

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Monika Pačísková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Monika Pačísková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE V PRÁCI
VŠEOBECNÝCH SESTER**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 03. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr.Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Pačísková Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití Bazální stimulace v práci všeobecných sester

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 71

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 7

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: Bazální stimulace, vnímání, pohyb, komunikace,

Souhrn:

Bakalářská práce má charakter kvantitativního výzkumu, zabývá se konceptem Bazální stimulace a jeho využitím v ošetrovatelské péči: V teoretické části jsou shrnuty základní informace o konceptu Bazální stimulace, jeho hlavní cíle, principy, jednotlivé prvky stimulace a možnosti jejich využití. V praktické části jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření, které bylo zaměřeno na zjištění, zda je koncept Bazální stimulace využíván všeobecnými sestrami, mírou informovanosti, postoji, vzdělaností všeobecných sester v konceptu a to v rámci Karlovarského kraje.

Annotation

Surname and name: Pačísková Monika

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Utilization of the Basal stimulation concept in a nurses work

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 71

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 7

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 26

Keywords: Basal stimulation, perception, movement, communication

Summary:

The bachelor thesis has a quantitative character research, it deals with the concept of the Basal stimulation and its utilization in the nursing care. The theoretical part summarizes the basic information about the concept of the Basal stimulation, its main objectives, principles, individual elements of stimulation and its possibilities of use. The practical part presents results of the research that was aimed to find out if the concept of the Basal stimulation is used by general nurses, the level of awareness, attitudes, knowledge of nurses in concept in Karlovy Vary region.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 BAZÁLNÍ STIMULACE A JEJÍ HISTORIE	10
1.1 Autoři a původ konceptu.....	10
1.2 Současná situace	11
2 CHARAKTERISTIKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE	13
2.1 Vývoj a podstata vnímání	13
2.1.1 Komunikace – její význam.....	16
2.1.2 Komunikace v konceptu bazální stimulace	17
2.1.3 Dotek jako prostředek komunikace a jeho význam v ošetrovatelské péči	18
2.2 Základní principy a cíle bazální stimulace.....	19
2.2.1 Deset centrálních evropských cílů.....	19
2.2.2 Biografická anamnéza	20
2.2.3 Desatero Bazální stimulace	21
2.3 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE	22
2.4 ZÁKLADNÍ PRVKY	22
2.4.1 Somatická stimulace	22
2.4.2 Iniciální dotek	23
2.4.3 Možnosti somatické stimulace dle konceptu Bazální stimulace:	24
2.4.4 Somatická stimulace zklidňující.....	24
2.4.5 Somatická stimulace povzbuzující	26
2.4.6 Neurofyziologická somatická stimulace.....	27
2.4.7 Diametrální stimulace.....	28
2.4.8 Rozvíjející somatická stimulace	28
2.4.9 Masáž stimulující dýchání	29
2.4.10 Kontaktní dýchání	29
2.4.11 Polohování v konceptu Bazální stimulace.....	30
2.5 Vestibulární stimulace	31
2.6 Vibrační stimulace	32
2.7 NÁSTAVBOVÉ PRVKY.....	33
2.7.1 Optická stimulace	33
2.7.2 Auditivní stimulace	34
2.7.3 Orální stimulace.....	34
2.7.4 Olfaktorická stimulace.....	35
2.7.5 Taktilně- haptická stimulace.....	36

PRAKTICKÁ ČÁST	37
3 FORMULACE PROBLÉMU	38
4 CÍL VÝZKUMU	39
Hlavní cíl	39
Předpoklady	39
5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	40
6 METODIKA SBĚRU DAT	41
7 ORGANIZACE VÝZKUMU	41
8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	42
DISKUZE	65
NÁVRH NA ŘEŠENÍ	70
ZÁVĚR	71
LITERATURA A PRAMENY	72
SEZNAM ZKRATEK	75
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Bazální stimulace je vědecký koncept, který má svůj původ v oblasti speciální pedagogiky a teprve později byl transformován do ošetrovatelské péče. Tento koncept je zaměřen na oblast podpory v komunikaci, vnímání a hybnosti pacienta.

Poprvé jsem se s konceptem Bazální stimulace setkala v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské. Zaujal mne především tím, co je pro každého z nás velmi důležité, a to snahou přistupovat ke každému jedinci individuálně, s empatií a se snahou pochopit jeho chování a potřeby.

Jedinečnost a individualita konceptu Bazální stimulace dává klientovi i jeho rodině naději na opravdu kvalitní a holisticky založenou péči. Koncept je zaměřen na podporu vývoje a saturaci všech základních lidských potřeb, proto jej lze aplikovat u většiny pacientů všech věkových kategorií. Díky tomu je možné uplatnit ho nejen v klinické péči, v péči o děti a dospělé s mentální a fyzickým postižením, ale také v péči o seniory. Koncept má uplatnění nejen ve zdravotnických, pedagogických či sociálních zařízeních, ale i v rodině samé. Plně respektuje člověka v jeho životní situaci s jeho deficitem. Vychází z úcty k člověku.

Pokud ošetroující personál získá potřebné znalosti a odborné kompetence k tomu, jak poskytnout stimulující a ošetrovatelskou péči v konceptu Bazální stimulace a používá tyto znalosti v praxi, lze úspěšně docílit i snížení doby potřebné k ošetrovatelské péči o klienta.

Během studia na vysoké škole jsem absolvovala základní kurz Bazální stimulace a zároveň jsem se rozhodla psát svou závěrečnou bakalářskou práci na toto téma. Zaměřila jsem se na využívání tohoto konceptu v praxi a to ve zdravotnických zařízeních v Karlovarském kraji, ze kterého pocházím. Chtěla jsem zjistit, zda všeobecné sestry v Karlovarském kraji koncept znají, mají-li odpovídající školení a zda koncept využívají ve své ošetrovatelské praxi. Dále mě zajímalo, na kterých odděleních se koncept Bazální stimulace využívá nejvíce a jaké druhy stimulace jsou nejvíce využívány. Také mě zajímalo, jestli je do provádění konceptu zapojena rodina klienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 BAZÁLNÍ STIMULACE A JEJÍ HISTORIE

1.1 Autoři a původ konceptu

Koncept byl vyvinut v 70. letech 20.století. Za jeho zakladatele a autora je považován Prof. Dr. Andreas Fröhlich, který od roku 1970 působil jako speciální pedagog v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl ve Spolkové republice Německo. Zde se věnoval dětem, které se narodily s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. Vzhledem k jejich hluboké retardaci a velmi těžkým změnám v oblasti vnímání bylo velmi těžké s nimi navázat verbální komunikaci. Jejich schopnosti byly v této oblasti velmi omezené nebo téměř žádné.

Andreas Fröhlich na základě svých praktických zkušeností a na základě vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie vypracoval v rámci výzkumu ve své disertační práci koncept podporující rozvoj schopností u těchto dětí a velmi úspěšně s nimi navázal komunikaci na bázi somatického, vestibulárního a vibračního vnímání.

Důležitým předpokladem pro vypracování konceptu bylo tvrzení profesora Fröhliche, že i tyto děti jsou vzdělavatelné. Koncept prokazatelně umožnil podpořit postižené děti v jejich vývoji a pomohl jim zkvalitnit prožívání života.

Na základě dosažených výsledků v klinické praxi a rozvoji schopností klientů, u kterých byl koncept aplikován, se koncept bazální stimulace stal uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem (Friedlová,2007,s.14).

O zavedení konceptu do ošetrovatelské péče se zasloužila profesorka Christel Bienstein, původem zdravotní sestra. Ta jej zařadila do ošetrovatelské péče u pacientů dlouhodobě nemocných a prokázala úspěšnost implementace tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti intenzivní medicíny. Vycházela z poznatků Dr.Fröhliche, že prvky konceptu Bazální stimulace jsou určeny pro klienty všech věkových kategorií, nejen pro dlouhodobě nemocné.

Profesorka Christel Bienstein spolupracuje od poloviny osmdesátých let s profesorem Andreasem Fröhlichem na problematice ošetrovatelské péče o klienty se změněnou a silně omezenou schopností vnímání a pohybu. Společně se podílejí na

vědeckých projektech v oblasti konceptu Bazální stimulace. Vypracovali systém vzdělávání lektorů konceptu Bazální stimulace, aby byl zajištěn relevantní přenos konceptu do klinické praxe. Po dlouhodobém společném úsilí a spolupráci s mnoha dalšími odborníky z jiných oblastí péče, jako například geriatrické, neonatologické, psychiatrické a také paliativní péče, je koncept velmi dobře integrovatelný do každodenní ošetrovatelské péče (Friedlová,2007,s.14).

1.2 Současná situace

V současné době patří Bazální stimulace k uznávaným a aplikovaným ošetrovatelským konceptům. Je využívána jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Koncept se stal neodmyslitelnou součástí života lidí se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace. Zaujal významné místo v intenzivní péči, na standardních odděleních, v péči o klienty ústavů sociální péče, obyvatele domovů důchodců, v domácí a hospicové péči a v neposlední řadě také v péči o nedonošené děti.

Koncept Bazální stimulace je v některých státech Evropské unie integrován do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách. V České republice v současné době pracují s konceptem různá zdravotnická a sociální zařízení, agentury domácí péče, ale také je využíván na Anesteziologicko-resuscitačních odděleních a Jednotkách intenzivní péče.

První certifikovanou lektorkou konceptu Bazální stimulace v ČR se stala PhDr. Karolína Friedlová. Po ukončení střední zdravotnické školy pracovala jako zdravotní sestra v Rakousku a Německu, kde se seznámila s konceptem Bazální stimulace a aplikovala jej v klinické péči. Zasloužila se o zavedení tohoto konceptu v České i Slovenské republice, o jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi a také o integraci výuky konceptu Bazální stimulace na zdravotnických školách, a to především v Ostravě a Opavě. Od roku 2003 lekturuje odborné kurzy. V roce 2005 založila Institut Bazální stimulace, který nabízí možnost vzdělávání v konceptu Bazální stimulace formou certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činnosti pro odborníky i laiky. Od roku 2006 superviduje proškolená zařízení a na základě těchto supervizí jsou zařízení certifikována jako pracoviště pracující s konceptem Bazální stimulace. V roce 2010 byla na Výročním shromáždění Mezinárodní asociace Bazální stimulace ve Frankfurtu nad Mohanem v Německu, zvolena novou prezidentkou Mezinárodní asociace Bazální stimulace. V celé

Evropě působí k dnešnímu dni více než 750 lektorů konceptu Bazální stimulace (<http://www.bazalni-stimulace.cz>).

2 CHARAKTERISTIKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je pedagogicko–ošetřovatelský koncept, který podporuje v nezákladnější(bazální) rovině lidské vnímání (Friedlová,2007,s.19).

Vychází z poznatků pedagogiky,fyziologie,anatomie,neurologie,vývojové psychologie a ošetřovatelství. Základní myšlenkou tohoto konceptu je požadavek celistvosti, tzv.holistický přístup. Princip holismu spočívá v zohlednění fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb klienta(Hájková a kol.2009,s. 45).

Zaměřuje se na oblast podpory v komunikaci, vnímání a pohybové schopnosti člověka. Vnímání umožňuje pohyb a díky pohybu a vnímání je umožněna komunikace. Tyto základní prvky jsou velmi úzce propojeny,navzájem se prolínají a podporují. Cílenou stimulací smyslových orgánů podporuje mozkovou aktivitu, kdy jsou uváděny do činnosti vzpomínky, které umožní klientům s poruchou ve všech výše uvedených oblastech jejich aktivizaci. Bazální stimulace napomáhá mobilizovat a obnovovat narušené schopnosti lidského vnímání. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta. Klient je chápán jako individualita, jako partner s vlastní historií a určitými schopnostmi. Koncept Bazální stimulace klade velký důraz na empatii, entuziasmus a erudovanost ošetřujícího personálu.

2.1 Vývoj a podstata vnímání

Organismus stále přijímá velké množství informací z vnějšího i vnitřního prostředí vlastního těla a nervový systém tyto informace velmi přesně a rychle zpracovává. Je řízen centrálním nervovým systémem, který je nejvýše postaveným a integrujícím systémem organismu. Řídí naši osobnost, myšlení, řeč, emoce chápání, základní životní funkce jako je dýchání, srdeční aktivita, krevní tlak, pohyby a v neposlední řadě smysly, mezi které patří zrak, sluch, hmat, chuť a čich (Pfeiffer,2007,s.25).

Každý člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi.

Schopnost vnímání začíná již na konci druhého měsíce nitroděložního vývoje. Embryo činí už v tomto období zkušenost se sebou samým. V 7.týdnu cucá zárodek svého palce a polyká plodovou vodu. V 8.týdnu prenatalního vývoje se vytvářejí první neuronální spojení v mozku. Díky neustálým pohybům plodu a somatické stimulaci skrze stěnu uteru je stimulována a aktivizována neuronální síť mozku plodu.

Nejvýraznější podněty dostává lidský plod po celou dobu embryonálního vývoje v oblasti *somatické*, které poskytují vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Embryo je schopné zřetelně reagovat na dotyk. Cítí tlak stěny děložní a plodové vody na svém těle. Vnímá hranice svého těla a své tělo jako takové. Dále *vibrační*, kdy plod reaguje na zvuky, které jsou přenášeny v podobě vlnění plodovou vodou a uvědomuje si je jako vibrace, např. hlas matky, tlukot jejího srdce nebo žaludeční a střevní peristaltika a *vestibulární*, s rozvojem schopnosti somatického vnímání je velice úzce spjata schopnost pohybu. Plod vnímá změny polohy svého těla a změny polohy těla matky (Fröhlich,1998.s.19).

Tyto tři druhy vnímání u člověka utvářejí pocit jistoty. Lze to pozorovat při utěšování druhého, např. u matky, která vezme do náruče malé dítě. Tím dochází automaticky ke stimulaci všech tří základních smyslů. Dítěti se dostane tělesného kontaktu, pohybujeme s ním,poklepáváme po zádech a konejšivě na něj mluvíme. Tento způsob chování je většinou intuitivní a uklidní plačící dítě i dospělého člověka.Nachází se ve všech kulturách (Friedlová,Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I.).

Jednotlivé prvky využívané v bazální stimulaci se orientují dle vývoje v prenatalním období. Podle současných vědeckých poznatků bylo zjištěno,že se nejprve vyvíjí somatické vnímání, tedy vnímání vlastního těla, dále vnímání chvění, vibrací neboli vibrační vnímání, které nás informuje o intenzitě vibrací (např. skákání, běh,vibrace při mluvení) a vnímání rovnováhy neboli vestibulární vnímání, které nás informuje o změně polohy a postavení v prostoru (Fröhlich,1998,s.20).

Během prenatalního a dalšího postnatalního vývoje získává dítě další percepční schopnosti a to v oblasti auditivní, olfaktorické, taktilně-haptické,orální a zrakové.

Všechny tyto smysly, pokud jsou nepoškozené, umožňují správný psychomotorický vývoj dítěte (Skriptum,Základní kurs Bazální stimulace,2014).

Dítě narozené předčasně nebo postižené je o to více odkázáno na své okolí, které by mu umožnilo získat podněty tak důležité pro jeho vývoj. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoliv příčin málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci. Kognitivní vývoj není možný bez prodělané zkušenosti s pohybem. Pokud člověk trpí nedostatkem pohybové aktivity, dochází k motorické deprivaci. Nedostatečnou senzomotorickou stimulací dochází k senzomotorické deprivaci s následným sekundárním poškozením intelektu.

Vnímání je poznávací proces. Poznáváme to, co v daném okamžiku působí na naše smyslové orgány. Vnímáme to, co se odehrává tady a teď. Díky tomu můžeme poznávat okolní svět a také naše vnitřní prostředí organismu.

J.Řezáč ve své knize Sociální psychologie popisuje vnímání jako selektivní zpracovávání informací podle určitých principů do významových celků, které vstupují do odpověďové složky chování. První vstupní blok tvoří recepční děje. Hlavní roli zde mají jednotlivé smyslové analyzátory. Dochází k přeměně působení vnějších vlivů do podoby nervového vzruchu, šířícího se po nervových vláknech. Přijímané informace jsou podrobeny selekci, výběru a modifikaci, protože se zde uplatňuje vliv předchozí zkušenosti.

Lidský mozek má schopnost ukládat a uchovávat informace. Svě životní návyky uchovává v paměťových drahách, a proto lze cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Nervový systém má schopnost přizpůsobovat se nejrůznějším vlivům, má schopnost plasticity. Poškozené struktury mozku mohou znovu nabýt svých funkcí nebo jiné oblasti mozku mohou jejich funkce převzít. Tento fakt lze využít v péči o postižené děti, ale také u pacientů po traumatických či jiných postiženích mozku.

„Cílená a strukturovaná stimulace smyslových orgánů a podpora hybnosti klienta dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech.“ (Friedlová, skriptum Základní kurs Bazální stimulace, 2014, s.3). Koncept Bazální stimulace vychází z předpokladu, že ať již má člověk vyřazen kterýkoliv ze smyslů, je schopen vnímat ostatními smysly alespoň něco (Friedlová, Bazální stimulace v práci sestry. Sestra, 2003, roč.13, č.1, s.14-16. ISSN 1210-0404).

Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je možná díky pohybu a vnímání. Tyto složky se vzájemně ovlivňují a jsou základními prvky konceptu Bazální stimulace, která může aktivovat činnost mozku a produkovat tak zpět uložené vzpomínky (Wolfová,7/2006).

2.1.1 Komunikace – její význam

Komunikace je vědomá činnost lidského chování. Je součástí každého člověka a patří mezi základní potřeby. Má velmi významnou roli při rozvoji osobnosti člověka, při jeho začlenění do společnosti, ale také v rozvoji učení a vzdělávání nebo získávání a předávání informací (Hájková,2009,s. 78). Schopnost komunikovat má velmi zřetelný vliv na kvalitu života.

Lidská komunikace probíhá na úrovni verbální a neverbální. Verbální úroveň je slovní vyjadřování. Řeč, která může být mluvená či psaná. Do verbální komunikace řadíme kromě slov také zvuky např. smích nebo mručení patří mezi zvukové výrazové prostředky. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností analyzovat význam slov, výšku a intonaci hlasu.

Neverbální komunikace umožňuje tlumočit pocity a postoje i beze slov, pomocí gest, mimiky, zrakového a tělesného kontaktu. Zahrnuje širokou oblast toho, co vyjadřujeme. Pomocí nonverbální komunikace sdělujeme emoce, zájem o sblížení, dojem o tom, kdo jsem, snahu ovlivnit partnera (Mareš, Křivohlavý, 1995, s. 57).

Neverbální komunikace je ovlivněna také úrovní vědomí, schopností vykonat pohyb, možností využití jiné komunikační alternativy než auditivní (Friedlová, 2007, s. 32-42).

