

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestra – klient/pacient

Basal Stimulation as the method of
communication between a nurse and a patient

Adéla Stehlíková

Bakalářská práce
2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Adéla STEHLÍKOVÁ

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Název tématu: Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestry – klient/pacient

Zásady pro vypracování:

Cíl:

Zjištění úrovně znalostí o konceptu bazální stimulace a jeho realizace v klinické praxi.

Zjištění důvodů, které vedou k nedostatečnému používání bazální stimulace v praxi.

Vypracování materiálu se základními prvky bazální stimulace použitelné v praxi.

Předpoklady:

Předpokládám, že sestry se s konceptem bazální stimulace v každodenní ošetrovatelské péči setkávají ojediněle.

Předpokládám, že na specializovaných pracovištích není k dispozici terapeut, který by motivoval ošetroující personál k zavádění bazální stimulace do praxe.

Metody:

Analýza dostupných zdrojů a informací.

Výzkum proveden metodou dotazníku (uzavřené otázky)

Anketa



Rozsah grafických prací: 40-50 stran
Rozsah pracovní zprávy: 40-50 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

- FRIEDLOVÁ, Karolina. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007
KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006
HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně. 2. vyd. Praha: Galén, 1999

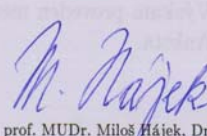
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Blanka Ptáčková
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2009


prof. Ipg. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 30. března 2008

Cíle a hypotézy

Při zpracování mé bakalářské práce jsem si stanovila 3 cíle a vztahujících se 6 pracovních hypotéz.

Cíl 1: Zjištění úrovně znalostí o konceptu bazální stimulace a jeho realizace v klinické praxi.

Hypotéza 1: Předpokládám, že sestry se s konceptem bazální stimulace v každodenní ošetrovatelské péči setkávají ojediněle.

Hypotéza 2: Předpokládám, že většina sester je o konceptu bazální stimulace informována minimálně.

Cíl 2: Zjištění důvodů, které vedou k nedostatečnému používání bazální stimulace v praxi.

Hypotéza 3: Předpokládám, že na specializovaných pracovištích není k dispozici terapeut (poskytovatel péče), který by motivoval ošetřující personál k zavádění bazální stimulace do praxe.

Hypotéza 4: Předpokládám, že nejčastějším důvodem nepoužívání bazální stimulace bude nedostatek personálu na pracovišti.

Cíl 3: Popsání prostředků bazální stimulace a jejich maximální využití v komunikaci mezi sestrou a K/P popřípadě pečujícím a K/P.

Hypotéza 5: Předpokládám, že sestry jsou schopny navázat komunikaci s klientem/pacientem na základě používání konceptu bazální stimulace.

Hypotéza 6: Předpokládám, že nejčastěji používaný prostředek komunikace bude somatická stimulace.

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30.3.2008

Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Blance Ptáčkové za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Ráda bych poděkovala odborné konzultantce PhDr. Karolíně Friedlové, která mi upřesnila informace týkající se konceptu a vedla odborný dohled. Děkuji Mgr. Petře Brédové za konzultaci v rehabilitačním ošetřovatelství. Musím také poděkovat Janě Burianové, která mě školila v konceptu bazální stimulace. Děkuji Bc. Katce Švejdové za nafocení jednotlivých prvků stimulace. Ráda bych zde zmínila K. K., díky kterému jsem si mohla vyzkoušet využití konceptu v praxi. Děkuji všem hlavním a vrchním sestřám, které mě umožnily distribuci dotazníků na požadovaných odděleních. Dále děkuji ředitelům/kám, které mě umožnili distribuci v domovech pro seniory. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině za cenné a podnětné nápady a respondentům, kteří mi pomohli při sběru dat.

Anotace/Annotation

Bakalářská práce s názvem *“Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestra – klient/pacient“* měla za cíl zjistit informovanost o této problematice a využití konceptu v praxi. Dále jsem se zabývala otázkou způsobu komunikace a navázání kontaktu s klientem/pacientem.

Práce je členěná na část teoretickou, ve které zjišťuji dosavadní situaci, zaměřuji se na komunikaci a využití prvků bazální stimulace při kontaktu s klientem/pacientem. Praktická část byla sestavena na základě výsledků dotazníkového šetření. Zjištěná data vedla k potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Doufám, že tato práce bude přínosem pro integraci konceptu do praxe a povede k seznámení zdravotníků a širší veřejnosti s využitím prvků stimulace. Pro tyto účely jsem vytvořila informační materiál, který je vlastním návodem pro využití polohování v praxi.

Klíčová slova: Bazální stimulace, komunikace, dotek, ošetrovatelská péče

The bachelor work with the title *“Basal stimulation as the means of communication between a nurse and a patient“* had a goal to find out awareness about this area and use the concept in practise. Furthermore, I was interested in the methods of communication and establishing the contact with client/patient.

My work is divided into theoretical part, in which I am probing existing situations. I am focusing on communication and use of basal stimulation by the contact with client/patient elements. Practical part was composed on the basis of the questionnaire investigation results. Data that I have found out led to the confirmation or rebuttal of the original hypothesis.

I hope that this work will benefit for integration the concept to practise and lead to acquaintance medical orderly and wide public with the elements of basal stimulation. I created information material for this purpose, which serves as a manual for using positioning in the practise.

Key words: Basal stimulation, communication, touch, nursing care

Obsah

Úvod	11
1 Charakteristika problému	12
1.1 Historie konceptu bazální stimulace	12
1.2 Současná situace v ČR a Evropě	12
1.2.1 Situace v Evropě	12
1.2.2 Situace v ČR	13
2 Teoretická základna konceptu	14
2.1 Neurofyziologie.....	14
2.2 Vývojová psychologie.....	15
2.2.1 Prenatální období	15
2.2.2 Novorozenecké období	15
2.3 Fyzioterapie – Bobath koncept.....	16
2.4 Psychologie	16
3 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.....	17
3.1 Cíle bazální stimulace	17
3.2 Principy bazální stimulace	18
3.3 Desatero bazální stimulace.....	18
4 Komunikace	19
4.1 Komunikace v konceptu bazální stimulace.....	21
4.2 Význam doteku v ošetrovatelské péči.....	23
5 Biografická anamnéza.....	24
6 Jednotlivé prostředky bazální stimulace	24
6.1 Somatická stimulace.....	25
6.2 Vestibulární stimulace.....	28
6.3 Vibrační stimulace	28
6.4 Optická stimulace.....	29
6.5 Auditivní stimulace	29
6.6 Taktilně-haptická stimulace	30
6.7 Olfaktorická stimulace	30
6.8 Orální stimulace	31
7 Význam rodiny	31
8 Charakteristika pracovišť	32
8.1 ARO	32
8.2 LDN.....	32
8.3 Dům seniorů	32
9 Metodika	33
10 Výsledky průzkumu a jejich analýza.....	35
10.1 Charakteristika respondenta	35
10.2 Otázky vztahující se k bazální stimulaci	37
11 Diskuze	56
12 Návrh na řešení zjištěných nedostatků.....	62
Závěr	63
Soupis bibliografických citací	64
Seznam obrázků	67
Seznam příloh.....	68

Seznam zkratek

Abs.	absolutní
ARIP	Akutní resuscitační a intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd.	a tak dále
BS	bazální stimulace
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
Č.	číslo
ČR	Česká republika
DK	dolní končetina
Dr.	doktor
HK	horní končetina
ISBN	International Standart Book Numbering
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSD	masáž stimulující dýchání
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Obr.	obrázek
Odd.	oddělení
Oše.	ošetřovatelských
K/P	klient/pacient
Prof.	profesor
Rel.	relativní
Roč.	ročník
S.	strana
Sb.	sbírka
Stimul.	stimulace
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TK	tlak krve

UPV umělá plicní ventilace
VŠ Vysoká škola
Vyd. vydání

Úvod

Nacházíme se v době, kdy holistické pojetí člověka patří neodmyslitelně k modernímu ošetrovatelství. Klient je brán jako bio-psycho-sociální bytost, což přispívá k větší humanizaci ošetrovatelství. Ale je tomu opravdu tak, nebo to je jen jedna z mnoha tezí, které bychom chtěli integrovat do péče?

Na vysoké škole jsem se setkala se spoustou odborných předmětů, které nás měly naučit správné komunikaci, empatii a porozumění. Většina z nás ví, jaká jsou pravidla správné komunikace, ale někdy je velmi složité pracovat podle takovýchto směrnic. Uvědomila jsem si důležitost komunikace až po absolvování základního a nadstavbového kurzu bazální stimulace, kde jsem v roli K/P mohla pocítit dezorientaci a strach při poskytování péči. Cítila jsem jen letmé a neosobní doteky, neznáme zvuky a hlasy lidí, které mluví jeden přes druhého. Díky těmto prožitkovým cvičením jsem pochopila důležitost péče poskytované konceptem a komplexnost bio-psycho-sociální jednoty.

Vybrala jsem si bakalářskou práci na téma „*Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestry-klient/pacient*“. Je to koncept, který se snaží zvýšit prestiž ošetrovatelství a kvalitu poskytované péče. Je založen na kvalitě doteku a vnímavosti zdravotnického pracovníka. Oslovil mě pro svoji flexibilitu, individualitu a kreativitu, která vychází od poskytovatele péče.

Absolvovala jsme praxi na certifikovaném pracovišti bazální stimulace v Domově seniorů Františkov, kde jsem se pod odborným vedením naučila integrovat bazální stimulace do praxe. Po dobu mého působení jsme si mohla vyzkoušet veškeré techniky konceptu a jejich působení nejen na fyzickou, ale také na psychickou stránku K/P.

Touto prací bych ráda zmapovala znalost konceptu bazální stimulace a její využití v Libereckém kraji. Ráda bych se zaměřila na dotek, projevy K/P a užití jednotlivých stimulací.

1 Charakteristika problému

1.1 Historie konceptu bazální stimulace

Autorem a budovatelem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich. Tento koncept vypracoval během svého doktorského studia, při práci s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými vadami. Jeho cílem bylo najít nové možnosti komunikace, jelikož verbální komunikace nebyla vhodnou úrovní pro takto postižené děti. Vycházel z předpokladu, že i děti, které jsou takto těžce postižené, jsou vzdělavatelné v oblasti vnímání vlastního těla a jsou schopné se naučit základním komunikačním a pohybovým vzorcům. [2]

Prof. Fröhlich zkoušel navázat komunikaci s těmito dětmi na bázi somatické, vestibulární a vibrační stimulace. Vycházel z poznatků prenatálního vývoje, které tvoří základ pro stimulaci v oblasti vnímání a komunikace. [2]

Od 80. let 20. století začal spolupracovat se zdravotní sestrou prof. Christel Bienstein na problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezená či změněná. Použila tento koncept v intenzivní medicíně u klientů ve vigilním kóma. Postupně docházelo k začleňování konceptu do ošetrovatelské péče v oblasti geriatrické, neonatologické, paliativní a psychiatrické péče. [3]

Díky vědeckým studiím a studiím v oblasti medicíny se stal koncept bazální stimulace uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem, který je registrován ochrannou známkou - Bazální stimulace®. [3,19]

1.2 Současná situace v ČR a Evropě

1.2.1 Situace v Evropě

Bazální stimulace nepatří v zemích evropské unie k žádným novinkám. Již pár let se snaží o integraci do ošetrovatelské péče ve všech oblastech. Nejvíce se uplatňuje v péči o seniory, nedonošené děti, K/P v intenzivní péči a K/P s těžkými kombinovanými smyslovými a intelektovými změnami.

Tento koncept je nejvíce rozšířen v Německu, dále je integrován do péče v Rakousku, Holandsku, Belgii, Francii a dalších zemích. [23]

V 70. až 80. letech minulého století procházela bazální stimulace obdobím velkého přesvědčování a dokazování. V 21. století je již ve fázi zavádění do praxe a její plné realizace. O tuto důležitou fázi se postaralo spousta odborníků a spolutvůrců, mezi hlavní představitele patří: Christa Assman, Gabriele Bartoszek, T. Buchholz, Brigitte Dörner, Michaela Friedhoff, Prof. Dr. H.-J. Hannich, Brigitte Hemmer, Ute Hensel, Doris Hoffmann, Peter Nydal, Prof. em. Dr. med. Lothar Pickenhain, Claudia Scherrer, Ansgar Schürenberg, Elfriede Sturmer, Marlis Wedde a mnoho dalších. [21]

V zahraničí je koncept začleněn do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách. Některá zdravotnická zařízení a zdravotnické školy mají své lektory, kteří školí vlastní zaměstnance a studenty a zároveň působí jako supervizoři. Ve své literatuře PhDr. Friedlová uvádí, že v celé Evropě je momentálně kolem 700 lektorů, které působí v různých zemích. Jelikož tento údaj je z roku 2007, předpokládám, že dnes jich je více. [3]

1.2.2 Situace v ČR

V České republice byl poprvé lektorován základní kurz bazální stimulace v lednu roku 2003 PhDr. Karolínou Friedlovou na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od té doby pravidelně probíhají základní a nadstavbové kurzy. Ke dni 18. 8. 2008 je absolventů základních kurzů kolem 4000. Bohužel není k dispozici aktuální počet respondentů se základním či nadstavbovým kurzem. [21]

Z procentuálního zastoupení jednotlivých profesí v kurzech můžeme říci, že nejvíce zastoupeny jsou zde zdravotní sestry (45,1%), dále speciální pedagogové (8,6%), odborné učitelky (7,2%), staniční sestry (7,1%), ošetrovatelky a rehabilitační pracovníci (5, 8%). [2]

V říjnu 2005 byl založen v České republice INSTITUT Bazální stimulace, který se nachází ve Frýdku-Místku. Absolventi kurzu bazální stimulace obdrží mezinárodní certifikát platný pro celou Evropskou unii. [2]

Koncept je začleněn do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. [2]

S výukou bazální stimulace se můžeme setkat také na univerzitní půdě na Slezské univerzitě v Opavě, kde je výuka vedena PhDr. Karolínou Friedlovou.

Od 1. 6. 2008 MZ ČR akreditovalo základní kurzy pro nelékařská zdravotnická povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání. Mezi profese, které mohou získat odbornou způsobilost patří: všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped a klinický psycholog.

Dne 24. 7. 2008 udělilo MPSV INSTITUTU Bazální stimulace akreditaci vzdělávací instituce č. 2008/327-I k pořádání vzdělávacího programu Základní kurz bazální stimulace. [20]

2 Teoretická základna konceptu

Principem konceptu BS je uvedení jedince do reality na základě stimulace vnímání vlastního těla.

V důsledku zkušenosti se svým vlastním tělem se vyvíjejí tyto roviny:

- motorika
- kognice
- komunikace
- sociální zkušenost
- emoce
- vnímání

Teorii bazální stimulace tvoří poznatky z neurofyzologie, genetické prvky vývojové psychologie, poznatky z fyzioterapie, psychologie a pedagogiky. [3]

2.1 Neurofyzologie

Základní anatomickou a funkční jednotkou nervové soustavy je neuron. Neuron se skládá z těla a výběžků (dendrity a neurit). Je schopen přijmout, vést a odpovědět na určité signály. Vzruch považujeme za funkční projev činnosti neuronu. Funkční jednotkou nervové soustavy je reflex, který je odpovědí organismu na podráždění. [2]

CNS má mnoho významných specifických funkcí. Je schopno přesně, rychle registrovat a zpracovat velké množství informací a jejich následnou analýzu. To nazýváme jako identitu. Další specifickou vlastností je plasticita, která je charakteristická přizpůsobením k určitým změnám a rychlostí nástupu těchto změn.

Je zachována i ve stáří, kdy se vytvářejí nová neuronální spojení. Trofika rozhoduje o udržení minimálního možného poklesu neuronů. Všechny tyto vlastnosti mohou pracovat, pokud je zachována spolupráce mezi jednotlivými oddíly, musí být tedy zachována integrační funkce CNS. Na této funkci se podílí mozkový kmen, mezimozek, limbický systém a mozková kůra. [2,3]

Receptory zachycují veškeré reakce organismu. Jsou uloženy ve smyslových orgánech a třídíme je dle místa uložení, mohou být somatoviscerální, vestibulární, čichový, chuťový, sluchový a zrakový. Cíleným působením na tyto senzorické systémy se snažíme za pomoci biografie K/P vyvolat paměťovou stopu. [2]

2.2 Vývojová psychologie

Při provádění stimulace musíme přistupovat ke K/P individuálně, bereme v úvahu veškeré jeho potřeby, možnosti a celkový zdravotní stav. Z hlediska vývoje jedince je nutno si uvědomit, že nejdůležitější období pro vývoj jedince je prenatální a novorozenecké.

2.2.1 Prenatální období

Základem nervové soustavy je vnější zárodečný list ektoderm. Prenatální období je pro mozek dobrou vývoje a vytváření všech struktur, zatímco pro ostatní orgány je to období růstu. Již od 6. měsíce intrauterinního vývoje má plod schopnost se učit a pamatovat si, proto jsou důležité veškeré podněty, kterým je plod vystaven. Postupně navazuje vztah s matkou, vnímá její hlas, pohyby i pocity. Mozek, zárodky končetin a vnitřní orgány se vyvíjejí nejdříve. Kolem 6. měsíce se rozvíjí smyslové vnímání a vnímání citů. [3]

2.2.2 Novorozenecké období

Období porodu a extrauterinní prostředí je pro centrální nervovou soustavu zlomovým momentem. Dochází k zapojení nepodmíněných reflexů, vzniku nových nervových spojení, myelinizaci a gyryfikaci mozku, dále se upravuje dech, tep, TK a termoregulace. [3]

Toto období je ideální pro využití bazální stimulace u nedonošených dětí. Kdy se využívá základních stimulací: somatické, vestibulární a vibrační. Prožitky z těchto

stimulací jim pomáhají k lepšímu vývoji, jelikož se snažíme navodit intrauterinní prostředí v těle matky.

2.3 Fyzioterapie – Bobath koncept

První zmínka o tomto konceptu pocházela ze 40. let 20. století od Berty Bobath, která pracovala jako fyzioterapeutka s lidmi po CMP a dětmi s cerebrální poruchou hybnosti. Její manžel neurolog Karel Bobath tyto poznatky zpracoval z hlediska neurofyziologie. V konceptu se snažíme o snížení spasticity, patologických pohybových vzorů, reflexů a o usnadnění správných fyziologických vzorů. Je důležité zjistit veškeré schopnosti K/P. [3]

Poskytovatel péče (terapeut) se při práci s K/P zaměří na to, co zvládne sám, s dopomocí, co nezvládne, a dle napětí svalů a pohybu stanoví daný léčebný plán. Podle reakcí a schopností se mění a přizpůsobuje terapie. Pečující neučí P/K pohybům, ale snaží se o to, aby mohl sám provést co nejlépe správný pohyb. Důležitým znakem je práce v týmu, uprostřed týmu je vždy K/P a rodina, kolem jsou všichni ostatní z týmu (fyzioterapeut, ergoterapeut, ...). [18]

2.4 Psychologie

Teorie Alfreda Adlera, která pojednává o časných formách vlastního já – jáství, se na člověka dívá z holistického hlediska. Jeho individuální psychologie pohlíží na člověka jako na nedělitelnou jednotu. [3]

V prenatálním období si plod uvědomuje somatické, vestibulární a vibrační zkušenosti, které si nadále uchovává a využívá během svého života až do smrti.

