



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

Diplomová práce

# Zavádění konceptu Bazální stimulace na chirurgické oddělení

Vypracovala: Bc. Hana Frühaufová  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková Ph.D.

České Budějovice 2016

# Abstrakt

## Zavádění konceptu Bazální stimulace na chirurgické oddělení

Koncept Bazální stimulace v současné době patří k nejpobulárnějším konceptům v rámci ošetřovatelství. Bazální stimulace je určena lidem se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Ošetřovatelství se jako samostatná vědecká disciplína opírá o nejnovější vědecké poznatky a o poznatky z vlastních výzkumů. Toto si dožaduje značnou profesionalitu při poskytování péče a holistický přístup ke klientům v průběhu implementace nových poznatků do péče. Počátky Bazální stimulace začali v sedmdesátých letech minulého století a jeho zakladatelem je Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Koncept je pro terapeuty rozšířením jejich kompetencí v ošetřovatelském procesu. Chirurgické ošetřovatelství je aplikovaný ošetřovatelský obor vycházející z oborů ošetřovatelství a chirurgie. V dnešní době je zavádění změn doslova na denním pořádku v pracovním procesu. V procesu změny má svou nezastupitelnou roli manažer, protože je to on kdo musí se svým týmem změnu zavést do praxe. Manažer si musí uvědomit mnoho skutečností, aby svou roli v zavádění změn dobře zvládl.

Cílem práce bylo zmapování používání prvků Bazální stimulace na chirurgickém oddělení okresní nemocnice Jihočeského kraje. Dále jsme zjišťovali, jaké jsou možnosti využití tohoto konceptu u neklidného klienta hospitalizovaného na standardním chirurgickém oddělení. Posledním cílem bylo zjišťování, zda má Bazální stimulace vliv na medikamentózní léčbu.

Téma diplomové práce je vypracováno na podkladě odborných zdrojů. Ve výzkumné části byl zvolen kvalitativní výzkum. Výzkum proběhl ve čtyřech fázích. V první fázi poskytly sestry strukturovaný rozhovor před zahájením zavádění konceptu do ošetřovatelské péče. Zajímalo nás, jak celkově vnímají tento koncept jejich znalosti a zkušenosti. Zda se s konceptem v rámci jejich nemocnice pracuje. Rozhovory byly nahrávány, poté doslovně přepsány a metodou otevřeného kódování analyzovány. Z analýzy vznikly dvě kategorie shrnuté přehledných schématech. Druhá fáze spočívala v odebrání ošetřovatelské anamnézy u tří pacientek a následné sepsání kazuistik dle Imogine King. Těmto pacientkám nebyly nabízeny prvky Bazální stimulace. Třetí fázi

tvořilo odebrání ošetrovatelské anamnézy u třech pacientek s následnou aplikací prvků stimulace. U pacientek byly opět sepsány kazuistiky dle již zmíněného modelu. U všech pacientek bylo také využito zúčastněné pozorování výzkumníkem a analýza zdravotnické dokumentace. Poslední čtvrtou fází byly opět rozhovory se stejnými sestrami jako v první fázi, které proběhly po implementaci konceptu do péče. Zajímavý byl v těchto rozhovorech mírný posun v názorech sester. Rozhovory byly zpracovány stejnou metodou jako ty počáteční.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že respondentky mají malé znalosti o konceptu Bazální stimulace, ale v průběhu zavádění prvků konceptu do péče, projevíly o tento koncept zájem. Na chirurgickém oddělení, kde došlo k realizaci výzkumného šetření, v současné době nevyužívají žádné prvky z konceptu Bazální stimulace a ani v nemocnici jako takové se s konceptem nepracuje.

Při působení na chirurgickém oddělení v rámci výzkumného šetření byly aplikovány pouze dva prvky Bazální stimulace, jejichž aplikaci shrnují tabulky s výsledky stimulace u jednotlivých kazuistik. Pacientky v průběhu stimulace vykazovaly verbálně i neverbálně uspokojení, klid, úlevu a pohodu. Sestry, které se zapojily do výzkumného šetření a sledovaly pacientky, tento názor zastávaly také.

K třetímu cíli nevyplývají z výzkumu jednoznačná data. Zaměřili jsme se pouze na léčbu bolesti, kde se ukázala data jako nedostačující. K tomuto zjištění by bylo vhodné ve výzkumu pokračovat. Vhodným se nám jeví jak kvalitativní tak i kvantitativní výzkum.

Vzhledem k těmto skutečnostem jsme se rozhodli, že výstupem z práce bude informativní seminář pro sestry, kde bude prezentována diplomová práce.

**Klíčová slova:** Bazální stimulace, pacient, sestra, péče, chirurgie, koncept

# **Abstract**

## **Implementing the concept of basal stimulation in the surgical ward**

The concept of basal stimulation is currently one of the most popular concepts in nursing care. Basal stimulation is intended for people with changes in perception and communication. Nursing is an independent scientific discipline working with the most up-to-date scientific knowledge and with findings of its own research. This demands a fully professional attitude in providing care and holistic approach to clients during the implementation of new knowledge into care procedures. Basal stimulation was introduced in the 1970s by its founder, Professor Dr. Andreas Fröhlich. The concept allows therapists to expand their competencies in the nursing process. Surgical nursing is applied, field-based nursing implemented in the surgical ward. Nowadays, the changes in the working process are introduced literally on a daily basis. In the process of change, the role of the manager remains irreplaceable, because he or she leads the team to implement the changes into practice. The manager must be aware of many facts to fulfill her or his role in introducing change.

The aim of this thesis was to map the use of basal stimulation in the surgical department of the district hospital of South Bohemia. Furthermore, I investigated the possibilities of using this concept for restless patients hospitalized in a standard surgical ward. The last goal was to determine whether basal stimulation effects medical treatment.

The topic of the thesis was researched using expert sources. The research part uses methods of qualitative research. The research was conducted in four phases. In the first phase, structured interviews with nurses preceded the implementation of the concept into their nursing care. I asked how they perceived the overall state of their knowledge and experience and whether the concept was used in their hospital work. The interviews were recorded, then transcribed and analyzed using the method of open coding. The analysis provided two categories, summarized into synoptic schemes. The second phase consisted of compiling the medical history of three patients and the subsequent drafting of case reports following the model of Imogene King. These patients were not offered

the use of basal stimulation. The third phase consisted of compiling the medical history of other three patients, with subsequent application of basal stimulation. Patient case stories were recorded, following the aforementioned model. All patients were also observed by the researcher and their medical records were analyzed. The fourth and last phase again consisted of interviews, with the same nurses as in the first phase, and took place after the implementation of the concept into their care procedures. A slight shift in opinion was notable. Interviews were conducted using the same method as the initial ones.

The research showed that respondents have little knowledge of the concept of basal stimulation, but showed interest in it during the implementation its elements. The surgical ward, where the research has been conducted, currently does not use any elements of basal stimulation, nor is it being used in the hospital itself.

During the research in the surgical ward, only two elements of the basal stimulation were implemented, the application of which is summarized in the tables showing the results of stimulation in the individual case reports. Patients showed both verbally and nonverbally increased levels of well-being, peacefulness, relief and comfort during stimulation. Nurses who participated in the research and monitored the patients also held this view.

The third focus of the research did not provide unambiguous data. I focused only on the treatment of pain, the area in which the data obtained proved to be insufficient. It would be appropriate to expand the scope of the study in this respect, using both qualitative and quantitative methods.

Given these facts, the results of the research will become the basis for preparing a seminar for nurses, during which the thesis findings will be presented.

**Keywords:** Basal stimulation, patient, nurse, care, surgery, concept

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Zavádění konceptu Bazální stimulace na chirurgické oddělení jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 16.5.2016 .....

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Ditě Novákové Ph.D. Za cenné rady při vedení mé diplomové práce, za čas, který mi věnovala a v neposlední řadě za její trpělivost. Poděkování patří také všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

# Obsah

1	Současný stav .....	12
1.1	Teoretická východiska konceptu Bazální stimulace .....	14
1.1.1	Stimulace vnímání .....	16
1.1.2	Podpora hybnosti .....	17
1.1.3	Podpora komunikace .....	18
1.2	Prvky Bazální stimulace .....	19
1.2.1	Somatická stimulace .....	20
1.2.1.1	Somatická stimulace zklidňující .....	20
1.2.1.2	Somatická stimulace povzbuzující .....	21
1.2.1.3	Neurofyziologická stimulace .....	22
1.2.1.4	Polohování v konceptu Bazální stimulace .....	23
1.2.1.5	Kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání .....	24
1.2.2	Vestibulární stimulace .....	25
1.2.3	Vibrační stimulace .....	27
1.2.4	Optická stimulace .....	28
1.2.5	Auditivní stimulace .....	29
1.2.6	Orální stimulace .....	30
1.2.7	Olfaktorická stimulace .....	32
1.2.8	Taktilně-haptická stimulace .....	33
1.3	Ošetřovatelství v chirurgii .....	34
1.4	Role sestry manažerky .....	37
1.4.1	Management v ošetřovatelství .....	39
2	Cíl práce, výzkumné otázky .....	41
2.1	Cíl práce .....	41
2.2	Výzkumné otázky .....	41
3	Metodika .....	42
3.1	Metodika výzkumu .....	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	43



3.3 Charakteristika výzkumného prostředí .....	44
4 Výsledky .....	45
4.1 Rozhovory s respondentkami před aplikací konceptu .....	47
4.2 Rozhovory s respondentkami po aplikaci konceptu .....	51
4.3 Kazuistiky pacientů dle Imogine King, bez aplikace prvků konceptu .....	55
4.4 Kazuistiky pacientů dle Imogine King, s aplikací prvků konceptu .....	67
5 Diskuze .....	80
6 Závěr .....	91
7 Seznam použité literatury .....	93
8 Seznam příloh .....	100

## **Seznam použitých zkratk**

Prof.	Profesor
Dr	doktor
ČR	Česká republika
BS	Bazální stimulace
EU	Evropská unie
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
TEN	trombembolická nemoc
CNS	centrální nervová soustava
VAS	vizuální analogová škála

# Úvod

Téma diplomové práce zabývající se implementací konceptu Bazální stimulace do péče na chirurgickém oddělení jsem si zvolila z osobních důvodů. V roce 2014 jsem měla možnost vzdělávat se v tomto konceptu, kterému je garantkou Karolína Friedlová.

Na začátku kurzu jsem pochopila, že tento koncept má nezastupitelné místo v ošetrovatelské péči. Bohužel ale zatím není dostatečně využíván ve všech oborech ošetrovatelství. Stále se převážně hovoří o jeho významu v péči na anesteziologickoresuscitačních odděleních, paliativní péči a na neonatologii, kde již jsou jeho klinické výsledky podloženy.

Jsem přesvědčena, že Bazální stimulace má mnohem více využitelnosti. Své zkušenosti po absolvování kurzu a získání evropského certifikátu (příloha 1) jsem aplikovala ve své práci v Domově pro seniory. I našim seniorům je tento koncept velkým přínosem. Ti, co jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a je u nich pravidelně prováděna individuálně zvolená technika Bazální stimulace, jsou mnohem klidnější a spokojenější. Mám z tohoto velkou radost a díky tomu vidím smysluplnost své práce jako sestry. Nepečuji se jen o stránku fyzickou, ale také o psychickou pohodu a tím jsem schopná mnohem více poskytovat holistickou péči. Velmi mne zajímalo, jak aplikace prvků Bazální stimulace může ovlivnit průběh hospitalizace na standardním chirurgickém oddělení. Jaký vliv může mít na proces uzdravování a zda ovlivňuje medikamentózní analgetickou léčbu, zejména u pacientů po břišních operacích.

Výše uvedené jednotlivé aspekty mne dovedly k podání žádosti o vlastní téma diplomové práce. Jsem vděčná, že mi bylo umožněno tuto práci napsat. Věřím, že bude přínosem nejen pro mne, ale také pro ty, co si mojí práci přečtou.

## 1 Současný stav

Ošetrovatelství jako samostatná vědecká disciplína se opírá o nejnovější vědecké poznatky a o poznatky z vlastních výzkumů. Toto vyžaduje vysokou profesionalitu při poskytování péče a holistický přístup ke klientům v průběhu zavádění nových poznatků do péče (Friedlová; 2007). Pochylá (2005) píše, že ošetrovatelství má nezastupitelné místo v péči o zdraví jedince. Ošetrovatelská péče lze definovat jako soubor odborných činností zaměřujících se na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví.

Conte (2004) popsala počátky Bazální stimulace, které začali v sedmdesátých letech minulého století a jejím zakladatelem je Prof. Dr. Andreas Fröhlich, který se věnoval dětem s těžkými změnami v oblasti tělesné i duševní. Na základě výsledků jeho práce se stala Bazální stimulace uznávaným pedagogicko- ošetrovatelským konceptem. Filatová a kolektiv (2014) zmiňuje, že Fröhlich společně se sestrou Christel Bienstein tento koncept modifikovali pro ošetrovatelskou péči.

Döttlinger a kolektiv (2009) píše, že v konceptu Bazální stimulace jsou lidské potřeby jádrem cílů, které definoval autor konceptu a spoluautorka Christel Bienstein. Bicková a kolektiv (2010) píše, že tyto cíle jsou dané pro celou Evropu. Primárním cílem je zabezpečení základních životních funkcí, a to příjem potravy, dýchání, toaleta a polohování. Cílem sekundárním je zejména podpora v schopnostech pohybu, a tím následné vykonávání sebeobslužných výkonů a návyků, vytvoření si sebedůvěry, a získání potřeby bezpečí a jistoty, komunikace a postupné zapojení do běžného života.

Friedlová (2010) popisuje Bazální stimulaci jako koncept lidských setkání. Friedlová (2007) dále píše, že Bazální stimulace patří v současné době k nejpoblárnějším konceptům v ošetrovatelství. Je určena pro lidi se změnami v oblastech vnímání a komunikace. Bazální stimulace dává ošetrovatelství jiný rozměr a tím umožňuje ošetřujícímu personálu nově reflektovat svou práci. Nyní je koncept integrován do učebních osnov ošetrovatelství na zdravotnických školách v některých zemích EU. V ČR je implementován do Vyhlášky MZ o stanovení činnosti pracovní náplně všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 55/2011.

V ČR se koncept vyučuje od roku 2003. V roce 2005 byl založen Institut Bazální stimulace, jehož zakladatelkou je průkopnice konceptu u nás, a to PhDr. Karolína Friedlová. Institut je garantem kvality poskytovaných seminářů a supervizí v zařízeních pracujících s konceptem. Absolventi seminářů pořádaných Institutem získají certifikát, který je platný po území celé EU (Friedlová 2014).

Bazální stimulace je dle Friedlové (2013) pokládána za pedagogicko-ošetrovatelský koncept zaměřující se na veškeré oblasti lidských potřeb. Dle Niehoffa (2011) je v současné době slovní spojení Bazální stimulace považováno za dobře zavedený technický termín. V posledních letech, jak uvádí Friedlová (2013), je prováděno mnoho vědeckých studií, které dokazují, že koncept Bazální stimulace stojí na vědeckých základech. Koncept je pro terapeuty rozšířením jejich kompetencí v ošetrovatelském procesu. Nyní je v bodu zavádění do praxe a následné realizace. Praktické a teoretické vědomosti pro aplikaci konceptu Bazální stimulace lze získat v akreditovaných programech, které vyučuje Institut Bazální stimulace. Tyto vzdělávací programy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Vzdělávání v konceptu BS lze považovat za naprosto průlomové a jedinečné. Umožňuje stejnou cestu všem odborníkům podílejícím se na procesu podpory vývoje klienta a při péči o jeho tělesnou, duševní i sociální stránku. Tuto vzájemnou spolupráci lze v kontextu totožných vědomostí a dovedností nazývat podporou kvality, bezpečnosti poskytované péče a také jako opatření šetřící náklady na péči.

Koncept se zaměřuje na obraz člověka, jeho důstojnost, autonomii a respekt. Bazální stimulace jak somatická, tak fyzikální se zaměřuje na zkušenosti, které osloví všechny smysly lidského těla. Kontakt s akustickou, vibrační či vizuální stimulací, nebo zvukově rytmickou zkušeností, navozuje bezpečnou a komunikativní atmosféru. Atmosféru, která podporuje znevýhodněné lidi na účasti každodenního života a znovunavrácení ztracených dovedností (Bienstein a Fröhlich; 2010).

V konceptu BS se využívá také milé a vlídné slovo, přiměřená komunikace, které předchází iniciální dotek a nejen polohování, či jiné prvky jak somatické tak fyzikální stimulační patřící ke konceptu (Boušová; 2013).

V současné době lze říci, že sestry jsou manažerkami významného charakteru. Ošetřovatelství považujeme za prestižní povolání s přesně danými kompetencemi v rámci zdravotní péče. Zvyšuje se jeho kvalita, stává se vědní disciplínou. Sestry jako nositelky ošetřovatelství jsou edukátorky pacientů. Sestry mají přesně stanovené kompetence v rámci ošetřovatelské praxe (Kutnohorská, 2010). Mastiliaková (2003) se zmiňuje mimo jiné o ošetřovatelské péči, která na profesionální úrovni vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, postoje a dovednosti, které musí mít vědecký základ.

### **1.1 Teoretická východiska konceptu Bazální stimulace**

Sedlářová (2008) uvádí, že koncept je zpracován na základě poznatků z pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetřovatelství. Základním principem je zprostředkování vjemů ze svého těla. Teoretickou základnu konceptu tvoří předpoklady neurofyziologického vývoje jedince. Klient je považován za partnera a jsou respektovány jeho doposud zachované schopnosti v oblastech vnímání, pohybu a komunikace. BS využívá řadu technik a metod usilujících o integraci klienta do současného života s využíváním jeho dřívějších zkušeností a návyků. Jednotlivé prvky BS lze začlenit i do běžné ošetřovatelské péče při uspokojování potřeb klienta (Šnajderová a Tomanová; 2013).

Friedlová (2007) uvádí, že Bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidského vnímání. Každý jedinec vnímá na základě smyslů a smyslových orgánů. Pomocí smyslů může tedy vnímat sebe sama a okolní svět. Pohybovat se a komunikovat jsme se naučili díky schopnosti vnímání. Vytejková (2011) uvádí, že se vnímání, komunikace a pohyb navzájem ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a na druhou stranu je komunikace umožněna díky pohybu a vnímání.

Schneiderová (2011) popisuje Bazální stimulaci jako koncept, který podporuje komunikaci, kognitivní funkce a pohybové schopnosti člověka. Klientům poskytuje co

nejpříjemnější prostředí s možností vnímat své tělo, rozvíjení vlastní identity, komunikaci s okolím beze slov a v neposlední řadě orientaci v čase a prostoru. Základní zásadou tohoto konceptu je holistické vnímání jedince s jeho zvyky a návyky. Tyto faktory jsou včleněny do ošetrovatelského procesu, a tím je klientům zajištěn nepřetržitý přísun podnětů. Pokud klient trpí nedostatkem podnětů a pohybu, pak dochází k senzomotorické deprivaci. Lidský mozek si všechny návyky a zvyky uchovává a pomocí cílené stimulace je možné znovu tyto vzpomínky vyvolat, a tím deprivaci předcházet. Dle slov Suché (2015) je paměť důležitá pro schopnost organismu přijímat, uchovávat a opět si vybavovat předešlé zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Díky tomuto se Bazální stimulace stává v ošetrovatelské péči procesem terapeutickým (Eliášová; 2013).

Friedlová (2012) se domnívá, že pro správnou a účinnou stimulaci je potřeba mít důkladně odebranou autobiografii klienta, s čímž nám nejvíce pomáhají jeho blízcí. Autobiografická anamnéza obsahuje velmi podrobný seznam dosavadních zvyků, činností, oblíbených jídel, nápojů a denního harmonogramu klienta. Obsahuje mimo jiné oblíbené a používané předměty denních činností, kosmetiku, hygienické potřeby, oblíbené oblečení, hudbu, prostě vše, co se týká jedinečnosti klienta. Jedině poté je možné poskytovat individualizovanou péči zaměřenou na smysly prostřednictvím ošetrovatelského procesu u klientů s nejrůznějším onemocněním, obzvláště u pacientů v bezvědomí, s demencí, klientů s handicapem či dětí předčasně narozených (Holubová; 2013). Dle výše napsaného lze podle Vondráčka a Wirthové (2009) říci, že odebraná autobiografická anamnéza je zrovna tak jako ošetrovatelská anamnéza označována za citlivé údaje a podléhá povinné mlčenlivosti. Sepisování biografie dle Wehner a Schwinghammer (2013) je děj nekončící, je potřeba ji tedy neustále doplňovat. Fröhlich (2015) je přesvědčen, že veškeré zkušenosti nabitě v průběhu života, ať již vědomě či nevědomě, každého jedince ovlivňují a je potřeba se jimi zabývat.

Zásadou každé stimulace je soubor mnoha aspektů. Při každé stimulaci modulujeme klienta oběma rukama, udržujeme stálý kontakt, nikam neodcházíme, v místnosti musí být příjemná teplota, musíme zajistit klid a nehovořit s třetí osobou (Friedlová; 2007).

Necílené a nečekané doteky mohou u klienta se změnou ve vnímání vyvolávat pocit nejistoty a strachu. Právě kvůli těmto pocitům musí dát terapeut najevo, kdy se u klienta nachází, kdy začíná a končí jejich vzájemný kontakt. Tyto informace jsou předávány pomocí Iniciálního doteku. Správné místo pro iniciální dotek zvolíme na základě důkladně odebrané biografické anamnézy. Nejčastěji zvolené místo je rameno, paže či hřbet ruky. Iniciální dotek je řádně zapsán do dokumentace. Tohoto místa se dotýká nejen ošetřující personál, ale každý, kdo přijde do kontaktu s klientem. Iniciální dotek musí být zřetelný s přiměřenou dávkou tlaku tak, aby klient věděl, že jsme u něho, nebo odcházíme. Používáme ho tedy jako pozdrav, ale nikdy neopomeneme dotek doprovázet verbálním pozdravem s oslovením klienta (Friedlová; 2013).

Asistovaná péče spočívá v začlenění klienta do péče o sebe sama. Pokud je to možné, uchopíme klientovu dominantní ruku tak, že úchopem ruky terapeuta modelujeme jeho prsty a provádíme potřebný úkon, například umytí obličeje a genitálií. Nikdy neopomínáme podpírat loket vedené končetiny (Friedlová; 2007).

### ***1.1.1 Stimulace vnímání***

Křivohlavý (2003) se zmiňuje o tom, že prostřednictvím smyslových orgánů k nám přicházejí informace o tom, co se děje v našem okolí. Smyslové orgány ovšem zachytí podněty jen na pouhou chvíli. Počítá se s tím, že sensorická paměť uchovává vjemy jen po dobu od jedné čtvrtiny sekundy do dvou sekund. Se zřetelem na druh smyslového orgánu, který informace přijímá, pak rozlišujeme druh paměti, kde se vjem uchovává.

Friedlová (2007) uvádí, že schopnost vnímat sebe sama i své okolí a adekvátně reagovat na podněty, je člověk schopen pouze v bdělém stavu. V bdělém stavu tedy ve stavu vědomí, kdy jde o řízenou schopnost vedoucí k sensorickým podnětům, aktivaci paměťových stop, vytvoření nových souvislostí a myšlenek na podkladě předchozích zkušeností. Stimulace vzniká působením podnětu. Podnět lze chápat jako určitou energii vyvolávající vzruch. Vzruchy jsou pomocí nervových vláken přenášeny a zpracovány na základě předchozích zkušeností.



Klucká a Volfová (2009) popisují kognitivní funkce, což jsou základní funkce mozku každého jedince, mezi něž patří paměť, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, řeč a myšlení. K poruše kognitivních funkcí může docházet z více důvodů jako je stáří, poškození CNS, ale i psychiatrických onemocněních. Při jakékoliv poruše kognitivních funkcí je vždy snaha o navrácení jedince zpět do běžného života a pokud možno samostatného života, protože jejich poruchou jedinec ztrácí i část svého já. Jedinec se poté může cítit nejistý, méněcenný. Běžné denní fungování je pak obtížné nebo nemožné.

V konceptu Bazální stimulace mají terapeuti za cíl navázat komunikaci pomocí nabízení podnětů a pohybu. Cílem je podpora a zprostředkování vnímání tak, aby u klientů docházelo ke stimulaci vnímání vlastního těla a okolního světa, k podpoře vlastní identity, umožnění komunikace, orientace v čase a prostoru a k zlepšení funkcí organismu. Předpokladem ke kvalitní a účinné stimulaci vnímání je důkladný sběr autobiografické anamnézy, stanovení reálných cílů, sepsání ošetřovatelského plánu a kontinuální posuzování reakcí klienta na stimulaci. Neodmyslitelnou roli má také včlenění rodiny klienta do péče (Friedlová; 2007).

### ***1.1.2 Podpora hybnosti***

Trachtová (2013), pohyb je bezpochyby biologickou potřebou každého člověka. Při nedostatku pohybu, nebo jeho znemožnění, reaguje každý jedinec jinak, a to na základě předchozího životního stylu. Při onemocnění pohybového aparátu dochází ke změnám pohybové aktivity, ale i ke změnám na srdečním, gastrointestinálním a dýchacím systému, což vede k jistému diskomfortu klienta. Pohybové omezení ovlivňuje také psychickou stránku jedince. Mikula a Müllerová (2008) uvádějí, že důsledkem imobility může být také vznik dekubitů. Zcela nezastupitelné místo pro prevenci dekubitů má polohování. K eliminaci jednotlivých příznaků způsobených poruchou hybnosti dle Trachtové (2013) je využívána včasná mobilizace klienta a dostatečný přísun smyslových vjemů. Pro lidský organismus má dostatek pohybové aktivity a přiměřená fyzická kondice početný význam. Nejen že zlepšuje zdravotní stav tím, že uvolňuje

duševní napětí, zkvalitňuje spánek a zpevňuje pohybový aparát, ale také ochraňuje před vznikem již zmíněných onemocnění a navozuje pozitivní emoce.

Schopnost pohybu doprovází jedince po celý život. Nejenže je pohyb důležitý k zajištění chůze, udržení určité pozice těla, k získání a přijímání potravy, k vyprazdňování, k dýchání, k rozmnožování, k práci, ale také je úzce spjat s komunikací a i psychickými projevy člověka. Možnost hýbat se zprostředkovává člověku nejen komunikaci s prostředím, ale také možnost vnímat své tělo (Friedlová; 2007).

Úlohou sestry pečující o částečně či celkově imobilní klienty je předcházení komplikací, které jsou s imobilitou spojeny. Sestra by měla veškerým komplikacím předcházet včasnou mobilizací, poskytováním individualizované péče pomocí sestaveného ošetrovatelského plánu a začleněním nových ošetrovatelských konceptů (Workman a Bennett; 2006).

### ***1.1.3 Podpora komunikace***

Dle Venglářové a Mahrové (2006) je komunikace nástrojem pro uspokojování potřeb člověka. Je začleněna do systému biologických a psychosociálních potřeb každého jedince. Pokud tedy klient hovoří k ošetřujícímu personálu tak ten musí naslouchat, neboť klient tímto sděluje svůj problém. Pokud pečující správně naslouchá a problém vyřeší, pak následuje uspokojení potřeb klienta. Jak uvádí Matoušek a kolektiv (2013), tak je důležité zvládnutí umění rozhovoru, který pak slouží k vytvoření dobrého vztahu klienta s ošetřujícím personálem.

Richards a Edwards (2004) popisují komunikaci z více pohledů. Komunikace může být verbální, neverbální, vědomá a nevědomá. Je považována za nezbytnou součást jedincova života. Ošetřující personál by měl mít dovednosti jak verbální tak i neverbální komunikace. Důležité je také umění pozorování klienta a dovednost správně si vyložit neverbální projevy nesoběstačných klientů.

Lidé s poruchou smyslů mají různorodé možnosti komunikace. Možnosti závisí na stupni poruchy, ale určujícím kritériem není jen samotný rozsah postižení, ale

i schopnost znevýhodněného adaptovat se na změněné možnosti (Venglářová a Mahrová; 2006).