Prostředky neverbální komunikace

Gestika- gesta představují pohyb některé části těla, nejčastěji rukou, někdy i nohou, hlavy nebo celého těla. Prostřednictvím gestikulace je možné u pacienta klasifikovat nespočetné množství pocitů, problémů a vyhodnotit jeho potřeby.

Mimika a výraz tváře – tvář je výrazově nejbohatší část těla, která odráží mnoho cenných informací, má tedy pro neverbální komunikaci základní význam. Prostřednictvím mimiky

může vyjádřit různé emoce: štěstí, smutek, překvapení, strach, klid, spokojenost nebo bolest.

Haptika– taktilní projevy představují prvotní východisko všech neverbálních projevů. Dotek sehrává v komunikačním procesu významnou signalizační funkci. Doteky mohou mít různý charakter. Mohou být láskyplné, či jen v rámci hygieny, relaxace, péče o zdraví a dalšího běžného kontaktu se svými rodiči, ošetřovateli, vrstevníky a pedagogy.

Pohled očí – je významnou složkou sociální komunikace. Prostřednictvím zraku jsme schopni zpracovat mnohé nonverbální informace – gesta, pohyby, umístění v prostoru a podobně.

Člověk má k dispozici mnoho možností, které lze využít téměř ve všech rovinách komunikace. Komunikačními kanály mohou být všechny smyslové orgány. Komunikace potřebuje určité médium (v podobě dotyků, vůní, chuťových vjemů, změny polohy a jiných podnětů), které má transportní roli při komunikaci.

2.1.2 Komunikace v konceptu bazální stimulace

V konceptu bazální stimulace využíváme dle stavu a schopností klienta těchto komunikačních kanálů: somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického, taktilně-haptického a orálního komunikačního kanálu.

Komunikace s lidmi, jejichž vědomí nebo vyjadřovací schopnosti jsou omezené, je nesnadná. Nejnáročnějším úkolem ošetřujícího personálu při zjišťování a uspokojování potřeb klienta s poruchou vědomí či omezené možnosti vyjadřování je najít správný komunikační kanál. S klientem navazujeme kontakt prostřednictvím výše uvedených komunikačních kanálů a podle reakcí klienta volíme ten nejvhodnější způsob.

Je důležité znát danou problematiku a mít schopnost zaznamenat reakce člověka, i když jsou jen nepatrné a také adekvátně na ně reagovat.

Sestra používá dovednost komunikovat s klientem jako součást profesionálního vybavení. Dá se zaregistrovat i nepatrné reakce klienta jako je rytmus dýchání, mrknutí oka, (což může být jediný signál schopnosti se vyjádřit) dává ošetřovatelsví zcela jinou dimenzi, kompetenci a umožňuje velkou kreativitu ošetřovatelského personálu. Má velmi

pozitivní dopad nejen na klienta a rodinu, ale přispívá i k celkové prestiži ošetrovatelské profese (Václavíčková,sestra03/2014).

2.1.3 Dotek jako prostředek komunikace a jeho význam v ošetrovatelské péči

Jedním z významných neverbálních projevů jsou doteky. Hmat má vedle zraku relativně největší percepční možnosti. Haptický kontakt má mimořádnou důležitost ve vytváření dobrých vzájemných vztahů a důvěry (Křivohlavý,1995,s.67).

Dotek je jeden z hlavních prostředků komunikace. Je to základní lidská schopnost. Dotek představuje jistotu, teplo a bezpečí. Záleží však i na charakteru doteku, může i zraňovat (útočné reakce, traumatizace). V životě člověka hrají doteky různé role a to jim přikládá obrovský význam. Velkou roli hraje lokalita a intenzita doteků.

Ruce ošetrojícího personálu se klienta dotýkají od jeho probuzení až do uložení ke spánku. Předávají klientovi informace o jeho těle. Mnohdy si ani neuvědomujeme, jak se klienta dotýkáme. Jak jsou pro klienta naše doteky nepříjemné a chaotické.

Jen kvalitní dotek má smysluplný význam a je to zpětná vazba pro klienta. Kvalitní dotek je nesmírně důležitý. Dává klientovi pocit bezpečí a jistoty.

Koncept bazální stimulace využívá možnosti pomocí doteků působit terapeuticky. A to v těchto technikách:

- v polohování
- v somatické stimulaci tělesného schématu
- masážní techniky
- v podpoře a stimulaci dýchání
- v pomoci při pohybu a korekci pohybu (Friedlová,2007,s.71)

2.2 Základní principy a cíle bazální stimulace

Základním principem konceptu je zjištění, že pomocí vnímání vlastního těla můžeme posléze vnímat okolní svět. Vychází z teze, že každý člověk má geneticky naprogramovaný určitý vývoj, který je možné vhodným způsobem podpořit. Pro vývoj člověka je důležitá zkušenost s vlastním tělem, od ní se vyvíjí další oblasti jako je motorika, kognice, komunikace, sociální zkušenost, emoce a vnímání (Friedlová, Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství, s. 43).

Bazální stimulace zprostředkovává elementární stimuly. Respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat. Podporuje a umožňuje vnímání tak, aby u postižených docházelo k:

- stimulaci vnímání vlastního těla
- rozvoji vlastní identity
- umožnění vnímání okolního světa
- navázání komunikace se svým okolím
- podpoře orientace v čase a prostoru
- zlepšení funkcí organismu
- umožnění prožívat život v co nejvyšší možné míře kvality

2.2.1 Deset centrálních evropských cílů

Na základě mnohaletých zkušeností s konceptem v klinické praxi sestavili autoři konceptu centrální cíle, které respektují klienta a všechny jeho potřeby tak, jak je znázorňuje Maslowova hierarchie lidských potřeb (Friedlová, skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace 2014, s. 29).

- Zachovat život a zajistit vývoj
- Umožnit pocítit vlastní život
- Poskytnout pocit jistoty a důvěry
- Rozvíjet vlastní rytmus
- Umožnit poznat okolní svět
- Pomoci navázat vztah

- Umožnit zažít smysl a význam věci či konaných činností
- Pomoci uspořádat jeho život
- Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
- Objevovat svět a vyvíjet se (Bienstein,Fröhlich,2003,s.256)

2.2.2 Biografická anamnéza

Pro aplikování kvalitní a účinné stimulace využíváme poznatky z biografické anamnézy klienta. Díky ní lze stanovit reálné cíle a odpovídající ošetřovatelský, terapeutický nebo pedagogický plán.

V tomto má zcela nezastupitelnou roli integrace příbuzných, kteří nám mohou poskytnout informace z každodenního života klienta. Každé zařízení by si mělo strukturovat biografickou anamnézu podle složení svých klientů. Do anamnestického dotazníku soustředíme např. tyto informace:

Sociální situaci

Zjišťujeme údaje o klientově rodině, zaměstnání, věku, jaké má koníčky, zájmy, s kým dotyčný žije, jestli má přátele a další informace týkající se jeho sociální situace

Smyslové informace

Velmi důležitou roli hraje hodnocení jednotlivých smyslů klienta. Ptáme se na jakékoliv odchylky, kterými klient trpí.

Zrak - první informace zjistíme pohledem, zda nás dotyčný pozoruje či nikoliv. Pokud je klient v bezvědomí, nebo nereaguje, zjišťujeme informace od jeho blízkých. Např. Má klient poruchu zraku? Jakou? Nosí klient brýle, nebo kontaktní čočky? Pro použití optické stimulace se ptáme, zda klient sleduje televizi. Jaké pořady má rád?

Sluch - pro dobrou komunikaci je nezbytné vědět, jestli nás klient slyší a jestli rozumí našim slovům. Zjišťujeme, zda klient potřebuje kompenzační pomůcky (naslouchadlo). Má li poruchu sluchu, jakou?

Pro použití auditivní stimulace zjišťujeme, jestli klient poslouchá rád hudbu a jakou.

Čich - různé vůně a pachy vyvolávají v každém z nás řadu vzpomínek. Je důležité vědět, jaký vztah měl klient k jednotlivým typům vůně. Ptáme se na oblíbené vůně, oblíbený parfém, mýdlo, šampon atd.

Chut'- Zajímáme se o to, jaké má klient oblíbená jídla a nápoje, nebo naopak. Zda trpí nějakými stravovacími potížemi (nechutenstvím, nadýmáním), má-li alergie na určité potraviny atd.

Denní rytmus- Ptáme se na klientovu strukturu dne. V kolik hodin vstával, zda snídal, zda chodil do zaměstnání, jestli měl koníčky, kterým se věnoval pravidelně atd.

Podle sestavené struktury dne můžeme klientovi rozepsat program i v místě, kde je právě hospitalizován.

Péče o sebe sama – Čím je člověk starší, tím hůř se o sebe dokáže postarat. Úroveň sebepéče klesá také u člověka, který náhle onemocněl, nebo má nějaký druh postižení. Každé zlepšení této schopnosti je považováno za velký úspěch a posun v léčbě

Bolest – Měli bychom vědět, jak klient zvládá bolest. Jak jí dává najevo a které bolesti ho nejvíce postihují. Někdy je velmi těžké rozpoznat, zda klient bolesti má či ne .

Lateralita – Zjišťujeme, jestli je klient levák nebo pravák.

Spánek – Zjišťujeme, kdy chodí klient obvykle spát, kdy se probouzí. V jaké poloze nejčastěji usíná, čím se přikrývá atd.

Osobnost klienta – Zjišťujeme, jaký je klient typ (klidný, živý, společenský)

„Práci s biografií není míněno pouze shromažďování informací, ale plynulé integrování těchto údajů do plánů péče s cílem podpořit schopnost sebepéče a soběstačnosti pacienta, ale i jeho lepší adaptaci na nové životní podmínky“ (Procházková, 2014, s. 18)

2.2.3 Desatero Bazální stimulace

„Přivítejte se a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.

Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě.

Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.

Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.

Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.

Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.

Nepoužívejte v řeči zdrobněliny.

Nehovořte s více osobami najednou.

Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.

Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.“ (Friedlová, 2007, s. 39)

2.3 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace vychází z potřeb klienta. Techniky konceptu dělíme na prvky základní a nastavbové.

Prvky základní : Somatická stimulace

Vibrační stimulace

Vestibulární stimulace

Prvky nastavbové : Optická stimulace

Auditivní stimulace

Taktilně-haptická stimulace

Olfaktorická stimulace

Orální stimulace

2.4 ZÁKLADNÍ PRVKY

2.4.1 Somatická stimulace

„Smyslové kožní ústrojí je největším percepčním orgánem. Sdružuje několik receptorů, a sice čidla pro chlad, teplo, tlak, dotek a bolest. Souhrnně se tato čidla nazývají kožní analyzátor. Nejvíce se hmatová tělíska vyskytují v bříškách prstů, v dlani, plosce nohy a v okolí úst (Machová, 2002, s. 269)“

Kvalita a účinnost somatické stimulace je závislá na kvalitě doteku, který poskytuje ošetřující personál. Dotek je poskytován především prostřednictvím rukou ošetřujícího. Proto je velmi důležité, aby se klientovi dostávalo jasných, cílených a přiměřených doteků.

„*Bazální stimulace je setkávání prostřednictvím doteků*“ (Nydahl,Bartozsek,2012,s.35). Velmi záleží na kvalitě doteku, měl by být očekávaný a cílený, aby klient nepocíťoval strach a nejistotu.

Pokud chceme působit terapeuticky, je nutné si všimnout, jak jsou doteky vnímány. Reakce klienta by měl ošetřující umět vysledovat a správně vyhodnotit.

Pravidla pro kvalitní dotek

- Omezit doteky letmé,krátkodobé,chaotické
- Eliminovat uspěchané činnosti, protože ve spěchu poskytujeme nejasné informace, které vyvolávají v klientovi pocit nejistoty
- Dotek musí být klidný, provedený celou plochou ruky
- Po celou dobu vyvíjíme přiměřený tlak, který přizpůsobujeme situaci a stavu klienta (jiný tlak vyvíjíme u dítěte a jiný u dospělého klienta)
- Po dohodě s ošetřujícím týmem ritualizujeme iniciální dotek (Friedlová,2007,s.72)

Cílem somatické stimulace je zprostředkovat vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu. Všechny techniky somatické stimulace jsou integrovatelné do každodenní základní ošetrovatelské péče. Vhodný typ somatické stimulace volíme dle stavu a potřeb klienta. Zohledňujeme jeho schopnost vnímání, komunikace a pohybu. Do somatické stimulace se integrují prvky paměťových pohybových schémat tak, aby pomocí opakovaných činností byla podporována aktivita mozkové tkáně klienta.

2.4.2 Iniciální dotek

Těžce postižený člověk by měl mít možnost dle prvního dotyku poznat, že s ním bude nyní někdo komunikovat a něco dělat. Klientovi bychom měli dát vždy jasně najevo, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto informaci mu poskytujeme pomocí tzv. iniciálního doteku (Nydahl,Bartoszek,2003, s.108). Dotek by měl být vždy stejný, zřetelný a na stejném místě. Nejčastěji je místem doteku rameno, paže či ruka. Vhodné místo by mělo být zvoleno na základě biografické anamnézy klienta (předchozí

zkušenosti). Iniciální dotek bychom měli podpořit i verbálně. Velmi důležité je, aby byl používán všemi pomáhajícími osobami jednotně (Friedlová, 2005, s. 68). Místo iniciálního doteku zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace a viditelně umístíme též na vhodném a dobře viditelném místě u lůžka klienta

2.4.3 Možnosti somatické stimulace dle konceptu Bazální stimulace:

Zklidňující somatická stimulace (celková zklidňující koupel)

Povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel)

Neurofyziologická somatická stimulace (neurofyziologická koupel)

Diametrální somatická stimulace (diametrální koupel)

Rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)

Polohování mumie

Polohování hnízdo

Masáž stimulující dýchání

Kontaktní dýchání

Všechny výše uvedené typy somatické stimulace lze aplikovat s použitím různých médií (na sucho, jako koupel na lůžku, ve vaně, ve sprše, s použitím různých materiálů např. žínky, froté ponožky, pleťová mléka.

2.4.4 Somatická stimulace zklidňující

Zklidňující tělesnou koupel je možné provádět v rámci hygienické péče o klienta. Pokud aplikujeme somatickou stimulaci během koupele, použijeme vodu o teplotě 37-40°C. Stimulaci lze provádět také bez použití vody, např. pomocí froté ponožek navlečených na ruce nebo pomocí dětského oleje či rukama na sucho přes oděv. Můžeme ji poskytnout kdykoliv během dne. Pro zklidňující účinek je velmi důležité provádět tuto

stimulaci pohyby, které vedou od centra k periférii, ve směru růstu chlupů na těle. Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletením, tato inervace registruje jejich pohyb a vysílá o tom informace do mozku. Pohyby proti směru růstu chlupů působí nepříjemně, způsobují neklid a úzkost. Naopak pohyby vedené ve směru růstu chlupů přinášejí uklidnění. Z toho vyplývá podstata této koupele.

Než s koupelí začneme, vždy klienta o zahájení stimulace adekvátně informujeme a to s ohledem na jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. Doporučuje se spojit tuto informaci s iniciálním dotekem. V průběhu koupele verbálně komentujeme a sdělujeme, kterou část těla právě stimulujeme. Při integraci somatické stimulace se snažíme klientovi zprostředkovat dle jeho možností a situace vnímání pomocí optického smyslu(klienta uvedeme do polohy, ze které může naší činnost vidět, auditivního(zvuk tekoucí vody pomocí ždímní žínky), olfaktorického (za použití klientových osobních toaletních potřeb na základě vnímání vůně) a taktilně-haptického smyslu (můžeme ponořit klientovu ruku do nádoby s vodou). Po umytí klienta přikryjeme a necháme ho odpočívat. Po celou dobu stimulace sledujeme reakce klienta a adekvátně na ně reagujeme. Klient může reagovat změnou hemodynamiky (změnou tepové frekvence, změnou hodnot krevního tlaku), změnou sekrece potu(při strachu, úzkosti).

Cílem pro aplikaci zklidňující stimulace může být redukce neklidných stavů, napětí, úzkosti, stavů zmatenosti a dezorientace, stimulace vnímání tělesného schématu, navození celkového tělesného uvolnění, navázání komunikace a stimulace vnímání.

Celková koupel zklidňující je indikována u klientů:

- s těžkými změnami v oblasti mentální, s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení se vnímání a poznávání vlastního těla
- s těžkým somatickým postižením, s cílem stimulovat jejich hybnost a vlastní aktivitu
- ve vigilním kómatu, s cílem stimulovat vnímání tělesného schématu
- v kómatu, s cílem stabilizovat vnímání tělesného schématu
- neklidných, hyperaktivních
- s tachykardií, pocitu úzkosti
- s poruchami spánku
- možno využít jako nefarmakologické tlumení bolesti
- umírajících, s cílem poskytnutí empatické a humánní doprovázející péče

- s různými typy demencí
- u předčasně narozených dětí (Friedlová,2007, s.76)

2.4.5 Somatická stimulace povzbuzující

Tuto stimulaci můžeme také integrovat během hygienické péče a nazýváme ji povzbuzující koupelí. Při povzbuzující koupeli postupujeme opačným způsobem, než u koupele zklidňující. Směr mytí probíhá proti směru růstu vlasů a chlupů. Pohyby vedené proti směru růstu chlupů jsou vnímány velmi intenzivně. Stimulaci lze provádět na sucho pomocí žíněk, froté ponožek, nebo jen rukama přes oděv klienta. Pokud aplikujeme stimulaci během koupele, měla by být teplota povzbuzující koupele mezi 23–28°C. Klienta vždy informujeme o zahájení koupele. U některých klientů je tato informace spojena s iniciálním dotekem.

Cílem aplikace povzbuzující stimulace je zvýšit úroveň vědomí a pozornost klienta, zvýšení svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku, podpořit klientovu aktivitu a stimulovat vnímání tělesného schématu.

Povzbuzující koupel je indikována u klientů:

- Ve vigilním kómatu
- Apatických
- S bradykardií
- Se změnou v mentální oblasti s cílem stimulovat tělesné schéma
- S depresí
- Se sníženým svalovým tonem (Friedlová,2007, s.81)

Po celou dobu koupele sledujeme reakce klienta a adekvátně na ně reagujeme. Stimulaci povzbuzující neaplikujeme u klientů dezorientovaných, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku a se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

2.4.6 Neurofyziologická somatická stimulace

Cílem této stimulace je umožnit klientovi s poruchami hybnosti na jedné polovině těla, nebo v některých částech jedné poloviny těla znovu tuto postiženou stranu vnímat. Aplikací neurofyziologické stimulace je možné podpořit aktivizaci uložených vzpomínek ze svého těla v paměťových drahách. Klienta verbálně vedeme k vnímání a uvědomění si zdravé strany těla a postiženou stranu stimulujeme k vnímání somatickou stimulací. Je velmi důležité, aby měl klient možnost stimulaci kontrolovat opticky. Doporučuje se stimulovat klienta nejlépe před zrcadlem, nejlépe vsedě s elevací trupu. Ošetřující personál somatickou stimulací stimuluje nejprve zdravou polovinu těla a poté přenáší vjem na postiženou část těla. Zdůrazňuje střed těla a pracuje symetricky.

