

# **Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí**

Michaela Kondrysová

---

Bakalářská práce  
2013



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: **Michaela Kondrysová**  
Osobní číslo: **H11084**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury v dané oblasti.**  
**Bazální stimulace u pacientů s poruchou vědomí se zaměřením na somatickou stimulaci.**  
**Příprava metodiky průzkumné části.**  
**Realizace průzkumného šetření na odděleních dlouhodobé intenzivní péče v SurGal Clinic v Brně a v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat.**  
**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

FRÖHLICH, Andreas. Basale Stimulation. Das Konzept. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3.

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

ŠKOLOUDÍK, David, Michal BAR, Olga ZAPLETALOVÁ a kol. Obecná neurologie pro studenty bakalářského směru. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-608-6.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. Neurologie pro sestry. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-287-6.

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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 20.2.2014

Muchala Kocouřová!

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 nevdělečně 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 výtisky, 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, užíje-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 vzdělávacímu 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). *Odpirá-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 užít 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 jím 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 vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Má bakalářská se zabývá využitím prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí. Práce je rozdělená do dvou částí. Část teoretická popisuje bazální stimulaci se zaměřením na stimulaci somatickou. Jsou zde popsány prvky somatické stimulace, jako je polohování pacienta, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání a koupel pacienta, apod. Dále pak jsou popsány stavy, které vyžadují užití prvků bazální stimulace. Jedná se o poruchy vědomí, její příčiny, příznaky a léčbu. V části praktické jsou pomocí dotazníkového šetření mapovány pracoviště Následné intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a Dlouhodobé intenzivní péče v nemocnici SurGal Clinic v Brně se zaměřením na provádění konkrétních prvků bazální stimulace. Následně je představena kazuistika konkrétního pacienta s poruchou vědomí a s využitím prvků somatické stimulace.

**Klíčová slova:** bazální stimulace, somatická stimulace, komunikace, narušená komunikační schopnost, polohování, kontaktní dýchání, poruchy vědomí

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with possible introduction of the somatic stimulation techniques into treatment of patients with impaired consciousness. The work is divided into two parts. The theoretical part describes basal stimulation with focus on somatic stimulation. It lists the techniques of somatic stimulation, such as positioning of a patient, contact breathing, respiration stimulating massage, bathing the patient, etc. Further, it provides a case report of patients in need of basal stimulation. The cases are: impaired consciousness, its causes, symptoms and treatments. The practical part offers research results obtained at the Subsequent Intensive Care Unit of Tomas Bata Regional Hospital, Zlín and at the Long-Term Intensive Care Unit of Surgical Clinic, Brno. A case report of a male patient with impaired consciousness receiving a somatic stimulation technique treatment concludes the work.

**Key words:** basal stimulation, somatic stimulation, communication, communication disorder, positioning, contact breathing, bath, impaired consciousness

V první řadě velmi děkuji paní PhDr. Renatě Halmo, Ph.D. za její cenné rady, připomínky a trpělivost v průběhu vypracování mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala mému příteli, který mi byl oporou během celého studia. Děkuji mu za jeho ochotu, trpělivost a lásku, kterou mi věnoval. Poděkování patří také mé rodině a všem lidem, kteří mi ochotně poskytli informace k vypracování této práce.

*„ Dokonce i nemoc se ti stane přijatelnější, víš-li, že jsou ti na blízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost.“*

A. P. Čechov

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 PORUCHY VĚDOMÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 KLASIFIKACE .....	13
1.1.1 Kvalitativní poruchy vědomí.....	13
1.1.2 Kvantitativní poruchy vědomí.....	14
1.2 PŘÍČINY .....	15
1.3 DIAGNOSTIKA.....	16
1.4 LÉČBA .....	16
1.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	17
<b>2 BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>19</b>
2.1 VÝCHODISKA KONCEPTU.....	19
2.1.1 Vnímání.....	20
2.1.2 Hybnost .....	20
2.1.3 Komunikace .....	20
2.1.3.1 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí .....	21
2.1.3.2 Znaky příjemných a nepříjemných pocitů u pacientů s poruchou vědomí.....	22
2.2 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE.....	22
<b>3 SOMATICKÁ STIMULACE</b> .....	<b>24</b>
3.1 INICIÁLNÍ DOTEK.....	24
3.2 KOUPELE.....	25
3.2.1 Celková koupel zklidňující .....	25
3.2.2 Celková koupel osvěžující .....	26
3.2.3 Celková koupel neurofyzilogická .....	26
3.3 POLOHOVÁNÍ .....	27
3.3.1 Poloha mumie.....	27
3.3.2 Poloha hnízdo.....	27
3.3.3 Možné minimální změny tělesné pozice .....	28
3.4 MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ .....	28
3.5 KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ .....	29
3.6 ÚČINNOST SOMATICKÉ STIMULACE U KONKRÉTNÍCH PACIENTŮ.....	29
3.6.1 Pacient po mozkolebečním traumatu, 53 let .....	29
3.6.2 Pacient v bezvědomí, 70 let .....	30
3.6.3 Pacient po autonehodě, 22 let.....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>33</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	33
4.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	33
4.3 POUŽITÁ METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	33



4.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.5	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	34
4.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	35
4.7	TVORBA EDUKAČNÍHO VIDEO.....	36
<b>5</b>	<b>INTERPRETACE DAT K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ.....</b>	<b>37</b>
5.1	VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ RESPONDENTŮ.....	37
5.2	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 1 .....	40
<b>6</b>	<b>KAZUISTIKA .....</b>	<b>67</b>
6.1	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 2 .....	67
<b>7</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>76</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>94</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je „Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí“. Téma jsem si zvolila kvůli dané problematice, která je mi velmi blízkou. Díky dnešním se zlepšujícím technikám ve zdravotnictví a urgentní medicíně pacientů s poruchou vědomí na odděleních intenzivní péče neustále přibývá. Proto si myslím, že je potřeba se touto problematikou více zabývat a pomocí ošetrovatelské péče se snažit zlepšit podmínky hospitalizace pacientů na těchto pracovištích, a to právě díky bazální stimulaci.

Již od střední školy mě velice zajímala problematika komunikace sestry s pacientem v kómatu nebo s jakoukoli jinou poruchou vědomí a během plnění praxe na několika intenzivních odděleních jsem se setkala s mnoha pacienty, kteří byli v tomto stavu, ovšem bazální stimulace byla na těchto pracovištích využívána minimálně. Díky mému blízkému, který byl určitou dobu v kómatu, jsem se začala o bazální stimulaci zajímat více. Zúčastnila jsem se základního kurzu bazální stimulace a od té doby aplikuji na mého blízkého i na pacienty na praxi některé prvky bazální stimulace, které ve většině případů mají pozitivní výsledky. Bazální stimulace mě velmi nadchla, protože se dá využít u mnoha pacientů s různými diagnózami, např. u pacientů neklidných, dezorientovaných, umírajících, u nedonošených dětí, u pacientů s poruchou vědomí, u pacientů s vysokými nebo naopak nízkými hodnotami fyziologických funkcí, u pacientů s plegiemi, nebo parézami po cévních mozkových příhodách, nebo úrazech atd. Bazální stimulace v některých případech vrátila pacienta po závažném onemocnění zpět do života, v některých případech alespoň zlepšila kvalitu života jedince. Proto jsem velmi ráda, že koncept bazální stimulace je čím dál více využíván v oblasti ošetrovatelské péče.

V teoretické části bakalářské práce je věnovaná kapitola poruchám vědomí, jejich rozdělením, příčinám, příznakům, diagnostice a terapii. Dále se zde zabývám bazální stimulací se zaměřením na stimulaci somatickou, její techniky a využití u pacientů s poruchou vědomí. V praktické části jsem si díky dotazníkovému šetření určila za cíl srovnat aplikaci prvků somatické stimulace na oddělení Dlouhodobé intenzivní péče v nemocnici SurGal Clinic v Brně a Následné intenzivní péče v KNTB, a.s. a zjistit, zda jsou blízcí pacienta zapojeni do ošetrovatelské péče na těchto pracovištích. Dále popisuji kazuistiku konkrétního pacienta a konkrétní prvky bazální stimulace, které se u pacienta aplikovaly během jeho hospitalizace na oddělení ARO a DIP a které se aplikují dodnes v domácí péči. Popi-

suji jeho pokroky za celé tři roky od začátku onemocnění, které prodělal a také reakce na konkrétní prvky somatické stimulace.

A protože je nesmírně důležité zapojit do ošetrovatelské péče i rodinu a blízké pacienta, výstupem mé bakalářské práce je edukační materiál týkající se somatické stimulace.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PORUCHY VĚDOMÍ

Pojem vědomí má různé definice. V lékařské praxi se pod pojmem vědomí rozumí takový stav, kdy si jedinec plně a správně uvědomuje sám sebe a své okolí, je schopen jednat podle své vůle a reagovat na vnější a vnitřní stimuly (Nevšímalová a kol., 2002, s. 3).

Porucha vědomí je tedy stav, kdy si jedinec plně neuvědomuje svoji osobu i své okolí a není schopen jednat podle své vůle (Lukáš, Žák, 2010, s. 44).

### 1.1 Klasifikace

Porucha vědomí může být navozena vratným nebo nevratným postižením mozku, které může být globální nebo ložiskové. Poruchy vědomí se dělí na kvantitativní a kvalitativní (Kapounová, 2007, s. 196).

#### 1.1.1 Kvalitativní poruchy vědomí

Základním projevem kvalitativní poruchy vědomí je dezorientace. Mezi tyto poruchy vědomí patří:

##### *Amence*

Je vyvolaná poškozením CNS nemocí nebo úrazem.

##### *Delirium*

Hlavním příznakem je zmatenost, rozrušení, porucha pozornosti a orientace, halucinace nebo bludné představy, pacient často vykonává neúčelné pohyby, tento stav se vyskytuje v pokročilých stádiích u chronických alkoholiků – delirium tremens.

##### *Obnubilace*

Je nenápadná porucha vědomí, kdy pacient jedná účelně a vědomě, má zachovanou prostorovou orientaci, ale své chování si nepamatuje.

### *Agonie*

V literatuře nacházíme termín „předsmrtný zápas“. Agonie se vyskytuje v období umírání a u selhávání základních životních funkcí (Špinar, Ludka a kol., 2013, s. 73; Dobiáš, 2013, s. 137).

#### **1.1.2 Kvantitativní poruchy vědomí**

Jde o stav porušené bdělosti (tzv. vigility). Můžeme je rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

##### **a) Krátkodobé**

#### *Zastřené vědomí*

Pacient je spontánně bdělý a na výzvu reaguje spíše zpomalně, ale správně.

#### *Mdloba (synkopa)*

Jde o neočekávanou krátkodobou ztrátu vědomí s pádem k zemi. Často dochází k povrchovým poraněním bez neurologických následků. Synkopy dělíme na dvě skupiny, a to synkopy kardiovaskulární, které jsou zaviněny ischemií mozku, nebo poškozením srdce. A dále nekardiovaskulární synkopy, které mají různou příčinu, např. hypoglykémie, hyperventilační syndrom, malý epileptický záchvat, apod. (Špinar, Ludka a kol., 2013, s. 73; Dobiáš, 2013, s. 137).

##### **b) Dlouhodobé**

#### *Somnolence*

Patří mezi nejlehčí stupně poruch vědomí. Pacient je zvýšeně spavý, dá se probudit slovy nebo dotykovými podněty a je schopen slovního kontaktu a spolupráce. Pokud je ponechán v klidu, tak rychle znovu usíná. Má plnou kontrolu nad svěrači (Tyrlíková a kol., 1999, s. 202, Špinar, Ludka a kol., 2013, s. 73-74).

#### *Sopor*

Pacient reaguje jen na bolestivé podněty neartikulovaným zvukem nebo obrannou reakcí (např. odtažení končetiny). Na silnou výzvu vyhoví, ovšem spíše neúplně. Není u něj přítomná kontrola nad svěrači.

### ***Kóma***

Pacient působí spavě nebo je v bezvědomí, nereaguje na oslovení. Podle hloubky kómatu reaguje na danou intenzitu podnětu cílenými nebo extenčními křečemi, popř. chybí reaktivita na zevní podněty. Kontrola nad svěrači u pacienta zcela chybí.

### ***Apalický syndrom (Coma vigile)***

Pacient leží s otevřenými očima. Chybí u něj únikové a obranné pohyby, počáteční extenční křeče nahrazuje rigor (ztuhlost). Mohou být přítomny primitivní reflexy, např. žvýkání, zívání, chňapavý úchop viděného nebo cíleného předmětu (Lukáš, Žák a kol., 2010, s. 44; Špinar, Ludka a kol., 2013, s. 73-74).

## **1.2 Příčiny**

### **Strukturální poruchy CNS**

Mezi strukturální poruchy CNS patří např. cévní příčiny (epidurální, subdurální, subarachnodiální krvácení), infekční příčiny (meningitida, encefalitida, mozkový absces), mozkové nádory a mozková herniace u edému mozku.

### **Intoxikace**

Např. sebevraždy, nehody, profesionální intoxikace, intoxikace sedativy, hypnotiky, anestetiky, psychotropními látkami, drogami, alkoholem, oxidem uhelnatým, oxidem uhlíčitým, rozpouštědly atd. (Kapounová, 2007, s. 19).

### **Metabolické příčiny**

Sem řadíme komplikace diabetes mellitus, hypofunkce nebo hyperfunkce štítné žlázy, hypotermie nebo hypertermie a poruchy acidobazické rovnováhy.

### **Oběhové příčiny**

Vazovagální kolaps z dlouhého stání, při pohledu na krev, při rozrušení, dále námahová synkopa jako projev srdečního onemocnění (stenóza aorty, plicní hypertenze), arytmie nebo nezjištěný zdroj krvácení.

## Neurotraumata

Mezi primární poškození řadíme komoce (difuzní poškození axonů bílé hmoty) a kontuze. A mezi sekundární poškození patří intrakraniální příčiny (edém mozku a úrazové krvácení - epidurální, subdurální, intrakraniální) a extrakraniální příčiny (hypertermie a hypotenze).

### Křečové a psychiatrické příčiny

Např. katatonie, narkolepsie, spánkové deprivace, hysterické konverzní poruchy a simulace (Kapounová, 2007, s. 19).

## 1.3 Diagnostika

I když s námi pacient nekomunikuje, je nutné pátrat po jakýchkoliv anamnestických údajích. Informace získáváme od příbuzných či dalších lidí z okolí pacienta (Šéblová, Knor a kol., 2013, s. 168).

Cílem je získat co nejvíce informací o závažných onemocněních, dosavadních neurologických onemocněních, alkoholismu, depresích, drogové závislosti, užívaných lécích apod. Na těchto zjištěných údajích o pacientovi se stanoví další diagnostika. Vyšetření pacienta se skládá z neurologického vyšetření a z dalších vyšetření, jako je např. laboratorní vyšetření, toxikologie, CT, RTG, MR, sonografie, lumbální punkce, EEG, vyšetření kmenových a motorických funkcí atd. (Kapounová, 2007, s. 198).

K zjištění kvantitativních poruch vědomí se dnes nejčastěji využívá Glasgowská škála vědomí (viz. Příloha P I: GLASGOW COMA SCALE), v níž se hodnotí probouzející reakce, slovní a motorická odpověď (Školoudík a kol., 2009, s. 47).

## 1.4 Léčba

Základem je, co nejdříve stabilizovat základní životní funkce, jako je:

- zajištění dýchacích cest – podle stupně poruchy vědomí
- udržení TK, popř. diagnostikovat příčinu šokového stavu
- předcházení hypoxie a hyperkapnie



Dalšími kroky je specifická léčba podle příčiny poruchy vědomí, korekce vnitřního prostředí, prevence stresového vředu a prevence tromboembolické nemoci (Lukáš, Žák a kol., 2010, s. 312).

## **1.5 Ošetrovatelská péče**

Pacient s poruchami vědomí je hospitalizován na JIP nebo ARO, kde je mu poskytována intenzivní ošetrovatelská a lékařská péče. Sestra by měla monitorovat základní životní funkce, kontrolovat práci přístrojů a infuzních pump, zajistit odběry biologického materiálu a výsledky hlásit ošetřujícímu lékaři. Dále by měla kontrolovat žilní kanylaci, předcházet infekci, sledovat průchodnost dýchacích cest, účinnost podaných léků a dodržovat bariérový přístup ošetřování klienta na UPV (Slezáková a kol., 2007, s. 96-97).

### **Hygienická péče**

Sestra by měla zajistit celkovou péči o pacienta, předcházet vzniku dekubitů všemi možnými dostupnými prostředky. Zaměřit se na péči o oči, nos, uši a dutinu ústní. Odsávat sekret z dutiny ústní a tracheostomie a dodržovat zásady sterility.

### **Výživa**

Sestra by měla zajistit parenterální nebo enterální výživu.

### **Vyprazdňování**

Sestra by měla pečovat o zavedený permanentní močový katétr (dále PMK), dodržovat aseptické postupy a zásady při manipulaci s PMK, sledovat a vést záznam vyloučeného množství moče a stolice.

### **Spánek a odpočinek**

Sestra by měla dbát na biorytmus střídání dne i noci, zajistit klid a minimalizovat rušivé faktory.

### **Rehabilitace**

Sestra by měla provádět doporučená pasivní cvičení, spolupracovat s fyzioterapeutem, pacienta polohovat a masírovat.

**Psychosociální potřeby**

Ke každému klientovi by se měla sestra chovat s úctou a nezapomínat s ním komunikovat, jelikož nikdy nevíme, jaká je aktuální úroveň vědomí a možnost vnímání. Pro pocit bezpečí a jistoty je nutnost neustálého kontaktu s nejbližšími (Slezáková a kol., 2007, s. 96-97).

*„Pamatuj – klidné slovo, tiché prostředí, taktní přístup, pohlazení, stisk ruky může klientovi pomoci najít pocit jistoty a bezpečí.“ (Slezáková a kol., 2007, s. 97)*

## 2 BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace (dále jen BS) patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům. V BS je nemocný chápán jako rovnocenný partner a svébytná osobnost s vlastní historií a zkušenostmi (Dvořáková, 2013, strany nečíslovány).

Tuto metodu vyvinul v 70. letech 20. století prof. Dr. Andreas Fröhlich. Do intenzivní péče ji v 80. letech 20. století přenesla zdravotní sestra Christel Bienstenová. Nyní se tato metoda nachází ve fázi zavádění do praxe. BS je určena pro pacienty, kteří se nemohou pohybovat, anebo jen velmi obtížně, necítí nic, nebo jen velmi málo, slyší a vidí velice omezeně. BS je tedy využívána především u pacientů s poruchou vědomí, u neklidných nebo dezorientovaných pacientů jakéhokoli věku. Využívá se nejen v oblasti ošetrovatelství a speciální pedagogiky, ale také v péči o nedonošené děti. Cílem konceptu je podporovat vnímání, udržet nebo zmírnit rozvoj postižení, umožnit navázat komunikaci se svým okolím, zvládnout orientaci v čase a prostoru a zlepšit funkci organismu. BS umožňuje pacientovi, aby cítil hranice svého těla, cítil okolní svět a přítomnost jiného člověka. Při této metodě není potřeba žádných nadstandartních pomůcek či přístrojů, jde pouze o vyškolený personál a spolupráci všech členů týmu a rodiny (Kapounová, 2007, s. 206; Friedlová, 2007, s. 14-15).

### 2.1 Východiska konceptu

Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům můžeme vnímat okolní svět a sebe sama. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání, které se vzájemně ovlivňují. Koncept BS umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost pacienta (Friedlová, 2007, s. 19).

### 2.1.1 Vnímání

Jako první se v nitroděložním vývoji vyvíjí somatické vnímání, které nás informuje o našem těle. Již lidský zárodek je schopen reagovat na dotek jemným vláskem na svém těle a s tím je úzce spjata schopnost se pohybovat, která se vyvíjí na konci 6. embryonálního týdne. Vyvíjí se také vnímání chvění a vibrací a současně i vestibulární vnímání, které má za cíl nás informovat o změně polohy těla v prostoru. Tyto tři druhy vnímání vytváří u člověka pocit bezpečí a jistoty (Friedlová, 2007, s. 20; Trojan, 2003, s. 708).

### 2.1.2 Hybnost

Schopnost pohybu provází člověka prakticky po celý život. Pohyb je důležitý především k zajištění chůze, udržení pozice těla, k získávání a přijímání potravy, k vyprazdňování, dýchání, k rozmnožování atd. Je úzce spjat s komunikací a jinými psychickými projevy člověka. Schopnost pohybovat se umožňuje člověku komunikaci s okolím a umožňuje člověku vnímat své vlastní tělo a okolí (Friedlová, 2007, s. 25).

V následujícím odstavci se věnuji řízení hybnosti. Pohyb zahajuje pyramidová dráha, z které přichází impulz. Extrapiramidový systém má význam pro zajištění polohy a výchozí pozice pro pohyb, mozeček koordinuje a upřesňuje pohyb. Gama-systém a Golgiho svalové vřeténko ovlivňuje svalové napětí, které je nezbytné pro uskutečnění pohybu člověka. Mezi těmito všemi strukturami je úzké propojení a vzájemně se ovlivňují (Seidl, 2008, s. 30).

Motorickou oblast nacházíme v laloku čelním, kde je i centrum čichu. Je centrem řízení hybnosti kosterních svalů, tedy motoriky. Motorický řídicí systém, který řídí a kontroluje hybnost těla, tvoří mimo motorických korových oblastí další oblasti mozku. I ty nejjednodušší pohyby těla jsou realizovány součinností obrovského počtu neuronů. Přičemž čím jemnější a složitější pohyby jsou, tím více motorických neuronů a jejich spojů je řídí (Orel, Facová a kol., 2009, s. 73-74).

### 2.1.3 Komunikace

Schopnost komunikovat mluvenou řečí si v průběhu vývoje osvojuje každé zdravě se vyvíjející dítě. Zdrojem veškeré komunikace u lidí je nervový systém. Jenom lidé mohou mluvit. Schopnost tvořit artikulovanou řeč je výsledkem nervových mechanismů, které se v lidském mozku vyvinuly během dlouhé řady evolučních změn. V průběhu tisíciletí se

v našem mozku vytvořilo neobvyklé uspořádání nervových struktur a procesů. Toto vše lze nazvat lidský komunikační systém (Love a Webb, 2009, s. 11-27).

Rozlišujeme dva druhy komunikace. Komunikaci verbální, která zahrnuje přenos slovních informací směřujících od odesílatele k příjemci. Verbální komunikaci si člověk může, ale nemusí uvědomovat. Slova mají nesmírnou hodnotu k víře uzdravení, na druhé straně mohou ublížit, ranit či ponížit. Vyslovené slovo nelze zrušit, vymazat ani vzít zpět. Verbální komunikace představuje to, co si sestra a pacient navzájem oznamují slovy. Každý slovní projev provází tzv. paralingvistická komunikace. Je to akustika mluveného slova, řeči. Samotné slovo nedělá řeč srozumitelnou. Čitelnější ji dělají tzv. paralingvistické aspekty, jako je intonace, barva hlasu, plynulost, rychlost, tón hlasu, řečové defekty, tj. nedokončení, vynechání slova, opakování stejného slova atd. Dále vzdechy, které představují napětí, bolest, pláč (Kristová, 2004, s. 11-54).

Dále máme komunikaci neverbální, díky které člověk naznačuje svůj emocionální stav. Neverbální prostředky mají význam při vyjadřování nálad, aktuálního prožívání, oznamování emocí, vytváření různých dojmů, ovlivňování názorů, postojů, myšlení, způsobu chování apod. (Kristová, 2004, s. 11-54).

### ***2.1.3.1 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí***

Na jednotkách intenzivní péče jsou často hospitalizovaní pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikace již z důvodu určité diagnózy. Vždy je třeba si pamatovat, že každý pacient komunikuje jinak. K nemocným s kvantitativními a kvalitativními poruchami vědomí patří lidé, kteří se probouzejí z bezvědomí z různých příčin nebo po komplikovaných operačních výkonech. Komunikace se tedy orientuje např. na zjištění hloubky vědomí, pacientova pohodlí či nepohodlí a na možnost kontaktu s nemocným (Kapounová, 2007, s. 170-171).

Dle konceptu bazální stimulace existuje „Desatero bazální stimulace“. Jsou to určitá pravidla, která říkají, jak bychom měli s pacientem komunikovat (viz. Příloha P II: DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE).

