

Bazální stimulace v praxi

Pavλίna Šamánková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina Šamánková**
Osobní číslo: **H11604**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Bazální stimulace v praxi**

Zásady pro vypracování:

Sběr informací, prostudování odborné literatury k tématu bazální stimulace.
Charakteristika konceptu bazální stimulace.
Vymezení pojmů z oblasti bazální stimulace.
Příprava metodiky průzkumné části.
Stanovení cílů práce.
Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů. 1. vyd. Brno: IDVP Brno, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BIENSTEIN, Christel a Andreas D. FRÖHLICH. Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen Edition Pflege. Kallmeyer, 2004. ISBN 9783780040015.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLUGEROVÁ Jarmila, Irena PRÁZOVÁ a Tereza VACÍNOVÁ. Jak vypracovat bakalářskou, rigorózní a disertační práci. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2009. 52 s. ISBN 978-80-86723-72-3.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Renata Halmo, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

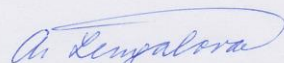
Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
14.2.14

.....
Jana Křiváková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávatečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé bakalářské práce je "Bazální stimulace v praxi".

Koncept Bazální stimulace podporuje vnímání, hybnost a komunikaci. Nabízí lidem s nezvratným poškozením či onemocněním jistotu a podporuje orientaci. Koncept také maximálně respektuje autonomii člověka a podporuje jeho důstojnost.

V teoretické části je popsána historie a současnost konceptu bazální stimulace. Dále jsou zde vysvětleny jeho strukturální součásti, iniciální dotek a biografická anamnéza.

Praktická část si stanovuje za cíl zjistit, jak konkrétní pacientka vnímala používání prvků bazální stimulace v péči o ni. Dalším cílem bylo zjistit, které prvky BS integrují sestry na pracovišti ARO nemocnice KNTB a.s. ve Zlíně do péče o pacienta, s jakým efektem a dopadem na komunikaci s pacientem s poruchou vědomí. Pro dosažení cílů byla vypracována kazuistika a zvolena metoda dotazníkového šetření.

Klíčová slova: Bazální stimulace, iniciální dotek, biografická anamnéza.

ABSTRACT

The topic of my thesis is "Basal stimulation in practice."

Basal stimulation supports the concept of perception, momentum, and communication. It offers people with non-reversible damage or disease and promotes certainty orientation. The concept also maximally respects autonomy of man and supports his dignity.

The theoretical part describes the history and present of the concept of basal stimulation. There are also explained its structural components, initial touch and biographical history.

The practical part sets out to find out how a particular patient perceived the use of the basal stimulation in the care of her. Another goal was to determine which elements of BS nurses integrate in the workplace ARO hospital as KNTB Zlín in patient care, and how it effected the communication with patients with impaired consciousness. The case report was prepared to achieve the objectives and a method of selected survey was used.

Keywords: Basal stimulation, an initial touch, biographic history.

Touto cestou bych chtěla poděkovat především PhDr. Renatě Halmo, PhD. za její odborné vedení, velkou trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji náměstkyni pro ošetrovatelskou péči nemocnice KNTB a.s. za umožnění provedení výzkumu. Dále děkuji pracovníku odd. ARO a NIP KNTB a.s., kde jsem výzkum prováděla. A v neposlední řadě děkuji celé své rodině a známým za pomoc a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná bakalářská práce a verze elektronická nahraná do IS/ STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORICKÝ VÝVOJ	13
1.1 VZNIK KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE.....	13
1.2 ZÁKLADNÍ CÍLE BS A JEJICH POŘADÍ	14
Udržení života a umožnění dalšího vývoje situace.....	14
Cítění vlastního života	15
Vnímání okolního světa	15
Individuální životní rytmus.....	15
Ovlivnění soběstačnosti a samostatnosti.....	16
Vnímání vztahů a umožnění setkání.....	16
Smysl a význam – najít a zažít.....	16
Autonomie a zodpovědnost žít	17
1.3 ZÁKLADNÍ MYŠLENKA	17
2 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE.....	18
2.1 STIMULACE VNÍMÁNÍ.....	19
Vývoj vnímání.....	19
2.2 TECHNIKY KONCEPTU BS	21
2.2.1 Základní stimulace	21
2.2.2 Nástavbové stimulace.....	24
2.3 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA	27
3 PORUCHY VNÍMÁNÍ	28
3.1 KVALITATIVNÍ PORUCHY VĚDOMÍ.....	28
3.2 KVANTITATIVNÍ PORUCHY VĚDOMÍ	28
3.2.1 Vybrané stavy.....	29
Bezvědomí	30
3.3 KOMUNIKACE S PACIENTEM	31
3.3.1 Verbální projev.....	32
3.3.2 Neverbální komunikace.....	32
3.3.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 CÍLE	35
5 METODIKA PRÁCE.....	36
5.1 UŽITÁ METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
5.1.1 Kazuistika a individuální dotazník.....	36
5.1.2 Dotazník	36

5.2	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
5.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	37
5.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	37
6	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 1	39
6.1	KAZUISTIKA	39
6.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A PROVÁDĚNÉ PRVKY BS	40
7	VÝPOVĚDI PACIENTKY.....	43
8	INTERPRETACE DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	47
8.1	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 2	52
8.2	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 3	64
9	DISKUZE	80
10	ZÁVĚR.....	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	92
	SEZNAM GRAFŮ	94
	SEZNAM TABULEK.....	95
	SEZNAM PŘÍLOH.....	96

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je Bazální stimulace v praxi.

Podstatou bazální stimulace je uspokojit potřeby pacienta, porozumět jeho stylu vyjadřování, pomoci mu orientovat se v prostoru a dát mu jistotu a možnost rozvoje osobnosti.

Koncept Bazální stimulace se v České republice uplatňuje od roku 2003. Koncept je integrován do péče nejen v nemocnicích, ale také v léčebnách dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech, rehabilitačních ústavech, hospicích atd.

Koncept Bazální stimulace poskytuje zařízením návod, jak strukturovat péči o lidi s poruchou komunikace, hybnosti a vnímání (demence, těžká retardace, vrozené vývojové vady, úrazy apod.). Pomocí bazální stimulace je možné většině pacientů zkvalitnit život a umožnit komunikaci nejen se zdravotnickým personálem, ale hlavně s rodinou.

Výhodou konceptu je jeho jednoduchost a účinnost. K zapojení Bazální stimulace do péče není potřeba žádných složitých ani drahých pomůcek, je třeba ale vyškolený personál, který je schopen se vžít do pocitů pacienta a představit si okolí z jeho pohledu.

Koncept bazální stimulace je kreativní a je možné společné zapojení i jiných konceptů, ať se již jedná o koncept kinestetiky, canisterapie, Bobath koncept aj. Má své nezastupitelné místo především v intenzivní péči, kde je problém v navázání komunikace s nemocnými, vzhledem k jejich těžkým stavům. Proto jsem tuto bakalářskou práci zaměřila na výzkum na odd. ARO a NIP.

Zčásti se tato bakalářská práce dotýká i klientky, která na těchto odděleních byla hospitalizována a u které se koncept bazální stimulace začínal zavádět. Proto je v závěru mé bakalářské práce srovnání odpovědí sester a klientky. Klientka byla nějaký čas v bezvědomí ,a když se probírala, měli jsme možnost zjistit, jak naši péči vnímala.

Jelikož mne toto téma zajímá a myslím si, že je to standartní metoda, zařazená do péče o pacienty, spatřuji hlavní význam v tom, že mohu přiblížit problematiku širší zdravotnické veřejnosti. Většina sester není proškolená v konceptu Bazální stimulace, a proto zapojují koncept do své péče jen okrajově.

Chtěla bych se i nadále věnovat této problematice, protože si myslím, že je to koncept, který nám nabízí obrovské možnosti ve zlepšování a zkvalitňování ošetrovatelské péče.

V této práci jsme chtěli zjistit spokojenost pacientky s hospitalizací na odd. ARO, nemocnice KNTB a.s. se zaměřením na komunikační prvky BS. Dále jsme zjišťovali užívání technik BS (se zaměřením na komunikační prvky BS) sestrami na odd. ARO, nemocnice KNTB a.s., zmapovat jejich zkušenosti s užíváním technik BS a jejich dopad na pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VÝVOJ

1.1 Vznik konceptu bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, který pracoval v Německu s dětmi s kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Během svého vědeckého projektu vytvořil koncept bazální stimulace, přičemž vycházel z vědeckých studií prenatální vývojové psychologie. Přes somatické, vestibulární a vibrační vnímání se mu podařilo úspěšně navázat komunikaci s dětmi.

Do ošetrovatelské péče převedla tento koncept prof. Christel Bienstein, která pracovala dlouhá léta jako zdravotní sestra v Německu a aplikovala jej do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním kómatu a prokázala výhody tohoto konceptu také v intenzivní péči. (Friedlová, 2007, s. 13)

Prof. Christel Bienstein a prof. Andreas Fröhlich spolupracují na vědeckých projektech, týkajících se konceptu bazální stimulace a podílejí se na systému vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace. Lektoři se sdružují v Mezinárodní asociaci bazální stimulace, mají licenci pro výuku konceptu a také se musí nadále vzdělávat. (Friedlová, 2007, s. 14)

Bazální stimulace je uznávaným a aplikovaným konceptem v zemích Evropské unie. U lidí nacházejících se ve vigilním kómatu, tělesně či duševně postižení, s mentálním postižením, se dá říct, že je koncept nedílnou součástí života pacientů v sociálních ústavech, v nemocnicích, v domovech důchodců i jiných zařízeních. Důležité místo má také v péči o nedonošené děti. (Friedlová, 2007, s. 13)

V zahraničí je koncept zahrnut do osnov výuky ošetrovatelství. Většina zahraničních zdravotnických zařízení má vlastní lektory a průběžně školí své zaměstnance.

V roce 2000 se dostal poprvé koncept bazální stimulace do České republiky a to prostřednictvím časopisu *Sestra* a na Multioborové konferenci v Olomouci. První základní kurz v bazální stimulaci proběhl v lednu 2003. Kurzy bazální stimulace prošli pracovníci různých oblastí ošetrovatelství (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotní sestry, ...) a také učitelé zdravotních škol. (Friedlová, 2007, s. 16)

1.2 Základní cíle BS a jejich pořadí

1. Udržení života a umožnění dalšího vývoje situace
2. Cítění vlastního života
3. Zajištění pocitu bezpečí a vybudování si důvěry
4. Sledování vlastního rytmu
5. Ovlivnění vlastního života
6. Vnímání okolního světa
7. Udržení a budování mezilidských vztahů
8. Vnímání smyslu a významu
9. Soběstačnost a zodpovědnost (*Bienstein, Fröhlich, 2006*)

Pořadí základních cílů a jejich činností je určeno teoretickými podklady, které se samozřejmě nevztahují na každého pacienta a každé symptomy. Stanovení tohoto pořadí následuje až po zhodnocení situace pacienta a zohlednění jeho individuality. Celý kontext do sebe musí zapadat. (*Bienstein, Fröhlich, 2006*)

Udržení života a umožnění dalšího vývoje situace

K základním funkcím udržení života patří dýchání. To zajišťují přístroje, které způsobují vlastní rytmus a pacient je jemu plně podřízen. Pokud pacient může samostatně dýchat a najde vlastní rytmus, nabere znovu životní vitalitu.

Nejen dýchání, ale i srdeční akci a krevní tlak je někdy nutno podporovat. Často se objevují komplikace, které mohou mít životu nebezpečný charakter. Lidé jsou hluboce znepokojeni a mají velký strach. Cítí existenční nebezpečí a koncentrují se na možnosti, které jim ještě zůstaly. Pacienti působí „jakoby tu nebyli“, jsou ztraceni hluboko sami v sobě a pokouší se energetickou ztrátu minimalizovat. Zaměřují se na základní životní funkce a vše ostatní je pro ně vedlejší. Přesto, že pacienti takto působí, vnímají vše velmi citlivě. Aby udrželi

vlastní funkce, musí přijímat potravu. Velký význam má proto znovu získaná schopnost přijímat potravu.

Dalším důležitým prvkem je pohyb. Pohyb signalizuje život, dýchání, bušení srdce, pohyb krve. Tím je umožněna výměna hormonů a dělení buněk. Pohyb znamená život a vnímání, jinak se člověk ztrácí v mlze. Úkolem naší péče je tuto mlhu ovlivnit ve smyslu snahy o její vymizení. Koordinované pohyby pomáhají v orientaci. Nejen v aktivních situacích můžeme pacienty metodicky ovlivňovat. Tito lidé jsou velmi blízko smrti, proto je třeba s nimi být v kontaktu, aby se necítili sami. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Cítění vlastního života

Zůstat naživu je jen jeden aspekt. Vnímat život v nějaké formě, znamená cítit vlastní tělo, to že já jsem individuum, jsem sám sebou, mám kontakt s jinými lidmi a věcmi, jsem celek. Ne každý člověk je schopný uvědomovat si vlastní existenci. Zvláště pacienti v bezvědomí ztrácí vnímání o vlastním těle. Chybí jim pocit jistoty a vnímání sebe sama. Proto je důležité pomoci pacientům rozpoznat vlastní tělo, aby si jej uvědomovali a cítili jej. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Vnímání okolního světa

Pro osoby, které mají vážná omezení, je velmi důležité umožnění vnímání okolního světa. To se vztahuje nejen k věcem okolního světa, ale i osobám a vztahům s nimi. Je pro ně důležité vnímat a cítit blízké osoby např. při mluvení vnímat vibrace partnera na hrudníku. Bazální stimulace znamená i to, že je pacient v neustálém kontaktu s okolím. Vytvoří se smysluplný vztah mezi objekty a pacientem – např. lůžko – pacient může cítit konzistenci matrace rukama nebo i vnímat noční stolek – to vše má jinou podstatu, jiný význam. Pacient by se měl na situaci podílet a sbírat zkušenosti. Holení může působit jako odcizení nebo také jako společné otevření, vůně může pacientovi přinést užitek i mnohem víc, může si vzpomenout na předešlé zkušenosti, které jsou v paměti. Věcné a lidské vztahy jsou velmi důležitou komponentou pro pacienta. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Individuální životní rytmus

Pobyt v nemocnici či jiném zařízení změní masivně a extrémně situaci pacienta. Zrušení vlastního biologického rytmu se může změnit v agresi. Celý den nebo většinu času prožijí

pacienti v poloze lehu. To neodpovídá přirozenému stavu. Pokud tento stav trvá dlouho, je důležité, aby pacient pravidelně měnil polohu, aby střídal fáze aktivity a pasivního chování. Dobu aktivity, kdy pacient sedí nebo leží, řídí např. fyzioterapeut – ne vždy to však odpovídá individuálnímu rytmu pacienta. Proto je důležité brát ohled i na zvyklosti pacienta, také na jeho nálady, okolí, určité osoby, které pravidelně přicházejí, rodinné a přátelské vztahy, svátky a rituály. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Ovlivnění soběstačnosti a samostatnosti

Pokud se lidé v cizím prostředí necítí dobře, nemohou dost dobře zmobilizovat vlastní sílu k léčení. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)* Proto je velmi důležité vycházet z biografické anamnézy pacienta a podpořit jeho pocit pohody a důvěry. Toho je možné dosáhnout zařazením známých a oblíbených činností, předmětů a osob do péče o něj.

Vnímání vztahů a umožnění setkání

Změna životní situace může způsobit odcizení od blízkých lidí. Všichni jsou nejistí, mimika i osobnost jsou změněny. Například matka nepozná dceru nebo si nevzpomene na určité situace. Nastává krize ve vztazích, strach, odcizení, odmítnutí nebo i odpor. Příbuzní by neměli zůstat v této situaci sami. Je nutné vědět, že i lehký pohyb či změna dýchání, může být pokus o kontakt. Je důležité, aby vznikly nové komunikační formy, které situaci usnadní. Je nutno si uvědomit, že pacienti mají právo rozhodovat o podílu určitých osob na péči o ně. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Smysl a význam – najít a zažít

Ztráta smyslu života, pro pacienta znamená, svěřit vše do rukou cizích lidí a vzdát se sebe sama. Změny nastávají na mnoha úrovních osobností. Je možné, že nejsou schopní spolupracovat, někteří nejsou schopni ani komunikovat, vnímat vlastní osobnost, změny v rodinném zázemí. Pacienti ale musí mít pocit, že jejich existence má význam. V situaci pacienta je důležité dát mu jistotu, důvěru a možnost, aby se rozhodl co je pro něj důležité. Určité maličkosti, které nám v daném okamžiku nepřijdou důležité, ale mohou mít pro pacienta existenční význam. *(Bienstein, Fröhlich, 2006)*

Autonomie a zodpovědnost žít

Autonomie se dotýká všech oblastí lidské existence – fyzickou počínaje, přes kulturní, spirituální, politickou a ekonomickou konče. Můžeme ji chápat jako potřebu osobnostního růstu či schopnosti moci se rozhodovat, která naplňuje určité životní hodnoty člověka. Také souvisí s potřebou vyjádření vlastní individuality jedince, respektu okolí, prosazování vlastních schopností a seberealizace, porozumění, harmonie, rovnováhy a odpovědnosti. (Sýkorová, 2007)

Péče znamená pečovat o celou osobnost pacienta, nejen se snažit jej vyléčit. V každém setkání s pacientem může pacient neustále cítit od začátku až do konce, že je v sociálních vztazích autonomní a nikdy není sám. (Bienstein, Fröhlich, 2006)

1.3 Základní myšlenka

Základní myšlenkou se pro prof. dr. A. Fröhlicha stal Bobath koncept. (Friedlová, 2005, s. 39)

„S myšlenkou tohoto konceptu přišla ve 40. letech 20. století Berta Bobath (fyzioterapeutka), a to během své práce s pacienty po mozkových cévních příhodách. Integrovala poté koncept do péče o děti s cerebrální pohybovou poruchou. Její manžel Karel Bobath (neurolog) současně její poznatky zpracovával ze strany neurofyzologie. Tento koncept je dnes celosvětově uznávaný koncept nejen pro zacházení s dětmi se změnami v pohybové oblasti, ale také s dospělými, kteří jsou následkem mozkových cévních poruch nebo jiného těžkého onemocnění mozku postiženi ochrnutím či spasticitou.

V psychologii stojí v centru dalších myšlenek Fröhlicha vývoj uvědomění si vlastního já – „jájství“, ve vztahu k teorii od Alfreda Adlera o časných formách vlastního uvědomění.“ Tento koncept platil dlouhou dobu jen pro oblast pohybovou.

