji. Pokud to ovšem pacientovi nevyhovuje, řadíme obličej až na závěr nebo obličej vynecháme úplně. Postupně pokračujeme na hrudník, horní končetiny, dolní končetiny a záda. Vždy pacienta stimulujeme oběma rukama symetricky (12).

Během stimulace sledujeme reakce pacienta a podle nich reagujeme. Reakce, které se mohou při stimulaci objevit, jsou změny tepové frekvence, zvýšená sekrece potu nebo změny krevního tlaku (12).

Při stimulaci s pacientem verbálně komunikujeme a informujeme pacienta, kterou část těla právě stimulujeme (12).

Při zklidňující somatické stimulaci umožňujeme pacientovi i stimulace jiné, o kterých se zmíníme v následujících kapitolách. Mezi takové stimulace řadíme optickou, auditivní, olfaktorickou a taktilně – baltickou (12).

Po aplikaci zklidňující stimulace pacienta přikryjeme a umožníme mu odpočinek (12).

U každé stimulace by měly být dodrženy určité zásady. Vždy bychom měli při stimulaci využít obě ruce a udržovat s pacientem stálý kontakt. Obličej a genitál do stimulace zapojovat nemusíme, hygienu těchto partií můžeme zajistit jindy během dne, mimo stimulaci (12).

Během stimulace by neměl být ošetřující personál ani pacient rušeni, a vůbec by se nemělo při stimulaci odcházet (12).

Stimulaci by měl poskytovat jeden člověk, maximálně dva. Komunikace by měla být směřovaná jen k pacientovi (12).

Pokud se během stimulace u pacienta objeví negativní reakce, stimulace by měla být přerušena a měla by být nabídnuta jiná ošetrovatelská péče (12).

1.4.1.2 Somatická stimulace povzbuzující

Stimulace povzbuzující se od zklidňující moc neliší. Poskytuje se za stejných podmínek kdykoli během dne, za použití různých prostředků a různými členy zdravotnického týmu. I přesto jsou u stimulace povzbuzující určité rozdíly. Pokud při povzbuzující stimulaci využíváme vodu, její teplota by neměla být vyšší než 23 – 28 stupňů Celsia. Povzbuzující stimulaci zahajujeme vždy iniciálním dotekem. Pohyb, který při stimulaci vykonáváme, by měl směřovat proti růstu chlupů (12).

Cílem povzbuzující somatické stimulace je zvýšení pozornosti a vědomí pacienta, podpoření pacientovi aktivity, zvýšení srdeční frekvence či krevního tlaku (12).

1.4.1.3 Neurofyziologická stimulace

Cílem neurofyziologické stimulace je umožnit pacientům s poruchami hybnosti jedné poloviny těla či jiných částí, naučit se vnímat tuto postiženou stranu. Pacient by měl po celou dobu stimulace opticky kontrolovat a sledovat stimulaci na svém těle. Pohyb stimulující pacienta by měl být opakován, aby si pacient snadněji uchoval v paměti postiženou stranu a naučil se znovu tuto stranu vnímat (12).

Při stimulaci začínáme nejprve na zdravé polovině těla a až poté stimulujeme stranu postiženou. Vodu, kterou při neurofyziologické stimulaci používáme, by měla být o

teplotě 30 stupňů Celsia. Doporučuje se používat pacientovi osobní toaletní potřeby, pro usnadnění stimulace (12).

1.4.1.4 Symetrická stimulace

Symetrická stimulace slouží k obnovení vnímání tělesného schématu u pacientů s poruchou rovnováhy, kdy základem stimulace je fixace tělesné symetrie. Ošetřovatelský personál by měl při stimulaci pracovat synchronně na obou polovinách těla (12).

1.4.1.5 Rozvíjející stimulace

Cílem rozvíjející stimulace je stimulace u pacientů, jejichž tělesné schéma není stabilizováno a je potřeba ho ještě rozvíjet. Dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Nejčastěji se rozvíjející stimulace aplikuje u předčasně narozených novorozenců, u pacientů ve vigilním kómatu, nebo u pacientů, kteří jsou dlouhodobě imobilní a jejichž tělesné schéma je narušeno (12).

1.4.1.6 Diametrální stimulace

Diametrální stimulaci můžeme využít u pacientů se zvýšeným svalovým napětím. Pokud se kloub nachází ve stejné pozici nebo dochází jen k minimálním pohybům, objeví se kontraktury. Cílem diametrální stimulace je těmto kontrakturám zamezit či zlepšit rozsah postiženého kloubu (12).

K diametrální stimulaci používáme vodu o teplotě 38 – 40 stupňů Celsia. Pacient by měl být během stimulace v příjemné poloze. Ruce ošetřujícího personálu nebo pomůcky, které ošetřující tým používá, by měly být teplé. Pohyby, které jsou při stimulaci prováděny, by měly být opakovány (12).

1.4.1.7 Polohování v bazální stimulaci

Již po 30 minutách, kdy pacient zaujímá stejnou polohu, dochází ke změně vnímání vlastního těla. Vytrácí se pocit vnímání vlastních hranic (12).

Při polohování získává pacient informace o svém těle a tělesném schématu. Navíc mu tím umožňujeme stimulaci somatickou, vestibulární a také zrakovou (12).

I minimální změna polohy může stimulovat pacientovo vnímání. Propletení prstů rukou, pokrčení končetin, změny polohy pomocí ručníků či malých polštářků, už jen takovéto malé změny polohy dávají pacientovi informace o jeho těle (12).

Poloha „hnízdo“

Jak už jsme se zmiňovali, tak i tato pozice umožňuje pacientovi vnímat tělesné schéma. V této poloze nachází pacient pocit jistoty a zlepší vnímání hranic svého těla (12,41).

Při polohování do pozice hnízda je potřeba tělo obložit srolovanými dekami, perličkovými polštářky nebo vaky (12).

Při kvalitním zajištění polohy navodíme u pacienta pocit klidu, uvolnění, poskytneme mu orientaci na svém těle a informace o tělesném obrazu (12).

Poloha „mumie“

Tuto pozici využíváme u pacientů neklidných, nebo u dětí, které se narodily drogově závislým matkám či matkám závislých na alkoholu. Naopak se poloha mumie nedoporučuje u klaustrofobie (12).

Při poloze mumie využíváme prostěradla či deku, do které pacienta zabalíme. Postupujeme od nohou až po horní část těla (12,41).

1.4.1.8 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání (MSD)

Potřeba dýchání je základní lidská potřeba, bez které by člověk nemohl přežít (12).

Stimulující masáž se provádí v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Cílem masáže je ustálit pacientovo dýchání s pohyby ošetřujícího. Pomocí masáže dochází

k uvolnění, navození pocitu jistoty a blízkosti. Masáž umožňuje pacientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání (12).

Stimulující masáž aplikujeme u povrchního dýchání, při poruchách spánku, při bolesti, u nepravidelného dýchání, k vyrovnání frekvence dechů nebo u pacientů při odvykání po umělé plicní ventilaci (12).

Při provádění masáže můžeme přidat i vibrace, které usnadňují vykašlávání. Nejčastěji provádíme masáž v poloze vsedě, vleže na boku či na břiše. Doba trvání masáže by měla být 3 – 5 minut a po celou dobu masáže by neměly obě ruce opustit pacientovo tělo (12).

1.4.2 Vestibulární stimulace

U zdravého člověka je rovnovážné ústrojí v neustálé stimulaci. Pohyb patří ke každodenním činnostem a vykonáváme ho během celého dne (12).

Vestibulární ústrojí zodpovídá za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Pomocí vestibulárního vnímání dochází k zaznamenávání lineárních, rotačních a statických pohybů hlavy (12).

Pokud je pacient upoután na lůžku a ke změně polohy dochází jen zřídka, může docházet k problémům, jako je kolaps, nauzea, může dojít k poruchám orientace, bolestem hlavy nebo zvýšenému svalovému napětí (12).

V konceptu bazální vestibulární stimulace, kdy pomocí i drobným změn polohy či pohybů, napomáhá tato stimulace ke snížení napětí, redukci závratě, zprostředkování informací o postavení v prostoru či přípravě organismu na mobilizaci (12,35).

Vestibulární stimulaci je možné provádět jak u pacientů ležících, tak i vsedě nebo pomocí změny pozice celé postele. Pacienta stimulujeme pomocí drobných pohybů hlavy, kdy hlavu otáčíme do stran nebo mírně s hlavou pohupujeme. To samé můžeme provádět i na straně chodidel, kdy uchopíme pacienta za kotníky a drobnými pohyby uvedeme pacienta do pohybu. Tak připravujeme pacienta na změnu polohy (12).

1.4.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulací je možné stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a také receptory hluboké citlivosti, které se nacházejí ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů (12).

Vibrace umožňují pacientovi zprostředkovat intenzivní vjemy z jeho těla. Vibrační stimulaci je možné využít u pacientů ve vigilním kómatu, u mentálně retardovaných jedinců nebo jen u pacientů jako přípravu k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci (12,19).

Při vibrační stimulaci můžeme využít i různých pomůcek. Nejčastěji se používají baterkové vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, lehátka či sedátka. Samozřejmě je možné využít i vlastní ruce (12).

Vibrační pomůcky přikládáme do okolí kloubů, nebo je vkládáme do dlaně pacienta. Efektivní vibrační stimulace je možné aplikovat i celotělově, kdy vibrační pomůcky pokládáme na matraci, a tím dochází k vibraci celého těla. Pokud používáme při stimulaci vlastní rukou, pokládáme na pacienta ruce teplé. Působíme přiměřeným tlakem a vibrujeme velmi jemnými pohyby rukou (12).

K vibrační stimulaci můžeme využít i některé hudební nástroje, které vydávají nejen zvuk, ale i jemné vibrace (12).

1.4.4 Optická stimulace

Při poznávání okolního světa a navázání komunikace je zrakový vjem se sluchovým aparátem nejčastěji využívaným smyslem. Zrakový vjem umožňuje poznávat okolní svět, orientovat se v něm, uspořádat si prostředí, poznávat lidi a předměty, posílit pocit jistoty a umožňuje také schopnost učit se (12,19).

Nemocniční prostředí ovšem často působí destimulačně. Zařízení je vizuálně prosté, o to víc, je - li pacient upoután na lůžko (12).

Pokud je zrakové pole směřováno a stimulováno pouze jedním směrem, může tato situace vyvolat u pacienta úzkost, strach nebo i agresivní chování (12).

Často i malá změna polohy hlavy, a tak změny zorného pole, umožní pacientovi posílit pocit jistoty (12).

1.4.5 Auditivní stimulace

Jak už jsme se zmiňovali v předchozí kapitole, sluchový aparát patří k nejčastěji využívaným smyslům. Pomocí sluchového orgánu dochází k navazování a udržování vztahů, má velký význam v komunikaci a pro rozvoj myšlení. Pomocí sluchu se vyvíjí i lidská řeč (12).

Význam auditivní stimulace, kterou v konceptu bazální stimulace můžeme aplikovat, je navázání kontaktu s pacientem, zprostředkování informací o osobě a těle, vybudování pocitu jistoty u pacienta. Dále můžeme stimulovat vzpomínky pacienta, pacientovu orientaci, a také je možné naučit pacienta novým slovům či dokonce řeči (12).

I v auditivní stimulaci využíváme různých prostředků. Mimo vlastní řeči či hlasu, používáme hudební nástroje nebo zvuky reprodukované. Při stimulaci řeči využíváme vyprávění, předčítání, zpěvu nebo řeči z nahraného záznamu, například pacientovo blízké osoby (12).

Vždy je potřeba zohlednit biografickou anamnézu pacienta. Důležité je i informace, zda pacient nevyužívá některé kompenzační pomůcky, v tomto případě sluchadla (12).

1.4.6 Orální stimulace

Oblast úst je často považována za velmi intimní osobní zónu. Pomocí úst získává člověk již v raném období zkušenosti. Další funkcí, která ústa plní, je spousta. Nepatří sem jen příjem potravy, ale také komunikace, vnímání chutí, vůní, k vyjádření emocí, k dýchání, k prožitkům a někdy i jako pracovní nástroj (12).

Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi vjemy a stimulovat vnímání. Je možné provádět orální stimulaci samostatně nebo jako přípravu na podání stravy. I v péči o dutinu ústní můžeme použít orální stimulaci (12).

Pomocí orální stimulace navážeme s pacientem kontakt, můžeme aktivizovat jeho paměťové stopy, snižujeme svalový tonus v oblasti úst, podporujeme slinotok a nebo provádíme očistu dutiny ústní (12).

Proto, aby pacient otevřel při orální stimulaci ústa, je potřeba informovat pacienta o zahájení stimulace. V tomto případě možné využít iniciální dotek. Pomoci nám může i čichová stimulace, stimulace rtů, manuální stimulace slinných žláz, vestibulární či somatická stimulace (12).

I při orální stimulaci se ohlížíme na biografickou anamnézu pacienta, kdy chuťové médium volíme podle toho, co pacient rád jí či pije (12).

Během stimulace by neměl být kontakt s pacientem přerušován. Orální stimulace by měla poskytnout pacientovi příjemný zážitek (12).

1.4.7 Olfaktorická stimulace

Vůně či pachy mohou u člověka vyvolat různé vzpomínky. Některé vůně mohou asociovat různá roční období, situace nebo lidi, a to jak v pozitivním, tak i negativním smyslu (12,19).

K zahájení olfaktorické stimulace je zásadní zjistit, které pachy a vůně jsou pacientovi příjemné, aby nedošlo k negativní stimulaci. Vhodně je používat vůně pacientovi blízké, a to pomocí jeho osobních toaletních potřeb, parfémů, deodorantů nebo jídla (12).

Cílem olfaktorické stimulace je opět aktivace paměťových buněk, pocit jistoty či navázání kontaktu (12).

1.4.8 Taktilně – haptická stimulace

Hmatová tělíška nám umožňují vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrace (12).

U neklidných pacientů je často jejich aktivita vyvolaná nedostatkem či potřebou taktilně – haptické stimulace. Takto neklidní pacienti často tahají či ohmatávají močové katétr, rozepínají si košile, plenkové kalhotky, nebo jen žmoulají kapesník. Mají jen potřebu identifikovat neznámou věc či předmět, který v nich vyvolává pocit nejistoty a strachu (12).

Těmto pacientům je potřeba poskytnout smysluplnou stimulaci, kterou můžeme zprostředkovat právě pomocí taktilně – haptické stimulace. Takovou stimulaci poskytuje pomocí předmětů, které jsou pacientovi známé z osobního nebo pracovního života. Využíváme při ní oblíbených předmětů, hraček, ručníků, předmětů denního života, jakou jsou klíče či mobilní telefon (12).