### ***2.1.3.2 Znaky příjemných a nepříjemných pocitů u pacientů s poruchou vědomí***

Komunikace s lidmi, jejichž komunikační schopnosti jsou nějakým způsobem omezeny, je velmi náročná. U pacientů s poruchou vědomí můžeme rozlišit znaky příjemných i nepříjemných pocitů a sestra by tyto znaky měla umět rozpoznat:

#### **Znaky příjemného pocitu:**

- hluboký dech, vzdychání, bručení
- mžikání očima
- otevírání očí a úst
- pousmání, úsměv
- uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů
- klidné pohledy do okolí (Friedlová, 2006, s. 14)

#### **Znaky nepříjemného pocitu:**

- zavírání očí a úst, blednutí
- neklidné, nepravidelné dýchání
- pláč, křik, sténání
- zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla
- motorický neklid, stereotypní chování
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se (Friedlová, 2006, s. 14)

## **2.2 Prvky bazální stimulace**

Podle vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se v prenatálním období prvně vyvíjí vnímání vlastního těla (somatické vnímání), poté vnímání chvění a vibrací (vibrační vnímání), které nás informuje o intenzitě vibrací a nakonec vnímání rovnováhy (vestibulární vnímání), které nám poskytuje informace o změně naší polohy. Podle těchto poznatků byly vyvinuty jednotlivé prvky BS (Fröhlich, 1998, s. 16).

**Mezi základní prvky BS patří:**

- a) *somatická stimulace*, např. polohování, koupele, masáž podporující dýchání atd.
- b) *vestibulární stimulace*, např. pohyb ovesného klasu, houpací pohyby v lůžku
- c) *vibrační stimulace*, např. vibrační stimulace podporující dýchání (Vytejková a kol., 2011, s. 99)

**Mezi nástavbové prvky konceptu BS patří:**

- *stimulace taktilně-haptická* (hmatová, např. tělesný dotek)
- *stimulace olfaktorická* (čichová, např. oblíbený parfém, vůně)
- *stimulace optická* (zraková, např. fotografie)
- *stimulace auditivní* (sluchová, např. zvuky domova, hudba)
- *stimulace orální* (využívá chuťové vjemy, např. oblíbené jídlo)

Nástavbové prvky specificky stimulují a současně podporují hybnost, vnímání i komunikaci a dají se aplikovat společně s prvky základními jako obohacení základní ošetrovatelské péče, nebo samostatně jako jednotlivé ošetrovatelské a terapeutické nabídky. Všechny základní i nástavbové prvky konceptu podporují také autonomii člověka a především umožňují aplikovat důstojnou péči (Kalvach a kol., 2011, s. 251).

V další kapitole se podrobně věnuji stimulaci somatické, jelikož celá práce je na toto téma zaměřená.

### 3 SOMATICKÁ STIMULACE

Celé tělo a zvláště kůže, jako největší orgán našeho těla, představuje naše ohraničení, současně je místem kontaktu s okolním světem. Obraz těla, který je různě diferencovaný, vnímáme podle naší zkušenosti. Tuto představu vytvářejí zejména kůže a svaly lidského těla. Dlouhé bezvědomí, vysoká spasticita nebo hypotonie neumožní vzniknout požadované diferenciaci. Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s naší postavou a jejími hranicemi (Vítková, 2006, s. 207).

Somatická stimulace umožňuje pacientovi vnímat vlastní tělo, uvědomit si sebe sama. K této stimulaci je možné využít doteky, masáže těla, masáž stimulující dýchání, polohování atd. Důležitý je lidský dotek, jeho síla, vyvinutý tlak a rytmus, opakování a způsob (Kapounová, 2007, s. 207).

K vnímání těla a tělesného schématu je také důležitým předpokladem vizuální kontrola těla, tzn. že klademe důraz na zrakovou kontrolu stimulovaných částí těla, např. pomocí zrcadla. Vhodný typ somatické stimulace volíme dle stavu a potřeb pacienta, můžeme využít i údaje o pacientovi, které lze získat pomocí somatické anamnézy (viz. Příloha P III: SOMATICKÁ ANAMNÉZA), (Friedlová, 2007, s. 68-69).

#### 3.1 Iniciální dotek

U pacientů s dlouhodobou poruchou vědomí se v ošetřování mnohdy využívá iniciální dotek. Tento dotek upozorňuje pacienty, že se něco bude dít, a nereagují velkou změnou vitálních funkcí. Pomáhá pacientům zorientovat se v situaci. Je potřeba, aby všichni členové týmu prováděli dotek na stejném místě a oslovovali pacienta jednotně. Provádíme ho při upozornění na naši přítomnost a taktéž při loučení (Šamánková, 2011, s. 102).

Vhodná místa pro zvolení iniciálního doteku jsou rameno, paže, ruka. Nezbytným předpokladem je umístit ceduli se zvoleným místem pro iniciální dotek blízko lůžka pacienta (viz. Příloha P IV: INICIÁLNÍ DOTEK) a zapsání iniciálního doteku do dokumentace (Friedlová, 2007, s. 73-74).



## 3.2 Koupele

U každého mytí se snažíme pacienta dotýkat oběma rukama. Tam, kde je to možné, modelujeme tělesnou formu tak, abychom umožnili pacientovi poskytnout informace o jeho těle. Při koupeli bychom neměli být ničím rušeni a neměli bychom od pacienta odcházet. Před koupelí samotnou je dobré si připravit všechny pomůcky na dosah ruky. Minimálně dvě žínky, 1-2 ručníky a kosmetiku (nejlépe pacientovu vlastní). V místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra. Koupel by měla poskytovat jen jedna osoba, která se pacientovi bude věnovat a reagovat na jeho reakce. Koupel by měla trvat do 15-20 minut (Dvořáková, 2013, strany nečíslovány; Friedlová, 2006, s. 25).

### 3.2.1 Celková koupel zklidňující

Lze ji využít u celé řady nemocných, např.:

- u neklidných, hyperaktivních a úzkostných pacientů
- u pacientů s poruchami spánku, tachykardií, zvýšeným svalovým tonem
- u pacientů v dlouhodobém umělém spánku nebo ve fázi probouzení
- při poruše vnímání vlastního těla, např. po amputacích atd.

Cílem je nemocného zklidnit, uvolnit a navodit mu pocit pohody. Koupel uvolňuje svalové napětí a umožňuje nemocnému lépe vnímat své tělo. Teplota vody by se měla pohybovat okolo 37-40 °C. Pro zapamatování si postupu je označení „mytí ve směru růstu ochlupení“. Koupel lze začít od obličeje nemocného, pracujeme se střední linií a symetrií těla. Pacienta myjeme oběma rukama, ruce s žínkami přiložíme do středu čela a slabým tlakem vykroužíme obličej směrem k bradě. Při návratu na původní místo nejprve přiložíme jednu ruku a poté druhou. Udržujeme s pacientem neustálý kontakt. Poté přiložíme dlaně celou plochou na vrchol hrudní kosti a táhlým pohybem směrem šikmo nahoru umyjeme oblast ramen. Pohyb připomíná písmeno V. Pohyb můžeme několikrát opakovat. Postupujeme směrem dolů, tzn. od střední části hrudní kosti na obě dvě strany přes prsa až do axilárních jamek. Pohyb je ukončen při setkání s podložkou, na které pacient leží. Tímto způsobem umyjeme celý hrudník. Mytí horních končetin začíná na úrovni klíční kosti a táhlým způsobem pokračujeme oběma rukama přes rameno na paži, loket a předloktí až k ruce. Opět se snažíme končetinu jakoby vymodelovat a koupel ukončujeme modelací každého prstu zvlášť. Záda myjeme podobným způsobem jako hrudník. Oblast genitálií myjeme obvyk-

lým způsobem. Pokud je to možné, umyje si tuto oblast pacient sám. Po umytí nemocného přikryjeme a necháme ho odpočívat (Dvořáková, 2013, strany nečíslovány; Friedlová, 2006, s. 76-81).

### 3.2.2 Celková koupel osvěžující

Celkovou koupel osvěžující můžeme užít u pacientů, které chceme probudit. Cílem je zvýšit vědomí a povědomí o sobě sama. Zvýšit aktivitu nemocného a krátkodobě lze zvýšit i hodnotu krevního tlaku a pulsu. Osvěžující koupel se využívá u pacientů:

- v komatózních a somnolentních stavech
- u pacientů s depresemi, hypotenzí, s diabetem mellitem
- u pacientů se sníženým svalovým tonem

Doba trvání je opět okolo 10-15 minut, teplota vody by měla být okolo 26 °C. Postup je opačný jako u zklidňující koupele. Používá se označení „mytí proti směru růstu ochlupení“. Koupel lze začít od obličeje a opět pracujeme se střední linií a symetrií těla. Myjeme oběma rukama. Ruce s žínkami přiložíme do středu brady a slabým tlakem vykroužíme obličej směrem k čelu. Pamatujeme na neustálý kontakt s nemocným. Posléze přiložíme dlaně na oblast ramen a táhlým pohybem postupujeme směrem ke sternu, pohyb připomíná písmeno V. Postupujeme níže, tzn. od axilárních jamek směrem k hrudní kosti. Na břicho je jiný růst chlupů, proto myjeme opačným způsobem, a to od pupku ke stranám. Každou horní končetinu umýváme zvlášť. Začínáme na prstech, kam celou plochou přiložíme dlaně obou rukou a každý prst vymodelujeme. Táhlým pohybem pokračujeme směrem nahoru na předloktí, loket a ukončujeme v oblasti klíční kosti. Opět se snažíme celou horní končetinu vymodelovat. Záda myjeme podobným způsobem jako hrudník. Pokud je to možné, necháme nemocného, aby si oblast genitálií umyl sám (Dvořáková, 2013, strany nečíslovány).

### 3.2.3 Celková koupel neurofyziologická

Cílem této koupele je umožnit klientům s poruchou hybnosti na jedné polovině těla znovu vnímat tuto oblast. Aplikujeme ji u klientů:

- s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách
- po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu

- po operacích mozku a onemocněních s postižením pohybového aparátu (Friedlová, 2007, s. 83)

Ošetřující stojí na postižené straně těla nemocného. Žínkou, navlečenou na ruce nemocného, pomůžeme nemocnému umýt obličej. Umyjeme zdravou horní končetinu směrem od konečků prstů k rameni, poté pokračujeme přes hrudník, kde na postižené straně zvýšíme tlak a přejdeme na postiženou horní končetinu, kterou myjeme opačným směrem, tedy od ramene ke konečkům prstů. Posléze položíme ruce do úrovně podpaží na straně postižené a celou dlaní myjeme směrem ke straně zdravé. Dolní končetinu myjeme také první zdravou a poté postiženou. Záda myjeme stejným způsobem jako hrudník. Pokud to lze, genitál necháme pacienta umýt samotného. Celou dobu se snažíme umožnit nemocnému kontrolovat situaci zrakem (Dvořáková, 2013, strany nečíslovány).

### **3.3 Polohování**

Klientům můžeme pomocí polohování zprostředkovat informace o vlastním těle. Předcházíme díky němu tzv. degenerativní habituaci, což je stav způsobený jednotvárným vnímáním sebe a okolí, který vede k pasivitě, nečinnosti a ztrátě orientace. Tím dochází k celkovému zhoršování psychického a fyzického stavu klienta. Jako možné změny tělesné pozice jsou uvedeny poloha „mumie“ a poloha „hnízdo“.

#### **3.3.1 Poloha mumie**

Využívá se u pacientů, u kterých je nutná intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu, např. u pacientů ve vigilním kómatu. Dále se dá aplikovat u neklidných a agresivních pacientů. Poloha „mumie“ je kontraindikována u lidí s klaustrofobií v biografické anamnéze (Friedlová, 2007, s. 99).

#### **3.3.2 Poloha hnízdo**

Díky této poloze se pacienti cítí dobře, mají pocit jistoty a bezpečí, zlepši se vnímání hranic svého těla. Poloha „hnízdo“ se využívá u pacientů:

- po celkové zklidňující koupeli
- u pacientů s poruchou vědomí ke stabilizaci tělesného schématu

- k navození příjemného pocitu
- u neklidných, agresivních, dezorientovaných pacientů
- u pacientů se spasticitou, hypertenzí
- u umírajících pacientů (Friedlová, 2007, s. 93)

### 3.3.3 Možné minimální změny tělesné pozice

Při polohování není nutné vždy měnit polohu celého těla, ale můžeme používat i tzv. mikropolohování, kdy měníme pouze polohy některých částí těla. Můžeme změnit polohu dolních končetin, např. pokrčit, zvednout a podložit. U horní končetiny můžeme rozvinout prsty, vložit míček do dlaně apod. U trupu nebo hlavy můžeme provést podložení nebo náklon. Tyto změny jsou časově i fyzicky nenáročné a je možné je provádět častěji i v rámci jedné polohy, např. na zádech, vsedě na vozíku (Zikl, 2011, s. 74-75).

#### *Další možné minimální změny tělesné pozice:*

- propletení prstů na rukou
- položení ruky na hrudník
- ohnutí dolních končetin směrem k tělu
- překřížení dolních končetin
- uchopení nohy rukou
- polohování na různě měkkých a tvrdých matracích
- polohování pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů (Zikl, 2011, s. 74-75)

## 3.4 Masáž stimulující dýchání

Je to jedna ze stěžejních technik konceptu bazální stimulace. Cílem této techniky je dosažení hlubokého a klidného dýchání. Je ji vhodné zařadit do péče u klientů:

- s povrchním dýcháním
- s nepravidelným dechem
- ze zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí dechu

- s bolestí
- s depresivními stavy a poruchami spánku
- se změnami ve vnímání vlastního těla, např. u klientů ve vigilním kómatu
- v odvykací fázi po umělé plicní ventilaci

Masáž se provádí v rytmu dechu, vyvíjí se dostatečný kontinuální tlak pomocí rukou na oblast zad nebo ventrální část hrudníku. Je součástí dechové gymnastiky. Naladění na stejný rytmus dýchání mezi ošetřujícím a klientem nabízí vzájemné pochopení beze slov. Mezi nemocným a ošetřujícím vzniká komunikační proces, který poskytuje uvolnění, pocit jistoty a blízkosti a vyjadřuje také empatii. V této technice mají nejvýznamnější postavení ruce ošetřujícího. Nejvhodnější provedení masáže je bez rukavic, šperků, se zahřátýma rukama (Friedlová, 2007, s. 102-105).

### **3.5 Kontaktní dýchání**

Ruce pokládáme na hrudník klienta a doprovázíme ho v nádechu i při výdechu. Výdech můžeme podpořit stlačením hrudníku. Pokud je klient zahleněný, můžeme pro podporu vykašlávání přidat vibrace v době výdechu. Kontaktní dýchání lze poskytnout také pomocí klientových rukou, které položíme klientovi na hrudník. Klient tak může vnímat vlastní dech a sebe sama (Friedlová, 2007, s. 102-105).

### **3.6 Účinnost somatické stimulace u konkrétních pacientů**

#### **3.6.1 Pacient po mozkolebečním traumatu, 53 let**

Pacient byl přeložen asi 100 dní po těžkém kraniotraumatu na oddělení LDN. Nekomunikující, pouze částečně sledující očima. Výživa byla zajištěna pomocí PEG. Pacient byl inkontinentní, podvyživený. Nejdříve staniční sestra Eva Ščučková, DiS. společně s lékařkou a fyzioterapeutkou zvolily léčebně rehabilitační plán, ve kterém byla zahrnuta kompletní ošetrovatelská péče o imobilního pacienta a bazální stimulace (dále jen BS). Pro spolupráci v BS získaly nadšeného bratra a jeho rodinu. Získaly tak biografickou anamnézu se všemi náležitostmi, jako je iniciální dotek, oslovení atd. Dle BS nemocného polohovaly do

„hnízda“ a „mumie“ a stimulovaly mu smysly. Chuťová stimulace byla natolik úspěšná, že mohly brzy začít s asistovaným podáváním stravy, což je sofistikovaná forma krmení pacienta, kdy ošetrovatelský personál vede klientovu ruku se lžící s potravou k jeho ústům. Pacient dělal v oblasti přijímání stravy až neuvěřitelné pokroky. Velmi záhy už jedl sám bez jakékoli asistence. Díky aktivní spolupráci pacienta se podařilo personálu změnit hmotnost z 50 na 70kg.

Aktivní rehabilitace se mohla vzhledem k houževnatosti klienta soustředit na další úkol, a sice vertikalizaci, nácvik přesunu na invalidní vozík a jízdu na něm.

I přes aktivní rehabilitaci se týmu bohužel nepodařilo zabránit vzniku kontraktur na levostranných končetinách. Přesto pacient získal odrazový můstek k další rehabilitaci a k novému startu do života klienta (Ščučková, 2012, s. 32-33).

### **3.6.2 Pacient v bezvědomí, 70 let**

Pacient na oddělení JIP, FN Brno, po operaci aneuryzmatu – výdutě mozkové cévy, byl dva měsíce v bezvědomí. Občas otevíral oči, ale jeho pohled byl nepřítomný. Končetiny byly nehybné, pouze reagující na bolest a stále více spastické. Jinak byl pacient po fyzické stránce v kondici. Personál začal u klienta aplikovat prvky somatické stimulace a již po první zklidňující koupeli si kolegyně všimly jistého uvolnění v obličeji a snížení napětí v ústech. Po masáži slinných žláz začal pacient pomalu, ale jistě otevírat ústa, která byla jindy silně sevřená. Personál požádal rodinu, zda by se přizpůsobili uzpůsobení svého denního časového harmonogramu tak, aby mohli každodenně svého blízkého navštěvovat a řídit se pokyny personálu.

Po několika pohlazeních manželkou po tváři její manžel otevřel oči, nefixoval ji ještě pohledem, ale výraz očí byl jiný. Syn se svého otce také dotýkal, masíroval pravou ruku a byl překvapený, když mu na výzvu nepatrně stiskl ruku.

Personál pozoroval jistou spolupráci pacienta, končetiny byly stále uvolněnější, spasticita se zmírňovala a fyzioterapeutky registrovaly také změnu. Třetí den se objevovala již cílená fixace očima, náznak artikulace a stále lepší hybnost pravé horní končetiny. Čtvrtý den byl stagnační, u pacienta se objevily subfebrilie a celý den prospal. Pátý den došlo k velkému pokroku. Pacient odpověděl – zaartikuloval při ranní vizitě paní doktorce na pozdrav „Dobré ráno, paní doktorko“. Tuto větu zopakoval i vedoucímu lékaři, za kterým se pacient úplně otočil, aby se mu mohl dívat do očí. Den pokračoval tím, že začal přijímat teku-

tou i polotuhou potravu ústy. Jelikož, byl pacient silný kuřák, po dohodě s vedoucím lékařem porušil personál provozní řád nemocnice a zapálili pacientovi jeho oblíbenou značku cigarety. Silně potáhl a spokojeně vyfoukl dým. Bylo vidět, že přesně ví, co dělá. Všichni měli obrovskou radost. Po určité době byl pacient přeložen do jiného zdravotního zařízení. Nakonec se pacientovi splnil sen a přijel domů. Byl šťastný, ovšem po dvou dnech se jeho zdravotní stav zhoršil, byl převezen do nemocnice a tam na selhání srdce zemřel. Manželka byla přesto šťastná a vděčná za těch několik měsíců, které mohla strávit s manželem po jeho boku (Borýsková, 2006, s. 342).

### **3.6.3 Pacient po autonehodě, 22 let**

Pacient byl hospitalizován na Anesteziologicko-resuscitační kliniku FN Motol v Praze. U pacienta bylo diagnostikováno kraniocerebrální poranění, traumatický edém mozku, aspirační pneumonie a levostranná hemiparéza. Byla u něj zavedena umělá plicní ventilace a provedena nekompresivní kraniotomie. Bazální stimulace se u něj začala provádět od třetího pooperačního dne. Do péče se aktivně začlenili i rodiče a sourozenec. Několikrát denně byla prováděna stabilizace tělesného schématu, denně probíhala stimulace olfaktorická, auditivní, orální i taktile haptická. Sedmý den hospitalizace pacient vyhověl jednoduché výzvě, polykal a byl bez analgosedace a relaxace. Osmý den otevřel oči. Dobře pohyboval pravou horní i dolní končetinou a snažil se o pohyb levé horní končetiny. Vyslovil jednoduché slovo. Druhý týden mu byly do rukou vkládány oblíbené předměty a dokázal bezchybně vyslovit, co právě ohmatává. Spolupráce se stále zlepšuje, sedí v křesle, maluje jednoduché tvary, komunikuje s okolím. 19. den je přeložen na JIP neurologie do jiné nemocnice. Krátkodobá paměť u pacienta prozatím nefunguje, nedokáže si téměř nic vybavit. Jen jedno jediné mu zůstalo v paměti – příjemné doteky ošetřujícího personálu. To co jej vedlo k uzdravování, byl přímý kontakt – lidský dotek (Špičková, Slámová, Hocková, 2008, s. 25-26).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Cíle výzkumného šetření

1. Srovnat používání prvků somatické stimulace a zapojení příbuzných do péče o pacienta s poruchou vědomí na oddělení DIP v nemocnici SurGal Clinic v Brně a na oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.
2. Doložit účinnost somatické stimulace u konkrétního pacienta.
3. Vytvořit edukační materiál pro rodinu pacienta se zaměřením na somatickou stimulaci.

### 4.2 Charakteristika respondentů

- nelékařští zdravotničtí pracovníci
- pracující na oddělení DIP v nemocnici SurGal Clinic v Brně a na oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně
- bez omezení délky odborné praxe, či věku

### 4.3 Použitá metoda výzkumného šetření

#### Metoda dotazníková

Jako metodu k výzkumnému šetření jsem využila dotazník (Příloha P VIII), který je souborem otázek. Dotazník by měl zahrnovat podstatné problémy, na něž hledáme odpověď. Formulace otázek dotazníku by měla být jednoznačná. Výhodou dotazníku je jednoznačná formulace otázek bez emocí respondenta, nevýhodou je např. nízká návratnost, nebo nepochopení otázky bez následného doplnění odpovědi (Kutnohorská, 2009, s. 41-42).

#### Kazuistika

Dále jsem se rozhodla využít detailní studie pacienta, u něhož jsou aplikovány prvky bazální stimulace. Kazuistika by měla být podrobná studie jedné osoby a měla by být ucele-

ná. Studie rozšiřuje a prohlubuje výsledky kvantitativních bádání. Především díky získání kvalitativních údajů (Kutnohorská, 2009, s. 76).

#### **4.4 Charakteristika položek dotazníkového šetření**

Dotazník byl sestaven ve spolupráci s PhDr. Renatou Halmo, PhD. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem výzkumného šetření a dodržení anonymity při zpracování výsledků. V úvodní části byly 3 položky vztahující se k zjištění základních informací o respondentovi. Dotazník se skládal z 30 položek.

Položky vztahující se k cíli č. 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.

V dotazníku byly použity položky otevřené (5, 7, 19, 20, 27), uzavřené (1, 2, 3, 4, 6, 10, 23, 26, 28), dále polouzavřené (8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 29, 30) a polytomické (14, 15, 21, 25, 29, 30).

#### **4.5 Organizace výzkumného šetření**

##### **Dotazníkové výzkumné šetření**

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci leden a únor se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči SugGal Clinic v Brně a Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně. Po schválení dotazníku vedoucí práce jsem dotazníky osobně rozdala na jednotlivých pracovištích. Po domluvě se staničními sestrami oddělení DIP v SurGal Clinic v Brně a oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně jsem rozdala celkem 88 dotazníků, z nichž se mi vrátilo celkem 78.

##### **Kazuistika**

Pro sestavení kazuistiky jsem si zvolila muže, který před třemi lety prodělal cévní mozkovou příhodu s následným intracerebrálním krvácením. Od začátku onemocnění u něj probíhalo v rámci ošetrovatelské péče provádění prvků bazální stimulace. Tyto prvky a reakce

na ně jsem si v průběhu tří let podrobně zaznamenávala. Následně jsem je použila do své bakalářské práce, a to se svolením pacientovy manželky, která je jeho opatrovníkem a přebírá za něj způsobilost k právním úkonům. Struktura kazuistiky byla sestavena za pomoci vedoucí práce, paní doktorky Renaty Halmo.

***Obsahuje následující části:***

- úvod
- vlastní pozorování
- komunikaci s pacientem a její vývoj
- základní informace o pacientovi
- intervence konceptu bazální stimulace začleněné do péče o pacienta během hospitalizace na oddělení ARO a DIP
- reakce pacienta na tyto intervence
- intervence konceptu bazální stimulace začleněné do péče o pacienta v domácí péči
- reakce pacienta na tyto intervence
- shrnutí

#### **4.6 Zpracování získaných dat**

Data, která jsem získala pomocí dotazníkového šetření, jsem zpracovala ručně pomocí čárkovací metody a následně jsem je zpracovala užitím počítačového programu Microsoft Office Word 2011 a Microsoft Excel 2011. Data jsem převedla do sloupcových grafů a tabulek, přičemž absolutní četnost ( $n$ ) udává celkový počet respondentů, kteří odpověděli na stejnou otázku a relativní četnost ( $r\%$ ) udává procentuální odpověď na danou otázku z celkového počtu odpovědí.

Data, která jsem získala při sestavování kazuistiky, jsem měla poznamenané v počítačovém programu Microsoft Office Word 2011.