Lze tedy tvrdit, že sensorické zkušenosti získané během prenatálního vývinu informují dítě o sobě samotném. Vibrační, vestibulární a somatické, t. z. týkající se celého těla, podávají dostatek informací, o hranicích sebe sama a okolního světa. (Friedlová, 2005, s. 39 – 41)

2 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“ (Friedlová, 2007, s. 19)

Základními složkami konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich těsné propojení. Koncept umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá zachování svých životních návyků v dlouhodobé paměti. Cílenou stimulací uložených vzpomínek je možno znovu aktivovat mozkovou funkci a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů. (Friedlová, 2007, s. 19)

Pokud sestra zvolí vhodný způsob komunikace, může být pacient schopen vnímat své tělo a okolí kolem sebe. Až ve chvíli, kdy pacient vnímá své okolí, lze s ním navázat komunikaci. Není tím ale myšleno verbální komunikaci, nýbrž komunikaci na jiných úrovních. Hlavně u pacientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, např. coma vigille – se využívá ranné komunikace. (Friedlová, 2005, s. 14- 15)

Nejrannější formy komunikace (ještě v období prenatálním) jsou:

- Komunikace somatická
- Komunikace vestibulární
- Komunikace vibrační

„Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje. Každý má vzhledem k svému momentálnímu stavu vědomí jiný požadavek na komunikaci se svým okolím, což koncept zohledňuje, a tím poskytuje profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči.“ (Friedlová, 2007, s. 19)

2.1 Stimulace vnímání

Vývoj vnímání

Díky vědeckým poznatkům bylo zjištěno, že se prvotně vyvíjí somatické vnímání, které nás informuje o našem těle, poté vnímání chvění, vibrací a vnímání vestibulární, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru. (Friedlová, 2007, s. 19)

Vnímání somatické, tedy vnímání těla, se u člověka rozvíjí už na konci druhého měsíce nitroděložního vývoje po početí.

S vývojem vestibulárního aparátu souvisí také vývoj schopnosti vnímat změnu polohy. (Trojan, 2003) Od 16. týdne nitroděložního vývoje je plod schopen zaujmout a posléze fixovat svou polohu v děloze matky. Ostatní schopnosti se vyvíjejí v různých obdobích a zrakové vnímání dozrává až po narození. Vnímání zvuků dozrává od 3. až 4. měsíce před narozením. Paměť slyšených vjemů je datována po 30. týdnu gravidity a od 28. – 30. týdne plod reaguje na taktilní, akustické, vizuální a chuťové podněty. (Unterlagen für Weiterbildung Praxisbegleiter Basala Stimulation in der Pflege, 2003) Od 6. měsíce má plod citové prožitky a lze i prokázat reakce na smyslové podněty doprovázené základními emocemi libosti či nelibosti. (Langmayer, 1998)

Už v prenatálním období si plod cumlá palec a polyká plodovou vodu (orální stimulace) a následně po narození se přidává olfaktorické vnímání, tedy schopnost cítit vůně a pachy.

V poslední třetině těhotenství se vyvíjí sluchové (auditivní) vnímání a taktilně – haptické vnímání, tedy hmat a schopnost úchopu. (Fröhlich, 1998)

„Fyziologie definuje lidské vnímání jako bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací.“ (Friedlová, 2007, s. 21) Stav vědomí je souhrn dějů z několika oblastí mozku. *„Neurologie popisuje vědomí jako stav, kdy člověk je schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího prostředí.“* (Ambler, 2004, s.65)

Pokud je okolí kolem člověka málo podněčující, dochází k sensorické deprivaci. Nedostatek pohybu má za následek senzomotorickou deprivaci, a tím se redukuje schopnost výkonu mozku. (Fröhlich, 1998)

Veškeré aktivity člověka probíhají na podkladu stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací. (Friedlová, 2007, s. 23)

Cílem konceptu je podpora a umožnění vnímání tak, aby u pacientů docházelo:

- Ke stimulaci vnímání těla
- K rozvoji vlastní identity
- K umožnění lepšího vnímání okolního světa
- K navázání komunikace se svým okolím
- Ke zlepšení vnímání orientace v prostoru a čase
- K zlepšení funkcí těla

Podmínkou kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, zformulování reálných cílů a sestavení ošetřovatelského plánu. Nezastupitelnou funkci ve stimulující ošetřovatelské péči je zapojení rodinných příslušníků pacienta do péče. (Friedlová, 2007, s. 23 - 24)

Následující aspekty jsou rozhodující v kvalitě péče:

- Dotek každý zvlášť, i když je více lidí
- Uvést začátek a konec
- Vybudovat kontinuální péči
- Rozvíjet rytmus v péči
- Používat pevné prvky v péči

(Bienstein, Fröhlich, 2004)

2.2 Techniky konceptu BS

Techniky konceptu jsou rozděleny do dvou skupin základní a nástavbové stimulace.

Základní stimulace:

- Somatická
- Vestibulární
- Vibrační

Nástavbové stimulace:

- Optická
- Auditivní
- Taktilně – haptická
- Olfaktorická
- Orální

(Friedlová, 2007, s. 23 - 24)

2.2.1 Základní stimulace

- Somatická stimulace – Somatické vnímání zprostředkovává kůže. *(Friedlová, 2005, s. 41)*
Tato stimulace umožňuje pacientovi vnímat vlastní tělo, tedy uvědomovat si sám sebe. K této stimulaci se využívají doteky, masáže těla, masáže stimulující dýchání, polohování, koupele či zábaly. *(Bartozsek, Nydal, 2000)* Dotýkat se je základní lidská schopnost organismu. Přes doteky se pacientům dostává četného množství impulzů z vnějšího prostředí. *(Friedlová, 2007, s. 71)* Důležité je hodnocení doteku – jeho kvalita, síla, vyvinutý tlak, opakování, význam a použité lokality. *(Kapounová, 2007, s. 207)*

Základem somatické stimulace je tzv. **iniciální dotek** (pevný, zřetelný a přiměřeného tlaku a musí být provázen verbálně). Měl by se používat před a po každém ošetřovatelském úkonu či komunikaci s pacientem. Jedná se o místo, které by pacientovi mělo nejvíce vyhovovat (nejlépe v centrální části těla). Nejvíce využívaná místa pro iniciální dotek jsou ramena, paže nebo ruka. Nečekané a necílené doteky, u pacienta se sníženým stupněm vnímání, mohou vyvolávat pocit nejistoty a strachu. Nevhodné jsou let-

mé, krátkodobé a uspěchané doteky. (Kapounová, 2007, s. 207) Také jiné informace přicházející z okolí nečekaně, vnímané různými smyslovými orgány, mohou pacienty lekat. Proto bychom měli pacientovi vždy dát jasně najevo, kdy začínáme a kdy končíme s činnostmi. (Friedlová, 2007, s. 73) Je vhodné zapsat místo iniciálního doteku do tabulky a umístit ji do bezprostřední blízkosti pacientova lůžka. (Friedlová, 2007, s. 74)

„Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a následně okolního světa. Vnímání vlastního těla je tedy předpokladem k uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat.“
(Friedlová, 2007, s. 64)

Dle konceptu bazální stimulace rozlišujeme: (Friedlová, 2007, s. 74)

- Somatickou stimulaci zklidňující – integruje se do péče pomocí zklidňujících koupelí a lze ji provádět kdykoliv během dne za použití různých prostředků. Teplota vody je 37 – 40 °C. (Friedlová, 2007, s. 76)
- Somatickou stimulaci povzbuzující – také se integruje do péče při toaletě pacienta – tedy pomocí povzbuzující koupele, kdy voda má nižší teplotu než je teplota těla (23 - 28°C). (Friedlová, 2007, s. 81)
- Neurofyziologickou stimulaci – cílem je umožnit pacientovi s postižením jedné poloviny těla, tuto oblast znovu vnímat. Velký důraz při této stimulaci se klade na zrakovou kontrolu pacienta, tedy že pacient po dobu stimulace, kontroluje své tělo. (Friedlová, 2007, s. 83)
- Symetrickou stimulaci – Cílem této stimulace je podpora vnímání těla s poruchami rovnováhy. Ošetřující musí pracovat synchronně s oběma polovinami těla. Před touto stimulací je doporučeno použít napřed stimulaci zklidňující. (Friedlová, 2007, s. 88)
- Rozvíjející stimulaci – tato koupelová stimulace napomáhá ke zdůraznění symetrie a středu těla. (Friedlová, 2007, s. 88)
- Diametrální stimulaci – může být aplikována buď jako koupel celého těla, s teplotou vody 38 – 40 °C, nebo jen na jeho různé části. Využívá se u pacientů se zvětšeným svalovým napětím. (Friedlová, 2007, s. 89, 90)

- Polohování „hnízdo“ a „mumie“ – při ležení v klidu se mění vnímání těla po 30 minutách. Při polohování je nutné vždy myslet na komfort pacienta a také autobiografickou anamnézu. (Friedlová, 2007, s. 91, 92)
- Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání – je součástí dechové gymnastiky a má velký význam pro komunikaci s pacientem. Tato metoda vede k ustálení rytmu dýchání a redukuje stavy neklidu a zmatenosti. (Friedlová, 2007, s. 102, 103)
- Vestibulární stimulace – umožňuje pacientovi vnímat změnu polohy, prostorovou orientaci a pohyb. Jde o rotační, lineární a statické pohyby hlavy, např. houpání. V ošetrovatelské péči se doporučuje dát hlavu do polohy ve směru následující polohy těla, provádět změny polohy těla změnami pozice celého lůžka a polohovat pacienta do sedu v lůžku nebo sedu v křesle. (Kapounová, 2007, s. 207)

„Hlavní vestibulární jádra jsou složitým centrem při řízení rovnováhy a svalového tonu“. (Trojan, 2003, s. 606) Pokud dochází ke střídání polohy jen málokdy, mohou se u pacienta projevit různorodé problémy jako např. nauzea, kolaps, bolesti hlavy aj.

Vestibulární stimulaci aplikujeme u pacientů:

- ve vigilním stavu
 - s omezenou hybností
 - s těžkou mentální retardací
 - ležících na lůžku déle než 3 dny (Friedlová, 2007, s. 105, 106)
- Vibrační stimulace – umožňuje pacientovi vnímat chvění a vibrace při mluveném slovu, broukání melodií, dupání, klepání či jemných poklepových masáží. Smyslem této stimulace je posílení stability pacienta a uvědomění si polohy vlastního těla a jednoty těla se skeletem. Vibracemi jde ovlivnit i dýchání ve smyslu prohloubení či rytmiky dechu. (Kapounová, 2007, s. 208)

Vnímání vibrací je zcela individuální a aplikujeme ji převážně u pacientů ve vigilních kómatech a těžkých mentálních retardacích. Můžeme použít i různé technické pomůcky – holicí strojky, vibrující hračky a sedátka, elektrický zubní kartáček, apod. nebo i vlastní ruce.

Kontraindikací této stimulace jsou krvácivé stavy, varixy, různá poranění a poruchy integrity kůže. (Friedlová, 2007, s. 107)

2.2.2 Nástavbové stimulace

- Optická stimulace – Zrak je spolu se sluchem nejčastěji využívaným smyslem. Zrak umožňuje člověku jak poznávat okolní svět, tak i orientovat se v něm, uspořádat jeho okolí, poznávat lidi i věci, povzbudit pocity jistoty, prožívat pozitivní vnímání a posiluje i schopnost se učit. (Friedlová, 2007, s. 109,110) Okolí pacientů v zařízeních bývá často chudé na podněty a může být pro člověka, pokud se probere po dlouhodobém bezvědomí i stresující. Nemožnost orientování se v dané situaci a svém okolí, může vyvolávat tíseň, strach i agresivní chování pacienta. Integrace něčeho známého do takového prostředí může vzbudit pocit zklidnění. (Bienstein, Fröhlich, 2003) Pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je velmi významná jakákoli změna polohy. Může jít pouze o malou změnu polohy hlavy, ale pro pacienta to znamená změnu jeho zorného pole. Změnami polohy můžeme pacientovi umožnit sledování dění v jeho okolí a pomoci mu orientovat se. Tím posilujeme jeho pocit jistoty. Změna polohy má význam současně pro stimulaci vestibulární a somatickou. (Friedlová, 2007, s. 109,110)

Pacienti, jež se po delší době proberou z kómatu a trpí ztrátou nebo poruchou zrakového vnímání, nemusí být schopni ihned rozpoznat všechny detaily ve viděných věcech a vnímat všechny odstíny jednotlivých barev. Jejich optické vnímání se zaměřuje na obdobné vnímání jako u narozených dětí – vnímání světla/tmy, obrysů na krátkou vzdálenost, vlastních částí těla, zřetelných a ostrých kontur předmětů (ale ne detailů), rozvoj vnímání barev (zpočátku jsou vnímány jen základní barvy, postupně se rozvíjí schopnost vnímat různé odstíny).

V naší péči je nutné tyto vývojové etapy akceptovat. Proto je vhodné k výzdobě pokoje použít obrázky, které malují děti. Mají jednoduché tvary a používají základní barvy, které nevyvolávají žádné negativní emoce. Obrazy se složitými motivacemi mohou vyvolat negativní reakce u pacienta.

Při zrakové stimulaci je důležité respektovat některé zásady:

- poskytovat stimuly, které jsou zřetelně světlé a tmavé

- pomoci klientovi uvědomit si střídání dne a noci
- umístit hodiny do zorného pole pacienta
- pokud je to alespoň trochu možné, posadit pacienta alespoň na chvíli k oknu či zavést jej na zahradu
- volit barevné oblečení pacienta, personálu či povlečení na postel jako kontrast k bílým zdem
- obrázky musí být dostatečně velké a umístěné v zorném poli pacienta a měl by je znát
- pokud pacient potřebuje brýle, nasadit mu je
- fotografie by měly být umístěny na okraji jeho zorného pole, aby byl pacient nucen vyvinout pohybovou aktivitu, pokud by si je chtěl prohlédnout
- u pacientů, kteří mají poruchu zraku, dáváme přednost černo-bílé kombinaci obrázků
- pokud pacientovi nabídneme televizi, musíme dát přednost jeho oblíbeným pořadům (z biografické anamnézy)
- stimulaci musíme aplikovat tak, aby nedošlo k přetížení pacienta (Friedlová, 2007, s. 112,113)

„Optická stimulace neznamena jen pasivní aplikaci stimulů do zorného pole pacienta, ale také poskytnutí možnosti změnit prostředí (alespoň na chvíli opustit pokoj, oddělení či budovu).“ (Friedlová, 2007, s. 113) Zvláště u pacientů v geriatrické péči, kteří rádi vzpomínají, jak prožili život, je důležité, abychom jim naslouchali. Měli bychom i respektovat jejich osobní věci, které mají ve svém okolí a autonomii. Zmateným a dezorientovaným pacientům je nutné poskytnout do jejich okolí nějaké zachytné body v podobě známých předmětů.

Také pozorování stále stejných vjemů může vyvolat halucinace a dezorientaci. (Friedlová, 2007, s. 114)

- Auditivní stimulace – může být naplněna poslechem různých známých zvuků (hlasů, hudby, zpěvu, nástrojů nebo sledováním televize či videa), ale musíme zohlednit biografickou anamnézu pacienta. (Friedlová, 2007, s. 114) Pokud nabízíme pacientovi hudbu pomocí sluchátek, dáváme je ve vzdálenosti 20 cm od ucha pacienta, aby-

chom mu umožnili vnímat i své okolí jako kulisu. Pokud ale z pacientovy biografické anamnézy víme, že si dával sluchátka do uší, přiložíme mu je. (Friedlová, 2007, s. 116) Podstatné jsou i informace o sluchové nedostatečnosti a využívání kompenzačních prostředků. (Friedlová, 2007, s. 114) Lidé, se sluchovým postižením jsou často nedůvěřiví a vztahovační, pokud před nimi mluvíme se třetí osobou, neboť se domnívají, že se bavíme o nich. I lidé s postižením zraku se často lekají, protože nedokáží rychle postřehnout vzniklou situaci. Při dorozumívání se s pacienty, kteří nerozumějí mluvenému projevu (po cévních mozkových příhodách, úrazech mozku,...) lze uplatnit analogování (karty, jež mají nakreslené jednotlivé předměty).

Je nezbytné upozornit i příbuzné, aby si s pacientem povídali v jemu známé formě. (Friedlová, 2007, s. 116)

- Taktilně – haptická stimulace – využívá známých a oblíbených předmětů v rámci ošetrovatelské péče (kartáček na zuby, žínka, hračky, apod.). (Kapounová, 2007, s. 208) Tyto předměty stimulují paměť, mohou ale také aktivizovat ruku k činnosti. Ruka a okolí úst jsou největší projekční oblasti. Tyto oblasti můžeme stimulovat také masáží a lze do této stimulace zapojit i příbuzné pacienta. (Friedlová, 2007, s. 129) Schopnost ruky během života rozeznávat různé věci, uchovávat je v paměti a pohybovat se, znamená získávat zkušenosti a zlepšovat funkci poznávání. Neklidní a hyperaktivní klienti, jejichž ruce jsou velmi aktivní, většinou potřebují identifikovat nahmataný předmět. Jejich aktivita se projevuje různými činnostmi – tahání a zkoumání zavedené močové cévky, drénů a jiných invazivních vstupů, stahují si ustavičně deku či si rozepínají košili, žmoulají kapesník či vat, apod. Mnohé situace jsou pro ně nepříjemné až nedůstojné. Koncept bazální stimulace považuje takové aktivity jako nedostatek taktilně – haptické stimulace. (Friedlová, 2007, s. 128, 129)
- Olfaktorická stimulace – využívá vůně a pachy, protože jsou tyto vjemy hlavními vyvolavateli vzpomínek. V ošetrovatelské péči se využívá převážně v hygienické péči o pacienta, využitím jeho osobních hygienických prostředků – mýdla, krémy, parfémy. (Kapounová, 2007, s. 208) Při výběru prostředků k této stimulaci využíváme biografii pacienta.

Tuto stimulaci aplikujeme i proto, aby se pacient mohl orientovat v dané situaci (např. pacienti ve vigilním kómatu) a získal pocit jistoty a bezpečí. Vůně vlastních

hygienických prostředků umožňuje správnou orientaci v situacích např. pacienta. (Friedlová, 2007, s. 126, 127)

- **Orální stimulace** – cílem této stimulace je umožnit pacientovi vjemy z jeho úst a stimulovat vnímání. (Friedlová, 2007, s. 121) Často se využívá oblíbená tekutina, kterou se potírají rty a vytírá se dutina ústní. Dále se využívá oblíbený balzám na rty, či se využívá tzv. cucacích váčků (kousek oblíbené potraviny, zabalené v gáze). (Kapounová, 2007, s. 208) Než se ovšem rozhodneme pro tuto stimulaci, je nutné prvně vyšetřit dutinu ústní a ošetřit případné defekty, jako afty, trhlinky, defekty zubů, apod. (Friedlová, 2007, s. 119 - 120)

Chuťové médium vybíráme dle biografické anamnézy pacienta. Během orální stimulace nekombinujeme více jak tři různé chutě a nevnikáme do dutiny ústní pacienta násilím. (Friedlová, 2007, s. 121- 122)

2.3 Biografická anamnéza

Biografie má zvláštní cenu pro smysluplné uspořádání života a udržení vlastních kompetencí. Péče poskytovaná na podkladu biografické anamnézy znamená porozumění jedinci.

