



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi

Vypracoval: Eva Sládková
Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi

Současný stav

V současnosti patří tento koncept v zemích Evropské unie k velmi uznávaným a využívaným konceptům v ošetrovatelské péči, ale i v oblasti pedagogiky. Tento koncept se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a využívá se zejména v péči u dětí předčasně narozených, v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí. Cílem konceptu je uspořádat podmínky uživatelů zdravotní péče tak, aby byl podporován jejich vývoj, autonomie a umožnění prožití jejich života v nejvyšší možné míře kvality.

Cíle práce

V této bakalářské práci jsme si stanovili dva cíle. Prvním cílem mé práce bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace. Cílem druhým bylo zjistit, jak všeobecné sestry využívají bazální stimulaci na vybraných odděleních.

Metodologie

Pro empirickou část k získání a ke zpracování potřebných dat bylo využito kvalitativního výzkumu a provedení polostrukturovaného rozhovoru s dotazovanými respondenty na vybraných odděleních. Výzkumný soubor tvořilo celkem 16 respondentů. Byly to všeobecné sestry pracující na interním, traumatologickém a rehabilitačním lůžkovém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a všeobecné sestry pracující v Hospici svatého Lazara v Plzni.

Výsledky

Po provedení analýzy získaných dat nám vznikly 2 hlavní kategorie. U první kategorie: *„Orientovanost sester v oblasti aplikace prvků bazální stimulace*

v ošetrovateľskej praxi“ nám vzniklo 8 podkategórií výsledkú rozhovorú se všeobecnými sestrami. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry na vybraných odděleních znají pojem bazální stimulace, některé prvky BS, ale pouze tři absolvovaly kurz bazální stimulace. U kategorie druhé: „*Využití prvků bazální stimulace všeobecnými sestrami na daných odděleních*“ vzniklo podkategórií 5. Polovina dotazovaných respondentek neaplikují prvky BS a druhá polovina pouze některé, z čehož vyplývá, že kdyby prošly kurzem BS všechny všeobecné sestry, mohly by tak využívat bazální stimulaci a tím výrazně zkvalitnit ošetrovateľskou péči aplikací nevhodnějších prvků BS.

Závěr

Z šetření vyplynulo, že je personál nedostatečně informovaný o konceptu bazální stimulace. Výsledky potvrzují, že koncept aplikují zejména všeobecné sestry, které prošly kurzem bazální stimulace. Ostatní sestry aplikují jen některé prvky, které znají z pozorování proškolených zdravotnických pracovníků, kteří mají kurz BS a aplikují ho v ošetrovateľskej praxi, nebo díky informacím ze školy, či jiných zdrojů. Nemůže tedy docházet ke kvalitnímu poskytování jednotlivých prvků bazální stimulace a správné edukaci a komunikaci s rodinou, která je v rámci BS velmi důležitá. Nakonec byl vytvořen souhrn Desatero bazální stimulace.

Klíčová slova

Bazální stimulace, klient, vnímání, koncept, ošetrovateľská nabídka, ošetrovateľská intervence

Abstract

The use of elements of the basal stimulation in nursing praxis

The actual state

Nowadays this concept belong among very accredited and very used concepts in nursing praxis and pedagogy in the countries of Europe. This concept deals with all areas of human needs and is used especially in taking care of premature infants, children and adults with intellect and somatic disability, people with different acute and chronic diseases, patients after brain injuries and clients with dementia. The aim of the concept is to organize the conditions of health care users in order to support their development, autonomy, and provide them with a chance to live their life in a highest possible quality.

Objectives of the work:

In this bachelor thesis there were stated two goals. The first objective of my work was to find out how the nurses orientate in the area of the basal stimulation. The second one was to find out how the nurses use the basal stimulation in different departments.

The methodology:

To gain and to process all the data needed for the empirical part we used qualitative research and we executed the semi-structured interview with the surveyed respondents on chosen departments. The research group consisted of 16 respondents. All of it were nurses working on internal, traumatology, and rehabilitation inpatient department of South bohemian region and nurses working at a Hospice of St. Lazarus in Pilsen.

Results:

After executing the analysis of the received data two main categories appeared. In the first category:

"Orientation of nurses in application in area of basal stimulation elements in nursing praxis" appeared 8 subcategories of results of interviews with nurses. It was

found out that nurses on the chosen departments know the term "basal stimulation", some elements of BS, but only 3 of them completed the course of basal stimulation. Within the second category "*the use of basal stimulation by nurses on the chosen departments*"_appeared 5 subcategories. First half of the surveyed nurses do not apply elements of BS and the second half do apply only some of them. It implies that if all the nurses would have finished the course of BS they could have used the BS and significantly improve the nursing care with the application of the most appropriate elements of BS.

The conclusion:

The research implies that the medical staff is inadequately informed about the concept of BS. The results confirm that the concept is applied mainly by nurses who have finished the course of BS. Other nurses apply only some parts of it which they know from observing the educated medical staff applying the BS in their nursing praxis or thanks to the information they have from school or other sources. There is therefore no chance of quality provision of BS elements and correct education and communication with family which is very important when providing BS. Subsequently, there was created a summary of "Ten of the basal stimulation commandments".

Key words:

Basal stimulation, client, perception, concept, nursing offer, nursing intervention

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – 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 2. 5. 2016

.....

Eva Sládková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Zdeňce Pavelkové, Ph.D. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	12
1.1	HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	12
1.2	KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE	13
1.3	VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	16
1.4	ROLE SESTRY V APLIKACI BAZÁLNÍ STIMULACE	18
1.5	PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	19
1.6	ZÁKLADNÍ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	20
1.6.1	<i>Somatická stimulace</i>	<i>20</i>
1.6.2	<i>Vibrační stimulace</i>	<i>30</i>
1.6.3	<i>Vestibulární stimulace</i>	<i>31</i>
1.7	NÁSTAVBOVÉ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	32
1.7.1	<i>Optická stimulace</i>	<i>32</i>
1.7.2	<i>Auditivní stimulace</i>	<i>33</i>
1.7.3	<i>Orální stimulace</i>	<i>34</i>
1.7.4	<i>Olfaktorická stimulace.....</i>	<i>35</i>
1.7.5	<i>Taktilně-haptická stimulace.....</i>	<i>36</i>
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
2.1	CÍLE PRÁCE	37
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
3	METODOLOGIE.....	38
3.1	POUŽITÁ METODIKA	38
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	39
4	VÝSLEDKY	40
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ.....	40
4.2	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ SE VŠEOBECNÝMI SESTRAMI.....	41
4.2.1	<i>Podkategorie 1: Defínování bazální stimulace.....</i>	<i>41</i>

4.2.2	<i>Podkategorie 2: Způsob získání informací o bazální stimulaci.....</i>	42
4.2.3	<i>Podkategorie 3: Klienti, na které se nejvíce dá využít koncept bazální stimulace.....</i>	43
4.2.4	<i>Podkategorie 4: Oddělení, kde se dá nejvíce koncept bazální stimulace využít.....</i>	43
4.2.5	<i>Podkategorie 5: Znalost všeobecných sester o prvcích bazální stimulace a možnost jejich pozorování v praxi.....</i>	44
4.2.6	<i>Podkategorie 6: Pozitiva konceptu bazální stimulace dle všeobecných sester.....</i>	44
4.2.7	<i>Podkategorie 7: Negativa konceptu bazální stimulace z pohledu sester..</i>	45
4.2.8	<i>Podkategorie 8: Definování iniciačního doteku.....</i>	45
4.2.9	<i>Podkategorie 1: Komunikace s klienty, kteří verbálně nereagují.....</i>	46
4.2.10	<i>Podkategorie 2: Prvky bazální stimulace využívané na vybraném oddělení.....</i>	47
4.2.11	<i>Podkategorie 3: Efektivita konceptu bazální stimulace.....</i>	47
4.2.12	<i>Podkategorie 4: Kontrola klienta při aplikaci prvků bazální stimulace. .</i>	48
4.2.13	<i>Podkategorie 5: Zapojení rodiny klienta v rámci bazální stimulace.....</i>	49
4.3	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	50
5	DISKUZE	54
6	ZÁVĚR	60
7	SEZNAM LITERATURY	62
8	PŘÍLOHY	66

Seznam použitých zkratk

CMP	Cévní mozková příhoda
BS	Bazální stimulace
OŠ. PÉČE	Ošetrovatelská péče
ATD	A tak dále

Úvod

Bakalářskou práci jsem zaměřila na téma: „*Využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi.*“ Tato problematika mne inspirovala k psaní této bakalářské práce zejména z toho důvodu, že je tento koncept velice individuální, flexibilní s lidským a empatickým přístupem. Tento přístup, kterým se dá poskytovat ošetrovatelská péče, patří mezi nové směry ošetrovatelství.

V současné době má bazální stimulace nezastupitelnou roli. Můžeme ho zařadit k populárním ošetrovatelským konceptům využívaných v zemích Evropské unie. Propojením ošetrovatelství a konceptu bazální stimulace se výrazně zkvalitňuje ošetrovatelská péče. Za posledních pár let došlo ke zvýšení počtu zájemců o koncept bazální stimulace, který je zařazen mezi nejpopulárnější ošetrovatelské koncepty v evropských zemích. Tento koncept pracuje s nejrůznějšími metodami a technikami, které pomáhají klientovi přizpůsobit se současnému životu a využít jeho dřívější zkušenosti a návyky. Při uspokojování potřeb u klienta můžeme zařadit jednotlivé techniky do běžné ošetrovatelské péče. V České republice jsou pracoviště, ve kterých je koncept realizován, či se zavádí, nebo se zatím nepoužívá. Bazálně stimulující péče může zabraňovat deprivacím, které mohou nastat z dlouhodobého upoutání na lůžku ve zdravotnických zařízeních.

Naší cílovou skupinou jsou všeobecné sestry na interním, traumatologickém a rehabilitačním oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a všeobecné sestry pracující v Hospici svatého Lazara v Plzni. Cílem bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace a jak ji využívají v ošetrovatelské praxi. Byla zvolena kvalitativní forma sběru dat a byl využit polostrukturovaný rozhovor s vybranými respondenty.

1 SOUČASNÝ STAV

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá problematikou využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na historii konceptu bazální stimulace, teoretické vysvětlení a základní prvky tohoto konceptu. Dále je popsáno využití bazální stimulace v ošetrovatelské praxi. Hlavní pozornost je věnována aplikaci jednotlivých prvků bazální stimulace, a to jak základních, tak i nástavbových.

1.1 Historický vývoj konceptu bazální stimulace

Tato kapitola je věnována historickému vývoji konceptu bazální stimulace a přenesení tohoto konceptu do ošetrovatelské péče. Je zde popsáno, kdy poprvé Česká republika zaznamenala informaci o konceptu bazální stimulace, kdo poprvé informoval zdravotnickou veřejnost o tomto konceptu a o tom, jak postupně vznikl v České republice.

Následující text se věnuje vzniku konceptu bazální stimulace. Autorem konceptu bazální stimulace je německý odborník na speciální pedagogiku, profesor Andreas Fröhlich, který pracoval v rehabilitačním centru s dětmi s těžkým tělesným i mentálním omezením a tento koncept v 70. letech minulého století rozvinul pro těžce postižené děti (Friedlová, 2013). V rámci doktorského studia, během pětiletého vědeckého projektu, vypracoval koncept bazální stimulace. Tento koncept umožnil speciálním pedagogům otevřít cestu, podpořit tyto děti v jejich vývoji a zkvalitnění prožívání jejich života. V 80. letech 20. století přenesla do ošetrovatelské péče koncept bazální stimulace profesorka Christel Bienstein, která byla všeobecná sestra. Aplikovala tento koncept do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu, a tak ukázala, jak je bazální stimulace úspěšná. V problematice ošetrovatelské péče s lidmi, kteří mají silné omezení ve schopnostech vnímání, komunikace a pohybu už od 80. let úzce spolupracovala profesorka Christel Bienstein s Andreasem Fröhlichem. Christel Bienstein v roce 2003

převzala profesuru v oblasti výzkumu na univerzitě v Brémách v oboru ošetrovatelství. Ve spolupráci s odborníky se bazální stimulace zavedla do oblastí, jako jsou: geriatrická péče, neonatologická péče, psychiatrická a paliativní péče. Ve společném souznění profesor Fröhlich a profesorka Christel Bienstein přizpůsobili společně koncept pro ošetrovatelskou péči a vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace, aby byl vhodný přenos konceptu do klinické praxe (Friedlová, 2007).

Doktorka Karolína Friedlová uvádí, že v České republice poprvé informovala zdravotnickou veřejnost v roce 2000 o konceptu bazální stimulace prostřednictvím publikací v časopise Sestra a na multioborové ošetrovatelské konferenci v Olomouci. První základní kurz doktorka Friedlová uvádí, že lektorovala v roce 2003 v Olomouci a také je zakladatelkou Institutu bazální stimulace. Poté proběhlo již mnoho základních i nastavbových kurzů, kterými prošli pracovníci z ošetrovatelských oblastí, ale také učitelky ze zdravotnických škol, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, lékaři, logopedové i pracující v oblasti speciální pedagogiky. Je dokázáno z vědeckých studií, které byly v posledních letech provedeny, že koncept bazální stimulace stojí na vědeckých základech (Friedlová, 2007). Abychom mohli získat teoretické a praktické dovednosti konceptu bazální stimulace, musíme se zúčastnit akreditovaných vzdělávacích programů. Tyto programy uskutečňuje INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., který je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (Friedlová, 2010).

1.2 Koncept bazální stimulace

Bazální stimulaci lze definovat jako vývoj podporující pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vychází z bazálních oblastí vnímání člověka, jako jsou somatické, vestibulární a vibrační (Friedlová, 2012). Pomocí smyslů a smyslových orgánů, které se každému z nás vyvíjejí už v embryonálním období a to od narození až do smrti, mají v našem životě nenahraditelný význam. Díky tomu, jak dokážeme vnímat, jsme se následně naučili pohybovat se a komunikovat, z čehož vyplývá fakt, že díky smyslům

můžeme vnímat nejen sebe samu, ale i okolní svět. Je důležité vědět, že pohyb, vnímání a komunikace, jsou vzájemně propojené a vzájemně se ovlivňují (Friedlová, 2007).

Správnou a cílenou stimulací můžeme u pacientů znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podpořit vnímání, komunikaci a hybnost. Tento koncept zohledňuje momentální stav vědomí pacienta a zohledňuje tuto skutečnost v komunikaci. Následně poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči (Friedlová, 2007).

Díky tomuto konceptu mohou lidé s nevratným postižením a to tělesným či duševním prožít svůj život kvalitně a důstojně. Koncept bazální stimulace má i svou filozofii, která říká, že člověk může mít špatnou medicínskou prognózu, ale dobrou sociální prognózu (Friedlová, 2012). Tento koncept zprostředkovává kontakt s okolím, respektuje autonomii člověka a tím podporuje jeho orientaci v čase, prostoru, vnímání vlastního tělesného schématu, vnímání vlastní identity, pohybové schopnosti, a tím posiluje pocit jistoty a bezpečí (Vytejková, 2011). Při využívání tohoto konceptu využíváme zachovalé schopnosti člověka k podpoře a nácviku jeho základních pohybových, sebeobslužných, společenských a komunikačních činností (Friedlová, 2012). Pracujeme s biografickou anamnézou nemocného, která představuje informace o předchozím životě pacienta, o jeho povolání, rodině, zájmech, zkušenostech. Péči neodvíjíme od pacientových nedostatků, ale od schopností, které jsou pacientovi zachovány (Vytejková, 2011).