Velmi důležité je zapojení klienta formou asistované stimulace, kdy ošetřující vede postiženou ruku klienta. Zdravou rukou se klient myje sám nebo s dopomocí. Klient dostává jen tolik dopomoci, kolik jí nezbytně potřebuje a celý proces směřuje k samostatnému pohybu.

Neurofyziologická stimulaci je indikována 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
- U dětí s dětskou mozkovou obrnou, s psychomotorickou retardací,
- s vrozenými vadami pohybového aparátu (Friedlová,2007,s.83)

Nejvhodnější aplikace neurofyziologické stimulace je u klientů s hemiplegiemi.

“Předpokladem je schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby klient mohl integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu.” (Bienstein,Fröhlich,2003,s.164,sec.cit.Friedlová,2007,s.83)

2.4.7 Diametrální stimulace

Diametrální stimulace se využívá u klientů se zvýšeným svalovým napětím, které omezuje pohyb v kloubu klienta. Nachází-li se kloub určitou dobu ve stále stejné pozici, nebo dochází-li pouze k minimálním pohybům, objeví se svalové kontraktury. Ke vzniku kontraktur dochází nejčastěji při cerebrálním poškození, u klientů dlouhodobě ležících, u klientů trpících bolestí (někdy je příčinou bolesti pohyb, klient se snaží pohyb minimalizovat, také u depresivních klientů, kdy dochází ke ztrátě zájmu se pohybovat.

Je vhodné užívat tuto stimulaci k prevenci vzniku kontraktur a to především u klientů, u kterých se hypertonie předpokládá (např. z cerebrálních příčin).

Diametrální stimulaci můžeme provádět jako koupel s použitím vody 38-40°C . Lze ji aplikovat na celé tělo, nebo jen na jeho část. Je velmi důležité dodržet tělesnou symetrii, to znamená, že pokud aplikujeme stimulaci na jedné polovině těla, či její části, je potřeba stimulovat i opačnou stranu těla a to alespoň stimulací zklidňující.

Během stimulace by měl být klient v jemu příjemné poloze, ruce terapeuta by měly být teplé a stimulace by u klienta neměla vyvolávat stres. Pohyby během stimulace opakujeme alespoň 3x-5x (Friedlová,2007,s.89-91).

Po ukončení stimulace klienta nepolohujeme proti jeho svalovému napětí. Vhodné je použití velmi měkkých matrací, které nekladou klientovu tělu žádný odpor (Friedlová,2007,s.91).

2.4.8 Rozvíjející somatická stimulace

Provádí se u klientů, kteří nemají stabilizované tělesné schéma nebo je nutno ho ještě rozvíjet. Stimulaci aplikujeme u nedonošenců, u malých dětí do věku 4 let, u klientů ve vigilním kóma, u kvadruplegiků a dlouhodobě ležících klientů (Friedlová,2007,s.88). Stimulace se provádí s důrazem na střed těla, neboť právě tam se soustřeďuje jeho vnímání.

2.4.9 Masáž stimulující dýchání

Masáž stimulující dýchání je velmi výraznou dechovou gymnastikou, podporující výměnu plynů v plicní tkáni. Zároveň má vysokou komunikační hodnotu. Dochází při ní k naladění na stejný rytmus dýchání mezi terapeutem a klientem. Cílem této stimulace je pomoci klientovi přejít na klidné, hluboké a pravidelné dýchání. Následné prohloubené dýchání pomáhá uvolnit psychosomatické napětí. Masáží stimulující dýchání lze tedy redukovat stavy neklidu a zmatenosti. Napomáhá také k odhlenění klienta.

Využíváme ji zejména u klientů s povrchním a nepravidelným dýcháním, u imobilních klientů, u klientů s depresivními stavy, s bolestí, s poruchami spánku, s maligní diagnózou (k vyjádření empatie), u klientů s hlubokou mentální retardací, nebo u klientů ve vigilním kóma a další.

K provedení masáže je vhodné uvést klienta do polohy vsedě, u ležících klientů volíme pozici vleže na boku nebo na břicho. Terapeut na ruce nanese tělové mléko zahřáté na tělesnou teplotu, dlaně přiloží na zátylek klienta a pomalu a s tlakem provede tři základní tahy podél páteře od ramen k sakrální oblasti. Posléze provádí oběma rukama souměrné krouživé pohyby směřující opět od ramen dolů. Těmito pohyby zvedá a roztahuje hrudník do stran. Masáž končí opět základními tahy podél páteře.

2.4.10 Kontaktní dýchání

Při kontaktním dýchání má terapeut položeny obě ruce na hrudníku klienta a doprovází ho při nádechu a výdechu, přičemž výdech lze podpořit lehkým stlačením hrudníku a vibrací. Vibracemi lze podpořit vykašlávání, pokud je klient zahleněný.

Další možností, jak poskytnout kontaktní dýchání je položení ruky klienta na vlastní hrudník spolu s rukou terapeuta. Klient tak vnímá vlastní dýchání (Friedlová, 2009, s. 25).

2.4.11 Polohování v konceptu Bazální stimulace

Již po 10 minutách klidného ležení dochází ke změně vnímání vlastního těla. Dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Tento stav je umocněn u klientů dezorientovaných, nebo ležících na velmi měkké matraci (např. antidekubitní). Správným polohováním klienta lze zabránit vzniku deformit, kontraktur a dekubitů.

Málo podnětné prostředí spolu s nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity vede k nízkému přísunu informací ke klientovi. Zhoršuje se vnímání tělesného obrazu a dochází k poruchám orientace na vlastním těle a okolí a k těžkým krizím vlastní identity. Dle profesora .A.Fröhlicha se tento proces nazývá degenerativní habituace. U klienta se může projevit naprostou pasivitou, nebo naopak zmateností a agresivitou. Následky habituace mohou být poruchy vnímání vlastního těla, poruchy hybnosti, koordinace, poruchy komunikace, intelektu, dezorientace v prostoru a čase a další.

Polohováním dle konceptu Bazální stimulace se snažíme o stimulaci vnímání tělesného obrazu, poskytování informace klientovi o jeho těle, stimulaci k pohybové aktivitě, umožnění vnímat symetrii vlastního těla, podporu motoriky, umožnění vizuálních podnětů a optické stimulace. K tomu používáme různé pomůcky, jako jsou srolované deky, ručníky, perličkové polohovací pomůcky.

Při polohování klademe důraz na pohodlí klienta, zohledňujeme též autobiografický faktor, neboť pro každého klienta může být pohodlné něco jiného.

V konceptu Bazální stimulace se k polohování využívají pozice „hnízdo“ nebo „mumie“. Tyto polohy umožňují klientovi výraznou somatickou stimulaci (Friedlová,2007,s.91-93)

Poloha Hnízdo

Poloha „hnízdo“ dává klientům pocit jistoty, bezpečí a zlepšuje vnímání hranic svého těla. Je indikována: k celkovému zklidnění, ve fázi odpočinku, během noci, po celkové zklidňující koupeli, po dýchání stimuluující masáži, k fixaci celého těla, u předčasně narozených dětí.

Klienta uložíme do jeho oblíbené polohy (na záda, bok, břicho, do sedu) a jeho tělo obložíme srolovanými dekami, fixačními perličkovými polštáři či vaky. Dle potřeby klienta přikryjeme. Polohování do „hnízd“ je významné pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu.

Poloha Mumie

Tato poloha se využívá u klientů, u kterých je potřeba intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Cílem této polohy je pocítit hranice svého těla. Využíváme ji zejména u klientů neklidných, agresivních, dlouhodobě upoutaných na lůžko, u klientů ve vigilním kóma, u dětí s hlubokou retardací a také u předčasně narozených dětí. V neonatologii se tato poloha uplatňuje především u dětí s abstinencií příznaky.

Klienta v poloze na zádech zabalíme do deky nebo prostěradla. Začínáme u nohou a končíme v horní části těla, kde deku zajistíme přeložením jejího konce pod tělo klienta. Ruce klienta nefixujeme podél těla, ale necháme položené na hrudníku. Hlavu podkládáme polštářkem. Kolena, lokty a paty jsou také podloženy.

Tuto polohu nelze indikovat u klientů s klaustrofobií v biografické anamnéze (Friedlová, 2007, s. 91-101).

2.5 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace se zaměřuje na prostorovou orientaci a na uvědomování si změny polohy. Jde o rotační, lineární a statické polohy hlavy. Zdravý člověk je neustále v pohybu, tím je neustále stimulován vestibulární aparát, neboli smyslově rovnovážné ústrojí, které nás informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru.

Reflexy vycházející z vestibulárního ústrojí slouží především pro udržení rovnováhy těla a zrakové fixaci předmětů. Zpracování podnětů vestibulárním ústrojím je velmi výraznou stimulací mozkové tkáně.

Pokud dochází ke změně pohybu jen zřídka, ztrácí vestibulární aparát schopnost reagovat na změny polohy a u klientů se mohou projevit poruchy orientace na vlastním těle a v prostoru, kolaps, nauzea, bolesti hlavy nebo zvýšené svalové napětí.

Koncept Bazální stimulace nabízí široké možnosti ve využití vestibulární stimulace. Stimulace může být prováděna v přímém zapojení terapeuta, nebo prostřednictvím různých pomůcek.

Možnosti vestibulární stimulace:

- Velmi pomalé a lehké otáčivé pohyby hlavy
- Houpací pohyby v lůžku
- Návčik tzv. „ovesného klasu v ovesném poli“
- Houpačky, houpací křesla, trampolíny, závěsné houpací vaky

Vestibulární stimulace je indikována u klientů upoutaných na lůžko déle než tři dny, ve vigilním kómatu, u neklidných klientů, u klientů s hlubokou mentální retardací, u klientů s rozvíjející se spasticitou, s projevy nečinnosti, apatie nebo naopak s projevy agresivního chování (Sociální služby,2010,srpen-září).

2.6 Vibrační stimulace

Vibrační stimulací lze klientovi zprostředkovat intenzivní vjemy z celého těla. Vibrací dochází ke stimulaci kožních receptorů (Vater-Paciniho tělísek) a receptorů hluboké citlivosti (proprioreceptorů) ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů

Vibrační stimulaci využíváme především u klientů ve vigilním kómatu, u klientů s hlubokou mentální retardací. Stimulace má také výrazný efekt při nácviku pohybových a sebeobslužných schopností.

Jednou z možností vibrací je hlas. Během hovoru či zpěvu dochází k vibracím hrudníku. Terapeut položí ruce klienta na jeho hrudní koš a nechá ho hovořit. Klient tak může vnímat své ruce. Další pomůckou mohou být ruce terapeuta. Terapeut může oběma rukama vibrovat na těle klienta

Využíváme také různé technické předměty jako jsou malé bateriové vibrátory, holící strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky a jiné. Mohou se použít také hudební nástroje (Friedlová,2007,s.107-108).

2.7 NÁSTAVBOVÉ PRVKY

2.7.1 Optická stimulace

Zrak je jeden z nejdůležitějších smyslů, kterým člověk vnímá svět kolem sebe. Díky němu vidíme svět v celé jeho rozmanitosti. Zrak nám umožňuje rozlišovat světlo od tmy, rozeznávat různé tvary předmětů, se kterými se setkáváme v každodenním životě, poznávat lidi, schopnost učit se a orientovat se v prostředí. Slouží velmi významně k navázání komunikace.

Prostředí nemocničních zařízení bývá většinou bez vizuálních podnětů. Pro klienta bývá málo stimulující. Naopak v něm může vyvolávat stres, pocity strachu, úzkosti až agrese. Důvodem k negativním reakcím může být neznámé prostředí a předměty v okolí klienta, které nemá klient uloženy v paměťových stopách a není schopen tyto vjemy adekvátně zpracovat.

Optická stimulace a orientace v prostoru je úzce propojena se změnou tělesné polohy. I při malém pohybu hlavy dochází ke změně zorného pole klienta. Změna polohy umožňuje klientovi orientaci v prostoru, sledování co se kolem něj děje a v neposlední řadě orientaci na vlastním těle.

Pro aplikaci optické stimulace je nepostradatelnou součástí zohlednění autobiografické anamnézy. Významným faktorem, jak působit na okolí klientů je také zainteresovanost a vlastní iniciativa ošetřujícího personálu.

V rámci optické stimulace můžeme s klientem aktivně pracovat, nabízet mu různé obrázky, fotografie a tím aktivizovat mozkovou činnost.

Při poskytování optické stimulace dodržujeme určité zásady:

Nabízíme podněty, které jsou zřetelně světlé, nebo tmavé

Umožníme klientovi uvědomit si rozdíl mezi dnem a nocí (pokud je to možné, posadíme ho k oknu, odvezeme na terasu atd.)

Umožníme klientovi sledovat čas (hodiny umístíme do zorného pole klienta)

U klientů s poruchami zraku volíme jednoduché obrázky

Osobní předměty (obrázky, fotografie) umístíme do zorného pole, ale i mimo něj s cílem vyvinout u klienta pohybovou aktivitu.

Zajistíme kompenzační pomůcky (např. brýle)

Volíme barevné prostředí jako kontrast k bílým zdem (barevné ložní prádlo, oblečení personálu i klienta) a jasné rozlišení stropu a stěn místnosti.

Stimulaci aplikujeme cíleně a dávkovaně, abychom klienta příliš nepřetížili (Friedlová, 2007, s. 109-114).

2.7.2 Auditivní stimulace

Sluch je velmi významný smysl pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů a také pro rozvoj myšlení.

Auditivní stimulaci využíváme především pro stimulaci vnímání a navázání kontaktu s klientem. Klientovi můžeme pomocí auditivní stimulace mobilizovat vzpomínky, umožnit orientaci, stimulovat vnímání aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách.

Opět vycházíme z biografické anamnézy. Zohledňujeme, jak klient slyší, zda používá kompenzační sluchové pomůcky. Které zvuky má klient rád, nebo nerad. Zjišťujeme, jakou má rád hudbu, nebo je mu naopak nepříjemná atd.

Auditivní stimulaci lze zprostředkovat např. pomocí řeči a to formou vyprávění, předčítání či reprodukce řeči ze záznamu. V tomto případě je nejvhodnější, pokud na klienta hovoří jemu citově blízka osoba.

Klienta lze stimulovat pomocí hudby, kterou má rád nebo zpěvem. Vždy se snažíme omezit rušivé zvuky, nehovoříme s jinými osobami a sledujeme reakce klienta (Friedlová, 2007, s. 114-116).

2.7.3 Orální stimulace

Orální stimulaci využíváme ke stimulaci vnímání. Využíváme faktu, že ústa jsou nejcitlivější a nejaktivnější zónou lidského těla.

Ke stimulaci úst a receptorů chuti používáme především oblíbené tekutiny nebo mixovanou stravu podávanou po lžičkách či kousky oblíbené potravy zabalené do gázy.

Klient, který je plně při vědomí, má ústa zavřená, polyká a je schopen pohybovat jazykem. Zavřená ústa chrání dutinu ústní před vysycháním. U klienta se změněným stavem vědomí dochází k uvolnění svalového tonu a pootevření úst. Suchá ústa představují riziko pro vznik bolestivých ragád v dutině ústní. Je tedy vhodné kombinovat orální

stimulaci s péčí o dutinu ústní. Nejprve však zhodnotíme stav rtů a dutiny ústní (afty, trhlinky, atd.) (Friedlová, Skriptum pro nastavbový kurz bazální stimulace v ošetrovatelské péči, 2004, s.12).

Cílem orální stimulace a péče o dutinu ústní je očista dutiny ústní, navození libých pocitů z chuťového prožitku, snížení svalového napětí v oblasti úst, stimulace vnímání, aktivizace paměťové stopy použitím oblíbené potraviny či tekutiny.

Během orální stimulace platí zásada nevnikat do úst klienta násilím. Před vstupem do úst je vhodné informovat klienta iniciálním dotekem a somatickou stimulací v oblasti obličeje, můžeme použít také stimulaci orofaciální a vestibulární.

K orální stimulaci ukládáme klienta do co nevhodnější polohy, pokud možno vsedě. Při krmení nespěcháme a při vkládání sousta do úst podporujeme ruku klienta asistovanou péčí. Během orální stimulace a péče o dutinu ústní s klientem stále komunikujeme (Friedlová, 2007, s.117-124).

„Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Vysvětlujeme si to lokalizací chuťového centra v mozku, které se nachází v blízkosti vigilního centra. Orální a olfaktorickou stimulací se pravděpodobně silně prokrvuje topografický region pro ústa a tím také sousední vigilní centrum (Bienstein, Fröhlich, 2004, s.192).

2.7.4 Olfaktorická stimulace

S orální stimulací je úzce propojena stimulace olfaktorická. Každý člověk může na vůně či pachy reagovat odlišně. Použitím stejné vůně u dvou odlišných jedinců můžeme vyvolat různé pocity, proto i u této stimulace je důležité zohlednit, které vůně jsou klientovi příjemné.

Nejvhodnější média k olfaktorické stimulaci jsou vůně spojené s oblíbenými toaletními potřebami, s oblíbeným jídlem. Lze také využít známé pachy spojené s povoláním klienta nebo ze vztahu k jeho koníčkům a zájmům.

Tato stimulace je velmi vhodná u klientů po úrazech mozku, především ve vegetativních stavech (Friedlová, 2007, s. 125-126).

2.7.5 Taktilně- haptická stimulace

Taktilně haptickou stimulací se zaměřujeme na používání známých a oblíbených předmětů. Opět pracujeme s biografií člověka. V rámci ošetřovatelské péče do této stimulace zahrnujeme oblíbené předměty z osobního či pracovního života, či předměty užívané k osobní toaletě jako je kelímek, kartáček na zuby, žínku, mýdlo, hračky a jiné.

Tato stimulace je velmi vhodná pro klienty neklidné a hyperaktivní. Předměty mohou výrazně stimulovat paměťovou stopu (u klientů po mozkových traumatech nebo u gerontologických klientů s demencí) a také aktivizovat k činnosti ruku.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Koncept Bazální stimulace nabízí širokou škálu možností ke zlepšování a zkvalitňování ošetrovatelské péče. Urychluje návrat pacienta do jeho běžného života a v neposlední řadě zkracuje délku hospitalizace především na akutním lůžku. Zajímá mne, jaké jsou podmínky pro zavádění konceptu Bazální stimulace do praxe, které všeobecné sestry s konceptem pracují nejvíce, zda aplikují prvky bazální stimulace do ošetrovatelské péče a které prvky bazální stimulace využívají nejvíce.