Komunikace nám umožňuje být takzvaně ve spojení. Je to vědomá činnost lidského chování a zprostředkovává nám vytváření a udržování mezilidských vztahů. Nové vědomosti a znalosti získáváme pomocí komunikace a poté je můžeme šířit dál. V bazální stimulaci využíváme jak komunikaci verbální tak neverbální. Mnohdy je těžké u klientů s poruchou nebo nemožností jakékoliv komunikace navázat kontakt, ale i malé pokroky jsou žádoucí. Terapeut musí být schopen rozlišit i velmi nepatrné reakce klienta a dát jim náležitý význam. Mezi velmi nepatrné reakce můžeme zařadit rytmus dýchání, mžikání očima, uvolnění svalového tonu a naopak jeho zvýšení a mnoho dalších (Friedlová; 2007).

## **1.2 Prvky Bazální stimulace**

Kašpárek (2011) řadí mezi základní prvky konceptu stimulaci somatickou, vestibulární a vibrační. Nástavbové prvky jsou stimulace optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální. Jejich společným cílem je primárně zajistit základní životní aktivity a potřeby. Za sekundární cíl je považována podpora pohybu. Neopomenutelným prvkem je interakce člověka s okolím a vytvoření podmínek k socializaci. Aplikací jednotlivých prvků stimulace je možné snížit stavy neklidu, agrese a agitovanosti. Veškeré prvky Bazální stimulace nabízí i rodinným příslušníkům smysluplný a podpůrný kontakt s jejich příbuznými (Kalvach a kol.; 2011).

Bártlová a Matulay (2009) popisuje, že zapojení rodiny do péče o svého blízkého nabývá opět na významu. Z historického hlediska bylo dříve naprosto běžné, že se rodina starala o své blízké. V průběhu let minulých se tato role postupně vytrácela a nyní je opět snaha o znovu zapojení rodiny do péče.

### *1.2.1 Somatická stimulace*

Cílem stimulace somatické je usnadnění navázání bazálního kontaktu na nonverbální úrovni, usnadnění orientace a zlepšení vnímání tělesného schématu. U imobilních klientů dochází již po 72 hodinách k poruchám vnímání vlastního těla. Jednotlivé prvky somatické stimulace je možné implementovat do základní ošetrovatelské péče. K těmto základním prvkům řadíme zejména polohování dle konceptu, dechovou gymnastiku, veškeré druhy koupele a asistovanou péči (Kalvach a kol.; 2011).

Během somatické stimulace jsou hlavním náčiním ruce terapeuta. Terapeuti si musí uvědomit, že jejich ruce jsou pro klienta médiem, se kterým má klient nejčastější kontakt. Z tohoto důvodu je důležité poskytovat klientům cílené a jasné doteky, protože chaotickými doteky vyvolává terapeut pocit nejistoty, strachu a zmatku. Ruce terapeuta mohou poskytovat různé informace. Doteky terapeuta musí být zřetelné a přiměřené. Terapeut během dotýkání se klienta sleduje klientovy reakce, zda jsou mu doteky příjemné či nepříjemné a zároveň musí brát zřetel na to, že na těle klienta jsou určitá místa obzvláště citlivá na doteky druhé osoby (Friedlová; 2014).

#### *1.2.1.1 Somatická stimulace zklidňující*

Cílem zklidňující stimulace je vnímání tělesného schématu, redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace, navození celkového tělesného uvolnění, navázání komunikace a v neposlední řadě stimulace vnímání. Aplikuje se tedy u klientů se změnou v oblasti mentální, s těžkým somatickým postižením, u klientů ve vigilním kómatu, při neklidu, hyperaktivitě. Lze ji také využít jako nefarmakologickou možnost tlumení bolesti. Své zastoupení má u klientů v terminálním stádiu života. V pooperační péči je využívána s cílem redukce stavů zmatenosti a dezorientace po anestezii. Zklidňující somatickou stimulaci lze do péče zakomponovat během toalety u klienta, kdy se pak dá nazývat zklidňující koupelí. Koupel ovšem není podmínkou této

stimulace a lze ji tedy aplikovat kdykoliv během dne s použitím různých prostředků a všemi členy pečujícího týmu (Friedlová; 2007).

Před samotnou stimulací je klient informován o tom, co se s ním bude dělat. Většinou je stimulace zahájena iniciálním dotekem. U zklidňující stimulace se postupuje ve směru růstu chlupů, protože zrovna tento pohyb vysílá přesné informace o tělesné formě a působí zklidnění. Začne se stimulací obličeje, poté se pokračuje na hrudník a břicho, kde se dotýkáme od středu hrudníku k jeho okraji, pokračujeme na horních končetinách a zakončujeme každým prstem zvlášť. Dolní končetiny jsou modulovány stejným způsobem jako končetiny horní. Žáda se stimulují stejně jako hrudník a břicho. Během celé stimulace je nutné nezapomínat pozorovat reakce klienta. Neopomenutelnou součástí průběhu stimulace je její verbální komentář, kdy je klientovi sdělováno, kterou část těla momentálně modulujeme. Pokud je to jen trošku možné jsou tyto úkony prováděny asistovaně. Vysoušení pokožky je prováděno stejným způsobem jako koupel. Také je možné zklidňující stimulaci provádět jen částečně, tedy pouze určitou část těla. (Friedlová; 2007).

#### *1.2.1.2 Somatická stimulace povzbuzující*

Povzbuzující stimulaci používáme tehdy, pokud je jejím cílem vnímání těla, zvýšení úrovně vědomí a pozornosti u klienta, zvýšení svalového tonu, srdeční frekvence a krevního tlaku, podpora aktivity klienta a příprava na následnou fyzioterapii či ergoterapii. Neužijeme ji u klientů s dezorientací, neklidných, se zvýšeným intrakraniálním tlakem. Stimulace povzbuzující je opakem stimulace zklidňující. Principem je, že tělo klienta modulujeme proti směru růstu chlupů. Před samotnou stimulací informujeme klienta o tom, co budeme dělat a tuto informaci provázíme zároveň iniciálním dotekem a pozdravem. Začneme opět obličejem, poté přejdeme na hrudník, který stimulujeme od bočních stran k jeho středu, stejným způsobem stimulujeme i záda. Horní a dolní končetiny stimulujeme od konečků prstů směrem k tělu. V průběhu stimulace provázíme činnosti verbálním výkladem, aby byl klient informován o tom, co s ním zrovna děláme. Pokud to stav klienta dovolí, můžeme

obličej umýt asistovaně. Nezapomínáme na základní, ale přesto velmi důležité zásady a to být stále v kontaktu s klientem oběma rukama, v průběhu nikam neodcházíme, vyvarujeme se rušivým faktorům, nehovoříme s nikým jiným než s klientem a hlavně stále sledujeme i nepatrné reakce klienta. Pokud klient vykazuje známky negativních reakcí, ihned stimulaci ukončíme. Povzbuzující stimulaci můžeme využít jako celkovou či částečnou koupel (Friedlová; 2006).

### *1.2.1.3 Neurofyziologická stimulace*

Friedlová (2013) popisuje důvody a situace, kdy využíváme stimulaci neurofyziologickou. U klientů s plegiemi či parézami využíváme stimulaci neurofyziologickou, abychom jim umožnili znovuvnícení postižené strany či některé části těla. Lze ji také aplikovat u klientů po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu, po operacích mozku, u dětí s prodělanou mozkovou obrnou a jinými vadami pohybového aparátu. Důležitým aspektem pro úspěšnou stimulaci vedoucí k znovunavrácení citlivosti je předpoklad schopnosti vnímat nepostiženou část těla tak, aby klient mohl integrovat postiženou část těla opět do tělesného schématu. Během neurofyziologické stimulace klademe důraz na zrakovou kontrolu klientem tak, že klient má po celou dobu stimulace možnost opticky sledovat a kontrolovat prováděné úkony na svém těle. Pro správnou optickou kontrolu je potřeba mít připravené zrcadlo, aby klient viděl průběh stimulace. Klienta stimulujeme v sedě s elevací trupu, pokud používá brýle, tak mu je nasadíme. V průběhu neurofyziologické stimulace se terapeut situuje na postiženou stranu těla klienta, ale i ostatní úkony se provádí vždy ze strany postižené. Obličej stimulujeme až na závěr. Klienta dáme do bezpečné a pohodlné polohy tak, aby u něj nedocházelo k pocitům starchy a nejistoty, což vede k nežádoucímu zvyšování svalového tonu. Terapeut se nejdříve soustředí na zdravou stranu těla a až poté stimuluje stranu postiženou.

V průběhu stimulace pracuje terapeut symetricky a vždy dá důraz na střed těla. I zde lze opět využít asistovanou péči, ale s podmínkou, že terapeut vede postiženou ruku klienta a zdravou ruku zapojuje klient sám podle pokynů terapeuta. Provádění

neurofyziologické stimulace je považováno za důležitou součást terapie před vlastní aktivizací klienta. (Friedlová; 2007).

#### *1.2.1.4 Polohování v konceptu Bazální stimulace*

Prostřednictvím polohování lze klientovi umožnit získat informace o svém těle a zároveň stabilizovat vnímání jeho tělesného schématu. Klienti upoutaní na lůžko bez možnosti pohnout se mají zkreslené vnímání o svém tělesném schématu již po 30 minutách, u klientů dezorientovaných k tomuto faktu dochází i dříve. I u používání velmi měkkých matrací či matrací antidekubitních se vzduchovým kompresorem dochází ke změnám ve vnímání tělesného schématu do 30 minut. Polohováním zprostředkováváme stimulaci somatickou, ale zároveň i vestibulární, neboť změnou polohy stimulujeme i vestibulární aparát. Upoutání na lůžko tedy vede k změnám ve vnímání tělesného obrazu, a to vede k poruchám orientace na vlastním těle i okolí, ale i ke krizi vlastní identity. Tento proces nazval Andreas Fröhlich degenerativní habituací. To znamená, že dojde k jednotvárnosti jak ve psychice klienta, tak i v jeho vnímání těla. Klient na toto reaguje naprostou pasivitou a nereagováním, nebo opačným způsobem a to upozorňováním na sebe, což na okolí působí jako zmatenost či autoagrese. V konceptu BS využíváme polohování nejenom k prevenci dekubitů, pneumonie či TEN, ale také k stimulaci vnímání tělesného schématu, informace o tělesných hranicích, poskytování orientace, stimulace k pohybu a vnímání symetrie těla. Při polohování musíme vždy zohlednit, jak pohodlně se klient cítí a brát na zřetel jeho autobiografický faktor. K vnímání klienta lze využít i minimální změny tělesné pozice jako propletení prstů, položení rukou na hrudník, překřížení dolních končetin, minimálními změnami polohy pomocí srolovaných ručníků a polštářků tak zvané mikropolohování. Nejvíce využívanou stimulací v polohování je poloha mumie a hnízdo. Obě tyto polohy lze kombinovat i s mikropolohováním. Poloha hnízdo je pozicí stimulující vnímání tělesného schématu a eliminující následky degenerativní habituace. Klientům je poskytován poziční komfort a navozují se příjemné pocity, pocit jistoty a bezpečí a zlepšuje vnímání hranic těla. Při polohování do polohy mumie je klient uložen do

polohy, kterou jsme si zvolili a celé jeho tělo obložíme pomůckami: deky, ručníky, perličkové fixační pomůcky. Cílem stimulace je poskytnutí orientace o svém těle, zklidnění klienta, navození uvolnění a relaxace. Polohu mumie využíváme především tam, kde je nutná intenzivní stimulace vnímání vlastního tělesného obrazu. Nejčastěji využíváme u dětí s hlubokou mentální retardací a u klientů ve vigilním kómatu. Tuto polohu také využíváme jako nefarmakologickou léčbu s cílem eliminace neklidu a agresivity. Klienta zabalujeme do deky nebo prostěradla tak, že začneme u dolních končetin a končíme u horní části těla. Mumie lze kombinovat s polohou hnízdo. Zásadou je, že horní končetiny neleží podél těla, ale jsou položeny na hrudníku, tím umožňujeme vnímání vlastního dechu. Důležité je ponechat možnost vymanění se z dané polohy. Polohu mumie v žádném případě neprovádíme u klientů trpících klaustrofobií (Bienstein a Fröhlich; 2012).

#### *1.2.1.5 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání*

Člověk trpící nedostatkem vzduchu má velmi nepříjemné pocity, které vedou až ke strachu z vlastní smrti. Pocit nedostatku vzduchu může být způsoben z různých důvodů. Ošetřující tým by proto měl umět pracovat s technikami podporující dýchání. S dechem klienta pracujeme v rámci konceptu Bazální stimulace často a intenzivně (Friedlová; 2014).

Kontaktní dýchání může být využíváno jako prostředek k navazování komunikace terapeuta s klientem. Při praktikování kontaktního dýchání má terapeut ruce položeny na hrudníku klienta a doprovází ho v průběhu nádechu a výdechu. Během výdechu může terapeut provádět takzvané podporované dýchání, a to tím, že v době výdechu mírně zatlačí na hrudník klienta. K tomuto může přidat i jemnou vibraci, která je vhodná při nemožnosti odkašlání. Terapeut může položit i ruce klienta na hrudník, kdy má klient možnost vnímat vlastní dýchání (Friedlová; 2013).

Součástí dechové gymnastiky je masáž stimulující dýchání, která je prováděna v rytmu dechu terapeuta a s dostatečným kontinuálním tlakem rukou je považována za provedenou masáž v oblasti zad či ventrální straně hrudníku. Tímto mezi terapeutem



a klientem vzniká komunikační proces, který klientovi poskytuje uvolnění, pocit jistoty a blízkosti. Je využívána k ustálení rytmu dýchání klienta podle toho, jak terapeut stimuluje hloubku nádechu klienta. Cílem je pomoc klientovi dýchat klidně hluboce a pravidelně. Kromě toho mu je umožněno si opět uvědomit své tělo a tím zvýšit schopnost soustředění tak, aby mohl reagovat na podněty z okolí. Je vhodné ji aplikovat u klientů s povrchním dýcháním, nepravidelným dechem, s bolestí (nefarmakologická léčba bolesti), s depresivními stavy, s poruchou spánku a mnoho jiných obtíží. Díky této technice lze i redukovat stavy neklidu a zmatenosti. Technika masáže stimulující dýchání je náročná a vyžaduje nepřetržitý trénink, aby mohla být správně poskytována. Způsob provedení je uvedení klienta do polohy v sedě pokud je to možné, v opačném případě je klient uložen na bok nebo na břicho v lůžku. K masáži je vhodné využít kosmetiku, na kterou je klient zvyklý jako tělové mléko nebo olej. Délka masáže by měla být 3-5 minut. Dodržují se všechny zásady Bazální stimulace. Je více způsobů, jak masáž provádět. Terapeut dá své ruce spolu s kosmetickým přípravkem na zátylek klienta a alespoň třikrát sjede rukama po zádech až k sakrální krajíně (dotek je opět nepřerušovaný), poté provádí terapeut svými rukama tři kruhy na zádech klienta. Kruhy se provádějí v rytmu dýchání, při nádechu se jede rukama směrem nahoru a při výdechu směrem dolů. Masáž ukončujeme opět třemi podélnými tahy podél páteře. Během celé masáže vytváří terapeut přiměřený tlak na záda klienta (Friedlová; 2014).

### ***1.2.2 Vestibulární stimulace***

Nydahl a Bartoszek (1997) ve své knize píší, že vestibulární stimulace se zaměřuje na podporu rovnováhy, orientace v prostoru a vnímání mobility. Vnímání vestibulární informuje jedince o jeho postavení a pohybu v prostoru.

Neustále se pohybovat a měnit polohy v závislosti na různých činnostech může během dne jen zdravý člověk. Jeho rovnovážné ústrojí je tedy neustále stimulováno. Klienti s různým stupněm omezení hybnosti mají těchto informací minimum a díky BS jim je lze zprostředkovat. Vestibulární vnímání informuje o poloze a pohybu v prostoru. Vestibulární aparát je tedy zodpovědný za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci

v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Pokud u klienta dochází jen zřídka k změně polohy nebo pohybu, často pak dochází ke kolapsovým stavům, nauze, poruchám orientace na vlastním těle, bolestem hlavy a zvýšenému svalovému napětí. Vestibulární stimulaci implementujeme do ošetrovatelské péče u klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko déle než tři dny, u klientů s omezenou možností pohybu, ve vigilním kómatu, s mentální retardací a u klientů se spasticitou flexerů a extenzorů. U klienta ležícího na lůžku můžeme provádět stimulaci jen nepatrnými pohyby jeho hlavou. Hlavou klienta otáčíme mírně do stran tak, aby hlava klienta byla v neustálém kontaktu s podložkou za neustále fixace hlavy v terapeutových dlaních za podmínky, že terapeut nezakrývá obličejovou část hlavy klienta. Tento pohyb stačí opakovat 3-5x. Ošetřující personál by měl vestibulární stimulaci provádět před každou změnou polohy těla klienta. Změna polohy hlavy klienta by měla vždy předcházet změně polohy těla, hlavou pohneme ve směru následující změny polohy těla. Změnou pozice celého lůžka také měníme polohu těla. Pokud je klient vysazován do křesla, lze stimulaci provádět v sedě. V tomto případě může klient sám nebo s pomocí terapeuta provádět houpačkové pohyby ze stany na stranu. Terapeut může s klientem také provádět takzvané pohyby ovesného klasu v ovesném poli. Během této stimulace terapeut sedí nebo klečí za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle, hlavu klienta má opřenou o svůj hrudník a provádí pomalé pohyby ve tvaru ležaté osmičky. V tuto chvíli nejde jen o stimulaci vestibulární, ale i o optickou, somatickou a proprioreceptivní. K stimulaci vestibulární lze také využívat závěsné houpačky (Friedlová; 2007).

Friedlová (2014) uvádí, že u imobilních klientů patří k důležitým ošetrovatelským intervencím zejména pravidelná vestibulární stimulace, protože klienti s omezenou pohybovou aktivitou mají minimum vestibulárních podnětů. Vestibulární stimulace by se měla provádět před každou změnou polohy klienta. Stačí i pár nepatrných pohybů hlavou klienta, které rozproudují endolymfu a tím vznikají vestibulární podněty.

### ***1.2.3 Vibrační stimulace***

Vibrační stimulace má za cíl stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti, tedy proprioreceptory uložené ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje od periferie směrem do těla. Tato stimulace klientovi zprostředkovává intenzivní vjemy z jeho těla. Vnímání vibrací je naprosto individuální. Stimulaci vibrační včleňujeme do péče především u klientů ve vigilním kómatu, s hloubkovou mentální retardací, ale i u klientů, které vibrační stimulace připraví k vnímání pohybu a následné vertikalizaci a mobilizaci. Základním nástrojem vibrační stimulace je ruka terapeuta. Ne každý terapeut ihned zvládne tuto techniku, protože rozvibrovat vlastní ruce není jednoduché. Pro usnadnění lze využít i různé vibrační pomůcky jako vibrační masážní strojky, holící strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, podložky či lehátka. Vibrující pomůcky nepoužíváme u geriatrických klientů a u stavů krvácivosti, varixů nebo poranění a poruch integrity kůže. Vibrační pomůcky jsou příkládány do okolí kloubů horních i dolních končetin. Nejčastěji však na patní kost, vnitřní nebo zevní stranu kolene, hřeben kosti pánevní, zevní nebo vnitřní stranu lokte, rameno. Pomůcky lze také vložit do dlaně klienta. Vibrační pomůcku je možné také využít k celkové vibrační terapii prostým položením této pomůcky na matraci, na které klient leží (Nydahl a Bartoszek; 2012).

Také hudební nástroje vydávající vibrace mají své zastoupení ve vibrační stimulaci, ale i hlas klienta či terapeuta. V průběhu mluvení či zpěvu se hrudník chvěje. Toho lze využít tím, že položíme ruku klienta na chvějící se hrudník. O vibrační trilogii se hovoří tehdy, pokud se terapeut posadí spolu s klientem, kterého si opře o svůj hrudník. V této pozici může klient vnímat tlak hrudníku terapeuta a jeho vibrace, které vznikají v průběhu jeho hovoru. Terapeut může zároveň provádět pohyby ze strany na stranu. Tlakem těla terapeuta na tělo klienta a modulací jeho končetin končetinami terapeuta dochází k značné stimulaci kožních receptorů a ke stimulaci tělesného schématu. Zapojen je také zrakový a sluchový aparát klienta. V trilogii se tedy jedná o stimulaci vibrační, vestibulární a somatickou (Friedlová; 2015).

Mnohé vibrační stimulační mohou být klientovi velice příjemné, obzvláště pokud zapojíme do péče rodinné příslušníky. Jde o vibrace tělo na tělo, kdy si terapeut či rodinný příslušník sedne za klienta a položí si jeho trup na svůj a v této pozici si pobrukuje nebo zpívá, čímž vyvolává vibrace. Tato metoda je účinná zejména v intenzivní péči u klientů v kómatu nebo ve fázi probouzení (Friedlová; 2013).

#### ***1.2.4 Optická stimulace***

Nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navazování komunikace je zrakový vjem spolu se sluchovým smyslovým aparátem. Zrakové vjemy umožňují poznávat okolní svět, orientaci, poznávání lidí a předmětů, schopnost učit se a uspořádat své okolní prostředí. V běžném životě mají lidé vjemů nespočet, ale v nemocničním prostředí je většinou chudé na vizuální podněty. Nejenže toto prostředí může být destimulující, ale také pro klienta, který se probouzí z kómatu, velmi stresující. Klienti probouzející se z kómatu, trpící ztrátou či poškozením optického vjemu buď z důvodu degenerativních nebo organických mozkových procesů, nejsou schopni okamžitě rozpoznat veškeré detaily ve viděných předmětech a také nejsou schopni ihned vnímat všechny odstíny barev. Jejich zrakové vnímání lze přirovnat k vnímání novorozeněte. V péči o tyto klienty je vhodné tento fakt akceptovat. Z tohoto důvodu je na místě výzdoba pokoje jednoduchými dětskými obrázky, neboť tyto obrázky mají jednoduché základní barvy a nevyvolávají žádné negativní emoce. Během života může být zrak postižen jak primárně tak sekundárně. Projevy změn zrakového vnímání se projevují různými způsoby. Mezi nejčastěji skloňované patří porucha vidění celistvosti předmětů, protože člověk nevidí detaily, klient si neumí dát do souvislosti předměty v okolí. Klient má poruchu konstantnosti barev, poruchu vnímání lokalizace v prostoru. Nemožnost orientace v nemocničním prostředí může vyvolat úzkost, strach a také agresi klienta. V průběhu optické stimulace je zapotřebí dodržovat několik zásad. Nabízet klientovi podněty, které jsou zřetelné, zprostředkovat možnost uvědomění si denní doby. Vhodné je i barevné oblečení klienta, personálu, ale také ložní povlečení. Pokud klient nosí brýle, pak mu je musí personál nasadit. Pokud má klient ve své

blízkosti, nejlépe v zorném poli, nějaký předmět, který má uložen v paměťových stopách, pak mu může přivodit pocit jistoty. Je vhodné i umístění hodin tak, aby měl klient přehled o čase. Pro prostorovou orientaci je neméně důležitá zněma polohy klienta i v tom případě, že se klientovi pohne pouze hlavou. V tomto případě jde zároveň o stimulaci vestibulární a somatickou. Při aplikaci optické stimulace pracujeme také s autobiografickou anamnézou klienta a její variabilita záleží na kreativitě pečujícího týmu. Paměťové stopy a mozkovou činnost klienta aktivizujeme jeho privátními předměty a obrázky. Nejde jen o pasivní nabízení podnětů do zorného pole klienta, ale také jeho aktivní zapojení do stimulace tím, že klienta vezmeme mimo pokoj. Aktivním nabízením obrázků, fotografií aktivizujeme klienta k vyprávění. Během optické stimulace vždy pozorujeme klienta, jak reaguje na nabízené podněty, zda u něj nevyvolávají negativní asociace a emoce. Nenabízíme stále stejné podněty, protože ty mohou po určitém čase v klientovi vyvolat halucinace a dezorientaci (Nydahl a Bartoszek; 1997).

### ***1.2.5 Auditivní stimulace***

Pro komunikaci, navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení je pro každého jedince bezesporu významný sluchový orgán. Na podkladě sluchu se rozvíjí řeč každého jedince. Stimulaci auditivní aplikujeme z mnoha důvodů a sledujeme díky ní různé cíle, které se mohou navzájem kombinovat. Především jde o navázání kontaktu s klientem, zprostředkování informací klientovi o jeho osobě a jeho těle. Jde o stimulaci vnímání klienta pomocí aktivizace vzpomínek uložených v paměťových drahách, mobilizace vzpomínek, budování pocitu jistoty u klienta, zvyšování rozlišovacích schopností sluchového aparátu a naučení se novým slovům.

K praktikování auditivní stimulace lze využívat mnoho prostředků, ale vždy s maximálním ohledem na autobiografickou anamnézu klienta. Využívané prostředky pro stimulaci jsou řeč, vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu, kdy mohou příbuzní nahrát audio záznam a poté ho pouštět. Pokud je cílem stimulace vnímání a aktivizování klientových vzpomínek, je více než vhodné, pokud na klienta mluví jemu

citově nejbližší osoby. V tomto případě lze hovořit o čemkoliv z běžného dne. Příbuzní by měli hovořit tak, jak je na ně klient zvyklý.

Mezi velmi důležité informace o klientovi lze zařadit poznatky o sluchové nedostatečnosti klienta a případném používání kompenzační pomůcky v podobě sluchadla. Terapeut si musí položit a odpovědět na otázky: jak klient slyší, jaké má poruchy sluchu, jak slyší na pravé a levé ucho, které zvuky jsou klientovi nepříjemné, jakou hudbu má rád a mnoho dalších. Muzikoterapie je také často využívána v podání přímo muzikoterapeuta. Ti využívají speciálně upravené hudební nástroje k současné aplikaci jak somatické, vibrační, tak i vestibulární stimulace. Muzikoterapeuti také využívají zpěvu. Zpívat mohou i příbuzní klienta a to jeho oblíbené písničky. Pokud je klientovi nabízena reprodukováná hudba ze sluchátek, pak mu jsou pokládány 20 centimetrů od ucha, čímž mu je umožněno vnímat i přirozenou zvukovou kulisu z okolí. Pokud je z biografické anamnézy známo, že klient poslouchal hudbu přímo ze sluchátek, pak mu jsou nasazeny přímo na uši.

Klienti neslyšící či trpící částečnou ztrátou sluchu, mohou být agresivní, vztahovační a nedůvěřiví pokud v jejich blízkosti hovoříme s třetí osobou. Příčinou agrese je pak fakt, že nedokáží zaznamenat všechna slova a neumí se v dané situaci orientovat.

### ***1.2.6 Orální stimulace***

Dle Friedlové (2007) jsou ústa nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější tělesnou zónou. Každý jedinec považuje svá ústa za intimní osobní zónu. Ústa slouží k přijímání potravy, komunikaci, vnímání chutí a vůní, vnímání konzistence, vyjádření emocí, dýchání a prožitků. Každé dítě používá ústa na počátku svého bytí k poznávání světa. U klientů se změnami v oblasti vnímání a komunikace mnohdy ústa slouží také ke stimulaci vnímání a následnému navázání komunikace. Vnímání lze významně stimulovat stimulací chuťovou a aktivitou úst. Chuťové buňky jsou receptorem chuti, seskupené do chuťových pohárků vyskytující se převážně na sliznici jazyka, dále pak ve sliznici měkkého patra a v zadní stěně hltanu.

S vnímáním souvisí svalový tonus, jak popisuje Friedlová (2015), který je u lidí s poruchou vnímání volnější. Člověk při vědomí má většinou zavřená ústa. Pokud je vědomí zastřené, tak člověk méně pohybuje jazykem v dutině ústní, padá mu dolní čelist a z úst vytékají sliny. V tomto případě klient ztrácí tekutiny. Zavřená ústa chrání ústní dutinu před vysycháním. Je důležité pečovat o dutinu ústní u klientů, kteří jsou těžce postiženi somaticky nebo mentálně za dodržení několika zásad. Před samotným ošetřením dutiny je důležité ji prohlédnout za pomoci baterky. Ošetřující personál musí zjistit na jaké pomůcky a preparáty k péči o dutinu ústní je klient zvyklý, ale i jaké tekutiny má rád, což může dopomoci k otevření úst. Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní vedou k intenzivnějšímu vnímání.