## 4.7 Tvorba edukačního videa

### Cíle – edukované osoby/příbuzní:

- budou vědět, jak přistupovat k pacientovi s poruchou vědomí
- budou schopni si nachystat pomůcky k uklidňující koupeli
- budou schopni si zorganizovat prostor, který podporuje provedení intervence
- budou schopni správně provést uklidňující koupel
- budou schopni si připravit pomůcky k polohování pacienta
- budou schopni správně napolohovat pacienta do polohy „hnízdo“

### Pomůcky:

- videokamera
- osobní hygienické pomůcky pacienta
- dvě froté ponožky
- polštáře, deky, perličkové polštáře a vaky

### Souhlas pacienta:

Pacient vyjádřil souhlas s realizací videa, a to pomocí jednoho dlouhého mrknutí. Souhlas k vytvoření videa mi poskytla i jeho manželka.

### Technické zpracování:

Sestavení scénáře odpovídalo stanoveným cílům. Vlastní natáčení bylo realizováno panem Mgr. Daliborem Valentou. Materiál jsem následně sestříhala a upravila pomocí programu Pinnacle Studio ultimate, version 12.

### Hudba:

Do pozadí edukačního videa jsem si zvolila relaxační hudbu od Relaxdaily.

## 5 INTERPRETACE DAT K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ

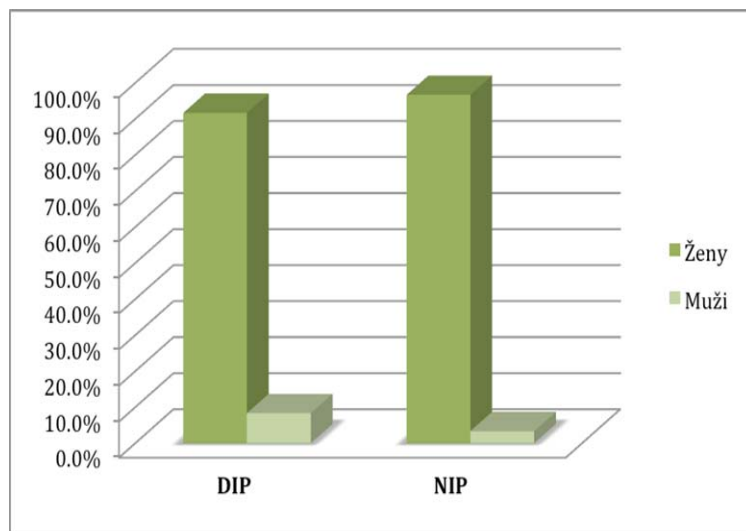
### 5.1 Vyhodnocení identifikačních údajů respondentů

Z celkového počtu 48 respondentů (100 %) na oddělení DIP bylo 44 žen (91,7 %) a 4 muži (8,3 %). Na oddělení NIP bylo z celkového počtu 30 respondentů (100 %) 29 žen (96,7 %) a 1 muž (3,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 1 a v grafu č. 1.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ženy	44	91,7	29	96,7
Muži	4	8,3	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

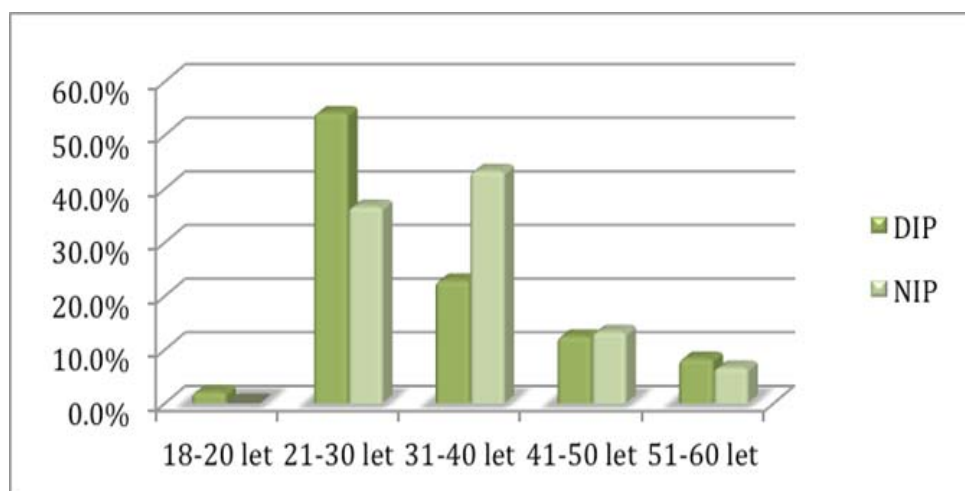


Z celkového počtu 48 odpovědí (100 %) je na oddělení DIP věková skupina: 18-20 let 1 respondent (2,1 %), 21-30 let 26 respondentů (54,2 %), 31-40 let 11 respondentů (22,9 %), 41-50 let 6 respondentů (12,5 %) a 51-60 let 4 (8,3 %). Na oddělení NIP je z celkového počtu 30 odpovědí (100 %) věková skupina 18-20 let 0 respondentů (0,0 %), 21-30 let 11 (36,7 %), 31-40 let 13 respondentů (43,3 %), 41-50 let 4 (13,3 %) a 51-60 let 2 respondenti (6,7 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 2 a v grafu č. 2.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
18-20 let	1	2,1	0	0,0
21-30 let	26	54,2	11	36,7
31-40 let	11	22,9	13	43,3
41-50 let	6	12,5	4	13,3
51-60 let	4	8,3	2	6,7
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 2: Věk respondentů

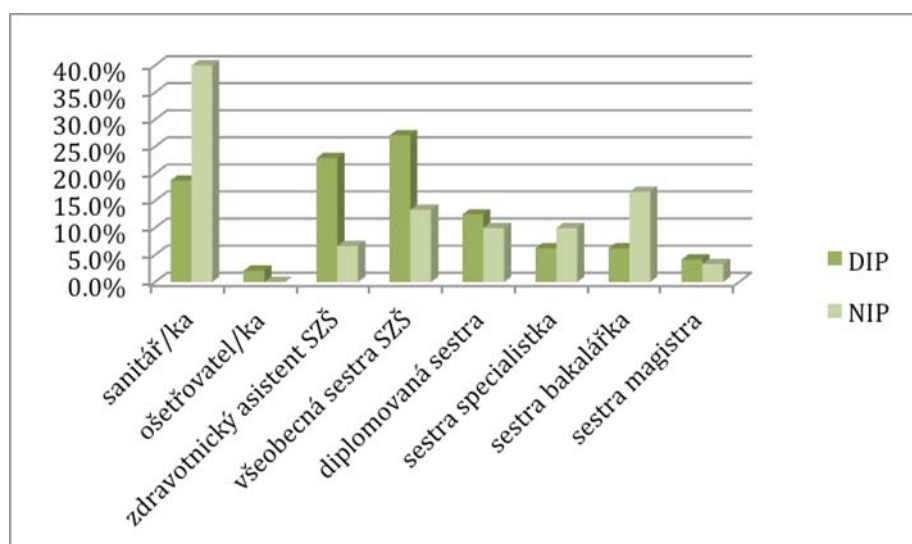


Z celkového počtu 48 respondentů (100 %) na oddělení DIP vykonává profesi sanitář/ka 9 respondentů (18,8 %), ošetřovatel/ka 1 (2,1 %), zdravotnický asistent SZŠ ukončené maturitou 11 respondentů (22,9 %), všeobecná sestra SZŠ ukončené maturitou 13 respondentů (27,1 %), diplomovaná sestra 6 (12,5 %), sestra specialista 3 respondenti (6,3 %), sestra bakalářka 3 (6,3 %) a sestra magistra 2 respondenti (4,2 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) vykonává profesi sanitář/ka 12 respondentů (40 %), ošetřovatelka 0 (0,0 %), zdravotnický asistent 2 respondenti (6,7 %), všeobecná sestra SZŠ ukončené maturitou 4 respondenti (13,3 %), diplomovaná sestra 3 respondenti (10,0 %), sestra specialista 3 respondenti (10,0 %), sestra bakalářka 5 (16,7 %) a sestra magistra 1 (3,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 3 a v grafu č. 3.

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Sanitář/ka	9	18,8	12	40,0
Ošetřovatel/ka	1	2,1	0	0,0
Zdravotnický asistent SZŠ ukončené maturitou	11	22,9	2	6,7
Všeobecná sestra SZŠ ukončené maturitou	13	27,1	4	13,3
Diplomovaná sestra	6	12,5	3	10,0
Sestra specialista	3	6,3	3	10,0
Sestra bakalářka	3	6,3	5	16,7
Sestra magistra	2	4,2	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



## 5.2 Interpretace dat k cíli č. 1

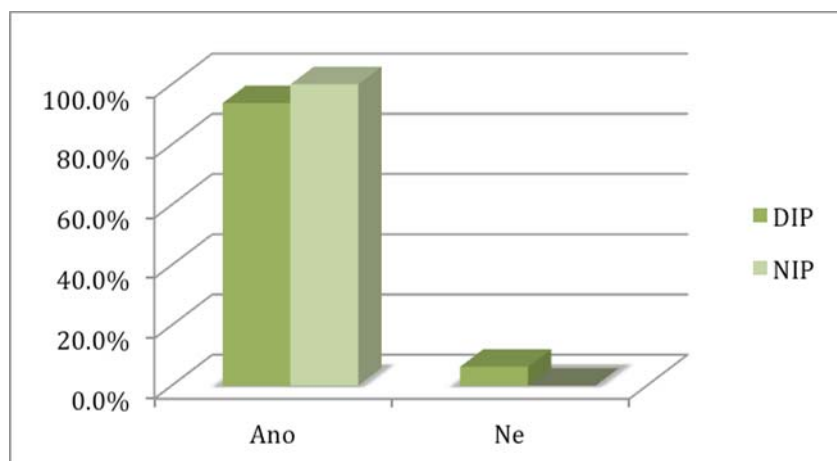
Vyhodnocení položek č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.

Respondenti měli uvést, zda využívají na svém pracovišti koncept bazální stimulace. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) uvedlo 45 respondentů odpověď ano (93,8 %) a odpověď ne zvolili 3 respondenti (6,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) uvedlo odpověď ano 30 respondentů (100 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 4 a v grafu č. 4.

Tabulka č. 4: Využívání konceptu bazální stimulace na pracovišti

1. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	45	93,8	30	100,0
Ne	3	6,3	0	0,0
<b>Celkem</b>	48	100	30	100

Graf č. 4: Využívání konceptu bazální stimulace na pracovišti



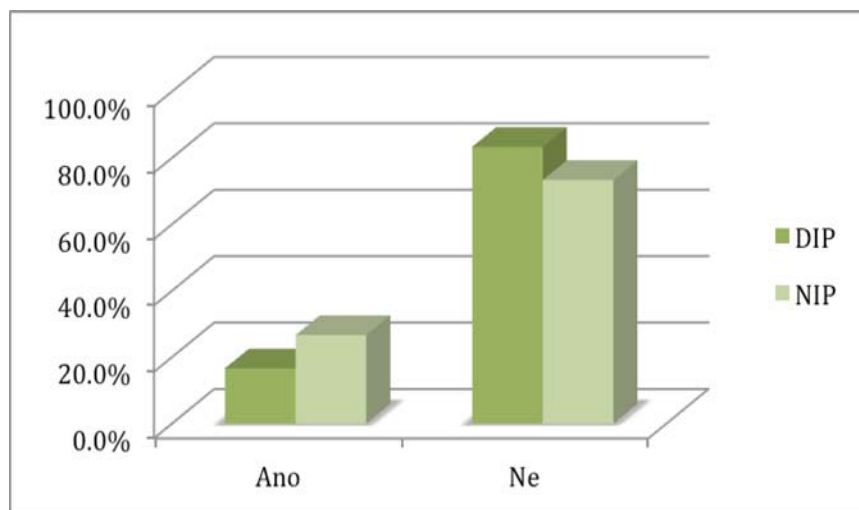


Certifikovaný kurz bazální stimulace absolvovalo na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) 8 respondentů (16,7 %) a neabsolvovalo celkem 40 respondentů (83,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) certifikovaný kurz bazální stimulace absolvovalo 8 respondentů (26,7 %) a neabsolvovalo 22 respondentů (73,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 5 a v grafu č. 5.

Tabulka č. 5: Absolvování certifikovaného kurzu bazální stimulace

2. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	8	16,7	8	26,7
Ne	40	83,3	22	73,3
Celkem	48	100	30	100

Graf č. 5: Absolvování certifikovaného kurzu bazální stimulace

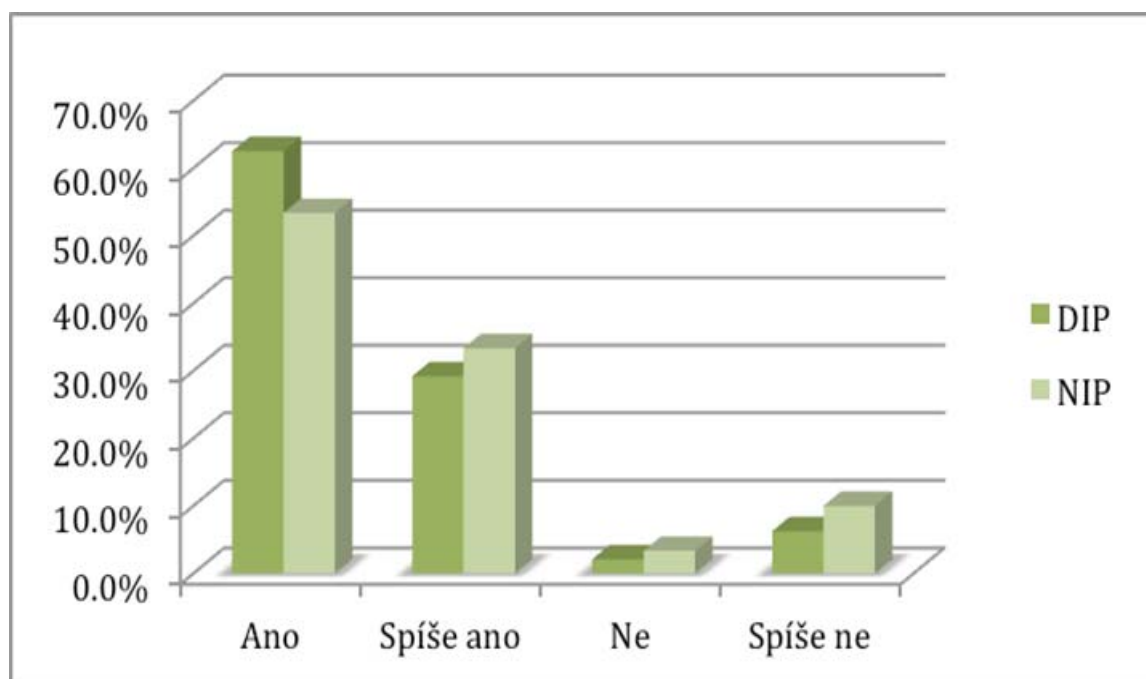


V této otázce měli respondenti uvést, zda zapojují do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace i rodinu a příbuzné. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď ano 30 respondentů (62,5 %), spíše ano 14 (29,2 %), ne 1 (2,1 %) a spíše ne 3 respondenti (6,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolilo odpověď ano 16 respondentů (53,3 %), spíše ano 10 (33,3 %), ne 1 respondent (3,3 %) a spíše ne 3 respondenti (10,0 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 6 a v grafu č. 6.

Tabulka č. 6: Zapojení rodiny a příbuzných do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace

3. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	30	62,5	16	53,3
Spíše ano	14	29,2	10	33,3
Ne	1	2,1	1	3,3
Spíše ne	3	6,3	3	10,0
Celkem	48	100,0	30	100,0

Graf č. 6: Zapojení rodiny a příbuzných do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace

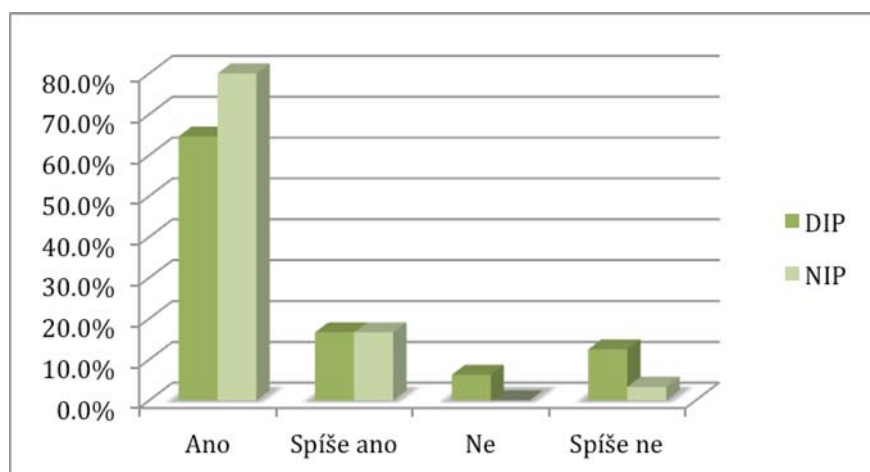


Respondenti měli uvést, zda v péči o nemocné používají iniciální dotek. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď ano 31 respondentů (64,6 %), spíše ano 8 respondentů (16,7 %), ne 3 (6,3 %) a spíše ne 6 respondentů (12,5 %). Na oddělení NIP používá v péči o nemocné iniciální dotek z celkového počtu 30 respondentů (100 %) 24 respondentů (80,0 %), spíše ano 5 respondentů (16,7 %) a spíše ne 1 respondent (3,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 7 a v grafu č. 7.

Tabulka č. 7: Využití iniciální doteku v péči o nemocné

4. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	31	64,6	24	80,0
Spíše ano	8	16,7	5	16,7
Ne	3	6,3	0	0,0
Spíše ne	6	12,5	1	3,3
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Graf č. 7: Využití iniciální doteku v péči o nemocné

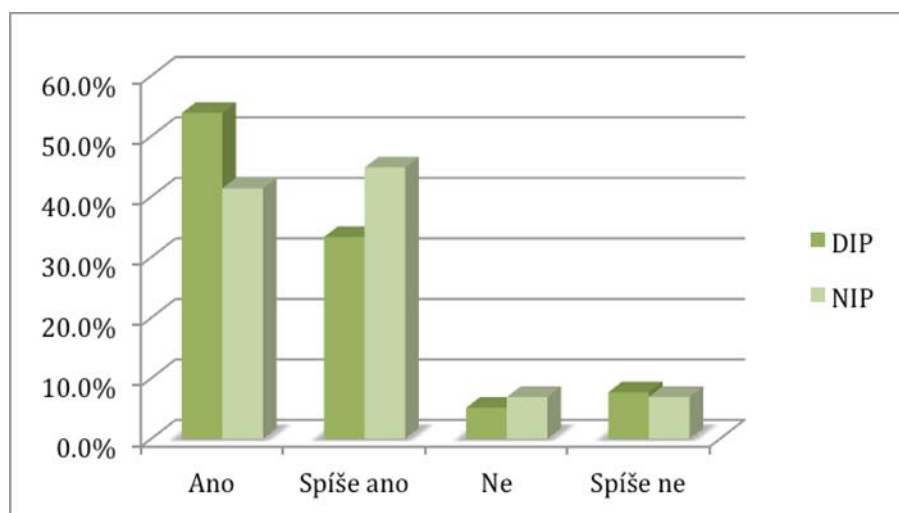


V následující otázce jsem se ptala, zda respondenti po provedení iniciálního doteku čekají na reakci pacienta. Z celkového počtu 48 respondentů mi na oddělení DIP odpovědělo 39 respondentů (100 %). Odpověď ano zvolilo 21 respondentů (53,8 %), odpověď spíše ano 13 respondentů (33,3 %), ne odpověděli 2 respondenti (5,1 %) a spíše ne 3 respondenti (7,7 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 odpovědělo celkem 29 respondentů (100 %). Odpověď ano zvolilo 12 (41,4 %), spíše ano 13 respondentů (44,8 %), ne 2 respondenti (6,9 %) a spíše ne také 2 respondenti (6,9 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 8 a v grafu č. 8.

Tabulka č. 8: Čekání na reakce pacienta po provedení iniciálního doteku

6. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	21	53,8	12	41,4
Spíše ano	13	33,3	13	44,8
Ne	2	5,1	2	6,9
Spíše ne	3	7,7	2	6,9
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Graf č. 8: Čekání na reakce pacienta po provedení iniciálního doteku

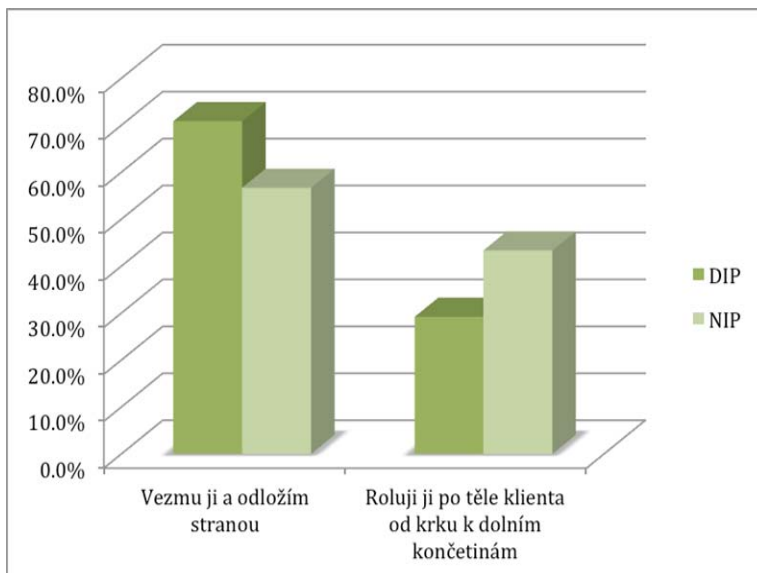


Respondenti měli uvést, jakým způsobem odkrývají příkrývku pacienta. Možnost „Vezmu ji a odložím stranou“ zvolilo na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) 34 respondentů (70,8 %) a odpověď „Roluji ji po těle klienta od krku k dolním končetinám“ zvolilo 14 respondentů (29,2 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolilo první variantu 17 respondentů (56,7 %) a druhou možnost zvolilo 13 respondentů (43,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 9 a v grafu č. 9.

Tabulka č. 9: Způsob odkrytí pacientovy příkrývky

8. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Vezmu ji a odložím stranou	34	70,8	17	56,7
Roluji ji po těle klienta od krku k dolním končetinám	14	29,2	13	43,3
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 9: Způsob odkrytí pacientovy příkrývky

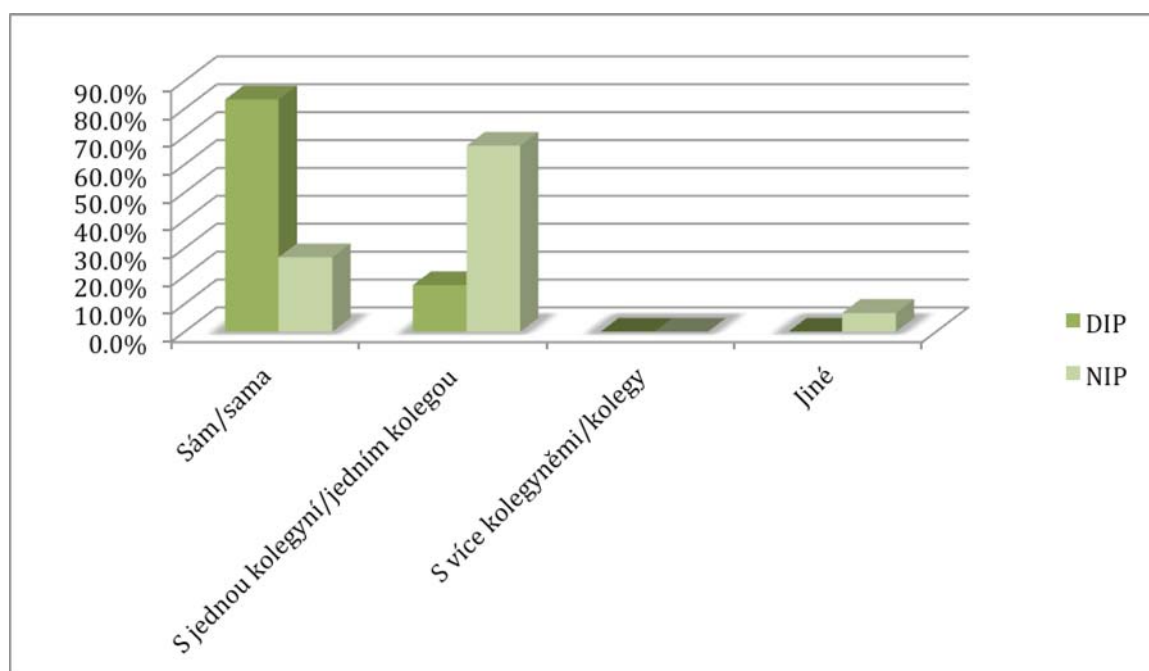


Respondenti měli uvést, jak provádí koupel pacienta. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď sám/sama 40 respondentů (83,3 %) a s jednou kolegyní/jedním kolegou 8 respondentů (16,7 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolilo odpověď sám/sama 8 respondentů (26,7 %), odpověď s jednou kolegyní/jedním kolegou 20 respondentů (66,7 %) a možnost jiné zvolili 2 respondenti (6,7 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 10 a v grafu č. 10.