Individuální ošetrovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, v níž se pacient nachází, ale také předpokládá znalost pacientových životních návyků, zvyků a prožitků. (Friedlová, 2007, s. 131) „Protože je každý člověk jedinečná bytost, má také vlastní autonomii. Pracovat s autonomií klienta, znamená respektovat ho a pochopit.“ (Friedlová, 2007, s. 131) Biografické údaje by měly být důležitou částí pro individuální péči. (Friedlová, 2007, s. 131) Příbuzní mohou být velmi důležitým prvkem v léčebném a ošetrovatelském procesu. Získávání biografie bývá dlouhodobý proces, protože ani pacient a ani příbuzní nemusí poskytnout veškeré údaje hned při prvním rozhovoru. Některé údaje mohou pacienti či příbuzní poskytnout až tehdy, kdy získají důvěru v ošetřující personál. (Friedlová, 2007, s. 132)

3 PORUCHY VNÍMÁNÍ

„Bazální stimulace je určena všem nemocným, kteří mají narušenou nebo omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu, např.: nemocní v bezvědomí, po poranění mozku, nemocní s hypoxickým postižením mozku, s Alzheimerovou chorobou, nemocní s hemiplegickým postižením, pacienti v apalickém stavu, umírající, senioři s poruchou mobility, zdravotně postižení nebo nedonošené děti.“ (*www.bazalni-stimulace.com/index.php/koncept, 2011*)

Koncept napomáhá lidem s poruchami vědomí či změnami v oblastech komunikace, vnímání a pohybu. (*Friedlová, 2007*)

Rozlišujeme kvantitativní a kvalitativní poruchy.

3.1 Kvalitativní poruchy vědomí

Jsou poruchy obsahu vědomí. Patří sem např. psychomotorický neklid, zmatenost, delirium, demence, halucinace, aj. (*Kapounová, 2007*)

3.2 Kvantitativní poruchy vědomí

- Somnolence – lehká porucha vědomí, pacient otevře oči na oslovení, odpoví na otázku, na výzvu reaguje, polykání zachováno.
- Sopor – hlubší porucha vědomí, na bolest reaguje obranným pohybem či bolestivou grimasou, otevře oči.
- Kóma – hluboké bezvědomí, pacient nereaguje na zevní podnět a nelze s ním navázat kontakt, na bolest reaguje flexí nebo extenzí.
- Apalický stav – perzistující vegetativní stav nebo vigilní kóma, je to zvláštní druh poruchy vědomí, jejíž příčinou je poškození mozkové kůry. Pacient vypadá jako by byl při vědomí, je bdělý, má otevřené oči, ale pohledem nefixuje, nemluví a reaguje pouze reflexně. (*Amber, 2004, s. 68*)

3.2.1 Vybrané stavy

Krátký popis následujících stavů byl zařazen z důvodu návaznosti na část praktickou. V praktické části je totiž popsán případ pacientky, která prodělala tyto stavy a byla hospitalizována na odd. ARO KNTB a. s. Tato pacientka také poskytla výpovědi k péči obsahující techniky BS.

Epilepsie

Jde o neurologické onemocnění mozku, projevující se opakovanými záchvaty paroxysmu různého charakteru, který závisí na místě, které je v mozku postiženo. Lehčí formy neovlivňují intelekt ani schopnost normálně žít. Druhů epilepsie a typů záchvatů je několik. Záchvaty se mohou projevovat např. pouhým zahleněním, brněním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi se ztrátou vědomí. Záchvaty se mohou vyskytovat v průběhu dne, ale i v noci během spánku. K diagnóze využíváme EEG a další zobrazovací metody, které by mohli odhalit eventuální příčiny potíží.

Příčina epilepsie je někdy neznámá nebo může být důsledkem jiného postižení mozku (nádory, SAK aj.). Nicméně epilepsií může kdokoliv onemocnět kdokoliv, ať už je to z důvodu genetiky či následkem úrazu, operace, stresu, apod.

V léčbě využíváme antiepileptika, pokud nemůžeme příčinu odhalit či odstranit. K operacím se přistupuje v ojedinělých případech, kdy léky nezabírají, a je šance, že operace pomůže. (*www.spolecnost-e.c, 2008 – 2010*)

Subarachnoideální krvácení (SAK) – spontánní

Je definováno přítomností krve v subarachnoideálním prostoru. Typickým příznakem tohoto krvácení bývá náhle vzniklá prudká bolest hlavy, asi u poloviny případů je to jediný příznak. Dalšími pak mohou být zvracení, porucha vědomí, apod. Jako důsledek krvácení se obvykle objevuje rychle rostoucí krevní tlak, srdeční arytmie, edém plic, mohou být přítomny i oční poruchy – ovšem žádný z těchto příznaků není specifický.

Základní vyšetřovací metodou je nativní CT mozku. Dále bývá indikována i lumbální punkce, a to proto, že při SAK se prokáže bilirubin v likvoru. K průkazu zdroje krvácení se také používá angiografie (CT či MR).

Příčinou tohoto krvácení se ve většině případů prokáže ruptura aneuryzmatu. Při rozsáhlém krvácení bývá různě velká část přítomna i intracerebrálně nebo se může provalit krvácení i do mozkových komor. U některých pacientů se příčina vůbec nemusí vysvětlit nebo se ukáže na krvácení z jiných důvodů, jako jsou nádory apod. (*www.cesradiol.cz, 2007*)

Léčbou je individuální. V případě aneuryzmatu je možno provést klipáž (zasvorkování – tzv. CLIPPING), kdy se speciální svorkou uzavře výchlipka. Dále se provádí i metoda, kdy se k aneuryzmatu zavede zevnitř tepny hadička, a do vaku výchlipky se vypustí drobné kovové drátky, kterými se prostor vyplní a na kterých se posléze vysráží krev, která uzavře aneuryzma (toto se nazývá COILING). (*www.stefajir.cz, 2011*)

Bezvědomí

Důsledkem výše uvedených stavů je bezvědomí. Bezvědomí označujeme jako stav, kdy dochází k zástavě funkcí centrálního nervového systému (částečné nebo úplné) a pacient takřka nereaguje na impulsy z okolí. (*www.bazalni-stimulace.cz, 2004 -2014*) Má mnoho příčin:

- Postižení mozku – ischemie, intracerebrální krvácení, otok mozku, úrazy, nádory, záněty CNS, epileptický záchvat, aj.
 - Oběhové příčiny – poruchy rytmu, srdeční selhání, šokové stavy, aj.
 - Dechové příčiny – těžký CHOPN, status asthmaticus, aj.
 - Metabolické příčiny – hypoglyémie, selhání jater, ledvin aj.
 - Intoxikace – předávkování léky či návykovými látkami, alkoholem apod.
- (*www.stefajir.cz, 2011*)

Hodnocení hloubky bezvědomí – GCS (Glasgow coma scale) – je neurologický bodový systém používaný k posouzení vědomí. Hodnotí se otevírání očí, schopnost slovní produkce a motorická reaktivita na slovní a bolestivý podnět. Pacient při plném vědomí dosáhne hodnoty 15, u lidí v bezvědomí může být hodnota až 3. Lze posoudit vyhodnocením GCS i závažnost poranění mozku. (*Life in the fastlane, 2007 - 2014*)

Pacienti vypadají, jakoby spali, nevnímají okolní dění a na rozdíl od spánku je nelze z takového stavu probudit. U člověka po poranění mozku je tento stav ukazatelem určitého stupně poškození mozku. (Vokurka, 2009)

U pacientů s poruchami vědomí, provádíme komplexní ošetrovatelskou péči. Tedy péči o dýchání a dýchací cesty, hygienu, vyprazdňování, výživu, pohybu a tělesné aktivity, apod. Zejména pak u pacientů s kvantitativní poruchou vědomí, se používá jako osvědčená metoda právě Bazální stimulace. Prostřednictvím konceptu BS se stupňuje a podporuje schopnost vnímání a komunikace. Pacient cítí hranice svého těla, děj ve svém okolí a také přítomnost ostatních lidí.

3.3 Komunikace s pacientem

„Komunikace je prvním předpokladem fungování mezilidských vztahů a poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace nelze.“ (Kapounová, 2007, s. 170)

V intenzivní péči jsou převážně hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují zvláštní formu komunikace, a je nutno myslet na to, že každý pacient komunikuje jiným způsobem. U lidí v bezvědomí se užívá forma tzv. *pasivní komunikace* - komunikace je výhradně ze strany sestry.

K pacientům s kvantitativními a kvalitativními poruchami vědomí se řadí lidé, kteří se probírají z bezvědomí apod. Komunikace se tu zaměřuje především na zjištění hloubky vědomí, pacientova komfortu a na schopnost kontaktu. S pacientem je nezbytné komunikovat na nejvyšší možné míře, které je schopen dosáhnout a usilovat o maximální zpětnou vazbu z jeho strany.

Ve většině případů je opět nezbytné nalézt specifickou komunikační techniku, která bude pacientovi vyhovovat. (Kapounová, 2007, s. 170 – 172)

Při komunikaci s pacienty používáme jak verbální, tak i neverbální komunikaci. Verbální komunikace znamená slovní vyjádření a neverbální komunikace představuje veškeré další prostředky, jako jsou - gestikulace, mimika, doteky apod. Při skutečné komunikaci se ovšem tyto dva systémy spojují. (DeVito, 2001, s. 99)

Komunikaci ovlivňuje věk, postavení ve společnosti, kultura, použitá slova, intonace, hlasitost, zabarvení a výška hlasového projevu, tempo a rychlost sdělovaných informací. Slovy se dá vyjádřit široké spektrum emocí. Sestry však musí se slovy zacházet uvědoměle,

obratně a používat cílené dotazy., protože vyřčená slova mají obrovskou sílu, jak výchovnou, tak i ovlivňující. Nutné je dbát na to, aby sestra svým projevem neranila city pacienta.

Rozhovor je základním pilířem komunikace. Musíme však dodržovat psychologická a etická pravidla.

- Znat jméno pacienta a vždy jej jím oslovovat a také znát jeho sociální prostředí
- Snažit se snížit pacientovy negativní emoce
- Snažit se pacienta psychicky podpořit a dát mu najevo, že není na své problémy sám
- Mít zvýšený zájem o jeho osobnost
- Snažit se co nejvíce spolupracovat s pacientem
- Vždy při komunikaci udržovat oční kontakt s pacientem
- Trpělivě pacienta poslouchat
- Umět vyslovit pochvalu a ocenění

Důležité také je, aby sestra nemluvila s pacientem o svých problémech a zdravotních potížích, ale snažila se navodit důvěru, která by pacienta zbavovala strachu a obav. (Gulášová, 2008)

3.3.1 Verbální projev

Dobře komunikovat neznamena jen volit správná slova, ale i myslet na rychlost, hlasitost a výšku hlasu, délku projevu a intonaci. Pomlky nebo úplné přerušování hovoru, může mít různé příčiny, jako např. odpočinek či dát pacientovi prostor pro přemýšlení, aj. Mlčení nemusí nutně znamenat, že není co říct. (Venglářová, 2005, s. 21 - 27)

3.3.2 Neverbální komunikace

Řeč těla a neverbální komunikace u lidí neznamena jen gesta a výrazy tváře. Neverbální komunikaci provádíme automaticky, byť si toho nejsme vědomi. (Mlodinow, 2013, s. 144)

3.3.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí

Tato komunikace je vždy obtížná, protože nemusí být přítomna zpětná vazba. Pro tuto komunikaci je však třeba pochopit potřeby klienta, rozpoznat a porozumět jeho stylu komuni-

kace a poskytnout prostor pro orientaci a jistotu a další rozvoj. Je nutné si uvědomit, že pacient může slyšet a vnímat, byť objektivně to nemusí dát znát.

U těchto pacientů se snažíme navodit klidné prostředí a při činnosti se neomezovat pouze na komentář své činnosti. Také je důležité zachovávat režim dne (tedy den a noc), představení se pacientovi, předem sdělit co budeme dělat (ať už s ním, či pouze v jeho okolí) a sledovat reakce, jak na komunikaci, tak i na doteky a manipulaci s ním.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE

Cíl I

Zjistit spokojenost pacientky s hospitalizací na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. se zaměřením na komunikační prvky BS

Cíl II

Zjistit užívání technik BS se zaměřením na komunikační prvky BS sestrami na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s.

Cíl III

Zmapovat zkušenosti sester na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. s užíváním technik BS a jejich dopad na komunikaci s pacientem.

5 METODIKA PRÁCE

Ke splnění této bakalářské práce bylo nutné nejprve nastudovat odbornou literaturu z dostupných zdrojů a následovalo vypracování teoretické části. Následovalo vytvoření dotazníkového šetření pro pacientku i pro zdravotnický personál.

5.1 Užitá metoda výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno formou dotazníkového šetření jak u pacientky, tak i u sester. Dotazníky byly sestaveny ve spolupráci s PhDr. R.Halmo, PhD.

5.1.1 Kazuistika a individuální dotazník

Měla jsem možnost komunikovat s pacientkou, která byla po subarachnoideálním krvácení ve stavu bezvědomí. Byla hospitalizována na odd. ARO nemocnice KNTB a. s., v době od 21. 11. 2009 do 5. 5. 2010. Tato pacientka mi nejprve přislíbila rozhovor, ale poté jej odmítla. Získat informace od pacientky, která se nacházela poměrně dlouhou dobu v bezvědomí, nám přišlo jako velmi cenná záležitost. Proto byly sestaveny otázky, na které pacientka mohla odpovídat i sama. Byl pro ni tedy vytvořen individuální dotazník. Tento dotazník obsahoval 27 položek, z toho bylo 13 otázek uzavřených, 9 otevřených a 5 polootevřených. Většina položek byla doplněna odpovědí jiné, aby pacientka měla možnost vyjádřit svůj názor a své pocity. Sestavený dotazník by také mohl být použit u pacientů ve stejné situaci.

Tato metoda byla zvolena pro nedostatek jejího času a ochoty spolupracovat.

5.1.2 Dotazník

Dále byl sestaven dotazník pro sestry, které o pacientku pečovaly. Tento dotazník obsahoval taktéž 27 položek. Obsahuje jak uzavřené otázky s možností jedné odpovědi, tak i polouzavřené a otevřené otázky s možností vlastní odpovědi.

5.2 Charakteristika respondentů

- Sestry oddělení ARO/ NIP
- Pečující o tuto konkrétní pacientku v době od 21. 11. 2009 do 5. 5. 2010
- Používající prvky BS v péči o tuto konkrétní pacientku

5.3 Organizace šetření

Dotazníkové šetření u pacientky bylo provedeno v měsíci lednu.

Výzkumné šetření u sester probíhalo v měsících duben a květen letošního roku. Po vytvoření, konzultaci a schválení dotazníku od vedoucí práce, byly dotazníky předány na odděleních nemocnice KNTB a. s. Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků, na oddělení ARO 50 a NIP 25. Z celkového počtu se mi prvotně vrátilo 32 vyplněných dotazníků, a to s odůvodněním nedostatkem času a velkému množství dotazníků, jež studenti chtějí po sestřích vyplnit. Po konzultaci s vedoucí práce, jsem se dohodla se sestrami a požádala ty, které dotazník ještě nevyplnily o spolupráci. Po tomto dodatečném vyplnění 26 dotazníků, byla návratnost celkem 58 dotazníků. Celková návratnost tedy činila 77,3 %.

5.4 Zpracování získaných dat

Kazuistika byla sestavena do následujícího oddílu 6.1 Kazuistika a rozdělena na jednotlivé oddíly:

- Základní diagnóza
- Anamnéza
- Vývoj stavu
- Terapie
- Průběh hospitalizace
- Ošetrovatelská péče a prováděné prvky BS

Výsledky získané z dotazníkového šetření byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Ze získaných dat byly vytvořeny tabulky absolutních (počet odpovídajících respondentů) a relativních hodnot (procentuální zastoupení). Relativní hodnoty byly zaokrouhleny na jedno desetinné číslo a znázorněny pomocí grafů. Seznam grafů a tabulek je uveden v přílohách bakalářské práce.

6 INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 1

6.1 Kazuistika

Základní diagnóza: Subarachnoideální krvácení spontanní (SAK), ruptura aneuryzmatu

Osobní anamnéza: Paní (50 let) hospitalizována na odd. ARO, pro subarachnoideální krvácení. Při zametání, v předklonu náhle vzniklá bolest v zátylku a šíji, intenzity, kterou dosud nezažila, poté zvracela.

AA: nelze

RA: nelze

FA: Lusopress

Diagnostika: CT mozku

Vývoj stavu:

Při příjezdu RZP hypertenze (180/105), AS 70/ min., dechová frekvence 16/ min., sat. O₂ 98%, naznačená paréza levostranných končetin, porucha zorného pole vlevo, apatie. Během transportu do nemocnice epi paroxysmus – generalizované tonické křeče, klonické záškuby na LHK, stáčení bulbů vpravo. Postupně obnova vědomí, převezena na neurologické odd., kde provedeno CT vyšetření mozku – nález masivního SAK, nález vakovitého aneuryzmatu, bez známek edému mozku, komorový systém bez zřetelné dilatace či komprese.

Po návratu z CT zvracení a recidiva epi paroxysmu. Konzultace s neurochirurgem - doporučen prozatím konzervativní postup. Dále rozvoj poruchy vědomí – volán anesteziolog – intubace, UPV, přeložena na ARO. Provedena kraniektomie, klipáž aneuryzmatu a zevní komorová drenáž.

Po týdnu hospitalizace na ARO provedena tracheostomie a hrudní drenáž pro fluidothorax

Terapie:

Farmakoterapie: analgetika, antiepileptika, antikoagulancia, betablokátoři, nootropní léčiva, ACE-inhibitory, neuroleptika, hypnotika, blokátory kalciového kanálu, antiemetika.

Dieta: prvotně plná enterální, po úpravě stavu dieta č. 14 (výběrová)

Průběh hospitalizace:

Po 2 měsících dochází k pozvolnému zlepšení stavu vědomí. Pacientka je schopna vyhovět jednoduchým výzvám, sleduje dění kolem sebe, poznává příbuzné, zlepšuje se jí polykání i hybnost horních končetin.

Po 5 měsících indikována revize a výměna ventilu u V-P shuntu. Po výkonu výrazné zlepšení komunikace a motoriky, zejména na HKK. Dále po 4 dnech od revize zrušena TCHS a týž den navázán slovní kontakt. Artikulace výborná, paměť a intelekt zachovány, p. o. příjem bez problémů. Snaží se o co největší soběstačnost. Oběhově a ventilačně stabilizována. Přeložena na odd. DIOP, dále pak na odd. RHB.

Na RHB opět epi paroxysmus – přeložena na 2 dny zpět na ARO na monitoraci.

Po 2 denní hospitalizaci na ARO, přeložena zpět na odd. RHB, kde naplánován překlad do RÚ Hrabyně (za 1 měsíc).