Orální stimulace má za cíl klientovi zprostředkovat vjemy ze svých úst a tím stimulovat vnímání. Předpokladem pro úspěšnou orální stimulaci je, že klienta uložíme do jemu příjemné polohy tak, aby se mohl na své požítky lépe soustředit. Klientovi je umožněno ochutnat to, co je mu příjemné, tedy jeho oblíbené a známé chutě. Stimulace se neprovádí, pokud je klient značně unavený. V průběhu celé stimulace je klient pozorován (Friedlová; 2007).

Kombinací péče o dutinu ústní a orální stimulací se spojí potřebné s užitečným. Cílem této kombinace je vyčištění dutiny ústní, podpora slinění chuťovou stimulací, zprostředkování příjemných prožitků, snižování svalového tonu, aktivizování paměťových stop. Ke klientovi se přistupuje ze strany tak, aby v něm nebyl vyvolán pocit strachu, který by mohl vést ke zvýšenému svalovému napětí v oblasti orofaciální. Před samotnou stimulací v dutině ústní je klient upozorněn nejprve stimulací somatickou na obličejové části. Pokud by samotná stimulace somatická nevedla k uvolnění svalového napětí, pak se přidává stimulace orofaciální. V případě, že klient neotvírá ústa, jsou zvoleny následující postupy: iniciální dotek, čichová stimulace, dotek klienta na jeho hlavě, vestibulární stimulace, somatická stimulace obličeje, jemná stimulace rtů a orofaciální stimulace. K péči o dutinu ústní jsou využívány vatové a molitanové tyčinky. Zejména molitanové štětičky jsou vhodné pro péči o dutinu ústní, protože dobře stírají povlak na jazyku a nasávají dostatečně chuťové médium, které je zvoleno na základě biografické anamnézy, kdy se zjišťuje, co měl klient z pochutin

nejraději. Při používání chuťového média v orální stimulaci se do úst nevniká násilím a nevyužívá se během jedné stimulace více než tři chutě. Během stimulace by si měl terapeut stále připomínat, že ústa jsou jedním z nejintimnějších míst na těle. Pokud to stav klienta umožňuje, tak mu může být vkládán do úst takzvaný cucací váček. Cucací váček je vytvořen z mulu, do kterého je vložena pochutina, váček je namočen v minerálce či vodě a vložen do úst klienta a řádně fixován (Friedlová; 2007).

V konceptu Bazální stimulace rozděluje Friedlová (2015) vlastní příjem potravy do dvou fází, které mají stejnou důležitost a jsou v konceptu všechny zohledňovány. Příjem potravy je dělen do fáze preorální a orální. Do preorální fáze lze zařadit vjemy taktilně-haptické, vizuální, čichové. Gustační vjem je zařazen do fáze orální. Orální stimulace je dle slov Aulberga (2012) také založena na podávání pestré stravy složené především z kvalitních potravin kvůli chuťovému požitku.

### ***1.2.7 Olfaktorická stimulace***

Friedlová (2015) považuje za výrazné provokatéry vzpomínek pro lidský organismus vůně a pachy. Dle různých vůní lze klientům asociovat roční období, situace a osoby. Při olfaktorické stimulaci se opět vychází z autobiografické anamnézy, kde jsou oblíbené vůně uvedeny, ale i pachy, které vyvolávají většinou negativní vzpomínky. Nejde jen o sepsání biografie klienta, ale i následnou kreativitu pečujícího personálu, terapeutů a technické a prostorové možnosti. Ty se odvíjejí od zaopatření olfaktorických nabídek až po možnost změnit s klientem prostředí.

Friedlová (2007) se zmiňuje o tom, že smysly uzpůsobené pro rozlišení chemických látek jsou čich a chuť, lze tedy říci, že orální i olfaktorická stimulace spolu úzce souvisí. Oba tyto smysly mohou posloužit ke stejnému cíli jako například k výběru potravy. V rámci čichového vjemu rozlišujeme dva základní prahy. Práh pro vnímání je vyvoláván nízkou koncentrací vdechovaných látek, jde tedy o nespecifický vjem. Práh k rozeznávání je vyvolán vyšší koncentrací vdechovaných látek. U tohoto prahu pak hovoříme o specifickém vjemu. Čich má značnou adaptační schopnost na podněty. Během života může docházet k ubývání čichových schopností.



Jak již bylo v této kapitole psáno dle Friedlové (2007), při výběru médií k stimulaci olfaktorické je vycházeno z biografie klienta. Stimuly olfaktorické nenabízíme kontinuálně, ale bolusově, neboť by si klient na tyto média mohl zvyknout. Při stimulaci jsou zejména upřednostňovány vůně toaletních potřeb, parfémů a deodorantů klienta. Je možné mimo jiné zapojit i vůně charakteristické pro pracovní prostředí, hobby a zájmy klienta. Friedlová (2015) uvádí, že před samotnou konfrontací klienta s olfaktorickou stimulací je nutné zjistit upřednostňované vůně klientem, jinak by se mohlo u klienta dosáhnout negativní stimulace, což na něj působí nepříjemně a nedochází k žádoucímu kontaktu. Dle Friedlové (2007) je čichová stimulace obzvláště významná u klientů po úrazech mozku a ve vegetativním stavu, kdy se stimulují paměťové stopy a dochází k aktivizaci asociačních funkcí mozku. Olfaktorickou stimulaci lze aplikovat také z důvodu poskytnutí klientovi orientovat se v daných situacích. Například u klientů s demencí navodíme pocit bezpečí a jistoty tím, že cítí vůni svých toaletních potřeb a pochopí, že u něj bude prováděna hygiena. Vhodná je kombinace jak stimulace optické, olfaktorické, tak i taktilně-haptické.

### ***1.2.8 Taktilně-haptická stimulace***

Nydahl a Bartoszek (2012) popisují nabídku taktilně-haptické stimulace jako zprostředkované informace klientům z vlastní kůže. Jak popisuje Friedlová (2015) ve své knize taktilně-haptické vnímání je propojeno s multisenzorickým integračním systémem, jenž má důležitost pro vývoj fyziologických potřeb a nabývání zkušeností v procesu učení. Pro senzorické scelení jsou důležité tři základní systémy, a to vestibulární, proprioreceptivní a taktilní.

Friedlová (2015) se zmiňuje o tom, že schopnost ruky rozpoznávat předměty je umožňována díky nabytým taktilně-haptickým zkušenostem z průběhu života a jejich uchováváním v paměti. Pokud je znemožněn pohyb ruky, pak není možné tvůrčí taktilně-haptické vnímání a tím poznávání okolního světa a vlastního těla. Koncept si klade za cíl umožnit klientům s nemožností použití svých rukou zprostředkování osahání si částí svého těla nebo okolního světa. V tomto případě jim je poskytována

asistovaná péče vedením končetiny, kterou je před tím potřeba stimulovat ať již povzbuzující či zklidňující somatickou stimulací. Tímto dojde k uvědomění si existence své končetiny a to vede k důležitému předpokladu pro práci s končetinou. Cílem této somatické stimulace je stimulace senzoryky ruky, motoriky ruky, stimulace aktivity mozkové kůry, stimulace vnímání, budování vztahu a důvěry. Vzhledem k tomu, že je ruka geneticky naprogramována k nepřetržité motorické aktivitě, pak imobilní klienti vykazují často aktivitu ruky. Pak může u těchto klientů docházet k situacím neustálého svlékání se, trhání inkontinentních pomůcek, vytrhávání si invazivních vstupů, vytržení permanentního močového katétru a jiných činností. Tyto situace se dějí jen proto, že klient potřebuje identifikovat předmět, který momentálně nahmatá. Těmto klientům dle konceptu poskytujeme náhradní taktilně-haptické nabídky. Jde o různé předměty vložené do jejich rukou, které by měly mít na sobě co nejvíce taktilně-haptických nabídek tak, aby mohla ruka objevovat co nejvíce podnětů. Předměty uplatňované při taktilně-haptické stimulaci mohou značně stimulovat paměťové stopy u klienta a tím vyvolat pozitivní emoční reakci. K předmětům využívaným v taktilně-haptické stimulaci se řadí zejména klientovo oblíbené předměty, předměty denního života, předměty využívané při osobní hygieně, pomůcky spojené s příjmem potravy, s chodem domácnosti, spojené s koníčky a výkonem povolání. Opět záleží na biografii klienta a kreativitě pečujícího personálu.

### **1.3 Ošetrovatelství v chirurgii**

Valenta a kolektiv (2007) uvádí, že chirurgie se v průběhu historie vyvíjela jako obor medicínský, který se zabýval léčbou nemocí, u nichž bylo možné dosáhnout výsledků pomocí operací. V současné době je chirurgický obor rozdělen do několika složek na všeobecnou chirurgii, neurochirurgii, hrudní chirurgii, traumatologii, kardiovaskulární chirurgii, dětskou chirurgii, transplantační chirurgii, ortopedii, popáleninovou medicínu a plastickou chirurgii. Janíková a Zeleníková (2011) popisují, že ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zabývající se aktivním vyhledáváním a uspokojováním všech potřeb nemocného i zdravého jedince v nemoci

i ve zdraví. V dnešní době se jeví pro chirurgii jako jasné trendy miniinvazivní přístupy, ambulantní operace v rámci takzvané jednodenní chirurgie a používání moderních materiálů.

Slezáková a kolektiv ve své knize (2010) píše, že chirurgie je základní lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a operační terapií různých onemocnění orgánů nevyjímaje úrazy. Chirurgii lze považovat za multidisciplinární tým složený z mnoha oborů. K zajištění co možná nejvyšší úrovně odborné chirurgické péče jsou zřizována specializovaná chirurgická centra.

Chirurgické ošetřovatelství je aplikovaný ošetřovatelský obor vycházející z oborů ošetřovatelství a chirurgie. Zároveň sjednocuje poznatky z jiných oborů zabývajících se člověkem jak ve zdraví, tak i v nemoci. Chirurgické ošetřovatelství má osobité postavení odvíjející se od invazivity a očividného zásahu do integrity jedince v průběhu operačního výkonu a dalších chirurgických zákroků. Chirurgie je dnes složitou týmovou multidisciplinární prací, kde spolupracují nejen lékaři, ale i nelékařští zdravotničtí pracovníci. Cílem chirurgického ošetřovatelství je pomáhat klientům a jejich rodinám v nemoci i ve zdraví, vykonávat činnosti, které vedou ke zdraví nebo uzdravení, popřípadě ke klidnému umírání a smrti. Úkolem chirurgického ošetřovatelství je poskytování primární, sekundární a následné ošetřovatelské péče ve všech složkách chirurgické péče v prevenci, diagnostice, terapii, sociální a výchovné péči. Získání a zapojení klienta s jeho rodinou do procesu uzdravování a ošetřování. Monitorování ošetřovatelské potřeby klienta a zajištění adekvátní ošetřovatelské péče. Provádět péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu (Janíková a Zeleníková; 2011).

Janíková a Zeleníková (2011) uvádějí, že realizace chirurgického ošetřovatelství probíhá v chirurgických ambulancích jak poliklinik, tak lůžkových zdravotnických zařízeních státních i nestátních, dále na chirurgických odděleních nemocnic, ve specializovaných chirurgických centrech, ale také v agenturách domácí ošetřovatelské péče.

Janíková a Zeleníková (2013) se ve své knize zmiňují, že zásadní náplní chirurgického ošetřovatelství je asistence u operačních výkonů a dalších invazivních zákroků a intervence směřující k péči o klienta před a po operaci nebo invazivním

zároku. Je orientováno na podporu klientů ve všech stádiích, kterými procházejí v souvislosti s operačním výkonem. Klienti podstupující operační výkon mohou požadovat podporu v průběhu diagnostického procesu, předoperační přípravy, intraoperační péče, bezprostředně pooperační péče, přípravy na propuštění a následující rekonvalescence. V rámci chirurgického ošetřovatelství je zásadní pozorování a posuzování stavu klienta, zrovna tak jako znalosti chorobného procesu, operačních výkonů, rizik a komplikací souvisejících s chirurgickým zákrokem. V práci všeobecné sestry v oborech chirurgie se stává klíčovým umění rozeznat odchylky od standardního průběhu a rozpoznání varovných signálů komplikací s cílem zapojit včas vhodné intervence.

Od nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v chirurgických oborech se požaduje dle Janíkové a Zeleníkové (2013) chápání vlivu chirurgického zároku na klienta. Každý chirurgický výkon může mít vliv na tělesné a psychosociální zdraví jedince. Tyto vlivy jsou především závislé na rozsahu zároku, způsobu anestezie a celkovému stavu klienta před operací. Klientova pooperační reakce se může projevit změnou objemu, distribuce a složení tělesných tekutin. Porušenou mobilitu a komplikace z ní vyplývající, změny nálady, poruchy komunikace a smyslového vnímání lze považovat a zařadit mezi pooperační komplikace. Vzhledem k tomu, že chirurgický zákrok může ovlivnit kterýkoliv systém, je výčet aktuálních a potenciálních ošetřovatelských diagnóz velmi široký. Z Herdmannovy (2010) knihy ošetřovatelských diagnóz lze jako velmi časté zmínit například riziko krvácení 00206, narušený obraz těla 00118, strach 00148, riziko infekce 00004, narušená integrita kůže 00046, narušená integrita tkáně 00044, zhoršený komfort 00214, nauzea 00134, akutní bolest 00132 a mnoho dalších ošetřovatelských diagnóz odvíjejících se od individuality klienta a provedeného chirurgického zároku.

Veškeré postupy v chirurgii a chirurgickém ošetřovatelství ovlivňuje zároveň i praxe založená na důkazech. Lze tedy předpokládat v následujících letech rozvoj chirurgického ošetřovatelství především v oblasti praxe založené na důkazech. Současné postupy využívané v péči o klienta v předoperačním, intraoperačním

a pooperačním období se podrobují kritickému zhodnocení s ohledem na bezpečnost a kvalitu poskytnuté péče (Janíková a Zeleníková; 2013).

Janíková a Zeleníková (2013) popisují následující. Role sestry pracující v chirurgickém oboru vyžaduje dobré analytické, technické, administrativní, organizační i interpersonální dovednosti. Ošetrovatelskou péči podpořenou uvedenými dovednostmi na standardních chirurgických odděleních poskytují všeobecné sestry nebo všeobecné sestry se specializací v oboru chirurgie. Na odděleních intenzivní péče pro chirurgii pracují všeobecné sestry se specializací v oboru sestra pro intenzivní péči. Na operačních sálech pak pracují sestry se specializací na perioperační péči.

#### **1.4 Role sestry manažerky**

Kilíková a Jakušová (2008) uvádějí, že sestra manažerka musí mít jistotu, že dělá užitečnou práci pro celou společnost. V ošetrovatelství je sestra manažerka charakterizována jako osoba, která je ve velké míře zodpovědná za rozvoj ošetrovatelství.

Do základních oblastí popisující zodpovědnost a kompetence manažera patří organizování, řízení a vedení, plánování a kontrola. Všemi těmito složkami prostupuje komunikace a time-management, tedy řízení času a nakládání s ním. Komunikace a time-management ovlivňuje všechny základní oblasti. Ať již dělá manažer cokoliv, tak se vždy vyskytuje v určitém časovém rámci a téměř vždy je namístě, aby se svým pracovním týmem komunikoval kvalitně (Hekelová; 2012).

Podle Hekelové (2012) do organizování patří manažerské činnosti rozhodování, delegování, zajištění optimální struktury pracoviště a koordinace činnosti týmu. Pokud jde o rozhodování, pak jde o nepřetržitý děj u manažera v jeho pracovním procesu, mnohdy se jedná i o nevědomou činnost. Manažer se nejčastěji rozhoduje v oblasti běžných pracovních situacích, zavádění změn, přijímání rizika, problémové a konfliktní situace a krizové situace. V dnešní době jsou změny doslova na denním pořádku jak v našich životech, tak v pracovním procesu. Vzhledem k tomu, že změny jsou stále častější, má v procesu změny svou neopomenutelnou roli právě manažer, protože je to

právě on, kdo musí se svým týmem změnu zavést do praxe. Manažer si musí uvědomit několik skutečností, aby svou roli v zavádění změn dobře zvládl. Proč lidé změnu nechtějí, svoji roli při změně a jak získat lidi pro změnu. Důvodů a obav proč lidé změnu nechtějí je několik a vždy záleží na individualitě jedince. Manažer si musí uvědomit, které obavy jsou pro změnu oprávněné a které nikoliv. Na obavy musí správně reagovat, podřízené získat pro změnu a poté změnu provést. Při změně manažer zastává roli vykonavatele, prostředníka a iniciátora. Pokud se manažer dostane do role vykonavatele, pak je to v situaci, kdy manažer není iniciátorem dané změny. V tomto případě lze říci, že se změny netýkají jeho podřízených, ale spíše jeho samotného, i přesto by měl své podřízené informovat. V roli prostředníka se manažer ocitá tehdy, pokud on sám se danou změnou řídí a dále ji promítá na své podřízené. Je zde riziko pasivity manažera, pokud nechá informace přes sebe jen projít k podřízeným a sám se na změně nijak nepodílí a ani jí nesleduje. Pokud se nad tímto zamyslíme, je zde pro manažera důležité zůstat aktivním v procesu změn. Kvalitní manažer by měl i sám přijít s nějakou změnou a být tím v roli iniciátora. Tato změna by měla samozřejmě vést ke zkvalitnění práce a výsledků na jemu svěřeném a jím řízeném oddělení. Pokud manažer čas od času přijde s reálnou změnou a zavádí jí do praxe, tak si tím buduje neformální autoritu, která je považována za klíč k manažerským úspěchům. Pokud manažer iniciuje jakoukoliv změnu, je důležité pro ni získat své podřízené. Manažer v tomto případě musí s pracovníky komunikovat, dostatečně vše vysvětlit, informovat o možných přínosech ale i rizicích plánované změny. Dále se musí do změny aktivně zapojit a aktivním vykonavatelům změn neopomenout prokázat vděk za účast.

Delegování je další činností v oblasti rozhodování. Lze jej popsat jako plánované přenesení pravomoci a zodpovědnosti na podřízeného. Delegování je vnímáno ve dvou odlišných rovinách. První umožňuje manažerovi ušetřit si čas tím, že určitou svou práci zadá někomu jinému, tedy jí deleguje a druhá rovina pomáhá rozvoji jeho podřízených. Manažer si před samotným delegováním musí zodpovědět pár otázek ve smyslu. Mohu delegovat? Komu budu delegovat? Co mi to přinese? Pokud si odpoví na tyto otázky, pak teprve může delegovat, což vede k rozvoji podřízených. Manažeři často tuto roli odsouvají z mnoha důvodů, jako je například strach ze ztráty kontroly, pocitu své

nenahraditelnosti a nechutí něco vysvětlovat. V případě zajištění optimální struktury pracoviště nejde jen o to, aby manažer požadoval navýšení pracovních míst na svém oddělení, ale jde o zjištění, zda jsou dostatečně využívány pracovní síly, které má v týmu k dispozici. Je tedy potřeba využívat zvláštních dovedností, znalostí a potenciálu jednotlivých členů týmu. Pokud manažer u každého jednotlivce ve svém týmu využije jeho vlastní silné stránky, dává mu tím pocit jeho důležitosti a potřebnosti, čímž se může zefektivnit práce v týmu. Manažer by měl také koordinovat činnost týmu. Sledovat jeho funkčnost a v případě potřeby provést potřebné změny. Pokud by si manažer myslel, že již sestavený tým, který je funkční, bude takto fungovat, stále byla by to velká chyba. Manažer musí tým stále sledovat jako živoucí mechanismus a v rámci své kompetenční pravomoci následně korigovat nutné věci.

#### ***1.4.1 Management v ošetrovatelství***

Vondráček a Wirhtová (2009) se zabývají rolí sestry jako vedoucího pracovníka z pohledu práva. I v ošetrovatelské praxi musí být stanovena hierarchie zaměstnanců. Podle dané funkce je pak stanovena pracovní náplň vedoucímu zaměstnanci a z ní plynoucí jeho pravomoc a odpovědnost.

Manažery ošetrovatelské péče lze definovat jako ty, kteří vykonávají řízení ošetrovatelských služeb včetně kontroly, hodnocení a udržování kvality. Na základě poskytované specifické a vysoce individualizované a holistické péče lze v ošetrovatelství pokládat za manažera každou sestru. V našich zdravotnických institucích vykonávají manažerské funkce sestry, které mají řídicí funkce a to na třech základních řídicích úrovních popisovaných jako vrcholový management, střední management a liniový management. Do vrcholového managementu řadíme ředitele, náměstka a hlavní sestru. Střední management tvoří primáři, vrchní sestry. Staniční sestry a vedoucí lékaři spadají do liniového managementu (Plevová; 2012).

V rámci vrcholového managementu ošetrovatelství je dle Plevové (2012) důležité jak ošetrovatelské, tak i manažerské vzdělání. Top manažer neboli hlavní sestra je zodpovědná za celkovou činnost ošetrovatelského úseku v rámci organizace. Podílí se

na strategickém plánování a zajišťování potřebných zdrojů pro činnost ošetrovatelského úseku. Ve své práci se opírá o informace od svých podřízených, tedy zejména vrchních sester, které jí přímo podlékají.

Plevová (2012), střední management v ošetrovatelství je veden manažerem, který je odpovědný za daná oddělení příslušného oboru. Ve zdravotnictví se jedná o pozici vrchní sestry. V současné době je na této pozici vyžadováno nejen specializační vzdělání, ale také magisterské či bakalářské vzdělání v oboru ošetrovatelství. Odpovídá za úroveň a kvalitu ošetrovatelské péče na všech odděleních. Je přímo podřízená hlavní sestře a nadřízená staničním sestram. Podílí se na vytváření standardů, je odpovědná za úroveň vedení sesterské dokumentace, komunikuje s vedením, realizuje proces plnění stanovených cílů, svou organizační činnost zaměřuje zejména na staniční sestry, přes které organizuje naplánované činnosti a mnoho dalších manažerských povinností.

Liniový management v ošetrovatelství dle Plevové (2012) obsahuje pozici staniční sestry, která je považována za vedoucí příslušné ošetrovatelské jednotky a ošetrovatelského týmu. Staniční sestra je ta, která má dlouholetou praxi, příslušné zkušenosti a má předpoklady pro vedoucí funkci. Staniční sestra má i postragudální vzdělání v oboru, ve kterém pracuje. Je považována za manažerku ošetrovatelské péče o jednotlivce. Plánuje, řídí, organizuje, koordinuje a hodnotí práci svých podřízených v rámci stanice. Úzce spolupracuje s lékařem na stanici v rámci zajišťování zdravotní péče. Zajišťuje kontinuální komunikaci v ošetrovatelském týmu. Zabezpečuje objednávání a doplňování potřebných pomůcek na oddělení, objednává chybějící léky. Je odpovědná za včasné a správné plnění ordinací lékaře. Klade důraz na kvalitu ošetrovatelských postupů, kontroluje ji přímou účastí při ošetrování nebo v průběhu sesterské vizity a realizuje nápravná opatření. Zajišťuje optimální počet personálu na směnách a mnoho dalších povinností vyplývajících z její funkce.



## **2 Cíl práce, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1. Zmapovat používání Bazální stimulace na chirurgickém oddělení

Cíl 2. Zjistit možnosti využití Bazální stimulace u neklidného klienta na chirurgickém oddělení

Cíl 3. Zjistit vliv Bazální stimulace na medikamentózní léčbu

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké prvky konceptu Bazální stimulace využívají na chirurgickém oddělení?
2. Které prvky konceptu lze aplikovat u neklidného pacienta na chirurgickém oddělení?
3. Jaký vliv má Bazální stimulace na medikamentózní léčbu?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Téma diplomové práce je zpracováno na základě odborných zdrojů. Ve výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Celý výzkum probíhal v období prosinec 2015 až únor 2016 na chirurgickém oddělení nejmenované okresní nemocnice v Jihočeském kraji. Výzkumné šetření povolil předseda představenstva a hlavní sestra nemocnice. Z důvodu ochrany osobních dat nebude v diplomové práci jméno nemocnice zveřejněno. Sestry pracující na chirurgickém oddělení byly předem seznámeny s tématem diplomové práce a důvodem samotného výzkumného šetření. Poté byly ochotny poskytnout strukturované rozhovory před zahájením implementace konceptu do péče a po jejím ukončení.

V průběhu výzkumného šetření, po prostudování odborných zdrojů a praktických možností, jsme se u třetího cíle zaměřili pouze na ovlivnění bolesti, tedy užívání analgetik.

Celý výzkum probíhal celkem ve čtyřech fázích. První fázi tvořilo celkem sedm strukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na standardním chirurgickém oddělení. Druhá fáze spočívala ve sběru dat u třech pacientek a následným sepsání kazuistik dle modelu Imogine King. Třetí fáze byla téměř totožná s fází druhou, jen dalším třem pacientkám byly aplikovány prvky Bazální stimulace. Čtvrtá fáze proběhla na samotném konci výzkumu. Bylo opět odebráno sedm strukturovaných rozhovorů se stejnými sestrami jako na začátku.

Bártlová (2008) popisuje strukturovaný rozhovor tak, že probíhá na podkladě předem stanovených otázek. Rozhovory se sestrami dále jen respondentkami byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. Rozhovory z první fáze mají čísla 1-7, rozhovory z fáze čtvrté mají čísla 8-14. Na tyto jednotlivá čísla je odkazováno v textu, například R2/2 (respondentka 2, rozhovor 2 po implementaci konceptu). Analýza získaných dat probíhala metodou otevřeného kódování v ruce (Příloha 2) takzvanou metodou papír a tužka (Švaříček a kol., 2007). Přepsané rozhovory (Příloha 3) byly vytištěny a

několikrát pečlivě přečteny, posléze metodou tužka a papír kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií, které jsou pojmenovány sobě nadřazenými pojmy. V přepsaných rozhovorech byly vyhledávány nejčastější slova či pojmy, kterými se respondentky vyjadřovaly k jednotlivým podkategoriím. Slova a pojmy z jednotlivých podkategorií byly barevně v textu označovány pro přehlednost. Pro ještě lepší přehled výsledků byly jednotlivé kategorie s podkategoriemi zpracovány do jednotlivých schémat. V práci je na podkategorie odkazováno například R2/2/9 (respondentka 2, rozhovor 2, řádek 9) a může být zároveň doplněno o přímou citaci respondentky.

Pacienti, u kterých byla shromažďována data k sepsání kazuistik, byli o tomto faktu informováni. Vybraní pacienti k implementaci konceptu byli informováni o teoretických aspektech tohoto konceptu a důvodu psaní diplomové práce. Měli možnost dotazování tak, aby jim vše bylo jasné. Vzhledem k tomu, že bylo zapotřebí nezkrusovat sběr dat, tak pacienti nebyli informováni o tom, že se sleduje vliv konceptu na léčbu bolesti. Každý z pacientů vyslovil svobodný souhlas s účastí na výzkumném šetření. Jednotlivé kazuistiky byly sepsány dle ošetrovatelského modelu Imogene King. Pavlíková (2006) popisuje vývoj teorie ošetrovatelství dle King. Podklad pro vznik teorie byl výzkumný projekt Imogene King soustředěný na interakce mezi sestrou a pacientem z úhlu dvou rozličných prostředí od jeho přijetí do institucionální léčby až po jeho propuštění do domácí péče. Jedná se o systémový model. Aggleton a Chalmers (2000) popisují koncepci teorie dle modelu King. Koncepce teorie se skládá z koncepce systémů a koncepce teorie dosažení cíle. Koncepce systémů má tři složky, a to personální systém, interpersonální systém a sociální systém. Meleis (2007) se také ve své knize zabývá modelem King, kde popisuje interaktivní proces skládající se ze čtyř fází: akce, reakce, interakce a transakce.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný vzorek tvořilo 7 všeobecných sester pracujících na standartním chirurgickém oddělení. Znázornění v tabulce 1.

Na výzkumu se podílelo celkem 7 respondentek ve věku od 27 do 51 let. Průměrný věk respondentek činí 43 let. Dvě respondentky mají vysokoškolské vzdělání s uděleným titulem Bakalář, jedna respondentka má specializaci ARIP, ostatní mají středoškolské vzdělání. Všechny respondentky jsou registrovanými sestrami bez odborného dohledu. Každá z respondentek má pracovní zařazení jako všeobecná sestra. Délka praxe je v rozsahu 5 až 32 let. Průměrná délka praxe respondentek činí 22 let.