Taktilně – haptická stimulace tak velmi výrazně stimuluje paměťovou stopu (12).

1.5 Jednotka intenzivní péče

Na oddělení intenzivní péče jsou přijímáni pacienti s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jedné nebo i více životních funkcí. Zdravotnický personál poskytuje ošetrovatelskou péči nepřetržitě v kteroukoli denní i noční hodinu (17).

Jednotka intenzivní péče je specializační jednotka, která je nepostradatelnou součástí nemocnice. Pacienti na jednotce intenzivní péči jsou nepřetržitě sledováni a monitorováni. Léčba, která je jim poskytována, není běžně dostupná na standardních odděleních. Součástí jednotky je přístrojová technika, která zajišťuje monitorování, léčbu, péči či život pacienta. Všechny údaje o pacientovi, přístrojích, vykonávaných činnostech a péči jsou zaznamenávány do dokumentace. Samozřejmě nesmí chybět ani informovaný souhlas s hospitalizací (17,51).

Při příjmu pacienta je nutné, dle stavu pacienta, zajistit dýchací cesty, invazivní a neinvazivní vstupy, odběr biologického materiálu a natočení EKG. Je nutné zajistit i potřebné vyšetřovací metody. Během celého příjmu je pacient neustále monitorován (17).

Rozsah poskytované péče na jednotce intenzivní péče je závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Zdravotní stav pacienta se neustále mění, a i tak se mění potřeby pacienta. Cílem ošetrovatelské péče je podporovat pacientovu soběstačnost a plná saturace jeho potřeb (17).

Mezi základní potřeby každého člověka patří dýchání. Dýchání je předpokladem lidské existence. Další nutností v lidském životě je výživa, jejímž úkolem je udržení homeostázy v organismu a udržení života. Nesmíme opomenout ani potřebu vyprazdňování, díky které odchází z těla odpadní látky (17).

Potřeba soběstačnosti představuje míru samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit, které se týkají hygieny, oblékání, výživy, vyprazdňování a podobně. Na jednotce intenzivní péče hodnotíme pacientovu soběstačnost pomocí Bartelova testu (17).

Pokud se člověk dostane do role pacienta, často ztrácí prestiž, životní rytmus, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost různých aktivit, blízkost rodinných příslušníků či partnerů. Tehdy mluvíme o potřebě psychické vyrovnanosti. Mimo nedostatku této potřeby se nachází pacient v neznámém prostředí, neznámém kolektivu, který se stará o jeho nejintimnější záležitosti. Na všechny tyto změny reaguje pacient nejistotou, strachem, úzkostí, zmateností, depresí a poruchami chování (17,39).

K tomu, aby nedocházelo k pacientově nejistotě, je potřeba neustále s nemocným komunikovat, informovat o všech výkonech, které jsou u něho prováděny, odstranit či zmírnit bolest, zajistit dostatek spánku a udržet jeho soběstačnost s ohledem na diagnózu a zdravotní stav (17).

K vytvoření pocitu jistoty a bezpečí u pacienta, které patří také k základním lidským potřebám, je nutné neustále naslouchat, být trpělivý, projevit empatii, projevit zájem o jeho problémy a psychicky pacienta podporovat (17).

1.6 Intenzivní péče u dětí

Úkolem intenzivní péče na pediatrickém oddělení je sledování, monitorování, léčba a ošetřování dětských pacientů v ohrožení života. Mimo jiné je velice důležité posilovat jejich pocit jistoty a bezpečí. Děti jsou velmi zranitelné a potřeba bezpečí je pro ně často důležitější než potřeby jiné. Neznámé sterilní prostředí, plné přístrojů a nepříjemných zvuků v nich vyvolává pocit strachu a úzkosti. Nepřítomnost blízkých osob je pro dítě také velmi stresující. Umožnění neustálé přítomnosti rodičů či jiných blízkých osob napomáhá dítěti ve zlepšení jeho psychického a zdravotního stavu (4,9,10,25).

Důležité, a to nejen v intenzivní péči, je uvědomit si, že dítě není zmenšenina dospělého člověka. Odlišnosti jsou jak v anatomii, fyziologii a projevech onemocnění, ale i v potřebách, které jsou pro dítě důležité (25).

Během dětského věku dochází neustále ke změnám. Změny se týkají tepové frekvence, která je v určitém dětském období rozdílná (25).

Další rozdílnost mezi dítětem a dospělým jedincem jsou tělesné proporce. Plocha těla je menší, tělesná výška a váha také. S tím souvisí i objem krve v těle a potřeba tekutin (25).

Odlišnosti nacházíme i u tělesné teploty a možnosti měření (25).

Stejně tak jako dospělý člověk, tak i dítě pociťuje bolest. V dnešní době existuje velké množství škál bolestí, které nám pomáhají intenzitu bolesti upřesnit (25).

K tomu, aby docházelo ke zlepšení zdravotního stavu dítěte, je potřeba získat si u dítěte důvěru a veškerou péči u něho provádět trpělivě a za neustálé komunikace. Jedině tak dosáhneme lepšího výsledku a spolupráce (25).

1.7 Bazální stimulace na pediatrické intenzivní jednotce

Jak už bylo zmiňováno, každý pacient je jedinečná osobnost, ať už je ošetřen ambulantně nebo hospitalizován v nemocnici. Jinak tomu není ani u dětí. I dětský pacient má své návyky, prožitky, pocity a způsob komunikace. Důležité je proto ke každému dětskému pacientovi přistupovat individuálně. O to intenzivněji na jednotce intenzivní péče (28,30).

Úkolem ošetřujícího personálu je pochopit potřeby dětského pacienta, jeho styl komunikace, poskytnout mu prostor, jistotu a další rozvoj. I zde přichází na řadu koncept bazální stimulace, který umožňuje takovou cestu usnadnit. Pomocí ošetřovatelské péče v rámci bazální stimulace zaměřené na dřívější návyky a budoucí potřeby dítěte umožní personál integraci pacienta do současného života (28).

Dětský pacient, hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče, se často nachází v těžké životní situaci, kdy na něj každý stimul, který je mu nějak známý, působí pozitivně a dochází ke zlepšení jeho zdravotního stavu. O to víc, když je odebrána anamnéza od rodiny a do péče jsou příbuzní zapojeni (28,30,42).

Na jednotce intenzivní péče jsou děti nepřetržitě monitorovány a ruce ošetřujících jsou s dětským pacientem v neustálém kontaktu. Dotek je v takové životně těžké situaci velmi důležitý. Měl by být správně vedený a příjemný pro nemocné dítě (28).

Ošetřující personál na pediatrické jednotce intenzivní péče by měl rodinu dítěte do péče zapojit. Pro zlepšení zdravotního stavu a později pro uzdravení dětského pacienta je to nesmírně důležité. Poskytování stimulace jeho smyslům mu dává informace o okolním světě a umožňuje mu orientaci a navázání vztahů. Blízkost rodiny vyvolává u dítěte pocit jistoty a bezpečí, a tím již zmíněné zlepšení stavu (28,34,42,49).

Bazální stimulace dokáže dítě zklidnit v takto životně těžké situaci, nebo naopak povzbudit k další činnosti. Nemocné dítě si uvědomuje hranice svého těla, změnu polohy či vibrace v okolí. To vše stimuluje jeho vnímání. Díky stimulaci dochází k navození vzpomínek a navrácení myšlenek (28).

Velký význam pro ošetřování dětského pacienta na jednotce intenzivní péče v rámci konceptu bazální stimulace má poskytování takovéto péče pomocí předmětů dítěti dobře známých. Začlenění předmětů z domácího prostředí do nemocniční ošetrovatelské péče navozuje příjemné vzpomínky a pomáhá integraci a orientaci dítěte s okolním světem (28,33).

Bazální stimulace na pediatrických intenzivních jednotkách má velmi pozitivní a nenahraditelný význam. Dítě pro další rozvoj potřebuje neustálé stimuly z okolí, a to mu právě tento koncept umožňuje. Dítě je tak v nepřetržité stimulaci, která napomáhá k zlepšení jeho stavu a vytvoření si vztahů s okolím i s ošetřujícími, uvědomění si vlastního já. Kontakt s rodinnými příslušníky a jemu známých a oblíbených předmětů vyvolává pocit jistoty a uklidnění (28).

1.8 Zdravotní sestra a její postoj k bazální stimulaci

Postoj, nebo-li hodnotící vztah okolí i sebe samého, si člověk utváří vlivem zkušeností. Může mít podobu latentní (skrytou) nebo se v chování či jednání člověka projevuje. Postojem vyjadřuje jedinec určitý souhlas či nesouhlas (15,32).

Na základě zkušeností, komunikace, situace si každý člověk vytvoří na daný jev názor, a později zaujme ke skutečnosti postoj. Jinak tomu není ani ve zdravotnictví, kde díky rozvoji vědy a techniky dochází k neustálým změnám a personál je tak nucen se učit novým postupům a dovednostem. I zde si pak sestra vytváří nepřeborné množství postojů k jednotlivým postupům a technikám. U bazální stimulace nevyjímaje (15,32).

Nikdo nejsme stejné povahy, a tak i postoje každého z nás se budou lišit. V rámci bazální stimulace můžeme u sester vnímat rozličné postoje. U některých sester můžeme vidět angažovanost, kdy vůči prvkům bazální stimulace zaujímají aktivní, pozitivní vztah a shledávají ošetřování pomocí tohoto stimulačního konceptu jako vysoce hodnotový. Při konformitě se objevuje souhlas s vykonávanými postupy. Pokud se sestry zaujímají neutrální postoj, nazýváme to indiferencí. Nemají o prvky bazální stimulace zájem a stavějí se k nim s lhostejností. Můžeme ovšem najít i takové sestry, které s danými postupy nesouhlasí nebo k nim mají až aktivní odpor (2).

Důležitou součástí role zdravotní sestry tvoří komunikace. Komunikace nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou, s ostatními spolupracovníky. Ať už mluvíme o komunikaci verbální či neverbální, obě složky jsou v ošetřovatelské péči nepostradatelné. Umožňují nám vžít se do pacientovy situace, do pocitů jeho blízkých (44,46).

Právě v konceptu bazální stimulace je komunikace nedílnou součástí. Získáváme tak poznatky, které nám poskytují informace o pacientovi a jeho rodině. Pomocí komunikace nemusíme jen získávat, ale i pomoc poskytovat. Komunikací informujeme, edukujeme, navozujeme atmosféru pro další ošetřovatelskou péči (44,46).

Empatie by měla být u každé zdravotní sestry samozřejmostí. Empatie umožňuje vnímat pacienta jako člověka, ne jako nemocného, který potřebuje vyléčit (44).

Mnohé zdravotní sestry uvádějí nedostatek času pro poskytování ošetřovatelské péče pomocí bazální stimulace, ale i pouhý správně zvolený dotek, jako základ pro koncept bazální stimulace, navodí tu správnou atmosféru důvěry. Pacient naváže k personálu důvěru a jeho léčba může být tak usnadněna (44).

Proto, aby mohla zdravotní sestra poskytovat ošetřovatelskou péči v rámci konceptu bazální stimulace, je potřeba celoživotního vzdělávání. Vzdělávání umožňuje poskytovat kvalitnější ošetřovatelskou péči. Zdravotní sestra získá nové poznatky, informace a znalosti, které může v rámci péče poskytovat. Nejen nové poznatky, ale i získání sebedůvěry a sebeúcty, vyvolá u zdravotní sestry pocit hrdosti, který je pro ni motivačním faktorem. Jelikož je zdravotní sestra pacientovi při ošetřovatelské péči nejbližší, tvoří nezastupitelné místo v týmu (44).

Bazální stimulace je dnes součástí výuky na zdravotních školách. V dnešní době je možné výuku konceptu bazální stimulaci absolvovat i v kurzu. Pomocí těchto kurzů získá jednotlivec znalosti teoretické a prakticky si osvojí techniky bazální stimulace. Výsledkem kurzu je získání certifikátu platného v celé Evropské unii (11).

Důležitou roli pro zavedení konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče a školení zdravotnického personálu je i motivace ze strany vedení nemocnice. Podpora v celoživotním vzdělávání povzbuzuje zdravotnické pracovníky ve zkvalitnění poskytované péče a osvojování si nových poznatků, technik a dovedností (44).

Mnohdy nedostatek času, neochota spolupráce vedení se zdravotnickým personálem, nezáměr, přetrvávající stereotypy, neproškolený personál a osvojení si nových technik jako práce navíc, tvoří bariéru v pokračování celoživotního vzdělávání. Proto je potřeba zdravotnický personál neustále motivovat, aby získali zájem o nové poznatky a informace, které by tak mohli při ošetřování uplatnit (44).

1.9 Stručná charakteristika onemocnění vyskytujících se ve výzkumné části práce

Při našem výzkumném šetření na pediatrické jednotce intenzivní péče jsme se setkali s následujícími diagnózami:

- **Subdurální hematom**, nejčastěji vzniklý poraněním, bývá příčinou úmrtí v dětském věku. Předchází mu náhlý úder do hlavy a může dojít k deformaci či poranění struktury mozku. Dochází ke krvácení mezi arachnoideou a tvrdou plenou mozkovou. Subdurální hematom můžeme dělit na akutní, subakutní nebo chronický. Rozdíl spočívá v časovém intervale, kdy se příznaky objeví. Příznaky mohou být porucha vědomí až kóma, anizokorie, hemiparéza, pohmožděniny nebo brýlový hematom. Léčba bývá u většiny případů operativní s odstraněním hematomu. Může se ovšem postupovat i konzervativně, kdy se hematom sám vstřebá (16,43).