V konceptu bazální stimulace se snažíme především stimulovat tyto tři základní zkušenosti, díky kterým si K/P může vybavit určité podněty. Pomocí určitých podnětů je možné si vybavit vlastní já a získat tak informace o sobě samém i o okolním světě.

3 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Bazální stimulace je interakční, komunikační a vývoj podporující koncept, který se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb. Na K/P pohlíží jako na rovnocenného partnera a snaží se zachovat jeho bio-psycho-sociální individualitu. [2]

Základními prvky konceptu jsou pohyb, vnímání a komunikace, které se vzájemně ovlivňují. Cílenou stimulací smyslových orgánů u klientů se změnami v těchto třech oblastech lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost. [2]

Nejčastěji se používá u klientů v bezvědomí, dezorientovaných, s umělou plicní ventilací, po kranio-cerebrálním trauma, u klientů s demencí, předčasně narozených dětí a umírajících. [22]

Bylo by vhodné zmínit, že BS nevyžaduje žádné nadstandardní přístroje, pomůcky ani finanční náklady pro pracoviště, která pracují s tímto konceptem. Jediné podmínky pro poskytnutí kvalitní péče je vyškolený personál a vzájemná spolupráce všech členů týmu. [8]

3.1 Cíle bazální stimulace

Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u K/P docházelo k:

- „rozvoji vlastní identity
- navázání komunikace se svým okolím
- podpoře orientace v prostoru a čase
- zlepšení funkcí organismu“ (Friedlová, 2007, s. 8)

V důsledku rozvoje konceptu a zkušeností autorů s konceptem došlo k vytvoření devíti centrálních cílů, které mají sloužit jako vodítka pro sestavování oš. plánů. [3]

Těchto 9 cílů vychází z potřeb K/P, můžeme sem zařadit:

1. „Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit klientovi vnímat vlastní život.
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.

4. *Rozvíjet vlastní rytmus klienta.*
5. *Umožnit klientovi poznat okolní svět.*
6. *Pomoci klientovi navázat vztah.*
7. *Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.*
8. *Pomoci klientovi uspořádat jeho život.*
9. *Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život. “*

(Friedlová, 2007, s. 9)

3.2 Principy bazální stimulace

Koncept vychází z myšlenek Piageta: *"Život je možný pouze ve vztahu"* a z těchto principů:

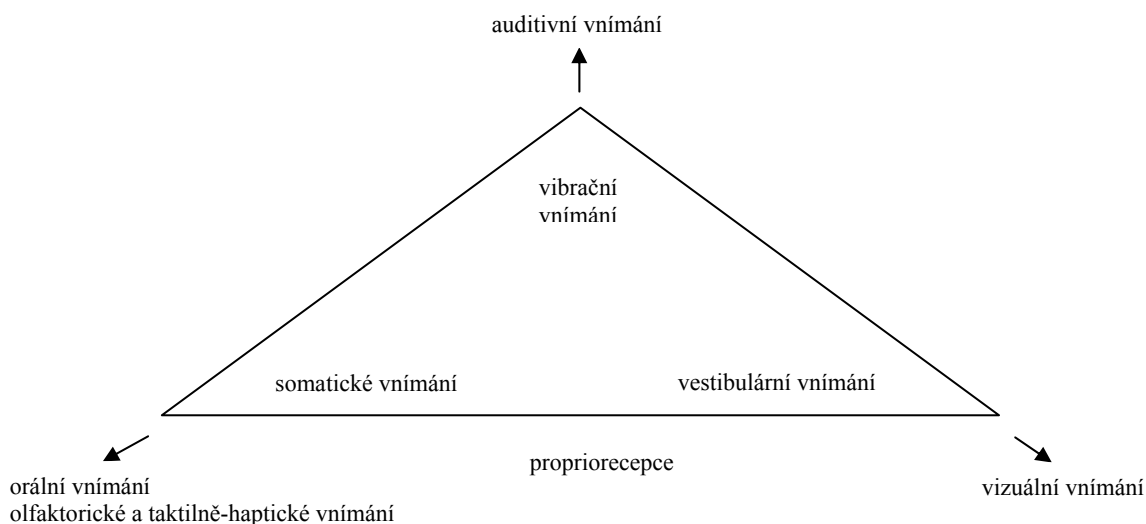
1. *„Smysly vnímání se utvářejí postupně.*
2. *Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.*
3. *Člověka formují jeho zkušenosti.*
4. *Člověk vnímá tak dlouho, dokud dýchá.*
5. *Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat. “* (Friedlová, 2007, s. 45)

3.3 Desatero bazální stimulace

1. *„Přivítejte se a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
2. *Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
3. *Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
4. *Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.*
5. *Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
6. *Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.*
7. *Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.*
8. *Nehovořte s více osobami najednou.*
9. *Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
10. *Umožněte klientovi reagovat na vaše slova. “* (Friedlová, 2008, s. 28)

Bazální stimulace je koncept, který respektuje různé vývojové stupně K/P, ve kterých se právě nachází. Je důležité si uvědomit, že schopnost vnímání se vyvíjí již v období embryonálním. [3]

Nejprve dochází k vývoji somatického vnímání, již v 8. týdnu prenatalního vývoje (plod si cucá palec, cítí tlak na svém těle od stěny uteru a plodové vody). Dále se vyvíjí schopnost vnímat vibrace (vnímá zvuky, pulzování srdce a aorty matky, které jsou přenášeny vlněním plodové vody). Od 16. týdne intrauterinního vývoje vnímá podněty vestibulární (vnímá změny polohy svého těla a těla matky). Během dalšího vývoje dochází k rozvoji vnímání auditivního, vizuálního, orálního, olfaktorického a taktilně-haptického. Obrázek č. 1 ukazuje vývoj a závislost jednotlivých druhů vnímání navzájem. [2,3]

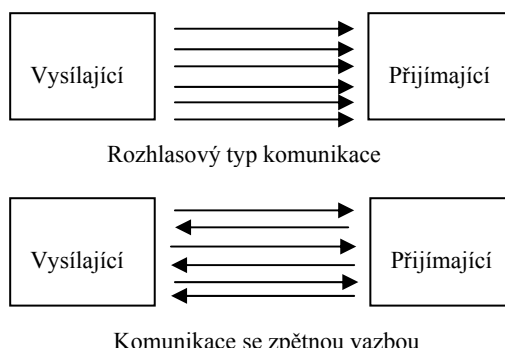


Obrázek 1 – Vývoj vnímání dle Fröhlicha [2]

4 Komunikace

Komunikace je sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Výměna informací může probíhat ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi. [7]

Je důležité si uvědomit, že „není možno nekomunikovat“ (Křivohlavý, 1988, s. 14). Platí to i v situacích, kdy lidé jdou vedle sebe a nekomunikují, sdělují si právě to, že spolu nechtějí hovořit. Aby mohla sociální komunikace správně probíhat, musí být obousměrná a se zpětnou vazbou (obr. 2.) [10]



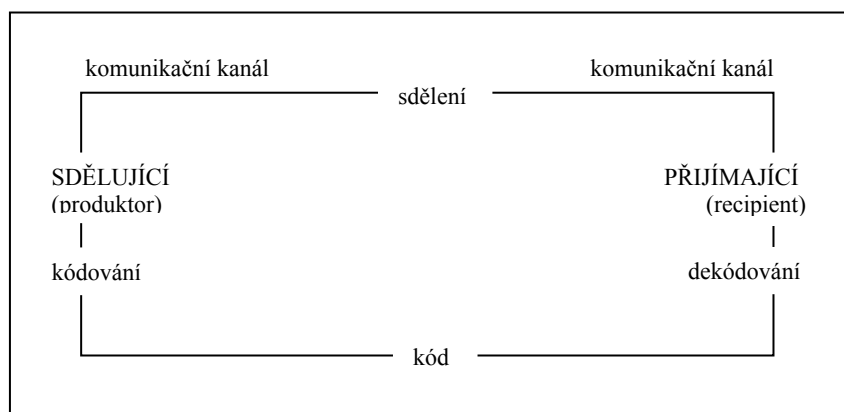
Obrázek 2: Typ komunikace [7]

Komunikaci můžeme rozdělit na verbální (slovní), neverbální (mimoslovní) a komunikaci činů (naše chování, jednání). Verbální komunikace je vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí nebo dorozumívání se určitým jazykem. Zatímco neverbální komunikace je vyjadřování se výrazem obličeje, dotekem, postojem, gesty, pohyby, oddálením, pohledy očí, tónem řeči či úpravou zevnějšku. Mimoslovní komunikace tvoří více než 90% toho co si sdělujeme, zatímco slovní tvoří méně než 10% veškeré komunikace. Tyto formy komunikace spolu neoddělitelně souvisí a navzájem se doplňují. [10,11]

Komunikační proces tvoří pět základních složek (obr. 3). Pokud chybí některá z nich, komunikace nemůže probíhat.

Mezi složky komunikačního procesu patří:

- Komunikátor (sdělující) – osoba, která sděluje informaci
- Komunikant (přijímající) – osoba, která přijímá zprávu
- Komuniké – vysílaná zpráva, sdělení
- Zpětná vazba – informuje o dekodování informace
- Kontext – prostředí, ve které komunikace probíhá [2]



Obrázek 3: Komunikační proces [7]

Dovednost komunikovat by měla být součástí profesionálního vybavení sestry. Tato schopnost vede k navázání a rozvoji kontaktu s K/P. Komunikace patří mezi dovednosti, na kterých se dá pracovat a rozvíjet je, ale hlavním předpokladem je chtění. [17]

4.1 Komunikace v konceptu bazální stimulace

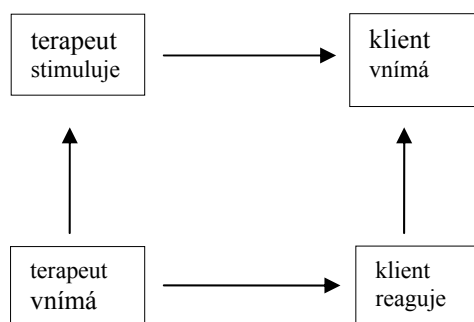
Výchozím bodem konceptu je respekt k autonomii člověka, a proto je velmi důležitá kvalita doteků a jiné prvky nonverbální komunikace, které jsou poskytovány v péči. [2]

Bazální stimulace je založena na vzájemné interakci pohybu, vnímání a komunikace. Základnu našeho vnímání tvoří smyslové orgány, které jsou komunikačními kanály v konceptu bazální stimulace. [2]

Mezi komunikační kanály patří:

- Somatický komunikační kanál
- Vestibulární komunikační kanál
- Vibrační komunikační kanál
- Optický komunikační kanál
- Olfaktorický komunikační kanál
- Auditivní komunikační kanál
- Taktilně-haptický komunikační kanál
- Orální komunikační kanál [2]

Poskytovatel péče (terapeut) po analýze všech komunikačních kanálů by měl zvolit ten, na který K/P reaguje a trvalou stimulací podporovat jeho vnímání (obr. 4) [2]



Obrázek 4: Komunikační proces mezi pečujícím (terapeutem) a K/P [2]

Je důležité si uvědomit a pochopit K/P, který není schopen následovat náš postup a zpracovává informace jiným způsobem než my, že není hloupý, ani nechápavý, ale jen pracuje jinými mechanismy a využívá jiných komunikačních kanálů. Pro navození kontaktu je nutná naše profesionalita, nikoliv tlak na nemocného, aby se přizpůsobil. [7]

Pro pečujícího je důležité, aby komunikoval s K/P na vhodné úrovni. Jelikož někteří K/P mohou komunikovat jen pomocí různých symbolů, jako je pohnutí částí těla, změnou vyměšování sekrece, změnou hemodynamiky či změnou frekvence dýchání. [24]

Mohou však nastat situace, kdy nemocný nevykazuje žádné akce ani reakce. Tento stav „nereagování“ či „nečinnosti“ může znamenat také určitou formu komunikace. [9]

K/P může vyjadřovat různé reakce na poskytovanou péči.

Příjemné reakce na poskytovanou péči:

- „mžikání očima
- *hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení*
- *otvírání očí a úst*
- *pousmání, úsměv*
- *uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů*
- *klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy“*

(Friedlová, 2007, s. 14)

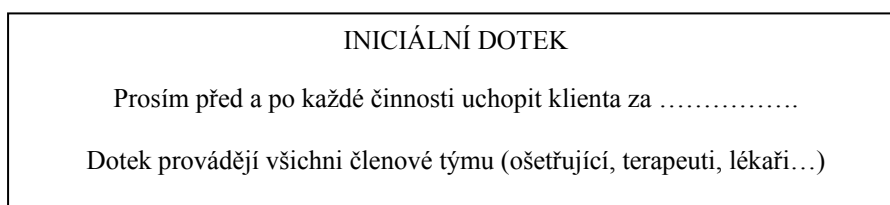
Nepříjemné reakce na poskytovanou péči:

- „zavírání očí a úst, blednutí
- neklidné, nepravidelné dýchání
- pláč, křik, sténání
- zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby
- reakce signalizující obranu, odvracení se a gesta proti osobám, předmětům
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se“ (Friedlová, 2007, s. 14)

4.2 Význam doteku v ošetrovatelské péči

Dotek je nejjednodušší přirozená forma komunikace. Patří mezi základní dovednosti člověka a vytváří mosty v komunikaci mezi K/P a pečujícím. Ruce pečujícího (terapeuta) jsou komunikačním médiem a poskytují spoustu informací o sobě samém i okolním světě. Při doteku bychom měli dodržovat přiměřený tlak a vymezit si potřebnou lokalitu. Musíme si uvědomit, že každý K/P má jiné vnímání pro rozsah a lokalizaci doteku a dle toho bychom se měli řídit. [3]

Doteky poskytované dle konceptu snižují pocit strachu a nejistoty. To je zapříčiněno používáním iniciálního doteku. Dáváme tím nemocnému najevo, kdy začíná a končí naše přítomnost a činnost u něho. Mezi vhodná místa iniciálního doteku patří rameno, paže a ruka. Poskytované doteky by měli vycházet z biografické anamnézy. Je nutné, aby o zavedení iniciálního doteku byli informováni všichni, kdo přijdou s K/P do styku. Vhodné je také označení u lůžka nemocného (obr. 5). [4]



Obrázek 5 - Cedule pro iniciální dotek [2]

Je důležité si uvědomit doteky, které jsou pro K/P matoucí, nekvalitní a vyvolávají chaos. Proto je nutné dodržovat základní pravidla pro poskytnutí kvalitního doteku.

Základní pravidla poskytovaného doteku:

1. Omezíme doteky krátkodobé a letmé.
2. Omezíme nekvalitní doteky.
3. Omezíme uspěchané činnosti vykonávané u K/P.
4. Dotek musí být klidný a poskytnut celou plochou ruky.
5. Tlak ruky musí být konstantní.
6. Ritualizovat používání iniciálního doteku. [3]

5 Biografická anamnéza

Biografická anamnéza tvoří základnu pro adekvátní komunikaci s nemocným a je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Pro odebrání anamnézy musíme K/P dobře znát a vytvořit vhodné podmínky pro sběr informací. Informace získáváme od K/P či rodinných příbuzných.

Pro integraci bazální stimulace do péče je důležitá znalost zvyků, životních návyků a prožitků K/P. Každý člověk je individuální bytost, která má vlastní autonomii. Autonomie znamená „*nezávislost, samostatnost, samostatné rozhodování*“ (Kolektiv autorů, 1995, s. 84), které bychom měli respektovat. [2]

Pokud chceme hovořit o holistickém pojetí ošetrovatelské péče, tak bychom měli vědět, že péče o K/P a práce s biografií jsou ve vzájemném vztahu a umožňují volit intervence, které zohledňují jeho individualitu. [6]

V příloze č. 1 můžete zhlédnout vzorovou předlohu pro vytvoření biografické anamnézy.

6 Jednotlivé prostředky bazální stimulace

Bazální stimulace využívá různých druhů stimulací, kterými se snaží co nejlépe rozvíjet vnímání nemocného. Výběr technik se odvíjí od reakce K/P a od kreativity zdravotnického personálu.

Pokud je prostředí málo podnětné, redukuje se přísun informací k nemocnému. Dochází ke změně vnímání tělesného obrazu, identity a svého okolí. Tento proces nazýváme jako degenerativní habitace, kdy si K/P zvykne na jednotvárné prostředí. Proto je nutné poskytovat jednotlivé druhy stimulací a předcházet tomuto stavu. [3]

Prvky konceptu bazální stimulace dělíme na základní a nadstavbové.

Prvky základní:

- somatická stimulace
- vestibulární stimulace
- vibrační stimulace

Prvky nadstavbové:

- optická stimulace
- auditivní stimulace
- taktilně-haptická stimulace
- olfaktorická stimulace
- orální stimulace [2]

Zmíním se zde pouze okrajově o jednotlivých stimulacích, jelikož přesný postup se může učit pouze pod dozorem kvalifikovaného lektora. Mým cílem je zde popsat, jak může zdravotnický personál pečovat o K/P v konceptu BS a navázat s ním kvalitní komunikaci.

Před každou stimulací bychom si za pomoci rodiny měli zvolit místo pro provádění tzv. iniciálního doteku, mělo by to být místo, které je dobře dostupné pro kteréhokoliv člověka viz příloha 3. Naše ruce by měly být pokud možno ohřáté na teplotu těla, studené ruce by mohly navodit nepříjemné pocity K/P.

6.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace nám poskytuje vjemy z povrchu těla, ale také z hlubších tělesných struktur. Působíme na receptory chladu, tepla, doteku a bolesti, které jsou uloženy v kůži. Vnímání tělesného schématu se začíná vyvíjet již v 8. týdnu prenatálního vývoje, kdy plod vnímá tlak stěny uteru, tlak plodové vody na svém těle anebo vykonává vlastní pohyby. [2,4]

Jednotlivé prvky somatické stimulace:

- celková zklidňující koupel
- celková povzbuzující koupel
- neurofyziologická koupel
- rozvíjející koupel
- diametrální koupel
- polohování – mumie, hnízdo, mikropolohování
- masáž stimulující dýchání (MSD)
- kontaktní dýchání [4]

Jak z mého výzkumu vyplynulo, tak somatická stimulace patří mezi nejpoužívanější. Je to dáno tím, že se skládá z více prvků, které je možno využít v praxi.

Často užívané jsou koupele, které provádíme v době ranní či večerní hygieny nebo kdykoliv je to možné. Nejprve by personál měl zhodnotit stav K/P, tím je myšleno, jestli je spíše klidný či aktivní typ.