Pacienti byli vybráni cíleně tak, aby byl výzkumný vzorek reprezentativní. Celkem proběhl sběr dat u šesti pacientek s obdobnými diagnózami, léčbou a věkovou kategorií. Prvky Bazální stimulace byly zvoleny s ohledem na celkový stav pacientek a vždy byl postup stejný pro zachování co nejrelevantnějších dat. Z toho byly sepsány tři prosté kazuistiky a tři s aplikací prvků bazální stimulace.

### **3.3 Charakteristika výzkumného prostředí**

Nemocnice, ve které probíhalo výzkumné šetření, je zdravotnickým zařízením s vlastní právní subjektivitou. Jihočeský kraj je jejím jediným akcionářem. Nemocnice zabezpečuje poskytování zdravotnických služeb. Poskytuje ambulantní i lůžkové, zdravotní, diagnostické a léčebně preventivní služby v souladu s danými předpisy a smlouvami s jednotlivými pojišťovkami. Ošetřování v nemocnici probíhá na podkladě nejnovějších vědeckých poznatků a je poskytováno kvalifikovanými odborníky.

Celé chirurgické oddělení se skládá ze tří standardních jednotek a jednotky intenzivní péče a je vybaveno 42 lůžky akutní péče, z toho jsou 4 lůžka pro intenzivní péči. Pokoje jsou dvou až šestilůžkové. Vlastní sprchový kout a toaletu mají pouze dva dvoulůžkové pokoje. Chirurgie také nabízí jeden nadstandardní pokoj. Na každé jednotce oddělení je staniční sestra, která je přímo podřízena vrchní sestře. Vrchní sestra je zodpovědná za celkový chod oddělení v rámci ošetrovatelské péče a je přímo odpovědná hlavní sestře nemocnice. K dispozici jsou celkem čtyři operační sály, z toho je jeden sál septický. V rámci chirurgie je prováděno celkem široké spektrum operačních výkonů. Ze všeobecné chirurgie jsou zde standardně prováděny laparoskopické operace žlučníku, kýly, apendixu, ale také diagnostické laparoskopie.

Co se týká výkonů abdominální chirurgie, jsou zde prováděny operace žaludku, tenkého a tlustého střeva, konečníku a hemoroidů. Neodmyslitelnou součástí je samozřejmě základní ošetření nitrobřišních traumat a břišní chirurgie akutní. Na operativě se výrazně podílí především traumatologie končetinová.

Výzkumné šetření probíhalo pouze na jedné standardní chirurgické jednotce, která je označována jako pooperační oddělení. Na této jednotce je sedm všeobecných sester zařazených do směnného pracovního procesu. Tyto sestry byly respondentkami ve výzkumném šetření.

Z důvodu ochrany osobních dat respondentek a pacientů není záměrně uváděno jméno nemocnice, ve které proběhlo výzkumné šetření.

## 4 Výsledky

Tabulka 1- Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení	Počet let praxe
R1	27	Vysokoškolské Bc.	Všeobecná sestra	5 let
R2	36	Specializace ARIP	Všeobecná sestra	16 let
R3	38	Vysokoškolské Bc.	Všeobecná sestra	15 let
R4	51	Střední s maturitou	Všeobecná sestra	32 let
R5	51	Střední s maturitou	Všeobecná sestra	31 let
R6	49	Střední s maturitou	Všeobecná sestra	28 let
R7	48	Střední s maturitou	Všeobecná sestra	26 let

Zdroj: vlastní výzkum

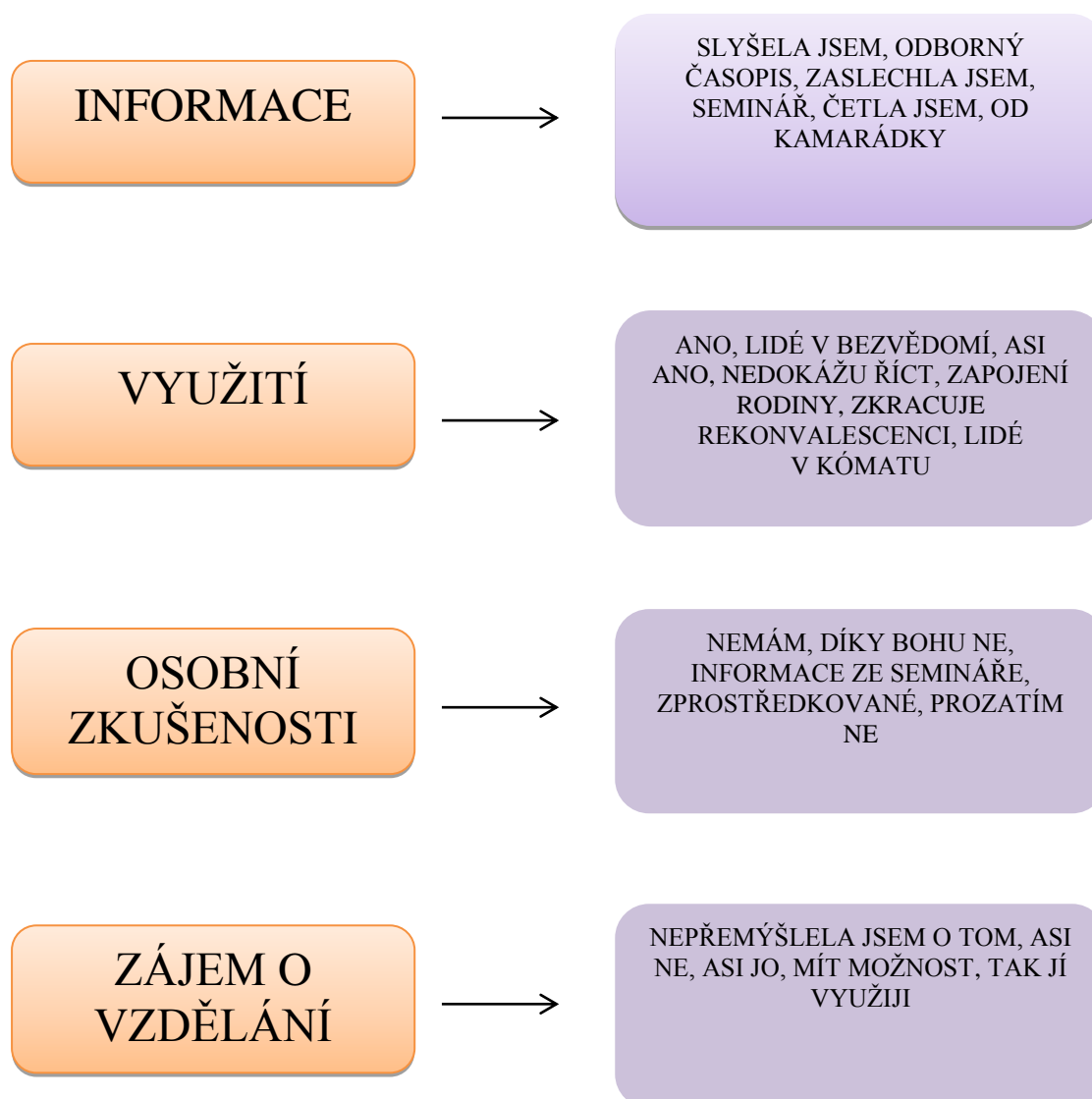
Popis: V tabulce jsou znázorněny identifikační údaje respondentek, které poskytly rozhovory k výzkumné části. V tabulce je zapsán věk respondentek, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní zařazení a délka jejich odborné praxe.

#### 4.1 Rozhovory s respondentkami před aplikací konceptu

Schéma 1- Kategorie: Bazální stimulace

## BAZÁLNÍ STIMULACE

Podkategorie



## *Bazální stimulace*

Kategorie Bazální stimulace je zaměřena na informovanosti respondentek o konceptu, jejich názoru na jeho využití v praxi, zkušenostech respondentek a jejich zájmu o vzdělávání se v konceptu. Veškeré uvedené celky byly podrobeny hloubkové analýze dat, ze kterých byly posléze vytvořeny čtyři podkategorie: informace, využití, osobní zkušenosti a zájem o vzdělání. K jednotlivým podkategoriím byly posléze zakódovány pojmy neboli výrazy, kterými respondentky nejčastěji definovaly jednotlivé podkategorie. Zakódovaná a analyzovaná data jsou znázorněna pro přehlednost v schématu 1.

Z jednotlivých rozhovorů, které probíhaly před samotnou implementací konceptu na oddělení, vyplynulo následující. Respondentky mají pouze omezené informace o konceptu, které z většiny čerpají z odborných článků. R7/1 uvádí: *„Jen běžné informace z různých článků, které jsem měla možnost přečíst. Nikdy jsem se o koncept více nezajímala, ale může být zajímavý“*. Využití respondentky specifikovaly více rozmanitěji. Například R1/1 řekla: *„Význam je dle literatury u lidí v bezvědomí. Četla jsem, že pomocí stimulů se lidé potom snáz vracejí do běžného života“*. Osobní zkušenosti respondentky nemají a pokud ano, tak je uvádějí jen jako zprostředkované. R6/1 uvedla: *„Já osobně ne, ale ta moje kamarádka ano. Dá se říct, že mám v tomhle malé teoretické zprostředkované zkušenosti“*. Respondentky nejsou nijak proškoleny až na jednu, která byla pouze na semináři. R4/1 *„Jednou jsem byla na semináři týkajícího se konceptu. Byla to teoretická přednáška“*.

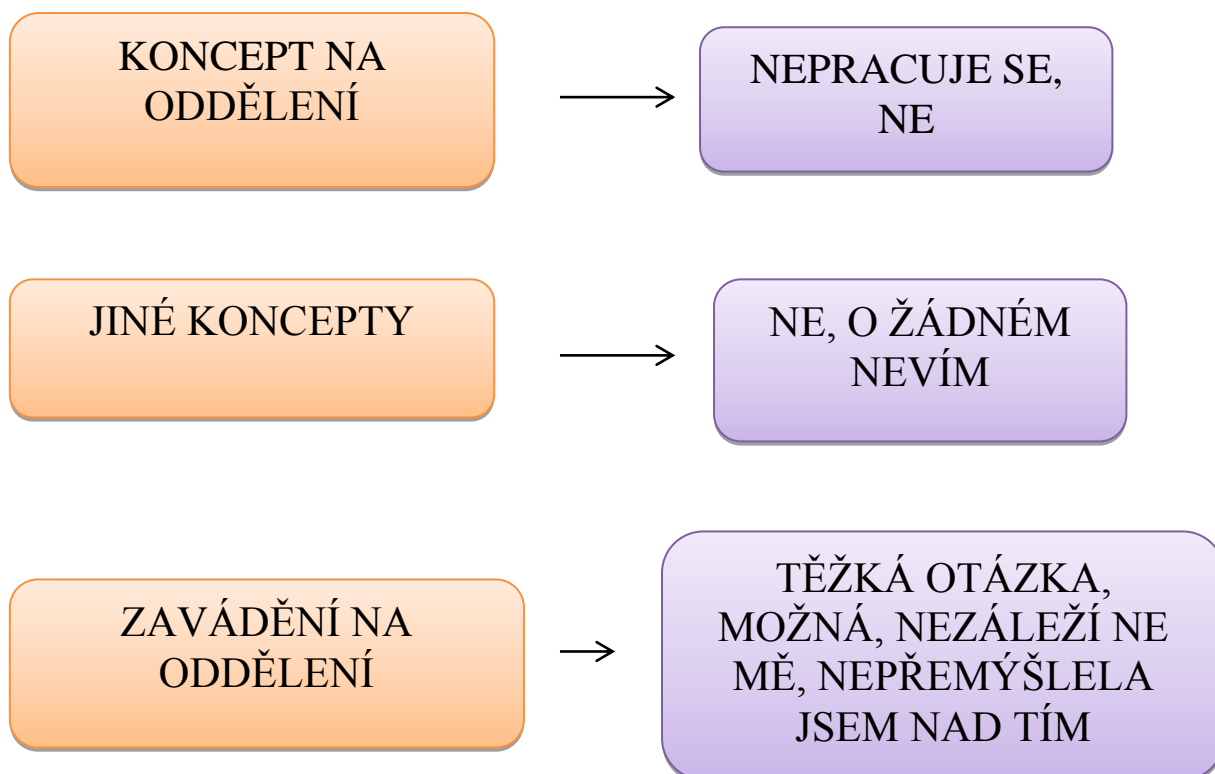
- \* Slyšela jsem R1/1/1, zaslechla jsem R2/1/2
- \* Odborný časopis R1/1/2; R3/1/1; R7/1/1
- \* Seminář R4/1/1
- \* Četla jsem R5/1/1
- \* Od kamarádky R6/1/1



Schéma 2- Kategorie: Bazální stimulace v praxi

## BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI

Podkategorie



### *Bazální stimulace v praxi*

Kategorie Bazální stimulace v praxi se zabývá názorem respondentek a jejich znalostmi týkajícími se práce s konceptem BS či s jiným konceptem v rámci jejich nemocnice. Také je zaměřena na názor respondentek, zda by chtěli BS implementovat na své oddělení. Veškeré názory a znalosti z jednotlivých rozhovorů byly podrobeny analýze dat, ze které vznikla kategorie Bazální stimulace v praxi. K této kategorii byly vytvořeny následující podkategorie: koncept na oddělení, jiné koncepty a zavádění na

oddělení. V každé podkategorii byly posléze kódovány výrazy, kterými respondentky tuto podkategorii definovaly. Tato data jsou znázorněna v přehledném schématu 2.

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že respondentky mají vesměs stejný pohled na praktickou stránku dané problematiky. Respondentky se jednoznačně shodly na faktu, že se na jejich oddělení s konceptem BS nepracuje. Je zde i patrné z rozhovorů, že jsou spíše k tomuto skeptické, nejsou přesvědčené o využitelnosti BS na standardním oddělení. R1/1/4 zmiňuje: „*nepracujeme a ani nevím, že by se u nás v nemocnici s ním někde pracovalo*“. Pokud jde o práci s jiným konceptem v rámci celé nemocnice, opět dochází po analýze dat k naprosté shodě v odpovědích respondentek. Dle nich není v nemocnici žádný koncept péče využívám. R7/1/4 uvádí: „*Pokud jsem dobře informována, tak ne*“. U otázky, zda by respondentky chtěli tento koncept na svém oddělení zavést, přicházely poněkud rozpačité odpovědi. Za zmínku stojí fakt, že tři respondentky se shodly na tom, že to nezáleží na nich, ale na vedení nemocnice. R3/1: „*To nezáleží na mě, ale na vedení nemocnice*“. R5/1: „*To asi nezáleží na mě*“.

- \* Nepracuje se R1/1/4; R2/1/4; R7/1/4
- \* Ne R3/1/4; R4/1/5; R5/1/4; R6/1/5
- \* Ne R1/1/6; R2/1/6; R4/1/7; R5/1/6; R6/1/7; R7/1/6
- \* O žádném nevím R3/1/7
- \* Těžká otázka R1/1/17
- \* Nezáleží na mě R3/1/19; R5/1/17; R7/1/17
- \* Možná R2/1/17
- \* Nepřemýšlela jsem nad tím R6/1/19

## 4.2 Rozhovory s respondentkami po aplikaci konceptu

Schéma 3- Kategorie: Ovlivnění Bazální stimulací

# OVLIVNĚNÍ BAZÁLNÍ STIMULACÍ

Podkategorie

NÁZOR SESTER

LÍBILO SE MI TO, MÁ  
MÍSTO V PÉČI,  
ÚŽASNÁ VĚC,  
BAZÁLKA JE SKVĚLÁ

ZÍSKANÉ  
INFORMACE

VĚTŠÍ PŘEHLED,  
PŘEDSTAVA, NĚCO  
JSEM POCHYTLA,  
ROZHLED

ZÁJEM O  
VZDĚLÁNÍ

PROZATÍM NE,  
MOŽNÁ, ŠLA BYCH,  
NEVÍM, ANO

ZÁJEM O  
ZAVEDENÍ

MOŽNÁ, NEVÍM,  
BYLA BYCH PRO,  
BYLA BYCH RÁDA

### *Ovlivnění Bazální stimulací*

Kategorie Ovlivnění Bazální stimulací vznikla na podkladě důkladné a opakované analýzy jednotlivých rozhovorů s respondentkami. Rozhovory probíhaly po ukončení implementace prvků BS na oddělení. Z analýzy dat vznikla kategorie Ovlivnění Bazální stimulací, která se zaměřuje na postřehy jednotlivých respondentek. Z tohoto posléze vznikly čtyři podkategorie s názvy: názor sester, získané informace, zájem o vzdělání a zájem o zavedení. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazeny výrazy, které je vystihují. Vše je znázorněno v přehledném schématu 3.

Ze všech rozhovorů vyloučily zajímavé postřehy jednotlivých respondentek. Z globálního hlediska lze říci, že implementace jednotlivých prvků BS je oslovila. R2/2/3 uvedla: „*Musím se přiznat, že jsem byla spíš skeptická, ale vaše práce mne celkem oslovila. Co konkrétně, nevím líbilo se mi to jako celek*“. Respondentky během implementace získaly i určité informace a vhled do BS. R3/2/8 řekla: „*Mám jen takové informace, které jste mi řekla a to, co jsem viděla. Dovedu si to více představit*“. Z jednotlivých rozhovorů byl i patrný jiný názor v zájmu o vzdělání v konceptu BS. Sice odpovědi byly stále zdrženlivé, ale jistý pokrok oproti předchozím rozhovorům zde byl. R4/2/29 odpověděla: „*Pokud by mne vyslala vrchní sestra, tak bych šla*“. Po analýze rozhovorů byl také patrný jiný názor na zavedení konceptu do péče. R7/2/22 zmínila: „*Byla bych ráda, kdyby se u nás zavedl*“.

- \* Líbilo se mi to: R1/2/6; R2/2/4
- \* Má místo v péči: R3/2/5; R5/2/21
- \* Úžasná věc, Bazálka je skvělá: R7/2/5
- \* Větší přehled, představa, rozhled: R1/2/11; R3/2/9; R4/2/10; R5/2/8
- \* Něco jsem pochytila: R2/2/8
- \* Prozatím ne: R1/2/30
- \* Možná, nevím: R1/2/28; R2/2/24; R2/2/26; R3/2/25; R3/2/27; R4/2/27
- \* Šla bych: R4/2/29
- \* Byla bych pro, byla bych ráda: R6/2/24; R7/2/22

Schéma 4- Kategorie: Vliv Bazální stimulace na pacienty

## VLIV BAZÁLNÍ STIMULACE NA PACIENTY

Podkategorie

POCITY  
PACIENTŮ

UNEŠENÁ, KLID,  
NEMLUVILI O TOM,  
VDĚČNOST

CELKOVÝ VLIV  
NA PACIENTY

SPOKOJENOST,  
KLID, POHODA,  
BLAŽENOST,  
UVOLNĚNOST,  
VDĚČNOST

LÉČBA BOLESTI

NESLEDOVALA  
JSEM TO, NEVÍM,  
MOŽNÁ  
ODDÁLENÍ  
PODÁNÍ

OVLIVNĚNÍ  
NEKLIDU

SPOKOJENOST,  
KLID, NEVÍM,  
UVOLNĚNÍ

### *Vliv Bazální stimulace na pacienty*

Kategorie vliv Bazální stimulace na pacienty je zaměřena na názory respondentek týkající se této problematiky. Respondentky odpovídaly na otázky týkající se pocitů pacientů, u kterých byla BS použita. Zabývá se vlivem BS na pacienty a jejím působením na léčbu bolesti a ovlivnění neklidu z pohledu respondentek. Veškeré vyjádření respondentek byly podrobeny podrobné analýze a posléze z tohoto byla vytvořena již zmiňovaná kategorie se čtyřmi podkategoriemi nazvanými: pocity pacientů, celkový vliv na pacienty, léčba bolesti a ovlivnění neklidu. Tyto data jsou znázorněna v přehledném schématu 4.

Z rozhovorů vyplývá, že respondentky pozorovaly vliv BS na pacienty. Respondentky se shodují na faktu, že se pacienti příliš se svými pocity nesvěřovali, ale objektivně respondentky pozorovaly na pacientech různé kladné pocity. R3/2/17 zmínila: „*Byla na nich znát taková pohoda a spokojenost, i když jim nebylo asi úplně nejlépe*“. R6/2/14 uvedla: „*Nesvěřovaly, ale já jsem se jich ptala. Byly vděčné, že se jim někdo víc věnuje*“. Odpovědi týkající se vlivem BS na léčbu bolesti a ovlivnění neklidu byli odpovědi různorodé. R1/2/22 řekla: „*Žádné jsem nezaznamenala*“. R6/2/20 odpověděla: „*Nevím, zda šlo přímo o neklid, ale pacientky byly uvolněné a spokojené*“.

- \* Unešená: R1/2/16
- \* Klid, vděčnost, spokojenost, pohoda, blaženost, uvolněnost: R1/2/19; R1/2/24; R2/2/15; R3/2/17; R4/2/18; R5/2/15; R6/2/16; R6/2/20; R7/2/14; R7/2/17
- \* Nemluvili o tom: R5/2/13
- \* Nesledovala jsem to: R2/2/17; R4/2/22; R6/2/18
- \* Nevím: R4/2/20
- \* Možná oddálení podání: R5/2/17

### 4.3 Kazuistiky pacientů dle Imogine King, bez aplikace prvků konceptu

#### Kazuistika 1

Na chirurgické oddělení, pooperační jednotku, byla přijata 43 letá žena narozená roku 1973. Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu zákroku tříselné kýly vpravo. Pro tříselnou kýlu byla operována již v ranném dětství, jedná se tedy o recidivu tohoto onemocnění. Pacientka při příjmu uvedla, že kýla se objevuje pouze po námaze, nebo delším stání, v leže úplně zmizí.

Lékařské diagnózy: K 409 tříselná kýla ; I10- hypertenze

Dlouhodobě užívané léky: Triasyn 5/5 mg 1-0-0 p.o.

Pacientka přišla na příjmovou ambulanci den před plánovaným zákrokem. Měla s sebou výsledky z předoperačního interního vyšetření. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní výsledky krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Veškeré výsledky byly v pořádku a pacientka byla z interního hlediska doporučena k operačnímu výkonu v celkové anestezii.

Tabulka 2

Terapie v rámci hospitalizace			
Den léčby	1. =	2. =	3. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod	21 <sup>00</sup> -VAS 6	7 <sup>00</sup> -VAS 5 19:15- VAS 5	X
Amoksiklav 1,2 g i.v. á 8 hodin	Aplikace i.v. v 6 <sup>00</sup> , 14 <sup>00</sup> , 22 <sup>00</sup>	X	X

zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Pacientka byla zpět na jednotku pooperační péče přivezena v 11:10. Pacientka měla po operačním výkonu provedeném laparoskopicky v celkové anestezii zaveden v ráně

Redonův dren. Při bolesti bylo možné aplikovat Dipidolor 15 mg i.m maximálně však po 6 hodinách a při VAS (vizuální analogová škála ve stupnici 1-10, kdy 1 je nejnižší a 10 nejvyšší stupeň bolesti) od stupně 3. Naordinována byla včasná mobilizace, bandáže dolních končetin. Kontrola operační rány, odvádění do Redonova drenu.

### ***Personální systém (systém osobnosti)***

*Percepce:* Pacientka má o sobě dobré mínění. S vlastní osobou je spokojená. Domnívá se, že svůj život žije, jak nejlépe umí. Je skromná, nechce vyčnívat z davu. Má ráda své soukromí, které si hlídá. Dá se říci, že žije hlavně svojí rodinou. Má harmonické manželství a dvě dospívající děti. Pokud se poohlédne v čase, nic by neměnila. Hlavní hodnoty pro ni jsou zdraví, láska, pohoda a klid.

*Růst a rozvoj:* Pacientka pochází z prvního těhotenství, které probíhalo fyziologicky. Byla narozena v 41 týdnu těhotenství. Porod proběhl spontánně bez komplikací. Během dětství a dospívání vážněji nestonala. Prodělala jen běžné dětské nemoci. Prospívala dobře ve srovnání s vrstevníky. Pacientka o sobě říká, že je spíše introvertní povahy a melancholického založení. Svě chování hodnotí jako klidné a vyrovnané. Raději se nepouští do sporů a ustoupí. Při trápeních se uchyluje do sebe sama. S trápením se snaží vypořádat také sama, aby nepřidělala někomu starosti.

*Obraz těla:* Pacientka se vnímá velice dobře. Vzhledem k tomu, že se snaží jíst zdravě a často sportuje. Díky životnímu stylu má pacientka štíhlou postavu a BMI 21. Pravidelně chodí běhat. Dává přednost libovému masu a zelenině či ovoci. I díky štíhlé postavě odhalila tříselnou kýlu včas, protože byla dosti viditelná.

*Prostor:* Pacientka žije se svým manželem a dětmi v panelovém bytě. Vlastní i zahrádku, kterou v příznivém počasí ráda navštěvuje. Nyní je při hospitalizaci na třílůžkovém pokoji, což jí nevyhovuje. Má ráda své soukromí, které má tímto narušeno. Je si vědoma, že to zde jinak nejde a už se těší na návrat domů.

*Čas:* Během hospitalizace pacientce čas utíká velice pomalu. Je zvyklá být aktivní ve svém běžném životě. Při poohlédnutí v čase zpět by na svém životě nic neměnila. V současné době je maximálně spokojena, i když jak říká, občas přijde nějaký mrak, ale ten je brzy pryč. Na budoucnost příliš nemyslí. Raději žije teď současností.



### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* Pacientka si umí říci o to, co potřebuje a zároveň nenásilně si jít za svým cílem. V průběhu toho, co jsem pacientku ošetřovala, nebyl jediný problém v interpersonálním vzathu.

*Komunikace:* Pacientka ač tvrdí, že je introvert nemá problém s komunikací jak s personálem, tak ani s pacientkami na pokoji. Její verbální i neverbální projev je velmi příjemný a přirozený bez jakéhokoliv narušujícího elementu. Informacím od personálu naslouchá. Pokud něčemu nerozumí, nemá problém se zeptat. Neverbálně působí velice uvolněně.

*Transakce:* Pacientka se snaží naslouchat lékařům i sestřám na oddělení. Jedná tak proto, že chce co nejdříve domů. V jednání je vždy milá, pouze v době bolesti, které byla nejvíce na bodě 6 stupnice VAS je naléhavá a dožaduje se medikace proti bolesti.

*Role:* V současné době zastává roli pacientky, kterou. ač nerada přijímá. Ví, že nemá jinou možnost. Pacientka se chová tak, jak se v její roli očekává. Jako pacientka se chová naprosto standardně dle běžných vzorců chování. Léčebný režim dodržuje, v tomto ohledu je pacientka svědomitá. Se zdravotnickým personálem nemá jediný konflikt.

*Stres:* Vzhledem k tomu, že se pacientka cítí dobře s ohledem na současný stav, nevykazuje žádné známky stresu. Snad jen jediné, to co jí schází, je rodina, která ovšem pacientku navštěvuje.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* Nyní pacientka zaujímá formálně místo pacientky a neformální místo v sociálním systému je spolupacientka. S těmito rolemi v organizaci se plně stotožňuje.