Tabulka č. 10: Způsob provedení koupele pacienta

9. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Sám/sama	40	83,3	8	26,7
S jednou kolegyní/jedním kolegou	8	16,7	20	66,7
S více kolegyněmi/kolegy	0	0,0	0	0,0
Jiné	0	0,0	2	6,7
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 10: Způsob provedení koupele pacienta

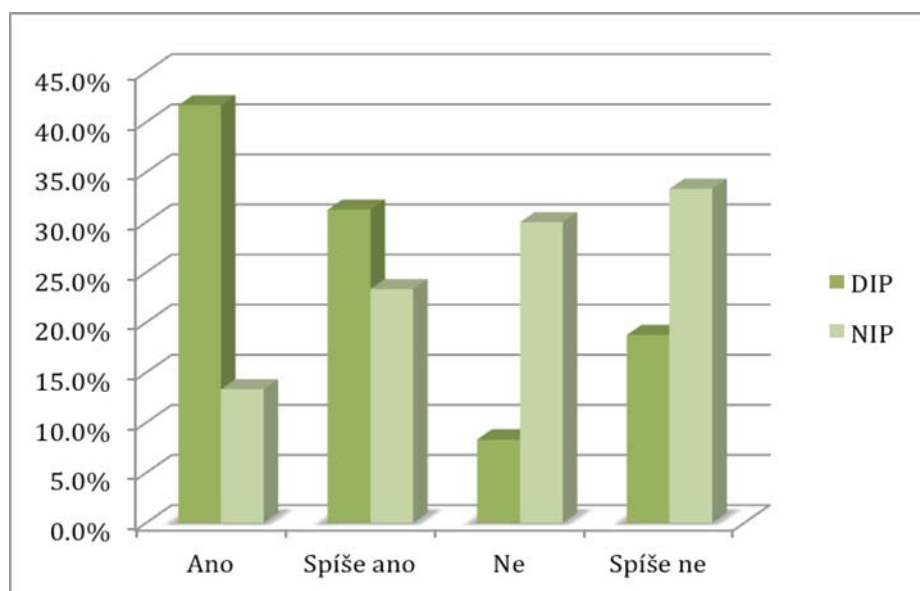


Respondenti měli uvést, zda při koupeli přerušují kontakt s pacientem. Na oddělení DIP zvolilo z celkového počtu 48 respondentů (100 %) odpověď ano 20 respondentů (41,7 %), odpověď spíše ano zvolilo 15 respondentů (31,3 %), ne 4 respondenti (8,3 %) a spíše ne 9 (18,8 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolili odpověď ano 4 respondenti (13,3 %), spíše ano 7 (23,3 %), ne 9 (30,0 %) a spíše ne 10 respondentů (33,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 11 a v grafu č. 11.

Tabulka č. 11: Přerušení kontaktu s pacientem během koupele

10. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	20	41,7	4	13,3
Spíše ano	15	31,3	7	23,3
Ne	4	8,3	9	30,0
Spíše ne	9	18,8	10	33,3
Celkem	48	100	30	100

Graf č. 11: Přerušení kontaktu s pacientem během koupele

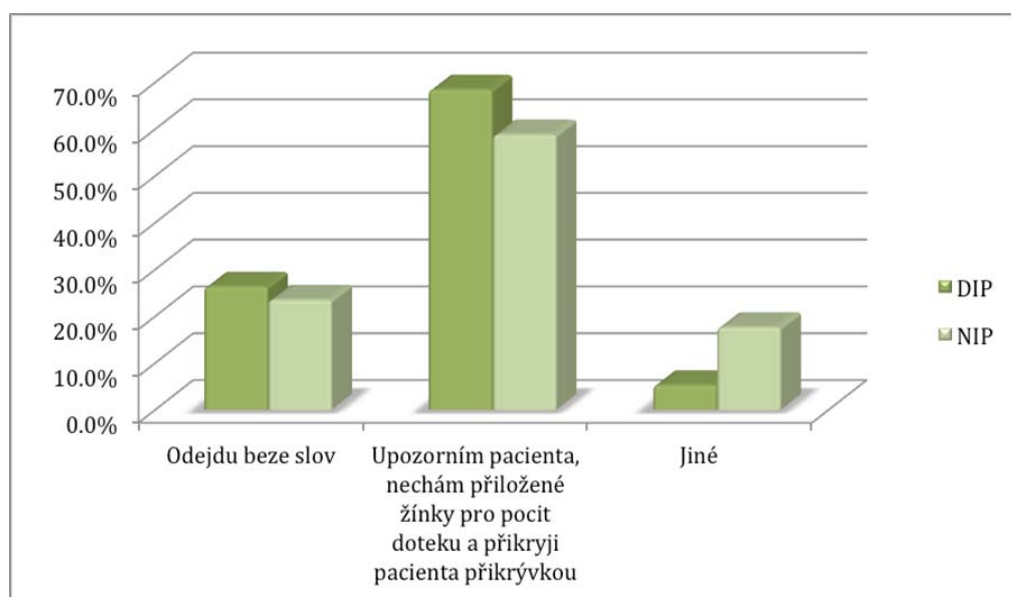


Respondenti měli uvést, jak postupují, jestliže musí při koupeli přerušit dotek s pacientem. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 odpovědělo 38 respondentů (100 %). Odpověď „Odejdu beze slov“ zvolilo 10 respondentů (26,3 %) a odpověď „Upozorním pacienta, nechám přiložené žínky pro pocit doteku a přikryji pacienta přikrývkou“ zvolilo 26 respondentů (68,4 %). Možnost jiné zvolili 2 respondenti (5,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů odpovědělo na otázku 17 respondentů (100 %). První možnost zvolili 4 respondenti (23,5 %), druhou variantu 10 (58,8 %) a jiné 3 respondenti (17,6 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 12 a v grafu č. 12.

Tabulka č. 12: Postup při přerušení kontaktu s pacientem během koupele

11. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Odejdu beze slov	10	26,3	4	23,5
Upozorním pacienta, nechám přiložené žínky pro pocit doteku a přikryji pacienta přikrývkou	26	68,4	10	58,8
Jiné	2	5,3	3	17,6
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Graf č. 12 Postup při přerušení kontaktu s pacientem během koupele



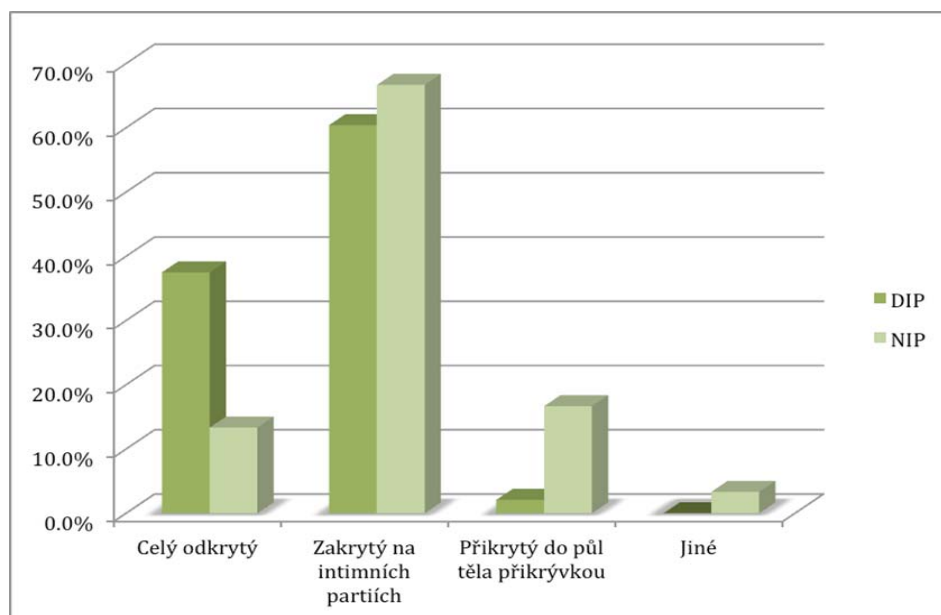


V otázce měli respondenti uvést, které partie má pacient při koupeli zakryty. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď „Je celý odkrytý“ 18 respondentů (37,5 %), „Má zakryty intimní partie“ 29 respondentů (60,4 %) a „Je přikrytý do půl těla přikrývkou“ 1 respondent (2,1 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolilo odpověď „Je celý odkrytý“ 4 respondenti (13,3 %), „Má zakryty intimní partie“ 20 respondentů (66,7 %) a „Je přikrytý do půl těla přikrývkou“ 5 respondentů (16,7 %) a jiné 1 respondent (3,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 13 a v grafu č. 13.

Tabulka č. 13: Při koupeli je pacient

12. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
<b>Celý odkrytý</b>	18	37,5	4	13,3
<b>Zakrytý na intimních partiích</b>	29	60,4	20	66,7
<b>Přikrytý do půl těla přikrývkou</b>	1	2,1	5	16,7
<b>Jiné</b>	0	0,0	1	3,3
<b>Celkem</b>	48	100	30	100

Graf č. 13: Při koupeli je pacient

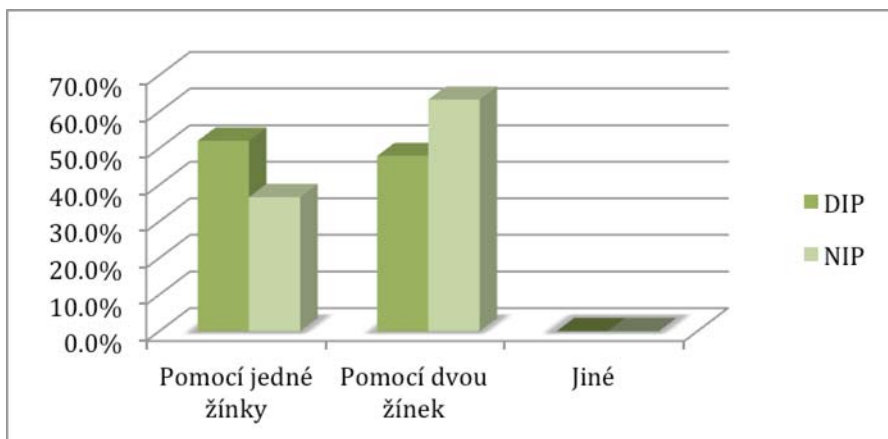


Respondenti měli uvést, kolik žínek využívají během koupele. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) provádí koupel pacienta pomocí jedné žínky 25 respondentů (52,1 %) a pomocí dvou žínek 23 respondentů (47,9 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) provádí koupel pomocí jedné žínky 11 respondentů (36,7 %) a pomocí dvou žínek 19 respondentů (63,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 14 a v grafu č 14.

Tabulka č. 14: Využití žínek během koupele pacienta

13. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Pomocí jedné žínky	25	52,1	11	36,7
Pomocí dvou žínek	23	47,9	19	63,3
Jiné	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 14: Využití žínek během koupele pacienta

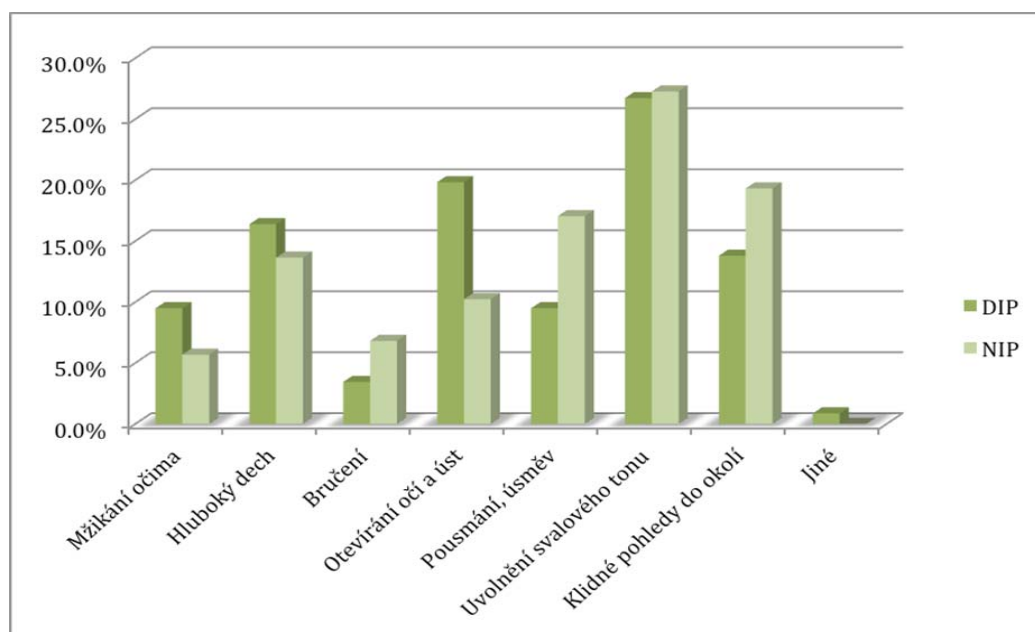


V následující otázce měli respondenti uvést pozitivní a negativní reakce pacienta na uklidňující koupel. Měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 116 odpovědí (100 %) na oddělní DIP zvolilo jako pozitivní reakci mžikání očima 11 (9,5 %), hluboký dech 19 (16,4 %), bručení 4 (3,4 %), otevírání očí a úst 23 (19,8 %), pousmání a úsměv 11 (9,5 %), uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů 31 respondentů (26,7 %), klidné pohledy do okolí 16 (13,8 %) a jiné 1 respondent (0,9 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 88 odpovědí (100 %) zvolilo mžikání očima 5 respondentů (5,7 %), hluboký dech 12 (13,6 %), bručení 6 (6,8 %), otevírání očí a úst 9 (10,2 %), pousmání a úsměv 15 respondentů (17,0 %), uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů 24 (27,3 %) a klidné pohledy do okolí 17 respondentů (19,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 15 a v grafu č. 15.

Tabulka č. 15: Pozitivní reakce pacienta na uklidňující koupel

14. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Mžikání očima	11	9,5	5	5,7
Hluboký dech	19	16,4	12	13,6
Bručení	4	3,4	6	6,8
Otevírání očí a úst	23	19,8	9	10,2
Pousmání, úsměv	11	9,5	15	17,0
Uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů	31	26,7	24	27,3
Klidné pohledy do okolí	16	13,8	17	19,3
Jiné	1	0,9	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Graf č. 15: Pozitivní reakce pacienta na uklidňující koupel

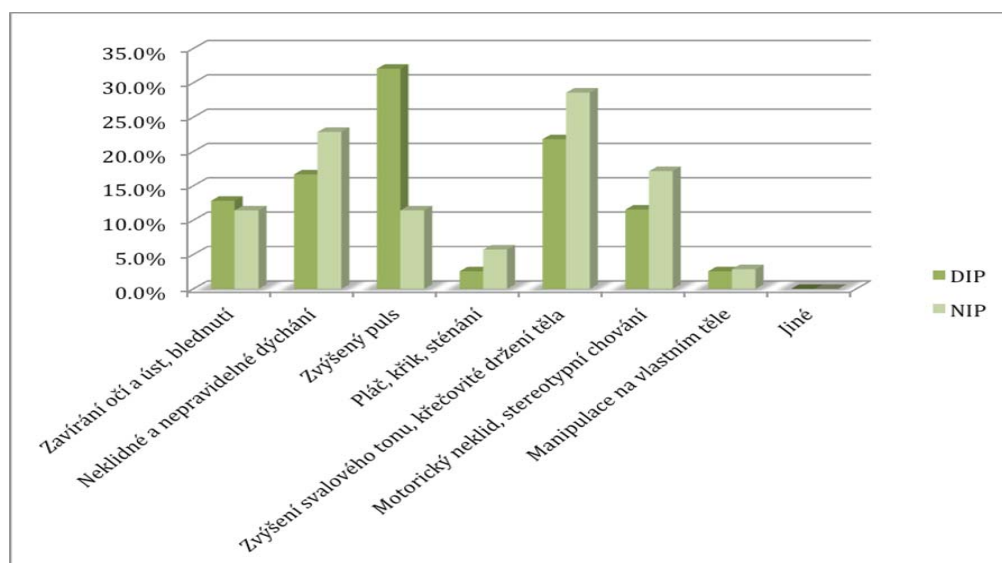


Z celkového počtu 78 odpovědí (100 %) zvolilo na oddělení DIP jako negativní reakci pacienta na uklidňující koupel zavírání očí a úst, blednutí 10 respondentů (12,8 %), neklidné a nepravidelné dýchání 13 respondentů (16,7 %), zvýšený puls 25 (32,1 %), pláč, křik a sténání 2 (2,6 %), zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla 17 (21,8 %), motorický neklid a stereotypní chování 9 (11,5 %) a manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se 2 respondenti (2,6 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 35 odpovědí (100 %) zvolili zavírání očí a úst 4 respondenti (11,4 %), neklidné a nepravidelné dýchání 8 respondentů (22,9 %), zvýšený puls 4 (11,4 %), pláč, křik a sténání 2 (5,7 %), zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla 10 (28,6 %), motorický neklid a stereotypní chování 6 (17,1 %), manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se 1 respondent (2,9 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 16 a v grafu č. 16.

Tabulka č. 16: Negativní reakce pacienta na uklidňující koupel

14. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Zavírání očí a úst, blednutí	10	12,8	4	11,4
Neklidné a nepravidelné dýchání	13	16,7	8	22,9
Zvýšený puls	25	32,1	4	11,4
Pláč, křik, sténání	2	2,6	2	5,7
Zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla	17	21,8	10	28,6
Motorický neklid, stereotypní chování	9	11,5	6	17,1
Manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se	2	2,6	1	2,9
Jiné	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Graf č. 16: Negativní reakce pacienta na uklidňující koupel

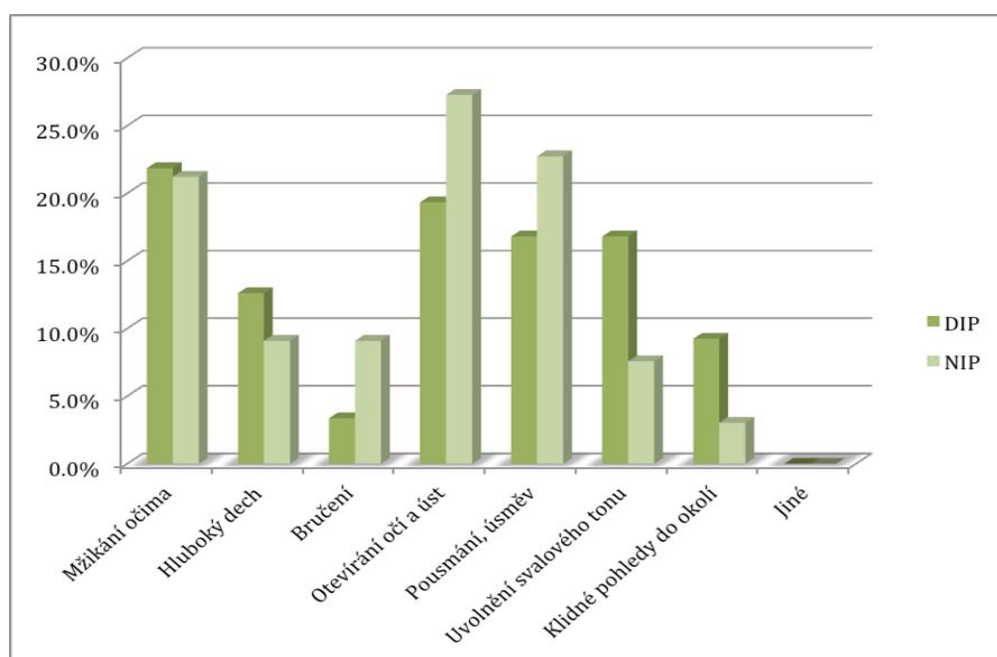


V následující otázce měli respondenti uvést pozitivní a negativní reakce pacienta na povzbuzující koupel. Měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 119 odpovědí (100 %) zvolilo na oddělení DIP za pozitivní reakce mžikání očima 26 respondentů (21,8 %), hluboký dech 15 (12,6 %), bručení 4 (3,4 %), otevírání očí a úst 23 (19,3 %), pousmání a úsměv 20 (16,8 %), uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů 20 (16,8 %), klidné pohledy do okolí 11 respondentů (9,2 %). Z celkového počtu 66 odpovědí (100 %) na oddělní NIP zvolilo mžikání očima 14 (21,2 %), hluboký dech 6 (9,1 %), bručení 6 (9,1 %), otevírání očí a úst 18 (27,3 %), pousmání a úsměv 15 (22,7 %), uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů 5 (7,6 %) a klidné pohledy do okolí 2 respondenti (3,0 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 17 a v grafu č. 17.

Tabulka č. 17: Pozitivní reakce na povzbuzující koupel

15. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Mžikání očima	26	21,8	14	21,2
Hluboký dech	15	12,6	6	9,1
Bručení	4	3,4	6	9,1
Otevírání očí a úst	23	19,3	18	27,3
Pousmání, úsměv	20	16,8	15	22,7
Uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů	20	16,8	5	7,6
Klidné pohledy do okolí	11	9,2	2	3,0
Jiné	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Graf č. 17: Pozitivní reakce na povzbuzující koupel

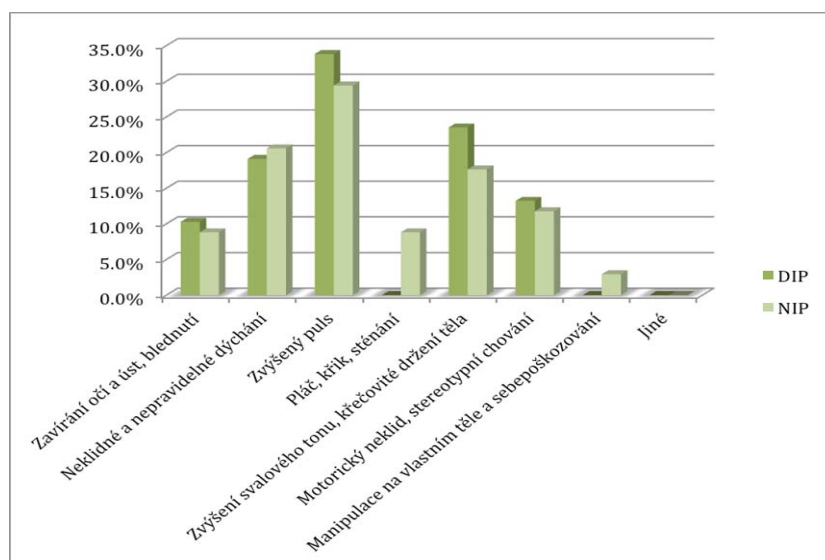


Z celkového počtu 68 odpovědí (100 %) zvolilo na oddělení DIP za negativní reakce pacienta na povzbuzující koupel zavírání očí a úst, blednutí 7 (10,3 %), neklidné a nepravidelné dýchání 13 respondentů (19,1 %), zvýšený puls 23 (33,8 %), zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla 16 (23,5 %) a motorický neklid a stereotypní chování 9 respondentů (13,2 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 34 odpovědí (100 %) zvolili zavírání očí a úst, blednutí 3 respondenti (8,8 %), neklidné a nepravidelné dýchání 7 (20,6 %), zvýšený puls 10 (29,4 %), pláč, křik a sténání 3 (8,8 %), zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla 6 respondentů (17,6 %), motorický neklid a stereotypní chování 4 (11,8 %) a manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se 1 respondent (2,9 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 18 a v grafu č. 18.

Tabulka č. 18: Negativní reakce na povzbuzující koupel

15. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Zavírání očí a úst, blednutí	7	10,3	3	8,8
Neklidné a nepravidelné dýchání	13	19,1	7	20,6
Zvýšený puls	23	33,8	10	29,4
Pláč, křik, sténání	0	0,0	3	8,8
Zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla	16	23,5	6	17,6
Motorický neklid, stereotypní chování	9	13,2	4	11,8
Manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se	0	0,0	1	2,9
Jiné	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Graf č. 18: Negativní reakce na povzbuzující koupel

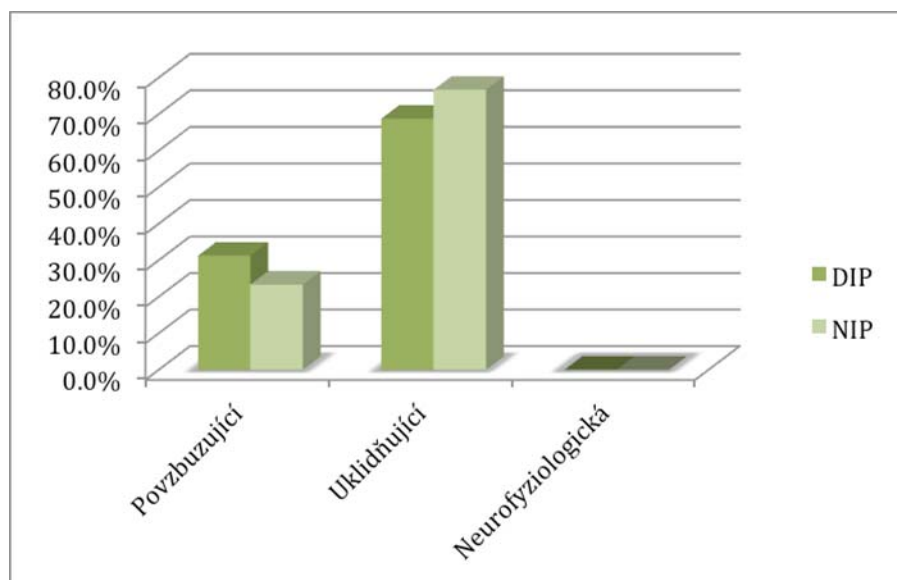


Respondenti měli uvést, kterou koupel provádí u pacientů nejčastěji. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) provádí nejčastěji povzbuzující koupel 15 respondentů (31,3 %) a uklidňující 33 respondentů (68,8 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) provádí nejčastěji povzbuzující koupel 7 (23,3 %) a uklidňující 23 respondentů (76,7 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 19 a v grafu č. 19.