- **Otřes mozku (komoce)** vzniká nejčastěji následkem pádu, úrazu, autonehody či sportu. Dochází k mechanickému poškození mozkových funkcí, kdy může dojít i ke krátké poruše vědomí. Často bývá i výpadek paměti (amnézii) na dobu před úrazem, kdy si nemocný nevzpomíná, co se vlastně stalo. Nejčastějšími příznaky jsou bolest hlavy nebo zvracení. Léčba je konzervativní, kdy můžeme podat analgetika, a dále se doporučuje klid na lůžku několik dní (29,31).
- **Diabetes mellitus** je stav absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Rozlišujeme diabetes 1. typu (inzulinodependentní = na inzulínu závislý) a 2. typu (non – inzulínodépendentní = na inzulínu nezávislý). Diabetes 1. typu se vyskytuje nejčastěji u mladých osob. S diabetem 2. typu se setkáváme u osob starších. Etiopatogeneze tohoto onemocnění není zcela známá. Uplatňují se zde jistě dědičné vlohý a vliv vnějšího prostředí (virové infekce, toxiny). Dochází tak k poškození míst působení inzulínu a k jeho nedostatku. Nedostatek inzulínu vyvolává hyperglykémii. K dalším projevům diabetu patří polyurie (nadměrné močení), a to zejména v noci. Dále se objevuje hubnutí, únava, mohou být známky dehydratace a ketoacidózy (zvracení, bolesti břicha, zápach acetonu v dechu, Kussmaulovo dýchání). Léčba se skládá ze čtyř složek. Aplikace inzulínu, regulovaná strava, tělesná aktivita a edukace diabetika. Jako každé onemocnění, tak i diabetes může mít komplikace. Mezi ně patří hypoglykemické a hyperglykemické kóma, diabetická ketoacidóza, mikroangiopatie, makroangiopatie, infekční komplikace a tzv. „diabetická noha“. V dnešní době je diabetes onemocnění léčitelné, ale nevléčitelné (18,26,40).
- **Intoxikace u dětí** - intoxikace vzniká působením škodlivé látky na organismus a může dojít k závažnému poškození či dokonce smrti. Otravy u dětí jsou nejčastěji následkem požití léků, jedovatých bobulí, hub nebo chemikálií. Často dochází k nešťastné náhodě, kdy záměna léku způsobená nepozorností či nedbalostí, ohrozí dítě na životě. Někdy může být však intoxikace záměrná. Otravy u starších dětí či dospívajících jsou nejčastěji způsobeny alkoholem. Výjimkou nejsou i sebevražedné či sebepoškozující úmysly. Po požití jedovaté

látky se objevují příznaky jako neklid, spavost, zmatení, poruchy rovnováhy, poruchy vědomí, křeče, zvracení a podobně. Zásadní je co nejrychleji odstranit jedovatou látku z organismu. Nejčastěji vyvoláním zvracení, výplachem žaludku a podáním antidot (14,18,23).

- **Úrazy oka** se u dětí vyskytují poměrně často. Děti si poranění způsobí samy nebo jsou poraněni jinou osobou při hře. K poranění dochází často i následkem dopravní nehody. Výjimku netvoří ani cizí tělesa v oku, poleptání a podobně. Při poranění se mohou vyskytnout i možné komplikace, jako například krvácení, otok, poškození závěsného aparátu čočky, poškození sítnice, očního nervu či zlomenina očnice. Snad nejhorší komplikací může být až úplná slepota. Důležité je vyhledat odbornou pomoc a cizí tělesa odstranit. Poté je možné aplikovat hojivé masti či kapky (18,24,27,45).
- **Suicidální chování u dětí** se stejně jako u dospělé populace vyskytuje v několika formách. Setkat se můžeme se suicidálními myšlenkami, tendencemi, pokusem a dokonaným suicidiem. Suicidální myšlenky jsou pro dospívající typické. Jedinci se zabývají myšlenkami na sebevraždu, často jde pouze jen o frustrní nápady. Pokud si jedinec shromáždí prášky nebo si pořídí zbraň za účelem sebevraždy, jedná se již o suicidální tendenci. Dalším aktem je suicidální pokus, který je definován jako život ohrožující akt s úmyslem zemřít. Sebepoškozující akt s následkem smrti nazýváme dokonavé suicidium. Nejčastějším motivem k suicidálnímu pokusu bývají problémy v rodině, partnerské neshody, konflikty s vrstevníky nebo potíže ve škole. Cestu, kterou si děti či adolescenti k sebevražednému pokusu volí, je často pomocí medikamentů, pořezáním, seskokem z výšky nebo elektrickým proudem. Suicidální jednání u dětí a adolescentů je závažný problém. Vyžaduje spolupráci několika medicínských oborů a psychologie. Nutné je psychiatrické vyšetření, které odhalí případnou duševní poruchu a doporučí terapeutické možnosti. Velký význam hraje i prevence (20,21,22).
- **Meningokoková infekce** je velmi závažný stav. Bakterie, která toto onemocnění způsobuje, se nazývá *Neisseria meningitidis*. Mezi nejčastější věkové skupiny,

kteřé meningokoková infekce postihuje, patří děti předškolního věku a mladiství. U nás se vyskytuje meningitida typu B a C. Méně často typ A a Y. Toto onemocnění končí často smrtí. Důležité je včas podchytit prvotní příznaky a navštívit lékaře. Onemocnění se přenáší kapénkovou infekcí, a tedy vzduchem. Bakterie může napadat i další orgány, jelikož se šíří krevní cestou. V ohrožení jsou jedinci, kde dochází k napadení srdce, plic nebo jiných důležitých orgánů. Příznaky, které u tohoto onemocnění můžeme vidět jsou: zvracení, bolesti hlavy, křeče, průjmy, bolest svalů a kloubů, světloplachost, strnutí šíje (nelze položit bradu na prsa pro krutou bolest), poruchy vědomí, výsev petechií po těle, krvácení do kožní tkáň. Pokud je podezření na meningokokovou infekci, je nutné nasadit vysoké dávky antibiotik a nemocného hospitalizovat na Jednotce intenzivní péče či Anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Důležité je nemocného neustále monitorovat, podávat infuze a při celkové sepsi napojit nemocného na umělou plicní ventilaci. V současné době existuje proti meningokokové infekci preventivní očkování. Bohužel však jen u typu A a C. Proti typu B dosud žádná očkovací látka není známá (6,38,40,47).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle výzkumu

C1: Zjistit, zda sestry, pracující na pediatrických jednotkách intenzivní péče, využívají ve své profesi bazální stimulaci.

C2: Zmapovat postoj sester, pracujících na pediatrických jednotkách intenzivní péče, k vykonávání bazální stimulace ve své profesi.

C3: Zmapovat informovanost rodičů hospitalizovaných dětí o bazální stimulaci.

C4: Zmapovat postoj rodičů hospitalizovaných dětí k vykonávání bazální stimulace.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry, pracující na pediatrických jednotkách intenzivní péče, využívají ve své profesi bazální stimulace.

H2: Sestry, pracující na pediatrických jednotkách intenzivní péče, mají pozitivní postoj k vykonávání bazální stimulace.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jsou rodiče hospitalizovaných dětí informováni o bazální stimulaci?
2. Zaujímají rodiče hospitalizovaných dětí pozitivní postoj k vykonávání bazální stimulace?

3 METODIKA

3.1 Metodika

V diplomové práci jsme použili jak kvantitativní, tak kvalitativní způsob šetření. Pro kvantitativní výzkum jsme si zvolili metodu anonymního dotazníku. Cílem šetření bylo zjistit, zda sestry na pediatrických jednotkách intenzivní péče používají ve své profesi bazální stimulaci a jaký postoj k ní zauímají.

Dotazník obsahoval 17 otázek, z toho 7 bylo uzavřených, 5 bylo polootevřených a 5 otázek zůstalo otevřených pro odpověď sester. Dotazník byl strukturován do několika částí. První, identifikační, nás informovala o délce trvání praxe sestry ve zdravotnictví a na pediatrické jednotce intenzivní péče. Druhá část byla zaměřena na bazální stimulaci. Zajímalo nás, zda sestra pojem bazální stimulace zná a kde informace o metodě získala. V třetí části dotazníku jsme se věnovali postoji, který sestra k bazální stimulaci zauímá. Ptali jsme se, zda bazální stimulaci při své profesi využívají, jaké prvky používají a jaké výsledky shledávají. Pokud prvky bazální stimulace nevyužívají, zjišťovali jsme, z jakého důvodu k tomu dochází. Poslední část dotazníku jsme zaměřili na rodiče. Ptali jsme se, zda jsou rodiče do péče o své dítě zapojeni, a to v rámci používání prvků bazální stimulace. Zajímalo nás, zda sestry rodiče prvkům bazální stimulace učí a jaké prvky to jsou. Opět jsme zjišťovali i to, jak sestry zapojení rodičů do péče o jejich dítě shledávají, a jak se účast rodičů prostřednictvím bazální stimulace projevuje.

V kvalitativním šetření jsme využili metodu semi – strukturovaného rozhovoru, který jsme použili u rodičů hospitalizovaných dětí. Rozhovor se skládal z 8 otázek. Nejdříve jsme zjišťovali informace týkající se dítěte. Ptali jsme se rodičů, jak dlouho je dítě hospitalizované a pro jakou diagnózu bylo dítě přijato. Zajímalo nás i to, jak dlouho a jak často rodiče za dítětem do nemocnice docházejí. Dále jsme otázky zaměřili na bazální stimulaci. Otázky nás měly informovat o tom, zda rodiče pojem bazální stimulace znají, zda si u personálu všimli, že prvky bazální stimulace při péči zapojují a jaké prvky to byly. Zajímalo nás i to, zda sestry rodiče do péče prostřednictvím bazální stimulace zapojují a jakým prvkům je učí. Ne každý se staví k bazální stimulaci se zájmem, a tak jsme při rozhovoru zjišťovali i to, jak rodiče zapojení bazální stimulace do péče shledávají, jaký měli pocit při ošetřování svého dítěte prostřednictvím prvků

bazální stimulace a zda si myslí, že má zapojení bazální stimulace do péče nějaký vliv na stav dítěte, popřípadě jaký a jak se to projevuje.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

K našemu šetření jsme oslovili sestry pracující na pediatrických intenzivních jednotkách a rodiče/pečovatele hospitalizovaných dětí. Využili jsme k tomu Jednotku intenzivní péče na dětském oddělení v Nemocnici České Budějovice, dále jsme oslovili pražskou Fakultní nemocnici v Motole, a to konkrétně Pediatrickou kliniku a Fakultní nemocnici Brno.

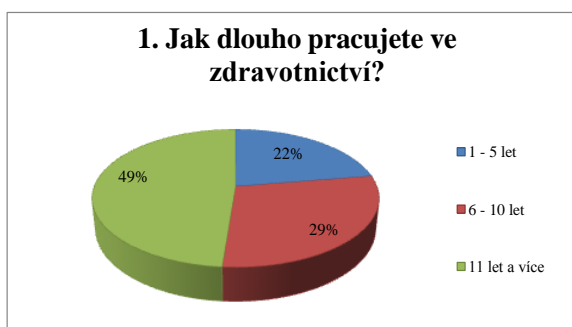
Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice jsme rozdali celkem 20 dotazníků, ve Fakultní nemocnici v Motole 50 a ve Fakultní nemocnici Brno 30. Návratnost dotazníků byla 80 %. Ke zpracování výsledků bylo použito celkem 80 (100 %) dotazníků.

Semi – strukturovaný rozhovor byl veden s 10 respondenty (rodiče/pečovatelé hospitalizovaných dětí). Respondenty jsme oslovili ve stejných nemocnicích, kde byly rozdány anonymní dotazníky.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení anonymních dotazníků

Graf 1 (k otázce č. 1) Délka praxe ve zdravotnictví



Z grafu 1 můžeme vyčíst, že 18 (22 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví 1 – 5 let, 23 (29 %) respondentů 6 – 10 let a 39 (49 %) dotazovaných 11 let a více.

Graf 2 (k otázce č. 2) Délka praxe na pediatrické jednotce intenzivní péče



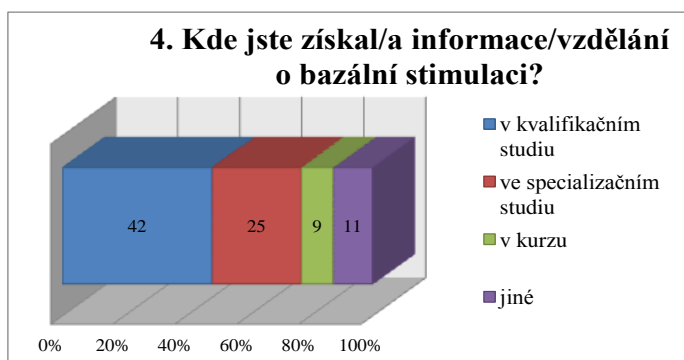
Z grafu 2 je patrné, že 39 (49 %) respondentů pracuje na pediatrické jednotce intenzivní péče 1 – 5 let, 17 (21 %) respondentů odpovědělo, že na tomto oddělení pracují 6 – 10 let a zbylých 24 respondentů (30 %) pracuje na pediatrické jednotce intenzivní péče 11 let a více.

Graf 3 (k otázce č. 3) Znalost pojmu bazální stimulace



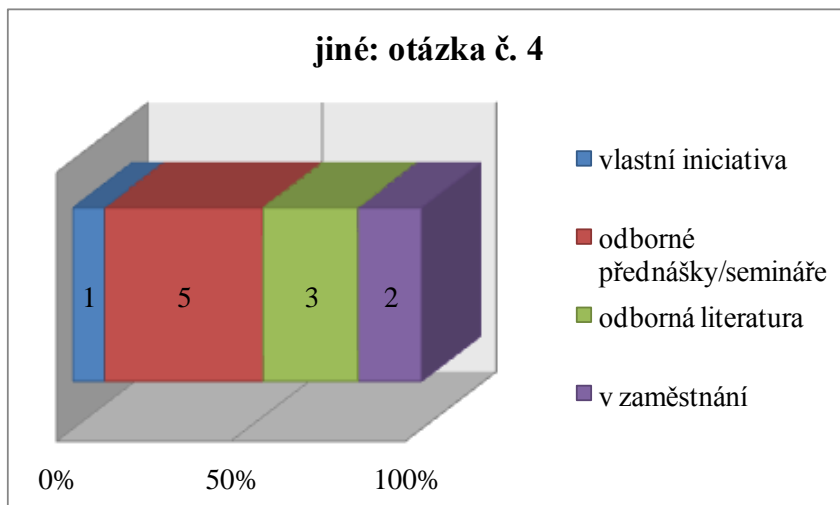
Všichni respondenti, kteří odpovídali na anonymní dotazník, a tedy 80 dotazovaných (100 %), znají pojem bazální stimulace (viz graf 3).

Graf 4 (k otázce č. 4) Informace/vzdělání o bazální stimulaci



Informace o bazální stimulaci získalo 42 respondentů v kvalifikačním studiu, 25 respondentů ve specializačním studiu a 9 dotazovaných sester v kurzu. 11 respondentů své informace o bazální stimulaci získalo jinak (viz graf 4).

Graf 5 (k otázce č. 4) Odpověď - jiné:



Pokud respondenti získali informace o bazální stimulaci jinak, než v uvedených odpovědích u otázky č. 4, uvedli, že nejčastěji tyto informace získali z odborných přednášek či seminářů. To uvedlo 5 respondentů. Vlastní iniciativu uvedl 1 respondent, odborná literatura informovala 3 dotazované sestry a 2 respondenti získali informace v zaměstnání (viz graf 5).