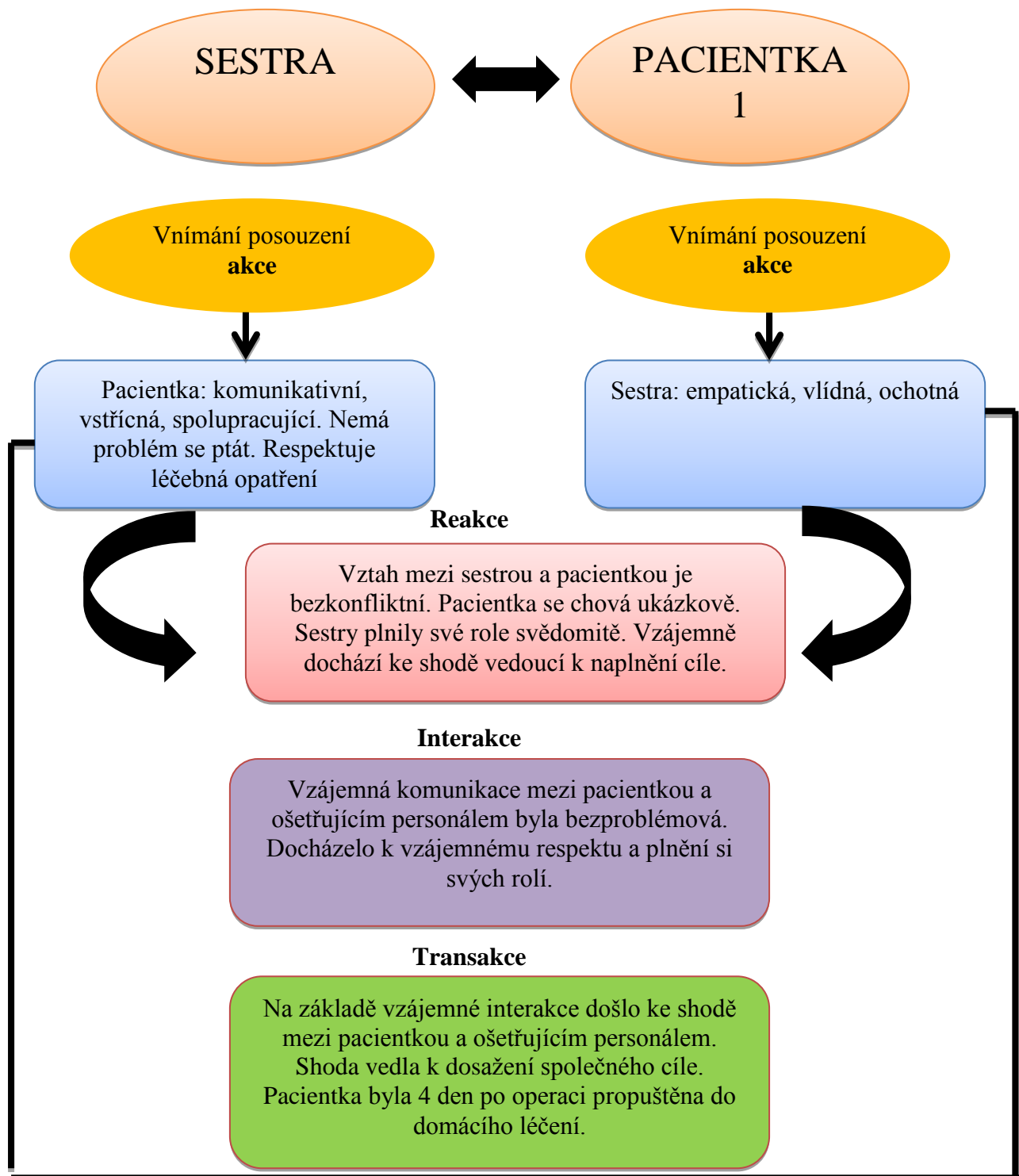
*Status:* Lze říci, že pacientka během hospitalizace má status spolubydlící v rámci sociálního systému na nemocničním pokoji.

*Rozhodování:* Rozhodování pacientce nečiní sebemenší problém. Ví, co chce a za tím si jde, tak aby dosáhla svého cíle jít co nejdříve domů.

*Moc:* V průběhu hospitalizace nemá pacientka moc cokoli ovlivnit.

*Autorita:* S autoritou nemá žádné problémy. Respektuje rozhodnutí lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků.

Schéma 5: Interaktivní proces dle Imogine King



## Kazuistika 2

Na pooperační jednotku chirurgického oddělení byla přijata 50 letá žena narozená roku 1966. Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu zákroku odstranění kýly v jizvě nad pupkem. Hernie je volná velikosti 8x6 centimetrů.

Lékařské diagnózy: K 432 pupeční kýla ; I10- hypertenze; Obezita; Hypothyreóza

Dlouhodobě užívané léky: Lorista H 50/12,5 mg 1-0-0; Rilmepidin 1 mg 1-0-1; Euthyrox 50 mg 1-0-0

Pacientka se dostavila na příjmovou ambulanci jeden den před plánovaným operačním zákrokem. S sebou donesla výsledky z předoperačního interního vyšetření. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní výsledky krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Veškeré výsledky byly v pořádku, jen byla mírně zvýšená hladina glukózy. Pacientka byla z interního hlediska doporučena k operačnímu zákroku v celkové anestezii.

Tabulka 3

Terapie v rámci hospitalizace			
Den léčby	1. =	2. =	3. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod	19:30 -VAS 8	5:15 -VAS 6 13:45- VAS 5	X
Amoksiklav 1,2 g i.v. á 8 hodin	Aplikace i.v. v 6 <sup>00</sup> ,14 <sup>00</sup> , 22 <sup>00</sup>	Aplikace i.v. v 6 <sup>00</sup> ,14 <sup>00</sup> , 22 <sup>00</sup>	Aplikace i.v. v 6 <sup>00</sup> ,14 <sup>00</sup> , 22 <sup>00</sup> EX

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Z operačního sálu zpět na pooperační jednotku byla přivezena v 10:30. Pacientka měla zaveden v ráně Redonův dren po operačním výkonu provedeném laparoskopicky

v celkové anestezii. Při bolesti bylo možné aplikovat Dipidolor 15 mg i.m maximálně však po 6 hodinách a při VAS od stupně 3. Naordinováno měla včasnou mobilizaci, bandáže dolních končetin. Kontrola operační rány, odvádění do Redonova drenu. Již před operací jako profilaxe aplikovány antibiotika intravenózně a dále podávány po 8 hodinách. Vzhledem k vyšším hodnotám glykémie prováděny kontroly glukometrem v 16<sup>00</sup> a 6<sup>00</sup>.

Tabulka 4

Den hospitalizace	1.		2.		3.	
Hodina odběru	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>
Hodnota glykémie glukometrem	7,4 mmol/l	8,8 mmol/l	6,3 mmol/l	6,1 mmol/l	5,9 mmol/l	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

### ***Personální systém (systém osobnosti)***

*Percepce:* Pacientka je vůči své osobě kritická. Je si vědoma své obezity, která jí tíží, ale dle jejích slov není schopna s tím něco udělat. Ví, co dělá za chyby, že žije nezdravě a pohybu také nemá příliš. Pracuje jako prodavačka a za pokladnou spíš sedí. Na druhou stranu je velice společenská. Má spoustu přátel, se kterými se navštěvují. Má radost z toho, že může někoho pohostit. Pacientka je vdaná a má jednoho syna. Rodina je pro ni vším. Životním principem pro ni je, že si chce života užít a ne jen přežívat.

*Růst a rozvoj:* Pacientka pochází z třetího těhotenství, které bylo po celou dobu fyziologické. Narodila se v termínu porodu a vše proběhlo bez sebemenších komplikací. V průběhu svého života jak v dětství, tak v dospělosti nijak vážněji nestonala. Prodělala jen běžné dětské nemoci. Až v dospělosti jí byla zjištěna hypofunkce štítné žlázy a před dvěma lety se začala léčit na vysoký krevní tlak. Pacientka je dle svých slov extrovertní cholerik. Snadno jí věci vyvedou z míry, ale rychle jí vztek opustí.

*Obraz těla:* Pacientka si je vědoma toho, jak vypadá. Ví, že obezita jí způsobuje zdravotní problémy. BMI pacientky činí 31. Nyní byla informována i o problému vyšších hodnot glykémie, které jsou také spjaté s jím životním stylem. Životospráva

pacientky je více než neuspokojivá. V jídelníčku má zařazené spíše tučné a dosti kalorické potraviny. Ovoce a zeleninu jí jen velmi střídmě.

*Prostor:* Pacientka žije se svým manželem a synem v panelovém bytě. Během hospitalizace je na dvoulůžkovém pokoji. Se svou spolubydlící vychází dobře vzhledem k tomu, že je velice společenská, rychle navazuje nové vztahy.

*Čas:* Čas strávený během hospitalizace pacientce utíká celkem rychle. Umí se zabavit. Jinak pacientka čas dle svých slov příliš neřeší. Žije teď a tady. Dopředu neuvažuje.

### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* Pacientka nemá žádný problém co se týká mezilidských vztahů. Je velice přátelská. Na ošetřující personál reaguje dobře.

*Komunikace:* Vzhledem k charakteru pacientky je komunikace velmi otevřená. Verbální komunikace je věcná, ale příliš rychlá. V neverbálním projevu využívá pacientka příliš gestikulace, což je spjato nejspíš s jejích charakterem. Vše se snaží převést v žert.

*Transakce:* Pacientka je ukázněná. V průběhu hospitalizace respektuje veškerý personál. V rámci edukace týkající se životního stylu pacientka vše odkývala, ale jsou zde pochybnosti, zda bude tyto rady doma dodržovat. Pacientka má pravděpodobně nižší práh bolestivosti.

*Role:* Nyní je v roli pacientky, kterou nijak extrémně neprožívá. Nejradyji zastává roli matky, manželky, kamarádky a hostitelky. Roli pacientky vykazuje dle předpokladů.

*Stres:* Pacientka nevykazuje žádné známky stresu. Pokud někdy nějaký má řeší, ho jídlem.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* Formálně je nyní pacientkou a neformálně spolupacientkou.

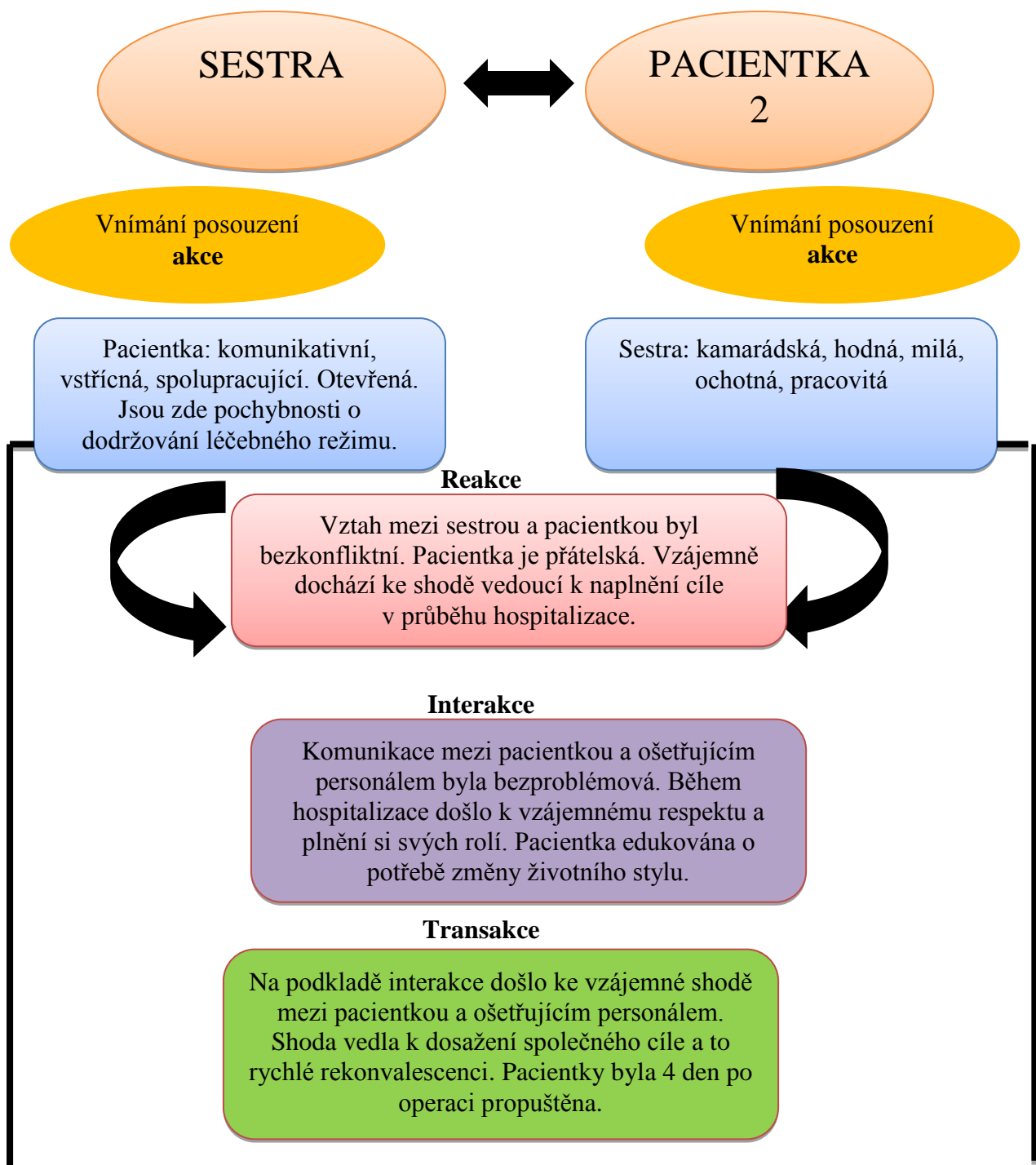
*Status:* Lze říci, že během hospitalizace pacientka zastává status spolubydlící v rámci sociálního systému na nemocničním pokoji.

*Rozhodování:* Pacientce rozhodování nečiní sebemenší problém.

*Moc:* V průběhu hospitalizace je pacientka odevzdaná dané situaci. Ví, že nemá příliš moc věci ovlivnit.

*Autorita:* S autoritou nemá žádné problémy. Respektuje rozhodnutí lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, jen jsou zde pochybnosti, zda bude dodržovat léčebný režim i doma.

Schéma 6: Interaktivní proces dle Imogine King



### Kazuistika 3

Na chirurgické oddělení, pooperační jednotku, byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu 52 letá žena narozena roku 1964. Plánovaný zákrok spočívá v odstranění pupeční kýly. Pro tuto diagnózu byla operována již v roce 2009, jedná se tedy o recidivu onemocnění.

Lékařské diagnózy: K429 Pupeční kýla; E66.0 Obezita; E11.9 Diabetes mellitus; I10 Hypertenze

Alergie: Ampiciliny, Opiáty, Uno, Diclofenac

Běžně užívané léky: Valsacor 160 mg 0-0-1; Zodac 10 mg 0-0-1; Glucophage 750 0-0-2; Milurit 300 mg 1-0-0

Pacientka přišla na příjmovou chirurgickou ambulanci jeden den před plánovaným operačním zákrokem. S sebou měla výsledky z předoperačního interního vyšetření. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní výsledky krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Veškeré výsledky byly v pořádku. Závěrem předoperačního vyšetření bylo, že je kardiopulmonálně kompenzovaná a schopna operace v celkové anestezii.

Tabulka 5

Terapie v rámci hospitalizace				
Den léčby	1. =	2. =	3. =	4. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den	3 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Novalgin 1 amp. i.m. max á 8 hod	20:15 -VAS 9	6:05 -VAS 7 15:30- VAS 4	01:30- VAS 4	X
Amoksiklav 1,2 g i.v.	Aplikace i.v. pouze v rámci premedikace	X	X	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Pacientka měla v operační ráně zaveden Redonův dren, operace proběhla laparoskopicky v celkové anestezii. Na jednotku pooperační péče byla přivezena po zákroku v 10:45. Při bolesti bylo možno aplikovat Novalgin 1 amp. i.m maximálně však po 8 hodinách a při VAS od stupně 3. Naordinována byla včasná mobilizace a bandáže dolních končetin. Kontrola operační rány, odvádění do Redonova drenu. Již před operací jako profilaxe aplikovány antibiotika intravenózně, dále se vzhledem k polyvalentní alergické anamnéze se nepodávaly. Vzhledem k diagnóze diabetu mellitu prováděny kontroly glukometrem v 16<sup>00</sup> a 6<sup>00</sup>.

Tabulka 6

Den hospitalizace	1.		2.		3.		4.	
Hodina odběru	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>
Hodnota glykémie glukometrem	7,1 mmol/l	7,5 mmol/l	6,9 mmol/l	6,3 mmol/l	6,0 mmol/l	7,2 mmol/l	6,9 mmol/l	6,6 mmol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

### ***Personální systém (systém osobnosti)***

*Percepce:* Pacientka má o sobě příliš malé mínění. Nesnáší to, jak vypadá. V mládí byla štíhlá. S váhou začala mít problémy po rozvodu. Vzhledem ke své obezitě je více uzavřená. Společnost nevyhledává. Má pesimistickou náladu.

*Růst a rozvoj:* Pacientka se narodila z prvního těhotenství, které bylo po celou dobu fyziologické. Během svého dětství a dospívání vážněji nestonala. Před šesti lety jí byl diagnostikován diabetes mellitus, který léčí perorálními antidiabetiky. Dále se léčí na vysoký krevní tlak. Pacientka je pesimistického ražení, introvertní povahy.

*Obraz těla:* Pacientka si je své tělesné konstituce vědoma. BMI pacientky dosahuje hodnoty 33. Pacientka má nezdravý životní styl. Má špatné stravovací návyky, nesprávně sestavený jídelníček, ve kterém chybí zelenina a převažují spíše živočišné tuky se sladkostmi. Pacientka nemá žádnou fyzickou aktivitu ani v práci, ani ve volném čase. Pacientka má obavy z bolesti, kterou těžko snáší.

*Prostor:* Pacientka žije sama od svého rozvodu. Z manželství má dvě dcery, které se již osamostatnily. Během hospitalizace si vyžádala jednolůžkový nadstandardní pokoj. Má ráda své soukromí nebo spíš samotu, kterou si chrání.



*Čas:* Během hospitalizace tráví pacientka čas spíše na lůžku. Toto odpovídá i jejímu běžnému životu. Čas příliš neřeší.

### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* Pacientka je spíše samotářská. Kontakt s lidmi příliš nevyhledává. S ošerujícím personálem spolupracuje.

*Komunikace:* Pacientka je introvertní povahy. Nevyhledává příležitosti k rozhovorům. Na dotazy personálu ale odpovídá vstřícně. Neverbální komunikace je nevýrazná.

*Transakce:* Pacientka si je vědoma svého zdravotního stavu a rizika spojeného se svou váhou. Při rozhovorech vše odkýve, ale není dost silné povahy, aby zvládla sama něco na svém životě změnit. Pacientka reaguje na bolest, kterou velmi těžce negativně snáší.

*Role:* Nyní zastává roli pacientky, kterou objektivně těžce snáší.

*Stres:* Pacientka je vystrašená. Má o sebe strach. Stresové situace si řeší sama o samotě. S problémy se nesvěřuje.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* Formálně zaujímá v organizaci místo pacientky.

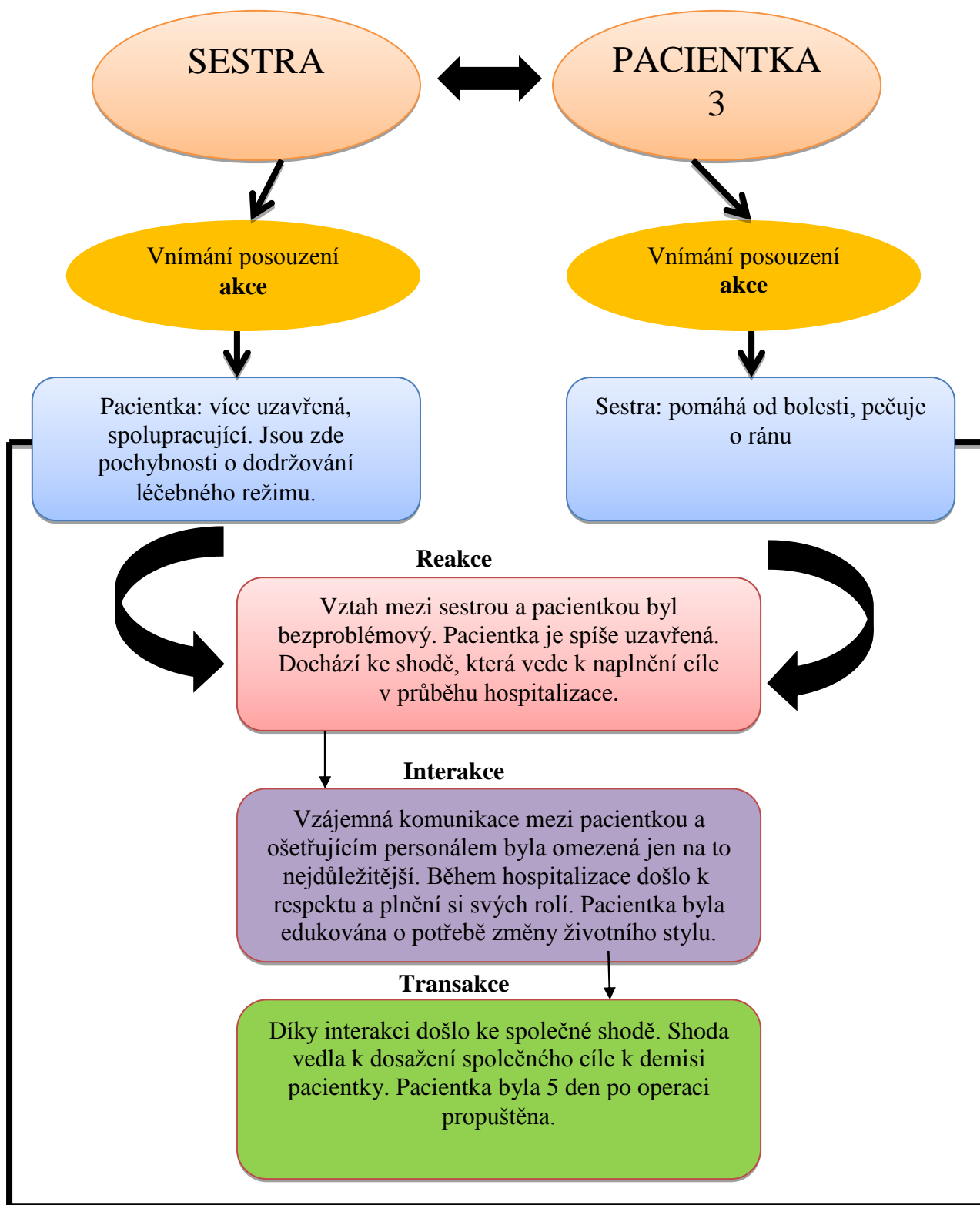
*Status:* V rámci sociálního systému zastává pacientka v průběhu hospitalizace status pacientka.

*Rozhodování:* Pacientka je problém ve všech rozhodnutích. Potřebuje na vše více času.

*Moc:* Během hospitalizace je pacientka bezmocná. Nemá možnost něco ovlivnit.

*Autorita:* Autority respektuje a na druhou stranu má i pacientka přirozenou autoritu.

Schéma 7: Interaktivní proces dle Imogine King



#### 4.4 Kazuistiky pacientů dle Imogine King, s aplikací prvků konceptu

##### Kazuistika 4

Na chirurgické oddělení, pooperační jednotku, byla přijata 49 letá pacientka k naplánovanému operačnímu zákroku tříselné kýly vpravo. S pacientkou bylo již v den příjmu pohovořeno o Bazální stimulaci. Pacientka souhlasila s tím, že se u ní bude koncept po operaci zkoušet.

Lékařské diagnózy: K409- tříselná kýla vpravo

Běžně užívané léky: Xyzal 1-0-0 v pylovém období

Pacientka se dostavila na příjmovou chirurgickou ambulanci jeden den před plánovaným zákrokem. Donesla si výsledky z předoperačního interního vyšetření. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní výsledky krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Výsledky byly v pořádku. Na základě předoperačního vyšetření byla doporučena k zákroku v celkové anestezii.

Tabulka 7

Terapie v rámci hospitalizace			
Den léčby	1. =	2. =	3. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod	21:45 -VAS 8	5:55 -VAS 7 16 <sup>o</sup> - VAS 4	X
Amoksiklav 1,2 g i.v. á 8 hodin	Aplikace i.v. 6 <sup>o</sup> ; 14 <sup>o</sup> ; 22 <sup>o</sup>	X	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Pacientka byla na pooperační jednotku z operačního sálu dovezena v 9:50. Po operačním výkonu provedeném laparoskopicky v celkové anestezii měla pacientka v operační ráně zaveden Redonův dren. Při bolesti bylo možno aplikovat Dipidolor 15 mg i.m maximálně však po 6 hodinách od stupně 3 VAS. Naordinována byla včasná

mobilizace pacientky a bandáže dolních končetin. Kontrola operační rány a odvádění do Redonova drenu.

Tabulka 8- Záznam průběhu Bazální stimulace

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	Zklidňující masáž (na sucho). Zahájeno v 18:45, ukončeno 18:55	Zklidňující masáž s tělovým mlékem pacientky. Zahájeno v 10:05, ukončeno 10:20. V 17:35 uložena do polohy hnízdo	V 8:10 zahájena zklidňující celková masáž s tělovým mlékem ukončena v 8:35.
Objektivní názor terapeuta na pocity pacientky	Pacientka vykazovala známky uvolnění. Sploupráce byla dobrá. Domluvena další návštěva.	Pacientka v průběhu stimulace prokazovala známky uvolnění a spokojenosti. Poloha hnízdo byla bez efektu.	Po stimulaci byla pacientka opět uvolněná, spokojená.
Subjektivní pocity pacientky po provedené stimulaci	Pacientka své pocity popisovala jako uspokojení, uvolnění. V průběhu stimulace jí bylo dobře.	Po obou stimulacích byla pacientka dle svých slov uvolněná.	Pacientka uvedla, že se cítila klidně a uvolněně.

Zdroj: vlastní výzkum

### ***Personální systém (systém osobnosti)***

*Percepce:* Pacientka je se svým životem celkem spokojena. Ví, že nikdy není nic růžové, ale snaží se žít tak, aby se nemusela za svůj život stydět. Vyznává životní filozofii: žít každý den naplno. Pacientka je vdaná, má dvě děti. Svůj život podřizuje rodině. Veškerý volný čas se snaží věnovat manželovi a dětem. I v práci je spokojená,

pracuje jako administrativní pracovníce v soukromé firmě. Pečuje o svůj vzhled, ale nijak extrémně neřeší životní styl. Je velmi energická, přátelská.

*Růst a rozvoj:* Pacientka se narodila z prvního těhotenství, které probíhalo fyziologicky. V průběhu dětství a dospívání nijak vážněji nestonala, prodělala jen běžné nemoci. Pacientka žije svůj život na plno, užívá si každého dne. Je spíše extrovertní.

*Obraz těla:* Pacientka je se svým zevnějškem spokojená. Dbá o sebe, tedy zejména o svůj zevnějšek. Chodí pravidelně na kosmetiku, ke kadeřníkovi. Chce se sama sobě líbit. Je spíše plnoštíhlé postavy, BMI činí 26. Nesportuje a životosprávu také moc nedodržíje.

*Prostor:* Pacientka se svou rodinou bydlí na vsi v rodinném domku, který je dvougenerační. Bydlí s nimi ještě její rodiče. Má kolem sebe ráda pěkné věci. Ráda se stará o zahradu. Během hospitalizace je na čtyřlůžkovém pokoji, ale má zde pouze dvě spolupacientky. Soužití s jinými pacientkami jí nečiní problém.

*Čas:* Po dobu hospitalizace pacientka čas tráví četbou knih a poslechem hudby. V běžném životě je ráda, když má čas pevně v rukou a užívá si den tak, jak chce ona sama. Hodně času tráví v práci, kterou má ráda a volný čas tráví s rodinou.

### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* S pacientkou nebyl problém navázat kontakt a spolupráci. U pacientky byly aplikovány prvky Bazální stimulace. Pacientka byla spokojená, metodu si chválila (znázorněno v tabulce č. 8).

*Komunikace:* Verbální i neverbální komunikace s pacientkou byla pohodová. Pacientka komunikovala velice klidně a vstřícně. Domluva byla naprosto v pořádku. I se spolupacientkami komunikovala bezproblémově. Bolest vyjadřovala neverbálně pomocí vyhledávání úlevové polohy.

*Transakce:* Pacientka byla velice ukázněná. Spolupracovala s ošetřujícím personálem. Nebylo potřeba příliš edukovat.

*Role:* V průběhu hospitalizace zastávala roli pacientky a spolubydlící. Na tyto role není nijak zvyklá, ale plně se s nimi ztotožnila.

*Stres:* Pacientka o svým starostech příliš nehovořila. Jediným snad stresujícím faktem pro ni byla starost o rodiče.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* Během hospitalizace zaujímala formálně místo pacientka a neformálně spolubydlící, spolupacientka.