Do základních prvků konceptu patří vnímání, pohyb a komunikace (Friedlová, 2006). Jmenované prvky se navzájem ovlivňují, a to tím způsobem, že vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (Pickenhein, 2000). Na smyslovém vnímání jsou zúčastněny všechny složky osobnosti člověka, jako jsou jeho postoje, očekávání, soustředěnost a vytrvalost, dřívější zkušenosti, zájem i dosud rozvinuté schopnosti. Vnímání můžeme nazvat jako složitý psychický akt (Langmeier, 2006). Na podkladě vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se nejdříve vyvíjí vnímání somatické, díky kterému vnímáme své tělo, poté chvění, vibrací a vestibulární vnímání, které nás informuje o postavení těla v prostoru a o změně

polohy. Velmi důležité je pochopení myšlenky konceptu bazální stimulace a to propojení mezi duševnem a tělem člověka (Fröhlich, 1998).

O pohybu lze říci, že je důležitý k zajištění chůze, udržení určité pozice těla, k získávání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci, psychickým projevům, ale také při komunikaci, která zahrnuje řeč, gestikulaci a mimiku. Hýbání se umožňuje každému člověku komunikaci s okolím a vnímání vlastního těla a okolí. Lidé, kteří nemohou změnit svou polohu, přichází o mnoho podnětů z vnitřního i vnějšího světa. Nemůžeme od sebe oddělit vnímání a pohyb, jelikož pohybu předchází myšlenka na pohyb (Friedlová, 2007).

Komunikace nastává již při setkání lidských bytostí. Její nezbytnou součástí je i psychologická složka, protože do komunikace vkládáme vždy svou osobnost (Venglářová, Mahrová, 2006). Komunikace u profesionálních terapeutů by měla být vědomá, záměrná a měla by sloužit ke sdělování informací pacientům a také k získávání jejich důvěry. Komunikace s lidmi, kteří mají omezené vědomí, či vyjadřovací možnosti, je příliš náročná, a proto vyžaduje znalost dané problematiky a umět zaznamenávat reakce pacienta (Friedlová, 2007). Nejobtížnější pro ošetrovatelský personál je komunikace s klienty, kteří nereagují. V minulosti panovaly názory, které tvrdily, že klienti, kteří nevykazují žádné reakce a jsou ve stavu kómatu, že nejsou schopni vnímat. Tento názor již v dnešní době neplatí. Při komunikaci s těmito pacienty je důležité znát danou problematiku a naučit se zaznamenávat reakce pacienta, i když jsou jen málo patrné. Nesmíme opomenout ani například mrknutí oka, nebo rytmu dýchání, jelikož to může být jediný signál, jak se může klient vyjádřit. Nesmíme proto zapomenout být kreativní a tento poznatek zaznamenat, jelikož dodává ošetrovatelství nejen jinou dimenzi, ale má i kladný dopad na klienta a rodinu (Václavíčková, 2014). Podle doktorky Pčolkové klienti se změněným vnímáním nejsou schopni kvalitně komunikovat s okolím a nemohou dostatečně vyjadřovat své potřeby. To může vést k tomu, že mají pocity strachu a ztrácí jistotu. V tomto případě nastává velmi náročný úkol pro všeobecnou sestru, která musí najít správný komunikační kanál. Sestra by měla pomocí různých prvků bazální stimulace zkusit navázat s klientem komunikaci a dle jeho reakcí zvolit tu nejvhodnější (Pčolková, 2011).

Koncept bazální stimulace začleňuje rodinu a příbuzné do péče a zařazuje je jako partnery v procesu ošetrovatelské péče. Proto jsou poznatky příbuzných akceptovány a zařazovány do péče (Friedlová, 2007). „*Pokud chceme, aby nám nemocní a jejich rodinní příslušníci rozuměli a měli k nám kladný vztah, měli bychom vědět, že bez kvalitní komunikace se opravdu neobejdeme*“ (Šamánková, 2011, s. 10).

1.3 Využití konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské praxi

Jak zajistit co nejkvalitnější péči ve zdravotnických a sociálních zařízeních, aby byl na prvním místě vždy člověk, o kterého se staráme? Jak bychom jako zdravotničtí pracovníci mohli dodržet všechny předpisy a zákony a zároveň splnit všechna jeho přání a individuální plány? Jak zlepšit péči u těch pacientů, kteří mají změněné vnímání, nekomunikují nebo jsou imobilní? Jak bychom jim mohli víc porozumět a více se jim přiblížit? V praxi se ukazuje, že u těchto pacientů je vhodná volba právě bazální stimulace, zejména v těžko řešitelných situacích (Žakavec, 2012). Nejčastěji využívaný pojem v ošetrovatelské mluvě a také dokumentaci je ošetrovatelská intervence. Kdežto při práci s konceptem bazální stimulace nahrazujeme tento pojem výrazem ošetrovatelská nabídka. Ošetrovatelskou nabídkou, tímto pojmem se snažíme rozpoznávat pacientovy potřeby a správně na ně reagovat. Pokud ale pacient reaguje na naši ošetrovatelskou nabídku špatně, musíme zajistit jinou. V ošetrovatelské péči nahrazujeme pojmy porucha vnímání nebo porucha hybnosti termíny: změny vnímání a hybnosti. Při diagnostice vždy klademe důraz na pacientovy zachovalé schopnosti a ty dále podporujeme a rozvíjíme. Aktivizovat můžeme i pacienta, který má pohybový deficit například tím, že budeme pracovat s jeho zachovalou schopností a to s jeho dechem, kterým stimulujeme jeho vnímání pomocí pohybu hrudníku. Ošetřující, který aplikuje tento koncept, by měl mít víceoborové znalosti, profesionální přístup a být schopný správně vyhodnocovat a zaznamenávat pacientovy reakce na své ošetrovatelské nabídky.

Koncept bazální stimulace je vhodné aplikovat na předčasně narozené děti, děti, mládež a dospělé s těžkým kombinovaným zdravotním postižením, lidi, kteří trpí

tělesnými a kognitivními změnami, které vznikly z důvodu onemocnění nebo úrazu například mozku či mozkové cévní příhody. Dále můžeme bazální stimulaci aplikovat na klienty, kteří jsou závislí na péči z důvodu umírání nebo stáří. Pro lidi, kteří mají změněné způsoby chování v souvislosti s těžkým vrozeným kognitivním postižením, jako je například mentální retardace, nebo za života získaným kognitivním onemocněním jako je demence (Friedlová, 2012).

Ošetrovatelská péče, která využívá bazální stimulaci na pacientech s těžkým zdravotním, nebo duševním postižením, se snaží využívat jejich dřívější životní návyky a zkušenosti, začleňuje je do současného života a také přijímá jejich budoucí potřeby (Friedlová, 2006).

Koncept BS je zaměřován na veškeré oblasti lidských potřeb (Friedlová, 2012). Profesor Andreas Fröhlich a spoluautorka profesorka Christel Bienstein vytvořili centrální cíle lidských potřeb v konceptu bazální stimulace. Cíle, které formulovali, jsou totožné pro celou Evropu pro strukturu individuálních plánů klientů. Mezi 10 formulovaných cílů patří zachovat život a zajistit vývoj, vnímat vlastní život, poskytnout jistotu a budovat důvěru, rozvíjet vlastní rytmus, sám si uspořádat život, poznat okolní svět, navázat vztah a uspořádat setkání, umožnit zažít smysl a význam konaných věcí a činností, poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život, objevovat svět a vyvíjet se (Friedlová, 2012). Potřeby jsou v našem životě nutné a užitečné, zároveň velmi úzce souvisí s kvalitou našeho života. Lidské potřeby vznikají na úkor nedostatku nebo přebytku, či touhou něco dokázat v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Uspokojení potřeb napomáhá k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu. Jestliže chceme chápat potřeby druhých, je důležité poznání našich vlastních potřeb, jelikož pochopení sám sebe napomáhá nejen k pochopení druhých, ale i naučení se tolerovat názory druhých a lépe se orientovat v pacientově náročné životní situaci (Šamánková, 2011).

Bazální stimulace není finančně náročná, nevyužívá žádné nadstandartní pomůcky ani přístroje. Jediné co potřebuje, je vyškolený personál, pochopení a spolupráci celého zdravotního týmu. Naopak využívá tento koncept vlastní techniky, díky kterým pacient dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické,

olfaktorické a auditivní. Jedná se o vysoce kvalifikovaný pokus a to s cílem přizpůsobit péči životní situaci klienta s poskytnutím vhodných stimulů zohledňující jeho biografickou anamnézu (Friedlová, 2006).

1.4 Role sestry v aplikaci bazální stimulace

Při plánování ošetrovatelské péče je důležité integrovat bazální stimulaci během dne tak, aby nebylo nutné spotřebovat více času, než k normální ošetrovatelské péči. Je vhodné promyšleně a cíleně plánovat ošetrovatelské aktivity tak, aby nebyly přítomny žádné rušivé elementy, při aplikaci daných stimulů ve vhodnou dobu. Stimulace, které poskytujeme v rámci aplikace bazální simulace, by neměly překročit 20 minut, jelikož by mohly zamezit klientovi se správně koncentrovat a přijímat podněty. Mezi hlavní cíle bazálně stimulující ošetrovatelské péče patří rozvoj vlastní identity, navázání komunikace se svým okolím, podpora orientace v prostoru a čase a zlepšení funkcí organismu. Ještě před tím, než je sestaven ošetrovatelský plán, se stanoví ošetrovatelský cíl a musí být znám všem ošetřujícím, kteří jsou s pacientem v kontaktu v souladu s podporou a doprovázením při uzdravování či oduševnění (Friedlová, 2006).

Vhodné, důležité a téměř nezbytné je začlenění příbuzných do péče a následné získávání anamnézy od členů rodiny. V tomto konceptu jsou v péči rodinní příslušníci chápáni jako partneři. Abychom mohli koncept správně realizovat a následně individuálně naplánovat, je důležité získat autobiografickou anamnézu od rodiny a získané informace využít (Malíková, 2011). Pro všeobecnou sestru je okamžik odebírání anamnézy velmi náročný a v této chvíli by se měla objevit její profesionalita skloubená s lidskostí. Měli bychom znát skutečnost, že ani nejlépe vyškolený personál v tomto konceptu nemůže předat klientovi tolik citu a lásky jako matka či otec, nebo milující rodina (Wolffová, 2006). Rozhodně nevyužíváme na klientovi všechny techniky a prvky bazální stimulace, které známe, ale ošetřující vybere ty, které potřebuje klient pro svůj mentální i somatický stav a průběžně je aktuálně upravuje (Malíková, 2011). Všeobecná sestra, která pracuje dle konceptu BS, by měla pohlížet na

klienty s tělesným nebo mentálním postižením jako na osobnosti, nezávisle na jejich zdravotním stavu. (Friedlová, 2007).

1.5 Prvky bazální stimulace

Lze říci, že každý druh stimulace působí na vnímání nemocného klienta a je založen na zjištěných informacích, které získáváme pomocí biografické anamnézy klienta. Abychom dosáhli nejlepšího efektu při stimulaci, je vhodné a nutné spolupracovat ve správném propojení a to zdravotníků, rodiny a přátel. Všechny stimuly, které provádíme, musí být jasné, nematoucí, se slovním doprovázením a vysvětlením ošetřujícího. Pro klienta musí být ošetrovatelská péče příjemným a pozitivním zážitkem, který splňuje všechny jeho potřeby (Eliášová, 2013).

Prvky, kterými chceme stimulovat pacienta, vybíráme podle zdravotního stavu pacienta a autobiografické anamnézy. Autobiografickou anamnézou se rozumí podrobný popis dosavadních zvyků, jídel, oblíbených činností, nápojů a časového plánu nemocného. Patří do ní do detailu popsany seznam příjemných předmětů denní potřeby, hraček, písní, kazet a filmů. Dále jsou zde obsaženy informace o tom, jak se pacient obléká, jaké má spánkové rituály, nebo zdali je pravák, či levák (Kapounová, 2007). Na základě autobiografické anamnézy poskytujeme péči klientovi a umíme ho doprovázet až na konec života. Než ošetřující začne aplikovat prvky bazální stimulace do péče, musí být seznámen s jejich životními návyky, zvyky a prožitky, jelikož každý člověk je jedinečný, jinak se chová a reaguje v určitých situacích. Není však jednoduché získat biografická data od klienta a jeho nejbližších. Ošetřující by měli mít předpoklady a schopnosti pro získání a vyhodnocení biografických dat a to: komunikační schopnosti, schopnost empatie, schopnost aktivně naslouchat, schopnost identifikovat nonverbální komunikaci, schopnost integrovat do péče příbuzné, schopnost spolupracovat s jinými týmy, schopnost být trpělivý, schopnost aplikovat vytyčená přání, cíle, intelektuální schopnosti a organizační schopnosti (Friedlová, 2007).

1.6 Základní prvky bazální stimulace

Základní prvky bazální stimulace jsou somatické, vibrační a vestibulární (Friedlová, 2007). Cílem základních prvků bazální stimulace je zabezpečení základních životních funkcí, do kterých řadíme příjem potravy, dýchání, sebepěči, polohování, spánek a potřebu aktivity. Do sekundárních cílů řadíme podporu pohybové schopnosti, vytvoření důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí a rozvíjení komunikačních schopností (Friedlová, 2012).

1.6.1 Somatická stimulace

Díky smyslovému kožnímu ústrojí, o kterém víme, že je to největší percepční orgán, dochází ke sdružování několika receptorů, jako jsou čidla pro chlad, teplo, tlak a bolest. Nejvíce hmatových tělísek najdeme v bříškách prstů, v dlani, plosce nohy a okolí úst (Friedlová, 2006).

Somatická stimulace umožňuje klientovi uvědomovat si sám sebe a vnímat vlastní tělo. My, jako ošetřující, můžeme k této stimulaci využívat doteky, masáže těla, masáže stimulující dýchání, polohování, částečnou či celkovou koupel či zábaly (Kapounová, 2007).

Je nutné vědět, že v bazální stimulaci nejde o dotekovou terapii, ale o práci se strukturovaným dotekem, kterým lze získat lepší vnímání tělesného obrazu. Snažíme se klientovi umožnit orientaci ve vykonávaných činnostech, zejména u klientů se změnami v oblasti kognitivních funkcí (Friedlová, 2010).

V konceptu bazální stimulace byly vyvinuty speciální techniky, díky kterým klient dokáže vnímat své tělo prostřednictvím somatické stimulace, během koupání, polohování v křesle nebo v posteli, s použitím různých materiálů, díky kterým si klient dokáže uvědomit své tělesné hranice. V bazální stimulaci je hlavní ta myšlenka, která říká, že člověk ať se nachází v jakékoliv situaci, tak dokáže vnímat. Proto je nesmírně důležité dávat klientovi jasné a cílené doteky, jelikož nejasné, chaotické doteky by mohly vyvolat v klientovi nejistotu a strach (Friedlová, 2006). Koncept bazální

stimulace byl uzpůsoben tak, aby všechny formy somatické stimulace mohly být začleněny do každodenní základní ošetrovatelské péče poskytované pracovníky v přímé péči (Friedlová, 2010).