4 CÍL VÝZKUMU

Hlavní cíl

Cílem výzkumu je zjistit, zda všeobecné sestry využívají prvky Bazální stimulace ve své každodenní práci. Jaký postoj zauímají všeobecné sestry ke konceptu Bazální stimulace a na kterých pracovištích ho využívají nejvíce.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda délka praxe, vzdělání všeobecných sester, typ pracoviště mají vliv na začlenění konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry pracují s prvky konceptu Bazální stimulace při poskytování ošetrovatelské péče.
3. Zjistit, jaké jsou překážky pro implementaci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské praxe

Předpoklady

1. Předpokládám, že všeobecné sestry s delší praxí, vyšším vzděláním a pracujících na oddělení ARO a JIP více využívají prvky konceptu Bazální stimulace.
2. Předpokládám, že prvky konceptu Bazální stimulace aplikuje v praxi více než polovina všeobecných sester,
3. Předpokládám, že největší překážkou pro implementaci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské praxe je nedostatek času.

5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry pracující na odděleních Krajské nemocnice Karlovy Vary, Nemocnice Sokolov, v Domě ošetrovatelské péče Dolní Rychnov, v Agentuře domácí péče Ladara v Karlových Varech a v Domově pro osoby se zdravotním postižením Mariánská.

Vzorek respondentů tvořilo 124 všeobecných sester, převážnou většinu tvořily ženy.

6 METODIKA SBĚRU DAT

Pro svou práci jsem použila výzkumné šetření metodou dotazníkového šetření pomocí dotazníku. Strukturovaný dotazník je souborem otázek, které jsou předem připraveny a sestaveny do určitého formuláře. Dotazník je anonymní, obsahuje 24 otázek. Je rozdělen na tři části. První část je zaměřena na demografické údaje o respondentovi. Pohlaví, věk, nejvýše dosažené vzdělání a praxe v oboru. Druhá část se zabývá informovaností všeobecných sester o konceptu Bazální stimulace a jeho prvcích, o jejich proškolení v tomto konceptu. Třetí část je zaměřena na překážky implementace konceptu do praxe.

Výsledky šetření jsem vyjádřila pomocí absolutní a relativní četnosti.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl v měsíci únoru v Karlovarském kraji a to v krajské nemocnici Karlovy Vary, v nemocnici Sokolov, v domově pro zdravotně postižené Mariánská, v léčebně pro dlouhodobě nemocné Dolní Rychnov a v agentuře domácí péče Ladara v Karlových Varech.

Než jsem s distribucí dotazníků začala, podala jsem písemnou žádost náměstkyni pro ošetrovatelskou činnost v Sokolově a náměstkyni pro nelékařská zaměstnání v nemocnici Karlovy Vary. Celkem jsem distribuovala 150 dotazníků a to prostřednictvím vrchních sester jednotlivých oddělení. Návratnost byla poměrně úspěšná, vrátilo se mi 124 vyplněných dotazníků.

8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

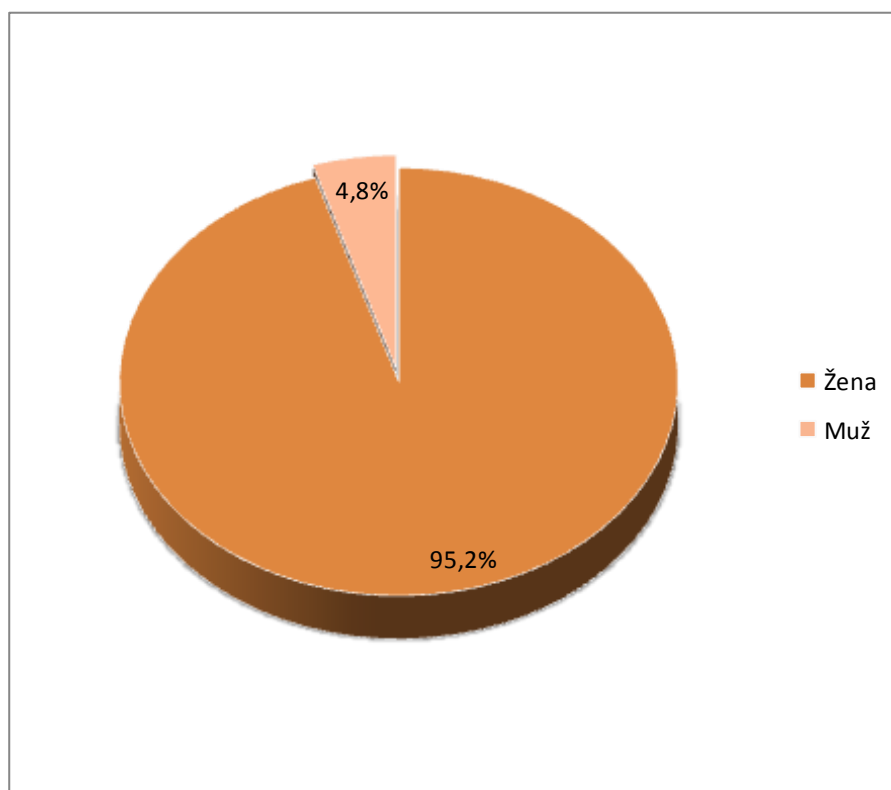
Tabulka 1 Pohlaví respondentů

POHLAVÍ RESPONDENTŮ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	118	95,2%
Muž	6	4,8%

Otázka č.1 Jaké je vaše pohlaví?

Z celkového počtu dotazovaných 124 respondentů (100 %) bylo nejvíce dotazovaných ženského pohlaví 118 (95,2 %). Respondenti mužského pohlaví byli zastoupeni podstatně méně. Celkem jich bylo 6 (4,8%).

Graf 1 Pohlaví respondentů



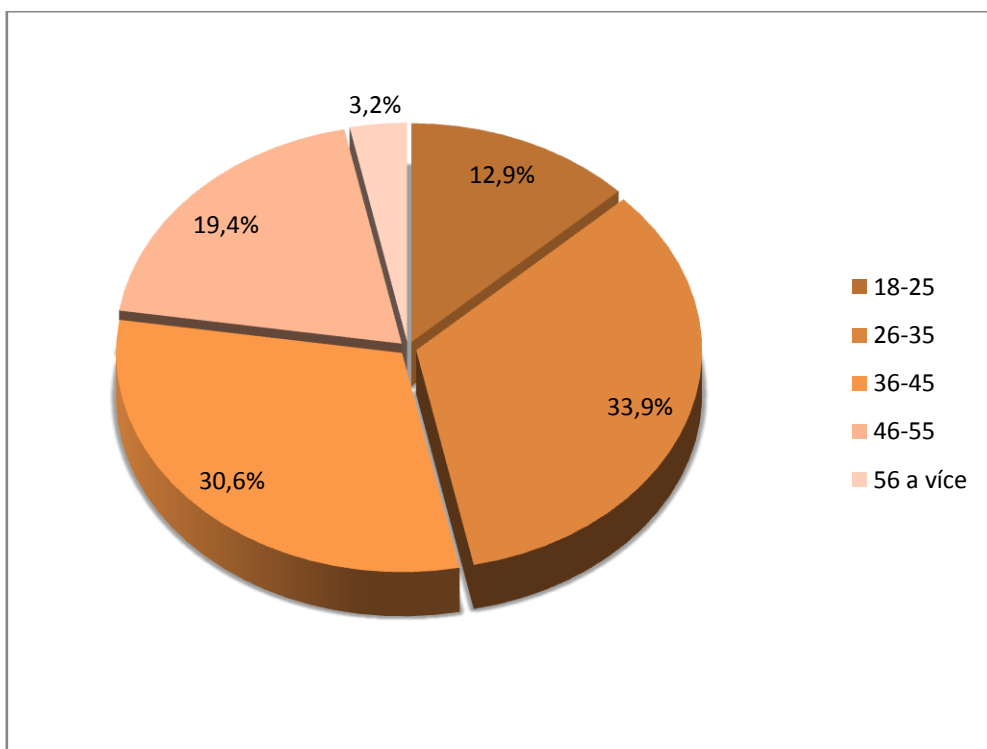
Tabulka 2 Věk respondentů

VĚK RESPONDENTŮ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-25	16	12,9%
26-35	42	33,9%
36-45	38	30,6%
46-55	24	19,4%
56 a více	4	3,2%

Otázka č.2 Jaký je Váš věk?

Nejpočetnější věkovou kategorií tvořili respondenti od 26 - 35 let. Svůj věk v tomto rozmezí uvedlo celkem 42 respondentů (33,9 %). Druhou nejpočetnější skupinu zastupovali respondenti ve věku 36 - 45 let. Tuto skupinu tvořilo celkem 38 (30,6 %) respondentů. Následující nejpočetnější věkovou kategorií tvořili respondenti ve věku 46 - 55 let a to v počtu 24 (19,4 %) respondentů. Věková kategorie od 18 - 25 let byla zastoupena 16 (12,9 %) respondenty. Nejméně respondentů spadalo do kategorie 56 let a více. Tuto skupinu tvořili 4 (3,2%) respondenti

Graf 2 Věk respondentů



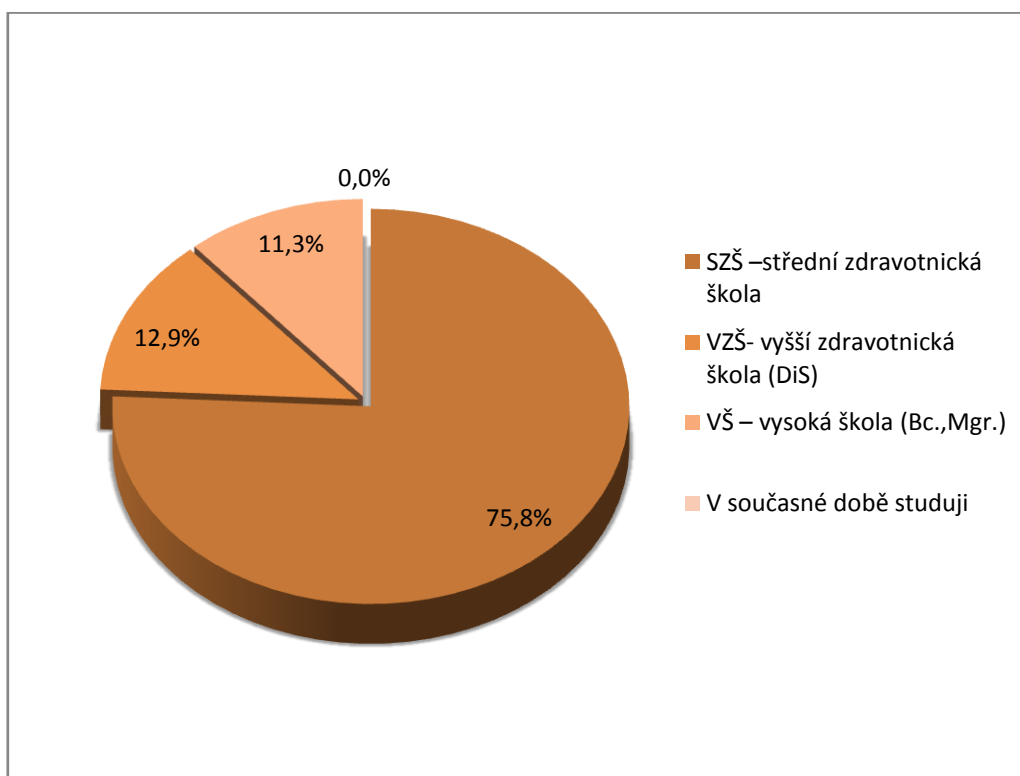
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
SZŠ –Střední zdravotnická škola	94	75,8%
VZŠ- Vyšší zdravotnická škola (DiS)	16	12,9%
VŠ – Vysoká škola (Bc.,Mgr.)	14	11,3%
V současné době studuji	0	0,0%

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z dotázaných zdravotních sester uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání *Střední zdravotnickou školu*. Jedná se celkem o 94 (75,8 %) respondentů. Vzdělání ukončené *Vyšší zdravotnickou školou* udalo 16 (12,9, %) z celkového počtu dotazovaných respondentů. Nejméně početnou skupinu 14 (11,3%) respondentů tvoří zdravotní sestry s vysokoškolským vzděláním ukončené titulem *bakalář*. Vzdělání ukončené titulem *Magistra* neuvedl nikdo. Žádný z respondentů neuvedl, že v současné době studuje.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



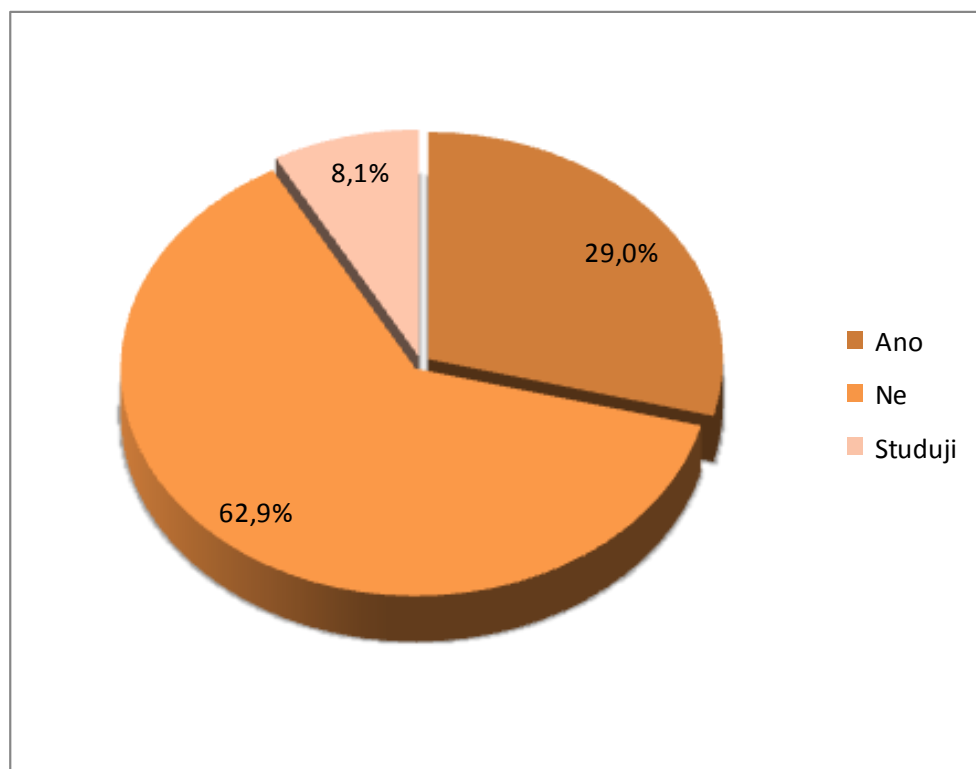
Tabulka 4 Specializace v oboru ARIP

SPECIALIZACE V OBORU ARIP	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	36	29,0%
Ne	78	62,9%
Studuji	10	8,1%

Otázka č.4 Získala jste specializaci v oboru ARIP?

Nejvíce respondentů (62,9%) uvedlo, že specializaci v oboru ARIP nemá. Jedná se celkem o 78 dotázaných. Specializaci v oboru ARIP uvedlo 36 respondentů (29 %). Celkem 10 (8,1 %) respondentů uvedlo, že daný obor právě studují.

Graf 4 Specializace v oboru ARIP



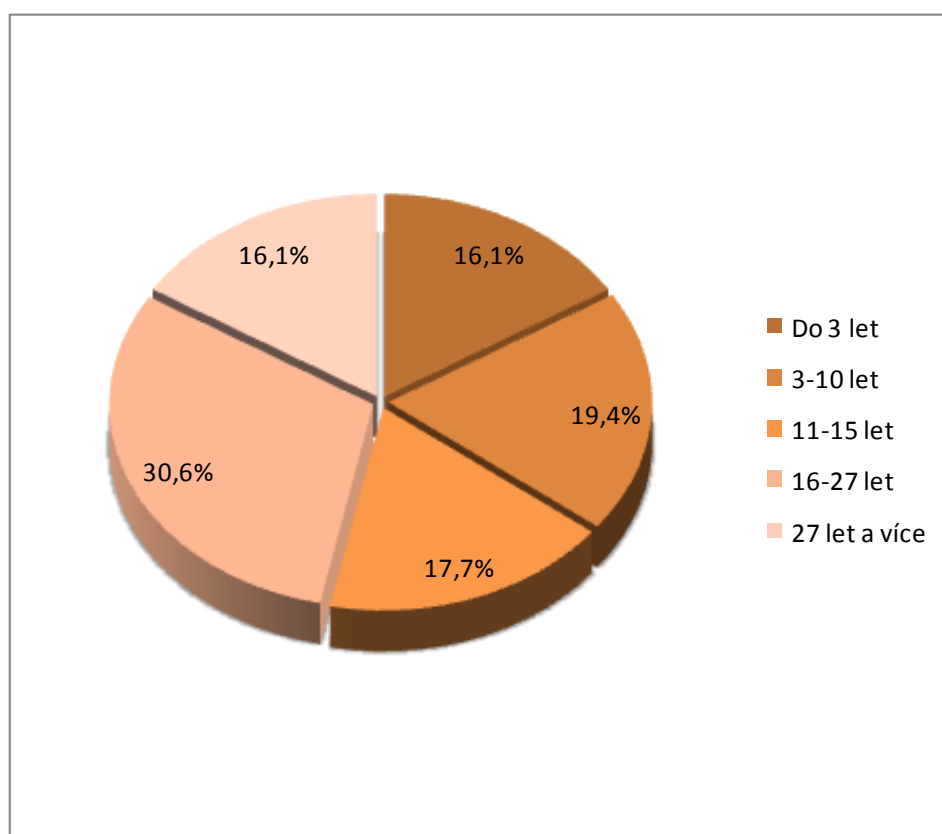
Tabulka 5 Délka praxe ve zdravotnictví

DÉLKA PRAXE VE ZDRAVOTNICTVÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 3 let	20	16,1%
3-10 let	24	19,4%
11-15 let	22	17,7%
16-27 let	38	30,6%
27 let a více	20	16,1%

Otázka č.5 Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Nejvíce dotázaných uvedlo praxi ve zdravotnictví v rozmezí 16 – 27 let. Jedná se o 38 (30,6 %) respondentů. Další nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí ve zdravotnictví v rozmezí 3-10 let a to 24 (19,4 %) respondentů. Praxi v rozmezí 11-15 let uvedlo 22 (17,7%) respondentů. Všeobecných sester pracujících ve zdravotnictví méně než tři roky bylo uvedeno 20 (16,1%) stejně jako všeobecných sester, které zdravotnictví obětovaly více než 27 let.

Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví



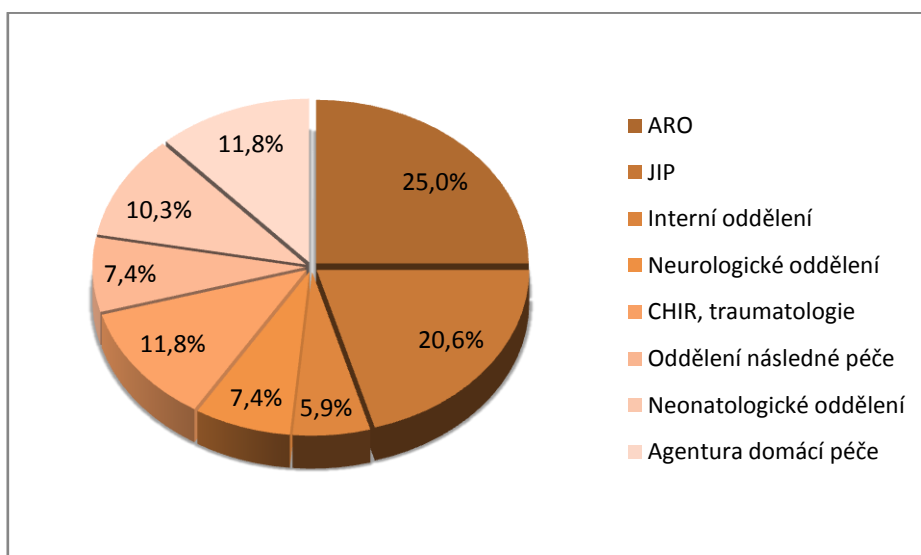
Tabulka 6 Pracoviště respondentů

PRACOVIŠTĚ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ARO	34	25,0%
JIP	28	20,6%
Interní oddělení	8	5,9%
Neurologické oddělení	10	7,4%
CHIR, traumatologie	16	11,8%
Oddělení následné péče	10	7,4%
Neonatologické oddělení	14	10,3%
Agentura domácí péče	16	11,8%

Otázka č. 6 Na kterém oddělení nyní pracujete?

Na tuto otázku bylo celkem 138 odpovědí. Z dotázaných 124 všeobecných sester odpovědělo nejvíce respondentů, že pracuje na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Celkem se jedná o 34 (25%) respondentů. Celkem 28 (20,6%) respondentů uvedlo, že pracují na oddělení JIP, z toho 14 respondentů zároveň uvedlo, že pracují na neonatologickém oddělení. Na interním oddělení pracuje 8 (5,9 %) dotázaných respondentů. 10 (7,4%) všeobecných sester označilo za své pracoviště Neurologické oddělení a 10 všeobecných sester uvedlo Oddělení následné péče. Agenturu domácí péče označilo 16 (11,8%) respondentů. 16 (11,8%) respondentů uvedlo, že pracuje na oddělení chirurgie a traumatologie.

Graf 6 Pracoviště respondentů



Tabulka 7 Znalost konceptu

ZNALOST KONCEPTU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	124	100,0%
Ne	0	0,0%

Otázka č.7 Znáte koncept Bazální stimulace?

Na tuto otázku odpovědělo všech 124 (100%) dotazovaných všeobecných sester kladně. Z tohoto výsledku lze odvodit, že koncept Bazální stimulace je dnes již velmi rozšířený a známý.

Tabulka 8 Důvěra v účinnost konceptu

DŮVĚRA V ÚČINNOST KONCEPTU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	116	93,5%
Ne	8	6,5%

Otázka č.8 Pokud ano, věříte v účinnost tohoto konceptu?

Ze 124 dotazovaných všeobecných sester věří v jeho účinnost 116 (93,5%). Nedůvěru v účinnost konceptu projevilo 8 (6,5%) všeobecných sester. Ty zároveň uvedly, že s konceptem nepracují.

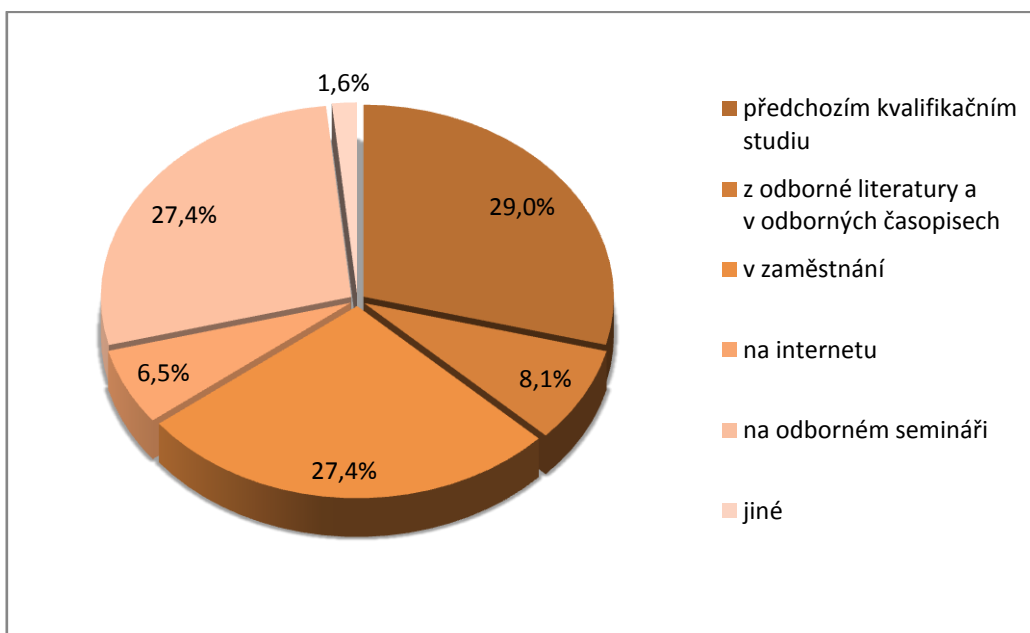
Tabulka 9 Zdroj informací o konceptu Bazální stimulace

SEZNÁMENÍ SE S KONCEPTEM	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
v předchozím kvalifikačním studiu	36	29,0%
z odborné literatury a v odborných časopisech	10	8,1%
v zaměstnání	34	27,4%
na internetu	8	6,5%
na odborném semináři	34	27,4%
jiné	2	1,6%

Otázka č. 9. Kde jste se seznámil/a s konceptem Bazální stimulace?

Z celkového počtu 124 respondentů se s konceptem Bazální stimulace seznámilo 36(29,0%) respondentů v předchozím kvalifikačním studiu, 10(8,1%) respondentů uvedlo jako zdroj odbornou literaturu a časopisy. Velká část dotazovaných uvedla, že se s konceptem seznámila v zaměstnání. Celkem 34 respondentů. Na internetu se s konceptem Bazální stimulace seznámilo 8 (6,5%) dotazovaných. 34(27,4%) respondentů uvedlo, že se s konceptem seznámilo na odborném semináři a 2 (1,6%) dotazovaní uvedli možnost *jiné*.

Graf 7 Zdroj informací o konceptu Bazální stimulace



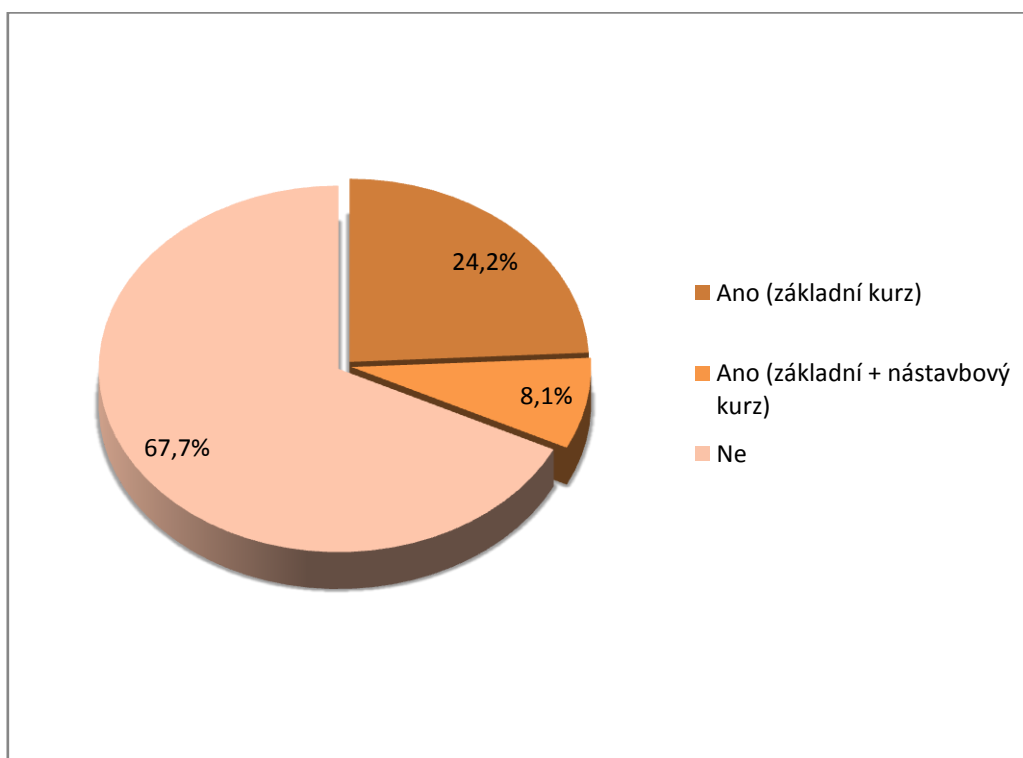
Tabulka 10 Vzdělání v konceptu Bazální stimulace

ABSOLVOVÁNÍ KURZU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano (základní kurz)	30	24,2%
Ano (základní + nastavbový kurz)	10	8,1%
Ne	84	67,7%

Otázka č.10 Absolvoval/a jste certifikovaný kurz Bazální stimulace?

Z celkového počtu dotazovaných jich 30 (24,2%) absolvovalo základní kurz Bazální stimulace. Základní i nastavbový kurz absolvovalo 10 (8,1%) respondentů. Největší skupinu však tvořili respondenti, kteří kurz neabsolvovali. Celkem jich bylo 84 (67,7%).

Graf 8 Vzdělání v konceptu Bazální stimulace



Tabulka 11 Používání konceptu všeobecnými sestrami

POUŽÍVÁNÍ KONCEPTU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	66	53,2%
Ne	58	46,8%

Otázka č.11 Pracujete Vy s konceptem Bazální stimulace?

Na tuto otázku odpovědělo 66 (53,2%) respondentů, že s konceptem Bazální stimulace pracuje a 58 (46,8%) dotazovaných uvedlo, že koncept nevyužívá. Z této tabulky vyplývá, že s konceptem Bazální stimulace pracují i všeobecné sestry, které kurz neabsolvovaly.

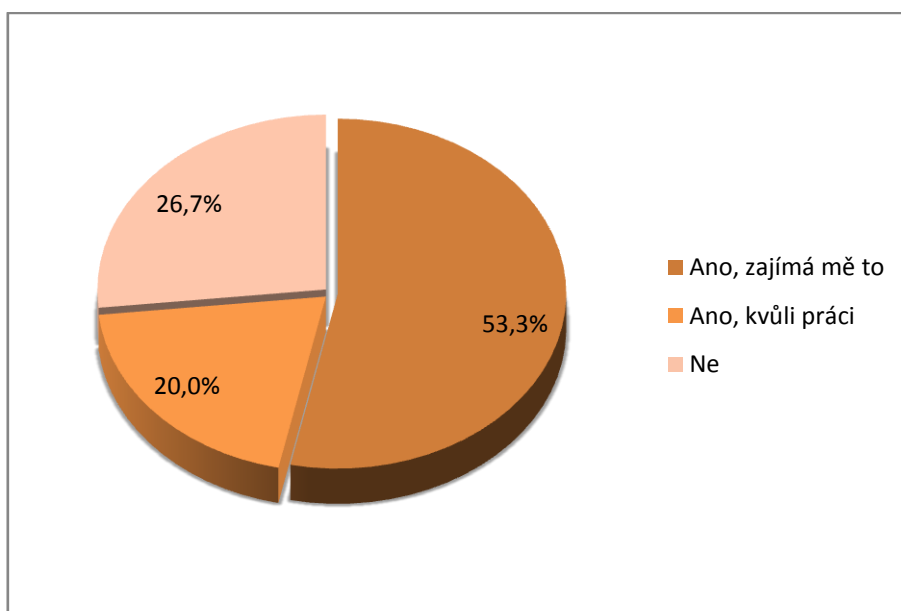
Tabulka 12 Zájem o vzdělání v konceptu

ZÁJEM O VZDĚLÁNÍ V KONCEPTU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, zajímá mě to	48	53,3%
Ano, kvůli práci	18	20,0%
Ne	24	26,7%

Otázka č.12. Pokud ne, měla byste zájem o vzdělání v konceptu Bazální stimulace?

O vzdělání v konceptu Bazální stimulace projevilo zájem 48 (53,3%) respondentů. 18 (20,0%) respondentů by bylo ochotno se dále vzdělávat kvůli práci. Nejmenší skupinu dotazovaných a to 24(26,7%) tvořili respondenti, kteří o vzdělání v konceptu Bazální stimulace neprojevili.

Graf 9 Zájem o vzdělání v konceptu



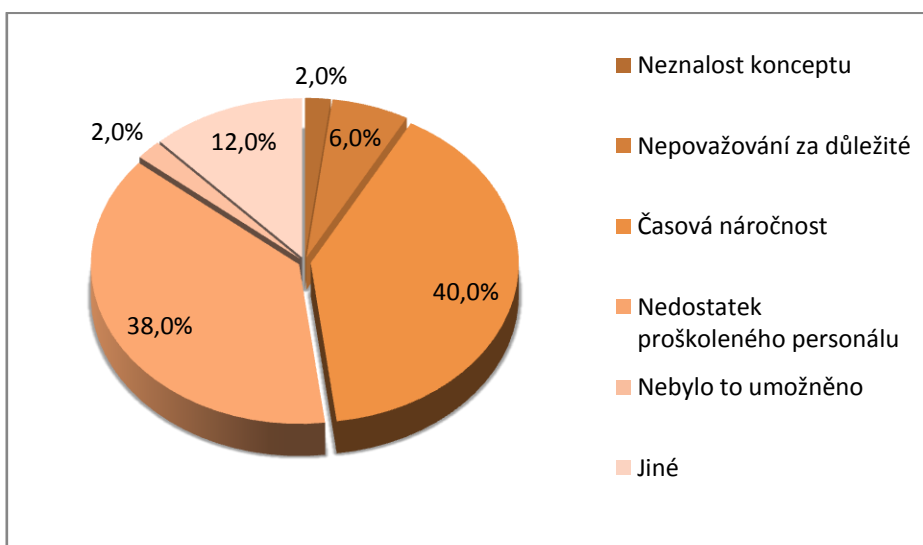
Tabulka 13 Důvody neprovádění konceptu Bazální stimulace

DŮVODY NEPROVÁDĚNÍ BS	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neznalost konceptu	2	2,0%
Nepovažování za důležité	6	6,0%
Časová náročnost	40	40,0%
Nedostatek proškoleného personálu	38	38,0%
Nebylo to umožněno	2	2,0%
Jiné	12	12,0%

Otázkač.13 Z jakého důvodu neprovádíte bazální stimulaci na Vašem pracovišti?

Respondenti měli možnost uvést více možných odpovědí. Celkem jich bylo uvedeno 100. Nejčastější odpověď byla, že koncept neprovádějí z důvodu časové náročnosti. Takto odpovědělo 40(40%) respondentů. Neprovádění bazální stimulace z důvodu nedostatečně proškoleného personálu uvedlo 38 (38%) dotázaných. Pro neznalost konceptu neprovádí bazální stimulaci 2 (2%) z dotázaných respondentů. 6 (6%) respondentů nepovažuje aplikaci Bazální stimulace za důležité a 2(2%) respondenti uvedli, že jim to nebylo umožněno. Možnost „jiné“ uvedlo 12(12%) respondentů, z toho jich 8 uvedlo, že na svém pracovišti nemají vhodné klienty k provádění bazální stimulace.

Graf 10 Důvody neprovádění konceptu Bazální stimulace



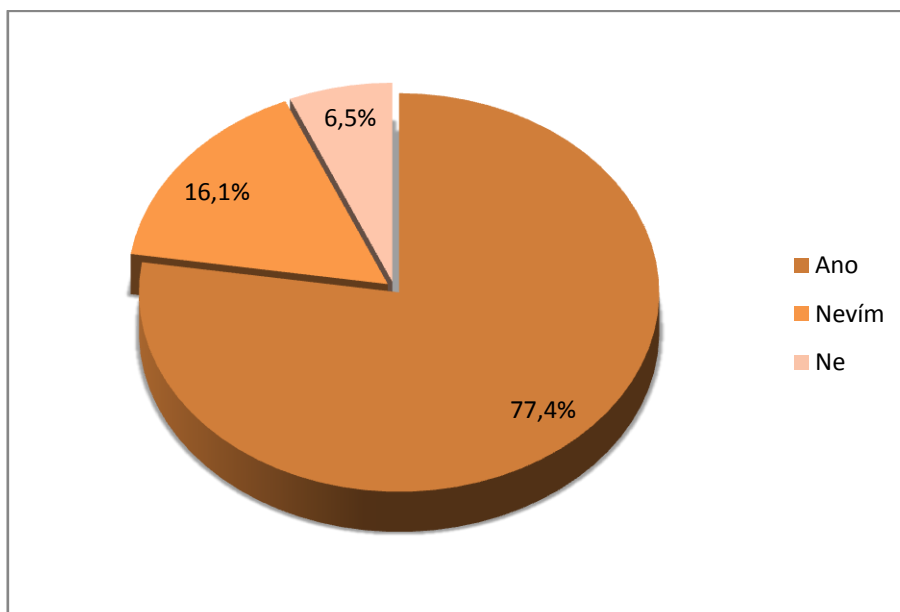
Tabulka 14 Možnosti aplikace konceptu na pracovišti

MOŽNOSTI APLIKACE BS NA PRACOVÍŠTI	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	96	77,4%
Nevím	20	16,1%
Ne	8	6,5%

Otázka č.14 Bylo by možné aplikovat koncept Bazální stimulace na Vašem pracovišti?

Z celkového počtu 124 respondentů odpovědělo, že aplikace konceptu Bazální stimulace na jejich pracovišti by byla možná. Tato skupina tvoří významnou většinu a to (77,4%) respondentů. 20 (16,1%) dotázaných uvedlo jako odpověď *nevím* a 8 (6,5%) respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti není možné bazální stimulaci aplikovat.