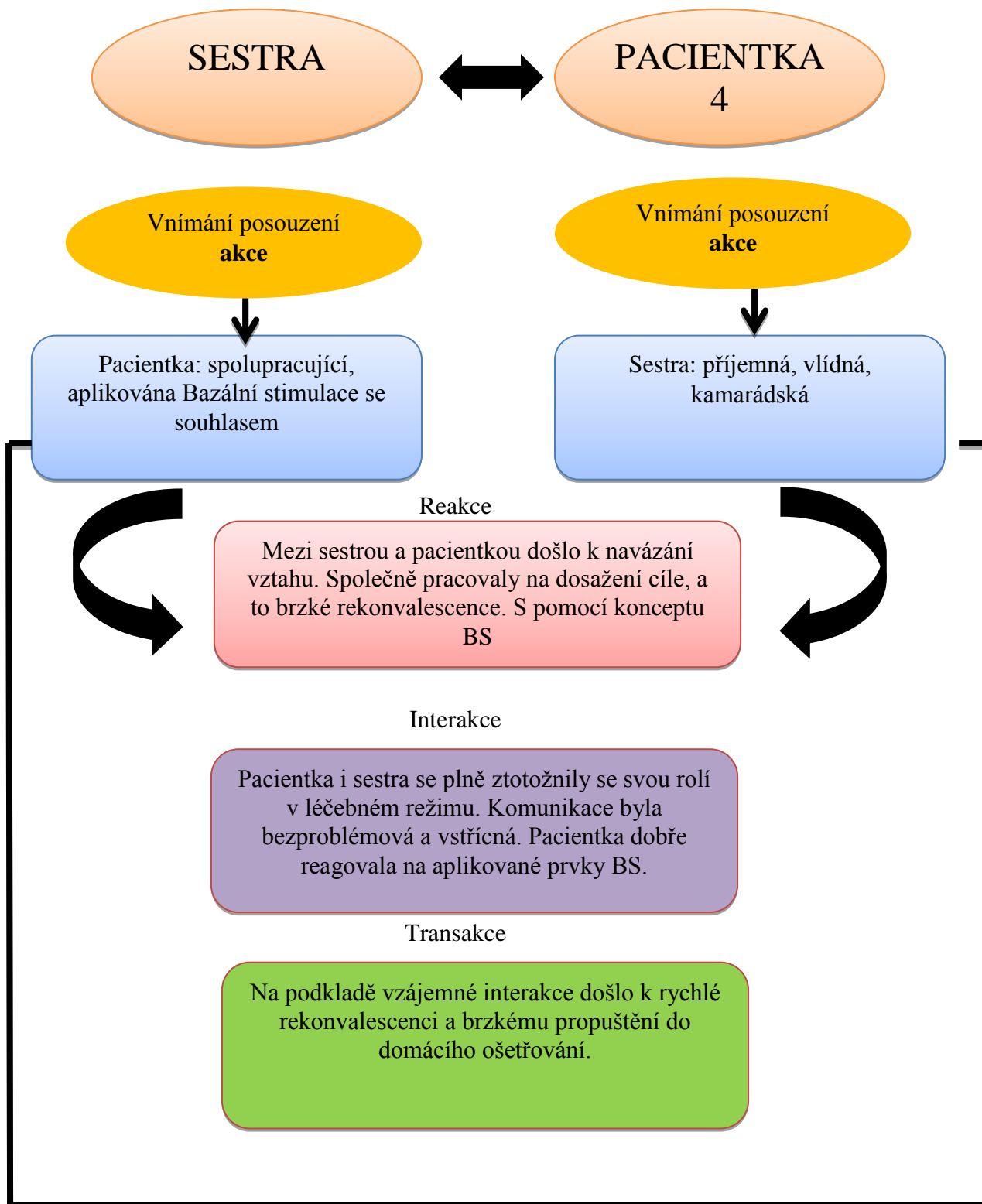
*Status:* Lze říci, že pacientka během hospitalizace zastávala status spolubydlící v rámci sociálního systému.

*Rozhodování:* Rozhodování jí nečinilo problém. Bylo vidět, že je organizačně zdatná a i to se odrazilo v rozhodování. Pokud něco chtěla, řekla si o to.

*Moc:* Během hospitalizace neměla pacientka přílišnou moc k tomu něco ovlivnit či změnit.

*Autorita:* S autoritou neměla žádné problémy. Rozhodnutí lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků plně respektovala.

Schéma 8: Interaktivní proces dle Imogine King



### Kazuistika 5

Na pooperační jednotku chirurgického oddělení byla přijata 48 letá žena k naplánovanému chirurgickému výkonu z důvodu tříselné kýly vlevo. S pacientkou bylo domluveno, že se u ní bude aplikovat některý z prvků Bazální stimulace.

Lékařské diagnózy: K409- tříselná kýla vlevo

Na příjmovou chirurgickou ambulanci přišla pacientka jeden den před naplánovaným operačním zákrokem. Sebou měla výsledky z předoperačního interního vyšetření. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní výsledky krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Veškeré výsledky byly v pořádku, na jejich základě byla pacientka doporučena k zákroku v celkové anestezii.

Tabulka 9

Terapie v rámci hospitalizace			
Den léčby	1. =	2. =	3. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod	22:15 -VAS 5	7:10 -VAS 4 15:45 VAS 4	X
Amoksiklav 1,2 g i.v. á 8 hodin	Aplikace i.v. 6 <sup>oo</sup> ; 14 <sup>oo</sup> ; 22 <sup>oo</sup>	X	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Po operačním výkonu provedeném laparoskopicky v celkové anestezii se na pooperační jednotku pacientka vrátila v 10:15. V ráň měla zavedený Redonův dren. Při bolesti bylo možné aplikovat Dipidolor 15 mg i.m maximálně však po 6 hodinách, ale až od stupně 3 VAS. Naordinována byla současně včasná mobilizace pacientky, bandáže dolních končetin, kontrola operační rány a odvádění do drenu.



Tabulka 10- Záznam průběhu Bazální stimulace

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	V 17:50 byla zahájena zklidňující masáž a ukončena byla v 18:05. Poté byla pacientce udělána poloha hnízdo.	Zklidňující masáž Zahájena v 8:30, ukončeno v 8:45. V 16:30 opět provedena 20 minutová zklidňující masáž.	X
Objektivní názor terapeuta na pocity pacientky	U pacientky byl patrný pocit úlevy a spokojenosti, že se jí někdo věnuje.	Po ranní stimulaci, která proběhla zanedlouho po aplikaci Dipidoloru, byla pacientka unavená, ale klidná. Odpolední stimulace vedla k pocitu uvolnění	Pacientka již žádnou stimulaci nechtěla.
Subjektivní pocity pacientky po provedené stimulaci	Pacientka se po stimulaci cítila dobře. Pomohlo jí to v uvolnění.	Jak po ranní, tak odpolední stimulaci udávala pacientka pocity uvolnění a spokojenosti.	X

Zdroj: vlastní výzkum

### **Personální systém (systém osobnosti)**

*Percepce:* Pacientka se celkově vnímá uspokojivě. O své zdraví a vzhled pečuje. Žije zdravě a sportuje již od mládí. Postava pacientky je vskutku sportovní při BMI 24. Pacientka je vdaná a má dvě dcery. Jedna dcera nyní čeká miminko, pacientka se velmi těší, že bude babičkou.

*Růst a rozvoj:* Pacientka má jednoho sourozence a to bratra, který je mladší. Svě dětství vnímá jako bezproblémové. Nikdy vážněji nestonala. Již od základní školy se věnuje sportu, kterému dle jejích slov propadla. Je spíše introvertní a své soukromí si hlídá.

*Obraz těla:* Pacientka je atletické postavy. Tělesná konstituce je spíše chlapeckého vzhledu. O svůj zevnějšek pravidelně pečuje návštěvami kosmetiky a kadeřnictví.

*Prostor:* Pacientka bydlí se svým manželem v panelovém bytě. Dcery se již osamostatnily. Pacientka si zakládá na tom, aby měla kolem sebe pěkné věci, ale zároveň praktické. Během hospitalizace cítí určitý diskonfort, ale je si vědoma, že to musí vydržet.

*Čas:* Během hospitalizace se snaží pacientka více odpočívat. V běžném životě je hodně aktivní. Věnuje se manželovi a svým koníčkům, tedy sportu.

### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* S pacientkou se navazoval kontakt bez problémů. Byla velmi vstřícná, milá a komunikativní. Byly u ní aplikovány prvky Bazální stimulace, se kterými souhlasila již při příjmu. Záznam o průběhu stimulace je znázorněn v tabulce č. 10.

*Komunikace:* Pacientčin verbální i neverbální projev byl naprosto bez rušivých elementů. V komunikaci je milá, vlídná, pozorná a naslouchající. Se spolubydlící na nemocničním pokoji také komunikovala bez problémů.

*Transakce:* Spolupráce pacientky s pečujícím personálem byla ukázková. Na edukaci reagovala dobře.

*Role:* Během hospitalizace měla roli pacientky a spolubydlící. V běžném životě zastává roli dcery, sestry, manželky, matky a nově se těší na novou roli babičky.

*Stres:* Pokud má pacientka nějaký splín či starosti, řeší je sportem.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* Formální místo v rámci hospitalizace- pacientka a neformálně spolubydlící.

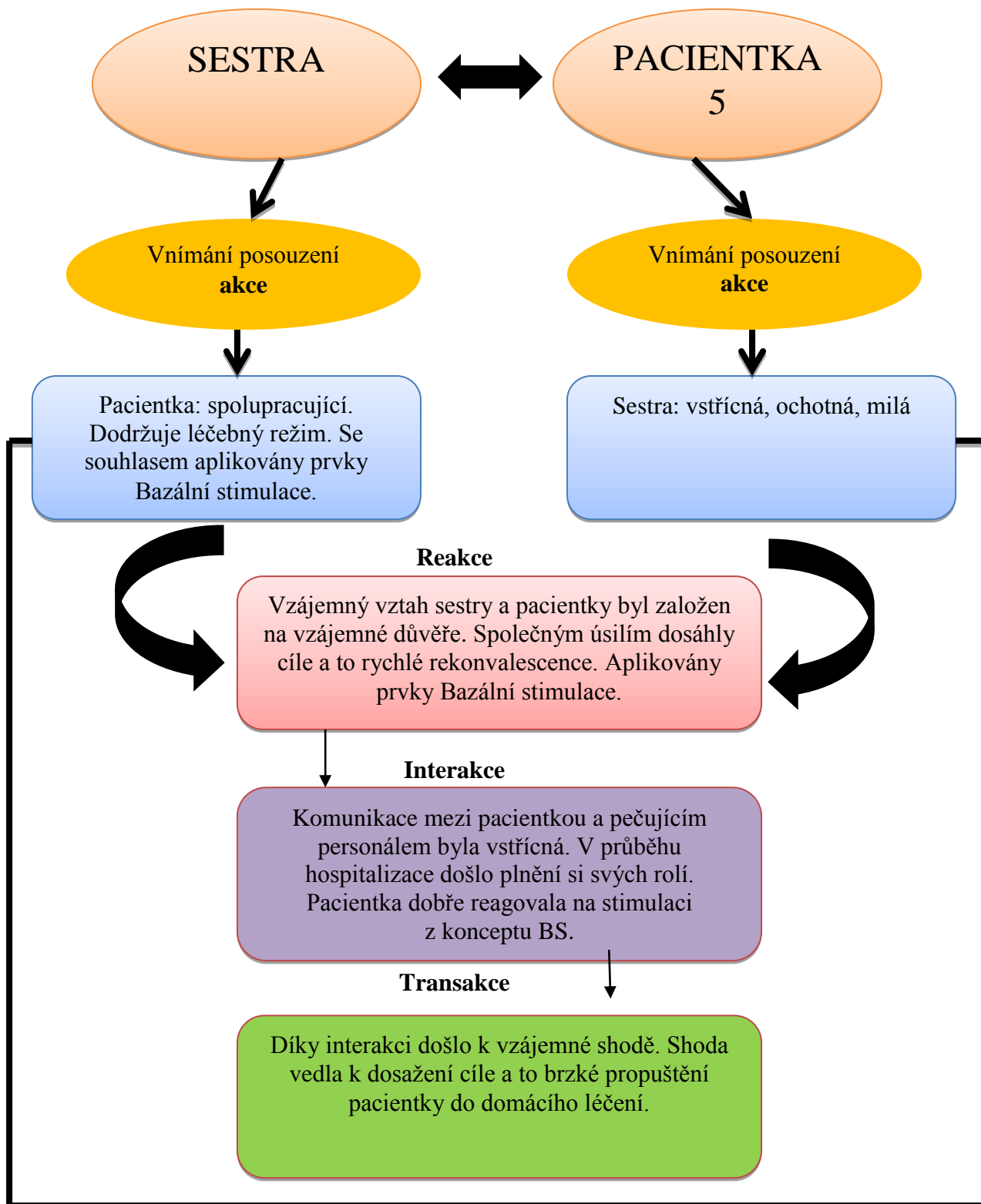
*Status:* V rámci sociálního systému zastávala pacientka status spolubydlící.

*Rozhodování:* Pacientka je rozumná a nečiní jí problémy rozhodovat se. Za svým rozhodnutím si stojí.

*Moc:* Během hospitalizace byla pacientka v situaci bezmocnosti, jelikož neměla možnost a moc k tomu něco ovlivnit.

*Autorita:* S autoritami nemá problém a respektuje je. Sama pacientka je velice autoritativní osobnost.

Schéma 9: Interaktivní proces dle Imogine King



## Kazuistika 6

Na jednotku pooperační chirurgického oddělení byla přijata 52 letá žena k naplánovanému chirurgickému zákroku operace tříselné kýly vpravo. S pacientkou bylo domluveno, že se u ní bude aplikovat některý z prvků Bazální stimulace.

Lékařské diagnózy: K409- tříselná kýla vpravo

Pacientka přišla na příjmovou chirurgickou ambulanci jeden den před plánovaným operačním výkonem. Před nástupem prodělala předoperační interní vyšetření. Vyšetření se skládalo z laboratorních výsledků krevního obrazu a biochemie, EKG vyšetření. Všechny výsledky byly v pořádku, na jejich základě byla pacientka doporučena k zákroku v celkové anestezii.

Tabulka 11

Terapie v rámci hospitalizace			
Den léčby	1. =	2. =	3. =
Název léku	Den operace	1 pooperační den	2 pooperační den
Clexane 0,4 ml s.c. v 18 hodin	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.	Aplikace v 18 hodin s.c.
Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod	23:45 -VAS 6	13:00- VAS 4	X
Amoksiklav 1,2 g i.v. á 8 hodin	Aplikace i.v. 6 <sup>00</sup> ; 14 <sup>00</sup> ; 22 <sup>00</sup>	X	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Pacientka podstoupila operační zákrok v celkové narkóze laparoskopickou metodou. Z operačního sálu byla zpět na pokoj přivezena v 11:10. V ráň měla zavedený Redonův dren. Při bolesti měla naordinovaný Dipidolor 15 mg i.m maximálně však po 6 hodinách, ale vždy až od stupně 3 VAS. Ordinace také obsahovala včasnou mobilizaci pacientky, prevence TEN bandážemi dolních končetin, kontrola operační rány a odvádění do Redonova drenu.

Tabulka 12- Záznam průběhu Bazální stimulace

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	V 18:45 byla zahájena zklidňující masáž pouze na sucho a ukončena byla v 19:15.	Zklidňující masáž byla započatá v 9:15, ukončená v 9:40. V 17:15 byla opět provedena 20 minutová zklidňující masáž.	X
Objektivní názor terapeuta na pocity pacientky	Pacientka vykazovala radost a pohodu. Evidentně byla se stimulací spokojená.	Pacientka byla po obou stimulacích v pohodě a klidu, vykazovala známky štěstí.	X
Subjektivní pocity pacientky po provedené stimulaci	Pacientka se zmínila, že je jí po stimulaci velmi dobře, cítí se uvolněná a v klidu.	Pacientka hovořila o svých pocitech velice pozitivně. Stimulace jí dle jejích slov dělala dobře.	X

Zdroj: vlastní výzkum

### **Personální systém (systém osobnosti)**

*Percepce:* Pacientka sama sebe vidí celkem uspokojivě. Je optimistického ražení. Jako svůj životní úspěch pokládá to, že má fungující rodinu. Z manželství má jednoho syna a od něj dvě vnoučata. Rodina je pro ni vším. Pacientka je statnější postavy, její BMI činí 28.

*Růst a rozvoj:* Svě dětství pokládá za krásné. Nevzpomíná si, že by někdy více stonala. Snad jen více trpěla na angíny.

*Obraz těla:* Pacientka je statnější postavy. O svůj vzhled se příliš nezajímá. Má ráda spíše přirozenou krásu. Se svým vzhledem je spokojená. Nechce nic měnit.

*Prostor:* Pacientka bydlí na vsi v rodinném domku se svým manželem. Domek je prý malinký, ale útulný. Pacientka hodně času tráví na zahradě, která je její vášní. Nepreferuje příliš soukromí.

*Čas:* Čas tráví pacientka převážně aktivně. V běžném životě je pro ni vášní zahrada, rodina a přátelé, toto vše jí zabere veškerý volný čas. Během hospitalizace se snažila hodně hýbat, aby jí čas rychleji utíkal.

### ***Interpersonální systém***

*Interakce:* U pacientky nebyl žádný problém s interakcí. Je velmi vlídná, komunikativní. Sama vyhledává kontakty. Je nerada sama. Byly u ní aplikovány prvky Bazální stimulace, se kterými souhlasila již při příjmu. Záznam o průběhu a výsledcích stimulace je znázorněn v tabulce č. 12.

*Komunikace:* Pacientka nemá žádné problémy jak ve verbální, tak neverbální komunikaci. Je velmi komunikativní. Sama se pouští do rozhovorů. Komunikace byla bezproblémová.

*Transakce:* Pacientka s personálem spolupracovala maximálně. Veškerým radám personálu naslouchala a plnila je.

*Role:* Během hospitalizace byla v roli pacientky. V běžném životě zastává roli dcery, sestry, manželky, matky a babičky.

*Stres:* Pacientka příliš stresových situací nezažívá. Stresující pro ni je, pokud někdo z blízkých má nějaké potíže. Tyto situace řeší v rodinném kruhu.

### ***Sociální systém***

*Organizace:* V rámci hospitalizace zastává formální místo jako pacientka a neformální místo jako spolubydlící.

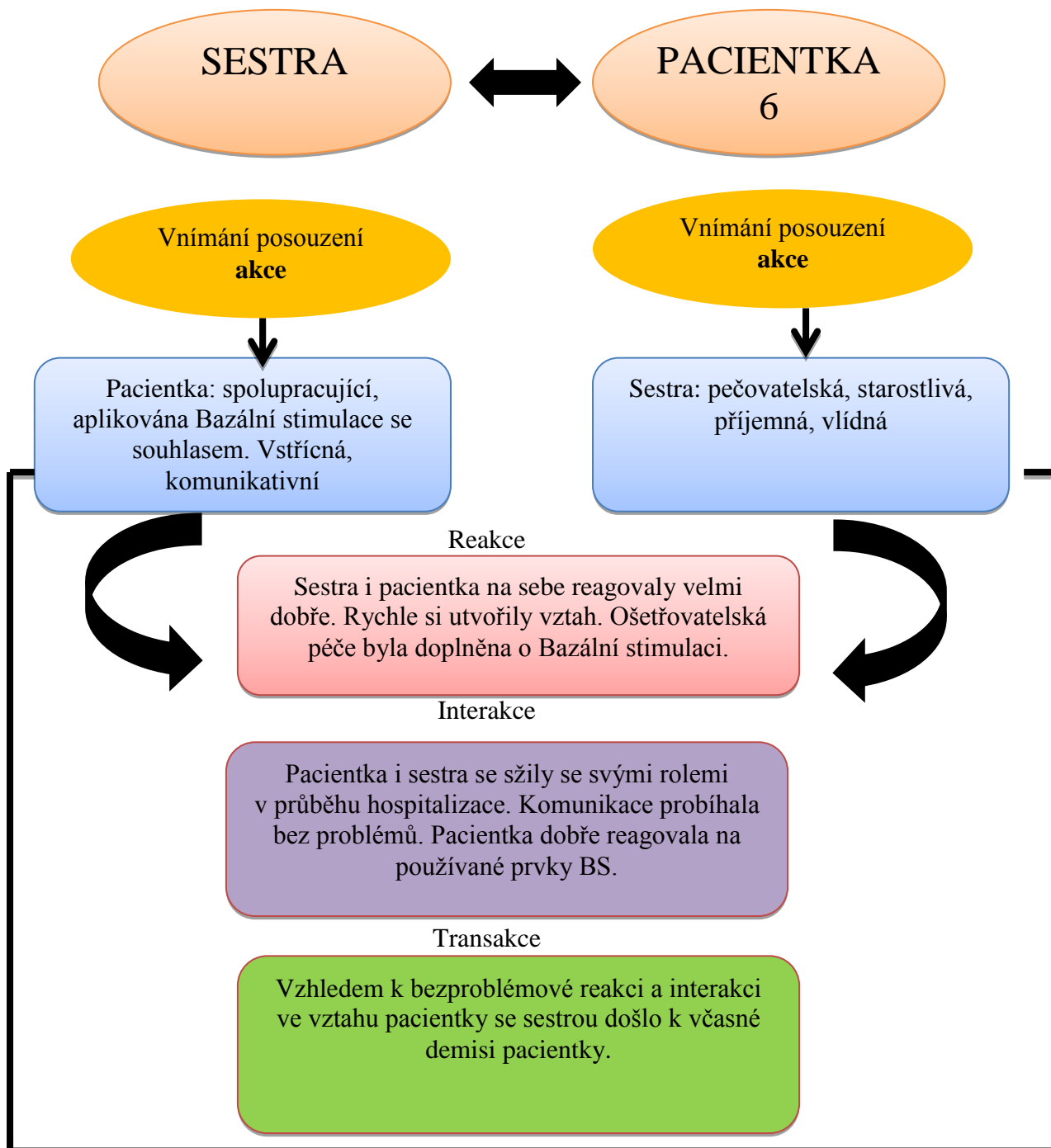
*Status:* Status spolubydlící zastávala pacientka v rámci sociálního systému během hospitalizace.

*Rozhodování:* Pacientka je velmi rozhodná. Jde si za svým cílem.

*Moc:* Pacientka má ráda vždy situaci ve svých rukou, což během hospitalizace úplně nešlo.

*Autorita:* Autority pacientky plně ctí a respektuje. Sama se považuje za vůdčí typ, který má u ostatních patřičnou autoritu.

Schéma 10: Interaktivní proces dle Imogine King



## 5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zmapování využitelnosti a využívání Bazální stimulace na chirurgickém oddělení. Zjišťovali jsme, zda sestry pracující na standardním chirurgickém oddělení mají povědomost o konceptu Bazální stimulace. Dále jsme zjišťovali, zda jsou sestry v tomto konceptu proškolené nebo mají o druh tohoto vzdělávání zájem. K získání empirických dat byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí metody strukturovaného rozhovoru se sestrami (dále jen respondentkami). Celkem bylo osloveno 7 respondentek pracujících na standardním chirurgickém oddělení, zapsané v tabulce 1. Rozhovory s respondentkami proběhly ve dvou fázích. První rozhovory byly uskutečněny před implementací konceptu na jejich oddělení a druhé rozhovory proběhly po jeho implementaci. V rozhovorech nás také zajímalo, jak se bude vyvíjet názor respondentek na koncept před implementací a po implementaci na jejich oddělení. Všechna data byla podrobena analýze a následně zpracována do přehledných schémat pro rychlou orientaci dané problematiky.

Druhý cíl byl zaměřen na zjištění využitelnosti Bazální stimulace u neklidného klienta na chirurgickém oddělení. Toto zjištění se skládalo jak z dat jednotlivých rozhovorů s respondentkami, tak z mého objektivního názoru při pozorování pacientek na oddělení, ale také ze subjektivních názorů jednotlivých pacientek, u kterých byli využívány prvky Bazální stimulace. Názory respondentek jsou shrnuty ve schématu 4. Můj objektivní názor a subjektivní pocity pacientek jsou zaznamenány v jednotlivých kazuistikách a příslušných tabulkách.

Posledním a neméně důležitým cílem diplomové práce bylo zjišťování vlivu Bazální stimulace na medikamentózní léčbu bolesti. Toto zjištění je opět obsaženo jak v rozhovorech s respondentkami, tak v souhrnných tabulkách u jednotlivých kazuistik po prozkoumání zdravotnické dokumentace jednotlivých pacientek.

První část výzkumného šetření jsme zaměřili na informovanost respondentek o tomto konceptu a jejich případnými zkušenostmi. Sběr dat jsme prováděli na úplném začátku výzkumného šetření, tedy před samotným zaváděním konceptu do péče. Tyto aspekty jednotlivých rozhovorů jsou shrnuty v přehledném schématu 1 nazvaném



Bazální stimulace, kterou tvoří čtyři podkategorie. Každá z respondentek měla alespoň okrajové znalosti o tomto konceptu. Například R1/1 uvádí: „*Samozřejmě jsem již o tomto konceptu slyšela, ale jen okrajově.. Občas vyjde nějaký článek v odborných časopisech. Nikdy jsem se o něj ale nějak extra nezajímala*“. Bazální stimulace má své místo v péči o pacienty v bezvědomí s využitím biografické anamnézy pacienta a zapojení jeho rodiny do péče. R5/1 řekla: „*Tak to určitě má. Je dost rozšířený a píše se o jeho úspěších. Všude píšou, že pomáhá lidem v kómatu k nabytí vědomí a snažšímu návratu do běžného života*“. Také Friedlová (2007) uvádí, že Bazální stimulace je uznávaným a aplikovaným konceptem v ošetrovateľství pro lidi, kteří mají mimo jiné jakkoliv postiženo vnímání nebo se nacházejí ve vigilním kómatu. Na základě těchto poznatků z výzkumu a literatury můžeme tedy říci, že koncept je již úspěšně implementován do ošetrovateľské péče a má své opodstatněné místo. Pokud se zaměříme na osobní zkušenosti respondentek s konceptem, pak můžeme zkonstatovat, že praktické zkušenosti nemají žádné a teoretické jen v malé míře. R6/1 se zmínila: „*Já osobně ne, ale ta moje kamarádka ano. Dá se říct, že mám v tomhle malé teoretické zprostředkované zkušenosti*“. V rámci rozhovoru nás zajímalo, zda mají respondentky zájem o absolvování kurzu Bazální stimulace. Po analýze rozhovorů je patrné, že respondentky na tuto otázku mají rozdílný pohled. Vyskytly se zde jak pozitivní, negativní, tak také neutrální postoje respondentek. R3/1 odpověděla: „*Nepřemýšlela jsem o tom*“.

Z analýzy rozhovorů vznikla další kategorie s názvem Bazální stimulace v praxi. Směřovala nás k ucelenému pohledu na práci s konceptem, jeho případné zavedení do péče či práci s jinými koncepty v rámci nemocnice. Tato kategorie je složena ze tří podkategorií a je znázorněna ve schématu 2. Z odpovědí respondentek jednoznačně můžeme říci, že se v nemocnici s tímto konceptem nepracuje. Jak řekla R2/1: „*Nepracujeme a myslím si, že ani nebudeme*“. Z analýzy dále vyplynulo, že se v nemocnici nepracuje ani s žádným jiným konceptem. R5/1: „*Ne, určitě ne*“. Z našeho pohledu jsou respondentky v této problematice málo erudované. Vzhledem k tomu, že jejich znalosti jsou velmi malé, nemají ani příliš zájem o zavádění tohoto konceptu na jejich oddělení. R4/1 se domívá že: „*Nevěřím, že by u nás měl nějaký význam*“. Proč

tomu tak je? Nezvýšila by se tím snad prestiž dané nemocnice? Je otázkou zda se vedení nemocnice o zavádění inovativních prvků do péče zajímá. Vzhledem k těmto skutečnostem se ani nemůžeme podívat nad tím, že respondentky mají malé vědomosti, když nejsou v tomto podporovány.