Iniciální dotek

V dřívějších dobách se ošetřující učili způsob, jak mají používat své ruce, když poskytují klientům jednotlivé ošetrovatelské výkony, ale nebylo jim známo, že jimi mohou poskytovat informace klientovi o svém těle. Dlouhou dobu nebyl tento význam řešen (Friedlová, 2009). Ruce ošetřujících jsou spolu s podložkou pro klienty zdrojem, s nímž mají klienti nejčastější kontakt. Klienti díky rukou ošetřujících a následných doteků obdrží různé informace o okolním světě. Ruce neumějí lhát, naopak navazují velmi úzký kontakt mezi ošetřujícím a klientem. Velmi důležité je, aby si ošetřující všiml, zdali jsou doteky klientovi příjemné, či naopak. Je potřeba si uvědomit, že na těle máme každý velmi citlivá místa, zejména na doteky někoho jiného (Friedlová, 2006).

V ošetrovatelské péči zejména u pacientů s dlouhodobou poruchou vědomí se většinou využívá právě iniciální dotek. Iniciální dotek klientům napomáhá k uvědomění si toho, že se má něco stát, a nereagují potom větší změnou vitálních funkcí. Tento rituál napomáhá klientům orientovat se v situaci (Šamánková, 2011).

Klienti se sníženým stupněm vnímání jsou velmi citliví na nečekané a necílené doteky od kohokoliv a následně v nich vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Měli bychom vždy dát klientovi vědět, když přicházíme a kdy odcházíme. Sdělit mu to můžeme pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku, který provádějí všichni členové týmu. Nejprve si na základě biografické anamnézy vybereme vhodné místo nejlépe v centrální části těla na klientově těle a následně mu pevným, zřetelným dotekem oznámíme náš příchod k němu, či odchod a ukončení naší přítomnosti a kontaktu s jeho tělem. Nikdy dotek neprovádíme násilně, pouze zřetelně a přiměřeně se pacienta dotkneme a tento dotek doprovázíme verbálně. Nejlépe zvolená místa pro dotek jsou rameno, paže a ruka. Vybrání správného místa by měli dohodnout všichni,

kdo jsou s klientem v kontaktu a měli by respektovat iniciální dotek a před zahájením i po ukončení činnosti u klienta ho aplikovat. Po výběru správného místa zapíšeme zvolené místo iniciálního doteku do dokumentace a umístíme ceduli se zvoleným místem do vhodné blízkosti klientova lůžka (Friedlová, 2007).

Zklidňující somatická stimulace

Stejně jako u ostatních druhů stimulací můžeme somatickou zklidňující stimulaci aplikovat do péče během toalety, a tak nazýváme tuto stimulaci zklidňující koupelí. Můžeme ji však aplikovat kdykoliv během dne. Před tím, než začneme klienta stimulovat klienta, informujeme o tom, že začínáme s koupelí, u nějakých pacientů iniciálním dotekem (Friedlová, 2007).

Zklidňující somatická stimulace je indikována a můžeme ji využít u klientů neklidných, hyperaktivních, se změnami vnímání, dezorientovaných, ustrašených, s tachykardií, se zvýšeným svalovým tonem, s hypertonií, s poruchami spánku, trpících bolestí, v dospávací fázi po anestezii, v doprovodné péči k umírání, s onemocněním jako jsou Parkinson a Alzheimer (Friedlová, 2006).

Měli bychom vědět, že každý chloupek na těle je u kořene obklopen nervovou pletením, která zaznamenává jeho pohyby a následně vysílá informaci do mozku. Z toho vyplývá, že pohyby, které budeme provádět ve směru růstu chlupů, podávají přesnou informaci o tělesném vzhledu a působí tak uklidnění. A proto vždy děláme pohyby v jednom směru a to ve směru po chlupu. Pokud to dovoluje stav klienta, začneme na obličeji, pokud to však jeho stav nedovoluje, tak začneme na jiném místě. Obličej je velmi citlivý a bereme ho jako intimní zónu a při zahájení stimulace v této oblasti, by mohlo u neklidného či ustrašeného pacienta vyvolat problémy, například u spastického klienta by mohlo dojít ke zvýšení svalového napětí. Nejdříve stimulujeme strany obličeje a jeho obvod a poté pokračujeme na hrudník, trup a ten stimulujeme oběma rukama od středu ke stranám, na kterých mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Horní končetiny i dolní končetiny stimulujeme tak, že postupujeme po obvodu ve směru chlupů a jednotlivé prsty stimulujeme zvlášť. Záda stimulujeme od páteře ke stranám,

kde strany zvýrazníme mírným tlakem. Při stimulaci po celou dobu musíme sledovat stav pacienta a jeho reakce a reagujeme na ně adekvátně. Pokud provádíme například celkovou koupel, informujeme o tom klienta a dovolíme mu tak chápat situaci a orientovat se v ní. Obličej můžeme umýt takzvanou asistovanou formou koupele a to tak, že uchopíme klientovu dominantní ruku tím způsobem, že svými prsty formujeme úchopem jeho prsty a naší druhou rukou mu podepíráme loket. Osušování těla provádíme stejně jako umývání, což znamená ve směru chlupů, přiměřeným tlakem, dostatečně dlouhou dobu. Po umytí dovolíme klientovi odpočívat a nezapomeneme ho přikrýt. (Friedlová, 2007).

Povzbuzující somatická stimulace

Tuto stimulaci můžeme využít během toalety klienta. Samozřejmě můžeme využít povzbuzující somatickou stimulaci kdykoliv během dne za pomoci zdravotnického týmu a využít k této stimulaci různé prostředky. Pokud provádíme stimulaci při koupání klienta, musíme dát pozor na to, aby voda byla nižší, než teplota těla. Provádíme-li stimulaci bez vody, můžeme žínkami, nebo jen rukama, a to za pomoci krému, oleje nebo na sucho přes oděv klienta. Povzbuzující somatická stimulace je vhodná pro zvýšení úrovně vědomí u pacienta a zvýšení jeho pozornosti, zvýšení svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku, podpoření klientovi aktivity, příprava na působení fyzioterapeuta či ergoterapeuta. Tuto stimulaci využíváme u klientů se změnami v mentální oblasti, ve vigilním kómatu, v kómatu, v soporu, v somnolentních a depresivních stavech, se sníženým svalovým tonem, s bradykardií a u apatických klientů. Nesmíme aplikovat u pacientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

Před tím, než začneme klienta stimulovat, ho informujeme o tom, že ho jdeme koupat, u některých klientů využijeme iniciální dotek. U povzbuzující somatické stimulace uskutečňujeme pohyby v jednom směru a postupujeme proti směru růstu chlupů. Pokud to dovoluje stav pacienta, začneme stimulovat oblast obličeje a to ve směru proti růstu chloupků po obvodu a současně na obou stranách obličeje.

Po stimulaci obličeje přejdeme na hrudník, který stimulujeme v opačném směru, než u zklidňující stimulace. Stimulovat začneme na stranách trupu směrem ke středu. Při stimulaci končetin postupujeme od konečků prsů směrem k tělu. Záda stimulujeme stejným způsobem jako hrudník, a to oběma rukama od obvodu trupu ke středu, k páteři. Po celou dobu koupele sledujeme klientovy reakce, jestli nedochází ke změnám hemodynamiky (tepové frekvence, hodnoty krevního tlaku, změny na periférii) či změny sekrece. Při stimulaci klientovi dáváme vědět slovně, jaké jednotlivé části těla právě stimulujeme. Povzbuzující somatickou stimulaci můžeme aplikovat na klientech jak ve vaně, tak i ve sprše.

Měli bychom dodržovat při této stimulaci jisté zásady. Při stimulaci používáme obě ruce, neodcházíme a vždy eliminujeme všechny rušivé elementy, abychom nebyli rušeni. Zajistíme v místnosti příjemnou teplotu a klidnou atmosféru. Pokud nestimulujeme klienta v oblasti intenzivní péče, je vhodné když stimuluje klienta pouze jeden ošetřující. Při stimulaci nemluvíme s žádnou třetí osobou. Pokud vidíme, že klient negativně reaguje na stimulaci, skončíme a vytvoříme pro klienta jinou ošetřovatelskou nabídku (Friedlová, 2007).

Neurofyziologická stimulace

Neurofyziologickou stimulaci využíváme u klientů s parézami a plegiemi, po cévních mozkových příhodách, po mozkolebečních traumatech, po operacích mozku. Parézou se rozumí porucha hybnosti, kdy klient může s postiženou končetinou alespoň v omezené míře pohybovat. Plegie je úplná ztráta hybnosti, klient s končetinou nedokáže pohybovat. Využívá se i v dětském a kojeneckém věku s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací či vrozenými vadami pohybového aparátu.

Neurofyziologická stimulace má za cíl umožnit klientům, kteří mají poruchu hybnosti na jedné polovině těla či v některých částech poloviny těla začít znovu vnímat postiženou stranu. Důležité je především vnímat zdravou stranu těla, abychom mohli zařadit postiženou stranu znovu do tělesného schématu. Během neurofyziologické

stimulace klademe důraz na zrak klienta, z čehož vyplývá, že by klient měl po celou dobu stimulace opticky sledovat a kontrolovat dění na jeho těle. Nejvhodnější poloha při této stimulaci je vsedě. Jestliže víme, že klient používá brýle, nasadíme mu je. Je vhodné využití zrcadla a stimulovat pacienta přímo před ním, jelikož mu tím poskytneme možnost sebezpozorování, zejména může sledovat obličej a trup (Friedlová, 2007).

Neurofyziologická stimulace vychází také z terapeutického a vyšetřovacího přístupu orientovaného na řešení problémů u klientů s poruchami centrální nervové soustavy a to z konceptu manželů Bobathových. Filozofie manželů Bobathových vychází z funkčního pojetí pohybu (Krivošíková, 2011).

Ošetřující se při provádění neurofyziologické stimulace nachází vždy na postižené straně pacienta. Obličej budeme stimulovat až na konec. Zařídíme klientovi co nejbezpečnější místo, aby netrpěl pocitem strachu a nejistoty. Ošetřující nejprve začne stimulovat zdravou polovinu těla a až poté polovinu postiženou. Ošetřující by se měl snažit vždy zvýraznit střed těla a pracovat symetricky. Můžeme stimulovat klienta s asistencí, kdy ošetřující vede nemocnou ruku klienta, a zdravou rukou se klient stimuluje sám a navádí ho ošetřující. Jestliže jsme prováděli koupel a při tom prováděli neurofyziologickou stimulaci, měli bychom využít vodu o teplotě 30 °C a klientovy osobní věci potřebné k toaletě. Osušování provádíme ve směru od zdravé strany k postižené, přiměřeným tlakem. Postiženou stranu stále stimuluje, aby došlo k zachování senzorycké schopnosti. Klienta můžeme stimulovat různými způsoby, jako jsou žínky, froté ručníky, přírodní materiály, hlazení, nebo různé masážní krémy. Před začátkem stimulace hodnotíme klientovy senzorycké deficity, svalový tonus, věk, duševní a emoční stav (Friedlová, 2007).

Diametrální stimulace

Diametrální stimulaci využíváme u klientů, kteří mají zvýšené svalové napětí. Pokud má klient zvýšený svalový tonus, dochází k omezenému pohybu v kloubu. Jestliže je kloub delší dobu ve stálé pozici a málo se pohybuje, objevují se svalové

kontraktury. Kontraktury mohou vznikat na základě dlouhodobého ležení, reflexní reakce, objevujících se bolestí, ztráty chuti k pohybu či reflexní reakce. Svalový tonus má každý člověk jiný a mohou ho ovlivňovat různé faktory, jako jsou například hluk, cizí osoby, neznámé zvuky, matoucí informace, bolesti, chlad, stres atd (Friedlová, 2007).

Diametrální stimulace můžeme aplikovat u klientů v rámci koupele a použijeme vodu a teplotě 38-40 stupňů celsia a aplikujeme na části těla. Tato stimulace napomáhá zmírnit stav napětí svalových vláken. Tuto stimulaci je vhodné využívat u klientů, u kterých se předpokládá hypertonie. Důležité je při diametrální stimulaci na konkrétním místě aplikovat na druhé straně těla například zklidňující stimulaci (Friedlová, 2007)

Polohování

Po 30 minutách klidného ležení se každému z nás mění vnímání vlastního těla. Začínáme ztrácet pocit vlastních tělesných hranic a ještě více se to projeví na klientech dezorientovaných a ležících na velmi měkkých matracích například antidekubitních. Díky polohování pomůžeme klientovi získat informace o svém těle a ustálit vnímání tělesného schématu. Prostřednictvím polohování klienta stimulujeme somaticky a vestibulárně (Friedlová, 2007).

Snížená tělesná aktivita, málo podnětů od okolí a nedostatek senzorických podnětů mohou redukovat dostatek informací ke klientovi. To může vést až ke zhoršenému vnímání tělesného obrazu, k poruchám na vlastním těle a okolí. Může docházet ke změnám vlastní identity, kdy tento proces nazval prof. A. Fröhlich degenerativní habituací. Tento stav může po čase vést až k agresi a zmatenosti (Friedlová, 2006).

Záměr polohování v konceptu bazální stimulace není jen zabránění vzniku proleženin, vzniku pneumonie, zabránění tromboembolických komplikací, ale také má polohování neurologické cíle, například stimulaci vnímání tělesného obrazu, poskytnutí informace klientovi o jeho tělesných hranicích, poskytnutí orientace, stimulace k pohybu a pohybovým aktivitám, umožnění vnímat symetrii těla, podpora taktilní

schopnosti (motoriky), umožnění vizuálních podnětů a optické stimulace (Friedlová, 2007).

Při polohování je nutné dohlížet na to, aby se klient cítil dobře a pohodlně. Každý má při usínání rád něco jiného, někdo rád usíná se svým polštářkem nebo blízkou osobou. V tomto případě je důležité udělat reflexi se všemi příbuznými, rodinou a ošetřujícím týmem. Při polohování můžeme pracovat s gravitací, váhou těla klienta, s různým tempem pohybu. Stačí minimálně změnit tělesnou polohu klienta, a tím stimulujeme jeho vnímání, například propletením prstů rukou, položením rukou na hrudník, ohnutím horních končetin k tělu, překřížením dolních končetin, polohováním na různě tvrdých a měkkých matracích, malými změnami polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů a polohováním pomocí perličkových polohovacích polštářů. Velmi výrazné a účinné jsou polohy „mumie“ a „hnízdo“ které umožňují klientovi somatickou stimulaci (Friedlová, 2007).

Poloha „hnízdo“

Poloha „hnízdo“ nabízí klientům místní pohodlí a navozuje v nich pocit ve smyslu „cítím se dobře“ a navozuje pocit jistoty a zlepšuje vnímání hranic vlastního těla (Friedlová, 2007). Tato poloha umožňuje klientovi stálou somatickou stimulaci a urovnává vnímání tělesného obrazu (Friedlová, 2006).