Pokud se budeme snažit K/P spíše povzbudit při ranní hygieně, využijeme stimulaci povzbuzující, kdy klienta nabudíme do celého dne. Stimulace probíhá proti chlupu, tedy od periferie k centru, viz příloha č. 3. Využití je vhodné například u geriatrických klientů, kteří bývají více utlumeni v důsledku jejich věku, nemoci, ale také v důsledku léků, které užívají.

Stimulaci zklidňující je vhodné využít spíše u rozrušených a neklidných K/P, vhodná je také u hyperaktivních dětí. Využití je možné v kterékoli denní době. Velký efekt jsem zaznamenala při využití této stimulace ve večerních hodinách. Směr stimulace probíhá po chlupu, viz příloha č. 3.

Neurofyziologickou stimulaci je vhodné využít u K/P, kteří mají paretické či plegické poranění pohybového aparátu. U nich je stimulace založena na uvědomění si postižené části končetiny. Stimulovat můžeme buď při koupeli, anebo jen za použití krému zahřátého na teplotu těla, který nanášíme na tělo K/P ve směru od zdravé části těla směrem k postižené. Pokud je to možné a oddělení to dovoluje, je vhodné využít zrcadlo, které postavíme před K/P, a on může přímo sledovat směr stimulace. Ještě větší efekt má asistovaná stimulace, kdy vedeme ruku klienta po jeho těle.

On se snaží uvědomit si svoji vlastní ruku, ruku pečujícího (terapeuta) a ještě to může podpořit vizuálně za pomoci zrcadla.

Diametrální stimulaci je vhodné využít u klientů, kteří mají spastický typ poruchy pohybového aparátu. Často se jedná o K/P ve vigilním stavu, kteří mají dekortikační lézi. Projevem je postupný spasmus končetin s následnými trvalými kontrakturami. Principem je protichůdný tah na končetinách, kdy se snažíme pomalým a klidným dotekem o narovnání končetin, prstů viz příloha č. 3. Vždy bychom měli kopírovat spastickou končetinu. Můžeme si občas všimnout, že K/P rukou uhýbají, což může být dáno také tím, že cítí bolest. Cvičení a rehabilitace velmi často bolí, ale to by nemělo platit v bazální stimulaci. Stimulace by měly být pro klienta příjemné a neměly by u něj vyvolávat negativní pocity.

Při všech stimulacích je nutný slovní doprovod, jímž podpoříme uvědomění si činnosti, které K/P cítí na svém těle.

Pokud chceme zkvalitnit a zpříjemnit prožitek K/P stimulujeme za použití froté ponožek, které si navlékneme na ruce. Dále je nutné se chránit, a proto bych doporučila pod froté ponožky navléknout rukavice, viz příloha č. 3.

Dalším prvek, který se dá využít, je masáž stimulující dýchání. Tu využíváme u klientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, po operaci na plicích, jako prevence pneumonie, ale také u K/P trpících demencí. Stimulací se snažíme navodit klidné a hluboké dýchání. Naše kruhové pohyby s mírným tlakem povedou k uvolnění hlenu v dýchacích cestách, viz příloha č. 2. Pokud máme zkušenosti i s jinými rehabilitačními technikami je vhodné stimulace doplnit například o míčkování, atd.

Polohování je velmi praktický a důležitý prvek, který je vhodné využít i v prevenci dekubitů. Napolohovat K/P můžeme vleže, vsedě, na boku, variabilita je různá. Velmi vhodné je využít těchto prvků u ležících K/P, kdy nejenomže vypoďložíme tu část těla, kde je to nutné, ale vymežíme hranice těla, čímž dodáme pocit bezpečí a klidu.

Z polohování můžeme využít polohu mumie, která je vhodná spíše u neklidných a agresivních K/P. K polohování můžeme využít deku či prostěradlo, do kterého klienta zabalíme, viz příloha 6.

Klienta můžeme uložit také do polohy hnízdo. Využijeme buď speciální polohovací pomůcky, nebo srolovanou deku, kterou obložíme tělo pacienta, viz příloha č. 6. Variabilita polohování je opět různá. Tato poloha se mi osvědčila u klientů neklidných a v terminálním stadiu.

Mikropolohování se využívá u K/P, u kterých chceme vychýlit tělo pouze o několik stupňů.

6.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace je stimulace rovnovážného ústrojí způsobená změnami poloh a pohybu. Vyvíjí se již od 16. týdne intrauterinního vývoje. Využívá se u K/P imobilních, s hlubokou mentální retardací, na UPV či ve vigilním koma. [2]

Recepčním orgánem je statokinetické čidlo, které je uloženo v kostěném labyrintu. Obsahuje tři polokruhovitě kanálky, které mají funkci kinetického čidla a dva blanité váčky (utríkulus a sakulus), které jsou statickým čidlem. Polokruhovitě kanálky obsahují endolymfu, která nás informuje o změně polohy a pohybu. [14]

Vestibulární stimulaci vidím v praxi velmi často, ale jak vyplynulo z výzkumu, patří tato stimulace k méně užívaným. Dle mého názoru je to dáno tím, že respondenti si neuvědomují podstatu těchto činností. Pouhé vysazování do křesla, polohování na lůžku a zvedání záhlaví jsou důležité stimuly pro vestibulární aparát. Pokud je K/P trvale upoután na lůžko, pak by tato stimulace měla být o to intenzivnější. Je vhodné provádět jemné pohyby hlavou na lůžku nebo vychýlíme lůžko ze stereotypního umístění v místnosti.

6.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace působí na kožní receptory pro vnímání vibrací (Vater-Paciniho tělíška) a receptory hluboké citlivosti, mezi které můžeme zařadit proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kloubů a kostí. [4]

Vyvíjí se spolu se somatickým vnímáním ve velmi rané fázi embryonálního vývoje, kdy plod cítí pulzování srdce matky, žaludeční a střevní peristaltiku či jiné zvuky. [2]

U vibrační stimulace můžeme využít různých podnětů, za pomoci kterých navážeme komunikaci s K/P. Už jen polohovací antidekubitární lůžko působí vibrace na tělo klienta a on je vnímá jako lehké chvění. Využívají se různé vibrující hračky či pomůcky, které vkládáme do rukou. Je vhodné oslovit rodinu a na základě anamnézy získat jeho osobní pomůcky. Pokud to oddělení či pobytové zařízení dovolí, je možné užití domácích mazlíčků, které nejen že přenáší teplo, příjemný pocit při doteku,

ale hlavně chvění a vibrace, viz příloha č. 6. Mechanickou vibraci za pomoci vlastních rukou využíváme buď samostatně, nebo je vhodné ji integrovat při provádění povzbuzující stimulace.

6.4 Optická stimulace

Naším nejdůležitějším smyslem je zrak, získáváme s ním až 90% všech informací. Receptory zraku jsou světločivé buňky, tyčinky a čípky a jsou umístěny na sítnici. Čípky nám zajišťují barevné vidění a vidění detailů, zatím co tyčinky umožňují vidění černobílé. [14]

Jak z výzkumu vyplynulo, optická stimulace patří mezi často užívané stimulace. Vždy vycházíme ze zdravotního stavu K/P, kdy podáváme takové stimuly, které jsou klientovi nejbližší. Jiné prvky uijeme u geriatrického klienta, dítěte či K/P ve vigilním komatu. U dětí jsou vhodné obrázkové knížky, obrázky, které umístíme buď na dosah dítěte či do jeho zorného pole. U geriatrických klientů zhodnotíme zdravotní, mentální a sociální stav. Nikdy nesmíme zapomínat na brýle. To je základ pro navázání veškeré komunikace. Při stimulaci využíváme obrázky, které měl K/P doma, fotografie jeho blízké osoby, různé nástěnné předměty.

Pokud máme problémy ve verbální komunikaci je vhodné užití piktogramů, které zprostředkují neverbální komunikaci a umožní jim zúčastnit se komunikace. Pomocí piktogramů může K/P sdělit svému okolí pocity, zážitky a potřeby, může předávat různé příkazy či varování. [12]

Ukázka piktogramů, viz příloha č. 5.

6.5 Auditivní stimulace

Auditivní stimulace je založena na podpoře sluchového vnímání. Zvukové vlny rozkmitají bubínek, kmity jsou přeneseny na kladívko, kovadlinku a třmínek a dále směrem k oválnému okénku vnitřního ucha. Odtud je chvění přeneseno na tekutinu ve vnitřním uchu (endolymfu, perilymfu), která stimuluje Cortiho orgán. [14]

Komunikaci je vhodné podpořit iniciálním dotekem, kdy jasně dáme K/P najevo, že s ním komunikujeme. Měli bychom se snažit při komunikaci minimalizovat veškeré rušivé elementy okolního prostředí a podávat klientovi jen jasné informace. [5]

Auditivní stimulace také patří mezi často užívané stimulace. V praxi se nejčastěji používá přehrávačů s hudbou či rádio.

Nejpřirozenější stimulace je hlasem blízké osoby, proto je nutné integrovat rodinu, která s naprostou přirozeností komunikuje s K/P. Komunikace je nutná i ze strany zdravotnického personálu, který je nejčastěji u klienta při poskytování péče.

6.6 Taktilně-haptická stimulace

Taktilně-haptickou stimulací podporujeme a rozvíjíme oblast hmatu. Nemocnému umožňujeme, aby pocítil dotek, tlak, napětí, natažení, teplo, chlad, vibrace a další. [2]

Lidská ruka je důležitým prostředkem komunikace a díky ní můžeme rozpoznávat jednotlivé předměty zevního prostředí. Pokud má K/P nedostatek taktilně-haptických podnětů, tak je často neklidný a velice aktivní ve vytahování důležitých vstupů. Nejčastěji tahá za močovou cévku, drény či jiné invazivní vstupy, trhá plenkové kalhotky nebo si hraje s vlastní stolicí. [2,5]

U taktilně haptické stimulace využíváme pomůcky či předměty o kterých víme, že je K/P používal při denních činnostech. Míjíme tím např. věci připomínající určité činnosti. Při ranní hygieně nejprve K/P seznámíme s pomůckami. Necháme mu je pořádně osahat. Takto to provádíme u každé činnosti spojené s mytím, podáváním stravy či péčí o klienta. Rodina může donést také věci, které využíval v práci. Pokud je to možné a K/P měl doma nějakého zvířecího mazlíčka, tak je vhodné ho integrovat do péče. Při doteku klient zapojuje nejen taktilně-haptické prvky, ale také prvky optické a vibrační. Bohužel s tím jsem se zatím v praxi nesetkala.

6.7 Olfaktorická stimulace

Stimulace čichu není často prováděnou stimulací. Avšak tato stimulace nám nezabere žádný čas navíc oproti normální péči. Stačí ji jen včlenit do normálního chodu dne. Například při koupeli nejprve necháme K/P přičichnout ke kosmetickým prostředkům, než je použijeme. To samé provádíme při podávání stravy, kdy nejprve K/P ukážeme, co mu podáváme, a necháme ho přičichnout. Tímto upevňujeme komplexní uvědomování všech činností a podáváme mu ucelený obraz o jednotlivých vjemech.

6.8 Orální stimulace

Naše chuť je důležitá oblast, která představuje nejcitlivější a na vnímání neaktivnější zónu. Naše ústa umožňují vnímat chuť, vůni a konzistenci přijímané stravy. Neslouží však pouze a jenom k příjmu stravy, ale také ke komunikaci, k dýchání, někdy jako pracovní nástroj či k polibkům. [5]

Počátky orální stimulace jsou již v embryonálním období, kdy dítě si od 9. týdne dumlá svůj palec. Vlastní příjem stravy můžeme rozdělit na fázi preorální a orální. V preorální fázi se kombinuje vnímání taktilně-haptické, vizuální, čichové a gustační. Při orální stimulaci již zprostředkováváme a stimulujeme vnímání chuti K/P. [5]

Orální stimulaci využíváme u K/P, kteří mají problém s příjmem stravy nebo nemohou přijímat stravu vůbec. Pokud je klient na umělé výživě aplikované i. v nebo má zavedený PEG či je v terminálním stádiu, je tato stimulace na místě. U takovýchto K/P zvolíme tekutiny, které měl rád, poté mu potíráme rty či vlastní dutinu ústní. Pokud cíleně reaguje například olíznutím, jsou tím podporovány také svaly v orofaciální oblasti. Dále jsou vhodné cucací váčky, do kterých vkládáme kousek poživatiny (čokoláda, ovoce), které ze sebe postupně uvolňují chuť, čímž dáváme K/P alespoň podobné stimuly připomínající příjem stravy, viz příloha č. 4.

7 Význam rodiny

Rodina má nenahraditelný význam v péči o K/P. Důležitost je o to větší v konceptu bazální stimulace, kdy rodina ví nejvíce informací o klientovi, a to uplatňujeme ve sběru biografické anamnézy. Můžeme sestavit plán, který je klientovi „šitý na míru“ a o kterém víme, že nebude vyvolávat zbytečné negativní reakce při poskytované péči.

Zapojení rodiny do aktivní ošetrovatelské péče je také důležitý faktor, který určuje úspěšnost a kvalitu péče. Snažíme se o osvojení základních prvků, které využijí při komunikaci s rodinným příslušníkem.

U K/P, kteří přestávají zvládat základní činnosti, by měla rodina být tím, kdo informuje příslušné orgány domácí péče, či dopomůže v základních činnostech.

Je důležité říci, že správně fungující rodina dodá K/P pocit jistoty, bezpečí, pochopení, klidu a správný impulz a optimismus do dalších let.

Charakteristika pracovišť

7.1 ARO

Anesteziologicko – resuscitační oddělení je oddělení intenzivní medicíny, na které jsou přiváženi K/P ve velmi vážném až kritickém stavu. Většinou jim selhává jedna či více základních životních funkcí. Tyto pacienti potřebují monitoraci po dobu 24 hodin.

Poskytovaná péče je velmi specifická a liší se od běžných oddělení. Personál zde pečuje o klienty na UPV, s invazivními vstupy na monitoraci krevního tlaku, srdečních oddílů, intrakraniálního tlaku a mnoho dalších.

Jsou zde přijímány zdravotní sestry, které mají specializaci ARIP či vzdělání sestry pro intenzivní péči. Lékaři musí mít také atestaci v oboru intenzivní medicína.

7.2 LDN

Léčebna dlouhodobě nemocných je zdravotnická instituce, která poskytuje pacientům následnou a rehabilitační péči pro doléčení akutního onemocnění, či chronických obtíží. Velmi často také poskytuje paliativní péči K/P s nepříznivou prognózou.

Tato zařízení se snaží připravit a co nejdříve vrátit K/P do domácího prostředí. Velmi často spolupracují se sociální a domácí službou. Velký potenciál v péči zde může mít také rodina, která se může starat o K/P v domácím prostředí.

7.3 Dům seniorů

Domov seniorů je zařízení, které je určeno převážně pro starší spoluobčany, jelikož naše populace stárne, tak i tyto zařízení nabývají na významu. Klient se sem může přihlásit sám či za pomoci rodiny.

Domovy pro seniory patří mezi sociální zařízení, většinou mají k dispozici velké množství služeb. Organizují vzdělávací a aktivizační programy, poskytují zdravotní a ošetrovatelskou péči, snaží se zprostředkovat kontakt se společenským prostředím.

8 Metodika

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit úroveň znalostí o konceptu bazální stimulace, praktické využití a důvody nedostatečné integrace do každodenní ošetrovatelské péče.

K tomuto šetření jsem použila techniku sběru dat pomocí dotazníku. Dotazník je standardizovaný soubor otázek. Principem je nepřímé dotazování respondentů pomocí předem vytvořeného formuláře. [1]

Výhodou této metody je rychlý sběr dat v krátké době. Nevýhodou je možnost nepravdivých odpovědí a neochota respondentů k vyplňování.

Dotazník s názvem „*Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestra – K/P*“ jsem distribuovala cíleně na tyto pracoviště:

ARO:

- Panochova nemocnice Turnov, s.r.o.
- Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
- Krajská nemocnice Liberec, a.s.
- Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.
- Masarykova městská nemocnice Jilemnice

Dům seniorů:

- Jindřichovice pod Smrkem, p.o.
- Františkov – Liberec, p.o.
- Pohoda Turnov
- Český Dub, p.o.

LDN:

- Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
- Krajská nemocnice Liberec, a.s.
- Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.

V těchto zařízeních jsem podala písemnou žádost nebo jsem se osobně dohodla s hlavními či vrchními sestrami, které mi tuto distribuci schválily, viz příloha č. 8, 9.

Nejprve jsem provedla pilotní studii s 10 dotazníky. Na základě uvedeného kontaktu jsem dostala podnětné informace pro další zpracování a dokončení konečné podoby.

Celé šetření bylo provedeno v měsíci srpnu a září roku 2008.

Dotazník byl zcela anonymní, s příložením obálky pro vložení dotazníku. Obsahoval 23 položek, které byly předem připraveny a seřazeny dle smysluplnosti. Prvních 20 otázek se vztahuje přímo k problematice bazální stimulace, otázky č. 21-23 jsou otázky demografické. Úmyslně jsem tyto otázky zařadila až nakonec mého dotazníku, jelikož jsem nechtěla respondenty zbytečně zatížit obecnými otázkami. Použila jsem otázky uzavřené, polouzavřené a filtrační. Celková návratnost činila 187 dotazníků (86,98%)

a k analýze dat bylo využito 182 dotazníků (84,65%).

Ke zpracování získaných dat jsem využila programu Microsoft Office Excel 2007.

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila 3 cíle a vztahujících se 6 hypotéz. K prvnímu cíli, ve kterém se snažím zjistit úroveň znalostí o konceptu a realizaci v praxi se vztahují 2 hypotézy. K 1. hypotéze se vztahuje otázka č. 2 a 4, ke 2. hypotéze se vztahuje otázka č. 1. V druhém cíli se snažím zjistit důvody nedostatečné integrace do péče. Zde jsem si stanovila 3. hypotézu, ke které se vztahuje otázka č. 11 a pro 4. hypotézu otázka č. 16. K poslednímu cíli jsem stanovila pro 5. hypotézu otázku č. 5 a pro 6. hypotézu otázku č. 9.

Výsledky šetření jsem vyjádřila pomocí absolutní a relativní četnosti.

9 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Celkem jsem rozdala 215 dotazníků, viz příloha č. 7, na výše zmíněná pracoviště. Celková návratnost činila 187 (86,98%). Následně vyřazených dotazníků pro neúplné či nelogické odpovědi bylo 5. Ke zpracování jsem tedy využila 182 dotazníků (84,65%). Ke každé otázce jsem vytvořila tabulku, grafy jsou přiřazeny pouze k otázkám, které se vztahujícím k hypotézám. Tím jsem chtěla docílit přehlednosti a předejít zbytečnému zahlcení textu.