V celkovém pohledu na proběhlé rozhovory s respondentkami před zaváděním konceptu na jejich oddělení se domníváme, že celková povědomost o problematice je malá. Dle našeho názoru by bylo vhodné, aby se více management zajímal o vzdělávání a všeobecný přehled svých zaměstnanců, neboť jen tak lze zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči z rukou erudovaných zaměstnanců. Staňková (2009) se také zabývá kvalitou poskytované péče a je přesvědčena, že poskytovanou péči ovlivňují lidské faktory a to zejména šířka a hloubka odborných znalostí a dovedností sester, interpersonální problémy v rámci ošetrovatelského týmu, kvalitní řízení týmu a jeho motivace. Lze tedy říci, že naše názory se ztotožňují s literaturou.

Druhá část rozhovorů s stejnými respondentkami proběhla po aplikaci prvků Bazální stimulace na chirurgické jednotce. Musíme zde říci, že názory respondentek se v celku změnily k pozitivnímu pohledu na koncept a jeho opodstatněnosti v péči o pacienty. Respondentky získaly větší nadhled do této problematiky a zjistily, že nejde o nic složitého. Obávaly jsme se po prvních rozhovorech, že respondentky budou spíše v pozadí a implementace konceptu jim bude přítěží, ale opak byl pravdou. S našim názorem souhlasí také literatura. Friedlová (2007) popisuje to, že koncept má za sebou fázi dokazování a přesvědčování, ale nyní je již využíván v různých ošetrovatelských oblastech. Respondentky měly možnost se zapojit a být přítomny v průběhu implementace konceptu do péče. Tato příležitost skutečně změnila jejich názory, informace a zájem, ale ten bohužel jen v malé míře. Z těchto dat vznikla kategorie 3 s názvem Ovlivnění Bazální stimulací znázorněnou ve schématu 3. Kategorie je rozčleněna do čtyř podkategorií. Domníváme se, že odpověď respondentky 1 je dosti výstižná. R1/2 řekla: „*Musím říct, že se mi to celkem líbilo. Určitě to význam má. Utvrdila jsem se v tom, že co píšou v časopisech, je nejspíš pravda*“. Každá respondentka byla informována o základech konceptu a měla možnost se vždy zeptat na to, co jí ohledně Bazální stimulace zajímá. Myslím si, že v rámci této edukace

respondentek jsem alespoň z malé části přispěla k jejich větší informovanosti a zároveň vzbudila určitý stupeň zájmu. R3/2 řekla: „*Mám jen takové informace, které jste mi řekla a to, co jsem viděla. Dovedu si to více představit*“. Změnil se zájem respondentek o vzdělání v tomto konceptu? Z analýzy dat vyplynulo, že částečně ano. Ovšem každá respondentka má na toto jiný pohled. Některá by byla ráda, jiná zase neví. Objevil se zde i problém finanční, který je v jednom případě příčinou, proč respondentka tento kurz nenavštěvuje. Náš názor je takový, že my sestry bychom neměly v ohledu na sebevzdělávání hledět na finance, protože pokud chceme poskytovat kvalitní individualizovanou a holistickou péči, musíme být dostatečně vzdělané. Naše povolání je posláním a tudíž je na místě občas něco obětovat, pokud je to pro dobro pacientů a nás to ničím neohrozí. R4/2 například uvedla: „*Pokud by mne vyslala vrchní sestra, tak bych šla*“. Je zde i posun v názoru respondentek o zavedení konceptu na jejich oddělení. Nelze říci, že by se jednoznačně shodly na tom, že chtějí koncept zavést, ale alespoň již o této možnosti přemýšlejí. K tomuto se vyjádřila R3/2: „*Něco do sebe by to mělo, jen nevím kdo by to měl dělat*“. Staňková (2004) se domnívá, že změny jsou v současné době součástí ošetrovatelství. Sestry jsou vždy do zavádění změn zapojeny, ať už jsou tvůrkyněmi změn, nebo pouze jejich nositelkami. Je jen na nich, jak se ke změnám a inovacím postaví, protože na jejich postoji závisí úspěch či nezdár daných změn. Domníváme se, že po implementaci konceptu Bazální stimulace, které proběhlo v rámci výzkumného šetření, by mohlo toto oddělení být pilotním střediskem pro zavádění tohoto konceptu do ošetrovatelské péče v rámci dané nemocnice. Snad vzbudíme ještě větší zájem o implementaci po prezentaci diplomové práce v dané nemocnici.

Kategorie nesoucí název Vliv Bazální stimulace na pacienty je znázorněna v přehledném schématu 4 a vznikla z analýzy rozhovorů proběhlých po implementaci konceptu na oddělení. Jak již název napovídá, v průběhu analýzy dat jsme se zaměřili na objektivní názory respondentek týkajících se vlivu Bazální stimulace na pacienty. Kategorie je složená ze čtyř podkategorií. Nejprve jsme se zaměřili na to, zda se pacientky respondentkám svěřovaly se svými pocity. Z rozhovorů je patrné, že se pacientky příliš nesvěřovaly, ale některé respondentky se na toto cíleně ptaly. Z postoje sester jsme měli radost, neboť po nich nebylo požadováno pozorování pacientek a ony

tak samy učinily. Proč tomu tak bylo? Snad to bylo zájmem o daný koncept? Domníváme se, že pokud by respondentky implementace konceptu nezajímala pak by se ani samy od sebe nezapojovaly a nepozorovaly jeho účinky. V rozhovorech jsme se cíleně na toto ptaly s očekáváním, že respondentky nějaké postřehy mít budou. Dále respondentky sdělovaly své objektivní pocity po pozorování pacientek. R6/2: „*Nesvěřovaly, ale já jsem se jich ptala. Byly vděčné, že se jim někdo víc věnuje*“. V rámci rozhovorů jsem se respondentek dotazovala, zda zaznamenaly nějaké změny ve stavu pacientek. R3/2 uvedla: „*Byla na nich znát taková pohoda, spokojenost, když jim nebylo asi úplně nejlépe*“. S těmito postřehy souhlasí i Friedlová (2015), kdy při supervizích certifikovaných pracovišť nasbírala stejná data. Ve své knize popisuje přínos konceptu a její postřehy jsou totožné s naším výzkumem. Jde zejména o fakta jako: celkové zklidnění a uvolnění, tlumení bolesti, navázání komunikace a kontaktu, zlepšení sebeobsluhy a mnoho dalších. I my máme tyto postřehy zaznamenány v schématu 4. Rajňáková a Blahutová (2016) ve svém článku popisují ve dvou kazuistikách vliv Bazální stimulace na klienty. I z tohoto článku je patrné, že Bazální stimulace ovlivňuje neklid klientů.

V celkovém pohledu na empirická data získaná z rozhovorů s respondentkami můžeme říci, že Bazální stimulace má své opodstatnění a velké místo v péči. Můžeme říci, že erudovanost sester je stále malá, což dle mého názoru způsobuje velký deficit. V případě malé erudovanosti nelze tento koncept zavádět do ošetrovatelské péče. Bylo by vhodné, jako je již v některých zemích EU, zavést tento koncept do učebních osnov. Prošková (2013) píše, že by se sestry měly vzdělávat, což mají i za povinnost v rámci celoživotního vzdělávání, které slouží ke stálému zvyšování kvalifikace. Domníváme se, že Bazální stimulace by bezpochyby k zvýšení kvalifikace sester vedla, čímž by se i zvedla úroveň individualizované ošetrovatelské péče. Jak uvádí Plevová (2012), vzdělávání je nástrojem vedoucím k rozvoji kompetencí, což zvyšuje i konkurenceschopnost dané organizace. Pak se tedy ptám. Proč nezvyšovat i konkurenceschopnost pomocí Bazální stimulace? Vždyť pokud půjde organizace ruku v ruce s rovojem nových ošetrovatelských konceptů, pak dle mého názoru vzroste i jeho prestiž. Potěšujícím zjištěním bylo, že respondentky pozorovaly vliv Bazální stimulace

u pacientek aniž by k tomu byly vyzvány. Domníváme se, že je to dáno profesionalitou respondentek. Každá sestra by se měla neustále zajímat o celkový stav pacientů tedy bio-psycho-sociální a spirituální potřeby a poté je naplňovat. Jedním z prostředků získávání dat o pacientech ke právě pozorování.

Další část sběru kvalitativních dat spočívala v sestavení kazuistik u celkem šesti pacientek. Kazusitiky byly sestavené dle modelu Imogine King. Model je zaměřen na interaktivní proces mezi sestrou a pacientem, což ve sběru dat bylo žádoucí. Zde může vyvstat otázka: proč by interakce měla být žádoucí? Domníváme se, že je možné poskytovat takto individualizovanou péči pouze za předpokladu vzájemné důvěry pacienta a sestry. Pokud pacient nemá k sestře naprostou důvěru, pak nemá sestra možnost zjistit dostatek informací týkajících se biografie pacienta a tím sestavit a poskytovat individualizovanou péči. Je vsutku individualizovaná péče tak důležitá? Náš názor je takový, že aamozřejmě ano. Copak není každý člověk individuem? Právě proto je nesmírně důležitá individualizovaná a holistická péče. Na druhou stranu musí i pacient cítit ze strany sestry upřímnost a loajalitu k jeho osobnosti. Proč tomu tak je? Asi nikdo nechce svěřovat sám sebe někomu komu nevěří. Pokud jde o zdraví pak toto jistě platí dvojnásob! Kazusitiky jsou rozděleny do dvou skupin. Tři jsou prosté kazuistiky bez aplikace prvků Bazální stimulace a tři s aplikací prvků Bazální stimulace. Pacientky byly vybrány cíleně tak, aby data byla co nejreprezentativnější. V průběhu mého působení na chirurgické jednotce jsem se také zaměřila na objektivní pozorování pacientek a věnovala jsem se anlyze zdravotnické dokumentace. Každá kazuistika je popsána zvlášť a je doprovázena tabulkami s daty týkajících se terapie v rámci hospitalizace. U dvou kazusitik je také tabulka s výsledky glykémie z kapilární krve měřené glukometrem. V kazuistikách pacientek, kterým byly nabízeny prvky Bazální stimulace, jsou v tabulkách zpracovány výsledky této stimulace.

Po prostudování a podrobení jednotlivých kazuistik analýze dat můžeme říci, že námi stanovená kritéria byla splněna. Kritériem bylo podobné lékařské diagnózy a operační zákroky, podobná věková skupiny a stejné pohlaví. Pacientky byly ve věkovém rozmezí 43-52 let. Každá z pacientek podstoupila chirurgický výkon, který byl plánovaný. Vždy se jednalo o laparoskopický výkon v celkové anestezii s obdobnou

diagnózou, a to pupeční či tříselnou kýlou. Tímto byl skutečně výzkumný vzorek reprezentativní. Vzhledem k výkonu měla každá pacientka v rámci profilaxe naordinovaná antibiotika, která byla aplikována intravenózně. Jako prevence tromboembolické nemoci byl každé pacientce aplikován Clexan 0,4 ml subcutánně. Léčba bolesti byla u pěti pacientek pomocí Dipidoloru 15 mg aplikovaného intramuskulárně, jedna pacientka měla naordinovaný Novalgin 1 ampuli také intramuskulárně.

Je nutné konstatovat, že u pacientek, kterým nebyli nabízeny prvky Bazální stimulace, probíhala hospitalizace naprosto standardním postupem. Jejich léčba nebyla z mé strany nijak ovlivňována. Každá pacientka byla ochotná se mnou spolupracovat a tudíž jsem měla možnost odebrat ošetřovatelskou anamnézu a veškerá data, která posloužila k sestavení kazuistiky.

Kazuistika u první pacientky byla sestavena naprosto standardním postupem. Po prostudování zdravotnické dokumentace byla sestavena tabulka 2 se záznamem terapie v rámci hospitalizace. Interaktivní proces mezi sestrou a pacientkou je znázorněn ve schématu 5. I přes to, že u pacientky neproběhla stimulace pomocí prvků konceptu Bazální stimulace, se domníváme, že k určitému ovlivnění pacientky docházelo. Proč si toto myslíme? Řekli bychom, že podstatnou část vlivu na pacientku tvoří fakt, že se jí někdo věnoval více než je na standardním oddělení běžné. Vzhledem k tomu, že výzkumník měl více času věnoval ho pouze jí. Pacientka za této situace vykazovala jistě více vstřícnosti a snahy v rámci své rekonvalescence. Vystává zde tedy otázka k zamyšlení: Co udělat proto, aby se každý pacient cítil více opečovávaný? Je možné, že by stačilo pouze přeorganizovat práci na oddělení nebo zaměstnat více personálu? Zacharová a kolektiv (2007) se zabývá vztahy mezi zdravotníky a pacienty. Je zde popisováno, že zdravotník by měl být empatický, angažovaný, klidný, vstřícný. Pokud se takto chová, vyvolává v pacientovi větší důvěru. Vystalými otázkami se budeme ještě zabývat na konci diskuze, kde budeme hledat možná a reálná řešení.

Druhá pacientka měla průběh hospitalizace také celkem poklidný z glogálního hlediska. Po prostudování zdravotnické dokumentace vznikla tabulka 3 zaznamenávající průběh terapie při hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že u pacientky se hlídaly hodnoty

glykémie znázorněné v přehledné tabulce 4 pro její zvýšené hodnoty při příjmu, docházelo častěji k edukačním rozhovorům s pacientkou. Byly edukační rozhovory na místě? Z kazuistiky vyplývá, že pacientka žije vskutku nezdravě, což vede k zdravotním komplikacím. Pacientka si je tohoto vědoma. Zarážejícím faktem ale je, že edukační rozhovory nepřišly od ošetřujícího personálu nýbrž, ode mě. Proč tomuto tak je? Dostáváme se opět k otázkám zmíněným u první pacientky? Jde opět o nedostatek personálu nebo snad o jejich nezáměr o pacienty? Ve schématu 6 je znázorněn interaktivní proces mezi pacientkou a sestrou.

U třetí pacientky bylo obtížnější navázat kontakt. Proč tomu tak bylo? Snad z důvodu nedůvěry? Domníváme se, že vztah mezi sestrou a pacientkou je dostatečně a přehledně zaznamenán ve schématu 7. V tabulce 5 je zaznamenána terapie v rámci hospitalizace, která je sestavená po prostudování zdravotnické dokumentace. Vzhledem k jedné ze základních lékařských diagnóz, a to Diabetu melittu, byly kontrolovány hladiny glykémie, které jsou znázorněny v tabulce 6. Pacientka je spíše uzavřená a snad i nedůvěřivá, ale nakonec byla v komunikaci vstřícná. Pacientčin životní styl je velmi špatný. Lze pacientce pomoci a dovést jí ke změně životního stylu? Byla zde snaha o dosažení změny v rámci edukačních rozhovorů. Obáváme se, že pacientka má velmi slabou vůli na to něco měnit. Bohužel jí nezměnil ani fakt, že vzhledem ke svému věku je poměrně dost nemocná. Proč pacientka odmítá jakoukoliv změnu? Bylo by vhodné pacientce doporučit odbornou pomoc? Domníváme se, že ano. Pomoc výživového poradce by zde byla na místě. Z pozorování bylo patrné, že pacientka jen velmi těžko snáší bolest. Jak píše Janáčková (2007), tolerance bolesti je velice individuální a záleží na mnoha faktorech vnějších i vnitřních, které bolest dokáží ovlivnit.

Čtvrtá kazuistika byla zpracována také se souhlasem pacientky a zároveň s jejím povolením aplikovat prvky Bazální stimulace. Pacientka byla s tímto konceptem rámcově seznámena a dostala prostor k dotazování. Zhruba 10 hodin po návratu z operačního sálu jsem pacientku navštívila a nabídla jí stimulaci. U pacientky byla zvolena zklidňující somatická masáž. Z jakého důvodu byla zvolena právě tato masáž? Domníváme se, že tento druh stimulace je pro pacienty, kteří jsou po operačním zákroku, nejvhodnější vzhledem k tomu, že by měla navodit pocit zklidnění a uvolnění

a lze ji považovat i za nefarmakologický postup při tlumení bolesti. Skutečně má zklidňující stimulační tyto účinky? S touto naší domněnkou plně souhlasí i Friedlová (2015), která píše, že skutečně tento druh stimulační má tyto účinky. Pacientka byla vskutku po této stimulaci uvolněná a svolila s další návštěvou. Výsledky ze stimulační jsou zaznamenány v přehledné tabulce 8. Pacientka tentýž den vykazovala silné bolesti necelé tři hodiny po stimulaci, což je znázorněno v tabulce 7. První den po operaci byla u pacientky opět využita zklidňující masáž s použitím tělového mléka zhruba 4 hodiny po aplikaci Dipidoloru a v podvečerních hodinách byla vyzkoušena poloha hnízdo. Jak reagovala pacientka na polohu hnízdo? Bohužel tato metoda byla bez efektu. Tyto záznamy a jejich výsledky jsou opět shrnuty v tabulkách 7 a 8. Vzájemný vztah sestry a pacientky je znázorněn v přehledném schématu 8.

U páté pacientky probíhala hospitalizace obdobně jako u předešlých pacientek. Průběh interaktivního procesu je zaznamenán ve schématu 9. S pacientkou bylo již při příjmu domluveno, že se u ní budou aplikovat prvky Bazální stimulační, se kterými byla seznámena. Pacientce jsem první stimulaci nabídla zhruba 7.5 hodiny po návratu z operačního sálu. Průběh stimulační a její výsledky jsou znázorněny v tabulce 10. Terapie v rámci hospitalizace je shrnuta v tabulce 9, která vznikla po analýze zdravotnické dokumentace pacientky. Domníváme se, že tato pacientka má pravděpodobně vyšší práh bolesti, což může být spjato i s životním stylem a filozofií pacientky. Co nás k tomuto názoru vede? K této domněnce nás nabádá posouzení jednotlivých tabulek pacientek s průběhem terapie, kdy tato pacientka využila možnosti tišení bolesti pouze dvakrát. S naším názorem souhlasí i Vymětal (2003), který ve své knize popisuje bolest jako takovou. Zmiňuje se zde také o tom, že záleží na sebepojetí jedince, které může mimo jiné ovlivňovat toleranci bolesti. Měla snad pacientka jiné projevy v průběhu bolesti než ostatní pacientky? Při pozorování pacientky byly vidět menší nonverbální projevy v akutní fázi bolesti. Stimulační byla nabídnuta a uskutečněna ještě první den po operaci dvakrát. Výsledky stimulační jsou zaznamenány v tabulce 9.

Poslední kazuistika také nebyla v ničem výjimečná, což je v podstatě výzkumu dobré zjištění. S pacientkou bylo již v přijímací ambulanci domluveno aplikování



Bazální stimulace po operačním zákroku. Průběh terapie v rámci hospitalizace shrnuje tabulka 11. Záznamy o probíhající Bazální stimulaci a odezvami na ní jsou zapsány pro přehlednost v tabulce 12. Pacientce byla první stimulace, a to somatická zklidňující masáž, nabídnuta a poté uskutečněna zhruba 7,5 hodiny po návratu z operačního sálu. První pooperační den jsme stimulaci prováděli ještě dvakrát, a to v dopoledních a podvečerních hodinách. Pacientka velice dobře reagovala na použité prvky Bazální stimulace a stěžovala si na menší bolesti. Již zde jsme se zamýšleli nad faktem různého prahu bolesti, na který by měla sestra brát zřetel. S tímto tvrzením souhlasí i Staňková (2006), která ve své knize píše, že je nezbytností brát ohledy na individuální citlivost bolesti, ale také na jiné faktory, které mohou citlivost zvyšovat. Je tomu tak v praxi? Skutečně sestry a lékaři pomýšlejí na individualitu pacientů? Domníváme se, že tomu tak v praxi je. Pokud se zaměříme na léčbu bolesti naší populace, jeví se nám jako předimenzovaná. Proč tedy nevolit cestu, která nic nestojí a šetří zdraví každého jedince? Sestra s pacientkou navázaly vztah vedoucí k včasné demisi pacientky. Celý interaktivní proces je znázorněn ve schématu 10.

Po prostudování jednotlivých kazuistik se domníváme, že Bazální stimulace je přínosem ošetrovatelské péči. Snad už jen fakt, že se pacientů v tomto konceptu dotýkáme proto, že jim chceme pomoci a navodit příjemné pocity je chálíhodný. Zamysleme se nad tím jak často se pacientů dotýkáme a z jakých důvodů? Určitě v běžné praxi nenajdeme mnoho intervencí, které by pacientům zpříjemnily průběh hospitalizace. Většinou u pacientů vykonáváme intervence jim nepříjemné.

Z celkového pohledu na empirickou část diplomové práce a její výsledky se domníváme, že cíle práce byli dosaženy. Již v průběhu diskuze jsme pokládali otázky, na které bychom se pokusili nyní odpovědět. Co můžeme v rámci ošetrovatelské péče změnit tak, aby se pacienti cítili více opečovávaní? Opečovávaním v tomto případě není myšleno přepečovávat, ale spíše věnovat více času pacientům. Domníváme se, že pokud pacienti budou cítit ze strany ošetřujícího personálu více zájmu a bude jim věnováno více prostoru, pak bude interaktivní proces smysluplný. Snad jen tehdy, když bude pacientům více nasloucháno, bude možné získat dostatek informací, které nás povedou k cíli. Společným cílem je bezpochyby individualizovaná péče poskytovaná

prostřednictvím ošetrovateľského procesu. Je více než jisté, že na odděleních akutní péče jsou možnosti k navázání vztahů mezi personálem a pacienty omezenější, než na odděleních s lůžky poskytujících dlouhodobou péči. Myslíme si, že velký podíl na poskytování individualizované péče má také správná interpersonální komunikace. S tímto souhlasí i Plevová (2012), která mimo jiné popisuje i interpersonální komunikaci jako přínos v rámci vzájemného působení na druhé lidi. Je tedy důležité správné předávání veškerých informací nejen v pracovním týmu, ale také následně pacientům. Komunikační šumy mnohdy vedou k nesprávnému pochopení a v rámci péče o pacienty by toto mohlo mít i fatální následky. Sestry manažerky by měly dbát na dostatečný počet personálu. Plevová (2012) uvádí, že personální management je souborem metodologií a rozhodování mající cíl řídit a rozvíjet lidské potenciály v organizaci. Manažer musí mít na paměti, že při rozmisťování pracovních sil musí brát zřetel na vlastní potenciál pracovníka. Domníváme se, že k celkové spokojenosti ošetrovateľského personálu by mohla pomoci i supervize na pracovišti. Ve zdravotnictví jsou supervize stále opomíjeným faktem. Myslíme si, že pravidelné supervize individuální i skupinové na odděleních by odhalily možné problémy, nebo by jim bylo předcházeno. S naším názorem souhlasí i Matoušek (2013), který navíc píše, že supervize vede i k prohloubení kvality práce. Z výzkumu nám dále vyplývá, že Bazální stimulace má jistě své místo v péči o pacienty. O tomto svědčí i výsledky jiných kvalitativních výzkumů, jak se zmiňuje Friedlová (2014). Zmiňuje se zde i o faktu, že Institut Bazální stimulace zavedl registr EBN, tedy ošetrovateľství založené na důkazech. Domníváme se, že fakt existujícího registru EBN by mohl pomoci sestřím manažerkám k rozhodnutí, zda implementovat či neimplementovat Bazální stimulaci do praxe.

Na závěr bych chtěla říci, že i nadále bude mou snahou předávat své vědomosti a dovednosti týkající se Bazální stimulace. Snad má práce s konceptem nadchne alespoň jednoho člověka. Vždyť i jedno „semínko“ může jednou vzklíčit a vyrůst v pevnou rostlinu, která bude poskytovat ostatním radost.....

## 6 Závěr

Diplomová práce Zavádění konceptu Bazální stimulace na chirurgické oddělení si dala, na základě provedených rozhovorů se sestrami, vlastního pozorování a sepsání kazuistik, za cíl zjistit využitelnost konceptu Bazální stimulace v rámci chirurgického oddělení na standardní jednotce. Dalším cílem bylo prozkoumání vlivu Bazální stimulace na neklidné pacienty v rámci chirurgie a v neposlední řadě vliv konceptu na medikamentózní léčbu bolesti u pacientů na tomto oddělení.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že jednotlivé respondentky mají jen velmi malé znalosti o konceptu Bazální stimulace, ale v průběhu zavádění prvků konceptu do péče, projeví o tento koncept částečný zájem. Na chirurgickém oddělení, kde došlo k realizaci výzkumného šetření, v současné době nevyužívají žádné prvky z konceptu Bazální stimulace a ani v nemocnici jako takové se s konceptem npracuje a ani do budoucna se s jeho zaváděním nepočítá.

Při působení na chirurgickém oddělení v rámci výzkumného šetření byly aplikovány pouze dva prvky Bazální stimulace, jejichž aplikaci shrnují tabulky s výsledky stimulace u jednotlivých kazuistik. Pacientky při stimulaci vykazovali verbálně i neverbálně uspokojení, klid, úlevu a pohodu. Sestry, které se zapojily do výzkumného šetření a sledovaly pacientky, tento názor zastávaly také.

K třetímu cíli nevyplývají z výzkumu jednoznačná data. Zaměřili jsme se pouze na léčbu bolesti, kde se ukázalo, že nelze říci, zda k ovlivnění léčby dochází. K tomuto zjištění by bylo vhodné ve výzkumu pokračovat. Vhodným se nám jeví jak kvalitativní tak i kvantitativní výzkum. V rámci kvalitativního výzkumu by bylo vhodné delší časové pásmo a větší výzkumný vzorek. V rámci kvantitativního výzkumu by se dala velice dobře zpracovat statistická data, která by poukázala na vliv Bazální stimulace vztahující se k medikamentózní léčbě.

Vzhledem k těmto skutečnostem jsme se rozhodli, že výstupem práce bude informativní seminář pro sestry (příloha 4), kde budou prezentovány výsledky diplomové práce. Datum semináře je v současné době předběžně domluven na červen

2016. O výsledcích výzkumného šetření byla také informována hlavní sestra nemocnice a vrchní sestra chirurgického oddělení.

## 7 Seznam použité literatury

AGGLETON, Peter a Helen CHALMERS, 2000. *Nursing Models and Nursing Practice*. Basingstone: Palgrave Macmillan. ISBN: 0333-48822-9.

AULBERG, Eberhard et al., 2012. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Bonn: VG Bild-Kunst. ISBN 978-3-7945-2666-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva a kolektiv, 2008. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-467-2.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

BICKOVÁ, Lucie a kolektiv, 2010. *Pečovatelské služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-0-7.

BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH, 2012. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 6. vyd. Bern: Huber. ISBN 978-3-456-84886-0.

BOUŠOVÁ, Mária. Síla doteku. *Sociální služby*. 2013, č. 4, s. 35. ISSN 1803-7348.

CONTE, Petra, 2004. *Basale Stimulation: Theorie und Anwendbarkeit- Ein Erfahrungsbericht*. Norderstedt: Books on Demand GmbH. ISBN 978-3-640-15782-2.

DÖTTLINGER, Beatrix et al., 2009. *Der Mensch im Zentrum: Abschlussarbeiten Praxisbegleiter in Basale stimulation in der Pflege*. Berlin: Pro Business. ISBN 978-3-86805-387-6.

ELIÁŠOVÁ, Petra. Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí. Praha: Florence. 2013, č. 11, s. 25-29. ISSN 1801-464X.

FILATOVÁ, Renata a kolektiv, 2014. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek Místek: Jokl. ISBN 978-80-905419-7-9.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2010. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovateľská služba v České republice*. Tábor: RUDI. ISBN 978-80-904668-0-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2013. *Bazální stimulace- Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program*, 14. vyd. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2014. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovateľství*. 4. vyd. Frýdek Místek: Institut Bazální stimulace s.r.o.. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2014. *Paliativní péče třetího tisíciletí. Koncept Bazální stimulace v České republice*. Frýdek- Místek: Jokl. ISBN: 978-80-905419-7-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Co přináší aplikace konceptu bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. *Diagnóza v ošetrovateľství*. 2013, č. 3, s. 25-27. ISSN 1801-1349.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. Poradna konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 2014, č. 11, s. 35. ISSN 1803-7348.

FRÖHLICH, Andreas, 2015. *Basale stimulation- ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben. ISBN 978-3-910059-98-4.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.