Klienta uložíme do jeho oblíbené polohy a v této poloze klienta obložíme stočenými dekami. Tuto polohu aplikujeme zejména na klienty, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a mají problém s uvědoměním svého těla (Friedlová, 2008). Podle situace uvážíme, zdali pacienta přikryjeme. Na základě biografické anamnézy se snažíme využít klientovy osobní předměty za účelem hmatové stimulace. Z biografické anamnézy klienta také zjistíme, zdali je klient zvyklý na přikrytí dekou až za ramena, či jinak (Friedlová, 2007).

Když polohujeme, musíme myslet na kvalitu doteků, které na klienta aplikujeme. Uvědomujeme si a striktně dodržujeme zásady polohování jako je podkládání částí těla, u pacientů s plegií uskutečňujeme polohování tak jak má být u klientů s plegií. Poloha

„hnízdo“ je vhodná pro vnímání tělesného obrazu, motoriku a svalový tonus (Friedlová, 2007).

Poloha „mumie“

Tuto polohu využíváme zejména u klientů, kteří potřebují intenzivní stimulaci tělesného

schématu. Využívá se u klientů ve vigilních kómatech a u dětí s hlubokou mentální retardací. Poloha „mumie“ je využívána v oboru neonatologie a účinně slouží u dětí, které se narodily matkám závislým na alkoholu a drogách. Nemůžeme tuto polohu aplikovat na klienty s klaustrofobií (Friedlová, 2007).

Polohovat začneme tak, že klienta zabalíme do prostěradla nebo do deky a postupujeme od nohou k horní části těla. Tam zafixujeme přeložením jejich konců prostěradlo nebo deku a dáme pod tělo klienta. Klientovy ruce nikam nezastrkáváme, ale položíme je na jeho hrud', a tím mu umožníme vnímání vlastního dechu, nebo možnost vysvobodit se z této polohy. Poloha „mumie“ a „hnízdo“ se mohou vzájemně kombinovat. Pod hlavu klienta dáme polštář, lokty, paty a kolena také podložíme. Po uložení klienta do polohy „mumie“, zůstaneme chvíli u něho a sledujeme jeho reakce, zdali je spokojený, či ne. Pokud klient jeví známky špatné reakce, je třeba „mumii“ trochu uvolnit (Friedlová, 2007).

Kontaktní dýchání a masáž (stimulující dýchání)

Dýchání můžeme zařadit mezi základní lidské potřeby. Masáž stimulující dýchání patří mezi dechové gymnastiky. Masáž provádíme v přední části hrudníku, nebo v oblasti zad. Tuto masáž provádíme tlakem svých rukou a to nepřetržitě a v rytmu. Při této masáži vzniká komunikační proces, díky kterému se klient může uvolnit, cítit se jistěji a zároveň v blízkosti terapeuta (Friedlová, 2007).

Vědecké studie dokázaly, že masáž stimulující dýchání napomáhá klientům, kteří jsou neklidní a zmatení. Když budeme v intenzivním tělesném kontaktu s klientem a aplikovat na něj klidné a stejné doteky, pomůžeme klientovi v tom, aby se cítil

bezpečně a jistě. Cílem tohoto procesu je navození klientovo klidného, hlubokého a pravidelného dýchání. Tato forma stimulace vyžaduje stálý trénink a velmi důležité je správné provedení, aby byl dosažen terapeutický cíl (Friedlová, 2010).

Pro masáž stimulující dýchání nejprve zvolíme záda, pokud to dovoluje stav klienta. Jestliže to stav klienta nedovoluje, začneme na ventrální části. (Friedlová, 2007) Klienta dáme do polohy vsedě, uvolníme mu oblečení, abychom se mohli dostat na celou plochu zad. Vyzveme klienta k tomu, aby zaujal pro něj co nejpohodlnější polohu na židli, v křesle či v lůžku a opíral se o horní končetiny. U imobilních klientů provádíme stimulaci v poloze o úhlu 135 stupňů nebo v poloze na břiše, či boku. Na ruce si nanese krém nebo tělové mléko a zahřejeme ho na svých dlaních na naši tělesnou teplotu, poté přiložíme své dlaně na zátylí klienta. Během stimulace dlaně nedáváme z klienta pryč, ale jsme s ním v neustálém tělesném kontaktu. Při provádění stimulace poloha musí vyhovovat i ošetřujícímu, protože jedině tak můžeme dosáhnout nejefektivnější a nejúčinnější stimulace. Masáž stimulující dýchání můžeme provádět i při tom, když klient stojí a je opřený horními končetinami o stůl. Během stimulace eliminujeme všechny rušivé elementy, jako je průvan, komunikace s třetí osobou (Friedlová, 2006).

Masáž stimulující dýchání na klientovi provádíme tak, že mu na zádech svými rukama vytváříme tři kruhy, které po dobu tří minut stále opakujeme. Díky umístění prováděných kruhů dochází k ventilaci plic a to od hrotu plicních až po bázi. Je vhodné vytvořit přiměřenou fyzickou sílu, abychom svými dlaněmi manuálně zvedali hrudník a následně ho manuálně nechali klesnout. Takto zjednodušený popis nemůže nahradit nacvičování masáže stimulující dýchání pod vedením lektora. Tuto stimulaci ukončíme stejným způsobem, jako jsme s ní začínali a to podélnými tahy podél páteře třikrát a nakonec zatlačíme v sakrální oblasti. Po této stimulaci je pro klienta vhodný odpočinek (Friedlová, 2006).

1.6.2 Vibrační stimulace

Každý člověk vnímá vibrace od periferie dovnitř do těla. Každý vnímá vibrace individuálně a cílem této stimulace je umožnit klientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Vibrační stimulaci využíváme zejména u klientů s retardací, dále u těch, které se snažíme zmobilizovat, tudíž slouží jako příprava k vnímání pohybu. K vibrační stimulaci lze využít mnoho předmětů, jako jsou vibrátory, elektrický zubní kartáček, holicí strojek, vibrující hračky nebo vibrující lehátka, ale můžeme využít i vlastní ruce (Friedlová, 2010). Vibrátory využijeme tak, že je přiložíme do okolí kloubů na klientovy horní a dolní končetiny, nebo do jeho dlaně. Je vhodné využívat i celotělové vibrace, které nám umožní vibrační lehátka a křesla (Friedlová, 2007). Geriatrickým klientům aplikujeme pouze manuální vibrační stimulaci, aby nedošlo k poranění či poškození kůže, podkoží či vazivového aparátu kolem kloubů. Manuální vibrační stimulaci můžeme kombinovat se stimulací somatickou a efektivně nacvičujeme pohybové a sebeobslužné schopnosti, a tím pacient podporuje vlastní identitu, autonomii, nezatěžuje tolik zdravotnický personál a s tím spojenou poskytovanou službu a její náklady (Friedlová, 2010). Při aplikaci manuální vibrační stimulace našimi teplými rukami přikládáme na klouby klienta tím způsobem, že kloub při stimulaci držíme po celém obvodu a průměrným tlakem stimulujeme jemnými pohyby našimi rukami. Vibrační stimulaci nikdy neprovádíme klientům s krvácivými stavy, s varixy, či s poraněním nebo poruchou integrity kůže (Friedlová, 2007). Jako vibrační stimulaci můžeme využít hudební nástroje, které vydávají také vibrace a hlas. Každému člověku se při mluvení nebo zpívání chvěje hrudník. My, jako ošetřující, to můžeme využít tak, že dáme klientovu ruku na jeho hrudník, pokud vydává zvuky. Pokud ne, tak položíme jeho dlaň na hrudník ošetřujícího. Další možnost je přiložení hrudníku klienta na hrudník rodinného příslušníka. Při této stimulaci je důležité, aby měli oba pohodlí (Friedlová, 2010). Trilogií nazýváme situaci, kdy ošetřující či příbuzný sedí na zemi, v křesle, nebo na posteli za klientem a tělo klienta se opírá o tělo sedícího za ním. Při této poloze klient dokáže vnímat celým hrudníkem vibrace a tlak hrudníku, které ošetřující vydává při tom, když hovoří. Tato trilogie

je zároveň vibrační, vestibulární i somatická. Ošetřující může dále s klientem pohybovat do stran, přičemž dochází k vestibulární stimulaci. Přiměřeným tlakem těla ošetřujícího na tělo klienta dochází k somatické stimulaci. Další možností, a to bez tělesného kontaktu, je možné využití trampolíny, v péči o děti s kombinovanými zrakovými a sluchovými vadami a současně těžkými somatickými postiženími. Díky kmitání trampolíny a tlaku pocházejícího z podložky dítě může výrazněji vnímat sebe sama (Friedlová, 2007).

Vibrační stimulace je zdroj, který dodává dostatek informací klientům, u kterých není možná verbální komunikace. Tato stimulace podporuje vnímání tělesného schématu, rozvoj komunikačních schopností a díky ní si klienti dokáží lépe uvědomovat sami sebe. Slouží i jako ochrana před následky imobility u dlouhodobě ležících klientů (Friedlová, 2010).

1.6.3 Vestibulární stimulace

Každý zdravý člověk je v neustálém pohybu a jeho rovnovážné ústrojí se tak permanentně stimuluje. Vestibulární ústrojí má za funkci koordinovat pohyb, jeho průběh, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému (Friedlová, 2007). Vestibulární aparát nám zprostředkovává informace o změně polohy, postavení těla v prostoru a je propojen s pohybem, polohou a orientovaností v prostoru (Friedlová, 2010).

Vestibulární stimulaci aplikujeme zejména na klienty, kteří mají výrazné změny v kognitivní oblasti. Lze vestibulární stimulaci využít jako neverbální komunikaci. (Friedlová, 2010).

A jak vestibulární stimulaci provádíme? U ležících klientů lehce pohybujeme hlavou, mírně ji otáčíme do stran. Ošetřující drží pevně hlavu svými rukama, nezakrývá však klientův obličej. Tento cvik provádíme 3-5 krát (Friedlová, 2007). Dále vestibulární stimulaci můžeme provádět na lůžku v poloze mumie houpacími pohyby. Můžeme využít houpačky, houpadla, houpací křesla, trampolíny. (Friedlová, 2010).

Díky vestibulární stimulaci dokážeme aktivizovat mozkovou aktivitu a také ovlivnit svalový tonus, zejména šíjových a zádových svalů a svalů dolních končetin. Při pravidelném provádění vestibulární stimulace zejména u seniorů s omezenou mobilitou můžeme docílit zlepšení svalového tonu, a tím stabilizovat jejich sed. Zejména u seniorů mají tyto nabídky v ošetrovatelské péči velký význam, jelikož u seniorů dochází stárnutím ke zhoršení pohybových schopností (Friedlová, 2012).

1.7 Nástavbové prvky bazální stimulace

Nástavbové prvky navazují na prvky základní a také podporují hybnost, komunikaci a vnímání. Do nástavbových prvků bazální stimulace řadíme stimulaci optickou (zrakovou), stimulaci auditivní (sluchovou), stimulaci orální (senzoriky dutiny ústní a chuťových vjemů), stimulaci olfaktorickou (čichovou) a stimulaci taktilně-haptickou (hmatovou) (Friedlová, 2012). Nástavbové prvky mají za cíl zajistit pocit jistoty a bezpečí, podpořit vnímání vlastní autonomie a zajistit klientovi podporu schopnosti, alespoň částečné organizace svého života (Friedlová, 2010).

1.7.1 Optická stimulace

Zrakový a sluchový vjem jsou nejvíce využívané smysly k poznávání a navázání komunikace s okolním světem. Jestliže se člověk přemístí ze svého domova, kdy toto prostředí zná a je mu blízké do nového prostředí, například do domova pro seniory, či domova pro osoby se zdravotním postižením, může tato změna prostředí vyvolávat v klientovi úzkost, strach či agresivní chování. Důvod je neschopnost orientace v dané situaci a okolním světě. K tomu, aby se klient cítil bezpečně a mohl navázat důvěrný vztah s personálem, je třeba, aby klient důvěřoval prostředí, které ho obklopuje. Bazální stimulace díky biografickým informacím dokáže pracovat se senzobiografií klienta. Začlenění známých věcí, které má klient uložené v paměti do neznámého a nového prostředí může navodit zklidnění. Za pomoci osobních věcí, osobního prádla, a dalších

jiných věcí vytvoříme tzv. „krabice vzpomínek“ a tím posilujeme autonomii klienta (Friedlová, 2010).

Zrakovým vjemem dokážeme poznávat okolní svět, orientovat se, uspořádat své okolní prostředí, poznávat lidi a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty a také schopnost učit se (Friedlová, 2007). Optickou stimulaci můžeme aplikovat za účelem obecné a cílené rehabilitace. V rámci optické stimulace využíváme hodiny, nástěnný kalendář, výzdobu na každé roční období, významné dny, vystavujeme osobní fotografie, obrázky nebo předměty pro štěstí (Válková, 2015).

Je vhodné vědět, že klienti, kteří se probouzejí z kómatu po delší době, nerozeznají hned detaily na viděných předmětech, nedokáží vnímat všechny odstíny barev. Můžeme jejich zrakové vnímání přirovnat k dítěti po narození, a proto musíme tyto vývojové stupně akceptovat. Využít bychom měli k výzdobě okolí, kde klient pobývá obrázky, které malují děti. Obrázky, které malují děti, obsahují základní barvy a mají jednoduché tvary, nevyvolávají v klientovi špatné emoce. Optická stimulace nemusí být jen pasivní aplikací stimulů, ale můžeme klientovi zařadit změnu prostředí, například opustit pokoj, oddělení nebo budovu. Sledujeme klienta, jak reaguje na naše poskytnuté podněty, jestli nepůsobí rozrušeně (Friedlová, 2007).

1.7.2 *Auditivní stimulace*

Sluch je velmi významný v našem životě, jelikož je důležitý pro komunikaci, rozvoj myšlení a navazování a udržování vztahů ve společenském životě. Zásluhou sluchu se začne vyvíjet řeč, z čehož vyplývá, že novorozenec, který neslyší, už nezačne nikdy mluvit (Friedlová, 2007).

Auditivní stimulace má za úkol navázat kontakt s klientem, navození pocitu jistoty, bezpečí a umožnění orientace. Dále můžeme stimulovat jeho vnímání tím, že aktivizujeme vzpomínky, které má uložené v paměti (Friedlová, 2010).

Opět u auditivní stimulace nejdříve zohledníme biografickou anamnézu klienta. Můžeme využívat různé techniky. Jednou z nich je řeč, kterou využíváme vyprávěním, předčítáním, reprodukcí řeči ze záznamu hlasů rodiny, příbuzných či kamarádů. Aby

byla sluchová stimulace efektivní, měli bychom při oslovování klienta a následném navazování rozhovoru zohlednit zásady z desatera bazální stimulace (viz příloha: 4) (Friedlová, 2007). Další technikou je hudba reprodukována z přehrávače, rádia nebo z televize. Hrát na hudební nástroj smí hrát i sám klient nebo někdo z rodiny. Další technikou je zpěv, se kterým pracují muzikoterapeuti. Do zpěvu se ale mohou dát i příbuzní, kteří mu mohou zpívat jeho oblíbené písničky (Friedlová, 2007). Je vhodné a velmi důležité brát ohled na sluchové nedostatečnosti klienta a zjistit, jaké kompenzační pomůcky využívá jako je například naslouchadlo (Friedlová, 2012).