6.2 Ošetrovatelská péče a prováděné prvky BS**1- 11. den**

- klid na lůžku
- využívání iniciálního doteku a olfaktorické stimulace (parfémy, vlastní hygienické potřeby)
- somatická stimulace (aktivizující a uklidňující koupel – reakce nepopsána)

12. den

- povoleno polohování L bok – na polohování reaguje pacientka zvýšeným TK, tachykardií
- pokračováno v zavedených technikách BS

13. – 20 den

- vypsány RHB 2x denně s fyzioterapeutem
- pokračováno v zavedených technikách BS

- využívána somatická stimulace, auditivní stimulace (muzikoterapie, čtení z oblíbených knih)
- **od 17. dne** reakce na algické podněty a odsávání (flexí končetin)
- **od 20. dne** akupunktura (co 2 dny po dobu cca. 14 dní)

21. – 30. den

- pokračováno v zavedených technikách BS
- využívání i orální stimulace (kartáček s vlastní pastou na zuby, využití „cucacích váčků“, posléze podávána lžice oblíbeného jogurtu či pudinku)
- využívání taktilně- haptické stimulace (rodiny přinesla plyšovou hračku)
- vyhoví výzvě - vyplázne jazyk, stiskne levou ruku

31. – 50. den

- pokračováno v zavedených technikách BS
- dále orofaciální stimulace a snaha o vertikalizaci
- náznak pohybu PHK, otevře levé oko a pohne LHK

51. – 70. den

- pokračováno v zavedených technikách BS
- sed s nohama z lůžka
- snaha o odpověď na otázku
- jídlo přijímá jen od rodiny
- **od 69. dne** – kývne hlavou, otevře oči a otáčí se za hlasem

71. – 90. den

- pokračováno v zavedených technikách BS

- využívání optické stimulace (fotky a obrázky)
- vyměněna TCHS s vložkami (při zavedení mluvicí vložky však nemluví)

91. – 110. den

- pokračováno v zavedených technikách BS
- snaha o mluvení
- p.o. příjem bez problémů
- objednána dieta, stravu přijímá od sester jen minimálně, dochází pacientku krmit rodina

111. – 120. den

- pokračováno v zavedených technikách BS
- posazována do křesla u okna

120. – 164. den

- nácvik sebeděče v oblasti příjmu potravy
- vytažena TCHS
- spolupracuje, mluví tiše, je orientována všemi směry
- **164. den** procházka venku v křesle

165. den

- překlád na oddělení DIOP

7 VÝPOVĚDI PACIENTKY

Otázka č. 1 – Jak hodnotíte přístup zdravotních sester k Vám na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s.?

- Vždy příjemně

Otázka č. 2 – Byla jste schopná rozlišit, zda s Vámi pracuje lékař, sestra či jiný zdravotnický personál?

- Ano vždy

Otázka č. 3 – Rozuměla jste sdělovaným informacím?

- Ano vždy

Otázka č. 4 – Měla jste důvěru ke zdravotním sestřím, které Vás ošetřovaly?

- Ano vždy

Otázka č. 5 – Pokud ano, čím si Vaši důvěru získaly?

- Laskavostí, ochotou, úsměvem, atd.

Otázka č. 6 – Při všech činnostech, které u Vás byly prováděny, s Vámi sestry hovořily:

- Vždy jen o Vašich záležitostech
- „Nevzpomínám si přesně, ale myslím, že to tak bylo“

Otázka č. 7 – Informovali Vás sestry slovně o významu činností, které s Vámi zamýšleli dělat?

- Ano vždy

Otázka č. 8 – Byla jste schopna pochopit smysl prováděných činností?

- Ano vždy

Otázka č. 9 – Používaly sestry při zahájení a ukončení činnosti tzv. „INICIÁLNÍ DOTEK“ (dotek na rameno s oslovením)?

- Ano někdy

Otázka č. 10 – Oslovily Vás sestry jménem při zahájení každé činnosti?

- Ano vždy

Otázka č. 11 – Představily se sestry jménem, než s Vámi začaly pracovat?

- Ano někdy

Otázka č. 12 – Hygienická péče u Vás byla prováděna:

- Nevzpomínám si

Otázka č. 13 – Hygienickou péči prováděnou sestrami jste vnímala jako:

- Většinou příjemnou

Otázka č. 14 – Hygienická péče prováděná sestrami, Vám při vnímání obrazu Vašeho těla:

- Někdy pomohla
- „Cítila jsem se osvěžena“

Otázka č. 15 – Komunikace a zacházení sester s Vámi, ve vás vzbuzovalo pocit: (možno uvést více odpovědí)

- Bezpečí

- Úlevy

Otázka č. 16 – Polohování prováděné sestrami jste vnímala jako:

- Někdy příjemné
- „Ráda jsem ležela na zádech a to jsem požadovala“

Otázka č. 17 – Byla jste schopná z přístupu sester k Vám vycítit, jestli sestra spěchá, je nervózní nebo na Vás má čas?

- Nejsem schopna odpovědět

Otázka č. 18 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, podle čeho jste vycítila rozpoložení sestry?

- „Už si na nic konkrétního nevzpomínám“

Otázka č. 19 – Při rozhovoru s Vámi, hovořila sestra klidným hlasem?

- Ano

Otázka č. 20 – Byla jste schopná rozlišit, která ze sester s Vámi pracuje?

- Ano vždy

Otázka č. 21 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, prosím, uveďte, podle čeho jste byla schopna sestru rozpoznat: (možno uvést více odpovědí)

- Podle hlasu
- Jiné: „Podle vizáže“

Otázka č. 22 – Byla jste schopna rozlišit denní a noční dobu?

- Ano někdy

Otázka č. 23 – Pokud ano, prosím, uveďte podle čeho:

- Podle tmy v místnosti

Otázka č. 24 – Co se Vám líbilo na přístupu sester k Vám? (prosím uveďte)

- „Byly vstřícné, milé, ochotné, měli soucit a pochopení. Např. měla jsem v posteli hračku- medvídka a nevadilo to.“

Otázka č. 25 – Co se Vám nelíbilo na přístupu sester k Vám? (prosím uveďte)

- „Nevzpomínám si na nic, co by se mi nelíbilo.“

Otázka č. 26 – Co byste sestřám vzkázala? (prosím uveďte)

- „Že pro mě byly velkou oporou a pomocí. Moc jim děkuji.“

Otázka č. 27 – Co ve Vás vzbuzovalo největší strach a obavy? (prosím uveďte)

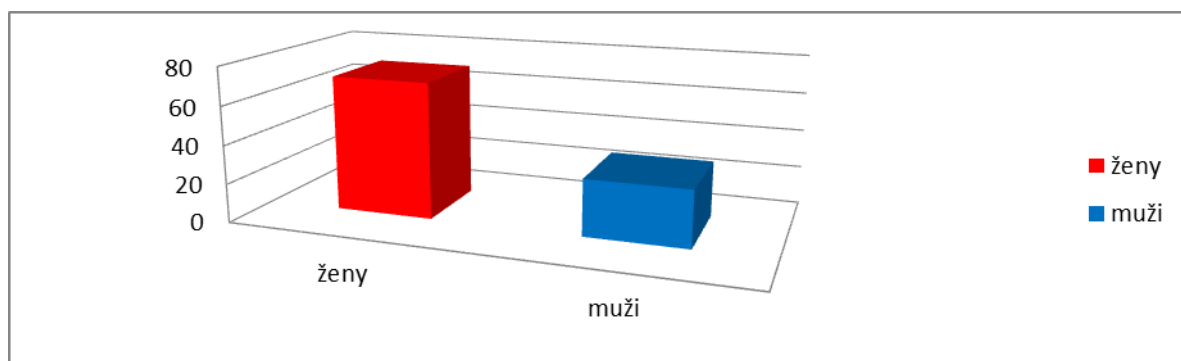
- „Že se ze svého stavu nedostanu, nebudu chodit, ale zcela jsem si to nepřipouštěla.“

8 INTERPRETACE DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	41	70,7
Muži	17	29,3
Celkem	58	100,0



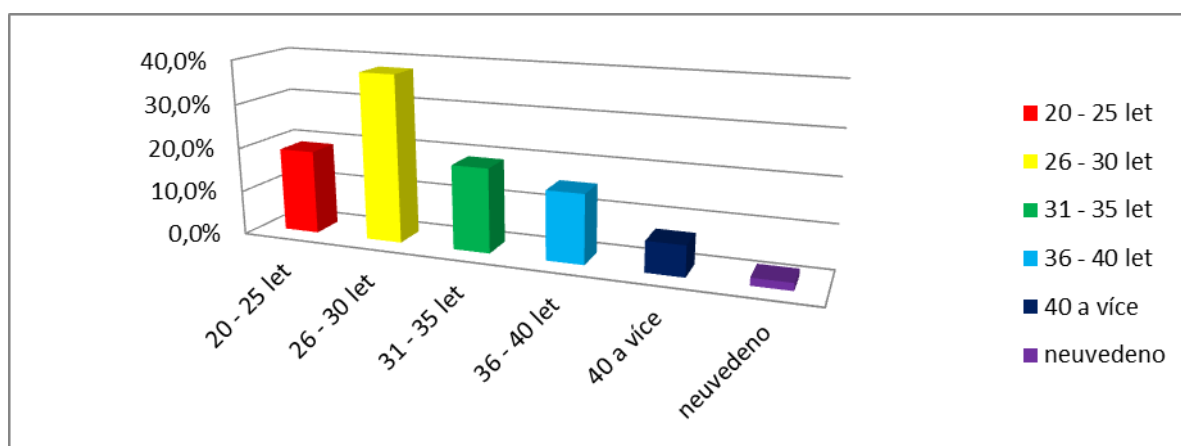
Graf 1. Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 58 respondentů bylo nejvíce *dotazovaných* 41 (70,7 %) *ženského pohlaví* a *mužů* bylo 17 (29,3 %).

Otázka č. 2 – Věk respondentů

Tab. 2. Věk respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20 – 25 let	11	19,0
26 – 30 let	22	37,9
31 – 35 let	11	19,0
36 – 40 let	9	15,5
40 let a více	4	6,9
neuveďeno	1	1,7
celkem	58	100,0



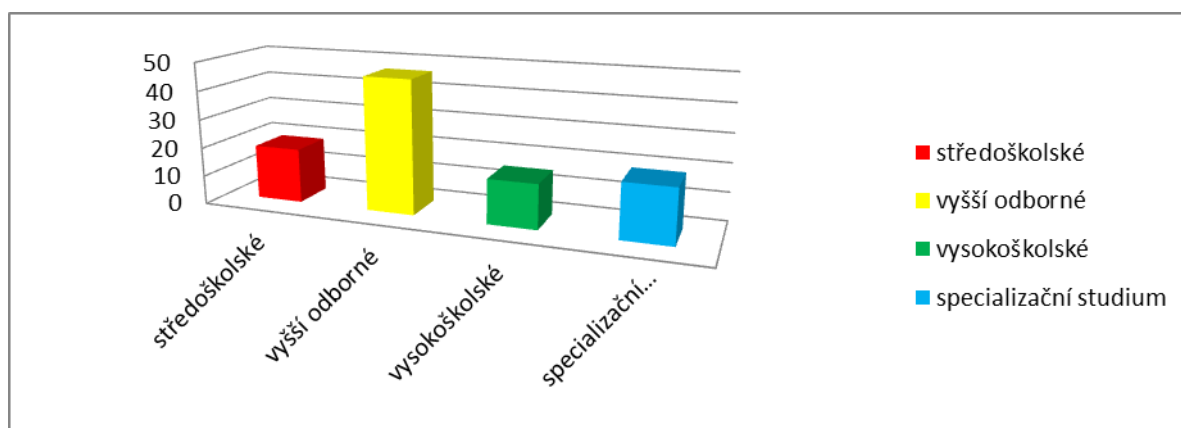
Graf 2. Věk respondentů

Z celkového počtu 58 respondentů byla nejvíce zastoupena věková skupina 26 – 30 let, svůj věk v tomto rozmezí uvedlo 22 respondentů (37,9 %). Stejný počet respondentů byl ve skupinách ve věku 20 – 25 let a 31 – 35 let. Zde bylo celkem 11 respondentů (19,0 %). Další skupinou jsou respondenti 36 – 40 let tuto možnost uvedlo 9 dotazovaných (15,5 %). 40 let a více uvedli 4 respondenti (6,9 %) a jeden respondent svůj věk neuvedl (3,1 %).

Otázka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Středoškolské	11	19,0
Vyšší odborné	27	46,5
Vysokoškolské	9	15,5
Specializační studium (ARIP)	11	19,0
Jiné	0	0
Celkem	58	100,0



Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Z celkového počtu 58 respondentů jich nejvíce uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné. Jedná se o 27 respondentů (46,5 %). Stejný počet uvedli respondenti ve skupinách středoškolské vzdělání a specializační studium (ARIP), 11 respondentů (19,0 %).

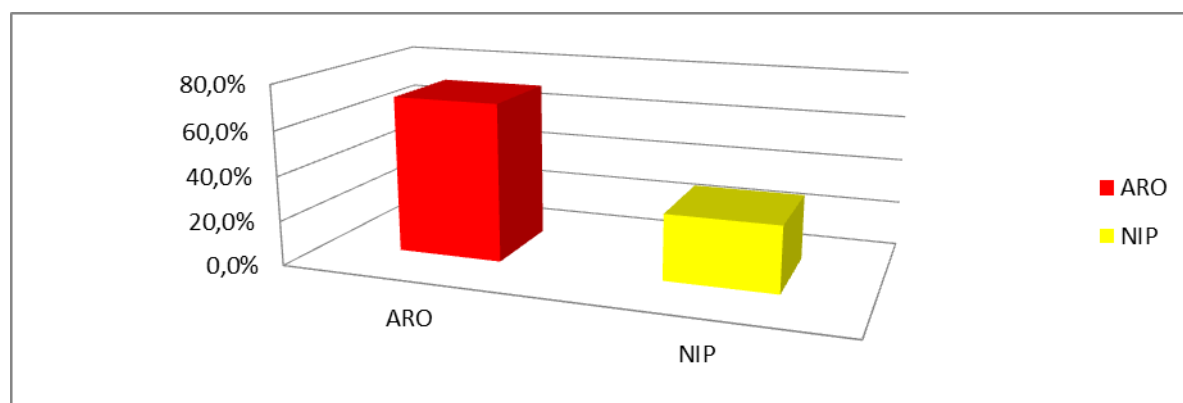
Další skupinu tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním. Toto uvedlo 9 respondentů (15,5 %).

Možnost Jiné neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 4 – Pracoviště respondentů

Tab. 4. Pracoviště respondentů

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ARO	41	70,7
NIP	17	29,3
celkem	58	100,0



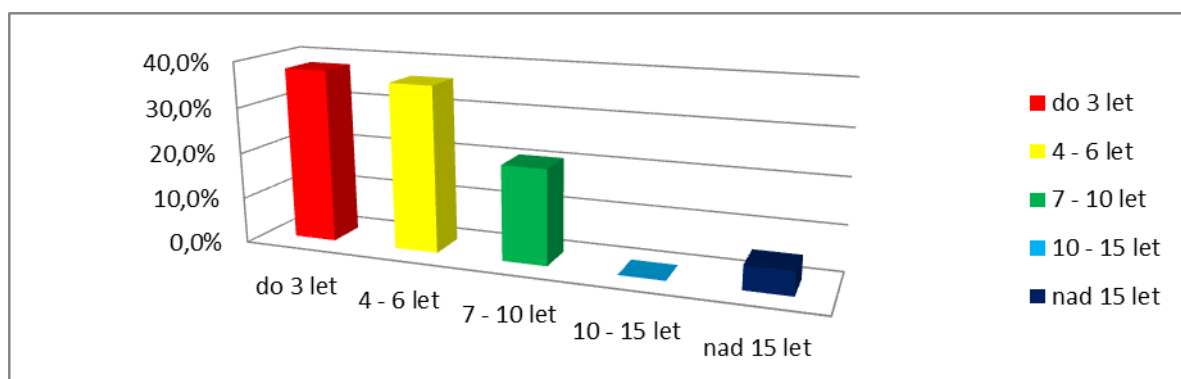
Graf 4. Pracoviště respondentů

Z celkového počtu 58 respondentů pracuje na odd. ARO 41 respondentů (70,7 %). 17 respondentů uvedlo, že pracují na odd. NIP (29,3 %).

Otázka č. 5 – Délka praxe na stávajícím oddělení

Tab. 5. Délka praxe na stávajícím oddělení

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 3 let	22	37,9
4 – 6 let	21	36,2
7 – 10 let	12	20,7
10 – 15 let	0	0
Nad 15 let	3	5,2
Celkem	58	100,0



Graf 5. Délka praxe na stávajícím oddělení

Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo 22 (37,9 %), že pracuje na stávajícím oddělení kratší dobu než 3 roky. Druhou početnou skupinou jsou respondenti, kteří na stávajícím odd. pracují 4 – 6 let, tuto skutečnost uvedlo 21 respondentů (36,2 %). Respondentů, kteří uvedli, že pracují na odd. 7 – 10 let je celkem 12 (20,7 %). A 3 respondenti uvedli dobu delší než 15 let (5,2 %).

Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl dobu 10 – 15 let.

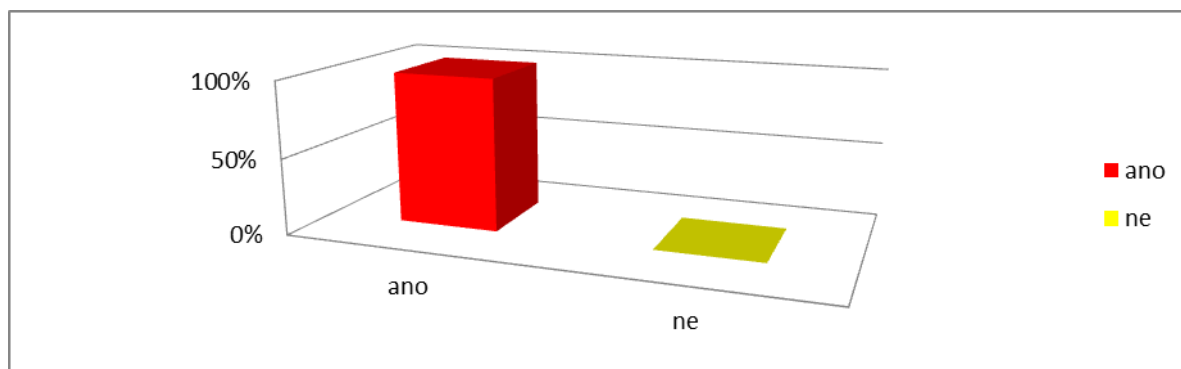
8.1 Interpretace dat k cíli č. 2

- Otázky č. 6 - 15, 22, 25 z dotazníkového šetření.