Tabulka č. 19: Nejčastěji prováděná koupel

16. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Povzbuzující	15	31,3	7	23,3
Uklidňující	33	68,8	23	76,7
Neurofyziologická	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 19: Nejčastěji prováděná koupel

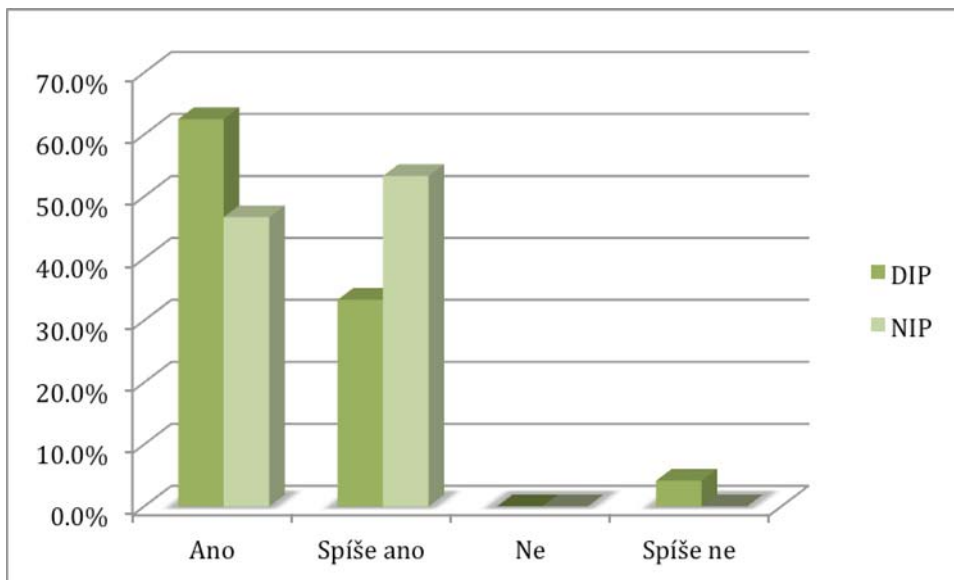


Respondenti měli uvést, zda při koupeli sledují reakce pacienta a reagují na ně. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď ano 30 respondentů (62,5 %), spíše ano 16 (33,3 %) a spíše ne 3 respondenti (4,2 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 48 respondentů (100 %) zvolilo odpověď ano 14 (46,7 %) a spíše ano 16 respondentů (53,3 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 20 a v grafu č. 20.

Tabulka č. 20: Sledování reakcí pacienta během koupele

17. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	30	62,5	14	46,7
Spíše ano	16	33,3	16	53,3
Ne	0	0,0	0	0,0
Spíše ne	2	4,2	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 20: Sledování reakcí pacienta během koupele



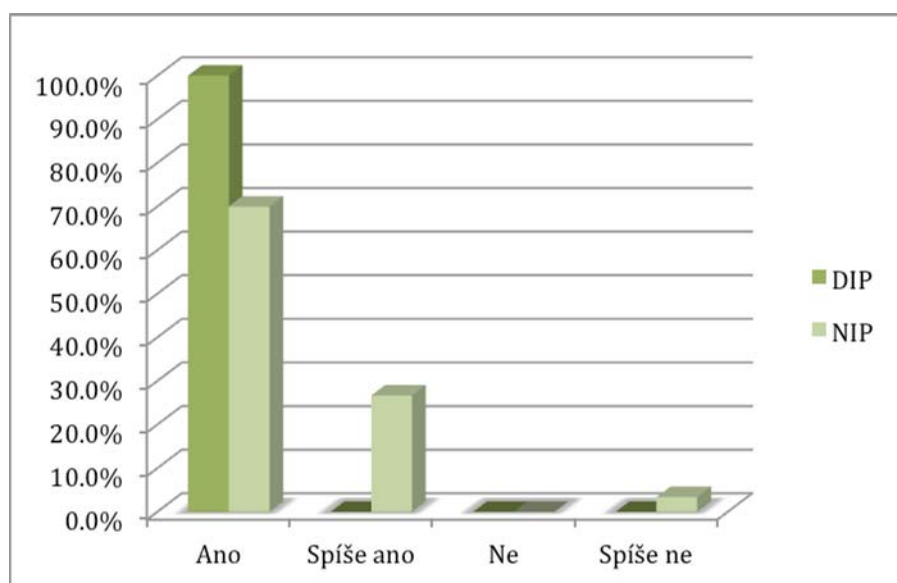


Respondenti měli uvést, zda nechávají pacienta po koupeli odpočinout. Na oddělení DIP zvolilo odpověď ano 48 respondentů (100 %) a na oddělení NIP z celkového počtu 30 respondentů (100 %) zvolilo možnost ano 21 respondentů (70,0 %), spíše ano 8 (26,7 %) a spíše ne 1 respondent (3,3 %).

Tabulka č. 21: Odpočinek pacienta po koupeli

18. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	48	100,0	21	70,0
Spíše ano	0	0,0	8	26,7
Ne	0	0,0	0	0,0
Spíše ne	0	0,0	1	3,3
<b>Celkem</b>	48	100	30	100

Graf č. 21: Odpočinek pacienta po koupeli

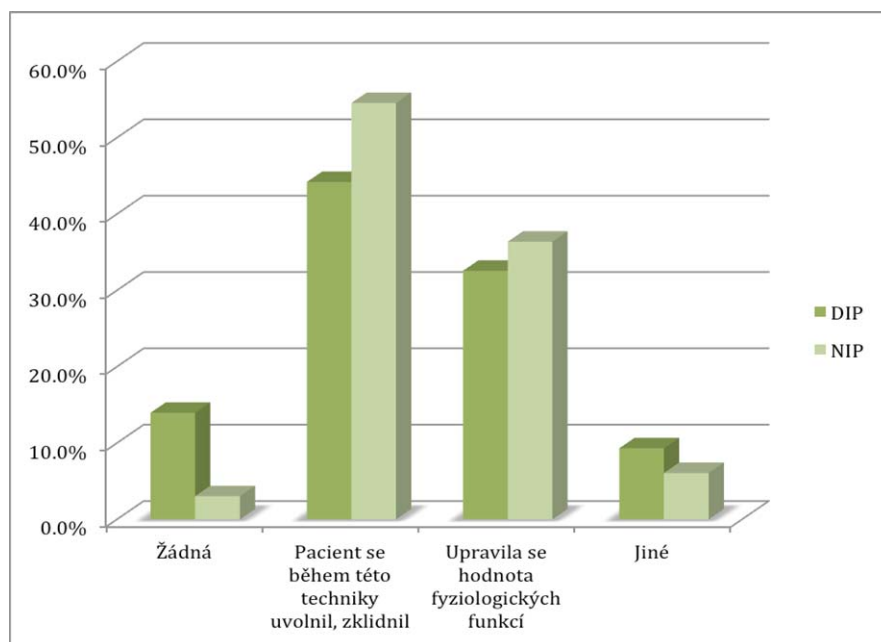


Respondenti měli uvést, jaké zaznamenali nejčastější reakce pacienta při masáži stimulující dýchání. Měli možnost označení více odpovědí. Z celkového počtu 43 odpovědí (100 %) nezaznamenalo žádnou reakci pacienta 6 respondentů (14,0 %), 19 respondentů (44,2 %) zaznamenalo, že se pacient během této techniky uvolnil a zklidnil, 14 respondentů (32,6 %) odpovědělo, že se pacientovi upravila hodnota fyziologických funkcí a odpověď jiné zvolili 4 respondenti (9,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 33 respondentů zvolil možnost žádnou 1 respondent (3,0 %), pacient se během této techniky uvolnil a zklidnil označilo 18 respondentů (54,5 %), upravila se hodnota fyziologických funkcí 12 (36,4 %) a jiné zvolili respondenti 2 (6,1 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 22 a v grafu č. 22.

Tabulka č. 22: Nejčastěji zaznamenané reakce pacienta při masáži stimulující dýchání

21. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Žádná	6	14,0	1	3,0
Pacient se během této techniky uvolnil, zklidnil	19	44,2	18	54,5
Upravila se hodnota fyziologických funkcí	14	32,6	12	36,4
Jiné	4	9,3	2	6,1
<b>Celkem</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Graf č. 22: Nejčastěji zaznamenané reakce pacienta při masáži stimulující dýchání

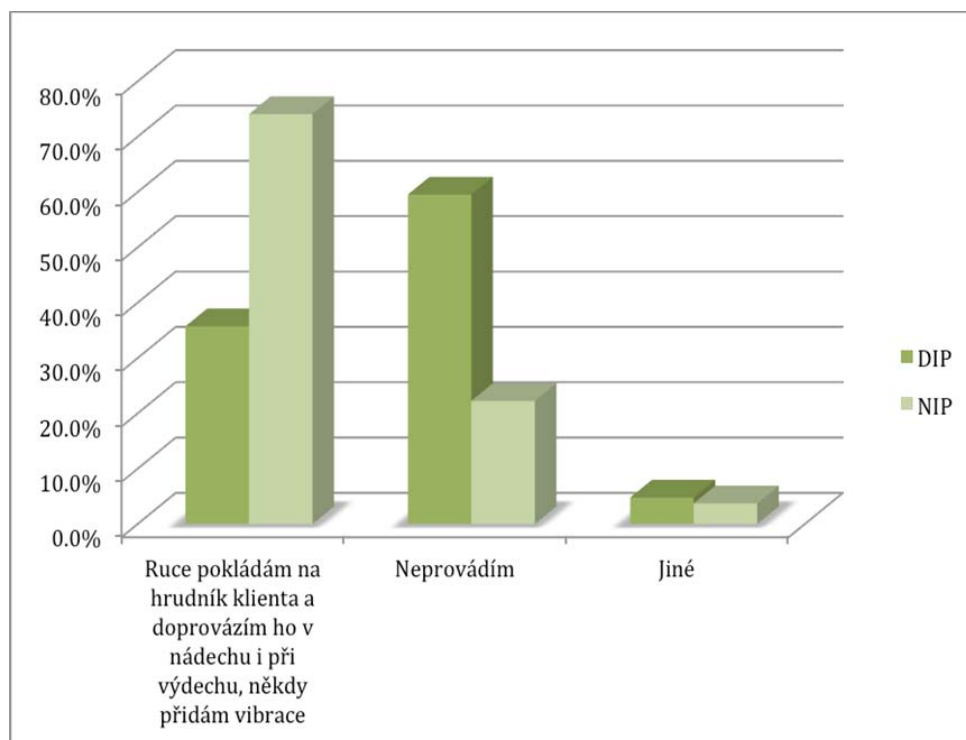


V otázce následující měli respondenti uvést, jakým způsobem provádí kontaktní dýchání. Z celkového počtu 42 (100 %) na oddělení DIP odpovědělo správně 15 respondentů (35,7 %), možnost neprovádím zvolilo 25 respondentů (59,5 %) a jiné označili 2 (4,8 %). Z celkového počtu 27 (100 %) na oddělení NIP odpovědělo správně 20 respondentů (74,1 %), neprovádím 6 (22,2 %) a možnost jiné označil 1 respondent (3,7 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 23 a v grafu č. 23.

Tabulka č. 23: Způsob provádění kontaktního dýchání

22. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ruce pokládám na hrudník klienta a doprovázím ho v nádechu i při výdechu, někdy přidám vibrace	15	35,7	20	74,1
Neprovádím	25	59,5	6	22,2
Jiné	2	4,8	1	3,7
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Graf č. 23: Způsob provádění kontaktního dýchání

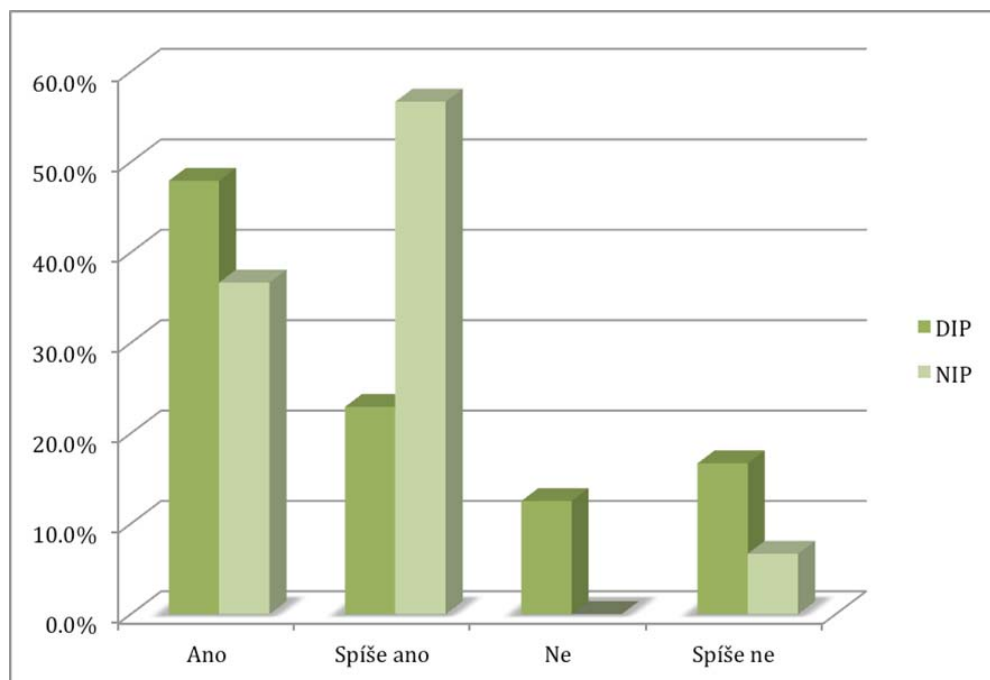


Respondenti měli uvést, zda své klienty polohují dle konceptu bazální stimulace. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 (100 %) uvedlo 23 respondentů (47,9 %) odpověď ano, spíše ano 11 (22,9 %), ne 6 (12,5 %) a spíše ne 8 respondentů (16,7 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo ano 11 respondentů (36,7 %), spíše ano 17 (56,7 %) a spíše ne 2 respondenti (6,7 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 24 a v grafu č. 24.

Tabulka č. 24: Polohování klientů dle konceptu bazální stimulace

23. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	23	47,9	11	36,7
Spíše ano	11	22,9	17	56,7
Ne	6	12,5	0	0,0
Spíše ne	8	16,7	2	6,7
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 24: Polohování klientů dle konceptu bazální stimulace

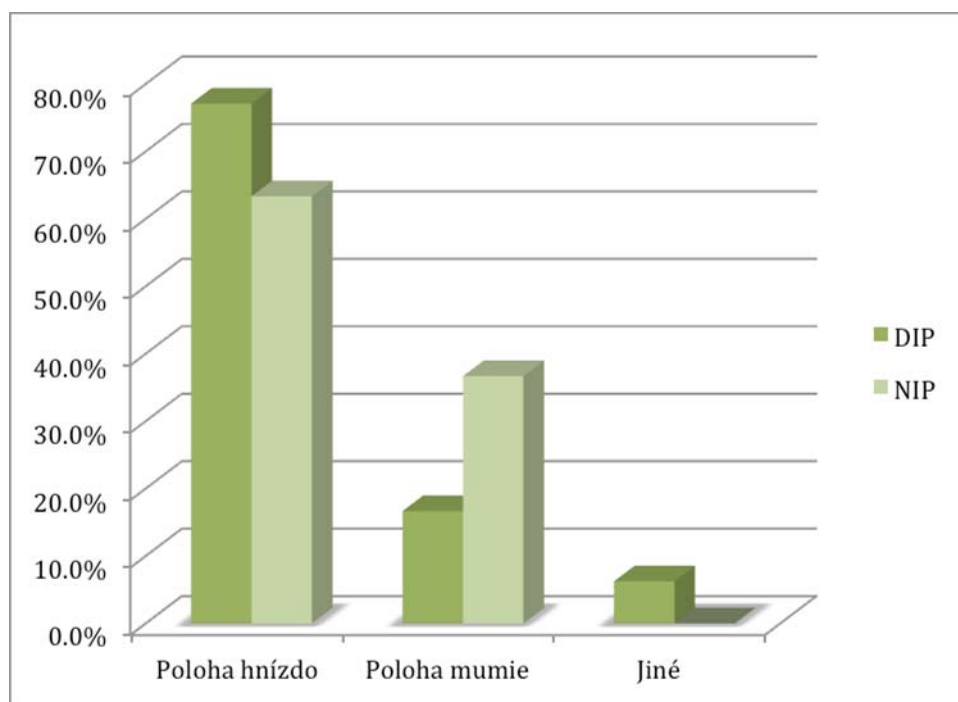


Respondenti měli uvést, jakou polohu u klientů provádí nejčastěji. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 (100 %) uvedlo 37 respondentů (77,1 %) polohu „hnízdo“, polohu „mumie“ uvedlo 8 (16,7 %) a jiné 3 respondenti (6,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 (100 %) uvedlo 19 respondentů (63,3 %) polohu „hnízdo“ a polohu „mumie“ 11 (37,7 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 25 a v grafu č. 25.

Tabulka č. 25: Nejčastěji prováděná poloha v rámci bazální stimulace

24. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Poloha hnízdo	37	77,1	19	63,3
Poloha mumie	8	16,7	11	36,7
Jiné	3	6,3	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Graf č. 25: Nejčastěji prováděná poloha v rámci bazální stimulace

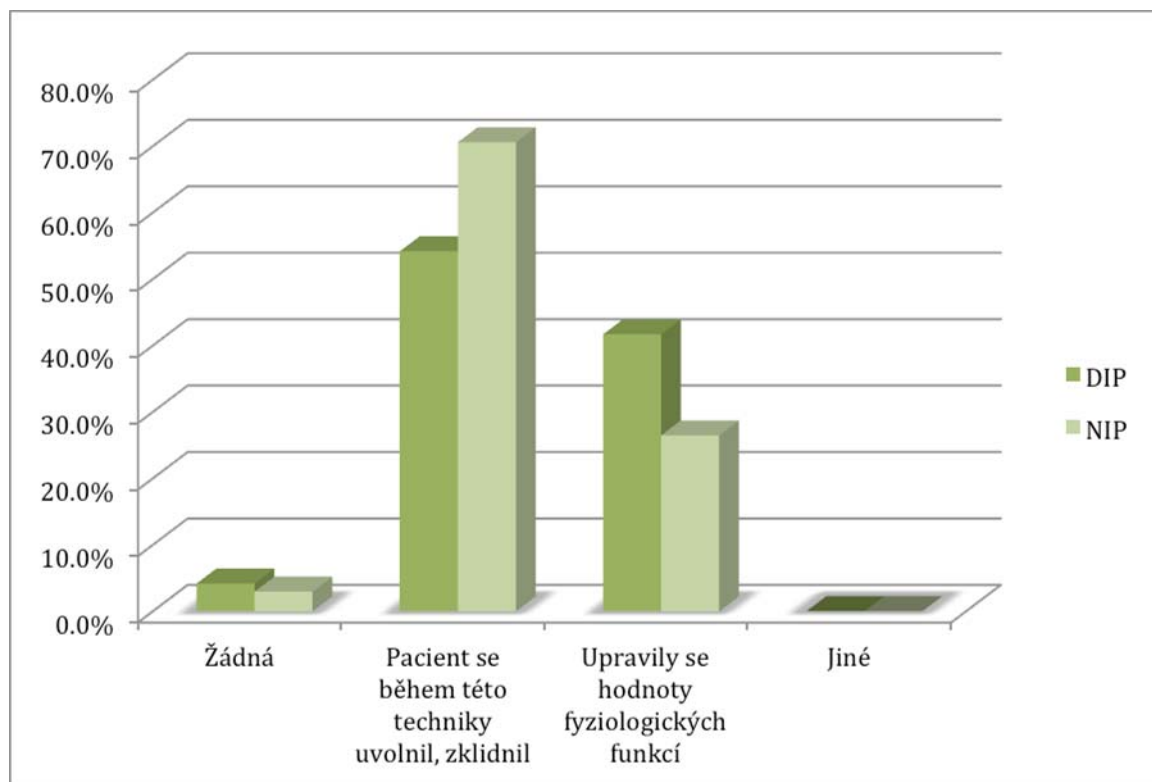


Respondenti měli uvést, jaké zaznamenali nejčastější reakce na danou polohu. Měli možnost označení více odpovědí. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 odpovědí (100 %) 2 respondenti (4,2 %) odpověděli, že nezaznamenali žádnou reakci, 26 respondentů (54,2 %) odpovědělo, že se pacient během této techniky uvolnil a zklidnil. Možnost upravily se hodnoty fyziologických funkcí zvolilo 20 respondentů (41,7 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 34 odpovědí (100 %) odpověď žádnou zvolil 1 respondent (2,9 %), pacient se během této techniky uvolnil a zklidnil zaznamenalo 24 respondentů (70,6 %) a upravily se hodnoty fyziologických funkcí označilo 9 (26,5 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 26 a v grafu č. 26.

Tabulka č. 26: Reakce pacienta na danou polohu v rámci bazální stimulace

25. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Žádná	2	4,2	1	2,9
Pacient se během této techniky uvolnil, zklidnil	26	54,2	24	70,6
Upravily se hodnoty fyziologických funkcí	20	41,7	9	26,5
Jiné	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Graf č. 26 Reakce pacienta na danou polohu v rámci bazální stimulace

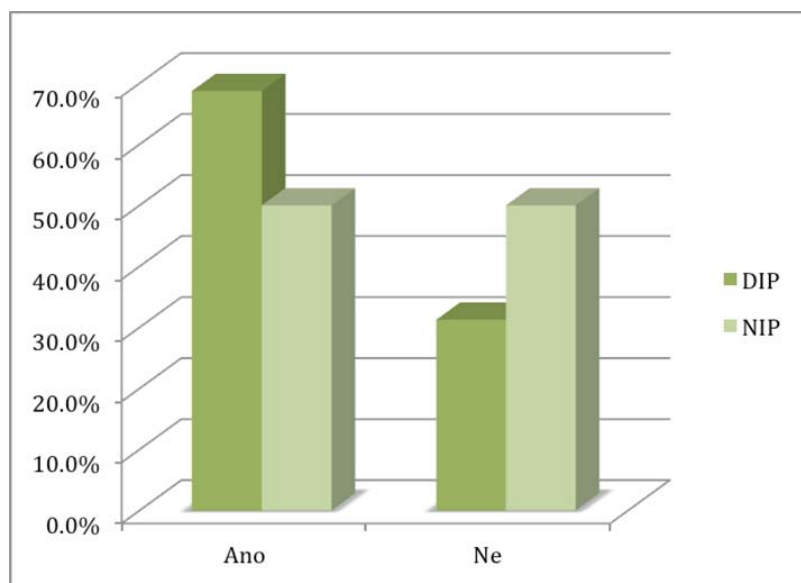


Respondenti měli uvést, zda někdy museli přerušit nabídku bazální stimulace. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 (100 %) odpovědělo ano 33 respondentů (68,8 %) a ne 15 (31,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 (100 %) odpovědělo ano 15 (50,0 %) a ne 15 respondentů (50,0 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 27 a v grafu č. 27.