1.7.3 Orální stimulace

Každý z nás vnímá ústa jako intimní část svého těla a jsou brána jako nejcitlivější a neaktivnější tělesná zóna. Díky ústům poznává každé dítě na začátku svého vývoje svět. Ústa slouží člověku ke komunikaci, k příjmu potravy, k vnímání chutí, vůní, k vnímání konzistence, k vyjádření emocí, k dýchání, k chuťovým či erotickým prožitkům. Může být i prožitek z cigarety. Klienti, kteří mají těžké změny v komunikační oblasti a v oblasti vnímání, klienti ve vigilních kómatech, děti s hlubokou mentální retardací, díky svým ústům mohou navázat komunikaci a stimulovat své vnímání. Vnímání můžeme zřetelně stimulovat za pomoci chuťové stimulace a aktivity úst (Friedlová, 2007).

Orální stimulace má za cíl poskytnout vjemy z úst, stimulovat somatické vnímání, podpořit svalové napětí v oblasti ústní dutiny u klientů, kteří mají poruchy příjmu potravy a u klientů s těžkými poruchami polykání (Friedlová, 2010). Pomocí chuťového ústrojí vyjadřujeme klientovi svou empatii a navazujeme s ním kontakt. Díky orální stimulaci dokáže klient vnímat svá ústa a stimulujeme tak i jeho vnímání (Malíková, 2011).

Při provádění orální stimulace nikdy nekombinujeme více než tři různé chutě. Měli bychom vědět, že nikdy nevnikáme klientovi do úst násilím, jelikož víme, že ústa jsou brána jako velmi intimní část těla. Chuťové pohárky v kombinaci s chladem stimulují hybnost jazyka, tudíž můžeme například molitanové štětičky, které předem smočíme

do oblíbené tekutiny klienta, dáme vychladit do ledničky. Je vhodné využívat pro tuto stimulaci cucací váčky, jedná se o kus poživatiny, který zabalíme do mulu a namočíme do minerální vody. Jakou zvolíme poživatinu, určíme dle biografické anamnézy. Váček uložíme do úst klienta, nespěcháme a správně a pevně mul s poživatinou upevníme. Nesmíme zapomenout na péči o dutinu ústní. Můžeme ji však kombinovat s orální stimulací. Klienta uložíme do polohy, která mu bude nejpříjemnější, nabídneme mu ochutnat jeho oblíbené chutě nebo jídlo, následně ho pozorujeme a sledujeme jeho reakce. Neaplikujeme stimulaci, pokud je klient unavený (Friedlová, 2007).

1.7.4 Olfaktorická stimulace

V lidském organismu dokáží vůně a pachy vyvolat vzpomínky. Určité typy vůní nám mohou připomínat lidi například parfém, roční období jako vůni perníku, která by mohla připomínat Vánoce atd. Každý z nás má své oblíbené vůně a pachy. Olfaktorická stimulace je propojena se stimulací orální a mají k sobě velmi blízký vztah (Friedlová, 2007). Před olfaktorickou stimulací nejprve zohledníme biografickou anamnézu klienta (Friedlová, 2012).

Olfaktorickou stimulaci můžeme využít například u klientů s demencí a mentální retardací. Touto stimulací navodíme klientům pocit jistoty a bezpečí a umožníme jim tak se orientovat v dané situaci (Friedlová, 2010).

Než začneme s čichovou stimulací, zjistíme, jaké má klient oblíbené vůně, aby nedošlo k nepříznivé reakci. Neprovádíme olfaktorickou stimulaci moc dlouho. Mohl by si na tyto stimuly klient zvyknout. Zvolíme správné pacientovy oblíbené vůně ve formě deodorantů, parfémů, osobních toaletních potřeb, vůně jídla, ale je třeba si uvědomit, že nevhodné jsou vonné svíčky. Dále můžeme vybrat a využít vůně z pracovního prostředí nebo z jeho tehdejších koníčků a zájmů. Klient, který se živil jako automechanik, může inhalovat chemické prostředky, jako například motorové oleje, se kterými v práci pracoval. Tím, že se budeme snažit využívat vůně, které jsou

klientovi vlastní a blízké, můžeme mu tím umožnit lepší orientaci v dané situaci, například když probíhá zrovna toaleta (Friedlová, 2007).

1.7.5 Taktilně-haptická stimulace

Vnímání tlaku, doteku, natažení, napětí, chladu, tepla lechtání a vibrací zastupuje somestetický systém. Ve vrstvách kůže jsou obsaženy mechanoreceptory. Hmatové, které reagují na dotyk a tlak, na rychlejší vibrace Paciniho tělíska a na pomalé lechtání Meissnerova tělíska. Nejmenší hustota hmatových tělísek je na zádech a největší hustotu najdeme na bříškách prstů a na rtech. Lidská ruka dokáže rozeznávat různé předměty a sbírat během života zkušenosti a ty pak následně uchová v paměti (Friedlová, 2007).

Taktilně haptická stimulace napomáhá klientům s kognitivními a pohybovými změnami a omezením. Za pomoci taktilně-haptické stimulace můžeme aktivizovat senzoricke a motorické projekční oblasti mozkové kůry, aby nedocházelo k útlumu vědomí klienta. Při této stimulaci opět pracujeme s biografií klienta (Friedlová, 2010).

K aplikaci taktilně-haptické stimulace využijeme klientovy osobní věci nebo věci z pracovního prostředí, oblasti hobby či zájmů. Věci, které můžeme využít k této stimulaci, jsou například talismani, hračky (u dětí), žínky, ručníky, věci užívané k výkonu povolání, věci spojené s hobby, věci užívané k osobní toaletě, kelímky, hrníčky na pití, aplikace tepla a chladu, předměty denního života (mobil, klíče). Zmíněné věci stimulují paměť klienta. Aktivizujeme jejich ruku k činnosti, a tím podpoříme projekční korovou senzoricke a motorické oblasti ruky. Tuto stimulaci můžeme aplikovat u klienta asistovaně, jestliže klient nemůže sám pohybovat prsty. Taktilně-haptickou stimulaci můžeme využít v kombinaci s olfaktorickou, optickou a auditivní stimulací (Friedlová, 2007).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

CÍL 1: Zjistit, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace.

CÍL 2: Zjistit, jak všeobecné sestry využívají bazální stimulaci v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je orientovanost všeobecných sester v problematice aplikace prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi?

Výzkumná otázka 2: Jak všeobecné sestry využívají prvky bazální stimulace v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních?

3 METODOLOGIE

3.1 Použitá metodika

K získání potřebných dat jsme zvolili ke zpracování empirické části bakalářské práce kvalitativní formu výzkumu. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl uskutečněn se všeobecnými sestrami na interním, traumatologickém, rehabilitačním oddělení a v Hospici svatého Lazara v Plzni. Rozhovory byly uskutečněny v měsíci únor a březen v roce 2016. Při rozhovorech bylo respondentům položeno celkem 16 otázek, které byly předem připravené a všeobecné sestry na ně mohly otevřeně odpovědět. První okruh otázek byl zaměřen na informovanost všeobecných sester v problematice bazální stimulace a druhý okruh byl zaměřen na samotné využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi.

Všeobecné sestry byly informovány o tématu této bakalářské práce, o účelu poskytování rozhovorů a o cílech výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo po zaznění ústního souhlasu dotazovaných respondentů a byli obeznámeni s anonymitou všech rozhovorů. Místem provedení rozhovorů v Nemocnici České Budějovice, a.s. byla denní místnost sester a v hospicovém zařízení byly rozhovory prováděny taktéž na denní místnosti sester. Každý rozhovor trval 15-20 minut. Rozhovory byly se souhlasem řádně zaznamenány na diktafon s respondenty, kteří souhlasili a s respondenty, kteří s tímto způsobem zaznamenávání nesouhlasili, byly jednotlivé odpovědi zaznamenávány písemně, do poznámkového bloku a poté doslovně přepsány do programu Microsoft Office Word 2010.

K rozhovoru se sestrami byly předem stanoveny otázky, které byly předloženy jako součást žádosti o provedení výzkumného šetření hlavní sestře v nemocnici v Českých Budějovicích a vrchní sestře v Hospici svatého Lazara v Plzni, které byly po předložení schváleny. (viz Příloha 1 a 2 a 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 16 všeobecných sester. Výzkum byl realizován s 12 všeobecnými sestrami v Nemocnici České Budějovice, a.s. na standardním interním, traumatologickém a rehabilitačním oddělení a v Hospici svatého Lazara v Plzni se 4 všeobecnými sestrami. Respondentky byly ochotné poskytnout rozhovor bez jakéhokoliv problému.

Před samotným provedením výzkumu byly kontaktovány vrchní sestry daných oddělení, které neměly k výzkumnému šetření žádné připomínky a umožnily jej provést. Výběr respondentů na výše zmíněných pracovištích byl náhodný. Téměř se všemi dotazovanými byla příjemná spolupráce a převládala ochota.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikační údaje respondentů

Pro přehlednost a lepší orientaci v respondentech byla vytvořena identifikační tabulka, kde nalezneme následující označení všeobecných sester (S1-S16).

Respondent/sestry	Pracoviště	Délka praxe ve zdravotnictví
S1	Interní oddělení	6 let
S2	Interní oddělení	4 roky
S3	Interní oddělení	2 roky
S4	Interní oddělení	15 let
S5	Traumatologické oddělení	11 let
S6	Traumatologické oddělení	2 měsíce
S7	Traumatologické oddělení	2 roky
S8	Traumatologické oddělení	20 let
S9	Rehabilitační oddělení	16 let
S10	Rehabilitační oddělení	32 let
S11	Rehabilitační oddělení	25 let
S12	Rehabilitační oddělení	28 let
S13	Hospicové zařízení	15
S14	Hospicové zařízení	8
S15	Hospicové zařízení	5
S16	Hospicové zařízení	36
Zdroj: Vlastní, 2015		

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje respondentek-všeobecných sester, které poskytly odpovědi na položené otázky na vybraných odděleních, v rámci našeho výzkumného šetření. Respondentky byly všeobecné sestry s délkou praxe ve zdravotnictví v rozmezí od 2 měsíců do 36 let. Všeobecné sestry S1-S4 byly v době

šetření zaměstnány na interním oddělení, respondentky S5-S8 na traumatologickém oddělení, sestry S9-S12 na rehabilitačním oddělení a poslední v tabulce zmíněné sestry S13-S16 pracující v hospicovém zařízení. Dále máme zmíněnou v tabulce délku praxe ve zdravotnictví všech dotazovaných respondentek.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se všeobecnými sestrami

V rámci výzkumného šetření bylo uskutečněno 16 rozhovorů se všeobecnými sestrami na vybraných odděleních. Na základě získaných výsledků byly vytvořeny následující kategorie a podkategorie. Vytvořené kategorie obsahují citované výpovědi všeobecných sester. Tyto výpovědi jsou utvořeny tak, aby obsahovaly podstatné informace vztahující se k daným kategoriím.

Kategorie 1: Orientovanost sester v oblasti aplikace prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi.

4.2.1 Podkategorie 1: Definování bazální stimulace

Tato podkategorie popisuje odpovědi jednotlivých sester na otázku, jak by definovaly bazální stimulaci. Respondentky S3, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14, S15, S16 se dle výzkumného šetření svými odpověďmi shodly. Definovaly bazální stimulaci jako cílenou ošetrovatelskou péči orientovanou na pacienta, která podporuje vnímání a napomáhá mu vnímat své tělo. Respondentka S14 definovala takto: „*Je to zásah do intimity člověka a výsledkem je uspokojení jeho potřeb a zajištění pohody člověka. V akutní medicíně to spěje ke zlepšení stavu a k vyléčení.*“ „*Je to cílené stimulování pacienta tak, aby vnímal své okolí, doteky, navazování starých vzpomínek, co má rád, jeho zvyky.*“ (S15) „*Je to cílená, bodová stimulace pacienta zaměřená na konkrétní oblasti.*“ (S3) Respondentka S10 ve své odpovědi uvedla: „*Je to ošetrovatelská péče*

*orientovaná na pacienta, využívá se tam autobiografické anamnézy a pacient se stimuluje, aby došlo k obnovení zapomenutých drah v mozku.“ Respondentky S2 a S14 nedokázaly definovat bazální stimulaci. Respondentka S1 odpověděla na otázku: „*Já si pod tím představuji naši ošetrovatelskou péči, kdy pacienty polohujeme.“ „Jsou to měkké techniky, hlazení a mačkání různých bodů.“ (S4) „Je to u lidí, co jsou v bezvědomí. Neměli bychom se k těmto pacientům chovat, jakože nevnímají. Oni nás mohou vnímat, takže bychom se k nim měli chovat ohleduplně.“ (S6)**

4.2.2 Podkategorie 2: Způsob získání informací o bazální stimulaci.

Tato podkategorie se věnuje otázce, jakým způsobem se respondentky poprvé dozvěděly o konceptu bazální stimulace. Respondentky S1, S5, S14 a S15 poprvé získaly informace o konceptu bazální stimulace na vyšší odborné škole, přičemž S15 se zmínila o tom, že se o tomto konceptu dozvěděla také od spolužačky, která pracovala v domově pro seniory, kde tento koncept aplikovala. Respondentka S5 odpověděla: „*Bylo to určitě v souvislosti s nějakým pacientem, co měl apalický syndrom. Od rehabilitační sestry tady na oddělení a také na vyšší odborné škole.“ Respondentky S9, S10 a S12 se s tímto konceptem setkaly nejprve na pracovišti a poté si udělaly základní kurz, přičemž S10 má i kurz prohlubující. „Tady na rehabilitačním oddělení. Spolupracujeme s fyzioterapeuty a ergoterapeuty a ti to tady aplikují. Mám už 5 let základní kurz“.* (S12) „*V podstatě v práci a pak na kurzu, mám základní i prohlubující kurz“.* (S10) Respondentky S2 a S13 se dozvěděly o tomto konceptu na střední škole. Dále všeobecné sestry S3, S4, S6 a S11 získaly informace o konceptu bazální stimulace na vysoké škole, přičemž S11 získala další informace o tomto konceptu na semináři v nemocnici. „*V domově důchodců, při brigádě.“ (S7) Respondentka S8 uvedla, že o tomto konceptu zjistila informace z tisku a při své praxi. „To už je hodně let, bylo to na přednášce, na semináři o tomto konceptu“ (S16)*

4.2.3 Podkategorie 3: Klienti, na které se nejvíce dá využít koncept bazální stimulace.

V rozhovorech se S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S14 shodují na tom, že nejvíce se dá tento koncept aplikovat u apalických syndromů. Respondentka S11 do své odpovědi mimo jmenované zahrнула ještě klienty, kteří nevnímají, jsou ochrnutí, či po amputaci. „U lidí s demencí, postižením, u seniorů, dětí s různými vadami, apalici.“ (S14) S3, S6, S12 a S13 se shodly, že se dá tento koncept využít u všech klientů, zejména u ležících. S6 zmínila tuto odpověď: „U všech, zejména u těch co jsou v bezvědomí a paraplegici.“ Respondentka S15 reagovala odpovědí: „Na pacienty, kteří mají porušené vnímání, jsou v bezvědomí, demence, imobilní, děti s postižením, senioři. „U těch, kteří potřebují ošetrovatelskou péči například u dětí s kombinovaným postižením.“(S16)