Graf 11 Možnosti aplikace konceptu na pracovišti



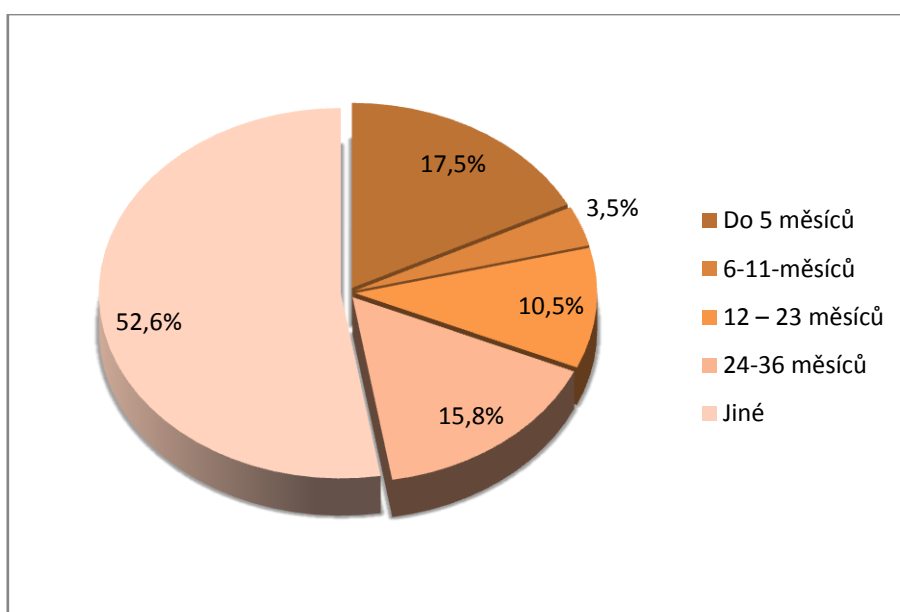
Tabulka 15 Délka používání konceptu na pracovišti

DÉLKA POUŽÍVÁNÍ KONCEPTU NA PRACOVIŠTI	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 5 měsíců	20	17,5%
6 - 11-měsíců	4	3,5%
12 - 23 měsíců	12	10,5%
24 - 36 měsíců	18	15,8%
Jiné	60	52,6%

Otázka č. 15 Jak dlouho používáte bazální stimulaci na Vašem pracovišti?

Na tuto otázku odpovědělo 114 respondentů. Nejpočetnější skupinu dotazovaných tvořili ti, kteří zvolili možnost *jiné* a to celkem 60 (52%) respondentů. Jako důvod uvedli, že bazální stimulaci neprovádějí vůbec. Aplikaci bazální stimulace méně než 5 měsíců provádí 20 (17,5%) všeobecných sester. 4 (3,5%) všeobecné sestry provádí bazální stimulaci 6-11 měsíců. 12 (10,5%) respondentů uvedlo, že na pracovišti aplikuje bazální stimulaci 12-23 měsíců a 18 (15,8%) dotazovaných všeobecných sester uvedlo, že používají bazální stimulaci na pracovišti 24-36 měsíců.

Graf 12 Délka používání konceptu na pracovišti



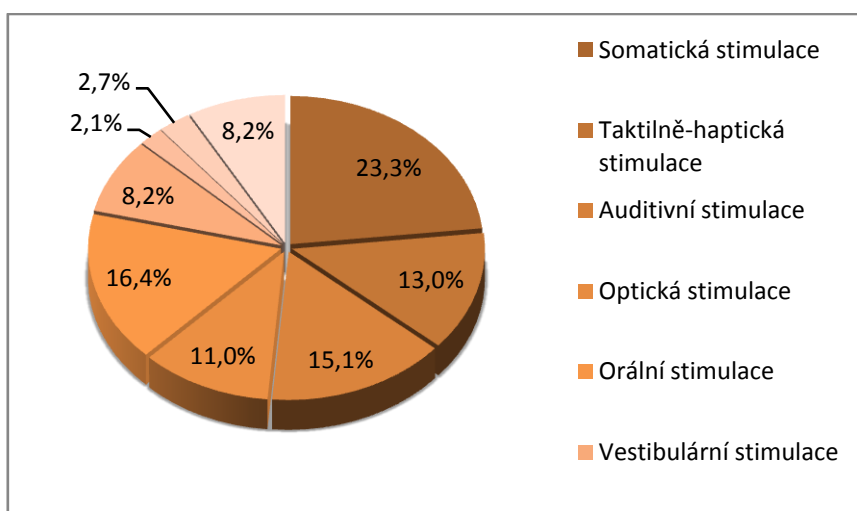
Tabulka 16 Nejčastěji aplikované prvky

PRVKY KONCEPTU	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Somatická stimulace	68	23,3%
Taktilně-haptická stimulace	38	13,0%
Auditivní stimulace	44	15,1%
Optická stimulace	32	11,0%
Orální stimulace	48	16,4%
Vestibulární stimulace	24	8,2%
Olfaktorická stimulace	6	2,1%
Vibrační stimulace	8	2,7%
Jiné	24	8,2%

Otázka č.16 Druhy stimulace, které nejvíce používáte?(lze uvést více možností)

Na tuto otázku odpovídalo 76 respondentů. Na otázku mohli uvést více možných odpovědí. Celkem jich uvedli 292. Jako nejčastěji aplikovanou stimulaci uvedlo 68 (23,3%) respondentů *stimulaci somatickou*. Další nejpoužívanější je stimulace *orální*, tu uvedlo 48 (16,4%) dotazovaných a *auditivní*, kterou uvedlo 44 (15,1%) respondentů. Další využívanou stimulací je *stimulace optická*, která byla uvedena 32 /11,0%) respondenty. *Taktilně-haptickou stimulaci* uvedlo 38 (13,0%) respondentů. Vestibulární stimulaci využívá 24 (8,2%) respondentů. Nejméně je využívána *olfaktorická stimulace*, kterou používá 6 dotazovaných a *vibrační stimulace*, kterou provádí 8 (2,7 %) respondentů. Možnost v tabulce *jiné* uvedlo 24 (8,2%) respondentů.

Graf 13 Nejčastěji aplikované prvky Bazální stimulace



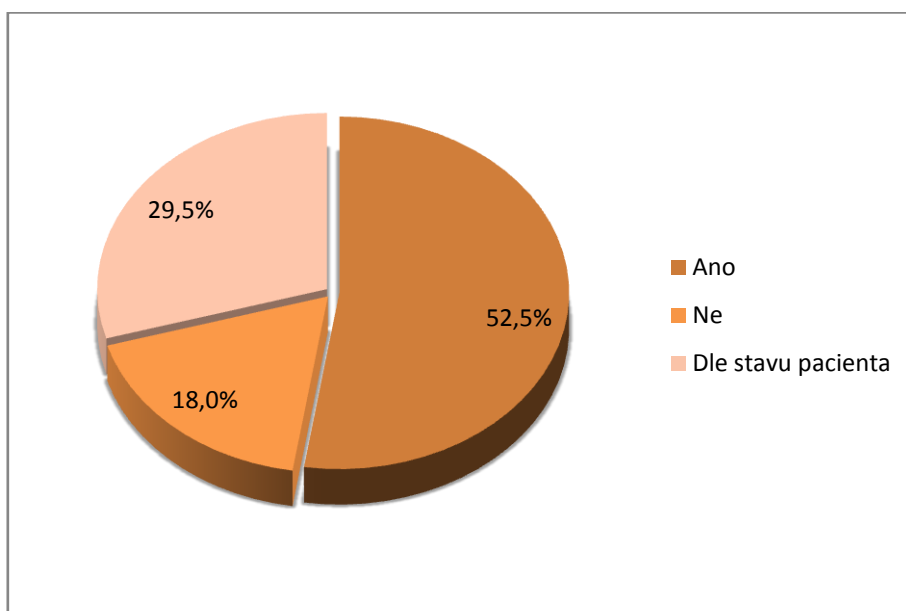
Tabulka 17 Použití iniciálního doteku

POUŽITÍ INICIÁLNÍHO DOTEKU -	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano,vždy	64	52,5%
Ne	22	18,0%
Dle stavu pacienta	36	29,5%

Otázka č.17 Používáte v péči o nemocné iniciální dotek?

64 (52,5%) respondentů uvedlo, že iniciální dotek v péči o klienta používán *vždy*. Nepoužívá ho 22 (18,0%) z dotazovaných respondentů a 36 (29,5%) respondentů uvedlo, že ho využívá *dle stavu pacienta*.

Graf 14 Použití iniciálního doteku



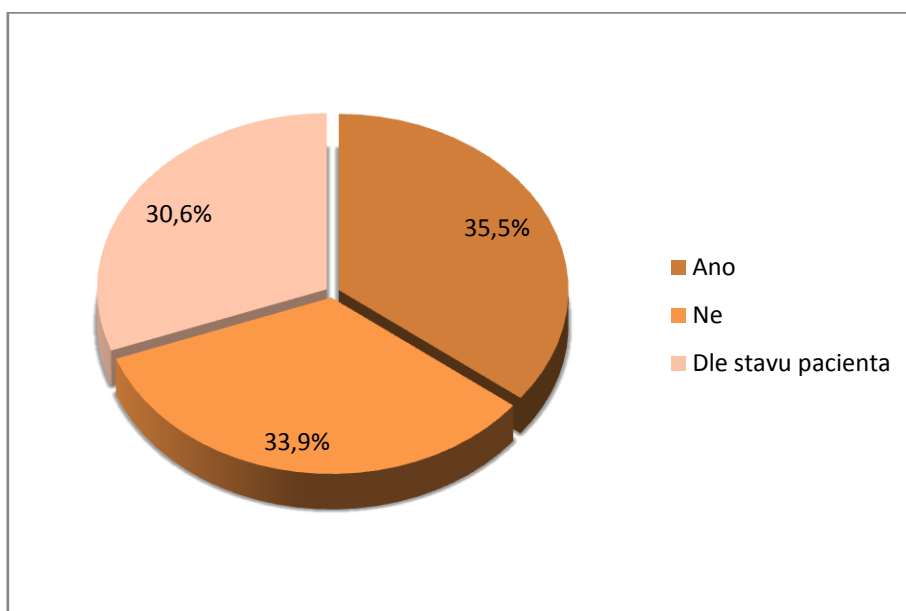
Tabulka 18 Získávání biografické anamnézy

ODBĚR BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	44	35,5%
Ne	42	33,9%
Dle stavu pacienta	38	30,6%

Otázka č.18. Odebíráte od rodiny biografickou anamnézu?

Na tuto otázku odpovědělo 44 (35,5%) respondentů, že biografickou anamnézu od rodiny klienta odebírá. Celkem 42 (33,9%) respondentů biografickou anamnézu neodebírá. 38 (30,6%) dotázaných uvedlo, že biografii klienta zjišťují *dle stavu pacienta*.

Graf 15 Získávání biografické anamnézy



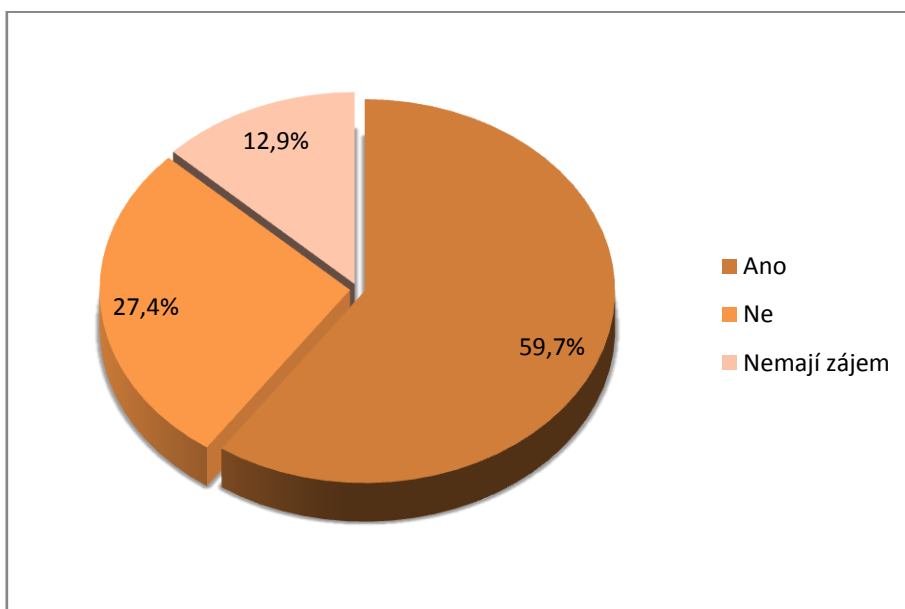
Tabulka 19 Zapojení rodinných příslušníků do péče v konceptu

ZAPOJENÍ RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	74	59,7%
Ne	34	27,4%
Nemají zájem	16	12,9%

Otázka č.19.Jsou rodinní příslušníci aktivně zapojeni do tohoto konceptu?

Do ošetrovatelské péče o klienta aktivně zapojovalo rodinné příslušníky 74 (59,7%) všeobecných sester. 34(27,4%) sester uvedlo, že rodinné příslušníky do péče o klienta nezapojuje a 16 (12,9%) respondentů uvedlo, že rodinní příslušníci o zapojení do péče o klienta nemají zájem.

Graf 16 Zapojení rodinných příslušníků do péče o



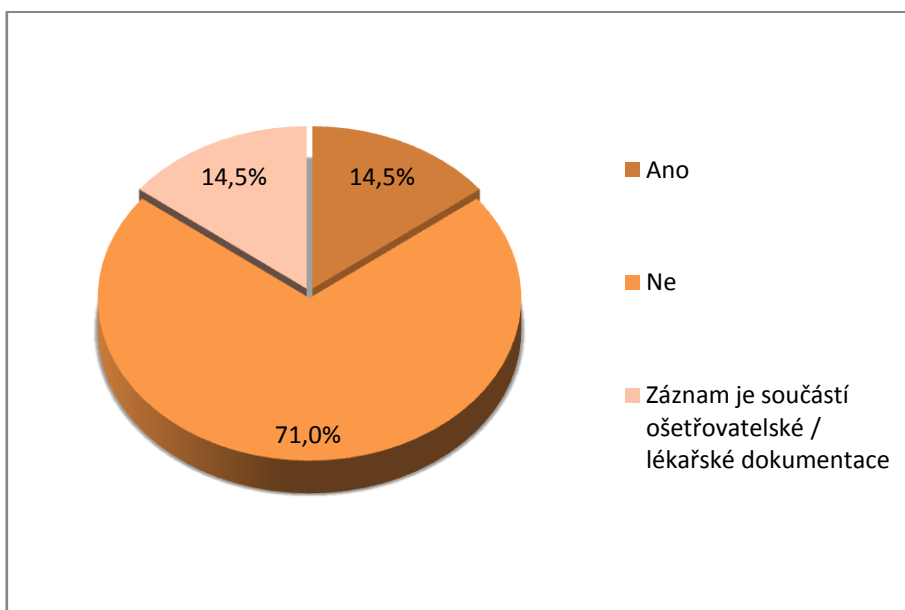
Tabulka 20 Vedení dokumentace

VEDENÍ DOKUMENTACE	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	14,5%
Ne	88	71,0%
Záznam je součástí ošetrovatelské / lékařské dokumentace	18	14,5%

Otázka č.20. Vedete na oddělení speciální dokumentaci o prováděné Bazální stimulaci?

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že ze 124 dotázaných respondentů nevede o provedené stimulaci žádnou speciální dokumentaci 88 (71%) respondentů. 18 sester uvedlo, že na oddělení vedou speciální dokumentaci o provedené bazální stimulaci a dalších 18 (14,5%) sester uvedlo, že záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace.

Graf 17 Vedení dokumentace



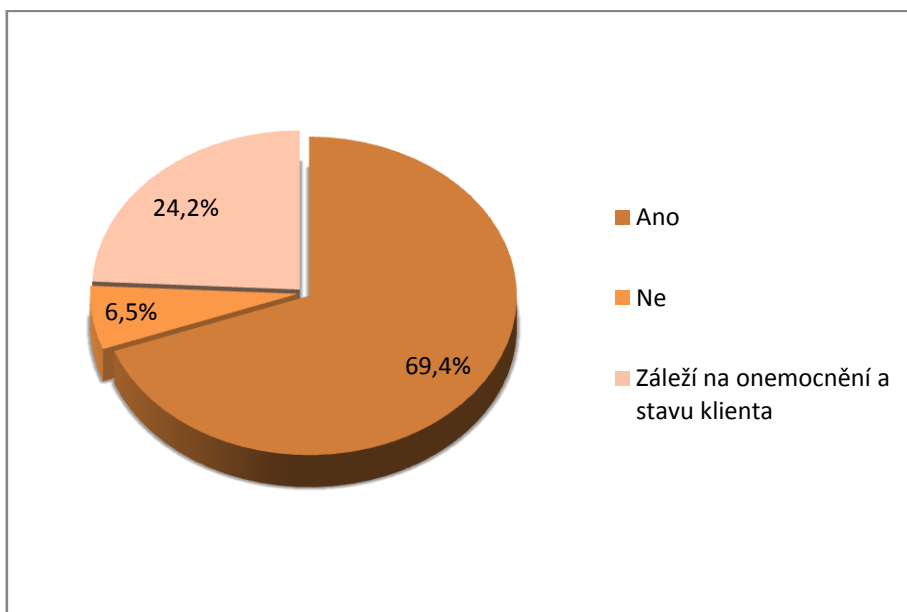
Tabulka 21 Názory na přínos konceptu Bazální stimulace z pohledu všeobecných sester

PŘÍNOS KONCEPTU BS	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	86	69,4%
Ne	8	6,5%
Záleží na onemocnění a stavu klienta	30	24,2%

Otázka č.21. Je podle Vás Bazální stimulace přínosem pro pacienty?

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že naprostá většina dotazovaných všeobecných sester se domnívá, že koncept Bazální stimulace je přínosem v ošetrovatelské péči o klienta. Celkem jich bylo 86 (69,4%). Názor, že záleží na stavu klienta a jeho onemocnění zastávalo 30 (24,2%) sester a 8 (6,5%) všeobecných sester se domnívá, že koncept Bazální stimulace pro klienty není přínosem.