Tabulka č. 27: Přerušení nabídky bazální stimulace

26. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	33	68,8	15	50,0
Ne	15	31,3	15	50,0
<b>Celkem</b>	48	100	30	100

Graf č. 27: Přerušení nabídky bazální stimulace

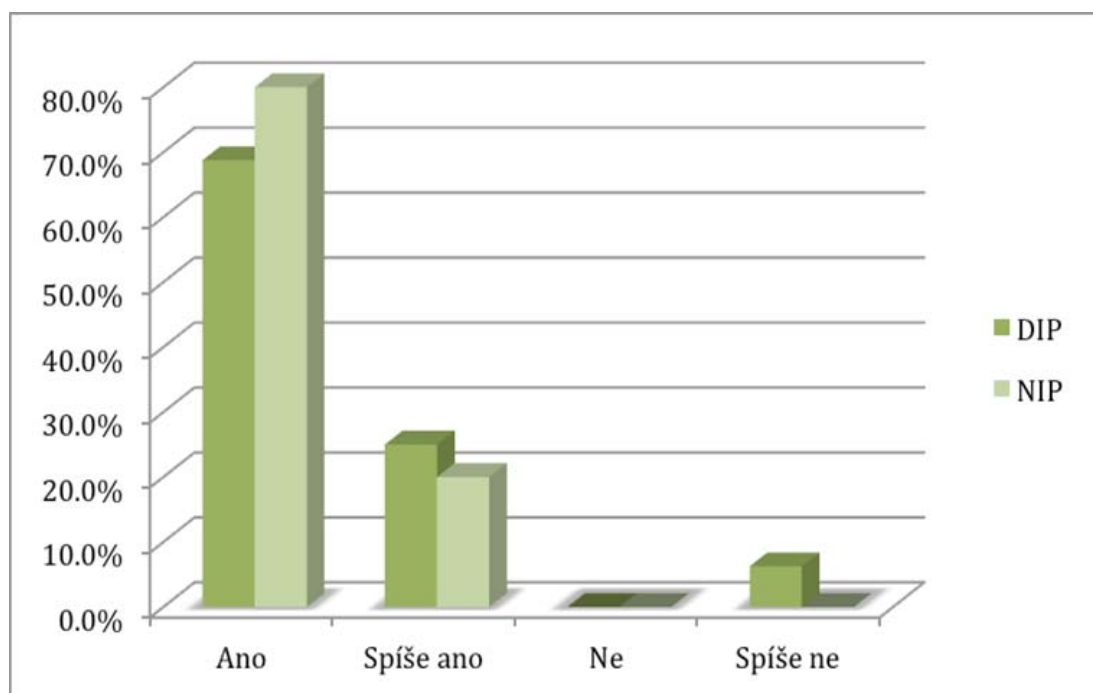


V následující otázce měli respondenti uvést, zda si myslí, že provádění bazální stimulace u pacientů s poruchou vědomí má smysl. Na oddělení DIP z celkového počtu 48 (100 %) uvedlo 33 respondentů (68,8 %) odpověď ano, odpověď spíše ano zvolilo 12 respondentů (25,0 %) a spíše ne zvolili 3 respondenti (6,3 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 30 (100 %) zvolilo odpověď ano 24 respondentů (80 %) a odpověď spíše ano 6 respondentů (20 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 28 a v grafu č. 28.

Tabulka č. 28: Smysluplnost provádění somatické stimulace

28. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Ano	33	68,8	24	80,0
Spíše ano	12	25,0	6	20,0
Ne	0	0,0	0	0,0
Spíše ne	3	6,3	0	0,0
Celkem	48	100	30	100

Graf č. 28: Smysluplnost provádění somatické stimulace



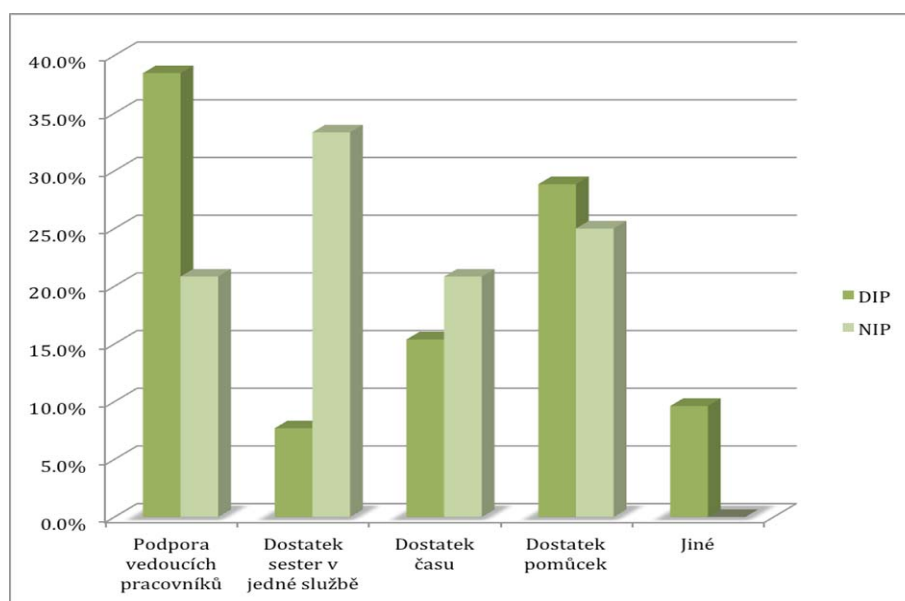


Respondenti měli uvést faktory, které na jejich oddělení podporují uplatňování bazální stimulace v praxi. Měli možnost označení více odpovědí. Na oddělení DIP z celkového počtu 52 (100 %) uvedlo 20 respondentů (38,5 %) podpora vedoucích pracovníků, dostatek sester v jedné službě zvolili 4 (7,7 %), dostatek času 8 (15,4 %), dostatek pomůcek 15 (28,8 %) a jiné 5 respondentů (9,6 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 72 odpovědí (100 %) zvolilo podpora vedoucích pracovníků 15 respondentů (20,8 %), dostatek sester v jedné službě 24 (33,3 %), dostatek času 15 (20,8 %) a dostatek pomůcek 18 respondentů (25,0 %). Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 29 a v grafu č. 29.

Tabulka č. 29: Faktory podporující uplatňování bazální stimulace v praxi

29. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Podpora vedoucích pracovníků	20	38,5	15	20,8
Dostatek sester v jedné službě	4	7,7	24	33,3
Dostatek času	8	15,4	15	20,8
Dostatek pomůcek	15	28,8	18	25,0
Jiné	5	9,6	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Graf č. 29: Faktory podporující uplatňování bazální stimulace v praxi

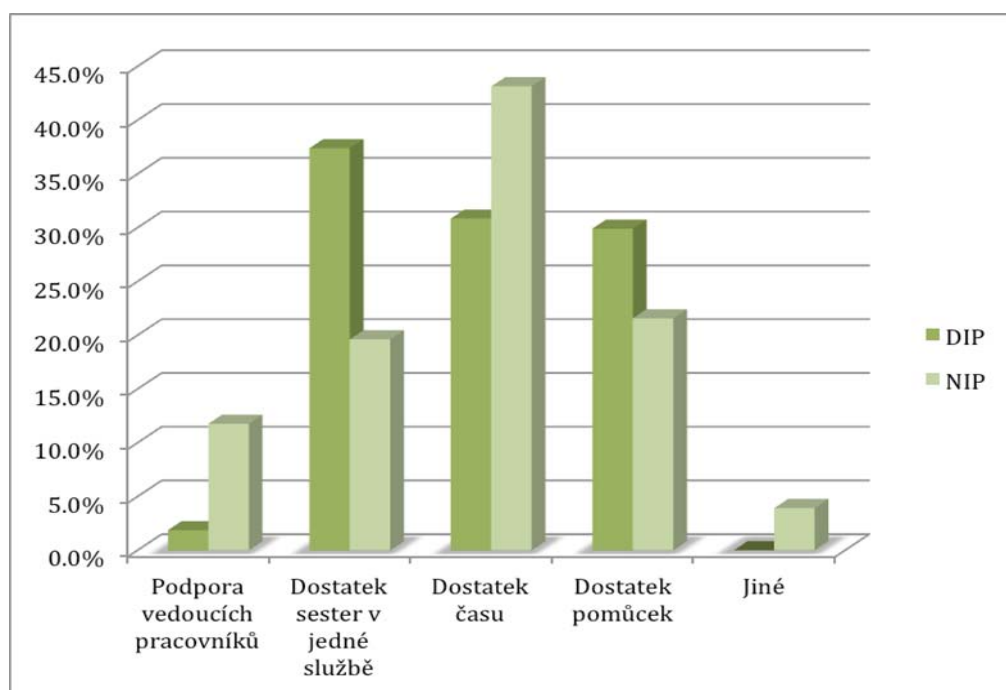


Respondenti měli také uvést faktory, které naopak znesnadňují uplatňování bazální stimulace v praxi. Opět měli možnost označení více odpovědí. Na oddělení DIP z celkového počtu 107 (100 %) označili odpověď podpora vedoucích pracovníků 2 respondenti (1,9 %), dostatek sester v jedné službě 40 (37,4 %), dostatek času 33 (30,8 %) a dostatek pomůcek 32 respondentů (29,9 %). Na oddělení NIP z celkového počtu 51 odpovědí (100 %) zvolilo možnost podpora vedoucích pracovníků 6 respondentů (11,8 %), dostatek sester v jedné službě 10 (19,6 %), dostatek času 22 (43,1 %), dostatek pomůcek 11 (21,6 %) a jiné 2 respondenti (3,9 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 30 a v grafu č. 30.

Tabulka č. 30: Faktory znesnadňující uplatňování bazální stimulace v praxi

30. otázka	DIP		NIP	
	n	r %	n	r %
Podpora vedoucích pracovníků	2	1,9	6	11,8
Dostatek sester v jedné službě	40	37,4	10	19,6
Dostatek času	33	30,8	22	43,1
Dostatek pomůcek	32	29,9	11	21,6
Jiné	0	0,0	2	3,9
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Graf č. 30: Faktory znesnadňující uplatňování bazální stimulace v praxi



## 6 KAZUISTIKA

V této kapitole se podrobně věnuji konkrétnímu pacientovi, který je dle lékařů ve vigilním kómatu. Popisují konkrétní prvky bazální stimulace, které se u něj aplikují od začátku jeho onemocnění a reakce na ně.

### 6.1 Interpretace dat k cíli č. 2

#### Úvod

Panu Liborovi je 48 let. Měl stavební firmu, ve které podnikal několik let. K lékaři necho- dil a s ničím se neléčil. Před třemi lety si jel s manželkou odpočinout na letní dovolenou do Turecka, kde si poslední den před odletem, a to 3.8.2011 stěžoval na bolesti hlavy a ná- sledně upadl do bezvědomí. Byla u něj zahájena kardiopulmonární resuscitace a byl hospi- talizován v nemocnici Anadolu Hastanesi na oddělení ARO, kde mu byla provedena opera- tivní evakuace hematomu pomocí kraniotomie vpravo. Po týdnu byl transportován do Čes- ké republiky a opět byl hospitalizován na oddělení ARO a následně na oddělení DIP.

#### Vlastní pozorování

Pan Libor se dle lékařů nachází ve stavu vigilního comatu z důvodu poškození mozku. Pacient váží okolo 120kg a měří 180 cm. Hlavu pacient neudrží, přepadává dopředu. Když leží, hlava je většinou stočena k pravé straně, na oslovení stáčí hlavu ještě více doprava. Na hlavě je patrná operační jizva po kraniotomii. Vlasy má krátké, po operaci dorůstají. Oči má pacient otevřené, ale okolí nefixuje pohledem, zornice jsou izokorické. Ústa má většinou zavřená, chrup je sanován a zápach z úst není přítomen. Sliznice dutiny ústní jsou růžové. Stravu nedokáže přijímat. Krk - Pacient má zavedenou tracheostomickou kanylu, je závislý na umělé plicní ventilaci. Průchodnost dýchacích cest je udržována pomocí od- sávání z horních dýchacích cest, které je potřeba provádět většinou pětkrát denně. Hrudník je bez deformit. Břicho - Pacient má zavedenou PEG, pomocí které je vyživován. Končetiny - Následkem poškození mozku se u pana Libora rozvinula plegie levé horní a levé dolní končetiny. Při bolesti pacient reaguje natažením pravé horní končetiny a strnulým výrazem ve tváři. Dolní končetiny jsou mírně spastické. Svalový tonus je celkově zvýšený. Kůže je vlhká, dobře prokrvená a bez dekubitů. Na nohou popraskaná a suchá. Pacient je opálený,

ale postupem času má kůži spíše bledou. Ruce má chladné a na čele občas studený pot. Pocení je celkově nadměrné, zvláště v oblasti axilárních jamek. Sliznice jsou růžové a dobře prokrvené. Pacient má zavedený permanentní močový katétr.

### Komunikace

Pacient není schopen verbálně komunikovat. Na negativní reakce reaguje v omezené míře, a to natažením horních a dolních končetin, mžikáním očima a zvýšením fyziologických funkcí. Na pozitivní reakce reaguje snížením fyziologických funkcí a úsměvem.

Tabulka č. 31: Pacientovy diagnózy, invazivní vstupy a terapie

<b>Diagnózy během hospitalizace na oddělení ARO a DIP</b>	Stp. cévní mozkové příhodě s následným intracerebrálním krvácením	
	Stp. kraniotomii	
	Akutní respirační selhání	
	Závislost na UPV	
	Bezvědomí - kóma	
	Imobilita	
	Diabetes mellitus	
	Esenciální hypertenze	
	Obezita	
<b>Invazivní vstupy</b>	Tracheostomická kanyla (TK)	
	Percutánní endoskopická gastrostomie (PEG)	
	Permanentní močový katétr (PMK)	
<b>Terapie</b>	<b>Léčebný přípravek</b>	<b>Dávkování</b>
	Cardilan	1-1-1

	Geratam 1200 mg	3-2-0
	Bicasodyl čípek	1 a 3 dny
	Mucosolvan	dle potřeby

Tabulka č. 32: Vývoj stavu a ošetrovatelské intervence konceptu bazální stimulace začleněné do péče o pacienta na oddělení ARO a DIP

<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelská intervence</b>	<b>Reakce pacienta</b>
srpen 2011- květen 2013	<b><i>Iniciální dotek – levé rameno</i></b> <i>Pacienta oslovuje personál i blízcí „Libore“</i>	Pacient je imobilní, nehýbe se a verbálně nekomunikuje. Jediná reakce je na oslovení dětmi a manželkou, zvýší se mu fyziologické funkce a mžiká očima. Na ošetřující personál je reakce nejednoznačná.
srpen 2011	<b><i>Aktivizující koupel</i></b>	Pacient na aktivizující koupel reagoval zvýšením fyziologických funkcí a za tři týdny bylo znát i nepatrné mrkání na výzvu, mírně pohnul prsty na pravé horní končetině.
září 2011	<b><i>Aktivizující a uklidňující koupel</i></b>	Pacient začal po koupeli cíleně hýbat pravou horní končetinou a na výzvu pohnul i pravou dolní končetinou. Na oslovení otevíral a zavíral oči a rodinu i personál fixoval pohledem.
srpen - říjen 2011	<b><i>Orální stimulace</i></b>	Pacientovi byla dávana do úst pomocí štetičky oblíbená Coca Cola a Jagermeister, po kterém začal mlaskat a polykat. Bylo znát uvolnění svalového tonu a uvolnění

		v obličejí.
říjen - listopad 2011	<b><i>Orální stimulace</i></b>	U pacienta se prováděla od začátku onemocnění orální stimulace, ovšem neúspěšně. Po konzultaci s logopedem začal personál a rodina podávat pacientovi kašovitou stravu. Pacient ji začal polykat v říjnu roku 2011. Někdy snědl najednou i 300 ml pudinku.
říjen - listopad 2011	<b><i>Aktivizující koupel</i></b>	Po koupeli pacient udrží v ruce balonek a cíleně ho podá, hlavou otočí jen mírně, fixuje očima.
srpen - prosinec 2011	<b><i>Taktilně haptická stimulace</i></b>	Panu Liborovi dávala rodina do rukou volant, protože často řídil automobil. Pacient se snažil na volant cíleně podívat. Začal reagovat zvýšením fyziologických funkcí, potem na čele a pohybem očí.
srpen 2011 - současnost	<b><i>Optická stimulace</i></b>	Pacient má u postele fotografie svých blízkých na které reaguje smutným pohledem a neustále je fixuje.
15. prosince 2012	<b><i>Masáž stimulační dýchání a kontaktní dýchání</i></b>	Pacient díky těmto technikám začal po roce a půl dýchat sám. Byl odpojen z umělé plicní ventilace.
15. dubna 2013	Po třech měsících byla provedena neurologická kontrola a bylo znát pozvolné mírné zlepšení stavu, pacient reagoval na oslovení, otevřel i zavřel oči a pohnul akrálně pravou horní končetinou, zvedl předloktí. Přetrvávala spastická paraparéza končetin.	
2. května 2013	Pacient stále dýchal sám, bez závislosti na UPV a byl schopen polykat. Sledoval a fixoval pohledem pouze pravou stranu, hlavu ani oči neotáčel doleva, na výzvu zamrkal a mírně sevřel pravou ruku. Na rodinu reagoval velmi pozitivně, občas reagoval úsměvem na	

	vtipy svých blízkých.
10. května 2013	Manželka si vzala pana Libora do domácí péče. Dodnes ji pomáhá blízká rodina a agentura domácí péče, která přichází každý pracovní den. Všeobecná sestra se stará o převaz PEG a výměnu TSK. Při jakýchkoliv potížích manželka přivolá obvodní lékařku. Výměna PMK je prováděna obvodní lékařkou nebo na urologické ambulanci v nemocnici.

Tabulka č. 33: Vývoj stavu a ošetrovatelské intervence konceptu bazální stimulace začleněné do péče o pacienta v domácí péči

<b>Datum</b>	<b>Ošetrovatelská intervence</b>	<b>Reakce pacienta</b>
10. květen 2013 (příjezd domů)		Pacient na oslovení reaguje očima, ale hlavu neotočí úplně. Na vše reaguje jedním mrknutím, takže komunikace je velmi náročná. Otočí pravou rukou v zápěstí, na oslovení stiskne podanou ruku. Loket zvedne max. o 20 cm, záleží podle únavy. Levá horní končetina je plegická. Dolní končetiny jsou stále stejně nehybné, občas spastické. Po rozcvičení neudrží pokrčené končetiny na místě, padají na stranu.
	<i><b>Iniciální dotek</b></i>  <i>Pacient má iniciální dotek na levém rameni, blízcí ho oslovují „Libore“</i>	Pacient velmi reaguje na své děti a přátele, kteří ho chodí často navštěvovat. Reaguje natažením horních končetin a rychlým dechem. Usmívá se na vtipy svých kamarádů.

květen 2013- současnost	<b><i>Privátní oblečení</i></b>	Manželka pacienta obléká do všedního oblečení, které měl oblíbené. Pacient vypadá ve svém oblečení spokojeně.
květen 2013	<b><i>Vestibulární stimulace</i></b>	Rodina svého blízkého poprvé od onemocnění posadila v lůžku. Pacient byl ovšem brzo velmi unavený, proto ho blízcí uložili zpět. Po několika dnech posadili pacienta do křesla v obývacím pokoji, kde přišla blízká rodina a přátelé. Pan Libor byl ovšem po půl hodině velmi unavený, proto jej blízcí uložili opět zpět do lůžka.
květen 2013	<b><i>Vestibulární stimulace</i></b>	Rodina pořídila pacientovi polohovací křeslo, do kterého pana Libora začali postupem času více posazovat. Pacient začal v křesle více reagovat na oslovení, mírně otáčel hlavou doprava a fixoval blízké pohledem. Posazování v křesle mu také prospívalo v odkašlávání.
8. červen 2013	<b><i>Aktivizující koupel, masáž stimulující dýchání, orální stimulace</i></b>	Ráno je využívána povzbuzující koupel, večer uklidňující. Po koupeli je pacient většinou uložen do polohy „hnízdo“ a je u něj aplikován oblíbený parfém a deodorant. Holení manželka provádí 3krát týdně, vlasy umývá 2krát týdně. Na dutinu ústní používá měkký kartáček a zubní pastu.
červen 2013 - současnost	<b><i>Podpora komunikace pomocí vizuální a auditivní stimulace</i></b>	Rodina svému blízkému povídá o událostech, které se staly v blízké minulosti. Pouští mu rodinná videa u kterých se pacient většinou rozpláče. Manželka vkládá pacientovi do rukou oblíbené časopisy a nasazuje mu brýle. Pacient nadále komunikuje jedním mrknutím, které znamená ano.



		Pacient po dvou letech poprvé promluvil, řekl svému synovi a jeho přítelkyni „Ahoj“.
červen 2013 - současnost	<b><i>Mikropolohování</i></b>	Pacient spí na levém boku kvůli kraniotomii vpravo, většinou 8-10 hodin denně.  Manželka provádí mikropolohování, při kterém se manžel nebudí a pro ni není tak fyzicky náročné.
červenec 2013 - současnost	<b><i>Poloha „hnízdo“</i></b>	Rodina ukládá pacienta do polohy „hnízdo“ v posteli nebo na vozíku. Pan Libor reaguje na tuto polohu klidným dýcháním a usmívá se, někdy usne.
15. červenec 2013		U pacienta byla diagnostikována pneumonie. Byl hospitalizován na plicním oddělení a posléze na JIP Interního oddělení. Bazální stimulace se po dobu hospitalizace neaplikovala a po návratu domů bylo znát celkové zhoršení tělesného stavu.
17. červenec 2013	<b><i>Kontaktní dýchání s vibracemi při výdechu</i></b>	Pacient se během této techniky zklidnil, snížila se mu hladina pulsu a dechu a snáze se mu odkašlávalo.
23. srpen 2013	<b><i>Aktivizující koupel</i></b>	Pacient po koupeli udržel pravou horní končetinu na hrazdičce, někdy i 5 minut. Ruku dokázal přiblížit k ústům, na výzvu se chytil za bradu, za nos i za ucho, při tomto pohybu začal otáčet hlavu doleva. Lžičku udržel v ruce a přibližoval ji k ústům. Levá horní končetina se začala také zlepšovat, udržel ji pár vteřin na hrazdičce. Dolní končetiny po rozcvičení udržel na místě, nepadaly na stranu. Pacient začal na výzvu zvedat pravou horní končetinu a pokládal ji na pravé koleno.

23. srpen 2013	<b>Masáž stimulující dýchání</b>	Byla prováděna většinou 1x denně ráno. Měla na pacienta pozitivní vliv při odkašlávání. Pacienta nebylo potřeba odsávat po celý zbytek dne.
17. říjen 2013	<b>Aktivizující koupel</b>	Pacient udržel levou horní končetinu na hrazdičce déle jak dvě minuty.
říjen 2013		Pacient začal více komunikovat mrknutím. Odpověď ano nahradil jedním mrknutím a odpověď ne třemi mrknutími. Někdy souhlas potvrdil mírným kývnutím hlavy.
listopad 2013		Pacient měl problém s PMK, manželka zjistila, že měl povytaženou cévku. Pacient dlouhým mrknutím potvrdil, že ho něco bolí. Podle mimiky obličeje bylo znát, že ho něco bolí, měl zvýšené fyziologické funkce. Pacient byl sanitkou převezen na urologickou ambulanci, kde mu PMK vyměnili.
listopad 2013	<b>Uklidňující koupel a poloha „hnízdo“</b>	Po návratu domů mu byla provedena uklidňující koupel, při které se pacient začal uklidňovat. Po koupeli byl uložen do polohy „hnízdo“. Pacientovi se upravily hodnoty fyziologických funkcí, lépe reagoval na oslovení, otočil hlavou a usmál se.
leden 2013	<b>Orální stimulace</b>	Pacient je kvůli problémům s paradontózou vyživován mixovanou stravou do PEG. Byl objednan na operaci se zuby a nyní opět polyká stravu ústy. Manželka dává denně manželovi 2000 ml tekutin. Pokračuje v orální stimulaci a dává manželovi oblíbená jídla.
březen 2014		Po zjištění, že dcera jede rodit do porodnice, začal pacient reagovat zvýšením svalového tonu celého těla a motorickým neklidem, zvýšily se fyziologické funkce. Manželka začala provádět uklidňující koupel a pacient se celkově uklidnil. Když se dcera vrátila domů

	z porodnice a přišla ukázat svému otci narozené vnouče, otec se otočil hlavou na druhou stranu, usmál se a začal natahovat pravou horní končetinu.	
duben 2014	<b><i>Aktivizující koupel a orální stimulace</i></b>	Pacient je po koupeli velmi „přítomný“, otáčí hlavou na obě dvě strany a reaguje na přítomnost rodiny zvedáním pravé horní končetiny. Sedí ve vozíku, hlavu udrží ve střední rovině. Na pozdrav mrkne, stiskne pravou horní končetinu a usměje se. Když se ho rodinný příslušník zeptá, zda se má dobře, pan Libor odpoví jasně „Ano“.

### Shrnutí

Pacient je nadále imobilní a komunikuje mrknutím, někdy zakýváním hlavy, někdy stisknutím horní končetiny. Když se podaří, podá pravou horní končetinu na pozdrav nebo požádání, levou už udrží na hrazdičce. Když jsou dolní končetiny rozcvičené a po aktivizující koupeli, udrží je na místě. Někdy se usměje a někdy zamračí. Jde zcela jasně vidět, že se snaží a nevzdává se. Bazální stimulace ulehčuje z části pacientovi podmínky, pomáhá mu k navození pohody a klidu, zprostředkovává mu poselství, že má o něj rodina velký zájem, pomáhá upravovat fyziologické funkce, pomáhá v odkašlávání a fyzioterapii hrudníku. Péče je sice pro manželku a rodinu velmi náročná a zdlouhavá, ale nikdo nepřestává věřit, že se stav jejich manžela a tatínka po malých krůčcích bude zlepšovat.