Otázka č. 6 – Využití prvků bazální stimulace

Tab. 6. Využití prvků BS

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	58	100,0
Ne	0	0
Celkem	58	100,0



Graf 6. Využití prvků BS

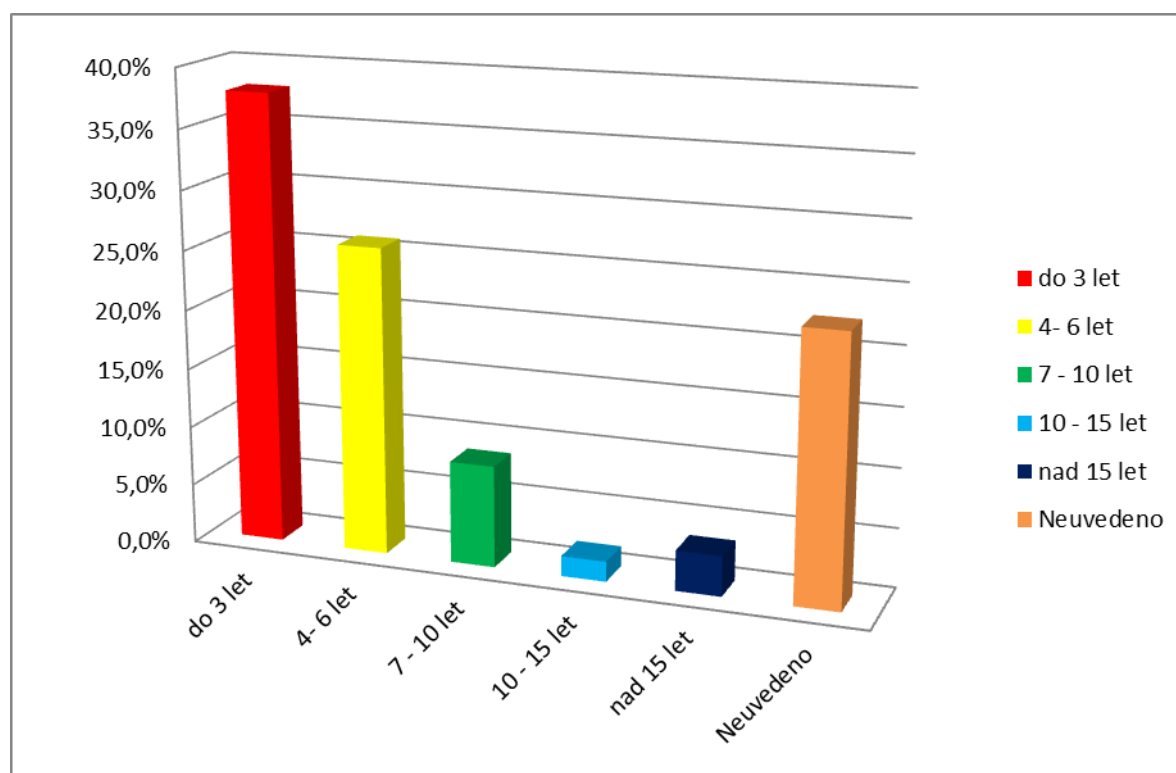
Všech 58 respondentů (100,0 %) uvedlo, že na svých pracovištích využívají prvky BS.

Žádný respondent neuvedl možnost NE.

Otázka č. 7 – Doba využívání BS

Tab. 7. Doba využívání BS

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 3 let	22	37,9
4 – 6 let	15	25,9
7 – 10 let	5	8,6
10-15 let	1	1,7
Nad 15 let	2	3,4
Neuvedeno	13	22,5
Celkem	58	100,0



Graf 7. Doba využívání BS

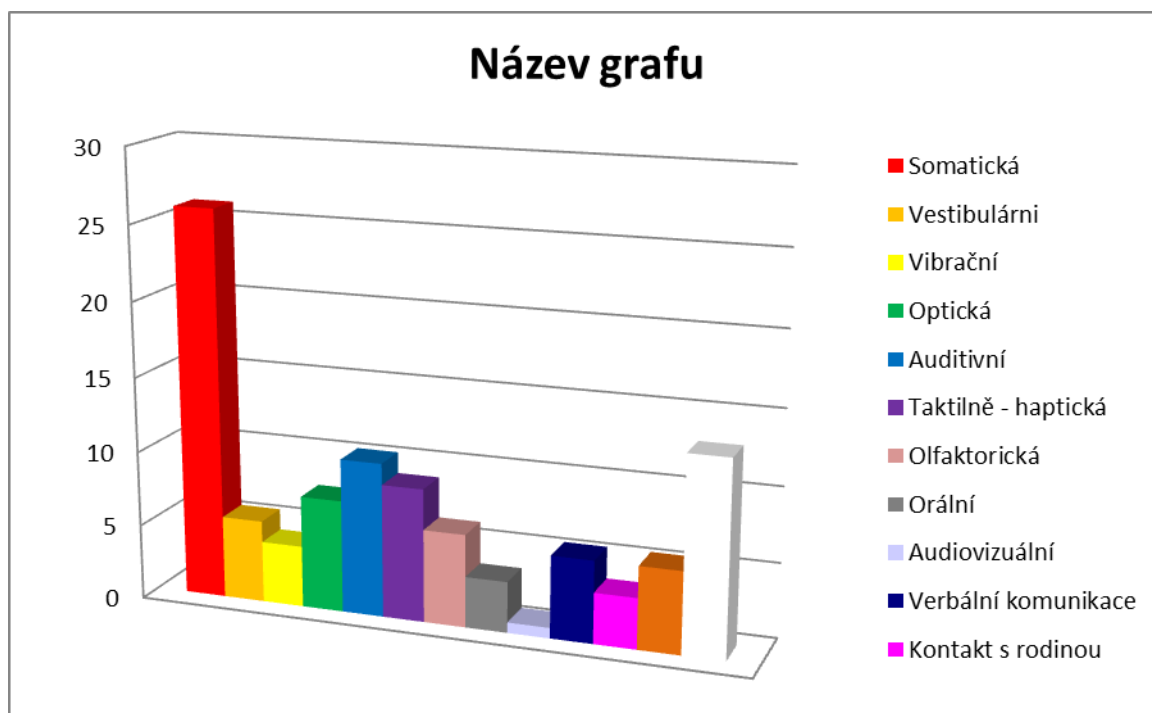
Z 58 dotazovaných uvedlo 22 *respondentů* (37,9 %), že BS využívají *kratší dobu než 3 roky*. 15 *respondentů* uvedlo, že BS využívají *4 – 6 let* (25,9 %). 5 *respondentů* (8,6 %) uvedlo dobu *7 – 10 let*. Doby 10 – 15 let uvedl 1 *respondent* (1,7 %) a 2 *respondenti* (3,4 %) uvedli, že využívají BS *déle než 15 let*.

Celkem 13 *respondentů* (22,5 %) *nevedlo* odpověď na tuto otázku.

Otázky č. 8 – Využívané prvky BS

Tab. 8. Využívané prvky BS

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Somatická	38	26,0
Vestibulární	8	5,5
Vibrační	6	4,1
Optická	11	7,5
Auditivní	15	10,3
Taktilně – haptická	13	8,9
Olfaktorická	9	6,2
Orální	5	3,4
Audiovizuální	1	0,7
Verbální komunikace	8	5,5
Kontakt s rodinou	5	3,4
Všechny	8	5,5
Nevyplněno	19	13,0
Celkem	146	100,0



Graf 8. Využívané prvky BS

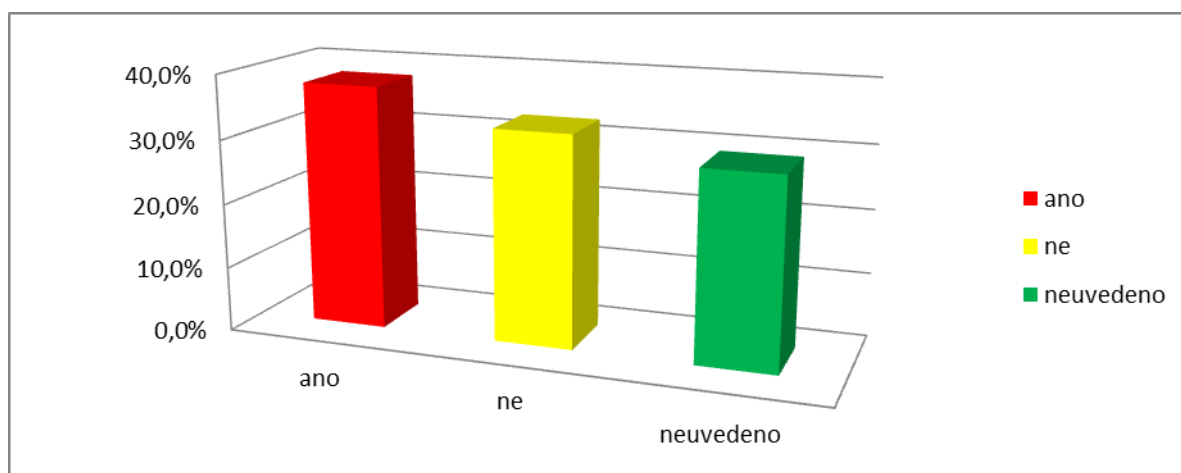
Na tuto otázku reagovalo 39 respondentů, 19 respondentů (13,0 %) tuto otázku nevyplnilo. Respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Dohromady jich uvedli 146.

Celkem 38 respondentů (26,0 %) uvedlo, že užívají somatickou stimulaci. 15 respondentů (10,3 %) napsalo auditivní stimulaci. 13 respondentů (8,9 %) uvedlo stimulaci taktilně – haptickou. Optickou stimulaci uvedlo 11 respondentů (7,5 %) a 9 dotazovaných (6,2 %) napsalo jako odpověď olfaktorickou stimulaci. Stejný počet 8 respondentů (5,5 %) napsalo využívání vestibulární stimulace, verbální komunikace a také odpověď všechny. 6 respondentů (4,1 %) využívá stimulaci vibrační a stejný počet 5 respondentů (3,4 %) uvedli stimulaci orální a odpověď kontakt s rodinou. Jeden respondent (0,7 %) uvedl audiovizuální stimulaci.

Otázka č. 9 – Užívání biografické anamnézy

Tab. 9. Užívání biografické anamnézy

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	37,9
Ne	19	32,8
Neuvedeno	17	29,3
Celkem	58	100,0



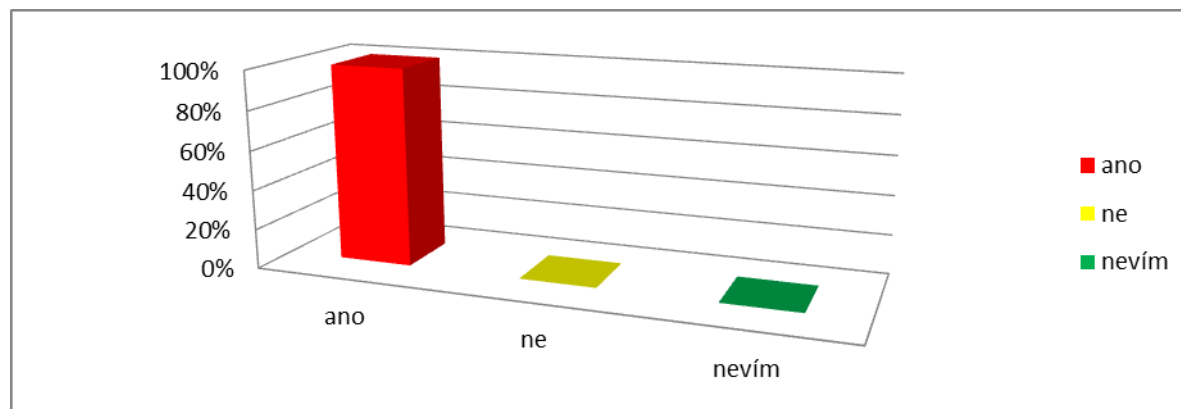
Graf 9. Užívání biografické anamnézy

Z celkového počtu 58 respondentů uvedla 22 respondentů (37,9 %), že na oddělení *pracují* s biografickou anamnézou. 19 respondentů (32,8 %) uvedlo, že s biografickou anamnézou *nepracují*.

17 respondentů (29,3 %) *neuvedlo* odpověď.

Otázka č. 10 – Spolupráce s rodinouTab. 10. *Spolupráce s rodinou*

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	58	100,0
Ne	0	0
Nevím	0	0
Celkem	58	100,0

Graf 10. *Spolupráce s rodinou*

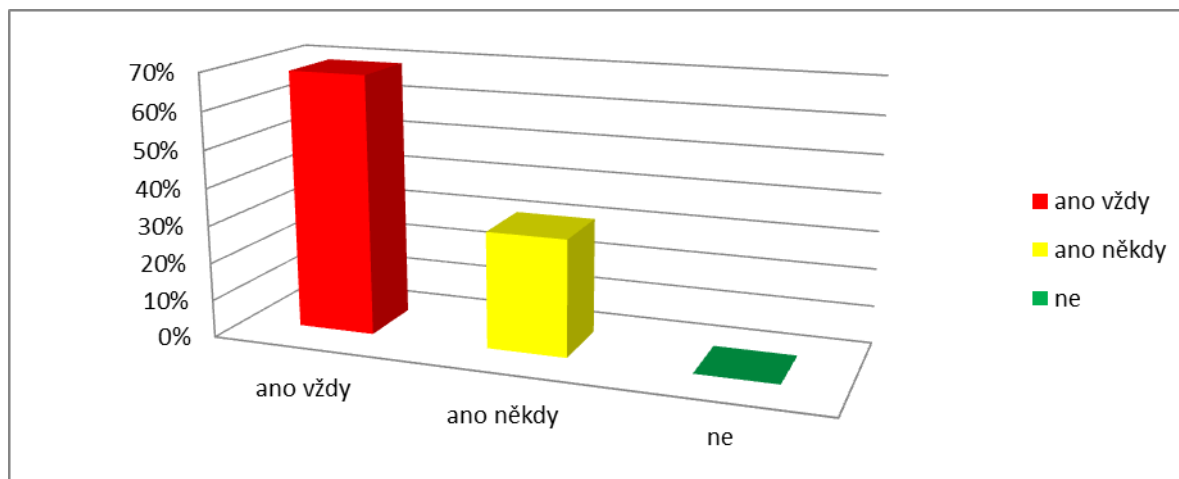
Všichni dotazovaní, tedy *všech 58 respondentů* (100,0 %) uvedlo, že při provádění bazální stimulace *spolupracují* s rodinou klienta.

Žádný z respondentů nevedl odpověď *ne* ani *nevím*.

Otázka č. 11 – Využívání iniciálního doteku

Tab. 11. Využívání iniciálního doteku

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	40	69,0
Ano někdy	18	31,0
Ne	0	0
Celkem	58	100,0



Graf 11. Využívání iniciálního doteku

Z celkového počtu 58 respondentů převážná většina uvedla, že metodu „iniciální dotek“ využívají *vždy*. Tedy 40 respondentů (69,0 %). Zbýlých 18 respondentů (31,0 %) uvedlo, že tuto metodu využívají jen *někdy*.

Žádný z respondentů neodpověděl *NE*.

Otázka č. 12 – Popis užití iniciálního doteku

Z celkového počtu 32 respondentů většina uvedla, že používají iniciální dotek vždy při kontaktu s nemocným, ať už se jedná o polohování, odsávání či komunikaci s pacientem.

Jako zvolené místo uváděli rameno či paži dominantní ruky a zároveň oslovení pacienta.

Další odpovědi si dovolím citovat:

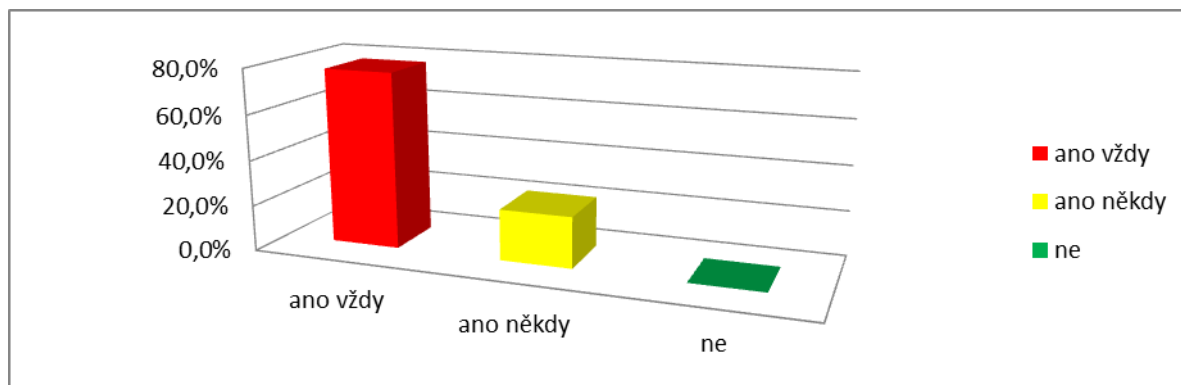
- „Při toaletě či odsávání“
- „Vždy když oslovujeme pacienta a chystáme se k manipulaci s ním“
- „Vždy když potřebuji spolupráci“
- „Vždy stejně“
- „U pacienta s apalyckým syndromem – při každé manipulaci, při příchodu k pacientovi, při jakékoliv činnosti u něj“
- „Při prvním a každém dalším kontaktu s pacientem“

2 respondenti neuvodli odpověď žádnou.

Otázka č. 13 – Oslovení jménem

Tab. 12. Oslovení jménem

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	45	77,6
Ano někdy	13	22,4
Ne	0	0
Celkem	58	100,0



Graf 12. Oslovení jménem

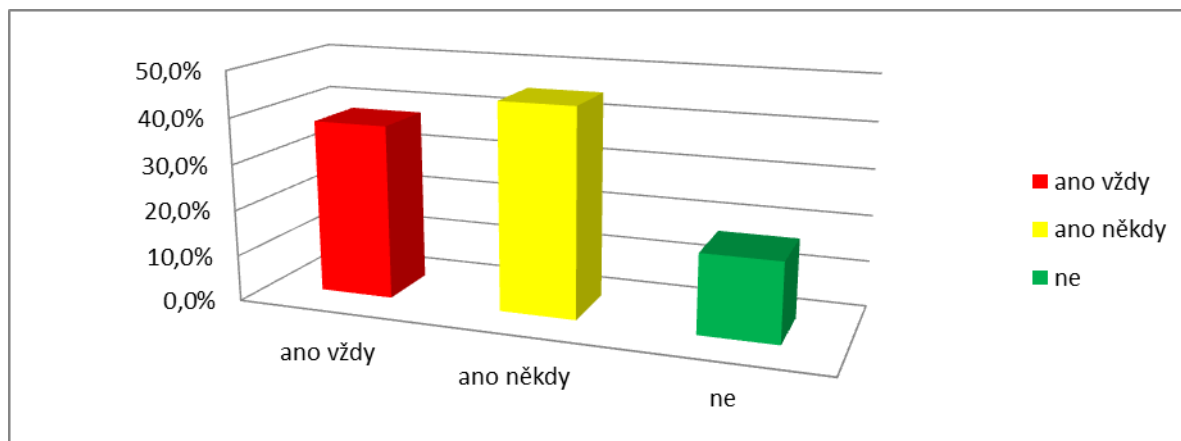
Z celkového počtu 58 respondentů odpovědělo 45 dotazovaných (77,6 %), že pacienta oslovují *vždy* při zahájení činnosti a 13 respondentů (22,4 %) oslovuje pacienta při zahájení činnosti jen *někdy*.

Žádný z respondentů nevedl odpověď *Ne*.