Graf 6 (k otázce č. 5) Využití prvků bazální stimulace na pediatrické JIP



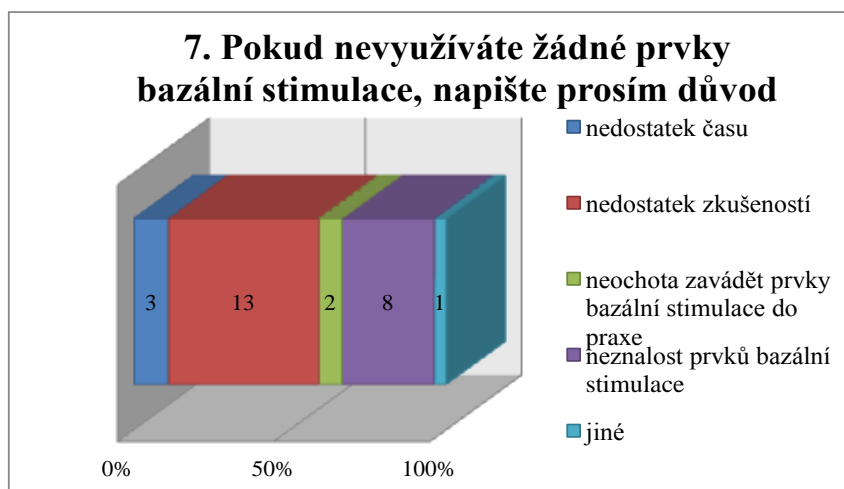
60 (75 %) dotazovaných využívá při své profesi na pediatrické jednotce intenzivní péče prvky bazální stimulace a jen 20 (25 %) respondentů uvedlo, že ne (viz graf 6).

Graf 7 (k otázce č. 6) Četnost využití prvků bazální stimulace



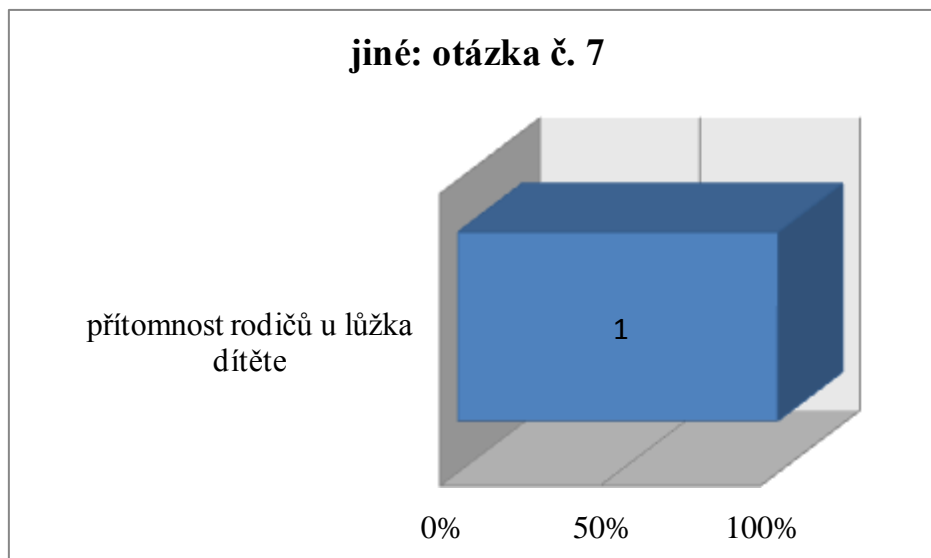
Nejčastěji využívaným prvkem u sester byl iniciální dotek (51 respondentů), 15 respondentů uvedlo somatickou stimulaci zklidňující, 7 dotazovaných somatickou stimulaci povzbuzující, stejně tak 7 respondentů využívá symetrickou stimulaci. 4 dotazovaní uvedli rozvíjející somatickou stimulaci, 32 respondentů polohování „hnízdo“, 9 respondentů polohování „mumie“, u 5 případů využívají kontaktní dýchání a 27 dotazovaných využívá masáž stimulující dýchání. 1 sestra uvedla stimulaci vestibulární, 11 sester uvedlo stimulace vibrační, optická stimulace je využívána u 13 respondentů, auditivní stimulace u 12 respondentů, orální stimulace u 15 sester, olfaktorická stimulace v 1 případě a taktilně – haptická stimulace se objevila u 7 dotazovaných. Neurofyziologická a diametrální stimulace nebyla uvedena vůbec (viz graf 7).

Graf 8 (k otázce č.7) Důvody nevyužití prvků bazální stimulace



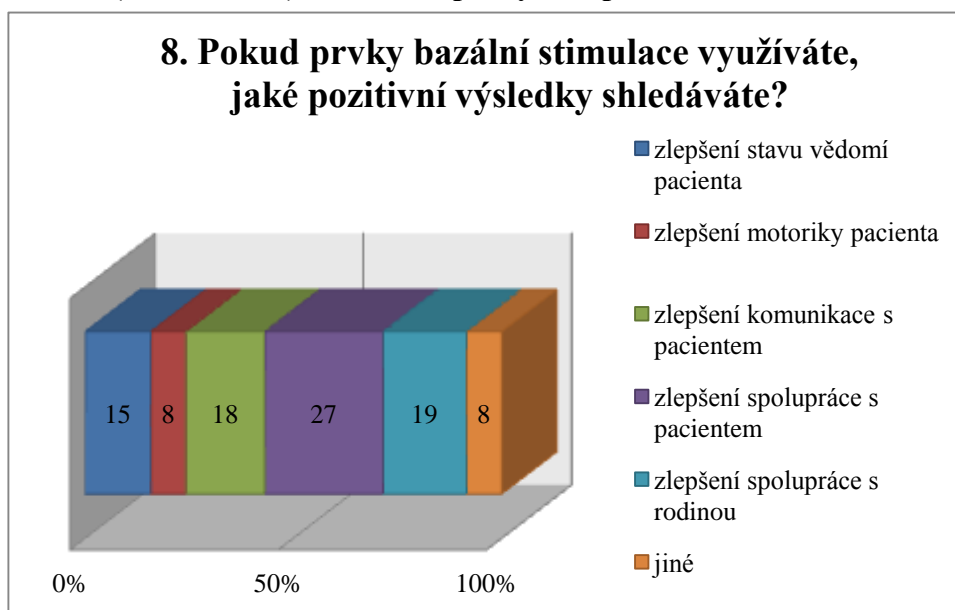
Z 13 dotazovaných sester odpovědělo, že prvky bazální stimulace nevyžívají z důvodu nedostatku zkušeností, 3 sestry uvedly nedostatek času, 2 sestry nejsou ochotné zavádět prvky bazální stimulace do praxe a 8 dotazovaných sester prvky bazální stimulace nezná. 1 sestra uvedla důvod jiný, než byly dané odpovědi (viz graf 8).

Graf 9 (k otázce č. 7) Odpověď – jiné:



1 dotazovaná sestra nevyužívá prvky bazální stimulace v péči z důvodu přítomnosti rodičů u lůžka (viz graf 9).

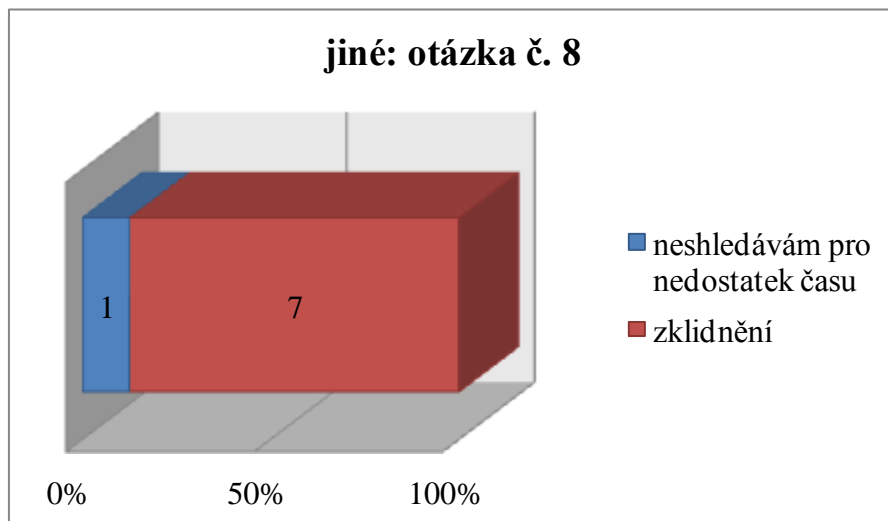
Graf 10 (k otázce č. 8) Pozitivum při využití prvků bazální stimulace



Zlepšení stavu vědomí u pacienta uvedlo 15 respondentů, zlepšení motoriky 8 dotazovaných a zlepšení komunikace 18 respondentů. 27 respondentů si u dětského

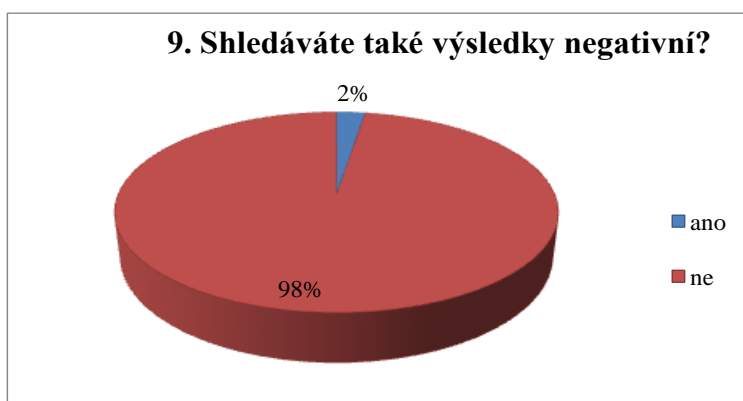
pacienta všimlo zlepšení spolupráce s pacientem a 19 dotazovaných sester zlepšení spolupráce s rodinou pacienta. 8 sester uvedlo jiné (viz graf 10).

Graf 11 (k otázce č. 8) Odpověď – jiné:



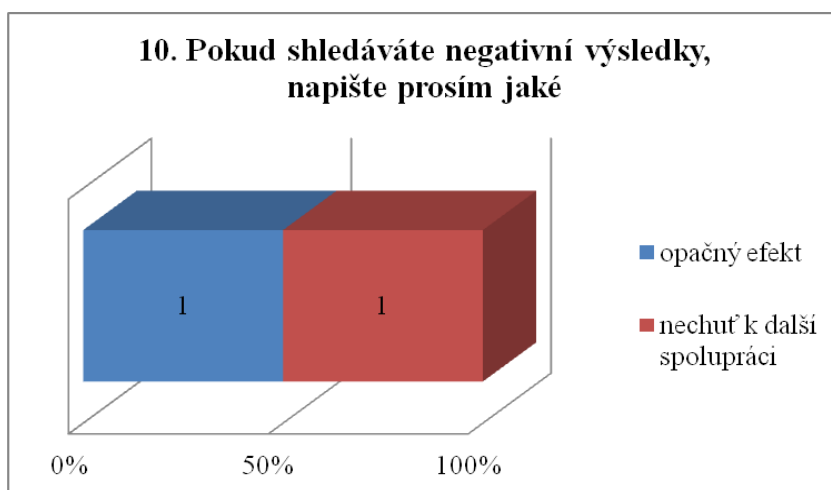
Respondenti, kteří odpověděli jinak než v uvedených odpovědích u otázky č. 8, shledávali zklidnění pacienta, a to u 7 dotazovaných a 1 sestra neshledala žádné pozitivní výsledky pro nedostatek času při své profesi (viz graf 11).

Graf 12 (k otázce č. 9) Četnost negativních výsledků při využití prvků bazální stimulace



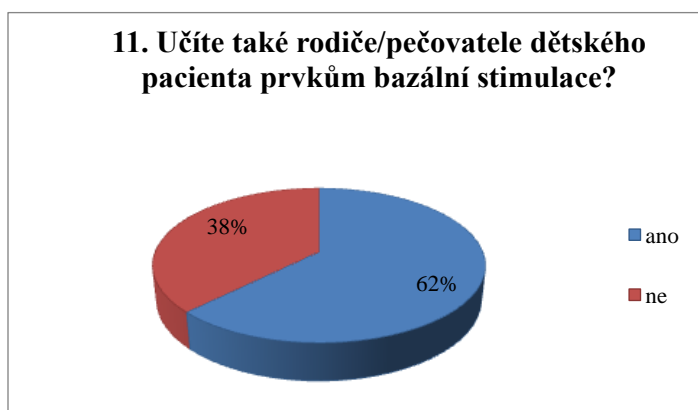
78 (98 %) respondentů během používání prvků bazální stimulace žádné negativní výsledky neshledali, u 2 (2 %) dotazovaných se negativní výsledky objevili (viz graf 12).

Graf 13 (k otázce č. 10) Negativum při využití prvků bazální stimulace



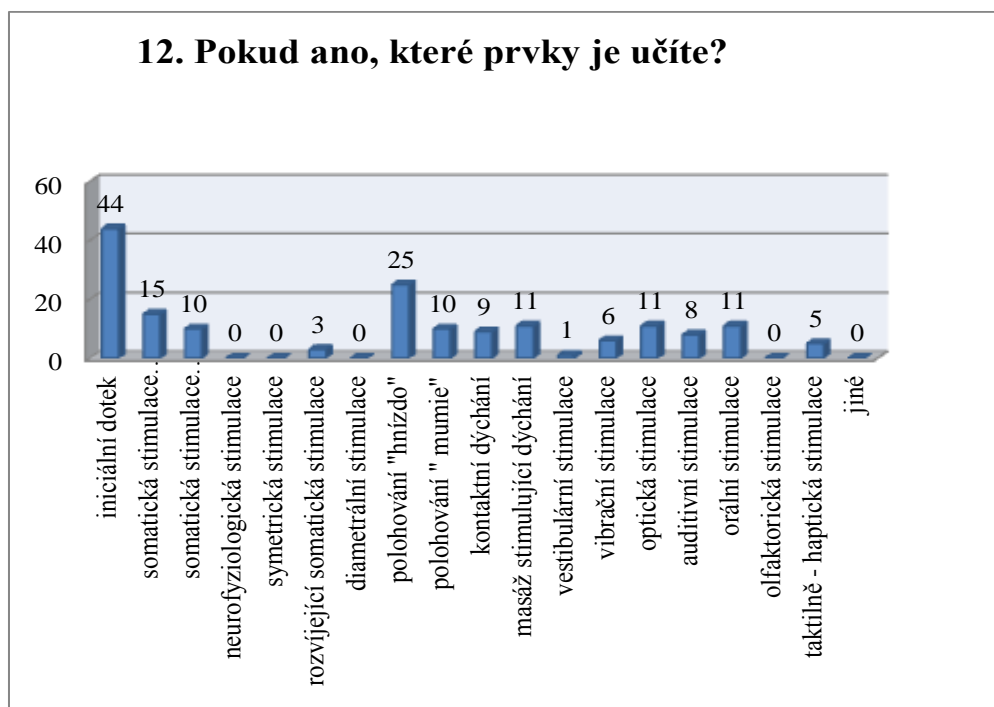
Ti respondenti, kteří shledali negativní výsledky při péči v rámci bazální stimulace, uvedli buď opačný efekt léčby (1 respondent), nebo nechut' pacienta k další spolupráci (1 respondent) (viz graf 13).