## 7 DISKUZE

Porucha vědomí je stav, kdy si jedinec nedokáže plně a správně uvědomovat svoji osobu a není schopen jednat podle své vlastní vůle. Poruchy vědomí rozdělujeme na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní porucha vědomí je např. somnolence, sopor, kóma aj. A kvalitativní porucha vědomí je stav, kdy má jedinec zachovalou bdělost při současné poruše obsahu vědomí, kognitivních a mentálních funkcí, jako je např. delirantní stav (Lukáš, 2010, s. 44).

V bazálně stimulující ošetrovatelské péči je hlavním předpokladem vcítit se do vnímání druhého, věnovat pozornost jeho potřebám a požadavkům, podporovat a respektovat zachované schopnosti a kompetence pacienta (Šándorová, 2008, s. 9).

**Prvním cílem bakalářské práce** bylo srovnat používání prvků somatické stimulace a zapojení příbuzných do péče o pacienta s poruchou vědomí na oddělení DIP v nemocnici SurGal Clinic v Brně a na oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

Metodou k dosažení prvního cíle bylo dotazníkové šetření, které jsem uskutečnila na oddělení DIP v nemocnici SuGal Clinic v Brně a na oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkumu se zúčastnilo celkem 78 respondentů, z něhož 48 bylo z oddělení DIP a 30 z oddělení NIP. Výzkumu se na oddělení DIP zúčastnilo 44 žen (91,7 %) a 4 muži (8,3 %), na oddělení NIP 29 žen (96,7 %) a 1 muž (3,3 %). Na oddělení DIP byla nejpočetnější věková kategorie 21-30 let, a to 26 (54,2 %), dále 31-40 let 11 (22,9 %), 41-50 let 6 (12,5 %), 51-60 let 4 (8,3 %) a 18-20 let 1 respondent (2,1 %). Na oddělení NIP byla nejpočetnější věková kategorie 31-40 let 13 respondentů (43,3 %), dále 21-30 let 11 (36,7 %), 41-50 let 4 (13,3 %) a 51-60 let 2 respondenti (6,7 %).

Celkem 45 respondentů (93,8 %) z oddělení DIP uvedlo, že koncept bazální stimulace na svém pracovišti využívá, 3 respondenti (6,3 %) uvedli, že koncept nevyužívají. Na oddělení NIP byla odpověď jednoznačná, jelikož všech 30 respondentů (100 %) uvedlo, že koncept využívají. I když na oddělení DIP absolvovalo certifikovaný kurz bazální stimulace pouze 8 respondentů (16,7 %) a na oddělení NIP absolvovalo kurz taktéž pouze 8 respondentů (26,7 %). Ačkoliv jsem čekala vyšší procento respondentů, kteří by uvedli, že certifikovaný kurz absolvovali, z průzkumného šetření vyplývá, že respondenti prvky somatické stimulace v praxi uplatňují ve velmi vysokém procentu. Domnívám se, že respondenti

nejspíš mají o uplatňování konceptu zájem, nebo je školí kolegové, kteří se kurzu zúčastnili. V práci Peškové, 2011, která byla zaměřena na informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom, se objevila otázka, zda respondenti zapojují do péče o pacienta rodinu a příbuzné. Z celkového počtu 48 respondentů (100 %) z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně na oddělení ARO a JIP zde uvedlo možnost ano, vždy pouze 16,67 % a 58,33 % zvolilo možnost ano, někdy. Na standardním oddělení z celkového počtu 46 (100 %) zvolilo možnost ano, vždy pouze 6,52 % a ano, někdy 56,52 %. Je možné se domnívat, že za poslední tři roky se koncept bazální stimulace více rozšířil a zvýšila se jeho implementace do praxe.

V našem souboru respondentů zapojuje do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace rodinu a příbuzné 91,7 % respondentů na oddělení DIP a na oddělení NIP 86,6 % respondentů, což je velmi vysoké a pozitivní procento. Je vidět, že koncept bazální stimulace vede ošetrovatelský personál k intenzivní spolupráci s rodinou pacienta, což dokládá i odborná literatura. Ta uvádí, že zdravotnický personál si vytváří vztah k nemocnému i k jeho rodině, zvláště u závažných onemocnění platí tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 107).

Další položkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti využívají v péči o nemocné iniciální dotek. Odpověď ano uvedlo 31 (64,6 %), spíše ano 8 (16,7 %), ne 3 (6,3 %) a spíše ne 6 respondentů (12,5 %). Na oddělení NIP zvolilo odpověď ano 24 respondentů (80,0 %), spíše ano 5 (16,7 %) a ne pouze 1 respondent (3,3 %). Respondenti měli možnost slovně uvést, jak iniciální dotek provádějí. Cituji nejčastější odpovědi: *„Pokaždé se dotknu na stejném místě, pacienta oslovím.“* *„Dle zvyku a individuality pacienta, nejčastěji dotykem ruky na pacientovo rameno.“* *„Informuji klienta a dotek provedu na místo, které je předem určené (např. rameno).“*, ostatní odpovědi uvádím v příloze č. VII. Další otázkou jsem chtěla zšetření zjistit, zda respondenti po provedení tohoto doteku čekají na reakci pacienta. Celkem 53,8 % respondentů na oddělení DIP uvedlo ano, 33,3 % spíše ano, 5,1 % respondentů na reakci pacienta nečekají a spíše ne uvedlo 7,7 %. Na oddělení NIP čeká na reakci pacienta 41,4 % respondentů, spíše ano 44,8 %, ne 6,9 % a spíše ne taktéž 6,9 %. V otevřené položce č. 7 měli respondenti slovně uvést, jak informují pacienta o zamýšlené činnosti, cituji: *„Iniciální dotek, oslovení, popis činnosti.“* *„Oslovím pacienta a popisuji, co dělám a co budu dělat.“* *„Verbálně a neverbálně.“* *„Řeknu, co s ním budu dělat.“* *„Na pacienta mluvím (oslovím ho) a vysvětlím, co budu dělat.“* *„Řeknu, co budu provádět.“*

„Dobrý den pane ... teď Vás otočíme na druhou stranu, atd.“, další odpovědi cituji v příloze č. VII. Jako odpověď na otázku, jakým způsobem odkrýváte příkrývku pacienta, mi odpovědělo na oddělení DIP „Vezmu ji a odložím stranou“ 70,8 % respondentů, odpověď „Roluji ji po těle klienta od krku k dolním končetinám“ zvolilo 29,2 %. Na oddělení NIP zvolilo první odpověď 56,7 % a správnou odpověď zvolilo 43,3 % respondentů. Co se týče provedení koupele, na oddělení DIP provádí koupel sám/sama 83,3 % respondentů a s jednou kolegyní/jedním kolegou 16,7 %. Na oddělení NIP je odpověď zcela odlišná, sám/sama provádí koupel 26,7 %, s jednou kolegyní/jedním kolegou 66,7 % respondentů. Možnost jiné označilo 6,7 % respondentů, kteří uvedli, že koupel provádí někdy sami a někdy s kolegyní nebo kolegou, záleží podle stavu pacienta. V následující položce jsem se tázala, zda respondenti při koupeli přerušují kontakt s pacientem. Na oddělení DIP odpovědělo kladně 73 % respondentů a záporně 27 % respondentů. Na oddělení NIP odpovědělo kladně 36,6 % a záporně 63,4 % respondentů. Jestliže musí při koupeli přerušit kontakt s pacientem, tak na oddělení DIP 26,3 % respondentů uvedlo, že odejde beze slov, 68,4 % respondentů pacienta upozorní a nechá na klientovi přiložené žínky pro pocit doteku. Možnost jiné označili 2 respondenti (5,3 %). Na oddělení NIP odejde beze slov 23,5 % respondentů, přiložené žínky pro pocit doteku nechá na klientovi 53,8 % respondentů, možnost jiné zvolilo 17,6 %. Na otázku, jak je pacient během koupele odkrytý, odpovědělo 37,5 % respondentů na oddělení DIP, že je pacient celý odkrytý, má zakryty intimní partie označilo 60,4 % a je přikrytý do půl těla 2,1 % respondentů. Na oddělení NIP označilo možnost je celý odkrytý 13,3 %, má zakryty intimní partie 66,7 %, je přikrytý do půl těla příkrývkou 16,7 %. Jiné zvolilo 3,3 % respondentů. V odborné literatuře jsou uvedeny zásady, které bychom měli během koupele dodržovat. Jedna z nich je ta, že u každé stimulace modelujeme klientovo tělo oběma rukama (Friedlová, 2007, s. 80). Proto bylo pro mě velmi překvapující zjištění, že na oddělení DIP využívá při koupeli pacienta nejčastěji jednu žínku 52,1 % respondentů a dvě pouze 47,9 %. Na oddělení NIP využívá dvě žínky 63,3 % respondentů a jednu 36,7 %. Přitom 100 % respondentů mi odpovědělo, že provádí koupel v rámci konceptu bazální stimulace. Tato skutečnost je možná dána nízkým procentuálním zastoupením respondentů, kteří absolvovali certifikovaný kurz. Na oddělení DIP využívá povzbuzující koupel 31,3 % respondentů a uklidňující 33 %. Na oddělení NIP aplikuje nejčastěji povzbuzující koupel 23,3 % respondentů a uklidňující 76,7 %. Velmi překvapivé pro mě bylo zjištění, že neurofyziologickou koupel neprovádí na odděleních ani jeden respondent. Zajímaly mě také výsledky týkající se zaznamenaných reakcí pacien-

ta na jednotlivé koupele. Nejčastěji zaznamenaná pozitivní reakce na uklidňující koupel na oddělení DIP bylo uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů 26,7 %, na oddělení NIP byla tato reakce taktéž zaznamenaná nejčastěji, a to 27,3 %. Oproti tomu jako nejčastěji zaznamenaná negativní reakce na uklidňující koupel na oddělení DIP byla odpověď zvýšený puls, které označilo 32,1 % respondentů, na oddělení NIP tomu bylo zvýšení svalového tonu a křečovitě držení těla, které označilo 28,6 % respondentů. V položce č. 15 jsem zjišťovala, jaké jsou nejčastěji zaznamenané reakce na aktivizující koupel. Na oddělení DIP bylo na prvním místě mžikání očima, které uvedlo 21,8 % respondentů, na oddělení NIP otevírání očí a úst 27,3 %. Nejčastěji zaznamenaná negativní reakce na povzbuzující koupel je na oddělení DIP výrazně zvýšený puls 33,8 %, na oddělení NIP uvedlo stejnou odpověď 29,4 % respondentů. Následující položkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti sledují reakce pacienta při koupeli a reagují na ně. Odpověď ano, mi na oddělení DIP uvedlo 62,5 %, spíše ano 33,3 % a spíše ne 4,2 % respondentů. Na oddělení NIP mi uvedlo ano 46,7 % a spíše ano 53,3 %. Tato odpověď je velmi pozitivním zjištěním, jelikož jak sama odborná literatura uvádí, i nepatrné reakce, jako je např. mžikání očima, hluboký dech nebo změna sekrece potu, mohou být jediným komunikačním prostředkem u pacientů s poruchou vědomí (Friedlová, 2007, s.77).

Položka č. 18 měla za cíl zjistit, zda respondenti nechávají pacienta po koupeli odpočinout. Na oddělení DIP uvedlo 100 % respondentů odpověď ano. Na oddělení NIP byla odpověď odlišná, 70 % respondentů uvedlo odpověď ano, 26,7 % spíše ano a 1 % spíše ne. Další položka v dotazníku se týkala masáže stimulující dýchání. Respondenti měli možnost slovně uvést, u kterých pacientů tento prvek nejčastěji provádí. Cituji odpovědi: „*U apalíků.*“ „*U dlouhodobě ležících a imobilních.*“ „*U zahleněných pacientů.*“ „*U pacientů se zrychleným, mělkým dýcháním a u zahleněných.*“ „*S onemocněním dýchacích cest (CHOPN) a u zahleněných.*“ „*U všech.*“ „*Neprovádím.*“ Další nejčastější odpovědi jsou opět uvedeny v příloze č. VII. Cílem tohoto prvku je dosažení klidného a pravidelného dýchání a má také vysokou komunikační hodnotu mezi klientem a ošetřujícím (Urbanová, 2008, s. 48). V položce č. 21 jsem se tázala, jaké zaznamenali respondenti nejčastější reakce na tuto techniku. Na oddělení DIP nejčastěji zaznamenalo 44,2 % uvolnění a zklidnění pacienta, úpravu fyziologických funkcí zaznamenalo 32,6 % respondentů. Na oddělení NIP byly údaje velmi podobné. Uvolnění a zklidnění pacienta uvedlo 54,5 % respondentů, úpravu fyziologických funkcí 36,4 %. Dále jsem se v šetření zabývala kontaktním dýcháním. Správně jej na oddělení DIP provádí 35,7 % respondentů, vůbec jej neprovádí 59,6 %.

V dotazníku mi převážná většina dotazovaných uvedla, že tento prvek aplikují rehabilitační pracovníci. Na oddělení NIP byla odpověď odlišná, správně kontaktní dýchání provádí 74,1 % respondentů a neprovádí vůbec 22,2 %. Co týče polohování pacientů v rámci konceptu bazální stimulace, na oddělení DIP polohuje své pacienty 70,8 % respondentů, jako nejčastější polohu uvádí 77,1 % dotazovaných polohu „hnízdo“. Na oddělení NIP polohuje klienty v rámci konceptu 93,4 % respondentů a nejčastější poloha je taktéž poloha „hnízdo“, uvádí ji 63,3 % respondentů. Pouze 4,2 % respondentů na oddělení DIP nezažnamenalo žádnou reakci pacienta na danou polohu, nejčastější reakcí bylo uvolnění a zklidnění pacienta, které uvedlo 54,2 % respondentů. Na oddělení NIP uvedlo pouze 2,9 % respondentů, že nezaznamenali žádnou reakci pacienta na danou polohu, 70,6 % respondentů uvedlo jako nejčastější reakci taktéž uvolnění a zklidnění klienta. Jako odpověď na otázku, zda museli respondenti někdy přerušit nabídku bazální stimulace, mi 68,8 % respondentů na oddělení DIP uvedlo kladnou odpověď. Nejčastější přerušení bylo z následující důvodů, cituji: „*Pacient byl zahleněný, musel se odsát nebo desaturace.*“ „*Péče o jiného pacienta.*“ „*Pacientův neklid.*“ „*Zhoršení stavu pacienta (někdy epileptický záchvat).*“ Další nejčastější odpovědi cituji v příloze č. VII. Na oddělení NIP muselo někdy nabídku bazální stimulace přerušit 50 % respondentů. Položka č. 28 byla zaměřena na názor respondentů, zda si myslí, že provádění somatické stimulace má u pacientů s poruchou vědomí smysl. Na oddělení DIP 68,8 % respondentů zastává názor, že ano. Na oddělení NIP tento názor zastává 80,0 % respondentů. Dvě poslední otázky v dotazníku byly zaměřené na faktory, které usnadňují, nebo znesnadňují uplatňování bazální stimulace v praxi. Jako nejčastější faktory, které podporují uplatňování konceptu v praxi na oddělení DIP odpovědělo 38,5 % respondentů podporu vedoucích pracovníků, dále 28,8 % uvedlo dostatek pomůcek. Na oddělení NIP byla odpověď odlišná, 33,3 % uvedlo dostatek sester v jedné službě, 25,0 % respondentů uvedlo dostatek pomůcek. Faktory, které znesnadňují uplatňování konceptu v praxi uvedlo na oddělení DIP 37,4 % dostatek sester v jedné službě a následovala odpověď dostatek času, které uvedlo 30,8 % respondentů. Na oddělení NIP byla nejvíce zastoupená odpověď dostatek času, které uvedlo 43,1 %, dále pak dostatek pomůcek, které uvedlo 21,6 % respondentů.

**Druhým cílem práce** bylo doložit účinnost somatické stimulace u konkrétního pacienta. K dosažení cíle jsem využila metodu kazuistiky. Při analýze výsledků jsem se snažila co nejpřesněji popsat účinnost konkrétních prvků bazální stimulace, které se během hospitalizace pacienta na oddělení ARO a DIP a v domácí péči u pacienta aplikovaly. Při mém tří-



letém pozorování a aplikování těchto prvků jsem dospěla k závěru, že bazální stimulace má na pacienta velmi pozitivní vliv. Ačkoliv je pacient nadále imobilní, zlepšila se komunikační schopnost pomocí mrkání očima a občasným kýváním hlavy ze strany na stranu. Pacient dokáže po aktivizující koupeli přiblížit pravou horní končetinu k ústům, stiskne na pozdrav. Dolní končetiny udrží po rozcvičení v pokrčení na místě a neпадají na stranu. Pacient se také zlepšil po psychické stránce, občas se usměje na vtipy svých blízkých a je znát, že je v domácí péči spokojený.

V časopise *Sestra* je popsána kazuistika, která taktéž dokládá účinnost bazální stimulace. Muž ve věku 41 let, který se při zkušebním ponoru freedivingu nevyhořil a byl v hloubce 4 metrů, byl nalezen v bezvědomí. Po úspěšné kardiopulmonární resuscitaci byl převezen na oddělení ARO ve FN Ostrava a později na JIP neurologického oddělení Městské nemocnice Ostrava, kde mu byla prováděna ošetrovatelská péče dle konceptu bazální stimulace. Při příjmu byl pacient spontánně ventilující, byl při vědomí, sledoval okolí a fixoval osoby kolem lůžka. Na lůžku se otáčel ze strany na stranu a byl patrný výrazný psychomotorický neklid. Na výzvu, aby stiskl ruku, nevyhověl. Byla patrná snaha o navázání slovního kontaktu. Po měsíci hospitalizace v nemocnici v kombinaci s využitím hyperbarické komory a konceptem bazální stimulace bylo znát celkové zlepšování zdravotního stavu pacienta. Po roce od nešťastné životní události je pacient v domácí péči. Zvládá v doprovodu chůzi po rovině asi 10 metrů, chůzi po schodech nahoru i dolů, chodí plavat do bazénu a pravidelně na rehabilitační cvičení a logopedii. Řeč je nesrozumitelná, ale blízcí mu rozumí. Reakce u pacienta jsou zpomalenější, ale dá se říci, že jeho život, i když ne v plné kvalitě, začíná mít smysl. Cílem tohoto článku bylo doložit skutečnost, že mozek je schopen si v paměťových dráhách uchovat své životní návyky a cílenou stimulací těchto vzpomínek a návyků postupně umožnit znovu navrácení do každodenních aktivit (Grygerková, 2010, s. 34-36).

**Třetím cílem bakalářské práce** bylo vytvořit edukační materiál pro rodinu pacienta se zaměřením na somatickou stimulaci. Natočila jsem a sestříhala video, v kterém popisuji a názorně na pacientovi ukazuji, jak se provádí uklidňující koupel s následným uložením pacienta do polohy „hnízdo“. Vycházela jsem z osobních znalostí a praktických zkušeností, které jsem získala absolvováním základního kurzu bazální stimulace. Vycházím také z odborné literatury. DVD video daruji rodině, která mi umožnila napsat kazuistiku o jejich blízkém a také jej věnuji potřebám oddělení DIP v nemocnici Surgal Clinic v Brně a

NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. DVD video je mým praktickým výstupem bakalářské práce.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala využitím technik somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí. V teoretické části jsem popsala klasifikaci, etiologii, diagnostiku a terapii poruch vědomí, popsala koncept bazální stimulace a specifičtěji se zaměřila na prvky somatické stimulace. V praktické části jsem si stanovila tři cíle.

**Prvním cílem bakalářské práce** bylo srovnat používání prvků somatické stimulace a zapojení příbuzných do péče o pacienta s poruchou vědomí na oddělení DIP v nemocnici SurGal Clinic v Brně a na oddělení NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

Ve spolupráci s paní doktorkou Renatou Halmo jsem vytvořila dotazník, díky kterému jsem provedla dotazníkové šetření. Výzkumu se zúčastnilo celkem 78 respondentů, z něhož 48 bylo z oddělení DIP a 30 z oddělení NIP. Výzkumu se na oddělení DIP zúčastnilo 44 žen (91,7 %) a 4 muži (8,3 %), na oddělení NIP 29 žen (96,7 %) a 1 muž (3,3 %). Iniciální dotek na oddělení DIP používá 91,7 %, na oddělení NIP 86,6 % respondentů. Nejčastěji prováděnou koupelí na oddělení DIP je uklidňující koupel, kterou aplikuje 68,8 % respondentů, na oddělení NIP je to taktéž uklidňující koupel. Uvedlo ji 76,7 % respondentů. V rámci konceptu bazální stimulace polohuje pacienty na oddělení DIP 70,8 % a na oddělení NIP 93,4 % respondentů. Dále z dotazníkového šetření vyplývá, že v rámci konceptu bazální stimulace zapojuje do ošetrovatelské péče rodinu a příbuzné 91,7 % respondentů na oddělení DIP a na oddělení NIP 86,6 % respondentů, což je dle mého názoru velmi vysoké a pozitivní procentuální číslo. Výsledky u obou skupin byly téměř stejné, rozcházely se pouze v oblasti provádění koupele a provádění kontaktního dýchání. Jak jsem již uvedla v diskuzi, velmi překvapivé pro mě bylo zjištění, že neurofyziologickou koupel neprovádí na odděleních ani jeden respondent.

S odkazem na kapitolu 5.2 Interpretace dat k cíli č. 1 je možné konstatovat, že cíl č. 1 byl splněn.

**Druhým cílem bakalářské práce** bylo doložit účinnost somatické stimulace u konkrétního pacienta. Popsala jsem konkrétní prvky bazální stimulace, které se u pacienta aplikovaly během jeho hospitalizace na oddělení ARO a DIP a které se aplikují dodnes v domácí péči. Popisují jeho pokroky za celé tři roky od začátku onemocnění, které prodělal a také

reakce na konkrétní prvky somatické stimulace. Z kazuistiky lze vyčíst, že pacientova komunikační schopnost se velmi zlepšila, komunikuje pomocí mrknutí, kdy souhlas potvrdí jedním mrknutím a nesouhlas dvěma mrknutími. Občas zakývá hlavou ze strany na stranu. Pacient se taktéž zlepšil po fyzické stránce, je sice nadále imobilní, ale dokáže udržet dříve plegickou levou horní končetinu na hrazdičce, někdy i 5 minut. Pravou horní končetinu přiblíží k ústům, občas se na výzvu chytne za nos, za bradu, na výzvu stiskne ruku na pozdrav. Lze znát také pacientovo zlepšení po psychické stránce. Občas se směje vtipům svých blízkých, reaguje na návštěvy a je vidět, že se velmi snaží. Z vlastní zkušenosti mohou jen potvrdit, že ošetrovatelská péče o tak nemocného člověka je velmi nelehká, časově zdoluhavá a psychicky i fyzicky náročná pro všechny členy rodiny.

S odkazem na kapitolu 6.1 Interpretace dat k cíli č. 2 je možné konstatovat, že cíl č. 2 byl splněn.

**Třetím cílem práce** bylo vytvořit edukační materiál pro rodinu pacienta se zaměřením na somatickou stimulaci. Vytvořila jsem instruktážní DVD video, v kterém popisuji a názorně předvádím uklidňující koupel a polohu „hnízdo“. DVD video daruji rodině, která mi poskytla informace o jejich blízkém, díky nimž jsem vytvořila kazuistiku a výstup bakalářské práce. Vytvořené video bude také nabídnuto oddělením, která se na výzkumu podílela (DIP v nemocnici Surgal Clinic v Brně a NIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně).

S odkazem na přílohu P XI: VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – SOMATICKÁ STIMULACE U PACIENTA S PORUCHOU VĚDOMÍ je možné konstatovat, že cíl č. 3 byl splněn.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.

Dvořáková, Helena. *Bazální stimulace*. Texty pro základní kurz. 2013.

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

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

FRÖHLICH, Andreas. *Basale Stimulation. Das Konzept*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3.

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

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

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2764-6.

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

PĚŠKOVÁ, Kateřina. *Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom*. Zlín, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. Pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2040-1.

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

ŠÉBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8598-1.

ŠKOLOUDÍK, David, Michal BAR, Olga ZAPLETALOVÁ a kol. *Obecná neurologie pro studenty bakalářského směru*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7368-608-6.

ŠPINAR, Jindřich, Ondřej LUDKA a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4356-1.

TROJAN, Stanislav a kol. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.

OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2617-5.

LOVE, Russel J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-287-6.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

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

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-7668-2.

### **Časopisy:**

BORÝSKOVÁ, Hedvika. Jak málo a přitom tak moc. První zkušenosti s konceptem bazální stimulace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, s. 342. ISSN 1801-1349.

GRYGERKOVÁ, Věra. Bazální stimulace v péči o klienta ve stavu apalického syndromu. *Sestra*. 2010, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra*. 2008, s. 9. ISSN 1210-0404.