Otázka č. 14 – Představení se

Tab. 13. Představení se

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	22	37,9
Ano někdy	26	44,9
Ne	10	17,2
Celkem	58	100,0



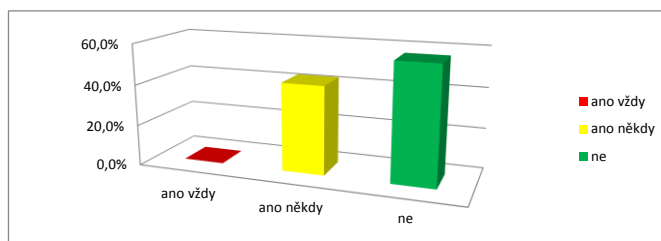
Graf 13. Představení se

Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo 26 (44,9 %), že se pacienti představují jen *někdy*. 22 respondentů (37,9 %) uvedlo, že se představují *vždy* a 10 respondentů (17,2 %) uvedlo, že se pacienti *nepředstavují*.

Otázka č. 15 – Používání zdrobnělin

Tab. 14. Používání zdrobnělin

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	0	0
Ano někdy	25	43,1
Ne	33	56,9
Celkem	58	100,0



Graf 14. Používání zdrobnělin

Z celkového počtu 58 respondentů uvedla většina, tedy 33 respondentů (56,9 %), že zdrobněliny *nepoužívají*. Celkem 25 respondentů (43,1 %) uvedlo, že zdrobněliny používají *občas*.

Nikdo z respondentů nevedl, že zdrobněliny používá *vždy*.

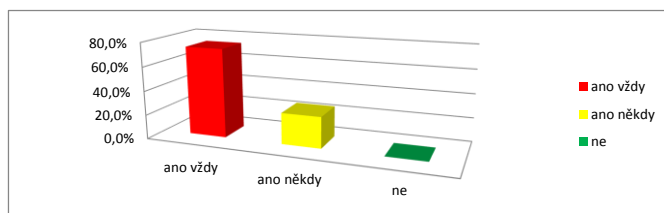
8.2 Interpretace dat k cíli č. 3

- Otázky č. 16 - 21, 23, 24 z dotazníkového šetření.

Otázka č. 16 – Informování o činnostech

Tab. 15. Informování o činnostech

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	43	74,1
Ano někdy	15	25,9
Ne	0	0
Celkem	58	100,0



Graf 15. Informování o činnostech

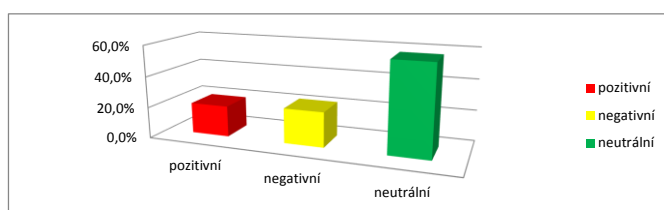
Z celkového počtu 58 respondentů celkem 43 dotazovaných (74,1 %) uvedlo, že pacienta informují o činnostech *vždy*. Zbylých 15 respondentů (25,9 %) uvedlo, že informují pacienta jen *někdy*.

Žádný z respondentů nevedl možnost *Ne*.

Otázka č. 17 – Odezva na polohování

Tab. 16. Odezva na polohování

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní	16	20,0
Negativní	18	22,5
Neutrální	46	57,5
Celkem	80	100,0



Graf 16. Odezva na polohování

Tato otázka uvádí počet označených odpovědí, ne počet respondentů, protože dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí. Celkem bylo zaznačeno 80 odpovědí.

Nejvíce odpovědí uvedli respondenti jako *neutrální* odezvu na polohování. Uvedlo to 46 dotazovaných (57,5 %). *Pozitivní* odezvu na polohování uvedlo 16 respondentů (20,0 %) a *negativní* odezvu uvedlo 18 respondentů (22,5 %).

Jako pozitivní odezvu na polohování nejčastěji respondenti uváděli např.:

- „setrvání v poloze“
- „zvýšení dech. Frekvence, snížení bolesti, zvýšené pohodlí“
- „zlepšení stavu, zklidnění, zmírnění TK a pulzu“
- „vegetativní uvolnění, zklidnění“
- „úleva, spokojenost, spánek“
- „zklidnil se a usnul“
- „zlepšení ventilace, úleva od bolesti“

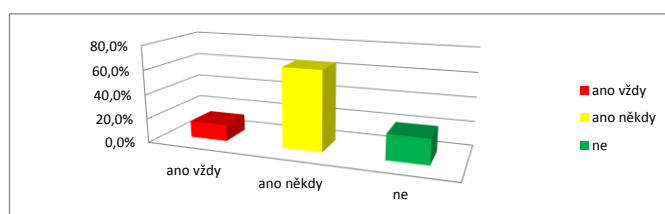
Jako negativní např.:

- „pacient je agresivní, zpcený a neklidný“
- „spontánní zaujímání polohy pacienta“
- „neklid, nepohodlí, únava“
- „neklid, hypertenze, tachykardie, snaha dostat se do polohy na zádech“
- „zhoršení stavu pacienta“
- „neklid, tachykardie, arytmie, tachypnoe, hypertenze“
- „neklid, opocenost, hyperventilace“
- „schvácenost“

Otázka č. 18 – Posouzení vyhovující polohy

Tab. 17. Schopnost posoudit vhodnost polohy

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano vždy	8	13,8
Ano někdy	38	65,5
Ne	12	20,7
Celkem	58	100,0



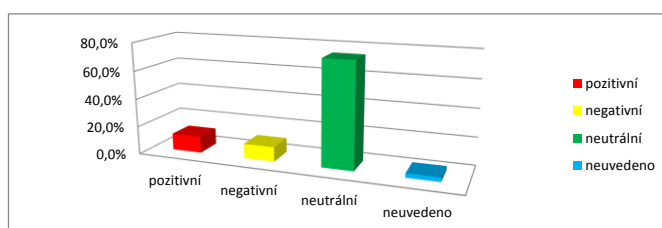
Graf 17. Schopnost posoudit vhodnost polohy

Z celkového počtu 58 respondentů jsou schopni *vždy* posoudit, která poloha pacientovi nejvíce vyhovuje, 8 respondentů (13,8 %). *Někdy* dokáže posoudit nejvíce vyhovující polohu u pacienta 38 respondentů (65,5 %). 12 respondentů (20,7 %) *nedokáže* posoudit nejvíce vyhovující polohu pro pacienta.

Otázka č. 19 – Odezva na aktivizující koupel

Tab. 18. Odezva na aktivizující koupel

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní	8	11,9
Negativní	7	10,4
Neutrální	50	74,6
Neuvedeno	2	3,1
Celkem	67	100,0



Graf 18. Odezva na aktivizující koupel

Tato otázka uvádí počet označených odpovědí, ne počet respondentů, protože dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí. Odpovědí bylo celkem 67.

Nejvíce respondenti uváděli jako odpověď *neutrální* odezvu na aktivizující koupel. Toto uvedlo to 50 dotazovaných (74,6 %). *Negativní* reakci uvedlo 7 respondentů (10,4 %) a *pozitivní* odezvu na aktivizující koupel uvedlo 8 respondentů (11,9 %).

2 respondenti (3,1 %) neuvedli žádnou odpověď.

Nečastější pozitivní odpovědi:

- Zvýšené vnímání, snížení teploty, snížení srdeční frekvence
- Pacient je více aktivní, spolupracuje
- Probuzení vnímání
- Víc aktivní, větší spolupráce při RHB

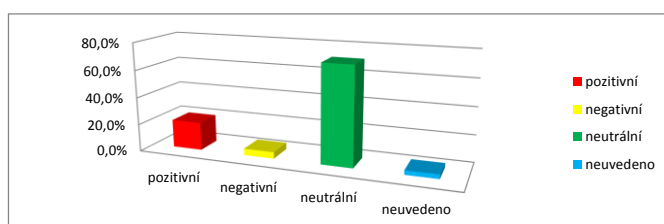
Nejčastější negativní odpovědi:

- Tachykardie, neklid, zvýšená teplota
- Zimomřivost
- Vyčerpání pacienta

Otázka č. 20 – Odezva na uklidňující koupel

Tab. 19. Odezva na uklidňující koupel

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní	13	20,6
Negativní	3	4,8
Neutrální	45	71,4
Neuvedeno	2	3,2
Celkem	63	100,0



Graf 19. Odezva na uklidňující koupel

Tato otázka uvádí počet označených odpovědí, ne počet respondentů, protože dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí. Celkem bylo odpovědí 63.

Nejvíce odpovědí uvedli respondenti jako *neutrální* odezvu na uklidňující koupel. Uvedlo to 45 dotazovaných (71,4 %). *Pozitivní* reakci uvedlo 13 respondentů (20,6 %) a *negativní* odezvu na uklidňující koupel uvedli 3 respondenti (4,8 %).

2 respondenti (3,2 %) neuvedli žádnou odpověď.

Nejčastější pozitivní reakce pacienta, kterou respondenti zaznamenali:

- „Snížení TK, snížení pulzů, usínání pacienta, hlubší spánek klienta, zklidnění dechu“
- „Pacient byl klidný a pospával“
- „Celkové zklidnění pacienta“

Jako negativní reakce byly uváděny:

- „agrese, neklid“
- „tachykardie“

Otázka č. 21 – Postup při negativní reakci pacienta

Respondenti nejčastěji uváděli jako postup, ukončení činností právě prováděných a vrácení pacienta z polohy na boku do polohy na zádech.

Pokud se objevila menší reakce na prováděný výkon, snažili se někteří respondenti prvně řádně vysvětlit prováděný výkon a až potom popřípadě přestat s prováděnou činností.

Při polohování psali jako nejčastější řešení, položit pacienta zpět na záda a po chvílce zkusit polohovat na druhý bok.

Dále jeden respondent napsal, že se snaží o verbální uklidnění pacienta a pohlazení.

Další respondent uvedl, že se snaží alespoň o mírnou změnu polohy natolik, nakolik to dovoluje pacientův stav. Přesto se ale snaží alespoň chvíli setrvat na boku i přes negativní reakce.

Další z dotazovaných se snaží pacienta polohovat do polohy, která mu nejvíce vyhovuje.

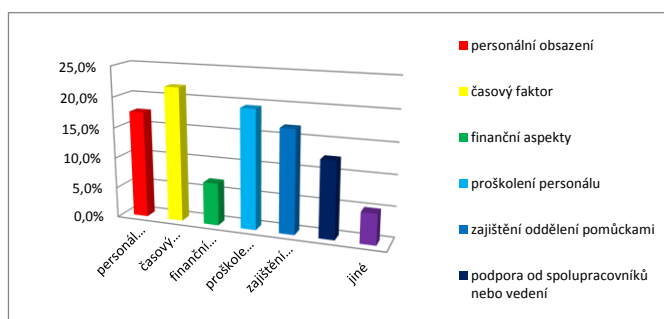
Jeden z respondentů napsal, že se snažil upravit všechny negativní faktory pro pohodlí pacienta, kromě nutného polohování.

Další respondent uvedl – dovolím si citovat – „pokud se jedná o pacientův diskomfort, který brání v komunikaci, tak po změně stavu, která pacientovi umožní komunikaci, s pacientem komunikuji, přesvědčuji, argumentuji, starám se ...“

Otázka č. 22 – Ovlivňující faktory

Tab. 20. Faktory ovlivňující zavádění BS do praxe

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Personální obsazení	28	17,5
Časový faktor	35	21,9
Finanční aspekty	11	6,9
Proškolení personálu	31	19,4
Zajištění oddělení pomůckami	27	16,8
Podpora od spolupracovníků nebo vedení	20	12,5
Jiné	8	5,0
Celkem	160	100,0



Graf 20. Faktory ovlivňující zavádění BS do praxe

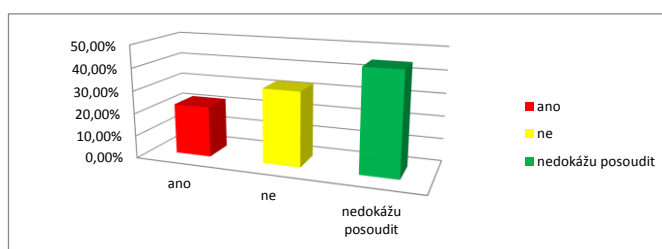
Na tuto otázku reagovalo všech 58 respondentů, kteří měli možnost uvést více odpovědí. Dohromady jich uvedli 160.

Z výzkumu tedy vyplývá, že nejčastějším faktorem ovlivňujícím aplikaci konceptu bazální stimulace do praxe je *časový faktor*. Toto uvedlo 35 respondentů (21,9 %), *proškolení personálu* pak 31 respondentů (19,4 %). 28 dotazovaných (17,5 %) napsalo *personální obsazení*, 27 respondentů (16,8 %) uvedlo *zajištění odd. pomůckami* a 20 respondentů (12,5 %) uvedlo *podporu od spolupracovníků nebo vedení*. Dále pak 11 respondentů (6,9 %) napsalo *finanční aspekty* a 8 respondentů (5,0 %) uvedlo možnost *Jiné*.

Otázka č. 23 – Změna stavu či chování

Tab. 21. Schopnost posoudit změnu stavu či chování

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	13	22,4
Ne	19	32,8
Nedokážu posoudit	26	44,8
Celkem	58	100,0



Graf 21. Schopnost posoudit změnu stavu či chování

Z celkového počtu 58 respondentů *nedokáže* posoudit změnu stavu či chování 26 *respondentů* (44,8 %), 19 *respondentů* (32,8 %) změnu *nezaznamenalo* a 13 *dotazovaných* (22,4 %) uvedlo odpověď *ano*.

*Otázka č. 24 – **Reakce pacienta při použití prvků BS***Reakce, které respondenti zaznamenali u svých pacientů:

Jeden respondent uvedl, že při orální stimulaci (chuť. váčky), došlo u pacienta ke zlepšení polykání a menšímu slinění.

Další dotazovaný uvedl, že se jednalo o reakci, ve smyslu spánku v poloze mumie a osvědčila se mu také orální stimulace, ale reakci na ni neuvedl.

Další respondent napsal, že při pouštění hudby byl pacient klidnější a zlepšil se mu oběh (normotenze a snížení srdeční akce).

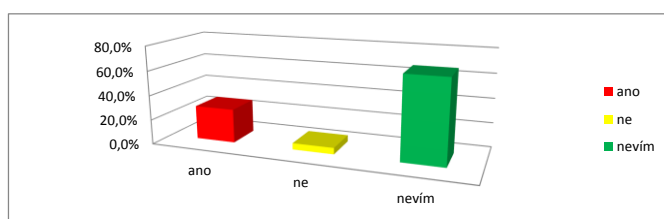
Jeden z respondentů uvedl, že při dlouhodobém užívání rodičem, u pacienta s kraniotraumatem při apalickém syndromu došlo ke zlepšení motorických i psychických funkcí až po „probuzení“ pacienta a návrat k téměř normálnímu životu.

Další respondent uvedl, že došlo k celkovému zlepšení stavu, nálady a pocitu komfortu v oblasti bio- psycho – sociální.

Otázka č. 25 – Přínos technik BS

Tab. 22. Přínos uplatnění BS v praxi

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	16	27,6
Ne	3	5,2
Nevím	39	67,2
Celkem	58	100,0



Graf 22. Přínos uplatnění BS v praxi

Z celkového počtu 58 respondentů *vidí* přínos bazální stimulace v péči o pacienta *16 respondentů* (27,6 %). Odpověď *Ne* uvedli *3 respondenti* (5,2 %). Jestli má bazální stimulace v péči o pacienta nějaký přínos *neví* *39 respondentů* (67,2 %).

Otázka č. 26 – Výhody BS

Většina respondentů spatřuje největší výhody bazální stimulace ve zkvalitnění přirozené komunikace s pacientem, ve stimulaci nervového zakončení, snížení strachu pacienta, v zapojení rodiny do péče o pacienta, a intenzivnější ošetrovatelské péči, zlepšení pacientova vědomí a celkového stavu.

Někteří uvedli jako největší výhodu, že si pacient uvědomuje své vlastní tělo, poslouchá oblíbenou hudbu a cítí vůně, které doma používal.

Jeden z respondentů uvedl – „při správné a časté aplikaci, v podstatě nenáročné metody, možnost lepšího návratu pacienta k vnímání a zdraví celkově“.

Další z respondentů uvedl, že spatřuje největší výhodu v zapojení rodiny, rovoji jednoduchých vjemů, jež je možné stimulovat snadno a lehce, v podstatě kdekoli a kýmkoliv, kdo tuto metodu ovládá.

V dalším dotazníku respondent uvedl – „netraumatizujeme pacienta bezohlednou manipulací (bez iniciálního doteku)“.

Další z respondentů uvedl, že doufá ve stejný přístup všech ošetrovatelských pracovníků, a spatřuje největší výhody v intenzivním kontaktu s nemocným, jak ošetřujícího personálu, tak rodiny.

V dalším bylo uvedeno, že největší výhodu spatřuje dotazovaný v lepším a pozvolném zařazení do běžného života (jídlo, pohyb, paměť).

V jednom dotazníku bylo jako odpověď udáno nedostatek zkušeností a proto nemožnost hodnocení této otázky.

Otázka č. 27 – Vyjádření respondentů k BS

Odpovědi si dovolím citovat:

Pozitivní

- „Myslím, že je pro pacienta přínosem“

Negativní

- „V akutní fázi u pacienta na akutním lůžku nemá smysl, pokud je zde pacient déle než měsíc, pak asi ano, ale to zase nemá ležet na ARO“
- „A analgosedovaného pacienta je nevhodná“
- Jeden z dotazovaných uvedl, že se ke konceptu bazální stimulace „raději nechce“ vyjadřovat.

Neutrální

- „Uvedení do praxe je dost problematické, ze začátku se „něco“ aplikovalo, nyní téměř nic“
- „Ráda bych se dozvěděla více o metodách bazální stimulace (v naší nemocnici v dubnu proběhne školení)“
- „Je vhodné kategorizovat pacienty v konceptu bazální stimulace“

Většina respondentů se ke konceptu bazální stimulace vyjádřit nechtěla.

9 DISKUZE

Bazální stimulace je koncept, uznávaný v evropských zemích, podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti pacientů. Je strukturován tak, aby podporoval zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) pacientů. Důležitou součástí konceptu je práce s individualitou pacientů a snaha o zapojení jejich příbuzných do ošetrovatelského procesu. Je poskytován s ohledem na věk, schopnosti a zdravotní stav nemocného a využívá se převážně u osob v bezvědomí, u dezorientovaných či neklidných nemocných, dále v intenzivní péči a u geriatrických pacientů.

Náročným úkolem pro zdravotnický personál je zjistit a správně pochopit styl pacientovi komunikace. Sestry musejí být všímavé a vnímat pacienta holisticky.

Koncept má vypracované techniky pro stimulace vnímání - somatická, vestibulární, vibrační, taktilně-haptická, chuťová, optická, auditivní a olfaktorická stimulace. Jsou to převážně rehabilitační techniky, které nabízejí pacientovi jasné a cílené stimuly a podávají informace, jak o sobě samotném, tak i o jeho okolí.