4.2.4 Podkategorie 4: Oddělení, kde se dá nejvíce koncept bazální stimulace využít.

Tato podkategorie přinesla velmi rozmanité odpovědi všeobecných sester, přičemž respondentky S2, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S16 se shodly na odpovědi, že se dá koncept bazální stimulace nejvíce využít na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Dále tyto sestry nejvíce zmiňovaly apalické jednotky, hospicová zařízení, domovy pro seniory, jednotky intenzivní péče, interní oddělení, neurologické oddělení, rehabilitační oddělení, oddělení následné péče, chirurgické oddělení a neonatologické oddělení. „Bylo by to nejlepší na všech, ale jinak na aru, interně, neurologické oddělení, spinální jednotky, apalické jednotky.“(S9) Respondentka S1 uvedla: „Tak třeba oddělení následné péče, nervové, apalická jednotka.“ „Myslím, že na oddělení následné péče, interním oddělení a v domovech důchodců.“(S3) „Na oddělení s dostatečným personálem“ (S7) „Domovy důchodců, hospice, oddělení následné péče. Sociální zařízení, kde jsou umístěni děti s postižením. V neonatologii.“ (S15)

4.2.5 Podkategorie 5: Znalost všeobecných sester o prvcích bazální stimulace a možnost jejich pozorování v praxi.

Při odpovědi na otázku „*Jaké znáte prvky bazální stimulace? A které z nich jste měla možnost při své praxi pozorovat?*“ se odpovědi respondentek S3, S4, S6, S7, S8, S13, S14 téměř shodovaly. Tyto respondentky uvedly, že neznají žádné prvky bazální stimulace a ani neměly možnost pozorování. „*Upřímně? Neznám.*“ (S3) „*Žádné neznám, žádné jsem nepozorovala.*“ (S8) Respondentky S1 a S2 znají pouze iniciační dotek přičemž S1 jiné prvky nezná a S2 odpověděla: „*Iniciační dotek, tady to nepoužíváme vůbec.*“ Respondentka S5 odpověděla: „*Iniciační dotek, oslovení stejným výrazem, auditivní stimulace, vizuální.*“ Odpovědi zbylých respondentek byly velmi rozmanité. Respondentka S9 uvedla, že zná uklidňující a povzbuzující koupel, orální stimulaci, polohování do mumie a hnízda a masáž zad. Respondentka S10 odpověděla: „*Polohování do polohy hnízdo a mumie, stimulace orální a auditivní stimulace.*“ „*Při hygieně povzbuzující a uklidňující koupel, auditivní stimulace, optická stimulace.*“ (S11) Respondentky S12, S15 a S16 uvedly, že znají polohování do „mumie“ a „hnízda“, přičemž respondentka S12 uvedla ještě stimulaci somatickou, orální, optickou a auditivní. Respondentka S15 dále ještě uvedla iniciační dotek, masáž stimuluje dýchání, orální stimulaci a auditivní stimulaci. „*Z médií znám polohu „hnízdo“ a z ARA znám muzikoterapii, oblíbené hračky, předměty, polohování do „hnízda“ a „mumie“.*“ (S16)

4.2.6 Podkategorie 6: Pozitiva konceptu bazální stimulace dle všeobecných sester.

Tato podkategorie se věnuje otázce, jaká vidí všeobecné sestry pozitiva na konceptu bazální stimulace. Respondentky S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S15 si myslí, že bazální stimulace má pozitivní vliv a dokáže zlepšit stav pacienta. „*Má to pozitivní vliv, zlepšení zdravotního stavu pacienta. Věřím, že to funguje.*“ (S5) Respondentka S9 odpověděla: „*Pozitiva určitě, je to pro lidi lepší. Zlepšení stavu pacienta.*“ Respondenti S7 a S13 nedokázali zhodnotit. Dle názoru respondentky S2 je pozitivum na konceptu

bazální stimulace lidskost. Respondentka S10 odpověděla: „*Péče ušitá na míru pacientovi*“ Respondentka S11 uvedla, že jako pozitivum vidí to, že bazální stimulace pomáhá lidem vnímat vlastní tělo a prostředí. „*Nemocní se vrací do normálního života.*“ (S12) „*Zklidnění pacienta, lepší komunikace.*“ (S14) Respondentka S16 odpověděla: „*Velká pozitiva. Víme, že tento koncept vede k uzdravení, vyléčení.*“ (S16)

4.2.7 Podkategorie 7: Negativa konceptu bazální stimulace z pohledu sester.

Negativa v konceptu bazální stimulace respondentky S3, S12 a S13 nevidí žádné. Časovou náročnost jako negativum ve svých odpovědích zmínily respondentky S1, S4, S5, S6, S9, S10 a S11. „*Časově náročné pro personál.*“ Respondentka S9 k časové náročnosti uvedla ještě možnost nevhodné metody stimulování některé části. (S10) Respondentky S1, S2, S5 a S11 zmínily jako negativum nedostatek personálu. Respondentka S11 odpověděla: „*Vyžaduje to spoustu času, nedostatek personálu. Když to aplikuje jen někdo, tak to ztrácí smysl.*“ Respondentky S2, S8 a S15 uvedly jako negativum neproškolený personál. „*Neproškolený personál, jinak asi žádná.*“ (S8) „*Nedokážu zhodnotit.*“ (S7) „*Neznalost konceptu a špatná aplikace.*“ (S14) „*Citlivé odhadnutí, na koho tento koncept použít.*“ (S16)

4.2.8 Podkategorie 8: Definování iniciálního doteku.

Na odpovědích co znamená iniciální dotek, se shodla většina sester. Respondentky S1, S2, S5, S6, S9-S16 se shodly, že „iniciální dotek“ je prvotní dotek na začátku komunikace na stejné místo, které je předem určené. „Dotek na stejné místo (předem určené) při zahájení komunikace.“ (S9) „Zahájení kontaktu. Vybrat si místo a pořád stejné místo. Stisknutí pevné.“ (S12) Respondentka S14 odpověděla: „Komunikace s pacientem při prvotním setkání. Dotek na stejné místo, například rameno.“ Respondentky S3, S4, S7 a S8 nedokázaly definovat iniciální dotek.

Kategorie 2: Využití prvků bazální stimulace všeobecnými sestrami na daných odděleních.

4.2.9 Podkategorie 1: Komunikace s klienty, kteří verbálně nereagují.

I přes to, že pacient není schopen verbální komunikace, se všechny respondentky kromě S7, S9 a S10 shodly na tom, že na takové klienty mluví normálně, dotýkají se jich, oslovují je, i když verbálně nereagují. „*Mluvíme na něj, dotkneme se ho, komunikujeme s ním, i když verbálně nereaguje.*“ (S5) „*Pomocí doteků, domluvíme se s ním pomocí mrkání, jestli ano nebo ne. Komunikujeme.*“ (S10) Respondentka S16 odpověděla: „*Dotýkám se, verbálně komunikuji, sleduji mimiku, zřetelně komunikuji dle zvyklostí pacienta, popřípadě používám cedule s písmeny.*“ „*Důležité je mluvit s ním normálně, vysvětlovat co jim jdu dělat, jakoby reagovali. Než s někým začnu hovořit, dotknu se ho většinou na paži.*“ (S15) A mírně odlišným způsobem odpověděly respondentky S7, S9 a S10. Respondentka S7 odpověděla: „*Slovně, dotekem, pomůcky (tablety).*“ Respondentka S9 se snaží komunikovat s klienty, kteří nereagují verbálně pomocí textů, názorným ukazováním, nebo formou obrázků a respondentka S10 se s těmito klienty snaží komunikovat pomocí doteků a pomocí mrkání a výsledném souhlasu či nesouhlasu, na kterém se s klientem předem domluví.

Všechny respondentky se shodly, že pokud jdou manipulovat s klientem, který verbálně nereaguje, informují ho vždy před zahájením manipulace a slovně mu oznamují vše, co s ním budou dělat. S15 odpověděla: „*Oslovím ho a řeknu mu, co s ním budu dělat.*“ „*Stejně ho informuju a řeknu mu, co s ním budu dělat.*“ (S5) Respondentky S2 a S9 uvedly, že když klient verbálně nereaguje tak to neznámá, že nám nerozumí. Snaží se ho informovat a poté mu názorně ukázat, co se s ním bude dít. Respondentky S10, S12 a S13 se shodly na tom, že před zahájením manipulace mimo toho, že klienta informují o všem verbálně, zahájí iniciální dotek. „*V první řadě iniciální dotek, slovně oslovím a vše vysvětlím. Komunikovat.*“ (S12)

4.2.10 Podkategorie 2: Prvky bazální stimulace využívané na vybraném oddělení.

Na otázku jaké prvky bazální stimulace aplikují všeobecné sestry na vybraném oddělení respondentky S1, S3, S4 a S6 odpověděly, že neaplikují žádné prvky. Respondentky S2, S3, S13 a S14, se shodují na tom, že aplikují pouze iniciální dotek, jinak žádné jiné prvky bazální stimulace. Respondentka S5 odpověděla: „*Momentálně žádné. Když tady máme takového pacienta, tak iniciální dotek, vizuální, oblíbené jídlo a pití, pouštěli jsme oblíbené filmy, oslovení po „domácku“.*“ Respondentky S7 a S8 odpověděly, že provádějí dechovou rehabilitaci. Respondentky S9, S10, S11, S12 a S16 se shodly, že aplikují auditivní stimulaci, polohování do polohy „hnízdo“ a „mumie“ a orální stimulaci. Respondentka S16 ještě dodává iniciální dotek a olfaktorickou stimulaci. Respondentky S9, S10 a S12 aplikují na klienty i povzbuzující a uklidňující koupel. Respondentka S9 odpověděla: „*Magnetická tabule, polohování, orální stimulace, povzbuzující a uklidňující koupel.*“ „*Polohování, uklidňující a povzbuzující koupel, olfaktorickou stimulaci a orální stimulaci, optická stimulace a auditivní stimulace.*“ (S10) Respondentka S11 odpověděla: „*Orální stimulace, vnímání vlastního těla, polohování, spolupráce s rodinou, auditivní stimulace, stimulace oblíbenými předměty.*“ „*U nás jen povzbuzující a uklidňující koupele a polohování do polohy „mumie“ a „hnízdo“, auditivní stimulace, optická stimulace, orální stimulace-oblíbené chutě.*“ (S12) Respondentka S15 odpověděla, že pouští oblíbené písně a koupou klienty v perličkové vaně.

4.2.11 Podkategorie 3: Efektivita konceptu bazální stimulace.

Respondentky S1, S2, S4, S8 a S13 se shodly na tom, že nemají dostatek informací o tomto konceptu a nejsou schopny posoudit efektivitu bazální stimulace. Ke shodným názorům, došlo u respondentek S3, S5, S6, S9, S10, S12, S14, 16 které došly k názoru, že tento koncept určitě efektivní je a dochází ke zlepšení celkového stavu klienta. Respondentka S10 ještě doplnila, že tento koncept může pomoci klientovi k soběstačnosti a návratu do normálního života. S5 odpověděla: „*Já si myslím, že to*

určitě na toho člověka působí a pomáhá mu to.“ „Ano, hlavně na dětech (ARO). Velké zlepšení stavu pacienta“ (S16) Respondentka S7 odpověděla: „Třeba dechová rehabilitace například při poranění hrudníku, je velmi důležitá.“ „Kdyby se tomuto konceptu věnovali všichni na oddělení, tak ano. Ale když to aplikuje jen někdo, tak ne. Na semináře by měli jít všichni.“ (S11) Respondentka S15 se domnívá, že kdyby byl proškolen personál a aplikovali by to všichni, tak tento koncept určitě efektivní je a dojde i k velkému zlepšení klienta.

4.2.12 Podkategorie 4: Kontrola klienta při aplikaci prvků bazální stimulace.

Tato podkategorie zjišťovala, co kontrolují všeobecné sestry na klientech při aplikaci prvků bazální stimulace. V odpovědích se shodly téměř všechny všeobecné sestry. Respondentky S1, S4, S5, S6, S7, S9, S11 - S16 odpověděly, že při aplikaci prvků sledují, jak klient reaguje. „Jestli třeba nějak nereaguje (libost, nelibost).“ (S4) „Reakce pacienta, zornic, mimika, pohyby rukou, záškuby.“ (S6) „Odezvu, jeho vnímání, jak na to reaguje.“ (S7) Respondentka S9 uvedla, že kontroluje chování pacienta, jeho reakce, obličej, grimasy a mimiku. „Všechno, jak reaguje. Jestli zamrká, zašklebí se, začne se potit, srdce mu začne tlouct.“ (S12) Respondentka S15 odpověděla: „Jestli na to reaguje, jestli nemá grimasu, že je mu to nepříjemné.“ „Reakce pacienta.“ (S16) Respondentky S2, S3, S10 a S11 se shodly, že sledují při aplikaci prvků mimiku. „Mimiku, pohyb očí“ (S2) „Mimiku, jak se tváří“ (S3) „Jak dýchá, grimasy, barvu obličeje, mimiku.“ (S10) „Reakce obličeje, mimika.“ (S11) Respondentka S8 se lišila od ostatních a odpověděla, že sleduje fyziologické funkce.

4.2.13 Podkategorie 5: Zapojení rodiny klienta v rámci bazální stimulace.

Respondentky S1, S2 a S4 nezapojují rodinu klienta vůbec. Respondentka S4 doplnila, že nezapojují rodinu klienta, jelikož bazální stimulaci na oddělení nevyužívají. Dále se shodly všeobecné sestry S3, S6 a S7, na důležitosti edukace rodiny o dodržování správné bazálně stimulační péče. Respondentka S6 odpověděla: *„Rodina by se měla k situaci postavit tak jak je, vysvětlila bych jim, jak se mají správně chovat a komunikovat s pacientem.“* *„Edukaci o následné rehabilitaci, nebo stimulaci doma.“* (S7) Respondentka S5 odpověděla: *„Kdybychom to aplikovaly, tak bychom jim vysvětlili, proč se to dělá, jak se to dělá, poté bychom se jich zeptali na to, co má rád, oblíbené písničky, jídlo, na věci, na které byl pacient zvyklý.“* Respondentky S8-S16 se shodly na důležitosti zapojení rodiny. Respondentka S8 odpověděla: *„Edukuji, domluví se s nimi, aby přinesli oblíbené fotografie, předměty.“* *„Edukujeme rodinu například aby přinesli obrázky, fotečky z rodiny.“* (S9) *„Aktivně, aby přinesli fotky, uděláme s nimi autobiografickou anamnézu a poprosíme, aby přinesli předměty, které má dotyčný rád.“* (S10) *„Rodina musí přinést pomůcky, domluvení návštěv, sběr autobiografické anamnézy, je velmi důležitá spolupráce s rodinou.“* (S11) Respondentka S12 si myslí, že zapojení rodiny je hodně důležité a provádí sběr autobiografické anamnézy. Všeobecná sestra S13 zapojuje rodinu klienta a vyptává se na věci, které má klient rád (jídlo, pití). Respondentky S14 a S15 se shodly na důležitosti edukace rodiny a sběru autobiografické anamnézy od rodiny. *„Nejdůležitější je rodina. Zeptáme se na zvyky pacienta, na oblíbené jídlo, předměty atd.“* (S16)

4.3 Shrnutí výsledků empirického šetření

Výsledky byly pro větší přehlednost zpracovány ve schématech, která byla vytvořena v programu Microsoft Office Word 2010. Znázorněna budou jen některá dle našeho názoru nejzajímavější podkategorie.