ŠČUČKOVÁ, Eva. Koncept bazální stimulace a jeho využití v následné péči u pacientů po těžkých mozkolebečních poraněních. Kazuistika u klienta po mozkolebečním traumatu s využitím Bazální stimulace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, s. 32-33. ISSN 1801-1349.

ŠPIČKOVÁ, Ludmila, SLÁMOVÁ, Hana a Jana HOCKOVÁ. Šest let bazální stimulace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, s. 25-26. ISSN 1801-1349.

URBANOVÁ, Alžběta. Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů. *Sestra*, 2008, s. 48-49. ISSN 1210-0404.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Atd.	A tak dále
BS	Bazální stimulace
°C	Stupeň Celsia
CNS	Centrální nervový systém
CT	Výpočetní tomografie
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DIP	Dlouhodobá intenzivní péče
EEG	Elektroencefalogram
FN	Fakultní nemocnice
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB, a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MR	Magnetická rezonance
NIP	Následná intenzivní péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
%	Procento
RTG	Rentgen
s.	Strana
tab.	Tabulka
TK	Krevní tlak

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 4: Využívání konceptu bazální stimulace na pracovišti

Graf č. 5: Absolvování certifikovaného kurzu bazální stimulace

Graf č. 6: Zapojení rodiny a příbuzných do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace

Graf č. 7: Využití iniciační doteku v péči o nemocné

Graf č. 8: Čekání na reakce pacienta po provedení iniciačního doteku

Graf č. 9: Způsob odkrytí pacientovy přikrývky

Graf č. 10: Způsob provedení koupele pacienta

Graf č. 11: Přerušování kontaktu s pacientem během koupele

Graf č. 12: Postup při přerušování doteku s pacientem během koupele

Graf č. 13: Při koupeli je pacient

Graf č. 14: Využití žíněk během koupele pacienta

Graf č. 15: Pozitivní reakce pacienta na uklidňující koupel

Graf č. 16: Negativní reakce pacienta na uklidňující koupel

Graf č. 17: Pozitivní reakce na povzbuzující koupel

Graf č. 18: Negativní reakce na povzbuzující koupel

Graf č. 19: Nejčastěji prováděná koupel

Graf č. 20: Sledování reakcí pacienta během koupele

Graf č. 21: Odpočinek pacienta po koupeli

Graf č. 22: Nejčastěji zaznamenané reakce pacienta při masáži stimulující dýchání

Graf č. 23: Způsob provádění kontaktního dýchání

Graf č. 24: Polohování klientů dle konceptu bazální stimulace

Graf č. 25: Nejčastěji prováděná poloha v rámci bazální stimulace

Graf č. 26: Reakce pacienta na danou polohu v rámci bazální stimulace

Graf č. 27: Přerušení nabídky bazální stimulace

Graf č. 28: Smysluplnost provádění somatické stimulace

Graf č. 29: Faktory podporující uplatňování bazální stimulace v praxi

Graf č. 30: Faktory znesnadňující uplatňování bazální stimulace v praxi

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4: Využívání konceptu bazální stimulace na pracovišti

Tabulka č. 5: Absolvování certifikovaného kurzu bazální stimulace

Tabulka č. 6: Zapojení rodiny a příbuzných do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace

Tabulka č. 7: Využití iniciální doteku v péči o nemocné

Tabulka č. 8: Čekání na reakce pacienta po provedení iniciálního doteku

Tabulka č. 9: Způsob odkrytí pacientovy přikrývky

Tabulka č. 10: Způsob provedení koupele pacienta

Tabulka č. 11: Přerušování kontaktu s pacientem během koupele

Tabulka č. 12: Postup při přerušování doteku s pacientem během koupele

Tabulka č. 13: Při koupeli je pacient

Tabulka č. 14: Využití žinek během koupele pacienta

Tabulka č. 15: Pozitivní reakce pacienta na uklidňující koupel

Tabulka č. 16: Negativní reakce pacienta na uklidňující koupel

Tabulka č. 17: Pozitivní reakce na povzbuzující koupel

Tabulka č. 18: Negativní reakce na povzbuzující koupel

Tabulka č. 19: Nejčastěji prováděná koupel

Tabulka č. 20: Sledování reakcí pacienta během koupele

Tabulka č. 21: Odpočinek pacienta po koupeli

Tabulka č. 22: Nejčastěji zaznamenané reakce pacienta při masáži stimulující dýchání

Tabulka č. 23: Způsob provádění kontaktního dýchání

Tabulka č. 24: Polohování klientů dle konceptu bazální stimulace

Tabulka č. 25: Nejčastěji prováděná poloha v rámci bazální stimulace

Tabulka č. 26: Reakce pacienta na danou polohu v rámci bazální stimulace

Tabulka č. 27: Přerušování nabídky bazální stimulace

Tabulka č. 28: Smysluplnost provádění somatické stimulace

Tabulka č. 29: Faktory podporující uplatňování bazální stimulace v praxi

Tabulka č. 30: Faktory znesnadňující uplatňování bazální stimulace v praxi

Tabulka č. 31: Pacientovy diagnózy, invazivní vstupy a terapie

Tabulka č. 32: Vývoj stavu a ošetrovatelské intervence konceptu bazální stimulace začleňené do péče o pacienta na oddělení ARO a DIP

Tabulka č. 33: Vývoj stavu a ošetrovatelské intervence konceptu bazální stimulace začleňené do péče o pacienta v domácí péči

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I: GLASGOW COMA SCALE**

**PŘÍLOHA P II: DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

**PŘÍLOHA P III: SOMATICKÁ ANAMNÉZA**

**PŘÍLOHA P IV: INICIÁLNÍ DOTEK**

**PŘÍLOHA P V: INDIVIDUÁLNÍ FORMY KOMUNIKACE**

**PŘÍLOHA P VI: CERTIFIKÁT BAZÁLNÍ STIMULACE**

**PŘÍLOHA P VII: CITACE DOPLŇKOVÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKOVÉHO  
ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK**

**PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P X: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P XI: VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – SOMATICKÁ STIMULACE  
U PACIENTA S PORUCHOU VĚDOMÍ**

## PŘÍLOHA P I: GLASGOW COMA SCALE

Glasgowská škála (Glasgow Coma Scale – GSC)

<b>Glasgow Coma Scale</b>		
<b>Otevření očí</b>	spontánní	4 body
	na oslovení	3 body
	na bolestivý podnět	2 body
	neotevře oči	1 bod
<b>Slovní reakce</b>	orientovaná	5 bodů
	zmatená	4 body
	nepřiměřená	3 body
	nesrozumitelná	2 body
	žádná	1 bod
<b>Motorická reakce</b>	vyhoví výzvě	6 bodů
	cílená reakce na bolest	5 bodů
	necílená reakce na bolest	4 body
	dekortikační křeče – flekční	3 body
	decerebrační křeče - extenční	2 body
	bez reakce	1 bod

Škála GSC hodnotí otevírání očí, nejlepší verbální a nejlepší motorickou odpověď. Výhodou je široké rozšíření této škály a univerzálnost použití v mnoha lékařských oborech, mezi nevýhody patří to, že nehodnotí vyšší nervové funkce a není schopna zachytit ložiskové příznaky (Šéblová, Knor a kol., 2013, s. 169).

## **PŘÍLOHA P II: DESÁTERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

### **Pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace**

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě – iniciální dotek.
3. Hovořte zřetelně a jasně, ale ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.
7. Nepoužívejte v řeči zdobnělidy, pokud na ně není klient zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2007, s. 39).



## **PŘÍLOHA P III: SOMATICKÁ ANAMNÉZA**

### **Somatická anamnéza (otázky pro somatickou anamnézu)**

1. Je klient pravák nebo levák?
2. Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?
3. Jakou používá k péči o své tělo teplotu vody?
4. Jaké používá toaletní potřeby?
5. Potřebuje pomoc při mytí?
6. Jaké má rituály při mytí?
7. Jaký je stav pokožky?
8. Jak pečuje o svůj chrup? Jak často si čistí zuby?
9. Má zubní protézu?
10. Jak často si myje vlasy?
11. Jak pečuje o své nehty?
12. Je zvyklý na tělesný kontakt?
13. Na kterém místě na těle mu nevadí dotek cizí osoby?
14. Na kterém místě na těle nesnese dotek cizí osoby?
15. Jak spí (délka a kvalita spánku)?
16. V jaké poloze usíná?
17. Jak se přikrývá?
18. V jakém prádle spí?
19. Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?
20. Je zvyklý na zatemnění při spánku?
21. Má problémy s vyprazdňováním?
22. Jaké pomůcky používá k vyprazdňování (inkontinentní vložky, plenkové kalhotky)?

23. Používá nějaké specifické techniky k vyprazdňování (např. masáže břicha, projímadla)?
24. Je zvyklý spíše na teplo nebo chlad? Jak reguluje svou tělesnou teplotu?
25. Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? Jakou?
26. Jaký má svalový tonus?
27. Má parézu nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte.
28. Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte.
29. Má kontraktury? Pokud ano, lokalizujte.
30. Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte.
31. Má poruchy rovnováhy?
32. A jiné ... (Friedlová, 2007, s. 69-71)

## **PŘÍLOHA P IV: INICIÁLNÍ DOTEK**

**Cedule iniciální dotek** (Friedlová, 2007, s. 73)

### **INICIÁLNÍ DOTEK**

Prosím, před a po každé činnosti uchopit klienta za .....

Dotek provádějí všichni členové týmu (ošetřující, terapeuti, lékaři ...)

## PŘÍLOHA P V: INDIVIDUÁLNÍ FORMY KOMUNIKACE

<b>Komunikační prostředek</b>	<b>Komunikační forma</b>
<b>dýchání</b>	změna rytmu dechu změna hloubky dechu pauzy během dýchání zívání vzdechy kašel chrchlání zvýšená si snížená sekrece z dýchacích cest
<b>svalový tonus</b>	uvolnění mimiky v obličeji, na čele uvolnění v okolí úst pootevření nebo sevření úst změny na nosních křídlech povolení nebo stažení ramen uvolnění svalstva v oblasti zátylku uvolněná nebo napjatá břišní stěna uvolnění nebo zvýšení napětí končetin uvolnění spastických částí těla
<b>pohyb</b>	lehké pootevření dlaně sevření dlaně pohyby dolními končetinami pohyby hlavou

	<p>pohyby očí</p> <p>pohyb – zvedání obočí</p> <p>polykání</p>
<b>hemodynamika</b>	<p>změna srdeční frekvence</p> <p>změna hodnot krevního tlaku</p> <p>změny periferního prokrvení</p>
<b>sekrece</b>	<p>zvýšená salivace při uvolnění</p> <p>zvuky žaludeční a střevní peristaltiky</p> <p>změna sekrece potu (pocení při pocitu strachu nebo námaze), (Friedlová, 2007, s. 46)</p>

# PŘÍLOHA P VI: CERTIFIKÁT BAZÁLNÍ STIMULACE

BESTÄTIGUNG DER  
TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION  
IN DER PFLEGE

**Basisseminar Basale Stimulation® in der Pflege**

Základní kurz Bazální stimulace  
v ošetrovatelské péči

*Michaela Koudryšová*

.....

Vor- und Zunahme/ jméno a příjmení

in der Zeit von / od.....*20. 4. 15*.....bis /do.....*21. 4. 15*.....

24 Unterrichtsstunde/ 24 vyučovacích hodin

Datum/ datum:.....*21. 4. 15*.....

**Basale Stimulation®**  
*Kau*  
*Dvořáková*  
869  
**in der Pflege**

Stempel und Unterschrift der – des Kursleiters/ jméno lektora  
BC. HELENA DVOŘÁKOVÁ, DIS.  
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege

## **PŘÍLOHA P VII: CITACE DOPLŇOVÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

### **Otázka č. 5**

*„Promluvíím na pacienta, poté sáhnu na rameno nebo jakoukoliv část těla, na kterou se domluvííme, poté začnu pracovat.“*

*„Oslovím pacienta a dotknu se místa označeného jako iniciální.“*

*„Na pacienta mluvím a dotknu se místa na těle – iníciačního místa (rameno, atd.).“*

*„Oslovím pacienta a dotknu se pokaždé na stejném místě.“*

*„Přiložím ruku na určité místo (předem dané).“*

*„Pokaždé se dotknu na stejném místě, pacienta oslovím.“*

*„Dle zvyku a individuality pacienta, nejčastěji dotykem ruky na pacientovo rameno.“*

*„Informuji klienta a dotek provedu na místo, které je předem určené (např. rameno).“*

*„Po příchodu k pacientovi promluvíím a dotknu/pohladím ho po ruce.“*

### **Otázka č. 7**

*„Iniciální dotek, oslovení, popis činnosti.“*

*„Oslovím pacienta a popisuji, co dělám a co budu dělat.“*

*„Verbálně a neverbálně.“*

*„Řeknu, co s ním budu dělat.“*

*„Na pacienta mluvím (oslovím ho) a vysvětlím, co budu dělat.“*

*„Řeknu, co budu provádět.“*

*„Dobrý den pane ... teď Vás otočííme na druhou stranu atd.“*

*„Oslovím ho a řeknu mu přesný postup.“*

*„Iniciální dotek, mluvené slovo, popř. dotek na určité místo (záda, stehno, břicho).“*

### **Otázka č. 9**

*„Koupele pacienta provádím se sanitářem, ovšem vím, že neoptimálnější způsob je sama. V některých případech provádím koupele sama.“*

### **Otázka č. 16**

*„Povzbuzující ráno pro aktivizaci a uklidňující večer nebo při neklidu.“*

*„Uklidňující, protože je příjemná a uklidňuje.“*

*„Uklidňující, když chci zklidnit pacienta, např. večer před spaním, když chci nabudit ke spánku a snížit vitální funkce.“*

*„Uklidňující na zklidnění pacienta.“*

*„Povzbuzující koupele využíváme ráno, zaznamenáváme větší rozdíly v chování (aktivnější pohyby, zábavné grimasy).“*

*„Povzbuzující ráno, uklidňující večer.“*

*„Uklidňující, protože klid pacienta je prvořadý.“*

*„Povzbuzující provádím ráno, když chci pacienta probudit, je to příprava na denní aktivity.“*

### **Otázka č. 19**

*„U apalíků.“*

*„U dlouhodobě ležících a imobilních.“*

*„U zahleněných pacientů.“*

*„U žádných – provádí sestra či rehabilitační pracovník.“*

*„U pacientů se zrychleným, mělkým dýcháním a u zahleněných.“*

*„S onemocněním dýchacích cest (CHOPN) a u zahleněných.“*

*„U všech.“*

*„Neprovádím.“*

*„U pacientů, které odpojujeme z UPV.“*



**Otázka č. 20**

*„Poloha na boku, nejlépe v sedě (když se to dá). Pohyby provádím na zádech a 3krát opakuji, nepřerušuji dotek s pacientem.“*

*„Provádí rehabilitační pracovník.“*

*„Neprovádím.“*

*„Pomalými krouživými pohyby postupuji od spodní části žeber nahoru, střídám pravou a levou stranu, nebo obě naráz.“*

*„Poklepem na horní část hrudníku.“*

*„Krouživé pohyby oběma rukama směrem k obličeji, poklepy.“*

*„Informuji klienta, přiložím ruce na hrudník a krouživými pohyby masíruji klientův hrudník směrem dolů, poté dlouhým tahem zpět na horní část zad.“*

*„Celou dlaní na hrudník, krouživé pohyby.“*

**Otázka č. 24**

*„Ještě provádím mikropolohování“*

**Otázka č. 25**

*„Je to individuální, každému vyhovuje jiná poloha“*

**Otázka č. 27**

*„Zhoršení stavu pacienta (někdy epileptický záchvat).“*

*„Při akutních činnostech.“*

*„Zhoršení stavu pacienta na vedlejším lůžku.“*

*„Desaturace jiného pacienta.“*

*„Pacient byl zahleněný, musel se odsát nebo desaturace.“*

*„Péče o jiného pacienta.“*

*„Pacientův neklid.“*

**Otázka č. 29**

*„Spolupráce s rodinou.*

*„Svědomí.“*

*„Pouze na dobré vůli sester.“*

**Otázka č. 30**

*„Neochota, neznalost konceptu a nedůvěra k výsledkům BS.“*

## PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

Vážená respondentko/respondente,

jmenuji se Michaela Kondrysová a studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma **Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí**, která si klade za cíl zjistit a srovnat používání prvků somatické stimulace v péči o pacienta s poruchou vědomí na oddělení Dlouhodobé intenzivní péče v nemocnici Sural Clinic v Brně a oddělení Následné intenzivní péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní. Skládá se z 30 otázek. Při vyplňování zvolte prosím jen **jednu odpověď, není-li uvedeno jinak**. Odpověď **kroužkujte**. Tam, kde jsou uvedeny volné řádky, prosím vypište Vaši odpověď slovně.

Prosím Vás o co největší upřímnost, dotazník bude pro mne cenným zdrojem informací při zpracovávání praktické části bakalářské práce.

Předem Vám mnohokrát děkuji za Váš čas a přeji plno pracovních i osobních úspěchů.

Michaela Kondrysová

**Jakého jste pohlaví?**

- a) muž                      b) žena

**Kolik je Vám let?** \_\_\_\_\_

**Jakou profesi na oddělení vykonáváte?**

- a) sanitář/ka  
b) ošetřovatel/ka  
c) zdravotnický asistent SZŠ ukončené maturitou  
d) všeobecná sestra (zakroužkujte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání)  
    a. všeobecná sestra SZŠ ukončené maturitou  
    b. diplomovaná sestra  
    c. sestra specialista  
    d. sestra – bakalářka  
    e. sestra – magistra

e) jiné (uveďte):

---

---

**1. Používáte koncept Bazální stimulace na Vašem pracovišti?**

- a) ano                      b) ne

**2. Absolvoval/a jste certifikovaný kurz Bazální stimulace?**

- a) ano                      b) ne

**3. Zapojujete do ošetrovatelské péče v rámci bazální stimulace i rodinu a příbuzné pacienta?**

- a) ano  
b) spíše ano  
c) ne  
d) spíše ne

**4. Používáte v péči o nemocné iniciální dotek?**

- a) ano  
b) spíše ano  
c) ne  
d) spíše ne

Pokud jste v otázce č. 4 odpověděl/a **ne** nebo **spíše ne**, přejděte prosím k **otázce č. 7**

**5. Uveďte prosím slovně, jak iniciální dotek provádíte?**

---

---

**6. Čekáte po provedení iniciálního doteku na reakci pacienta?**

- a) ano  
b) spíše ano  
c) ne

d) spíše ne

**7. Prosím popište, jak informujete pacienta o zamýšlené činnosti?**

---

---

**8. Jakým způsobem odkrýváte příkrývku pacienta?**

- a) vezmu ji a odložím stranou
- b) roluji ji po těle klienta od krku k dolním končetinám
- c) jiné (uved'te):

---

---

**9. Koupel pacienta provádíte?**

- a) sám/sama
- b) s jednou kolegyní/jedním kolegou
- c) s více kolegyněmi/kolegy
- d) jiné (uved'te):

---

---

**10. Přerušujete při koupeli dotek s pacientem?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Pokud jste v otázce č. 10 odpověděl/a **ne** nebo **spíše ne**,  
přejděte prosím k **otázce č. 12**

**11. Jak postupujete, jestliže musíte při koupeli přerušit dotek s pacientem?**

- a) odejdu beze slov
- b) upozorním pacienta, nechám přiložené žínky pro pocit doteku a přikryji pacienta příkrývkou

c) jiné (uved'te):

---

---

**12. Pacient během koupele ...**

- a) je celý odkrytý
- b) má zakryty intimní partie
- c) je přikrytý do půl těla přikrývkou
- d) jiné (uved'te):

---

---

**13. Jak koupel provádíte?**

- a) pomocí jedné žínky
- b) pomocí dvou žinek
- c) jiné (uved'te):

---

---

**14. Jaké jste zaznamenal/a nejčastější reakce pacienta na uklidňující koupel?**

*(Můžete zakroužkovat více odpovědí)*

<i><b>Pozitivní</b></i>	<i><b>Negativní</b></i>
a) mžikání očima	i) zavírání očí a úst, blednutí
b) hluboký dech	j) neklidné a nepravidelné dýchání
c) bručení	k) pláč, křik, sténání
d) otevírání očí a úst	l) zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla
e) pousmání, úsměv	m) motorický neklid, stereotypní chování
f) uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů	n) manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se
g) klidné pohledy do okolí	o) jiné (uved'te):
h) jiné (uved'te):	
<hr/>	<hr/>

**15. Jaké jste zaznamenal/a nejčastější reakce pacienta na povzbuzující koupel?**

(Můžete zakroužkovat více odpovědí)

<i>Pozitivní</i>	<i>Negativní</i>
a) mžikání očima	i) zavírání očí a úst, blednutí
b) hluboký dech	j) neklidné a nepravidelné dýchání
c) bručení	k) pláč, křik, sténání
d) otevírání očí a úst	l) zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla
e) pousmání, úsměv	m) motorický neklid, stereotypní chován
f) uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů	n) manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se
g) klidné pohledy do okolí	o) jiné (uveďte):
h) jiné (uveďte):	

**16. Kterou koupel nejčastěji provádíte a proč?**

a) povzbuzující, protože...

---

---

b) uklidňující, protože...

---

---

d) neurofyziologickou, protože...

---

---

**17. Sledujete při koupeli reakce pacienta a reagujete na ně?**

a) ano

b) spíše ano

c) ne

d) spíše ne

e) jiné (uved'te):

---

---

**18. Necháváte pacienta po koupeli odpočinout?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) jiné (uved'te):

---

---

**19. U kterých pacientů provádíte nejčastěji masáž stimulační dýchání?**

---

---

**20. Prosím popište, jak provádíte masáž stimulační dýchání?**

---

---

**21. Jaké jste zaznamenal/a nejčastější reakce pacienta při masáži stimulační dýchání?**

*(Můžete zakroužkovat více odpovědí)*

- a) žádnou
- b) pacient se během této techniky uvolnil, zklidnil
- c) upravila se hodnota fyziologických funkcí (dech, krevní tlak, puls)
- d) jiné (uved'te)

---

---

**22. Jakým způsobem provádíte kontaktní dýchání?**

- a) ruce pokládám na hrudník klienta a doprovázím ho v nádechu i při výdechu, někdy přidám vibrace



- b) neprovádím
  - c) jiné (uved'te)
- 
- 

**23. Polohujete své klienty dle konceptu Bazální stimulace?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Pokud jste v otázce č. 23 odpověděl/a **ne** nebo **spíše ne**,  
přejděte prosím k **otázce č. 26**

**24. Jakou polohu u klientů nejčastěji provádíte?**

- a) poloha hnízdo
  - b) poloha mumie
  - c) jiné (uved'te):
- 
- 

**25. Zaznamenal/a jste nějakou reakci pacienta na danou polohu?**

*(Můžete zakroužkovat více odpovědí)*

- a) žádnou
  - b) pacient se během této techniky uvolnil, zklidnil
  - c) upravily se hodnoty fyziologických funkcí (dech, krevní tlak, puls)
  - d) jiné (uved'te)
- 
- 

**26. Musel/a jste někdy nabídku bazální stimulace u pacienta přerušit?**

- a) ano
- b) ne

**27. Pokud ano, prosím popište danou situaci:**

---

---

**28. Myslíte si, že provádění somatické stimulace má u pacientů s poruchou vědomí smysl?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

**29. Uveďte prosím faktory, které na Vašem oddělení podporují uplatňování bazální stimulace v praxi:**

- a) podpora vedoucích pracovníků
- b) dostatek sester v jedné službě
- c) dostatek času
- d) dostatek pomůcek
- e) jiné

---

---

**30. Uveďte prosím faktory, které na Vašem oddělení znesnadňují uplatňování bazální stimulace v praxi:**


- a) nezájem vedoucích pracovníků
- b) nedostatek sester v jedné službě
- c) nedostatek času
- d) nedostatek pomůcek
- e) jiné

---

---


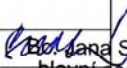
Ještě jednou děkuji za Váš čas.

# PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Kondrysová	
Téma bakalářské práce	Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Renata Halmo	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	nelékařský zdravotnický pracovník	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Surgal Clinic, Brno	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Bc. Jana Svobodová hlavní sestra SGC

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 28. 1. 2014

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

 **Surgal Clinic** <sup>®</sup>  
Surgal Clinic s.r.o.  
Drobného 38-40  
602 00 Brno  
IČ: 40909033 DIČ: CZ40909033



.....  
razítko a podpis zástupce zařízení  
Bc. Jana Svobodová  
hlavní sestra SGC

# PŘÍLOHA P X: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Kondrysová	
Téma bakalářské práce	Využití prvků somatické stimulace u pacientů s poruchou vědomí	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Renata Halmo	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	nelékařský zdravotnický pracovník	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Surgál Clinic, Brno	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28.1.2014.

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo náměstí 600  
762 75 Zlín (9)

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## **PŘÍLOHA P XI: VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE – SOMATICKÁ STIMULACE U PACIENTA S PORUCHOU VĚDOMÍ**

Na vnitřní straně zadní desky bakalářské práce můžete nalézt obal s edukačním DVD videem.