Odpovědi jsou vyjádřeny v absolutní či relativní četnosti. Při vyplňování jsem se setkala se vstřícností a ochotou a neměla jsem problém s návratností.

9.1 Charakteristika respondentů

Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Zařízení	Pohlaví					
	Žena		Muž		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	63	96,92%	2	3,08%	65	100,00%
LDN	53	100,00%	0	0,00%	53	100,00%
Dům seniorů	61	95,31%	3	4,69%	64	100,00%
Celkem	177	97,25%	5	2,75%	182	100,00%

Z celkového počtu dotazovaných byly nejvíce zastoupeny ženy a to v poměru 177 (97,25%) ku 5 (2,75%) mužům viz tabulka č. 1. Tento nepoměr můžeme sledovat ve zdravotnictví po celé České republice. Nejvíce mužů odpovídalo v Domově pro seniory Františkov, Jindřichovice pod Smrkem a na oddělení akutní medicíny v Jablonci nad Nisou a v České Lípě.

Tabulka č. 2: Kolik je Vám let?

Věkové rozhraní	Věk							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Méně než 19	0	0,00%	0	0,00%	1	1,56%	1	0,55%
20 - 29	34	52,31%	7	13,21%	7	10,94%	48	26,37%
30 - 39	20	30,77%	6	11,32%	21	32,81%	47	25,82%
40 - 49	8	12,31%	17	32,08%	23	35,94%	48	26,37%
50 - 59	3	4,62%	20	37,74%	12	18,75%	35	19,23%
60 a více	0	0,00%	3	5,66%	0	0,00%	3	1,65%
Celkem	65	100,00%	53	100,00%	64	100,00%	182	100,00%

Věkové intervaly jsou na jednotlivých pracovištích různé. Je to dáno náročností povolání, mírou stresu a skladbou pacientů. Z tabulky č. 2 je patrné, že respondenti ve věku 20-29 let se nejvíce vyskytují na oddělení akutní medicíny. Naopak ve věku 50-59 let jsou nejvíce zaměstnány v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory.

Tabulka č. 3: Jaká je Vaše profese?

Profese	Profese							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Ošetřovatel/ka	1	1,54%	10	18,87%	43	67,19%	54	29,67%
Všeobecná sestra	25	38,46%	34	64,15%	9	14,06%	68	37,36%
Všeobecná sestra se specializací či vysokoškolským vzděláním	39	60,00%	3	5,66%	3	4,69%	45	24,73%
Lékař/ka	0	0,00%	0	0,00%	1	1,56%	1	0,55%
Rehabilitační pracovník/ce	0	0,00%	6	11,32%	3	4,69%	9	4,95%
Sociální pracovník/ce	0	0,00%	0	0,00%	4	6,25%	4	2,20%
Jiné	0	0,00%	0	0,00%	1	1,56%	1	0,55%
Celkem	65	100,00%	53	100,00%	64	100,00%	182	100,00%

Každá z uvedených profesí zde má své zastoupení. Nejvíce respondentů 68 (37,36%) pochází z řad všeobecných sester a 54 (29,67%) z řad ošetřovatelek. Velkou část tvoří také všeobecné sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním 45 (24,73%). Tyto sestry se vyskytují hlavně na oddělení ARO, kde se od nich vyžaduje co nejvyšší vzdělání, které dokáží uplatnit ve své profesi. Z tabulky č. 3 vyplývá, že vysokoškolsky vzdělané sestry jsou ve velké míře zaměstnány na oddělení akutní péče.

Své zastoupení zde mají také rehabilitační 9 (4,95%) a sociální pracovníci 4 (2,20%). Překvapující zjištění pro mě bylo, že sociální pracovníci také integrují prvky konceptu. Tito pracovníci se nejvíce vyskytují v domovech pro seniory, kde se koncept uplatňuje nejvíce.

Bohužel pouze jeden lékař se zúčastnil celého výzkumu.

Pouze jedna z dotazovaných označila odpověď jiné, kde uvádí, že je animátorkou.

9.2 Otázky vztahující se k bazální stimulaci

Tabulka č. 4: Jak jste informován/a o konceptu bazální stimulace?

Zařízení	Informovanost o konceptu bazální stimulace									
	Plně informován/a		Částečně informován/a		Pouze slyšel/a		Nikdy neslyšel/a		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	15	23,08%	29	44,62%	19	29,23%	2	3,08%	65	100,00%
LDN	8	15,09%	24	45,28%	12	22,64%	9	16,98%	53	100,00%
Dům seniorů	18	28,13%	37	57,81%	8	12,50%	1	1,56%	64	100,00%
Celkem	41	22,53%	90	49,45%	39	21,43%	12	6,59%	182	100,00%

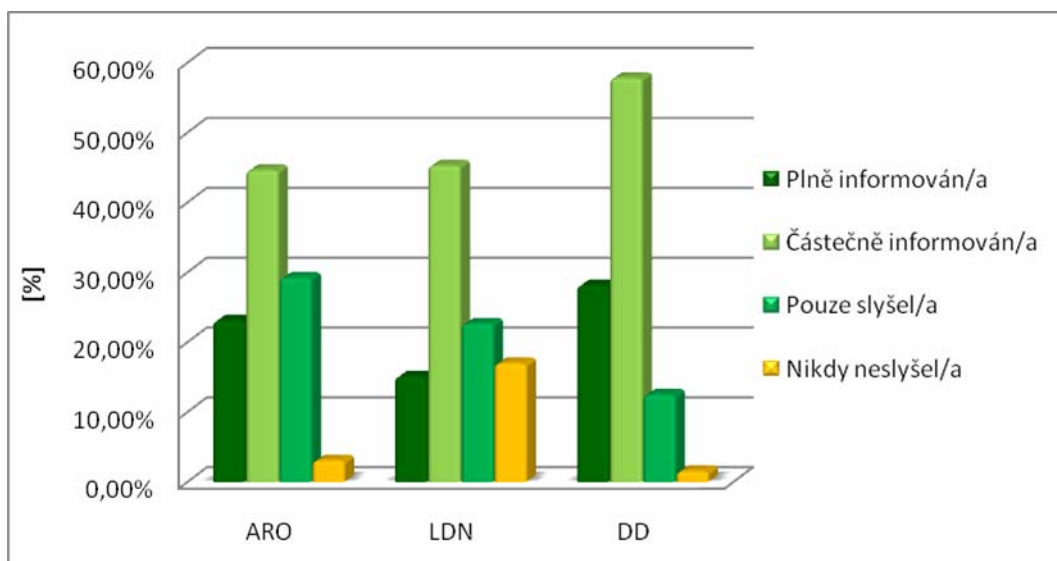
Tabulka č. 4 poukazuje na informovanost respondentů o konceptu bazální stimulace. Na tuto otázku odpovídalo všech 182 dotázaných, kde měli označit pouze jednu odpověď.

Jak si můžeme všimnout, tak informovanost o konceptu bazální stimulace je velmi dobrá. Převládá názor částečné informovanosti, který potvrzuje 90 respondentů (49,45%). Pouze 12 respondentů (6,59%) o konceptu nikdy neslyšelo.

Nejvíce informováni jsou v domovech pro seniory, zde je plně informováno 18 respondentů (28,13%) a částečně 37 (57,81%).

Uvedený obrázek č. 6 přímo koreluje z daty obsaženými v tabulce č. 4. Zde je jasně a přehledně vyznačeno, jak jsou respondenti seznámeni s konceptem.

U této otázky jsem se domnívala, že budou respondenti spíše nedostatečně informováni, což se mi nepotvrdilo a byla jsem příjemně překvapena.



Obrázek č. 6 graf: Informovanost o konceptu

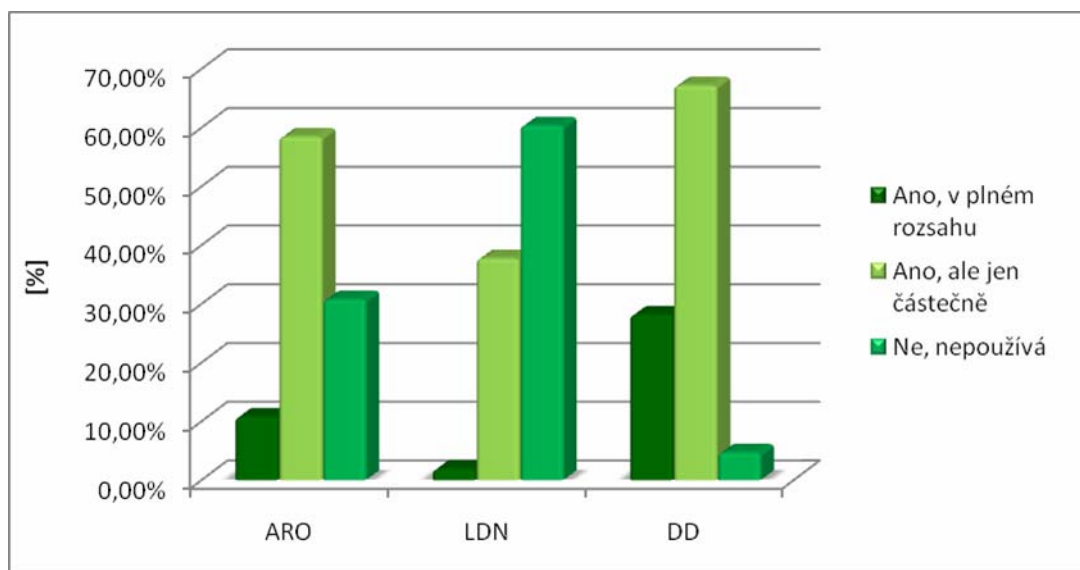
Tabulka č. 5: Používá se na Vašem oddělení bazální stimulace?

Zařízení	Používání bazální stimulace na oddělení							
	Ano, v plném rozsahu		Ano, ale jen částečně		Ne, nepoužívá		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	7	10,77%	38	58,46%	20	30,77%	65	100,00%
LDN	1	1,89%	20	37,74%	32	60,38%	53	100,00%
Dům seniorů	18	28,13%	43	67,19%	3	4,69%	64	100,00%
Celkem	26	14,29%	101	55,49%	55	30,22%	182	100,00%

Zde jsem se pokoušela zjistit, jestli se bazální stimulace využívá na oddělení. Respondenti zde mohli označit pouze jednu odpověď.

S konceptem bazální stimulace pracuje na svém pracovišti v plném rozsahu 26 respondentů (14,29%). Částečně využívá tento koncept 101 dotázaných (55,49%) a 55 (30,22%) vůbec péči tímto způsobem neprovádí, viz tabulka č. 5. Nejvíce se používá v domovech pro seniory (Jindřichovice pod Smrkem a Františkov), a nejméně se s ní setkáme na oddělení LDN.

Na obrázku č. 7 je patrné využití tohoto konceptu na jednotlivých odděleních.



Obrázek č. 7 graf: Používání bazální stimulace na oddělení

Tabulka č. 6: Jste absolventem/kou certifikovaného kurzu bazální stimulace, případně jakého?

Zařízení	Absolvent certifikovaného kurzu							
	Ano, základní		Ano, základní i nadstavbový		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	16	24,62%	0	0,00%	49	75,38%	65	100,00%
LDN	5	9,43%	0	0,00%	48	90,57%	53	100,00%
Dům seniorů	13	20,31%	10	15,63%	41	64,06%	64	100,00%
Celkem	34	22,92%	10	5,21%	138	71,88%	182	100,00%

Absolvováním certifikovaného kurzu získá účastník odbornou způsobilost pro používání tohoto konceptu.

Z tabulky č. 6 je patrné, že 34 dotázaných (22,92%) má základní kurz bazální stimulace, 10 (5,21%) má certifikát základní i nadstavbový a bez kurzu je 138 (71,88%) respondentů.

Zde vidím nepoměr hlavně při vyhodnocení tabulky č. 5, kde většina respondentů uvádí, že alespoň částečně využívá bazální stimulaci.

Je to dáno nejspíš popularitou tohoto konceptu a tím, že dostupnost informací je velmi dobrá. Předpokládám, že respondenti získávají informace prostřednictvím internetu, odborných časopisů, studií a od ostatních kolegů, kteří prošli kurzem.

Tabulka č. 7: Integrujete bazální stimulaci do péče o klienta/pacienta?

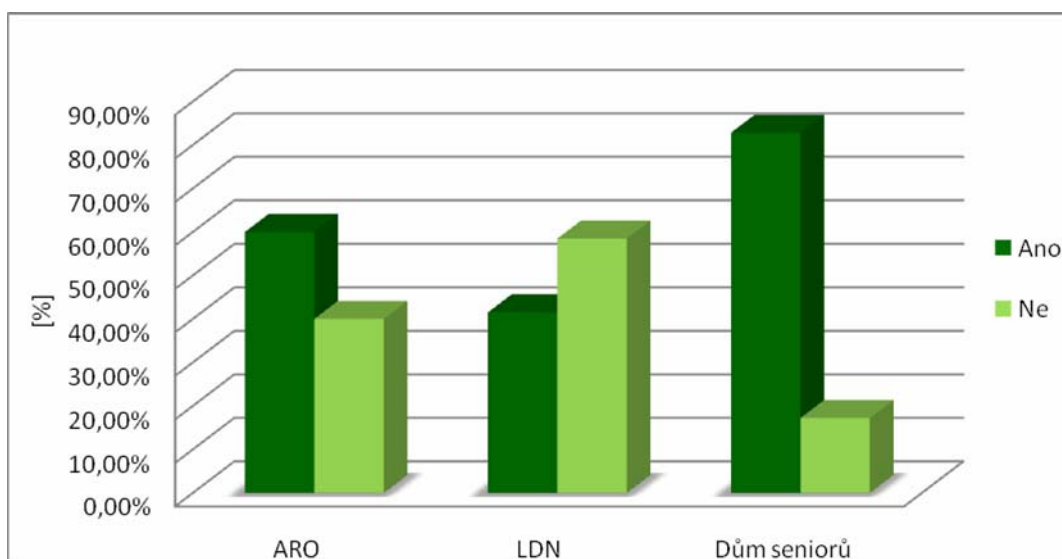
Zařízení	Integrace bazální stimulace do péče					
	Ano		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	39	60,00%	26	40,00%	65	100,00%
LDN	22	41,51%	31	58,49%	53	100,00%
Dům seniorů	53	82,81%	11	17,19%	64	100,00%
Celkem	114	62,64%	68	37,36%	182	100,00%

Tato otázka byla zaměřena přímo na respondenty, kteří měli uvést, jestli využívají stimulaci u K/P.

Tabulka č. 7 poukazuje na začlenování bazální stimulace do péče, kterou potvrzuje 114 respondentů (62,64%) a 68 (37,36%) uvádí, že neintegruje stimulaci do péče o K/P. Nejvíce je integrována v domovech pro seniory a to 53 respondenty (82,81%). Nejméně na odděleních pro dlouhodobě nemocné a to 22 dotázanými (41,51%).

S uvedenými výsledky jsem spokojena, jelikož jsem předpokládala, že na jednotlivých odděleních se sestry s tímto konceptem setkávají minimálně.

Obrázek č. 8 ukazuje rozdíl v integraci na jednotlivých odděleních.



Obrázek č. 8 graf: Integrace bazální stimulace do péče

Tabulka č. 8: S jakými reakcemi klienta/pacienta se při používání bazální stimulace setkáváte častěji?

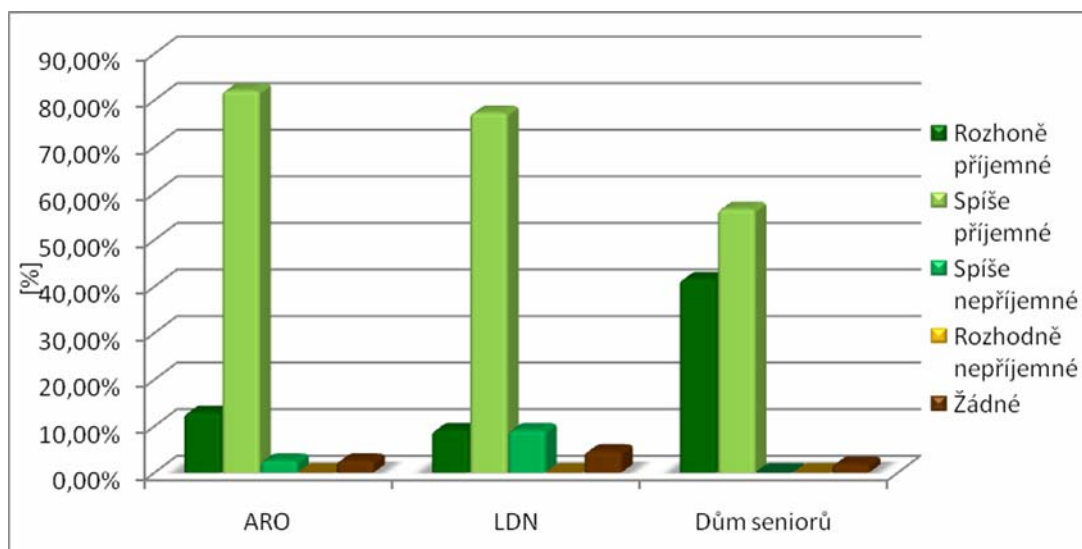
Zařízení	Reakce K/P na bazální stimulaci											
	Rozhodně příjemné		Spíše příjemné		Spíše nepříjemné		Rozhodně nepříjemné		Žádné		Celkové reakce	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	5	12,82%	32	82,05%	1	2,56%	0	0,00%	1	2,56%	39	100,00%
LDN	2	9,09%	17	77,27%	2	9,09%	0	0,00%	1	4,55%	22	100,00%
Dům seniorů	22	41,51%	30	56,60%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,89%	53	100,00%
Celkem	29	25,44%	79	69,30%	3	2,63%	0	0,00%	3	2,63%	114	100,00%

Tuto otázku jsem záměrně položila, jelikož, mě zajímala reakce K/P na probíhající stimulaci, kterou respondent navazuje komunikaci s K/P.

Na tuto otázku a otázky následující odpovídali pouze respondenti, kteří integrují bazální stimulaci do péče. Z celkového počtu 114 dotazovaných odpovědělo 29 respondentů (25,44%), že reakce jsou rozhodně příjemné, spíše příjemné uvádí 79 (69,30%) dotázaných. Nepříjemné či žádné reakce jsou zde uvedeny minimálně.

Na základě těchto výsledků si myslím, že sestry jsou schopny navázat komunikaci pomocí tohoto konceptu, jelikož i negativní či žádná reakce je způsobem komunikace. Jak uvádí prof. Jaro Křivohlavý „není možno nekomunikovat“ (Křivohlavý, 1988, s. 14).

Obrázek č. 9 zřetelně ukazuje největší zastoupení spíše příjemných reakcí nad ostatními.