Graf 14 (k otázce č. 11) Zapojení rodičů/pečovatelů do péče, v rámci bazální stimulace



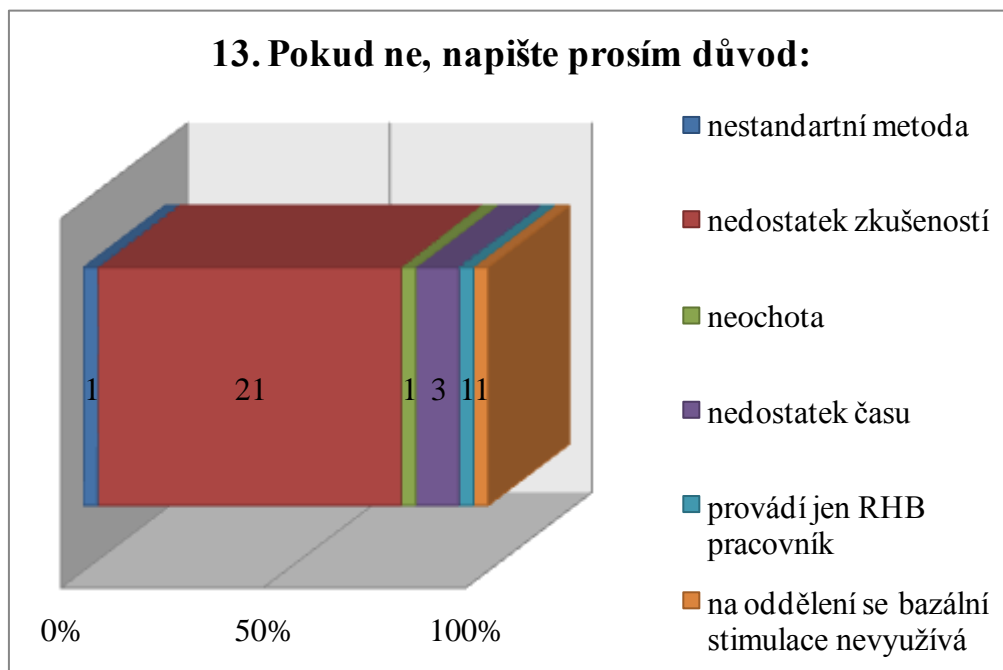
50 (62 %) dotazovaných sester učí rodiče nebo pečovatele dětského pacienta prvkům bazální simulace, 30 (38 %) sester odpovědělo, že rodinu prvkům neučí (viz graf 14).

Graf 15 (k otázce č. 12) Četnost vyučovaných prvků



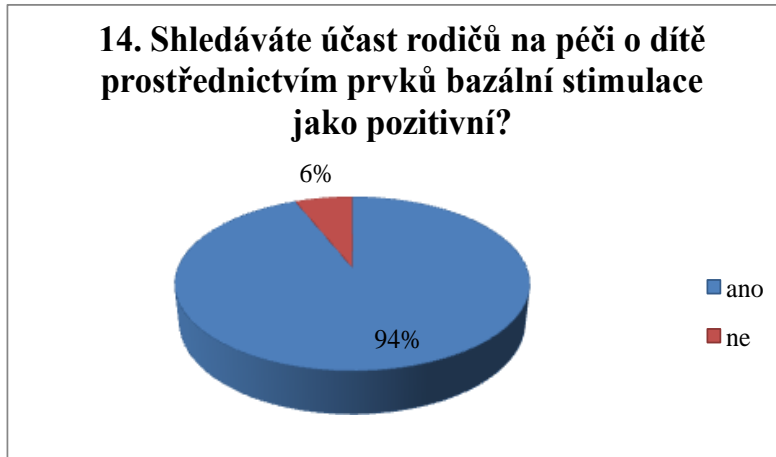
Dotazované sestry učí rodiče nejčastěji iniciální dotek, a to ve 44 případech. Somatická stimulace zklidňující uvedlo 15 sester, somatickou stimulace povzbuzující 10 sester a rozvíjející somatickou stimulaci 3 sestry. 25 respondentů učí rodiče polohovat své děti do tzv. „hnízda“ a 10 respondentů do tzv. „mumie“. U 9 sester bylo uvedeno kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání se objevila u 11 dotazovaných, vestibulární stimulace u 1 sestry, vibrační stimulace u 6 sester, optická stimulace u 11 respondentů, auditivní stimulace u 8 respondentů, orální stimulace u 11 sester a taktilně – haptická stimulace u 5 sester. Neurofyziologické, symetrické, diametrální a olfaktorické stimulace sestry rodiče neučí (viz graf 15).

Graf 16 (k otázce č. 13) Důvody, proč sestry rodiče do péče v rámci bazální stimulace nezapojují



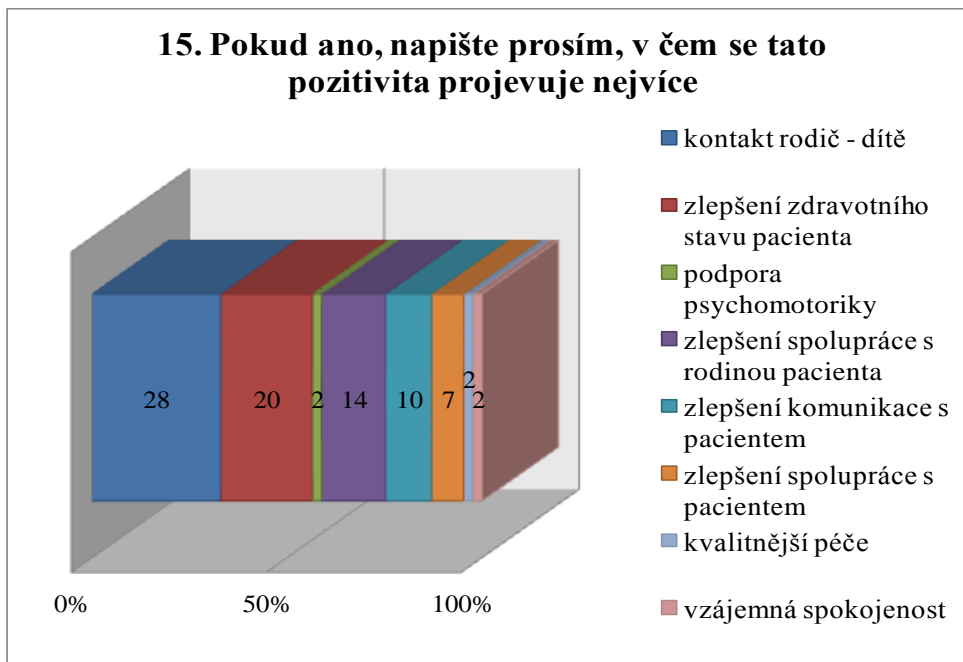
Nejčastějším důvodem, proč respondenti rodinu prvkům bazální stimulace neučí, byl nedostatek zkušeností ze strany sester. To uvedlo 21 dotazovaných respondentů. Další důvody, které se v odpovědích objevily, byly neochota sester, což uvedl 1 respondent a nedostatek času uvedli 3 respondenti. 1 respondent uvedl důvod, že se bazální stimulace na jejich oddělení nevyužívá a stejně tak 1 dotazovaný odpověděl, že tuto metodu provádí jen rehabilitační pracovník. 1 sestra shledává prvky bazální stimulace jako nestandardní metodu (viz graf 16).

Graf 17 (k otázce č. 14) Účast rodičů na péči



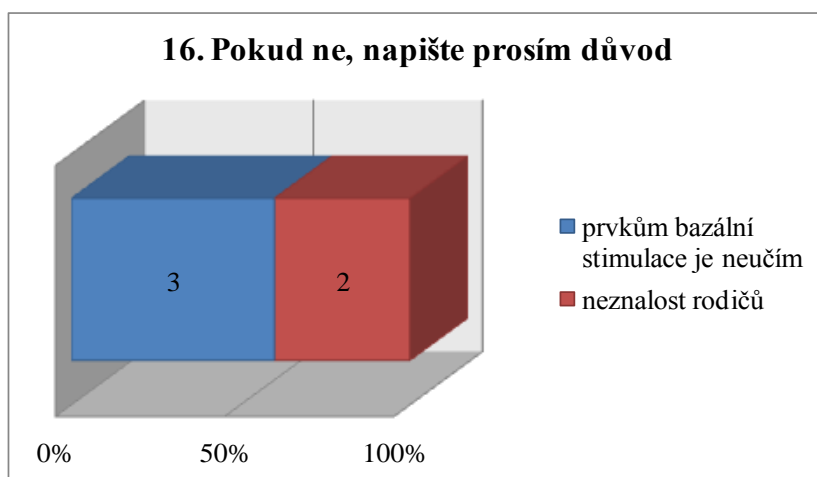
75 dotazovaných sester (94 %) shledávala účast rodičů na péči o dítě jako pozitivní, jen 5 (6 %) sester uvedlo, že pozitivitu neshledávají (viz graf 17).

Graf 18 (k otázce č. 15) Pozitivum při účasti rodičů na péči



Pozitivitu shledávalo v kontaktu rodiče s dítětem 28 respondentů, ve zlepšení zdravotního stavu pacienta 20 respondentů, v podpoře psychomotoriky 2 respondenti, v lepší spolupráci jak s pacientem u 7 dotazovaných, tak i s rodinou pacienta u 14 respondentů a lepší komunikaci s pacientem uvedlo 10 respondentů. Kvalitnější péči a vzájemnou spokojenost uvedli v obou případech 2 respondenti (viz graf 18).

Graf 19 (k otázce č. 16) Negativum při účasti rodičů na péči



2 respondenti, kteří pozitivitu při účasti rodičů na péči o dítě v rámci zapojení prvků bazální stimulace neshledali, uvedli jako důvod neznalost rodičů, další 3 dotazovaní, rodiče prvkům neučí (viz graf 19).

Graf 20 (k otázce č. 17) Postoj sester k bazální stimulaci



Postoje dotazovaných sester k využívání bazální stimulace ve své profesi byly různé. Nejčastěji zaujímají sestry postoj angažovanosti (nebo-li aktivní pozitivní vztah), a to u 33 dotazovaných (41 %). 25 (31 %) sester přistupuje k bazální stimulaci s konformitou (vnějším souhlasem) a 22 dotazovaných sester (28 %) s indiferencí (neutrální vztah). Naopak žádná ze sester nevedla nesouhlas nebo aktivní odpor (viz graf 20).

4.2 Vyhodnocení semi – strukturovaných rozhovorů

Respondent č. 1

Prvním rodičem, odpovídajícím na semi–strukturovaný rozhovor, byla matka dítěte hospitalizovaného pátý den na JIP. Přijato bylo pro rozvinutou meningokokovou infekci. Nyní je na UPV a v umělém spánku. Matka s dítětem hospitalizovaná není, bydlí v blízkosti nemocnice a v době nepřítomnosti je nepřetržitě na telefonu. Dítě navštěvuje denně, tráví u něho většinu času. Je na mateřské dovolené.

O bazální stimulaci již slyšela. Informace získala na internetu a od sester pracujících na JIP.

Matka udává, že sestry při své práci bazální stimulaci využívají. Nejčastěji zapojují iniciální dotek a masáž stimulující dýchání.

Sestry se snaží zapojit do péče i ji. Matka udává, že ji naučily iniciální dotek a doporučily stimulaci auditivní. Dítě tak může slyšet známý hlas, oblíbené písničky nebo poslouchat nahrávky ostatních členů rodiny.

Na otázku, zda myslí, že má zapojení bazální stimulaci do péče nějaký vliv, odpověděla kladně. Podle ní má dítě možnost kontaktu s rodinou a dostává se mu individuální péče, na kterou je zvyklé a která je mu příjemná. S lítostí však dodává, že nemůže projev posoudit, jelikož byla u dítěte prokázána smrt mozku a prognóza je tedy velmi špatná.

I přes špatnou prognózu zapojuje matka bazální stimulaci do péče vždy a s motivací. Říká, že jde o její dítě, a proto je to snad normální. Ještě pořád má v sobě alespoň trošku naděje, že se něco změní. V jejím hlase je však slyšet i zoufalství, že

nemůže svému dítěti pomoci. Velmi kladně shledává možnost být v těchto posledních chvílích s dítětem.

Respondent č. 2

Dalším respondentem, který odpovídal na otázky z rozhovoru, je otec. Dítě bylo přijato pro subdurální hematom, který byl způsoben pádem z výšky. Hospitalizováno je osmý den.

Otec dítěte není hospitalizován společně se svým dítětem, protože musí denně chodit do práce. I přesto dochází za dítětem vždy, když má volno, a to téměř denně.

O bazální stimulaci má informací dost. Jeho přítelkyně pracuje jako sestra u praktického lékaře, a tak ví, o co se jedná. Dost informací našel i na internetu.

Během krátké doby, kdy je dítě hospitalizované, si otec všiml, že sestry při své práci zapojují prvky bazální stimulace. Považuje to za velmi pozitivní stránku v ošetřování. Při každém ošetřování dle otce použijí iniciálního doteku. Během dne dítě polohují a využívají při tom polohy „hnízda“. Do péče zapojují i masáž stimulační dýchání.

Velmi kladně hodnotí otec i to, že se může do péče zapojit i on. Sestry ho naučily, jak správně používat iniciální dotek, ale on sám zkouší zapojit i stimulaci auditivní a taktilně – haptickou. Přinesl z domova některé oblíbené hračky dítěte a vkládá mu je do ruky. Snaží se tím o stimulaci podnětem.

Pěči se zapojením bazální stimulace shledává velmi kladnou a připouští i pozitivní vliv na dítě. Má možnost vnímat své blízké a jemu blízké předměty nebo hlasy. Otec si myslí, že to všechno přispívá ke zlepšení zdravotního stavu.

U svého dítěte si všimá celkového uvolnění, zklidnění tepové frekvence a dýchání, které může pozorovat na monitoru.