Graf 18 Názory na přínos konceptu Bazální stimulace z pohledu všeobecných sester



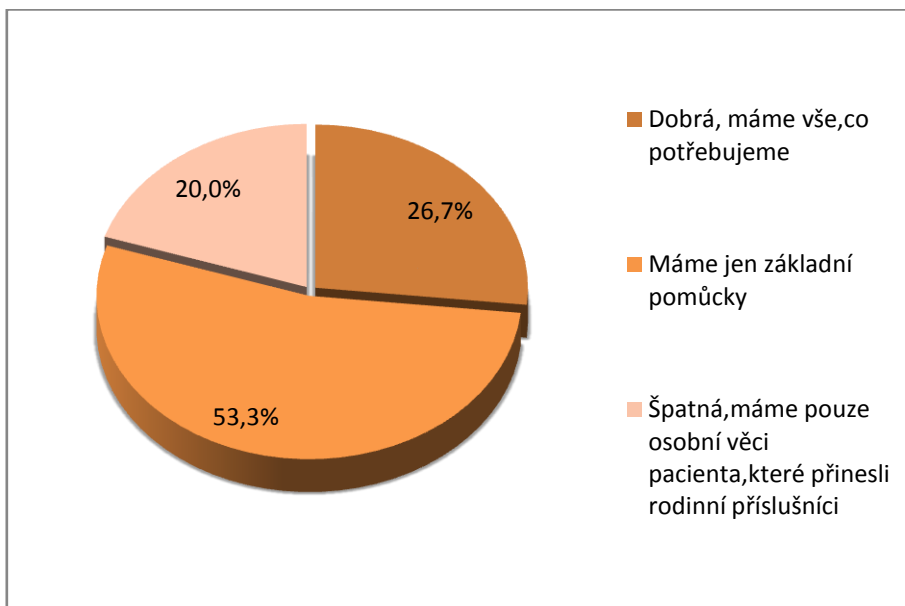
Tabulka 22 Dostupnost pomůcek k provádění bazální stimulace

DOSTUPNOST POMŮCEK	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dobrá, máme vše,co potřebujeme	32	26,7%
Máme jen základní pomůcky	64	53,3%
Špatná,máme pouze osobní věci pacienta,které přinesli rodinní příslušníci	24	20,0%

Otázka č.22Jaká je dostupnost pomůcek na Vašem pracovišti?

Nejvíce respondentů a to 64(53,3%) uvedlo, že na oddělení mají pouze základní pomůcky. 24 (20%) sester odpovědělo, že dostupnost pomůcek na jejich oddělení je špatná. Dobrou dostupnost pomůcek uvedlo 32 (26,7%) respondentů

Graf 19 Dostupnost pomůcek k provádění bazální stimulace



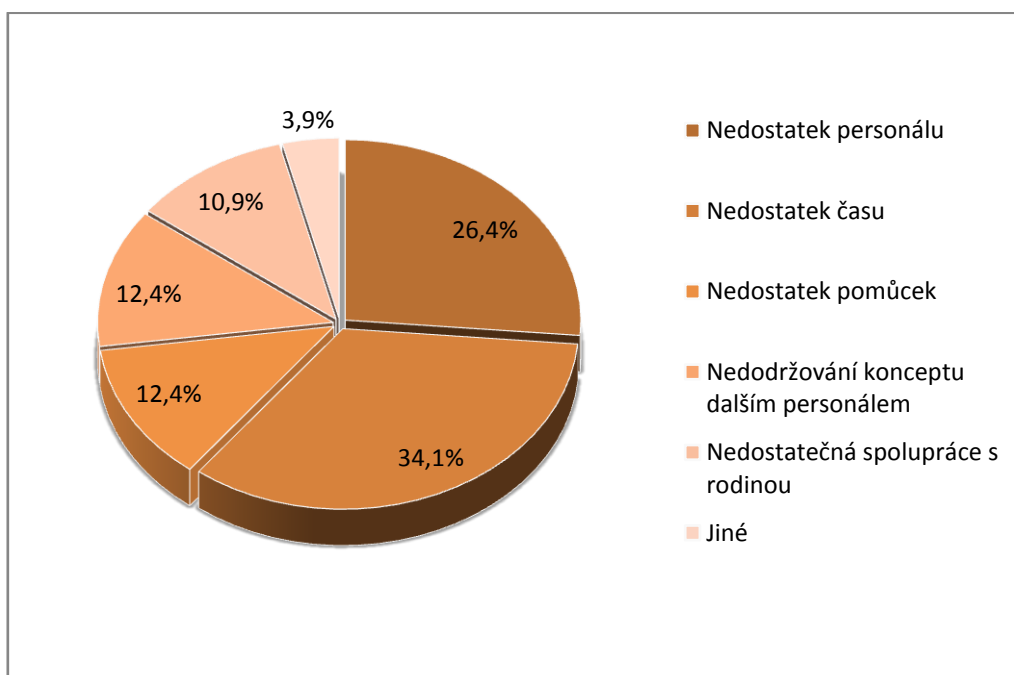
Tabulka 23 Překážky znemožňující využití konceptu Bazální stimulace z pohledu sester

PŘEKÁŽKY K VYUŽITÍ BS	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatek personálu	68	26,4%
Nedostatek času	88	34,1%
Nedostatek pomůcek	32	12,4%
Nedodržování konceptu dalším personálem	32	12,4%
Nedostatečná spolupráce s rodinou	28	10,9%
Jiné	10	3,9%

Otázka č.23 Jaké faktory negativně ovlivňují úspěšné provádění konceptu Bazální stimulace?

Na tuto otázku měli respondenti možnost vybrat z více možných odpovědí. Celkem jich uvedli 258. Jako největší překážku znemožňující využití BS na pracovišti uvedlo 88 (34,1%) respondentů *nedostatek času*. Na druhém místě 68 (26,4%) respondentů uvedlo *nedostatek personálu*. *Nedostatek pomůcek a nedodržování konceptu dalším personálem* uvedlo v obou důvodech shodně 32 (12,4%) respondentů. 28 (10,9%) uvedlo jako překážku *nedostatečnou spolupráci s rodinou* a možnost *jiné* uvedlo 10 (3,9%) respondentů.

Graf 20 Překážky znemožňující využití konceptu Bazální stimulace z pohledu sester



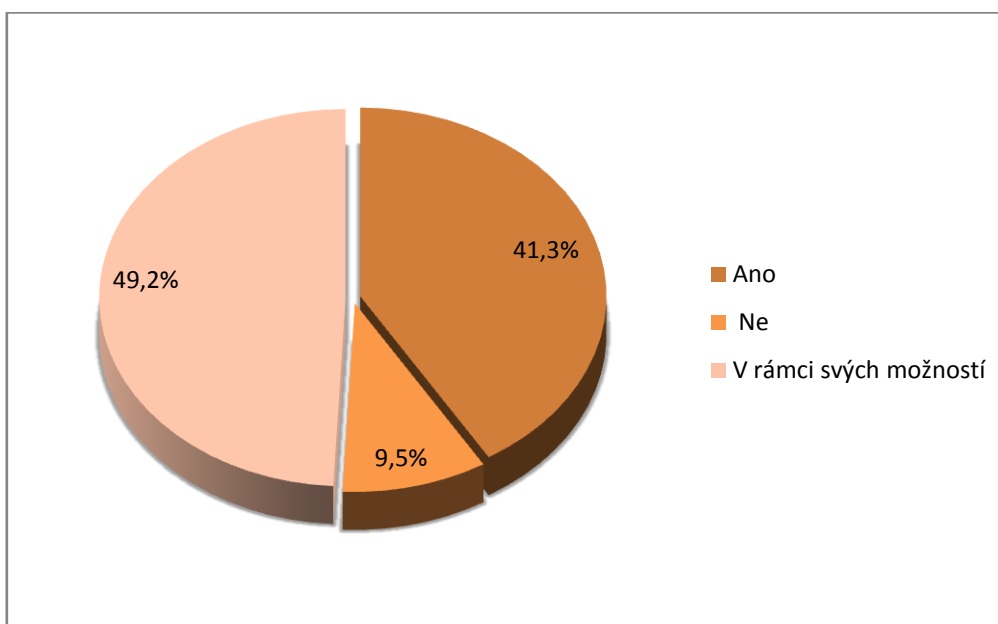
Tabulka 24 Možnost kvalitnější péče o klienta z pohledu všeobecné sestry

MOŽNOST KVALITNĚJŠÍ PÉČE	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	52	41,3%
Ne	12	9,5%
V rámci svých možností	62	49,2%

Otázka č.24 Je podle Vás ve vašich silách zlepšit péči o pacienta?

Výsledky ukazují, že 62 (49,2%) dotazovaných všeobecných sester se domnívá, že mohou zlepšit péči o klienta, pouze však *v rámci svých možností*. 52 (41,3%) respondentů se jednoznačně domnívá, že může zlepšit ošetrovatelskou péči o klienta a 12 (9,5%) respondentů se domnívá, že zlepšit ošetrovatelskou péči o klienta není v jejich silách.

Graf 21 Možnost kvalitnější péče o klienta z pohledu všeobecné sestry



DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá využitím konceptu Bazální stimulace v práci všeobecných sester. Hlavním cílem výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat, zda všeobecné sestry v Karlovarském kraji využívají prvky Bazální stimulace v ošetrovatelské péči o nemocného. Jaký postoj zaujímají všeobecné sestry ke konceptu Bazální stimulace a na kterých pracovištích ho využívají nejvíce.

Na základě tohoto cíle byly dále stanoveny dílčí cíle.

Zjistit, zda má na používání konceptu Bazální stimulace vliv vzdělání všeobecných sester, délka jejich praxe a také typ pracoviště na kterém pracují, zjistit, zda všeobecné sestry koncept Bazální stimulace při poskytování ošetrovatelské péče používají a jaké jsou překážky pro implementaci konceptu Bazální stimulace na jednotlivých pracovištích.

K dosažení výše uvedených jednotlivých cílů byly stanoveny 3 předpoklady.

Prvním předpokladem bylo, že sestry s delší praxí, vyšším vzděláním a pracujícími na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení více využívají prvky Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.

Druhý předpoklad se týkal domněnky, že prvky konceptu Bazální stimulace aplikuje v praxi více než polovina všeobecných sester.

Třetí předpoklad zjišťoval, zda je největší překážkou pro implementaci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče nedostatek času.

Dotazníkového šetření se zúčastnily všeobecné sestry pracující na standardních odděleních (interních, chirurgických, neurologických, oddělení následné péče), ARO, JIP, v agenturách a v ústavech sociální péče v Karlovarském kraji. S různým stupněm vzdělání, muži i ženy bez rozdílu věku a s různou délkou praxe.

Šetření bylo realizováno formou anonymního dotazníku, který obsahoval 24 položek. Výzkumný soubor byl tvořen 124 respondenty.

Při zpracování výzkumné části mé práce mi vyšly údaje, nad kterými bych se chtěla pozastavit a podrobněji je rozebrat.

Mezi respondenty převažovalo 118 žen (95,2%), muži byli v dotazníkovém šetření zastoupeni pouze v 6 případech (4,8%). Toto je možné vysvětlit charakterem povolání.

Při otázce na věk spadalo nejvíce respondentů do věkové skupiny 26-35 let. Celkem jich bylo 42 (33,9%) a jejich průměrný věk činil 30,5 let. Druhou početnou skupinou bylo 38 (30,6%) respondentů spadajících do věkové kategorie 36-45 let. Jejich

průměrný věk byl 40,5 roku. Do věkové skupiny 46–55 let se řadilo 24 (19,4%) respondentů. Jejich průměrný věk byl 50,5 let. Věková kategorie 18–25 let byla zastoupena 16(12,9%) respondenty s průměrným věkem 21,5 roku. Nejméně byla zastoupena věková skupina 56 let a více. Skupinu tvořili pouze 4 (3,2%) respondenti.

Dále bylo u respondentů zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání. V tomto případě mne velmi překvapil fakt, že ze 124 dotázaných všeobecných sester uvedlo 94 (75,8%) jako nejvyšší dosažené vzdělání Střední zdravotnickou školu bez jakékoliv specializace. Vysokoškolské vzdělání uvedlo pouze 14 (11,3%) sester a to s bakalářským titulem. Žádný z respondentů neuvedl magisterský titul. Vzdělání ukončené Vyšší zdravotnickou školou s titulem DiS. uvedlo 16 (12,9%) respondentů. Kategorii „V současné době studuji“ jsem zadala do dotazníku s cílem zjistit zájem všeobecných sester o vzdělávání se. Tuto kategorii však nikdo neuvedl.

V další otázce jsem zjišťovala, kolik ze zmíněných 124 respondentů získalo specializaci ARIP na NCO NZO. Celkem to bylo 36 (29,0%) všeobecných sester. Dalších 10(8,1%) uvedlo, že specializaci ARIP právě studuje. Nejvíce však bylo zastoupeno 78 (62,9%) respondentů, kteří specializaci ARIP nemají. Domnívám se, že je to dáno typy pracovišť, na kterých respondenti pracují.

Dále byla zjišťována délka odborné praxe ve zdravotnictví. 38(30,6%) dotázaných uvedlo délku odborné praxe v rozmezí 16-27 let, následovalo 24 (19,4%) respondentů, kteří uvedli délku odborné praxe ve zdravotnictví 3-10 let, 22(17,7%) respondentů pracuje ve zdravotnictví 11-15 let, odbornou praxi ve zdravotnictví kratší tři let uvedlo 20(16,1%) respondentů a praxi v oboru více než 26 let uvedlo také 20(16,1%) dotázaných všeobecných sester.

Další identifikační položka se týkala typu pracoviště, na kterých respondenti pracují. Z dotázaných 124 všeobecných sester jich odpovědělo nejvíce, že pracují na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Celkem se jednalo o 34(25%) respondentů. Celkem 28(20,6%) respondentů uvedlo, že pracují na jednotce intenzivní péče, z toho 14 respondentů zároveň uvedlo, že pracují na jednotce intenzivní péče neonatologického oddělení. Na interním oddělení pracuje 8 (5,9) dotázaných respondentů. Neurologické oddělení uvedlo 10 (7,4%) respondentů. Na chirurgickém oddělení pracuje 16 (11,8%) dotázaných sester. Oddělení následné péče uvedlo 10 (7,4%) respondentů a 16 (11,8%) respondentů označilo agenturu domácí péče. Zastoupení jednotlivých pracovišť bylo ovlivněno distribucí tištěných dotazníků, které proběhlo na výše uvedených pracovištích.

Velmi pozitivní zjištění bylo, že znalost konceptu Bazální stimulace uvedlo všech 124 (100%) dotazovaných respondentů z Karlovarského kraje. Velmi podobné výsledky byly uvedeny v bakalářské práci Martiny Klimčíkové z roku 2008, která se zabývala aplikací konceptu bazální stimulace v práci sester. V této práci pouze 1,7 % respondentů uvedlo, že koncept Bazální stimulace nezná.

Důvěru v účinnost konceptu projevilo 116 (93,5%) všeobecných sester. Naopak s nedůvěrou se k účinnosti konceptu staví 8 (6,5%) všeobecných sester. Ty zároveň uvedly, že s konceptem nepracují.

V následující otázce mne zajímalo, kde se respondenti s konceptem bazální stimulace seznámili. Nejvíce respondentů uvedlo jako zdroj předchozí kvalifikační studium. Celkem 36 (29,0%) dotázaných. Další početná skupina, 34 (27,4%) respondentů se s konceptem seznámila v zaměstnání. 34 (27,4%) dotázaných uvedlo, že se s konceptem seznámilo na odborném semináři. 10 (8,1%) respondentů uvedlo jako zdroj odbornou literaturu a časopisy. Na internetu se s konceptem seznámilo 8 (6,5%) respondentů a 2 (1,6%) dotazovaní uvedli možnost *jiné*.

Z celkového počtu 124 všeobecných sester jich pouze 30(24,2%) absolvovalo základní kurz. Základní a nastavbový kurz absolvovalo 10 (8,1%). Největší skupinu však tvořili respondenti, kteří žádný kurz neabsolvovali. Celkem 84 (67,7%) respondentů.

Kozelská Hana ve své diplomové práci z roku 2012, která se zabývala konceptem Bazální stimulace a jejím využitím ošetrovatelské péči uvádí zcela odlišné výsledky. Z publikovaných dat vyšlo najevo, že z celkového souboru 103 respondentů neabsolvovalo žádný kurz Bazální stimulace pouze 11% dotázaných a 89 % respondentů uvedlo, že absolvovali minimálně základní kurz nebo i nastavbový.

Důvodem menší účasti respondentů v kurzech BS může být finanční náročnost a neochota ze strany managementu poskytnout respondentům alespoň časovou dotaci.

Další položka zjišťovala, zda mají sestry zájem o vzdělání v konceptu Bazální stimulace. Zájem projevilo 48 (53,3%) respondentů, kvůli práci by se vzdělávalo 18 (20,0%) dotázaných sester a 24 (26,7%) sester uvedlo, že o vzdělání v konceptu bazální stimulace zájem nemají. Z výsledků je patrné, že sestry mají o vzdělávání zájem.

K dílčímu cíli č.1 se vztahovaly údaje z položek 3, 4, 5, 6, 7, 11. Výsledky ukazují, že nejvíce se využívá koncept Bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a jednotkách intenzivní péče. Na ARO s konceptem pracuje celkem 16 (47%) z 34 respondentů pracujících tamtéž, na jednotce intenzivní péče 20 (71%) respondentů, na neurologickém oddělení využívají prvky konceptu 4 (40%) z 10 dotázaných sester, velmi

mne překvapil výsledek hodnocení využití konceptu na interním oddělení. Všechny 8 sester pracujících na tomto oddělení uvedlo, že koncept Bazální stimulace využívá. Naopak na oddělení následné péče používají koncept pouze 4 (40%) z 10 respondentů zde pracujících. Na chirurgickém odd. a traumatologii používají koncept pouze 2 (13%) z 16 respondentů pracujících na oddělení. Ve své ošetrovatelské péči používá pravidelně koncept Bazální stimulace 12 (75%) ze 16 dotázaných všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Také z výsledků vyplynulo, že koncept nejvíce používají respondenti s délkou praxe ve zdravotnictví v rozmezí 16-27 let. **Předpoklad č.1**, že nejvíce využívají prvky konceptu Bazální stimulace všeobecné sestry pracujících na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče, **se potvrdil**. Neprokázalo se, že by více používaly prvky konceptu všeobecné sestry s vyšším vzděláním. Naopak vyšlo najevo, že nejvíce používají koncept Bazální stimulace všeobecné sestry se středoškolským vzděláním. Celkem používá koncept Bazální stimulace 50 respondentů s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním.

K dílčímu cíli č.2 se vztahovala položka č. 11. Zjišťuje využívání konceptu Bazální stimulace všeobecnými sestrami v praxi. Z výzkumného šetření vyplynulo, že s konceptem Bazální stimulace ve své praxi pracuje 66 (53,2%) všeobecných sester a 58 (46,8%) dotázaných všeobecných sester koncept nevyužívá. Z výsledků šetření tedy vyplývá, že bazálně stimulují i sestry, které kurz neabsolvovaly. Dle těchto výsledků se **potvrdil předpoklad č.2**, že větší polovina všeobecných sester využívá koncept Bazální stimulace ve své praxi. Aplikace prvků Bazální stimulace závisí na potřebách a přáních

K dílčímu cíli č. 3 se vztahují otázky č.13 a č.23 V položce, ve které byly zjišťovány důvody proč není bazální stimulace na pracovišti aplikována, byla nejčastěji zmiňována časová náročnost a to 40 (40%) respondenty a nedostatek proškoleného personálu a to 38 (38%) respondenty, 2 (2,0%) respondenti uvedli jako důvod neznalost konceptu., 6 (6,0%) respondentů nepovažuje koncept za důležitý a 2 (2,0%) respondenti uvedli, že jim to nebylo umožněno. Možnost „jiné“ uvedlo 12(12,0%) respondentů, z toho jich 8 uvedlo, že na svém pracovišti nemají vhodné klienty k provádění bazální stimulace. Na otázku „Jaké faktory negativně ovlivňují úspěšné provádění konceptu bazální stimulace?“, uvedlo celkem 88 (34,1%) respondentů nedostatek času. Jako druhý podstatný důvod byl uveden nedostatek personálu a to 68 (26,4%) respondenty. Dalším významným negativním faktorem je nedodržování konceptu dalším personálem. Tuto možnost uvedlo 32 (12,4%) všeobecných sester. Také nedostatek pomůcek uvedlo 32 (12,4%) respondentů.