Obrázek č. 9 graf: Reakce K/P na bazální stimulaci

Tabulka 9: S kterými příjemnými pocity se nejčastěji setkáváte? (lze uvést více možných odpovědí)

Reakce K/P	Nejčastější příjemné pocity K/P							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Mžikání očima	10	11,24%	5	13,51%	8	6,96%	23	9,54%
Hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení	4	4,49%	3	8,11%	10	8,70%	17	7,05%
Otvírání očí a úst	21	23,60%	3	8,11%	8	6,96%	32	13,28%
Pousmání, úsměv	21	23,60%	13	35,14%	36	31,30%	70	29,05%
Uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů	24	26,97%	9	24,32%	32	27,83%	65	26,97%
Klidné pohledy do okolí	9	10,11%	4	10,81%	21	18,26%	34	14,11%
Jiné	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	89	100,00%	37	100,00%	115	100,00%	241	100,00%

U této otázky nebyli respondenti limitováni počtem odpovědí. Celkově uvedli 241 odpovědí.

Tato otázka navazuje na otázku předcházející, kdy jsem chtěla zjistit podrobnější informace o pozitivních reakcích K/P na stimulaci.

Nejvíce reakcí klienta 115 uváděli v domovech pro seniory, jak již vyplývá z předešlých výsledků, zde se integruje péče nejvíce. Mezi nejčastější reakce respondenti uvedli pousmání, usměv 70 odpovědí (29,05%) a uvolnění svalového tonu a mimiky 65 odpovědí (26,97%). Tabulka č. 9 ukazuje, že nejméně jsou zastoupeny reakce typu hluboký dech, vzdychání, sténání 17 odpovědí (7,05%) a mžikání očima 23 odpovědí (9,54%).

Výsledky jasně potvrzují přínos do ošetrovatelské péče.

Tabulka č. 10: S kterými nepříjemnými pocity se nejčastěji setkáváte? (lze uvést více možných odpovědí)

Reakce K/P	Nejčastější nepříjemné pocity K/P							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Zavírání očí a úst, blednutí	7	8,14%	0	0,00%	3	4,11%	10	5,10%
Neklidné, nepravidelné dýchání	20	23,26%	3	8,11%	3	4,11%	26	13,27%
Pláč, křik, sténání	3	3,49%	10	27,03%	8	10,96%	21	10,71%
Zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby	18	20,93%	11	29,73%	8	10,96%	37	18,88%
Reakce signalizující obranu, odvracení se a gesta proti osobám, předmětům	13	15,12%	4	10,81%	13	17,81%	30	15,31%
všeobecný motorický neklid a stereotypní chování	12	13,95%	4	10,81%	11	15,07%	27	13,78%
Manipulace na vlastním těle a sebepoškodzování se	4	4,65%	1	2,70%	0	0,00%	5	2,55%
Verbální projevy nespokojenosti se stimulací	5	5,81%	4	10,81%	7	9,59%	16	8,16%
Jiné	4	4,65%	0	0,00%	20	27,40%	24	12,24%
Celkem	86	100,00%	37	100,00%	73	100,00%	196	100,00%

Z tabulky č. 10 vyplývá, že i negativní reakce mohou být relativně časté. Nelibé pocity se mohou projevit až změnou vitálních funkcí, což bychom měli eliminovat.

I zde mohli respondenti uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 196 byl nejvíce uváděn typ reakce zvýšený svalový tonus, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby a to 37 odpověďmi (18,88%), dále reakce signalizující obranu a odvracení se v počtu 30 odpovědí (15,31%). Respondenti označili 24 krát (12,24%) položku jiné, 23 z nich (11,73%) uvedli žádné reakce K/P a 1 (0,51%) uvedl celkový neklid.

Zde bych ráda reagovala, na odpověď žádná reakce, jelikož jak už jsem předeslala u tabulky č. 8 „není možno nekomunikovat“. Tyto reakce mohou být vykládány nesprávným způsobem, kdy klient má pouze omezené či snížené reagování.

Tabulka 11: U jakých K/P využíváte bazální stimulaci nejčastěji? (lze uvést více možných odpovědí)

K/P	Využití bazální stimulace							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání	7	4,64%	2	4,17%	1	0,59%	10	2,72%
Děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace	8	5,30%	3	6,25%	5	2,96%	16	4,35%
K/P v komatózních stavech z jakých-koliv příčin	34	22,52%	3	6,25%	0	0,00%	37	10,05%
K/P po mozkových cévních příhodách	20	13,25%	8	16,67%	21	12,43%	49	13,32%
K/P dlouhodobě upoutané na lůžko	26	17,22%	16	33,33%	43	25,44%	85	23,10%
K/P neklidní a dezorientovaní	12	7,95%	2	4,17%	36	21,30%	50	13,59%
K/P v intenzivní péči	27	17,88%	1	2,08%	4	2,37%	32	8,70%
Geriatřičtí K/P	8	5,30%	12	25,00%	31	18,34%	51	13,86%
Umírající	9	5,96%	1	2,08%	28	16,57%	38	10,33%
Celkem	151	100,00%	48	100,00%	169	100,00%	368	100,00%

U této otázky jsem se snažila zjistit, u jakých K/P nejvíce využívají tento koncept.

Z tabulky č. 11, je možno vyčíst u jakých K/P je preferována stimulace. Je to závislé na typu zdravotnického zařízení. Respondenti zde měli možnost výběru více možných odpovědí.

Je zde jasně patrné, že na odd. akutní medicíny se nejvíce využívá u K/P v komatózních stavech, což je uvedeno 34 odpověďmi (22,52%). Naopak na oddělení LDN je preferována u K/P upoutaných na lůžku celkem 16 odpověďmi (33,33%). V domově seniorů je také využívána u klientů dlouhodobě upoutaných na lůžko, což je označeno 43 odpověďmi (25,44%), ale také často u neklidných a dezorientovaných.

Využití stimulace je velmi různorodé, a zde je patrné, že se využívá u všech klientů.

Tabulka 12: Které prvky bazální stimulace využíváte? (lze uvést více možných odpovědí)

Jednotlivé druhy stimul.	Prvky bazální stimulace							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Somatická stimulace	37	24,67%	19	51,35%	51	43,97%	107	35,31%
Vestibulární stimulace	3	2,00%	2	5,41%	8	6,90%	13	4,29%
Vibrační stimulace	2	1,33%	2	5,41%	8	6,90%	12	3,96%
Auditivní stimulace	30	20,00%	4	10,81%	8	6,90%	42	13,86%
Optická stimulace	20	13,33%	1	2,70%	12	10,34%	33	10,89%
Olfaktorická stimulace	15	10,00%	1	2,70%	6	5,17%	22	7,26%
Taktilně-haptická stimulace	20	13,33%	6	16,22%	15	12,93%	41	13,53%
Orální stimulace	23	15,33%	2	5,41%	8	6,90%	33	10,89%
Celkem	150	100,00%	37	100,00%	116	100,00%	303	100,00%

U této otázky jsem sledovala využití jednotlivých stimulací v závislosti na pracovišti.

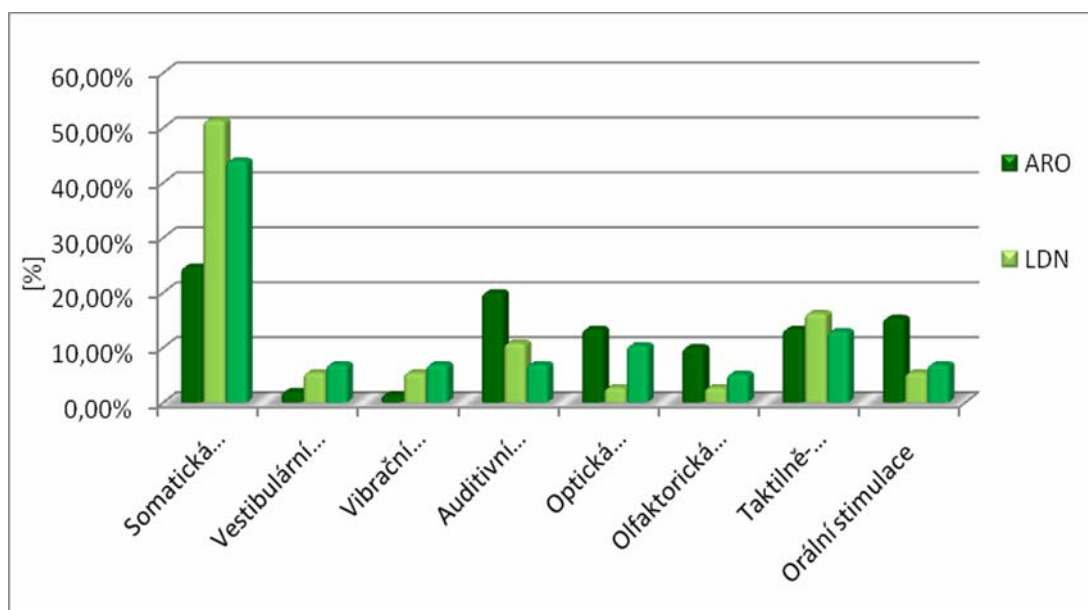
Respondenti při výběru jednotlivých stimulací mohli vybírat z více možných odpovědí. Celkem označili 303 odpovědi. Jednoznačně největší zastoupení má somatická stimulace se 107 (35,31%) hlasy. Ze somatické stimulace je nejvíce využíváno polohování což bylo potvrzeno 87 odpověďmi, dále 77 hlasů získal iniciální dotek, 56 hlasů koupele (povzbuzující, zklidňující, diametrální...) a 38 masáž stimuluji dýchání.

Dále velmi využívanou je stimulace auditivní 42 hlasů (13,86%), taktilně-haptická 41 (13,53%), orální a optická 33 (13,53%).

Pokud bychom se zaměřili na jednotlivé pracoviště, tak na oddělení ARO je nejvíce preferována somatická a auditivní stimulace. Na oddělení LDN a v domovech seniorů je využívána somatická a taktilně-haptická stimulace.

Z tabulky č. 12 je patrné, že nejvíce využívaným typem stimulace je jednoznačně stimulace somatická.

Z obrázku č. 10 se dá vyčíst, že somatickou stimulaci využívá nejvíce respondentů.



Obrázek č. 10 graf: Prvky bazální stimulace

Tabulka 13: Bylo pro Vás těžké začlenit do ošetrovatelské péče nové složky komunikace?

Zařízení	Problémy při začleňování bazální stimulace									
	Rozhodně ano		Spíše ano		Spíše ne		Rozhodně ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	0	0,00%	13	33,33%	22	56,41%	4	10,26%	39	100,00%
LDN	1	4,55%	7	31,82%	9	40,91%	5	22,73%	22	100,00%
Dům seniorů	1	1,89%	8	15,09%	26	49,06%	18	33,96%	53	100,00%
Celkem	2	1,75%	28	24,56%	57	50,00%	27	23,68%	114	100,00%

Na tuto otázku opět odpovídali respondenti, kteří integrují bazální stimulaci do péče.

Problémy při začleňování konceptu mohou nastat, jelikož zdravotnický personál se musí naučit novým metodám při poskytování péče. Převládá názor, že spíše nemají problém s integrací stimulace uváděný 57 respondenty (50,00%). Názor dotázaných, kteří spíše mají problém s integrací, uvádí 28 respondentů (24,56%). Pouze 2 (1,75%) uvedli, že rozhodně měli problémy při začleňování do péče.

Začlenění konceptu do péče může činit problémy, hlavně u starších, kteří mají zafixovány jednotlivé úkony. Pokud však jsou otevřeni novým věcem a jsou schopni pochopit důležitost poskytované péče, tak je jen otázkou času, než si jednotlivé prvky osvojí.

Tabulka 14: Máte k dispozici kvalifikovaného terapeuta (poskytovatele péče) bazální stimulace, který by se aktivně zabýval tímto konceptem a motivoval pro jeho používání? (terapeut se základním či nadstavbovým kurzem)

Zařízení	Kvalifikovaný terapeut					
	Ano		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	11	28,21%	28	71,79%	39	100,00%
LDN	2	9,09%	20	90,91%	22	100,00%
Dům seniorů	28	52,83%	25	47,17%	53	100,00%
Celkem	41	35,96%	73	64,04%	114	100,00%

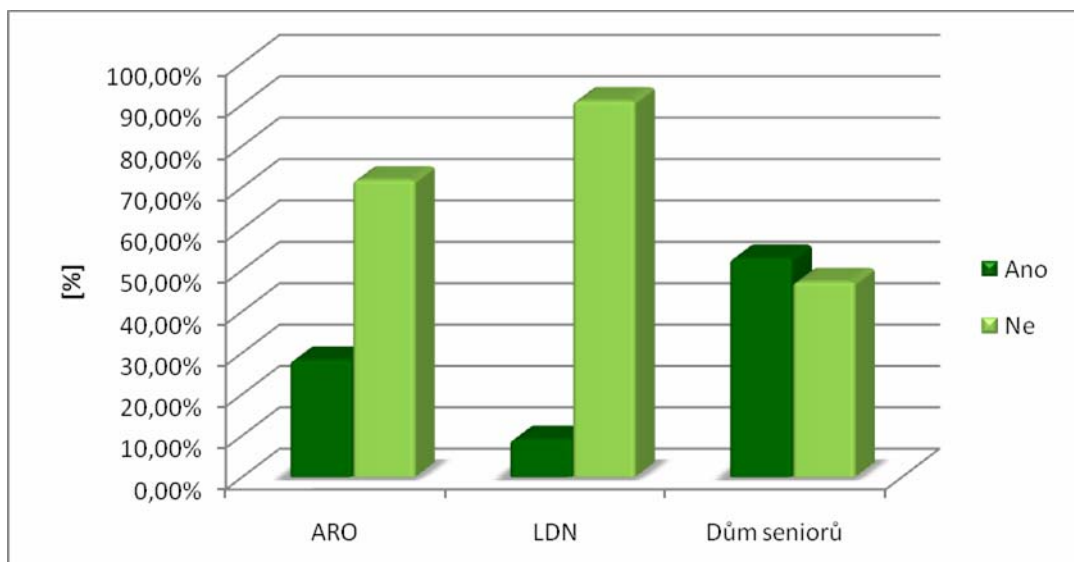
Tuto otázku jsem zařadila úmyslně, jelikož mě zajímalo, jestli mají respondenti někoho, kdo by jim pomohl či je podporoval v používání konceptu.

Byla jsem příjemně překvapena, jelikož 41 respondentů (35,96%) uvedlo, že mají podporu. Velká část dotázaných však stále nemá kvalifikovaného terapeuta, který by se aktivně tímto konceptem zabýval.

Z tabulky č. 14 vyplývá, že nejvíce terapeutů (poskytovatelů péče) se vyskytuje v domovech seniorů, pro upřesnění v Jindřichovicích pod Smrkem a na Františku. Tato zařízení mají proškolenou velkou část personálu v konceptu bazální stimulace.

Integrace terapeutů do přímé péče by zajisté byla přínosem pro rozvoj konceptu bazální stimulace.

Obrázek č. 11 znázorňuje výskyt kvalifikovaných terapeutů.



Obrázek č. 11 graf: Kvalifikovaný terapeut

Tabulka 15: Uvítali byste na oddělení kvalifikovaného terapeuta bazální stimulace?

Zařízení	Kvalifikovaný terapeut									
	Rozhodně ano		Spíše ano		Spíše ne		Rozhodně ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	12	42,86%	10	35,71%	6	21,43%	0	0,00%	28	100,00%
LDN	12	60,00%	8	40,00%	0	0,00%	0	0,00%	20	100,00%
Dům seniorů	16	64,00%	8	32,00%	1	4,00%	0	0,00%	25	100,00%
Celkem	40	54,79%	26	35,62%	7	9,59%	0	0,00%	73	100,00%

Na otázku týkající se kvalifikovaného terapeuta odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že nemají takového člena týmu. Celkem odpovědělo 73 respondentů.

Z tabulky č. 15 je patrné, že respondenti by uvítali někoho, kdo by jim pomohl či je podpořil v začlenění do péče. Rozhodně by to uvítalo 40 respondentů (54,79%). Spíše by s tím souhlasilo 26 dotázaných (35,62%) a spíše ne 7 dotázaných (9,59%).

Všechna pracoviště sdílela relativně podobný názor na tuto otázku.

Tabulka 16: Zapojujete rodinu klienta/pacienta do péče podle konceptu bazální stimulace?

Zařízení	Zapojení rodiny K/P do péče									
	Ano		Spíše ano		Spíše ne		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	17	43,59%	17	43,59%	5	12,82%	0	0,00%	39	100,00%
LDN	4	18,18%	2	9,09%	12	54,55%	4	18,18%	22	100,00%
Dům seniorů	4	7,55%	11	20,75%	24	45,28%	14	26,42%	53	100,00%
Celkem	25	21,93%	30	26,32%	41	35,96%	18	15,79%	114	100,00%

Na otázku, týkající se zapojení rodiny do péče, odpovědělo ano 25 respondentů (21,93%), 30 (26,32%) odpovědělo spíše ano, 41 (35,96%) spíše ne a 18 (15,79%) odpovědělo, že rodinu nezapojuje do péče, viz tabulka č. 16. Nejvíce se o zapojení rodiny snaží oddělení akutní medicíny.

Pokud je rodina nakloněná, ochotná a vstřícná k provádění bazální stimulaci, je vhodné jí integrovat do péče. Pro klienta to má nenahraditelný význam.

Tabulka 17: Myslíte si, že má vliv kvantita klientů/pacientů užívajících bazální stimulaci na kvalitu jednotlivých úkonů?

Zařízení	Vliv kvantity K/P na kvalitu jednotlivých úkonů					
	Ano		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	34	87,18%	5	12,82%	39	100,00%
LDN	18	81,82%	4	18,18%	22	100,00%
Dům seniorů	41	77,36%	12	22,64%	53	100,00%
Celkem	93	81,58%	21	18,42%	114	100,00%

Následující dvě otázky jsem zvolila, jelikož mě zajímalo, jestli je zdravotnický personál ovlivněn kvantitou K/P.

Výsledky, které vyplývají z tabulky č. 17, poukazují na to, že 93 respondentů (81,58%) odpovědělo, že je ovlivňuje chování K/P. Pouze 21 dotázaných (18,42%) uvedlo, že se nenechají ovlivnit kvantitou nemocných.

Na kvalitu péče v konceptu bazální stimulace má vliv kvantita klienta, výsledky vyplývající z výše uvedené tabulky to dokazují. Proto by personál měl mít velkou dávku empatie, tolerance a pochopení pro pocity, které zrovna K/P prožívá.