Otcův pocit při zapojení se do péče byl celkově pozitivní. Pociťoval radost a motivaci k další návštěvě a možnosti se aktivně zapojit.

Respondent č. 3

Matka, hospitalizovaného dítěte, je krátce zaměstnaná po mateřské dovolené, a tak si nemůže dovolit neustálou přítomnost u nemocného dítěte. Hospitalizovaná s ním také není. I tak se u dítěte denně někdo střídá. Zapojeni jsou všichni příbuzní. Nejčastěji dochází babička a otec dítěte.

Dítě bylo přijato před čtyřmi dny z důvodu subdurálního hematomu. Ke zranění došlo následkem pádu z kola. Matka udává, že dítě nemělo helmu, jelikož jezdilo jen doma po dvorku.

Informace o bazální stimulaci získala během hospitalizace dítěte, a tak si vyhledala i některé informace sama doma.

Sestry na JIP dle odpovědí matky prvků bazální stimulace využívají. Všimla si, že používají iniciální dotek, využívají polohy „hnízda“ a masáže stimulující dýchání.

Matka hospitalizovaného dítěte bohužel udává, že jí sestry prvkům bazální stimulace nenaučily a nezapojily ji tak aktivně do péče. Rozhodla se tedy angažovat sama a získané informace využít prakticky. Sestry proti tomu nic nenamítají. Při návštěvě dítěte využívá iniciální dotek a auditivní stimulaci. Vypráví dítěti příběhy, které se doma odehrály za dobu jeho nepřítomnosti, nebo historky, které společně již zažili. Prvkům bazální stimulace se snaží naučit všechny členy, kteří dítě v nemocnici navštěvují. Podle matky tak dítě dostává informace, kdo ze členů rodiny se u něho momentálně nachází.

Dle matky je zapojení prvků bazální stimulace do péče velmi přínosné, a to nejen pro dítě. Vytváří se pozitivní vztah mezi ním a přítomnou osobou a dítě má možnost přítomnosti někoho blízkého. Podle matky je zde větší pravděpodobnost rychlejšího zlepšení stavu a uzdravení.

Matku dítěte jen mrzí, že sestry rodiče aktivně nezapojují a neučí je alespoň základním prvkům bazální stimulace.

Pokud matka zapojí při návštěvě prvky bazální stimulace, všimá si u dítěte uvolnění a celkového zklidnění.

Projevy dítěte ji motivují a matka pocítuje radost, že se může zapojit do péče.

Respondent č. 4

Rozhovor byl vedený s babičkou hospitalizovaného dítěte, které bylo přijato po autonehodě pro těžký otřes mozku. Babička není hospitalizovaná společně s dítětem. Oba rodiče utrpěli zranění, která vyžadují také pobyt v nemocnici, a tak nemohou dítě navštěvovat.

Dítě je hospitalizováno sedmý den. Babička za ním dochází každý den. Je již v důchodu, a tak tráví v nemocnici každou volnou chvíli. Někdy je u dítěte i celý den. Čte dítěti knížky, plete a vypráví.

Během hospitalizace dítěte ji sestry o bazální stimulaci něco málo řekly. Nikdy předtím o tom neslyšela. Z informací, které od sester obdržela, jí přijde, že bazální stimulace provádí nevědomky snad každý.

U sester si babička dítěte po získání informací všimla, že bazální stimulace využívají. Při každém zahájení a ukončení péče zapojí iniciální dotek. V časovém intervale polohují dítě do tzv. „hnízda“ a pravidelně provádějí u dítěte masáž stimulující dýchání.

Jelikož se o prvky bazální stimulace babička hospitalizovaného dítěte zajímala, poradily jí sestry některé z nich. Naučily jí iniciální dotek, jak a kdy ho správně používat a poradily jí i stimulaci auditivní a taktilně – haptickou. Tuto stimulaci již babička používala, ale nevěděla, že to všechno patří do bazální stimulace.

Zda má využití bazální stimulace v péči nějaký vliv na dítě babička neví, ale předpokládá, že snad ano. Jelikož považovala prvky bazální stimulace za samozřejmost, ničeho si nevšimla. Ke zlepšení stavu u dítěte ale došlo.

Aktivní zapojení do péče o své vnouče shledává s radostí, i když ho vidí tak bezbranně ležet. Pociťuje radost, když může dítěti vyprávět a být v jeho přítomnosti.

Respondent č. 5

Dítě, které bylo přijato na základě pádu z kola s těžkým otřesem mozku, bylo hospitalizováno společně s matkou. Dítě bylo při vědomí a klidné. Nejspíš v souvislosti s přítomností jeho matky. Otec dochází každý den odpoledne a matku a dítě velmi

podporuje. Matka je celý den u dítěte, jen na noc odchází do svého pokoje pro hospitalizované rodiče s dětmi.

Dítě je v nemocnici hospitalizováno třetí den, hospitalizaci zvládá velmi dobře.

Na otázku, zda matka někdy o bazální stimulaci slyšela, dostávám opět pozitivní odpověď. Matka je velmi informovaná a považuje bazální stimulaci za velký přínos do zdravotnictví, hlavně na takových odděleních jakou je Jednotka intenzivní péče. Říkala, že prvky bazální stimulace používala u svých dětí již od útlého věku, i přesto, že není nijak proškolená.

Matka udává, že prvků bazální stimulace si u sester nevšimla, i když přiznává, že péče u jiných dětí není přítomna. Ona sama se snaží své dítě stimulovat jeho oblíbenými hračkami a povídáním.

Sester se na bazální stimulaci neptala, a tak neměla možnost, aby jí některým naučily. Má pocit, že to zvládne i bez jejich pomoci. I tak je s péčí na tomto oddělení velmi spokojena. Nemá žádné připomínky.

Jak už jsme uvedli, shledává matka bazální stimulaci velmi přínosnou a každému ji doporučuje. Domnívá se, že tak dochází k prohloubení vztahu mezi rodičem a dítětem a v těžších případech ke zlepšení zdravotního stavu. Sama vnímá pozitivní působení na svých dětech, kdy je jí jejich klid a uvolnění odměnou.

Při zapojení prvků bazální stimulace do péče o dítě pociťuje radost z toho, že dělá něco užitečného pro své dítě.

Respondent č. 6

Dítě je hospitalizované na Jednotce intenzivní péče třetí den. Dětský pacient byl přijat k dekompenzaci diabetu. Rozhovor byl vedený s jeho matkou. Matka je hospitalizovaná společně s dítětem. Celý den je na oddělení, večer odchází do nemocničního ubytování. Je jí líto, že nemůže být u svého dítěte přítomna i v noci. Otec dítěte dochází do nemocnice každý den odpoledne po skončení pracovní doby.

Matka udává, že o bazální stimulaci již slyšela, ale nic bližšího o ní neví. Nemůže proto soudit, zda sestry bazální stimulace při své práci používají. I přesto je z péčí velice spokojená. Dle matky jsou všichni milí, přátelští a profesionální.

Sestry umožňují matce zapojit se do péče, ale žádným prvkům jí neučily. Říkají, že je její přítomnost pro dítě to nejdůležitější.

Jelikož není matka podrobněji s metodou bazální stimulace seznámena, nemůže tedy posoudit, zda má stimulace na péči nějaký vliv.

Matka soudí, že důležitá je přítomnost alespoň jednoho z rodičů, aby se cítilo dítě v bezpečí a urychlila se tím léčba. Svou přítomnost shledává radostně a doufá, že se zdravotní stav dítěte brzy zlepší.

Respondent č. 7

Matka je hospitalizovaná společně s dítětem druhý den. Důvodem k hospitalizaci byl otřes mozku po pádu z kola. Dítě je na Jednotce intenzivní péče monitorováno. Je při vědomí a klidné.

Bazální stimulace je matce známá. V rámci svého studia byla o této metodě seznámena. Její využívání při péči o nemocné shledává velmi pozitivně.

Při své přítomnosti si všimla, že sestry prvkům bazální stimulace využívají často, a to i u pacientů, kteří jsou při vědomí a jejich zdravotní stav není tak špatný.

U pacientů s horší diagnózou využívají sestry často iniciálního dotyku, jinak téměř pravidelně se v péči objevuje stimulace auditivní, somatická zklidňující a polohování hnízda.

Dle matky jsou sestry ochotné a matce na požádání některé prvky ukázaly. Ona sama využívá u svého dítěte stimulace auditivní a somatické zklidňující při večerním koupání.

U svého dítěte pozoruje zklidnění a pozitivní přístup k hospitalizaci. Bazální stimulaci považuje za velmi přínosnou. Společná hospitalizace a možnost zapojení se do péče v rámci bazální stimulace je pro matku velmi příjemné.

Respondent č. 8

Dětský pacient byl přijat před čtyřmi dny pro intoxikaci přípravkem na bradavice. K záměně došlo s vitamínem D, když bylo dítě u babičky. V době, kdy byl rozhovor získán, je dítě již stabilizované a monitorované.

Matka dítěte, se kterou byl rozhovor veden, není společně s dítětem hospitalizovaná. Dochází na návštěvu každý den a sleduje pokroky v léčbě. Matka říká, že všichni zdravotničtí pracovníci jsou přátelštější a postupují profesionálně.

V péči o její dítě mohla pozorovat koupání pomocí zklidňující somatické stimulace večer před spaním. S pojmem bazální stimulace se již setkala, a proto se sama snaží do péče zapojit. Když si neví rady nebo se chce něčemu novému přiučit, sestry jsou ochotné a vše jí ukážou. Seznámily ji s iniciálním dotekem, který v její situaci nepovažuje za důležitý, ale i přesto ho při příchodu a odchodu používá.

Využití prvků bazální stimulace shledává velmi pozitivně. Dítě se u koupele zklidní a lépe usíná.

Zapojení do péče považuje matka za samozřejmé. Dítě lépe snáší péči od někoho blízkého než od cizí osoby. Když může být se svým dítětem, pomoci i při péči a vidět pozitivní výsledky, má z toho radost.

Respondent č. 9

Dítě bylo přijato pro podezření pro suicidální (sebevražedný) pokus, seskokem z balkónu. Pacient tvrdí, že k pádu došlo nešťastnou náhodou v náměsíčném stavu. V nemocnici je druhý den k monitorování životních funkcí.

Otec, odpovídající na otázky rozhovoru, hospitalizovaný společně se svým dítětem není. Snaží se být u dítěte co nejčastěji, alespoň ob den, když mu to čas dovolí. Nebydlí v blízkosti nemocnice, a tak pro něj není cestování jednoduché. S matkou dítěte nežijí ve společné domácnosti, proto se v návštěvách střídají.

Bohužel nemůže tvrdit, zda sestry v péči bazální stimulace využívají, jelikož o této metodě nikdy neslyšel.

V této situaci je pro něj nejdůležitější zlepšení zdravotního stavu dítěte, dobré výsledky vyšetření a zjištění důvodu sebevražedného pokusu.

Svou přítomnost považuje za přínosnou pro psychický stav svého dítěte. Lituje jen toho, že si to neuvědomil dřív. V rodině byly v poslední době neshody, proto zkratovitě chování dítěte připisuje tomu.

Sestry se chovají velmi mile, ale žádným prvkům ho neučily, nic mu neukazovaly. Pokud by mohl nějak pomoci, udělalo by mu to velkou radost. Už jen jeho přítomnost u dítěte ho naplňuje pozitivním pocitem.

Respondent č. 10

Dítě hospitalizované po úrazu oka, kdy si při malování zapíchlo barevnou pastelku do levého oka. Při úrazu nedošlo ke zranění důležitých částí oka, ale i přesto zůstalo dítě na Jednotce intenzivní péče hospitalizované a monitorované. Denně je oko převazované a vyplachované, jelikož v ráně zůstala barevná část pastelky. Dítě je hospitalizováno první den. Matka má v plánu zůstat v nemocnici s dítětem.

Otec bude docházet každý den a matku v péči střídat, aby si odpočinula.

Již při příjmu byla staniční sestrou informována o využití bazální stimulace při péči. Později jí sestry ukázaly i některé prvky, jako například iniciální dotek, který využívá při příchodu. Dítě má oko zalepené, a tak tuto metodu shledává velmi pozitivně. Dochází tak k pocitu bezpečí a jistoty u dítěte.

Sami sestry používají při koupání stimulaci somatickou, a to zklidňující. Doporučily matce i stimulaci auditivní.

Matka se do péče o své dítě zapojila a hodlá v tom pokračovat i v dalších dnech. Dle matky má její přítomnost opodstatnění. Dítě je klidné a již první den může sledovat zlepšení stavu.

Prvky bazální stimulace využívá se zájmem, radostí a sebejistotou.

4.3 Sumarizace odpovědí semi-strukturovaného rozhovoru

Z tabulky č. 1 můžeme vyčíst, jak dlouho jsou děti respondentů hospitalizované. 5 respondentů udalo, že délka hospitalizace je 1 – 3 dny, 4 – 6 dní uvedli respondenti 3 a zbylí 2 respondenti udali 7 – 9 dní.

Tabulka č. 1 Délka hospitalizace dítěte

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
1.-3. dny					x	x	x		x	x
4.-6. dní	x		x					x		
7.-9. dní		x		x						

Tabulka č. 2 ukazuje, s jakou diagnózou byly děti hospitalizované. Subdurální hematom uvedli respondenti 2, komoci mozku uvedli 3 respondenti. U zbylých hospitalizovaných dětí byla diagnostikována onemocnění jako diabetes mellitus, intoxikace, meningokoková infekce, autonehoda, suicidální pokus a úraz oka.

Tabulka č. 2 Diagnóza hospitalizovaného dítěte

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
subdurální hematom		x	x							
komoce mozku				x	x		x			
intoxikace								x		
diabetes mellitus						x				
meningokoková infekce	x									

úraz oka										x
suicidální pokus - monitorace									x	

Tabulka č. 3 nás informuje o návštěvnosti rodičů či příbuzných dítěte během hospitalizace. 5 respondentů uvedlo, že své dítě navštěvují v nemocnici každý den, přítomnost obden uvedl 1 respondent a zbylí 4 respondenti byli hospitalizováni společně s dětmi.