BP si stanovila tři cíle. Pro dosažení prvního cíle byla rozpracována kazuistika pacientky se subarachnoideálním krvácením, která se nacházela v bezvědomí. Byla hospitalizována na odd. ARO KNTB a. s. od 21. 11. 2009 do 5. 5. 2010a byly u ní používány prvky BS. Pro pacientku byl vytvořen individuální dotazník, který si kladl za cíl zjistit, jak pacientka vnímala péči a prvky BS používané sestrami. Tato metoda byla zvolena pro nedostatek času pacientky, která původně přislíbila rozhovor, ale posléze jej odřekla. Pro doložení druhého a třetího cíle, byla zvolena metoda dotazníkového šetření, která byla určena sestram na odd. ARO a NIP nemocnice KNTB a. s., které pečovaly o tuto pacientku, a podílel se na zavádění prvků bazální stimulace do péče o ni.

Celkem se tohoto šetření zúčastnilo 58 respondentů. Z tohoto počtu byla většina žen 41 (70,7 %), zbytek tvořili muži 17 (29,3 %). Nejpočetnější skupinou byly pracovníci na oddělení ARO tj. 41 respondentů (70,7 %) a na NIP 17 (29,3 %). Nejpočetnější věkovou skupinou na těchto odděleních byla kategorie 26 – 30 let, a to 22 respondenty (37,9 %). Následovali je kategorie 20 – 25 let a 31 – 35 let, obě s 11 respondenty (19,0 %). Další byly skupiny 36 – 40 let s 9 respondenty (15,5 %) a 40 let a více, kterou uvedli 4 respondenti (6,9 %). Jeden respondent (1,7 %) svůj věk neuvedl.

Prvním cílem bylo zjistit spokojenost pacientky s hospitalizací na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. se zaměřením na komunikační prvky BS.

Pacientka hodnotila svoji hospitalizaci retrospektivně s ohledem na dobu, kdy se nacházela ve stavu bezvědomí a následně při úpravě tohoto stavu. Přístup sester k ní vnímala jako vždy příjemný. Potěšilo nás, že uvedla schopnost rozeznat, zda s ní pracuje lékař, sestra či jiný pracovník. Také byla schopná rozlišit, která sestra s ní pracuje a to podle hlasu a později i podle vizáže. Uvedla, že vždy rozuměla sdělovaným informacím a měla důvěru ke zdravotním sestřám, které si ji získaly svou laskavostí, ochotou a úsměvem. Při všech činnostech, jak uvádí, s ní sestry hovořily vždy jen o jejich záležitostech, i když si toto přesně nepamatuje. Sestry ji vždy informovali o významu činností, které u ní chtěli provádět, a vždy dokázala pochopit jejich smysl. U otázky č. 9, jestli sestry užívaly iniciální dotek, uvádí odpověď ano, někdy, ale vždy ji sestry oslovovaly jménem. Oproti tomu u sester nacházíme výpovědi, že se představovaly jménem jen někdy.

Na provádění hygienické péče, zda ji prováděla jedna sestra nebo více, pacientka uvádí, že si již nevzpomíná, ale ví, že ji vnímala jako většinou příjemnou a někdy jí i pomohla ve vnímání obrazu vlastního těla. Cítila se po koupeli osvěžena.

Komunikace a zacházení sester v ní vyvolávalo pocit bezpečí a úlevy. Polohování vnímala jako někdy příjemné. Pacientka tu uvádí, že velmi ráda ležela na zádech a to i vyžadovala.

Není schopná odpovědět, zda bylo z přístupu sester k ní vycítit, zda sestry spěchá, je nervózní či na ni má čas. Již si v tomto ohledu na nic konkrétního nevzpomíná. Vzpomíná si, že s ní sestry hovořily klidným hlasem.

Pacientka uvádí, že byla schopna někdy rozlišit denní a noční dobu a to podle tmy v místnosti.

Na přístupu sester se jí líbilo, že byly milé, vstřícné, ochotné, měli soucit a pochopení. Uvádí příklad, že měla plyšového medvídka v posteli a nevadilo to. Pacientka si nevzpomíná na nic, co by jí na přístupu sester vadilo.

Největší strach v ní vzbuzovalo to, že se ze svého stavu neprobere a nebude chodit, ale snažila se to moc nepřipouštět.

Sestřám by chtěla vzkázat, že pro ni byly velkou oporou a pomocí a že jim moc děkuje.

Z tohoto vyplývá, že s péčí byla pacientka spokojena a využívané prvky BS vnímala jako příjemné. Pacientka ráda ležela na zádech a polohování vnímala jako nepříjemné. Dávala to najevo oběhovou dekompenzací, později i verbálním vyjádřením.

Rodina se plně zapojila do péče o pacientku. Vzhledem k tomu, že pacientka odmítala stravu od sester, chodili ji střídavě jak dcera, tak i manžel stravu podávat sami.

Druhým cílem bylo zjistit užívání technik BS se zaměřením na komunikační prvky BS sestrami na oddělení ARO nemocnice KNTB a. s. K tomuto cíli se vztahují položky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 25 z dotazníkového šetření.

Anonymním dotazníkovým šetřením, které probíhalo na odděleních ARO a NIP, bylo zjištěno, že všech 58 respondentů (100 %) využívá na svých odděleních prvky bazální stimulace. Jako nejčastější techniku uvedlo 38 respondentů (26,0 %) somatickou stimulaci. Druhou nejčastější technikou je auditivní stimulace, kterou uvedlo 15 respondentů (10,3 %). Následovali stimulace taktilně- haptická 13 (8,9 %), optická 11 (7,5 %) a olfaktorická 9 (6,2 %). Stejný počet 8 respondentů (5,5 %) uvedlo stimulaci vestibulární, komunikaci s rodinou a také odpověď všechny. 6 respondentů (4,1 %) využívá stimulaci vibrační a stejný počet 5 respondentů (3,4 %) uvedli stimulaci orální a kontakt s rodinou. Jeden respondent (0,7 %) uvedl audiovizuální stimulaci a 19 respondentů (13,0 %) tuto otázku neuvledli. Toto zjištění bylo příjemným překvapením. O něco méně příjemné bylo zjišťování využívání biografické anamnézy. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že s biografickou anamnézou pracuje pouze 22 respondentů (37,9 %), 19 respondentů (32,8 %) uvedlo jako svou odpověď Ne a 17 respondentů (29,3 %) na tuto otázku neodpovědělo. Z praxe na tomto oddělení je tato skutečnost dána spíše tím, že nově příchozí pracovníci nejsou proškoleni v konceptu BS a tento pojem neznají. Je jistě bezesporné, že biografická anamnéza má zásadní význam při realizaci prvků BS. Díky ní máme možnost, pochopit klienta, jeho komunikaci, zvyky a návyky. Pozitivní je, že všech 58 respondentů (100%) uvedlo, že při provádění bazální stimulace spolupracují s rodinou pacienta. Dále při komunikaci využívají iniciální dotek. Odpověď Ano, vždy uvedlo 40 respondentů (69,0 %) a Ano, někdy uvedlo 18 respondentů (31,0 %). Nikdo neuvedl odpověď Ne. Při popisu iniciálního doteku, většina uvedla správně, že se provádí při jakékoliv manipulaci, úkonu u pacienta a to vždy na stejné (předem určené) místo. Bohužel ale všichni uvádí jen popis iniciálního doteku před manipulací s pacientem, ne již však při ukončení. Také u oslovení pacienta jsme byli mile překvapeni, že nikdo neuvedl, že pacienta neoslovuje. 45 respondentů (77,6 %) uved-

lo jako svou odpověď Ano, vždy a 13 respondentů (22,4 %) Ano, někdy. Toto zjištění koresponduje i s výpovědí pacientky, která uvádí, že ji sestry oslovovaly vždy.

Dále z výzkumu vyplynulo, že 26 respondentů (44,9 %) se pacientům představuje jménem jen někdy, 22 (37,9 %) vždy a 10 respondentů (17,2 %) se pacientům nepředstavuje vůbec. Z vlastní zkušenosti vím, že tuto skutečnost považují někteří za nesmyslnou, jedná-li se o pacienta v bezvědomí či s nějakou poruchou vědomí.

Toto zjištění potvrzuje i výpověď pacientky, která uvádí, že se jí sestry představovaly jménem jen někdy.

Příjemným zjištěním pro nás bylo, že většina respondentů nepoužívá zdrobněliny v komunikaci s pacienty. Uvedlo to 33 respondentů (56,9 %) a zbytek uvedlo, že je používají jen někdy, tedy 25 respondentů (43,1 %).

Na otázku, které faktory ovlivňují zavádění technik BS do praxe nejvýznamější roli hraje časový faktor, který uvedlo 35 dotazovaných (21,9 %) a proškolení personálu 31 (19,4 %). Dále pak personální obsazení 28 (17,5 %), zajištění oddělení pomůckami 27 (16,8 %) a podpora spolupracovníků nebo vedení 20 (12,5 %). Finanční aspekty uvedlo 11 respondentů (6,9 %) a položku jiné, zvolilo 8 respondentů (5,0 %). Osobně vnímám jako nejvíce ovlivňující faktor proškolení personálu. Toto proběhlo v nemocnici KNTB a. s. v měsíci dubnu. Bohužel ale možnosti zúčastnit se tohoto školení využilo jen velmi málo pracovníků z těchto oddělení.

Třetí cíl byl zmapovat zkušenosti sester na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. s užíváním technik BS a jejich dopad na komunikaci s pacientem. K tomuto cíli se vztahují položky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 z dotazníkového šetření.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že většina respondentů, 43 (74,1 %), informuje pacienta o prováděných činnostech vždy, 15 (25,9 %) jen někdy a možnost ne, tedy, že pacienta neinformují, neuvedl žádný z dotazovaných respondentů. Toto zjištění koresponduje i s výpovědí pacientky, která ve své výpovědi uvádí, že ji sestry informovaly o prováděných činnostech vždy.

V položce č. 17 byla zjišťována odezva na polohování pacientů. V této otázce měli respondenti možnost více odpovědí. Nejčastěji uváděli možnost neutrální. Uvedlo to 46 respondentů (57,5 %). Dále negativní odpověď uvedlo 18 respondentů (22,5 %) a pozitivní 16 (20,0 %). Jako pozitivní odpověď byly uváděny snížení bolesti, zlepšení stavu, zmírnění

TK, pulzů a dechové frekvence. Dále také spánek, zklidnění či vegetativní uvolnění. Jako negativní reakce popisovali respondenti agresivitu, neklid, únavu, hypertenzi, tachykardii, zhoršení stavu i opocenost, schvácenost, hyperventilaci či snaha zaujmout jinou polohu. Což potvrzuje i výpověď naší pacientky, která uvádí, že polohování vnímala jen někdy jako příjemné a vyžadovala ležení na zádech. V kazuistice jsou uvedeny negativní reakce pacientky na polohování., tedy zvýšeným TK a tachykardií.

Posoudit, zda pacientovi poloha vyhovuje, dokáže jen 8 respondentů (13,8 %) vždy, 38 respondentů (65,5 %) někdy a 12 respondentů (20,7 %) toto nedokáže posoudit. Toto je závažnější zjištění. Vzhledem k reakcím všech pacientů. Můj názor je ten, že by pomohlo jednak řádně vyplňovat biografickou anamnézu (a průběžně ji doplňovat, protože málokdo ji dokáže vyplnit hned při příjmu) a více si všímat reakcí pacienta, neboť každý člověk nějak reaguje a je jen na nás, abychom se naučili komunikovat i my s ním. Pokud se jedná o člověka v bezvědomí, ten má jen omezené možnosti komunikace. Jako pozitivní jsou vnímány projevy: snížení dechové frekvence, zklidnění, snížení TK a pulzů, spánek aj. Jako negativní pak: neklid, tachykardie, hypertenze, tachypnoe, schvácenost aj. (Friedlová, 2007) A je na sestře, která s pacientem pracuje, jak si jich všímá a jak je schopna na ně reagovat.

Dále jsme zjišťovali odezvu na aktivizující a uklidňující koupel. Tyto otázky byly taktéž s možností více odpovědí. Jako odezvu na aktivizující koupel uvedlo nejvíce respondentů, 50 (74,6 %), odpověď neutrální. Dále 8 respondentů (11,9 %) uvedlo pozitivní odezvu a 7 respondentů (10,4 %) napsalo odezvu negativní. Dva respondenti (3,1 %) neuvedlo žádnou z možností. Mezi nejčastější pozitivní odpovědi patří snížení teploty, větší aktivita pacienta, probuzení vnímání a lepší spolupráce při prováděné RHB. Jako negativní odpovědi byly uváděny tachykardie, zvýšená teplota, zimomřivost a vyčerpání pacienta. Odezvu na uklidňující koupel uvedlo 45 respondentů (71,4 %) jako neutrální, 13 respondentů (20,6 %) pozitivní a 3 respondenti (4,8 %) negativní odezvu. Dva respondenti odpověď neuvedli žádnou. Mezi pozitivní odpovědi na uklidňující koupel uváděli respondenti snížení TK a pulzů, hlubší spánek pacienta, zklidnění dechů a celkové zklidnění pacienta. Mezi negativní odezvu uvedli agresi, neklid a tachykardii. Dále jsme se ptali na postup při negativní reakci pacienta. Respondenti nejčastěji uváděli ukončení činností právě prováděných a vrácení pacienta z boku na záda. Pokud se u pacienta objevila menší reakce na prováděný úkon, snažili se to respondenti řešit prve slovním vysvětlením, proč je toto nutné apod., a až po-

tom popřípadě přestat s prováděnou činností. Při negativní reakci pacienta na polohování, většina respondentů uvádí, vrácení jej do polohy, kde byl před touto změnou, tedy nejčastěji na záda. Jeden z respondentů uvedl, že se snaží o verbální uklidnění pacienta. Další z respondentů napsal, že se snaží alespoň o malou změnu polohy a i přes negativní reakci, setrvat chvíli v této poloze. Někteří se snaží polohovat pacienty do poloh, které jim vyhovují či odstranit všechny negativní faktory, které brání pohodlí pacienta mimo nutného polohování. Jeden respondent dokonce napsal, že po zlepšení pacientova stavu a možnosti s ním komunikovat, jej přesvědčuje a argumentuje. V odborné literatuře se uvádí, že při polohování je nutné zajistit komfort pacienta a brát ohledy i na autobiografický faktor. Pro někoho může být důležitá určitá poloha, či deka přes rameno apod. Toto všechno bychom měli vědět, mít to zaznamenáno v biografické anamnéze a hlavně na to brát ohledy při manipulaci s pacientem. V otázce č. 23 jsme zjišťovali, zda sestry dokáží posoudit změnu stavu či chování pacienta při používání BS. 26 respondentů (44,8 %) uvedlo jako svou odpověď- nedokážu posoudit, 19 (32,8 %) uvedlo odpověď ne a 13 respondentů (22,4 %) ano. Jako reakce při použití prvků BS uvedli respondenti např., že u pacienta při provádění orální stimulace došlo ke zlepšení polykání a menšímu slinění. Další respondent uvedl, že se jednalo o reakci, ve smyslu spánku v poloze „mumie“ a osvědčila se mu také orální stimulace, nicméně reakci na ni neuvedl. Jiný respondent uvedl, že při pouštění oblíbené hudby, byl pacient klidnější a zlepšil se mu oběh (normotenze a snížení pulzů). Jeden z respondentů uvedl, že při dlouhodobém užívání rodičem, u pacienta s kraniotraumatem při apalickém syndromu došlo ke zlepšení motorických i psychických funkcí až po „probuzení“ pacienta a návrat k téměř normálnímu životu. A poslední uvedenou odpovědí bylo, že došlo k celkovému zlepšení stavu, nálady a pocitu komfortu v oblasti bio-psycho-sociální.

10 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývaly problematikou konceptu Bazální stimulace se zaměřením na komunikační prvky, jeho využitím na odd. ARO KNTB a.s. a dopadu na pacienty. Zajímali nás především reakce na prováděnou stimulaci a využití tzv. „iniciálního doteku“.

Po nastudování materiálů jsme v teoretické části práce popsali koncept Bazální stimulace. Dále jsme rozepsali jednotlivé druhy stimulací, jejich charakteristiku a cíle.

V praktické části jsme pomocí dotazníků zjišťovali využití prvků BS a jejich dopad na pacienty.

Prvním cílem bylo zjištění spokojenosti pacientky s hospitalizací na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. se zaměřením na komunikační prvky BS. Byl vytvořen individuální dotazník pro tuto konkrétní pacientku, jež by ale mohl být využit u pacientů ve stejné situaci.

Pacientka hodnotila přístup zdravotních sester jako příjemný, měla k nim důvěru, neboť si ji získali svou laskavostí, ochotou a úsměvem. Sestry ji vždy informovali o zamýšlených činnostech a sděleným informacím pacientka rozuměla a chápala jejich smysl. Sestry používaly při zahájení a ukončení činností iniciální dotek jen někdy, ale vždy ji oslovily jménem. Jménem se sestry představovaly jen někdy. Pacientka dokázala rozlišit, zda s ní pracuje sestra nebo lékař podle hlasu a později i vizáže. Hygienickou péčí pacientka vnímala většinou jako příjemnou, taktéž i polohování. Pacientka uvádí, že ráda ležela na zádech a to i vyžadovala. Dále také uvádí, že byla schopna rozeznat denní a noční dobu dle tmy v místnosti.

Na sestrách se jí líbilo, že byly vstřícné, milé ochotné, měli soucit a pochopení (uvádí jako příklad, že měla v posteli hračku – medvídka). Největší strach měla z toho, že se ze svého stavu nedostane, nebude chodit, ale snažila se, si to nepřipouštět.

Sestrám by vzkázala, že pro ni byly velkou oporou a pomocí.

S odkazem na kapitolu 7. Výpovědi pacientky k cíli č. 1 lze konstatovat, že cíl č. 1 byl splněn.

Druhý cíl měl za úkol zjistit užívání technik BS se zaměřením na komunikační prvky BS sestrami na oddělení ARO nemocnice KNTB a. s.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 58 respondentů z oddělení ARO, kde pracuje 41 respondentů a na NIP 17, z toho 41 žen (70,7 %) a 17 mužů (29,3 %). Anonymním dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že všech 58 respondentů (100 %) využívá na svých odděleních prvky bazální stimulace. Nejčastěji využívanou technikou je somatická stimulace, to uvedlo 38 respondentů (26,0 %), dále pak stimulace auditivní, kterou uplatňuje 15 dotazovaných (10,3 %). Následovali stimulace taktilně – haptická, optická, olfaktorická, vestibulární, vibrační a audiovizuální. Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že s biografickou anamnézou pracuje pouze 22 respondentů (37,9 %), 19 respondentů (32,8 %) uvedlo, že s ní nepracuje a 17 (29,3 %) respondentů se nevyjádřilo. Výzkumným šetřením bylo také zjištěno, že při komunikaci s pacientem využívá iniciální dotek vždy 40 respondentů (69,0 %). Při popisu iniciálního doteku všichni uvádí jen popis před manipulací, ne však již při ukončení. Na základě zjištěných výsledků můžeme říct, že sestry mají znalosti v oblasti bazální stimulace a tyto se snaží zavést do praxe. Malé procento sester je ovšem v BS proškoleny, nabízí se tedy otázky plošného proškolení personálu.