HERDMAN, T. Heather, 2010. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

HOLUBOVÁ, Marie. Bazální stimulace na FZS Univerzity Pardubice. *Florence*. 2013, č. 1-2, s. 33-34. ISSN 1801-464X.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2007. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-201-2.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. Ostrava: Inovace profesních programů na Ostravské univerzitě. ISBN 978-80-7464-051-3.

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

KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

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

KAŠPÁREK, Zdeněk. Bazální stimulace- podpora lidského vnímání a komunikace. *Sociální služby*. 2011, č. 12, s. 10-11. ISSN 1803-7348.

KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Marti: Osveta. ISBN 978-80-8063-290-8.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2608-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetřovatelství. Systémový přístup. I. díl*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

MELEIS, Afaf Ibrahim, 2007. *Theoretical Nursing- Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. ISBN: 13-978-0-7817-3673-2.



MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

NIEHOF, Dieter, 2011. *Basale Stimulation und Kommunikation*. 3. vyd. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH. ISBN 978-3-427-04863-3.

NYDAHL, Peter a Gabriele BARTOSZEK, 1997. *Basale Stimulation: Neue Wege in der Intensivpflege*. Berlin: Ullstein Mosby. ISBN 3-86126-612-1.

NYDAHL, Petr a Gabriele BARTOSZEK, 2012. *Basale Stimulation: Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. vyd. München: Elsevier. ISBN 978-3-437-26503-7.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha. Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní Terminologie*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-420-8.

PROŠKOVÁ, Eva IN: VÉVODA, Jiří a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-2.

REJŇÁKOVÁ, Mária a Milena BLAHUTOVÁ. Implementácia konceptu Bazálnej stimulácie do praxe. Tábor: *Sociální služby*. 2016, č. 3, s. 38. ISSN 1803-7348.

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Efektivnost aplikace bazální stimulace v sesterské praxi. Brno: *Ošetrovatelské péče*. 2011, č. 2, s. 15-17. ISSN neuvedeno.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3192-2.

STAŇKOVÁ, Marta, 2004. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-282-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 2006. *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-323-6.

STAŇKOVÁ, Marta, 2009. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-283-3.

SUCHÁ, Jitka, 2015. *Trénink paměti pro každý věk*. 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0847-1.

ŠNAJDEROVÁ, Lenka a Jitka TOMANOVÁ. Využití bazální stimulace. *Sestra*. 2013, č. 5, s. 33-35. ISSN 1210-0404.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kolektiv, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7376313-0.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

VALENTA, Jiří a kol., 2007. *Základy chirurgie*. 2 vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

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

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařské psychologie*. Praha. Portál. ISBN 80-7178-740-X.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-40-247-4423-0.

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, Eva a kolektiv, 2007. *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

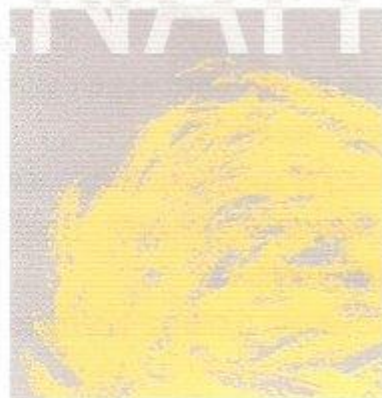
## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 evropský certifikát Bazální stimulace

Příloha 2 otevřené kódování

Příloha 3 rozhovory s repondentkami

Příloha 4 prezentace k semináři



BASALE STIMULATION

## BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®

Základní kurz Bazální stimulace®

**Bc. Hana FRÜHAUFOVÁ, 15.11.1979**

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

IN DER ZEIT VON / V době od **9. 6. 2014** BIS / do **11. 6. 2014**

**24** UNTERRICHTSTUNDEN / **24** vyučovacíh hodin

DATUM / Datum **24. 6. 2014**

**INSTITUT Bazální stimulace®**, s. r. o.

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

J. Optetala 680, 738 02 Trýdek-Místek  
IČ: 25889966 DIČ: CZ 25889966

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



PhDr. Karolína Friedlová  
statutárního zástupce  
akreditovaného zařízení

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

## Příloha 2

### Rozhovor 1= R1/1

S první respondentkou jsem se setkala v prostorách nemocnice. Rozhovor probíhal v dopoledních hodinách. Respondentce je 27 let. Má vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství. V nemocnici je zařazená jako všeobecná směnná sestra již dva roky. Předtím pracovala v zahraničí celkem tři roky také jako sestra.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

- 1 „Samozřejmě jsem již o tomto konceptu slyšela, ale jen okrajově. Občas vyjde nějaký článěk v odborných časopisech. Nikdy jsem se o něj, ale nějak extra nezajímala“.
- 2 Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?
- 3 „Nepracujeme a ani nevím, že by se u nás v nemocnici s ním někde pracovalo“
- 4 Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?
- 5 „Ne. Pokud ano tak o tom nevím“.
- 6 Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?
- 7 „Myslím si, že ne. Pokud ano tak o tom nevím“.
- 8 Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?
- 9 „Nemám, nikdy jsem tuto možnost neměla“.
- 10 Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?
- 11 „Podle toho, co jsem kdy slyšela nebo si přečetla, tak ano. Význam je dle literatury u lidí v bezvědomí. Četla jsem, že pomocí stimulů se lidé potom snáz vracejí do běžného života“.
- 12 Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?
- 13 „Nevím, doposud jsem o tom nepřemýšlela“.
- 14 Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?
- 15 „Tak to je těžká otázka. Vzhledem k tomu, že s ním nemám žádnou zkušenost. Jsem člověk, který jen tak něčemu nevěří, co nevidí. Nevím, jestli by u nás měl nějaký význam“.

### **Příloha 3**

#### **Rozhovor 1= R1/1**

S první respondentkou jsem se setkala v prostorách nemocnice. Rozhovor probíhal v dopoledních hodinách. Respondentce je 27 let. Má vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství. V nemocnici je zařazená jako všeobecná směnná sestra již dva roky. Předtím pracovala v zahraničí celkem tři roky také jako sestra.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Samozřejmě jsem již o tomto konceptu slyšela, ale jen okrajově. Občas vyjde nějaký článek v odborných časopisech. Nikdy jsem se o něj, ale nějak extra nezajímala“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Nepracujeme a ani nevím, že by se u nás v nemocnici s ním někde pracovalo“*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„Ne. Pokud ano tak o tom nevím“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„Myslím si, že ne. Pokud ano tak o tom nevím“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„ Nemám, nikdy jsem tuto možnost neměla“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„Podle toho, co jsem kdy slyšela nebo si přečetla, tak ano. Význam je dle literatury u lidí v bezvědomí. Četla jsem, že pomocí stimulů se lidé potom snáz vracejí do běžného života“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Nevím, doposud jsem o tom nepřemýšlela“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„Tak to je těžká otázka. Vzhledem k tomu, že s ním nemám žádnou zkušenost. Jsem člověk, který jen tak něčemu nevěří, co nevidí. Nevím, jestli by u nás měl nějaký význam“.*

#### **Rozhovor 2= R2/1**

S respondentkou jsem se setkala během její služby na chirurgickém oddělení (rozhovor v pracovní době proběhl se souhlasem nadřízené respondentky, tedy staniční sestry). Respondentce je 36 let, nejvyšší vzdělání má specializační v anesteziologicko-resuscitační-intenzivní péči. V nemocnici pracuje již 16 let a je zde zařazena jako směnná všeobecná sestra.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Nikdy jsem se o něj nezajímala, takže mám jen velmi omezené informace. Občas jsem něco zaslechla, ale nic konkrétního o čem bych mohla mluvit“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Nepracujeme a myslím si, že ani nebudeme“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„V rámci chirurgie určitě ne a na jiných odděleních nevím“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„Mám pocit, že jedna kolegyně byla na nějakém semináři, ale asi spíš jen informačním, teda teoretickým“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Nemám, neměla jsem doposud možnost ani příležitost“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„To asi ano. Jenže jak o něm nic konkrétního nevím, tak to nedokážu říct s určitostí“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Asi ne, nevidím v tom pro sebe nějaký přínos“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„No pokud bych asi věděla, že to bude mít nějaký přínos tak možná, ale teď ne“.*

### **Rozhovor 3= R3/1**

Třetí respondentka se se mnou setkala mimo areál nemocnice v nedaleké kavárně. Respondentce je 38 let. Má vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství. Její praxe činí celkem 15 let a vždy pracovala na chirurgii. Zde je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.



Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Četla jsem o ní několik článků v časopisech. Podle toho co jsem četla, má určitě své místo v péči o pacienty v bezvědomí. Skládá se z různých technik, ale konkrétně nevím jaké“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Ne a ani se o něm v souvislosti s naším oddělením o něm nikdy nemluvílo, nebo o tom nevím“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„O žádných nevím“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„Nemyslím si, že některá z holek je proškolená“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Díky bohu ne“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„No podle toho, co o něm píšou, tak určitě. Jen je potřeba opravdová důslednost a pravidelnost. Jinak by asi ztratil na významu. Četla jsem, že je dobrý zapojit rodinu. Zkracuje rekonvalescenci“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Nepřemýšlela jsem o tom“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„To nezáleží na mě, ale na vedení nemocnice“.*

#### **Rozhovor 4= R4/1**

S respondentkou jsem se setkala na chirurgickém oddělení po ukončení její pracovní doby na denní místnosti sester. Respondentce je 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Praxi má celkem 32 let. Po absolvování střední školy nastoupila ihned na chirurgické oddělení a je mu věrná doposud. Zařazena je zde jako směnná všeobecná sestra.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Jednou jsem byla na semináři týkajícího se konceptu. Byla to teoretická přednáška. Pamatuji si, že je několik druhů stimulace. Vybírá se každému pacientovi zvlášť. Hodně se zapojuje rodina. Praktikuje se u lidí v bezvědomí“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Ne“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„Na našem oddělení ne a asi ani na jiném“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„Asi nikdo. To, že jsem byla na semináři neznamená, že jsem proškolená“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Jen těch pár informací, které jsem pochytila na semináři, ale to asi nejde brát za zkušenost. Nikdy jsem s ním prakticky nepracovala“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„No, to bezpochyby je. Vidím v tom význam v rychlejším navrácení se do normálního stavu“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Vím, že je potřeba asi několika denní kurz a ani finance za něj nejsou malé, tak asi ne“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„Nevěřím, že by u nás měl nějaký význam“.*

### **Rozhovor 5= R5/1**

S respondentkou jsem se setkala v prostorách nemocnice. Respondentce je 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Celou svou pracovní kariéru věnovala chirurgii, kde pracuje již 31 let. Je zde zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Něco málo. Spíš jen okrajově to, co jsem se někde dočetla. Nikdy jsem se blíž o to nezajímala“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Ne a asi ani nebudeme, nevidím k tomu důvod“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„Ne, určitě ne“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„No, tak o tom nic nevím, ale spíš ne než jo“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Nemám, neměla jsem k tomu nikdy příležitost“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„Tak to určitě má. Je dost rozšířený a píše se o jeho úspěších. Všude píšou, že pomáhá lidem v kómatu k nabytí vědomí a snazšímu návratu do běžného života“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Asi ne, protože bych ho neměla kde využít“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„Dobrá otázka. To asi nezáleží na mě“.*

### **Rozhovor 6= R6/1**

Respondentka se se mnou setkala na sesterně chirurgické jednotky v průběhu své směny (s povolením staniční sestry). Respondentce je 49 let. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentky je středoškolské s maturitou. Celková praxe činí 28 let. Na chirurgii je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Mám kamarádku, která má udělaný kurz. Tak mi o tom něco říkala. Dokonce mi vyprávěla i jeden příběh, kdy pomohla své kamarádce po nehodě. Pouštěla jí hudbu do sluchátek a nazouvala běžecké boty, protože milovala běhání. Prý to pomáhalo“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Ne“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„To asi ne, aspoň o ničem nevím“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„Nikdo z holek o tom nikdy nemluvil, tak si myslím, že ne“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Já osobně ne, ale ta moje kamarádka ano. Dá se říct, že mám v tomhle malé teoretické zprostředkované zkušenosti“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„Vzhledem k tomu co vím, tak určitě. Jen musíte o tom pacientovi dost vědět, abyste mu pomohli“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„Pokud by to bylo nabídnuto a zaplaceno, tak asi jo“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlela“.*

### **Rozhovor 7= R7/1**

S respondentkou jsem se setkala v prostorách nemocnice v odpoledních hodinách. Respondentce je 48 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s maturitní zkouškou. Celková praxe činí 26 let. Respondentka pracovala tři roky mimo obor. V nemocnici pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Co víte o konceptu Bazální stimulace?

*„Jen běžné informace z různých článků, které jsem měla možnost přečíst. Nikdy jsem se o koncept více nezajímala, ale může být zajímavý“.*

Pracujete na vašem oddělení s tímto konceptem?

*„Nepracujeme“.*

Pracujete s jinými koncepty v rámci nemocnice?

*„Pokud jsem dobře informovaná, tak ne“.*

Je na vašem oddělení někdo ze zaměstnanců v konceptu Bazální stimulace proškolený?

*„O tom nic nevím. Nejspíš ne“.*

Máte s tímto konceptem osobní zkušenosti?

*„Prozatím ne“.*

Je podle vás tento koncept nějakým přínosem pro pacienty?

*„Pokud to můžu brát z informací, které jsem se dočetla, tak má význam obrovský. Pokud se s ním pracuje, tak je přínosem rozhodně“.*

Chcete se sama v tomto konceptu proškolit?

*„O tom jsem nepřemýšlela, ale pokud bych měla tu možnost, určitě bych jí využila“.*

Chtěla byste na vašem oddělení tento koncept zavést?

*„To určitě nezáleží na mě, ale nikdy se o tom nemluvalo. Asi by nějaký význam měl“.*

### **Rozhovor 8= R1/2**

S první respondentkou jsme se sešly po aplikaci prvků Bazální stimulace na denní místnosti sester daného oddělení.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace.

Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„No je pravda, že jsem čekala, co budete s pacienty dělat. Měla jsem možnost vás vidět a je pravda, že to není nic složitěho nebo aspoň to tak vypadá“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Musím říct, že se mi to celkem líbilo. Určitě to význam má. Utvrdila jsem se v tom, že co píšou v časopisech, je nejspíš pravda“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano, jaké?

*„Dala jste mi možnost vyptávat se na to, co mě zajímá. Řekla jste spoustu zajímavých věcí. Popsala jste mi jednotlivé prvky, které jste používala a viděla jsem je v praxi. Teď mám větší přehled a hlavně představu, co to obnáší“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Hodně jste používala hlazení těla a používání úlevových poloh u pacientek“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano, co Vám říkali?

*„Mluvila jsem jen s jednou pacientkou a ta byla naprosto unešená. Hlavně se jí líbilo to, že se jí někdo věnoval“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Hlavně bylo vidět, že jsou spokojené. Asi jim také dělalo dobře, že se jim někdo věnuje“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Žádné jsem nezaznamenala“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„U pacientek byla vidět spokojenost“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Určitě nějaký přínos má“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„No pokud by byl někdo, kdo by se věnoval jen tomu tak možná i jo“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Prozatím ne“.*

## **Rozhovor 9= R2/2**

S druhou respondentkou jsme se setkaly po ukončení výzkumu na chirurgickém oddělení. Respondentka si udělala čas na rozhovor po ukončení své směny.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace.

Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Musím se přiznat, že jsem byla spíš skeptická, ale vaše práce mne celkem oslovila. Co konkrétně, nevím, líbilo se mi to jako celek“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Jak už jsem řekla, oslovilo mě to celkově. Má to něco do sebe“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano jaké?

*„To určitě mám. Nemůžu říct, že bych ho znala, ale něco málo jsem určitě pochytla“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Neumím je pojmenovat, ale něco bych prakticky asi dala z toho, co jsem viděla“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano co Vám říkali?

*„Že by se svěřovali to ne, ale byl na nich vidět tak nějak klid, nebo jak to mám říct!.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Byl viditelný klid, jak už jsem řekla“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Přiznám se, že to jsem nijak nesledovala“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„Většinou jsou pacienti po operacích nesví a teď z nich byl cítit klid, ale to se pořád opakují“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Určitě to nějaký přínos má“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Nevím. Sice je to hezký, ale asi by na to nebyl čas“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Možná“.*

### **Rozhovor 10= R3/2**

Třetí respondentka si na rozhovor udělala čas během své odpolední směny. Toto povolila staniční sestra.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace. Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Je to celkově zajímavé a asi náročné pro pečujícího“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Uvědomila jsem si, že to, co jsem kdy četla, tak je pravda. Určitě nějaké místo v péči má“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano, jaké?

*„Mám jen takové informace, které jste mi řekla a to, co jsem viděla. Dovedu si to více představit“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Nevím, jak se metody jmenují, ale zajímavé je to ohlazování těla a různé polohování. Bylo fajn, že jste měla své pomůcky“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano, co Vám říkali?

*„Že by se svěřovali, to se mi nestalo“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Byla na nich znát taková pohoda a spokojenost, i když jim nebylo asi úplně nejlépe“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Na toto jsem se nezaměřila, takže to nevím“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„Určitě z velké části“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„To určitě jo. Nedokážu to vysvětlit nebo popsat, ale přínos určitě nějaký bude“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Něco do sebe by to mělo, jen nevím, kdo by to měl dělat“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Možná i jo“.*

## **Rozhovor 11= R4/2**

Se čtvrtou respondentkou jsme se sešly o víkendové směně na chirurgické jednotce. O tomto byla informována staniční sestra oddělení.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace.

Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Byla jsem hodně zvědavá, jak to bude probíhat. Musím říct, že vaše práce splnila má očekávání. Byla to zajímavá zkušenost“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„No, já už jsem svůj názor o významu měla a tohle mě jen utvrdilo v tom, co jsem si myslela“.*



Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano, jaké?

*„Už jsem před nějakou dobou byla na semináři. Teď jsem mohla vidět tu praxi, je to opravdu zajímavé. Mohla jsem si udělat větší představu o práci se stimulací“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Metody vím jen nějaké podle toho, co jste dělala, ale přiznám se, že nevím, jak se jmenují“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano, co Vám říkali?

*„Bohužel jsem o tom s žádnou pacientkou nemluvila“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Objektivně byla vidět taková blaženost“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Tak to nevím“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„Tohle jsem nijak nesledovala, takže to nemůžu říct“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Už předtím jsem byla přesvědčená o jeho významu. Nyní vím, že je to tak, i když jsem nesledovala tu bolest a neklid a výraz pacientek mluvil za vše“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Možná i jo“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Pokud by mne vyslala vrchní sestra, tak bych šla“.*

## **Rozhovor 12= R5/2**

Pátá respondentka se se mnou sešla ve svém volnu v prostorách nemocnice.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace.

Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Zaujalo mě celkově všechno“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Nemůžu říct, že bych byla nějak ovlivněna. Jen jsem se utvrdila v tom, co jsem předtím věděla“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano, jaké?

*„Spíš bych to popsala rozhledem v praktické stránce konceptu“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Asi bych něco dokázala prakticky uskutečnit, ale názvy nevím“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano, co Vám říkali?

*„S nikým jsem o tom nemluvila, neptala jsem se a sami o tom nemluvili“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Nazvala bych to asi pocitem uvolněnosti“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Přímo jsem to nesledovala, ale možná se oddálila doba podání opiátů“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„Tak to nevím“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Určitě má své místo v péči“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Možná“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*Nevím, musím si to nechat víc uležet v hlavě“.*

### **Rozhovor 13= R6/2**

S šestou respondentkou jsme se setkaly v prostorách nemocnice po konci její směny.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace.

Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Jsem touhle metodou naprosto nadšená“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Jen mě to utvrdilo v tom, že je to úžasná věc mělo by se s ním víc pracovat“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano jaké?

*„Určitě mám. Věděla jsem dost od kamarádky, ale teď jsem to viděla i v praxi a dost mě to oslovilo“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Dle názvů ne přesně, ale asi bych byla schopná některou techniku zvládnout prakticky“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano co Vám říkali?

*„Nesvěřovaly, ale já jsem se jich ptala. Byly vděčné, že se jim někdo víc věnuje“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Spokojenost, vděčnost, uvolněnost“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Tak to jsem nesledovala“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„Nevím, zda šlo přímo o neklid, ale pacientky byly uvolněné a spokojené“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Bezesporu ano“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Byla bych pro, aby se u nás s ním pracovalo“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Ano chtěla“.*

## **Rozhovor 14= R7/2**

Sedmá respondentka se se mnou sešla na denní místnosti sester daného oddělení před svou odpolední směnou.

Během mého výzkumného šetření jste měla možnost sledovat průběh Bazální stimulace. Můžete mi říci, zda bylo něco konkrétního co Vás zaujalo?

*„Je to skvělá věc. Jsem z toho naprosto nadšená“.*

Jak Vás ovlivnila má práce s konceptem ve vašem názoru na Bazální stimulaci?

*„Už předtím jsem si myslěla, že je bazálka skvělá, ale teď jsem o tom přesvědčená“.*

Myslíte si, že nyní máte více informací o konceptu? Pokud ano jaké?

*„Myslím si, že určitě, ale ne takové, abych s nimi mohla pracovat“.*

Znáte nyní nějaké metody, které se k stimulaci využívají?

*„Jen prakticky ty, se kterými jste pracovala u nás na oddělení“.*

Svěřovali se Vám pacienti o svých pocitech po aplikaci stimulace? Pokud ano, co Vám říkali?

*„Bohužel ne“.*

Viděla nebo zaznamenala jste nějaké změny ve stavu pacientů?

*„Čišela z nich uvolněnost“.*

K jakým změnám došlo u pacientů v léčbě bolesti?

*„Tak to nevím, nesledovala jsem to“.*

Jakým způsobem byl ovlivněn neklid u pacientů, kterým byla prováděna stimulace?

*„No, jak už jsem řekla, byly uvolněné“.*

Myslíte si nyní po aplikaci konceptu, že je přínosná pro pacienty?

*„Už jsem si to myslěla předtím a tohle mě v tom utvrdilo“.*

Chtěla byste nyní tento koncept zavést na vašem oddělení?

*„Byla bych ráda, kdyby se u nás zavedl“.*

Chtěla byste se nyní v tomto konceptu proškolit?

*„Ano a ráda“.*

# Zavádění konceptu Bazální stimulace na chirurgické oddělení


---

Bc. HANA FRÜHAUFOVÁ




## Bazální stimulace (BS)

---

- ❖ Pedagogicko-ošetrovatelský koncept
  - ❖ Základní oblasti: pohyb, komunikace, vnímání
  - ❖ Cílená stimulace smyslových orgánů
- 


## Důležité aspekty BS

---

- ❖ Iniciální dotek
  - ❖ Biografická anamnéza
  - ❖ Dokumentace
- 

## Somatická stimulace

---

- ❖ Zklidňující koupel, masáž
  - ❖ Povzbuzující koupel, masáž
  - ❖ Neurofyziologická stimulace
  - ❖ Polohování
  - ❖ Masáž stimulující dýchání
  - ❖ Kontaktní dýchání
- 

# Vibrační stimulace

---

- ❖ Pomocí rukou terapeuta
- ❖ Pomocí vibračních strojků




## Optická

---

- ❖ Známé předměty
- ❖ Obrázky
- ❖ Fotografie
- ❖ Hygienické potřeby

## Auditivní

---

- ❖ Oblíbené zvuky, hudba
  - ❖ Pouštění skladeb
  - ❖ Použití sluchátek
  - ❖ MP3 přehrávač
- 

## Orální

## Taktilně haptická

---

- ❖ Oblíbené chutě
- ❖ Použití vatových tyčinek
- ❖ Drobná sousta
- ❖ Předměty denní potřeby
- ❖ Vlastní oblečení
- ❖ Hygienické pomůcky



## Ošetrovatelství v chirurgii

---

- ❖ Chirurgické ošetrovatelství je aplikovaný ošetrovatelský obor vycházející z oborů ošetrovatelství a chirurgie
- ❖ Chirurgie je dnes složitou týmovou multidisciplinární prací
- ❖ Náplní chirurgického ošetrovatelství je asistence u operačních výkonů, dalších invazivních zákroků, intervence směřující k péči o klienta před a po operaci nebo invazivním zákroku



## Role sestry manažerky

---

- ❖ Zodpovědná za rozvoj ošetřovatelství
- ❖ Kompetence manažera: organizování, řízení a vedení, plánování a kontrola
- ❖ Při změně zastává manažer roli vykonavatele, prostředníka a iniciátora
- ❖ Nejvhodnější je role iniciátora



## Management v ošetřovatelství

---

- ❖ Manažery ošetřovatelské péče lze definovat jako ty, kteří vykonávají řízení ošetřovatelských služeb včetně kontroly, hodnocení a udržování kvality
- ❖ Tři základní řídicí úrovně: vrcholový management, střední management a liniový management



## Kazuistika 1

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	Zklidňující masáž (ne suchá). Zahájeno v 10:45, ukončeno 10:55	Zklidňující masáž s tělovým mlékem pacientky. Zahájeno v 10:05, ukončeno 10:20. V 17:55 uložena do polohy hnízda	V 8:10 zahájena zklidňující celková masáž s tělovým mlékem ukončena v 8:55.
Objektivní názor terapeutů na počty pacientky	Pacientka vykazovala známky uvolnění. Spolupráce byla dobrá. Domluvena další návštěva.	Pacientka v průběhu stimulace prokazovala známky uvolnění a spokojenosti. Poloha hnízda byla bez efektu.	Po stimulaci byla pacientka opět uvolněná, spokojená.
Subjektivní počty pacientky po provedené stimulaci	Pacientka své počty popisovala jako uspokojení, uvolnění. V průběhu stimulace jí bylo dobře.	Po obou simulacích byla pacientka dle svých slov uvolněná.	Pacientka uvedla, že se cíle klidně a uvolněně.

## Kazuistika 2

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	V 17:50 byla zahájena zklidňující masáž a ukončena byla v 18:05. Poté byla pacientce udělena poloha hnízda.	Zklidňující masáž zahájena v 8:30, ukončena v 8:45. V 16:50 opět provedena 20 minutová zklidňující masáž.	X
Objektivní názor terapeutů na počty pacientky	U pacientky byl patrný pocit únavy a spokojenosti, že se jí náběda vlnuje.	Po ranní stimulaci, která proběhla zaměřeně na aplikaci Dipidolonu, byla pacientka unavená, ale klidná. Odpolední stimulace vedla k počtu uvolněnosti	Pacientka již žádnou stimulaci nechytla.
Subjektivní počty pacientky po provedené stimulaci	Pacientka se po stimulaci cítila dobře. Pomohlo jí to v uvolnění.	Jak po ranni, tak odpolední stimulaci udávala pacientka počty uvolněnosti a spokojenosti.	X

## Kazuistika 3

Den hospitalizace	1.	2.	3.
Technika bazální stimulace + hodina	V 17:30 byla zahájena skládávací masáž a ukončena byla v 18:05. Poté byla pacientce udělena poloha hnízda.	Skládávací masáž zahájena v 8:30, ukončena v 9:45. V 16:30 opět provedena 20 minutová skládávací masáž.	X
Objektivní názor terapeuta na počty pacientky	U pacientky byl patrný pocit únavy a spokojenosti, že se jí někdo věnuje.	Po ranní stimulaci, která proběhla zanedlouho po aplikaci Daxidolonu, byla pacientka unavená, ale klidná. Odpolední stimulace vedla k počtu uvolněností	Pacientka již žádnou stimulaci nezohledila.
Subjektivní počty pacientky po provedené stimulaci	Pacientka se po stimulaci cítila dobře. Pomohlo jí to v uvolnění.	Jak po ranní, tak odpolední stimulaci udávala pacientka počty uvolněností a spokojenosti.	X

## Postoje sester k BS

### PŘED IMPLEMENTACÍ BS

- ❖ Malé znalosti
- ❖ Bez proškolení
- ❖ Nedůvěra
- ❖ Očekávání
- ❖ Nemá význam


### PO IMPLEMENTACI BS

- ❖ Větší přehled o konceptu
- ❖ Zájem o vzdělání
- ❖ Význam opodstatněný
- ❖ Nadšení

## Závěr

---

- ❖ Bazální stimulace má své opodstatnění
- ❖ Důležitost proškolení personálu
- ❖ Pilotní oddělení
- ❖ Rozsáhlejší výzkum



Děkuji za  
pozornost

---