Tabulka 18: Je situace, která Vás odradí vykonávat stimulaci na konkrétním klientovi/pacientovi? (lze uvést více možných odpovědí)

Jednotlivé situace	Situace odrazující vykonávat stimulaci							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
K/P je hrubý a urážlivý	21	48,84%	14	53,85%	23	36,51%	58	43,94%
K/P je hlučný a křičí	3	6,98%	4	15,38%	6	9,52%	13	9,85%
Pokud jste vyčerpaná/y	7	16,28%	4	15,38%	12	19,05%	23	17,42%
Pokud nedostanete peněžní ohodnocení za nadstandardní úkony	1	2,33%	1	3,85%	0	0,00%	2	1,52%
Žádná situace mě neodradí	4	9,30%	3	11,54%	18	28,57%	25	18,94%
Jiné	7	16,28%	0	0,00%	4	6,35%	11	8,33%
Celkem	43	100,00%	26	100,00%	63	100,00%	132	100,00%

S touto otázkou úzce souvisí otázka předcházející. Zde jsem se dotazovala respondentů, na jednotlivé situace, které je odradí při výkonu práce. Respondenti zde mohli označit více možných odpovědí. Nejčastěji jako odrazující situaci označili, pokud je K/P hrubý a urážlivý a to 58 krát (43,94%), dále označili 23 krát (17,42%) pokud jsou vyčerpaní, kdy stimulaci berou jako ještě více zatěžující péči. Překvapující odpovědí pro mě bylo, že některé respondenty žádná situace neodradí pro poskytování péče v konceptu, to bylo zodpovězeno 25 krát (18,94), viz tabulka č. 18.

Z celkového počtu 132 odpovědí byla 11 krát (8,33%) označena položka jiné. Zde 4 krát dotazovaní uvedli, že nevykonávají stimulaci, pokud se klient necítí dobře. Dále 6 krát bylo uvedeno, že neposkytují péče při nedostatku času a 1 krát v důsledku negativního působení lékaře.

Tabulka 19: Z jakého důvodu nepoužíváte bazální stimulaci?

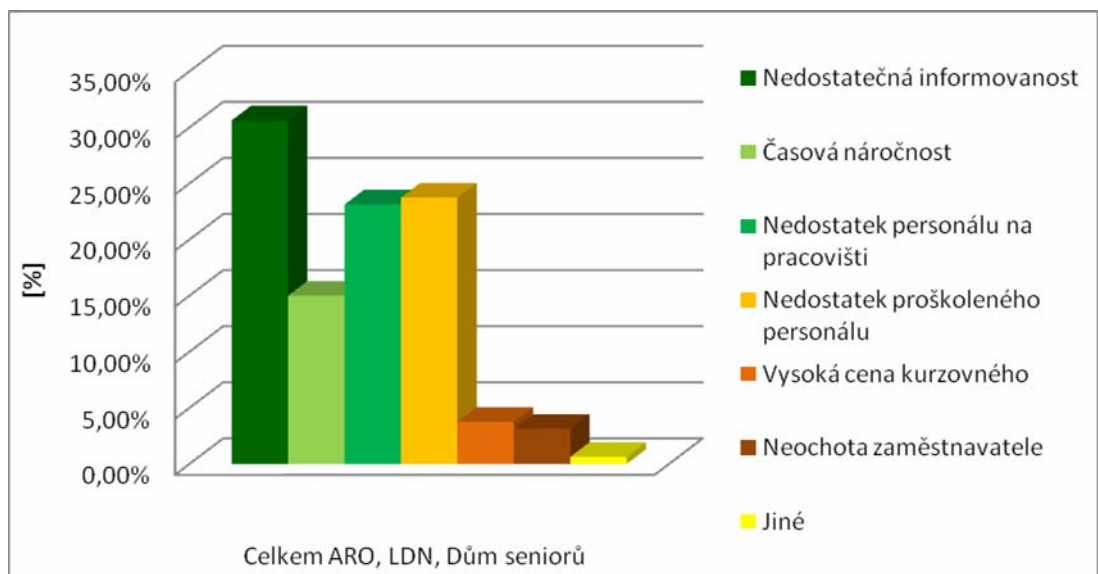
(lze uvést více možných odpovědí)

Důvody	Důvody nepoužívání bazální stimulace							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Nedostatečná informovanost	19	27,54%	20	25,64%	10	76,92%	49	30,63%
Časová náročnost	9	13,04%	15	19,23%	0	0,00%	24	15,00%
Nedostatek personálu na pracovišti	15	21,74%	22	28,21%	0	0,00%	37	23,13%
Nedostatek proškoleného personálu	19	27,54%	17	21,79%	2	15,38%	38	23,75%
Vysoká cena kurzovného	2	2,90%	3	3,85%	1	7,69%	6	3,75%
Neochota zaměstnavatele	4	5,80%	1	1,28%	0	0,00%	5	3,13%
Jiné	1	1,45%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,63%
Celkem	69	100,00%	78	100,00%	13	100,00%	160	100,00%

Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří uvedli, že nepoužívají bazální stimulaci. Opět zde měli možnost označit více možných odpovědí.

Nejčastěji volili nedostatečnou informovanost 49 krát (30,63%), dále nedostatek proškoleného personálu 38 krát (23,75%) a nedostatek personálu na pracovišti 37 krát (23,13%), viz tabulka č. 19. Jeden respondent uvedl, že nevyužívá stimulaci, jelikož pochází z malé nemocnice, kde je nedostatek financí.

Na obrázku č. 12 je patrné, že nejčastějším problémem je nedostatečná informovanost a nedostatek kvalifikovaného personálu.



Obrázek č. 12 graf: Důvody nepoužívání bazální stimulace

Tabulka 20: Co by Vás motivovalo pro používání bazální stimulace?

(lze uvést více možných odpovědí)

Motivace	Motivace pro používání bazální stimulace							
	ARO		LDN		Dům seniorů		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Zlepšení kvality oš. péče	10	11,24%	10	14,08%	2	9,52%	22	12,15%
Zlepšení stavu K/P	17	19,10%	19	26,76%	7	33,33%	43	23,76%
Větší zájem rodiny	7	7,87%	3	4,23%	0	0,00%	10	5,52%
Vyšší finanční ohodnocení	10	11,24%	4	5,63%	3	14,29%	17	9,39%
Podpora vedení	11	12,36%	3	4,23%	2	9,52%	16	8,84%
Vyškolení v konceptu bazální stimulace	19	21,35%	21	29,58%	4	19,05%	44	24,31%
Lepší pracovní prostředí	4	4,49%	6	8,45%	1	4,76%	11	6,08%
Kolektivní používání	10	11,24%	4	5,63%	2	9,52%	16	8,84%
Nic by mě nemotivovalo	0	0,00%	1	1,41%	0	0,00%	1	0,55%
Jiné	1	1,12%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,55%
Celkem	89	100,00%	71	100,00%	21	100,00%	181	100,00%

Motivaci personálu pokládám za důležitou, jelikož pokud je personál spokojený, tak i K/P vnímá a cítí harmonii, která podporuje jeho léčbu.

Respondenti zde mohli vybírat z více možných odpovědí, celkem označili 181 položek. Nejvíce by je motivovalo vyškolení v konceptu, což odpověděli 44 krát (24,31%), dále by je motivovalo zlepšení stavu K/P v důsledku stimulace a zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Odpověď týkající se finančního ohodnocení byla označena 17 krát, zde jsem očekávala větší zastoupení. Jeden respondent označil odpověď jiné, kdy by ho motivoval přiměřený věk K/P.

Výsledky znázorněné v tabulce č. 20 jasně dokazují, že respondenti mají zájem o koncept, a mají zájem o to, aby péče vedla k větším úspěchům.

Tabulka č. 21: Používáte dotek při komunikaci s klientem/pacientem?

Zařízení	Používání doteku při komunikaci s K/P									
	Vždy		Občas		Zřídka		Nikdy		Celkem	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	30	46,15%	34	52,31%	1	1,54%	0	0,00%	65	100,00%
LDN	23	43,40%	28	52,83%	2	3,77%	0	0,00%	53	100,00%
Dům seniorů	49	76,56%	15	23,44%	0	0,00%	0	0,00%	64	100,00%
Celkem	102	56,04%	77	42,31%	3	1,65%	0	0,00%	182	100,00%

Využití doteku při komunikaci s klientem je nesporná součást péče a empatie, kterou dotekem projevujeme.

Tuto otázku zodpovídali všichni respondenti. Zajímalo mě, jestli si respondenti uvědomují využití doteku a jak často ho integrují.

Nejčastěji byla označena položka vždy a to 102 respondenty (56,04%), občas využívá dotek 77 respondentů (42,31%) a zřídka pouze 3 (1,65%).

Z tabulky č. 21 je patrné, že největší integrace doteku je v domovech pro seniory. Na LDN a na odd. ARO je integrován dotek spíše občas.

Tabulka č. 22: Jaký typ komunikace s klientem/pacientem je pro Vás příjemnější (osobitější)?

Zařízení	Osobitější typ komunikace					
	Verbální		Neverbální		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	56	87,50%	8	12,50%	64	100,00%
LDN	46	86,79%	7	13,21%	53	100,00%
Dům seniorů	53	81,54%	12	18,46%	65	100,00%
Celkem	155	85,16%	27	14,84%	182	100,00%

U této otázky mě zajímalo, jestli jsou zdravotníci ovlivněni typem pracoviště, na kterém pracují. Domnívala jsem se, že na oddělení akutní medicíny bude převládat spíše neverbální způsob komunikace nad verbálním. Ale opak je pravdou.

Tabulka č. 22 ukazuje větší zastoupení komunikace verbální na odd. ARO nad komunikací neverbální.

Všechna pracoviště souhlasně upřednostňují verbální způsob komunikace. Nejvíce je neverbální komunikace uplatňována v domovech pro seniory.

Tabulka č. 23: Ptáte se klienta/pacienta, které doteky mu jsou příjemné či nepříjemné?

Zařízení	Doteky příjemné/nepříjemné					
	Ano		Ne		Celkový součet	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
ARO	23	35,38%	42	64,62%	65	100,00%
LDN	23	43,40%	30	56,60%	53	100,00%
Dům seniorů	50	78,13%	14	21,88%	64	100,00%
Celkem	96	52,75%	86	47,25%	182	100,00%

Tuto otázku jsem zařadila, jelikož mě zajímalo, jestli se respondenti dotazují klientů, které doteky jsou vhodné a které jsou naprosto nevhodné.

Tabulka č. 23 jasně ukazuje, že zdravotnický personál zanedbává otázky týkající se doteku.

Z celkového množství 182 respondentů 96 dotázaných odpovědělo, že se ptá na doteky, které jsou klientovi příjemné či nepříjemné a 86 dotázaných se P/K neptá.

10 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zmonitorovat využití konceptu bazální stimulace v Libereckém kraji. Zajímalo mě, jaká je znalost konceptu a její realizace v klinické praxi, dále důvody, které vedou k nedostatečnému používání BS a schopnost sester navázat komunikaci s K/P pomocí konceptu bazální stimulace.

Na základě svých předpokladů jsem stanovila 3 cíle, ke kterým se vztahuje 6 hypotéz.

Pro porovnání jsem si vybrala anesteziologicko-resuscitační oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory.

Některé ze svých otázek jsem se snažila porovnat s diplomovou prací Mgr. Jiřiny Večeřové a bakalářskou prací Bc. Jindry Pospíchalové.

Diplomová práce Mgr. Jiřiny Večeřové byla sepsána v roce 2007/2008 na téma „*Začleňování bazální stimulace do ošetřování seniorů v ústavní péči*“. Jejím cílem bylo zjistit do jaké míry jsou zdravotníci seznámeni s konceptem bazální stimulace, jak dle něj pracují, vedou dokumentaci a spolupracují s rodinou. Studentka se zaměřila na geriatrické K/P v domovech pro seniory, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích. [16]

Bakalářská práce Bc. Jindry Pospíšilové byla sepsána v roce 2005/2006 na téma „*Význam haptiky pro nemocného člověka*“. Cílem její práce bylo stanovit význam a potřebu haptiky pro hospitalizované klienty, dále vliv délky hospitalizace a životních zkušeností na potřebu doteku. Výzkum byl zaměřen na chronicky nemocné, K/P po úrazech (v oblasti páteře) a imobilní či částečně mobilní. [15]

V diplomové práci Mgr. Jiřiny Večeřové mě zajímala otázka „*Pracujete podle konceptu bazální stimulace?*“. Zde z celkového počtu 115 respondentů 79 (68,7%) uvádí, že pracuje podle konceptu a 36 (31,3%) nevyužívá tohoto konceptu.

Ve svém dotazníku jsem využila otázku „*Integrujete bazální stimulaci do péče o klienta/pacienta?*“. Z celkového počtu 182 dotázaných uvedlo 114 (62,64%), že využívá tohoto konceptu v péči a 68 (37,36%) tento koncept neintegruje. Výše zmíněné výsledky jsou v relativní četnosti téměř totožné.

Dále mě zajímalo využití jednotlivých stimulací, kdy jsem položila v dotazníku otázku „*Které prvky bazální stimulace využíváte*“. Zde mohli respondenti uvést více možných odpovědí. Nejužívanější prvkem BS je podle respondentů somatická stimulace, která byla označena 107 krát (35,31%), dále auditivní stimulace vyznačena 42 krát (13,86%), taktilně-haptická stimulace 41 krát (13,53%), orální a optická stimulace 33 krát (10,89%), olfaktorická stimulace 22 krát (7,26%), vestibulární 13 krát (4,29%) a vibrační 12 krát (3,96%)

Nejčastěji využívané stimulace v diplomové práci Mgr. Jiřiny Večeřové jsou somatická stimulace, označena 67 krát (18,6%), optická stimulace 61 krát (16,9%), auditivní stimulace 52 krát (14,4%), taktilně-haptická stimulace 48 krát (13,3%), orální stimulace 41krát (11,4%), vestibulární stimulace 35 krát (9,7%), vibrační 30 krát (8,3%) a olfaktorická 26 krát (7,2%).

Můžeme si všimnout, že stimulace uváděně od nejužívanější po méně užívané, jsou uváděny v podobném pořadí. Překvapilo mě vyjádření o olfaktorické stimulaci, jelikož ta se dá integrovat velmi jednoduše a nevyžaduje čas navíc. Dále vestibulární stimulace, kterou personál provádí při každém polohování.

Otázka týkající se zapojení rodiny do péče, považuji za důležitou. Význam roste o to více v konceptu BS.

Mgr. Jiřina Večeřová se ptala respondentů „*Snažíte se zapojit rodinné příslušníky a blízké K/P do péče podle konceptu bazální stimulace?*“ Celkový počet dotazovaných činil 79. Integraci rodiny potvrdilo 47 (59,49%) respondentů, spíše ano odpovědělo 24 dotázaných (30,38%), spíše ne 5 (6,33%) a vůbec nezapojují rodinu 3 respondenti (3,80%).

Ve svém dotazníku jsem položila respondentům obdobnou otázku s názvem „*Zapojujete rodinu klienta/pacienta do péče podle konceptu bazální stimulace?*“ Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že integrují koncept do péče. Celkový počet dotázaných tedy činil 114. Odpověď ano označilo 25 respondentů (21,93%), spíše ano 30 (26,32%), spíše ne 41 (35,96%) a 18 (15,79%) označilo odpověď, že stimulaci vůbec neintegrují.

Zde je patrný rozdíl mezi výsledky. Respondenti odpovídající v dotazníku Mgr. Jiřiny Večeřové integrují rodinu více než respondenti z Libereckého kraje.

Je to možná dáno větší informovaností o konceptu, ale rozhodně bychom na rodinu neměli zapomínat.

Pro srovnání s bakalářskou prací Bc. Jindry Pospíšilové jsem vybrala dvě otázky, které pokládala respondentům.

Její práci jsem si vybrala záměrně, jelikož otázky jsou zaměřeny přímo na pacienty, zatímco já jsem se zaměřila na zdravotnický personál. Zde jsem očekávala rozdílné hodnocení.

Zajímalo mě, jak zdravotnický personál využívá dotek při práci s K/P, položila jsem tedy otázku „*Používáte dotek při komunikaci s klientem/pacientem?*“ Z tabulky č. 21 vyplynulo, že 102 respondentů (56,04%) využívá dotek vždy, 77 (42,31%) respondentů občas využije dotek a 3 respondenti (1,65%) pouze zřídka. Žádný respondent neoznačil možnost nikdy.

Na tuto otázku navazuje přímo otázka Bc. Jindry Pospíšilové, která se tázala, „*Máte dle vašeho názoru dostatek tělesných kontaktů se sestrou mimo prováděných ošetrovatelských výkonů.*“ Zde 41 respondentů (56,9 %) odpovědělo, že ano a 31 (43,1%) odpovědělo, že ne.

V těchto dvou otázkách jsem neshledala významný rozdíl, jelikož většina respondentů uvádí, že dotek využívá a velká část klientů, potvrzuje, že má dostatek doteku ze stran zdravotnického personálu.

V druhé otázce týkající se této problematiky Bc. Jindra Pospíšilová položila otázku „*Ptal se vás někdo z ošetřujícího personálu na místa, kde je vám dotek nepříjemný/příjemný?*“ Z celkového počtu 72 dotázaných všichni souhlasně potvrdili, že se jich nikdo z personálu na tuto otázku nezeptal.

Já jsem ve svém dotazníku položila otázku „*Ptáte se K/P, které doteku mu jsou příjemné či nepříjemné?*“ Z celkového počtu 182 dotázaných, 96 respondentů (52,75%) uvedlo, že se ptá na doteky, které jsou příjemné či nepříjemné a 86 (47,25%) uvedlo, že se na tyto otázky neptá.

Z výsledků z těch to dvou otázek, vidíme jasný rozdíl v hodnocení. Zdravotnický personál uvádí, že se spíše ptá na otázky týkající se doteku, ale jak je vidět, tak ze stran K/P je to vnímáno naprosto jinak. Zdravotnický personál často zasahuje do intimní zóny a do míst, které jsou pro klienta velmi nepříjemná. Pro každého klienta je intimní

oblast udávána v jiném rozsahu na těle. Avšak veškeré zásahy do této oblasti by se měly náležitě vysvětlit a působení v tomto místě zbytečně neprodlužovat. Dle mého názoru zdravotnický personál si uvědomuje, že by se měl na tyto otázky ptát, ale bohužel většinou se na to buď zapomíná, anebo se tomu neklade takový důraz.

Dále přistoupím k hodnocení cílů a hypotéz. Ve svém prvním cíli jsem se snažila zjistit úroveň znalostí o konceptu a jeho realizaci v klinické praxi. Tento cíl se skládá ze dvou částí. K první části, ve které jsem zjišťovala úroveň znalostí, se vztahuje hypotéza číslo 2. Zde jsem předpokládala, že většina sester je o konceptu bazální stimulace informována minimálně. K vyhodnocení tohoto cíle jsem využila otázku č. 1 „*Jak jste informován/a o konceptu bazální stimulace?*“ Zde jsem byla příjemně překvapena, jelikož z celkového počtu 182 dotázaných, převládal názor částečné informovanosti. To bylo potvrzeno 90 respondenty (49,45%). Plně informováno bylo 41 dotázaných (22,53%), zbytek respondentů o konceptu buď jen slyšelo anebo vůbec neslyšelo.

Na základě výše zmíněných výsledků je patrné, že **hypotéza č. 2 se nepotvrdila**.