Předpoklad č. 3, že největší překážkou pro implementaci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče je nedostatek času **se potvrdil**.

NÁVRH NA ŘEŠENÍ

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že ne všechny všeobecné sestry z oslovených zdravotnických zařízení Karlovarského kraje integrují prvky konceptu do každodenní ošetrovatelské péče. Ukázalo se, že koncept Bazální stimulace znají všichni dotázaní respondenti a naprostá většina ho považuje za přínosný. Ve své ošetrovatelské péči ho však dostatečně nevyužívají. K tomu, abychom dosáhli úspěšné implementace konceptu BS do ošetrovatelské péče, je nutné odstranit některé překážky, které tomu brání.

Jednou z významných bariér realizace ošetrovatelské péče podle konceptu Bazální stimulace, které z mého dotazníkového šetření vyplynuly je nedostatek času a proškoleného personálu. Aby byla zajištěna kvalitní péče, měl by bazální stimulaci aplikovat celý tým a měl by být proškolen v certifikovaných kurzech.

Domnívám se, že v tomto má nezastupitelnou roli zaměstnavatel. Pokud chce management daného zařízení úspěšně implementovat prvky BS do ošetrovatelské péče, měl by zajistit proškolení svých pracovníků. Řešení těchto nedostatků je především v jeho kompetencích.

Doporučovala bych seminář na proškolení zdravotnických pracovníků v této tématice.

Pokud jde o certifikované kurzy Bazální stimulace, mohou probíhat přímo na pracovištích. Tím by bylo možné řešit i finanční dostupnost kursů BS a jejich časovou dotaci.

Dalším dílčím problémem byl nedostatek pomůcek. V tomto případě se domnívám, že kromě pomůcek, které by měly být zajištěné managementem, by měl ošetřující personál usilovat o začlenění péče o nemocného i jeho rodinu. Právě rodina může některé potřebné pomůcky zajistit a tím zvýšit efektivitu péče o svého blízkého.

Velmi podstatná je též pozitivní motivace celého týmu ze strany vedoucích pracovníků.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje konceptu Bazální stimulace a jejího využití všeobecnými sestrami ve zdravotnických zařízeních Karlovarského kraje. Zaměřila jsem se na to, zda všeobecné sestry v Karlovarském kraji využívají prvky a techniky Bazální stimulace, na kterých pracovištích je využívají nejvíce a jaké překážky jim brání v implementaci těchto prvků do ošetrovatelské péče.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o vzniku konceptu Bazální stimulace, současné situaci a možnostech jeho uplatnění v ošetrovatelské péči. Podrobněji se zabývá popisem jednotlivých technik a metod a využitím konceptu v ošetrovatelské péči

Cílem praktické části bylo zmapovat informovanost všeobecných sester o konceptu Bazální stimulace a využití konceptu v klinické praxi.

Cílovou skupinu výzkumného šetření tvořily všeobecné sestry z různých typů pracovišť. Výzkumné šetření probíhalo formou dotazníku, který byl sestaven na základě předem stanovených cílů a očekávaných předpokladů.

Získaná data ukazují, že informovanost všeobecných sester o konceptu Bazální stimulace je vysoká. Zároveň z nich však vyplývá i řada nedostatků, pro které není koncept Bazální stimulace dostatečně využíván.

Je třeba zmínit, že náklady na péči dle konceptu Bazální stimulace nejsou nikterak vysoké. Naopak se snižuje délka hospitalizace a náklady na vynaloženou péči. U klientů, o které je pečováno v rámci konceptu Bazální stimulace se snižuje ošetrovatelská zátěž a zároveň také riziko vzniku komplikací následkem dlouhodobé imobilizace. Toto jsou důvody, proč je vhodné usilovat o integraci konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče na co nejvíce pracovištích.

LITERATURA A PRAMENY

1. BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 2. Aufl. Seelze-Velber: Kallmeyer, 2004. ISBN 37-800-4001-8.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
3. FRIEDLOVÁ, K. 2014. Bazální stimulace. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. 32 s. Bez ISBN
4. FRIEDLOVÁ, K. 2009b. Bazální stimulace. Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. 24 s. Bez ISBN
5. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005, 50, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009, 69 s. ISBN 978-80-254-5815-0.
7. FRIEDLOVÁ, K. 2008. Paliativní ošetrovatelská péče a možnosti uplatnění ošetrovatelských konceptů. In: Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí „Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství“. Opava: Slezská univerzita Opava. s. 31 - 35. ISBN 978-80-7248-470-6.
8. FRIEDLOVÁ, K. 2010d. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. In: Odborný časopis Sociální služby, roč. 12, č. 6 - 7, s. 30 - 31. ISSN 1803-734.
9. FRIEDLOVÁ, K. 2010c. Vestibulární stimulace. In: Odborný časopis Sociální služby, roč. 12, č. 8 – 9, s. 36 - 37. ISSN 1803-734.
10. FRIEDLOVÁ, K. 2010e. Využití konceptu Bazální stimulace v sociálních službách. In: Odborný časopis Sociální služby, roč. 12, č. 2, s. 24. ISSN 1803-734.
11. FRÖHLICH, Andreas. *Basale Stimulation*. 7. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, 1995. ISBN 39-100-9511-9.

- 12.KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
- 13.KOSTRZEWA, Stephan a Marion Kutzner. Mit einem Geleitw. von Andreas FRÖHLICH. Was wir noch tun können! basale Stimulation in der Sterbebegleitung. 5., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber, 2013. ISBN 9783456852522.
- 14.KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Rozhovor lékaře s pacientem: [učební text]. Vyd. 2. přeprac. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 155 s. ISBN 80-701-3187-X.
- 15.KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
- 16.MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, c2002, 269 s. ISBN 80-718-4867-0.
- 17.MAREŠ, Jiří a Jaro KŘIVOHLAVÝ. *Komunikace ve škole*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 210 s., [12] s. obr. příl. ISBN 8021010703.
- 18.Peter Nydahl [et al.]). *Basale Stimulation: Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Aufl. München: Elsevier, Urban, 2012. ISBN 978-343-7265-037.
- 19.PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4711-355.
- 20.PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 133 s. Sestra. ISBN 978-802-0431-868.
- 21.VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 22.Bazální stimulace. Institut Bazální stimulace. [online]. [cit. 2012-09-30]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/institut.php>
- 23.Bazální stimulace. Pomůcky pro Bazální stimulaci. [online]. [cit. 2012-09-30]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/pomucky.php>

24. Bazální stimulace. Pomůcky pro Bazální stimulaci. [online]. [cit. 2012-09-30]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/pomucky.php>

25. KLIMEŠOVÁ, P. 2008. Bazální stimulace v ošetrovatelské péči: bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 69 s., 8 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Petra Juřeníková.

26. KOZELSKÁ, H. 2012. Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči: diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. 91 s., 7 l. příl. Vedoucí diplomové práce Miriam Skoumalová.

SEZNAM ZKRATEK

BS	Bazální stimulace
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
ISBN	International Standart Book Numbering
ISSN	International Standart Serial Numbering
ARIP	Akutní resuscitační a intenzivní péče
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	42
Tabulka 2: Věk respondentů.....	43
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	44
Tabulka 4 Specializace v oboru ARIP.....	45
Tabulka 5 Délka praxe ve zdravotnictví.....	46
Tabulka 6 Pracoviště respondentů.....	47
Tabulka 7 Znalost konceptu	48
Tabulka 8 Důvěra v účinnost konceptu	48
Tabulka 9 Zdroj informací o konceptu Bazální stimulace	49
Tabulka 10 Vzdělání v konceptu Bazální stimulace	50
Tabulka 11 Používání konceptu všeobecnými sestrami	51
Tabulka 12 Zájem o vzdělání v konceptu.....	52
Tabulka 13 Důvody neprovádění konceptu Bazální stimulace	53
Tabulka 14 Možnosti aplikace konceptu na pracovišti	54
Tabulka 15 Délka používání konceptu na pracovišti	55
Tabulka 16 Nejčastěji aplikované prvky	56
Tabulka 17 Použití iniciálního doteku.....	57
Tabulka 18 Získávání biografické anamnézy.....	58
Tabulka 19 Zapojení rodinných příslušníků do péče v konceptu.....	59
Tabulka 20 Vedení dokumentace	60
Tabulka 21 Názory na přínos konceptu Bazální stimulace z pohledu všeobecných sester..	61
Tabulka 22 Dostupnost pomůcek k provádění bazální stimulace	62
Tabulka 23 Překážky znemožňující využití konceptu Bazální stimulace z pohledu sester	63
Tabulka 24 Možnost kvalitnější péče o klienta z pohledu všeobecné sestry.....	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	42
Graf 2 Věk respondentů.....	43
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	44
Graf 4 Specializace v oboru ARIP	45
Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví.....	46
Graf 6 Pracoviště respondentů.....	47
Graf 7 Zdroj informací o konceptu Bazální stimulace	49
graf 8 Vzdělání v konceptu Bazální stimulace	50
Graf 9 Zájem o vzdělání v konceptu	52
Graf 10 Důvody neprovádění konceptu Bazální stimulace	53
Graf 11 Možnosti aplikace konceptu na pracovišti	54
Graf 12 Délka používání konceptu na pracovišti	55
Graf 13 Nejčastěji aplikované prvky Bazální stimulace	56
Graf 14 Použití iniciačního doteku.....	57
Graf 15 Získávání biografické anamnézy.....	58
Graf 16 Zapojení rodinných příslušníků do péče o	59
Graf 17 Vedení dokumentace	60
Graf 18 Názory na přínos konceptu Bazální stimulace z pohledu všeobecných sester.....	61
Graf 19 Dostupnost pomůcek k provádění bazální stimulace	62
Graf 20 Překážky znemožňující využití konceptu Bazální stimulace z pohledu sester	63
Graf 21 Možnost kvalitnější péče o klienta z pohledu všeobecné sestry	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník.....	79
Příloha 2 Žádost o dotazníkové šetření	84
Příloha 3 Žádost o dotazníkové šetření	85
Příloha 4 Certifikát k základnímu kurzu Bazální stimulace.....	86

Dotazník

Vážená respondentko, vážený respondente,

Jmenuji se Monika Pačísková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na katedře Ošetrovatelství a porodní asistence ZČU v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma:

„Využití Bazální stimulace v práci všeobecné sestry“.

Dotazník je zcela anonymní a určený všeobecným sestrám. Uvedené odpovědi poslouží pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas. Bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

V dotazníku prosím zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

1. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ–střední zdravotnická škola
- b) VZŠ- vyšší zdravotnická škola (DiS.)
- c) VŠ – vysoká škola (Bc. Mgr.)
- d) V současné době studuji (uved'te co).....

4. Získala jste specializaci v oboru ARIP?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Studuji

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví

- a) Do 3 let
- b) 4-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-27 let
- e) 27 let a více

6. Na kterém oddělení nyní pracujete?

- a) ARO
- b) JIP
- c) Standardní oddělení – interní
- d) Standardní oddělení – neurologické
- e) Standardní oddělení -CHIR, traumatologie
- f) Oddělení LDN
- g) Neonatologické oddělení
- h) Domov důchodců
- i) Hospic
- j) Agentura domácí péče

7. Znáte koncept bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne

8. Pokud ANO, věříte v účinnost tohoto konceptu?

- a) Ano
- b) Ne

9. Kde jste se seznámil/a s konceptem bazální stimulace?

- a) v předchozím kvalifikačním studiu
- b) z odborné literatury a v odborných časopisech
- c) v zaměstnání
- d) na internetu
- e) na odborném semináři
- f) jiné

10. Absolvoval/a jste certifikovaný kurz Bazální stimulace?

- a) Ano (základní kurz)
- b) Ano (základní, nástavbový kurz)
- c) Ne

11. Pracujete Vy s konceptem Bazální stimulace?

- a) Ano
- b) Ne

12. Pokud NE, měla byste zájem o vzdělání v konceptu Bazální stimulace (stáž,certifikovaný kurz,přednáška)?

- a) Ano, zajímá mě to
- b) Ano, kvůli práci
- c) Ne

13. Z jakého důvodu neprovádíte bazální stimulaci na Vašem pracovišti?

- a) Neznalost konceptu
- b) Nepovažování za důležité
- c) Časová náročnost
- d) Nedostatek proškoleného personálu
- e) Nebylo to umožněno
- f) Jiné

14. Bylo by možné aplikovat koncept Bazální stimulace u pacientů na Vašem pracovišti?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne, z jakého důvodu.....

15. Jak dlouho používáte bazální stimulaci na Vašem pracovišti?

- a) Do 5 měsíců
- b) 6-11-měsíců
- c) 12 – 23 měsíců
- d) 24-36 měsíců
- e) Jiné

16. Druhy stimulace, které nejvíce používáte?(lze uvést více možností)

- a) Somatická stimulace
- b) Taktilně-haptická stimulace
- c) Auditivní stimulace
- d) Optická stimulace
- e) Orální stimulace
- f) Vestibulární stimulace
- g) Olfaktorická stimulace
- h) Vibrační stimulace
- i) Jiné

17. Používáte v péči o nemocné iniciální dotek?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Dle stavu pacienta

18. Odebíráte od rodiny biografickou anamnézu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Dle stavu pacienta

19. Jsou rodinní příslušníci aktivně zapojeni do tohoto konceptu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemají zájem

20. Vedete na oddělení speciální dokumentaci o prováděné Bazální stimulaci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Záznam je součástí ošetrovatelské / lékařské dokumentace

21. Je podle Vás Bazální stimulace přínosem pro pacienty?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Záleží na onemocnění a stavu klienta

22. Jaká je dostupnost pomůcek na Vašem pracovišti?

- a) Dobrá, máme vše, co potřebujeme
- b) Máme jen základní pomůcky
- c) Špatná, máme pouze osobní věci pacienta, které přinesli rodinní příslušníci

23. Jaké faktory negativně ovlivňují úspěšné provádění konceptu Bazální stimulace?

- a) Nedostatek personálu
- b) Nedostatek času
- c) Nedostatek pomůcek
- d) Nedodržování konceptu dalším personálem
- e) Nedostatečná spolupráce s rodinou
- f) Jiné

24. Je podle Vás ve vašich silách zlepšit péči o pacienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) V rámci svých možností

Příloha 2 Žádost o dotazníkové šetření

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Petra Blažková
Nemocnice Sokolov

Věc: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážená Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Jmenuji se Monika Pačisková, jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia , obor všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií v Plzni .

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění distribuce dotazníků určené všeobecným sestřám pracujících v nemocnici Sokolov.

Výsledky dotazníkového šetření budou použity pro zpracování bakalářské práce na téma:
„Využití Bazální stimulace v práci všeobecných sester“

Děkuji za ochotu a spolupráci

Pačisková Monika
Charkovská 4
Karlovy Vary 36001
Tel. 603235994
Email: MPaciskova@seznam.cz

Karlovy Vary
13.1.2015

*Doukloním s dotazníkovým šetřením
u všeobecných sestřích nemocnice Sokolov,
které budu využito vyhledání pro potřeby
mých bakalářské práce.*

NEMOCNICE SOKOLOV
NEMOS SOKOLOV s.r.o., IČ: 24747246
Náměstek pro ošetrovatelskou péči
Tel. č. 352 520 364

(2)

Petra Blažková
Bc. Blažková Petra

Příloha 3 Žádost o dotazníkové šetření

Náměstkyně pro nelékařská povolání
Gabriela Píchová
KKN a.s. Karlovy Vary

Věc: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážená Náměstkyně pro nelékařská povolání,
Jmenuji se Monika Pačísková, jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia, obor všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií v Plzni.

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění distribuce dotazníků určené všeobecným sestram pracujících v nemocnici Karlovy Vary.
Výsledky dotazníkového šetření budou použity pro zpracování bakalářské práce na téma:
„Využití Bazální stimulace v práci všeobecných sester“

Děkuji za ochotu a spolupráci

Pačísková Monika
Charkovská 4
Karlovy Vary 36001
Tel. 603235994
Email: MPaciskova@seznam.cz

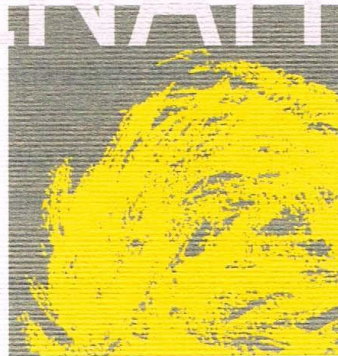
s distribucí a dotazníkovým šetřením souhlasím.

G. Píchová

(1)
002 511 552 11 203
BANKA MONETA
80027-12011 PRAHA 1, IČO: 25311111
SÚBRODOKOVÝ PRŮKAZ

Karlovy Vary
13.1.2015

Příloha 4 Certifikát k základnímu kurzu Bazální stimulace



®

BASALE STIMULATION

BASISSEMINAR BASALE STIMULATION®

Základní kurz Bazální stimulace®

Monika PAČÍSKOVÁ, 1.10.1971

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

IN DER ZEIT VON / V době od **22. 10. 2014** BIS / do **23. 10. 2014**

24 UNTERRICHTSTUNDEN / **24** vyučovacích hodin

DATUM / Datum **19. 11. 2014**

INSTITUT Bazální stimulace®, s. r. o.

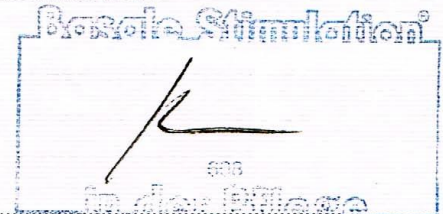
Člen Mezinárodní asociace Bazální stimulace® a Asociace PALMA
Vzdělávací instituce akreditovaná MZ ČR, MPSV ČR a MŠMT ČR
a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky

J. Opletala 680, 738 02 Frýdek-Místek
IČ: 25889966 DIČ: CZ 25889966

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



INSTITUT
Bazální stimulace s.r.o.
J. Opletala 680
738 02 Frýdek-Místek
Tel: 596 34 930
www.bazal.stimulace.cz



PhDr. Karolína Friedlová
statutárního zástupce
akreditovaného zařízení

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