Tabulka č. 3: Návštěvnost rodičů či příbuzných dítěte

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
každý den	x	x	x	x				x		
obden									x	
společná hospitalizace					x	x	x			x

O bazální stimulaci slyšelo nebo informace mělo 7 dotazovaných a pouze 3 o této metodě ještě neslyšeli (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4 Povědomí rodičů či příbuzných o bazální stimulaci

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
ANO	x	x	x		x	x		x		x
NE				x			x		x	

Během hospitalizace a ošetřování dítěte byla bazální stimulace používána u 7 dětí, což uvedli respondenti. 3 dotazovaní si u sester využití prvků bazální stimulace nevšimli (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5 Používání prvků bazální stimulace sestrami

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
ANO	x	x	x	x			x	x		x
NE					x	x			x	

Nejčastěji využívaným prvkem bazální stimulace byl iniciační dotek, to uvedlo 6 respondentů. Dalším prvkem, který se v péči o děti objevil byla somatická stimulace zklidňující, a to ve třech případech. Polohování „hnízda“ uvedli respondenti 4, masáž stimuluje dýchání také 4 a auditivní stimulaci respondent 1. Ve třech případech nebyla bazální stimulace u dětí využita vůbec (viz tabulka č. 6).

Tabulka č. 6 Četnost používání prvků bazální stimulace

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
Iniciační dotek	x	x	x	x			x			x
Somatická stimulace zklidňující							x	x		x
Somatická stimulace povzbuzující										
Neurofyziologická stimulace										
Symetrická stimulace										
Rozvíjející somatická stimulace										

Diametrální stimulace										
Polohování „hnízdo“		x	x	x				x		
Polohování „mumie“										
Kontaktní dýchání										
Masáž stimulující dýchání	x	x	x	x						
Vestibulární stimulace										
Vibrační stimulace										
Optická stimulace										
Auditivní stimulace								x		
Orální stimulace										
Olfaktorická stimulace										
Taktilně - haptická stimulace										
Jiné										
Žádné						x	x			x

Sestry zapojili rodinu do péče v rámci bazální stimulace u 6 respondentů, pouze 4 respondenti zapojeni nebyli (viz tabulka č. 7).

Tabulka č. 7 Zapojení do péče v rámci bazální stimulace

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
ANO	x	x		x			x	x		x
NE			x		x	x			x	

Nejčastějším prvkem bazální stimulace, kterému sestry rodinu učily, patřily iniciální dotek a auditivní stimulace, a to u 6 případů. Somatická stimulace byla uvedena u 1 respondenta, taktilně – haptická u 2 a u 4 respondentů nebyly ukázány prvky žádné (viz tabulka č. 8).

Tabulka č. 8 Četnost prvků bazální stimulace, které sestry rodiče naučily

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
Iniciální dotek	x	x		x				x		x
Somatická stimulace zklidňující							x			
Somatická stimulace povzbuzující										
Neurofyziologická stimulace										
Symetrická stimulace										
Rozvíjející somatická stimulace										
Diametrální stimulace										
Polohování „hnízdo“										
Polohování „mumie“										
Kontaktní dýchání										
Masáž stimulující dýchání										
Vestibulární stimulace										
Vibrační stimulace										
Optická stimulace										
Auditivní stimulace	x	x		x			x			x
Orální stimulace										
Olfaktorická stimulace										
Taktilně - haptická stimulace		x		x						

Jiné										
Žádné			x		x	x			x	

7 rodičů tvrdilo, že zapojení prvků bazální stimulace do péče mělo na dítě nějaký vliv, 3 respondenti nevěděli, zda bazální stimulace nějaký vliv má. Nikdo však neuvedl, že vliv nemá (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 9 Vliv prvků bazální stimulace na dítě

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
ANO	x	x	x		x		x	x		x
NE										
NEVÍM				x		x			x	

Pozitivní vliv na dítě v rámci ošetřování pomocí bazální stimulace pocítuje 8 dotazovaných respondentů. Pouze 2 neví, jaký vliv na dítě využití prvků bazální stimulace má (viz tabulka č. 10).

Tabulka č. 10 Charakter vlivu prvků bazální stimulace na dítě

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
pozitivní vliv	x	x	x	x	x		x	x		x
negativní vliv										
nemá žádný vliv										
nevím						x			x	

2 respondenti uvedli zlepšení zdravotního stavu dítěte, další 2 dotazovaní pocítili u svého dítěte pozitivní přístup k hospitalizaci, u 5 dětí došlo při využití prvků bazální stimulace ke zklidnění a uvolnění. 1 respondent nepocítil projev žádný a 2 respondenti uvedli, že neví (viz tabulka č. 11).

Tabulka č. 11 Projevy vlivu prvků bazální stimulace na dítě

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
zlepšení zdravotního stavu				x						x
pozitivní přístup k hospitalizaci							x	x		
zklidnění, uvolnění		x	x		x		x			x
žádný projev	x									
nevím						x			x	

8 respondentu udává pozitivní pocit při zapojení prvků bazální stimulace do péče, u 1 dotazovaného nebyly prvky zapojeny vůbec a 1 respondent uvedl, že prvky zapojeny nebyly, ale při svém aktivním zapojení měl pozitivní pocit (viz tabulka č. 12).

Tabulka č. 12 Pocity rodičů, zapojených do péče s využitím prvků bazální stimulace

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
pozitivní pocit	x	x	x	x	x	x	x	x		x
negativní pocit										
prvky nezapojeny						x			x	
žádný pocit										
nevím										

Všichni dotazovaní shledávali při péči o své dítě radost (viz tabulka č. 13).

Tabulka č. 13 Shledávali jste péči s radostí nebo jste plnili pouze úkol?

	respondent 1	respondent 2	respondent 3	respondent 4	respondent 5	respondent 6	respondent 7	respondent 8	respondent 9	respondent 10
radost	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
plnění úkolu										

5 DISKUZE

V této diplomové práci jsme se zabývali tím, zda sestry na pediatrických jednotkách intenzivní péče využívají ve své profesi prvků bazální stimulace a zda jsou rodiče o této metodě informováni. Dále nás zajímalo, a to v obou případech, jaký zaujímají sestry a rodiče k využívání bazální stimulace postoj.

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na pediatrické jednotce intenzivní péče a rodiče hospitalizovaných dětí. Soubor, který odpovídal na anonymní dotazníky, tvořilo 80 respondentů/sester. Respondentů/rodičů absolvujících semi – strukturovaný rozhovor bylo 10.

V první části diskuze se budeme věnovat výsledkům šetření v rámci anonymních dotazníků. Výzkumný soubor tvořily převážně sestry s dlouholetou praxí, které měly dostatek zkušeností (viz graf 1). Jejich délka praxe na pediatrických jednotkách intenzivní péče se pohybovala v různých časových intervalech (viz graf 2).

Na otázku, zda respondenti/sestry znají pojem bazální stimulace, odpovědělo všech 80 (100 %) respondentů, že ano (viz graf 3). Informace o stimulačním konceptu získávaly z kvalifikačních nebo specializačních studií, kurzů či přednášek (viz graf 4). Některé uvedly i vlastní iniciativu (viz graf 5). Je velmi potěšující, že jsou i takové sestry, které se vzdělávají ze své vůle a chtějí získat nové poznatky k netradičním metodám a postupům. Snad každý, kdo se ocitne v roli pacienta je potěšen, když je mu poskytnuta kvalitní péče od vzdělané sestry.

K prvnímu cíli jsme si stanovili hypotézu, že sestry pracující na pediatrické jednotce intenzivní péče při své profesi bazální stimulaci využívají. Tato hypotéza se nám potvrdila. 60 (75 %) dotazovaných sester prvků bazální stimulace využívá a pouhých 20 (25 %) sester ne (viz graf 6).

Nejčastěji využívaným prvkem byl uveden iniciální dotek (viz graf 7). Sestra, která přichází k nemocnému a svým dotekem ho informuje o začátku vykonávané činnosti, tím usnadňuje nejen pacientovu orientaci v dané situaci, ale dává mu tím najevo i svou přítomnost, navozuje atmosféru a důvěru. Dalším velmi často uváděným prvkem bylo polohování a masáž stimulující dýchání (viz graf 7). Ostatní prvky se v odpovědích

objevily v menším počtu, což je škoda, jelikož i jiné stimulační prvky jsou v péči o nemocné velkým pomocníkem.

Důvodem, proč sestry prvky bazální stimulace při své péči o nemocné nevyužívají, byl nejčastěji nedostatek zkušeností (viz graf 8). Je zajímavé, že většina sester má informace z kurzů, studií či přednášek, a i přesto tyto poznatky nevyužívají. Pokud mají pocit nedostatku zkušeností, co jim bránilo si poznatky doplnit a využít ve své praxi? To bychom mohli navrhnout jako předmět dalšího možného šetření.

Dalším z důvodů byl i nedostatek času (viz graf 8). Zajímalo by nás, jak je možné, že část sester na využití prvků čas má a část sester nikoli. Není to snad jen výmluva pro neochotu či nezájem měnit stereotypní osvědčené metody?

1 sestra uvedla důvod jiný, než jaký byl zadán v možnostech. Tím důvodem byla přítomnost rodičů u lůžka dítěte.

Friedlová (12) ve své knize uvádí, že využití prvků bazální stimulace při péči o nemocného nezabere o moc víc času, než když postupujeme v péči o pacienta standardní metodou. Navíc je možné tyto prvky použít během celého dne, v kteroukoli hodinu.

V další části dotazníku nás zajímalo, zda sestry učí rodiče/pečovatele dětského pacienta prvkům bazální stimulace. Většina sester pacientovu rodinu do péče zapojuje a učí je prvkům, které samy při péči využívají (viz graf 14). Nejčastěji právě zmiňovanému iniciálnímu doteku (viz graf 15).

Ty sestry, které rodinu nezapojují v rámci konceptu bazální stimulace, shledaly rodinu jako nedostatečně zkušenou pro tuto metodu nebo ony samy prvky vůbec nevyužívají (viz graf 16). Důvodem byl také již zmiňovaný nedostatek času či neochota (viz graf 16).

Přítomnost rodiny u nemocného a zapojení do péče blízké osoby pacienta působí pozitivně a dochází mnohdy i k zlepšení stavu. Usnadňuje to nemocnému rychleji se adaptovat a cítit se bezpečně. To také uvádí ve své knize Friedlová (12). Proč tedy některé sestry neumožní rodině zapojit se do péče o své blízké? To by opět mohlo být předmětem dalšího šetření.

Účast rodiny na péči shledávalo 75 (94 %) sester pozitivně (viz graf 17). Dle jejich názoru dochází ke zlepšení stavu nemocného, lepší spolupráci s ním i jeho rodinou, vzájemné spokojenosti a dokonce i lepší a kvalitnější péči (viz graf 18). 5 (6 %) sester uvedlo, že pozitivitu neshledalo. Ty sestry, které účast rodičů na péči pozitivně neshledaly, uvedly jako důvod neznalost rodičů ve 2 případech a 3 sestry rodiče prvkům vůbec neučilo.

Druhá hypotéza byla zaměřena na postoj sester k využívání bazální stimulace. Uvedli jsme, že sestry mají k vykonávání bazální stimulace pozitivní postoj. Tato hypotéza se nám také potvrdila. I přesto, že 22 (28 %) dotazovaných sester zaujímá k bazální stimulaci neutrální vztah (indiference), většina dalších sester přistupuje k této metodě s aktivním pozitivním vztahem či vnějším souhlasem (viz graf 20).

Zapojení prvků bazální stimulace shledávají sestry velmi kladně (viz graf 12) a sledují u pacienta zlepšení stavu a lepší komunikaci či spolupráci (viz graf 10, 11). Opačný efekt či nechuť k další spolupráci uvedla jen malá část respondentů (viz graf 13).

Jedním z důvodů, proč sestry bazální stimulaci při práci nevyužívají, je podle našeho názoru i to, že nejsou dostatečně motivované. Ať už jde o stránku finanční či zkvalitnění péče o nemocné. Velkou pomocí zapojit bazální stimulaci do péče u pacientů by mohlo být školení všech sester v rámci celoživotního vzdělávání. Kvalifikovaný školitel může sestřím důležitost a funkčnost bazální stimulace přiblížit a pomoci jim tak vytvořit si pozitivní postoj k využívání této metody v praxi.

V kvalitativní části výzkumu jsme oslovili rodiče hospitalizovaných dětí. Kromě délky hospitalizace dítěte (viz tabulka č. 1) a příjmové diagnózy (viz tabulka č. 2) nás zajímalo, zda rodiče mají o metodě bazální stimulace informace. Více než polovina dotazovaných rodičů informace měla (viz tabulka č. 4), a tak mohli sledovat, zda sestry při péči prvky konceptu využívají (viz tabulka č. 5). Pokud byla bazální stimulace do péče zapojena, nejčastěji se objevil iniciační dotek, polohování a masáž stimulující dýchání (viz tabulka č. 6). Malá část respondentů uvedla, že prvky zapojeny nebyly vůbec (viz tabulka č. 6).

Ti respondenti, kteří informace o stimulačním konceptu neměli, často nemohli posoudit, zda se prvků bazální stimulace využívá či se postupuje dle standardních metod (viz tabulka č. 5, 6).

Mnohé sestry zapojily i rodinu do péče, a to v rámci bazální stimulace (viz tabulka č. 7). Učily je prvkům, které byly při péči využívány, a to nejčastěji iniciálnímu doteku (viz tabulka č. 8).

Při zapojení do péče rodiče nejčastěji uváděli zklidnění dítěte a zlepšení jeho stavu (viz tabulka č. 11). Téměř většina dotazovaných shledávala pozitivní pocit (viz tabulka č. 12) a péči plnila s radostí a motivací (viz tabulka č. 13).

Dost často rodiče udávali, že bazální stimulaci shledávají velmi přínosnou pro zdravotnictví právě proto, že pohlíží na pacienta jako na individuální bytost s rozdílnými potřebami a ohlíží se na jeho autobiografii.

Doufáme, že díky těmto výsledkům vyzdvihneme důležitost využití prvků bazální stimulace v péči o pacienty, a to nejen v pediatrii.

6 ZÁVĚR

Bazální stimulace je pro zdravotníky velkým přínosem a pomocníkem v jejich profesi. Umožňuje přiblížit se pacientovým potřebám a zvykům, které jsou pro něho důležité a nepostradatelné. Pohlíží na nemocné jako na individuální holistickou bytost, která má odlišné potřeby než všichni ostatní.

Šetřením na pediatrických jednotkách intenzivní péče se nám potvrdilo, že sestry prvky bazální stimulace ve své ošetrovatelské praxi využívají a také do péče o dítě s prvky bazální stimulace zapojují i rodiče nebo další rodinné příslušníky. I přesto, že se využívání bazální stimulace nevyskytuje u všech dotazovaných sester, je v současnosti tato metoda již rozšířena a oblíbená. Sestry, které tuto metodu nevyužívají, neudávají žádný odpor, a to je také důležité. Ukazuje to na to, že není nikde dáno, že se k této metodě v budoucnosti neobráťí a nezačnou ji ve své profesi využívat. Naopak sestry, které již s touto metodou pracují, jsou spokojené a shledávají dobré výsledky.