K druhé části, ve které jsem zjišťovala realizaci v klinické praxi, se vztahuje hypotéza číslo 1. V té jsem předpokládala, že sestry se s konceptem bazální stimulace v každodenní ošetrovatelské péči setkávají ojediněle. K vyhodnocení této hypotézy jsem využila otázku č. 2 „*Používá se na Vašem oddělení bazální stimulace?*“ a otázku č. 4 „*Integrujete bazální stimulaci do péče o klienta/pacienta?*“

Otázka č. 2 je přehledně charakterizována obrázkem č. 7 (graf). Z tabulky č. 5 vztahující se k této otázce je možné vidět, že 101 respondentů (55,49%) odpovědělo, že částečně používá tento koncept. V plném rozsahu využívá stimulaci jen 26 dotázaných (14,29%) a 55 (30,22%) vůbec koncept nepoužívá.

V otázce č. 4 jsem hodnotila integraci stimulace do péče. Jak vyplývá z tabulky č. 7, tak většina respondentů odpovědělo, že integruje stimulaci. Z celkového počtu 182 respondentů potvrdilo integraci 114 (62,64%) dotázaných.

Z těchto výše uvedených výsledků vyplývá, že se mi **hypotéza č. 1 také nepotvrdila**.

Při hodnocení druhého cíle, jsem se zaměřila na důvody vedoucí k nedostatečnému používání bazální stimulace. K tomuto cíli jsem náležitě zvolila následující hypotézu,

ve které předpokládám, že na specializovaných pracovištích není k dispozici terapeut (poskytovatel péče), který by motivoval ošetřující personál k zavádění bazální stimulace do praxe. K této hypotéze byla vytvořena otázka číslo 11 „*Máte k dispozici kvalifikovaného terapeuta (poskytovatele péče) bazální stimulace, který by se aktivně zabýval tímto konceptem a motivoval pro jeho používání? (terapeut se základním či nadstavbovým kurzem)*“ Z celkového počtu 114 dotázaných odpovědělo 41 respondentů, že má k dispozici terapeuta. Většina však nemá nikoho, kdo by jim poradil či pomohl při poskytované péči. Na tuto otázku následovala otázka č. 12, ve které jsem se tázala „*Uvítali byste na oddělení kvalifikovaného terapeuta bazální stimulace?*“ Zde odpovídali respondenti, kteří uvedli, že nemají k dispozici kvalifikovaného terapeuta. Jak vyplývá z tabulky č. 15, tak většina by takovou to nabídku uvítala.

Jak vyplývá z výsledků, **hypotéza č. 3 se mi nepotvrdila.**

K druhému cíli se vztahuje také 4. hypotéza, ve které předpokládám, že nejčastějším důvodem nepoužívání bazální stimulace bude nedostatek personálu na pracovišti. Ke zjištění jsem využila otázku č. 16. Zde jsem se ptala respondentů „*Z jakého důvodu nepoužíváte bazální stimulaci?*“ V tabulce č. 19. jsou patrné výsledky, kde u respondentů dominují odpovědi: nedostatečná informovanost a nedostatek proškoleného personálu. Má domněnka o nedostatku personálu na pracovišti byla až na 3. místě.

Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.

V třetím a posledním cíli jsem se v teoretické části snažila popsat prostředky bazální stimulace a dále jejich využití v komunikaci mezi sestrou a K/P, popřípadě pečujícím a K/P.

Při stanovení 5. hypotézy jsem předpokládala, že sestry jsou schopny navázat komunikaci s klientem/pacientem na základě používání konceptu bazální stimulace.

Otázka číslo 5 byla zaměřena na reakce K/P. Respondentům jsem položila otázku, která zněla „*S jakými reakcemi klienta/pacienta se při používání bazální stimulace setkáváte častěji?*“ Zde odpovídali pouze respondenti, kteří integrují stimulaci do péče. Jak je uvedeno v tabulce č. 8, tak převládají reakce pozitivní u většiny dotázaných. Negativní odpověď K/P na péči je uvedena pouze minimálně. Na tuto otázku jsem úmyslně navázala otázkami 6 a 7, kde měli respondenti charakterizovat reakce a pocity

K/P. Mezi nejčastější příjemné reakce patřilo uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů, dále pousmání a usměv a klidné pohledy do okolí. Negativní reakce byly uvedeny také, nejčastěji se jednalo o zvýšení svalového tonu, dále reakce signalizující obranu a neklidné, nepravidelné dýchání. Dle mého názoru je zde jasně patrné, že sestry jsou schopny navázat komunikaci za pomoci tohoto konceptu.

Hypotéza č. 5 se mi potvrdila.

K třetímu cíli se také vztahuje hypotéza č. 6. Zde předpokládám, že nejčastějším prostředkem komunikace bude somatická stimulace. Pro zjištění odpovědi na tuto otázku jsem se ptala respondentů „*Které prvky bazální stimulace využíváte?*“ Zde mohli označit více stimulací najednou. Obrázek č. 10 graficky znázorňuje nejvíce využívanou stimulaci, kterou je stimulace somatická.

Hypotéza č. 6 se potvrdila.

Návrh na řešení zjištěných nedostatků

Bakalářskou prací jsem se zabývala více než jeden rok a to mě přivedlo na nedostatky a možné změny, které by byly prospěšné pro rozvoj bazální stimulace.

V první řadě bych ráda doporučila integraci BS do výuky na všech školách se zdravotnickým zaměřením. Nejvhodnější je začlenění přímo do výuky ošetrovatelství na SZŠ nebo postupů ošetrovatelské péče na VŠ. Pro studenty to bude zpestření výuky, jelikož prožitková cvičení jim přinesou poznání o poskytované ošetrovatelské péči.

Doporučila bych také zvýšit povědomost mezi laickou veřejností. Hlavně mezi lidmi, kteří se starají o své rodinné příslušníky. Mají velmi dobrý potenciál pro úspěšnost poskytované péče, přistupují ke klientovi s láskou, kterou zdravotník nikdy nemůže poskytnout v takové míře jako oni. Pro vstup BS mezi laickou veřejnost je nutné zkvalitnit komunikaci mezi rodinou a zdravotníky.

Dále bych proškolila týmy pracovníků na jednotlivých odděleních. Je to péče týmová a proto je důležité, aby základní prvky využívali všichni pracovníci.

Na základě výzkumu jsem došla k závěru, že zdravotníci by uvítali člověka, který by se zabýval konceptem BS. Působil by jako konzultant při poskytované péči a mohl by zaškolit nové pracovníky.

Bylo by vhodné vytvořit jednoduchý propagační materiál, který by informoval o možnostech konceptu. Já jsem vytvořila brožuru, týkající se polohování v konceptu BS. Je určena pro zdravotníky a širší veřejnost. Zvolila jsem si polohování, jelikož je to prvek, který není nutné podrobněji vysvětlovat a již obrázek je vlastním návodem.

Doporučila bych také založit nadace či organizace, které by zvýšili osvětu o K/P, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko. Peníze by posloužili ke zlepšení péče o tyto pacienty a k proškolení rodinných příslušníků či personálu. To směřuji hlavně na léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde se nachází K/P ve stavu koma vigile. Toto oddělení není uzpůsobeno na poskytování kvalitní péče o tyto klienty. Pro tyto klienty je nutné podnětné prostředí a nejlepší je prostředí domácích.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou týkající se bazální stimulace jako způsobu komunikace mezi sestrou a K/P. Jejím cílem bylo zmapovat informovanost o konceptu, využití v komunikaci a zjistit důvody nedostatečné integrace do péče.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Teoretická část, která byla získána studiem literatury a vlastními zkušenostmi s konceptem. Obsahuje prvky týkající se historie a současnosti BS, komunikace, jednotlivých prvků stimulací, které jsou doplněny o mé vlastní zkušenosti s konceptem.

Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku postoje 187 dotázaných pracujících na oddělení intenzivní péče, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a domovech pro seniory. Získaná data byla zpracována do tabulek a grafů. V dotazníku byly položeny otázky týkající se integrace konceptu, využití prvků BS, neverbální komunikace a reakce klienta na poskytovanou péči.

Výsledky ukázaly, že koncept je v povědomí většiny zdravotníků, ale také nezdravotnických profesí. Bazální stimulace je vhodný způsob pro lepší navázání komunikace s K/P. Je nutné klást důraz na integraci, pokud chceme zlidštit péči, která je poskytována zdravotníkem.

Za přínos k řešené problematice považuji zmonitorování konceptu v Libereckém kraji na oddělení akutní péče, LDN a v domovech pro seniory. Dále praktickou ukázkou jednotlivých stimulací, které jsou součástí přílohy a vytvoření informační brožury týkající se polohování.

Soupis bibliografických citací

Monografie:

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
2. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN: 978-80-247-1314-4
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1 a 2 díl*. 1. vyd. Frýdek - Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. 6. vyd. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2008. 31 s.
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči – Skriptum pro certifikovaný nadstavbový kurz Bazální stimulace*. 6. vyd. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2008. 24 s.
6. FRIEDLOVÁ, K. Cesta k humánnímu ošetrovatelství. In PROCHÁZKOVÁ, P. *Práce s biografii klienta v kontextu s konceptem bazální stimulace*. 1.vyd. Frýdek – Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2007. 43-47 s. ISBN 978-80-254-0757-8
7. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997,1999. 165 s. ISBN: 80-7262-032-0
8. In: FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002. 80 – 83 s. ISBN 80-247-0536-2

9. In: FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP*. Ročenka intenzivní medicíny. Galén, Praha: 2003, 313 – 316 s. ISBN 80-7262-227-7
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235 s.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Tajemství úspěšného jednání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 168 s. ISBN 80-85623-84-6
12. KUBOVÁ, L. *PIKTOGRAMY – metodická příručka*. 1. vyd. Praha: TECH-MARKET, 1997. s. 56. ISBN 80-86114-00-7
13. KUBOVÁ, L. *PIKTOGRAMY – učebnice*. 1. vyd. Praha: TECH-MARKET, 1997. s. 49. ISBN 80-902134-9-9
14. MYSLIVEČEK, J. – TROJAN, S. *Fyziologie do kapsy*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 466 s. ISBN: 80-7254-497-7
15. POSPÍŠILOVÁ, J. *Význam haptiky pro nemocného člověka*. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v roce 2006.
16. VEČEŘOVÁ, J. *Začleňování bazální stimulace do ošetřování seniorů v ústavní péči*. Diplomová práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v roce 2008.
17. VENGLÁŘOVÁ, M. - MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN: 80-247-1262-8

Internetové zdroje:

18. Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů [online] [cit. 2009-02-14]
http://www.cadbt.cz/vic_o_bobath.htm
19. Institut bazální stimulace [online] [cit. 2008-08-16]
<http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>
20. Institut bazální stimulace [online] [cit. 2009-02-15]
http://www.bazalni-stimulace.cz/kurz_zakl.php
21. Institut bazální stimulace [online] [cit. 2008-08-18]
<http://www.bazalni-stimulace.cz/soucasnost.php>
22. Internationalen Förderverein Basale Stimulation® e. V. [online]
[cit. 2008-09-18]
<http://www.basale-stimulation.de/international/basic-stimulation-in-nursing-care.htm>
23. Linet [online] [cit. 2008-12-06]
http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis_komfort/Komfort-3-2006/27848/Bazalni-stimulace-prospiva-pacientum-i-zdravotnikum

Časopisy:

24. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra, 2003, roč. 13, č. 1, 14-16 s.

Seznam obrázků

Obrázek 2: Vývoj vnímání dle Fröhliche

Obrázek 2: Typ komunikace

Obrázek 3: Komunikační proces

Obrázek 4: Komunikační proces mezi pečujícím (terapeutem) a K/P

Obrázek 5: Cedule pro iniciální dotek

Obrázek č. 6 graf: Informovanost o konceptu

Obrázek č. 7 graf: Používání bazální stimulace na oddělení

Obrázek č. 8 graf: Integrace bazální stimulace do péče

Obrázek č. 9 graf: Reakce K/P na bazální stimulaci

Obrázek č. 10 graf: Prvky bazální stimulace

Obrázek č. 11 graf: Kvalifikovaný terapeut

Obrázek č. 12 graf: Důvody nepoužívání bazální stimulace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Autobiografická anamnéza [5]

Příloha č. 2: Masáž stimulující dýchání

Příloha č. 3: Somatická stimulace

Příloha č. 4: Orální stimulace

Příloha č. 5: Piktogramy [13]

Příloha č. 6: Polohování v konceptu BS

Příloha č. 7: Dotazník

Příloha č. 8: Povolení dotazníkového šetření Česká Lípa

Příloha č. 9: Povolení dotazníkového šetření Turnov

Příloha č. 10: Certifikát základní kurz

Příloha č. 11: Certifikát nadstavbový kurz

Příloha č. 1

Ošetrovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace

Paní/pán: **Věk:**

Iniciální dotek ano – místo: ne

Blízká osoba:

Péče o tělo

levák pravák

Je pro něj/ni důležitá péče o tělo? ano ne

Jak často a v jakou denní dobu se myje?

Kolikrát denně:

V jakou denní dobu:

Teplota vody:

chladná vlažná teplá horká

Jaké mycí prostředky používá:

Potřebuje pomoc při mytí? ano ne

Rituály při mytí:

Typ pokožky normální mastná suchá

Toaletní potřeby k dispozici budou přineseny nemá

Holení mokré elektrický strojek, má vlastní? ano ne

Jak často si myje vlasy?.....

Jaké prostředky používá?.....

Kolikrát denně a kdy si myje zuby:.....

Speciální požadavky:.....

Vlastní kartáček a pasta? ano ne

Zubní protéza? ano ne

plná prot. částečná prot. horní čelist dolní čelist

Spí s protézou? ano ne

Péče o nehty: žádné zvláštnosti specifikace:.....

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne

Na jakém místě nesnese dotek?

Spánek

V jaké poloze spí nejčastěji:

záda břicho pravý bok levý bok

V kolik hodin obvykle chodí spát:.....

V kolik hodin obvykle vstává:

Kolik hodin obvykle denně spí:

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

Doneseno ano ne

Přikrývá se dekou až po ramena? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť:

sladké kyselé ostré slané

Teplota jídla: teplé vlažné studené

Konzistence: pevná strava tekutá strava

Potíže při polykání: ne ano - upřesněte:.....

Oblíbený nápoj:

Oblíbené jídlo:

Oblíbené polévky:

Oblíbené pochutiny:

Nemá rád:

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

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy močení léčba medikamenty

Jaký typ poruchy:.....

Při inkontinenci využívá: vložky plenkové kalhotky perman. katétr

Vyprazdňování stolice: bez problémů zácpa průjem

Specifikujte problémy:.....

Sluch

Problémy se sluchem: ano ne

vpravo vlevo

Specifikujte problém:.....

Naslouchadlo: ano ne

Vypište oblíbenou hudbu, TV či rozhlasové pořady:.....

Na jaké zvuky byl doma zvyklý:.....

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

Zrak

Problémy se zrakem: ano ne

vpravo vlevo

Specifikujte problém:.....

Nosí brýle: ano ne

Nosí čočky: ano ne

Používané medikamenty: oční masti oční kapky

Přinesené předměty:.....

Regulace tělesné teploty

Má rád: zimu teplo tak akorát

Potí se: ano ne

Problémy týkající se teploty:

Pohyb, tělesná aktivita

Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou:.....

Specifikujte postižení:

porucha rovnováhy plegie paréza poruchy citlivosti

hypotonus spasmus kontraktury

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

Kompenzační pomůcky:.....

Způsob života

Povolání:.....

Koníčky, zájmy:.....

Má přineseny nějaké předměty vztahující se k povolání, zájmům:

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

Děti, vnoučata:

Víra: () ano – jaká:..... () ne

Jak snáší bolesti:.....

Jak zvládá zátěžové situace:.....

Využívá relaxační techniky:.....

Důležitý zážitek v poslední době:.....

Jiné důležité informace:.....

Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:.....

Anamnézu sepsala:..... dne:.....

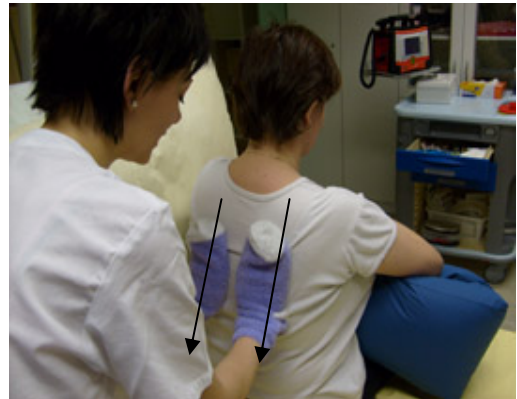
Dotazy zodpověděla:

Je v poměru k pacientovi:.....[5]