S odkazem na kapitolu 8.1 Interpretace dat k cíli č. 2 lze konstatovat, že cíl č. 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zmapovat zkušenosti sester na oddělení ARO nemocnice KNTB a.s. s užíváním technik BS a jejich dopad na komunikaci s pacientem.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že většina respondentů, tedy 43 (74,1 %), informuje pacienta o prováděných činnostech vždy a 15 (25,9 %) jen někdy. Toto potvrzuje i výpověď pacientky, která uvádí, že ji sestry informovaly o prováděných činnostech vždy. Dále byla zjišťována odezva pacientů na polohování. Zde respondenti uváděli nejčastěji odpověď neutrální. Toto uvedlo 46 respondentů (57,5 %), dále negativní odezvu napsalo 18 respondentů (22,5 %) a pozitivní 16 (20,0 %). Jako pozitivní odpověď byly uváděny snížení bolesti, zlepšení stavu, zmírnění TK, pulzů a dechové frekvence. Dále také spánek, zklidnění či vegetativní uvolnění. Jako negativní reakce popisovali respondenti agresivitu, neklid, únavu, hypertenzi, tachykardii, zhoršení stavu i opocenost, schvácenost, hyperventilaci či snaha zaujmout jinou polohu. Toto potvrzuje i výpověď pacientky, která uvádí, že polohování vnímala většinou jako nepříjemné (tachykardie a zvýšený TK) a vyžadovala polohu na zádech. Také jsme zjišťovali odezvu na aktivizující a uklidňující koupel. Tyto otázky byly taktéž s možností více odpovědí. Na aktivizující koupel uvedlo nejvíce respondentů, tedy 50 (74,6 %), jako odpověď odezvu neutrální, dále pak 8 (11,9 %) pozitivní odezvu a 7 respondentů (10,4 %) negativní. Jako nejčastější pozitivní odpovědi uváděli

respondenti snížení teploty, větší aktivitu pacienta, probuzení vnímání a lepší spolupráce při provádění RHB. Jako negativní odpovědi byly uváděny tachykardie, zvýšená teplota, zimomřivost a vyčerpání pacienta. Na uklidňující koupel uvedlo 45 respondentů (71,4 %) jako svou odpověď neutrální odezvu, 13 respondentů (20,6 %) pozitivní a 3 respondenti (4,8 %) negativní odezvu. Mezi pozitivní odpovědi, na uklidňující koupel, uváděli respondenti, snížení TK a pulzů, hlubší spánek pacienta, zklidnění dechů a celkové zklidnění pacienta. Mezi negativní odezvu uvedli agresi, neklid a tachykardii. Pacientka v dotazníkovém šetření uvádí, že koupel vnímala většinou jako příjemnou, někdy jí pomohla ve vnímání vlastního těla a cítila se po koupeli osvěžená. Na základě získaných výsledků lze říci, že většina sester má zkušenosti s užíváním technik somatické stimulace, všimá si reakcí pacienta a je schopna na ně reagovat.

S odkazem na kapitolu 8.2 Interpretace dat k cíli č. 3 lze konstatovat, že cíl č. 3 byl splněn.

Okrajově jsme se dotkli i zapojení rodiny do péče a velmi mile nás překvapilo, že všech 58 respondentů (100 %), se snaží o zapojení příbuzných. Toto potvrzuje i kazuistika pacientky, která vykazuje respektování individuálních potřeb.

Tato práce je využitelná pro všechny zdravotníky, kteří využívají prvky BS, neboť poskytuje údaje o pacientových reakcích a pocitech. Pro správné provádění Bazální stimulace je důležité ba až nutné mít teoretické znalosti o tomto konceptu, ale neméně důležitý je i citlivý přístup k pacientovi, respektování jeho autonomie a individuality.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-073.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-1034-672.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3311-2.

BIENSTEIN, Christel und Andreas FRÖHLICH, 2004. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen Edition Pflege*. Kallmeyer. ISBN 9783780040015.

DEVITO, Joseph A, 2001. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-716-9988-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I a II*. 1. vyd. Frýdek – Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4713-144.

FRÖHLICH, Andreas, 1999. *Basale Stimulation: das Konzept*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben. ISBN 39-100-9531-3.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2008. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-288-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

KLUGEROVÁ, Jarmila, Irena PRÁZOVÁ a Tereza VACÍNOVÁ, 2009. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. 2., přeprac. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-72-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-134.

LANGMEIER, Josef, Miloš LANGMEIER a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie: s úvodem do vývojové neurofyziologie*. 1. vyd. V Praze: H. ISBN 80-861-8003-4

MLODINOW, Leonard, 2013. *Vědomí podvědomí: jak naše podvědomí ovládá naše chování*. Vyd. 1. Praha: Dokořán. Aliter (Argo: Dokořán). ISBN 978-80-7363-587-9.

NYDAL Peter, Gabriele BARTOZSEK, 2003. *Basale Stimulation, Neue Wege in der Intensivpflege* 3. Auf. München: Urban. ISBN 3-437-26500-8.

TROJAN, Stanislav, 2003. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. přepr. a dopl. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0512-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela Mahrová, 2005. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4712-628.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovní: Mastin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025. Dostupné také z: <http://lekarske.slovniky.cz>

Unterlagen für die Weiterbildung für Praxisbegleiter/in in der Pflege. Wien: Landes Akademie, Abteilung für Weiterbildung, 2003.

© 2011 Bazální stimulace, <http://www.bazalni-stimulace.com/> [online]. [cit. 2014-05-05].

CZECH EPILEPSY ASSOCIATION, o. s. *Společnost "E"* [online]. 2008 - 2010 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/epilepsie/co-je-epilepsie/>

E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc: *Bezvědomí a diagnostika komatózních stavů*. [online]. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=3974>

© INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE® S.R.O. 2004-2014, <http://www.bazalni-stimulace.cz/>. [online]. [cit. 2014-05-05].

Life in the fastlane: © 2007 - 2014, Copyright. [online]. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://lifeinthefastlane.com/education/ccg/glasgow-coma-scale-gcs/>

MUDR. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK: Bezvědomí* [online]. © 2011 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/>

MUDR. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK: Subarachnoideální krvácení* [online]. © 2011 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/>

PROF. MUDR. HEŘMAN, PH.D., Miroslav. 2007, s. 255 *Neinvazivní diagnostika subarachnoidálního krvácení - Noninvasive diagnosis of subarachnoid haemorrhage*. [online]. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad0703_04.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Alergie v anamnéze
Aj.	A jinak
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ARIP	Specializační studium v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči
AS	Akce srdeční
BS	Bazální stimulace
CT	Počítačová tomografie
DIOP	Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče
EKG	Elektrokardiogram
FA	Farmakologická anamnéza
GCS	Glasgow coma scale
HKK	Horní končetiny
KNTB a.s.	Krajská nemocnice T. Bati a. s.
LHK	Levá horní končetina
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	Například
NIP	Oddělení následné intenzivní péče
Odd.	Oddělení
p. o.	Per os příjem
př.	Příklad
RA	Rodinná anamnéza
RHB	Rehabilitace/ rehabilitační oddělení
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc

SAK	Subarachnoideální krvácení
Sat. O ₂	Saturace kyslíku
Sy	Syndrom
TCHS	Tracheostomická kanyla
TK	Krevní tlak
t. z.	To znamená
UPV	Umělá plicní ventilace
VVV	Vrozené vývojové vady

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1. Pohlaví respondentů</i>	47
<i>Graf 2. Věk respondentů</i>	48
<i>Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	49
<i>Graf 4. Pracoviště respondentů</i>	50
<i>Graf 5. Délka praxe na stávajícím odd.</i>	51
<i>Graf 6. Využití prvků BS</i>	52
<i>Graf 7. Doba využívání BS</i>	53
<i>Graf 8. Využívané prvky BS</i>	56
<i>Graf 9. Užívání biografické anamnézy</i>	57
<i>Graf 10. Spolupráce s rodinou</i>	58
<i>Graf 11. Využívání iniciálního doteku</i>	59
<i>Graf 12. Oslovení jménem</i>	61
<i>Graf 13. Představení se</i>	62
<i>Graf 14. Používání zdrobnělin</i>	63
<i>Graf 15. Informování o činnostech</i>	64
<i>Graf 16. Odezva na polohování</i>	65
<i>Graf 17. Schopnost posoudit vhodnost polohy</i>	67
<i>Graf 18. Odezva na aktivizující koupel</i>	68
<i>Graf 19. Odezva na uklidňující koupel</i>	70
<i>Graf 20. Faktory ovlivňující zavádění BS do praxe</i>	73
<i>Graf 21. Schopnost posoudit změnu stavu či chování</i>	75
<i>Graf 22. Přínos uplatnění BS v praxi</i>	77

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1. Pohlaví respondentů</i>	47
<i>Tab. 2. Věk respondentů</i>	48
<i>Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů</i>	49
<i>Tab. 4. Pracoviště respondentů</i>	50
<i>Tab. 5. Délka praxe na stávajícím odd.</i>	51
<i>Tab. 6. Využití prvků BS</i>	52
<i>Tab. 7. Doba využívání BS</i>	53
<i>Tab. 8. Využívané prvky BS</i>	55
<i>Tab. 9. Užívání biografické anamnézy</i>	57
<i>Tab. 10. Spolupráce s rodinou</i>	58
<i>Tab. 11. Využívání iniciálního doteku</i>	59
<i>Tab. 12. Oslovování jménem</i>	61
<i>Tab. 13. Představení se</i>	62
<i>Tab. 14. Používání zdvořilosti</i>	63
<i>Tab. 15. Informování o činnostech</i>	64
<i>Tab. 16. Odezva na polohování</i>	65
<i>Tab. 17. Schopnost posoudit vhodnost polohy</i>	67
<i>Tab. 18. Odezva na aktivizující koupel</i>	68
<i>Tab. 19. Odezva na uklidňující koupel</i>	70
<i>Tab. 20. Faktory ovlivňující zavádění BS do praxe</i>	73
<i>Tab. 21. Schopnost posoudit změnu stavu či chování</i>	75
<i>Tab. 22. Přínos uplatnění BS v praxi</i>	77

SEZNAM PŘÍLOH

PI: Dotazník pro pacientku	90
PII: Dotazník pro zdravotníky	95
PIII: Tabulka GCS	100

DOTAZNÍK PRO PACIENTKU

Vážená paní,

Jmenuji se Pavlína Šamánková a jsem studentkou Fakulty humanitních studií, program Ošetřovatelství a obor Všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci bych chtěla zjistit účinnost technik bazální stimulace, proto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku

U otázek máte možnost zvolit jednu z výčtu odpovědí. Prosím, označte svou odpověď zakroužkováním. Tam, kde budete moci uvést více odpovědí, budete na tuto skutečnost upozorněna. Tam, kde jsou uvedeny tečky, prosím doplňte Vaši odpověď slovně.

Předem Vám chci poděkovat za čas strávený u vyplnění dotazníku.

Děkuji

Pavlína Šamánková

1) Jak hodnotíte přístup zdravotních sester k Vám na oddělení ARO nemocnice KNB a.s.?

- a) Vždy příjemně
- b) Někdy příjemně
- c) Vždy nepříjemně
- d) Někdy nepříjemně
- e) Jiné:

.....
.....

2) Byla jste schopná rozlišit, zda s Vámi pracuje lékař, sestra či jiný zdravotnický personál?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

3) Rozuměla jste sdělovaným informacím?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

4) Měla jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

5) Pokud ano, čím si Vaši důvěru získaly?

.....
.....

6) Při všech činnostech, které u Vás byly prováděny, s Vámi sestry hovořily:

- a) Jako byste nebyla přítomná (př. sestra se bavila s kolegyněmi o vlastních záležitostech,...)
- b) Převážně o Vašich záležitostech
- c) Vždy jen o Vašich záležitostech
- d) Jiné:

.....
.....

7) Informovaly Vás sestry slovně o významu činností, které s Vámi zamýšlely dělat?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

8) Byla jste schopna pochopit smysl prováděných činností?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nejsem schopna odpovědět

9) Používaly sestry při zahájení a ukončení činnosti tzv. „INICIÁLNÍ DOTEK“ (dotyk na rameno s oslovením)

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

10) Oslovily Vás sestry jménem při zahájení každé činnosti?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

11) Představily se sestry jménem, než s Vámi začaly pracovat?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

12) Hygienická péče u Vás byla prováděna:

- a) Vždy jednou sestrou
- b) Vždy více sestrami
- c) Nevzpomínám si

13) Hygienickou péči prováděnou sestrami jste vnímala jako:

- a) Vždy příjemnou
- b) Někdy příjemnou
- c) Většinou příjemnou
- d) Vždy nepříjemnou
- e) Jiné:

.....
.....

14) Hygienická péče prováděná sestrami, Vám při vnímání obrazu vašeho těla:

- a) Vždy pomohla (vnímala jste po ní obraz těla jako ucelený)
- b) Někdy pomohla
- c) Nepomohla
- d) Jiné:

.....
.....

15) Komunikace a zacházení sester s Vámi, ve Vás vzbuzovalo pocit: (možno uvést více odpovědí)

- a) Bezpečí
- b) Úlevy
- c) Strachu
- d) Napětí
- e) Jiné:

.....
.....

- f) Nejsem schopna odpovědět

16) Polohování prováděné sestrami jste vnímala jako:

- a) Vždy příjemné
- b) Někdy příjemné
- c) Většinou nepříjemné
- d) Vždy nepříjemné
- e) Jiné:

.....
.....

f) Nejsem schopna odpovědět

17) Byla jste schopná z přístupu sester k Vám vycítit, jestli sestra spěchá, je nervózní nebo na Vás má čas?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Jiné:

.....
.....

e) Nejsem schopná odpovědět

18) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, podle čeho jste vycítila rozpoložení sestry?

- a) Podle hlasu
- b) Podle způsobu práce
- c) Podle dotyků
- d) Jiné:

.....
.....

19) Při rozhovoru s Vámi, hovořila sestra klidným hlasem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

20) Byla jste schopna rozlišit, která ze sester s Vámi pracuje?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne
- d) Nevzpomínám si

21) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, prosím uveďte, podle čeho jste byla schopna sestru rozpoznat: (možné zvolit i více odpovědí)

- a) Podle hlasu
- b) Způsobu práce

c) Vůně

d) Ji-

né:.....

22) Byla jste schopná rozlišit denní a noční dobu?

a) Ano vždy

b) Ano někdy

c) Ne

d) Nevzpomínám si

23) Pokud ano, prosím, uveďte podle čeho:

.....

24) Co se Vám líbilo na přístupu sester k Vám? (prosím uveďte)

.....

25) Co se Vám nelíbilo na přístupu sester k Vám? (prosím uveďte)

.....

26) Co byste sestřám vzkázala? (prosím uveďte)

.....

27) Co ve Vás vzbuzovalo největší strach a obavy? (prosím uveďte)

.....

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážený respondente/ Vážená respondentko,

jmenuji se Pavlína Šamánková, studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Bazální stimulace v praxi“. V rámci tohoto dotazníku bych chtěla zjistit využití bazální stimulace na vašem oddělení.

Dotazník je anonymní, získané údaje budou použity jen pro účely mé bakalářské práce.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Pokud nebude uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňujete. U otázek s možností volné odpovědi, prosím vyplňte dle vlastního uvážení.

Děkuji

Pavlína Šamánková

1) Jste:

- a) Muž
- b) Žena

2) Prosím, uveďte Váš věk:

.....
.....

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské
- d) Specializační studium (ARIP)
- e) Jiné:

.....
.....

4) Uveďte Vaše pracoviště:

- a) ARO
- b) NIP

5) Jak dlouho pracujete na stávajícím oddělení?

.....
.....

6) Využíváte u Vás na oddělení - prvky bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne

7) Pokud ano, jak dlouho bazální stimulaci používáte?

.....
.....

8) Které prvky bazální stimulace nejčastěji používáte?

.....
.....
.....

9) Pracujete na Vašem oddělení s biografickou anamnézou?

- a) Ano
- b) Ne

10) Spolupracujete při provádění bazální stimulace s rodinou klienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11) Využíváte metodu „iniciální dotek“?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

12) Pokud ano, prosím popište, jak a kdy iniciální dotek používáte:

.....
.....
.....

.....
.....
13) Oslovujete pacienta jménem, při zahájení činnosti?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

14) Představujete se jménem, když začnete s pacientem pracovat?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

15) Používáte při komunikaci s pacientem zdrobněliny?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

16) Informujete pacienta o činnostech, které s ním zamýšlíte dělat?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

17) S jakou odezvou na polohování jste se u pacienta setkal/a? (možno zvolit více odpovědí)

a) Pozitivní – prosím popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

b) Negativní – prosím popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

c) Neutrální

18) Jste schopný posoudit, která poloha pacientovi nejvíce vyhovuje?

- a) Ano vždy
- b) Ano někdy
- c) Ne

19) S jakou odezvou na koupel aktivizující jste se u pacienta setkal/a? (možno uvést více odpovědí)

a) Pozitivní – prosím, popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

b) Negativní - prosím, popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

c) Neutrální

20) S jakou odezvou na koupel uklidňující jste se u pacienta setkal/a? (možno uvést více odpovědí)

a) Pozitivní – prosím, popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

b) Negativní - prosím, popište reakce pacienta:

.....
.....
.....

c) Neutrální

21) Pokud jste v otázkách č. 17, 19 a 20 uvedl/a odpověď b) prosím uveďte, jak jste při negativní reakci pacienta postupoval/a:

.....
.....
.....

22) Které faktory podle Vás ovlivňují aplikaci konceptu bazální stimulace do praxe? (možno uvést více odpovědí)

- a) Personální obsazení
- b) Časový faktor
- c) Finanční aspekty
- d) Proškolení personálu
- e) Zajištění oddělení pomůckami
- f) Podpora od spolupracovníků nebo vedení
- g) Jiné:

.....
.....

23) Zaznamenal/a jste výraznou změnu stavu či chování klienta při používání bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

24) Pokud jste odpověděl/a ano, popište prosím o jakou reakci se jednalo a při jaké technice BS k tomu došlo:

.....
.....
.....

25) Je podle Vás uplatnění technik bazální stimulace v péči o pacienta přínosné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

26) Pokud ano, uveďte v čem spatřujete největší výhody bazální stimulace?

.....
.....
.....

27) Chcete se vyjádřit ke konceptu bazální stimulace? (názory , připomínky, ...)

.....
.....
.....

TABULKA GCS

Otevírání očí	
4	Spontánní
3	Na slovní výzvu
2	Na bolestivý podnět
1	Neotevívá
Motorické projevy na slovní výzvu	
6	Uposlechnutí příkazů
5	Lokalizuje bolestivý podněti
4	Odtahuje se od bolestivého podnětu
3	Dekortikační (flekční) rigidita
2	Decerebrační (extenční) rigidita
1	Žádná reakce
Verbální reakce	
5	Pacient orientovaný a konverzuje
4	Pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje
3	Neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
2	Nesrozumitelné zvuky, mumláni, žádná slova
1	Žádné verbální projevy

CGS	Kóma
8 a méně	Těžké
9 -12	Střední
13 a více	Lehké