Schéma 1 Klienti, na které se dá nejvíce využít koncept bazální stimulace

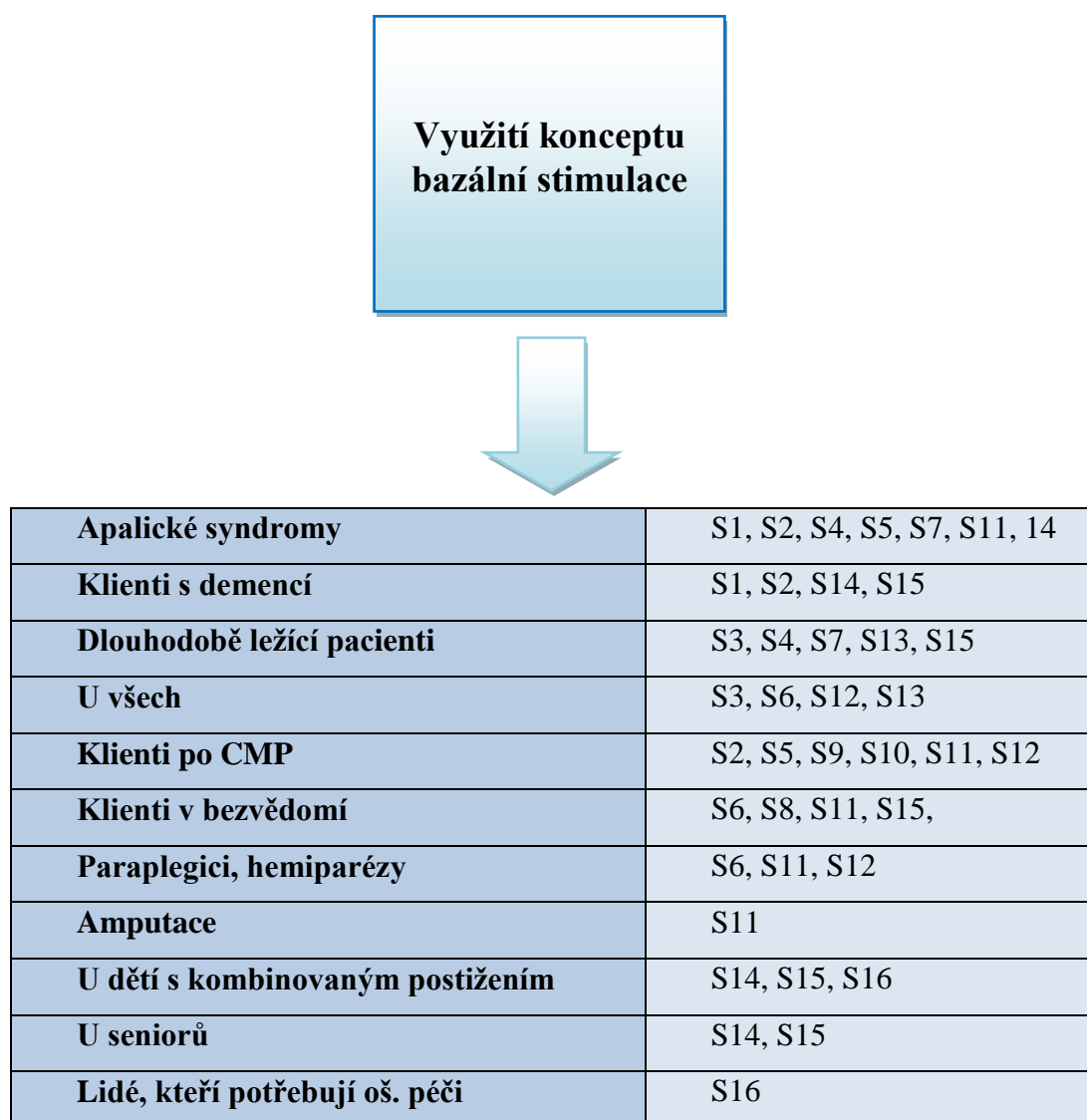


Schéma 2 Znalost prvků bazální stimulace a možnost jejich pozorování v praxi

**Znalost prvků bazální
stimulace**



Iniciální dotek	S1, S2, S5, S15
Neznalost žádného prvku	S3, S4, S6, S7, S8, S13, S14
Auditivní stimulace	S5, S10, S11, S12, S16
Optická stimulace	S5, S11, S12
Orální stimulace	S9, S10, S12, S15
Polohování-(mumie, hnízdo)	S9, S10, S12, S15, S16
Povzbuzující a uklidňující koupel	S9, S11
Somatická stimulace	S12
Masáž stimulující dýchání	S15
Taktilně haptická stimulace	S16

Schéma 3 Prvky bazální stimulace využívané na vybraném oddělení

**Aplikace prvků BS
na vybraném oddělení**



Žádné	S1, S3, S4, S6
Iniciální dotek	S2, S5, S13, S14, 16
Optická	S5, S9, S10, S12
Orální	S5, S9, S10, S11, S12, 16
Polohování (mumie, hnízdo)	S9, S10, S11, S12, 16
Povzbuzující a uklidňující koupel	S9, S10, S12,
Auditivní stimulace	S10, S11, S12, S15, S16
Olfaktorická stimulace	S10, S16
Taktilně-haptická stimulace	S5, S11

Schéma 4 Efektivita konceptu bazální stimulace

**Efektivita konceptu
bazální stimulace**



Nedostatek informací o konceptu	S1, S2, S4, S8, S13
ANO	S3, S5, S6, S7, S9, S10, S12, S14
ANO ale musí být proškolený personál a musí to aplikovat všichni	S11, S15

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá využitím prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi. Záměrem této práce byla snaha o zmapování orientovanosti všeobecných sester a o využívání tohoto konceptu sestrami na vybraných odděleních. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry pracující na interním, traumatologickém, rehabilitačním oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Hospici svatého Lazara v Plzni. V této části naší práce jsme se pokusili shrnout výsledky výzkumného šetření a pokusili se je dát do souvislosti s poznatky z teoretické části bakalářské práce.

Prvním cílem bylo zmapovat, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jaká je orientovanost všeobecných sester v problematice aplikace prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi? Druhý cíl měl zjistit, jak všeobecné sestry využívají bazální stimulaci v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jak všeobecné sestry využívají prvky bazální stimulace v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních? Posledním úkolem bylo vytvoření souhrnu využití hlavních prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi.

Rozhovoru se účastnilo celkem 16 respondentů. Čtyři sestry pracující na interním lůžkovém oddělení, čtyři sestry na traumatologickém lůžkovém oddělení, další čtyři sestry na rehabilitačním lůžkovém oddělení. Dále poskytly rozhovor 4 všeobecné sestry v zařízení hospicové péče.

Hlavním záměrem bakalářské práce bylo zjišťování orientovanosti a využití bazální stimulace v rámci ošetrovatelské praxe, z něhož vychází stanovené cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace. K tomuto cíli se vztahovala první výzkumná otázka, která hledala odpověď na to, jaká je orientovanost všeobecných sester v problematice aplikace prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi. Abychom si mohli odpovědět na výzkumnou otázku, potřebovali jsme zjistit, zda sestry znají pojem bazální stimulace. Při pokládání této otázky jsem doufala, že mi na tuto otázku vybrané sestry ve většině odpoví. Z analýzy rozhovorů nám vyplynulo, že většina sester (S3, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14, S15, S16) zná

pojem bazální stimulace a dokázaly svými slovy vyjádřit její definici. Pouze 2 sestry nedokázaly BS definovat vůbec. Ačkoliv každá sestra definovala BS svým způsobem, je zřejmé že většina respondentek dokázala popsat tuto problematiku. Podle Friedlové (2012) můžeme bazální stimulaci definovat jako vývoj podporující pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vychází z bazálních oblastí vnímání člověka, jako jsou somatické, vestibulární a vibrační. Dále Friedlová 2007 tvrdí, že správnou a cílenou stimulací můžeme u pacientů znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podpořit vnímání, komunikaci a hybnost. Další otázkou jsme chtěli zjistit, odkud byly všeobecné sestry informovány o konceptu bazální stimulace. Většina sester byla informována o konceptu BS ve škole (střední, vyšší odborné, vysoké), na pracovišti nebo na semináři. Pouze 3 sestry prošly kurzem bazální stimulace a jedna z nich má i kurz prohlubující. Je třeba poukázat na to, že všechny dotazované respondentky byly alespoň jednou o tomto konceptu informovány. Dalším bodem pro získání odpovědi na výzkumnou otázku bylo: „*U kterých klientů je vhodné aplikovat podle vás koncept bazální stimulace?*“. Friedlová 2012 uvádí, že je vhodné aplikovat BS na předčasně narozené děti, děti, mládež a dospělé s těžkým kombinovaným zdravotním postižením, lidi, kteří trpí tělesnými a kognitivními změnami, které vznikly z důvodu onemocnění nebo úrazu například mozku či mozkové cévní příhody. Dále můžeme bazální stimulaci aplikovat na klienty, kteří jsou závislí na péči z důvodu umírání nebo stáří. Pro lidi, kteří mají změněné způsoby chování v souvislosti s těžkým vrozeným kognitivním postižením jako je například mentální retardace, nebo za života získaným kognitivním onemocněním jako je demence. Dle odpovědí dotazovaných respondentek se tento koncept dá nejvíce aplikovat u klientů s apalickým syndromem, dementních, dlouhodobě ležících, u všech, u klientů po CMP, v bezvědomí, paraplegiků, klientů s hemiparézami, u klientů po amputaci, u dětí s kombinovaným postižením, u seniorů a lidí, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. V odpovědích se respondentky téměř shodují s Friedlovou 2012 a pro přehlednost tohoto zjištění bylo vytvořeno schéma 1. Dále se nám podařilo zjistit, že dle většiny dotazovaných sester se dá tento koncept využít zejména na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Jako další zmiňované oddělení byly apalické jednotky, hospicová zařízení, domovy pro seniory, jednotky intenzivní

péče, interní oddělení, neurologické, rehabilitační, oddělení následné péče, chirurgické a neonatologické oddělení. Respondentka S9 odpověděla, že by to bylo nejlepší aplikovat na všech odděleních. S tímto názorem souhlasím. Myslím si, že na jakémkoliv oddělení se může ocitnout klient, kterému by právě koncept bazální stimulace pomohl ke zlepšení jeho stavu při spolupráci s rodinou a využití autobiografické anamnézy. V tomto mínění je ale jistý problém, který jsem při provádění našeho šetření zjistila, a to je neproškolený personál. Na základě výsledků uvedených ve schématu 2 můžeme konstatovat, že celkem 7 sester nezná žádné prvky bazální stimulace a S1 a S2 znají pouze iniciální dotek. Ostatní sestry jmenovaly následující prvky: iniciální dotek, auditivní stimulaci, optickou, orální, polohování (mumie, hnízdo), povzbuzující a uklidňující koupel, somatická stimulace, masáž stimuluující dýchání, taktilně-haptická stimulace. Doktorka Friedlová 2007, uvádí ve své publikaci, že základními prvky bazální stimulace jsou: somatické, vibrační a vestibulární. Doktorka Friedlová 2012 popsala nástavbové prvky jako navazující na prvky základní. Patří mezi ně optická, auditivní, orální, olfaktorická a taktilně-haptická stimulace. Krom dvou respondentek, které nedokáží zhodnotit, zda-li má koncept bazální stimulace pozitiva, se všechny dotazované sestry shodují na pozitivním vlivu bazální stimulace vůči pacientům. Jak píše Žakavec 2012, jak zlepšit péči u těch pacientů, kteří mají změněné vnímání, nekomunikují nebo jsou imobilní? Jak bychom jim mohli víc porozumět a více se jim přiblížit? V praxi se ukazuje, že u těchto pacientů je vhodná volba právě bazální stimulace, zejména v těžko řešitelných situacích. Myslím si, že reakce pacientů jsou tak pozitivní, že by stálo za to zajistit zdravotnickému personálu větší informovanost absolvováním certifikovaných kurzů. Dalším bodem v rámci první výzkumné otázky bylo zjistit názory všeobecných sester na negativa BS. Pouze tři respondentky došly k názoru, že nevidí žádná negativa. Jedna respondentka odpověděla, že nedokáže zhodnotit. Nejvíce sester se shodlo na časové náročnosti, nedostatku personálu a neproškoleném personálu. Zaujala mne odpověď respondentky, která dodala k časové náročnosti ještě nevhodné metody stimulování některé části těla, které by mohly působit nepříjemně na klienta. Dle mého názoru můžeme bazální stimulaci aplikovat na klienty v rámci každodenní ošetrovatelské péče, bez výrazného časového omezení. Friedlová

2007 upozorňuje, že snaha nutit klientovi určitou péči, která vůbec nezohledňuje jeho individualitu a s ní spojené potřeby, může způsobit klientovi psychosomatický útlum či dokonce agresivní obrannou reakci.

Nyní se dostáváme k další oblasti, hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku: „*Jak všeobecné sestry využívají prvky bazální stimulace v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních?*“. Nejprve jsme se pokusili zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry komunikují s klienty, kteří verbálně nereagují. Souhlasím s názorem Václavíčkové 2014, která tvrdí, že nejobtížnější pro ošetrovatelský personál je komunikace s klienty, kteří nereagují. Poukazuje na fakt, že v minulosti panovaly názory, které tvrdily, že klienti, kteří nevykazují žádné reakce a jsou ve stavu kómatu, nejsou schopni vnímat. Tento názor již v dnešní době neplatí. Při komunikaci s těmito pacienty je důležité znát danou problematiku a naučit se zaznamenávat reakce pacienta, i když jsou jen málo patrné. Nesmíme opomenout ani například mrknutí oka, nebo rytmu dýchání, jelikož to může být jediný signál, jak se může klient vyjádřit. Proto kladu důraz na pozorování klientů a snažím se zaznamenávat i nepatrné pozitivní reakce, zlepšovat tím poskytující péči a vybudovat si vzájemný vztah při aplikaci bazální stimulace. V našem výzkumném šetření jsme se dozvěděli, že všechny všeobecné sestry na vybraných odděleních komunikují s pacienty, kteří verbálně nereagují. Snaží se na klienty mluvit normálně, dotýkají se jich, oslovují je. Když jdou s klienty manipulovat, vždy je o tom informují a opět, snaží se s nimi komunikovat, i když oni verbálně nereagují. Některé respondentky využívají nejrůznější pomůcky, jako jsou názorné ukázky, obrázky ale i tablety. Tyto odpovědi mne velmi potěšily.