Příloha č. 2



Základní postavení



Tři svislé tahy



Postupné přehmátnutí rukou



Tři kruhové tahy



Kruhové tahy



Kruhové tahy

Příloha č. 3



Froté ponožky + rukavice



Iniciální dotek



Zklidňující stimulace obličeje



Povzbuzující stimulace obličeje



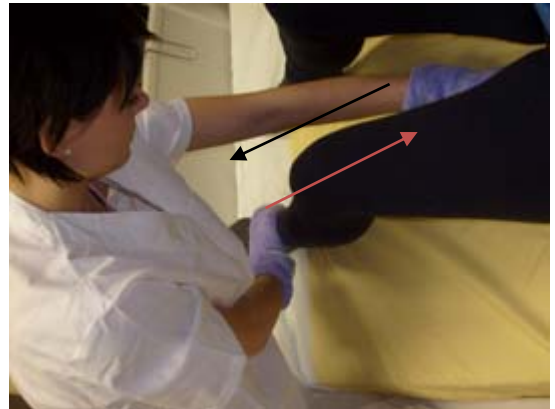
Zklidňující stimulace – směr po chlupu



Povzbuzující stimulace – směr proti chlupu



Diametrální stimulace na HK



Diametrální stimulace na DK

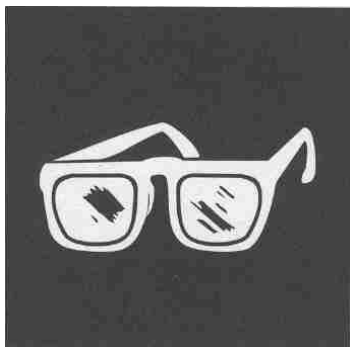


Diametrální stimulace na DK

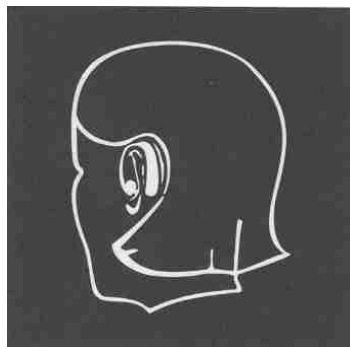
Příloha č. 4



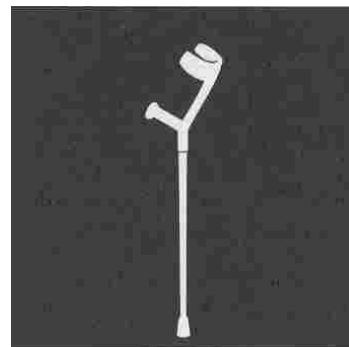
Příloha č. 5



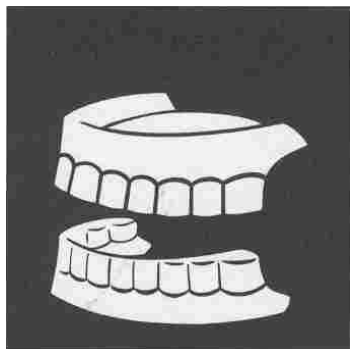
brýle



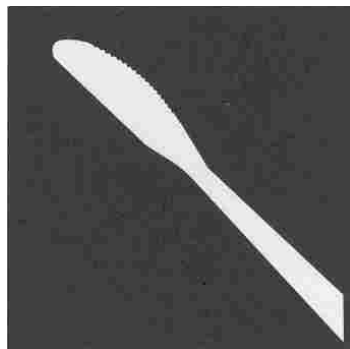
sluchadlo



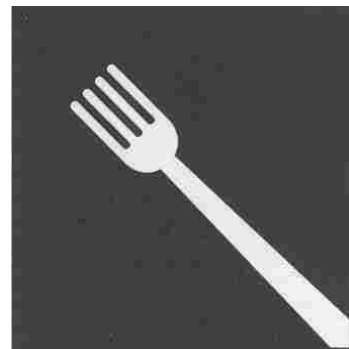
hůl



zubní protéza



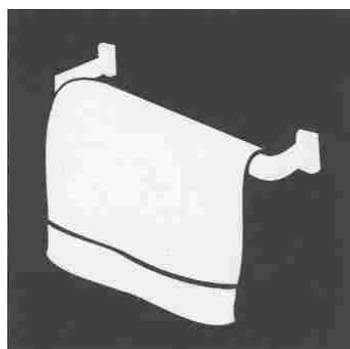
nůž



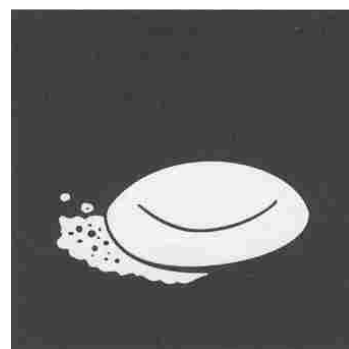
vidlička



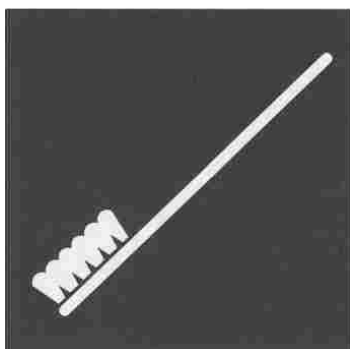
lžice



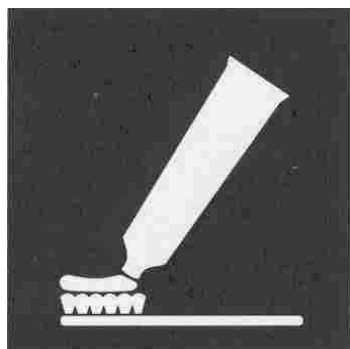
ručník



mýdlo



zubní kartáček



zubní pasta



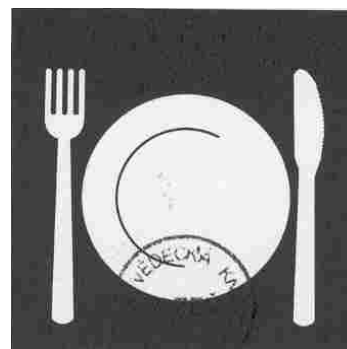
hřeben



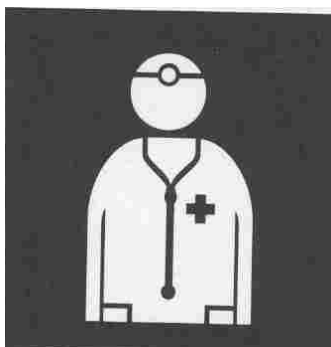
čaj



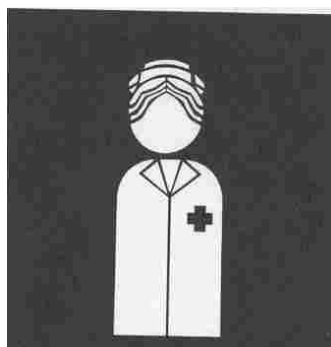
káva



jídlo



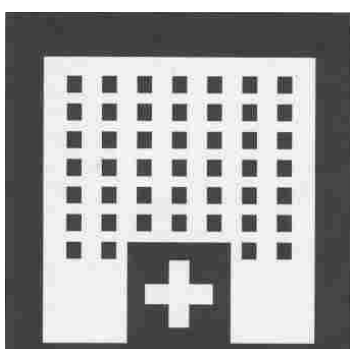
lékař



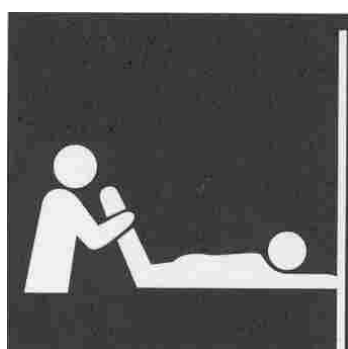
zdravotní sestra



invalida/vozičkář



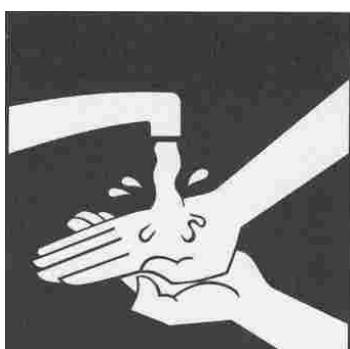
nemocnice



rehabilitace



oblékat se



mýt si ruce



léky



injekční stříkačka

Tento informační leták je určen pro zdravotníky a širší veřejnost.

Cílem je Vás seznámit s využitím konceptu při polohování klienta.

Nafocené obrázky je Vám vlastním návodem pro správné provedení polohy.

Polohování v konceptu bazální stimulace



Poloha mumie
Vhodná poloha pro neklidné a agresivní klienty



Poloha hnízdo na zádech s dolními končetinami v mírné flexi
Vhodná poloha pro navození stavu uvolnění, relaxace a zklidnění



Poloha na boku
Doplněná o vibrační a taktile-haptickou stimulaci



Bazální stimulace

je interakční, komunikační a vývoj podporující koncept, který se zaměřuje na všechny oblasti lidských potřeb.

Naším cílem je zachovat bio-psycho-sociální jednotu klienta.

Přínos pro klienta:

- zlepšení stavu
- porozumění
- empatický přístup
- důvěryhodný vztah
- komunikace na adekvátní úrovni

Přínos pro poskytovatele péče:

- neustálý vývoj v poskytování péče
- poskytování aktivní ošetrovatelské péče
- profesní rozvoj
- kreativní přístup

Poděkování / Spolupracovníci

Mgr. Petra Brédová
Jana Burianová
Bc. Katka Švejdová
Pavel Železný
pes Chere Sára

Více informací o konceptu

na www.bazalni-stimulace.cz
či v bakalářské práci s názvem
"Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestry – klient/pacient"

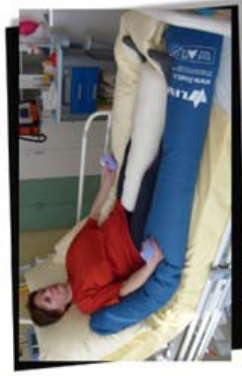
Adéla Stehliková, 2009
steh.ad@post.cz



Poloha na zádech vsedě
Vhodná poloha pro klienta přes den, či při podávání stravy



Poloha hnízdo na zádech s dolními končetinami v extenzi
Vhodná poloha pro navození stavu uvolnění, relaxace a zklidnění



Poloha hnízdo na boku
Vhodná poloha pro navození stavu uvolnění, relaxace a zklidnění



Příloha č. 7

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Stehlíková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia studijního programu Ošetrovatelství v oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku na téma „*Bazální stimulace jako prostředek komunikace sestry – klient/pacient*“.

Dotazníkové šetření je zcela *anonymní* a slouží *pouze ke studijním účelům*. V dotazníku zaškrtněte u každé otázky *pouze jednu* odpověď, pokud *nebude uvedeno jinak*.

K dotazníku je přiložena obálka, do které vložte svůj dotazník a zalepte.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

S pozdravem Adéla Stehlíková

Email: steh.ad@post.cz

Tel.: 605 782 426

1. Jak jste informován/a o konceptu bazální stimulace?

- 1) jsem o něm plně informován/a
- 2) jsem o něm částečně informován/a
- 3) pouze jsem o tom slyšel/a
- 4) nikdy jsem o tom neslyšel/a

2. Používá se na Vašem oddělení bazální stimulace?

- 1) ano, v plném rozsahu
- 2) ano, ale jen částečně
- 3) ne, nepoužívá

3. Jste absolventem/kou certifikovaného kurzu bazální stimulace, případně jakého?

- 1) ano
 - a) základní
 - b) nadstavbový
- 2) ne

4. Integrujete bazální stimulaci do péče o klienta/pacienta?

- 1) ano
- 2) ne

Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte otázkou číslo 16.

5. S jakými reakcemi klienta/pacienta se při používání bazální stimulace setkáváte častěji?

- 1) rozhodně příjemné reakce
- 2) spíše příjemné reakce
- 3) spíše nepříjemné reakce
- 4) rozhodně nepříjemné reakce
- 5) žádné reakce

6. S kterými příjemnými pocity se **nejčastěji** setkáváte? (lze uvést více možných odpovědí)

- „mžikání očima
- *hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení*
- *otvírání očí a úst*
- *pousmání, úsměv*
- *uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů*
- *klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy“* (Friedlová, 2007, s. 14)
- jiné (uveďte): _____

7. S kterými nepříjemnými pocity se **nejčastěji** setkáváte? (lze uvést více možných odpovědí)

- „zavírání očí a úst, blednutí
- *neklidné, nepravidelné dýchání*
- *pláč, křik, sténání*
- *zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby*
- *reakce signalizující obranu, odvracení se a gesta proti osobám, předmětům*
- *všeobecný motorický neklid a stereotypní chování*
- *manipulace na vlastním těle a sebepoškození se“* (Friedlová, 2007, s. 14)
- verbální projevy nespokojenosti se stimulací
- jiné (uveďte): _____

8. U jakých klientů/pacientů využíváte bazální stimulaci **nejčastěji**?
(lze uvést více možných odpovědí)

- 1) *„děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání*
- 2) *děti a dospělí s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace*
- 3) *klienty v komatózních stavech z jakýchkoliv příčin*
- 4) *klienty po mozkových cévních příhodách*
- 5) *klienty dlouhodobě upoutané na lůžko*
- 6) *klienty neklidné a dezorientované*
- 7) *klienty v intenzivní péči*
- 8) *geriatrické klienty*
- 9) *umírající“* (Friedlová, 2008, s. 4)

9. Které prvky bazální stimulace využíváte? (lze uvést více možných odpovědí)

- 1) somatická stimulace (*stimul. tělesná*) (označte ty, které používáte)
 - iniciální dotek
 - polohování
 - koupele
 - masáž stimulující dýchání
- 2) vestibulární stimulace (*stimul. rovnovážného ústrojí*)
- 3) vibrační stimulace (*stimul. chvěním*)
- 4) auditivní stimulace (*stimul. sluchu*)
- 5) optická stimulace (*stimul. zraku*)
- 6) olfaktorická stimulace (*stimul. čichu*)
- 7) taktilně – haptická stimulace (*stimul. hmatu*)
- 8) orální stimulace (*stimul. chuti*)

10. Bylo pro Vás těžké začlenit do ošetrovatelské péče nové složky komunikace?

- 1) rozhodně ano
- 2) spíše ano
- 3) spíše ne
- 4) rozhodně ne

11. Máte k dispozici kvalifikovaného terapeuta bazální stimulace, který by se aktivně zabýval tímto konceptem a motivoval pro jeho používání?

(terapeut se základním či nadstavbovým kurzem)

- 1) ano
- 2) ne

Pokud jste odpověděli **ano**, pokračujte otázkou číslo 13.

12. Uvítali byste na oddělení kvalifikovaného terapeuta bazální stimulace?

- 1) rozhodně ano
- 2) spíše ano
- 3) spíše ne
- 4) rozhodně ne

13. Zapojujete rodinu klienta/pacienta do péče podle konceptu bazální stimulace?

- 1) ano
- 2) spíše ano
- 3) spíše ne
- 4) ne

14. Myslíte si, že má vliv kvantita klientů/pacientů užívajících bazální stimulaci na kvalitu jednotlivých úkonů?

- 1) ano
- 2) ne

15. Je situace, která Vás odradí vykonávat stimulaci na konkrétním klientovi/pacientovi? (lze uvést více možných odpovědí)

- 1) K/P je hrubý a urážlivý
- 2) K/P je hlučný a křičí
- 3) pokud jste vyčerpaná/ý
- 4) pokud nedostanete peněžní ohodnocení za nadstandardní úkony
- 5) žádná situace mě neodradí
- 6) jiné (uveďte) _____

Dále pokračujte otázkou číslo 18.

16. Z jakého důvodu nepoužíváte bazální stimulaci? (lze uvést více možných odpovědí)

- 1) nedostatečná informovanost o konceptu
- 2) časová náročnost
- 3) nedostatek personálu na pracovišti
- 4) nedostatek proškoleného personálu
- 5) vysoká cena kurzovního
- 6) neochota zaměstnavatele
- 7) jiné (uved'te): _____

17. Co by Vás motivovalo pro používání bazální stimulace? (lze uvést více možných odpovědí)

- 1) zlepšení kvality oše. péče
- 2) zlepšení stavu K/P
- 3) větší zájem rodiny
- 4) vyšší finanční ohodnocení
- 5) podpora vedení – zajištění terapeuta bazální stimulace
- 6) vyškolení v konceptu bazální stimulace
- 7) lepší pracovní prostředí
- 8) kolektivní používání
- 9) nic by mě nemotivovalo
- 10) jiné (uved'te): _____

18. Používáte dotek při komunikaci s klientem/pacientem?

- 1) vždy
- 2) občas
- 3) zřídka
- 4) nikdy

19. Jaký typ komunikace s klientem/pacientem je pro Vás příjemnější (osobitější)?

- 1) verbální komunikace
- 2) neverbální komunikace

20. Ptáte se klienta/pacienta, které doteky mu jsou příjemné či nepříjemné?

- 1) ano
- 2) ne

21. Jaké je Vaše pohlaví?

- 1) žena
- 2) muž

22. Kolik je Vám let?

- 1) méně než 19
- 2) 20 – 29
- 3) 30 – 39
- 4) 40 – 49
- 5) 50 - 59
- 6) 60 a více

23. Jaká je Vaše profese?

- 1) ošetřovatel/ka
- 2) všeobecná sestra
- 3) všeobecná sestra se specializací či vysokoškolským vzděláním
- 4) lékař/ka
- 5) rehabilitační pracovník/ce
- 6) sociální pracovník/ce
- 7) jiné (uved'te): _____

Děkuji Vám

Příloha č. 8



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2, Liberec 1

tel.: 485 353 722

Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	STEHLÍKOVÁ ADELA
Osobní číslo studenta	206000043
Studijní obor, ročník	VĚDEČNÁ SESTRA III. ROČNÍK
Téma bakalářské práce	BAZÁLNÍ STIMULACE JAKO PROSTŘEDEK KOMUNIKACE SESTRA - KLIENT/PACIENT
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, a.s.
Jméno vedoucího bakalářské práce	Mgr. BLANKA PTAČILOVÁ
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Mgr. Ptáčilová</i>
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Mgr. Ptáčilová</i>
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis
Datum zahájení výzkumu	2.9.2008
Datum ukončení výzkumu	18.9.2008
Počet oslovených respondentů (personálu)	35
Počet oslovených respondentů (klientů)	/

V Liberci dne

podpis studenta

Adela Stehlíková

Já provedu výzkum a souhlasím

Lenka Čáková

Hlavní sestra

tel.: 485 353 722 mobil: 725 590 430
e-mail: lenka.cakova@nemci.cz

10.9.2008

Příloha č. 9



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2, Liberec 1

tel.: 485 353 722

Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)


Příjmení a jméno studenta	STEHLÍKOVÁ ADELA
Osobní číslo studenta	Z06000043
Studijní obor, ročník	VŠEOBECNÁ SESTRA III. ROČNÍK
Téma bakalářské práce	BARÁNKY STIMULACE JAKO PROSTŘEDEK KOMUNIKACE SESTRA - KLIENT/PACIENT
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	PANOCHOVA NEMOCNICE TURNOV
Jméno vedoucího bakalářské práce	Mgr. BLANKA PRAČKOVÁ
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Mgr. Ples
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Ples
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Ples
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Kujala
Datum zahájení výzkumu	1. 9. 2008
Datum ukončení výzkumu	15. 9. 2008
Počet oslovených respondentů (personálu)	15
Počet oslovených respondentů (klientů)	/

V Liberci dne 10. 9. 08

podpis studenta

Adela Stehlíková

BESTÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Základní symposium Bazální stimulace®
v ošetrovatelské péči


Adéla STEHLÍKOVÁ, 4.5.1984

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od **18.4.2008** BIS / do **20.4.2008**

24 UNTERRICHTSTUNDEN / **24** vyučovacích hodin


DATUM / Datum **20.4.2008**



STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-DES KURSLEITERS / Razítko a podpis iektora
PhDr. Karolína Friedlová, Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege

Registrační číslo akce: **ČAS/KK/1153/2008** Učast: **pasivní** Počet kreditů: **9**
JO 0510/08

BESTÄTIGUNG DER
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION
IN DER PFLEGE

**AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION®
IN DER PFLEGE**

Nástavbové symposium Bazální stimulace®
v ošetrovatelské péči

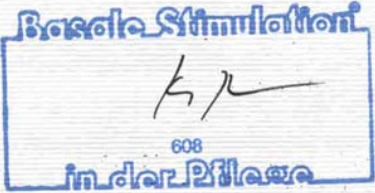
Adéla Stehliková, 4.5.1977

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od *14.6.* BIS / do *15.6.2008*

16 UNTERRICHTSTUNDEN / **16** vyučovacích hodin

DATUM / Datum *15.6.2008*



STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER-DES KURSLITERS / Razítko a podpis lektora
PhDr. Karolína Friedlová, Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege

Registrační číslo akce: *Číslo k 2846/2008* Účast **pasivní** Počet kreditů: **6**
100532/08