Dále jsme zjistili, že i rodiče mají vcelku dost informací o bazální stimulaci a s jejím využíváním ve zdravotnictví plně souhlasí. Shledávají pozitivní stránku této metody a přiklánějí se k jejímu využití.

Výsledky této práce mají poukázat na pokrok ve zdravotnictví a pojetí pacienta jako osoby, pro kterou jsme tu my. Naše snaha o zkvalitnění péče pomocí bazální stimulace je přínosem pro všechny nemocné, kteří se ocitnou v situaci, kdy potřebují pomoc od druhých.

Jelikož jsme si vědomi některých nedostatků v této diplomové práci a během výzkumného šetření jsme si pokládali otázky, na které neznáme odpověď, myslíme si, že by to mohlo být důvodem pro navrhnutí ještě dalšího podrobnějšího šetření.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANON. *Koncept bazální stimulace*. [online] Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.com> [cit. 2012 – 2 -28]
2. ANON. *Sociální skupina (struktura, dynamika, druhy)*. [online] Dostupné z: <http://mechatronik.blog.cz/0902/22-socialni-skupina-struktura-dynamika-druhy> [cit. 2012 – 03 -03]
3. BODAJ o.s. *Rozvoj schopností a dovedností*. [online] Dostupné z: <http://www.bodaj.com/cz/cinnost/rozvoj-schopnosti-a-dovednosti/> [cit. 2012 – 2 – 28]
4. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2000. 127 s. ISBN 80 – 8063 – 050 – X
5. BORÝSKOVÁ, H. *Vademekum bazální stimulace*. [online] Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/vademecum-bazalni-stimulace/f540> [cit. 2012 – 2 – 28]
6. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ – ÚSTÍ NAD ORLICÍ. *Meningokokové infekce*. [online] Dostupné z: <http://www.cckuo.cz/stazeni/mening.pdf> [cit. 2012 – 4 – 22]
7. DOTEK o.p.s. *Základní informace. Bazální stimulace*. [online] Dostupné z: <http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/stahnout/bazalni-stimulace.pdf> [cit. 2012 – 2 – 28]
8. DÖTTLINGER, B., MEYER, E., WUST, E. *Achtsamkeit– Abschlussarbeiten Praxisbegleiter/in Basale Stimulation in der Pflege*. 1. vyd. Berlin: Pro BUSINESS, 2009. 223 s. ISBN 978 – 3 – 86805 – 386 - 9
9. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Mikadapress s. r. o., 2007. 403 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 447 - 4
10. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO Brno, 2005. 414 s. ISBN 80 – 7013 – 427 – 5

11. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu Ošetřovatelství I. a 2.Díl*. 1. vyd. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2005. 100 s. ISBN 80 – 239 – 6132 – 2
12. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1314 – 4
13. FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace*. [online] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/dynamika-osetrovatelstvi-bazalni-stimulace-283933> [cit. 2012 – 2 – 28]
14. GUT, J. *Otravy v dětském věku*. [online] Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1826&magazine_id=4 [cit. 2012 – 2 – 28]
15. HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 776 s. ISBN 80 – 7367 – 092 – 5
16. JURÁŇ, V., SMRČKA, M., SMRČKA, V. *Poranění mozku*. [online] Dostupné z: http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Neurochirurgie/Medici_traum.htm [cit. 2012 – 4 – 22]
17. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9
18. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80 – 86432 – 38 – 6
19. KOMENDOVÁ, G. *Rettův syndrom*. [online] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/104515/pedf_b/Bakalarska_prace-Rettuv_syndrom.txt [cit. 2012 – 2 – 28]
20. KOUTEK, J. *Formy, způsoby a motivy suicidálního jednání*. [online] Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2213> [cit. 2012 - 2 – 28]

21. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů.* [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-terapie-suicidalnich-deti-a-adolescentu-285065> [cit. 2012 – 2 – 28]
22. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality.* [online] Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_8_431_435.pdf [cit. 2012 – 2 – 28]
23. KRŠÍKOVÁ, S., SZABOVÁ, H. *Intoxikace v dětském věku.* [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/intoxikace-v-detskem-veku-285326> [cit. 2012 – 4 – 22]
24. LÉKAŘIONLINE.CZ. *Úrazy oka.* [online] Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/ocni-lekarstvi/novinky/urazy-oka> [cit. 2012 – 4 – 22]
25. LOTHAR, U., STOLECKI, D., GRÜNEWALD, M. *Intensivpflege und Anästhesie.* 2. vyd. Stuttgart: Thieme, 2010. 729 s. ISBN 978 – 3 – 13 – 130912 – 9
26. MASAŘÍKOVÁ, R. *Diabetes mellitus u dětí.* [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/diabetes-mellitus-u-deti-294474> [cit. 2012 – 2 – 28]
27. MEDICABAYE.CZ. *Úrazy oka.* [online] Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=23&cname=Oftalmologie&letter=U&termId=1763&name=%C3%9Arazy+oka&h=empty#jump [cit. 2012 – 4 – 22]
28. MEDICAL. *Bazální stimulace – JIP a ARO.* [online] Dostupné z: <http://www.medical.estranky.cz/clanky/osetrovatelstvo/bazalni-stimulace---jip-a-aro.html> [cit. 2012 – 2 – 28]

29. MEDICÍNA, NEMOCI, STUDIUM NA 1. LF UK. *Otřes mozku*. [online]
Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=otres-mozku> [cit. 2012 – 8 – 28]
30. MECHOVÁ, I., MAJKUSOVÁ, K. *Bazální stimulace na JIP*. [online] Dostupné
z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bazalni-stimulace-na-jip-281815> [cit. 2012 –
2 – 28]
31. MLČOCH, Z. *Otřes mozku – definice, příznaky, první pomoc, léčba, rekonvalescence*. [online] Dostupné z:
[http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-
vysetreni/otres-mozku-definice-priznaky-prvni-pomoc-lecba-rekonvalescence](http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/otres-mozku-definice-priznaky-prvni-pomoc-lecba-rekonvalescence)
[cit. 2012 – 4 – 22]
32. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 287 s.
ISBN 80 – 200 – 0690 – 7
33. NEMOCNICE HAVÍČKŮV BROD. *Koncept bazální stimulace*. [online]
Dostupné z: <http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=154&nLanguageID=1>
[cit. 2012 – 2 – 28]
34. NOVOTNÁ, V. *Nemocnice v Jihlavě usiluje o certifikát bazální stimulace*.
[online] Dostupné z: [http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/nemocnice-v-
jihlave-usiluje-o-certifikat-bazalni-stimulace-451158?seo_name=zdr](http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/nemocnice-v-jihlave-usiluje-o-certifikat-bazalni-stimulace-451158?seo_name=zdr) [cit. 2012 –
2 – 28]
35. NYDHAL, P., BARTOSZAK, G. *Basale Stimulation – Neue Wege in der Intensivpflege*. 3. vyd. München: Urban & Fischer, 2000. 253 s. ISBN 3 – 437 –
26501 - 6
36. PLISKOVÁ, A. *Bazální stimulace u seniorů s Alzheimerovou chorobou*. [online]
Dostupné z:
[http://is.muni.cz/th/69739/pdf_m/Basalni_stimulace_u_senioru_s_Alzheimerov
ou_chorobou.pdf](http://is.muni.cz/th/69739/pdf_m/Basalni_stimulace_u_senioru_s_Alzheimerov_ou_chorobou.pdf) [cit. 2012 – 2 – 28]

37. QUIP. *Bazální stimulace (základní)*. [online] Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/bazalni-stimulace.html> [cit. 2012 – 2 – 28]
38. ROHÁČOVÁ, H. *Meningokokové infekce a možnosti jejich prevence*. [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/meningokokove-infekce-a-moznosti-jejich-prevence-452983> [cit. 2012 – 4 – 22]
39. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1613 – 8
40. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 280 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3286 – 2
41. SVĚTLUŠKA. *Bazální stimulace*. [online] Dostupné z: <http://www.svetluska.info/bazalni-stimulace.php> [cit. 2012 – 2 – 28]
42. ŠÁNDÓROVÁ, I. *Bazální stimulace u klientů s dg. Perzistentního vegetativního stavu*. [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389> [cit. 2012 – 2 – 28]
43. TICHÝ, M. *Kraniocerebrální poranění u dětí*. [online] Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t313.rtf> [cit. 2012 – 4 – 22]
44. UHROVÁ, G. *Anatomie oka a nejčastější úrazy očí*. [online] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/anatomie-oka-a-nejcastejsi-urazy-oci-449181> [cit. 2012 – 4 – 22]
45. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
46. VITAE. *Meningoková infekce*. [online] Dostupné z: http://www.vitae.ic.cz/meningokokova_infekce.html [cit. 2012 – 4 – 22]

47. VOSTRČILOVÁ, J. *Bazální stimulace jako edukační metoda v rehabilitační třídě.* [online] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/78410/pedf_b/BP_JV_Bazalni_stimulace.txt [cit. 2012 – 2 – 28]
48. WOLFOVÁ, Věra. Bazální stimulace – pohled ze zákulisí, *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 26 – 27. ISSN 1210 – 0404
49. WOLFOVÁ, Věra. Ošetřuj nemocného dušič!, *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 1, s. 17 – 18. ISSN 1210 – 0404
50. ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2099

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Bazální stimulace, jednotka intenzivní péče, dítě, pediatrie

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Vážená/ý kolegyně/kolego,

jsem studentkou kombinovaného navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství (modul pediatrie) na ZSF JU v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku. Všechny údaje budou považované za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce na téma: Bazální stimulace na pediatrických jednotkách intenzivní péče. Odpovědi prosím zakřížkujte.

Předem Vám děkuji za spolupráci

Bc. Soukupová Alena

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - 1 – 5 let
 - 6 – 10 let
 - 11 let a více

2. Jak dlouho pracujete na pediatrické jednotce intenzivní péče (JIP)?
 - 1 – 5 let
 - 6 – 10 let
 - 11 let a více

3. Znáte pojem bazální stimulace?
 - Ano
 - Ne

4. Kde jste získal/a informace/vzdělání o bazální stimulaci?
 - V kvalifikačním studiu (na SZŠ, VOŠ, univerzitě)
 - Ve specializačním studiu
 - V kurzu
 - Jiné:.....

5. Využíváte při své práci na pediatrické JIP prvky bazální stimulace?
 - Ano
 - Ne

6. Pokud ano, zaškrtněte ty prvky, které využíváte nejčastěji (nejvíce tři prvky):

- Iniciální dotek
- Somatická stimulace zklidňující
- Somatická stimulace povzbuzující
- Neurofyziologická stimulace
- Symetrická stimulace
- Rozvíjející somatická stimulace
- Polohování „hnízdo“
- Polohování „mumie“
- Kontaktní dýchání
- Masáž stimulující dýchání
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně – haptická stimulace
- Jiné:.....

7. Pokud nevyužíváte žádné prvky bazální stimulace, napište prosím důvod:

- Nedostatek času
- Nedostatek zkušeností
- Neochota zavádět prvky bazální stimulace do praxe
- Neznalost prvků bazální stimulace
- Jiné:.....

8. Pokud prvky bazální stimulace využíváte, jaké pozitivní výsledky shledáváte?

- Zlepšení stavu vědomí pacienta
- Zlepšení motoriky pacienta
- Zlepšení komunikace s pacientem
- Zlepšení spolupráce s pacientem
- Zlepšení spolupráce s rodinou pacienta
- Jiné:.....

9. Shledáváte také výsledky negativní?

.....

10. Pokud shledáváte negativní výsledky, napište prosím jaké:

.....

11. Učíte také rodiče/ pečovatele dětského pacienta prvkům bazální stimulace?

- Ano
- Ne

12. Pokud ano, které prvky je učíte?

- Iniciální dotek
- Somatická stimulace zklidňující
- Somatická stimulace povzbuzující
- Neurofyziologická stimulace
- Symetrická stimulace
- Rozvíjející somatická stimulace
- Diametrální stimulace
- Polohování „hnízdo“
- Polohování „mumie“
- Kontaktní dýchání
- Masáž stimulující dýchání
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně – haptická stimulace
- Jiné:.....

13. Pokud ne, napište prosím
důvod:.....
.....

14. Shledáváte účast rodičů na péči o dítě prostřednictvím prvků bazální stimulace jako pozitivní?

- Ano
- Ne

15. Pokud ano, napište prosím, v čem se tato pozitivita projevuje nejvíce:.....
.....

16. Pokud ne, napište prosím důvod:
.....
.....

17. Jaký postoj zaujímáte k využívání bazální stimulace?

- Angažovanost (aktivní pozitivní vztah)
- Konformita (vnější souhlas)
- Indiference (neutrální vztah)
- Nesouhlas
- Aktivní odpor

Příloha 2 – Semi-strukturovaný rozhovor

Semi - strukturovaný rozhovor s rodiči hospitalizovaných dětí

1. Jak dlouho je Vaše dítě hospitalizované?
2. S jakou diagnózou je dítě hospitalizované?
3. Jak dlouho a jak často za dítětem do nemocnice docházíte?
4. Slyšeli jste někdy o bazální stimulaci?
5. a) Všimli jste si u sester, že by při péči zapojily i prvky bazální stimulace?

b) Jaké prvky využívají sestry nejčastěji?

- Iniciální dotek
- Somatická stimulace zklidňující
- Somatická stimulace povzbuzující
- Neurofyziologická stimulace
- Symetrická stimulace
- Rozvíjející somatická stimulace
- Diametrální stimulace
- Polohování „hnízdo“
- Polohování „mumie“
- Kontaktní dýchání
- Masáž stimulující dýchání
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně – haptická stimulace
- Jiné:.....

6. a) Naučily Vás sestry prvkům bazální stimulace v rámci zapojení se do péče?

b) Které?

- Iniciální dotek
- Somatická stimulace zklidňující
- Somatická stimulace povzbuzující
- Neurofyziologická stimulace
- Symetrická stimulace
- Rozvíjející somatická stimulace
- Diametrální stimulace
- Polohování „hnízdo“
- Polohování „mumie“
- Kontaktní dýchání
- Masáž stimulující dýchání
- Vestibulární stimulace
- Vibrační stimulace
- Optická stimulace
- Auditivní stimulace
- Orální stimulace
- Olfaktorická stimulace
- Taktilně – haptická stimulace
- Jiné:.....

7. a) Myslíte si, že zapojení prvků bazální stimulace do péče, má na dítě nějaký vliv?
b) Jaký?
c) Jak se to u dítěte projevuje?

8. a) Pokud jste měli možnost zapojit se do péče a využít prvky bazální stimulace, jaký jste z toho měli pocit?
b) Shledávali jste péči s radostí nebo jste plnili pouze úkol?