Dalším bodem k získání informací k druhé výzkumné otázce jsme zjišťovali, jaké prvky bazální stimulace aplikují všeobecné sestry na vybraném oddělení. V této oblasti jsme zjistili, že respondentky S1, S3, S4 a S6 neaplikují na daném oddělení prvky BS vůbec žádné. Respondentky S2, S3, S13 a S14 aplikují pouze iniciální dotek. Nejvíce aplikují všeobecné sestry orální stimulaci, iniciální dotek, polohování (mumie, hnízdo) a auditivní stimulaci. Dále všeobecné sestry aplikují optickou stimulaci, povzbuzující a uklidňující koupel, olfaktorickou stimulaci a taktálně-haptickou stimulaci. V další otázce, jsme chtěli zjistit, jestli se vybraným respondentkám zdá tento koncept

efektivní. Z odpovědí nám vyšly tři oblasti odpovědí, které jsme znázornily ve schématu 4. Pět z 16 sester odpověděly, že nemohou posoudit efektivitu, jelikož nemají dostatek informací o bazální stimulaci. Většina sester se shodla na efektivitě tohoto konceptu, ale zároveň poukazují na neproškolení personálu a nedostatek informací. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že největší překážka proto, aby mohl být koncept BS začleněn do ošetrovatelského procesu, je nedostatek personálu, neproškolený personál, nedostatek informací o tomto konceptu a aplikace prvků jen některými sestrami. Souhlasím s názorem respondentky S11, která odpověděla: „*Kdyby se tomuto konceptu věnovali všichni na oddělení, tak ano. Ale když to aplikuje jen někdo, tak ne. Na semináře by měli jít všichni.*“ Friedlová 2007 zmiňuje ve své knize, že terapeuti musí mít znalosti, jak klientovi zachovalé schopnosti rozvíjet. Prvky konceptu bazální stimulace umožňují rozvíjet schopnosti klienta i v té nezákladnější, bazální rovině. Otázka další zjišťovala, co všeobecné sestry kontrolují na klientovi při aplikaci prvků BS. V této oblasti se shodují všechny dotazované respondentky, že sledují odezvu klienta, čili jeho reakce, mimiku, grimasy, libost, nelibost atd. Friedlová 2007 popisuje důležitost znalost autobiografické anamnézy a tím snadnější pochopení chování a reakcí klienta. Za pomoci autobiografické anamnézy, která zohledňuje návyky klienta, může být zajištěna ta nejosobnější ošetrovatelská péče, za pomoci jeho příbuzných, rodiny. Na základě této důležitosti jsme položili otázku respondentkám, jak zapojují rodinu klienta v rámci BS. Všeobecné sestry S1, S2 a S4 se shodly na tom, že nezapojují rodinu klienta. Na oddělení BS nevyžívají. Ostatní sestry se shodují na zapojení rodiny zejména správné edukaci rodiny a některé sestry zmínily i sběr autobiografické anamnézy.

Výsledky tohoto šetření potvrzují, že pouze tři respondentky absolvovaly kurz bazální stimulace, přičemž jedna sestra má i kurz prohlubující. Zbylé sestry se o tomto konceptu dozvěděly pouze z tisku, ze školy, z praxe, na semináři, či od pozorování zdravotnických pracovníků, kteří prošli kurzem bazální stimulace a následně ho aplikovali na klientech. Myslím si, že pouhé pozorování proškoleného kolegy není dostačující pro aplikaci bazální stimulace v praxi. Domnívám se, že by bylo velmi přínosné, aby si většina zdravotnických zařízení vyčlenila finance a zprostředkovali tak

zdravotnickým pracovníkům absolvování certifikovaných kurzů. Myslím si, že koncept bazální stimulace ukazuje správný lidský přístup ke všem klientům, kteří potřebují podat pomocnou ruku a ocitli se v těžkém zdravotní omezení.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je věnována problematice využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi. Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jak jsou všeobecné sestry orientované v oblasti bazální stimulace. Druhým cílem bylo zmapovat, jak sestry využívají bazální stimulaci v ošetrovatelské praxi na vybraných odděleních. K těmto stanoveným cílům jsme zvolili kvalitativního šetření s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Při kategorizaci výsledků byly vytvořeny 2 kategorie a celkem 13 podkategorií. K první kategorii nám vzniklo 8 podkategorií a k druhé kategorii nám vzniklo podkategorií 5. Některé výsledky jsme pro větší přehlednost zpracovali do schémat, ale znázornili jsme jen některé, dle našeho názoru ty nejzajímavější podkategorie. Výstupem této práce je vytvoření souhrnu Desatero bazální stimulace (viz Příloha 4).

Výzkumné šetření ukázalo, že všeobecné sestry na vybraných odděleních znají pojem bazální stimulace a většina dokázala definovat svými slovy tento koncept. Pouze 2 respondentky neuměly odpovědět na položenou otázku. Z celkového počtu 16 respondentek pouze tři absolvovaly kurz bazální stimulace, přičemž jedna z nich absolvovala i kurz prohlubující. Respondentky měly celkem přijatelnou znalost o tom, na které klienty je vhodné koncept aplikovat i na jakých odděleních se dá nejlépe využít. Co se týče znalosti prvků bazální stimulace jsme zjistili, že celkem 7 sester nezná ani jeden z prvků BS a dvě sestry znají pouze iniciální dotek. Ostatní sestry dokázaly některé prvky jmenovat, nezazněly však všechny prvky, které patří do konceptu bazální stimulace. Většina dotazovaných respondentek se shoduje na pozitivním vlivu bazální stimulace aplikované na pacientech. Dále jsme se dozvěděli, že mezi negativa konceptu BS dle většiny všeobecných sester patří časová náročnost, nedostatek personálu a neproškolený personál.

Sestry se ve svých odpovědích shodly na tom, že komunikují s klienty, kteří verbálně nereagují. Snaží se je o všem informovat slovně, pomocí doteků a některé respondentky i pomocí názorných pomůcek. Jelikož kurz bazální stimulace mají pouze 3 sestry z celkového počtu 16 respondentek, je kvalitní využití samotných prvků BS dle

mého názoru nedostačující. Polovina dotazovaných respondentek neaplikují prvky BS a druhá polovina pouze některé. Většina sester se domnívá, že je koncept BS efektivní a doporučují proškolit všechny personál a dostat tím více informací o tomto konceptu a následně ho aplikovat s celým týmem do ošetrovatelského procesu. Já osobně bych si moc přála, aby byl začleněn koncept bazální stimulace do vzdělávacích programů na středních zdravotnických školách, vyšších odborných školách a zdravotních fakultách.

Znát teoretická východiska a vzdělávat se v konceptu bazální stimulace je nezbytně nutné pro aplikaci jednotlivých prvků do praxe. Myslím si, že sestra, která zná teoretická východiska a bude o klienty pečovat s čistým srdcem, upřímně, laskavě a s velkou dávkou empatie, může dosáhnout zřetelných výsledků. Domnívám se, že základem je vybudování si důvěry u nemocných, na kterých tento koncept aplikujeme. V okamžiku, kdy vzbudíme u jednotlivých pacientů důvěru, je mnohem snadnější spolupráce. Proto bychom měli vlídně přistupovat k lidem, o které pečujeme.

7 SEZNAM LITERATURY

ELIÁŠOVÁ, Petra. Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2013, **9**(11), 25-29. ISSN 1801-464X.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Aktuálně: Koncept Bazální stimulace v paliativní ošetrovatelské péči*. Praha: Mladá fronta/Zdravotnické noviny: *sestra* [online]. 2012 [cit. 2012-10-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aktualne-koncept-bazalni-stimulace-v-paliativni-oseetrovatelske-peci-467102>

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2009. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Využití konceptu Bazální stimulace v sociálních službách. *Sociální služby: odborný časopis*. 2010, **XII**(2), 24. ISSN 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **VIII**(2), 30-31. ISSN 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby: odborný časopis*. 2010, **XII**(6-7), 30-31. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrici. *Sestra*. 2012, **XXII**(9), 58-59. ISSN 1210-0404.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace hit v ošetrovatelství. *Dobry kontakt: měsíčník pro lékárny*. 2008, (5), 10-13. ISSN [neuvedeno].

FRIEDLOVÁ, Karolína. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby: odborný časopis*. 2010, **XII**(8-9), 36-37. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Vibrační stimulace a nastavbové prvky v konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby: odborný časopis*. 2010, **XII**(11), 28-29. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Využití konceptu Bazální stimulace ve snoezelnových místnostech. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **VIII**(4), 20-21. ISSN 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.

FRÖHLICH, Andreas, 1999. *Basale Stimulation: das Konzept*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben. ISBN 3-910095-31-3.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-9.

LUPTÁKOVÁ, Elena. Komunikácia v koncepte Bazálnej stimulácie. *Sestra a lekár v praxi*. 2013, **XII**(1-2), 26. ISSN 1335-9444.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

PICKENHAIN, Lothar, 2000. *Basale Stimulation neurowissenschaftliche Grundlagen*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben. ISBN 3-910095-32-1.

PČOLKOVÁ, Mária, 2011. *Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie*. In: *Súčinnosť podporných profesií při starostlivosti o pacienta/klienta*. Zborník zo 4. Slovenského chirurgického dňa Ľubovnianské kúpele v Starej Ľubovni [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2011, s.10-17, [cit. 2012-03-25]. ISBN 978-80-555-0512-1. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

VÁCLAVÍČKOVÁ, Lenka. Komunikace jako součást bazální stimulace. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2014, **24**(3), 25-26. ISSN 1210-0404.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5571-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WOLFFOVÁ, Věra. Bazální stimulace – pohled ze zákulisí. *Sestra*. 2006, **16**(6), 26-27. ISSN 1210-0404.

ŽÁKAVEC, Jakub. Koncept Bazální stimulace a jeho využití v přímé ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **VIII**(5), 30-32. ISSN 1801-1349.

8 Přílohy

Příloha 1: Žádost o povolení výzkumu

Příloha 2: Žádost o povolení výzkumu

Příloha 3: Návrh rozhovorů se sestrami

Příloha 4: Souhrn Desatero bazální stimulace

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumu

Nemocnice České Budějovice, a.s

Hlavní sestra

Mgr. Monika Kyselová, MBA

České Budějovice 1. 1. 2016

Věc: žádost o povolení výzkumu na interním, traumatologickém a rehabilitačním oddělení

Vážená paní magistro,

Jmenuji se Eva Sládková a jsem studentkou 3. Ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra-prezenční studium.

Touto formou bych Vás chtěla požádat, zda by mi bylo umožněno provést výzkumné šetření k bakalářské práci v nemocnici České Budějovice a.s. konkrétně na interním a traumatologickém oddělení. Výzkum by probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami na uvedeném oddělení. Bakalářskou práci zpracovávám na téma: „využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi“.


Eva Sládková

Otavská 1813, Písek 397 01

sladaevinka@centrum.cz

737 616 321

19. 2. 2016
SOCHKAM


Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 Žádost o povolení výzkumu

Hospic svatého Lazara
Sladkovského 2472/66a
326 00 Plzeň
Vrchní sestra
Ivana Kalousová

Plzeň 1. 1. 2016


Věc: Žádost o povolení výzkumu v hospici sv. Lazara v Plzni

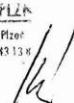
Vážená paní Kalousová,

Jmenuji se Eva Sládková a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra-prezenční studium.

Touto formou bych Vás chtěla požádat, zda by mi bylo umožněno provést výzkumné šetření k bakalářské práci v hospici svatého Lazara. Výzkum by probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami na uvedeném místě. Bakalářskou práci zpracovávám na téma: „využití prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi“.

Eva Sládková
Otavská 1813, Písek 397 01
sladaevinka@centrum.cz
737 616 321

 HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI
Sladkovského tř. 66 • 301 44 Plzeň
tel. 019-743 13 81-4 • fax: 019-743 13 81
úterý - pátek 7:00 - 15:00



Zdroj: Vlastní

Příloha 3 Návrh rozhovorů se sestrami

1 okruh

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Na jakém oddělení/ v jakém zařízení pracujete?
3. Co si představujete pod pojmem bazální stimulace?
4. Kde/jakým způsobem jste se poprvé dozvěděl/a o konceptu bazální stimulace?
5. U kterých klientů je vhodné aplikovat podle vás koncept bazální stimulace?
6. Na kterých odděleních se dá nejvíce využít tento koncept?
7. Jaké znáte prvky bazální stimulace? A které z nich jste měla možnost při své praxi pozorovat?
8. Jaká vidíte na konceptu bazální stimulace pozitiviva?
9. Jaká vidíte na konceptu bazální stimulace negativa?
10. Co si představujete pod pojmem iniciální dotek?

2 okruh

1. Jakým způsobem se snažíte komunikovat s klienty, kteří verbálně nereagují?
2. Jak informujete klienta, který nereaguje o tom, že s ním jdete manipulovat?
3. Jaké prvky bazální stimulace aplikujete na vašem oddělení?
4. Zdá se vám koncept bazální stimulace efektivní? A proč?
5. Co kontrolujete na klientovi při aplikaci prvků bazální stimulace?
6. Jak zapojujete rodinu klienta v rámci bazální stimulace?

Zdroj: Vlastní

Příloha 4 Souhrn Desatero bazální stimulace



DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE

HLAVNÍ PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Využití hlavních prvků bazální stimulace v ošetrovatelské praxi

Koncept bazální stimulace

Jedná se o vysoce kvalifikovaný postup a to s cílem přizpůsobit péči životní situaci klienta s poskytnutím vhodných stimulů zohledňující jeho biografickou anamnézu.

Využívá se u klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu a výrazně podporuje kvalitu jejich života.

Základními prvky konceptu jsou **pohyb, komunikace a vnímání**. Jmenované prvky se navzájem ovlivňují, a to tím způsobem, že vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybem a vnímáním.

Základní prvky bazální stimulace:

- **Somatická stimulace** (iniciální dotek, zklidňující a povzbuzující tělesná koupel, neurofyziologická stimulace, diametrální stimulace, polohování (mumie, hnízdo), masáž stimuluje dýchání)
- **Vibrační stimulace** (vibrační stimulace podporující vnímání, vibrátory, elektrický zubní kartáček, holicí strojek, vibrující hračky nebo vibrující lehátka a křesla)
- **Vestibulární stimulace** (houpací pohyby v lůžku, houpačky, houpadla, houpací křesla, trampolíny)

Nástavbové prvky bazální stimulace:

- **Optická stimulace** (osobní fotografie, obrázky nebo předměty pro štěstí)
- **Auditivní stimulace** (hudba, zvuky domova, prostředí zaměstnání, dodržování desatera bazální stimulace, hraní na hudební nástroj, zpěv)
- **Orální stimulace** (využívá chuťového smyslu, oblíbené chutě, či jídlo)
- **Olfaktorická stimulace** (pracuje s čichem, oblíbené vůně ve formě deodorantů, parfémů, osobních toaletních potřeb, vůně jídla, vůně z pracovního prostředí nebo z jeho tehdejších koníčků a zájmů)



- **Taktilně - haptická stimulace** (pracuje s tělesným dotykem, osobní věci nebo věci z pracovního prostředí, oblasti hobby či zájmů, talismani, hračky)

DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE

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



Použité zdroje

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024713144

FRIEDLOVÁ, Karolína. O *Bazální stimulaci*. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmět u ošetrovatelství 1. a 2. díl 1. v yd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace. 2006. 100 s. IS BN 80-239-6132-2*

PICKENHAIN, Lothar. *Basale Stimulation neurowissenschaftliche Grundlagen*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, 2000. ISBN 3910095321